

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Leioako Erizaintzako
Unibertsitate Eskola

Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa

**EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA
LEIOAKO ERIZAINZAKO UNIBERTSITATE ESKOLA**


**BA AL DAGO KONGRUENTZIARIK PAZIENTE
PALIATIBOAK HIL NAHI DUEN LEKUAREN ETA HIL
EGITEN DEN LEKUAREN ARTEAN?
EUROPAKO EGOERAREN ANALISIA**

GRADU AMAIERAKO LANA


ITXASO GALÁN LÓPEZ

Leioan, 2014ko apirilaren 20an

OHARRA:

 Autoreak, lanaren kopia, errepikapena, zabaltzea, publikoki lana azaltzea, honen eratorriak diren lanak sortzea eta hauen erabilpen komertziala egitea baimentzen du, beti ere autoreari erreferentzia egiten bazaio eta bera lanaren autore bezala aurkezten badu. Lan eratorrien zabaltzea baimendu egiten da, baina mota bereko lizentziaren erabilpean.

ADVERTENCIA:

 El autor permite copiar, reproducir, distribuir, comunicar públicamente la obra, generar obras derivadas y hacer de ellas un uso comercial, siempre y cuando se cite y reconozca al autor original. Se permite la distribución de las obras derivadas, pero única y exclusivamente con una licencia del mismo tipo.

LABURPENA

Paziente paliatiboak, heriotzera hurbilduz doazen heinean, hainbat erabaki hartzera behartuta ikusten dute euren burua. Horrekin erlazionatuta, kalitatezko adierazle bezala, hiltzeko lekuaren aukeraketa aurkituko litzateke. Hau, urteekin eraldatuz joan da, aukera gehiago zabalduz gaixoari.

Helburuak: paziente paliatiboak, Europa mailan, hiltzeko aukeratuko luketen lekuaren eta azkenean hil egiten diren lekuaren arteko bat etortze mailaren analisia. Horrez gain, kongruentziarik ematen ez den kasuetan, zeintzuk faktore esku hartzen duten aztertu da.

Diseinua: bibliografiaren berrikuspena.

Metodoak: bilaketa bibliografiko bat burutu da datu base ezberdinetan (Pubmed, IME, Cuiden). Barne hartze eta baztertzeko irizpideak erabili ondoren, 24 artikuluren analisia egin da.

Emaitzak: gaixo paliatiboaren artean, etxean hil nahi duten eta bertan hiltzen direnak %48a dira. Bestetik, ospitalean hiltzen direnen artean soilik %30ak hil nahi du bertan. Beste aukera posibleak, erresidentzia eta ospitale paliatiboa izango lirateke, eta bertan hil nahi duten eta bertan hiltzea lortzen duten pazienteen ehunekoa %75 eta %26.5ekoa izango litzateke hurrenez-hurren.

Ondorioak: paziente paliatiboak hil nahi duen lekuaren eta errealitatean hil egiten den lekuaren artean bat etortze adierazgarriarik ematen ez dela ikusi egin da. Nahia eta gertatutakoaren arteko ezadostasun maila, hainbat faktoreekin lotura dauka, batez ere, faktore biopsikosozialekin. Hala ere, estatuen artean desberdintasunak ematen dira, kongruentzia mailarik onena Erresuma Batuak lortzen duela ikustaraziz. Beraz, oraindik ere, programa eta politika ezberdinen sustapena beharrezkoa izango da, bizi bukaeran horrenbesteko pisua hartzen duen erabaki honetan.

Hitz gakoak: preferred place of death / actual place of death / palliative patient / end of life care / The Gold Standards Framework/ choice / change/ lugar / fallecimiento.

ABSTRACT

Palliative patients should take into account different aspects in terms of making decisions while they get closer to the end of their life. The choice of a preferred place to die could be seen as a quality indicator in these moments. This issue has been developed in different ways during the last years.

Objective: the aim of this work is to analyze the congruence between palliative patients' choice of the preferred place to die and their actual place of death, along Europe. In case of these two places not being congruent, the factors that influence these incongruences would be analyzed.

Setting: methodological review.

Methods: a systematic review has been done along different data bases (Pubmed, IME, Cuiden). After taking into account inclusion and exclusion criteria, 24 articles have been chosen for the analysis.

Results: among palliative patients, only 48% of those who would like to die at home have the chance to do it in the end. Among those patients that die in the hospital only 30% want to die there. There are other possibilities such as residences or palliative hospitals, and the percentage that want to die in those two places and have the opportunity to do it are 75% (in residences) and 26.5% (in palliative hospitals).

Conclusions: there is no relevant congruence between the chosen place to die by palliative patients and the real place of death. This incongruence is due to many factors, especially those with a biopsychosocial background. Despite this fact, there are differences among states, and in terms of congruence, there is a clear reference to follow: United Kingdom. It is still needed to develop new programs and politics that promote the importance of this decision making process.

Key Words: preferred place of death / actual place of death / palliative patient / end of life care / The Gold Standards Framework/ choice / change/ lugar / fallecimiento

RESUMEN

Los pacientes paliativos, a medida que se aproxima el momento de su muerte, tienen que tomar ciertas decisiones. Una de ellas es la elección del lugar de fallecimiento, el cual es un indicador de calidad. Esta opción ha evolucionado a lo largo de los años, ofreciéndole diversas posibilidades al paciente.

Objetivos: analizar el nivel de congruencia entre el lugar elegido para fallecer y aquel en el que fallecen los pacientes paliativos en Europa. En los casos en los que no exista coincidencia, se observaran los factores causantes de ello.

Diseño: revisión bibliográfica.

Métodos: se realiza una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos (Pubmed, IME, Cuiden). Tras utilizar los criterios de inclusión y exclusión, se realiza un análisis de 24 artículos.

Resultados: los pacientes paliativos que quieren morir en casa y lo hacen son el 48%. Por otro lado, del total de pacientes que fallecen en el hospital, solo el 30% quería que así fuese. Finalmente, el 75% de los fallecidos en residencias deseaban que así fuera, y el 26,5% de los fallecidos en hospitales paliativos habían optado por ese lugar.

Conclusiones: se ha visto que no hay congruencia entre el lugar de elección del paciente paliativo para fallecer y el lugar en el que finalmente fallece. La diferencia entre el deseo y la realidad es causada por diversos factores, en su gran mayoría biopsicosociales. Aun así, existen diferencias entre países, siendo pionero Reino Unido, logrando los mejores porcentajes de congruencia. Es por ello, que todavía son necesarias políticas y programas que actúen sobre esta decisión tan importante al final de la vida.

Palabras clave: preferred place of death / actual place of death / palliative patient / end of life care / The Gold Standards Framework/ choice / change/ lugar / fallecimiento.

AURKIBIDEA

1. Sarrera.....	1.orria
2. Ikerketaren helburuak.....	3.orria
3. Materiala eta metodoak.....	3.orria
4. Emaitzak.....	8.orria
4.1. Paziante paliatiboari non gustatuko litzaioke hiltzea.....	9.orria
4.2. Paziante paliatiboa hil egiten den lekua.....	9.orria
4.3. Kongruentzia maila nahiaren eta non hil direnaren artean.....	10.orria
4.4. Kongruentzia mailan eragiten duten faktoreak.....	11.orria
5. Eztabaida.....	13.orria
6. Mugak eta indarguneak.....	20.orria
7. Ondorioak.....	20.orria
8. Eskerrak.....	22.orria
9. Bibliografia.....	23.orria

TAULEN AURKIBIDEA

1. Taula.....	4.orria
2. Taula.....	7.orria
3. Taula.....	8.orria
4. Taula.....	10.orria
5. Taula.....	11.orria
6. Taula.....	13.orria
7. Taula.....	15.orria

IRUDIEN AURKIBIDEA

1. Irudia.....	5.orria
----------------	---------

ERANSKINEN AURKIBIDEA

1. Eranskina.....	28.orria
2. Eranskina.....	32.orria
3. Eranskina.....	33.orria
4. Eranskina.....	34.orria

1. SARRERA

Gizakia, norbanakoa, ez da historia osoan zehar orain besteko aukeraketa egiteko ahalmenarekin topatu. Informazioaren aroan, erabaki ezberdinak hartzeko bideak zabaldu egin dira, ikuspuntuak eta aukerak anitzak izanik eguneroko bizitzako edozein gertakizunetan. Gai batzuetan zabaltasun hau normaltasunez eta erraztasunez hartu dugun arren, heriotzaren inguruan hitz egiten dugunean, askoz ere korapilatsuagoak bihurtzen dira aukera horiek. Europan, nahiz eta gehiengoak euren osasunaren edota gaixotasunaren inguruko aukerak erabaki ahal dituen, hiltzeko era, leku eta momentuaren inguruan ez da beti horrela izaten (Munday, Dale eta Murray, 2007).

Hiltzeko lekua aukeratu beharra dagoenean, batez ere, paziente paliatiboak aztertu egiten dira (Davies, Linklater, Jack eta Moller, 2006). Paziente hauek tratatu ahal izateko zainketa aringarrien prozesua martxan jarri ohi da. Hauek, *“pazientearen eta bere familiaren bizi-kalitatea hobetzen duten zainketak dira, gaixotasun larriekin erlazionatuta dauden arazoei aurre egiten saiatuz, sufrimendua prebenituz eta arinduz eta bestelako arazo fisiko, psikologiko eta espiritualak baloratuz eta tratatuz dihardutenak”* (WHO, 2014).

Zainketa aringarrien baitan hainbat faktore hartu egiten dira kontutan, zeinen artean hiltzeko lekua, kalitatezko adierazle bezala aurkitu egiten den (Meeussen et al., 2009). Faktore hau zainketak eragingarriak izateko oinarri bezala hartu beharko litzatekeen arren, ez da beti kontutan hartu egiten den zerbait (Bowers, Roderick eta Arnold, 2010). Honen arrazoiak oso konplexuak dira eta zainketa aringarriak zein aldaketa sozialak barnebiltzen ditu (Munday et al., 2007).

Gizarteak, gainera, honen aurka egin du ere, heriotza tabu bat bezala tratatuz. Beraz, askotan bat etortze falta bat ematen da pazienteak hil nahiko lukeen lekuaren eta hiltzen den lekuaren artean, gehiengo batek etxean hil nahi duela aitortuz eta helburu hori ez lortuz (Gao, Ho, Verne, Glickman eta Higginson, 2013).

Aukeratzeko garaian, gehien aztertu egiten diren pazienteen artean, minbizia duten pazienteak dira, izan ere, hauen gaixotasunaren eboluzioa errazago aurreikusi baitaiteke (Davies et al., 2006). Hala ere, badira beste hainbat patologia zeinen ondorioz, hiltzeko lekuaren aukeraketa egin beharra dagoen: bihotz gutxiegitasuna, ELA, ea. Dena den, patologia ezberdinen eboluzioa desberdina izango da eta hauen bizi prozesua ere. Izan ere, minbizidun pazienteek normalean okerrera egiten duten bitartean, aire bideetako

butxadura kronikoan pazienteak txarrera zein hobera egin dezake (Munday et al., 2007).

Zainketa aringarriek azken urteetan hartutako indarragatik, paziente paliatiboek hiltzeko lekuaren erabakia libreki hartzeko eskubidea bermatzen duten hainbat politika ezberdin martxan jarri dira (Gao et al., 2013; Beccaro, Costantini, Rossi, Miccinesi, Grimaldi eta Bruzzi, 2006). Hori kontutan izanda, osasun profesionalak leku ezin hobean aurkitzen dira gai hau pazientearekin batera jorratu ahal izateko eta honi irtenbideak ematen saiatzeko, posiblea den heinean (Munday et al., 2007).

Gaur egun, Europan zehar, heriotzen gehiengoa ospitaletan ematen da (Gomes et al., 2012). Ospitalean hil egiten diren pazienteen gastua handiagoa izateaz gain, bizi kalitate txarragoa dutela aztertu egin da eta euren zaintzaileek gaixotasun psikiatriko gehiago garatzeko aukera dituztela jakin da ere (Gao et al., 2013; Wright, Keating, Balboni, Matulonis, Block eta Prigerson, 2010). Beraz, premiazkoa da pazientearen nahia aztertzea eta honetan lan egitea, bai paziente, zaintzaile eta osasun zerbitzuaren onurarako.

Hala ere, estatu bakoitzak abian jarritako politiken, zerbitzuen eskuragarritasunaren eta hainbat faktore sozialen arabera, Europako zonalde desberdinetan ezberdintasunak eman daitezkeela kontutan hartu beharra dago (Gomes et al., 2012).

Bestetik, paziente bakoitzak heriotzaren inguruan hitz egiteko duen desioaren arabera, desberdina izango da haiekin gai hau osasun profesionalek jorratzeko izango duten aukera (Munday et al., 2007). Pazienteari galdetzea non gustatuko litzaiokeen hiltzea nolabaiteko kontrola eskaintzen dio pazienteari ere (Winne et al., 2013), eta ezaugarri hau inplizitua den bitartean, onuragarria da ere. Baina hala ere, osasun profesionalek galdeketa prozesu honen baitan hainbat zailtasun eta arazo topatu egiten dituzte. Horrek, pazienteek hil nahi duten lekuaren aukeratzean eragin dezake (Meeussen et al., 2009). Horrez gain, hiltzeko lekuaren nahiaren eta gertatutakoaren arteko bat etortzea eman den aztertzerako garaian, premiazkoa da erregistro bat edota datu base batean datu hauen agerpena (Cox, Moghaddam, Almack, Pollock eta Seymour, 2011). Gainera, hiltzeko lekuari berez daukan garrantzia emateko, argi izan behar da zein den "heriotz onaren" kontzeptua. Izan ere, minik ez izatea, bakean egotea eta duintasuna mantentzea baino askoz ere gehiago da (Cox et al., 2011).

Hori guztia kontutan harturik, lana gidatu egin duten galderak bi izan dira:

1) Gaur egun, paziente paliatiboak Europa mailan, nahi duen tokian hiltzea

lortzen du? 2) Hori bete al izateko, zeintzuk dira batez ere, prozesu horretan eragiten duten faktoreak?.

2. IKERKETAREN HELBURUAK

Berrikuspen bibliografiko honen helburuak bi izan dira:

- **Helburu orokorra:**
Paziente paliatiboek hil nahi duten lekuaren eta hil egiten diren lekuaren artean loturarik dagoen aztertzea da, beti ere ebidentzian oinarrituta.
- **Helburu zehatza:**
Paziente paliatiboa nahi duen lekuan hiltzea edo ez eragiten duten faktore ezberdinak aztertu egingo dira.

3. MATERIALA ETA METODOAK

Bilaketa bibliografiko bat burutu egin da 2013ko urritik 2014ko apirilera, landuko den gaiari buruz publikaturik dagoena aztertuz. Horrekin batera, lanaren eratzean honako pausu hauek jarraitu dira:

1. Gaia finkatze prozesua:

Zientzietako datu base ezberdinetan gaiaren inguruan dagoen informazioaren azaleko azterketa egin da, gaiaren inguruko informazio orokorra jasoz. Jarraian, aztertu nahi den arazoaren ezaugarriak planteatu egin dira (galderaren formulazioa).

2. Bilaketa prozesua:

Bilaketarako estrategiaren diseinua egin da, kontutan hartu egin diren ezaugarri garrantzitsuen identifikazioa eginez (hitz klabeak) **(1. Irudia)**. Ondoren, barne hartze zein baztertze irizpideak finkatu dira eta hauek kontutan hartzeko mugak zeintzuk diren **(1. Taula)**.

Jarraituz, zientzietako datu baseetan egin da bilaketa bibliografiakoa ere: Pubmed, CSIC/IME eta Cochrane. Gainera, erizaintzako datu baseetan bilaketa egin da: Joanna Briggs Institute. Honekin batera, bilaketa manuala burutu da beste artikuluetako bibliografietatik abiatuta **(1. Irudia)**. Bestalde, bilaketa egin da bestelako erakundeen plataforma birtualetan: Osakidetza, WHO.

3. Aztertze prozesua:

Artikuluaren aukeraketa egiteko garaian, barne hartze eta baztertze irizpideen arabera egin da **(1. Irudia)**. Behin artikuluaren hautapena eginda, datu base bakoitzetik lortutako emaitzak aztertu egin dira **(2. Taula)**.

Jarraitzeko, ikerketa bakoitza, artikulu eredu desberdinen arabera sailkatu egin da **(3. Taula)**. Azkenik, hauen sailkapena egin da, urtearen, autorearen, datu basearen, aldizkariaren eta jorratutako gaiaren arabera **(1. Eranskina)**.

4. Idazketa:

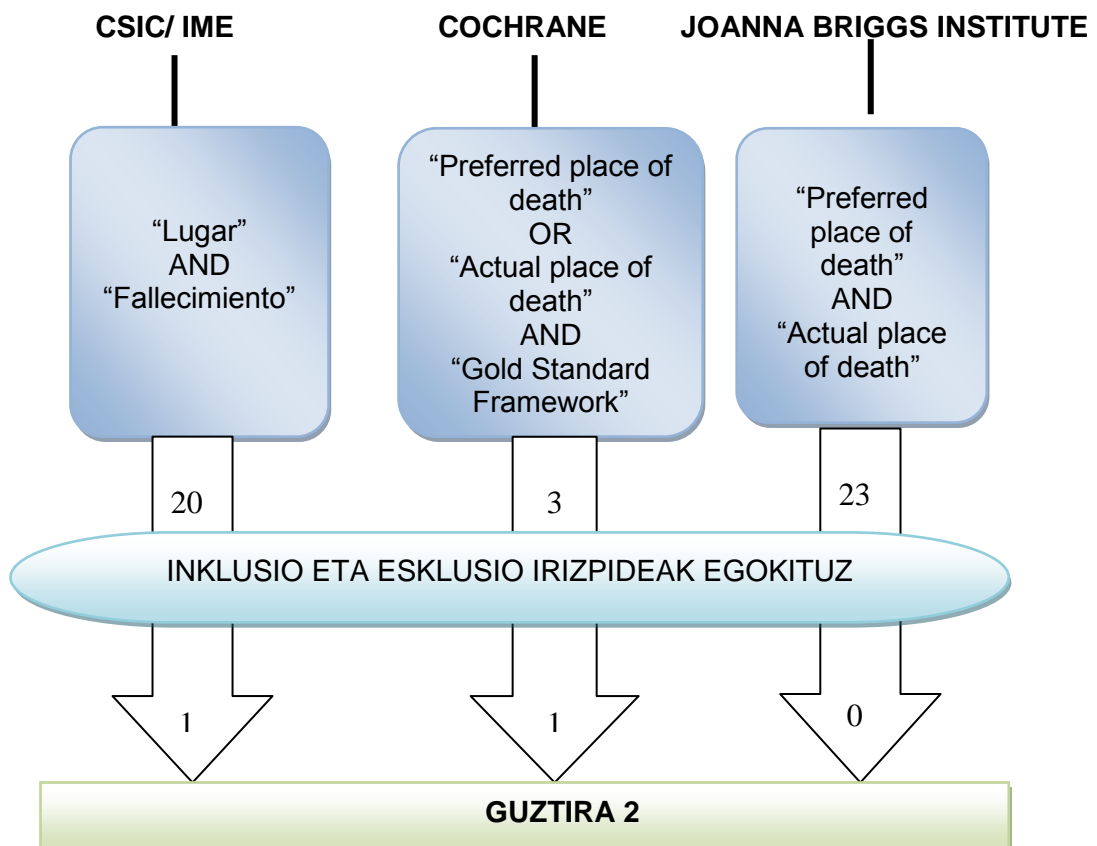
Lanaren diseinua egin da eta jarraian honen erredakzioa egin da, atal ezberdinak argi identifikatuz. Bukatzeko, erabilitako artikuluaren bibliografia egin da, APAren 6. argitalpeneko araudia jarraituz.

1. Taula. Informazio bilaketan zehar kontutan hartu egingo diren irizpideen zerrenda.

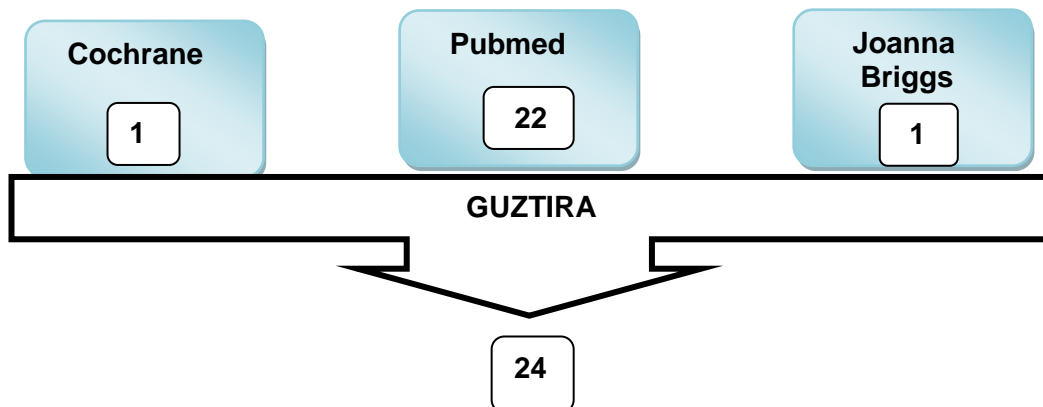
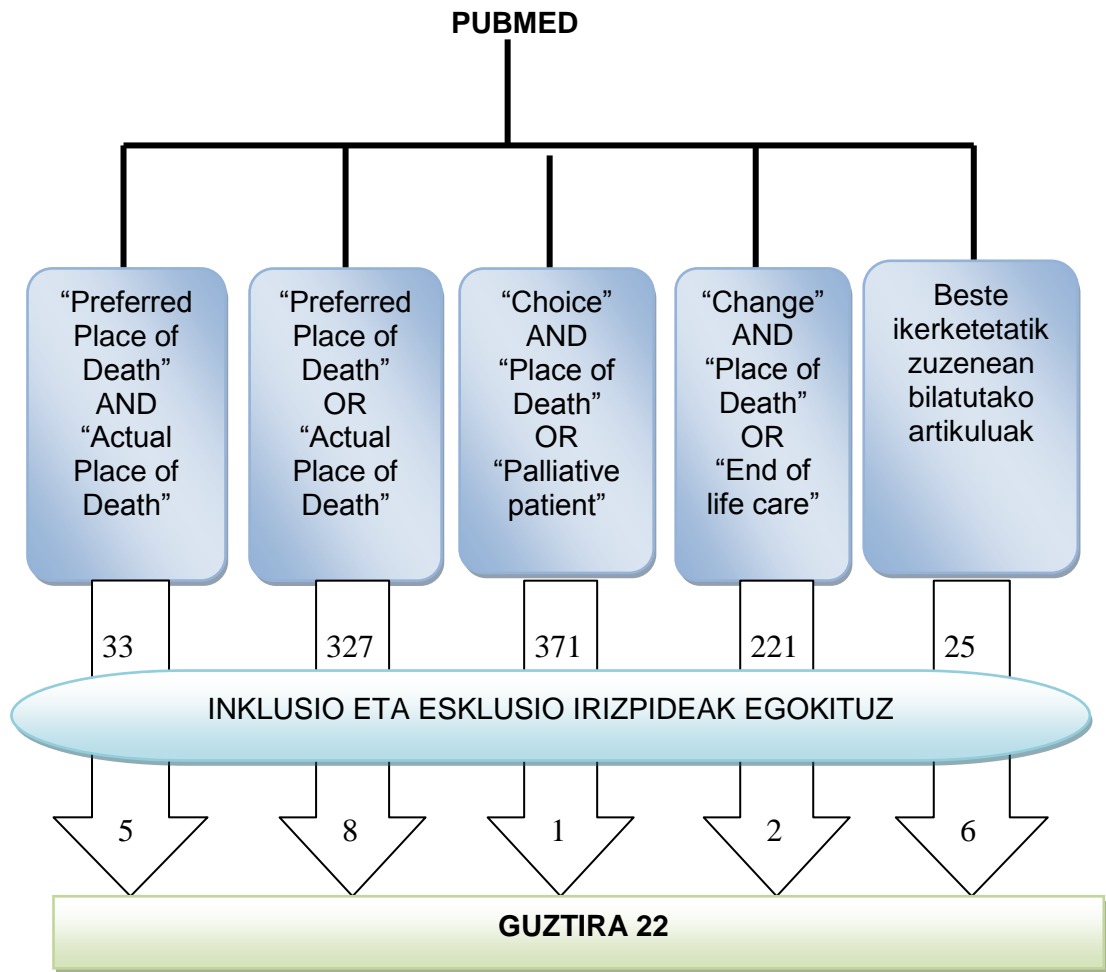
Barne hartze irizpideak	Baztertze irizpideak
- Gaiaren zentratzen diren ikerketak izatea (Paziente terminalaren hiltzeko lekuaren nahia eta hiltzen diren lekuaren artean bat etortzeak aztertzen dituzten ikerketak eta honekin erlazionatuta dauden faktoreak, politikak, irtenbideak eta programak).	- Patologia konkretu bakarra duten paziente paliatiboengan zentratu egiten diren ikerketak izatea.
- Europan aurrera eramandako ikerketak izatea.	- Europatik kanpo oinarrituta dauden ikerketak izatea.
- Europakoak ez diren aldizkariak baina ikerketa bera Europan oinarrituta dagoena izatea.	
- Inpaktu faktorea duten aldizkariak izatea edo Scimago Journal Ranking-aren arabera, aldizkariaren kalitate maila Q1ekoa edo Q2 mailakoa izatea (Q1 mailarik onena bezala ulertuz eta Q4 mailarik baxuena).	- Inpaktu faktorerik ez izatea edo Scimago Journal Ranking-ean Q3 edo Q4 balorea duten aldizkariak.

Barne hartze irizpideak	Baztertze irizpideak
- Ingelesez zein gazteleraz egindako ikerketak izatea.	- Ingelesa edo gaztelania ez ziren hizkuntzatan aurkitutako artikuluak izatea.
- Artikulu osorako eskuragarritasuna izatea.	- Testu osora eskuragarritasunik ez duten artikuluak izatea.
- Ebidentzian oinarritutako artikuluak izatea.	- Ebidentzian oinarrituta daudela bermatzen ez duten artikuluak izatea.
- Ikerketa motak: enpirikoak, berrikuspen bibliografikoak, berrikuspen metodologikoak edota artikulu editorialak izatea.	

Irudia 1. Bilatzaile desberdinetan erabilitako hitz klabeak eta lortutako aldizkari kopurua.



Irudia 1. Bilatzaile desberdinetan erabilitako hitz klabeak eta lortutako aldizkari kopurua.



2.Taula. Datu base ezberdinetatik lortutako artikuluko kopuruak eta datu base bakoitzaren zehaztasun maila bilatutako gaiaren inguruan.

Datu Baseak	Artikulu guztiak	Aukeratutako artikuluek	Zehaztasun tasa	Zarata tasa
Pubmed	776	22	%2,8	%97,2
IME	20	1	%5	%95
Joanna Briggs Institute	23	0	-	-
Chocrane	3	1	%33	%67
Guztira	822	23	-	-

Bilaketa aurreratua egiterakoan bi termino bereziki erabili egin ziren: AND eta OR. Termino desberdintasun bat egin zen bilaketa egiteko garaian paziente paliatibo (sei hilabete iraun dezakeen prozesua) eta terminalaren artean (prozesu paliatiboaren azken fasea, egunak zein orduak iraun dezakeena), paziente paliatiboan oinarrituz.

Bestalde, aukeratutako artikuluen artetik %83a 2009-2014 urte bitartean argitaratutakoak dira. Izan ere, gaur egungo gizartean, gero eta paziente paliatibo gehiago egoteak, gai honi indar handia eman dio. Hala ere, 2006-2009 urte bitartean argitaratutako artikuluek onartu egin dira, gaiaren inguruan egindako ekarpen garrantzitsuengatik.

Datu base ezberdinak aztertzerako garaian, nahiz eta Pubmed datu baseak zarata tasa handia izan, esanguratsuen izan da bilaketa egitean, kalitate handiko artikuluek eskaini dituelako. Chocrane eta Joanna Briggs Institute datu baseetan, ordea, ezarritako gaiaren inguruko erreferentziako artikuluko gutxiago aurkitu egin dira.

Honekin erlazionatuta, hiru datu baseetan aurkitutako artikuluek, inpaktu faktoredun aldizkarietan argitaratutakoak ziren. Gainera, guztiak Scimago Journal Ranking-ean Q1-Q2 baloreen artean kokatzen ziren (Q1 kalitate handien eta Q4 kalitate gutxien adieraziz).

Jarraitzeko, kontutan hartu izan diren 24 artikuluen artetik, 23 ingelesez publikatutakoak dira eta 1 gazteleraz. Azkenik, artikuluko bakoitzak erabilitako metodologia mota desberdinak, ondorengo taulan agertuko lirateke islatuta (**3. Taula**):

3.Taula. Artikuluen sailkapena erabilitako metodologiaren arabera.

Artikulu mota	Artikulu kopurua
Ikerketa enpirikoak	16
Berrikuspen bibliografikoak	6
Berrikuspen metodologikoak	1
Artikulu editorialak	1

4. EMAITZAK

Emaitzak lau ataletan azalduko dira. Batetik, Europan paziente paliatiboak non hil nahi duen aztertu egin da, datu zehatzak kontuan harturik. Bestetik, paziente paliatiboa hil egiten den leku ezberdinen datuak jaso dira ikerketa desberdinetatik (nahia kontutan hartu barik). Behin hori jakinda, nahiaren eta gertatutakoaren arteko kongruentzia mailaren datuen bilketa egin da. Azkenik, emaitza hauetan eragina duten faktoreak aztertu egin dira.

Lehenik eta behin, garrantzitsua da denboran zehar emandako egoeraren azterketa egitea. Europan egindako ikerketen arabera, paziente paliatiboan hiltzeko lekuaren nahia historian zehar aldatu egin da, aukerak aldatu egin diren bezala (Munday et al., 2007; Gao et al., 2013; Gomes et al., 2013). Bertako estatuetan, hiltzeko leku berdinak eskaini egiten dira, hala nola, norberaren etxebizitza, ospitalea, erresidentzia (Nursing Home), ospitale paliatiboa eta zaintzaile edota senideen etxea (Winne et al., 2013).

Leku ezberdinak kontutan harturik, aztertu egin da etapa desberdinak eman direla leku horietako bat aukeratzeko garaian. Hau, zainketa aringarrien prozesuarekin batera aldatuz joan da (Davies et al., 2006). Adibidez, 1985 eta 1994 urte bitartean Ingalaterran eta Holandan pazienteen %44-67a ospitalean hil egiten ziren bitartean, etxean %17-30a eta ospitale paliatiboan %8-20a soilik hil egiten ziren (Gomes et al., 2012). Hala ere, 1994.urtetik aurrera nolabaiteko aldaketa bat eman izan zen etxean hil egiten zen jendearen zenbatekoa igoz %23ra eta ospitaleko heriotzak %47ra jaitsiz (Davies et al., 2006).

Beraz, nahiz eta denboran zehar tendentziak aldagarriak izan diren, garrantzitsua da aztertzea zeintzuk diren gaur eguneko nahiak eta errealitatea.

Hala ere, kontutan hartu behar da datuen bilketa egiterako garaian, heriotza erregistroak hartu egiten direla kontuan, erizain eta medikuen ebolutiboekin

batera (Winne et al., 2013; Cox et al., 2011). Horrekin erlazionatuta, hainbat autorek erregistro zehatz baten falta somatzen dute hiltzeko lekuaren azterketa egiteko garaian, izan ere, pazienteak gustuko duen lekuaren islada ez da inon erregistratua gelditzen askotan (Wright et al., 2010).

4.1. Paziente paliatiboari non gustatuko litzaioke hiltzea:

Pazienteen nahia aztertzerako garaian, ehunekoak aldatu egiten dira bai estatu desberdinetan zehar, bai faktore ezberdinen arabera. Hala ere, etxean hiltzea nahiago duten pazienteak dira beti ere gailendu egiten direnak, %49-100erako zifrak barnebilduz (Munday et al., 2007; Beccaro et al., 2006; Ruiz-Ramos, García-Leon eta Méndez-Martinez, 2011; Higginson, Sarmiento, Calanzani, Benalia eta Gomes, 2013; Shaw, Clifford, Thomas eta Meehan, 2010; Gomes et al., 2013). Bestetik, ospitalean hiltzeko nahia, gutxien ematen den kasua izango litzateke %1-26 artean (Winne et al., 2013; Beccaro et al., 2006).

Jarraitzeko, bi leku horiez gain, erresidentzia eta ospitale paliatiboak aurkituko genituzke, zeinetan estatuaren arabera aldagarriak izan daitezkeen ehunekoak ematen diren (Bell, Somogyi eta Masaki, 2009). Gainera, pazienteek erresidentzia zein ospitale paliatiboetara duten eskuragarritasunaren arabera da. Bestalde, lekuek daukaten azpiegitura mailaren arabera ere izango da ehuneko hau (Bell et al., 2009). Hala eta guztiz ere, Europa mailan erresidentzia bigarren lekurik gogokoena izango litzateke %13tik %31rako portzentaiekin (Winne et al., 2013). Desberdina izango litzateke ospitale paliatiboen kasuan, zeinetan portzentaia %2-13 artean aurkituko litzatekeen (Winne et al., 2013; Bell et al., 2009).

4.2. Paziente paliatiboa hil egiten den lekua:

Aurretiaz aipatutako nahien ehunekoak behin aztertuta, errealitatean pazienteak hil egiten diren lekuekin bat etortzen ez direla aztertu egin da. Hau da, paziente paliatiboak hil egiten diren lekuaren (euren nahiak kontutan hartu barik) eta hil nahi duten lekuen artean antzekotasunik ematen ez dela ikusten da.

Heriotz erregistroen zifrak aztertzerako garaian, ospitalean ematen diren heriotz kopurua %34-71 bitartekoak direla adierazi da (Bell et al., 2009; Cohen et al., 2007). Jarraitzeko, etxean hiltzen diren pazienteen kopurua %21etik %42rako portzentaien artean aurkituko lirateke, faktoreak eta estatu desberdinak kontutan harturik (Bell et al., 2009; Cohen et al., 2007).

Jarraitzeko, erresidentzian hil nahi duten pertsonen portzentaia eta bertan hil egiten diren pertsonen portzentaia (nahia kontutan hartu barik) antzeko zifra baten inguruan dago, desberdintasuna ez oso nabaria eginez. Izan ere, erresidentzian hil egiten diren pazienteen kopurua %6-33 artekoa da (Cohen et al., 2007). Azkenik, ospitale paliatiboetan hil egiten direnak, %8tik %35erako bitartekoa da (Bell et al., 2009).

Gainera, kontutan hartzekoa da ere, badirela hainbat paziente hasiera batean erabakirik egiteko gai sentitzen ez direnak. Beraz, paziente horien kasuan nahiaren erregistroa hasieratik aztertu ahal izateko zailtasunak egongo dira. Hala ere, normalean, paziente horiek denborarekin erabakia hartuz joan ohi dira (Munday et al., 2009).

Laugarren taulan pazienteek hil nahi duten lekuaren nahia zein den adierazita dago ehunekoan bitartez. Bestetik, errealitatean pazienteak hil egiten diren lekuen erregistroa dago (nahiak kontutan hartu gabe). Honen bitartez, portzentaien artean desberdintasun maila nabaria dagoela aztertu daiteke.

4.Taula. Pazienteak hil nahi duen lekua Vs hil egiten den lekuen portzentaiak.

	Paziente paliatiboak hil nahi duten lekua	Paziente paliatiboak hil egiten diren lekua
Norberaren etxea	%49-100	%21-42
Ospitalea	%1-26	%34-71
Erresidentzia	%13-31	%6-33
Ospitale paliatiboa	%2-13	%8-35

Iturria: Munday et al., 2009; Bell et al., 2009; Cohen et al., 2007tik eratorria

4.3. Kongruentzia maila nahiaren eta non hil diren artean:

Orokorrean bat etortze maila aztertuz, lortutako datuen arabera, %49 eta %70 artean pazienteek nahi duten lekuan hiltzea lortzen dute, kappa indizeen arabera (Winne et al., 2013; Bell et al., 2009; Escobar, Pinzon, Claus, Lepf eta Letzel, 2011). Honek esan nahi duena da, paziente bakoitzaren erabakia dena delakoan, bat etortzea ematea nahi duten lekuaren eta hiltzen diren lekuaren artean, ehuneko horretan adierazia dagoela. Hala ere, nahiz eta bat etortze maila %50ekoa baino handiagoa izan, aztertu beharra dago zein kasutan ez den batez

ere, bat etortze mailarik ematen. Izan ere, ez da gauza bera ikertzea ospitalean hil nahi dutenak edota etxean hil nahi dutenak.

Lekuz leku aztertzerako garaian, kongruentziarik tasa txikiena etxean hil nahi duten pazienteengan ematen da, izan ere, hauek dira zailtasun gehien topatzen dituztenak haien nahia bete ahal izateko (Brogaard, Neergaard, Sokolowski, Olesen eta Jensen, 2012; Houttekier, Cohen, Surkyn eta Deliens, 2011). Etxean hiltzeko nahia dutenen artetik, %48a azkenean hil egiten da bertan. Beraz, kasu horretan kongruentzia maila txikia egongo litzateke, hau da, nahi denaren eta gertatzen denaren arteko bat etortzea txikia emango litzateke.

Bestetik, ospitalean hil nahi duten pazienteen ehuneko txikia den bitartean, bertan hil egiten direnena askoz handiagoa da. Beraz, bat etortzea kasu honetan kontrakoa izango litzateke. Izan ere, ospitalean hiltzen direnen artetik soilik %30ak bertan hil nahi du (Bell et al., 2009; Abel, Pring, Rich, Malik eta Verne., 2013; Bell, Somogyi eta Masaki, 2010). Azkenik, erresidentziari dagokionez kongruentzia maila antzeko mantendu egiten da, izan ere, bertan hil nahi dutenen %70-80ak bete egiten du bere nahia (Cohen et al., 2007). Ospitale paliatiboen kasuan, ospitaleen antzeko egoera bat suertatzen da, hau da, bertan hil egiten diren pazienteen gehiengoak ez zuen bertan hil nahi, 5. taulan adierazten den bezala (Gomes et al., 2012; Bell et al., 2009)

5.Taula. Bat etortze mailak, hil nahi duten lekuaren eta errealtatean hiltzen diren lekuaren artean.

	kongruentzia maila
Norberaren etxean	%48
Ospitalean	%30
Erresidentzian	%70-80
Ospitale paliatiboak	%20-33

Iturria: Bell et al., 2009; Gomes et al., 2009; Abel et al., 2009 Cohen et al., 2007tik eratorria

4.4. Kongruentzia mailan eragiten duten faktoreak:

Hasteko, berebiziko garrantzia hartzen dute hiltzeko lekuaren erabakian, estatu politikek. Izan ere, politika hauei esker osasun zerbitzuak kudeatu egingo dira, eta hauen arabera zainketa aringarrietan ematen den kostu zein prestazioen gestioa egingo litzateke. Hala nola, politika garrantzitsuenen artean Erresuma Batuak abian jarritako The Gold Standars Framework egongo litzateke (Munday et al., 2009). Gainera, Osakidetzako (Euskadiko osasun zerbitzuen

publikoak) zainketa paliatiboko taldeak, martxan jarri ditu ere hainbat irtenbide, paziente hauei hiltzeko lekuaren aukeraketan lagundu ahal izateko.

Bestetik, badira beste hainbat faktore nahiaren zein erabakia hartzeko garaian aldaketak sortarazten dituztenak (Coupland, Madden, Jack, Moller eta Davies, 2011), hala nola, adina (Gomes et al., 2012), sexua (Gao et al., 2013; Ruiz-Ramos et al., 2011; Brogaard), patologia mota ezberdinak (Ruiz-Ramos et al., 2011; Cohen et al., 2010; Brogaard et al., 2012) eta egoera fisikoa (Brogaard et al., 2012).

Aurrekoekin batera, zerikusi handia daukate ere ondorengo faktoreek: geografiak (Gao et al., 2013), pazientearen egoera zibilak (Brogaard et al., 2012; Gao et al., 2013), informazioaren eskuragarritasuna (Gao et al., 2013) eta seme alabak izateak edo ez (Brogaard et al., 2012).

Azkenik, pazienteak nahi duen lekuan hil ahal izateko zerikusi handia duen faktore bat komunikazioa izango litzateke. Izan ere, komunikazioak paper garrantzitsua hartzen du (Munday et al., 2009; Bower et al., 2010), bai pazienteak zaintzaileekin duen komunikazioa eta bai osasun profesionalekin duena. Hiru talde hauek informazioaren gain egoteak berebiziko garrantzia du pazientearen desioa betetzeko garaian, izan ere, informazio eta erregistrorik gabe, ezingo da inondik aztertu hiltzeko lekuaren adierazlea (Munday et al., 2007).

Pazientea erabakia hartzeko gai dela kontutan harturik, erizain taldearen zein medikuen esku aurkituko da ere, eta honen arabera informazioa jaso, landu eta erabakia hartzeko eskubidea bermatuko zaio. Hori kontutan harturik, leku ezin hobean aurkitzen diren profesionalak erizain komunitarioak zein famili medikuak dira (Munday et al., 2009). Hala ere, gaixoaren krisi baten ondorioz ospitalean aurkitzen diren pazienteek, talde multidisziplinari baten laguntza jaso dezakete erabaki honetan. Bestalde, Europa mailan, osasun profesionalen %30-73 artean ez daude informatuak eta horren ondorioz ez dute erregistrorik egiten, egoera aztertu gabe geldituz (Winne et al., 2013).

Komunikazio honen betetzea bermatzeko, faktore eraginkortzat honakoak hartuko genituzke: pazientea jada ospitaleratu ez egotea, zaintzaileen parte hartzea izatea, zainketa talde multidisziplinari baten laguntza jasotzea eta azkeneko hiru hilabetetan paziente eta profesionalen artean gutxieneko zazpi kontaktu egon izana (Meeussen et al., 2009). Ondoko taulan aztertu daiteke hau betetzean, zein proportziotan igo egiten diren bat etortzea emateko aukerak **(6. Taula)**.

6. Taula. Komunikazioa eraginkorra izateko eragiten duten faktoreak.

Komunikazio faktoreak	Eraginkortasuna bat etortzea emateko
Ospitaleratua ez egotea	x 4
Zaintzailearen parte hartzea	x 3
Talde multidisziplinarraren laguntza	x 2,5
Azkeneko hiru hilabetetan kontaktua	x 3

Iturria: Meussen et al., 2009tik eratorria.

Informazio falta ematen denean, ospitaleko heriotzak gehiago ematen dira, hain zuzen ere, %35-40 artean (Meussen et al., 2009).

5. EZTABAIDA

Artikulu ezberdinak aztertu ostean eta autore desberdinek esandakoa kontutan harturik, datuak aztertzerakoan, Europan paziente paliatiboa beti nahi duen lekuan hiltzen ez dela aztertu egin da, autore guztiak ondorio berdinerara ailegatuz (Gomes et al., 2012; Beccaro et al., 2006; Bell et al., 2009; Escobar et al., 2011; Houttekier, Cohen, Surkyn eta Deliens, 2011; Bell et al., 2010). Izan ere, leku guztietan aztertu egin dute kongruentzia maila nahikorik ez dagoela hil nahi duten eta errealitatean hiltzen diren lekuaren artean. Ondorio honetara aztertutako artikuluen %100a heldu dira, nahiz eta bakoitzak datu zehatz ezberdinak erakusten dituen.

Hala ere, estatu desberdinen artean desberdintasunak nabariak dira, ehunekoan arabera, estatistikoki oso esanguratsuak diren tarteak erakutsiz (hala nola, etxean hil nahi duten eta hau lortzen dutenen zifrak %51eko desberdintasuna erakusten du, tarte %49tik %100era doalarik) (Gomes et al., 2012; Beccaro et al., 2006; Ruiz-Ramos et al., 2011; Bell et al., 2009; Escobar Pinzon et al., 2011; Cohen et al., 2007; Houttekier et al., 2011; Cohen et al., 2010; Brogarrd et al., 2012; Bell et al., 2010). Datuak, kultura, familia egitura, patologia mota eta estatu bakoitzak honen inguruan duen ezaguera mailaren arabera izango dira. Gainera, martxan jarritako politika zein legeek honen bermatzean zerikusirik handia izango dute (Cox et al., 2011).

Hori guztia kontutan harturik, azpimarratu egiten dira zeintzuk diren hiltzeko proposatu egiten diren leku desberdinak (norberaren etxea, ospitalea, erresidentzia eta ospitale paliatiboa), eta honen arabera aztertu egin da norberaren etxea dela lekurik gogokoena, ospitalea azkeneko aukera izanda.

(Munday et al., 2007; Beccaro et al., 2006; Ruiz-Ramos et al., 2011; Higginson et al., 2013; Shaw et al., 2010; Gomes et al., 2013). Hala ere, ospitalean beste edonon baino gehiago hiltzeko tendentzia handiagoa dago (Munday et al., 2007; Higginson et al., 2013; Shaw et al., 2010). Honek, negatiboki eragingo du “heriotz onaren” kontzeptuan. Izan ere, pazienteak faktore desberdinak direla eta ezingo du egi bihurtu hil nahi duen lekuaren nahia.

Jarraitzeko, osasun publikoarentzat, garrantzitsua izango da ere ospitaleko heriotzak murriztea, kostea gutxituko lukeelako eta hiltzeko kalitatea hobetuko litzatekeelako (Gao et al., 2013). Izan ere, eta minbizidundun pazienteen kostearen heren batek pazientearen azken urtean ematen dela jakinez, aztertu beharra dago etxean hil egiten den paziente ospitalean hiltzen dena baino hiru aldiz gutxiagoko kostua suposatzen duela (Gao et al., 2013).

Bestetik, hainbat autorek azpimarratu egiten dute, arazoa osasun zerbitzuko profesionalen aldetik konpondu beharreko zerbait dela (Winne et al., 2013; Meeussen et al., 2009). Izan ere, komunikazio eraginkorra sustatzea profesionalen eta pazientearen artean, gaiaren aztertzea suposatu ditzake eta behin lekuari buruzko eztabaida izanda pazientearekin, errazagoa izango da hiltzeko lekuaren nahia bete ahal izatea (Munday et al., 2009). Pazientearekin gaia jorratu ondoren, beharrezkoa da familia eta pazientearen arteko eztabaida sustatzea hiltzeko lekua erabakitzeko garaian. Prozesu hau zabala eta egunerokoa izan beharko litzateke (Bowers et al., 2010; Cox et al., 2011). Horri esker, zaintzaileek gogobetetasun handia sentitzen dute, batez ere, euren senideak hil nahi duen lekuan hiltzea lortu duenean (Munday et al., 2009).

Honekin jarraituz, Europako estatu desberdinetan medikuek eta erizainek pazientearen eskutik gaiaren inguruan jasotako informazioa desberdina dela ikertu egin da (Winne et al., 2013). Argi izan behar da, aurretiaz aipatu bezala, zenbat eta informazio gehiago profesionalak jaso dutena, nahia betetzeko probabilitate gehiago egongo dela. Ondorioz, arazoa estatu bakoitzaren profesionalen prestakuntzan egongo litzateke.

Hori landu ahal izateko, entrenatu beharra dago osasun profesionalak komunikazioan, haiek jakiteko non eta noiz den une egokia honen inguruan hitz egiteko (Winne et al., 2013). Hala ere, badira komunikazio falta emateko hainbat arazo, zeinen ondorioz informazioa jasotzea edota hau kalitatezkoa ez izatea eragin dezaketenak (Munday et al., 2009). Ondoko taulan profesionalak zein pazienteek izaten dituzten arazorik ohikoenak adierazten dira **(7. Taula)**:

7. Taula. Pazienteek zein profesionalak hiltzeko lekuaren inguruan komunikatzeko dituzten arazorik ohikoenak.

Pazienteengandiko komunikazio ez eraginkorra	Profesionalengandiko komunikazio ez eraginkorra
-Pazienteek euren desira ez adieraztea.	-Osasun profesionalak batzuetan komunikazio erremintak ez dituztela sentitzen dute (ahozko hizkuntza zein gorputz hizkuntza interpretatu ahal izateko).
-Pazienteek non hil nahi duten badakite hasieran baina denborak aurrera egin ahala ez dute aldaketarik adierazten honako arrazoiengatik: mina, sintomen kontrol ezaren sentimendua, zaugarri bilakatuko direlaren sentimendua eta familiarentzat oztopo direnaren sentimendua.	-Batzuetan, erizainek ez dute euren buruan kapaza ikusten hiltzeko tokiaren inguruan eztabaidatzeko, erlazio terapeutiko bat aurretiaz finkatu ez badute. Gainera antsietatea sorrarazten duen egoeratzat hartzen dute.
-Paziente paliatiboak direla ez dakiten pazienteekin gaia jorratzea arazo etikoa suposatzen du.	-Profesionalak berak pentsatu egiten dutenean zein den lekurik onena pazientea hil ahal izateko, eta honi erabakian parte hartzerik usten ez diotenean.
-Paziente paliatiboa direla, baina hau onartzen ez duten pazienteekin hiltzeko lekuaren erabakia eztabaidatzea arazoa suposatu dezake.	-Kulturaren arabera non hil nahi duten galdetzea batzuetan ez dago ondo ikusia, beraz gaia ezingo da landu profesionalen iritziz

Iturria: Munday et al., 2009; Bell et al., 2009tik eratorria.

Aipatutako zerrendako egoeren ondorioz bat etortzerik ez ematea suertatzen da, arazoa osasun profesionalengan oinarrituta dagoelarik. Hala ere, hauek arazoa emateko zati bat baino ez lirateke izango (Couplan et al., 2011).

Honekin lotuta, beti kontutan hartu behar da, pazienteak izaki biopsikosozialak izanik, indibidualki tratatu behar direla eta bakoitzaren prozesua desberdina izango dela. Beraz, kasu batzutan erabakia hasieratik argi izango dute bukaera arte. Beste batzutan, bukaera hurbildu ahala erabakia aldatuko dute (azken momentuetako krisia). Azkeneko kasu hauek askotan ematen dira

aurretiaz gaia ondo landu ez delako. Azkenik, talde bat egongo da ere zeinak hasieran non hil nahi duen ez duen jakingo. Normalean denborak aurrera egin ahala erabakitzen joan ohi dira (Munday et al., 2009) **(2. Eranskina)**.

Horregatik, berebiziko garrantzia hartzen du informazioa jaso denaren erregistroa egitea (Cox et al., 2011). Honi esker, lortu egingo da profesionalak galdeketa hau egitearen kontzientzia hartzea eta gainera, aztertu ahal izango da egoerak hobera egiten duen (Cox et al., 2011). Heriotz erregistroa egiterako unean, kontutan hartu behar da gehienetan paperean isladatu egiten dela non hil egiten den pazientea eta zergatia, baina ez nola (Ruiz-Ramos et al., 2011). Azken hori izango litzateke kalitate adierazlea, pazientearen autonomia bermatu egiten duena.

Komunikazio arazoez gain, badira esku hartze garrantzitsua duten beste faktore batzuk. Hasteko, adina kontutan hartzeko momentuan, paziente terminalengan, zenbat eta adinak gorago egin, orduan eta ospitaletik kanpo hiltzeko aukera gutxiago izango dituzte, baina adin tarte nagusienaren baitan ospitaletik kanpo hiltzeko aukera handitu egiten da (Gomes et al., 2012). Hala ere, horrek ez du esan nahi kongruentzia emango dela desioaren eta gertatutakoaren artean, izan ere, igo egiten dena erresidentzietako heriotz kopurua da (Ruiz-Ramos et al., 2011; Cohen et al., 2007).

Sexuari dagokionean ez da ebidentzia nahikorik aurkitu adierazteko emakumeek edo gizonezkoek aukera gehiago dituzten nahi duten lekuan hiltzeko (Gao et al., 2013; Ruiz-Ramos et al., 2011; Brogaard et al., 2012).

Jarraitzeko patologia motak, asko mugatu egiten du ere erabakia hartzeko unea. Ospitalean hiltzen diren pazienteen artean ugariagoak izan ohi dira arnas aparatuko, liseri aparatuko eta gernu sistemako pazienteak, izan ere, talde horietan gehien ematen diren patologiak aire bideetako butxadura kronikoa, zirrosi hepaticoa eta giltzurrun gutxiegitasuna izango lirateke (Ruiz-Ramos et al., 2011; Cohen et al., 2010; Brogaard et al., 2012). Bestetik, hematologiako pazienteek jasoko duten tratamenduarengatik ere, zailtasun gehiago dituzte ospitalean ez den nonbaiten hiltzeko eta paziente hauek dira etxean hiltzeko aukera gutxien izaten dutenak (Gao et al., 2013). Hala ere, badira hainbat gaixotasun endokrinologiko, hala nola, diabetesa edo demenzia, gero eta ugariagoak direnak, eta etxeko zein erresidentziako tratamenduarekin nahikoa izan dezaketenak (Ruiz-Ramos et al., 2011). Minbizia duten pazienteen artean, motaren arabera izango da, ospitalean gehien ematen direnak biriketakoak, kolonekoa, pankreasekoa edota kolonekoa izanik (Gao et al., 2013).

Gainera, egoera fisikoari dagokionean, zenbat eta min handiago, neke sentrazio gehiago eta funtzio fisikoaren gutxitzea handiagoa izan, orduan eta probabilitate handiagoa izango da ospitalean hiltzeko (Brogaard et al., 2012).

Beste datu bat geografiaren araberakoa izango litzateke, izan ere estatu, zonalde edota herri beraren barnean badira hainbat desberdintasun, arearik pobreenetan aukerak murriztuz (Gao et al., 2013). Gainera, etxe batzuetara heltzea zailagoa izan daiteke.

Kontutan hartzeko beste faktore bat, pazientearen egoera zibila da. Izan ere, hiltzeko lekua finkatzean, honek berebiziko garrantzia hartzen duela aztertu egin da. Ezkonduak dauden pazienteak etxean hiltzeko aukera gehiago dituzte, ezkonduak ez daudenak, alargunak edota dibortziatuak baino. Hau gertatuko litzateke, bikoteak nolabaiteko laguntza izango litzatekeelako eta askotan zaintzaile papera hartuko lukeelako (Brogaard et al., 2012; Gao et al., 2013). Hala ere, beste hiru egoeretan, badira hainbat irtenbide, hala nola, zaintzaile bat eurekin izatea ordu batzuek, baina askotan informazio hori eskuragarri ez izateak, horretarako aukerarik ez du ematen (Gao et al., 2013). Azkenik, seme alabak izatea eta horiekin bizitzea, etxeko heriotza kasu gehiagotan ahalbidetzen du (Brogaard et al., 2012).

Aurretiaz aipatutako faktoreak, arazo bat bihurtzea baino, landu beharreko zerbait izatea komeniko litzateke. Izan ere, gehienak, komunikazioaren bitartez konpondu edo zuzendu ahal izango lirateke.

Bestalde, hiltzeko lekua bermatu nahian, inprimaki batzuk erabili daitezke. Hauen bitartez, pazientearen egoerak txarrera egin baino lehen, idatzita utzi daiteke zein lekutan pazienteak nahi dituen zainketak jaso eta non nahi duen hil (Munday et al., 2009). Baita ere, aurretiazko borondateen dokumentuan idatzi daiteke (Bowers et al., 2010; Munday et al., 2009), esaterako, Osakidetza Osasun Zerbitzuak erabiltzen duena (7/2002 legean arautua dagoena) **(3. Eranskina)**. Hala ere, dokumentua aldagarria izango litzateke, gaixotasunak aurrera egin ahala. Aldaketa hauek, bi arrazoiengatik batez ere eman daitezke: pazienteak osasuntsu zegoeneko erabaki bera ez delako jarraituko edota gaixotasunaren prozesuan zehar iritziz aldatuz joan delako (Cox et al., 2011). Gainera ez du zertan gauza berdina izan behar pertsona batek gaixo egon baino lehen hartutako erabakia, gaixo dagoenean hartzen duenarekin konparatuta. Hala ere, gehiengoak euren erabakia mantentzen duela aztertu da, (Gomes et al., 2012) nahiz eta, garrantzitsua izango den honi buruz berriz hitz egitea.

Osasun politikei dagokienez, Estatu bakoitzak politika ezberdinak abian jarri egin ditu, norbanakoaren bizi amaierako zainketan eta batez ere hiltzeko

lekuaren eztabaida eta dokumentazioa egin ahal izateko (Cox et al., 2011). Politikak ezberdinak dira, hainbat faktoreren arabera: ekonomia, kultura, erlijioa, famili baloreak eta estatu bakoitzaren segurtasun neurriak (Gomes et al., 2012).

Estatu gehienetan, zainketa aringarriak ez dira espezialitate konkretu baten barnean landu egiten diren zainketak, baizik eta orokorrean profesional guztiek landu egiten dituztenak (Shaw et al., 2010). Beraz, hiltzeko lekuaren erabakia egiteko garaian erizain guztiak formazioa jaso beharko lukete, gai hau egoki landu ahal izateko.

Bestetik, aztertu egin da estatuaren arabera, zainketak zuzenduak dauden norantzaren arabera, gehiago zentratu daitezkeela instituzio baterantz edo etxeko zainketetarantz (Cohen et al., 2010). Hau da, Holanda edo Dinamarka bezalako estatuak zainketak lehen mailako arretarantz zuzentzen dituzten bitartean, famili giroari eta erresidentziei indarra emanez, Norbegian berdina lortu nahi den arren, oraindik ere zainketak oso instituzionalizatuak egongo lirake (Cohen et al., 2010).

Hala eta guztiz ere, bada Europako estatu bat zeinak politika paliatiboetan beste guztien gainera gailendu egin den, esparru honetan garrantzi eta pisu handia lortuz: Erresuma Batua (Munday et al., 2007; Shaw et al., 2010). Bertan, zainketa aringarriak lehen mailako arretaren zati oso garrantzitsu bezala hartzen dituzte. Azkenaldian, pazienteak hil nahi duen lekuaren ikertzea bultzatu egin dute osasun profesionalengan (Munday et al., 2009). Izan ere, lehen mailako arretako osasun profesionalen artean, %61ak zainketa paliatiboen erregistroa egiten du, lekua kontutan harturik (Shaw et al., 2010)

Beraz, Erresuma Batuan, zainketa aringarriak antolatzerakoan hainbat erreminta erabili egin dituzte (Shaw et al., 2010). Horien artean pisu gehiena hartu egin duena "The Gold Standards Framework" (GSF) izan da. Hau, 2000. urtean martxan jarritako programa izan zen. Honen bitartez, familia medikuek eta erizain komunitarioek zainketa paliatiboko planak eratu ditzakete, honen barnean hiltzeko lekua kontutan hartzen delarik (Munday et al., 2009). Honek, kontutan hartu egiten du talde multidisziplinari baten lan harremana. Kasu honetan, berebiziko garrantzia hartzen du erizain komunitarioak (Bowers et al., 2010). Txandaka lan egiten den heinean, lehendabizi paziente paliatiboaren identifikazioa egin beharko da eta honi egunez zein gaur kontaktuan egoteko aukera eskainiko zaio. Gainera, profesional guztiak gertatutakoaren erregistroa eginez joango dira leku berean, informazioa elkarbanatu ahal izateko (Bowers et al., 2010).

Erreminta honi esker, hobekuntzarik garrantzitsuena koordinazioan eta komunikazioan nabaritu egin da, hiltzeko lekua nahia aztertzerakoan (Shaw et al., 2010). Maggie Stobbart-Rowlands (2014), “Gold Standards Framework”eko erizain buruak dienez *“Programa honi esker, edonork dauka bere bizitza bukaerako zainketak antolatzeko eskubidea. Honen arabera, dokumentu bat erabili egiten da, zeinetan isladatuta utzi daitekeen zeintzuk diren pazientearen nahiak eta hiltzeko lekua. Gainera, dokumentu honen erregistroa egiten da eta noizbehinka berrikusi egiten da pazientearekin batera (batez ere, egoerak txarrera egiten duenean)”* (GSF)¹.

Bestetik, Espainia mailan, bada zainketa paliatiboen inguruko gida praktikoa, profesional guztiek eskuragarri dutena (Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos)². Hala ere, autonomi erkidego bakoitzak gidaren moldakuntza propioa egin du. Izan ere, Osakidetzak baditu zainketa paliatiboetan lan egiten duten talde bereziak. Hauen arabera, Bilboko Basurtuko ospitalearen kasuan, talde paliatiboak pazientearen balorazioa egin ostean (hau da, berak atzean daukan famili egitura eta patologiarene zailtasunen balorazioa), bere sailkapena egiten da, zainketak eta hiltzeko lekua proposatuz (**4. Eranskina**).

Horri esker, behin paziente ospitalera joanda eta paliatiboko taldeak paziente euren programan barnebidu ostean, bere patologiarene sailkapena egiten da. Hau, zailtasun gutxikoa edo zailtasun handikoa izan daiteke. Horren arabera, zailtasun baxukoak, Lehen Mailako Arretara edo Zerbitzu sozio-sanitarioetara zuzenduko zaie. Bestetik, zailtasun handiko prozesua izanda, etxeko ospitalizazio zerbitzura edota ospitale paliatibora zuzenduko da. Hala ere, paziente zein familiaren esku geldituko da erabakia betiere. Gainera, pazienteak badituzte eskuragarri hainbat gida, aukera eta eskubide ezberdinez informatu ahal izateko (Osakidetza)³. Prozesu horri esker, Osakidetzak pazienteen heriotzak euren aukeratutako lekuan ematea gehiago bermatzen du.

Orokorrean, nahi den lekuan hiltzearen nahiaren lorpena kalitatezko adierazle bezala hartzen dute autore gehienek, bai fisikoa eta bai psikikoa (Winne et al., 2013; Meeussen et al., 2009; Munday et al., 2009; Beccaro et al., 2006). Hau, prozesu dinamikoa izan beharko litzateke.

¹. <http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/Library%2C%20Tools%20%26%20resources/ACP%20General%20July%202013.v21.pdf>-en eskuragarri

². http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_resum.pdf-en eskuragarri

³. http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0002/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/primaria/GuiaRecursoCuidadosPaliativos.pdf-en eskuragarri

Beraz, dena barnebilduz, aztertu egin da, bat etortzea emateko nahia berez badagoela osasun zerbitzuetan. Hala ere, gizarte osoak oraindik ere, ez du hau emateak duen garrantziaren ezaguerarik (Cox et al., 2011). Hori dela eta, faktore biopsikosozialak kontutan harturik, bat etortze maila nahikorik ematen ez dela ikertu egin da, izan ere, kongruentzia maila, izan beharko litzatekenarengandik oso urrun dago oraindik. (Munday et al., 2007; Davies et al., 2006; Gao et al., 2013; Gomes et al., 2013; Winne et al., 2013; Meeussen et al., 2009; Munday et al., 2009; Cox et al., 2011; Beccaro et al., 2006; Ruiz-Ramos et al., 2011, Escobar-Pinzon et al., 2011; Abel et al., 2013; Gomes et al., 2013; Houttekier et al., 2011; Cohen et al., 2010; Brogaard et al., 2012; Bell et al., 2010).

6. MUGAK ETA INDARGUNEAK

Ikerketa honek izan dituen mugak, datuak populazio paliatibo osora estrapolatzen dituzten ikerketak aurkitzeko zailtasuna izan da. Izan ere, gehienak populazio paliatibo zehatz batengan oinarritu egin dira, haien ezaugarri indibidualekin, eta ezin izan dute aztertu paziente paliatiboa bere osotasunean. Hau da, kontutan hartu beharra dago kasu bakoitza desberdina izango dela eta beti ere indibidualki tratatu egin beharko direla egoera hauek.

Gainera, kalitatezko ikerketen gehiengoa Erresuma Batuan burututakoak dira eta honen ondorioz Europa mailako egoera aztertzea batzuetan zailagoa izaten da. Bestalde, autore ezberdinek erabilitako metodologia ez da berdina izan landutako artikulu guztietan zehar eta honek konparatzeko unean mugak ezarri ditu.

Bestetik, ikerketa honi indarra emango liokete erabilitako artikuluak kalitatezko aldizkarietatik eratorritakoak izatea. Azkenik, aipagarria litzateke, informazio egokia eskuragarri badagoela, bai datu base ezberdinetan baita erakunde ofizialetan ere.

7. ONDORIOAK

Laburbilduz, bibliografiaren azterketa sistematikoari esker, lortu egin dira estatistikoki esanguratsuak diren hainbat datu. Ikerketa mota desberdinek, erakutsi egin dute paziente terminalek hil nahi duten lekuaren eta hil egiten diren

lekuaren arteko kongruentziarik ematen ez dela. Gainera, autore guztiak bat etortzen dira kongruentziarik ez dagoela esatean.

Hala ere, bat etortze mailak, Europako estatu ezberdinetan zehar aldatu egiten dira. Alabaina, estatu guztietan mantendu egiten da etxea lekurik gogokoen bezala, ospitalea azken postuan aurkiturik. Nahia eta errealitatearen arteko adostasuna ez ematearen zergatia, hainbat faktoreren menpe dago, batez ere, faktore biopsikosozialak.

Izan ere, nahiz eta hiltzeko lekuaren erabakia hartzea erraza dirudien, gatazka emozionala sortarazten du. Horren ondorioz osasun profesionalek galdeketa egiteari gero eta gehiago uko egin diezaiokete. Hori dela eta, autore gehienek azpimarratu egiten duten bezala, erizainek komunikazio mailan prestakuntza handiagoa beharko dute, gai hau pazientearekin jorratu ahal izateko.

Bestalde, erizainak, nahiz eta talde paliatiboko partaide ez izan, oso gertutik bizi egiten dituzte egunero egoera hauek. Hori dela eta, erizain guztiak zainketa aringarrietako rola garatu beharko lukete, izan ere, guztien esku dagoen zerbait da.

Gainera, nahiz eta pentsatu daitekeen, Euskadi bizi egiten ari den krisi egoerak honen gain zerikusia hartu dezakeela, erabakia hartzerako unean, ez da zertan horrela izan behar. Izan ere, hiltzeko ohikoena izan den lekua ospitalean izan da beti eta hau aukerarik garestiena da. Beraz, aukera norberaren etxebizitza izatekotan, dirua aurreztuko litzateke.

Politika zein programa desberdinak aztertzerako unean, kontutan hartzekoa da Erresuma Batuak martxan jarritako proiektua, Europa mailan aitzindaria izan dena. Hala ere, programa hori ikertu egin duten autoreek, oraindik ere, hainbat arazo sumatu dituzte profesionalen aldetik hau jarraitzean, batez ere, komunikazio arazoak. Bestetik, Osakidetzak martxan jarritako programak eskuragarritasun maila handikoa da pazienteentzat. Beraz, aztertutako bi programek aukera zabalak eskaintzen dizkiete pazienteei hiltzeko lekuaren nahia betetzeko garaian.

Azkenik, argi izan behar da oraindik ere beharrezkoak direla ikerketa gehiago alor honetan, izan ere, martxan jarritako programen eta politiken emaitzak neurtu beharra dago, aurrera pausurik ematen ari den aztertzeke.

“Ez zaizkio egunak gehitu behar bizitzari, baizik eta bizitza egunei”:

ESKERRAK

Batetik, eskerrak eman nahi dizkiot Erresuma Batuko Maggie Stobbart-Rowlands andereari, "The Gold Standards Framework" eko erizain burua, eskainitako laguntzagatik. Aurrera eramaten ari diren proiektuari buruz azaldutakoa, oso erabilgarria egin zait ikerketa burutzerakoan.

Jarraitzeko, eskerrak eman ere, M^aJose Arrizabalagari, Basurtuko ospitaleko talde paliatiboko erizaina, bertan erabiltako prozesuaren azalpenengatik.

Bestetik, eskerrak eman nahi dizkiot ere lan honen burutzean eta zuzenketan lagundu didan Marta Arrue Mauleoni, EHUko erizaintzako irakaslea.

Azkenik, eskerrak eman nahi dizkiet nire erizain ikaskuntzan lagundu duten irakasle eta ikaskide guztiei.

BIBLIOGRAFIA

- Munday, D., Dale, J. eta Murray, S. (2007). Choice and place of death: individual preferences, uncertainty, and the availability of care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100 (5), 211-215.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17470927> tik berreskuratuta 2014ko otsailaren 4an.
- Davies, E., Linklater, K.M., Jack, R.H. eta Moller, H. (2006). How is place of death from cancer changing and what affects it? Analysis of cancer registration and service data. *British Journal of Cancer*, 95 (5), 593-600.
Doi: 10.1038/sj.bjc.6603305
- World Health Organization (2014). <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> tik berreskuratuta, 2014ko otsailaren 20an.
- Meeussen, K., Van den Block, L., Bossuyt, N., Bilsen, J., Echteld, M., Van Casteren, V. et al. (2009). GPs' awareness of patients' preference for place of death. *British Journal of General Practice*, 59 (566), 665-670.
Doi: 10.3399/bjgp09X454124
- Bowers, B., Roderick, S. eta Arnold, S. (2010). Improving integrated team working to support people to die in the place of their choice. *Nursing times*, 106 (32), 14-16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20879639>-tik berreskuratua 2014ko otsailaren 23an.
- Gao, W., Ho, Y.K., Verne, J., Glickman, M. eta Higginson, I.J. (2013). Changing patterns in Place of Cancer Death in England: A population-Based study. *Plos Medicine*, 10 (3).
Doi: 10.1371/journal.pmed.1001410.
- Beccaro, M., Costantini, M., Rossi, P.G., Miccinesi, G., Grimaldi, M. eta Bruzzi, P. (2006). Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (5), 412-416.
Doi: 10.1136/jech.2005.043646

- Gomes, B., Higginson, I.J., Calanzani, N., Cohen, J., Deliens, L., Daveson, B.A. et al. (2012). Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*, 23 (8), 2006-2015.
Doi: 10.1093/annonc/mdr602
- Wright, A.A., Keating, N.L., Balboni, T.A., Matulonis, U.A., Block, S.D. et al. Prigerson, H.G. (2010). Place of Death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (29), 4457-4464.
Doi: 10.1200/JCO.2009.26.3863
- Winne, K., Beccaro, M., Miccinesi, G., Van Casteren, V., Donker, G.A., Onwuteaka-Philipsen, B. et al. (2013). Awareness of General Practitioners concerning cancer patients' preferences for place of death: Evidence from four European countries. *European Journal of Cancer*, 49 (8), 1967-1974.
Doi: 10.1016/j.ejca.2013.01.006)
- Munday, D., Petrova, M. et al. Dale, J. (2009). Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ*, 339.
Doi: 10.1136/bmj.b2391
- Cox, K., Moghaddam, N., Almack, K., Pollock, K. et al. Seymour, J. (2011). Is it recorded in the notes? Documentation of end-of-life care and preferred place to die discussions in the final weeks of life. *BMC Palliative Care*, 10 (18).
Doi: 10.1186/1472-684X-10-18
- Gomes, B., Calanzani, N., Gylels, M., Hall, S. et al. Higginson, I.J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: systematic review. *BMC Palliative Care*, 12 (7).
Doi: 10.1186/1472-684X-12-7

- Ruiz-Ramos, M., García-León, J. eta Méndez-Matínez, C. (2011). El lugar de la muerte en Andalucía: influencia de la edad, sexo y cause de defunción. *Revista Clínica Española*, 211 (3), 127-132.
Doi: 10.1016/j.rce.2010.10.006
- Higginson, I.J., Sarmiento, V.P., Calanzani, N., Benalia, H. eta Gomes, B. (2103). Dying at home- is it better? A narrative appraisal of the state of the science. *Palliative Medicine*, 27 (10), 918-924.
Doi: 10.1777/0269216313487940
- Shaw, K.L., Clifford, C., Thomas, K. eta Meehan, H. (2010). Improving end-of-life care: a critical review of the Gold Standars Framework in primary care. *Palliative Medicine*, 24 (3), 317-329.
Doi: 10.1177/0269216310362005
- Bell, C.L., Somogyi, E. eta Masaki, K.H. (2009). Methodological review: measured and reported congruence between preferred and actual place of death. *Palliative Medicine*, 23, 482-490.
Doi: 10.1177/0269216309106318
- Cohen, J., Bilsen, J., Fischer, S., Lofmark, Rurik, L., Norup, M., Van der Heide, A. et al. (2007). End-of-life decision-making in Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland: does place of death make a difference? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (12), 1062-1068.
Doi: 10.1136/jech.2006.056341
- Brogaard, T., Neergaard, M.A., Sokolowski, I., Olesen, F. eta Jensen, A.B. (2012). Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliative Medicine*, 27 (2), 155-164.
Doi: 10.1177/0269216312438468
- Abel, J., Pring, A., Rich, A., Malik, T. eta Verne, J. (2013). The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. *BMJ Support Palliative Care*, 3 (2), 168-173.
Doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000327

- Osakidetza (2013). http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkvolu03/es/contenidos/informacion/voluntades_anticipadas_prof/es_volunt_que_se_puede_exp_c.html tik berreskuratuta, 2014ko martxoaren 7an.
- Cohen, J., Houttekier, D., Onwuteaka-Philipsen, B., Miccinesi, G., Addington, H., Kaasa, S. et al. (2010). Which patients with cancer die at home? A study of six European Countries using Death Certificate Data. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (13), 2267-2273.
Doi: 10.1200/JCO.2009.23.2850
- Coupland, V.H., Madden, P., Jack, R.H., Moller, H. eta Davies, E.A.(2011). Does place of death from cancer vary between ethnic groups in South England? *Palliative Medicine*, 25 (4), 314-322.
Doi: 10.1177/0269216310395986
- Escobar Pinzon, L.C., Claus, M., Zepf, K.I., Letzel, S., Fischbeck, S. eta Weber, M. (2011). Preference for Place of Death in Germany. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (10), 1097-1103.
Doi: 10.1089/jpm.2011.0136
- Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J. eta Deliëns, L. (2011). Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*, 11(228).
Doi: 10.1186/1471-2458-11-228.
- Bell, C.L., Somogyi-Zalud, E. eta Masaki, K.H. (2010). Factors Associated with congruence between preferred and actual place of death. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 39 (3), 591-604.
Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.07.007.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- Osakidetza (2010). http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0002/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/primaria/GuiaRecursosCuidadosPaliativos.pdf -tik berreskuratuta 2014ko otsailaren 23an.

1. Eranskina. Artikuluaren sailkapena: argitaratutako urtearen arabera.

ARTIKULUA	AUTOREAK	ALDIZKARIAK	URTEA	DATU BASEAK + HITZ KLABEAK	ARTIKULUARI EGINDAKO EKARPENA
<i>The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study.</i>	Abel, J., Pring, A., Rich, A., Malik, T. & Verne, J.	British Medical Journal (BMJ) Support Palliative Care	2013	Pubmed. Preferred place of death OR Actual place of death	Pazienteen nahien eta azkenean gertatutakoaren azterketa, hiltzeko lekuari dagokionez (ospitaleen azterketa sakona).
<i>Awareness of General Practitioners concerning cancer patients' preferences for place of death: Evidence from four European countries.</i>	Winne, K., Beccaro, M., Miccinesi, G., Van Casteren, V., Donker, G.A., Onwuteaka-Philipsen, B. et al.	European Journal of Cancer	2013	Pubmed. Preferred place of death OR Actual place of death (bilaketa manuala)	Osasun profesionalak, pazineteak hil nahi duen lekuaren gain egotearen garrantzia.
<i>Changing patterns in Place of Cancer Death in England: A population-Based study.</i>	Gao, W., Ho, Y.K., Verne, J., Glickman, M. & Higginson, I.J.	PLOS (Public Library of science) Medicine	2013	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Pazienteek hil nahi duten eta azkenean hil egiten diren lekuen datuak Ingalaterran.
<i>Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: systematic review.</i>	Gomes, B., Calanzani, N., Gylels, M., Hall, S. & Higginson, I.J.	BMC Palliative Care	2013	Pubmed. Change AND Place of death	Denboran zehar eta estatu ezberdinetan, etxean hiltzeko nahiaren aldaketak.
<i>Dying at home- is it better?A narrative appraisal of the state of the science.</i>	Higginson, I.J., Sarmiento, V.P., Calanzani, N., Benalia, H. & gomes, B	Palliative Medicine	2013	Pubmed. Preferred place of death OR actual place of death	Etxean hiltzearen alderdi positiboan azterketa.
<i>Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients.</i>	Brogaard, T., Neergaard, M.A., Sokolowski, I., Olesen, F. & Jensen, A.B	Palliative Medicine	2012	Pubmed. Preferred place of death OR Actual place of death	Pazienteen nahien eta azkenean gertatutakoaren azterketa, hiltzeko lekuari dagokionez.

(Itxaso Galán, autore berak egina)

1. Eranskina. Artikuluaren sailkapena: argitaratutako urtearen arabera.

ARTIKULUA	AUTOREAK	ALDIZKARIA	URTEA	DATU BASEAK + HITZ KLABEAK	ARTIKULUARI EGINDAKO EKARPENA
<i>Is it recorded in the notes? Documentation of end-of-life care and preferred place to die discussions in the final weeks of life.</i>	Cox, K., Moghaddam, N., Almack, K., Pollock, K. & Seymour, J.	BMC Palliative Care	2011	Pubmed. Preferred place of death OR Actual place of death	Pazienteek hil nahi duten lekuaren erregistroen azterketa.
<i>El lugar de la muerte en Andalucía: influencia de la edad, sexo y cause de defunción.</i>	Ruiz-Ramos, M., García-León, J. & Méndez-Matínez, C.	Revista Clínica Española	2011	CSIC/IME. Lugar AND Fallecimiento	Pazienteak hil egiten diren lekua, sexua, adina eta patologiaren arabera.
<i>Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes.</i>	Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J. & Deliens, L.	BMC Public Health	2011	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Heriotz erregistroak erabiliz, urteetan zehar hiltzeko lekuak izan duen tendentziaren azterketa.
<i>Does place of death from cancer vary between ethnic groups in South England?</i>	Coupland, V.H., Madden, P., Jack, R.H., Moller, H., & Davies, E.A	Palliative Medicine	2011	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Egoera kulturalak, hiltzeko lekuaren erabakiarengan duen esku hartzea.
<i>Preference for Place of Death in Germany. Journal of Palliative Medicine</i>	Escobar Pinzon, L.C., Claus, M., Zepf, K.I., Letzel, S., Fischbeck, S. & Weber, M.	Journal of Palliative Medicine	2011	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Pazienteek gogokoen dituzten hiltzeko lekuak Alemanian.
<i>Improving integrated team working to support people to die in the place of their choice.</i>	Bowers, B., Roderick, S. & Arnold, S	Nursing Times	2010	Pubmed. Preferred place of death OR Actual place of death	Erizain zein medikuen rola eta euren komunikazio gaitasunak.

(Itxaso Galán, autore berak egina)

1. Eranskina. Artikuluaren sailkapena: argitaratutako urtearen arabera.

ARTIKULUA	AUTOREAK	ALDIZKARIA	URTEA	DATU BASEAK + HITZ KLABEAK	ARTIKULUARI EGINDAKO EKARPENA
<i>Improving end-of-life care: a critical review of the Gold Standards Framework in primary care.</i>	Shaw, K.L., Clifford, C., Thomas, K. & Meehan, H.	Palliative Medicine	2010	Cochrane. Preferred place of death OR Actual place of death	“The Gold Standards Framework” programaren oinarriak lehen mailako arretan.
<i>Place of Death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers’ mental health.</i>	Wright, A.A., Keating, N.L., Balboni, T.A., Matulonis, U.A., Block, S.D. & Prigerson, H.G.	Journal of Clinical Oncology	2010	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Zein faktore diren positiboak hiltzeko lekua aukeratzeko garaian.
<i>Which patients with cancer die at home? A study of six European Countries using Death Certificate Data.</i>	Cohen, J., Houttekier, D., Onwuteaka-Philipsen, B., Miccinesi, G., Addington, H., Kaasa, S. et al.	Journal of Clinical Oncology	2010	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Zein faktorek ahalbidetzen duten etxeko heriotza, Europako sei estatu ezberdinetan.
<i>Factors Associated with congruence between preferred and actual place of death.</i>	Bell, C.L., Somogyi-Zalud, E. & Masaki, K.H.	Journal of Pain and Symptom Manage	2010	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Zein faktorek eragiten dute hiltzeko lekuaren aukeraketa egiteko unean.
<i>GPs’ awareness of patients’ preference for place of death.</i>	Meeussen, K., Van den Block, L., Bossuyt, N., Bilsen, J., Echteld, M., Van Casteren, V. et al.	British Journal of General Practice	2009	Pubmed. End of life care AND Decision making AND Place	Osasun profesionalak, pazienteak hil nahi duen lekuaren gain egotearen garrantzia.
<i>Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England.</i>	Munday, D., Petrova, M. & Dale, J.	British Medical Journal (BMJ)	2009	Pubmed. Preferred place of death OR Actual place of death	Ingalaterrako erizainek aurkitzen dituzten zailtasunak, pazienteekin hiltzeko lekua adosteko unean.

(Itxaso Galán, autore berak egina)

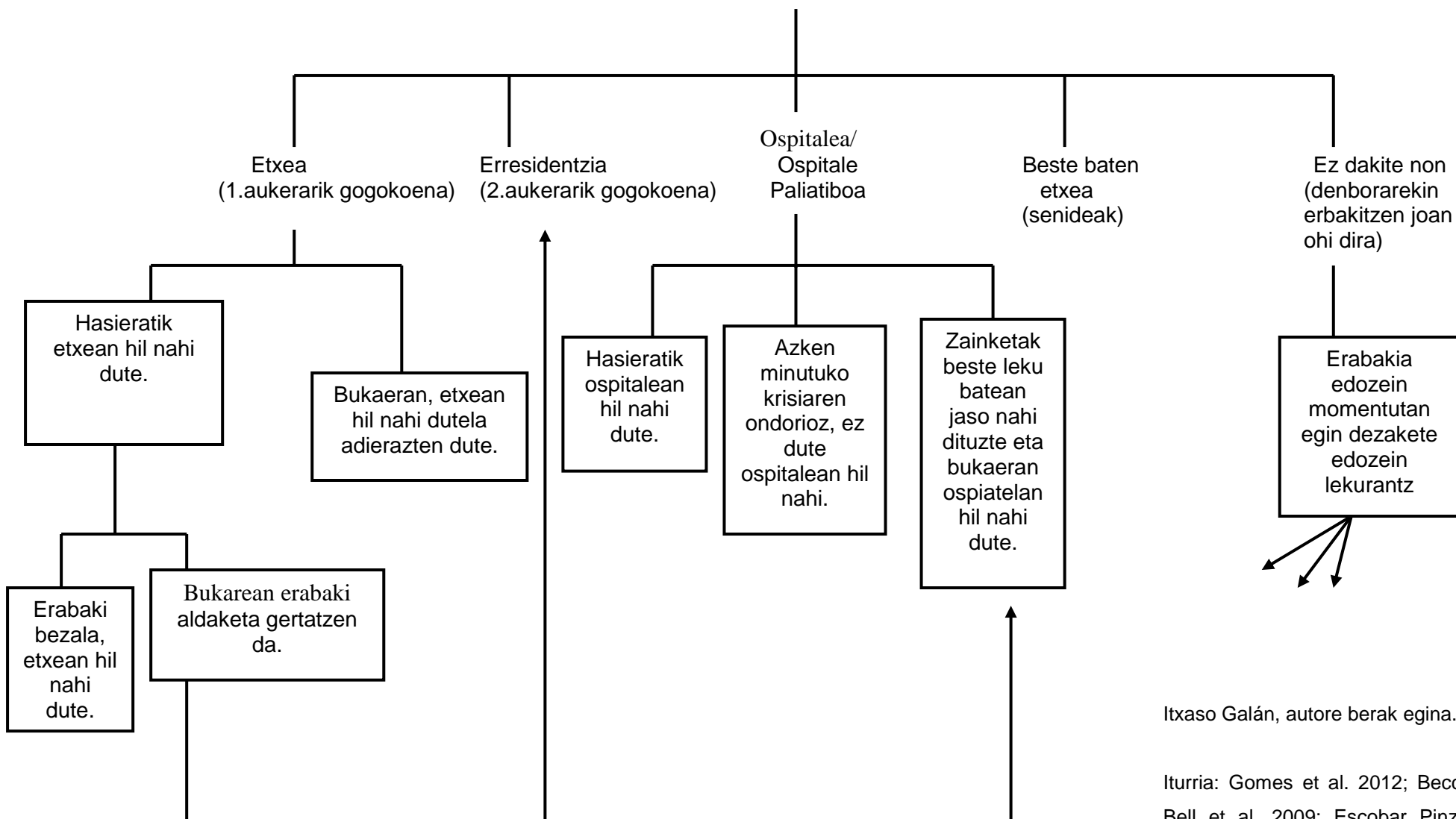
1. Eranskina. Artikuluaren sailkapena: argitaratutako urtearen arabera.

ARTIKULUA	AUTOREAK	ALDIZKARIA	URTEA	DATU BASEAK + HITZ KLABEAK	ARTIKULUARI EGINDAKO EKARPENA
<i>Choice and place of death: individual preferences, uncertainty, and the availability of care.</i>	Munday, D., Dale, J. & Murray, S.	Journal of the Royal Society of Medicine	2007	Pubmed. Choice AND Place of death	Zein faktorek eragiten dute hiltzeko lekuaren aukeraketa egiteko unean.
<i>End-of-life decision-making in Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland: does place of death make a difference?</i>	Cohen, J., Bilsen, J., Fischer, S., Lofmark, Rurik, L., Norup, M., Van der Heide, A. et al.	Journal of Epidemiology and Community Health	2007	Pubmed. End of life care AND Decision making AND Place	Hiltzeko leku ezberdinen aukeraketa Europako lau estatutan.
<i>Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC).</i>	Beccaro, M., Costantini, M., Rossi, P.G., Miccinesi, G., Grimaldi, M. & Bruzzi, P.	Journal of Epidemiology and Community Health	2006	Pubmed. Preferred place of death OR Actual place of death	Pazienteen nahien eta azkenean gertatutakoaren azterketa, hiltzeko lekuari dagokionez.
<i>How is place of death from cancer changing and what affects it? Analysis of cancer registration and service data.</i>	Davies, E., Linklater, K.M., Jack, R.H. & Moller, H.	British Journal of Cancer	2006	Pubmed. Beste artikulu batetik eratorria (Bilaketa manuala)	Hiltzeko nahi den lekuarengan eragina izan duten faktoreak.

(Itxaso Galán, autore berak egina)

2. Eranskina. Paziente paliatiboek hil nahi duten lekuaren arabera sailkapena.

PAZIENTE PALIATIBOEK DITUZTEN AUKERA EZBERDINAK



Itxaso Galán, autore berak egina.

Iturria: Gomes et al. 2012; Beccaro et al. 2006; Bell et al. 2009; Escobar Pinzon et al. 2011; Houttekier et al. 2011; Bell et al. 2010; Munday et al. 2009.

aldez aurreko borondateak

zer adieraz daiteke AABendokumentuan?

Aldez Aurreko Borondateen Dokumentuan honako hauek adieraz daitezke idatziz:

1. Bizi-printzipioen adierazpena eta norberaren aukerak, non baloreen hierarkia ezartzen den, eta horren ondorioz, eremu sanitarioan hartu behar den edozein erabaki hartzen orientatu behar duten irizpideak. Bizitzaren azken momentuekin, edo mugatze fisiko edo psikikoko beste egoera larri batzuekin zerikusia duten balore eta aukera pertsonalak adieraz daitezke. Beste zehaztasun batzuk ere adieraz daitezke, esaterako, **bizitzaren amaierako azken zainketak non jaso nahi diren (ospitalean, etxean...)**, organo-emailea izateko borondatea, asistentzia erlijiosoak jaso nahi den edo ez, autopsia egitea nahi duen edo ez, gorpua azterketa anatomikoetarako eman nahi den, etab.

2. Egoera sanitario zehatzak, zeinetan tratamendu edo zainketa jakin batzuk onartzea edo errefusatzeko kontuan hartzea nahi den, batez ere, aukera eboluzio-aurreikuspenei buruzko informazioa edukitzen denean (gaixotasun kronikoen kasuan bezala).

3. Aurretik ikusitako egoeren aurrean egin daitezkeen jarduerak medikoekin zerikusia duten jarraibideak eta mugak, hau da, behin behineko edo betiko ezintasunaren kasuan zein tratamendu edo zainketa jaso nahi diren eta zein ez. Esate baterako, bizi-euskarrien neurriak ez aplikatzeko eskatu daiteke (edo kentzeko, aplikatu baldin badira), adibidez: bihotz-biriketako bizkortzea, dialisia, lotura arnagailu batekin, bizitza luzatzeko elikadura edo hidratazio artifizialak.

4. Ordezkaririk bat edo batzuk aukeratzea, talde sanitarioaren aurrean solaskide balioduna izan dadin, pazienteak bere borondatea adierazi ezin duenean, eta jarraibideak bete eta interpretatzen ordezka dezan.

Ordezkaritari buruz honako hau zehaztu behar da:

- Ordezkatuaren borondatea ezagutu behar du
- Komeni da aurreko erabaki-prozesuan parte-hartzea.

Iturria: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkvolu03/es/contenidos/informacion/voluntades_antici_padas_prof/es_volunt_que_se_puede_exp_c.html-tik berreskuratuta, 2014ko martxoaren 7an.

4. Eranskina. Basurtoko ospitaleko (Bilbo) talde paliatiboak jarraitutako protokoloa

