

EUSKADIKO ONKOLOGIA PLANA

2018 - 2023



Osakidetza



EUSKADIKO ONKOLOGIA PLANA

2018 - 2023

Lan honen bibliografia-erregistroa Eusko Jaurlaritzaren

Liburutegi Nagusiaren katalogoan aurki daiteke:

<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Argitalpena

1.a, 2018 ko maiatza

Ale-kopurua

700

©

Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa
Osasun Saila

Internet

www.euskadi.net

Argitaratzailea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
C/Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseinua eta maketazioa

Colectivo Verbena

Zuzendaritza, koordinazioa eta prestaketa

Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza eta Osakidetza

Imprimaketa

Gráficas Irala

Lege gordailua

VI-381/18

AURKIBIDEA

Hitzaurrea	8
Sarrera	10
Minbiziaren egungo egoera Euskadin. Minbiziaren epidemiologia Euskal Autonomia Erkidegoan	14
1. Minbiziaren intzidentzia Euskal Autonomia Erkidegoan	15
2. Minbiziaren intzidentziaren bilakaera EAE-n, 2000-2013	17
3. Minbiziaren ondoriozko heriotza tasa EAE-n, 2011-2015	19
4. Minbiziaren ondoriozko heriotza tasaren bilakaera EAE-n, 2000-2015	20
5. 2000-2012 Aldian EAE-n diagnostikatutako paziente helduen biziraupena	22
6. Biziraupenaren bilakaera, diagnostikoko aldiaren arabera	25
Asistentzia jarduera	29
2.1. Minbizia bahetzeko programak	30
2.2. Ospitale jarduera	33
2.3. Farmazia adierazleak	35
0. Pertsona arretaren ardatz gisa	37
I. Onkologiako sektore arteko ekintza. Ingurune osasungarrien sustapena eta biztanleria diagnostiko goiztiarreko programak	40
II. Informazio sistemak	45
III. Asistentzia eredua	48
III.1. Alderdi orokorrak	49
III.2. Egoera bereziak	51
III.3. Onkologikoa	54
IV. Medikuntza pertsonalizatua	55
V. Ikerketa eta berrikuntza	58
Eranskinak	61
1. Eranskina	62
2. Eranskina: siglak eta laburdurak	65
3. Eranskina: minbiziaren aurkako Europako kodea	66
4. Eranskina: tumore-batzordeak	67
5. Eranskina: antolamendu-ereduaren arloko definizioak	66
6. Eranskina: goi-teknologia berritzeko plana. Kostua/urte aurreikuspena	69
7. Eranskina: administrari laguntzailearen egitekoak tumore batzordeetan eta/edo unitate funtzionaletan	70
8. Eranskina: kronograma	70
Bibliografia	76

HITZAURREA

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailarentzat eta Osakidetzarentzat lehentasunezkoa da minbiziari ekitea, Euskadin heriotza eragiten duen patologia nagusia baita. Egia da 2000.az geroztik Euskadin oro har eta nabarmen handitu dela biziraupen-tasa minbiziaren aurrean, eta Estatukoa eta Europar Batasuneko baina handiagoa dela. Hara hor, bada, Eusko Jaurlaritzak osasun-sistema publikoa, unibertsala eta kalitatezkoari eustearen alde duen konpromiso tinkoaren ondorioa. Euskadiko Onkologia Plana 2018-2023 baliatuta emaitzak hobetzen jarraitu nahi dugu, eta gaixotasun hori duten pertsona guztien premiei erantzuteko estrategia definitua eta egituratua izan, gaur egun eta etorkizunean. Hala, heriotza-tasa gutxitzea eta bizi-kalitatea hobetzea nabarmenduko nituzke planaren helburuen artean.

Kasu askotan, gaixotasun kroniko bilakatu da minbizia, eta gaur egun pazienteen portzentaje handi batek luzaroan bizirautean du gaixotasun hori diagnostikatu ostean. Hori guztia diagnostiko goiztiarrari esker gertatzen da, hain zuzen ere, bai eta terapia pertsonalizatu, tratamendu berri, ikerketa eta Osakidetzako profesionalen etengabe-ko esfortzu eta inplikazioari esker ere. Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak jarraituko du onkologia-arloko paziente onkologikoari kalitatezko arreta ematen, gaixotasunari modu integralean aurre eginez eta tratamendu pertsonalizatua emanez. Eta, horretarako, prebentzio politikak eta baheketak-programak indartuko ditugu, ikuspegi intersektorial batetik; hala jakatzea berdintasun-baldintzetan osasun- eta ongizate-mailarik handienak lortzeko inbertitzea baita.

Baina, nolana ere, Onkologia Planaren ezaugarri nagusia da, dudarik gabe, pazienteak duela ardatz, bai eredu asistentzialari, baita berrikuntzari eta ikerkuntzari, eta prebentzio-neurriak ezartzeari dagokienez ere. Izan ere, planaren erdigunea da minbizia duenaren premia guztiak artatzea prozesu osoan zehar, premia horiek fisikoak zein emozionalak izan, eta premia horiei erantzun integrala ematea diziplina askoko ikuspuntu batetik. Hau da, gure proposamena onkologia-arloko laguntza sakontzen jarraitzean datza, ikuspuntu humano batetik betiere, non pazienteak parte hartzen baitu erabakiak hartzen.

Horixe da dokumentuaren funtsa, zeina ez zatekeen posiblea izango Euskadiko Osasun Sektoreko profesionalen aholkurik gabe, haiek baitira egunero konprometitzen eta inplikatzen direnak onkologiako pazienteak eta haien senideak artatzen. Dokumentu honek bat egiten du 2013-2020 Osasun Planaren oinarritzko printzipioekin, eta onkologia-arloko arretako jarduera definitzen du datozen bost urtetotarako, eremu hauek aintzat hartuz: ekintza intersektoriala, asistentzia eredu, informazio-sistemak, medikuntza zehatza eta ikerketa eta berrikuntza.

Jon Darpón Sierra

Eusko Jaurlaritzako Osasuneko Sailburua

SARRERA

Euskadiko Osasun Planak minbiziaren alorrean lortu behar diren askotariko ekintzak eta helburuak planteatzen ditu. Gaixotasun multzo hori da, hain zuzen ere, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) biztanleriaren lehen heriotza-kausa.¹

Hori dela eta, gogoetarako abiapuntua dira, batetik, sektore arteko ekintza eta, bestetik, minbiziaren sorrerarekin lotura estua duten osasuna sustatzeko eta gaixotasunei aurrea hartzeko jardunak; gero, berariaz zentratuko da gaixotasunak minbizia garatzen duten pertsonengan sortzen dituen arazoetan. Ildo horretan, Euskadiko Onkologia Planak (EOP) onkologia-arretako jardun-esparruak definitzen ditu, betiere Osasun Planean jasotzen diren jardun-elementuak operazionalizatzerara begira.

2013-2020 aldiko Osasun Planak oinarri dituen printzipioen arabera, osasuna sustatzeko sektore arteko estrategiek garrantzi handia dute minbiziari aurre egiteko estrategietan. Sektore arteko estrategia horien bidez lortu nahi da:

- Adin txikikoak alkohola kontsumitzen ez hastea, edo ahalik eta beranduen hastea, alkohola minbiziaren arrisku-faktorea baita.
- Tabakoa erretzeari uztea, gaixotasun kardiobaskularrekin ez ezik, minbiziarekin ere lotzen den arazoa baita (biriketakoa eta maskurikoa, esate baterako).
- Jarduera fisikoa egitea, B hepatitisaren eta giza papilomaren birusaren (HPV) aurkako txertoak hartzea, eguzkiaz babestea eta minbiziari (haren edozein formatan) ahal den heinean aurrea hartzeko oinarritzko bizimodu osasungarriak sustatuko dituzten beste estrategia batzuk bultzatzea.
- Lan-esparruak ingurune seguruak izatea, agente kartzinogenoekiko esposizioa saihestuz.

Hartara, sektore arteko ekintzaren ildotik, erkidegoaren esku-hartzeari dagozkion alderdietan aurrera egin beharko da osasunaren arloko aktiboei laguntzeko —aktibo horiek tokian toki funtsezkoak dira osasuna sustatzeko ekintzetarako eta bizimodu osasungarriko inguruneetarako—. Ildo horretan, Erakunde Sanitario Integratuen lehen mailako arretatik jada egiten diren ekintzak sustatzeak eragin eztabaidea izan dezake —batik bat lehen arretako erizaintzatik egiten diren ekintzak sustatzeak—.

Diagnostiko goiztiarrera zuzendutako estrategia da biztanlerian oinarritzen den ikusmolde horren puntu sendoetako bat. Estrategia horrek hiru baheketa-programa ditu: bularretako minbizia eta kolon eta ondesteko minbizia goiz detektatzeko programak (bi minbizi horiek dira ugarietakoa eta emaitza bikainak ari dira lortzen) eta zerbixeko minbizia goiz detektatzeko programa.

Sektore arteko ekintza sendotzearen eta osasuna sustatzeko jardunak sendotzearen beharraz harantzago, onkologia-arretan berariaz oinarritutako jardun-estrategien garapena planteatzen du Onkologia Planak. Horretarako, sektore arteko ekintza osatzen duten elkarri lotutako hiru funtsezko elementuren gainean artikulatzen da plana:

- Zuzentasunaren ikuspegitik, kalitateko zerbitzuak eskaintzen dituen **EREDU ASIS-TENTZIAL** batean oinarritzen da, betiere erkidegoaren ikusmoldeetik (osasuna sustatzea) eta ikusmolde prebentibotik, terapeutikotik eta diagnostikotik.

Sistema asistentzialaren erantzun-ahalmenean eta kalitatean aurrera egiteko, Planak garrantzi berezia duten bi gai jorratzen ditu, osasun-sistema osasunaren arloko emaitzarik onenak bermatuko dituen moduan antolatzeke ahalmenari dagokionez. Horren helburua da:

- A. Minbizia diagnostikatzeko eta tratatzeko denborak murriztea.
- B. Ezohiko samarrak diren minbizien tratamendua metatzea, edo, artatzen diren

kasuen bolumenagatik, emaitza baldintzatuta dagoen minbizi-kasuen tratamendua metatzea.

Era berean, aurrera egin nahi da onkologiako dispositibo asistentzial guztiak ezin hobe baliatzea ahalbidetuko duten antolamendu-ereduak eskaintzeko ahalmenean, baina horrek dispositibo horiei dagozkien erakundeen izaeran eragina izan gabe. **Onkologikoa** izena duen zentroak Osakidetzaren asistentzia-sarean duen integrazio funtzionala areagotuz gero, zentro horrek lotura sendoagoa izango du Osakidetzaren asistentzia-sarearekin, eta Gipuzkoan onkologia-arreta bakarra finkatuko da, Euskadiko onkologia-arretako sistemaren osotasunari eraginkortasunez lagunduko diona. Zalantzarik gabe, minbizia duten pertsonen arreta efektiboa eta segurua eskaintzeko aukera emango diguten **teknologien** babesik gabe, ezinezkoa da minbiziaren alorrean asistentzia-sistema sendoa edukitzea. Etengabe eguneratzea eskatzen duten minbiziaren diagnostikorako eta tratamendurako teknologiak behar dira (3. eranskina). Ildo horretan, Euskadiko Onkologia Planak berrikuntza teknologiko plan baten babesdu eta eta plan hori indartu egin da Amancio Ortega Fundazioaren babesarekin —erradio-terapiarako 5 azeleragailu lineal eta diagnosirako mamografo bat berritzeko aukera emango du—. Dohaintza horri esker, Planaren ibilbidea erraztu da, abiapuntu teknologiko pribilegiatu batetik.

- Planaren beste funtsezko elementuetako bat izango da minbizia duten pertsonen premiak identifikatzeko eta osasunaren arloko emaitzak ebaluatzeko gauza den **INFORMAZIO SISTEMA**.

Bi jardun-ildok mugatzen dute ekintza, epe laburrean eta ertainean. Batetik, Euskadik gaur egun duen minbizi-erregistroa osatuko duen informazio-sistema bat garatu nahi da. Europako erregistro onenetako bat da, inolako zalantzarik gabe, baina historia kliniko elektronikoarekin integratzeko erronkari egin beharko dio aurre; izatez, helburua izango da denbora errealean eskaintzea onkologiako ebaluazio-jardunak egiteko eta erabakiak hartzeko lagungarria izango den informazioa. Garapen horri esker, ikerketa-ildo berriak zabaldu ahal izango dira eta Euskadi, arlo horretan, Europako abangoardian kokatu ahal izango da.

Bestalde, emaitza onak lortzeko gauza izan ezean —eta sistemaren iraunkortasuna arriskuan jar dezaketen sendagaiak **osasun-emaitzen arabera ordaintzeko** ikusmoldetik—, behar-beharrezkoa izango da sistema egokia garatzea, neurtzeko sendagai jakin batek paziente bakoitzari zer osasun-emaitza eskaini ahal izan dizkion. Morbimortalitatearen gaineko eraginkortasunaren emaitzak eta, oro har, sistemaren efizientziaren emaitzak aintzat hartzeaz gain, alderdi emozionalekin eta bizi-kalitateko alderdiekin lotzen diren eta pazienteentzat garrantzi handikoak diren beste emaitza batzuk ere hartuko dira aintzat. Emaitza horiek emaitzetan oinarritzen den finantzaketarako erreferentzia izango dira.

- Azken urteotan, aurrerapen teknologikoen eskutik eta, batik bat, genomikaren eskutik, sortu da **DOITASUNEKO MEDIKUNTZA PERTSONALIZATUA** (DMP) edo medikuntza genomikoa. Pertsonen norberaren ezaugarrien arabera eta gaixotasunaren arabera tratamendu indibidualizatuak eskaintzeko gauza den osasun-sistema baten ondorioa da doitasuneko medikuntza pertsonalizatua. Onkologiaren kasuan, eta pertsona batek duen minbiziaren ezaugarri molekularren arabera, pazientearen ezaugarrietara hobe egokitzen den tratamendua eskaini ahal izango da.

Doitasuneko medikuntza garatzearekin batera, garatu beharko dira lehentxeago aditzera emandako bi jardun-ardatzak.

Osasun-sistema eraginkor baten betebeharretakoa bat da, batetik, minbizien diagnostiko molekularretan aurrera egitea eta, bestetik, minbizi motaren arabera, minbizia duen pertsonaren inguruabarretara hobe egokitzen den tratamendua eskaintzea. Ezinbestekoa izango da alor horretan urrats irmoak egitea eta, aldi berean, modu iraunkorrean aurrera egitea; horretarako, modu orekatuan antolatu beharko dira dispositiboak, eta profil profesional berriak garatu beharko dira. Osakidetzaren osotasunerako antolamendu-testuinguru homogeen baten barruan, aztertu beharko dira eskura dauden ebidentziak eta esku-hartzeen kostua eta eraginkortasuna; gero, bidezko erabakiak hartu ostean, zabaldu beharko da zerbitzu eskaintza eta ziurtatu beharko da doitasuneko medikuntza baliatzeko irizpideak betetzen direla.

Aurrekoa osatzeko, aukera paregabetzat jo daiteke jardun-ardatz horietan oinarritzen den **Ikerketako eta Berrikuntzako** estrategia bat zabaltea, betiere Euskadiko enpresa teknologikoei —RIS-3 strategiaren arabera— minbiziaren diagnostikorako eta tratamendurako tresna berriak garatzen lagunduko dien osasun-sistema baten testuinguruan. Horretarako, asistentzia-dispositiboen arteko sinergiak baliatu beharko dira eta ikerketa-gaitasunak hobetu beharko dira; era berean, ezagutza gehitzea eta, aldi berean, minbizia duten pertsonen ordezko tratamenduak eskaintzea ahalbidetuko duten saiakuntza klinikoak Euskadira erakartzeko ahalmena hobetu beharko da.

Sinergiak eta ahalmenak baliatzeko ildo horretatik bertatik, Euskadiko osasun-sistema eta industria- eta teknologia-ehuna hurbilduko dituzten lotune berriak finkatu beharko dira.

Horregatik guztiagatik, Onkologia Plan honen **funtsa** minbizia duen **pertsonaren** premiak dira, pertsona bakoitzari bere premia zehaztetan oinarritutako arreta eskaintzeko aukera emango baitu. **Minbizia duten pertsonentzako Plana da, pertsona horien premia fisikoetan eta emozionaletan oinarrituko da.** Planak garrantzia ematen dio **onkologia-arretaren humanizazioari** eta **elementu zentral** horren inguruan zabalitzen dira jardun-ardatz hauen inguruan esku hartzeko estrategiak:

1. Sektore arteko ekintza
2. Asistentzia-eredua
3. Informazio-sistemak
4. Doitasuneko medikuntza
5. Ikerketa eta berrikuntza

Azken finean, hurrengo orrialdeetan zehaztuko den planteamendu estrategikoa minbizia duen pertsonaren premietan oinarritzen da eta oinarri horretatik sortzen dira Planaren jardun-ardatzak eta helburuak.

**MINBIZIAREN
EGUNGO
EGOERA
EUSKADIN.
MINBIZIAREN
EPIDEMIOLOGIA
EUSKAL
AUTONOMIA
ERKIDEGOAN**

1. MINBIZIAREN INTZIDENTZIA EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN

2009-2013 bosturtekoan 67.409 minbizi-kasu diagnostikatu ziren Euskal Autonomia Erkidegoan, hau da, urtean 13.482 kasu berri (8.062 gizonen artean eta 5.420 emakumeen artean).

Aldi horretan, intzidentzia gordinaren tasa 100.000 gizoneko 757,9koa izan zen, eta 100.000 emakumeko 485,4koa. Adinaren arabera egokitutako tasak handiagoak izan ziren gizonen artean —1,7ko tasa gizonak/emakumeak—. **1. taulan** kasu kopuruak, tasa gordinak eta adinaren arabera egokitutako tasak jaso dira.

1. taula. Tumore gaiztoen intzidentzia, gizonen eta emakumeen artean eta kokalekuaren arabera. EAE 2009-2013.

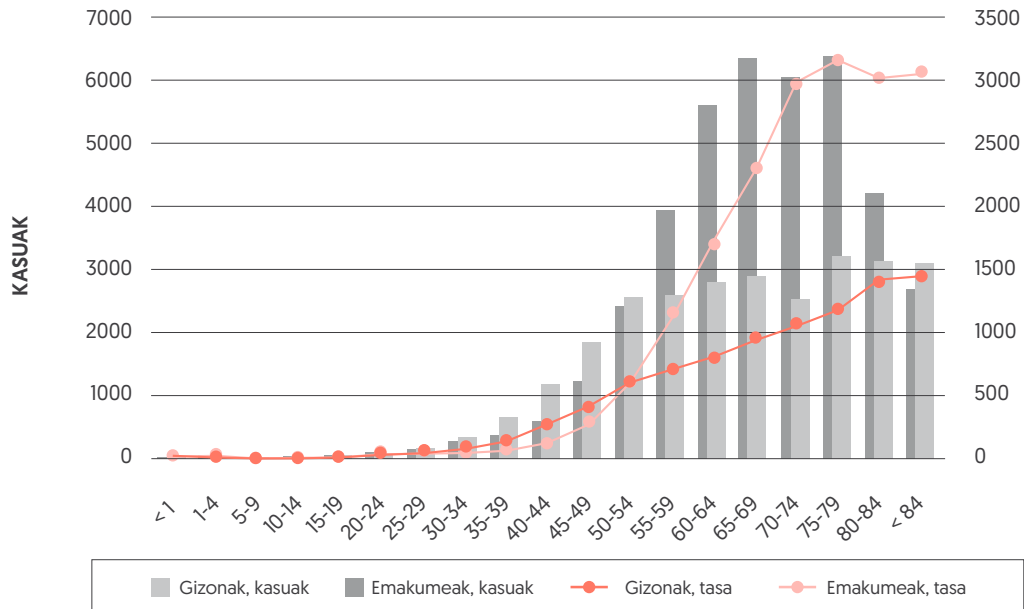
KOKALEKUA	GIZONAK			EMAKUMEAK		
	KASUAK	TG	AET	KASUAK	TG	AET
Aho-barrunbea eta faringea	1577	29,7	23,1	539	9,7	6,5
Hestegorria	653	12,3	9,1	137	2,5	1,6
Urdaila	1684	31,7	21,8	950	17	8,9
Kolona, ondestea eta uzki-kanala	6916	130	91,7	4030	72,2	43,3
Gibela	1286	24,2	18	444	8	4,1
Besikula eta behazun-bideak	392	7,4	4,9	399	7,2	3,2
Pankrea	1009	19	13,3	876	15,7	8
Laringea	997	18,7	14,5	89	1,6	1,3
Trakea, bronkioak eta birrikak	5498	103,4	75,1	1621	29	21,1
Larruzaleko melanoma	610	11,5	8,7	725	13	9,6
Mesotelioma	154	2,9	2	43	0,8	0,5
Bularra	94	1,77	1,28	7236	129,6	95,4
Prostata	8369	157,3	115	-	-	-
Barrabilak	295	5,6	5,4	-	-	-
Umetoki-lepoa	-	-	-	441	7,9	6,1
Imetoki-gorputza	-	-	-	1598	28,6	19,8
Obulutegia	-	-	-	861	15,4	10,9
Giltzurruna	1449	27,2	20,2	641	11,5	7,4
Maskuria, giltzurrun-pelbisa eta beste batzuk	3473	65,3	45,1	852	15,3	8,5
Nerbio-sistema zentrala	583	11	8,7	492	8,8	5,8
Tiroidea	254	4,8	4	910	16,3	13,9
Hodgkin-en linfoma	217	4,1	4	129	2,3	2,5
Ez-Hodgkin linfoma	1175	22,1	16,6	1056	18,9	12,4
Mieloma anizkoitza	425	8	5,5	382	6,8	3,7
Leuzemiak	1582	29,7	21,1	1220	21,9	13
Gainerako tumore gaiztoak	1620	30,2	22	1426	25,5	14,3
Tumore gaiztoak	40312	757,67	551,08	27097	485,5	321,8

TG: 10.000 biztanleko tasa gordina.

AET: adinaren arabera egokitutako tasa, Europako biztanleria estandarretarako eta 100.000 biztanleko. Iturria: EAEko minbizi-erregistroa

Adinari dagokionez, 2009-2013 aldian kasuen kopuruek eta tasek gora egin zuten adinaren arabera; era berean, tasa handiagoak hauteman ziren adin-tarte guztietako gizonen artean, 30 eta 54 urte artekoen kasuan izan ezik. Adin-tarte horretan, kopuruak eta intzidentzia-tasak handiagoak dira emakumeen artean, bularreko minbiziaren intzidentziaren ondorioz (1. irudia).

1. irudia. Tumore gaiztoen intzidentzia, kasu eta tasa espezifikoak, adinaren eta sexuaren arabera.

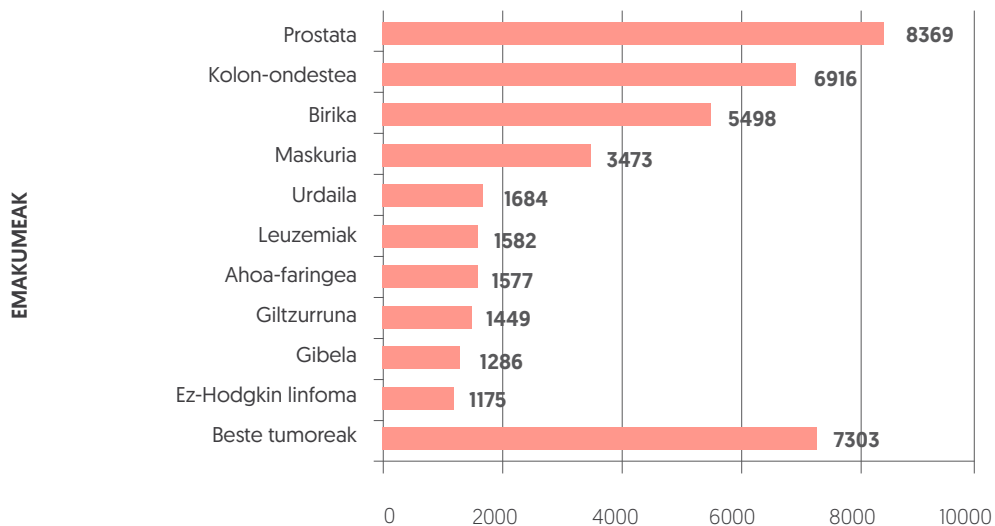


16

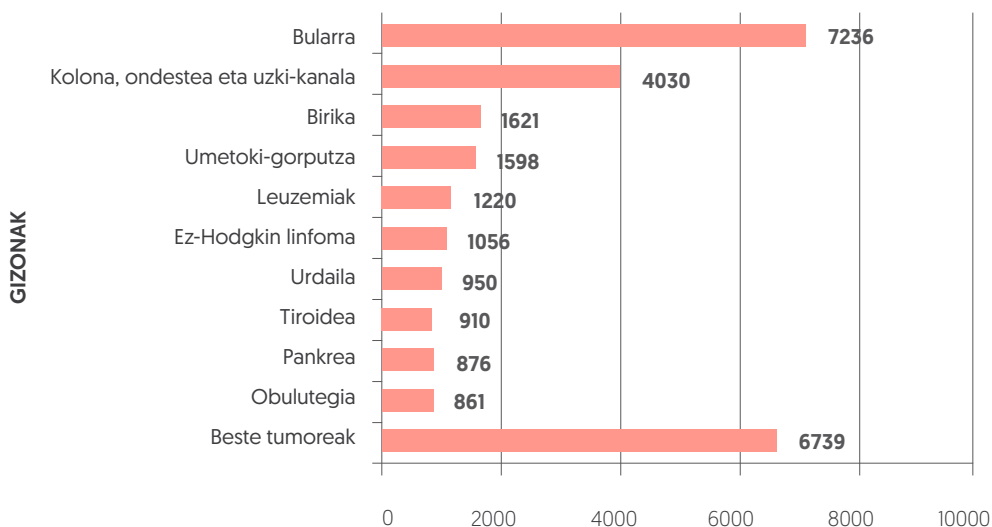
EAE 2009-2013

Intzidentziaren % 50 ohikoenak diren lau kokalekuetan metatzen da. Gizonezkoen artean prostatako minbizia (2a irudia) izan da ohikoena, eta ondoren kolon eta ondesteko minbizia, biriketako minbizia eta maskuriko minbizia. Emakumeen artean, berriz, bularreko minbiziak izan du intzidentzia gehien, eta, ondoren, kolon eta ondesteko minbiziak eta biriketako minbiziak; umetokiko minbizia da laugarren ohikoena (2b irudia). Bi sexuak kontuan izanik, kolon eta ondesteko minbiziak du intzidentzia gehien Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleen artean.

2a. irudia. Kasuak gizonen artean eta kokalekuaren arabera, EAE 2009-2013 aldian.



2b. irudia. Kasuak emakumeen artean eta kokalekuaren arabera, EAE 2009-2013 aldian.



Pediatría-adineko minbiziak kasu guztien % 1 dira eta bereizita hartu behar dira aintzat, aplikatzen diren tratamenduen ezaugarri bereziengatik eta haurraren eta familiaren duten inpaktuagatik. Nabarmendu behar da, 1990-2012 urteen artean, guztira 1.032 minbizi-kasu detektatu zela pediatría-adinean (45 kasu/urte). Intzidentzia aldatu egiten da adinarekin; urtebetetik beherakoen artean milioiko 268,8ko intzidentzia da, eta 10 eta 14 urte artekoen kasuan milioiko 133,9koa. Pediatría-adinean minbizi hematologikoak eta entzefaloko minbiziak dira ohikoenak, % 46 eta % 16 hurrenez hurren (kasu guztien % 62). Gainerako % 38a tumore solidoen artean banatzen da. Pediatría-adinean, intzidentziaren joera egonkor mantendu da 1990-2012 aldian; urte arteko aldaketa -% 0,7koa izan da (% 95eko konfiantza-tartea: -1,1; 0,5).

17

2. MINBIZIAREN INTZIDENTZIAREN BILAKAERA EAE-N, 2000-2013

Euskal Autonomia Erkidegoan minbiziaren intzidentziaren bilakaerari dagokionez, 2000-2013 aldia aztertu da. Ikus daitekeenez, aldi horretan intzidentziak nabarmen egin du gora bi sexuetan, honako joera honekin:

- Urtean % 0,3 gehitu da gizonen artean (2000. urtean 100.000 gizonezkoarako 521,5eko tasatik, 2013an 100.000 gizonezkoarako 544,8ko tasara).
- Urtean % 1,7 gehitu da emakumeen artean (2000. urtean 100.000 emakumezkoarako 273,3ko tasatik, 2013an 100.000 emakumezkoarako 333,7ko tasara).

2. taulan ikus daitezke Euskal Autonomia Erkidegoan minbiziaren intzidentzia-tasen joerak, hautatutako kokalekuaren eta sexuen arabera eta 2000-2013 aldirako.

2. taula. Tumore gaiztoen intzidentzia, gizonen artean eta kokalekuaren arabera. EAE 2000-2013.

KOKALEKUA	ALDIA	GIZONAK		EMAKUMEAK	
		UAE	% 95eko KT	UAE	% 95eko KT
Aho-barrunbea eta faringea	2000-2013	↓-3,1	-3,7 — -2,4	↑2,2	0,6 — 3,9
Hestegorria	2000-2013	↓-3,1	-3,8 — -2,4	1,9	-2,2 — 6,1
Urdaila	2000-2013	↓-2,1	-3,2 — -1	↓-1,5	-2,7 — -0,3
Kolona, ondestea eta uzki-kanala	2000-2007	↑2,6	2,1 — 3,0	-0,1	-2,4 — 2,3
	2007-2013			↑5,7	2,8 — 8,6
Gibela	2000-2013	0,5	-0,7 — 1,7	-1,7	-3,9 — 0,5
Besikula eta behazun-bideak	2000-2013	↑1,9	0,2 — 2,9	↓-2,6	-4,4 — -0,7
Pankrea	2000-2013	↑1,5	-0,9 — 1,9	0,2	-1,2 — 1,7
Laringea	2000-2013	↓-4,8	-5,5 — -4	0	-4,1 — 4,3
Trakea, bronkioak eta birrikak	2000-2013	↓-0,7	-1,1 — -0,2	↑7,2	6 — 8,5
Larruzaleko melanoma	2000-2013	1,5	-0,3 — 3,4	0,5	-1,2 — 2,3
Mesotelioma	2000-2013	3,6	-1,7 — 9,2	2,5	-5,5 — 11,2
Bularra	2000-2013	1,1	-1,7 — 4,0	↑1,5	1,1 — 2,0
Prostata	2000-2004	↑4,6	2 — 7,3	-	-
	2004-2013	-0,7	-1,3 — 0	-	-
Barrabilak	2000-2013	↑2,3	0 — 4,7	-0,1	-2,1 — 2,0
Umetoki-lepoa	2000-2013	-	-	↑3,3	0,8 — 5,8
Umetoki-gorputza	2000-2006	-	-	-1,1	-2,8 — 0,6
	2006-2013	-	-	0,1	-1,5 — 1,7
Obulutegia	2000-2013	-	-	↑2,4	1,3 — 3,5
Giltzurruna	2000-2013	↑2,3	0,9 — 3,7	↑4,7	3,1 — 6,3
Maskuria, giltzurrun-pelbisa eta beste batzuk	2000-2006	-0,6	-3,3 — 2,1	-	-
	2006-2013	1,9	-0,1 — 4,0	-	-
Nerbio-sistema zentrala	2000-2013	0	-1,4 — 1,5	-1,5	-3 — 0,1
Tiroidea	2000-2013	↑6,9	4,2 — 9,6	↑8,1	5,4 — 10,8
Hodgkin-en linfoma	2000-2013	0,4	-2,4 — 3,3	0,8	-2,7 — 4,4
Ez-Hodgkin linfoma	2000-2013	↑1,5	0,6 — 2,5	↑1,9	0,7 — 3,1
Mieloma anizkoitza	2000-2013	1,0	-0,9 — 2,8	0,8	-0,9 — 2,5
Leuzemiak eta sistema hematopoietikoa	2004-2013	-0,1	-3,3 — 3,1	-0,3	-2,4 — 1,9
Tumore gaiztoak (larruz. salbu)	2000-2013	↑0,3	0,1 — 0,5	↑1,7	1,4 — 2,0

UAE: urteko aldaketa-ehunekoa.

3. MINBIZIAREN ONDORIOZKO HERIOTZA TASA EAE-N, 2011-2015

Minbizia da Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleen lehen heriotza-kausa, heriotzen % 30,8ren eragilea da (% 37,2 gizonen artean eta % 24,3 emakumeen artean). 100.000 biztanleko heriotza-tasa, adinaren arabera egokitua, 227,7koa zen gizonentzat eta 105,0ekoa emakumeentzat (3. taula).

Ikus daitekeenez, heriotza gehien eragiten duten tumoreak biriketakoa, kolon eta ondestekoa, urdaikoa, pankreakoa eta bularrekoa dira. Bost kokaleku horiek minbiziaren ondoriozko heriotzen % 51 dira. Sexuen arabera, gizonen artean heriotza gehien eragin duen minbizia biriketakoa da (minbiziaren ondoriozko heriotza-tasaren % 24,1) eta, gero, kolon eta ondestekoa (% 13,6), prostatakoa (% 9,12), maskurikoa (% 6,9) eta urdaikoa (% 6,0). Emakumeen artean, bularreko minbizia da heriotza gehien eragin duena (% 14,8) eta, gero, kolon eta ondestekoa (% 14,4), biriketakoa (% 11,4), pankreakoa (% 7,2) eta urdaikoa (% 5,8).

3a. taula. Tumore gaiztoen heriotza-tasa, gizonen artean eta kokalekuaren arabera. EAE 2011-2015.

KOKALEKUA	GIZONAK			EMAKUMEAK		
	KASUAK	TG	AET	KASUAK	TG	AET
Aho-barrunbea eta faringea	571	10,6	7,8	184	3,3	1,9
Hestegorria	580	10,8	7,5	118	2,1	1,2
Urdaila	1127	21	13,5	675	12	5,7
Kolona, ondestea eta uzki-kanala	2547	47,4	29,2	1672	29,6	13,6
Gibela	1008	18,8	12,8	459	8,1	3,6
Besikula eta behazun-bideak	179	3,3	2,1	214	3,8	1,5
Pankrea	931	17,3	11,6	838	14,9	6,9
Laringea	411	7,7	5,3	31	0,6	0,4
Trakea, bronkioak eta birikak	4504	83,8	58,3	1317	23,3	15,6
Larruzaleko melanoma	176	3,3	2,2	117	2,1	1,1
Mesotelioma	155	2,9	1,9	41	0,7	0,4
Prostata	1705	31,7	17,4	-	-	-
Barrabilak	9	0,2	0,1	-	-	-
Giltzurruna	452	8,4	5,4	132	2,3	1,5
Maskuria, giltzurrun-pelbisa eta beste batzuk	1288	24	14,4	435	7,7	3,7
Nerbio-sistema zentrala	482	9	6,8	516	9,1	5,5
Tiroidea	36	0,7	0,4	229	4,1	1,9
Hodgkin-en linfoma	41	0,8	0,6	332	5,9	2,3
Ez-Hodgkin linfoma	423	7,9	5,1	393	7	4,2
Mieloma anizkoitza	233	4,3	2,6	61	1,1	0,5
Leuzemiak	548	10,2	6,4	25	0,4	0,3
Gainerako tumore gaiztoak	1265	23,5	15,7	364	6,5	2,8
Tumore gaiztoak	18671	347,6	227,1	233	4,1	1,8

TG: tasa gordina 100.000 biztanleko. AET: adinaren arabera egokitutako tasa, Europako biztanleria estandarretarako eta 100.000 biztanleko

1991 eta 2013 artean, 15 urtetik beherako 211 adin txikiko hil zen minbiziaren ondorioz Euskal Autonomia Erkidegoan. Pediatria-adinean minbiziaren ondoriozko heriotza-tasa nabarmen murriztu da 1991-2013 aldian, urtean % 0,1 eta % 3,4 artean. Aldi horretan leuzemiaren ondoriozko heriotza kopuruen murrizketa nabarmentzen da: urteko % 2tik % 8ra.

4. MINBIZIAREN ONDORIOZKO HERIOTZA TASAREN BILAKAERA EAE-N, 2000-2015

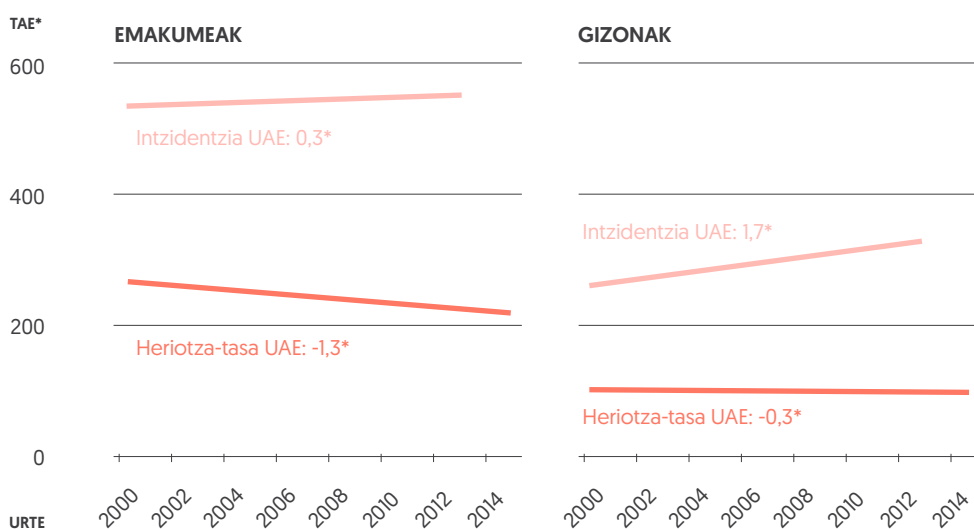
Euskal Autonomia Erkidegoko minbiziaren ondoriozko heriotza-tasaren bilakaera aztertzeko, 2000-2015 aldian hauteman den heriotza-tasa analizatu da. Aditzera eman behar da, aldi horretan, minbiziaren ondoriozko heriotza-tasak behera egin duela bi sexuetan; edonola ere, beherakada zertxobait txikiagoa izan da emakumeen artean: (3. irudia)

- Gizonen artean urtean % 1,3 jaitsi da, 2000. urtean 100.000 biztanleko 268,5 izatetik 2015. urtean 219,8 izatera (3. irudia).
- Emakumeen artean ere behera egin du, baina kasu honetan ez da hain adierazgarria estatistikari erreparatuta (2000. urtean 100.000 biztanleko 114,4 izatetik 2015. urtean 109,4 izatera).

Nolanahi ere, heriotza-tasaren bilakaera desberdina izan da tumorearen kokalekuaren arabera, 4. taulan ikus daitekeen bezalaxe.

20

3. irudia. Tumore gaiztoen intzidentzia-tasaren (2000-2013) eta heriotza-tasaren (2000-2015) bilakaera (CIE-10: C00-C97), sexuen arabera.



UAE: urteko aldaketa-ehunekoa.
UTE: urteko tasa estandarizatua.

4a taula. Tumore gaiztoek eragindako heriotza-tasaren bilakaera, gizonen eta emakumeen artean eta kokalekuaren arabera. EAE, 2000-2015.

KOKALEKUA	ALDIA	GIZONAK		EMAKUMEAK	
		UAE	% 95eko KT	UAE	% 95eko KT
Aho-barrunbea eta faringea	2000-2015	↓-3,3	-4,7 — -2	↑2,9	1,5 — 4,2
Hestegorria	2000-2015	↓-2,9	-3,9 — -2	2,4	-0,6 — 5,6
Urdaila	2000-2015	↓-2,8	-4 — -2	-1,5	-3,1 — 0,1
Kolona, ondestea eta uzki-kanala	2000-2012	0,1	-0,6 — 1,0	↓-1,9	-3,6 — -0,1
	2012-2015	-5,5	-12 — 1,0	3	-0,2 — 6,2
Gibela	2000-2005	↑1,5	0,7 — 2,4	-8,3	-16,1 — 0,2
	2005-2015	-	-	2,6	-0,4 — 5,7
Besikula eta behazun-bideak	2000-2015	↑1,5	0 — 3	↓-4,2	-5,8 — -2,5
Pankrea	2000-2015	0,9	0 — 1,9	0,4	-0,9 — 1,7
Laringea	2000-2015	↓-4,1	-5,4 — -3,0	1,9	-2,6 — 6,6
Trakea, bronkioak eta birrikak	2000-2015	↓-0,8	-1,3 — 0	↑5,7	4,6 — 6,8
Larruzaleko melanoma	2000-2015	2,3	-0,9 — 5,5	-1,0	-3,9 — 2,0
Mesotelioma	2000-2015	↑4,4	1,9 — 7	1,7	-2,9 — 6,5
Bularra	2000-2015	0,8	-4 — 5,7	↓-1,5	-2,4 — -0,7
Prostata	2000-2015	↓-2,0	-3,0 — -1,0	-	-
Barrabilak	2000-2015	-7,1	-32,0 — 28,0	-	-
Umetoki-lepoa	2000-2015	-	-	-1,5	-3,5 — 0,5
Umetoki-gorputza	2000-2015	-	-	-0,3	-1,9 — 1,4
Obulutegia	2000-2015	-	-	-0,3	-2 — 1,3
Giltzurruna	2000-2015	-0,7	-1,8 — 0,4	0,4	-2,1 — 2,9
Maskuria, giltzurrun-pelbisa eta beste batzuk	2000-2015	0,3	-0,5 — 1,1	↑1,4	0,1 — 2,6
Nerbio-sistema zentrala	2000-2015	0,8	-0,6 — 2,3	-0,5	-2,5 — 1,4
Tiroidea	2000-2015	0,8	-3,2 — 5,1	0,6	-3,4 — 4,9
Hodgkin-en linfoma	2000-2015	0,3	-1,5 — 5,3	8	-11,7 — 32,2
Ez-Hodgkin linfoma	2000-2005	-0,3	-1,6 — 1,1	-7,8	-15,8 — 0,9
	2006-2015	-	-	0,4	-3 — 3,9
Mieloma anizkoitza	2000-2015	1,3	-2,8 — 0,3	-0,5	-2,6 — 1,7
Leuzemiak	2000-2008	-2,3	-5,6 — 1,1	0,3	-1,1 — 1,8
	2008-2015	↑4,0	0,1 — 8,0	-	-
Tumore gaiztoak	2000-2015	↓-1,3	-1,4 — -1,0	-0,3	-0,8 — 0,3

UAE: urteko aldaketa-ehunekoa KT: konfiantza-tartea.

↑ Estatistikari dagokion igoera adierazgarria. ↓ Estatistikari dagokion beherakada adierazgarria

Iturria: Hilkortasunaren erregistroa. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila.

5. 2000-2012 ALDIAN EAE-N DIAGNOSTIKATUTAKO PAZIENTE HELDUEN BIZIRAUPENA

Biztanleria helduaren artean (14 urteko edo urte gehiagoko biztanleak) biziraupen garbia (BG) % 71,3koa da diagnostikatu eta urtebetera eta % 52,2ra murrizten da 5 urtetara; emakumeen kasuan % 76,6koa eta % 59,9koa da, hurrenez hurren.

5. taulan minbiziak duten pazienteen biziraupen garbia adierazten da (%), sexuen arabera eta adinaren arabera egokitua.

5. taula. EAeko biziraupen garbi estandarizatua (BGest), adinaren arabera, 1, 3 eta 5 urtetara eta sexuen arabera.

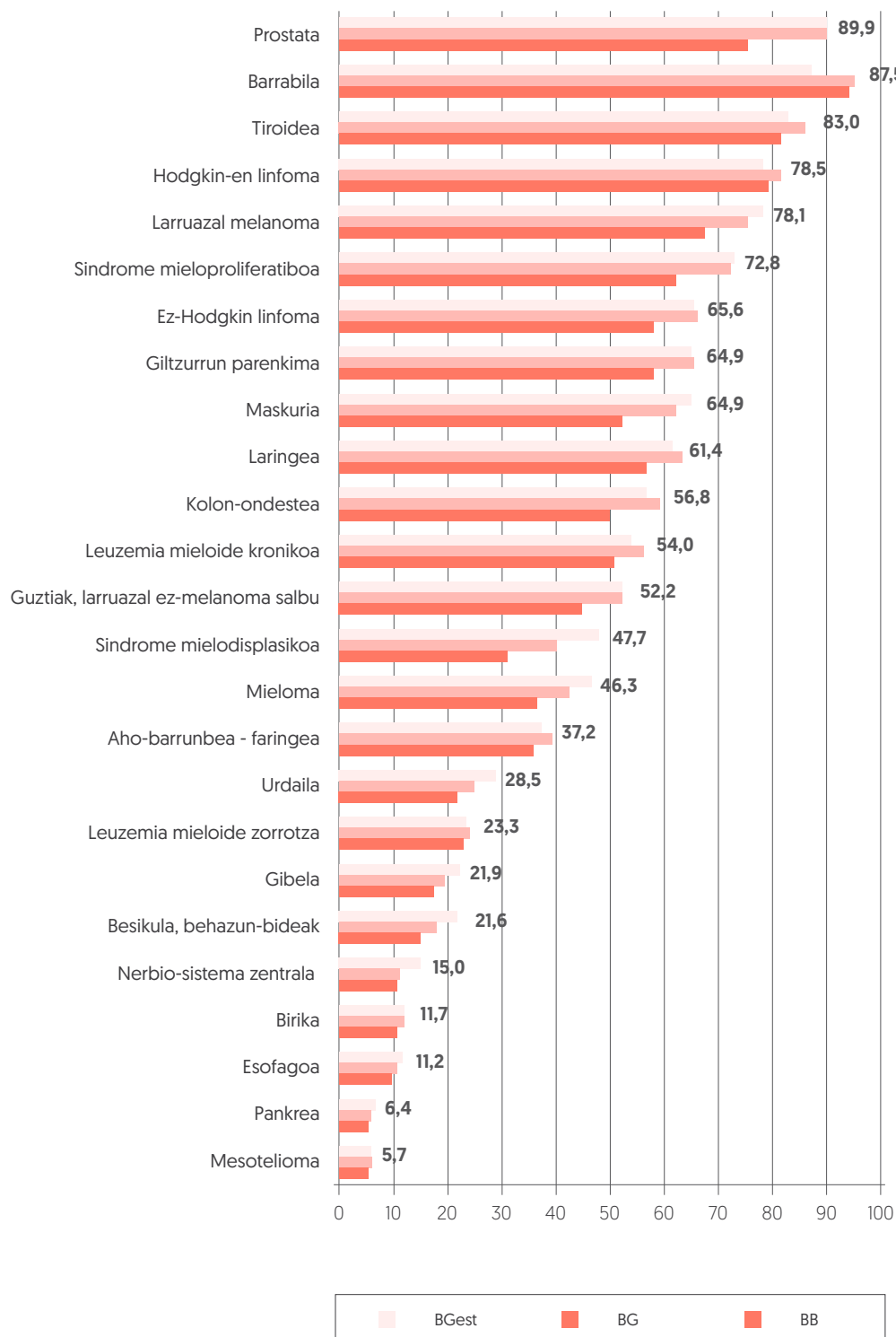
	GIZONAK (KOP.=93.821)		EMAKUMEAK (KOP.=59.444)	
	BGest	% 95eko KT	BG	% 95eko KT
1 urte	71,3	71-71,6	76,6	76,2-76,9
3 urte	57,5	57,1-57,8	64,9	64,5-65,3
5 urte	52,2	51,8-52,6	59,9	59,5-60,4

BG: biziraupen garbia. KT: konfiantza-tartea.

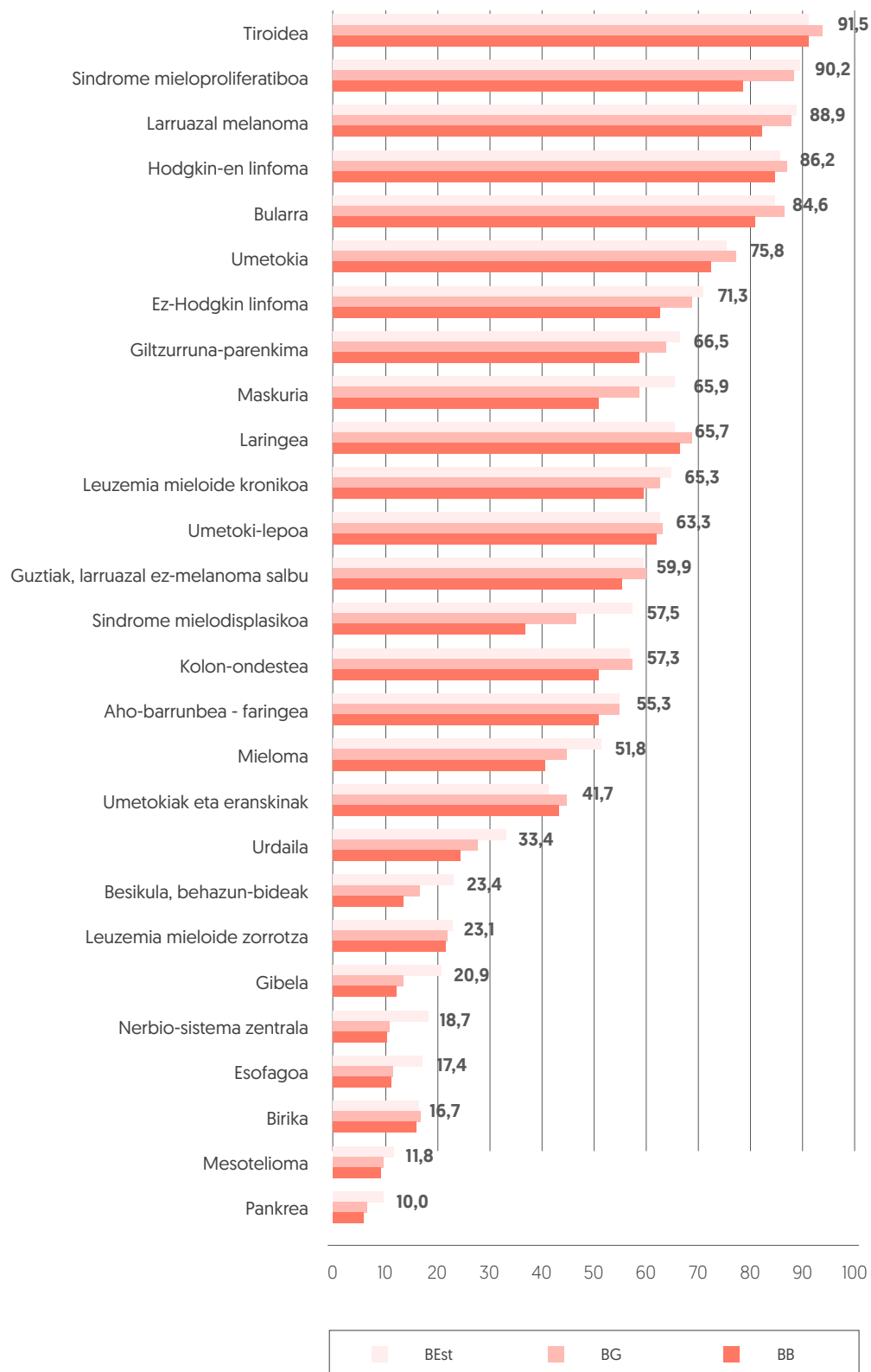
22

4a eta 4b irudietan ikus daitezke tumoreen kokalekuen arabera dauden biziraupen-aldeak, gizonetzkoentzat eta emakumetzkoentzat. Hauek izan dira pronostiko okerrereko minbiziak, gizonen zein emakumeen artean: mesotelioma (gizonen artean % 5,7; emakumeen artean % 11,8), pankreakoa (gizonen artean % 6,4; emakumeen artean % 10,0), hestegorrikoa (gizonen artean % 11,2; emakumeen artean % 17,4), biriketakoa (gizonen artean % 11,7; emakumeen artean % 16,7), nerbio-sistema zentralakoa (gizonen artean % 15,0; emakumeen artean % 18,7), gibeakoa (gizonen artean % 21,9; emakumeen artean % 20,9) eta besikula eta behazun-bideakoa (gizonen artean % 21,6; emakumeen artean % 23,4). Gizonen artean, pronostikorik onena dagokie prostatakoko minbiziari (% 89,9), barrabiletakoari (% 87,5), tiroideetakoari (% 83,0%), Hodgkin-en linfomakoari (% 78,5) eta melanomari (% 78,1); emakumeen artean pronostikorik onena dagokie tiroideetakoari (% 91,5), sindrome mieloproliferatiboari (% 90,2), melanomari (% 88,9), Hodgkin-en linfomakoari (% 86,2) eta bularrekoari (% 84,6).

4a. irudia. Biziraupena (%), behatua (BB), garbia (BG) eta garbi estandarizatua (BGest), 5 urtetarra. Gizonak. EAE, 2000-2012.



4b. irudia. Bizirupena (%), behatua (BB), garbia (BG) eta garbi estandarizatu (BGEst), 5 urte-tara. Emakumeak. EAE, 2000-2012.



6. BIZIRAUPENAREN BILAKAERA, DIAGNOSTIKOKO ALDIAREN ARABERA

6. taulan biziraupenaren bilakaeraren datuak islatzen dira, sexuen eta adin-tarteen arabera, eta tumore guztietarako. Biziraupen garbi estandarizatuak nabarmen egin du gora lehen aldiaren (2000-2004) eta hirugarren aldiaren (2010-2012) artean, gizonentzat zein emakumeentzat, diagnostikatu eta urtebetera zein 5 urtetara. Minbizia diagnostikatu eta 5 urtetara, 6 puntu egin du gora gizonen artean (% 49,2 vs. % 55,2) eta 5 puntu emakumeen artean (% 57,1 vs. % 62,4).

6. taula. Biziraupen garbia (%) [kokaleku guztiak, melanoma ez den larruazalekoa izan ezik], diagnostikatu eta urtebetera eta bost urtetara, eta sexuaren, adin-tartearen eta aldiaren arabera.

EAE, 2000-2012

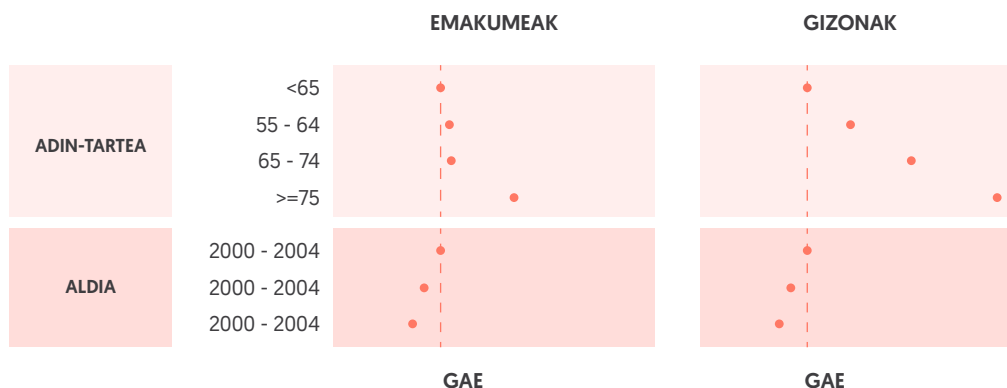
SEXUA	ADINA	DENBORA	2000-2004			2010-2012					
			KASUAK	BG	% 95eko KT	KASUAK	BG	% 95eko KT			
GIZONAK	15-54	1	5426	75,15	73,99	76,31	3.087	80,31	78,89	81,72	
		5		54,23	52,87	55,59		62,05	60,60	63,50	
	55-64	1	6931	72,34	71,26	73,41	5.628	78,66	77,57	79,75	
		5		51,19	49,93	52,44		59,38	58,25	60,52	
	65-74	1	11745	70,49	69,63	71,35	7.350	78,47	77,49	79,45	
		5		52,14	51,10	53,19		61,22	60,14	62,29	
	75+	1	9254	60,96	59,87	62,05	7.716	61,25	60,06	62,44	
		5		41,27	39,83	42,71		41,38	40,11	42,65	
	Guztiak	1	33356	69,04	68,52	69,56	23.781	73,87	73,29	74,45	
		5		49,17	48,53	49,82			54,59	55,82	
	EMAKUMEAK	15-54	1	5519	89,82	89,01	90,62	4.031	91,38	90,51	92,26
			5		75,85	74,70	77,00		79,75	78,70	80,79
55-64		1	3590	85,35	84,18	86,53	3.213	87,75	86,60	88,90	
		5		69,10	67,54	70,67		72,45	71,10	73,80	
65-74		1	4515	72,20	70,87	73,53	3.208	82,07	80,72	83,43	
		5		53,56	52,01	55,11		63,19	61,68	64,69	
75+		1	6342	56,58	55,28	57,89	5.499	61,12	59,75	62,50	
		5		38,88	37,27	40,50		42,23	40,80	43,66	
Guztiak		1	19966	74,04	73,42	74,67	15.951	79,07	78,43	79,71	
		5		57,11	56,34	57,89		62,39	61,68	63,10	

25

Minbizia diagnostikatu, eta urtebetera zein 5 urtetara hobekuntza adierazgarria haute-man da biziraupen garbi estandarizatuan, adin-tarte guztietan —adin-handieneko gizonen artean izan ezik—. Hobekuntza hori handiagoa da 65-74 urte arteko pazienteen artean.

5. irudian ikus daiteke minbiziaren ondorioz hiltzeko arriskua handiagoa dela adina handitu ahala eta hiltzeko arriskuak behera egin duela aztertutako aldiaren barruan.

5. irudia. Minbiziaren ondorioz hiltzeko gehiegizko arrisku erlatiboa (GAE), adinaren, diagnostikoko aldiaren, adin-tartearen eta bizilekuaren arabera. EAE, 2000-2012.



26 **7a eta 7b tauletan** tumoreen kokaleku desberdinetarako biziraupenaren bilakaera ikus daiteke. Kolon eta ondesteko minbiziaren kasuan, minbizia diagnostikatu eta 5 urtera, biziraupen garbi estandarizatuak nabarmen egin du gora lehen eta hirugarren aldien artean eta bi sexueterako. Minbizi hori diagnostikatu eta bost urtetara, gizonen artean 8 puntutan egin du gora (% 56,1 vs. % 64,4) eta emakumeen artean 9 puntutan (% 56,9 vs. % 65,8). Gizonen artean, biziraupen garbi estandarizatuak gora egin du biriketako minbizian (3 puntu: % 10,5 vs. % 13,3), prostatakoan (3 puntu: % 87,5 vs. % 90,8), giltzurrunekoan (10 puntu: % 60,3 vs. % 69,9), maskurikoan (6 puntu: % 62,5 vs. % 68,4) eta ez-Hodgking linfoman (8 puntu: % 60,9 vs. % 68,7). Emakumeen artean biziraupen garbi estandarizatuak nabarmen egin du gora tiroideetako minbizian (11 puntu: % 83,7 vs. % 94,6) eta plasma-zeluletako minbizian (14 puntu: % 43,9 vs. % 57,6). Bularreko minbiziaren biziraupen garbi estandarizatuak 3 puntu egin du gora (% 83,4 vs. % 84,8), adierazgarritasun estatistikotik hurbil.

Adierazitako aldaketez gain, datuak adinaren arabera eta bizitokiko Erakunde Sanitario Integratuen arabera egokitzean, ikus daiteke zenbait tumoretan hiltzeko gehiegizko arriskua nabarmen murriztu dela diagnostikoaren aldiaren. Gizonen artean, hiltzeko arriskua modu adierazgarrian jaitsia da aho-barrunbe eta faringeko minbizian, urdaiakoan, pankreakoan, gibeleskoan, eta plasma-zeluletakoan. Emakumeen artean, berriz, hiltzeko arriskuak nabarmen egin du behera biriketako, gibelesko, bularreko, umetokiko eta giltzurruneko minbizian.^{2, 3, 4}

7. taula. Bizirauen garbi estandarizatuaren (BGest.) bilakaera, 5 urtetara, eta diagnostikoaren aldirako hiltzeko gehiegizko arrisku erlatiboaren (AEG) bilakaera. Gizonak

	2000-2004 BGEST (% 95EKO KT)			2010-2012 BGEST (% 95EKO KT)			BGest-aren gehikuntza adierazg.	Hiltzeko arriskua murrizketa adierazg. (3. aldia)
	BGest	Behe muga	Goi muga	BGest	Behe muga	Goi muga		
Aho-barrunbea eta faringea	34,78	31,35	38,59	40,72	37,41	44,32	ea	bai
Hestegorria	8,54	6,64	10,99	12,57	10,03	15,75	ea	ez
Urdaila	25,82	23,51	28,36	28,56	25,98	31,39	ea	bai
Kolona, ondestea eta uzki-kanala	56,06	54,34	57,84	64,38	62,87	65,93	(8 puntu)	bai
Gibela	19,05	16,57	21,91	21,01	18,64	23,69	ea	bai
Besikula eta behazun-bideak	20,05	15,09	26,64	19,32	14,82	25,19	ea	ez
Pankrea	5,12	3,67	7,14	7,29	5,43	9,79	ea	bai
Laringea	62,16	58,43	66,13	59,53	55,76	63,56	ea	ez
Bronkioak eta birrikak	10,45	9,57	11,41	13,23	12,24	14,29	(3 puntu)	bai
Larruzaleko melanoma	76,3	71,86	81,01	78,86	74,93	82,99	ea	ez
Prostata	87,51	86,07	88,98	90,75	89,56	91,95	(3 puntu)	bai
Giltzurruna	60,28	56,62	64,19	69,86	66,63	73,26	(10 puntu)	bai
Maskuria	62,53	60,27	64,86	68,38	66,22	70,6	(6 puntu)	bai
Plasma-zelulen neoplasia	42,02	36,45	48,44	50,19	44,54	56,54	ea	bai
Ez-Hodgkin linfoma (EHL)	60,88	57,48	64,48	68,66	65,68	71,77	(8 puntu)	bai
Guztira (larruzalekoak salbu, ez-mel.)	49,17	48,53	49,82	55,2	54,59	55,82	(6 puntu)	bai

*ea: ez adierazgarria

7b. taula. Bizirauen garbi estandarizatuaren (BGest.) bilakaera, 5 urtetara, eta diagnostikoaren aldirako hiltzeko gehiegizko arrisku erlatiboaren (GAE) bilakaera. Emakumeak

	2000-2004 SNST (IC 95%)			2010-2012 SNST (IC 95%)			Aumento significa- tivo de la SNst	Disminución sig del riesgo de morir. (3er periodo)
	SNst	Lim. inf	Lim sup	SNst	Lim inf	Lim. sup		
Aho-barrunbea eta faringea	55,03	48,74	62,14	59,30	53,49	65,73	ea	ez
Urdaila	30,20	26,83	33,99	29,11	25,69	32,98	ea	ez
Kolona, ondestea eta uzki-kanala	56,83	54,80	58,94	65,80	63,97	67,67	(9 puntu)	bai
Gibela	14,47	10,90	19,20	21,50	16,63	27,79	ea	bai
Besikula eta behazun-bideak	20,87	15,78	27,61	23,22	17,71	30,43	ea	ez
Pankrea	7,54	5,49	10,36	10,36	7,81	13,75	ea	ez
Bronkioak eta birrikak	14,06	11,57	17,1	17,73	15,52	20,24	ea	bai
Larruzaleko melanoma	88,26	85,28	91,35	88,6	85,73	91,58	ea	ez
Bularra	83,35	81,86	84,86	86,04	84,75	87,35	ea	bai
Umetoki-lepoa	60,28	55,8	65,13	68,22	63,64	73,13	ea	bai
Umetoki-gorputza, umetoki SAI	74,83	71,89	77,88	76,49	73,93	79,14	ea	ez
Obulutegia eta umetoki eranskinak	40,51	36,87	44,52	42,69	39,29	46,4	ea	ez
Giltzurruna	61,04	56,22	66,27	69,9	65,7	74,37	ea	bai
Maskuria	61,74	56,36	67,63	67,79	63,93	71,89	ea	ez
Tiroide-guruina	83,66	79,76	87,74	94,57	92,21	96,98	(11 puntu)	bai
Ez-Hodgkin linfoma	67,71	64,52	71,06	73,79	70,98	76,72	ea	ez
Plasma-zelulen neoplasia	43,9	38,11	50,56	57,57	51,87	63,89	(14 puntu)	+
Guztira (larruzalekoak salbu, ez-mel.)	57,11	56,34	57,89	62,39	61,68	63,1	(5 puntu)	+

ASISTENTZIA JARDUERA

Minbiziarekin lotzen den asistentzia-jarduera lehen mailako arretako jardueretatik (prebentzio-jardueretatik, susmo-diagnostikotik, altaren ondorengo jarraipenetik, zainketa aringarrietatik) ospitaleko jardueretara hedatzen den arren, Plan hau alderdi hauetan oinarritzen da: biztanleria-baheketako bi programetan (bularretako minbizia eta koloneko minbizia); zerbixeko minbiziaren baheketa oportunistako programan; eta ospitale-arretan sortzen den jardueran.

2.1. MINBIZIA BAHETZEKO PROGRAMAK

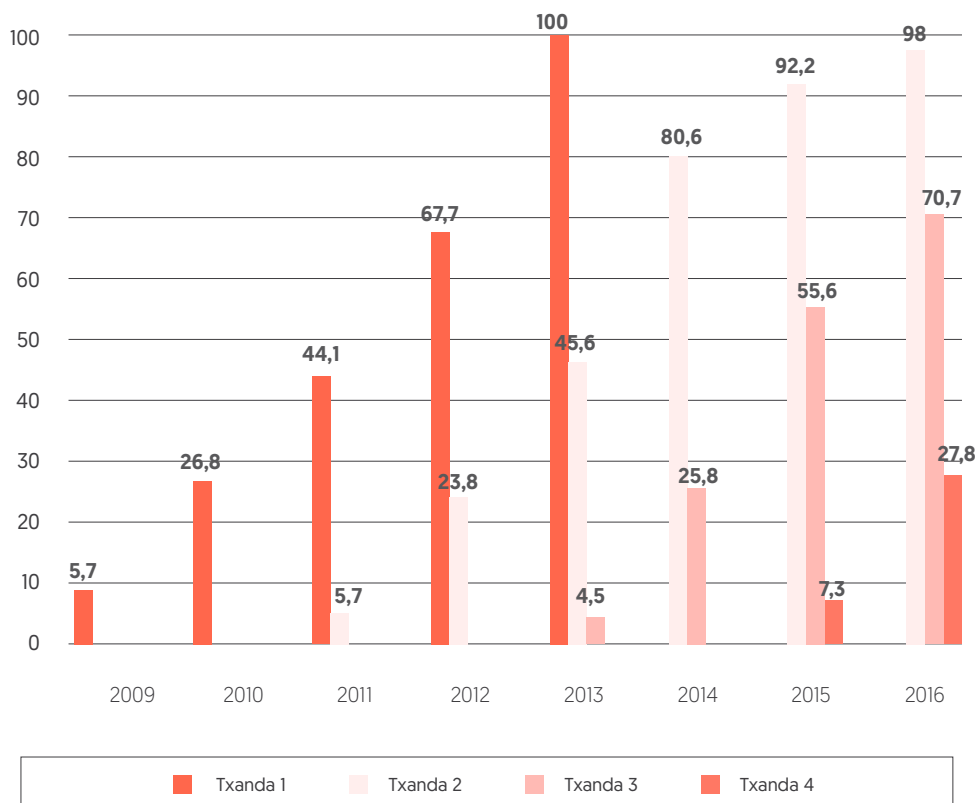
Euskal Autonomia Erkidegoan bi baheketa-programa egiten ari da: bularretako minbiziari dagokiona eta kolon eta ondesteko minbiziari (KOM) dagokiona. Gure ingurunean, estaldura, parte-hartze eta emaitza handiena duten baheketen artean daude. Horiekin batera, zerbix-minbiziaren baheketa oportunistako programa ere egiten ari da.

2.1.1. KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA

Programa 2009an ezarri zen, kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa bidez minbizi horren intzidentzia eta hilkortasuna murrizteko helburuarekin. Baheketa horrek xede-populazioan (50-69 urte) lesio gaiztoak eta gaizto-aurrekoak detektatzeko eta tratatzeko helburua du. 2013an, programa hori **xede-populazioaren** (50-69 urte) % 100era iritsi zen, % 86,10eko **estaldurarekin**. Dena dela, bi urtean behin egiten diren gonbidapenen hedapena desberdina da erakundeen arabera (6. irudia).

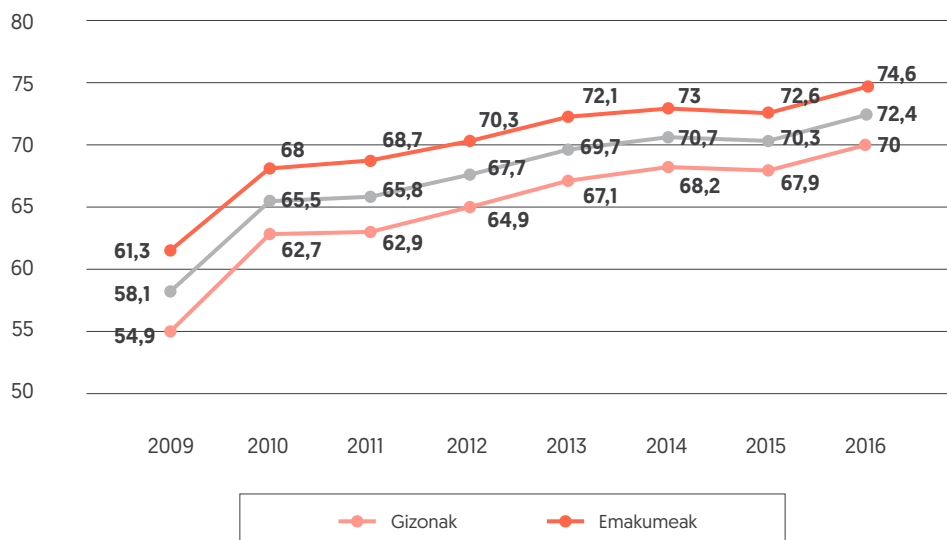
6. irudia. Programaren hedapena, 2009-2016.

30



Parte-hartzea nabarmen gehitu da aldi osoan (7. irudia). Europako programa eta gomendio gehienen parte-hartzea baino parte-hartze handiagoa bada ere, desberdintasunak hauteman dira lurraldeen, sexuen eta maila sozioekonomikoen artean.

7. irudia. Programaren parte-hartzea.



Programaren emaitzek Europako Praktika Klinikoen Gidetako gomendioak betetzen dituzte, baita biztanlerian oinarritutako programetan argitaratutako azterketetako gomendioak ere (8. taula). Minbizia detektatzeko baheketa-programak % 93,9ko sentsibilitatea du.^{5,6}

31

8. taula. Programaren emaitza nagusiak, 2015-2016.

KOLON ETA ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMAREN ADIERAZLEAK, 2015-2016	Zenbaki-tzailea	Izendatzailea	Adierazlea
Estaldura ¹	464.979	540.026	% 86,10
Baliozko gonbidapenak	444.819	464.979	% 95,66
Parte-hartzea. Parte hartzen duten pertsonak / baliozko gonbidapenak*100	317.664	444.819	% 71,4
Adenomen eta KOMen detekzio-tasa x 1000 parte-hartzaile	9.613	317.664	30,26
KOMen detekzio-tasa x 1000 parte-hartzaile	655	317.664	2,06
Adenoma aurreratuen detekzio-tasa x 1000 parte-hartzaile	5.696	317.664	17,93
Neoplasia aurreratuen detekzio-tasa x 1000 parte-hartzaile	6.351	317.664	19,99
KOM, I-II estadioa	427	655	65,19
Baheketa-aldien arteko minbizia	55		
Sentsibilitatea [2013-2014an gonbidatutako pertsonak]	760	815	93,3 [% 95eko KT: 91,6-94,6]

1. Estaldura= 2015-2016 aldian gonbidatutako pertsonak / xede-populazioko pertsonak (EUSTAT) aldiaren erdian - KOMgatik baztertutako pertsonak / Programaren jarraipena eta kolonoskopia < 5 urte / beste batzuk * 100

Detekzio-tasetan, alde adierazgarriak hauteman dira sexuen arabera eta gabezia ekonomikoko indizearen arabera; handiagoa da kontrako profila duten gizonen artean, lesio aurreratuko tasa handiagoak baitituzte.

2.1.2. BULARREKO MINBIZIAREN BAHEKETA

Bularreko minbizia da neoplasiarik ohikoena eta Euskal Autonomia Erkidegoko emakumeen artean minbiziaren ondoriozko heriotzen kausa nagusia. Bularreko minbiziaren baheketaren helburua da gaixotasun horren ondoriozko heriotza-tasa murriztea, betiere baheketan parte hartzen dutenen osasun-egoeran eragin negatiboa izan gabe.

Programari 1995ean eman zitzaion hasiera, eta 1997an Euskal Autonomia Erkidegoaren osotasunera zabaldu zen. Euskal Autonomia Erkidegoko 50 eta 69 urte arteko emakumei zuzentzen zaie. 2006an, 69 urtera arte zabaltzea onartu zen, eta, 2011n, lehen mailako familiaren barruan bularreko minbiziko aurrekariak dituzten 40-49 urte arteko emakumeak ere gonbidatzea erabaki zen.^{7,8}

Parte-hartzearen datuei eta programaren emaitzei dagokienez, kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa-programak kalitate-estandarrak betetzen ditu (9. taula).

9. taula. Programaren emaitza nagusiak, 2015-2016.

KOLON ETA ONDESTKO MINBIZIAREN BAHEKETA PROGRAMAREN ADIERAZLEAK, 2015-2016	Zenbaki-tzailea	Izendatzailea	Adierazlea
Estaldura ²	268.689	290.080	% 92,63
Baliozko gonbidapenak (aldiaren barruan hitzordua bete duten emakumeak)	265.154	-	-
Parte-hartzea. Parte hartzen duten pertsonak/baliozko gonbidapenak*100	210.649	265.154	% 79,4
Detekzio-tasa x 1000 parte-hartzaile	1.127	210.649	5,40
Minbizi inbasiboen ehunekoa, < 10mm inbasiboei dagokienez	328	871	% 37,70
II. estadioan dauden tumoreen ehunekoa + [%]	270	1.127	% 24
Guruinak hartzen ez dituzten minbizien ehunekoa, inbasiboei dagokienez	654	970	% 67,40
Baheketa-aldien arteko minbizia	211	-	-
Sentsibiltatea [programan detektatutako minbiziak / Detektatuak + Tarteak]	1032	1.243	83

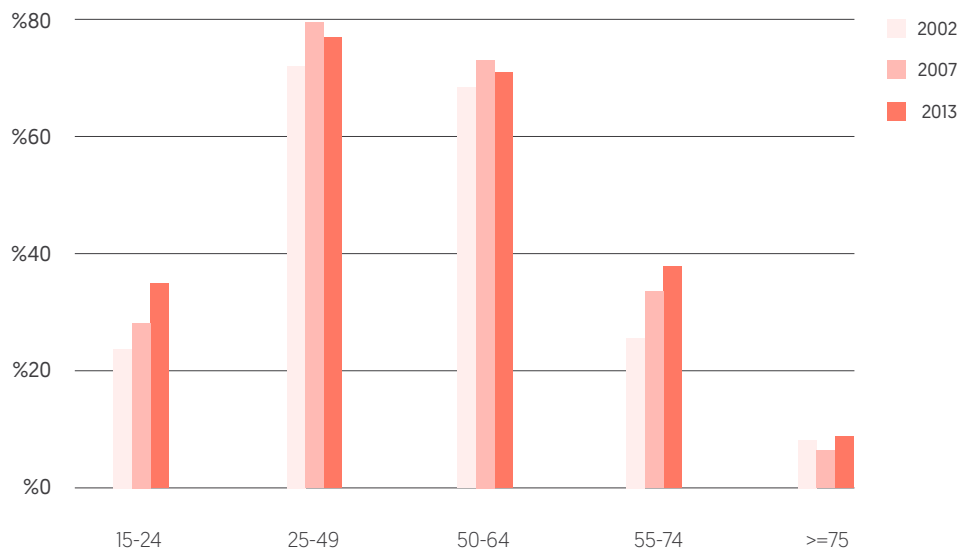
2. Estaldura= 2015-2016 aldian gonbidatutako pertsonak / xede-populazioko pertsonak (EUSTAT) aldiaren erdian – baztertutako pertsonak (bularreko minbiziarekin bizirik dauden emakumeak + HR kontrola duten emakumeak) * 100

Bularreko minbiziaren detekzio goiztiarreko programak osasunean dituen onurei eta arriskuei dagokienez eta kostuak/eraginkortasuna erlazioari dagokienez, kontuan izan behar da programak 15 urtetan (1996-2011) izandako bilakaerari buruzko azterketa batek bularreko minbiziaren ondoriozko heriotza-tasaren murrizketa handia islatu duela, bigarren mailako efektuen zentzuzko arrisku batekin; era berean, aldi bererako kostua/eraginkortasuna ebaluazioak QALYko 4.214 €-ko ICERa (Incremental Cost Effectiveness Ratio) lortu zuen, erabakiak hartzean erabiltzen den mugaren oso azpitik.

2.1.3. ZERBIXEKO MINBIZIAREN BAHEKETA

Umetoki-lepoko minbizia (ULM) da mundu osoko emakumeen artean hirugarren neoplasiarik ohikoena. Euskal Autonomia Erkidegoan, zerbixeko minbiziaren ondoriozko heriotza-tasa 1,6/10000-koa da (AET) —tumore horrek 2012an 29 emakumeren heriotza eragin zuen bertan—. Gaur egun, umetoki-lepoko minbizi-aurreko lesioak detektatzeko Euskal Autonomia Erkidegoan eskaintzen den baheketa modu oportunistan egiten zaie 25 eta 65 urte arteko emakumeei, erabiltzaileak osasun-sistemarekin dituen harremanak baliatuta. 2013ko Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkestaren arabera, 25-49 urteko emakumeen % 74k eta 50-64 urteko emakumeen % 68k egin zuten proba hori aurreko hiru urteetan. 50-64 urteko emakumeen % 16k ez zuten proba hori inoiz egin (8. irudia). Baheketan izandako parte-hartzeak % 4 egin zuen behera 2013an, 2007arekin alderatuta.

8. irudia. Umetoki-lepoko minbiziaren detekzio goiztiarraren bilakaera, adin-tarteen arabera, 2002-2013. Aurreko hiru urteetan zitologia bat egin duten emakumeak.



33

Talde sozioekonomiko kaltetuenetako emakumeen artean handiagoa da zitologia bat egin ez dutenen proportzioa, eta are nabarmenagoa da adin handieneko emakumeen artean. Osakidetzan duela 25 urtetik egiten ari den zerbixeko minbiziaren baheketa berantolatzeak erraztuko du emakume horiek ere parte hartzea abian jartzen ari den biztanleria-baheketan.^{9, 10, 11.}

2.2. OSPITALE JARDUERA

Euskal Autonomia Erkidegoan, onkologia-tratamenduarekin eta -jarraipenarekin lotzen den jarduera osasun-sareko ospitale nagusietan zentratzen da: Arabako Unibertsitate Ospitalean (AUO), Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean (GUO), Donostiako Unibertsitate Ospitalean (DUO), Basurtoko Unibertsitate Ospitalean (BUO) eta Galdakaoko Ospitalean —lehen lau ospitale horiek onkologia medikoko eta erradioterapia-onkologiako zerbitzuak dituzte eta azken ospitaleak onkologia medikoko zerbitzua du—.

Zainketa aringarriko premiak dituen onkologia-pazienteari ospitale guztietan eskaintzen zaio arreta, bai zainketa aringarrietako unitate espezifikoaren bitartez eta/edo erreferentziarako taldeen bitartez, bai etxeko ospitalizazioko zerbitzuen bitartez. Nabarmendu behar da zainketa aringarriko premiak dituen pazienteari (onkologiakoa izan edo ez) arreta emateko ereduaren oinarria dela asistentzia-maila guztietan kalitatezko arreta eskaintzea; ildo horretan, lehen mailako arretak asistentzia-prozesua bideratzeko zeregina bete beharko du (zainketa aringarriko pazienteari arreta emateko plana).

10., 11. eta 12. tauletan 2015. eta 2016. urteetako asistentzia-jarduerari buruzko datuak aurkezten dira. Ikus daitekeenez, onkologiak asistentzia-karga handia eragiten die Osa-kidetzako erakundeei, eta ospitaleratze kopuru handia sortzen du, nahiz eta azken urteetako joera izan den ospitaleko jardueraren zati bat Eguneko Ospitalera edo Etxeko Ospitalizaziora bideratzea.

10. taula. Ospitaleratze kopurua eta etxeko ospitalizazioko eta eguneko ospitale medikoko sarreraren kopurua.

	2015	2016
OSPITALERATZEAK		
Zainketa aringarriak	1628	1554
Onkologia medikoa	5139	5513
Hematologia	3090	3038
Erradioterapia-onkologia	387	318
GUZTIRA	10244	10423
ETXEKO OSPITALIZAZIOA		
Onkologiako aringarriak	1430	1653
Onkologiakoak	1334	947
GUZTIRA	2764	2600
EGUNEKO OSPITALE MEDIKOA (prozedurak)		
Hematologia	2900	3664
Onkologia medikoa	6427	6024
GUZTIRA	9327	9688

34

11. taula. Onkologiako kanpo-kontsultetako jarduera.

	GUZTIRA		LEHENAK		HURRENGOAK	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
ARINGARRIAK	3.532	3.816	787	882	2.745	2.934
ONK. MEDIKOA	88.471	93.422	4.850	4.916	83.621	88.508
ERRADIOTERAPIA ONKOLOGIA	33.310	31.117	5.249	5.169	28.061	25.948
AHOLKU GENETIKOA	1.679	2.065	491	615	1.188	1.450
GUZTIRA	129.007	132.436	13.392	13.598	117.630	120.856

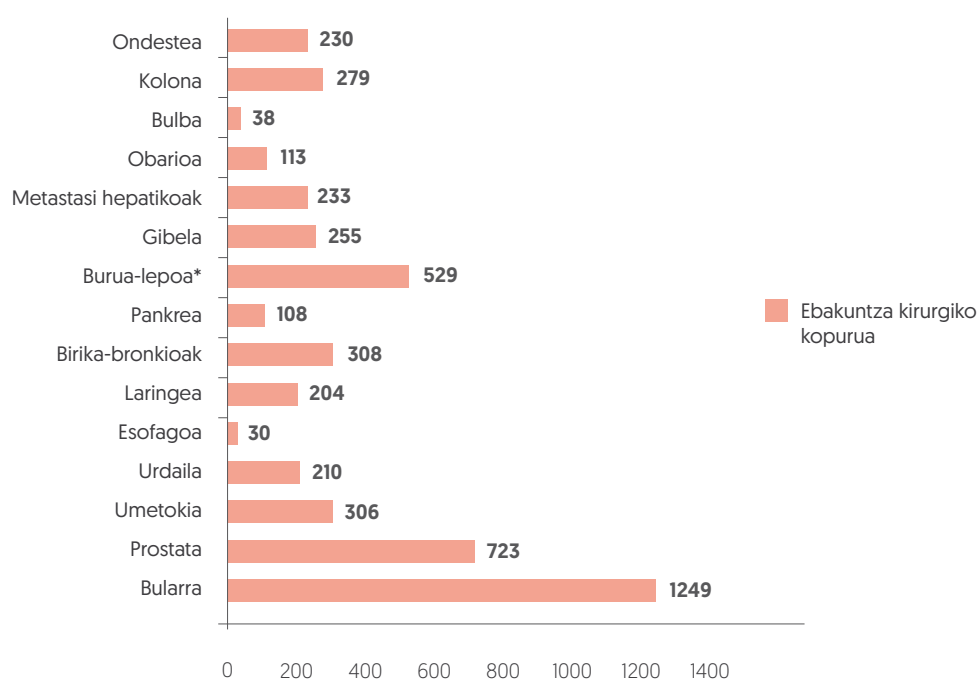
Adierazi behar da 4.653 pazientek jaso zutela erradioterapia, hau da, urteko minbizi-kasu intzidenteen % 35ek (10. taula).

Onkologia-prozesuekin lotzen den kirurgia-jarduerari dagokionez, 9. irudian ikus daitezke egin diren kirurgia-ebakuntzak, betiere ohikoena diren minbiziaren kokalekuen arabera —horien artean bularreko minbizia nabarmentzen da, maiztasunari erreparatuta—.

12. taula. Erradioterapiako jarduera, ospitaleen arabera. 2015-2016.

	2015		2016	
	PAZIENTEAK	SAIOAK	PAZIENTEAK	SAIOAK
Arabako UO	813	15.003	844	19.172
Gurutzetako UO	1.390	27.150	1.478	29.994
Donostiako UO	1.053	22.587	1.053	22.439
Basurtoko UO	1.418	28.911	1.278	24.927
Onkologikoa fund.	953	16.044	1.038	15.807
Osakidetza	4.674	93.651	4.653	96.532

9. irudia. Kirurgia onkologikoko alten kopurua, kokalekuaren arabera. Iturria: DGOM-2015.



35

2.3. FARMAZIA ADIERAZLEAK

Osakidetzan, onkologiako pazienteak askotariko terapiekin tratatzen dira, betiere ebidentzia zientifikoak bermatutako protokolo kliniko estandarizatuen arabera. Onkologia-protokolo horiek etengabe eguneratzen ari dira, terapia onkologikoen berrikuntza-maila oso handia baita. Soilik azken bost urteotan, Osakidetzak 52 tratamendu berri baino gehiago aplikatu du (farmako berriak edo aurretik dauden farmakoen indikazio onkologiko berriak), batez ere onkohematologian (mieloma anizkoitza, leuzemiak eta linfomak) eta onkologia medikoan (batik bat biriketako minbiziaren, melanomen, prostatako minbiziaren, bularreko minbiziaren, koloneko minbiziaren eta bestelakoen fase aurreratueta edo metastasietan).

Askotan, terapia berri horiek kostu txikiagoko beste terapia batzuk ordeztzen dituzte, eta, beste batzuetan, egungo terapiari gehitzen zaizkie (pazienteak tratamendu-ildo gehiago jasotzen du edo egungo tratamenduari gehitzen zaizkio). Kostu handikoak izaten dira beti (urteko eta pazienteko ia 90.000 euro) eta, beraz, aurrekontuan inpaktu handia dute.

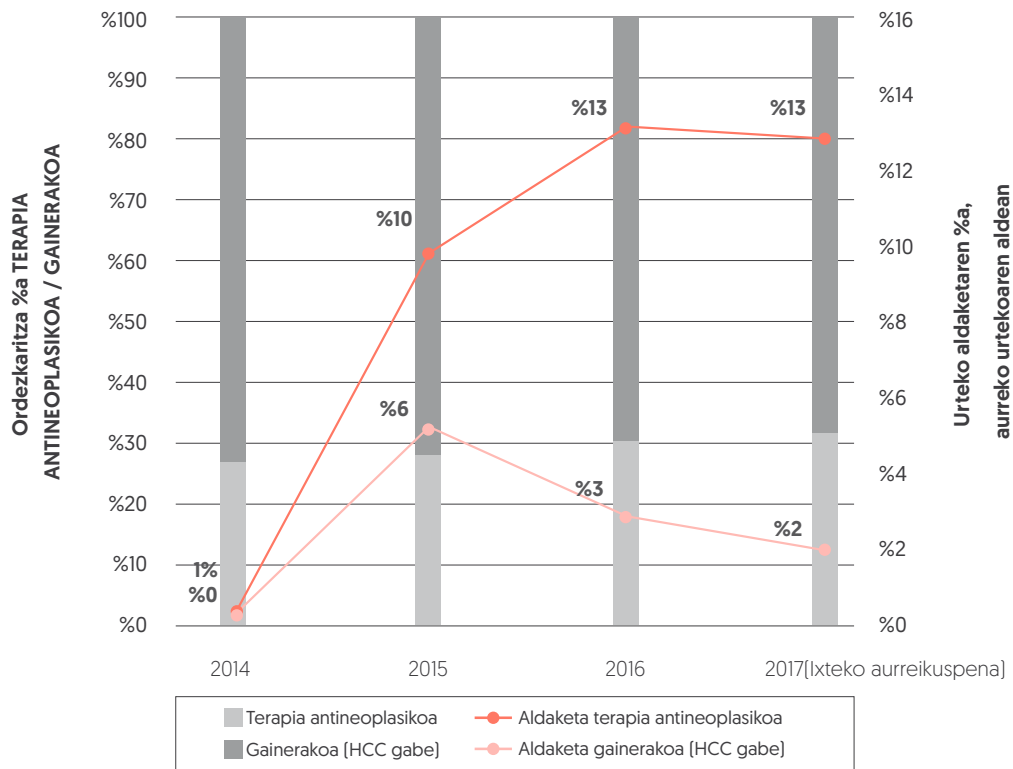
Sendagaien Espainiako Agentziak sendagai berri horiek onartu, eta Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioaren Osasun Sistema Nazionalaren finantzaketaren barruan sartu ostean, Osakidetzak —bere Zuzendaritza Nagusiaren mende dagoen Farmaziako Batzorde Korporatiboaren bidez— ezarri du sendagai berri horien posizionamendu terapeutikoa Euskal Autonomia Erkidegoan.

Horregatik guztiagatik, ez da harritzekoa minbiziaren tratamendura zuzendutako sendagaien gastua ospitale-farmaziako gastuaren % 30 baino gehiago izatea, ezta gastu handieneko taldean sartzea eta urte arteko hazkunde handieneko bat izatea ere. 2017an, terapia antineoplasikoen gastua (errezetak kanpo) 87 milioi eurokoa izan zen, eta % 13 gehitu zen 2016ko gastuaren aldean; ospitale-farmaziaren gastu orokorra, berriz, % 2 besterik ez da hazi (10. irudia). Kopuru horri gehitu beharko zaio errezetako sendagai antineoplasikoen gastua —azken 3 urte hauetan egonkor mantendu da, 13 milioi euro/urte inguru—.

Azken urteotan, antineoplasikoen ospitale-gastuak urte arteko hazkunde handia izan du Osakidetzan, gainerako sendagaien gastuak baino handiagoa (10. irudia), eta % 10etik gorako balioak lortu ditu. Onkohematologiak hartzen du onkologiako kontsumoaren ia % 50, eta urte arteko gehikuntzak gainerakoenak baino handiagoak dira

10. irudia. Ospitale-farmazian antineoplasikoen kontsumoaren bilakaera azken 4 urteotan, zehazki Osakidetzako ospitaletako gastuari dagokionez. Ez da Onkologikoa Institutuaren kontsumoari buruzko informaziorik aurkeztu.

GASTUA TERAPIA ANTINEOPLASIKOAN ETA GAINERAKOAN



0. PERTSONA ARRETAREN ARDATZ GISA

Aditzera eman den moduan, minbizia duten pertsonen inguruan artikulatzen da Euskadiko Onkologia Plana. Pertsona horiek lehen mailako arreta eta ospitale-arreta jasotzen dute, susmo diagnostikotik, osasun-arazoaren tratamendura, jarraipenera eta kontrolera.¹²⁻¹⁵

Onkologia Plan honen azken helburua da minbizia duten pertsonen biziraupena gehitzea. Adierazi den moduan, minbizia diagnostikatu eta 5 urtetara biziraupenaren datuek nabarmen egin dute hobera azken urteotan. Hori dela eta, Onkologia Planak bi helburu nagusi finkatu ditu helburua orokor gisa.

1. HELBURUA.- Minbiziarekiko biziraupenean etengabeko hobekuntzari eustea, eta 2000-2012 aldian hautemandako egungo joerari jarraipena ematea.²

2. HELBURUA.- Osasun-sistemak onkologia-arretaren humanizaziorako duen jarreran etengabeko hobekuntzari eustea.

Euskadiko osasun-sisteman pazientea da arretagunea, eta ikuspegi biopsikosozialetik hurbiltzen da pertsonarengana. Horretarako, paziente horien arretan parte hartzen duten profesionalak:

1. Onkologia-pazientearen bizipenak/esperientziak ezagutzen dituzte.
2. Pazientearen premiei erantzun integrala ematen diete —asistentzia-mailen arteko eta diziplina anitzeko jardunaren eta koordinazioaren bidez— eta asistentziaren jarraitutasuna eta erreferenzialitatea ziurtatzen dute, pazienteari arreta ematen dion zerbitzu bakoitzean.
3. Harreman- eta komunikazio-trebetasunetan prestatuta daude, pazienteei errefortzu positiboak eskaintzeko eta haiekin erabaki partekatuak hartzeko, betiere ahalik eta ezagutzarik handienak abiapuntu izanik. Pazienteari modu errealistan, ulergarrian eta enpatiaz helarazi behar zaizkio ezagutza horiek, konfiantzan oinarritutako transferentzia egoki baten bitartez (profesionala/pazientea harremana).
4. Minbizia duten pertsonen premia psikoemozionalak baloratzen dituzte eta ahalik eta modurik egokienean eta bizi-kalitaterik handienarekin aurre egiten laguntzen diete.

Agertoki horretan aurrera egiten jarraitzeko, bi **jardun-ildo** garatuko dira:

- A. Osakidetzako profesionali zuzendutako prestakuntza-plana hedatzea, 4 alderdi horiek jorratuko dituena.
- B. Minbizia izan eta bizirik dauden pertsonen zuzendutako paziente aktiboaren programa hedatzea.

2.1. HELBURUA.- Profesionalen zuzendutako prestakuntza-plana hedatzea. Prestakuntza-plan horrek honako jardun-ildo hauek hartuko ditu barnean:

1. ildo.- Onkologia-pazientearen bizipenak ezagutzea, onkologia-pazienteak artatu behar dituzten Osakidetzako profesionalak ezagutza eta trebetasun egokiak izan ditzaten “pazientearen esperientzia eta iguripenak” detektatzeko eta aintzat hartzeko. Hortaz, identifikatu beharko dituzte:

- Pazienteak gaixotasunaren prozesuan pasa beharreko faseak.
- Pazienteak unean-unean dituen premiak, zer jakin nahi duen eta zer ez duen jakin nahi.
- Pertsona batzuek profesionali galdetzeko izan ditzaketan zailtasunak.

2. ildo.- Onkologia hurbiltzea minbizia duten pazienteekin berariaz lan egiten ez duten profesionali, betiere kontuan izanik minbiziak egokitzapen-prozesu bat eskatzen duela eta ez duela zertan pertsona geldiarazi. Onkologia eta haren kontzeptuak (aringarria vs sendagarria, sisteman kodetzea...) normalizatu behar dira minbizia berariaz artatzen ez duten profesionalen artean.

3. ildo.- Diziplina arteko eta maila arteko koordinazioa bideratzea onkologia-pazienteen arretan. Euskadiko Onkologia Planak planteatzen duen asistentzia-ereduaren ildotik, onkologia-pazientearen asistentzian behar-beharrezkoa da pazienteak artatzen duten profesional guztien arteko elkarlana. Horretarako, prestakuntza-planaren testuinguruan, aztertu eta hedatuko dira Euskadiko Onkologia Planak sistemaren barruan dituen koordinazio-mekanismoak: lehentasuna duten zirkuituak, lotura-taldeak, kasuen kudeatzaileak eta jarraipen partekatuak.

4. ildo.- Onkologia-pazienteekin harremanetan izateko trebetasunak lantzea, onkologia-pazienteekin lan egiten duten profesionalak izan beharreko gaitasun espezifikoak identifikatuta:

- Onkologia-pazientearen balorazio psikoemozionala egitea.
- Profesionalei laguntza ematea errefortzu positiboak nola eman jakin dezaten. Helburua da pazienteek itxaropenari eustea, baina iguripen faltsurik sortu gabe. Horretarako, konfiantzan oinarritutako transferentzia positiboa erraztuko da profesionalaren eta pazientearen arteko harremanetan.
- Pazientearekin ituntzea aurre egiteko modua, kasuan kasuko ikerketaren bitartez.
- Pazienteari galdetzen laguntzea, pazientearen posizioan jarrita.
- Pazientearen galderei eman beharreko erantzunetan beldurra/erantzukizuna gainditzea eta profesionalaren beraren emozioak maneiatzea.

2.2. HELBURUA.- Minbizia izan eta bizirik dauden pazienteak ahalduntzea. Minbizia izan eta bizirik dauden pertsonen zuzendutako paziente aktiboaren programa hedatzea, prozesu onkologiko bat gainditu duten pertsonen eta haien zaintzaileei laguntzeko helburuarekin. Osasun Eskolak⁶ autozainketako heziketari buruzko programa bat garatu du. Programa horren bidez eskuratuko diren ezagutzei eta trebetasunei esker, pertsonak gai izango dira haien osasuna kudeatzeko, eta, hartara, emaitza hobekak lortuko dituzte suspertze-prozesuan.

Programak zenbait trebetasunetan ahalduntzen ditu minbizia izan eta bizirik dauden pertsonak, hala nola autozainketan, elikaduran, jarduera fisikoan eta, batez ere, aurre-egitean. Hortaz, alderdi emozionalak eta sozialak jorratuko dira, eta horiek berdinen arteko prestakuntzaren testuinguruan aztertuko dira.

**I. ONKOLOGIAKO
SEKTORE ARTEKO
EKINTZA.
INGURUNE
OSASUNGARRIEN
SUSTAPENA ETA
BIZTANLERIA
DIAGNOSTIKO
GOIZTIARREKO
PROGRAMAK**

Euskadiko Osasun Plana hedatzean, minbiziarekin lotzen diren osasuna sustatzeko jardunak bultzatu dira. Jardun horiek osasun-sektorearen ekintza-esparrua gaintzen dute eta sektore arteko ekintza bateratuaren mende daude; ildo horretatik definitu dira gaur egun zenbait jardun-esparrutan —hedapen handiagoarekin edo txikiagoarekin— lantzen ari diren ekimenak.^{17, 18,19}

Minbizien % 30 inguru saihesgarriak dira. Izatez, Minbiziaren Aurkako Europako Kodearen gomendioei jarraituta (4. **eranskina**), Osasun Sailak minbizian eta beste gaixotasun batzuen garapenean eragin handia duten arrisku-faktoreak aztertu ditu (tabakoa, alkohola, elikadura, jarduera fisikorik eza...). Osasunaren sustapenean lan egiten ari da, jarrera pertsonalei dagokienez zein lan- eta bizi-baldintza atseginak, seguruak eta estimulagarriak sortzen dituzten inguruneei dagokienez.

Jardun horiek sektore arteko ikusmolde zabaletik konfiguratzen dira, eta horrek Eusko Jaurlaritzaren beste sail batzuekin, Euskadiko beste erakunde batzuekin, foru- eta udal-administrazioekin eta erkidegoan dauden beste eragile batzuekin batera lan egitea ekarriko du.

Onkologia Planaren ikuspegitik, eutsi beharko zaie bizi-ohitura osasungarriak sustatzearen arloan egiten ari diren ekimenei, baita toki-mailan erkidego-ekintza bultzatzeko eta sendotzeko egiten ari diren ekimenei ere. Onkologia Planak esplizituki hartzen ditu bere gain esku-hartze horien helburuak. Laburbilduta hauek dira helburu horiek:

3. HELBURUA.- Biztanleriaren artean jarduera fisikoa sustatzea, Euskadiko Jarduera Fisikoaren Planean definitutako jarraibideei eta estrategiaei jarraituz.²⁰

4. HELBURUA.- Elikadura osasungarriko ekimenen estrategia ezartzea Euskadiko biztanleriarentzat, kontsumo-ereduetan gizarte- eta genero-desberdintasunak kontuan izanik.²¹

5. HELBURUA.- Tabakoaren kontsumoaren prebalentzia murriztea eta Euskadiko biztanleria tabakoaren keaz babestea, Tabako Kerik Gabeko Euskadi estrategian aurreikusten diren neurrien bitartez.^{22, 23}

6. HELBURUA.- Alkoholen kontsumoaren prebalentzia murriztea eta, horretarako, hasierako adina atzeratzea eta gazteen artean arriskuko kontsumoak eta horien maiztasuna murriztea.

Modu berean, Onkologia Planak bere egiten ditu helburu hauek bilatzen dituzten erradiazio ionizatzaileen ondoriozko arriskuak murrizteko jardunak:

7. HELBURUA.- Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten diagnosi-proben preskripzioa optimizatzeko ekintzak sustatzea.

8. HELBURUA.- Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten probak egiteko protokolo espezifiko adostuen aplikazioa sustatzea erakundearen osotasunean, aldakortasuna murrizteko.

9. HELBURUA.- Historial dosimetrikoari esker, metatutako datuak ustiatzea, beharrezkoak diren erradiazio-dosiak eraginkortasunez doitzeko helburuarekin.

Gaur egun Euskadin ezartzen ari diren helburu eta ekintza horiei aurreko jardunak osatzen dituzten bi estrategia erantsi behar zaizkie, herritarrei bizi-ingurune osasun-garriak eskaintzea helburu baitute. Lan-inguruneko eta melanomaren prebentzioko jardunak dira.

MELANOMA

Melanomaren eraginak gora egin du Euskadin minbizia duten biztanleen erregistroa egiten hasi denetik. 1986-2006 aldian, ikusi zen urtean % 5,2 hazi zela gizonen artean eta % 3,8 emakumeen artean (azken horietan dira tasarik handienak). Modu adierazgarriarri ez bada ere, gorako joerak jarraitzen du, batik bat gizonen artean. Horrenbestez, prebentzioa garrantzi handikoa da, eta, batez ere, haurtzaroan eta gaztaroan eguzkiaz babestea.²⁶

10. HELBURUA.- Biztanleriari eguzkiarekiko esposizioaren arriskuaz ohartarazteko ekintzak gehitzea, eta eguzki-erradiazioak epe laburrera eta luzera sortzen dituen kalteak saihesteko hartu beharreko prekauzioen berri emateko ekintza gehiago egitea.

Helburu horren ildotik, Onkologia Planak kanpainak egingo ditu minbiziaren aurkako Europako kodearen berri emateko eta kodea hedatzeko. Haurtzaroan eta gaztaroan prebentzioa garrantzi handikoa dela abiapuntu izanik, pediatriako asistentzia-dispositiboek informazioa ematea bultzatuko da.

42

LAN INGURUNEA

Minbizia laneko gaixotasuntzat jotzeko kausen artean dago lan-ingurunean agente kartzinogenoekiko esposizioan izatea. Minbizia Ikerketzeko Nazioarteko Agentziak askotariko agenteekin eta esposizio-baldintzekin egindako kartzinogenizitatearen ebaluazioak abiapuntu izanik, agente horietako batzuk laneko kartzinogeno gisa identifikatu dira. Zenbait azterketatan oinarrituta, kalkulatu da minbizi guztien % 5 inguru lan-bizitzan kartzinogenoekiko esposizioan izatearen emaitza izan direla.^{28, 29.}

Euskal Autonomia Erkidegoan kalkulatu zen 2012an 308 gizon eta 49 emakume hil zela lan-jarduerarekin lotzen diren minbizien ondorioz. Urte horretan bertan, gizonen artean beste 645 minbizi-kasu eta emakumeen artean beste 124 minbizi-kasu diagnostikatu zen laneko esposizioarekin lotuta. Laneko tumorarik ohikoenak biriketako minbizia, prostatakkoa, kolonekoa eta maskurikoa izan ziren. Minbizi mota bakoitzarekin lotzen diren kartzinogenoei dagokienez, amiantoa eta silizea dira ohikoenak biriketako minbizian (beste batzuek maiztasun txikiagoa dute) eta olio mineralak eta diesel-keen emisioak maskuriko minbizian.³⁰

Onkologia Plan honek lan-ingurunean agente kartzinogenoekiko esposizioa murrizteko ekintzak planteatzen ditu, baita lanean jatorria duten minbiziei buruzko informazioa hobetzeko eta laneko jatorria duten minbizi batzuk goiz detektatzeko ekintzak ere.

11. HELBURUA.- Laneko minbiziari eta lan-inguruneko kartzinogenoei buruzko informazio-sistema hobetzea.

Helburu hori lortzeko, ekintza hauek izango dute lehentasuna:

- Lan-ingurunearekin lotuta egoteko probabilitate handia duen minbiziaren zainketa epidemiologikorako plana hedatzea (hasi da tumore mesoteliometarako, angiosarkoma hepatikoetarako eta sinu paranasalen adenokartzinometarako).
- Lanean jatorria izan dezaketen gaixotasunen komunikazio-sisteman aurrera egitea, baita prebentzio-zerbitzuaren gutxieneko datu batzuk izango dituen informazio-sistema batean ere.
- Amiantoarekiko esposizioan egon ahal izan diren langileei zuzendutako informazio-sistema mantentzea eta hobetzea, esposizio horrek osasunean duen eraginaren berri emateko.

12. HELBURUA.- Lanean agente kartzinogenoekiko esposizioa murriztea, metal-galdaketaren sektoreko enpresetan silizearekiko eta formaldehidoarekiko esposizioa kontrolatuz.

13. HELBURUA.- Arrisku handiko biztanleen artean laneko minbiziaren detekzio goiztiarra hobetzea eta, horretarako, laneko zenbait kartzinogenoekiko esposizioarekin lotzen diren minbiziak goiz detektatzeko zainketa-gidak garatzea.

14. HELBURUA.- Laneko minbiziari buruzko ezagutzetan prestatzea eta sensibilizatzea, ezagutza horiek hedatzea, eta, batik bat, prebentzio-zerbitzuetako medikuei prestakuntza berezia eskaintzea, laneko biztanleriaren osasuna zaintzeko gidak aplikatzera begira.

43

BAHEKETA PROGRAMAK

Prozesu onkologikoaren funtsezko alderdietako bat diagnostiko goiztiarra da. Horrek aukera emango du tratamenduei gaixotasunaren fase goiztiarretan hasiera emateko eta, hartara, biziraupen-emitza hobeak lortu ahal izateko. Hori dela eta, Plan honetan proposatu da Euskal Autonomia Erkidegoko baheketa-programetan hobekuntzak sartzea eta zerbixeko minbiziaren baheketa-programa hedatzea.^{31,32}

15. HELBURUA.- Ezarritako baheketa-programen (bularreko minbizia eta kolon eta ondesteko minbizia) hobekuntzan aurrera egitea eta zerbixeko minbiziaren biztanleria-baheketarako programa hedatzea.

16. HELBURUA.- 35 eta 49 urte arteko emakumeen artean baheketa-estrategiak hedatzea, familia-arriskuko kategorien eta adin-tarteen arabera eta indarrean dauden gomendioetan eta ebidentzietan oinarrituta.^{8,9}

17. HELBURUA.- Kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa-programaren mende dagoen biztanleriari bi urtean behin programara gonbidatzen zaiola bermatzea; horretarako, erakundeen ahalmenak egokituko dira, programa eraginkortasunez hedatzeko.

18. HELBURUA.- Zerbixeko minbiziaren baheketa-programa ezartzea, gaur egungo baheketa oportunita biztanleria-baheketa bihurtuz. Programa horren hedapena Euskadiren osotasunera zabaldu beharko da 2020. urtearen amaierarako. Horretarako, 2018ko lehen sei hilekoan emango zaio hasiera ezarpenari, eta, 2020rako, pixkanaka hedatuko da programa ESI guztietara.

19. HELBURUA.- Hiru baheketa programen gaur egungo estaldura-tasa efektiboak gehitzea, 2020. urterako xede-populazio teorikoaren % 90era, gutxienez, iristeko.

II. INFORMAZIO SISTEMAK

Historia kliniko informatizatuaren erabilera orokortzeak eta, Euskal Autonomia Erkidegoaren kasuan, informazioa Osabide Globalean integratzeak aukera paregabea eskaintzen dute osasun-informaziorako sistemak hobetzeko. Hori dela eta, biztanleria-mailan zainketa epidemiologikorako beste paradigma bat definitzeko eta eraikitzeko aukera sortu da; ahalmen handikoa da eta datuen analisi banakatuagoa eskaintzeko aukera ematen du.

20. HELBURUA.- Eskura dagoen informazioa denbora errealean aztertzeko aukera emango duen minbizi-erregistroa kudeatzeko eredu definitzea, garatzea eta hedatzea.

Helburua da gaur egungo minbizi-erregistroen —ospitalekoen zein biztanleriakoen— diseinua eta prozedurak egokitzea eta informazio kliniko maneiatzeko sistema berrietara moldatzea. Diseinu berrian, minbiziaren banaketaren deskribapen epidemiologikorako ohiko estatistikez gain, klinikoen, kudeatzaileen eta ikertzaileen premietarako irteera egokiak eskaini behar dira. Informazio eguneratua eskaini beharko da, eta informazioa modu seguruan egongo da eskuragarri tartean dauden alde guztientzat. Informazio generikoaren irteerak beharko dira, baita minbizi motaren arabera eta pazientearen arabera informazio espezifikoen irteerak, betiere modu arinean eta denbora laburrean.

21. HELBURUA.- Paziente bakoitzaren prozesu onkologikoa kudeatzeko aukera emango duen historia kliniko elektronikoan [Osabide] integratuko den aplikazioa definitzea eta garatzea; hartara, prozesuan esku hartzen duten profesionalak eta tumore-batzordeek onkologiako asistentzia-prozesu osoaren informazioa eskuratu ahal izango dute eta pazienteen inguruko erabaki klinikoak optimizatu ahal izango dituzte.

46

Biztanleria-informazioaren analisisiaz harantzago, profesionalen arteko elkarlan handia eskatzen du asistentzia-prozesu onkologikoaren kudeaketa klinikoak; izatez, informazioa partekatzeak aukera emango du erabakiak modu eraginkorragoan eta efizientea goan hartzeko. Ildo horretan, ONKOBIDE ezartzeak eta hedatzeak irtenbide korporatiboa eta integratua emango dio onkologiarako medikazioaren kudeaketari Osakidetzaren ospitale guztietan. Informazio-sistema berri horrek medikazio onkologikoarekin lotzen den asistentzia-prozesu osoa hartzen du aintzat, diagnostikotik tratamenduaren administraziora, barnean direla eskema edo protokolo terapeutikoen definizioa, balidazioa, prestaketa, banaketa eta administrazioa.

21.1. HELBURUA.- Onkologia-pazientearen prozesu farmakoterapeutikorako ONKOBIDE informazio-sistema ezartzea eta hedatzea.

22. HELBURUA.- Prozesu onkologikoaren ezagutzan aurrera egitea, emaitzen ebaluazio-ereduak definitzeko, betiere honako hau ahalbidetuko duten tarteko eta amaierako emaitzetan oinarrituta:

22.1. HELBURUA.- Onkologia-arretaren emaitzen jarraipen eta ebaluazio-ereduan txertatzea pazienteengan eragina duten bizi-kalitatearen eta osasunaren arloko emaitzak.

Gaur egun klinikoek ez dakite gauza handirik tratamenduek pazienteen bizitzan dituzten emaitzei eta ondorioei buruz. Dena dela, adostasun zabala dago pazienteei inporta zaizkien osasunaren arloko emaitzak —*patient reported outcome measures* (PROM)— asistentzia-prozesuen ebaluazioan barnean hartzearen inguruan eta, batik bat, onkologia-arretaren emaitzetan barnean hartzearen inguruan.

Ildo horretan, Euskadiko Onkologia Planak ebaluazio-ereduetan txertatu nahi ditu ICHOM partzuergoaren testuinguruan adostutako estandarrak.

Estandar horiek argi eta garbi jasotzen dituzte tratamenduek eta asistentzia prozesuek pazienteen bizi-kalitatean duten eraginari buruzko ebaluazio-neurri egiaztatuak eta baliozkotuak. Horrenbestez, Osabiden sistema egokiak garatu behar dira pazienteek aukera izan dezaten haien eguneroko bizitzan tratamenduen eraginak erregistratzeko eta klinikoekin partekatzeko, betiere metrika kliniko tradizionalarentzat ikusmolde osagarria eskainiz.

22.2. HELBURUA.- Farmazia-industriarekin elkarrizketan jarduteko esparrua definitzea, pazientearengan lortzen diren emaitzen araberako ordainketa egiteko.

Lehendik aditzera eman den moduan, farmazia-gastuaren gehikuntzaren ondorioz eta onkologia-terapeutikoan etengabe gertatzen ari diren aurrerapen teknologikoen ondorioz, arreta onkologikoa finantzatzeko beste eredu bat behar da, barnean hartuko duena tratamenduek pazienteengan duten emaitzaren kontzeptua. Euskal Autonomia Erkidegoak informazio kliniko elektronikoko sistema bikainak ditu, eta pribilegiozko posizioan dago onkologia-arretaren iraunkortasuna erraztuko duen finantzaketa-eredu bat garatzeko —gauza izango da prozesu terapeutikoari balioa erantsiko dioten medikazioak txertatzeko—.

III. ASISTENTZIA EREDUA

III.1. ALDERDI OROKORRAK

Azken hamarkadetan, minbiziaren prebentzioaren eta kontrolaren arloan nazioartean bildu den esperientziak agerian utzi du behar-beharrezkoa dela **ikuspegi integrala** minbiziaren lehen mailako prebentziorako, baheketarako, diagnostikorako eta tratamendurako.

Abian diren eta Onkologia Plan honetan jada deskribatu diren baheketa- eta prebentzio-neurriez gain, minbiziaren estrategian gero eta gehiago nabarmentzen dira alderdi asistentzialak, antolamendukoak, baliabideetakoak eta ebaluaziokoak, emaitzetan eragina duten aldetik.

Onkologia-arretan —halakotzat ulertuta minbiziaren diagnostikoa, tratamendua eta jarraipena— behar-beharrezkoa da asistentzia-maila eta jarduera guztietako profesionalen, ezagutzen, trebetasunen eta esperientzien diziplina anitzeko konbinazioa. Eraginkortasunik handiena lortuko bada, baliabide eta profesional horiek koordinatuta jardun beharko dute paziente bakoitzaren asistentzia-prozesua osatzen duten arlo guztietan.

Hori dela eta, Euskadiko Onkologia Plan honetan helburu hauek proposatzen dira minbizia duten pertsonen premiei erantzungo dien asistentzia-prozesu seguru eta efiziente batean aurrera egiteko:

- Prozesu onkologikoaren antolamenduan eta kudeaketan hobekuntzak sartzen jarraitzea eta onkologia-arretan **diziplina anitzeko ikuspegia** aintzat hartzea —horrela, paziente bakoitzaren diagnostikoari, tratamenduari, jarraipenari eta babesari buruzko erabakirik onenak hartu nahi dira—.
- Ikuspegi horretatik bertatik, diagnostikorako eta tratamendurako **lehentasuneko zirkuituak** berrikustea eta/edo ezartzea, betiere horrek pazientearen pronostikoan onura gehigarria ekarriko duen tumoreetan.
- Konplexutasun handiko eta prebalentzia txikiko prozesuak/esku-hartzeak berrantolatzea eta metatzea. Diagnostikorako eta tratamendurako **esku-hartze konplexuak metatu** beharko dira beharrezko esperientzia guztia bil daitezkeen lekuan eta lortutako emaitzak ebalua daitezkeen lekuan —kostua/eraginkortasuna aintzat hartuta—.

49

23. HELBURUA.- Prozesu onkologikoaren antolamenduan eta kudeaketan hobekuntzak sartzea —minbizia duten pazienteen arretan diziplina anitzeko ikuspegia bermatzeko— eta paziente bakoitzaren diagnostikoan, tratamenduan eta jarraipenean erabakiak hartzen erraztea.

23.1. HELBURUA.- Onkologia-zerbitzua duten ESI guztiek izan beharko dute Tumore Batzordea, eta batzorde hori osatuko dute minbizia duten pazienteen diagnostikoarekin eta tratamenduarekin lotura duten zerbitzu guztietako ordezkariak eta ESLaren Zuzendaritzako ordezkariak.

Batzorde horrek aholkuak eman beharko dizkio Zuzendaritzari paziente horiengan eragina duten alderdi kliniko guztietan eta/edo antolamendu-alderdi guztietan, beharrezkoak diren asistentziako egituren eta zirkuituen garapena errazteko.

Batzordeak ondoren deskribatuko diren Tumore Batzorde espezifikoetako bakoitzean sortutako asistentzia-alderdiak koordinatuko ditu. Azken batzorde horien funtzionamendu koordinatua ziurtatzeko funtsezko irudia da batzorde horretan txertatzen den loturako erizaina.

23.2. HELBURUA.- Onkologia-zerbitzua duten ESletan tumore-batzordeen ezarpenean aurrera egitea, prozesu onkologikoak kudeatzen dituzten diziplina anitzeko talde gisa, eta, horretarako, zirkuituak diseinatzea, tratamendu eta jarraipen egokienak zehaztea eta prozesu horiek hobetzeko emaitzak ebaluatzea.

Talde horien egitekoa, historikoki, izan da **diziplina anitzeko erabakiak** hartzeko kasu klinikoak berrikustea, eta, orain, funtsezko protagonismoa hartu behar dute; kasuak berrikustez harantzago, “prozesu onkologikoaren ezagutza eta erabakiko” talde bihurtu behar dute. Irizpide klinikoak patologiaren arabera bateratzeko eta antolamendu-egitura definitzeko foroa izan behar dute taldeek, eta horrek ekarriko du zer egin behar den eta noiz eta non egin behar den definitzea. Batzorde horiek “prozesuak kudeatzen dituzten talde” bihurtzen dira (5. eranskina). Horrenbestez, zerbitzutan banatutako asistentzia-prozesuaren asistentzia-kudeaketa aldatuko da, eta patologien arabera arduradunak izango dituen kudeaketa matritziala egingo da —taldea gidatuko duena prozesu onkologikoaren kudeaketan—.

Profesional ugariaren eskutan dagoen arreta horrek agerian uzten du diziplina anitzeko koordinazioa erraztuko duen antolamendu-egitura behar dela, baina, era berean, funtsezkoa dela prozesu onkologiko bakoitzerako mediku arduradunaren eta loturako erizainaren irudiak ezartzea —irudi horiek bere gain hartuko dute asistentzia-arreta integratuaren erantzukizuna eta zirkuituen koordinazioa—.

Hori dela eta, asistentzia-eredu hori gauzatzeko, Onkologia Plan honek planteatzen du onkologia-paziente bakoitzak erreferentziatzko medikuak eta erizainak edukitzea 2 urteko denbora-horizontean.

50

23.3. HELBURUA.- Onkologia-paziente bakoitzak mediku arduradun bat izango du prozesuan pasa beharreko zerbitzu bakoitzean, eta mediku horrek emango dio batzordearen erabakien berri eta harekin aztertuko ditu tratamenduaren aukerak (6. eranskina).

23.4. HELBURUA.- Onkologia-zerbitzua duten ESlek loturako erizain-sare bat izango dute, dagozkien Tumore Batzordeetan integratuko direnak, eta erizain horiek, asistentzia-prozesuaren barruan, arduratuko dira pazientearen “nabigazioaz”. HELBURUA izango da arretaren jarraitutasuna bermatzea eta pazientearentzat erreferente izatea, zerbitzu bakoitzean sor daitezkeen gorabeheretan (6. eranskina).

Ildo horretan, lehen mailako arretarekin **etengabeko komunikazioa** erraztuko duten proiektuak garatu beharko dira, betiere prozesu onkologikoaren faseei dagokienez (kimioterapia-tratamenduaren hasiera, erradioterapia, zainketa aringarriak).

23.5. HELBURUA.- Onkologia-zerbitzua duten ESlek (hirugarren mailako ospitaleek) loturako onkologo bat edukitzea erreferente diren eta onkologia-zerbitzua ez duten beste erakundeetarako (6. eranskina).

Horrek onkologia-zerbitzurik ez duten ESien ospitale-zerbitzuetarako eta lehen mailako arretarako aholkularitza-egitekoak deszentralizatzea ekarriko du.

24. HELBURUA.- Lehen mailako arretaren eta ospitaleetako espezialisten arteko diagnostiko azkarrerako bideak berrikustea eta egokitzea, patologia onkologikoa susmarazten duten zantzuen edo zeinuen aurrean diagnostiko eta tratamendu goiztiarra abian jartzeko.

Plan Onkologikoan funtsezko premisa da diagnostikoa eta tratamendua jasotzeko lehenetasuneko zirkuituak berrikustea eta egokitzea, horrek pazientearen pronostikoan onura gehigarria ekartzen duen tumoreetan. Izan ere:

- Sistemaren barruan dagoela jakiteak pazientearen ondoez emozionala murrizten du.
- Pazientearen prozesu onkologikoaren emaitzak hobetzen ditu.
- Arreta sanitarioa modu eraginkorrago batean antolatzen laguntzen du.

Horretarako, bi jardun-ildo jorratu beharko da:

- Lehen mailako arretaren eta dagokion batzordearen artean lantzea eta adostea zirkuitu azkarren diseinua eta inklusio-irizpideak.
- Batzorde bakoitzean definitutako zirkuitu azkar bakoitzerako loturako erizainen rola definitzea.

25. HELBURUA.- Konplexutasun handiko eta prebalentzia txikiko prozesu onkologikoak metatzea.

Espezializazio handiko prozedurak eta tratamenduak eskatzen dituzten prebalentzia txikiko neoplasiak eta/edo neoplasia konplexuak daude. Horietan ezagutzak, bitartekoak eta kasu kopuru minimo bat metatzeak balioa erantsiko du, eta pazienteen osasunean emaitzak hobetuko dira.

25.1. HELBURUA.- Erreferentziazko asistentzia-unitateetan zentralizatzea konplexutasun handiko edo prebalentzia txikiko prozesu onkologiko kirurgikoak. Beharrezkotzat jo da minbizia duten pertsonak artatzen dituzten unitateek urtean gutxieneko kasu kopuru bat artatzea —minbizi tipologia bakoitzaren arabera zehaztuko da gutxieneko kopuru hori—.

25.2. HELBURUA.- Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean zentralizatzea erradioterapia estereotaxiko zerebral funtzionala. Nolanahi ere, eta asistentzia-premien arabera, beste asistentzia-dispositibo batzuk gehitzeko aukera aztertuko da.

Helburu hori garatzeko, eta erreferentziazko unitateak sortzeko prozedura zehazten duen Aginduaren arabera, Osakidetzako Administrazio Kontseiluak izendatuko ditu diagnostikorako eta/edo tratamendurako erreferentziazko asistentzia-unitateak, betiere Plangintza Zuzendaritzak proposatutakoari jarraituz. Ad-hoc lan-taldeak ezarriko dira, eta, erreferentzia-gune izateko bete beharreko irizpideak finkatu ostean, zerbitzu bakoitzaren proposamenak aztertuko dituzte eta aukerarik egokienak proposatuko dizkiote Plangintza Sanitarioko Zuzendaritzari.

III.2. EGOERA BEREIZIAK

Egoera jakin batzuek —haien ezaugarrien ondorioz— ikuspegi berezia eskatzen dute beste prozesu onkologiko batzuen antolamendurako eta kudeaketarako eta/edo prozesu horien emaitzazko egoerarako. Hori dela eta, Planak arreta berezia eskaintzen die premia bereziak dituzten eta tratamendu eta jarraipen berezia behar duten pertsonen.

Haurrak eta nerabeak: onkologia pediatrikoa.³⁴

Minbizia duten pediatriako pazienteei eta haien familiei zuzentzen zaien arretak diziplina anitzekoa izan behar du eta alderdi sanitarioak, psikologikoak, sozialak eta hezkuntzakoak hartu behar ditu barnean, horrela lortuko baitira haur-minbiziaren sendaketa-tasa handiak, baita minbizia aspaldi izan eta bizirik daudenen bizi-kalitate ona ere. Azken urte honetan, Euskal Autonomia Erkidegoan egiturazko aldaketak egin dira pediatriako onkologia-arretan, haurrak eta nerabeak erreferentziazko bi zentrotan arta daitezen: Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean eta Donostiako Unibertsitate Ospitalean. Izatez, bi zentro horiek esperientzia handia dute minbizi horien diagnostikoan, tratamenduan eta jarraipenean.

Onkologia Plan honen helburua da pediatriako asistentzia-ereduan aurrera egitea eta haurrentzako eta nerabeentzako diziplina anitzeko arreta sustatzea, pediatriako zainketa aringarriak garatuz eta hedatuz.

26. HELBURUA.- Pediatriako pazienteei eta nerabeei zuzentzen zaien diziplina arteko arreta-eredua etengabe hobetzen jarraitzea —arreta integralera, integratura eta koordinatura bideratzen diren taldeen bitartez— eta sarean jardungo duten Gurutzetako eta Donostiako unibertsitate-ospitalean zentralizatzea 18 urtetik beherako pazienteen minbiziaren arreta.

Euskal Autonomia Erkidegoan pediatriako minbiziaren tratamendua pediatriako hematologia- eta onkologia-unitateetan egiten da. Unitate horiek betetzen dituzte European eta Estatuan definitutako Hautzaroko eta Nerabezaroko Minbiziaren Asistentzia Unitateen estandarrak eta gomendioak.

52

Bereziki garrantzizkoa da nabarmentzea nerabezaroko minbizi-kasu guztiak pediatriako onkologia-arretako tumore-batzordeetan baloratu behar direla (Gurutzetako eta Donostiako unibertsitate-ospitaleetan) eta pediatriako onkologia-unitateetan egin behar zaiela arreta, nerabeak aintzat hartu beharreko arazo espezifiko batzuk baititu.

27. HELBURUA.- Pediatriako arreta aringarria hedatzea Euskadiko hiru lurraldeetan eta horren koordinazioa egitea Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Pediatriako Zainketa Aringarriko unitatetik/Etxeko pediatriako ospitalizazioko unitatetik. Sarean lan egingo da, lehen arretako eta ospitale-arretako beste profesional sanitario batzuekin eta gizarte- eta hezkuntza-zerbitzuetako agenteekin batera.

Plan honek proposatzen du pediatriako zainketa aringarrien arreta garatzea eta, bizitzaren amaieran, etxeko arreta aringarria eskaintzea, egoera horretan dauden familiei babesa eta jarraipena eskainiz.

Helburu hori lortzeko:

- Elkarlanerako lan-dinamikak ezarriko dira Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko etxeko pediatriako ospitalizazioko taldearen pediatriako zainketa aringarrian, betiere pediatriako paziente bakoitzaren arretan —ospitale-arretan zein lehen mailako arretan— erreferenteak diren profesional sanitarioekin elkarlanean jarduteko.
- Pediatriako zainketa aringarrien arloko prestakuntza eskainiko zaie 4 unibertsitate-ospitaleetako profesionalei, ospitalean bertan pediatriako zainketa aringarria behar duten pediatriako pazienteen asistentzia-premiei arreta egiteko eta sareko lana ezartzeko Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko etxeko pediatriako ospitalizazioko unitate espezifikoarekin —helburua izango da etxeko pediatriako zainketa aringarria eskaintzea eta egitea—.

Minbizia izan eta bizirik dauden pertsonak (minbizia aspaldi izan eta bizirik daudenak):

Gero eta gehiago dira minbizia aspaldi izan eta bizirik dauden pertsonak, eta horixe da, hain zuzen ere, pazientea oinarri duen onkologia-arretako antolamenduaren erronka berrietako bat. Hilkortasun-tasak behera egiten ari dira eta pazienteek gero eta denbora gehiago ematen dute bizirik.

28. HELBURUA.- Lehen mailako arretako eta ospitale-arretako espezialistek arreta integrala eskaintzea minbizia izan eta bizirik dauden pertsonen eta horien jarraipena elkarrekin egitea. Arreta horretan jorratuko dira behar psikosozialak, tratamenduen kontrako ondorioak eta errezedibaren arriskua.

ESI bakoitzean jarraipen-protokolo adostuak prestatu beharko dira lehen mailako arretaren eta ospitaleetako espezialisten artean, eta protokolo horiek ziurtatuko dute espezialistarengana azkar itzultzea errizidibaren susmoa dagoenean.

Aintzat hartu behar da askotariko egoera klinikoak daudela minbizia aspaldi izan eta bizirik daudenen artean. Pertsona horien artean hauek dira osasun-arrisku nagusiak: **errezediba**; epe luzera **kontrako ondorio medikoak, psikosozialak eta lanekoak** agertzea; eta **bigarren neoplasiak**. Bestalde, kontuan izan behar da **bizimodu osasungarriek** zer rol betetzen duten pertsona horien bizi-kalitatean eta pronostikoan.

Gaur egun, ospitale-zerbitzuetan egiten da, gehien bat, minbizia aspaldi izan eta bizirik daudenen jarraipena. Jarraipen hori epe luzerako konplikazioak goiz detektatzean oinarritzen da. Dena dela, bizimodu osasungarriari, ondorio kronikoei eta alderdi emozionaleri aurre egiteko modua oso aldakorra da, eta prozesu akutuetara baino gehiago paziente horien premien arreta integralera bideratzen da.

Jarraipenaren arloko arazoak gehiago nabarmentzen dira minbizia izan eta denbora ertain eta luzez bizirik daudenen jarraipenean, epe hori ez baita erantzukizun-esparru identifikatua eta ondo definitua; horregatik guztiagatik, zenbait tumoretan baterako jarraipen-protokoloak ezarri beharko dira lehen mailako arretaren eta ospitaleetako espezialisten artean.

Era berean, minbizia izan eta bizirik dauden pertsonen artean hedatuko da paziente aktiboaren programa, eta programa horren helburua izango da trebetasunak eta ezagutzak eskuratzea eta minbizia duten pazienteen artean estali gabeko beharrak estaltzen saiatzea³⁵⁻⁵⁰. Bereziki garrantzizkoa da minbizia duten pertsonen bizimodu osasungarriak jarraitzea eta obesitatea eta sedentarismoa, besteak beste, saihestea.

Adineko pertsonak: Minbizia adin handiko pertsonen gaixotasun bat da. Neoplasia gaiztoen % 65 baino gehiago 65 urtetik gorako pertsonen artean sortzen dira, eta ehuneko hori gehitzen ari da biztanleriaren zahartze progresiboarekin.

Paziente zaharren kasuan, modu desberdinean egin beharko zaio aurre aukera terapeutikoa erabakitzeko prozesuari; edonola ere, adin kronologikoak, berez, ez du adierazten gaixotasun baten egoera biologikoa eta, hortaz, ezin da aldagai diskriminatzailetzat hartu.

Dena dela, garrantzi handikoa da kontuan hartzea zahartze fisiologikoaren ondorioz adineko pertsonen ezaugarri jakin batzuk dituztela eta, hartara, minbizia duen adineko pertsona artatzen duten profesionalak ezaugarri horiek kontuan izan behar dituztela. Halaber, aintzat hartu beharko da tumore batzuen pronostikoa pazienteen adinarekin aldatzen dela.

29. HELBURUA.- Adineko pertsonei balorazio integral egokia egiten zaiela bermatzea eta profesionalaren eta pazientearen eta/edo familiaren artean erabaki partekatuak har daitezzen erraztea, tratamendu eta esku-hartze mediko eta sozial onuragarrienak egiteko eta arriskuak minimizatzeko, betiere pazientearen bizi-kalitatea eta funtzionalitatea mantentzeko edo hobetzeko.

Horretarako, minbizia duen pertsonaren gaixotasunaren pronostikoan, tratamenduari ematen zaion erantzunean eta bizi-kalitatean eragina izan dezaketean alderdi guztiak (pazientearen komorbilitatea, ahalmen funtzionala, elikadura-egoera, egoera emozionala, egoera soziala eta lehenetsunak) kontuan izango dituen balorazio integralaren edukia definitu/adostu beharko da, pazienteak balorazio horren arabera tratamendu indibidualizatua jaso dezan.⁵²⁻⁵⁵

ZAINKETA ARINGARRIKO PREMIAK DITUZTEN PERTSONAK

Gaur egun 2016-2020 aldirako Euskadiko Zainketa Aringarrien Plana hedatzen ari da Euskal Autonomia Erkidegoan. Plan horren helburua da zainketa aringarrian dagoen pazienteari zuzendutako asistentzia-eredua finkatzea eta arretaren kalitatea hobetzea, eta, horretarako, pazientearen eta familiaren autonomia eta beharrak errespetatzea, arreta-plan indibidualizatu baten bitartez.⁵⁶

30. HELBURUA.- Zainketa Aringarrien Planean planteatutako helburuen lorpen-maila ebaluatzea 2018. urtean eta horren arabera egokitzea hobekuntza-ekintzak.

III.3. ONKOLOGIKOA

Gipuzkoako onkologia-arretaren egoerak antolamendu-ikuspegi desberdina eskatuko du epe laburrean —beste bi lurraldeetako egoeraz bestelakoa—. Arlo publikoak finantzatutako onkologia-asistentzia eskaintzen duten bi erakunde dagoenez gero, integrazio funtzionalaren arloan hobe daitezkeen alderdiak daude, eta azken urteotan horretan ari da lan egiten. Horretarako beharrezkoak diren mekanismoak definitu eta hedatuko dira, gaur egun indarrean dagoen itunaren indarraldia amaitzean integrazio funtzionaleko eredua gaindi dadin eta Gipuzkoarako onkologia-zerbitzu bakar batetik egin dadin onkologia-prozesuaren kudeaketa klinikoa.

31. HELBURUA. 2019tik aurrera, Osakidetzaren eta Onkologikoaren arteko erlazioa lotespenaren formatuarekin egokituko duen araudia garatzea.

Definitu beharko da zer oinarriren arabera integratuko diren Gipuzkoako onkologia-arretako zerbitzu bakar batean, batetik, Onkologikoa gisako irabazi asmorik gabeko titulartasun pribatuko zentro bateko profesionalak eta, bestetik, Osakidetzako profesionalak. Izan ere, Onkologikoan erreferentziatzko onkologia-arreta eskaintzen da, baina Osakidetzaren arretarekiko arreta osagarria ere eskaintzen da. Onkologikoaren eta Osakidetzaren arteko lotespenaren formula juridikoak urrats hori egiteko aukera emango du, eta, ildo horretatik, 2018an definitu beharko dira:

- Zentro lotetsiaren ezaugarriak eta hori formalizatzeko prozedura.
- Lotespen-hitzarmenaren xehetasuna eta, batik bat, onkologia-arretaren kudeaketa klinikoko eta ebaluazioko eredua.

IV. MEDIKUNTZA PERTSONALI- ZATUA

Azken urte hauetan minbiziari aurre egiteko borrokan aurrerapen handiak izan dira, asko eta asko mota horretako gaixotasunen oinarri genetikoaren eta molekularren eza-gutza hoberekin lotzen dira. Aurrerapen zientifikoek aukera eman dute minbizia duten pazienteen talde hautatuak identifikatzeko eta talde horietan ezartzeko prebentzioko, diagnostikoko eta tratamenduko estrategia espezifikoak. Estrategia horiek oso lagungarria izaten ari dira minbizia diagnostikatu ondoren denbora luzeagoz eta hobeto bizirik jarraitzen duten pertsonen kopurua gehitzeko. Azken finean, medikuntza pertsonalizatua edo doitasuneko deitzen dena hedatzen da, eta horrek bi garapen-ildo ditu:

- Paziente talde hautatuaren bereizitako asistentzia-jardun diagnostikoa eta terapeutikoa egitea, emaitzen pronostiko- eta aurrerapen-inplikazioak dituzten biomarkagailuen presentziaren arabera.
- Ikerketako paradigma aldatzea, hautatutako biztanleriara zuzendutako azterketak diseinatuta —xede terapeutiko espezifikoaren arabera zentzuz diseinatutako esku-hartzeak ebaluatuko dira (batez ere farmako antineoplasiakoak)—.

Bi ildo horietan aurrera egiteko, euskal osasun-sistemak diagnostikorako teknika berriak txertatu beharko ditu, eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikoan oinarrituta. Teknika berri horiei esker, doitasunaren ikuspegia hedatu ahal izango da asistentziaren alorrean. Ikuspegi hori baliagarria izango da pazienteak azpipopulazioetan sailkatzeko, eta sailkapen horretan aintzat hartuko dira gaixotasun jakin bat garatzeko suszeptibilitatea, gaixotasun horren biologia eta/edo pronostikoa edo tratamendu jakin baten aurreko erantzuna. Hartara, esku-hartze prebentiboak edo terapeutikoak aplikatu ahal izango dira onura lor dezaketean pazienteen azpitaldeetan, eraginkortasun terapeutikoa maximizatuz eta, aldi berean, beharrezkoa ez den gastua saihestuz, baita esku-hartze terapeutiko jakin baterako indikaziorik ez dagoen pertsonengan sor daitezkeen albo-ondorioak saihestuz ere.⁵⁷

56

Euskadin, medikuntza pertsonalizatuari, doitasunekoari edo genomikoari buruz hitz egiten denean, ez da soilik etorkizunaz hitz egiten; aspaldi da bularreko neoplasietan HER2 azterketa egiten dela, EGFRko mutazioak aztertzen direla, biriketako minbizian ALK translokazioa aztertzen dela... Zerrenda hori gero eta zabalagoa da, eta funtsezkoa da prestazioen zorroak malguak eta dinamikoak izatea eta aurrerapenetara egokitzea, betiere asistentziaren alorrean beharrezkoak diren kalitateko eta balidazioko bermeekin.

Hori dela eta, Euskadiko Onkologia Planaren ikuspegitik aztertu da doitasuneko medikuntza pertsonalizatuari buruzko informazioa eta egungo ezagutzei buruzko informazioa, baita minbiziaren aurkako borroka erronka berriei aurre egiteko alderdirik garrantzikoenen identifikaziorako egiten ari diren jardunei buruzko informazioa ere. Doitasuneko medikuntza pertsonalizatuko estrategien aplikazio eraginkorra, praktikoa eta dinamikoa lortuko bada, ahalmen eta inpaktu handiena duten ezagutza-arloetako espezialisten ikusmoldea eta laguntza izan beharko da —ezagutza-arlo horien barnean daude onkologia medikoa eta hematologia, ospitale-farmazia, genetika klinikoa eta molekularra, anatomia patologikoa, epidemiologia, ikerketa eta bioinformatika, besteak beste—.

Abiapuntutzat hartuta 2011ko Euskal Autonomia Erkidegorako Genetika Plana, urte hauetan alderdi hauek nabarmendu behar dira:

- A. Genetika klinikoko eta aholku genetikoaren kontsulten eskaintzak bilakaera positiboa izan du, lehen mailako arreta eta arreta espezializatua integratuta.
- B. Genetika eta patologia molekularreko laborategiek sarean lan egiten dute, lagunen deribazio-zirkuitu definituekin eta Osakidetzaaren katalogo korporatiboan barnean hartzen den zerbitzu-zorro komun batekin —azken belaunaldiko tekniken zehaztapenak barne—.

- C. Argi eta garbi bereizita daude, batetik, asistentzia-jarduerarako beharrezkoak diren eskakizunak, antolamendua eta baliabideak eta, bestetik, ikerketa-proiektuak.
- D. Osakidetzak genetikaren eta genomikaren alorrean esperientzia eta ezagutza duten profesionalak ditu, eta profesional horiek aurre egin diezaiokete medikuntza pertsonalizaturanzko paradigma-aldaketaren erronkari.

Beste erronka bat izango da tumorearen profil molekularra ezagutzeko sekuentziazio osoranzko paradigma aldatzea. Minbiziari aurre egiteko modu horrek ekarriko du eraginkorrakoak eta seguruagoak diren diagnosi- eta tratamendu-estrategia berriak ezartzea, eta epe laburrera horien kostua/eraginkortasuna egokia izango da, baldin eta osasun-sisteman iraunkortasunez garatzen badira. Onkologia Plan honek **4 helburu nagusi** planteatzen ditu doitasuneko medikuntzaren hedapenaren parte izan behar duten ekintzak definitzeko.

32. HELBURUA.- Doitasuneko medikuntza pertsonalizatua planifikatzeko eta kudeatzeko batzordea sortzea eta abian jartzea, onkologia-arretaren baliabideak ebaluatzeke eta erabaki funtzionalak eta antolamendukoak hartzeko.

Organo hori arduratuko da doitasuneko medikuntzarekin lotzen diren diagnostikoaren eta terapeutikaren arloko esku-hartzeak ebaluatzeaz eta aztertzeaz —esku-hartze horiek Euskal Autonomia Erkidegoko prestazioen zorroan barne hartu beharko dira—. Zehazki, komeni da minbiziaren aholkularitza genetikoko prozesua osotasunean berrikustea, baita tumoreen arloko azterketa genetikoko eta/edo molekularreko ESietako prozesua ere.

Era berean, medikuntza pertsonalizatuaren arloan beharrezkoak diren inbertsioen plangintzaz arduratuko da, inbertsioak egin beharko baitira laborategiek beharrezkoak diren giza baliabideak eta teknologia izateko, hau da, egun dagoen eta aurreikus daitekeen asistentzia-eskariari behar bezala (kalitatez, modu fidagarrian eta denbora egokietan) erantzutea ahalbidetuko duten giza baliabideak eta teknologia izateko.

33. HELBURUA.- Erreferentziazko unitate bat sortzea diagnostiko molekular onkologikorako, eta diziplina arteko izaera izango duen unitate horren parte izatea profesional sortuberriak eta ikerketa-agentek, betiere pazientearen premietan oinarritutako ikuspegiarekin.

Erreferentziazko unitate bat egoteari esker, eta unitate horrek plangintza eta kudeaketako batzordearekin koordinazio estua izateari esker, gomendioak eta gidak sortu ahal izango dira sekuentziazioa eta bestelako probak prozedura estandarizatuaren arabera egiteko. Horrez gain, prestakuntza- eta aholkularitza-ekintzak ere sustatuko dira.

34. HELBURUA.- Onkologia-zerbitzua duten ESletan minbiziaren arloko doitasuneko medikuntza-batzordeak sortzea —batzorde horiek kasuak eta prozesuak kudeatuko dituzte eta harreman dinamikoak izango dute gainerako tumore-batzordeekin—.

Diziplina anitzeko batzorde horiek —Plangintza eta Kudeaketa Batzordearekin koordinatuta— eskura dauden ebidentziak aztertuko dituzte eta asistentzia-prozesuan proba berriak sar daitezen erraztuko dute.

35. HELBURUA.- Erronka estrategiko eta diagnostiko/terapeutiko gisa planteatu da biriketako minbizia duten paziente guztien profil molekularra ezagutu beharra, eta helburu hori 2019rako lortu nahi da.

V. IKERKETA ETA BERRIKUNTZA

Inolako zalantzarik gabe, osasunaren arloko ikerketa-jarduera hiru bioinstituten inguruan berrantolatzea aurrerapen handia izaten ari da euskal osasun-sistemaren ikerketa-ahalmen-erako. Antolamendu-esparru berri horretan eta ikerketa-jardueraren emaitzetan aurrera egingo bada, sareko lana hobetu beharko da eta ikerketa sanitarioko hiru institutuen arteko sinergiak hobetu beharko dira.

Euskadik 2016an eta 2017an 216 eta 219 azterketa klinikotan parte hartu du, hurrenez hurren, baita 132 eta 134 behaketa-azterketatan ere, hurrenez hurren. Azterketak hematologiaren alorrekoak eta nagusi diren tumoreen alorrekoak —bularreko, biriketako eta koloneko tumoreen alorrekoak— izan dira, batik bat.

36. HELBURUA.- Minbiziaren ikerketa klinikorako kudeaketa-esparru komuna sortzea, aukera emango duena Osakidetzako onkologia-paziente guztientzako saiakuntza klinikoko programaren eskaintza bakarra egitea —behar izanez gero baliatu ahal izango dutena—.

Horretarako, Euskal Autonomia Erkidego osoan eskuragarri dauden saiakuntza kliniko-ko buruzko informazioa partekatzeko plataforma egonkorra garatu beharko da. Plataforma horri esker, Euskal Autonomia Erkidegoko edozein klinikok denbora errealean jakin ahal izango du zein den onkologia-pazienteentzako dagoen saiakuntza klinikoen eskaintza. Ildo horretan, Osabidek aplikazio bat garatu beharko du Euskal Autonomia Erkidegoan garatzen ari diren saiakuntza klinikoak kudeatzeko.

Horrekin batera, zirkuituak ere optimizatu beharko dira, Euskal Autonomia Erkidegoko esparru publikoan onkologia-pazienteak artatzen dituzten 6 zentroyen artean pazienteak transferitu ahal izateko. Hau da, prozedurak erraztu nahi dira pazienteak zentro batetik beste zentro batera bideratzeko, saiakuntza klinikoetan sartzeko aukera balora dadin.

37. HELBURUA.- Saiakuntza klinikoak egingo dituzten zentroak hautatzeko protokolo/prozedura adostua garatzea eta hedatzea, sustatzaileek eskaintza lehiakorra egin ahal izan dezaten.

Aurreko helburua osatuko bada, eta Euskal Autonomia Erkidegoa saiakuntza klinikoak egiteko esparru lehiakor bihurtuko bada, Euskal Autonomia Erkidegora saiakuntza klinikoak erakarriko dituzten neurriak ezarri beharko dira. Saiakuntza klinikoak egiteko ahalmena baldintzatuta dagoenez gero —hein handi batean, behar besteko paziente kopuruaren ondorioz—, behar-beharrezkoa izango da I./II. faseko saiakuntzak egiteko aukera emango duen kudeaketa komuna garatzea (saiakuntza horietan hautespen handi baten ondoriozko pazienteak behar dira eta horrek erreferentziazko populazio oso zabalak eskatzen ditu). Azterketa bakoitzerako definitutako zentro hautatuetan ireki beharko dira saiakuntza horiek, eta zentro horietara bideratu beharko dira Euskal Autonomia Erkidegoko gainerako pazienteak. Bestalde, hautespen-irizpideetan hain zorrotzak ez diren (edo ugariagoak diren) paziente-populazioentzako saiakuntzak zentro gehiagotan ireki ahal izango dira.

Erakundeen kudeaketaren independentziari eutsita, prozedurak saiakuntzen sustatzaileei aukera eman behar die Euskadiko erreferentziazko populazio osoa zentro bakar batera bideratzeko, saiakuntzak hala eskatzen duenean.

Jakina, prozedurak barnean hartu beharko ditu Euskadik saiakuntza klinikoak erakartzeko duen posizionamenduan oinarritzekoak diren bi alderdi:

- Ikerketa Klinikotarako Batzorde Etikoen funtzionamendua optimizatzea.
- Informazio-kudeaketako tresnak garatzea, Osabiden integratutako kudeaketa-esparru bakarra optimizatzeke.

38. HELBURUA.- Minbiziaren arloko medikuntza pertsonalizatua ikerketa translazionala garatzeko elkarlan-esparrua definitzea eta garatzea, espezializazio adimenduneko estrategiaren arabera [RIS3].

Aditzera eman den moduan, medikuntza pertsonalizatua aurrera egiteko estrategiak garatzearen ondorioetako bat da paradigma aldatzea alor horretako ikerketan. Aldaketa horren oinarria da Euskal Autonomia Erkidegoko industria-ehunaren eta ikerketa-taldeen arteko elkarlana sustatzea. Elkarlan egonkorerrako meta-taldeak sortuko dira zenbait erakundetako antzeko ezagutza-arloen artean. Zehazki, zenbait erakundetako talde kliniko-koen eta oinarritzko ikerketako taldeen arteko lankidetzak sustatuko dira. Horretarako, jatorri publikoko laguntzak eskuratzeko funtsezko betebeharrak izan beharko luke minbiziaren arloko medikuntza pertsonalizatuaren alor berdinetako edo antzekoetako ikerketa-taldeen arteko elkarlana. Horrenbestez, ildo horretako politikak sustatu beharko dira.

Euskal Autonomia Erkidegoko industria-ehunaren eta ikerketa-taldeen arteko lankidetzak sustatzeko politika horiek Euskal Autonomia Erkidegoaz harantzago beste esparru batzuetara ere hedatu beharko dira, eta, helburu horrekin, Euskal Autonomia Erkidegoko taldeen arteko partzuergoak sortu ahal izango dira, gure esparruaz harantzago laguntzak eskuratzeko helburuarekin (Estatukoak, Europakoak, eta abar).

Azkenik, helburu hori lortzeko funtsezkoa izango da plangintza eta kudeaketako egitura egonkor bat definitzea eta garatzea (doitasuneko medikuntza pertsonalizatua planifikatzeko eta kudeatzeko batzordea). Egitura horri esker, Euskal Autonomia Erkidego osoan minbiziaren arloko medikuntza pertsonalizatua garatzeko proiektuei eta baliabideei buruzko informazioa partekatu ahal izango dute profesionalak.

60

39. HELBURUA.- Berrikuntza kirurgikoko programak sustatzea.

Azken hilabeteotan ikusi da minbiziaren teknologia kirurgikoa inpaktu potentzial handiko arloa dela, batez ere 3D inprimaketaren, errealitate handituaren, simulazioaren eta beste teknologia batzuen garapenean oinarrituta.

Ildo horretan, aditzera eman behar da ikertzaile kirurgikoen arteko berezia merezi dutela haien curriculum-garapenean berezitasunengatik, arlo horretan ikerketa-ohitura txikiagoa egoteagatik eta lehiatze-laguntzak eskuratzeko profil egokien presentzia txikiagatik. Era berean, nabarmena da arlo horrek gure erkidegoan duen garapen potentziala, industria-maila teknologiko handiko testuinguru batean (batik bat fabrikazio aurreratuaren arloan, makineriaren arloan, erreminta oso teknifikatuaren arloan, eta abar).

Azken finean, bereziki garrantzitsutzat jo da gisa horretako proiektuak bultzatzea teknika kirurgikoetarako erreferentziazko zentroak sortzearen testuinguruan —Plan honetan aztergai duguna—.

Abiapuntu gisa, beharrezkoa izango da:

1. “Berrikuntza kirurgikoko mapa” sortzea eta bertan Euskal Autonomia Erkidegoko ikerketa-arloak erregistratzea, haien garapen-maila desberdinetan.
2. Kirurgia onkologiko konplexurako erreferentziazko zentroekin lotzen diren berrikuntza kirurgikoko kalitate-irizpide jakin batzuk ezartzea.

Horrekin batera eta teknika kirurgiko konplexuetarako erreferentziazko zentroyen identifikazioarekin koordinatuta, berrikuntza kirurgikoa sustatzeko irizpideak sortuko dira, eta irizpide horiek bete beharko dira erreferentziazko zentro gisa duten kalifikazioari eusteko.

ERANSKINAK

1. ERANSKINA:

MINBIZIAREN AHOLKU BATZORDEA

Lehendakaria	Nekane Murga Eizagaetxeberria
Idazkaria	M ^o Iciar Pérez Irazusta
Familia eta Komunitateko Medikuen Euskal Elk. kidea	Milagros Arrieta Ayestaran
Minbiziaren Aurkako Espainiako Elkarteko kidea	Gabriel M ^a Otorola Moreno
Ginekologia eta Obstetrixiarako Euskal Erakundeko kidea	M ^a Aranzazu Lekuona Artola
Euskadi eta Nafarroako Arnas Patologia Elkarteko kidea	Pedro M ^a Ansola Zubiaurre
Patologia Digestiboaren Euskal-Nafarro Elkarteko kidea	Maite Escalante Martin
Zainketa Aringarriko Euskal Elkarteko (Arinduz) kidea	M ^a José Almaraz Ruiz Eguilar
Onkologia Institutuko kidea	Ander Urrutikoetxea Ribate
Osasun Saileko kidea	Nerea Larrañaga
Osasun Saileko kidea	Raúl Poza de Celis
Osasun Saileko kidea	Andoni Arcelay Salazar
Osakidetzako Zerbitzu Sanitarioetako kidea	Francisco Javier Fuertes Velez
Osakidetzako Zerbitzu Sanitarioetako kidea	Josefa Ferreira Quintana
Osakidetzako Zerbitzu Sanitarioetako kidea	Andoni Orube Bona
Osakidetzako Zerbitzu Sanitarioetako kidea	Guillermo Lopez Vivanco
Osakidetzako Zerbitzu Sanitarioetako kidea	Purificación Martínez del Prado
Osakidetzako Zerbitzu Sanitarioetako kidea	Izaskun Ceberio Etxetipia
Arreta Sanitarioko Zuzendaritzako kidea	Imanol Ormaza Simón

62

LAGUNTZAILEAK

A	Aguirrezabal Arreondo, Ana	Farmazialaria. ESI Bilbao-Basurto
	Alzibar Arotzena, Jone	Bularreko Minbiziaren baheketa. Zuzendaritza Nagusia.
	Amutio Díez, María Elena	Hematologoa. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Araiz Ramirez, María	Hematologoa. ESI Donostialdea.
	Arana Arri, Eunate	Epidemiologoa. Biocruces.
	Arevalo Lobera, Sara	Onkologia medikoa. ESI Donostialdea.
	Arenaza Lamo, Edurne	Emagina. Zuzendaritza Nagusia.
	Arraiza Armendariz, Antonio	Lehen Mailako Arretako medikua. Zuzendaritza Nagusia.
	Arrieta Garmendia, José María	Onkologia. ESI Araba.
	Arrizabalaga Aguirreazaldegui, Julio	Biodonostia. ESI Donostialdea.
	Astigarraga Aguirre, Itziar	Onkologo pediatria. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Atares Puello, Begoña	Anatomia Patologikoa. ESI Araba.
B	Bao Pérez, Fidencio	Digestiboa. ESI Uribe.

	Basterrechea Peña, Javier	Kudeaketa Sanitarioko Unitatea. ESI Donostialdea.
	Basterretxea Badiola , Laura	Onkologoa. ESI Donostialdea.
	Bidaurrezaga Van-Dierdonk, Joseba	Medikua. Osasun Saila, Bizkaia
	Bilbao Iturribarria, Isabel	Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Programa. Zuzendaritza N.
	Bilbao Madariaga, José Luis	Osabide. Zuzendaritza Nagusia.
	Bóveda Carro, Elsira	Onkologoa, erradioter. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Bujanda Piérola, Luis	Digestiboa. ESI Donostialdea.
	Buselo Lete, Luis Miguel	Lehen Mailako Arretako medikua. ESI Bidasoa.
C	Cacicedo Fernandez Bobadilla, Jon	Erradioterapia. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Calvo Martínez, Begoña	Genetista. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Carrera Revilla, Sergio	Onkologo medikua. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Castaño González, Luis	Biocruces. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Ceberio Etxetxipia, Izaskun	Hematologoa. ESI Donostialdea.
	Coto Fernandez, Juan Carlos	OSALAN
D	De Juan Arroyo, Ana María	Farmazialaria. ESI Barrualde-Galdakano.
	De Castro Laiz, Visitación	Osasun Saila, Bizkaia.
E	Echevarría González de Garibay, Luis Javier	Erregistro eta Informaz. Sanitarioko Zerbitzua. Osasun Saila.
	Elorriaga Arandia, Estibaliz	Antolamendu eta egiaztapen sanitarioko tekn. Osasun Saila
	Enciso Coloma, Carlos	Digestiboa. ESI Araba.
	Escalante Martin, Maite	Digestiboa. ESI Araba.
F	Ferreiro Quintana, Josefa	Onkologoa. ESI Barrualde-Galdakano.
	Fuertes Velez, Francisco Javier	Onkologia, erradioterapia. ESI Bilbao-Basurto
G	Gamboa Moreno, Estibaliz	Paziente aktiboa. ESI Donostialdea.
	García Albás, Juan José	Farmazialaria. ESI Araba.
	García Barcina, María	Genetista. ESI Bilbao-Basurto
	García Naveda, Laura	Biologia molekularra. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Gener Querol, Blanca	Genetista. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Gil Lemús, María Ángeles	Farmazialaria. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	Guerra Merino, Isabel	Anatomia patologikoa. ESI Araba.
	Guinea de Castro, José María	Hematologoa. ESI Araba.
H	Hurtado Mendoza, José Luis	Kudeaketa Sanitarioko Unitatea. ESI Araba.
I	Ibarzabal Astigarraga, Xabier	Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia
	Idígoras Rubio, Isabel	Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Programa. Zuzendaritza N.
	Irazoqui Ceberio, Ania	Erizaina. Plangintza, Antolam. eta Ebal. Sanit. Osasun Saila.
	Iscar Reina, Lourdes	OSALAN

J	Jáuregui García, María Luz	Zuzendaritza. ESI Tolosaldea.
L	Larrañaga Larrañaga, Nerea	Medikua. Osasun Saila.
	Lecuona Artola, Arantxa	Ginekologoa. ESI Donostialdea.
	López Almaraz, Ricardo	Onkologia pediatrikoa. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutz.
	López Arzoz, Gonzalo	Farmazialaria. ESI Donostialdea.
	Lopez De Munain Marques, Arantza	Erregistro eta Informazio Sanitarioko Zerb. Osasun Saila.
	López-Urrutia Fernández, Antonio	Laborategia. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
M	Marañón Guesalaga, Edurne	Erizaina. ESI Debagoiena
	Marquez Navarro, José Antonio	Hematologoa. ESI Bilbao-Basurto
	Martínez Guinea, Félix	Farmazialaria. Zuzendaritza Nagusia.
	Oncóloga. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.	Onkologoa. ESI Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta.
	O	Oiartzabal Ormategi, Itziar
	Ogueta Lana, Miguel Angel	Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia
	Orube Bona, Andoni	Onkologia, erradioterapia. ESI Donostialdea.
	P	Peña González, María Luz
	Pérez Irazusta, María Iciar	Medikua. ESI Bidasoa.
	Pérez Persona, Ernesto	Onkologo medikua. ESI Araba.
	Piera Pibernat, Josep Manuel	Onkologo medikua. ESI Donostialdea.
	Portillo Villares, Isabel	Kolon eta Ondesteko Minbiz. Prog. Zuzendaritza Nagusia.
	Poza de Celis, Raúl	Onkologia, erradioterapia. ESI Araba.
	Prieto Blanco, María	Farmazialaria. Zuzendaritza Nagusia.
Q	Quinteiro García, Ana Isabel	Laborategia, anatomia patologikoa. Zuzendaritza Nagusia.
R	Ramos Márquez, María Hipólita	Prestakuntza. Zuzendaritza Nagusia.
	Ruiz Díaz, María Trinidad	Anatomia Patologikoa. ESI Donostialdea.
S	Sala González, María Ángeles	Onkologo medikua. ESI Bilbao-Basurto
	Salaberria Isasi, Arrate	Lehen Mailako Arretako medikua. ESI Donostialdea.
	Samper Ochotorena, Ricardo	Farmazialaria. Zuzendaritza Nagusia.
	Segurola Lázaro, María Blanca	Farmazialaria. Zuzendaritza Nagusia.
	Serna Rodriguez, Francisco	Prestakuntza. Zuzendaritza Nagusia.
	Suquia Zabaleta, Elena	Medikua, Kalitate Unitatea. ESI Donostialdea.
	T	Tranche Robles, Batirtze
	Torrejón Pérez, Idoia	Informatikaria. Zuzendaritza Nagusia.
	U	Ullibarri Ochoa, Ainhoa
	Urbaneja Arrue, Felix	OSALAN
	Urraca Garcia Madinabeitia, Javier	Lehen Mailako Arretako medikua. ESI Araba.
	Urrutikoetxea Ribarte, Ander	Onkologoa. Onkologikoa.
Z	Zarraoa Garmendia, Eneko	Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia

2. ERANSKINA: SIGLAK ETA LABURDURAK

LA: lehen mailako arreta

EAE: Euskal Autonomia Erkidegoa

KOM: kolon eta ondesteko minbizia

EIKB: Etika eta Ikerketa Klinikoko Batzordea

BAM: baheketa-aldien arteko minbizia

GNS: gaixotasunen nazioarteko sailkapena

DOMM: datuen oinarritzko multzo minimoa

PZA: pediatriako zainketa aringarriak

SK: saiakuntza klinikoak

EAEOI: Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-inkesta

Eustat: Euskal Estatistika Erakundea

PKG: praktika klinikoen gida

EPO: etxeko pediatriako ospitalizazioa

HCC: C Hepatitisa

GPB: giza papilomaren birusa

UO: unibertsitate-ospitalea

GUO: Gurutzetako unibertsitate-ospitalea

ISI: Ikerketa Sanitarioko Institutua

DMP: doitasuneko medikuntza pertsonalizatua

KOMP: Kolon eta Ondesteko Minbiziaren Programa

EOP: Euskadiko Onkologia Plana

Onkologikoa: minbiziaren tratamenduan espezializatutako Kutxa Gizarte Ekintzaren zentroa, Gipuzkoan kokatua.

Osabide Globala: Osakidetzaren historia klinikoko programa

Osasun Eskola: erabiltzaileei informazioa eta prestakuntza eskaintzen dien zerbitzua, osasunaren eta gaixotasunaren inguruko jarrera arduratsua lortzea helburu duena

ESI: Erakunde Sanitario Integratua

OSN: Osasun Sistema Nazionala

3. ERANSKINA: MINBIZIAREN AURKAKO EUROPAKO KODEA

1. Ez erre. Ez kontsumitu tabako mota bat bera ere.
2. Egin zure etxea kerik gabeko etxe bat. Zure lantokian babestu tabakoaren aurkako politikak.
3. Izan pisu osasungarria.
4. Egin egunero ariketa fisikoa. Mugatu eserita ematen duzun denbora.
5. Jan modu osasungarrian:
 - Kontsumitu zereal integralak, lekaleak, frutak eta barazkiak.
 - Mugatu elikagai hiperkalorikoak (azukre edo koipe handikoak) eta saihestu edari azukredunak.
6. Saihestu haragi prozesatua; mugatu haragi gorriaren eta gatz askoko elikagaien kontsumoa.
7. Mugatu alkoholaren kontsumoa; minbiziaren prebentziorako, edari alkoholduinak saihestea da onena.
8. Saihestu eguzkiarekiko gehiegizko esposizioa, batez ere haurrengan. Erabili eguzki-babesa. Ez erabili UVA izpietako kabinak.
9. Lanean, babestu substantzia kartzinogenoak, eta bete laneko osasuna eta segurtasuna babesteko araudia.
10. Ikertu zure etxean radon-maila natural handien erradiazioarekiko esposizioan zauden eta hartu murrizteko neurriak.
11. Emakumeentzat:
 - Edoskitze naturalak amaren minbizi-arriskua murrizten du. Ahal baduzu, eman titia zure seme-alabari.
 - Hormona bidezko terapia ordezaileak zenbait minbizi motaren arriskua gertatzen du. Mugatu hormona bidezko terapia ordezailearen tratamendua.
12. Ziurtatu zure seme-alabek gaixotasun hauen aurkako txerto-programetan parte hartzen dutela:
 - B hepatitis (jaioberriek)
 - Giza papilomaren birusa (neskek)
13. Parte hartu antolatzen diren minbiziaren baheketa-programetan:
 - Kolon eta ondestekoa (gizonek eta emakumeek)
 - Bularrekoa (emakumeek)
 - Umetoki-lepokoak (emakumeek).

4. ERANSKINA: TUMORE-BATZORDEAK

1. TUMORE-BATZORDEEN OSAERA

Minbiziaren diagnostikoarekin eta tratamenduarekin lotura duten zerbitzuetako adituak (batzordeko ohiko kideak) eta erreferentziatzko loturako erizaina.

Batzorde horiek gidatuko dituzten bi irudi ezarri beharko dira:

- Batzordearen lehendakaria: prozesuen kudeaketaren burua.
- Batzordearen idazkaria: kasuen kudeaketaren burua.

2. FUNTZIOAK

2.1. Prozesu onkologikoak kudeatzea.

Arduraduna: Batzordearen lehendakaria.

2.1.1.- Protokolo (eskura dagoen ebidentziarik onenean oinarritua) eta diagnostiko-eta tratamendu-zirkuitu egokiak ezartzea, patologiaren arabera eta zerbitzu-erakunde bakoitzean eskura dauden egiturak eta baliabideak egokituta.

2.1.2.- Tumore-patologiaz susmarazten duten alarma-zantzuak edo -zeinuak dituzten pazienteei lehenetasuna emango dieten sarrera-zirkuituak definitzea, diagnostiko azkarrak balioa erants baitezake pazientearen pronostikoan.

2.1.3.- Diagnostikoko zein tratamenduko jardunetarako asistentzia-mailarik egokienak definitzea.

2.1.4.- Ospitale barruko eta maila arteko jarraipeneko, koordinazioko eta jarraitutasuneko irizpideak ezartzea.

2.1.5.- Profil eta rol profesionalen garapena erraztea, baita protokoloak ezartzeko beharrezkoak diren antolamendu egokituak eta definitutako zirkuituak ere (tumore-prozesuen diagnostikorako, tratamendurako eta jarraipenerako)

2.1.6.- Prozesuaren emaitza klinikoak neurtzen dituzten adierazleak definitzea eta horien analisi sistematikoa bultzatzea, batzordearen beraren testuinguruan, etengabeko hobekuntzako dinamika ezartzeko.

2.2. Batzordean aurkezten diren kasuak kudeatzea.

Arduraduna: Batzordearen idazkaria.

2.2.1. Batzorde bakoitzak definituko du zer kasu aurkeztuko den berrikuspenera eta zer kasu ez den aurkeztuko.

Kasu guztiak aurkeztu beharko lirateke, baina tumorearen prebalentziaren arabera

Gutxienez hauek aurkeztu beharko dira:

- Tratamendu erradikala planteatzen den kasu oro.
- Zenbait aukeren artean erabaki beharreko tratamendua duten kasu guztiak.
- Diziplina arteko tratamendu sekuentzialak beharrezkoak diren kasu guztiak.
- Bilakaera anormala duten kasu guztiak.

2.2.2. Horretarako, gomendagarria da kasuak aurkezteko metodologia ezartzea. Metodologia horrek beharrezko informazioa zehaztu beharko du, balioa eranstean ez duen informazioa mugatzeko eta, hartara, kasuen azalpen-denbora murrizteko eta antolatzeke.

2.2.3. Tratatutako kasuen erabakiak historia klinikoan transkribatuko dira, diziplina anitzeko batzordearen erabakia dela aitortuko duen gertakari batean.

2.2.4. Emaitzak lortzeko beharrezkoak diren aldagaien erregistrorako formularioak osatuko dira.

2.2.5. Komeni da batzordearen bilera bakoitzaren akta jasotzea. Aktan jasoaraziko da:

- Bileraren eguna eta ordua
- Bertaratuen zerrenda: batzordearen ohiko kideak eta aldian behin agertzen direnak.
- Tratatutako kasuen historia klinikoen zerrenda.
- Batzordeak egiten dituen kasuen balorazioaz bestelako jarduerak: berrikuspen bibliografikoa, ikerketa-proiektuen planteamendua, eta abar.

EGITURAZKO PREMIAK:

Bilerak egiteko espazio fisiko egokiak. Espazio horietan eskuragarria egongo dira historia klinikoa, erradiologia-irudiak eta proben txostenak (anatomia patologikoa, analitika, eta abar); era berean, espazio horietan batzordearen erabakiak erregistratzeko aukera egongo da, batzordearen gertakari espezifikoan.

Horrez gain, komeni da administrazio-laguntza espezifikoa izatea, aktak prestatzen, pazienteen hitzorduak antolatzen, erregistroak egiten eta abar laguntzeko.

68

5. ERANSKINA. ANTOLAMENDU-EREDUAREN ARLOKO DEFINIZIOAK

1. **Erreferentziako medikua**, pazientea pasatzen den zerbitzu bakoitzekoa: zerbitzu horretako prozesu osoan pazienteaz arduratzen da, eta zerbitzuan gertakaria irekitzea esleitzen zaio.

Zerbitzu bakoitzak prozesu bakoitzerako ezagutza-erreferenteak eduki beharko lituzke.

2. **Erizain kudeatzailea**: erizain honek koordinatzen du minbizia duten pazienteak ardatzen dituzten kontsultetako eta batzordeetako erizainen sarea.

3. **Loturako/erreferentziako erizaina**: pazienteaz arduratzen da eta asistentzia-taldea-arentzat erreferentea da, betiere diagnostikoko, tratamenduko eta jarraipeneko diziplina anitzeko prozesuari dagokionez. Zirkuitua eta plan diagnostiko-terapeutikoa adostutako parametroen arabera betetzen dela bermatzen du.

4. **Loturako onkologoa** (tumor-batzorderik ez duten ospitaleetarako):

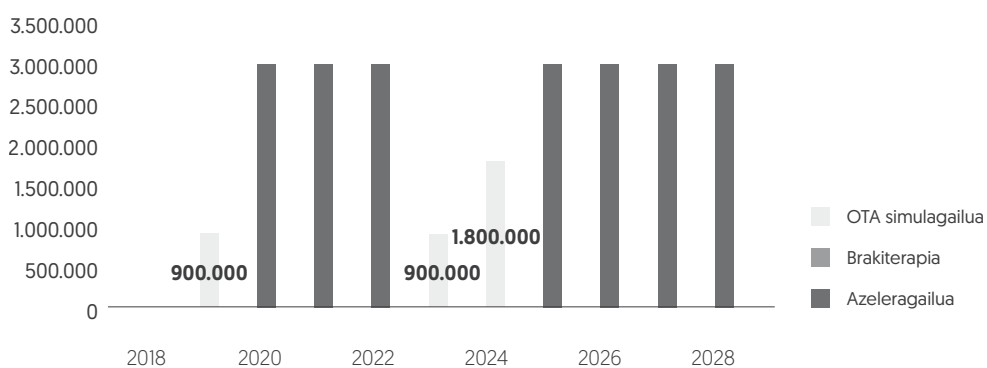
Horren egitekoak dira:

- Kasuak baliabiderik egokienera bideratzea.
- Aurrez aurreko kontsultak eta/edo aurrez aurrekoak ez diren kontsultak egitea.
- Profesional guztiak prozesu onkologiko bakoitzean modu funtzionalean integratzea.

6. ERANSKINA: GOI-TEKNOLOGIA BERRITZEKO PLANA. KOSTUA/URTE AURREIKUSPENA

INBERTSIOAREN BATURA			
URTEA	AZELERAGAILUA	OTA SIMULAGAILUA	GUZTIRA, OROKORRA
2018			
2019	0	900.000	900.000
2020	3.000.000		3.000.000
2021	3.000.000		3.000.000
2022	3.000.000		3.000.000
2023		900.000	900.000
2024		1.800.000	1.800.000
2025	3.000.000		3.000.000
2026	3.000.000		3.000.000
2027	3.000.000		3.000.000
2028	3.000.000		3.000.000
Guztira, orokorra	21.000.000	3.600.000	24.600.000

69



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
CRUCES				B		O		A			A
ARABA				A			O				
DONOSTIA			A				O			A	
BASURTO	B	O			A				A		

O OTA simulagailua

A Azeleragailua

B Brakiterapia

7. ERANSKINA: ADMINISTRARI LAGUNTZAILEAREN EGITEKOAK TUMORE BATZORDEETAN ETA/EDO UNITATE FUNTZIONALETAN

Administrari laguntzailea arduratuko da:

- Profesionalei posta elektronikoko bidez deialdiaren berri emateaz (eta, hala badagokio, deialdia bertan behera geratzen dela jakinarazteaz), taldeko koordinatzaileak eskatuta.
- Batzordearen agendaren kudeaketan (lehentasunak, aurkezpen-denborak...) talde koordinatzailearekin elkarlanean aritzeaz.
- Historia kliniko elektronikokoan barnean hartzen ez diren irudi-probak eskuragarri daudela ziurtatzeaz.
- Batzordeen bileretarako gela irekitzeaz eta ixteaz.
- Kontaktu guztiak, lehenak eta hurrengoak, modu informatikoan erregistratzeaz.
- Akta idazteaz, informatizatzeaz eta dagokion espazioan esekitzeaz.
- Eztabaidaren ondoriozko jarduera kudeatzeaz (zitazio berriak).
- Kasuak barnean hartzeko garaian, ospitaleko Tumore Erregistroarekin elkarlanean jarduteaz, Batzordeko kideekin batera.
- Batzordearen jardueraren erregistro sistematikoan (kasu kopurua eta mota, bertaratuaren erregistroa...) talde koordinatzailearekin elkarlanean jarduteaz.
- Taldearen eta beste profesionalen (batzordera behar puntual batengatik bertaratzen diren kide "kontingenteen") arteko komunikazioa eta koordinazioa errazteaz.

70

8. ERANSKINA: KRONOGRAMA

0. PERTSONA ARRETAREN ARDATZ GISA							
HELBURUA	AZPIHELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
1. Minbiziarekiko biziraupenean etengabeko hobekuntzari eustea, eta 2000-2012 aldian hautemandako egungo joerari jarraipena ematea							
2. Etengabeko hobekuntzari eustea osasun-sistemak onkologia-arretaren humanizazioarako duen jarreraren	Prestakuntza-plana hedatzea	Profesional prestatuak					
	Minbizia izan eta bizirik dauden pazienteak ahaldundzea	Paziente prestatuak					

1. SEKTORE ARTEKO EKINTZA						
HELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
3. Biztanleriaren artean jarduera fisikoa sustatzea, Euskadiko Jarduera Fisikoaren Planean definitutako jarraibideei eta estrategiei jarraituz.	Helburu horien adierazleak dagozkien programetan definituta daude					
4. Elikadura osasungarrirako ekimenen estrategia ezartzea Euskadiko biztanleriarentzat, kontsumo-ereduetan gizarte- eta genero-desberdintasunak kontuan izanik.						
5. Tabakoaren kontsumoaren prebalentzia murriztea eta Euskadiko biztanleria tabakoaren keaz babestea, Tabako Kerik Gabeko Euskadi estrategian aurreikusten diren neurrien bitartez.						
6. Alkoholen kontsumoaren prebalentzia murriztea eta, horretarako, hasierako adina atzeratzea eta gazteen artean arriskuko kontsumoak eta horien maiztasuna murriztea.						
7. Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten diagnosi-proben preskripzioa optimizatzeke ekintzak sustatzea.						
8. Erradiazio ionizatzailea erabiltzen duten probak egiteko protokolo espezifiko adostuen aplikazioa sustatzea erakundearen osotasunean, aldakortasuna murrizteko.						
9. Historial dosimetroari esker, metatutako datuak ustiatzea, beharrezkoak diren erradiazio-dosiak eraginkortasunez doitzeko helburuarekin.						
10. Biztanleriari eguzkiarekiko esposizioaren arriskuaz ohartarazteko ekintzak gehitzea, eta eguzki-erradiazioak epe laburrera eta luzera sortzen dituen kalteak saihesteko hartu beharreko prekauzioen berri emateko ekintza gehiago egitea.						
11. Laneko minbiziari eta lan-ingurune kartzinogenoei buruzko informazio-sistema hobetzea.						
12. Lanean agente kartzinogenoekiko esposizioa murriztea, metal-galdaketaren sektoreko enpresetan silizearekiko eta formaldehidoarekiko esposizioa kontrolatuz.						
13. Laneko zenbait kartzinogenoekiko esposizioaren ondorioz arrisku handiko biztanleen artean, laneko minbiziaren detekzio goiztiarra hobetzea eta, horretarako, laneko zenbait kartzinogenoekiko (amiantoarekiko, silizearekiko, zur-hautsarekiko eta kromoarekiko) esposizioarekin lotzen diren minbiziak goiz detektatzeko zainketa-gidak garatzea, eta lanetik erretiratu osteko zainketa programaren errefortzua eskaintzea amiantoarekiko esposizioan lan egin duten pertsoneri.						
14. Laneko minbiziari buruzko ezagutzetan prestatzea eta sentsibilizatzea, ezagutza horiek hedatzea, eta, batik bat, prebentzio-zerbitzuetako medikuei prestakuntza berezia eskaintzea, laneko biztanleriaren osasuna zaintzeko gidak aplikatzera begira.						

1. SEKTORE ARTEKO EKINTZA					
<p>15. Ezarritako baheketa-programen (bularreko minbizia eta kolon eta ondesteko minbizia) hobekuntzan aurrera egitea eta zerbixeko minbiziaren biztanleria-baheketarako programa hedatzea.</p>	<p>Berrikuspen-proiektua amaitua</p>				
<p>16. Baheketa-estrategiak ezartzea, familia-arriskuko kategorien eta adin-tarteen arabera eta indarrean dauden gomendioetan eta ebidentzietan oinarrituta.</p>	<p>Baheketa-estrategia definitua</p>				
<p>17. Kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa-programaren mende dagoen biztanleriari bi urtean behin programara gonbidatzen zaiola bermatzea; programa eraginkortasunez hedatuko bada, erakundeek duten ahalmenera egokituko da.</p>	<p>Azken bi urteotan programarako gonbidapena jaso duen biztanleriaren ehunekoa</p>				
<p>18. Zerbixeko minbiziaren baheketa-programa ezartzea, gaur egungo baheketa oportunita biztanleria-baheketa bihurtuz. Programa horren hedapena Euskadiren osotasunera hedatu beharko da 2020. urtearen amaierarako. Horretarako, 2018ko lehen seihilekoan emango zaio hasiera ezarpenari, eta, 2020rako, pixkanaka hedatuko da programa ESI guztietara.</p>					
<p>19. Hiru baheketa programen gaur egungo estaldura-tasa efektiboak gehitzea, xede-populazio teorikoaren % 90era, gutxienez, iristeko.</p>	<p>Baheketa-programetara (kolon, bularra, zerbix) gonbidatu den xede-biztanleriaren ehunekoa</p>				

2. INFORMAZIO SISTEMAK							
HELBURUA	AZPIHELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
20. Eskura dagoen informazioa denbora errealean aztertzeko aukera emango duen minbizi-erregistroa kudeatzeko eredia definitzea, garatzea eta hedatzea.		Erregistroa kudeatzeko eredia definitua					
21. Paziente bakoitzaren prozesu onkologikoa kudeatzeko aukera emango duen historia kliniko elektronikoa (Osabide) integratuko den aplikazioa definitzea eta garatzea; hartara, prozesuan esku hartzen duten profesionalak eta tumore-batzordeek onkologiako asistentzia-prozesu osoaren informazioa eskuratu ahal izango dute eta pazienteen inguruko erabaki klinikoak optimizatu ahal izango dituzte.	Onkologia-pazientearen prozesu farmakoterapeutikorako ONKOBIDE informazio-sistema ezartzea eta hedatzea.	Hedapena egina					
22. Prozesu onkologikoaren ezagutzan aurrera egitea, emaitzen ebaluazio-ereduak definitzeko, betiere honako hau ahalbidetuko duten tarteko eta amaierako emaitzetan oinarrituta	Onkologia-arretaren emaitzen jarraipen eta ebaluazio-ereduan txertatzea pazienteengan eragina duten bizi-kalitatearen eta osasunaren arloko emaitzak.	Proiektu definitua					
	Farmazia-industriarekin elkarrizketan jarduteko esparrua definitzea, pazientearengan lortzen diren emaitzen araberako ordainketa egiteko.	Finantzaketa-esparrua definitua, gutxienez hiru produktutarako					

3. ASISTENTZIA EREDUA							
HELBURUA	AZPIHELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
23. Prozesu onkologikoaren antolamenduan eta kudeaketan hobekuntzak sartzea —minbizia duten pazienteen arretan diziplina anitzeko ikuspegia bermatzeko— eta paziente bakoitzaren diagnostikoan, tratamenduan eta jarraipenean erabakiak hartzen erraztea	Onkologia-zerbitzua duten ESI guztiek izan beharko dute Tumore Batzordea, eta batzorde hori osatuko dute minbizia duten pazienteen diagnostikoarekin eta tratamenduarekin lotura duten zerbitzu guztietako ordezkariak eta ESlaren Zuzendaritzako ordezkariak	Onkologia-arreta duten ESI guztietan tumore-batzordea osatzea					
	Onkologia-zerbitzua duten ESlatan tumore-batzordeen ezarpenean aurrera egitea, prozesu onkologikoak kudeatzen dituzten diziplina anitzeko talde gisa, eta, horretarako, zirkuituak diseinatzea, tratamendu eta jarraipen egokienak zehaztea eta prozesu horiek hobetzeko emaitzak ebaluatzea	Batzordeko arduraduna eta idazkaria duten batzordeen kopurua. Loturako erizaina duten batzordeen kopurua. Batzordeko urtean egiten den bilera kopurua. Batzordeko aurkeztutako pazienteen kopurua. Batzordeko diseinatutako zirkuitu berrien kopurua.					
	Onkologia-paziente bakoitzak mediku arduradun bat izango du prozesuan pasa beharreko zerbitzu bakoitzean, eta mediku horrek emango dio batzordearen erabakien berri eta harekin aztertuko ditu tratamenduaren aukerak	Zerbitzuetako bakoitzean egindako bisiten artean, pazienteak erreferentziarako profesionalarekin egindako bisiten %a					
	Onkologia-zerbitzua duten ESlak loturako erizain-sare bat izango dute, eta erizain horiek arduratuko dira pazientearen "nabigazioaz" asistentzia-prozesuaren barruan. Helburua izango da arretaren jarraitutasuna bermatzea eta pazientearentzat erreferente izatea, zerbitzu bakoitzean sor daitezkeen gorabeheretan	Erreferentziarako erizaina (gehienez batzordeko 1, nahiz eta batzorde batzuetan bat baino gehiago izan) / batzorde kopurua					
	Onkologia-zerbitzua duten ESlak (hirugarren mailako ospitaleek) loturako onkologo bat edukitzea erreferente diren eta onkologia-zerbitzua ez duten beste erakundeetarako	Erreferentziarako/ loturako onkologoaren hedapena tumore-batzorderik ez duten ospitaleetan					

3. ASISTENTZIA EREDUA							
HELBURUA	AZPIHELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
24. Lehen mailako arretaren eta ospitaleetako espezialisten arteko diagnostiko azkarrerako bideak berriro definitzea, patologia onkologikoa susmarazten duten zantzuen edo zeinuen aurrean diagnostiko eta tratamendu goiztiarra abian jartzeko		<p>Diagnostiko azkarreko bidea egotea [aurrez aurrekoa ez den kontsulta...] biriketako minbizirako, kolon eta ondesteko minbizirako, maskuriko minbizirako, buruko eta lepoko minbizirako, bularreko minbizirako eta endometriorako.</p> <p>Bide azkarretik bideratutako gertakarien %a Bide azkarrerako ezarritako tartekak betetzen dituzten kasuen %a</p>					
25. Konplexutasun handiko eta prebalentzia txikiko prozesu onkologikoak metatzea	Erreferentziako asistentzia-unitateetan zentralizatzea konplexutasun handiko edo prebalentzia txikiko prozesu onkologiko kirurgikoak. Beharrezkotzat jo da minbizia duten pertsonak artatzen dituzten unitateek urtean gutxieneko kasu kopuru bat artatzea —minbizi tipologia bakoitzaren arabera zehaztuko da gutxieneko kopuru hori—.	Administrazio Kontseiluaren Erabakiz definitutako erreferentziako unitateak, kirurgia konplexuko 2 prozesu/urte					
	Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean zentralizatzea erradioterapia estereotaxiko zerebral funtzionala. Nolanahi ere, eta asistentzia-premien arabera, beste asistentzia-dispositibo batzuk gehitzeko aukera aztertuko da.	Administrazio Kontseiluak onartua eta ezarria					
26. Pediatriako pazienteei eta nerabeei zuzentzen zaien diziplina arteko arreta-eredua etengabe hobetzen jarraitzea —arreta integralera, integratura eta koordinatura bideratzen diren taldeen bitartez.		Prozesu onkologikoan egonik, Haur Tumoreen Batzorde batean aurkeztu diren 18 urtetik beherakoehunekoak					

3. ASISTENTZIA EREDUA

HELBURUA	AZPIHELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
27. Pediatriako arreta aringarria hedatzea Euskadiko hiru lurraldeetan eta horren koordinazioa egitea Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Pediatriako Zainketa Aringarriko unitatetik/Etxeko pediatriako ospitalizazioko unitatetik. Sarean lan egingo da, lehen arretako eta ospitale-arretako beste profesional sanitario batzuekin eta gizarte- eta hezkuntza-zerbitzuetako agenteekin batera.		Euskadiko zainketa aringarriaren artikulazioa ezartzen duen Administrazio Kontseiluaren erabakia					
28. Lehen mailako arretako eta ospitale-arretako espezialistek arreta integrala eskaintzea minbizia izan eta bizirik dauden pertsonen eta horien jarraipena elkarrekin egitea. Arreta horretan jorratuko dira behar psikosozialak, tratamenduen kontrako ondorioak eta errezidibaren arriskua.		Minbizia aspaldi izan eta bizirik daudenen jarraipena egiteko urteko bi protokolo prestatzea. ESI bakoitzean jarraipenaren ikuskapena egitea.					
29. Adineko pertsonen balorazio integral egokia egiten zaiela bermatzea eta profesionalaren eta pazientearen eta/edo familiaren artean erabaki partekatuak har daitezen erraztea, tratamendu eta esku-hartze mediko eta sozial onuragarrienak egiteko eta arriskuak minimizatzeko, betiere pazientearen bizi-kalitatea eta funtzionalitatea mantentzeko edo hobetzeko.		Adineko pertsonen kasuan, balorazio integralaren edukia adostea, onkologiako erabakiak hartzeko. Jarraipen-mailaren barne-ikuskapena					
30. Zainketa Aringarrien Planean planteatutako helburuen lorpen-maila ebaluatzea 2018. urtean.							
31. 2019tik aurrera Osakidetzaren eta Onkologikoaren arteko lotura egokituko duen araudia garatzea.							

4. MEDIKUNTZA PERSONALIZATUA						
HELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
32. Planifikatzeko eta kudeatzeko batzordea sortzea eta abian jartzea, arretaren baliabideak ebaluatzeko eta erabaki funtzionalak eta antolamendukoak hartzeko	Batzordea sortzea					
33. Diagnostiko molekular onkologikorako erreferentziako unitatea sortzea						
34. ESletan minbiziaren arloko doitasuneko medikuntza-batzordeak sortzea	Tumore Batzordea duten ESI guztietan batzordeak sortzea					
35. Biriketako minbizi ez-mikrozitikoak duten paziente guztien profil molekularra ezagutzea.	Sekuentziazio osoa egin zaien biriketako minbiziko pazienteen %a					

5. IKERKETA ETA BERRIKUNTZA						
HELBURUA	ADIERAZLEA	2018	2019	2020	2021	2022
36. Minbiziaren ikerketa klinikorako kudeaketa-esparru komuna sortzea, aukera emango duena Osakidetzako onkologia-paziente guztientzako saiakuntza klinikoko programaren eskaintza bakarra egitea —behar izanez gero baliatu ahal izango dutena—.	Plataforma eskuragarria eta erreferentziako 6 zentroetako klinikoei aurkeztua					
37. Saiakuntza klinikoak egingo dituzten zentroak hautatzeko protokolo/prozedura adostua garatzea eta hedatzea, sustatzaileek eskaintza lehiakorra egin ahal izan dezaten.	EAEn onkologia-pazienteak artatzen dituzten 6 zentroen artean pazienteak transferitzeko aukera emango duten administrazio-zirkuituak aurkeztea. Saiakuntza klinikoak egingo duten zentroak hautatzeko protokolo adostua aurkeztea sustatzaileei —lehiatzeko eskaintza aurkezteko aukera emango die—. Onkologiako saiakuntza klinikoan kudeaketa bakarra ahalbidetuko duen informazio-tresna garatzea. Urtean irekitako saiakuntza klinikoaren kopurua.					
38. Minbiziaren arloko medikuntza pertsonalizatuan ikerketa translazionala garatzeko elkarlan-esparrua definitzea eta garatzea.	Hautagarritasun-irizpide berriak txertatzea [lankidetzaren sustatzea] Osasun Sailaren eta RIS-3ren deialdietan. Meta-taldearen mapa sortzea eta lankidetzaren sustatzeko politikaren dokumentua sortzea.					
39. Berrikuntza kirurgikoko programak sustatzea	Mapa sortzea eta industria-garapenean nahastuta dauden agenteei, ikertzaileei eta klinikoei banatzea.					

BIBLIOGRAFIA

1. Eusko Jaurlaritz. Osasun Plana 2013-2020. Vitoria-Gasteiz. 2014. Hemen eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf
2. Lopez de Munain A, Audicana C, Larrañaga N, Minbizia Euskal Autonomia Erkidegoan 2000-2015. Cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Erregistro eta Informazio Sanitarioko Zerbitzua. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila. 2017ko ekaina. Hemen eskuragarri: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/es_def/adjuntos/CANCER2000_2015.pdf
3. De Castro V, Tobalina MC, Larrañaga N, Bidaurrezaga J, De la Cruz M, Lopez de Munain A, Errezola M. CÁNCER INFANTIL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA. 1990-2012. Osasun Saila, 2016. Hemen eskuragarri: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/es_def/adjuntos/Cancer-infantil-CAV.pdf
4. Gil L.; De Castro V; Molinuevo A.; Echezarreta N.; Odriozola I.; Lopez de Munain A.; Mitxelena MJ.; Sarasqueta C.; De la Cruz M.; Bidaurrezaga J.; Larrañaga N. Supervivencia de cáncer en la Comunidad Autónoma Vasca, 2000-2012. Eusko Jaurlaritzako Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Vitoria-Gasteiz, 2018. Hemen eskuragarri: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/osagin/estudio_superviv_cancer_es.pdf
5. Portillo I, Idigoras I, Ojembarrena E, Arana E et al. Lesiones detectadas en el programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco: primera ronda 2009-2011. Gastroenterol Hepatol. 2013; 36; 5: 301-308.
6. Portillo I, Arana-Arri E, Idigoras I, Espinás JA, Pérez-Riquelme F, de la Vega M, González A, Oveja E, Vanaclocha M, Ibañez J, Salas D eta Grupo Cribea. Proyecto CRIBEA: Lesiones detectadas en seis Programas Poblacionales de Cribado de Cáncer Colorrectal en España. Salud Pública aldizkaria 2017; 91; 20 otsaila e1-e10.
7. Red de Programas de Cribado de Cáncer. Documento de Consenso. El cáncer de mama familiar en el contexto de programas poblacionales de cribado. 2014ko otsaila. Hemen eskuragarri: www.cribadocancer.com
8. Broeders M, et al. Guía epidemiológica de calidad en el cribado de cáncer de mama. 'Guías europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico', 2001.
9. Audicana C, Errezola M. Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 2015. Hemen eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/informe%20mortalidad%202011.pdf
10. Esnaola S et al. Evolución de la participación y las desigualdades sociales en los cribados de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en la CAPV, 1992-2013. Hemen eskuragarri: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/cribado_mama_cito_cas.pdf
11. Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkesta, 2013. Emaitzen taulak. Hemen eskuragarri: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/tablas-de-resultados-encuesta-salud-2013/r85-ckosag01/es/>
12. Suess I A, March I JC, Prieto I MA, Escudero I MJ, Cabeza I E, Pallicer I A. El proceso asistencial de cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios Oncología (Barc.) 29. bol. 9 zk. 2006ko urria
13. Informe sobre las necesidades de los supervivientes con cáncer. Grupo Español de Pacientes con Cáncer. (GEPAC) 2012ko maiatza. Hemen eskuragarri: http://www.gepac.es/docs/informe_supervivientes.pdf
14. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Osasun eta Gizarte Politikako Ministerioa. 2010. Hemen eskuragarri: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
15. Albrecht T, Kiasuwa R, Van den Bulcke M. European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control. 2017. Hemen eskuragarri: <https://cancercontrol.eu/archived/CanCon>
16. Osasun Eskola. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/osasuneskola/es/>
17. Minbiziaren Aurkako Europako Kodea. Hemen eskuragarri: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/Codigo_Cancer.pdf

18. Federici A, Nicoletti G and Van den Bulck M eds. Cancer Control Joint Action. Policy Papers. Brussels: Maca-Cloetens, 2017
19. Eusko Jaurlaritz. Txertaketen eskuliburua. 2016. Hemen eskuragarri: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/manual_vacunaciones/es_def/adjuntos/00-MANUAL-VACUNACIONES-2017.pdf.
20. Aktibili programa. 2011ko azaroa. Hemen eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/aktibili_01/es_aktibili_adjuntos/marco_accion_1_0.pdf
21. Eusko Jaurlaritz. Euskadiko elikadura osasungarrirako ekimenak. Vitoria-Gasteiz. 2017. Hemen eskuragarri: <http://www.euskadi.eus/informacion/iniciativas-para-una-alimentacion-saludable-en-euskadi/web01-a2osabiz/es/>
22. Eusko Jaurlaritz. Adikzioei buruzko Euskadiko VII. Plana. 2017-2021. Vitoria-Gasteiz. 2017. Hemen eskuragarri: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/acicciones_plan/es_def/adjuntos/VII_plan_adicciones_es.pdf
23. Eusko Jaurlaritz. Erretzeari uzteko gida praktikoa. Vitoria-Gasteiz. 2011. Hemen eskuragarri: <http://www.euskadi.eus/informacion/guia-practica-para-dejar-de-fumar/web01-a3tabaco/es/>
24. Eusko Jaurlaritz. Adin txikikoak eta alcohola programa. Vitoria-Gasteiz. 2014. Hemen eskuragarri: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_menores_alcohol/es_def/adjuntos/ProgramaMenoresAlcohol.pdf
25. Eusko Jaurlaritz. Pazientearen segurtasun-estrategia 2017-2020. Vitoria-Gasteiz, 2018ko urtarrila. Hemen eskuragarria: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/la-estrategia-de-seguridad-del-paciente-de-osakidetza-2017-2020-incorpora-seis-nuevas-lineas-de-accion/r85-ckinfo02/es/>
26. WHO. How common is skin cancer? Hemen eskuragarri: <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html>
27. WHO. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Hemen eskuragarri: <http://monographs.iarc.fr/>
28. Rushton L, Bagga S, Bevan R, Brown TP, Cherrie JW, Holmes P, Hutchings SJ, Fortunato L, Slack R, Van Tongeren M, Young C. The burden of occupational cancer in Great Britain. HSE Books. 2010. Hemen eskuragarri: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr800.pdf>
29. WHO. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. Hemen eskuragarri: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
30. Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea. http://www.osalan.euskadi.eus/s94-contqha/es/contenidos/informacion/ponencias_jt161124_cancer/es_def/index.shtml
31. Arrospeide et al. Evaluation of health benefits and harms of the breast cancer screening programme in the Basque Country using discrete event simulation. BMC Cancer (2015) 15:671. DOI 10.1186/s12885-015-1700-4.
32. Arrospeide et al. Economic evaluation of the breast cancer screening programme in the Basque Country: retrospective cost-effectiveness and budget impact analysis. BMC Cancer (2016) 16:344 DOI 10.1186/s12885-016-2386-y.
33. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Hemen eskuragarri: <http://www.ichom.org/>
34. Hurrei eta nerabeei zuzendutako Minbizia-aren Europako Plan estrategikoa, 2016ko martxoan argitaratua Europako Pediatria Onkologiako Nazioarteko Elkarteak.
35. Prades J, Borrás JM. La organización de la atención multidisciplinar en cáncer. ISBN: 978-84-458-2103-9. Elsevier Masson. 2011.
36. Ganz P. Cancer, Survivorship. Today and Tomorrow. New York: Springer; 2007. 290 orr..
37. Institute of Medicine and National Research Council. Delivering cancer survivorship care. En: From cancer patient to cancer survivor, lost in transition. Washington DC: national Academy Press; 2006. 289-295 orr.
38. Grunfeld E. Cancer survivorship: a challenge for primary care physicians. Br J Gen Pract. 2005; 741-2.

39. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francis S, EUROCARE-5 Working Group et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE 5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014 Jan; 15(1):23-34.
40. Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology* 2007; 16: 691-706.
41. Grunfeld E. Looking beyond survival: how are we looking at survivorship?. *J Clin Oncol* 2006;24:5166-9.
42. Ferro T, Borrás JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit.* 2011; 25(3): 240-5.
43. Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ et al. Primary care physician's views of routine follow-up care of cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2009; 27: 3338-45.
44. Ferro T, Aliste L, Valverde M et al. health status and health resource use among long-term survivors of breast, colorectal and prostate cancer. *Gac Sanit.* 2014; 28(2): 129-36.
45. Feliu J, Virizuela JA. El seguimiento de los supervivientes en cáncer: una responsabilidad compartida. *Med Clin (Barc)* 2011; 137(4): 163-5.
46. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol* 2006; 24(6):848-855.
47. Largos Supervivientes en Cáncer. SEOMen monografikoa. Hemen eskuragarri: www.seom.org/
48. Plan Integral de Atención a los largos Supervivientes en Cáncer. Hemen eskuragarri: www.seom.org/
49. What does survivorship mean? Le tus explain it to you. ESMO Patient Guide Series. Disponible en: www.seom.org/
50. ASCO Cancer Treatment and Survivorship Care Plans. Hemen eskuragarri: www.cancer.net.
51. International Society of Geriatric Oncology. Hemen eskuragarri: <http://www.siog.org/>
52. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012;47:279-83 - DOI: 10.1016/j.regg.2012.05.006
53. www.siog.org and the ASCO Geriatric Oncology website. Hemen eskuragarri: www.asco.org/practice-guidelines/cancer-care-initiatives/geriatric-oncology/geriatric-oncology-resources
54. International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer DOI: 10.1200/JCO.2013.54.8347 *Journal of Clinical Oncology* 32, n 24 (August 2014) 2595-2603.
55. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, et al: Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD006211, 2011 Medline.
56. Eusko Jaurlaritza. Euskadiko Zainketa Aringarrien Plana 2016-2020. Vitoria-Gasteiz. 2016. Hemen eskuragarri: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_cuidados_paliativos/es_def/adjuntos/cuidados_paliativos_plan_es.pdf.
57. (Toward Precision Medicine. Building a Knowledge Network for Biomedical Research and New Taxonomy of Disease. National Research Council of the National Academies. 2011).

