

OINARRIZKO DOKUMENTUA  
**EUSKADIKO LEHEN  
MAILAKO ARRETARAKO  
ESTRATEGIA**



**Argitalpena**

1.a, 2018 ko martxoa

**Ale-kopurua**

300

©

Osasun Saila

Osakidetza

**Internet**

[www.euskadi.net](http://www.euskadi.net)

**Argitaratzailea**

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
C/Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

**Diseinua eta maketazioa**

Susana Aguilera

**Zuzendaritza, koordinazioa eta prestaketa**

Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza

**Imprimaketa**

Gráficas Irala

**Lege gordailua**

VI - 285/18

# AURKIBIDEA

---

HITZAURREA OR.6

---

LEHEN MAILAKO ARRETAK EUSKAL OSASUN  
SISTEMAN BETETZEN DUEN ZEREGINA OR.8

---

FAMILIA MEDIKUEN BEHARRAK OR.12

---

LEHEN MAILAKO ARRETA SENDOTZEKO OSASUN  
SAILAREN ETA OSAKIDETZAREN ILDO ESTRATEGIKOAK  
DEFINITZEKO ABIAPUNTUA OR.14

---

LEHEN MAILAKO ARRETA KO ILDO ESTRATEGIKOAK OR.20

---

BIBLIOGRAFIA OR.46

# HITZAURREA

“Euskadiko lehen mailako arretarako estrategia” lankomentu bat da, eta dokumentuaren helburua da gaur egungo testuinguruan, eta etorkizun hurbilean, behar dugun lehen mailako arretako ereduari buruzko eztabaida ezartzea. Zenbait errealitatek markatzen du agertoki hori: gero eta handiagoa da adineko pertsonen proportzioa –eta gaixotasun kronikoen eta mendekotasunaren gehikuntzan islatzen da hori–; arreta integratuko eredu berriaren bidez antolatzen da osasun-sistema; azken urte hauetan profesionalen artean belaunaldi aldaketa handia gertatu da, batez ere familia-medikuen artean; eta gaur egun Euskadin enplegu betea dago medikuntzako profesionalen artean.

Zuzendaritza taldeekin, profesionalekin, sindikatuekin, elkarte zientifikoekin eta abar eztabaidatzeko oinarrizko dokumentu gisa sortu da, betiere Osakidetza zerbitzu publiko gisa iraunarazten duten politikak eta ekintzak definitzeko eta zabaltzeko helburuarekin. Izatez, Osakidetza antolamendu-ereduaren berrikuntzagatik da erreferente, eta horretan zerikusi handia du bere prestazioen kalitateak eta bere profesionalen bikaintasunak eta konpromisoak.

Pertsona orok duen funtsezko eskubideetako bat da osasunerako eskubidea. Eskubide hori, bada, estuki lotuta dago gobernuek daukaten konpromisoarekin eta betebeharrarekin herritarren osasuna babestu eta zaintzeko. Eskubide hori estaltzeko, beraz, osasun sistema integral bat baliatzen dugu —zerbitzu publikoa, unibertsala eta ekitatiboa ematen duena, alegia—; eta sistema horren barruan Lehen Mailako Arreta ezinbestekoa da. Osasunaren Mundu Erakundeak, zehazki, honela definitzen du Lehen Mailako Arreta: “herrialde bateko osasun-sistemaren muina” eta “komunitatearen garapen sozioekonomiko orokorraren zati integrala”, ezaugarri hauek dituela: irisgarritasuna, koordinazioa, osotasuna, arretaren jarraitutasuna eta longitudinalitatea.

Euskal gizartea dinamikoa da, eta, horregatik, Osakidetzak, 1983an sortu zenetik, etengabe abiarazi behar izan ditu gogoeta- eta egokitze-prozesuak, gizartean egon diren aldaketei erantzun ahal izateko. Prozesu horiek, halaber, gure osasun-sistemaren antolaketa- eta kudeaketa-ereduari eragin diote, betiere aintzat hartuta helburua dela arreta onena ematea unean-unean eta gure lanaren oinarri diren printzipioei jarraituz.

Gure erakundea, bere osotasunean, gogoeta- eta egokitze-prozesu iraunkor batean sartuta dago, gizartean sortu diren erronka berriei ahalik eta hobekien erantzun ahal izateko, eta Lehen Mailako Arretari ere eragiten dio prozesu horrek. Izan ere, Osakidetzak 35 urte daramatza lanean, eta denbora horretan guztian Euskadin Lehen Mailako Arreta indartzearen aldeko apustua egin du etengabe. Une honetan, demografiaren bilakaera, kronikotasuna, mendekotasuna eta langileen arloko kontuak eta beharrak direla medio, jokaleku konplikatuan lan egin behar dugu, baina egoera honek ere motibatzen gaitu, eta horregatik berresten dugu Lehen Mailako Arretaren aldeko apustua. Jokaleku berri honetan, hortaz, zera bilatzen dugu: osasun-sistema publikoan lan egiten dugun guztiok ahalik eta gehien inplikatzeko eta parte-hartzea eta, bereziki, Lehen Mailako Arretako profesionalen konpromisoa.

Izan ere, gure ustez, Lehen Mailako Arreta indartu eta sustatzearen aldeko apustuak berekin dakar ezinbesteko zerbitzu honetan diharduten pertsona guztien aldeko apustu sendoa egitea; pertsonen arreta emateko jardueretan, osasunaren sustapen-, prebentzio- eta hezkuntza-jardueretan, arreta sanitarioan eta lan komunitarioan dihardutenen aldeko apustua, alegia. Azken batean, pertsonen osasun integralaren eta kalitatezko osasun-arreta baten aldeko apustuaz ari gara.

## **Jon Darpón Sierra**

Eusko Jaurlaritzako Osasuneko sailburua

**LEHEN MAILAKO  
ARRETAK  
EUSKAL OSASUN  
SISTEMAN  
BETETZEN DUEN  
ZEREGINA**

Lehen mailako arreta da pertsonen eta erkidegoaren arazo gehienak ebaztera bideratzen den asistentzia-maila. Asistentziaren luzerakotasunean, talde-lanean eta irisgarritasunean oinarritzen da, eta ospitale-mailarekin, osasun mentaleko sarearekin, gizarte-zerbitzuekin eta osasun publikoko sarearekin koordinatzen da.

Lehen mailako arretak ahalmen handia du osasun-sistemek emaitza onak zuzen eta arrazoizko kostu iraunkorrez lor ditzaten.

80ko hamarkadan erreformatzen hasi zenetik, lehen mailako arreta funtsezkoa izan da euskal osasun-sisteman, eta Euskadin bizi diren pertsona guztientzat kalitateko osasun-asistentzia emateko ezinbestekoak diren funtzioak bete ditu.

Funtzio horien artean nabarmendu behar dira:

- Lehen mailako arreta da osasuna sustatzeko eta gaixotasunari aurrea hartzeko zerbitzuak hornitzen dituen sistemaren aktore nagusia.
- Sarrerako atearen funtzioa betetzen du, eta familia-medikua pazientearen erreferente gisa finkatu du, gauza baita pazienteari zuzenean arreta emateko edo haren premietara hobe egokitzen den baliabide sanitariora bideratzeko. Ildo horretan, nabarmendu behar da lehen mailako arretak ebazpen-gaitasun handia duela.
- Jarraitutasun asistentziala oinarritzeko da arazo kronikoak behar bezala kontrolatzeko.
- Luzerakotasun asistentziala lehen mailako arretaren ezaugarri bereizgarria da, sistemaren beste edozein dispositibo asistentzialez bereizten duena.

Funtzio horien guztien ondorioz, lehen mailako arreta funtsezkoa da, inolako zailtzarik gabe osasun-sisteman. Osasun-sistema publikoa bi asistentzia-mailatan artikulatzen da (lehen mailako arreta eta ospitale-arreta), eta, egitura horrekin, gauza izan da herritarrei kalitateko osasun-asistentzia eskaintzeko. Izan ere, sistemak ageriko zatiketa duen arren, bi maila horiek elkarri osatzen diote eta, osotasunean, behar besteko erantzuna eskaintzen diete euskal herritarren premiei.

Dena dela, bizi-itxaropena pixkanaka gehitzearen eta ugalkortasun-tasak nabarmen muriztearen ondorioz gertatzen ari den aldaketa demografikoa gure gizartea eraldatzen ari da, eta gizartea arian-arian zahartzen ari da; hori dela eta, osasun-sistemak artatu behar duen patroia epidemiologikoa ere aldatzen ari da. Asistentzia-erronka berriei erantzun beharko zaie, eta lau erronka berri nabarmentzen da:

1. Arazo kronikoen konplexutasuna, adineko pertsonen konplexutasunaren eta komorbiditatearen prebalentzia handiagoarekin.
2. Zahartzearekin batera agertzen diren zaugarritasuna eta mendekotasuna eta, beraz, asistentzia-dispositibo sanitarioen eta sozialen erantzun koordinatuaren gero eta premia handiagoa.

3. Gero eta zahartuagoa dagoen eta osasun-gaietan gero eta ahaldundua-  
go dagoen gizarte bati erantzun egokia eman behar dion osasun-sis-  
tema baten iraunkortasuna-kontuan izan behar da, gainera, garapen  
teknologikoak erantzun diagnostikoak eta terapeutikoak ematen di-  
tuela, eta horiek zerbitzu-zorroan modu orekatuan sartu behar direla  
(arriskuei, kostuei eta onurei dagokienez), osasun-sistemaren gaita-  
suna arriskuan ez jartzeko moduan-.
4. Egoera askoren medikalizazioa -gizarteak eta sektore profesionalak  
egoera horietarako osasun-erantzunak definitu dituzte, nahiz eta beste  
modu batean bidera zitezkeen. Hori erronka handia da aurreko pun-  
tuan aipatzen zen iraunkortasunerako, eta erronka teknologikoari eta  
epidemiologikoari eransten zaio-.

Testuinguru horretan, bistan da antolamendua egokitu beharko dela, eta sistemak erantzun beharko diola adierazitako norabidean aurrera egiten ari den agertoki epidemiologiko eta sozial bati. Ildo horretan, Osasun Sailak 2017-2020 aldirako definitutako ildo estrategikoek proposatzen dute hainbat asistentzia-dispositibo artikulatzea pazienteei -batik bat, arazo kronikoak dituzten pazienteei- arreta etxetik ahalik eta hurbilen emateko, eta gizarte-zerbitzuekin koordinatuta. Lehen mailako arreta eta koordinazio soziosanitarioa funtsezko bi pieza dira, eta horien gainean eraiki beharko da sistema.

Horrez gain, agerikoa da lehentxeago aipatu dugun osasun-sistema bi mailatan banatzeak oso zail egiten duela arazo kronikoak maneiatzea mailen arteko interfaseetan; hartara, arreta integraturantz aurrera egitea behar estrategikoa da, sistemak modu koordinatuan erantzun diezaien pazienteen premiei.

Berriki amaitu den integrazio estrukturalaren prozesuak definitu duen asistentzia-prozesuan, lehen mailako arreta eta ospitale-arreta erakunde bakar batean integratzen dira, eta haren orientazio estrategikoak ezaugarri hauek izango ditu:

- Biztanleria-ikusmoldea, non erreferentziazko biztanleriaren osasun-premiak eta komunitate-osasuna nabarmenduko diren, tokiko osasunaren arloko aktiboekin sinergiak ezartzeko eta baliatzeko estrategia osagarri gisa. Era berean, osasun publikoko ikuspegia gero eta beharrezkoa izango da Erakunde Sanitario Integratu berrien testuinguruan.
- Profesionalen arteko elkarlana, pazienteen -batez ere paziente kronikoen- beharrei egokitutako Arreta Kliniko Integratua zabaltzeko bitarteko gisa. Lehen mailako arretak asistentzia-prozesuan betetzen duen zereginari buruzko paradigmaren aldaketan aurrera egitea dakar horrek. Lehen mailako arretaren elementu definitzaile gisa betetzen duen prebentziozko rol batetik asistentzia-prozesuko rol aktiboago batera pasako da (jakina, prebentziozko rolari eta komunitate-rolari eutsiz). Gauzak horrela, erantzukizunak izango ditu orain arte ospitale-mailari soilik egotzen zitzaizkion egoeretan, hau da, zaintza ambulatorioekiko baldintza sentikorren ondoriozko ospitaleratzeetan edo berriro egin beharreko ospitaleratzeetan.



- Integrazio kliniko eta biztanleria-ikusmoldea erraztera bideratzen den kudeaketa, berriro diseinatutako gobernantza-sistemaren bitartez laguntzeko aurrekoei. Gobernantza-sistema horrek ahalbidetu behar du pazienteei –batez ere arazo konplexuak dituztenei– haien asistentzia-premiarako mailarik egokienaren arabera ematea arreta. Hau da, lehen mailako arretan oinarrituta artikulatu beharko da asistentzia-prozesua, eta helburua izango da lehen mailako arreta sendoa lortzea, asistentzia-prozesua bideratzeko modukoa.

Osasun Sailarentzat lehentasuna izan da lehen mailako arreta sendotzea Erakunde Sanitario Integratu bakoitzaren testuinguruan, betiere aldaketa demografikoen eta epidemiologikoen araberako beharrezko egokitzapenarekin.

Lehentasun horrek aurre egin beharko die, era berean, lehen mailako arretaren berriazko beste erronka erantsi batzuei:

- 80ko hamarkadan lehen mailako arretako profesionalen kopuruaren gehikuntzak sortutako belaunaldi-aldaketa handiari, gaur egun lan-bizitza amaitzen ari denari.
- Lehen mailako arretak prestigioa galtzen ari den irudipenari eta, bereziki, Estatuko autonomia-erkidego guztietako osasun-sistematan ageri den familia-medikuak prestigioa galtzen ari den irudipenari.
- Erizaintzako lana berriro orientatzeko beharrari, profesional horien gaitasunak isla daitezen asistentzia-prozesuan ekar dezaketen balioan.
- Pediatriako arreta pediatriako espezialisten bidez mantentzeak eta, hartara, pediatriako espezialistak eskura egongo direla bermatzeak lehen mailako arretari ekartzen dion balioari.

# FAMILIA MEDIKUEN BEHARRAK

Behar horiek mediku bakoitzari esleitutako paziente kopuruaren araberakoak dira. Lehen mailako arretan familia-medikuntzako 1.585 profesional inguruk lan egiten du, etengabeko arretako guneen eta lehen mailako arretako unitateen artean. Horietatik, 1.385 profesionalak lehen mailako arretako unitateetan lan egiten dute –mediku bakoitzeko batez beste 1.450 osasun-txartel individual dago–, eta 200 profesionalak lan egiten dute etengabeko arretako guneeetan.

Horrez gain, plantilla estrukturalak ordezkatzeko-premiak ere baditu, hitzarmenak airtortzen dituen oporren, baimenen eta lanaldi-murrizketen ondoriozkoak eta gaixotasunen ondoriozkoak.

Premia horiek kontuan izanik, eta aurreikusten diren familia-medikuen erretiroen eta mediku berriak sartzearen arteko erlazioa aintzat hartuta, datozen urteetarako balantze negatiboa izango dugu. Aurreikusi da profesional kopuruaren urritasuna gero eta handiagoa izango dela 2024-25era arte. Une horretan buelta emango zaio erretiroen eta espezialista berrien prestakuntzaren arteko defizitari.

LEHEN MAILAKO  
ARRETA  
SENDOTZEKO  
OSASUN  
SAILAREN ETA  
OSAKIDETZAREN  
ILDO  
ESTRATEGIKOAK  
DEFINITZEKO  
ABIAPUNTUA

Osasuna funtsezko eskubidea den aldetik, apustu irmoa egin dugu pertsonen osasuna eta ongizatea bermatzen lagunduko duen osasun-sistema publikoa, unibertsala, zuzena eta kalitatekoa finkatzearen alde. Euskal gizartean sortu diren osasunaren arloko premia berriei erantzun egokia emango bazaio, ezinbestekoa iruditzen zaigu arreta integratu bat edukitzea, kalitateko zerbitzu publiko eraginkorra eta iraunkorra bermatuko duena eta zerbitzuaren izaera publikoaren eta unibertsalaren iraupena bermatuko duena. Horretarako, giltzarria da lehen mailako arretaren asistentzia-maila.

Biztanleria arian-arian zahartzeak gaixotasun kronikoen etengabeko tratamendura bideratuko den eredu integratu batean aurrera egitea eskatzen du.

Arazo kronikoak dituzten pazienteek baliabide komunitarioan, haien bizilekuan, arreta jaso dezaten lortzeko –hori da hautabiderik efizienteena, iraunkorrena eta batez ere asistentzia-beharra duten pertsonen nahietara gehien hurbiltzen dena–, nahitaezkoa da asistentzia-prozesua lehen mailako arreta sendo eta eraginkor baten inguruan eraikitzea.

Hori dela eta, Osasun Sailak eta Osakidetzak lehen mailako arretaren inguruan duten posizioa finkatu beharko da, batez ere asistentzia-mailan jarraitu nahi den ildoari dagokionez, horixe baita euskal osasun-sistema iraunkorrago egingo duen arreta integraturako giltzarria.

Bestalde, autonomia-erkidego guztietako foroetan lehen mailako arretako eredia agortzen ari dela dioten iritzien aurka, Osasun Sailak argi eta garbi aditzera ematen du ez gaudela lehen mailako arretako ereduaren krisialdi baten aurrean. Gogorazten du eredu horrek, orain arte, oso emaitza onak eman dizkigula euskal biztanleriaren osasun-egoera hobetzeko ahaleginean.

Eredua krisialdian dagoen pertzepzioa hautematen da, ezkutuan sentimendu horixe dago estatu osoan lehen mailako arretako egoeraren inguruan egiten ari diren gogoeta eta foro askotan. Paradoxikoki, “eredua krisialdian dagoen” diagnostikoari ez zaio eredia aldatzeko inolako proposamenik gehitzen; asko jota, gaur egungo eredia indartzen duten proposamenak egiten dira: finantzaketa gehiago edo mediku gehiago, esate baterako.

“Ereduaren krisialdi” hau honela islatzen da, termino kausaletan:

1. Lehen mailako arretaren prestigioa galdu izanaren pertzepzioa. Pertzepzio horren arabera, lehen mailako arreta ez da sistemaren oinarri bihurtzen, ez dira asistentzia-prozesua garatzen diren baldintzak hobetzen –lehen mailako arreta horren buru– eta ez da baliabide ekonomikoen babes handiagoa lortzen. Ematen du honako diskurtso hau sakon sartu dela: “benetan uste badugu lehen mailako arreta garrantzitsua dela, eman diezaiogun aurrekontu handiagoa”.
2. Burokratizazio handiagoa eta, horrekin batera, asistentzia-karga handiagoa, “lehen mailako arretak gero eta gauza gehiagoren gaineko ardura hartzen” duen aldetik. Itxuraz, prestigioa galtzea eta “gero eta gauza gehiagoren gaineko ardura hartzea” kontraesanean dauden arren, ez da hainbesterako kontraesana, kontuan hartzen bada askotan hainbat instantziatatik balidazioak edo antzeko ekintzak eskatzen direla.
3. Biztanleria hezi beharra, berez gainkarga handia duten kontsultetara ez daitezen arazo hutsalengatik joan.

Azken finean, ez du ematen ereduaren krisialdia, baizik eta lehen mailako arretaren kudeaketako eta antolamenduko alderdien krisialdia. Izan ere, ez da auzitan jartzen:

1. Finantzazio-eredua edo lehen mailako arretaren azpian dauden balioak eta printzipioak.
2. Lehen mailako arretaren antolamendua, mediku bakoitzarentzat eta lehen mailako arretaren osotasunarentzat definitutako biztanleriaren inguruan.
3. Lehen mailako arretan lan egiten duten lanbide-profilak.

Horregatik guztiagatik lehen mailako arretako ereduaren garrantzia nabarmendu behar da. Eredurik onena da, gutxienez asistentzia-eredua ezaugarritzen duten oinarriko lau alderdi hauengatik:

1. Unibertsala da, eta ez soilik gure osasun-sistemaren ezaugarri bat izateagatik; izatez, lehen mailako arretan zuzen-zuzenean islatzen da unibertsaltasuna.
2. Profesionalei soldata bidez ordaintzeak definitzen ditu ereduaren funtsezko balioak (ekintzen araberako ordainketaren eragozpenak/arazoak saihesteaz harantzago). Ildo horretan, inork ez du aldaketarik eskatzen hain alderdi garrantzitsu horretan.
3. Lehen mailako arretaren zeregina, ezaugarri hauek dituen:
  - Ebazpen-ahalmen handia.
  - Asistentziaren luzarokotasuna; paziente bakoitzari familia-mediku bat esleitzen zaio, egoera pertsonala eta familiakoa ondo ezagutzen duena. Ezagutza horri esker, lehen mailako arretak funtsezko egitekoa betetzen du, gatekeeper funtzioa, edo, nahiago bada, pazientea haren premien arabera osasun-sisteman orientatzeko gauza den agente jakitunaren funtzioa.
4. Lehen mailako arreta osatzen duten lanbide-profilak: familia-medikuak, pediatriak, erizainak eta administrariak. Ez dago lehen mailako arretako profil nuklearren inguruko eztabaidarik.

Gaur egungo lehen mailako arretako ereduaren ezaugarririk garrantzitsuenak definitzen dituzten elementu horiez gain, Euskadiko lehen mailako arretako ereduaren beste indargune batzuk ere adierazi behar dira, baita ahulgune batzuk ere. Indarguneeen artean hauek adierazi behar dira:

1. Ondo prestatutako profesionalez osatuta dago. Barneko Mediku Egoiliarren prestakuntzari eta erizaintzako prestakuntza-ereduen aldaketari esker, osasun-sistemak lortu ditu asistentzia-erronkei aurre egiteko ebazpen-ahalmen handiko profesional klinikoak.

2. Lehen mailako arretako plantilla estrukturaleko kide gehienek kontratu finkoa dute. Nabarmendu behar da familia-medikuen % 87, pediaren % 71, erizainen % 92 eta Bezeroen Arretarako Eremuko pertsonen % 82 langile finkoak direla, gaur egun deitutako lan-eskaintza publikoaren ebazpenarekin. Plantillaren egonkortasun hori lehen mailako arretaren indargune diferentziala da.
3. Erakunde Sanitario Integratuen barnean hartzen diren antolamendu-egituren hedapenak aukera ematen du kritikoak izan ohi diren sistemako zenbait elementu aldatzeko, hala nola mailen arteko asistentzia-koordinazioa edo proba osagarrietarako sarrera. Alderdi horietan aurrerapen handiak egin dira zenbait antolakundetan, eta horrek indartu egiten du Erakunde Sanitario Integratuek arreta integratuan izan dezaketen izaera erraztailea.
4. Informazio-sistemak eztabaidarik gabeko indarguneak dira Osakidetzan.
5. Familia-medikuei eta pediatriei esleitzen zaien biztanleriak, a priori, asistentzia-oreka egokia ahalbidetu beharko du familia-medikuntzaren eta pediatriaren berezko beste mota bateko jarduerekin.
6. Irisgarritasun handia izatea goizeko eta arratsaldeko ordutegian, erabiltzaileentzako balio gisa.

Era berean, komeni da Euskadiko lehen mailako arretaren ahulgune batzuk adieraztea:

1. Krisialdiko urteetan, lehen mailako arretak ospitale-arretak baino hazkunde txikiagoa izan du langileei dagokienez.
2. Lehen mailako arretako taldearen eredia garatu denean, ez da funtzioen banaketa kolaboratiborik egin; hortaz, lehen mailako arretako taldeak porrot egin izanaren sentsazioa dago, eta ordezkaketarik egin ez izanak areagotu egiten du sentsazio hori. Ez dago ordezkaketak egiteko profesionalik eta ez dago egoera hori konpentsatuko duen talderik; horrek zaildu egiten du:
  - Bezeroen Arretarako Eremuek triaje egokiarekin babestea asistentzia-eskaeren banaketa orekatua.
  - Erizaina mota askotako asistentzia-eskaerak ebazteko gauza den profesional gisa hedatu ahal izatea.
3. Zenbait funtsezko elementuk –hala nola bi mailetako profesionalen arteko elkarlan egokiak, “win win” terminoetan– ez du lortu behar besteko garapen-maila, edo beste termino batzuetan planteatu dira.
4. Erizaintzaren kasuan, desoreka dago arreta pediatrikora eta helduen arretara zuzentzen diren profesionalen artean.
5. Ordezkapen-sistema tradizionala dago, hau da, absentziak ordezteko sistema eskura dauden profesionalen “poltsa” batean oinarritzen da. Sistema hori, alderdi batzuetan, ez dago apenas planifikatuta eta orekatuta.
6. Arratsaldeko lanaldi finkoa ere egoteak mugikortasun handiagoa ahalbidetu du eta eragin negatiboa izan du arretaren luzarokotasunean.

Jakina, Euskadiko lehen mailako arretaren beste indargune eta ahulgune batzuk zerrenda daitezke. Edonola ere, ez da zerrenda zorrotza egin nahi; ildo estrategiko hauek definitu aurreko gogoeta-prozesuan alderdirik adierazgarrietako batzuk nabarmendu nahi izan da, besterik gabe.

Azken finean, lehen mailako arretako eredu on bat dugu. Alabaina, eredia hobe daiteke lehen mailako arretaren zeregina indartuz eta garatuz eta haren garrantzia nabarmenduz, eta asmo horrekin, hain zuzen ere, aurkeztu dute Osasun Sailak eta Osakidetza ekintza-plan hau. Ekintza-planak alderdi hauek aintzat hartzen dituen ildo estrategikoak ditu:

1. Egitura hobean eta efizienteagoan aurrera egiteko alderdiak.
2. Lehen mailako arretako ereduaren antolamendu- eta kudeaketa-elementuen hobekuntza.
3. Eta, azkenik, lehen mailako arretako pertsonen eta profesionalen egiten duten arretari ospea eta balioa emateko berariazko ildo estrategikoak.

Lehen mailako arretarako jardun-ildo batzuk, barnean hartuko dituztenak lehen mailako arreta indartzeko asmo estrategikoa zabaltzea posible egingo duten elementu operatiboak –asistentzia-prozesuaren funtsezko elementu zentral diren aldetik–. Ildo horretan, strategiaren helburua da:

- Lehen mailako arreta sendotzea osasun-sistemaren osotasunean.
- Arreta integratuaren testuinguruan, lehen mailako arreta gehiago ikusaraziko duten antolamendu-elementuak aldatzea.
- Asistentzia-prozesuari ekarpen txikia egiten dioten antolamendu-elementuak aldatzea.
- Lehen mailako arretako lanaren garrantzia nabarmentzen duten erizaintzako funtzioak benetan hedatzea. Erizaintzako ildo estrategikoak hedatzea.
- Lehen mailako arretako taldearen garapenaren barruan, medikuentzako eta erizaintzako laguntzan Bezeroaren Arretarako Eremuak betetzen dituen funtzioak aztertzea.
- Medikuen profesionalen absentziak ez ezik, asistentzia-laguntzak ere estaliko dituen eredia garatzea, gaur egun hautematen diren arazoen erantzun diana, benetako beharretara egokitzen ez diren plantillak saihestuz.
- Lehen mailako arretako pediatria-arretaren eredia finkatzea.



Helburu horiek garatzeko, 7 ildo estrategiko hedatzea planteatu da:

1. Lehen mailako arretako taldeen testuinguruan antolamendu- eta kudeaketa-alderdiak optimizatzea.
2. Profil profesional bakoitzak bere gaitasunak zabaldu, eta gainerako lanbide-profilen funtzioak osatzen dituen talde-laneko eredia sendotzea.
3. Lehen mailako arretaren funtzioa eta egitekoa berrindartzea.
4. Lehen mailako arreta erakargarriagoa egitea familia-mediku prestatu berrientzat.
5. Lehen mailako arretarako asistentzia-errefortzu eraginkorra eta iraunkorra finkatzea.
6. Lehen mailako arretako pediatria.
7. Hizkuntza-normalizazioko eta berdintasuneko planak aplikatzea lehen mailako arretan.

Osasunaren arloko profesionalekin dugun konpromisotik –aktibo nagusi diren alde-  
tik– eta euskal osasun-sistema sendotzeko dugun konpromisotik, ildo estrategiko  
horiek lehen mailako arretaren egitekoa sendotzera bideratzen dira. Pazientea siste-  
maren gunean kokatuko bada, profesional adituak eta konprometituak eduki behar-  
ko dira, pertsonaren osotasunean espezialistak eta, beti, pertsonaren bizi-zikloan  
zeharreko arretaren luzarokotasunean jardungo dutenak. Horixe da lehen mailako  
arretaren balioen esentzia, arreta unibertsaleko sistema batean.

**LEHEN  
MAILAKO  
ARRETAKO  
ILDO  
ESTRATEGIKOAK**

# 1. ILDO ESTRATEGIKOA. LEHEN MAILAKO ARRETAKO TALDEEN TESTUINGURUAN ANTOLAMENDU- ETA KUDEAKETA-ALDERDIAK OPTIMIZATZEA

## 1.1. LEHEN MAILAKO ARRETAREN TESTUINGURUAN, ADMINISTRAZIO-ZEREGINAK BERRIRO AINTZAT HARTZEA

Lehen mailako arretaz hitz egiten denean, maiz, kontsulta medikoen burokratizazioari buruz mintzatzen da. Zeregin bakoitza aztertu behar da, baita asistentzia-prozesuari zeregin bakoitzak egiten dion ekarpena ere, eta zereginen birbanaketa planteatu aurretik egin beharko da:

- Administrazio-zereginak langilerik egokienaren esku geratu beharko dute –zeregin horien muntaren arabera–, hau da, kudeatzeko gaitasuna eta trebetasuna duten langileen esku geratu beharko dute zeregin horiek.
- Hartara, lehen mailako arretaren testuinguruan kudeatzea saihestuko da, baldin eta zeregin horiek kudeatu behar dituen asistentzia-mailarik ez badago edo kudeaketa hori asistentziaz kanpoko esparru batean egin edo ebatz badaiteke. Ildo horretan, behar-beharrezkoa da modu esplizituan ziurtatzea administrazio-zereginak zabaltzearen erantzukizuna definitzen eta antolatzen duten Osakidetza argibideak betetzen direla.

Horretarako, etorkizuneko Lehen Mailako Arretarako Aholku Batzordearen barruan –3. ildo estrategikoan planteatzen da batzorde hori–, gai hori aztertuko duen lantalde bat sortu beharko da, eta lantalde horrek, halaber, identifikatutako administrazio-zeregin bakoitzean hartu beharreko birbanaketa-neurriei buruzko txostena jaulkiko du.

## 1.2. HITZORDU-AGENDAK

Gure iritziz, lehen mailako arretako hitzordu-agendak zer ezaugarri izan behar duen aztertu beharko da, eta, hartara, familia-medikuen eta erizainen lana erraztuko da orotariko kontsultei erantzutean (aurrez aurrekoei, telefono bidezkoiei eta administraziokoei) eta, batik bat, paziente atzerazinen kasuan. Horrek, bestalde, alderdi hori Lehen Mailako Arretako Aholku Batzordeari ere planteatzea ekarriko du, eta, testuinguru horretan, lantalde bat sortu beharko da agenden gaur egungo egoera aztertzeko eta bidezko gomendioak planteatzeko.

### 1.3. KUDEAKETA-EREDUA

Lehen mailako arretaren gaur egungo eredu aldatzearen eraginez, Aholku Batzordean ere kudeaketa klinikoarekin eta kudeaketa-diskurtsoarekin, oro har, lotzen diren bi alderdi jorratuko dira:

**1.3. a)** Kontratu Programa ereduazko kudeaketa klinikoko kontratu bihurtzea, lehen mailako arretarako. Kudeaketa klinikoko kontratuak lehen mailako arretako taldearen eztabaida klinikoa erraztuko du haren asistentzia-egitekoaren barruan. 2014an egin zen Kontratu Programako ereduaren aldaketa adierazgarriak ez zuen eragin kudeaketa-tresnaren aldaketa, hau da, kudeaketa klinikoko kontratua –bere alde onekin eta erreekin, lehen mailako arretako taldeen jarduera eta kudeaketa orientatzea lortu zuen–.

Ildo horretan, kudeaketa klinikoko beste kontratu bat definitzea lagungarria izan daiteke lehen mailako arretaren posizioa indartzeko oinarrietako baten gisara.

**1.3. b)** Lehentasuneko eskaintza berrikustea, balio gehiegi ekartzen ez duten alderdiak ezabatuz edo Kontratu Programaren beste puntu batzuetan jada jorratutako asistentzia-gaietan barnean hartzen diren alderdiak ezabatuz. Aholku Batzordearen barruan, sistemaz kanpoko eragileek gidatutako lantalde bat sortzea ekarriko du, eta bide horretatik eguneratuko da eskaintza. Edonola ere, lehentasuneko eskaintzaren transzendentzia murriztea sustatu beharko litzateke, lehen mailako arretaren beste erantzukizunei dagokienez. Ildo horretan, Kontratu Programetatik kudeaketa klinikoko kontratuetara pasatzea berresten da.

**1.3. c)** Pediatriako jarduera berrantolatzea, I. eranskinean definitzen diren jardun-ildoen arabera. Eranskin horretan, lehen mailako arretako pediatriako jardun-ildoetarako buruzko berariazko atal bat txertatu da –jardun-ildo horiek joan den legegintzaldian eta legegintzaldi honen hasieran aztertu dira–.Jardun-ildo horien helburua da lehen mailako arretan pediatriaren zeregina indartzea eta arlo horretako plazarak estaltzeari lehentasuna ematea, bestelako asistentzia-mailen aurretik.

#### EKINTZAK

Lehen Mailako Arretarako Aholku Batzordea sortzeari buruzko sailburuaren Agindua – tramitatzen ari da

Lehen Mailako Arretarako Aholku Batzordearen barruan lantaldeak sortzea eta ildo-estrategikoak eztabaidatzea

Proposamenak hedatzea

## 2. ILDO ESTRATEGIKOA. LANBIDE-PROFIL BAKOITZAK BERE GAITASUNAK ZABALDU, ETA GAINERAKO PROFIL PROFESIONALEN FUNTZIOAK OSATZEN DITUEN TALDE-LANEKO EREDUA SENDOTZEA

### 2.1 BEZEROEN ARRETARAKO EREMUKO PERTSONEN PROFIL FUNTZIONALA DEFINITZEA

Bezeroen Arretarako Eremuei dagokienez, arlo horietako elementu funtzionalak berriro definitu beharko dira eta, horretarako, elementu horiek lehen mailako arretako taldeen barruan guztion elkarlanari benetan egiten dioten ekarpena aztertu beharko da –talde horren barruan, profil profesional bakoitzak gaituta dagoen funtzioak egin beharko ditu–. Funtzioen gaur egungo banaketaz harantzago egin beharko da aurrera; izatez, batzuetan elkarlana eragotz edo oztopa dezaketen eskumenen gatazka bihurtzen dira.

Asistentzia-eskariaren eskaeran triajea definituko duen eta erizaintzako edo medikuntzako kontsulta esleitzeko aukerak zehaztuko dituen elkarlan-prozedura hedatzeak eta zabaltzeak erraz dezake funtzio horiek Bezeroen Arretarako Eremuetan hedatzea.

#### EKINTZAK

Bezeroen Arretarako Eremuetako administrazioko langileen eskumenak eta funtzioak definitzea

Prozedura korporatiboa hedatzea

### 2.2 ERIZAINZAKO ILDO ESTRATEGIKOEN GARAPENA

Prozesu automatugatu arinetarako, erizain erreferentearen eta erizaintzako kontsultaren irudia finkatzen jarraituko da.

## ILDO ESTRATEGIKOA.2.2.A Erizain erreferenteak eta biztanleria-esleipena

Gaur egun, zenbait inguruabarrek zaildu egiten dute lehen mailako arretako erizaintzaren balio erantsia hautematea, baita erizaintzako jardueraren biztanleria-ikusmoldea garatzea eta horren ebaluazioa egitea ere. Inguruabar horien artean hauek nabarmentzen dira:

- Erizaintzako lanaren antolamenduan batzuetan egiten den zereginen araberako zatiketa, hartzailen arreta integralaren arabera egiten ez dena.
- Kupo medikoekin lotzen den lehen mailako arretaren emaitzen ebaluazioa –zaila izan daiteke, batzuetan erizainak familia-medikuen edo pediatren kupo batekin edo birekin lan egiten baitu–.

Agertoki horretan, lehen mailako arretako unitate batek artatzen duen pertsona bakoitzari erizain bat –erreferentziazko erizaina– esleitzea oso onuragarria da profesionalen arteko elkarlanean eta erantzukizun partekatuan aurrera egiteko. Sistemak arreta medikoa antolatzeko erabiltzen duen ikusmolde bera erabili nahi da, herritarrek erizaintzako profesionala ere hauta dezaten erraztuz. Familia-medikuek eta erizainek asistentzia-talde bat osatuko dute, herritarren osasun-beharrei arreta eskaintzeko erantzukizunarekin. Testuinguru horretan, profesionalen arteko elkarlanak funtzioen osagarritasuna erraztuko du, baita osasun-baliabideen erabilera efizienteagoa ere.

Erizaintza, oro har, bi kategoriatan antolatzen da, arreta eskaintzen zaion biztanleriaren arabera:

- Pediatriako erizain erreferentea, 0 eta 13 urte arteko biztanleria ezagunari arreta eskaintzen diona.
- Helduen erizain erreferentea, 14 urtetik gorako biztanleria ezagunari arreta eskaintzen diona.

Biztanleria helduaren kasuan, ematen du estratifikazio-prozeduretan komeni dela paziente pluripatologiko gisa identifikatutako pertsonak bereiztea eta paziente-azpitalde horri paziente pluripatologikoen erizain erreferente izeneko irudi bati esleitzea. Antolamendu horri esker, paziente pluripatologikoen erizain erreferenteak trebetasun handiagoa lortuko du paziente horiek maneiatzen eta, aldi berean, erraztuko da gizarte-langileekiko eta erreferentziazko barne-medikuekiko elkarreragina. Horrez gain, deskonpentsazio errazeko paziente konplexuen zaintzarekiko ikuspegi proaktiboa ahalbidetuko du.

Antolamendu modu horren bitartez, ez da beste profil funtzional bat sortzen; familiako eta komunitateko erizain batek erreferentziazko biztanleria gisa 80-100 paziente pluripatologiko hartuko du bere gain eta osasun-zentroaren jarduera komunitetan lagunduko du, kategoria profesional bereko gainerako langileek bezalaxe.

Komeni da paziente pluripatologikoen erizain erreferente horren aukera ikertzea Erakunde Sanitario Integratu guztietan, batez ere Erakunde Sanitario Integratuetako barne-egokitzapenaren ondorioz osasun-zentroetan beste plaza bat gehitzen denean, hala nola kanpo-konsultetako erizain bat lekuz aldatzen denean, geroxeago azalduko den moduan.

Ilido estrategiko hori inplementatuta, asistentziaren kalitatea hobetu nahi da eta familiako eta komunitateko erizainaren ebazpen-ahalmenean aurrera egin nahi da –erizaintza-jardueraren antolamendu-alderdiez harantzago–. Lehen mailako arretan bilatzen den asistentzia-ereduan, familiako eta komunitateko erizaintzak, familia-medikuntzak eta pediatriak diziplina arteko moduan erantzun beharko diete biztanleriaren beharrei, betiere, eskariaren kudeaketaren bitartez, haien gaitasun profesionaletan oinarrituta eta profesional bakoitzaren jardueraren emaitzak ebaluatuta, modu indibidualean zein osotasunean.

Horrela, ezarriko da, Osakidetzan, erizaintzari biztanleria esleitzeko oinarria, eta bermatuko da:

- Egindako zaintzen kalitatea hobetzea.
- Herritarrek lehen mailako arretako zerbitzuetara eta profesionalengana errazago iristea.
- Erizaintzako esku-hartzeak eta emaitzak ebaluatzea, banaka profesional bakoitzarentzat.
- Lehen mailako arretako medikua zein erizaina askatasun osoz hautatzea –zerbitzugintzaren bikaintasunaren adierazle gisa–.

Osakidetzan gaur egun dagoen erizaintzako profesionalen kopurua kontuan hartuta eta Erakunde Sanitario Integratu bakoitzari esleitutako osasun-txartel indibidualen kopurua aintzat hartuta, ikus daiteke helduen erizain bakoitzeko batez beste 1.561 osasun-txartel indibidual dagoela –lerrunaren bi muturrak dira Goierri-Urola Garaiko Erakunde Sanitario Integratua 1.406 txartelekin eta Donostialdeko Erakunde Sanitario Integratua 1.739 txartelekin–. Pediatriaren kasuan, erizain bakoitzeko batez beste 1.152 haur dago –lerrunaren bi muturrak dira Arabako 894 haurrak eta Donostialdeko 1.474 haurrak–.

Bestalde, profesionalen txanden arabera, heterogeneotasun handia hautematen da, eta pixkanaka zuzendu beharko da (1. taula).

**1. taula. Osakidetzan, erizaintzako profesional bakoitzeko dagoen osasun-txartel indibidualen kopurua**

	BIZTANLERIA	B. BESTEKOA
<b>ESI GUZTIRA</b>	Helduak	1.561
	Pediatria	1.152
<b>GOIZEKO TXANDA</b>	Helduak	1.400
	Pediatria	1.172
<b>ARRATSALDEKO TXANDA</b>	Helduak	1.990
	Pediatria	1.222 (9 OSIs)

Heterogeneotasun horrek bi fasetan egin beharreko erantzun progresiboa eskatzen du:

- 1. fasea: gaur egun lehen mailako arretako unitate bakoitzean identifikatuta dagoen erizainari, erreferentziako erizain den aldetik, biztanleria esleitzea –sistemak web-orrian hitzorduak eskaintzeko identifikatuta duen erizaina da–.
- 2. fasea: lan-kargen balantzea, atxikitako pertsonen egindako aldaketen arabera eta Erakunde Sanitario Integratuaren osotasunean sor daitezkeen plantilla-aldaketekin. Ildo horretan, egokituko dira lehen mailako arretako unitate bakoitzeko arratsaldeko eta goizeko plantillak, betiere arratsaldeko profesionalen plantilla goizekoa baino % 25 eta % 40 artean txikiagoa izango dela kontuan hartzen duen estandarraren arabera. Lehen mailako arretako unitate bakoitzeko kargak aztertzearen ondorioz, baliteke baliabide-beharrak sortzea eta Osakidetzak behar horiei pixkanaka erantzun planifikatua eman behar izatea, sortzen diren plantillaren aldaketen arabera.

Biztanleria atxikiaren definizioarekin eta profesionala askatasun osoz hautatzearekin batera, ez da aldaketarik egingo ordainsari-ereduan, ezta lan-funtzioetan ere. Profesionalen arteko elkarlana hobetzeko estrategia bat da eta, beraz, erizaintzako lanaren efizientzia hobetzeko estrategia bat. Hori dela eta, osasunaren arloko emaitzetan egiten duen ekarpena neurtu ahal izango da eta, azken finean, hura gehiago ikusarazi ahal izango da.

Ildo horretan, erizaintzako koordinatzaileak erizaintzako taldea koordinatu eta gidatu beharko du biztanleriari ahalik eta arretarik onena eskaintzeko eta, esleitzen zaion biztanleriaren kasuan, lan-kargen oreka ziurtatzeko, betiere banako alderdiak kontuan hartuta –komunitate-jardueretan parte hartzea, zeregin komunean txandaren arabera parte-hartzea izatea, eta abar– eta, azken finean, helburuen arabera kudeaketa parte-hartzailea sustatuta. Esate baterako, arratsaldeko txandan erizain bakoitzeko osasun-txartel individual gehiago badago, profesional horiek dedikazio txikiagoa eskainiko diete lehen mailako arretako unitateko zeregin komunei (ateratzeei, elektrokardiogramei, etxeko ateratzeei...), eta gehitu egingo da goizeko txandako asistentzia-karga.

Proposamenak berrantolatzeak ez du ekarri behar erizaintza-jarduera 1 – 1 moduan antolatzea dagokion familia-medikuarekin edo pediatrarekin. Ez dago profesionalak esleitzeko modu horri eutsiko dion argudio sendorik, eta, bestalde, profesionalak askatasun osoz hautatzeak eragin dezake erizain bat zenbait familia-medikurekin lan egitea. Azken alderdi horrekin batera, jardunbide klinikoa ere alda daiteke eta aldaketa hori minimizatu ahal izango da jardunbide klinikoko gidekin eta ondo definitutako arreta-estandarrekin –Kontratu Programaren ebaluazioan eta kudeaketa klinikoko kontratuetan islatu beharko dira horiek–.

Medikua eta erizaina askatasun osoz hautatzeko Dekretuak irudi hori finkatzea erraztuko du –gaur egun, Dekretuaren hasierako Agindua tramitatzen ari da–. Proiektu horrek antolamendu-aldaketa handia ekarriko du, zereginen arabera lan-sistema batetik biztanleria-orientazioa izango duen erizaintzako lanera pasako baita; edonola ere, zenbait zereginetan –hala nola ateratzeetan, sendaketetan edo proba osagarrietan– zereginen arabera antolamenduari eutsiko zaio.

## EKINTZAK

Erizaina askatasun osoz hautatzeko dekretua  
- tramitatzen ari da

Osabideren eta osasun-txartel individualen informazio-sistemako doikuntzak



## ILDO ESTRATEGIKOA 2.2.B Mailen arteko koordinazio soziosanitarioa sustatzea, paziente pluripatologikoen erizain erreferentearen irudia hedatuz

Pazienteen kudeaketan izandako aldaketek, ospitaleko egonaldi laburragoek, gero eta zahartuagoa dagoen biztanleriaren ezaugarriek, patologia kronikoen prebalentziak, komunikazio-teknologia berrietako aurrerapenak, integrazio asistentzialerako antolamendu-aldaketek eta lankidetzahitzarmen berriek, besteak beste, marrazten duten errealitate horretan profilatu beharko da komunikazioa, asistentziaren jarraitutasuna ziurtatzearen. Osasun-profesionalek izango dute elkarlan eta koordinazio horren gaineko erantzukizuna, eta, osasun-sistema konplexu horren barruan, prozesu horretan lagunduko dieten tresnak behar dituzte.

Osasun Sailaren 2013-2016ko ildo estrategikoek erizaintzako rol berriak finkatu zituzten. Rol berri horien bidez, erizainak gaitasun aurreratuak garatzen hasi ziren eta protagonismo handiagoa hartu zuten Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzuaren osasun-asistentzian. Rol horien hedapena bi irudi zehaztuetan zentratu zen, ospitaleko loturako erizaina eta praktika aurreratuko erizaina, betiere koordinazio asistentzialaren bidez osasun-arretaren kalitatea hobetzeko helburuarekin –batik bat paziente pluripatologiko gisa identifikatutako pertsonen osasun-arretarena–. Edonola ere, zehaztu behar da koordinazioa ez dela soilik rol berri horietara mugatzen, jardun asistentzialaren elkarreragin osoan hedatzen den zeharkako alderdi bat da.

Urte hauetan izandako esperientziaren emaitzazko ikuspegitik, 2.2.B ildo estrategiko honek –*Mailen arteko koordinazio soziosanitarioa sustatzea*– rol horien eskumenak profilatzen ditu eta profesionalen arteko eta arreta-mailen arteko koordinazioa hobetzeko eta ingurune soziosanitarioarekiko koordinazioa hobetzeko testuingurua marrazten du.

Osasun-sistemaren barruan, eta zerbitzu sozialekiko interfaseetan, pertsonarekin harremanetan jartzen diren profesionalak egindako asistentziaren koordinazioan datza zaintzen jarraitutasuna. Jarraitutasun asistentziala funtsezkoa da osasunaren arloan emaitzarik onenak lortzeko, eta horrek eskatuko du ondo finkatutako asistentzia-estandarrek definitzea, baita zaintza-planak hasteko eta/edo mantentzeko arriskuaren/konplexutasunaren balorazio-eskalak definitzea ere. Jakina, jarraitutasun asistentziala rol berriak dituzten erizain horien parte-hartzeaz harantzago doa. Lehen mailako arretako erizain guztiek hartu beharko dute parte –ezin beste modu batean izan–. Jarraitutasuna sendotzeko eta jarraitutasunaren ondorioak optimizatzeko, besteak beste, identifikatu beharko da ospitaleratutako zer pertsonak duen arrisku handia ospitalean alta jaso eta berriro ospitaleratu behar izateko. Berriro ospitaleratzeko arriskua baloratzeko tresnek –adibidez LACE indizeak– arrisku handieneko pertsonak identifika ditzakete eta pazienteen alta programa dezakete, baita lehen mailako arretako erizainen esku-hartzea ere, berriro ospitaleratzeko arriskua minimizatuko duen zaintza-jarraitutasuneko plan indibidualizatu bat garatzeko.

Ospitaleko loturako erizaintza eta praktika aurreratuko erizaintza modu heterogeneoan hedatu dira Osakidetzako Erakunde Sanitario Integratuetan. Irudi berak, esate baterako, izendapen desberdinak ditu lan egiten duen Erakunde Sanitario Integratuaren arabera. Horrek nahasmena eragiten du, eta izendapena aldatzea eta bateratzea eskatuko du. Bide honetatik joko da:

- Ospitaleko loturako erizaina, hau da, ospitaleratzean zein alta hartzean, ospitaleko eta komunitateko profesionalen koordinazioa behar duten paziente ospitaleratuen zaintzaren jarraitutasuna errazten duen erizaina, **loturako erizaina** izango da.
- Paziente pluripatologikoetarako erizain erreferentea izendapenaren barruan sartuko dira praktika aurreratuko erizaina, gaitasun aurreratuen erizain kudeatzailea edo gaitasun aurreratuko erizaina. Erizain horrek esku-hartze espezifikoa, eta koordinatuagoa, egiten du paziente konplexuekin –arreta haien etxean, nagusiki, eskaintzen dien arren, beste esparru batzuetan ere egiten du bere lana–, eta paziente horientzako oinarritzako gaitate-zerbitzuekiko elkarreragina errazten du.

Loturako erizainak betetzen duen zeregina funtsezkoa da asistentziaren jarraitutasuna bermatzeko, batez ere ospitale-bitartekotik komunitate-bitartekora. Profesional horrek Erakunde Sanitario Integratuetan egingo du lan, eta beti zehaztapen orokorren eta unibertsalen arabera.

Paziente pluripatologikoetarako erizain erreferenteari dagokionez, eta irudi hori Erakunde Sanitario Integratuetan aztertu ondoren, irudia hiru modutan hedatu dela ikus daiteke; eta horrek are gehiago zaildu ditu profil horrek hartu dituen izendapenak –irudia garatu duten Erakunde Sanitario Integratuen arabera desberdinak dira izendapenak–.

1. Gaitasun aurreratuko erizainari paziente pluripatologiko gisa identifikatutako pertsona kupo jakin bat ezarri zaio. Pertsona horiek bizitza-prozesu guztian artatzen ditu, continuum asistentzialaren barruan.
2. Gaitasun aurreratuko erizaintzak zerbitzu egiten die arrisku handia duten edo haien patologia kronikoak deskonpentsazio-egoeran dituzten paziente pluripatologiko gisa identifikatutako pertsonari. Profesional horiek patologiak konpentsatu arte artatzen dituzte haien pazienteak eta lehen mailako arretako taldeetara itzultzen dituzte.
3. Gaitasun aurreratuko erizainen funtzioak lehen mailako arretako erizainetako bakoitzean barnean hartzen dira, eta, hartara, paziente pluripatologikoak zaintzen dituzte continuum asistentzial osoan –artatzen duten kupoko gainerako biztanleriarekin batera–.

Profil hori planteatzean aintzat hartu den logika lotzen da arazo kroniko konplexuak dituzten pazienteen (paziente pluripatologikoen) deskonpentsazioa saihesteko beharrek. Horretarako, prebentziozko jarrera mantendu beharko denez gero, eta zaintza proaktiboa egin beharko denez gero, bigarren profilak ez dio erantzuten rol horri dagokion planteamenduari –profil horrek duen garrantzia zalantzan jarri gabe–.

Erakunde Sanitario Integratuetan gaitasun aurreratuko erizainen presentziarekin lotzen diren paziente pluripatologikoen emaitzen analisiak erakusten digunez, Bidasoko Erakunde Sanitario Integratuak lortzen ditu emaitzarik onenak zenbait alderdiri dagokienez: larrialdi-zerbitzuetarako bisiten maiztasun-tasari, ospitaleratze-tasei, berriro egin beharreko ospitaleratze-tasei, batez besteko egonaldiei, kanpo-kontsultetako hitzorduei, eta paziente pluripatologiko gisa identifikatutako pertsonak etxean bisitatzeari dagokionez.

Horrek guztiak eta gaitasun aurreratuko erizainaren profilaren azpian dagoen logikak pentsarazten du Osakidetzan 1. ereduaren garatu behar dela. Hauteman den profil horren errefusa, itxuraz, “gaitasun aurreratu” izenarekin berarekin lotzen da, izen horrek nolabaiteko espezializazioa iradokitzen baitu, eta lehen mailako arretako erizainarenaz bestelako profila –lehen mailako arretan lan egiten bada ere–. Horregatik, komeni da profil hori lehen mailako arretako erizainaren profilaren barruan sartzea (lehen mailako arretako erizaintzako postu funtzional bakarra den aldetik), nahiz eta dedikazio berezia izango duen artatu beharreko biztanleriari dagokionez –pediatriako erizain erreferenteen funtzioak planteatzen diren ildo beretik–.

Ikuspegi jeneralistatik –eta ez soilik gaixotasunean oinarrituta–, esan daiteke paziente pluripatologikoetarako erizain erreferenteak betetzen duen egitekoa funtsezkoa dela ziurtatzeko osasun-egoera konplexua duten pertsonak komunitate-bitartekoaren barruan mantentzen direla.

Irudi horren hedapena pixkanaka egin beharko da, eta Erakunde Sanitario Integratuekiko Kontratu Programan jasotzen diren estandarren mende egongo da. Prozesua sendotu ahal izango da, ospitalearen barruan erizaintzako zenbait plaza berriro esleitzeko edo doitzeko, beste asistentzia-maila batzuetan balioa handiagoa ekar dezaketen aldetik –adibidez, paziente konplexuetarako erizain erreferente bihurtuz–.

## EKINTZAK

Kontratu Programaren arabeko pixkanakako hedapena

Erizain profil horren inpaktuaren urteko ebaluazioa

### **ILDO ESTRATEGIKOA 2.2.C Etxez etxeko kontsultak hedatzea, asistentziari jarraitutasuna emateko**

Ahultasun-egoeran dauden eta baldintza kroniko konplexu bat edo gehiago duten pertsonen dagokienez, pertsona horiei –beharrezkoa den guztietan– etxean bertan arreta eskaini ahal izatea ahalbidetuko duten ekintzak hedatu beharko dira. Ahultasun-egoeran dauden pertsonen erizaintza-arreta etxean jaso ahal izatea berreskuratu nahi da, oinarrizko gizarte-langileekin batera egiten den ekintza koordinatua areagotuz; izan ere, jardun hori lehen mailako arretako erizaintzaren funtsezko egitekoa da, batik bat ahultasun-egoeran dauden pertsona horientzat profesional erreferente direnean.

Erakunde Sanitario Integratuekiko Kontratu Programaren edukien ildo beretik, loturako erizainak paziente guztiak baloratu beharko ditu–berriro ospitaleratzeko probabilitateari dagokionez, besteak beste–. Horretarako, LACE indizea erabili beharko da, edo Erakunde Sanitario Integratuak egokien jotzen duen metodoa. Berriro ospitaleratzeko probabilitate handia duten pertsonen haien etxean bertan egingo die ebaluazioa eta jarraipena pazientearen erizain erreferenteak.

## EKINTZAK

Erakunde Sanitario Integratuen Kontratu Programan txertatzea

### **ILDO ESTRATEGIKOA 2.2.D Paziente ahulen eta/edo konplexuen etxeko jarraipena hedatzea**

Paziente ahulei eta/edo konplexuei (nahiago bada etxeko paziente kronikoei) hurbileko jarraipena egin beharko zaie haien etxean bertan. Kontratu Programak, aurreko kasuan bezalaxe, erizaintzako zerbitzu hori txertatzen du, eta balio handiagoa ekartzen dio asistentzia-prozedurari. Ildo hori hedatzearekin batera, aurreko ildo ere hedatu beharko da, lehen mailako arretari dagokionez.

## EKINTZAK

Erakunde Sanitario Integratuen Kontratu Programan txertatzea

## ILDO ESTRATEGIKOA 2.2.E Erizaintzako kontsulta hedatzea

Erakunde Sanitario Integratuetan hautematen dira prozesu automugatuertako kontsultei buruzko proiektuak, prozesu arinei arreta emateko proiektuak edo erizaintzako triajeko proiektuak. Itxuraz, komeni da horiek modu estandarrean ezaugarritzea eta lehen mailako arretako unitate guztietara hedatzea. Erizaintzako kontsultako arretak erizaintzako jardunaren bi funtsezko alderdi hauek garatzeko aukera eman behar du:

1. Osasun-heziketa, prozesu automugatueta edo arinetan, osasun-profesionalaren esku-hartzea beharrezkoa ez den prozesu batzuk desmedikalizatzeko helburuarekin.
2. Preskripzio edo administrazio-tramite hutsaz harantzago, profesional mediko baten esku-hartzea beharrezkoa ez den asistentzia-prozesuen ebazpena. Ildo horretatik, medikuen eta erizainen artean adostutako protokoloak eta/edo jardunbide-gidak garatu beharko dira, eta erizaintzako preskripzioari buruzko Errege Dekretuan aurreikusten den organo eskudunak horiek baloratu edo egiaztatu ahal izango ditu.

Lehen mailako arretako unitate guztietan izendapen homogenoa izango du. Eskariaren arabera arreta egingo duen erizaintzako kontsulta hedatu beharko da, pertsona helduen arretan zein pediatrian, betiere profil hori duten profesionalek ebatz eta/edo kontrola ditzaketen osasun-arazoak ebazteko eta lehen mailako arretako asistentzia-arloko jardueretan laguntzeko.

Bezeroen Arretarako Eremuetako langileen kasuan bezalaxe, erizaintzako langileek ebatz ditzaketen prozesuetarako algoritmoen hedapenak kontsulta hori hedatzea eta finkatzea erraztuko du. Kontsulta hori ez da triaje-kontsulta gisa bideratzen, baizik eta zenbait arazo ebatz ditzakeen eta, hala badagokio, pazienteak kontsulta medikora bidera dezakeen erizaintzako jardueraren parte gisa.

### EKINTZAK

Kontsultaren tipologia modu uniformearen eta korporatiboan definitzea (protokoloak, agenda-irizpideak eta abar finkatzea ekarriko du)

Kontratu Programari txertatzen zaion erizaintza-kontsulta hedatzea eta hedapenaren jarraipen-taldea osatzea, hedapena ebaluatzeko eta doitzeko

## ILDO ESTRATEGIKOA 2.2.F Komunitateko erizainaren irudia hedatzea

Biztanleria oinarri duen ikusmoldea da Erakunde Sanitario Integratuetako integrazio estrukturalaren ezaugarri bereizgarrietako bat. Horregatik, osasunaren arloko tokiko aktiboak baliatzen dituzten esku-hartze komunitarioen hedapena sustatzeko, pixkanaka hedatuko da familiako eta komunitateko erizaintzan espezializatutako erizainaren profila duen erizaintzako irudi hau. Irudi hori, hasiera batean, lehen mailako arretako zenbait unitateri laguntzeko hedatu zen, eta orain, Erakunde Sanitario Integratu guztietan sakontasunez hedatu aurretik, ebaluatu beharko da.

## EKINTZAK

Erakunde Sanitario Integratu bakoitzari ezaugarri horiek dituen profil bat zuzkitzeko erizaintzako plazak sortzea –lehen mailako arretako unitate batean edo batzuetan txertatuko da–

Ebaluazioa eta doikuntza

### **ILDO ESTRATEGIKOA 2.2.G Erizaintzako lidergoa, erronka berrien aurrean. Erizaintzako koordinatzailearen irudia**

Erizainaren eskumen-profilak beti hartu du kudeaketa-lana –zaintzen kudeaketa zein giza baliabideen eta baliabide materialen kudeaketa–, eta funtsezko pieza da osasun-antolamenduen kudeaketan. Horrekin batera, gure osasun-sisteman berriki sartu diren aldaketen ondorioz (osasun-erakundeen integrazioa, erizaintzako rol berriak,...), baita abian jarri diren proiektuetan lehen mailako arretako erizaintzako profesionalak izan duten inplikazio aktiboaren ondorioz eta erronka berrien ondorioz (familiako eta komunitateko erizaintzako espezialitatea, erizaintzako preskripzioa, eta abar), inoiz baino beharrezkoago da profesional horien beharrezko egokitzen-prozesua gidatuko duen erizaintzako irudi bat sortzea lehen mailako arretako taldeen barruan.

Erronka berrien aurrean, erizaintzako burutzak zehaztu beharko du zer gaitasun behar den erizaintzako arduradunaren/koordinatzailearen lanpostua betetzeko, eta definitu beharko du zer irizpide objektibok ahalbidetuko duten lehen mailako arretako taldeetan erizaintzako koordinatzailearen irudia inplementatzeko.

Erizaintzako arduradunaren/koordinatzailearen irudia ezartzeari dagokionez, Osakidetza zentro guztietan askotariko egoerak aurkituko ditugu; beraz, erakundeetako osasun-zentroetan irudi horren ezarpen orokorrak eta homogenoak eta irudi horren definizio esplizituak aukera emango dute zentroetako kudeaketa sustatzeko, baita zentroak erronka berrietara erraz egokitzeko ere.

Lehen mailako arretako unitatearen zuzendaritza-egituran erizaintzako arduraduna/koordinatzailea txertatu da lehen mailako arretako unitate askotan, eta profesional horrek bere gain hartu ditu lehen mailako arretako unitateko buruaren funtzioak, harekin koordinatuta lan egiten duten erizainei dagokienez.

Erizaintzako arduradunaren/koordinatzailearen postua, beraz, tarteko agintetzat jo beharko da, ospitale-zentro bateko ikuskatzailearen gisara; horrenbestez, ikuskatzaile bat izendatzeko jarraitzen diren prozedura eta irizpide berekin estali beharko da postu hori.

Edonola ere, ohartarazi behar da, lehen mailako arretako unitateko buruarekin gertatzen den bezalaxe, erizaintzako arduradunak/koordinatzaileak kudeaketa-funtzioa eta asistentzia-funtzioa uztartu beharko dituela, eta lehen mailako arretako unitateko buruarentzat ezarritako irizpideen antzeko irizpideak ezarri beharko direla honentzat ere, kudeaketako eta asistentziako funtzio bikoitzak erraz gara ditzan.

Oro har, lehen mailako arretako unitate guztiek erizaintzako arduradun/koordinatzaile bat izango duten arren, salbuespen batzuk izan beharko dira kontuan, hala nola lehen mailako arretako unitateko burua erizaina denean –salbu, lehen mailako arretako unitatearen konplexutasunagatik, bi postuak existitzen direnean eta biak erizaintzako profesionalen esku daudenean–.Horri dagokionez, nabarmendu behar da Osakidetza lehen mailako arretako unitateen % 20tan lehen mailako arretako

unitateko burua erizain bat dela (lehen mailako arretako 29 unitatetan), eta horien arteko % 52k (lehen mailako arretako 15 unitatek) erizaintzako arduraduna/koordinatzailea ere badutela.

Lehen mailako arretako unitatearen lanak eta xedeak gomendatzen dute erizaintzako arduraduna/koordinatzailea lehen mailako arretako unitateko buruaren mende egotea, funtzionalki zein hierarkikoki. Erizaintzako arduradunak/koordinatzaileak elkarlanean jarduten du lehen mailako arretako unitateko buruarekin, eta biek adosten dituzte lehen mailako arretako unitatearen helburuak eta xedeak, baita Erakunde Sanitario Integratuko Kontratu Programa garatzen duen kudeaketa klinikoko kontratuarekin lotzen diren helburuak eta xedeak ere.

Erizaintzako arduraduna/koordinatzailea arduratuko da erizaintzako baliabideak kudeatzeaz, hau da, erizaintzako profesionalak, erizaintzako laguntzaileak, emaginak –hala badagokio– eta lehen mailako arretako unitatean fisikoki kokatzen diren paziente pluripatologikoetarako erizain erreferenteak koordinatzeaz.

## EKINTZAK

Erizaintzako arduradunaren profila garatzea, ospitale-esparruko gainbegiralearen baliokidea

Postuen deialdia egitea eta postuak betetzea

# 3. ILDO ESTRATEGIKOA. LEHEN MAILAKO ARRETAREN FUNTZIOA ETA EGITEKOA BERRINDARTZEA

## 3.1. LEHEN MAILAKO ARRETARAKO AHOJKU BATZORDEA SORTZEA

Osasun Sailaren aholku-batzordeen artean, aholku-batzorde bakarra zuzentzen zaio Osasun Sailaren elementu estruktural bati, osasun mentalekoa. Osasun-sistemaren barruan, osasun mentalaren zeregina indartu nahi zenez gero, arlo horri garapen-lehentasuna eman nahi zitzaion. Bide horretatik egindako ekintzen artean, Osasun Mentalerako Aholku Batzordearen sorrera nabarmendu zen.

Lehen Mailako Arretarako Aholku Batzordea sortzeko argudio berak daude. Lehen mailako arretaren sendotasunaren mende dago osasun-sistemaren osotasunaren sendotasuna.

Osasun-sistamarako duen garrantzia kontuan izanik, eta estrategia honetan planteatutako neurrien dimentsioa aintzat hartuta, lehen mailako arreta indartu dezaketen alderdien analisi-foroa izateko joerarekin sortu da Lehen Mailako Arretarako Aholku Batzordea. Ildo horretatik, lehen mailako arretari modu korporatiboan zuzentzen zaizkion ekimenen analisia eta txostena egin beharko du. Sailburuaren Agindua arautuko du aholku-batzordea nola eratuko den, eta bertan zenbait sozietate zientifikotako pertsonak eta Saileko eta Osakidetzako lehen mailako arretako adituak barnean hartuko dira, baita aditu independenteak ere.

### **3.2. ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATU BAKOITZAREN MAILAN, LEHEN MAILAKO ARRETAREN ETA OSPITALE-ARRETAREN ARTEKO PROTOKOLOAK ETA/EDO AKORDIOAK HEDATZEKO SISTEMATIKA ERA ADOSTUAN GARATzea**

Profesionalekin hitz egitean sortu ohi den beste gaietako bat asistentzia-gainkargaren pertzepzioa izaten da; batzuetan, eta lehen mailako arretarekin bidezko adostasuna izan gabe, ospitale-arretan hartzen diren erabakien ondoriozko arreta lehen mailako arretara bideratzen da, eta lehen mailako arreta da eragile eskudun inplikaturik. Horregatik, edozein ekimen hedatuko bada –asistentzia-maila batetik zein bestetik etorri–, ezinbestekoa izango da profesionalen arteko adostasuna eskatuko duen sistematika garatzea. Ildo horretan, asistentzia-aldaketak hedatzeko prozedurak berrikusi eta aldatuko dira, eta, hartara, asistentzia-prozesuetan eta -prozeduretan egin nahi diren aldaketan inguruko komunikazio egokia lortuko da eta arlo horretan behar besteko adostasuna erdietsiko da.

#### **EKINTZAK**

Erakunde Sanitario Integratu guztietan asistentzia-protokoloak eta -ibilbideak lantzeko eta hedatzeko prozesua definitzea

Erakunde Sanitario Integratu bakoitzean aurrez aurreko kontsultak abian jartzeko prozesua definitzea

### **3.3. FAMILIA-MEDIKUAK ORO HAR ESKA DITZAKEEN PROBA OSAGARRIEN ZORROA EGUNERATzea**

Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiaren 7/2003 instrukzioaren bidez –2008an aldatu zena–, lehen mailako arretak eska zitzakeen proba osagarrien zorroa definitu zen. Egungo egoera baloratu behar da eta horren berri eman behar da; gainera, zorroa eguneratu behar da eta familia-medikuak eskatuta egin ahal izango diren probetarako sarrera gauzatu behar da.

#### **EKINTZAK**

Proba osagarrietara sartzeko gaur egungo egoeraren analisia

Arauzko eguneratzea eta doikuntza, egungo egoeraren analisiaren eta doikuntza-beharren arabera

### 3.4. KOMUNIKAZIO-ESTRATEGIA, LEHEN MAILAKO ARRETAREN GARRANTZIA NABARMENDUZ, BATEZ ERE PROFESIONALEN LANAREN GARRANTZIA

Euskal herritarrek, oro har, oso modu positiboan hautematen dute eta baloratzen dute familia-medikuaren irudia. Familia-medikua erreferente bihurtu da artatzen dituen biztanleentzat, eta horixe da, hain zuzen ere, asistentzia-gainkargaren arazoaren parte –erantzun medikoa nahitaez behar ez duten arazo asko medikalizatzen da–. Horretarako, herritarrek osasun-baliabideen erabilera egokia egiteko informazio-kanpainak egin behar dira eta, horrez gain, berriro jakinarazi behar da lehen mailako arretako talde baten barruan profesional bakoitzak bere zeregina duela. Oinarrizko bi mezu nabarmenduko dira:

Familia-medikuak edo pediatriako medikuak osasun-arretan duen balio profesionala, nabarmenduta bizitzan zeharreko edo haurtzaroan zeharreko luzetarako arretaren garrantzia, baita pertsona osasuntsuen arretan, askotariko patologia kronikoak dituzten pazienteen arretan eta etxex etxeko arretan duen garrantzia ere.

Erizaintzako profesionalaren rola –askotan kontsulta medikoaren beharra balora dezakeen eta zuzenean asistentzia medikoa behar ez duten egoera asko ebatz ditzake eta pazienteak ahaldun ditzake, haien osasunaren gaineko kontrola edo haien arazo kronikoaren gaineko kontrola lor dezaten–, etxex etxeko arreta eta komunitate-osasuna.

Administrazioaren arloko profesionalaren egitekoa, administrazioko eta informazioko tramiteak erraztuz eta pazienteei galdetuz zer kausen ondorioz behar duten asistentzia –hartara, denboran eta modu egokian bideratu ahal izango ditu erizaintzako kontsultara zein kontsulta medikora–.

#### EKINTZAK

Komunikazio-estrategia definitzea eta hedatzea

### 3.5. UPV/EHUN LEHEN MAILAKO ARRETAKO KATEDRA GARATZEA

Gradu-aurreko ikasketetan familia-medikuntza sartzeko arlo horretako ezagutza gehituko du medikuntzako ikasleen artean eta, hartara, hobeto jakingo da lehen mailako arretak zer egiteko duen osasun-sisteman.

Ez dago zalantzarik familia-medikuntzaren eta lehen mailako arretaren garapen-arlo horrek lehen mailako arretaren prestigioa areagotuko duela eta lehen mailako arreta bera indartuko duela.

#### EKINTZAK

Medikuntzako fakultatearekin adostutako lankidetzak hitzarmena garatzea eta sinatzea

Hitzarmena inplementatzea eta hitzarmenaren jarraipena egitea

### 3.6. KONTABILITATE ANALITIKOKO EREDUA GARATZEA

Kontabilitate analitikoko eredu bat garatzeko aukera balioztatzea, lehen mailako



arretaren erabaki klinikoetatik eratorriak kontuan hartuko dituen.

Askotan aipatzen da erakutsi behar dela lehen mailako arreta osasun-sistemaren funtsezko atala dela eta, hortaz, lehen mailako arretari aurrekontu handiagoak esleitu behar zaizkiola. Diskurtso horrek ahulgune batzuk ditu, eta horien arteko hiru nabarmendu behar dira:

1. Euskal Autonomia Erkidegoan, eta arreta integratuko prozesuarekin batera, aldaketa handiak egin dira lehen mailako arretaren antzinako eskualdeen zuzendaritza- eta kudeaketa-egituretan. Hori dela eta, Euskal Autonomia Erkidegoko langile-gastuen joerak aztertzean, ez dago dokumentatu gabeko joerarik.
2. Teknologien txertaketak baldintzatzen du gure inguruneko herrietan osasun-gastuak izan duen gehikuntza. Profesionalak berak dira lehen mailako arretaren teknologia, eta horien egitura zuzenean lotzen da egonkor mantentzen den biztanleriaren tamainarekin.
3. Diskurtso horretan ontzat jotzen da teknologiak txertatzearen ondoriozko osasun-gastuaren gehikuntza ospitale-arretako jardueraren emaitzazkoa dela, benetan hala ez denean.

Ildo estrategiko batzuek osasun-gastua gehitzea ekar dezaketen arren, kontabilitate analitikoa berriro definitu beharko da, bertan identifikatzeko jarduerak berak eragindako osasun-gastua eta proba osagarrien, ospitale-espezialitateetako kontsulten eta farmaziako proben eskaeren ondoriozko gastua.

## EKINTZAK

Lantalde bat osatzea lehen mailako arretako kontabilitate analitikoa balioztatze eta berriro formulatzeko eta, hartara, analisi- eta egozpen-irizpideak lantzeko eta definitzeko

Erakunde Sanitario Integratuko landa-lana

Aholku Batzordearen balidazioa

# 4. ILDO ESTRATEGIKOA. LEHEN MAILAKO ARRETA ERAKARGARRIAGOA EGITEA FAMILIA-MEDIKU PRESTATU BERRIENTZAT

## 4.1. GOIZEKO ETA ARRATSALDEKO TXANDAK TXANDAKATZEKO AUKERA EMANGO DUTEN LANALDIAK PIXKANAKA HEDA DAITEZEN ERRAZTEA

Lehen mailako arretako unitateak goizez eta arratsaldez irekitzeak pazienteen irisgarritasuna bermatuko du, eta hori da lehen mailako arretaren printzipioetako bat.

Goizeko eta arratsaldeko txanden errotazioak lan-bizitza eta familia-bizitza bateragarri egitea erraztuko du, eta lehen mailako arretako taldeen kohesioa indartuko du. Goizeko eta arratsaldeko talde bereziak sortzeko arriskuaren aurrean, neurri horrek asistentzia-antolamendua erraztuko du, eta erakargarriagoa egingo du lehen mailako arretako profesionalen lanbide-zeregina. Neurri hori beste kategoria profesional batzuetan hedatzea ere planteatu daitekeen arren, epe laburrean neurri horren xedea da lehen mailako arretako medikuak pixkanaka txandaka jardutea.

### EKINTZAK

Lehen mailako arretako unitate batean txanda finkoetatik txandakako txandetara aldatzeko prozedura definitzea

Pixkanaka hedatzea

## 4.2. LAN-ESKAINZA PUBLIKOAK

Lehen mailako arretako plazen eskaintzari lehentasuna emango zaio, barnean direla biztanleria esleitu gabe duten lehen mailako arretako unitateetako plazak, betiere familia-medikua edo pediatra bideratzen diren beste profil funtzionalen aurrean. Garrantzi handikoa da lehen mailako arretaren gaur egungo enplegu-egonkortasun handia kontuan hartzea. Plantilla estrukturalari dagokionez, kategoria guztietako langileen % 90 baino gehiago finkoak dira.

## 4.3. LANBIDE-PROFILEN OPTIMIZAZIOA

Aurreko planteamenduaren ildo beretik, beste espezialitate mediko batzuk –pneumologia, neurologia, geriatría, barne-medikuntza eta abar– baliatuko dira espezialitate jakin bat behar ez den zerbitzuetarako (larrialdiak, etxeko ospitalizazioa...); lehen mailako arretan lehentasunez familia-medikuntzako profila heda dadin erraztuko da.

# 5. ILDO ESTRATEGIKOA. LEHEN MAILAKO ARRETARAKO ASISTENTZIA- ERREFORTZU ERAGINKORRA ETA IRAUNKORRA FINKATZEA

Etorkizun hurbilean, eta ordezkapenak kudeatzeko eredu gisa, enplegarritasun txikiko familia-medikuen poltsak sor daitezen saihestuko duen asistentzia-errefortzuko eredua sendotzea. Familia-bizitza eta lan-bizitza bateragarri egiteko eta kudeatzeko erosoan izan daitekeen arren, ez da eredu orekatua. Hori dela eta, beste eredu bate-rantz egin behar da aurrera, 2 lan-ildo hauen bitartez:

- Lehen mailako arretako unitate bakoitzean egongo diren aldi kritikoak planifikatzea.
- Errefortzu egonkor estrukturalen oreka osagarria lortzea (Erakunde Sanitario Integratuen egituran dauden errefortzuko profesionalak), lehen mailako arretako unitatean dauden langileen lanaldira egokituko dena eta kontziliazioa posible egingo duena, enplegarritasun txikiko profesionalak sortu gabe.

## 5.1. ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATU BAKOITZEAN KONTINGENTZIA-PLAN INDIVIDUALIZATU BAT DEFINITZEA LEHEN MAILAKO ARRETAKO UNITATEEN MAILAN ETA ALDI KRITIKOETARAKO: OPORRALDIETARAKO ETA ABSENTZIA LUZEETARAKO

## 5.2. ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATU BAKOITZEAN BIZTANLERIARIK GABEKO LEHEN MAILAKO ARRETAKO UNITATE BAT SORTZEA ETA FINKATZEA

Erakunde Sanitario Integratu bakoitzean lehen mailako arretako beste unitate bat sortuko da “modu estrukturalen”. Biztanleria esleitu ez zaion lehen mailako arretako unitate bat izango da, egiturari dagokionez integratuta dagoena (Erakunde Sanitario Integratuko lehen mailako arretako unitatea). Unitate horren xedea izango da asistentziaren esparruan laguntzea, baina soilik Erakunde Sanitario Integratuko gainerako lehen mailako arretako unitateei. Izatez, ezin izango die inola ere errefortzurik eskaini Erakunde Sanitario Integratuko beste zerbitzu batzuei, hala nola ospitale-larrialdiei edo etxeko ospitalizazioari. Egiturari dagokionez, lehen mailako arretari lotzen zaion lehen mailako arretako unitate bat da. Erakunde Sanitario Integratuko lehen mailako arretako unitate horrek kontratazio egonkorreko profesionalak izango ditu, eta unitateari esleituko zaizkion plaza guztiak lan-eskaintza publiko bidez bete ahal izango dira.

Azken finean, mediku profesionalak ordezteko eredu iraunkorra eraikitzeke formula estruktural bat da. Formula horrek, jakina, eskatuko du Erakunde Sanitario Integratu bakoitzaren mailan behar besteko plangintzarekin definitzea profesional horiek zer lan egin behar duten.

## EKINTZAK

Mota horretako lehen mailako arretako unitateen egiturari buruzko dekretua egitea – tramitatzen ari da

Lehen mailako arretako unitate batentzako edo gehiagorentzako laguntza antolatzea

Plaza horiek lan-eskaintza publiko bidez estaltzea

### 5.3. LEHEN MAILAKO ARRETAKE UNITATEETARAKO BIZTANLERIAREN ESLEIPENA DOITZEA

Erakunde Sanitario Integratu bakoitzaren mailan, eta biztanleria esleitu ez zaien lehen mailako arretako unitateak finkatu direnean, lehen mailako arretako unitateen asistentzia-kargak konpentsatzeko ohiko lana egin beharko da. Hau da:

- Lehen mailako arretako unitateei errefortzua eman beharko zaie –ku-poek asistentzia-presio handiei eutsiko diete–.
- Asistentzia-karga txikiagoko lehen mailako arretako beste unitate batzuk doitu beharko dira (batez beste 1.500 osasun-txartel indibidual baino gutxiagoko estandarrak).

Ildo horretan, gainerakoan baino asistentzia-gainkarga handiagoa izan dezaketen lehen mailako arretako unitateak sendotzea ordezeko aukera bat izango da (izatez, horixe eskatzen da askotan, eta “sistemak beti horretara jo du”). Nolanahi ere, arrazoitze berari jarraituta, lehen mailako arretako unitate batzuetan planteia daiteke osasun-txartel indibidualak murriztea, betiere laguntzako lehen mailako arretako unitateen sorreraren ondoren eta beharrezko zuhurtziaz; izatez, horixe da espero ziren emaitzak eman ez dituzten lehen mailako arretaren asistentzia-arazoei eman ohi zaien erantzuna da.

### 5.4. FAMILIAKO ETA KOMUNITATEKO MEDIKUNTZAKO BARNE MEDIKU EGOILIARRAREN PRESTAKUNTZARAKO PLANGINTZAREN SISTEMATIKA

Epe laburrean eta gutxienez 2025era arte, ahalegin berezia egin beharko da familia-medikuntza espezialitateko Barne Medikuko Egoiliarren prestakuntzan. Horretarako, beste 14 plaza egiaztatuko da espezialisten prestakuntzarako, eta Ministerioari ezohiko egiaztapen-prozedura arduratsu bat abian jartzea eskatuko zaio, irakaskuntza-plazak egiaztatzeke prozesua arintzearen.

## EKINTZAK

Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioari egiaztapen-eskaera egitea – Egin da

Familia-medikuntzako Barne Medikuko Egoiliarren plazak gehitzea

Nahitaezkoa izango da familia-medikuntzako Barne Mediku Egoiliarren beharrak sistemaren beharretara doitzea, eta kontuan izan beharko da, belaunaldi-aldaketa gertatu ondoren, profesionalak ordezkatzeko beharrak oso txikiak izango direla. Doikuntza hori hobeto baloratu ahal izango da 2022-23tik aurrera, baina ordura arte ahalegin berezia egin beharko da familia-medikuen prestakuntzan. Saihestu beharko da profesional gehienek absentziak ordezkatu zitezkeen aurreko egoerara itzultzea, egoera hori ez baita onargarria eta frustrazio profesionala sortzen baitu. Horrenbestez, garrantzi handikoa da gizartean onargarria den absentziak estaltzeko eredu definitzea, betiere iraunkortasunari jarraituta.

## **5.5. ORDAINDUTAKO LANALDIA HANDITZEAREN BIDEZ, ABSENTZIAK KONPENTSATZEKO SISTEMA GARATzea, “ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUKO LEHEN MAILAKO ARRETAKO UNITATEA” SORTZEAREN ESTRATEGIA OSAGARRI GISA ETA ORDEZKATZE-EREDU IRAUNKOR BATEN BARRUAN**

Biztanleria esleitu ez zaion lehen mailako arretako unitatea garatzea lagungarria izango da lehen mailako arretako unitateei asistentzia-mailan laguntzeko, absentziak es-tali behar diren aldietan. Dena dela, laguntza hori unitate bereko profesionalekin osatu beharko da. Ordaindutako lanaldia handituta gauzatuko da laguntza hori.

Ohiko lanaldiaren barruan eta egintzen arabera ordaintzen den laguntza (agenda handitzea) ez dirudi formularik egokiena. Finantzaketa-formula horren arriskuak eta joerak oso ezagunak dira, eta ez dira lehen mailako arretaren ereduaren parte.

# **6. LEHEN MAILAKO ARRETAKO PEDIATRIAKO ILDO ESTRATEGIKOAK**

Berriaz jorratuko dira pediatriarekin lotzen diren ildoak, horien helburuen arabera hiru jardun-kategoria ezarrita:

- Asistentzia-ereduari dagozkionak
- Pediatriako espezialista berrien kontratazioari dagozkionak
- Antolamendu-ereduari berari dagozkionak, eta, bereziki, pediatriako azpiespezialitateen kontsulta monografikoei dagozkienak
- Lehen mailako arretako pediatria-zerbitzuen irisgarritasunari dagozkionak

**ILDO ESTRATEGIKOA 6.1.-** Pediatria-arretako ereduari eustea eta pediatriako erizaintzako baliabideak arian-arian gehitzea, pediatriako erizaintzako kontsultaren garapenarekin lotuta –pediatria-erizaintzaren edukiak izango dira haur osasuntsuaren kontrola, osasun-heziketa eta medikuaren esku-hartzea behar ez duten arazoan ebazpena–

Jardun-ildo hori pediatriako erizaintzako kontratazioetarako berariazko zerrenden sorrerarekin osatzen da.

Pediatriako erizain erreferenteekin egiten den berrantolamendu horrek berariazko espazioak egokitzea eskatuko du –egiteko horiek egin ahal izan daitezken–, baita nahastuta dauden profesionalen artean protokoloak adostu behar izatea ere. Horrenbestez, Osasun Laguntzako Zuzendaritzak haur-osasunaren planaren arloko arreta eta jarraipena antolatzekeo sustatutako asistentzia-protokolo bat geratu eta hedatu beharko da.

## EKINTZAK

Pediatria-arretarako erizaintzako zerrenda espezifikoak garatzea

Lehen mailako arretan pediatria-erizaintzako plazak sortzea eta zuzkitzea

Pediatria-erizaintzako kontsultaren definizio korporatiboa eta pixkanakako hedapena

## KONTRATAZIOARI DAGOKIONEZ

Aurreikus daitekeenez, eskaintzaren eta eskariaren arteko proportzioari esker, pediatrek bete ahal izango dituzte lehen mailako arretako pediatria-arretako plaza guztiak, epe ertainera eta luzera. Gaur egun plaza horiek betetzen dituzten familiako eta komunitateko medikuntzako espezialistak ordeztuko dira, eta sortzen diren hutsuneak pediatrekin osatuko dira. Ildo horretan, aldekoa da pediatrak prestatzeko ahalmenaren eta aurreikusten diren erretiroen arteko balantzea. Era berean, hipotesi horren alde, kontuan izan behar da, batetik, jaiotze-tasa txikiagoaren ondorioz ez dela eskaria gehituko (a priori kontrakoa gerta daiteke) eta, bestetik, gaur egun ospitaleetan aldi baterako kontratuak dituen plantilla gaztea dugula.

Epe laburrera, ordea, pediatra berrien kopurua erretiroa hartuko dutenen kopurua baino handiagoa den arren, familia-medikuek betetzen duten plazen kopurua gutxi gorabehera egonkor mantendu da, eta, hortaz, honako jardun-ildo hauek hedatu beharko dira:

**ILDO ESTRATEGIKOA 6.2.-** Lehen mailako arretako pediatria-plazak urte batzuek betetzen dituzten familiako eta komunitateko mediku horien iraunkortasuna bermatzea, lan egindako denbora ezezik, pediatria-plaza bateko baldintzak ere aitortuz

Gaur egun, oraindik ere beharrezkoa da familiako eta komunitateko medikuak kontratatzea pediatria-arretarako; edonola ere, egoera horiek ahal den heinean murriztu beharko dira eta, aldi berean, erraztu beharko da familia-medikuek funtzio horiek denbora-horizonte jakin batez betetzea. Horretarako, jardun hauek planteatzen dira:

- Pediatrian emandako denbora aitortzea, ondorio guztietarako helduen lehen mailako arretan emandako denbora aitortzen den baldintza berretan (lan-eskaintza publikoa, karrera profesionala eta abar).
- Benetan betetako postuarekiko baldintza-elkarrekikotasuna bermatzea.
- Familia-mediku horrek helduentzako medikuntzako kupo batera berriro itzuli behar duenean, birziklatzeko denbora bermatzea, haur-medikuntzan lan egindako denboraren arabera.

## EKINTZAK

Erakunde Sanitario Integratuetakoko lehen mailako arretako unitateetan, pediatria-kupoan, familia-medikua kontratatzea, pediatria-kupoari laguntzeko esleipen iraunkorrekkin

Baremoetan beharrezko doikuntzak garatzea

Birziklatzeko denbora erregulatzeko Osakidetzako Administrazio Kontseiluaren erabakia

### **ILDO ESTRATEGIKOA 6.3.- Pediatra berriak hutsik geratu diren lehen mailako arretako plazetara bideratzea, modu korporatiboan, Osakidetzako Zerbitzu Zentraletan zentralizatutako kontratazio-zerrenda bakar batekin**

Epe labur horretan (2025era arte gutxi gorabehera), familia-medikuen artean gertatuko den belaunaldi-txandakatzek eragina izango du pediatria-arretan, eta txandakatzek horrek zailtasunak eragingo ditu, lehen mailako arretako pediatren gabeziaren ondorioz. Arazo hori jorratu da antolamendu-ereduari buruzko gomendioen kapituluan.

Lehen mailako arretarako pediatria-plazen estaldurak lehentasuna du Osakidetzarentzat. Hori dela eta, oro har, egonkor eta hazkunderik gabe mantendu beharko dira Osakidetzaren ospitaleetako bakoitzean dauden ospitale-pediatriako plantillak. Zerbitzu-erakunde guztiek zalantzarik gabe bere egin beharko dute mezu hori, eta lehen mailako arretako pediatriako espezialisten zuzkidurak lehentasun partekatua izan beharko du horientzat.

Iturri batzuek aditzera ematen duten moduan, prestatzen ari diren profesionaletako askok interes handia du prestatu den ospitale-ingurunean lan egiteko, eta ez lehen mailako arretan; alabaina, Osakidetzaren lehentasuna da prestatzen diren pediatrak lehen mailako arretan kontratatzea, eta, horretarako, ezinbestekoa izango da egungo ospitale-egiturari eustea. Hori dela eta, Osakidetzaren Zerbitzu Zentralek kudeatuko duten kontratazio-zerrenda bakarra egin beharko da. Prozeduran egin beharreko aldaketa hori urtez urte ebaluatu beharko da, bidezko aldaketak sartuta.

## EKINTZAK

Pediatriako kontratazioaren zentralizazio korporatiboa

#### **ILDO ESTRATEGIKOA 6.4.- Osasun Laguntzako Zuzendaritzak aztertu beharko du eskaria gehitzearen ondorioz, garatzen ari diren gaixotasunen ondorioz eta abar egiten den ospitale-pediatriako plantillak gehitzeko planteamendu oro, eta planteamendu hori Osasun Saileko Plangintza, Ebaluazio eta Antolamendu Sanitarioko Zuzendaritzarekin batera jorratu beharko da**

Erakunde Sanitario Integraturen batean edo Osakidetzan, oro har, zerbitzu-zorroa zabaldu behar dela iritzi bazaio, aurrez eskaera justifikatzailea egin beharko da, eta horren egokitasunari buruzko bidezko azterketa ere egin beharko da. Halaber, Osasun Saileko Plangintza, Ebaluazio eta Antolamendu Sanitarioko Zuzendaritzaren aldeko erantzuna jaso beharko da.

Prestakuntza amaitzen duten (normalean maiatzean) egoiliarren kontratatzean –eta lehen mailako arretaren estaldurari lehentasuna ematearekin bat eginik, batik bat oporren aldirian–, oro har aintzat hartu beharko da ospitaleko hutsuneak soilik bete-ko direla erretiro kasuetan edo maiatzetik irailera bitartean hiru hilabetetik gorako baja aurreikusten den laneko bajen kasuetan. Plaza horiek betetzean, egoiliarren prestakuntza-tokia hartu beharko da kontuan, betiere kontratazio-zerrendan meritu berdinak direnean.

Aurreko irizpideen arabera, ospitaleetan lekurik ez duten espezialista berriak Osakidetza-aren lehen mailako arretaren mailan soilik kontratatu ahal izango dira –maila horretan kontratatze-ko lehentasunaren ildotik–, nahiz eta horrek espezialista beste osasun-zerbitzura batera jotzeko arriskua ekarriko duen.

### **EKINTZAK**

Pediatria-plazak kontratatze-ko prozedura definitzea, erretiroen ondoriozko plantilla-be-rosatzeak soilik deszentralizatuta

## **ANTOLAMENDU EREDUARI DAGOKIONEZ**

#### **ILDO ESTRATEGIKOA 6.5 Bi asistentzia-mailen kudeaketa egiturak hurbildu**

Lehen mailako arretako pediatriaren kudeaketatik hurbilago egongo den ospitale-pe- diatriaren kudeaketa lagungarria izan daiteke pediatria-arretarako eta zerbitzuen plan- gintza sendoago baterako. Ildo horretan, 6.5. ildo estrategikoa bi asistentzia-mailen kudeaketa-egiturak hurbiltzera zuzenduko da, betiere norabide honetan:

- Eskualde-ospitalea duten eta ospitale horietan pediatria-zerbitzua duten Erakunde Sanitario Integratuetan, pediatria-zerbitzuko buruak bere gain hartu beharko du Erakunde Sanitario Integratuaren pediatria osoaren kudeaketa. Pediatria-zerbitzuko buruak bere gain hartu beharko du pediatria-arretaren koordinazioa, eta lehen mailako arretaren pediatriaren antolamendu funtzionalean parte hartu beharko du, be- tiere Zuzendaritza Medikoarekin bat eginik. Horrela, erraztuko da es- kualde-ospitale-ko pediatrek lehen mailako arretako jarduerak garatu eta babestu ahal izatea eta unibertsitate-ospitaleetan garatzen diren azpiespezialitate-eko parte ere izatea.
- Unibertsitate-ospitaleetan biltzen diren Erakunde Sanitario Integratuei zailagoa egiten zaie lehen mailako arreta beren gain hartzea, haien ta- mainagatik eta konplexutasunagatik. Proposatutako helburua lortzeko,



kudeaketa-teknikari batekin indartuko da zerbitzuko burutza. Teknikari horrek zerbitzuari dagokion administrazio-funtzioan lagunduko du. Burutza hori Asistentzia Koordinatzeko Zuzendaritzaren mende egongo da, Erakunde Sanitario Integratuaren osotasunaren pediatriako kudeaketa klinikoko burutza baten gisara. Horrek, mailen arteko koordinazioa eta integrazioa erraztuko du, baita, hala badagokio, Erakunde Sanitario Integratuaren osotasuneko pediatria-baliabideen optimizazioa ere.

- Ospitale-pediatriarik ez duten Erakunde Sanitario Integratuetan, Pediatriako Kudeaketa Klinikoko Unitate bat eratu beharko da pediatria-arreta antolatzeke, betiere haren Zuzendaritza Medikoaren jarraibideen arabera. Pediatriako Kudeaketa Unitate horiek erreferentziazko ospitaleko Pediatria Zerbitzuarekin koordinatuko dira. Harekin sustatuko dute ospitaleetan alta ematen zaien pertsonen asistentzia jasotzen jarraituko dutela bermatuko duten protokoloen garapena, baita jarraipena egiteko jarraibideen garapena ere, pazienteak patologia kroniko konplexua duenean.

Komeni da, era berean, ospitaleetan guardiak egin nahi dituzten lehen mailako arretako pediatrek guardiak egin ahal izatea, betiere haien guardia-egutegiak lehen mailako arretako kontsultaren beharretara egokituta.

Lehen mailako arretako, eskualde-ospitaleetako eta erreferentziazko ospitaleetako pediatriako profesionalen arteko sareko lana, prestakuntza eta komunikazioa sustatuko da –telekonferentzia bidezko saio kliniko partekatuen bidez–. Profesionalentzat pizgarria izan daiteke eta koordinazioa hobe dezake.

## EKINTZAK

Erakunde Sanitario Integratuetan bidezko kudeaketa klinikoko unitateak sortzea, 2011ko Osakidetzako Administrazio Kontseiluaren Erabakian xedatutakoaren arabera.

Unibertsitateko Erakunde Sanitario Integratuei zuzkitzea pediatriako kudeaketa klinikoko unitateentzako administrazio-kudeaketako teknikariaren laguntza.

## AZPIESPEZIALITATEEI BURUZKO KONTSULTA MONOGRAFIKOAK

Amaetxea eta pediatria-arreta duten eskualde-ospitaleetako pediatria-arreta antolatzeke sistemak bideratzen ditu Erakunde Sanitario Integratuak kontsulta monografikoak hedatzera. Ez dago zalantzarik erreferentziazko zentroak eduki behar direla pediatriako azpiespezialitateetako kontsulta monografikoetarako, baina patologia horien prebalentziak eta jarduera-bolumenak ez dute justifikatzen kontsulta horiek eskualdeetan hedatzea. Pediatriako azpiespezialitateko unitate horien hedapena ez da zertan baliabide profesionalak edukitzearekin lotu (amaetxea izatearen ondoriozko guardia-txandei eutsi behar zaie). Aitzitik, asistentzia-beharrekin lotu beharko da, eta haurren asistentziari balio gehien ekartzen dion erreferentziazko zentroa identifikatu beharko da.

Bestalde, azpiespezialitateetarako dedikazioa duten eskualde-ospitaleetako pediatrek balioa ekar diezaiokete erakundearen osotasunari eta inplikaturako erreferentziazko bi ospitaleak indar ditzakete (Arabako Unibertsitate Ospitalea eta Donostiako Unibertsitate Ospitalea) pediatria-kontsulta espezifikoetan. Neurri horrek indartu egiten du, era berean, eskualde-ospitaleetako pediatriako plantillaren gaur egungo egoera egonkortzeko neurria.

**ILDO ESTRATEGIKOA 6.6.- Plangintza, Ebaluazio eta Antolamendu Sanitarioko Zuzendaritzak, Osasun Laguntzako Zuzendaritzarekin koordinatuta, pediatriako espezialitateetarako asistentzia-beharrak baloratuko ditu eta sare osoan espezialitate horietara zuzentzen diren profesionalen kopurua dimentsionatuko duen txostena egingo du**

## EKINTZAK

Beharren plangintzaren azterketa egitea eta, gero, doitzea, barnean hartuta, hala bada-gokio, bidezko kudeaketa-akordioa, erraztuko duena eskualdeetako Erakunde Sanitario Integratuko pediatriak Unibertsitate ospitaleetako kontsulta monografikoetan txertatzea eta/edo lehen mailako arretako pediatriako errefortzua.

## PEDIATRIA ASISTENTZIAREN IRISGARRITASUNA

Profesional kopuru handi bat pediatriak zentro jakin batzuetan metatzearen alde badago ere (batez ere hiri-inguruneetan), zenbait elementuk ez dute hala egitea gomendatzen:

- Asistentzia-maila horren irisgarritasuna eta hurbiltasuna da lehen mailako arretaren oinarritzko ezaugarri bereizgarrietako bat eta herritarrek hobe baloratzen duten ezaugarrietako bat.
- Egungo asistentzia-sarean, pediatria-zerbitzuen metaketak eskatuko luke profesionalak ez ezik, espazioak, administrazio-euskarriak eta abar ere berrantolatzea.
- Pertsona askorentzat pediatria-arretako puntuak murriztea irisgarritasunaren arloko desberdintasunak ezartzea litzateke. Hori bereziki nabarmena izango litzateke landa-zonetan eta zona periferikoetan, hain zuzen ere biztanleriaren arteko desberdintasunak handiagoak diren eta pediatriak kontratatzeke zailtasun handiagoak dauden zonetan.

Horrenbestez, asistentzia-normaltasuneko egoeretan ez dira pediatriak metatzeko mugimenduak hedatu behar.

## ILDO ESTRATEGIKOA 6.7.- Asistentzia-lanaldia handitzea, absentziak estaltzeko

Oporretako aldietan, absentzia luzeen kasuetan eta ezohiko gainerako egoeretan, eta profesional interesdunen adostasunarekin, lehentasuna izango du pediatria interesdun baten edo batzuen asistentzia-lanaldia handitzeak, betiere Zuzendaritza Nagusiak ezohiko jardueretarako ezarritako ordainsari-sistemaren arabera.

Hori posible ez bada edo nahikoa ez bada, oro har, hobe da arreta-ordutegiak aldatzea eta metatzea, eta ez pediatria-arretarako puntuak murriztea. Goizeko arretarantzko ordutegi-aldaketak irisgarritasunean ere eragina izan arren, eragin hori askoz ere txikiagoa da.

**ILDO ESTRATEGIKOA 6.8.- Aurreikusten diren aldaketa demografikoen ondorioz, eta lehen mailako arretako unitatearen mailan, aztertzea tamaina handiagoko kupoak sortzearen komenigarritasuna, betiere beharrezko ordainsari-doikuntzak eginez**

# ILDO ESTRATEGIKOA

## 7.- HIZKUNTZA-NORMALIZAZIOKO ETA BERDINTASUNEKO PLANAK APLIKATZEA LEHEN MAILAKO ARRETAN

Osasunaren arloan, giza eta gizarte-garrantzi handiko jarduera egiten da; hori dela eta, pazientearekiko komunikazioa eta enpatia zerbitzuaren kalitatearen funtsezko elementuak dira.

Pazientea sistemaren gunean kokatzeak eta pazienteari kalitateko arreta eskaintzeak bermatuko du, besteak beste, pazienteari arreta ematen zaiola mintzatzen den hizkuntzan eta askatasun osoz hautatzen duen hizkuntzan. Era berean, profesional orok du nahiago duen hizkuntza ofizialean lan egiteko eskubidea. Hortaz, eta legez onartzen diren hizkuntza-eskubideetan oinarrituta, nahitaezkoa da euskal osasun-sisteman euskararen erabileraren normalizazioan aurrera egitea. Alderdi hori bereziki garrantzizkoa da lehen mailako arretan, osasun-arretaren oinarritzko eta funtsezko elementua den aldetik eta pertsonak oinarri dituen eta herritarrengandik hurbilen dagoen elementua den aldetik.

Osakidetzan euskararen erabilera normalizatzeko II. planak adierazten duen moduan, zenbait ildotan egin beharko da aurrera: lehen mailako arretako zentroetan zerbitzu elebidunen eskaintza handitzea; zerbitzu, unitate eta profesional elebidunak identifikatzeko sistema zabaltzea; langileen hizkuntza-trebetasuneko neurriak hartzea edo euskarak pixkanaka gero eta agerpen handiagoa izatea dokumentazio klinikoan eta informazio-dokumentuetan.

Bestalde, osasunaren arloan berdintasuna zaintzeak eskatuko du, besteak beste, osasun-sisteman eta, jakina, lehen mailako arretan garatzen diren jardun guztietan genero-ikusmoldea aintzat har dadin sustatzea. Lehen mailako arretan lan egiten duten pertsonen dagokienez, nabarmena da langileen feminizazio-maila –beste asistentzia-esparrutan baino handiagoa–. Osasun-sektore publikoan berdintasunaren arloko garrantzi handiko aurrerapenak egin diren arren, oraindik ere badaude gainditu beharreko egoera batzuk. Tarteko aginteei erreparatzen bazaie, ikus daiteke oraindik ere generoaren arloko desorekak eta desberdintasunak daudela, eta hori, zalantzarik gabe, gainditzeko eta aurrera egiten jarraitu beharreko egoeren adibide bat da.

Horrenbestez, lehen mailako arretaren esparruan gizonen eta emakumeen arteko berdintasuna sustatuko bada, eta asistentzia-maila horren esparru guztietan genero-ikusmoldea barnean hartuko bada, gure Administrazioan eta Osakidetza erakunde publikoan indarrean dauden berdintasun-planak garatzen jarraitu beharko da.

### EKINTZAK

Egiturari buruzko dekretuan esplizituki barnean hartzea Erakunde Sanitario Integratuetako zuzendaritza-karguek berdintasun-planetan eta hizkuntza-normalizazioko planetan duten erantzukizuna

Lehen mailako arretako tarteko aginteen (lehen mailako arretako unitateko buruen, erizaintzako koordinatzaileen...) izendapenean genero-ikusmoldea monitorizatzea

# BIBLIOGRAFIA

1. Naylor C, Imison C, Addicott R, et al. Transforming our health care system. The Kings Fund 2015. Hemen: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/10PrioritiesFinal2.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/10PrioritiesFinal2.pdf)
2. Towards a National Primary. Health Care Strategy. A Discussion Paper from the Australian Government. 2008
3. Estrategias para la renovación de la Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud 2017. Hemen: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/renovacion\\_ap/Renovac\\_AP\\_v10.1.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/renovacion_ap/Renovac_AP_v10.1.pdf)
4. NHS Five year forward view. Hemen: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
5. Next steps on the NHS five year forward view 2017. Hemen: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>
6. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. Journal of Public Health, Volume 37, Issue 4, 1 December 2015, 716–727 or. Hemen: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>
7. Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ.: Trends in attractiveness of general practice as a career: surveys of views of UK-trained doctor. Hemen: <http://bjgp.org/content/bjgp/67/657/e238.full.pdf>
8. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. Understanding pressures in general practice. Hemen: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/Understanding-GP-presures-Kings-Fund-May-2016.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-presures-Kings-Fund-May-2016.pdf)
9. Taylor L, Hinsch M. Deloitte Centre for Health Solutions. Primary care today and tomorrow Adapting to survive. November 2016
10. The Kings Fund. What are the priorities for health and social care?. Hemen: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/what-are-priorities-health-and-social-care#conclusion>
11. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. Hemen: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf)

