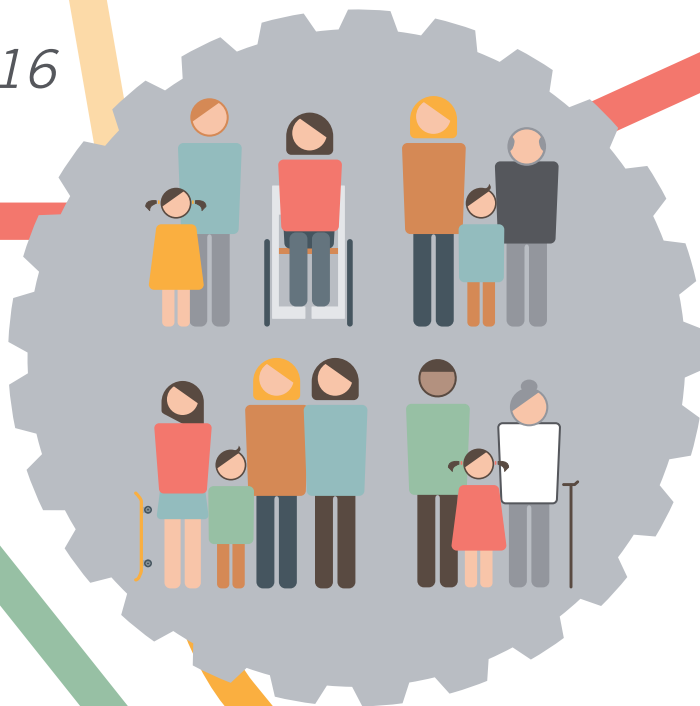


EUSKADIKO ARRETA SOZIOSANITARIOAREN ILDO ESTRATEGIKOAK

2013- 2016



MENDEBASUNA

EZOHIKO
GAIXOTASUNAK

DESGAITASUNA

BURU-NAHASMENDUA

BAZTERKERIA

ETIKA

BIZITZAREN
BUKAERA

BEHARRIZAN
BEREZIAK

BERRIKUNTZA

BABESGABETASUNA

DEMENTZIA

KOORDINAZIOA

HISTORIA
SOZIOSANITARIOA

AURKIBIDEA

5_{OR.}

HITZAURREA

11_{OR.}

1. EUSKADIKO EREMU SOZIOSANITARIOAREN DEFINIZIOA

- 1.1. Hizkera komun baten bila
- 1.2. Premia soziosanitarioak dituzten pertsonak
- 1.3. Harreman-sistema konplexua
- 1.4. Gaur egungo testuingurua
- 1.5. Erreferentziazko agiriak

25_{OR.}

2. PROPOSAMEN ESTRATEGIKOA

- 2.1. Printzipio estrategikoak, balioak, xedea eta ikuspegia
- 2.2. Ikuspuntu estrategikoa
- 2.3. Ildo estrategikoak eta ekintzak

39_{OR.}

BIBLIOGRAFIA

HITZAURREA



Jon Darpón Sierra
Arreta Soziosanitarioko Euskal
Kontseiluko Lehendakaria

Euskadiko arreta soziosanitarioa sistema konplexua da:

- Esparru historiko eta legezko jakin batean dago antolatuta eta garatuta
- Zentzu zabal eta inklusiboan osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzuak ematen dituzten erakunde guztiek bat egiteko eta koordinatzeko eremu komun bat sortzeko aukera edo beharra azaltzen du
- Arreta soziosanitarioaren zentzuaren eta antolamenduaren muina pertsonak dira, eta, batik bat, zenbait kolektibo zehatz: hainbat arrazoi korapilatsu eta askotariko direla tarteko, eremu honetan prestazioen hartzaile diren haiek, hain zuzen

Arreta soziosanitarioan aplikatzekoak diren arauak hiru lege dituzte oinarri: 27/1983 Legea, azaroaren 25ekoa, Euskal Autonomia Elkarre Osorako Erakundearen eta bertako Lurralde Historikoetako Foru Organoen arteko harremanak arautzen dituen; 8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena; eta berriena, 12/2008 Legea, abenduaren 5ekoa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa.

Arreta soziosanitarioan aritzen diren eragile publikoek zeinek bere eskumenak dituela kontuan izanik, erakundearen arteko adostasuna da gakoa nahitaez, asistentzia hori eraginkorra izango bada bere hedadura osoan. Horregatik, Eusko Jaurlaritzak, Foru Aldundiek eta Euskadiko Udalen Elkarreak (EUDEL) elkarrengana hurbiltzeko dinamika bati ekin zioten 90eko hamarkadan, eta aldebiko esparru-hitzarmen batzuk izenpetu zituzten:

- 1996ko maiatzaren 20ko esparru-hitzarmena, Osasun Sailaren/Osakidetzaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizartekintza Sailaren artekoa, Gipuzkoako Lurralde Historikoan premia soziosanitarioei lankidetzan erantzuteko.
- 1998ko maiatzaren 14ko esparru-hitzarmena, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren/Osakidetzaren eta Bizkaiko Foru Aldundiaren artekoa, Bizkaiko Lurralde Historikoan eremu soziosanitarioan lankidetzan aritzeko.
- 1998ko azaroaren 16ko esparru-hitzarmena, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren/Osakidetzaren eta Arabako Foru Aldundiaren Gizarte Ongizate Sailaren artekoa, Arabako Lurralde Historikoan premia soziosanitarioei lankidetzan erantzuteko.

Azkenik, 2003ko urtarrilaren 30ean lankidetzeta-hitzarmen orokor bat sinatu zuten Eusko Jaurlaritzak, Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako Foru Aldundiek eta EUDELeK, Euskal Autonomia Erkidegoko arreta soziosanitarioaren garpenerako.

Oinarria finkatuta dago, beraz, bai arauari eta estrategiei dagokienez, bai alderdi instituzionalari dagokionez ere, eta orain, oinarri horren gainean eraikiz eta sakonduz, lehentasunak finkatzea dagokigu: Euskadin arreta soziosanitarioa koordinatua, sortzailea, iraunkorra eta osoa izan dadin lortzeko elementu estrategikoak hautatzea, hain zuzen.

Bai Enplegu eta Gizarte Politiketako sailburuak eta ni neuk, Eusko Jaurlaritzan dagozkien batzordeen aurrean egindako lehen agerraldietan, arreta soziosanitarioaren garrantzia eta lehentasuna eman beharra aitortu genuen. Biek azpimarratu genuen jardunbideek zeharkako eta sektorearteko koordinaziorantz jo beharra – Eusko Jaurlaritzako beste sailekin eta foru-aldundiekin nahiz udalekin –, eta legealdi honetarako lehentasunezko helburutzat koordinazio horretarako jardun-ildoak hartu genituen biek.

Planteamendu horiek, ardatz nagusitzat herritarrak eta premia soziosanitario kolektibo nahiz bakarkakoak dituztenak, eta lehentasuna esku-hartzeen eraginkortasunari ematen diotenak, gainera, oihartzun nabaria izan dute gure Lurralde Historikoetako foru-organoetan nahiz udaletan.

Estrategiaren aldetik, Euskal Autonomia Erkidegoko arreta soziosanitarioaren ildoak prestatzeko esparru-dokumentua dugu. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua osatzen duten erakunde guztiek 2011ko otsailean ia aho batez onartua, ikuspuntuaren aldetik bat dator legealdiaren hasieran Enplegu eta Gizarte Politiketako sailburuak nahiz Osasun sailburuak egindako proposamenekin, bai eta foru-organoetako arduradunek egindakoekin ere. Esparrudokumentu horrek bertan zehaztutako ildo eta helburu estrategikoak ezartzeko metodologia operatibo bat garatzen du, lurraldekakoa, egoerari buruzko diagnostiko komun eta partekatu batetik abiatuta.

Oinarri horien gainean taxutu dira Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua-ren ildo estrategikoak, legealdi honetan lantzekoak, eta Euskal Autonomia Erkidegoko arreta soziosanitarioaren balioak eta ikuspuntu estrategikoa zerumugan izanda, ildo pragmatiko eta operatiboak ematea izan da helburua.

Arreta soziosanitarioa koordinatua izateak lagundu egiten du pertsonon bizitza-kalitatea hobetzen. Esku-hartzeak sektoreka bananduta egiten jarraitzeak –osasun-arlokoak eta gizarte-zerbitzuetakoak, alegia– arazo eta zailtasun ugari sortzen ditu, maiz ikusi denez:

- Pertsona partzializatzea dakar, eta horren ondorioz, zenbait helburu bate-raezin gerta daitezkeenez, kalteak izateko arriskua ere bai
- Erabiltzaileak nahiz profesionalak pozik ez egotea dakar; lehenak, norberaren egoera osotasunean baloratzen ez delako; eta bigarrenak, beren gaitasunetan oinarrituta legokeen eta muga pertsonal nahiz sozialak minimizatzen saiatuko litzatekeen jarduera-planik ez dagoelako
- Pertsonak beren ingurunean dituzten baliabide informalk nahikoa ez erabiltzea eragiten du.
- Zenbait talde babesik gabe geratzeko arriskua dakar, osasun-arloen eta arlo sozialen arteko koordinazio ezagatik
- Galdu egiten dira baliabideak optimizatzeak eta jarduera koordinatuen sinergiekin ekarriko litzatekeen onurak

Horregatik, eta justiziaren eta eraginkortasunaren printzipioei jarraiki, koordinazio soziosanitarioa herritarrenganako konpromiso politiko eta asistentziala da gaur egun.

1. EUSKADIKO EREMU SOZIOSANITARIO- AREN DEFINIZIOA

1.1. HIZKERA KOMUN BATEN BILA

Koordinazio soziosanitarioaren aldetik orain arte izandako lorpenak Euskadiko arreta soziosanitarioaren ereduak jarraibide izan dituen printzipioek eragin dituzte, hein handi batean: eremu hori osatzen duten erakundeen kudeaketa-autonomia errespetatzea; adostasuna bilatzea, egituretan bateratasuna eta parekotasuna lortzearen; eta proaktibitatea, sistema sektorialen eta haien mekanismoen jardunean. Printzipio horien oinarrian etengabe hizkera komun bat eraikitzen aritzea dago, eta arreta soziosanitarioan jarduten duten erakundeek horri esker egin dezakete lan elkarrekin, pertsonon bizitza-kalitatea hobetzeko eta Euskadiren garapenean aurrera egiten jarraitzeko.

“Osasun-arazo larriak direla-eta, edo eginkizunen arloko mugak direla-eta, eta/edo gizartetik bazterturik geratzeko arriskua dela-eta, pertsona batzuek behar dituzten zainketek osatzen dute arreta soziosanitarioa, osasun-arreta eta gizarte-arreta aldi berean biltzen dituena, koordinatua eta egonkorra, arreta jarraituaren printzipioarekin bat datorrena.”

12/2008 Legea

Premia soziosanitarioei arreta emango bazaie, funtsean bi sektoretako egiturek eta zerbitzuek hartu behar dute parte: osasun-arlokoek, eta gizarte-zerbitzuetakoek. Munduan barrena, bi sektore horien parte-hartzea kudeatzeko zenbait eredu probatu, gidatu eta hautatu dira. Euskadin, eta inguruetan, hautatu den eredu bi-bien arteko koordinazioa izan da (beste eredu bat sektoreak batzea litzateke, eta beste bat, sektore berri bat sortzea). Eta eredu-mota horrek, argi dago, premia soziosanitarioei maiz askotan modu integratu eta jarraituan erantzutea eskatzen du. Horregatik, eta zer biztanleria-multzoz ari garen, beste sektore batzuen parte-hartzea beharrezkoa ere bada. Esate baterako, arreta goiztiarreko egoeretan nahiz gaixotasun kronikoak dituzten adingabeei arreta ematekoetan, hezkuntza-sektorearen parte-hartzea funtsezkoa da, eta orobat beharrezko gertatzen da eremu judizialaren parte-hartzea indarkeria matxistaren biktima izan diren emakumeei arreta eman behar zaienean.

Beraz, eremu soziosanitarioaz ari garenean, aditzera eman nahi duguna ez da hirugarren sektore bat, baizik eta eremu partekatu bat, premia sozialak eta sanitarioak dituzten pertsonen arreta emateko sistema konplexu bat. Elkarri eragiten dioten sektore ugari daude eremu horretan tartean, asistentziako maila asko, eta ezinbestekoa da horiek guztiak koordinatzea.

1. irudia Eremu soziosanitarioa



Inplikaturako beste arlo batzuk:
hezkuntza, etxebizitza, justizia, segurtasuna, hirugarren sektorea...

Eremu soziosanitarioan aritzen diren eragile guztiek aitortzen dute haren konplexutasuna, alderdi askotatik: eskumenen nahiz arauen aldetik, alde programatikotik, asistentzialetik, eta, beraz, harremanen aldetik. Hein handi batean, konplexutasun horren ondorio da Euskal Autonomia Erkidegoan hautatutako koordinazio-eredua. Eredu horri esker, arreta soziosanitarioaren erabiltzaileei erantzun integratuak eta ekitatez emateko modua eraiki ahal izan dute Euskadiko erakundeek, ikusita badagoela nola hobetu, eta beraz, arreta zatikatua edo ez-berdintasunezkoa izatea gerta litekeen egoerak nola eragotzi.

Euskadin koordinazio soziosanitarioak izan duen ibilbide hori du oinarri hemen aurkezten dugun proposamen estrategikoak. Gure ereduak osasun-sektorea eta gizarte-zerbitzuena bereiz eta zein bere erara antolatuta daudela aitortzen du, eta bakoitzak bere egiturak, kulturak eta harreman-sistemak ditu. Horrenbestez, eremu soziosanitarioa premia soziosanitarioak dituen pertsonaren arabera definitzen da, eta hura, jakina, bakarra eta zatiezina da.

Horregatik, ezinbestekoa da, halaber, eremu soziosanitarioari estatus propio bat, lan-tresnak eta bere jardun zehatzak ematea. Alderdi horiek landuko ditugu ondoren aurkeztuko dizkizuegun ildo estrategikoetan. Arreta soziosanitarioa zer den kontzeptualki argitu behar horretan aurrera egiteko ere baliagarri dira, eta alde horretatik, lagundu egingo dute zehazten eta mugatzen premia soziosanitarioak zein diren eta zein ez, eta arreta soziosanitarioa zer den eta zer ez.

Horrela, paradigma asistentziala alda dadin sustatzen ariko gara, pertsonari buruzko ikuspuntu integral baterantz, kontuan har dezan, bakoitzaren egoera biomediko osoa ez ezik, baita egoera soziala eta funtzionala ere. Ildo horretatik, osasuna konstruktua biopsikozoziala dela gogorarazten digu Osasunaren Mundu Erakundeak. Ildo estrategiko hauek ikuspuntu horretan oinarrituta daude eta koherenteak dira Euskal Autonomia Erkidegoko plangintza estrategikorako beste tresna batzuekin, hala nola 2013-2020 Osasun Plana, Osakidetza 2013-2016 eperako Lerro Estrategikoak eta Ekintza Planak, eta Osasun Sailaren Ildo Estrategikoak, haietan ere antzekoa baita osasunari heltzeko modua: orokorra, integrala, eta pertsona bakoitzaren berezitasunarekiko errespetuzkoa.

Alde horretatik, azpimarratu beharra dago pertsonen ari garela, eta ez soilik pazienteez. Pertsona bakoitzak, kontuan izanda premia sanitarioen, sozialen edo soziosanitarioen aldetik zer profil duen, erantzun-mota jakin bat behar du, betiere erantzun antolatua, eraginkorra, ekitatiboa eta iraunkorra.

Hurrengo ataletan, ildo estrategiko soziosanitarioen eremu objektiboa eta subjektiboa definitzen dituzten kontzeptuak azalduko ditugu.

Arreta sanitariotik harago, herritarren osasunari eta, beraz, herritarren ongizateari buruzko ikuspegi zabal bat lantzea proposatzen da. Eredu biomedikoaren ikuspegia, norbanakoaren faktore genetikoetan eta biologikoetan oinarritua, osasunaren ezaugarri sozialei zabaltzen zaie.

Osasunaren ikuspegi orokorra izateko, osasun-sistemak lan koordinatu eta zeharkakoa egin behar du gainerako administrazio eta eragile sozialekin. Osasuna beti hartzen da kontuan gainerako politiketan.

Osakidetza 2013-2016 eperako Lerro Estrategikoak eta Ekintza Planak, eta Osasun Sailaren 2013-2016 eperako Ildo Estrategikoak

Azkenik, arreta soziosanitarioaren koordinazioan kontuan izan beharreko elementu nagusietatik beste bat bi sektoreen arteko asimetria da; hots, osasun-sektorearen eta gizarte-zerbitzuaren artekoa. Azkenaldian mendekotasunaren arretan eta autonomiaren sustapenean izan diren aurrerapen funtsezkoak ikusita, bai eta kronikotasunaren arretan izandakoak ikusita ere, gauza nabaria da bi sektoreak aldatzen eta umotzen ari direla, eta bi sektoreetako profesionalen kalitate handiari esker, koordinazio-lan hori egin daitekeela, egin, egoera asimetrikoa izanda ere.

1.2. PREMIA SOZIOSANITARIOAK DITUZTEN PERTSONAK

Eremu soziosanitarioaren alderdi subjektiboa zenbait faktorek definitzen dute; nagusiki, kronikotasunak, zahartzaroak, mendekotasunak eta baztertuta geratzeko arriskuak.

Tentagarria da, oso, arreta soziosanitarioak hartzen dituen kolektiboak zerrendatzea, horrek lagundu egingo lukeelako zer pertsona-motaz ari garen ulertzen; baina kontuan izan behar da, dena den, zerrendak mugatuak direnez beti, arrisku handi bat dakarrela horrek: zerrendan ageri ez direnak egon ez daudela pentsatzea, hain zuzen.

Beheko eskeman agiri honetako ildo estrategikoen xede-kolektibo nagusiak jaso ditugu; kolektibo horietako pertsonak dira arreta soziosanitarioaren hartzaile nagusi, eta hemen aurkezten dizkizuegun ekintza estrategikoak horiei begira taxutu dira funtsean.

Eremu soziosanitarioko jardunen ardatz nagusia pertsonak dira, beraz, eta hori guztia, jakina, printzipio hauetan oinarrituta: unibertsaltasuna, elkartasuna, ekitatea, kalitatea eta parte-hartzea. Arreta soziosanitario koordinatu eta pertsonan ardatzu horrek –helburu dugun ereduak, beraz– gaur egungo paradigma gainditzea eskatzen du (arreta zatikatua den eredu gainditzea, alegia), eta sortuko den arreta soziosanitarioko esparru berriaren elementu nagusiak garapen bidean dauden hauek izatea du xede::

3. irudia Garapen bidean dagoen arreta soziosanitarioaren eredu

FAKTORE NAGUSIAK	GAILENTZEN ARI DIREN ELEMENTUAK
Irisgarritasuna	Bizilekuan bertan
Eraitza	Osasuna, autonomia eta bizi-kalitatea
Ikuspuntua	Pertsonengan zentratua
Arreta eredu	Jarraitua eta koordinatua
Jarraipen asistentziala	Prebentzioa, sendabidea, zainketak, birgaitzea eta bizitzaren bukaera

2. irudia Ildo estrategiko soziosanitarioen xede-kolektiboak



1.3. HARREMAN-SISTEMA KONPLEXUA

Koordinazioaren aldeko apustuak paradigma-aldeketa dakar: plangintza eta zerbitzu-emate zatikatu alde batera utzi, eta herritarren premiei erantzuteko zerbitzuak modu koordinatuan antolatzea.

Alde batetik, izugarri konplexua da arreta eta plangintza soziosanitarioan esku hartzen duten eragilearen sarea; osasun-sektorekoak eta gizarte-zerbitzuak daude tartean (horiek zuzenean hartzen dute esku), baina beste sektore batzuk ere badaude, hala nola etxebizitza, justizia, hezkuntza eta segurtasuna. Politikak lantzen hasitakoan, beraz, guzti-guztietan ikuspuntuak nahitaez izan behar du sektoreartekotasuna, osasuna eta ongizatea, eta orobat, beste batzuen parte-hartzea: hirugarren sektorea; erabiltzaileen elkarteak, pazienteenak, herritarrenak eta senideen elkarteak; enpresa hornitzaileak; etab.

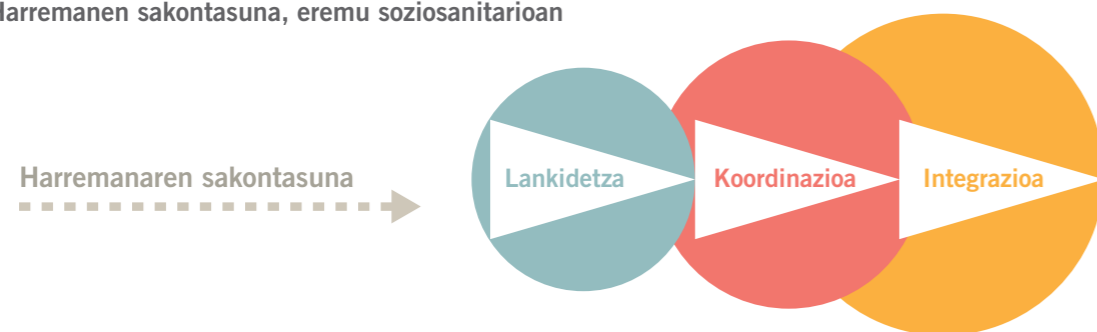
Konplexutasun hori dela eta, ezinbestekoa da administrazioko maila guztietan koordinazio-mekanismoak egotea, eta horiei zenbait ikuspegitik hel dakieke:

Harremanen zabaltasuna

Zabaltasunaren ikuspegitik, bi egoera-mota bereiz daitezke. Alde batetik, harreman horizontala, koordinatu beharreko erakunde edo unitateak kidekoak izanik koordinazioa ere maila berekoa denean sortzen dena; harreman-mota hori sortzen da, esate baterako, bi ospitaleren artean, edo bi egoitzaren artean, edo bi erosketasailen artean. Beste batzuetan, berriz, harremana bertikala da: elkarren artean koordinatu behar duten erakundeak edo unitateak asistentzia-maila berekoak ez direnean, hain zuzen. Horixe gertatzen da, adibidez, ospitaleko arreta eta oinarritzko arreta soziosanitarioa uztartzen direnean.

4. irudia

Harremanen sakontasuna, eremu soziosanitarioan



Lan honetan oinarritua: Kodner, D.

Eta harreman-mota horiek, gainera, batzuetan sektore berberaren barruan gertatzen dira (osasun-sektorean, esaterako), eta zenbaitetan, berriz, eremu partekatu batean (eremu soziosanitarioan, adibidez).

Harremanen sakontasuna

Sektoreen arteko harremanaren arloan egiten diren ekimenak haien sakontasun-mailaren arabera ere bereiz daitezke. Sakontasun-maila txikienekoak Lankidetzak esango diogun modalitatearekin lotutakoak lirateke; horrelakoetan, zaintza-lanetan aritzen diren zenbait profesionalak elkarlanean dihardute, ad hoc, baina elkarlan hori arautzen edo babesten duen esparrurik ez dago. Bestetik, Koordinazioa modalitatea dago; horrelakoetan, badago erakundearteko esparru egituratu bat, eta horrek aukera ematen du komunikazioa, informazioa partekatzea eta lankidetzak gerta daitezkeen errazteko mekanismoak zehazteko, baina finantziarioari eta erantzukizunei dagokienez, tartean diren erakundeek erabat independente izaten jarraitzen dute. Sakontasun-maila handieneko modalitatea Erabateko integrazioa da; erantzukizunak, baliabideak eta finantziarioa erakunde edo sistema bakar batean bateratzea eta horrela entitate berri bat sortzea dakar, eta entitate sortu berri horrek izango du pertsonen asistentziaren kontinuuma emateko ardura.

Luzetarako ikuspegia

Hirugarrenik, luzetarako ikuspegia dago; hots, pertsona batek bere bizitzan zehar eremu soziosanitarioarekiko harremanean duen ibilbide edo continuum asistentzialeko fase guztiak kontuan hartzean sortzen den ikuspegia.

Zaintzen continuum horrek zaintzak integrazteari egiten dio dei, eta ez egiturak integrazteari. Integrazio horretan, pertsona bakoitzak behar dituen zaintzen, zerbitzuen eta arretaren erregistroa eta plangintza egiten jarraitzen da, pertsona horrek har ditzakeen roletako bakoitzean dituenena gainera (paziente moduan, erabiltzaile moduan, bizilagun moduan dituenena eta abar), baina arlo soziosanitarioko sistemak osatzen dituzten arreta-maila edo arreta-tarte guztietan zehar. Alde horretatik, arreta sanitarioak nahiz gizarte-zerbitzuak zeregin nagusitzat izan duten sendatze eta zaintze huts horretatik harago doa, eta prebentzioa nahiz errehabilitazioa indartu beharra azpimarratzen du. Horrekin, koordinazio soziosanitarioak gure herrian bere gain hartzen duen, eta har dezakeen, lanaren ikuspegia zabaldu egiten da luzetara.

Koordinazioaren beharra hainbat mailatan

Ildo estrategiko soziosanitarioak abian jarriko bada, koordinazio-mekanismoak prestatu behar dira, zenbait mailatan: kudeaketan, arretan, administrazioan eta herritarrekiko harremanean. Bestela esanda: arreta soziosanitarioak makro-, meso- eta mikro-mailan egon behar du koordinatuta.

Jakintza-arlo honetako teorialari garrantzitsuenen esanetan, gai hauekin lotutako koordinazio-formulek osatzen dute makro-maila: arreta-politika publikoen diseinua, horiek arautzea, zerbitzuen plangintza (estatu-, eskualde- edo toki-mailan), eta finantziarioa. Meso-maila, berriz, arreta-unitateen edo -zerbitzuen kudeaketa operatiboaren arloko koordinazio-formulek osatzen dute; hots, zerbitzu-emate antolatze moduekin lotutakoak. Eta mikro-maila, azkenik, pertsona bakoitzari emandako arretaren koordinazioari dagokio (Reed et. al., 2005).

Agiri honetako ildo estrategiko soziosanitarioetan sartuta dago ikuspegi hori, eta koordinazio deritzogun eredu indartzen dute, eta ez sektoreen integrazioa. Hori ez da oztopo, dena den, beharrezkoa denean arreta soziosanitarioa modu integratuan ematerantz joateko. Gakoa, beraz, jarduer-maila guztietan modu koordinatuan aritzean datza: gobernantzatik asistentziara bitartean, arreta soziosanitarioaren premian gizabanako bat dagoen maila orotan.

5. irudia

Luzetarako ikuspegia, eremu soziosanitarioan



1.4. GAUR EGUNGO TESTUINGURUA

Herritarren premia soziosanitarioak ugaritzen ari dira, eta hainbat arrazoi daude horren atzean, hala nola prozesu soziodemografikoak eta osasun publikokoak (biztanleriaren zahartzea, gaixotasun kronikoak ugaritzea), zenbait aldagata sozial nahiz kultural handi (familia-egiturak eta -antolamenduak aldatzea, zaintzarekin lotutako antolaketa soziala aldatzea...), eta gizarte- nahiz arau-mailan izan diren aurrerapen garrantzitsu batzuk (esaterako, desgaitasunen bat duten pertsonen eta/edo mendekotasun-egoeran dauden deses-tigmatizazioa eta haien eskubideen aitortza).

“...maizegi egiten den akatsa da maila estrategikoko integratziotik –plan bat, ad hoc egiturak eta finantziarioa izatea– automatikoki mikro-mailako integrazioa gertatzen dela pentsatzea, eta hori ez da egia.”

Ararteko (2007). Arreta soziosanitaria: esparru kontzeptuala eta nazioarteko eta autonomietako aurrerapausoak. Hurbilketa. Arartekoak Legebiltzarrari egindako txosten berezia. Vitoria-Gasteiz.

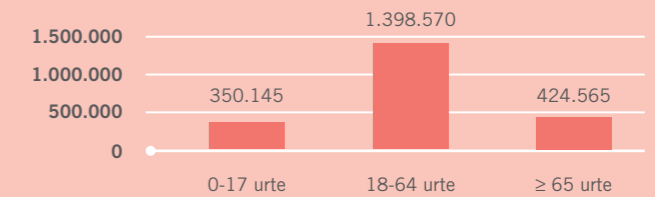
Gero eta maizago, prozesu horiek elkarri eragiten diote pertsonon bizitzan zehar, eta, beraz, politika publikoek gero eta modu berritzaileagoan eta gero eta ardura handiagoz erantzun behar diete erronka sozial horiei, ahalik eta ongizate indibidual nahiz sozial handiena eraikitzearen. Gaur egun, gainera, ikusita krisi ekonomikoak gizarte-egituretan izandako eragina (hala nola familietan, taldeetan eta erakundeetan), eta kontuan izanda horrek eragindako kalteei aurre egiteko dauden baliabideak urriak direla, are zentzuzkoagoa da premia soziosanitarioen ugaritze horri –eta beste hainbat erronkari– erantzun sistemiko eta koordinatuak bilatzea.

Erabat funtsezkoa da arreta soziosanitaria koordinatzeko politikak taxutzeari ekindakoan aldagata eta prozesu sozial horiek gogoan izatea, zer aukera eskaintzen dituzten ere identifikatzeko. Alde horretatik, bizi-itzaropena handitzeak –XX. mendeko aurrerapen handietako bat– erronka itzelak dakarzkigu (ikus 6. irudia), baina edonola ere, ihes egin behar zaie diskurtso alarmistei, biztanleriaren zahartze horrek ongizate-estatua amaitzea ekarriko duela diotenei, argi eta garbi gezurtatu baitituzte ikerketa zientifiko berriek (Spijker & MacInnes, 2013).

6. IRUDIA ALDAKETA DEMOGRAFIKOAK ALDAKETA SOZIAL HANDIEN IRUDI DIRA

Gaur egun, Euskal Autonomia Erkidegoan, 65 urte edo gehiago dituztenak (% 19,54) gehiago dira 17 urte edo gutxiago dituztenak (% 16,11) baino. Aldaketa horiek erronka handiak dakarzkigute, baina aukera bikaina ere badira, gizarte inklusiboago bat sortzeko bidea ematen digutenez gero.

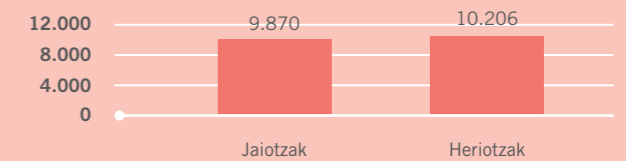
6.1. Biztanleria Euskadin, adin-talde handiak kontuan hartuz (2013/01/01ko datuak)



Iturria: EIN (2013). INEbase. Biztanle- eta etxebizitza-errola, 2011

Euskadin, heriotzen kopurua jaiotzena baino handiagoa da, 2013ko lehen sei-hilekoko datuak kontuan hartuz gero.

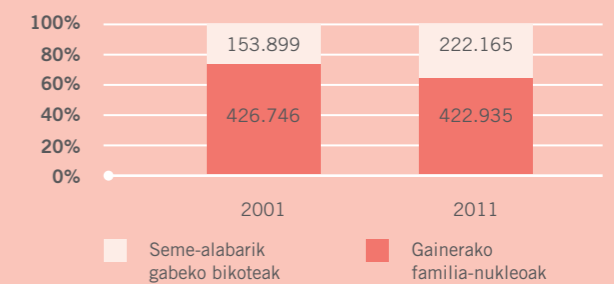
6.2. Jaiotzak eta heriotzak Euskadin (2013ko lehen sei-hilekoko)



Iturria: EIN (2013). INEbase. Biztanleriaren berezko mugimendua

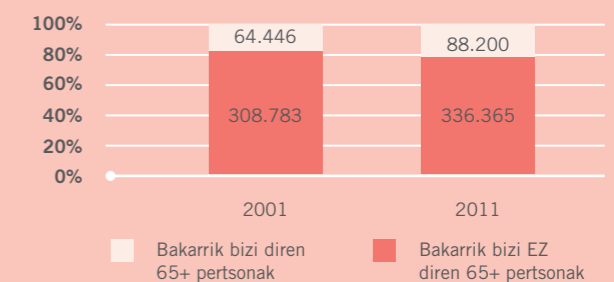
Familia-egiturak ere aldatzen ari dira; horrek eragin egiten du zaintzarekin lotutako antolaketa sozialean, eta horrek lotura zuzena du arreta soziosanitaria sortu izanarekin eta eskaria handitzearekin (orainean eta geroan). Adibidez, 2001ean, seme-alabarik gabeko bikoteak 153.899 ziren (% 26,5), eta 2011n, berriz, 222.165 (% 34,4). Bestalde, 2001ean, 65 urte edo gehiago izan eta bakarrik bizi zirenen kopurua 64.446 zen, eta 2011n, berriz, 88.200. Hamar urte horietan, gora egin dute bi multzo horiek.

6.3. Seme-alabarik gabeko bikoteen hazkundera Euskadin



Iturria: EIN (2013). Biztanleria-zifrak eta demografia-errolak.

6.4. Bakarrik bizi diren adinekoen hazkundera Euskadin



Iturria: EIN (2013). Biztanleria-zifrak eta demografia-errolak

Arreta soziosanitarioa estu lotuta dago gizartean zaintza antolatzeke moduarekin. Gaur egun, zaintzen krisia deritzonak agerian jartzen du zeinen elkarren mendeko diren dinamika indibidual nahiz familiarrak (eta esan beharra dago gizonezkoek eta emakumezkoek ez dituztela zaintzarekin lotutako rol berberak betetzen, eta zereginak ez direla berdintasunez banatzen) eta zaintza berezituak behar dituztenei arreta ematen dieten dinamika instituzionalak. 6. irudiko grafikoez erakusten duten bezala, familiak aldatzen ari dira, eta bizitza-proiektu indibidualak ere bai. Dena den, familia txikiagoak ugaritzea (batzuk pertsona bakarrekoak, beste batzuk seme-alabarik gabeko bikoteak), bai eta adinekoren kopurua handitzea ere (oro har, arreta soziosanitarioaren premia handiagoa izaten dute), errealitate bat da, eta horri ere erantzun egin behar zaio, egoki erantzun ere.

Alde horretatik, gogoan izan behar da mendekotasun-egoeran daudenei arreta emango bazaie –eta ongizate-estatuaren zutabeetako bat horixe da, hain zuzen–, maiz askotan ezinbestekoa dela osasun-sektorearen eta gizarte-zerbitzuaren arteko koordinazioa. Mendekotzat hartutako kopuruak gora egitea gauza ontzat hartu behar da: horrelako egoerak identifikatzeko mekanismoak hobetu izanaren seinaleztat, batetik, eta pertsona guztiok pertsona izate hutsagatik ditugun eskubi-deetan aurrera egin izanaren seinaleztat, bestetik.

7. irudiak erakusten duen bezala, Euskadin 84.944 lagunek aurkeztu dute eskabideren bat, beren egoera aztertu eta mendeko pertsonatzat hartuak izan daitezten; Euskadiko biztanleriaren % 3,87k beraz. Ia eskabide denek (% 97) jaso dute irizpena; guztira, 46.529 lagunek dute prestazio bat jasotzeko eskubidea, eta horietatik 41.174 dagoeneko jasotzen ari dira, edo jaso dute. Prestazio horietatik gehienak etxeokoe zaintzeko prestazio ekonomikoa dira (24.306), eta hurrenak, baina kopuruz askoz gutxiago, egoitzako arreta jasotzeko laguntza (10.115). Oro har, prestazioen ratioa pertsonako 1.18 prestaziokoa da.

Gehienak (bai eskabidea aurkeztu dutenak bai aldeko irizpena jaso dutenak) emakumezkoak dira, eta asko eta asko 55 urtetik gorakoak, baina adin guztietako jendea dago mendekotasun-egoeran. Pertsona horietako asko beren etxean bertan zaintzen dituzte, gehienetan emakumezko batek (senideak edo kontratatuak), eta geroago aurkeztuko ditugun ildo estrategiko soziosanitarioen xede-kolektiboren batekoak dira asko.

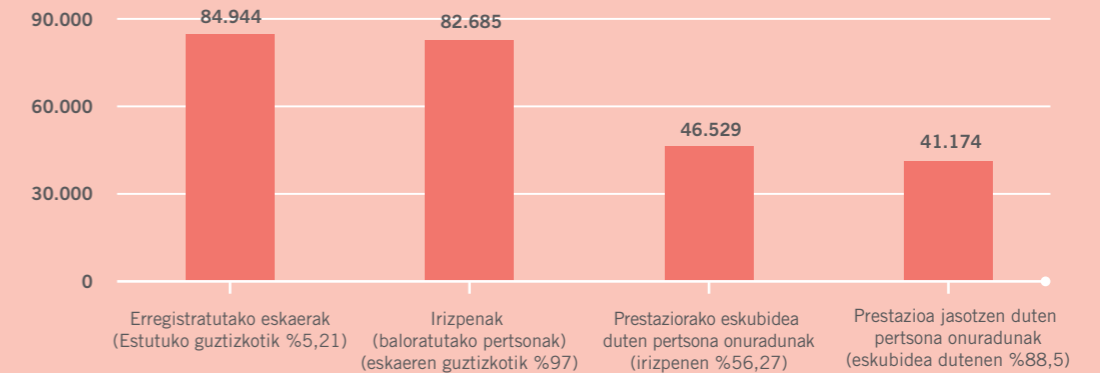
Mendekotasun-egoerez gain, beste faktore batzuek ere egiten dute beharrezko arreta soziosanitario koordinatua; besteak beste, biztanleria-talde guztietan gaixotasun kronikoen kopuruak gora egin izanak. Gaixotasun kronikoen prebalentzia handituz doa adinean gora egin ahala, baina adin-talde guztietan ageri da; batik bat, 45 urtetik gora eta gabezia-indize handieneko taldeetan (ikus 8. Irudia). Kronikotasuna kudeatzea eta hari erantzun egokiak ematea Euskadiko osasun-politiken nahiz gizarte-zerbitzuetako helburu estrategikoetako bat da. Horregatik, kronikotasuna eta arreta soziosanitarioaren koordinazioa elkarrekin lotuta daude, nabarmen, eta Euskadiko erakundeak eta administrazioak batera aritzeko ahalegin itzela ari dira egiten.

Osasunaren baldintzatzaile sozialen ikuspegitik, gauza jakina da gizarte-bazterketa eta gabezia faktore erabakigarriak direla, erabat; haiek tarteko direla, osasun-baldintza txarrak edo mendekotasun-egoerak ugariagoak dira biztanleria-talde batzuetan beste batzuetan baino. Osasunaren Mundu Erakundeak kausen kausetan eragitearen alde egiten du; hau da, osasun-sistematik at dau den baldintzatzaileetan jardutearen alde. Alde horretatik, ikerketa zientifiko berriek egiaztatu dutenez, 2008an hasitako krisi ekonomikoaren eraginez izugarri handitu da pobrezia-arriskua, izugarri ugari gizarte-bazterketako egoerak, eta izugarri okerragotu pertsonen bizitza-kalitatea (Eurofound, 2012; Eusko Jaurlaritza, 2012). Eta faktore horiek eragin egiten dute arreta soziosanitarioaren eskarian.

Horregatik, ikuspegi hori ere kontuan dute Euskadin arreta soziosanitarioa koordinatzeko ildo estrategikoez, eta bereziki erreparatzen diete gizarte-bazterketako egoeran edo babesik gabe dauden biztanleria-taldee. Hurrengo ataletan, egoera horietan dauden kolektiboekin lotutako ekintzak azalduko ditugu, xehe-xehe.

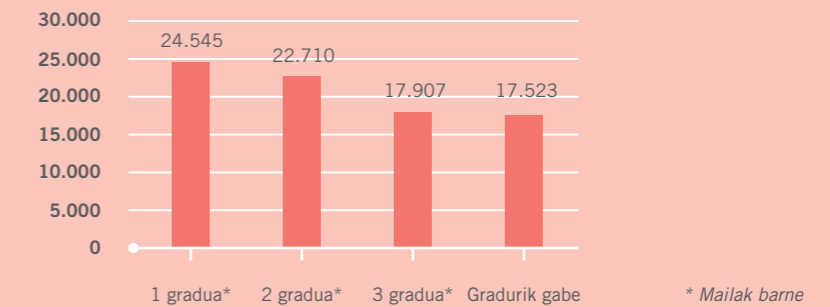
7. IRUDIA MENDEKOTASUNARI ARRETA, EUSKADIN

7.1. Autonomiarako eta Mendekotasunari Arreta emateko Sistemaren (AMAS) estatistika orokorrak, Euskadin (2013ko urriaren 31ko datuak)



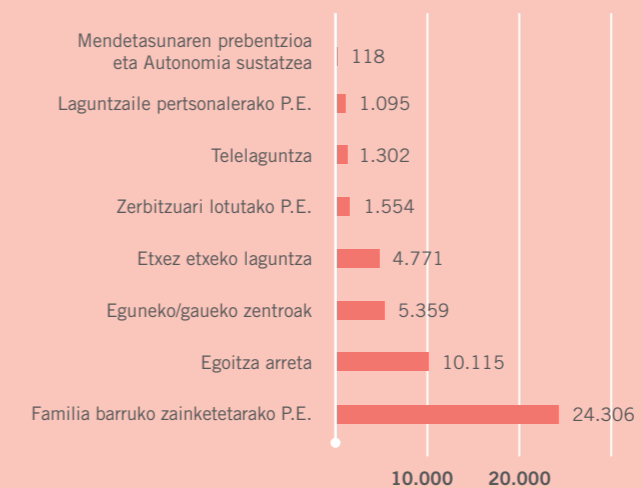
Iturria: Geuk egina, AMASen hileroko estatistiketan oinarrituta (www.dependencia.imserso.es)

7.2. AMAS: Mendekotasun-graduak Euskadin (2013ko urria)



Iturria: Geuk egina, AMASen hileroko estatistiketan oinarrituta (www.dependencia.imserso.es)

7.3. Prestazioen banaketa Euskadin (Ratioa: 1.18 prestazio/pertsona) (2013ko urria)



Iturria: Geuk egina, AMASen hileroko estatistiketan oinarrituta (www.dependencia.imserso.es)

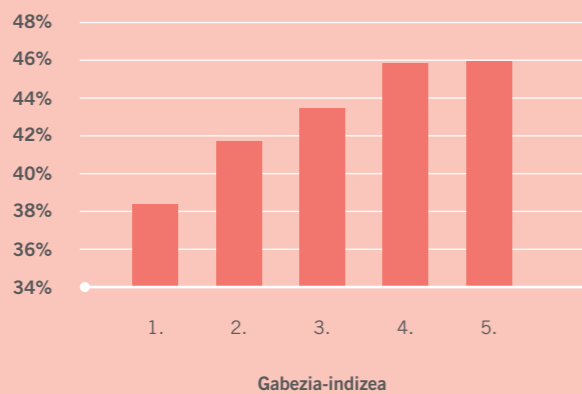
8. IRUDIA KRONIKOTASUNA EUSKADIN

8.1. Arazo kronikoen prebalentzia, adin-taldea (2010-2011)



Iturria: PREST - Euskadiko estratifikazioari buruzko datu-basea

8.2. Gaixotasun kronikoak dituzten pertsonen ehunekoa, gabezia-indizea^a kontuan hartuz (2010-2011)



Iturria: PREST - Euskadiko estratifikazioari buruzko datu-basea

^a Errola-sekzioko gabezia-indizea adierazle sozial gisa erabiltzen da. Sekzio bat lurralde-unitate bat da, eta zehazki, biztanleria-errolako informazioa bananduta eman nahi denean erabil daitekeen lurralde-unitaterik txikiena; biztanle-kopurua kontuan hartuta definitzen da, nagusiki, baina lurraldean geografiaren edo hirigintzaren aldetik dauden elementuak edo ezaugarriak ere hartzen dira kontuan. Sekzio guztiek ez dute biztanle-kopuru bera, baina errola-sekzioko biztanleria-mediana 1.200 biztanlekoa da. Sekzioa txikia izateak erraztu egiten du hura osatzen duten etxebizitzak homogeneoak izatea. Indize hori sortzeko, bi arloekin lotutako adierazleak hartu ziren kontuan: lanarekin lotutakoak (langabezia, eskulangileak eta behin-behineko langileak) eta hezkuntzarekin lotutakoak (hezkuntza urria, oro har eta gazteen artean). Gabezia-indizea kintiletan kategorizatzen da; bata gabezia sozial txikieneko eremua adierazten du, eta bostak, gabezia handienekoa.

1.5. ERREFERENTZIAZKO AGIRIAK

Euskadiko Plan Soziosanitarioa. Abiapuntuko egoerari buruzko txostena, 2001eko urria.

Eusko Jaurlaritzako Justizia Sailak, Lana eta Gizarte Segurantzza Sailak eta Osasun Sailak sustatuta, garai hartan indarrean zen eredu soziosanitarioaren mugak eta gabeziak identifikatu zituen txosten-diagnostiko honek, plan bat egiteari begira. Txostena erakundearteko lantalde batek egin zuen, Eusko Jaurlaritzako sail horietako eta hiru foru-aldundietako zenbait teknikariz eta arduradunetz osatua. Kolektiboka egituraturako plan bat aurkezten du agiriak, eta inoiz aplikatu ez bazen ere, bertan eredu soziosanitarioaz egingako gogoeta batzuk 2005eko Plan Estrategikoan jaso ziren gero.

Euskadin eremu soziosanitarioa planifikatzeko lehenbiziko ahalegintzat har liteke agiria, eta sekula mamitu ez bazen ere, orain indarrean den Plan Estrategikorako bidea urratu zuen, eta haren oinarriko elementuetako batzuk aurreratu zituen.

Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa. 2005-2008

Euskadiko arreta soziosanitarioaren eredu osatzen duten elementu kontzeptual eta ezaugarri nagusiak definitzen eta finkatzen ditu, estrategia kualitatiboak (eta soilik kualitatiboak) definituz. Egoeraren diagnostikoa egiten du, eta zenbait alderdi zehazten ditu, hala nola hobetu beharreko arloak, helburu estrategikoak, ekintza-plan bat eta jarraipenerako adierazleak.

Euskadin arlo soziosanitarioan aplikatzen diren osasun-zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen katalogoa. 2006ko maiatza.

Erakundearteko lantalde batek egina, katalogo honek gutxienez Euskadiko hiru lurraldeetako batean ematen diren osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzuak zerrendatzen ditu. Zerbitzu eta prestazio soziosanitarioen karta edo zorroa definitzeko oinarri modura aurkeztu zen. Arreta soziosanitarioaren premian zer kolektibo dauden zehazten du txostenak, bai eta Euskadin arlo soziosanitarioan zer osasun-zerbitzu eta gizarte-zerbitzu dauden ere, eta ondoren, horietako bakoitzaren edukia deskribatzen du.

Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren Ildoak prestatzeko Esparru Dokumentua. 2011ko otsaila.

Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua osatzen duten erakunde guztiek ia aho batez onartua, agiri loteslea da, eta erakundeen arteko koordinazio hutsaz harago, sinergia du helburu: eragile guztiek batera jarduteak dakarren sinergia, hain zuzen. Geroko plan estrategikoa egiteko eta Lurralde Historiko bakoitzean plan operatibo soziosanitarioak garatzeko erreferentzia nagusia da agiri hau.

2. PROPOSAMEN ESTRATEGIKOA

2.1. PRINTZIOPIO ESTRATEGIKOAK, BALIOAK, XEDEA ETA IKUSPEGIA

Sarreran aipatu bezala, egon badaude definizio praktiko eta nahikoak –adibidez, 12/2008 Legeak, abenduaren 5ekoak, Gizarte Zerbitzuei buruzkoak jasotzen duena– erreferentzia komun izan daitezkeenak.

Dena den, Eusko Jaurlaritzan Enplegu eta Gizarte Politiketako sailburuak nahiz Osasun sailburuak legealdi honetarako azaldutako ildo estrategikoek definizio osoago eta inklusiboago baten beharra ematen dute aditzera. Definizio berri horretan, herritarrak eragile aktibo izan behar du, eta osasunak, osasungintza hutsaz harago, topagune: “herritar guztien konpromisoa ez ezik, Euskadiko botere publiko guztien konpromisoa ere” batuko dituen topagunea (Jon Darpon, Osasun sailburua). Bestalde, jardun estrategiko eta politikoak oinarrian dituen balioak ere aipatzen dira; hots, pertsona guztiok duintasun bera dugulako printzipioa: “Pertsona guztiok, pertsona izate hutsagatik, duintasuna dugu, eta ez dugu preziorik; pertsona guztiok, pertsona garelako, begirunea eta aintzat hartuak izatea merezi dugu, eta denok maila berean gainera” (Juan Maria Aburto, Enplegu eta Gizarte Politiketako sailburua).

Pertsona guztiok duintasun bera dugulako printzipio unibertsala zenbait printzipio materialetan gauzatzen da. Herritarren bizitza-kalitatea hobetzea helburu duen esku-hartze indibidual edo kolektibo orok bete egin behar ditu printzipio horiek, eta hauek dira:

Xedea

Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren xedeari haren zerizanari eta strategiari zeharkakoak zaizkion balio batzuk emateak definizio zabalago batera garamatza:

Arreta soziosanitarioaren eredu eraginkor, koordinatu eta iraunkor bat garatzea da Kontseiluaren xedea, eta eredu horrek, pertsonan ardaztua –persona norberaren bizitza-proiektuaren protagonista dela ulertuta–, Euskadiko botere publikoen konpromisoari erantzun behar die.

Ikuspegia

Ildo pragmatiko batetik, eta Kontseiluaren xedearen adierazpenaren garapen modura, honela defini daiteke Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren ikuspegia zein den:

Esparru operatibo eta arau-esparru egoki bat sortzeko nahia da Kontseiluaren ikuspegia, esparru horren baitan erakundeen arteko solasa sarria izan dadin, eta elkarrenganako konfiantzan eta adostasunezko irizpideetan oinarritua.

Xede eta ikuspegi horretarako jardun-eremuek gainditu egiten dituzte Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua osatzen duten erakundeak, eta definitzen duten harreman-motan, erabat modu inklusiboa baita, beste instantzia instituzional batzuk ere egon beharko lukete (Hezkuntza, Justizia eta Segurtasun sailtakoak, adibidez), bai eta hirugarren sektorea osatzen duten eragile sozialek ere, hala nola arreta soziosanitarioaren eredu definitzeko eta eraikitzeko ezinbesteko diren hainbat aliatu eta kide.

9. irudia. Ildo estrategiko soziosanitarioen printzipio estrategikoak eta balioak

PRINTZIOPIOAK

1. **Saihestu** akzio edo omisioagatik kalteak eragin ditzaketan arrisku-jardunak.
2. **Errespetatu** pertsonen balioak eta kontzientzia askatasuna, modu autonomo eta arduratsuan esku-hartze, prozedura edo/eta prestazioetarako baimena ematen dutenean edo ez.
3. **Babestu** pertsona guztien eskubideak eta guztiei, dauden prestazio publikoetarako sarrera berdintsua ziurtatu.
4. **Konpromisoa hartu** onurarik egokiena lortzeko, gizarte eta osasun sistemako erabiltzaile bakoitzaren ongizatea hobetzeko.

BALIOAK



2.2. IKUSPUNTU ESTRATEGIKOA

10. irudia
Helburuak, ildo estrategikoak eta ekintzak

KOORDINAZIO SOZIOSANITARIOAKO HELBURU ESTRATEGIKOAK				
1.	2.	3.	4.	5.
Koordinazio soziosanitarioa zer elementu formalek osatzen duten definitzea	Komunikazio-eremua zein izango den eta zer ezaugarri izango dituen definitzea, eta garatzeko eta hedatzeko baliabideak jartzea	Eremu soziosanitarioan parte hartzen duten eragileen arteko koordinazioa sustatzea	Xede-kolektiboentzako zerbitzu soziosanitarioak lantzea	Eremu soziosanitarioan prestakuntza, ikerketa eta berrikuntza sustatzea

OINARRIZKO ILDO ESTRATEGIKOAK				
1.	2.	3.	4.	5.
Zerbitzu soziosanitarioen zorroa definitzea	Informazio eta komunikazio soziosanitarioko sistema bat ezartzea	Akordio soziosanitarioak formalizatzea	Xede-kolektiboetan arreta soziosanitarioa garatzeko plana	Eremu soziosanitarioan prestakuntza, ikerketa, berrikuntza eta ezagutza-transferentzia sustatzea

EKINTZAK				
Zerbitzu soziosanitarioen zorroa	<ul style="list-style-type: none"> · Komunikazio-plan soziosanitarioa · Historia soziosanitarioa · Oinarrizko arreta soziosanitarioa · Ikuspegi etiko-asistentziala arlo soziosanitarioan 	<ul style="list-style-type: none"> · Arauak eguneratzea · Finantziario-esparrua · Harremanetan berrikuntza 	Xede-kolektiboentzako ekintzak: <ul style="list-style-type: none"> · Buru-nahasmendua · Baztertuta eta babesik gabe geratzeko arriskua · Desgaitasuna eta mendekotasuna · Premia bereziak dituzten haurrak · Transplanteren bat egin edo gaixotasun arraro bat duten pertsonak 	<ul style="list-style-type: none"> · Ezagutza-transferentzia · Berrikuntzaren foroa · Etorbizik finantziatutako proiektuen jarraipena · Etorbiziko proiektuen lagin bat ebaluatzea · Jardunaldi soziosanitarioa

2.3. ILDO ESTRATEGIKOAK ETA EKINTZAK

OIE 1.
Zerbitzu soziosanitarioen zorroa zehaztea

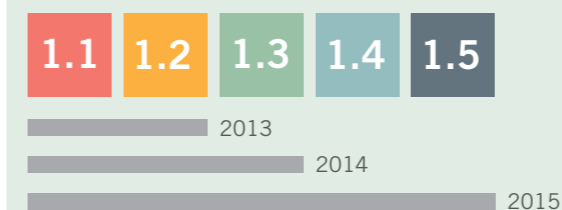
Arreta soziosanitarioa hainbat zerbitzu sanitario eta sozialen multzoak osatzen dute, eta zerbitzu horiek, betiere nahikoak eta aldiberekoak izan behar dutenak, zehaztu egin behar dira. Horretarako eskumena ematen zaio Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluari hura eratzeko dekretuan (4.c artikulua), eta hala dago ezarrita 12/2008 Legean, abenduaren 5ekoan, Gizarte Zerbitzuei buruzkoan (46.4 artikulua). Zerbitzu horien zorroa konplexua da, ez baitakar hirugarren sistema bat sortzea, ezpada bi sistemak beren jardunean bat eginda eta modu koordinatuan aritzea, edozein pertsonari une edo egoera jakin batean behar duen arreta integrala emateko. Konplexutasun horrek, eta zerbitzu sozialak eta sanitarioak emateko beharrezkoak diren baldintza bereziak ere kontuan izanda, guztiz gomendagarri bihurtzen du zorro horren alderdi juridiko, asistentzial, ekonomiko eta kudeaketazkoari lotutako esparru koordinatu eta koherente bat sortzea hiru Lurralde Historikoetarako, betiere sektoreartekotasunaren ikuspegitik eta adostasun-maila handiarekin, berme izan dadin.

Prestazio soziosanitarioak zein eta norentzat izango diren eta nola emango diren antolatzeak eta argitzeko eginkizunaz gain, prestazio horiek berriro bideratzea ere badu eginkizun, lurraldeartean bermatuta gera dadin arreta integral, irisgarri eta ekitatiboa, eta horrela, ez dadin gerta zenbait kolektibo edo lurralde diskriminazio-egoeran egotea.

EKINTZAK

- 1.1. Arreta soziosanitarioaren kostuei buruzko txostena egitea
- 1.2. Zerbitzu soziosanitarioen zorroa egiteko lantaldea sortzea
- 1.3. Eragile guztien kontsulta-aldia
- 1.4. Txosten etiko eta juridikoaren behin betiko zirriborroa
- 1.5. Arreta Soziosanitarioarako Euskal Kontseiluak onartzea

EGUTEGIA – MUGARRI NAGUSIAK



ESPEROTAKO ERAGINA

Marko juridiko, asistentzial, ekonomiko eta zorroa kudeatuko duena sortzea, ikuspuntu multisentsorialetik eta adostasun maila altu batek bermatua.

OIE 2. Informazio eta komunikazio soziosanitarioko sistema bat ezartzea

Informazioa zatikatuta egoteak –maiz askotan erakundearteko (bai eta erakunde barneko) eremu loturarik gabekoetan baitago– sarritan oztopoak eragiten ditu zaintzak lortzeko eta modu ekitatibo eta jarraituan emateko bidean, eta zailtasunak dakarzkie eremu soziosanitarioan hara-hona dabiltzanei.

Talde soziosanitarioen interkomunikazioa ahalbidetuko duen sistema bat garatzeak, informazioa heda dadin lortuko duena, kalitate oneko arreta soziosanitarioa eraikitzen lagunduko du.

2.0. Ildo estrategiko soziosanitarioak jakinarazteko agiria

Agiri hori prestatu eta zabaltzeak aukera emango du Koordinazio Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak 2013ko uztailaren 3an adostutako hitzarmen estrategikoa bai erakundeei bai herritarrei jakinarazteko.

2.1. Komunikazio-plan soziosanitarioa

Arreta soziosanitarioa hainbat eta hainbat eragilek osatutako sare deszentralizatu baten inguruan dago antolatuta, eta eragile horiek, gainera, zeinek bere sail instituzional, operatibo eta teknologikoa dute gehienetan. Komunikazio-plan soziosanitarioak, lehenik eta behin, sare horren mapa zehaztuko du; ondoren, zer baliabide dauden eta horien arteko erlazio interfuntzionalak kontuan hartuta, komunikazio-prozesuak diseinatu ditu, prozesuaren kanal formalak finkatuko ditu komunikazio-protokolotan oinarrituta, eta prozesu zail edo korapilatsuetarako arbitraje-egitura bat taxutuko du.

Horren guztiaren oinarria adostasuna izango da, aurretiazkoa eta loteslea, eta hor zedarrituko dira eragile profesionalen betebeharrak eta gaitasunak. Erabiltzaileen intimitate-, pribatutasun- eta konfidentzialtasun-eskubideekin lotutako alderdiak ere orduan argituko dira, eta horri buruzko protokoloa ere orduan da finkatuko.

Urrats hauek osatzen dute komunikazio-planaren garapena:

- 2.1.1. Baliabideen eta prozeduren mapa egitea.
- 2.1.2. Komunikazio-plan soziosanitarioa idaztea.
- 2.1.3. Komunikazio-plana erakustea.
- 2.1.4. Komunikazio-plana ebaluatzea.

2.2. Historia soziosanitarioa

Arlo soziosanitarioan informazio asko eta askotarikoa sortzen da, eta guztiz bestelakoak diren bi iturritatik, gainera:

- Sanitarioa; araei, antolakuntzari eta baliabide teknologikoei buruzko irizpide finkatu eta egonkorak ditu.
- Soziala; plataforma teknologiko bateraturik ez duenez, edukien eta erregistroaren aldetik askoz aldakorragoa da.

Bestalde, ez dago interoperatibitateko baliabide estandarizaturik bi sektoreetako sistemei hizkera komun bat ematen dienik, eta hain zuzen ere, hizkera komun batek emango luke bi sektoreen premiak elkarren artean lotzeko aukera.

Hori guztia kontuan izanda, beharrezko deritzogu tresna baliagarri eta komunez osatutako historia soziosanitario bat sortzeari, tresna horien bitartez informazioa garden bihurtu dadin bi sistemetan, egingarri izan dadin arreta soziosanitarioa planifikatzea eta ekitatez lortu ahal daitezen baliabide guztiak, horietara iristeko edozein mailatetik definituz horretarako ibilbideak. Mendekotasun-egoeran dauden eta/edo desgaitasunen bat dutenen autonomia-eskubidearekin lotutako alderdi garrantzitsuak ere sartuko lirateke haien barruan, hala nola autonomia-maila, balio esanguratsuak, tutoretza-egoera edo babesik gabe egotea. Historia soziosanitarioa egiteko, interkomunikazioko teknologia izango dute eragile profesionalak, informazio soziosanitarioa modu bateratuan kudeatu ahal dezaten, konfidentzialtasun- eta trazabilitate-irizpideak errespetatuz, betiere.

Urrats hauek osatzen dute historia soziosanitarioaren garapena:

- 2.2.1. Historia soziosanitarioaren zer eredu ezarriko den onartzea.
- 2.2.2. Eredua ezartzen hasi eta zabaltzea, proiektu pilotu baten bitartez.
- 2.2.3. Proiektu pilotua ebaluatzea.

2.3. Oinarrizko arreta soziosanitarioa garatzea

Arlo soziosanitarioan aritzen diren eragile profesionalak jendearen bizilekuan jardun behar dute, harek behar du izan elkarrekintzarako eremu, jendearen premiei erantzun egingarri, indibidualizatu eta egokiak eman diezazkieten, eta bizileku diogunean, adierarik zabalenean ari gara, hots, jendeak bizitzeko duen lekuaz, dela egoitza bat, dela familiako etxea, dela norberarena.

Bizilekura hurbiltze horrek, premien berri lekuan bertan jakiteak, egiazkoa eta koordinatua izan behar du, eta kasu-kudeaketaren metodologia erabiliz landua. Oinarrizko Arreta Soziosanitarioak premia dutenekin harremanetan jartzeko eta haiengana hurbiltzeko egitura hori emango luke, diziplina eta sektore anitzekoa eta koordinatua litzatekeelako eragile profesional soziosanitarioen parte-hartzea. Oinarrizko arreta soziosanitarioa garatzeko, hauek dira urratsak:

- 2.3.1. Asistentzia soziosanitarioa kudeatzeko eredu bat garatzea, pertsonan eta haren bizilekuan ardatzua.
- 2.3.2. Lurralde Historiko bakoitzean arreta soziosanitarioko taldeak ezartzeko proiektu pilotu bat hastea.
- 2.3.3. Proiektu pilotua ebaluatzea.
- 2.3.4. Oinarrizko arreta soziosanitarioko taldeak Euskadin zabaltzea.

2.4. Arlo soziosanitarioan ikuspegi etiko-asistentziala garatzea

Asistentzia kalitate onekoa izango da, baldin eta pertsonon bizitza-kalitatea sustatzen badu. Arreta soziosanitarioaren arloan dihardugunok giza bizitzan funtsezkoak diren hainbat alderditan eragiten eta jarduten dugu: osasuna, intimitatea, gorpuztasuna, garapen eta segurtasun emozionala, elkarrekintza soziala, gizartratzea, babes-mailak, norberaren erantzukizuna, ezbeharren eta zailtasunen kontrola, eta beste hainbat, kalitate oneko bizitza izateko zein baino zein garrantzitsuagoak.

Jardunbide horiek integralak, pertsonalizatuak eta jarraituak izan behar dute, jakina, baina horrez gain, ikuspuntu tekniko eta etikotik egokiak ere behar dute izan, eta tartean diren profesionalak nahiz erakundeek egokitasun hori betetzeko betebeharra dute, horren baitan baitago herritarren duintasuna eta eskubideak errespetatuak izatea.

Arlo soziosanitarioan etika gara dadin laguntzeko beste baliabide eta bitarteko eraginkor batzuk ere badaude: besteak beste, bai osasunaren arloan bai gizarte-zerbitzuenean jada badauden beste batzuk sendotzea eta koordinatzea (etika asistentzialari buruzko batzordeak, adibidez), eta nahiak aurretiaz agertzeko agiriak gehiago garatzea eta gizarte-zerbitzuetan jada aurreikusita dauden aurretiazko jarraibideekin uztartzea.

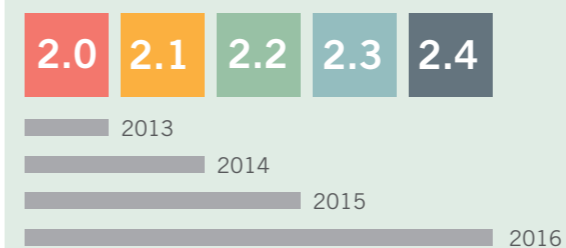
Arlo soziosanitarioan ikuspegi etiko-asistentziala garatzeak urrats hauek dakartza:

- 2.4.1. Etika asistentzialari buruzko batzordeak koordinatzea.
- 2.4.2. Arlo soziosanitarioan aurretiazko jarraibideen erregistroak eta nahiak aurretiaz agertzeko agirien erregistroa koordinatzea. Bi erregistroak bateratzeko aukerak aztertzea eta interoperatibitateko plataformak sortzea.

EKINTZAK

- 2.0. Soziosanitarioaren lerro estrategikoak zabaltzeko dokumentua sortzea
- 2.1. Komunikazio plan soziosanitarioa (KPSS)
- 2.2. Historia soziosanitarioa (HSS)
- 2.3. Lehen mailako arreta soziosanitarioa garatzea (LMASS)
- 2.4. Ikuspuntu etiko-asistentzialaren garapena arlo soziosanitarioan

EGUTEGIA – MUGARRI NAGUSIAK



ESPEROTAKO ERAGINA

Talde soziosanitarioen arteko interkomunikazioa ahalbidetzen duten sistemak garatzea, informazioa helaraziz arreta soziosanitario osoa eta kalitatezkoa bermatzeko.

OIE 3. Akordio soziosanitarioak formalizatzea sektoreen artean

Ekintza soziosanitarioaren maila operatiboak erakundeen arteko adostasuna du oinarri, eta adostasun hori hitzarmen eta akordio soziosanitarioen bidez formalizatzen da.

Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluan dauden sektoreez gain, lehenago ere aipatu ditugun beste instantzia batzuk ere badaude. Horietatik batzuk instituzionalak dira (Hezkuntza, Justizia eta Segurtasun Sailak), eta beste batzuek, hala nola hirugarren sektoreak, egitura deszentralizatu eta ez-organikoa dute; baina indar sozial eta instituzional handikoak izanik, den-denak dira funtsezkoak eremu soziosanitarioa ulertu eta hartan aritzeko, eta sartu egin behar dira eremu horren egituraketan, lehentasunezko aliatu eta kide gisa sartu ere.

Bestalde, funtsean Lurralde Historikoak izango dira maila operatiboa, eta jabekuntza-maila nahikoa izango dute: bertako premiak eta idiosinkrasia kontuan hartuz beharrezkoak diren hitzarmen eta akordioak izenpetzeko eta proiektuak abiarazteko bezainbesteko maila, alegia. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren ildo estrategikoen bultzadapean eta haiekin bat eginez jardungo da beti, eta apurka-apurka baliabideak nahiz prozedurak abian jartzen eta ezartzen egindako ahalegin ekonomiko publikoek parekoak beharko dute izan, Euskadiko herritar guztiek haietara jotzeko aukera berberak izango dituztelako balioa eta ekitatea harturik ardatz.

Ekintza horiek gauzatzeko, hauek dira urratsak:

3.2.1. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren araudia lantzea, eta araudi horretan, lurralde-batzorde soziosanitarioak eratzeko prozesua eta haien eginkizunak jasotzea.

3.2.2. Lurralde-plan operatiboak prestatzea.

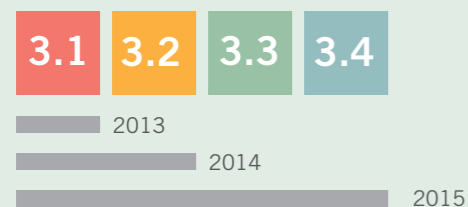
3.2.1. Lurralde Historiko bakoitzean proiektu pilotuak hastea, adostasun handiko arloetan (adibidez, material sanitarioaren edo botiken arloan).

3.3.2. Proiektu pilotuak ebaluatzea.

EKINTZAK

- 3.1. Koordinazio soziosanitarioaren markoko errekurtsuen araudia eguneratzea
- 3.2. Lurraldeko batzorde soziosanitarioak modu formalean eratztea
- 3.3. Eragileen arteko finantziario egonkorreko markoa garatzea
- 3.4. Erakundeen arteko lankidetzaren formulak berritzea

EGUTEGIA – MUGARRI NAGUSIAK



ESPEROTAKO ERAGINA

Hitzarmen eta akordio bidez gune soziosanitarioan parte hartzen duten aktore guztiak bazkide eta lehentasunezko aliatu gisa eranstea gune horren egituraketan.

OIE 4. Xede-kolektiboetan arreta soziosanitariao garatzeko plana

Arreta soziosanitarioko prestazioak, unibertsaltasunari, birbanaketari eta elkartasunari begira taxutuak, ongizate-estatuak dituen elementuetatik beste bat dira gure gizarte honetan. Eta ez dira nolana osagaia: zeharkakotasuna dute bereizgarri prestazioek, eta pertsonan ardaztuta egotea du bereizgarri arretak. Garrantzitsuena, baina, hauxe da: euskal herritar guztiak izan daitezkeela arreta eta prestazio horien hartzaile eta onuradun, eta horrek, kolektibo batzuek beste zenbaitek baino zaurgarritasun-maila handiagoa izanda ere, zatiketa hori gainditzea dakarrela nolabait.

Hala eta guztiz ere, gure gizarte honetako zenbait kolektibo gehiago ageriko dira arreta soziosanitarioaren aurreikuspenetan, haien egoera indibidual edo sistemikoa, soziala edo sanitarioa dela eta. Kolektibo horiek –desberdintasun-sortzaile diren zailtasun zehatzak dituztenak batzuk– esku-hartze intentsiboak eta sarritan idiosinkratikoak beharko dituzte, beren premiei erantzuteko baliabideak eta prozedurak garatu ahal daitezken, eta horien bidez, gizarteko gainerakoekin ekitatean jar ditzaten.

4.1. Buru-nahasmendua dutenei arreta ematea

Gaixotasun psikiatrikoek eta horrelakoak dituzten pertsonen berezitasun zehatz batzuk dituzte osasuna/gaixotasuna dialektika ohikoaren barruan. Alde batetik, estigma soziala dago; hots, buru-nahasmendua dutenei diskriminazio efektibo eta afektiboa eragiterainokoak diren apriorismo indibidual eta sozialak. Estigma sozial horrek gaixotasun moralen inguru okerrekoan kokatzen ditu gaixotasun psikiatrikoak. Egoera hori, historikoki, gaixotasuna tratatzeko berariazko instalazioen bidez (ospitale psikiatriko edo eroetxeen bidez) eta gaixotasun psikiatrikoak zituztenak urrunduz bideratu da, eta kolektibo horrekiko beldur eta baztertzalea zen kultura sozial bat ekarri du horrek. Gaur egun, normalizazioa lortzeko ahalegin handia egin den arren, estigmak hor dirau, eta hori oraindik ere faktore erabakigarria da buru-osasunaren arloan eta oro har osasungintzan erabakiak hartu behar direnean.

Bestalde, buru-nahasmendu larriek bilakaera kronikoa izan ohi dute. Horrelako gaixotasunak dituzten pertsonen desgaitasun funtzional handi samarra izaten dute, eta berariazko baliabide eta bitartekoak behar izaten dituzte. Erabat justifikatuta dago, beraz, horrelako gaixotasunak dituztenei ikuspegi indibidualizatu eta osotasunezko batetik laguntzea.

Adikziozko nahasmenduek ere, azken batean buru-nahasmenduak baitira, estigmatizazio, kronikotasun eta berariazko hori dute, eta arazo berberak izanik, buru-osasunaren arloko premia soziosanitarioen eremuan kokatzen dira.

Euskadin buru-osasunaren arloan daukagun estrategiak jasoak ditu, ondo deskribatu eta zehaztuta, zer ekintza diren egitekoak arreta soziosanitariao garatzeko eta Euskadin erakundearteko nahiz erakunde barneko koordinazioarako.

Buru-nahasmenduak dituztenen arreta soziosanitariao garatzeko, ekintza hauek lortu behar dira:

4.1.1. Buru-osasunaren arloan ematen diren zerbitzu soziosanitarioen lurralde-mapa bat egitea, Lurralde Historikoa.

4.1.2. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluari prestazioak homogeneizatzeko proposamen bat aurkeztea, Euskadiko buru-osasuneko estrategian eta erkidegoko eredu-jasotako prestazioak kontuan hartuz.

4.1.3. Iraupen luzeako paziente psikiatrikoak egoitza-egitura normalizatuera kanporatze horretan aurrera egiten jarraitzea.

4.1.4. Kolektibo jakin batzuentzako tratamenduak garatzea; adibidez, buru-nahasmendu larria dutenentzat eta buru-desgaitasuna dutenentzat.

4.2. Baztertuta eta babesik gabe geratzeko arriskuan daudenei arreta ematea

Gizarte-bazterketaz ari garenean, norbaiti integrazioa galtzea dakarkion prozesu sozialaz ari gara, eta horren barruan sartuta daude, diru-sarrerarik ez izatea eta lan-merkatutik urrun geratzeaz gain, baita harreman sozialak ahultzea, gizartean gutxiago parte hartzea, eta, beraz, eskubide sozialak galtzea ere.

Norbait bazterketa-egoeran dago, bizi-baldintzetan eta elkarbizitzakoetan gabezia eta eskasia ugari dituenen eta denborak aurrera egin ahala gabezia eta eskasia horiek bere horretan dirautenean edota areagotu ere egiten direnean.

Askotan, bazterketa-egoeran daudenak babesik gabe ere badaude. Funtsean, baina, babesik gabe daudenak zaurgarritasun larriko egoeran daude, dela bazterketa-egoeran daudelako, dela mende-kotasun-egoeran daudelako, dela desgaitasunen bat dutelako...

Behar-beharrezkoa da, beraz, egoera horiek ondo identifikatuta izatea, eskubiderik oinarritzkoenak ere errespetatuak ez izateko arriskuan baitaude pertsona horiek.

4.2.1. Azterzea eta txosten batean jasotzea zer arazok galaraz diezaieketen gizarte**an baztertuta egon dauden edo egoteko arriskua duten pertsonen** balia bide sanitario eta sozialak lortzea, eta arazo horiei zer konponbide eman dakiekeen. Horretarako, diziplina anitzeko lantalde bat osatuko da.

4.2.2. Bazterketa-egoeretan esku hartzeko protokoloak zehaztea. Protokolo horietan baliabideen mapa bat egongo da, eta garbi adieraziko da jardunbide bakoitzeko ardura nor izango duen eta erreferentziako pertsona nor izango den.

4.2.2.1. Lurralde Historiko bakoitzean protokoloak prestatzea eta proiektu pilotuak abian jarri eta zabaltzea.

4.2.2.2. Proiektu pilotu horiek formalki ebaluatzea.

4.2.3. Baztertuta egon dauden edo egoteko arriskua duten pertsonentzako arretan gizarte-zerbitzuen arloko eta hezkuntzako laguntza-zerbitzuak indartzea.

4.2.4. Patologia kronikoak izan, kontrola behar eta bizilekurik ez duten pertsonentzako arretan laguntza-zerbitzuak indartzea.

4.2.5. Sozializazio-maila txikiko pertsonentzat eskakizun-maila txikiko mekanismo soziosanitarioen beharra zenbaterainokoa den aztertu eta neurria ezartzea.

4.2.6. Arreta soziosanitarioaren jarraitutasuna bermatze aldera haurrak babesteko sareari laguntza emateko programak zenbateraino diren beharrezko aztertu eta neurria ezartzea.

4.2.7. Haurrak arriskuan edo babesik gabe dauden egoerei edo **tratu txarrak** jasotzen dituztenei dagokienez, prebentzioa eta jardutea.

4.2.7.1. Eginda dauden protokoloak biltzea eta ebaluatzea.

4.2.8. Mendekotasun-egoeran dauden pertsonak zabarkeriaz tratatzeari, abandonatzeari edo tratu txarra emateari dagokienez, prebentzioa eta jardutea.

4.2.8.1. Adinekoak eta mendekotasun-egoeran dauden pertsonak tratu txarren pean daudela hautemateko tresna bat prestatzea eta baliozkotzea.

4.2.8.2. Adinekoak eta mendekotasun-egoeran dauden pertsonak tratu txarren pean daudela hautemateko tresna ezartzea. Proiektu pilotua, Lurralde Historikoa.

4.2.8.3. Proiektu pilotu horiek ebaluatzea.

4.2.9. Genero-indarkeria jasan duten pertsonak arriskuan edo babesik gabe dauden egoerei edo tratu txarrak jasotzen dituztenei dagokienez, prebentzioa eta jardutea.

4.2.9.1. Eginda dauden protokoloak biltzea, jarraipena egitea eta ebaluatzea.

4.3. Desgaitasunen bat dutenei eta/edo mendekotasun-egoeran daudenei arreta ematea

Desgaitasunen bat dutenei, bai eta mendekotasun-egoeran daudenei ere, gertakizun horrek biziki eragin diezaiekete gizon-emakume orok pertsona gisa errealizatzeko eta modu integratuz garatzeko dugun irrikian. Baina horrelako egoerak erronka kolektibo bat ere badira; kezka sortzen du jendartearen, egoera horiei heltzeko baliabideak nola lortu eta antolatuz, eta adostasun politiko eta sozial handia eskatzen du.

Mendekotasuna prozesu dinamiko eta aldakorra da. Fenomeno multidimentsionala da, eta faktore askok eta askotarikoek eragiten dute: faktore fisikoek, emozionalek, intelektualek, harremanekin lotutakoek, sozialek, juridikoek, ekonomikoek... Horregatik, mendekotasun-egoeran daudenen eta/edo desgaitasunen bat dutenen kolektiboa ere heterogeneoa eta askotarikoa da, oso: adinari dagokionez, egoera horretan egotearen arazoiei dagokienez, mugatuta dauzkaten gaitasun-motei dagokienez eta behar dituzten laguntzei dagokienez, besteak beste.

Desgaitasunen bat dutenei eta/edo mendekotasun-egoeran daudenei laguntza eta zerbitzuak ematean, pertsonaren autonomia ahalik gehien sustatu behar da, eta bi zentzutan gainera: batetik, norberaren gaitasunak ahalik gehien mantentzea eta garatzea; eta bestetik, nor bere bizitzan ahalik eta kontrol handiena izatea. Teknikoki agindutako arekiko oreka gordez, noski, egoera horretan daudenei aukera eman behar zaizkie, ahal den neurrian, zenbait prestazio eta zerbitzu, eta horiek modu jarraituan eta hurbil jasotzearen integrazteko edo antolatzeko aukera ere izan behar dute. Alde horretatik, sektorearteko eredu guztiz soziosanitario baterantz joatea komeni da: erabaki klinikoak pertsonen bizi-proiektua eta baliabide

sozialak kontuan hartuz hartzea eta haiekiko koherenteak izatea, eta inolaz ere ez gertatzea utzikeria eta/edo seta terapeutikoko egoerak.

Desgaitasunen bat dutenei eta/edo mendekotasun-egoeran daudenei horrelako arreta emateko, hauek dira ekintzak:

4.3.1. Mendekotasun-egoerei aurrea hartzeko eta autonomia sustatzeko programak sustatzea.

4.3.1.1. Osasun-erakundeetan paziente geriatrikoak eta mendekotasun-egoeran daudenak tratatzeko prozedura soziosanitarioak hobetzea, altak bermatzeko baina mendekotasunik areagotu gabe.

4.3.1.1.1. Langile sanitarioak eta soziosanitarioak prestatu eta aldi berean sentsibilizatzeko prestakuntza-programa bat sustatzea, paziente geriatrikoen mendekotasun-baldintzak hobetzeko.

4.3.1.1.2. Erkidego-mailan errehabilitazio tratamenduak sustatzea.

4.3.1.1.3. Ortogeriatriako zaintzen premia dagoen egoeretan arreta ematea, mehaka-hezurra hausteagatik adinekoei bigarren mailako mendekotasuna sortzea prebenitzeko. Lurralde bakoitzeko proiektuak ebaluatzea.

4.3.1.2. Material ortoprotesikoen eta laguntza teknikoaren prestazioen katalogoak berrikustea, bai osasun-sistemakoak bai gizarte-zerbitzuetakoak, hutsuneak eta bikoiztasunak identifikatzeko eta jendearen benetako beharretara egokitzea.

4.3.1.3. Desgaitasunen bat dutenen eta/edo mendekotasun-egoeran daudenen ohiko bizilekuan plataforma telematikoa eta informatiboak funtzionalki integratzea (BetiOn, Osarean, Telbil...). Lurralde bakoitzean proiektu pilotuak abian jartzea.

4.3.2. Desgaitasunen bat dutenen eta/edo mendekotasun-egoeran daudenen zaintzaileei prestakuntza eta laguntza emateko programak garatzea, maila asistentzial guztien bitartez.

4.3.2.1. Laguntza-sare informaleko pertsonen prestakuntza emateko programak sustatzea.

4.3.2.2. Pertsona ospitaleraturen bat zaintzen ari eta altako porrota saihesten ari direnei prestakuntza emateko programak bultzatzea.

4.3.3. Dementia dutenei arreta psikogeriatrikoa emateko eredu soziosanitarioa definitzea eta ezartzea.

4.3.3.1. Dementia dutenei arreta psikogeriatrikoa emateko eredu soziosanitarioa definitzea.

4.3.3.2. Dementia dutenei arreta psikogeriatrikoa emateko eredu soziosanitarioa ezartzea. Lurralde bakoitzean proiektu pilotuak abian jartzea.

4.3.3.3. Proiektu pilotuak ebaluatzea.

4.3.4. Bizitzaren amaieran daudenei zaintza aringarri integral, etiko eta diziplina anitzekoa emateko eredu soziosanitario bat adostea.

4.3.4.1. Dauden baliabideen mapatik abiatuta, zaintza aringarrien eredu soziosanitarioa definitzea eta jakinaraztea.

4.3.4.2. Bizitzaren amaieran daudenekin aritzen diren arlo soziosanitarioko profesionalak (maila asistentzial guztietakoei) eredu horri buruzko prestakuntza ematea eta sentsibilizatztea.

4.4. Premia bereziak dituzten haurrei arreta ematea

Haurren garapena konplexutasun handiko prozesu dinamikoa da, oinarri genetiko zehatz baten gainean era askotako faktore biologiko, psikologiko eta sozialek eragiten baitute, horiek ere elkarri eraginez, gainera. Haurren garapenean izaten diren arazo edo nahasmenduek ere alderdi asko izaten dituzte, beraz, eta horregatik, behar-beharrezkoa da horrelakoei heltzeko abiapuntua diziplinartekotasuna izatea, espezializatua eta behar bezala koordinatua.

Euskadin gaur egun dugun egoera ikusita, esan daiteke osasun-zerbitzuetan, gizarte-zerbitzuetan nahiz hezkuntza-zerbitzuetan (bakarka hartuta) arreta egoki samarra ematen dela. Baina erakundearteko, sektorearteko eta lanbidearteko koordinazioan asko dago hobetzeko; batik bat, mendekotasun handiko haurrei dagokienez, eta haurren arretara egokitutako baliabide soziosanitarioei dagokienez (batez ere, sortzetiko patologietan). Hori guztia gogoan, hausnarketa bat sustatu zuen Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak; Arreta Goiztiarreko Eredua Euskal Autonomia Erkidegorako onartzea izan zen emaitza, eta eredu hori garatzea dagokigu orain.

Ezin ahantz daiteke eredu horrek gainditu egiten duela osasun- eta gizarte-zerbitzuen erantzunkidetasuna eta lankidetzeta, eta nahitaezkoa dela, agirian jasota dagoen bezala, hezkuntza-sistema ere inplikatzeko. Premia bereziak dituzten haurren arretarako, hauek dira urratsak:

4.4.1. Euskadin arreta goiztiarra emateko sarea arautzen duen dekretuan jasotakoak ezartzea eta garatzea.

4.4.1.2. Premia Bereziak dituzten Haurrei Arreta Integratua emateko Prozesua (PAINNE) ebaluatzea.

4.4.1.2. Arreta Goiztiarra Ebaluatzeko Taldeak (AGET) sortzea eta sendotzea.

4.4.1.3. Lurralde bakoitzean proiektu pilotuak abian jartzea.

4.5. Beste kolektibo batzuei arreta ematea

Kolektibo batzuk gure gizartean ia ezkutuan bezala daude, dela gutxi izanik entzute gutxi dutelako, dela estigma sozial bat lotzen zaielako. Bote-re publikoen aurrean ia bakarka aritzea ekartzen die horrek askotan, eta emaitzak kaskarrak izaten dira gehienetan. Horregatik, kolektibo horiei arreta berezia eman behar zaie.

Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren xedearen alderdietako bat –eta gogora dezagun, bide batez, pertsona duela ardatz– entzute gutxi duten kolektiboekiko sentsibilizazioa da, hain zuzen ere, eta horietako bat gaixotasun arraro deritzen gaitzetako bat dutenen kolektiboa da: arazo konplexu eta askotarikoak dituzte, gehienetan bilakaera kronikoa, eta ibilbide soziosanitarioa, eskuarki, ez dago aurreikusita.

Hauek dira eginkizunak:

4.5.1. Gaixotasun arraroak dituztenentzat gaur egun dauden baliabide soziosanitarioen mapa bat egitea.

4.5.1.1. Lantalde bat sortzea, tartean horrelako gaixotasunek eragindakoen elkarteak ere badirela.

4.5.1.2. Gaixotasun arraroak dituztenentzat gaur egun dauden baliabide soziosanitarioen mapa egitea.

4.5.2. Baliabideen mapa historia klinikoan sartzea.

4.5.3. Transplanteren bat egin zaienen arreta soziosanitarioa sustatzea.

EKINTZAK

- 4.1. **Buru-nahasmenduak** dituzten pertsonen arreta ematea
- 4.2. Bazterte arriskuan eta babesgabetasun egoeran dauden pertsonen arreta ematea
- 4.3. Desgaitasuna duten eta/edo mendetasun egoeran dauden pertsonen arreta ematea
- 4.4. Beharizan bereziak dituzten umeei arreta ematea
- 4.5. Beste kolektibo batzuei arreta ematea: **transplante bat izan duten pertsonak eta ezohiko gaixotasunak dituztenak**

EGUTEGIA – MUGARRI NAGUSIAK



ESPEROTAKO ERAGINA

Babes handiagoa eta arreta soziosanitario intentsiboagoa, hala behar duten gure gizarteko kolektiboetan.

OIE 5.

Eremu soziosanitarioan prestakuntza, ikerketa, berrikuntza eta ezagutza-transferentzia sustatzea

Arreta soziosanitarioaren ereduak ez da jarraibide itxi eta estatiko bat, ez kontzeptualki, ez operati-boki, ez teknologikoki.

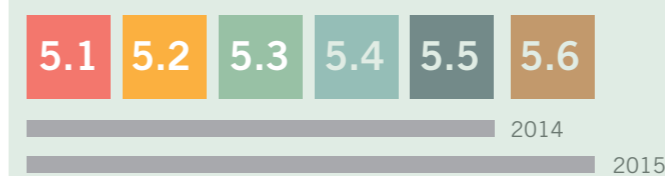
Hamaika arazori irtenbide bila aritu beharra izaten da askotan, eta gizarte-aldaketek eta tartean elkarri eraginez dauden eragileen sormenak aurkitu ere aurkitzen dizkiete arazo jakinei tokian tokirako irtenbideak. Ezagutza zehatz hori ezagutza orokortu, hedatu eta sistemiko bihurtzeko, ikerketa-metodologiak aplikatu behar dira, kuantitatiboak nahiz kualitatiboak, esperientzia horiek guztiak ebidentzia bihurtzeko. Hemen proposatzen dugun zirkuitua ixteko, ezagutza-transferentziaren prozesuan teknologia berriak eta ekintzak egiaz ezartzea da azken urratsa.

Prestakuntza, ikerketa, berrikuntza eta ezagutza-transferentzia, horretan guztian bermatuta haziko eta umotuko da arreta soziosanitarioaren ereduak, eta horietan emango digute bide ekintza soziosanitario horiek eragingo dituzten aldaketa kulturek ekar diezaguten herritarrok eta erakundeek nahi berberaren alde ahalegintzea: gizarte zuzenago eta solidarioago bat eraikitzea.

EKINTZAK

- 5.1. Ikerketa eta berrikuntza soziosanitarioaren **egoerari** buruzko txostena
- 5.2. Etorbiziko laguntzen bidez finantzaturako proiektuen muestra baten **ebaluazioa**
- 5.3. Berrikuntza **soziosanitariorako foroa** sortzea
- 5.4. Etorbizik finantzaturako **proiektuen** jarraipena egitea (monitorizatua) eta laguntza teknikoak ematea proiektua bukatu arte
- 5.5. Gune soziosanitarioaren koordinazioari buruzko **jardunaldiak**
- 5.6. I+i proiektu edo ekimenei buruzko ezagutzaren **transferentzia**

EGUTEGIA – MUGARRI NAGUSIAK



ESPEROTAKO ERAGINA

Aztertze eta berritzeko gaitasuna sortzea gune soziosanitarioan. Sortutako ezagutza efizientziak hedatzea gune soziosanitarioko eragile guztien artean.

BIBLIOGRAFIA

ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK

Ararteko (2007): **Arreta soziosanitaria: Esparru kontzeptuala eta nazioarteko eta autonomietako aurrerapausoak. Hurbilketa**, Arartekoak Legebiltzarrari egindako txosten berezia, Vitoria-Gasteiz.

Commission on Social Determinants of Health (2008): **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, OME, Geneva.

Eurofound (2012): **Third European Quality of Life Survey. Quality of Life in Europe: Impacts of the Crisis**, Europar Batasunaren Argitalpenen Bulegoa, Luxemburgo.

Eusko Jaurlaritza (2012): **Pobreziari eta gizarte-desberdintasunei buruzko inkesta, 2012. Emaita nagusiak**, Enplegu eta Gizarte Politike-tako Saila, Araubide Juridikoaren eta Zerbitzuen Zuzendaritza.

KODNER, D.: "All together now: a conceptual exploration of integrated care", in **Healthcare Quarterly**, 13 special, 6-15. doi:10.12927/hcq.2009.21091

QUEREJETA, M. (2006): **Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación**, Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa, Gizarte Zerbitzuen Estatuko Idazkaritza, Familiak eta Desgaitasuna, IMSERSO, Madril.

REED, J.; COOK, G.; CHILDS, S.; MCCORMACK, B. (2005): "A literature review to explore integrated care for older people", in **International Journal of integrated care**, 5, urtarrila-martxoa.

SPIJKER, J.; MACLNNES, J. (2013): "Population ageing: the time bomb that isn't?", in **BMJ**, 347: f6598.
