

EUSKADIKO LEHEN MAILAKO ARRETARAKO ESTRATEGIA



EUSKADIKO LEHEN MAILAKO ARRETARAKO ESTRATEGIA



Euskadi, auzolana

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Vitoria-Gasteiz, 2019

Lan honen bibliografia-erregistroa Eusko Jaurlaritzaren Bibliotekak sarearen katalogoan aurki daiteke:

<http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>

Argitalpena:

1.a, 2019ko otsaila

Ale-kopurua:

300 ale

© Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa
Osasun Saila

Internet:

www.euskadi.eus

Argitaratzailea:

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

Itzultzaileak:

Éditra

Diseinua:

Begoña Paino Ortuzar

Inprimaketa:

Printhus

Lege gordailua:

VI-151/19



AURKIBIDEA

1. SARRERA.....	9
2. LEHEN MAILAKO ARRETAREN FINANTZAZIOA ETA ASISTENTZIA-EREDUA.....	17
3. EUSKADIKO LEHEN MAILAKO ARRETA, ZENBAKITAN.....	23
A. Ezarritako egitura.....	23
B. Lehen Mailako Arretaren jarduera.....	25
C. Lehen Mailako Arretaren emaitzak.....	26
4. ILDO ESTRATEGIKOAK.....	43
1. ILDO ESTRATEGIKOA: Lehen Mailako Arretaren eginkizunari balioa ematea.....	43
2. ILDO ESTRATEGIKOA: Lehen Mailako Arretako taldeen egitura erronka demografiko eta epidemiologikoetara egokitzea.....	46
3. ILDO ESTRATEGIKOA: Lehen Mailako Arretako taldeen antolaketa eta kudeaketa optimizatzea.....	48
4. ILDO ESTRATEGIKOA: Goreneko gaitasunean sakontzea erizaintzaren garapen profesionala.....	51
5. ILDO ESTRATEGIKOA: Familia-medikuntzako belaunaldi-erreleboan asistentzia-hutsunea saihestea.....	57
6. ILDO ESTRATEGIKOA: Lehen Mailako Arretan arreta pediatrikoaren eredua sendotzea.....	61
7. ILDO ESTRATEGIKOA: Lehen Mailako Arretan hizkuntza normalizatzeko planak eta berdintasunerako planak ezartzea.....	66



1. SARRERA

1. SARRERA

Osakidetzaren barruko nahiz kanpoko hainbat agentek ekarpenak egin dizkiote “EUSKADIN LEHEN MAILAKO ARRETA EMATEKO ESTRATEGIAK” izeneko dokumentuari, eta Osasun Sailak jaso ditu ekarpenok. Bada, horiek aztertzeko nahiz laburbiltzeko fasea garatu da. Ekarpenak hain heterogeneoak izateak zaildu egin du prozesua, baina, zalantzarik gabe, beharrezko hausnarketa-fasea aberastu dute. Hortaz, nahitaez aitortu eta eskertu behar dugu Osasun Sailak eta Osakidetzak barne- nahiz kanpo-mailan egin duten ahalegina.

Hala, dokumentu honetan aurkeztuko da prozesu horren azken emaitza, eta, bertan, ahalizandean neurrian, egindako ekarpenak jasotzen dira. Alabaina, ildo estrategikoek Lehen Mailako Arretaren alderdi jakin batzuetara bildu behar izan dute gogoia, halaber. Ondorioz (eta ez Lehen Mailako Arretari ez dagozkion elementutzat hartzen direlako), dokumentu honetan ez dira etengabeko arreta-guneen inguruko ekintza espezifikoak jasotzen, azterketa sakona beharko luketelako berez, eta, aurreko legegintzaldietan gertatu izan den bezalaxe, monografikoki jorratu izan baita alderdi hori. Halaber, badira dokumentu honen irismen eta planteamendutik kanpo geratu diren bestelako alderdiak ere; izan ere, zehaztasunaren aurrean, gaur egun Lehen Mailako Arreta indartzeko giltzarritzat jotzen diren alderdi jakin batzuei heldzearen alde egin dugu.

Gogorarazi beharra dago dokumentua jendaurrean jarri dela, zuzendaritza-taldeekin, profesionalekin, sindikatuarekin, elkarte zientifikoekin eta abarrekin eztabaidatzeari begira, Osakidetzak berrikuntzarengatik, antolatzeke ereduarengatik, prestazioen kalitatearengatik eta profesionalen bikaintasun eta konpromisoarengatik jarrai dezan erreferentziazko zerbitzu publikoa izaten, eta xede horri zuzendutako politikak eta ekintzak zehaztu eta hedatu daitezten. Hori dela-eta, oinarri-dokumentuan egindako azterketaren ostean, bai eta gure Lehen Mailako Arretaren eginkizunen, indarguneen eta ahulguneen inguruko askotariko foroetan ikusi den eztabaida biziaren ondoren ere, Osasun Sailaren eta Osakidetzaren ekintzaren asmoa islatuko duen laburpen-dokumentua idaztea erabaki da, askotariko proposamenen, horien aurrean piztutako eztabaidaren eta antolaketa-egingarritasunaren emaitza izan dadin.

Era berean, gogorarazi beharra dugu EUSKADIKO OSASUN SISTEMAN LEHEN MAILAKO ARRETA DUEN EGINKIZUNARI dagokionez honela definitzen dela Lehen Mailako Arreta (AP): asistentzia-maila bat da, zeinak, asistentziaren luzetarako joeran,

profesionalen balio-aniztasunean, talde-lanean eta irisgarritasunean oinarrituta, pertsonen eta beren komunitatearen osasun-arazo gehienak konpontzera bideratutako laguntza ematen duen, ospitale-mailarekin, osasun mentalaren sarearekin, gizarte-zerbitzuekin eta osasun-sare publikoarekin koordinatuta.

Osasun-sistema –behar bezala eta zentzuzko kostu jasangarriarekin– emaitza onak lortzera gidatzeko sekulako ahala dauka Lehen Mailako Arretak.

Are, Euskadin, 80ko hamarkadan erreforma hasi zuenetik, Lehen Mailako Arretak funtsezko papera izan du euskal osasun-sisteman, eta Euskadin bizi diren pertsona guztiei kalitateko osasun-laguntza emateko ezinbesteko eginkizunak garatu ditu.

Eginkizun horien artean, honakoak azpimarra daitezke:

- Lehen Mailako Arreta da sistemako aktore nagusia, osasuna sustatzeko eta gaixotasunak prebenitzeko zerbitzuen hornikuntzan.
- Sarrerako atea da, eta, eginkizun horri esker, Lehen Mailako Arretako profesionalen irudia finkatu da pazienteen erreferente gisa, zuzenean arta baititzakete pazienteak, edo, bestela, beren premiei hobekien egokitzen zaien osasun-baliabidera bideratu baititzakete. Zentzu horretan, nabarmentzekoa da Lehen Mailako Arretak duen konponketa-gaitasuna.
- Asistentziaren jarraitutasuna, oinarrizkoa arazo kronikoak behar bezala kontrolatzeko.
- Asistentziaren luzetarako joera da Lehen Mailako Arretaren bereizgarria, sistemako bestelako edozein asistentziaren aurrean.
-

Zalantza-izpirik gabe, Lehen Mailako Arreta osasun-sistemaren oinarrizko kate-begia izatea eragiten duite eginkizun horiek guztiek. Osasun-sistema publikoa bi asistentzia-mailatan antolatuta dago: batetik, Lehen Mailako Arreta (AP) dugu, eta, bestetik, ospitaleko arreta (AH). Bada, herritarrei kalitateko osasun-laguntza ematen jakin du sistemak, ageriko zatiketa hori izan arren, maila bakoitzak bestea osatu duelako eta, horri esker, euskal biztanleen premiei egokitutako erantzuna eman ahal izan delako, bi zatiak multzoan hartuta.

Hala ere, bizi-itxaropena pixkanaka areagotu izanaren eta ugalkortasun-tasa nabarmen jaitsi izanaren ondoriozko aldaketa demografikoa zahartze mailakatu baterantz ari da eramaten gure gizartea, eta, ondorioz, osasun-sistemak erantzun behar duen patroi epidemiologikoa ere aldatzen ari da. Gainera, gureak ez bezalako

gizarte- eta kultura-ereduak dauzkaten pertsonak iritsita, are gehiago aldatzen da patroia hori. Hala, gainditu beharreko asistentzia-erronka berriak nabarmentzen dira; funtsean, honako bost hauek dira:

1. Komorbilitate-prebalentzia handiagoa duten arazo kronikoen konplexutasuna eta adinekoengan dagoen konplexutasuna.
2. Zahartzearekin batera datozen hauskortasuna eta mendekotasuna eta, hortaz, osasun- nahiz gizarte-arloko asistentzia-baliabideen erantzuna koordinatua izateko premia geroz eta handiagoa.
3. Gero eta zahartuago eta osasun-kontuetan ahaldunduago dagoen gizarteari erantzun egokia eman behar dion osasun-sistemaren jasangarritasuna. Kontuan hartu behar da, halaber, garapen teknologikoak ematen dituen erantzun diagnostiko eta terapeutikoak modu orekatuan (arriskuei, kostuei eta etekinei dagokienez) sartu behar direla zerbitzuen zorrora, osasun-sistemaren gaitasuna arriskuan ez jartzeko.
4. Gaur egungo gizartearen balio- eta kultura-aldaketa: horren ondorioz, kontsumo-ondasuntzat hartzen da osasuna, eta beste modu batera bideratu ahalko ziratekeen egoera asko medikalizatu dira, gizarteak eta sektore profesionalak horrelako erantzun sanitarioak definitu baitituzte. Horrek, gainera, erronka teknologiko eta epidemiologikoaz gain, beste erronka bat dakarkio aurreko puntuan aipatu den jasangarritasunari.
5. Asistentzia-erabileren eta -premien patroia ezberdinak dakartzaten baldintzatzaile sozial eta kulturalak dauzkaten migratzaileen arreta eta arreta-denbora handiagoa eskatzen duten hizkuntza-oztopoak.

Testuinguru horretan, agerikoa da adierazitako noranzkoan aurrera egiten ari den agertoki epidemiologiko eta sozialari egokitu beharko zaizkiola sistemaren antolaketa eta erantzuna. Zentzu horretan, Osasun Sailak 2017-2020ko aldirako zehaztu dituen ildo estrategikoen asmoa da askotariko asistentzia-baliabideak antolatzea, arreta etxetik ahalik eta hurbilen eman ahal izate aldera (batez ere, arazo kronikoak dauzkaten pazienteei), gizarte-zerbitzuekin koordinatuta. Lehen Mailako Arreta eta koordinazio soziosanitarioa dira, beraz, sistemaren egokitzapena oinarritzeko bi pieza giltzarriak.

Estrategia hori zehazteko oinarri-dokumentuan azaltzen zenez, Lehen Mailako Arreta-eredu ona dago Euskadin. Alabaina, hobetu daitekeen ereduak da, eta, horretarako, Lehen Mailako Arretaren eginkizuna indartu, garatu eta balioztatu behar da. Horri begira, Osasun Sailak eta Osakidetza ekintza-plan bat garatuko

dute, eta, bertan, multzoan hartuta Lehen Mailako Arreta osasun-sisteman indartuko duten ildo estrategikoak jasoko dira.

1. ILDO ESTRATEGIKOA

Lehen Mailako Arretaren eginkizunari balioa ematea.

2. ILDO ESTRATEGIKOA

Lehen Mailako Arretako taldeen egitura erronka demografiko eta epidemiologikoetara egokitzea.

3. ILDO ESTRATEGIKOA

Lehen Mailako Arretako taldeen antolaketa eta kudeaketa optimizatzea Administrazio-atalaren eginkizuna (AAC).

4. ILDO ESTRATEGIKO

Goreneko gaitasunetan sakontzea erizaintzaren garapen profesionala.

5. ILDO ESTRATEGIKOA

Familia-medikuntzako belaunaldi-erreleboan asistentzia-hutsunea saihestea.

6. ILDO ESTRATEGIKOA

Lehen Mailako Arretan arreta pediatrikoaren eredia sendotzea.

7. ILDO ESTRATEGIKOA

Lehen Mailako Arretan hizkuntza normalizatzeko planak eta berdintasunerako planak ezartzea.

Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzak eta Plangintzako Zuzendaritzak emango diote Aholkularitza Kontseiluari ildo estrategiko bakoitzean jasotako ekintzen hedapenaren berri, eta, gainera, ebaluazio formala egingo zaie urtero.

Osasun Sailak eta Osakidetzak osasun-arloko profesionalekin (aktibo nagusitzat harturik horiek) eta euskal osasun-sistema publikoa indartzeko duten konpromisotik abiatuta, eta Lehen Mailako Arretaren eginkizuna sendotzeko xedez, ildo estrategikoek elkar elikatzen dute. Pazientea sistemaren erdigunean kokatzeko, profesional gaitu eta konprometituak eduki behar dira, pertsonen osotasuna aintzat hartuko duten espezialistak, pertsonen bizi-zikloa ezker-eskuin hartuko duen arretaren luzetarako joera-testuinguruan. Azken finean, arreta unibertsalaren sisteman dauka oinarria Lehen Mailako Arretaren funtsak.



2. LEHEN MAILAKO ARRETAREN FINANTZAZIOA ETA ASISTENTZIA-EREDUA

2. LEHEN MAILAKO ARRETAREN FINANTZAZIOA ETA ASISTENTZIA-EREDUA

Sarritan, Lehen Mailako Arreta osasun-sanitarioko funtsezko kate-begia dela erakusteko premia aipatzen da, eta aurrekontu handiagoak esleitzen zaizkio Lehen Mailako Arretari. Foro batzuetan, beharrezko ikusten da Lehen Mailako Arretarako finantzazio-ehuneko bat egotea, baina diskurtso hori ez da datu objektiboetan edo inolako ebidentzian oinarrituta egoten.

Finantzazio-defizitaren inguruko diskurtso horrek, egia esan, ahulguneak dauzka, eta horietatik bi nabarmenduko ditugu:

1. Euskadin, arreta integraturako prozesuan aldaketa handiak egin dira Lehen Mailako Arretaren (AP) eskualdeetako aspaldiko zuzendaritza- eta kudeaketa-egituretan, eta, ondorioz, langileen gastuen joeren azterketek dokumentatu gabeko isuri bat izaten dute Euskadin.
2. Gure inguruko herrialdeetan, teknologiak sartzeak baldintzatzen du gastu sanitarioa haztea. Lehen Mailako Arretako teknologiak, hain zuzen ere, profesionalak dira, eta beren egituraketak lotura estua dauka biztanleriaren neurriarekin, zeina gutxi gorabehera egonkor mantentzen den, gizarteak nahiz Osakidetzak berak (profesionalek eta kudeatzaileek) eskatzen duten garapen teknologikoaren hazkundearekin alderatuz gero. Horrek ez du esan nahi, ordea, teknologiak txertatzeak eratorritako gastu sanitarioa ospitaleko arreta-jardueraren ondorioa bakarrik denik. Bistan denez, hori ez da horrela izaten. Garapen teknologiko horren zati oso handia dago lotuta Lehen Mailako Arretatik eskatzen diren probekin.

Edonola ere, argi dago Lehen Mailako Arretak finantzazio-ahalegina eskatzen duela, eta, zentzu horretan, estrategia hau garatzeak aurrekontu-igoera ekarriko du datozen urteotan. Hortaz, Lehen Mailako Arretarako finantzazioa igotzeko konpromisoa dauka Osasun Sailak.

Dena dela, jakitun izan behar dugu Lehen Mailako Arretaren gaur egungo ereduak (osasun-zentroetan taldean lan egiten duten soldatapeko profesionaletan dago oinarrituta ereduak, eta batez ere Lehen Mailako Arretan (AP) lan egiten duten profesionalen kopuruaren arabera aurrekontua dauka) ez duela bat egiten hazkunde-erritmoan dagoen sistemaren gainerako finantzazioarekin (profesionalak + teknologiak).

Oinarri-dokumentuari egin zaizkion ekarpenek ez dute eredu-aldaketa bateranzko biderik ireki. Ildo mota honetatik hurbilen egon den ekarpenak autogestio-maila

handiagoari egin dio erreferentzia, zehaztapen gehiago eman gabe. Zentzu horretan, nahiz eta aurrerapen-arloak beti egon, Lehen Mailako Arretako autogestio-mailak ezingo dute konpondu une honetan ikusten den sakoneko arazo nagusia: absentiak enplegarritasun baxuko profesionalen poltsa batekin kudeatu dituen eredu honetan, profesionalak falta dira.

Asistentzia-eredua, autogestioa eta finantzazioa oso elkarloturik dauden hiru kontzeptu dira. Hori dela-eta, Osasun Sailak eta Osakidetzak beharrezko ikusten dute Lehen Mailako Arretari loturiko aurrekontua zehatz-mehatz identifikatzea, plantillari, ekipamenduei eta maila horretan kontsulten arteko esparruan eta proba osagarri nahiz terapeutikoen arloan –gutxienez– hartzen diren erabakien ondoriozko jarduerari erreparatuta.

Horixe izan daiteke Lehen Mailako Arretan autogestio-maila handia edukitzea ahalbidetuko duen eredu-aldaketari buruzko eztabaida hasteko abiapuntua. Eguneko kontsulta-mugatik harago joango den eredu behar da, asistentzia-eskariaren igoerari erantzuteko baliabide profesionalen injekzio gehigarria gaindituko duena (gaur egungo ereduan, horixe da erantzun posible bakarra).



3. EUSKADIKO LEHEN MAILAKO ARRETA, ZENBAKITAN

3.- EUSKADIKO LEHEN MAILAKO ARRETA, ZENBAKITAN

Ezinezkoa da orrialde gutxi batzuetan laburbiltzea Lehen Mailako Arretako asistentzia-jarduera bezalako kontu hain konplexua, bai eta jarduera horren ondoriozko eta gizarte-sistemako nahiz osasun-sistemako bestelako agenteekiko elkarreraginaren ondoriozko emaitzak laburbiltzea ere. Horrenbestez, Lehen Mailako Arretaren egituraren (AP), jardueraren eta tarteko emaitzen gaineko ideia bat irudika dezaketen adierazle batzuk ekartzea erabaki dugu.

a) LEHEN MAILAKO ARRETAREN EGITURA EZARRIA

Lehen Mailako Arretan (AP), 1. taulan ikus daitezkeen kategorietan banatuta dauden 4.505 profesionalak egiten dute lan.

PEDIATRAK	ERIZAINZA		FAMILIA MEDIKUAK	EMAGINAK	ADMINISTRATIO-ATALA ETA BESTELAKOAK
	PEDIATRIA	HELDUAK			
323	251	1.289	1.404	134	1.104

1. taula. Lehen Mailako Arretako (AP) profesionalak (osasun-zentroetan edota kontsultategietan bakarrik lan egiten dutenak zenbatu dira). 2018ko abenduaren 31ko datuak.

Lehen Mailako Arreta Unitateen (LAU) araberako banaketari dagokionez, mediku-kupo bakoitzari batez beste esleitutako biztanleria-irizpideekin bat eginez eta 75 urteko eta hortik gorako biztanleen ehunekoa kontuan hartuta, honela bana daitezke Euskadiko 135 LAUak:

OTI-kop.	75 URTEKOEN ETA HORTIK GORAKOEN %A				GUZTIRA LAUak
	>% 15	% 10etik 15era	% 5etik 10era	< % 5	
>1500	5	26	5	2	38
1400etik 1500era	4	33	4	1	42
1300etik a 1400era	8	20	4	1	33
< 1300	6	15	1	0	22
LAUak GUZTIRA	23	94	14	4	135

2. taula. LAUen banaketa, mediku-kupoaren araberako OTIen batezbestekoa eta 75 urtetik gorako ehunekoa kontuan hartuta. 2018ko abendua.

Bestela begiratuta, OTI-kopuruaren eta RUB 4 eta 5 agregatuaren (morbilitate-zama altua edo oso altua, ACG sailkapenaren arabera) ehunekoaren arteko erlazioaren arabera, honako hau izango litzateke LAUen banaketa:

OTIen BATEZBESTEKOAK	RUB 4 ETA 5 AGREGATUEN %a							LAUak GUZTIRA
	8tik 10,9ra	11tik 11,9ra	12tik 12,9ra	13tik 13,9ra	14tik 14,9ra	15tik 15,9ra	16 edo gehiago	
>1000	1				3	2		6
1000-1199	1		1	1	1	2		6
1200-1399		1	6	9	13	6	8	43
1400-1499	7	4	7	10	6	6	2	42
1500-1599	4	4	10	5	3	4	2	32
>1600	2	2	1				1	6
LAUak GUZTIRA	15	11	25	25	26	20	13	135

3. taula. LAUen banaketa, OTI-kopuruaren eta morbiditate-zamaren (RUB 4 eta 5 agregatuak) arabera.

Erizaintzako profesionalen dagokienez, familia-mediku bakoitzeko erizain-ratioaren ikuspegitik azter daiteke egitura, Euskadiren azterketa konparatiboa egiteko.

AUTONOMIA-ERKIDEGOA 2017	ERIZAINAK	MEDIKU-FAMILIAK	RATIOA
Andaluzia (AN)	0,58	0,74	0,78
Aragoi (AR)	0,74	0,88	0,84
Asturiasko Printzerria (AS)	0,67	0,78	0,86
Balear Uharteak (BU)	0,5	0,62	0,81
Kanariar Uharteak (KU)	0,61	0,75	0,81
Kantabria (KB)	0,71	0,83	0,86
Gaztela eta Leon (GL)	0,89	1,11	0,80
Gaztela-Mantxa (GM)	0,74	0,84	0,88
Katalunia (KT)	0,7	0,75	0,93
Valentziako Autonomia Erkidegoa (VAE)	0,64	0,76	0,84
Extremadura (EX)	0,85	0,91	0,93
Galizia (GA)	0,67	0,82	0,82
Madrilgo Autonomia Erkidegoa (MAE)	0,5	0,68	0,74
Murtzia (MU)	0,57	0,75	0,76
Nafarroako Foru Komunitatea (NF)	0,74	0,8	0,93
Euskal Autonomia Erkidegoa (EAE)	0,69	0,79	0,87
Errioxa (ER)	0,86	0,84	1,02
Ceuta (CE)	0,51	0,63	0,81
Melilla (ML)	0,58	0,63	0,92
Espania (ES)	0,65	0,77	0,84

4. taula. 1.000 biztanleko profesionalen kopurua, Euskadiren eta Lehen Mailako Arretako (AP) erizain/mediku ratioaren arabera.

Iturria: Osasun Sistema Nazionalaren adierazle giltzarriak (2017).

Ikuspegi funtzional batetik begiratuta, gaur egun Lehen Mailako Arretan (AP) lan egiten duten bi profil funtzionaletan (helduak eta haurrak) azter daiteke erizaintza; hala ere, adierazi beharra dago 53 erizainek bi adin-taldeetan egiten dutela lan. Egoera hori doitu, honako hauek dira profesionalen kopurua eta ratioak:

	PROFESIONALEN KOPURUA	LEHEN MAILAKO ARRETAKO ERIZAIN/MEDIKU RATIOA
Helduen erizainak	1.289	0,92
Pediatriako erizainak	251	0,78
Lehen Mailako Arretako erizainak guztira	1.540	0,89

5. taula. Lehen Mailako Arretako (AP) helduen eta pediatriako erizainak eta 2018ko abenduako ratioak.

b) LEHEN MAILAKO ARRETAREN JARDUERA

Lehen Mailako Arretan ikusitako asistentzia-presioa aztertzeko, hainbat parametro balora daitezke. Lehenik eta behin, familia-mediku bakoitzak egunean batez beste dituen kontsultak nabarmendu behar dira, bai eta pertsonak familia-medikuaren kontsultara joaten diren maiztasuna azpimarratu behar ere. Osakidetzaren urteko memorien arabera, honako hau da parametro horien bilakaera:

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MEDIKUNTZA	BIZITAK EGUNEKO	26,1	26,6	26,5	27,0	26,8	27,5	28,5
	MAIZTASUNA	4,4	4,5	4,6	4,7	4,7	4,8	5,0
PEDIATRIA	BIZITAK EGUNEKO	21,5	22,4	21,7	21,6	21,5	22,1	22,7
	MAIZTASUNA	6,1	6,2	5,8	5,9	6,0	6,2	6,3
ERIZAINZA	ZENTROKO BISITAK EGUNEKO	10,3	10,6	10,2	9,6	8,0	8,3	8,4
	ETXEKO BISITAK EGUNEKO	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
	BIZITAK EGUNEKO	11,3	11,7	11,3	10,6	9,2	9,5	9,6

6. taula. Lehen Mailako Arretako bisiten eta maiztasunaren bilakaera. Iturria: Osakidetzaren urteko memoriak.

Garrantzitsua da adieraztea Osakidetzaren memorietan berbera izan dela kontsulten kopurua neurtzeko metodoa; hortaz, 6. taularekin, azken urteotan kontsultetan egon den joeraren balorazioa egin daiteke eta, horrenbestez, baita asistentzia-eskaria hazi egin ote den eta zein neurritan balioetsi ere. Har bedi kontuan, halaber, mediku bakoitzeko kontsulten kopuruaz ari garela, eta ez mediku-kupoaren araberrako kontsultez; izan ere, Lehen Mailako Arretan (AP), kupo kontzeptuak ez du bat egiten mediku-plaza kontzeptuarekin.

Zehaztu beharra dago profesionalak artatutako kontsulten batezbestekoak islatzen dituztela zenbakiok, eta, hortaz, zenbaki horiek gainditu litzaketen banakako egoerak egoten direla (adibidez, une jakinetan, bi agenda pila daitezke profesional batengan).

Kontsuluten kopuruari gagozkiolarik, agerikoa denez, osasun zentroan edo pazientearen etxean egiten diren kontsultak ez dira baliokideak, ez denborari dagokionez, ez arduraldiari dagokionez. Azken horiek ahalegin handiagoa eskatzen dute, zentzu guztietan. Arrazoi berberarengatik, pazientearekin egiten diren kontsultek eta telefono bidezkoek edo administrazio-lanek ez daukate zerikusirik. Kontsulta tipologia horren eta denbora-beharraren aldakortasunaren ondorioz, pazientearekin egiten diren kontsultak erabili behar dira konparazio-parametrotzat (ospitaleko arretan ere, horiexek aztertzen dira). Bada, 7. taulan ikus daiteke pazienteekin osasun-zentroan edo etxean egunean egindako kontsuluten batezbestekoaren bilakaera.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OSASUN ZENTROA	24,22	24,02	23	24,42	23,32	23,31	23,69	23,84
ETXEA	0,47	0,48	0,48	0,43	0,37	0,38	0,38	0,39

7. taula. Lehen Mailako Arretako aurrez aurreko kontsuluten bilakaera. Iturria: Osabideren kontsulta-agendak.

c) LEHEN MAILAKO ARRETAREN EMAITZAK

Osasun-arloko emaitzen ebaluazioa gai konplexua da; are gehiago, osasuna sustatzeko eta prebenitzeko jardueraren emaitzak ebaluatu behar badira. Ez jarduera horien emaitzek hartzen duten denbora-eremuagatik bakarrik, baita emaitza mota horietan eragiten duten baterako beste aldagai batzuegatik ere (legeen arlokoak, sozialak, teknologikoak eta abar).

Nolanahi ere, kontratu-programaren ebaluaziotik eta osasun-sistemaren emaitzen azterketa espezifikotatik ateratako datu adierazgarrienak jaso dira dokumentu honetan. Adibidez, ez dira sartu txertaketa-estaldurari edo screening-programei buruzko datuak, eta ez garrantzitsuak ez direlako, laburpen-premiarengatik baizik.

Zainketa anbulatorioen baldintza sentikorren (ACSC) analisiaren bidez, prozesu horietan ematen den arreta integratuaren inpaktuaren gaineko ideia egin dezakegu, Lehen mailako arretako eta ospitaleko arretako profesionalen artean desorekengatik edota osasun-baldintzak edo -arazoak konplikatzeagatik ospitaleratzeak saihesteko asmoz egiten den elkarlaneko lan interdependentearen bitartez. Hori dela-eta, **saihestu daitezkeen ospitaleratzeen (HPE)** adierazleak ongi erakusten du Lehen Mailako Arretako jarduna.

Zalantzarik gabe, Lehen Mailako Arreta baloratu nahi badugu, tarteko emaitzen adierazle garrantzitsuenetako bat da hori eta, oinarri-dokumentuan adierazi den bezalaxe, oso emaitza onak eman ditu osasun-sisteman, oro har.

Duela gutxiko txosten batean adierazten denez¹, 2016an, 8.516 ospitaleratze izan ziren saihestu zitezkeenak Euskadin; hala, 39 urtetik gorako 10.000 biztanletik 66 ospitaleratu ziren. 2015arekin alderatuta, saihestu daitezkeen 799 ospitaleratze gutxiago egon zen 2016an, eta tasa gordina 7,05 puntutan murriztu zen 10.000 biztanleko.

¹ Euskadin saihestu daitezkeen ospitaleratzeak. Osasun Sistema Nazionalaren medikuntza-jardunean izandako aldakuntzen atlasa. Argitaratzeko zain.

HPE IZATEKO BALDINTZA KLINIKOAK	KASU-KOP.			TASA GORDINAK		
	EUSKADI 2016	EUSKADI 2015	ESPAINIA 2015	EUSKADI 2016	EUSKADI 2015	ESPAINIA 2015
PROZEDURARIK GABEKO ANGINA EZ-PRIMARIOA	456	543	14.464	3,55	4,25	5,78
ASMA	588	617	5.852	4,55	4,83	2,33
DESHIDRATAZIOA	339	426	10.450	2,62	3,34	4,17
DIABETESAREN KONPLIKAZIO AKUTUA	112	120	2.387	0,87	0,94	0,95
BGBKren DESOREKA	3.743	4.119	63.858	29,00	32,30	25,53
BGAren DESOREKA EDO LARRIAGOTZEA	3.275	3.490	56.349	25,38	27,37	22,53
HPE GUZTIRA	8.516	9.315	153.360	65,99	73,04	61,31

Tasak, 39 urtetik gorako 10.000 biztanleko. Izendatzaileetan erabili den biztanleriak bat egiten du Estatistikaren Institutu Nazionalaren erroldarekin.

8. taula. Saihestu daitezkeen ospitaleratzeen kasu-kopurua eta tasa gordinak. 2016¹

Espainiako Estatuak 2015ean izandako zenbakiakin alderatuz gero (horixe da Osasun Sistema Nazional osoan informazioa modu homogeneo eta sistematikoan jaso zen azken urtea), saihestu daitezkeen ospitaleratzeen kasuak (Euskadikoak) Osasun Sistema Nazional osoaren % 6,1 lirerateke. Konparazio horretan, Euskadik tasa handiagoak dauzka biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoaren (BGBK), bihotzeko gutxiegitasunaren (BG) eta asmaren baldintza klinikoetan, eta tasa txikiagoak anginaren, deshidratazioaren eta diabetesen.

9. taulan, ESI bakoitzaren egoera ikus daiteke, askotariko patologien kasu-kopurua eta tasak kontuan hartuta.

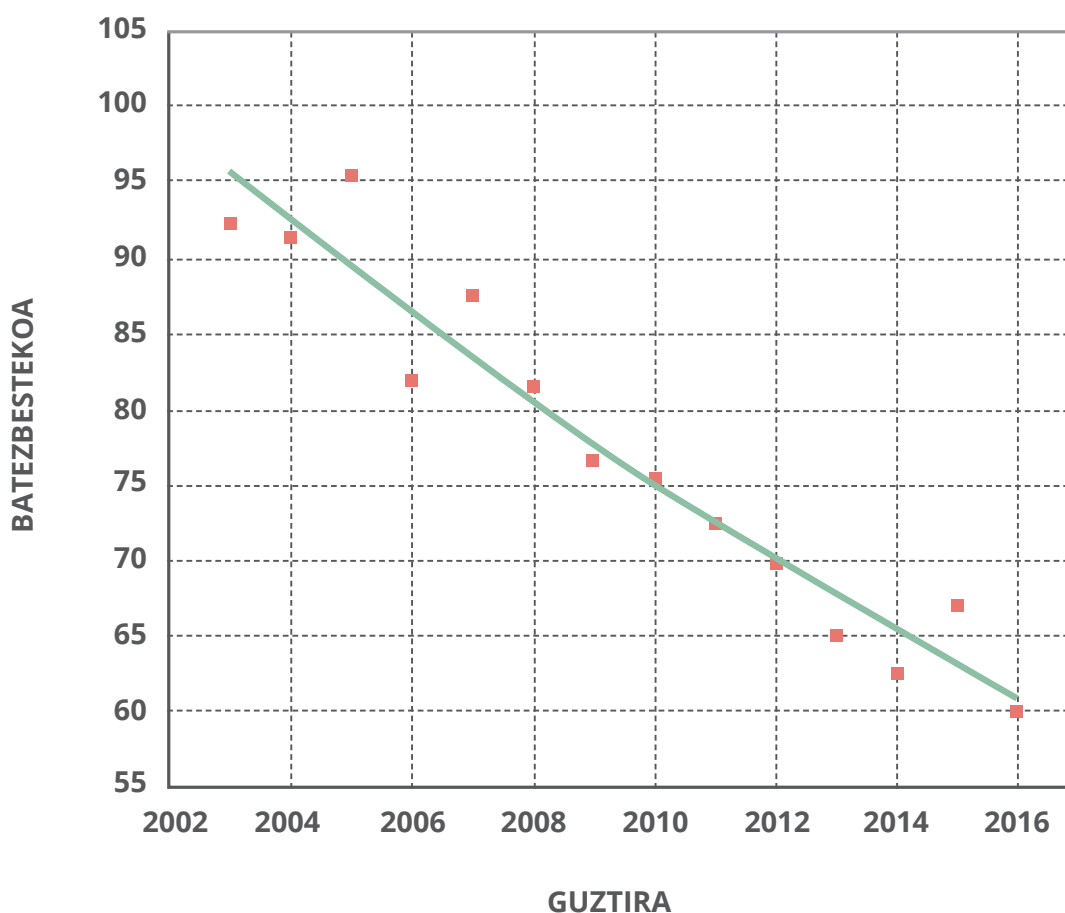
	ANGINA	ASMA	DESHI- DRATA	DIABE- TES	BGBK	BG	GUZTIRA HPE	Tg ANGINA	Tg ASMA	Tg DESHI- DRATA	Tg DIABE- TES	Tg EPOC	Tg ICC	Tg guztira HPE
1. ARABA	25	73	38	23	538	391	1.088	1,58	4,62	2,40	1,45	34,02	24,73	68,80
2. EZKERRALDEA-ENKAR- TERRI-CRUCES	27	60	28	4	352	328	799	2,69	5,97	2,79	0,40	35,04	32,65	79,54
3. BARAKALDO-SESTAO	58	29	22	5	171	206	491	7,52	3,76	2,85	0,65	22,18	36,72	63,69
4. BILBO-BASURTU	102	115	58	15	681	557	1.528	4,79	5,39	2,72	0,70	31,95	26,13	71,68
5. URIBE	42	49	22	5	291	263	672	3,37	3,93	1,76	0,40	23,32	21,08	53,86
6. BARRUALDE-GALDAKAO	20	126	53	21	533	415	1.168	1,10	6,95	2,93	1,16	29,42	22,90	64,46
7. DEBABARRENA	25	29	5	4	191	133	387	5,75	6,67	1,15	0,92	43,95	30,60	89,04
8. DEBAGOIENA	10	25	12	4	103	103	257	2,64	6,59	3,16	1,05	27,17	27,17	67,78
9. GOIERRI-UROLA	10	10	8	6	140	132	306	1,88	1,88	1,50	1,13	26,27	24,77	57,43
10. TOLOSALDEA	37	8	13	3	137	92	290	10,26	2,22	3,61	0,83	38,00	25,52	80,45
11. DONOSTIALDEA	72	46	67	20	500	563	1.268	3,38	2,16	3,14	0,94	23,47	26,43	59,52
12. BIDASOA	29	18	13	2	103	91	256	6,37	3,96	2,86	0,44	22,64	20,00	56,26
13. ARABAKO ERRIOXA-RIOJA ALAVESA	2	0	0	0	3	1	6	3,11	0,00	0,00	0,00	4,66	1,55	9,32
EUSKADI	459	588	339	112	3.743	3.275	8.516	3,55	4,55	2,62	0,87	29,01	25,38	65,99

Tasa gordinak eraikitzeke, 2016ko uztailaren 1ean Euskadiko ESI bakoitzean zegoen errolda hartu da.

9. taula. Saihestu daitezkeen ospitaleratzeen kasu-kopurua eta tasa gordinak Euskadiko ESIetan. 2016¹.

Saihestu daitezkeen ospitaleratzeen adierazle orokorrari dagokionez, 2003-2016ko aldian beheranzko joera nabarmen eta etengabea egon dela adierazten du ikerlan berberak (1. grafikoa). Euskadiko arreta integratuan garatzen ari diren ekintzek ikuspegi eta garapen egokiak dituztela adierazten du horrek.

Dena dela, aldakortasun handia dago ESlen arabera, eta tasa gordinak hobetzeko marjina handia dago oraindik ere: Tolosaldeako ESaren eta Uribeko ESaren artean, adibidez, 26,59 puntuko aldea dago 39 urtetik gorako 10.000 biztanleko (lehenengoan, 80,45eko ospitaleratze-tasa dago 10.000 biztanleko, eta, bigarrenean, 53,86koa, baxuena izaki). 2016rako balioetsi zenez, erreferentziako atalasearen edo benchmark-aren gaineratik geratzen diren kasuen bolumenari dagokio Euskadi osoko HPE-en % 55,2. Hau da, Euskadiko ESlen tasa gordinek Osasun Sistema Nazionaleko osasun-arloko tasen banaketaren 10. pertzentilaren balio baliokidea izan balute 2015ean, 4.697 kasu gutxiago erregistratuko ziratekeen¹.



1. Grafikoa. HPEen tasa doituak 39 urtetik gorako pertsonengan edukitako atzerakadaren irudikapen grafikoa, Euskadi, 2003-2016¹

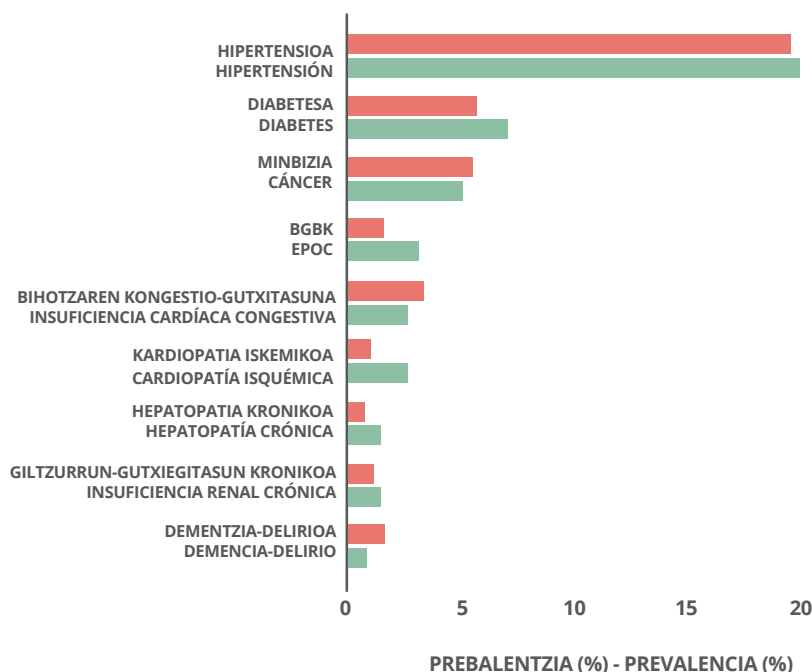
ESla	KASUAK	BIZTANLERIA	TASA GORDINA	TASA ESTANDARIZATUA	KASUAK > BENCHMARK	KASUEN %a > BENCHMARK
1. ARABA	1.088	158.137	68,80	80,44	626	57,5%
2. EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	799	100.447	79,54	87,24	497	62,2%
3. BARAKALDO-SESTAO	491	77.098	63,69	67,89	259	52,7%
4. BILBO-BASURTU	1.528	213.161	71,68	73,48	889	58,2%
5. URIBE	672	124.779	53,86	66,22	298	44,3%
6. BARRUALDE-GALDAKAO	1.168	181.193	64,46	72,29	647	55,4%
7. DEBABARRENA	387	43.462	89,04	92,39	258	66,7%
8. DEBAGOIENA	257	37.916	67,78	72,00	143	55,6%
9. GOIERRI-UROLA	306	53.286	57,43	61,66	149	48,7%
10. TOLOSALDEA	290	36.048	80,45	91,95	182	62,8%
11. DONOSTIALDEA	1.268	213.038	59,52	66,78	630	49,7%
12. BIDASOA	256	45.501	56,26	65,79	119	46,5%
13. ARABAKO ERRIOXA-RIOJA ALAVESA	6	6.438	9,32	10,63	0	0,0%
EUSKADI	8.516	1.290.504	65,99	73,09	4.697	55,2%

Benchmark: banaketa nazionalaren 10. p.

10. taula.- HPE. Kasuen banaketa, 39 urtetik gorako 10.000 biztanleko tasa doitua eta erreferentziako atalasearen gainerik dauden kasuen bolumena, Euskadi ESle dagokienez. 2016¹.

LEHEN MAILAKO ARRETAN ARTATUTAKO MORBILITATEA

Erantsitako grafikoan, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuan aseguratutako pertsonen artean ohikoenak diren patologia kronikoen prebalentzia ikus daiteke (emakumeak zutabe gorrian). Hipertentsioa da arazo kroniko ohikoena, zeinak emakumeen % 19,6ri eta gizonen % 20,1i eragiten dien.



2. grafikoa. Lehen Mailako Arretan hautatuko osasun-arazoen prebalentzia gordina²

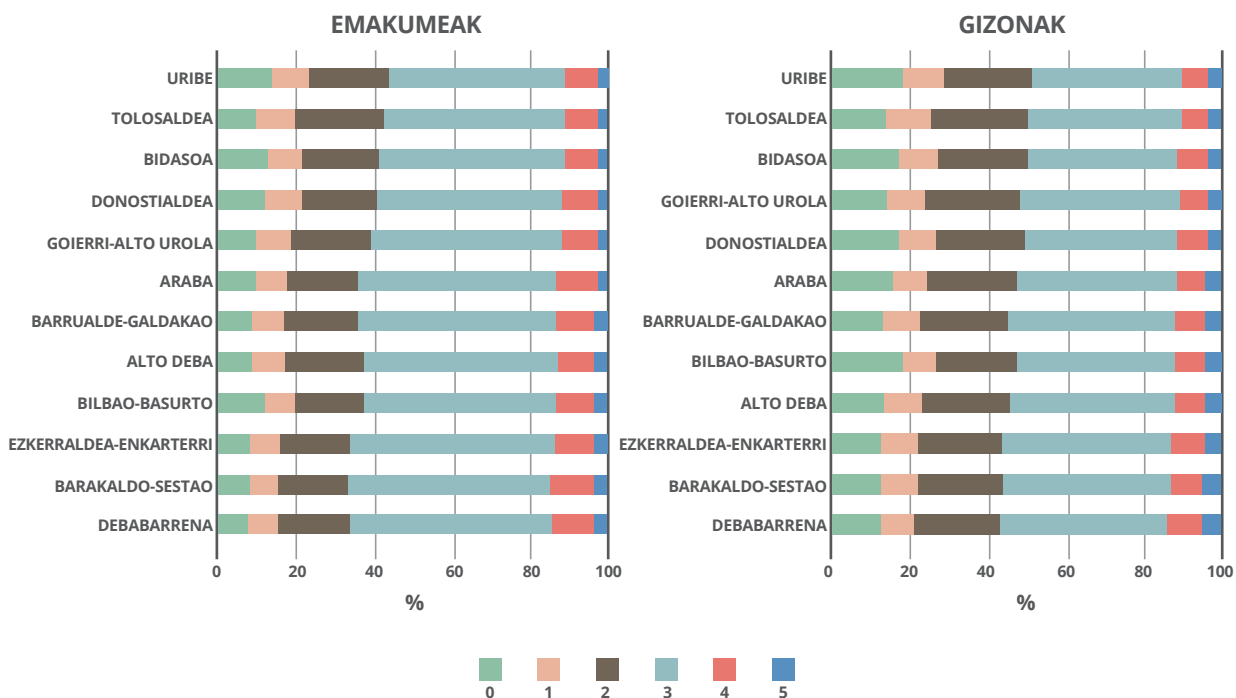
² 2015eko irailetik 2016ko abuztuaren 31ra arteko aldiko informazioa, ACG sistemaren arabera. Osasun Sailaren Ikerketa Zerbitzua.

MORBILITATE-ZAMA

Lehen Mailako Arretan dagoen morbiditate-zama aztertzeko, ACG (Ambulatory Care Groups) sailkapen-sisteman oinarritzen den RUB indizea erabiltzen dute Osasun Sailak eta Osakidetzak, eta "morbilditate-zama" edo "baliabideen itxarondako erabilera" neurtzen dute.

Baliabideen itxarondako erabileraren 6 kategoriatan sailkatzen ditu RUB indizeak pertsonak (0-Ez erabiltzailea; 1-Erabiltzaile osasuntsua; 2-Morbilditate baxua; 3-Morbilditate neurritsua; 4-Morbilditate altua; 5-Oso morbiditate altua). Horrela, aurreikuspenen arabera baliabide-maila bera erabiliko duten pertsonak elkarrekin multzokatzen dira (morbilditate-zama berbera), oso gaixotasun ezberdinak izan arren.

3. grafikoan ikus daitekeenez, baliabideen itxarondako erabilera altua duten biztanleek (RUB 4 eta 5 agregatuek) ez daukate banaketa berbera geografikoki; hala, grafikoaren oinean dauden ESletan (Debabarrenan eta Barakaldo-Sestaon), handiagoa da morbiditate altu edo oso altuarengatik baliabideen itxarondako erabilera handiagoa duten pertsonen ehunekoa. Uribek dauka morbiditate-zamari loturiko baliabideen itxarondako erabilera txikiena.



3. grafikoa.- Baliabideen itxarondako erabileraren banaketa (RUB), ESlen, emakumeen eta gizonen arabera². Gorriz eta urdinez, morbiditate-zama altua edo oso altua duten pertsonen ehunekoa.

DIABETES GOZOA

Analisia diabetesera ekarrita, horixe izaki pertsonen morbilidadate-zaman eta bizitzan inpaktu handiena duen baldintza kroniko garrantzitsuenetariko bat eta Osakidetzaren esku-hartzeen etengabeko xedea, honako adierazle hauek ematen ditu kontratu-programaren ebaluaziorako aginte-mahaiak 2018rako:

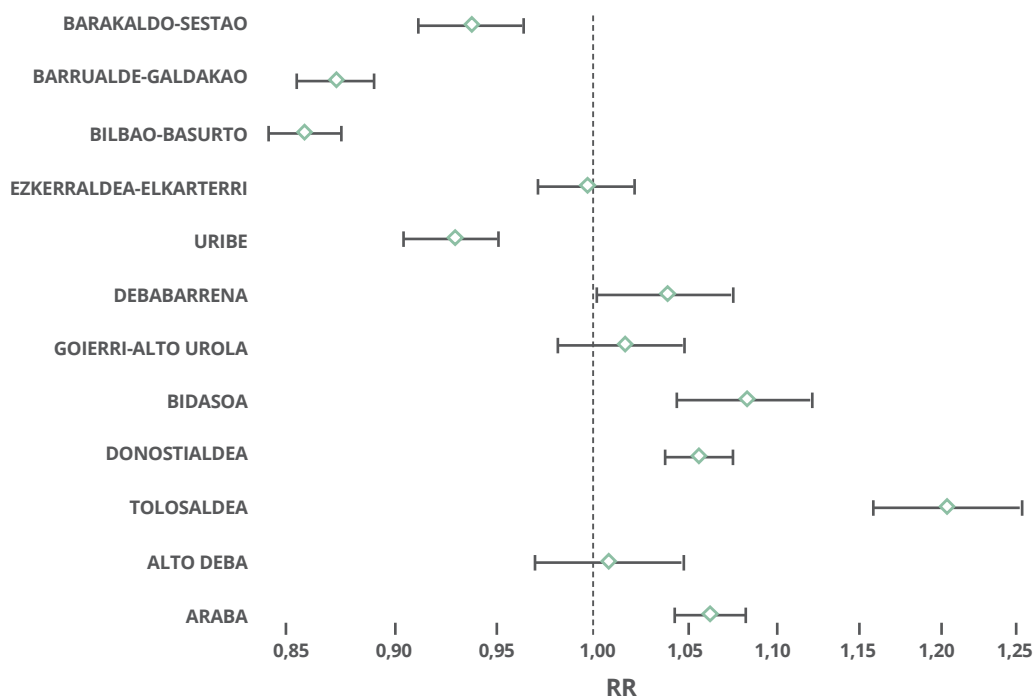
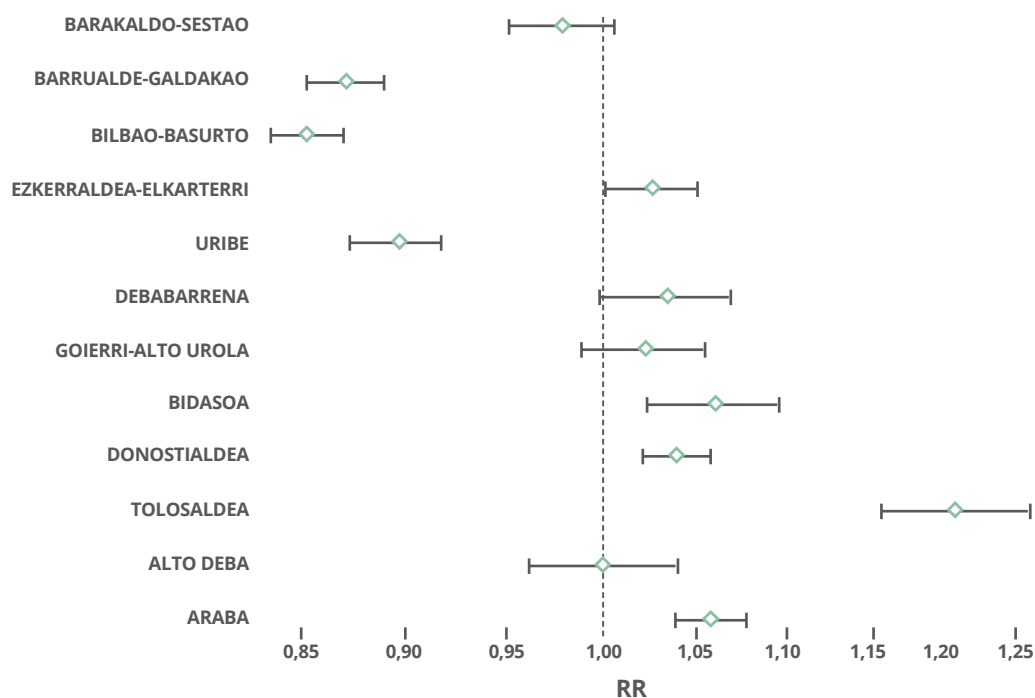
- Diabetikoen % 42,09k HbA1c-ren kontrol ona egiten dutelako parametroak dauzkate.
- Diabetikoen % 35,84k TA-ren kontrol ona egiten dutelako parametroak dauzkate.

2017an, kontrol ona egiteko irizpideak ezarri ziren, eta, 2018an, irizpide horien arabera kontrol txarra egiten duten biztanle-taldean jarraipena egin zen. Azpipopulazio horietan, honako emaitza hauek ikusi dira:

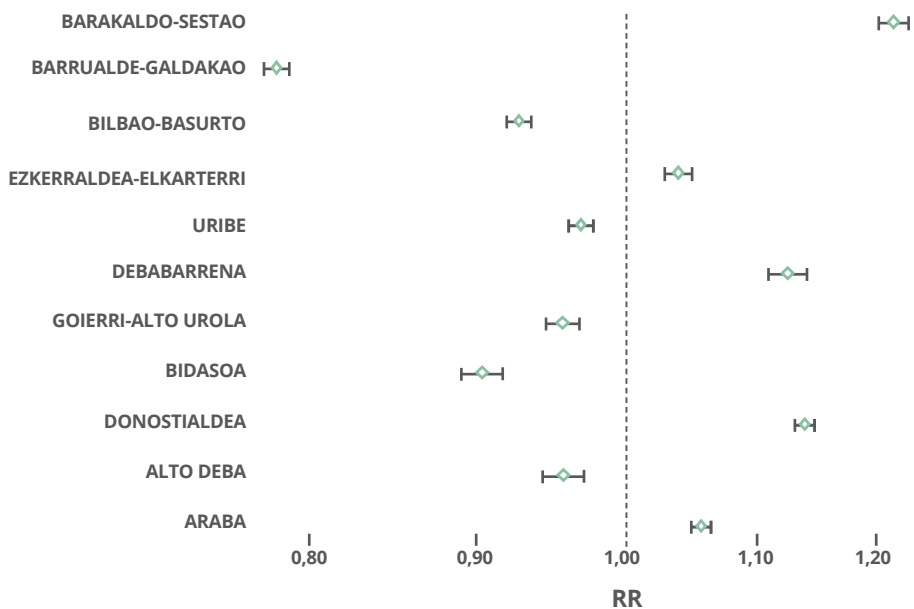
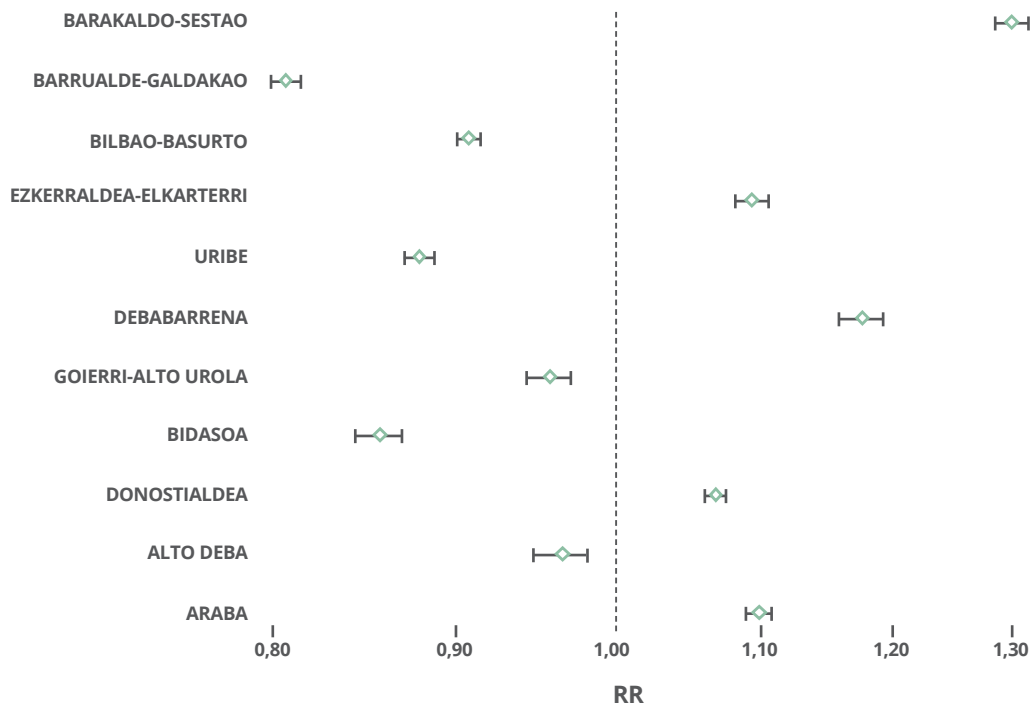
- Aurretik kontrol txarra egiten zuten paziente diabetikoen % 58,37k kontrol onaren irizpideak zeuzkaten 2018an.
- 2017an TAREN kontrol txarra egiten zuten paziente diabetikoen % 38,07k kontrol onaren zifrak eman zituzten 2018ko ebaluazioan.

Azkenik, paziente diabetikoek ESletan erabilitako baliabideei dagokienez, ospitaleratze-tasak eta arrazoi horrengatik ospitaleko espezialistengana egindako deribazioak aztertu dira.

Hurrengo bi grafikoetan, paziente diabetikoen ospitaleratze- eta deribazio-tasen banaketa ageri da, adinaren arabera doituta. Grafikoetan, ESlen artean aldakortasun handia dagoela ikus daiteke, eta, horrenbestez, horietako batzuek hobekuntza-marjinak dauzkatela ondoriozta daiteke.



4. grafikoa. Emakumeen (goian) eta gizonen (behean) ospitaleratze-tasak, ESlen arabera eta adinaren arabera doituta, Euskadiko ospitaleratze-tasa harturik erreferentziatuta (Euskadi=1,0)²



5. grafikoa. Emakumeen (goian) eta gizonen (behean) deribazioak, ESlen arabera eta adinaren arabera doituta, Euskadiko tasa harturik erreferentziatzat ($Euskadi=1,0$)²

ASISTENTZIAREN JARRAITUTASUNA

Asistentziaren jarraitutasunaren adierazle on gisa erabil daiteke 30 egunera berriro ospitaleratzen direnen ehunekoa, kontzeptu honetara hurbiltzeko. Azken urteotan, badirudi joera egonkor dagoela.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
30 EGUNERA BERROSPITALERATUTAKOEN %a	% 6,55	% 6,49	% 6,61	% 6,65	% 6,65	% 6,71	% 6,42	% 6,22	% 6,53
30 EGUNERA BERROSPITALERATUTAKOEN KOP.	15.556	15.648	15.760	16.239	16.777	17.079	16.168	16.112	16.658

11. taula. 30 egunera berrospitaleratutako en %a (2010-2017). Kontratu-programaren aginte-mahaia.

PAZIENTE KONPLEXU PLURIPATOLOGIKOAK (PPP)

Geruzapen-sistemak hautatutako paziente konplexuen analisiarekin, pertsona horiei arreta pertsonalizatua eta etxetik ahalik eta hurbilena emateko xedean egin den aurrerapen-mailaren gaineko ideia egin dezakegu.

Orain artean, hiru geruzapen estatistiko egin dira, eta klinikoek PPP pazienteak sartu dituzte horietara. Hala, PPP pazienteen kopurua nahiko egonkorra dela ikus daiteke: arreta integratuaren testuinguruan banakako arreta-plana eskain dakiekeen 12.000 paziente inguru daude.

URTEA	ALDIAN SARTUTAKO PPPak	HILDAKOAK	ALDI AMAIERAKO PPPak
2012	7.022	1.172	5.850
2013	2.001	1.187	6.664
2014	7.696	2.374	11.986
2015	1.649	2.338	11.297
2016	4.536	2.265	13.568
2017	1.053	2.295	12.326
2018	1.598	1.968	11.956

12. taula. PPP biztanleen bilakaera (2012-2018).

Ondoren, 2016ko aldia hasi duten 13.568 pazienteen eta 2017ko aldian sartu direnen adierazle batzuk aztertuko dira; hots, 14.621 PPPrenak.

15. taulatik 18. taulara atzeman daitekeen moduan, erizainak maiz joaten dira paziente horien etxeetara. Horrek erakusten duenez, batetik, paziente konplexuak dira, eta, bestetik, zainketa-lan pertsonalizatuaren intentsitate handia dute.

Seguru aski, jorraketa-estrategia ezberdinen ondoriozkoak dira ESlen artean ikus daitezkeen aldeak, baina aztertu egin behar da aldakortasun hori, pazienteek larrialdietara egiten dituzten bisitak, ospitaleratzeak eta berrospitaleratze-tasak kontuan hartuta.

ESla	PPP-kop.	BISITA-KOP.	BISITATU GABEAK	BISITEN BATEZBESTEKOA	BISITATU EZ DIREN PAZIENTEAK
DEBAGOIENA	429	1.866	154	4,3	% 35,9
ARABA	1.478	5.504	482	3,7	% 32,6
ARABAKO ERRIOXA	36	284	18	7,9	% 50,0
BARAKALDO SESTAO	708	5.094	406	7,2	% 57,3
BARRUALDE-GALDAKAO	1.563	8.289	713	5,3	% 45,6
BIDASOA	394	2.539	213	6,4	% 54,1
BILBO-BASURTU	2.580	14.686	1.101	5,7	% 42,7
DEBABARRENA	784	3.755	340	4,8	% 43,4
DONOSTIALDEA	3.233	15.184	1.414	4,7	% 43,7
EZ ENK GURUTZETA	1.170	7.168	772	6,1	% 66,0
GOIERRI-UROLA GARAIA	989	5.426	389	5,5	% 39,3
TOLOSALDEA	339	1.511	114	4,5	% 33,6
URIBE	918	3.664	335	4,0	% 36,5
GUZTIRA	14.621	74.970	6.451	5,1	% 44,1

13. taula. Erizainen etxeko bisitak, 2017ko aldian.

ESLa	PPP-kop.	BISITA-KOP.	BISITATU GABEAK	BISITEN BATEZBESTEKOA	BISITATU EZ DIREN PAZIENTEAK
DEBAGOIENA	429	596	138	1,4	% 32,2
ARABA	1.478	1.626	418	1,1	% 28,3
ARABAKO ERRIOXA	36	133	18	3,7	% 50,0
BARAKALDO SESTAO	708	1.046	291	1,5	% 41,1
BARRUALDE-GALDAKAO	1.563	2.586	645	1,7	% 41,3
BIDASOA	394	431	130	1,1	% 33,0
BILBO-BASURTU	2.580	3.495	987	1,4	% 38,3
DEBABARRENA	784	1.250	316	1,6	% 40,3
DONOSTIALDEA	3.233	5.176	1.297	1,6	% 0,1
EZ ENK GURUTZETA	1.170	1.713	490	1,5	% 41,9
GOIERRI-UROLA GARAIA	989	2.649	430	2,7	% 43,5
TOLOSALDEA	339	386	96	1,1	% 28,3
URIBE	918	1.115	317	1,2	% 34,5
GUZTIRA	14.621	22.202	5.573	1,5	% 38,1

14. taula. Medikuen etxeko bisitak, 2017ko aldian.

ESla	PPP-kop.	LARRIALDIETARA RAKO BISITA KOP.	LARRIAL- DIETARA KO BISITARIK EZ	LARRIALDIETARA BATEZ BESTE	BISITAREN BAT EGITEN DUTEN PAZIENTEAK
DEBAGOIENA	429	651	266	1,5	% 62,0
ARABA	1.478	2.388	935	1,6	% 63,3
ARABAKO ERRIOXA	36	18	9	0,5	% 25,0
BARAKALDO SESTAO	708	1.342	489	1,9	% 69,1
BARRUALDE- GALDAKAO	1.563	2.517	970	1,6	% 62,1
BIDASOA	394	603	250	1,5	% 63,5
BILBO-BASURTU	2.580	4.064	1.559	1,6	% 60,4
DEBABARRENA	784	1.151	504	1,5	% 64,3
DONOSTIALDEA	3.233	2.918	1.527	0,9	% 47,2
EZ ENK GURUTZETA	1.170	1.789	693	1,5	% 59,2
GOIERRI-UROLA GARAIA	989	1.220	555	1,2	% 56,1
TOLOSALDEA	339	143	76	0,4	% 22,4
URIBE	918	1.277	515	1,4	% 56,1
GUZTIRA	14.621	20.081	8.348	1,4	% 57,1

15. taula. 2017ko aldian larrialdietara egindako bisitak.

ESla	PPP-KOP.	OSPITALERATZE- KOP	BERROSPITALERATZE- KOP.
ALTO DEBA	429	380	% 7,2
ARABA	1.478	1.475	% 9,6
ARABAKO ERRIOXA	36	26	% 5,6
BARAKALDO SESTAO	708	628	% 7,1
BARRUALDE-GALDAKAO	1.563	1.506	% 10,6
BIDASOA	394	412	% 8,9
BILBAO-BASURTO	2.580	2.395	% 9,0
DEBABARRENA	784	839	% 12,1
DONOSTIALDEA	3.233	3.131	% 9,7
EZ ENK CRUCES	1.170	1.031	% 9,3
GOIERRI-ALTO UROLA	989	817	% 5,9
TOLOSALDEA	339	160	% 5,3
URIBE	918	754	% 7,0
TOTAL	14.621	13.554	% 9,0

16. taula. Ospitaleratzeak eta berrospitaleratzeak, 2017ko aldian.

KONTSULTARTEKOAK

Lehen Mailako Arreta eraginkorrak, berez, osasun-arazo gehiago konpondu beharko lituzke, eta, ondorioz, ospitaleko espezialistekin kontsulta gutxiago egitea eskatu beharko luke. Hori dela-eta, hipotesi hori frogatzeko orduan garrantzitsutzat jotzen diren hiru espezialitate monitorizatzen dira kontratu-programan.

	LEHENENGO KONSULTAK		HURRENGO KONSULTAK		KONSULTAK GUZTIRA		HURRENGOEN/LEHENENGOEN INDIZEA		AURREZ AURRE-KOAK EZ DIREN KONSULTAK	
	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017
KARDIOLOGIA	37,4	36,4	126,2	124,7	163,6	161,1	3,4	3,4	9,1	7,7
ENDOKRINOIA	17,4	18,2	105,4	104,6	122,8	122,8	6,1	8,5	11,5	11,0
ARNAS APARATUA	26,4	24,4	118,0	112,5	144,4	136,9	4,5	4,6	6,2	4,4
GUZTIRA	81,2	79	349,6	341,8	430,8	420,8	4,6	4,6	26,8	23,1

17. Taula. Ospitaleko arretara bideratutako kontsultartekoak, kontratu-programan monitorizatu direnak.

FARMAZIA

2013tik, asistentzia-eremua edozein izanik ere, mediku guztiek daukate errezetak agintzeko sistema informatiko korporatiboa (PRESBIDE), eRezetan sartuta dagoena. Mugarri horriesker, aurrera egin ahalizanda historia farmakoterapeutiko bakarraren xedean, bai eta pazientearen jarraipen farmakoterapeutikoa egiten duten osasun-langile guztiek medikazioa modu integratu eta partekatuan kudeatzeko xedean ere. Gaur egun, preskripzio kronikoen % 37 inguru hasten dira eremu espezializatuetan eta osasun mentalaren eremuan. Gero, lehen mailako arretatik monitorizatu ohi dira. Kontratu-programarako eskuratzen diren adierazleen balioetan sartuta daude preskripzio horiek guztiak; hau da, adierazleok ez dute zertan lehen mailako arretako jardueratik eratorri.

Nolanahi ere, Lehen Mailako Arretako medikuak eta farmazialariak lanean ari dira farmaziako preskripzio-eremuaren kalitatea handitu dadin, eta horregatik hautatu ditugu adierazle hauek, preskripzioaren kalitatea hobetze aldera egiten den ahalegin etengabea islatzen dutelako:

ADIERAZLEA	ADIERAZLEAREN URTEKO BALIOA				
	2014	2015	2016	2017	2018
ANTIBIOTIKO SISTEMIKOAK (DHD)	17,31	20,51	21,52	18,98	17,68

Lehen mailako arretako kontsulten herenak zerikusia dauka gaixotasun infekziosoekin, eta, sarritan, antibiotikoak erabiltzen dira horiek tratatzeko. Antibiotikoak behar izanik gabe erabiltzeak erresistentziak sorrarazten ditu; arazo hutsalak «medikalizatzen» dira, eta albo-ondorio nahiz kostu ekonomiko handiagoak sortzen, medikuen kontsultetara eta larrialdietara gehiago joatearekin lotzen baita hori.

ADIERAZLEA	ADIERAZLEAREN URTEKO BALIOA				
	2014	2015	2016	2017	2018
KARDIOPATIA ISKEMIKOA DIAGNOSTIKATUTA DUTEN ETA ESTATINA HARTZEN DUTEN PERTSONAK	91,24	89,72	91,07	90,93	92,15

Estatinek, neurrizko dosietan hartuta, guztizko hilkortasuna eta hilkortasun kardiobaskularra murrizten dituzte, baita kardiopatia iskemikoa duten pazienteen gertakizun kardiobaskularrak gutxitzen ere. Azken urteotan, paziente horien tratamenduaren zifra ezin hobeetara iritsi gara, eta bere horretan jarraitzen dute; hein handi batean, Lehen Mailako Arretako (AP) medikuek paziente horiei egiten dizkieten jarraipen eta azterketa etengabeengatik.

ADIERAZLEA	2016	2017	2018
SYSADOAen (DHD) PRESKRIPZIOAREN JAITSIERAA	6,62	5,83	5,28

SYSADOA deritzotenek ez dute erakutsi artrosiaren historia naturala aldatzen dutenik, eta kostu-eraginkortasun erlazio txarra dute. Azken urteetan, Euskadin sendagai horiek gutxiago agintzen direla ikusi da; hain zuzen ere, adierazlea kontratu-programan hedatu zenetik eta horiek ez erabiltzeari begirako prestakuntza-jarduerak egiten direnetik.



4. ILDO ESTRATEGIKOAK

1. ILDO ESTRATEGIKOA:

Lehen mailako Arretaren eginkizunari balioa ematea.

1. EKINTZA. Lehen Mailako Arretarako Aholkularitza Kontseilua sendotzea.

Gaur egun, bi Aholkularitza Kontseilu dauzkagu Osasun Sailean: osasun mentalekoa eta Lehen Mailako Arretakoa, eta osasun-sistemaren egiturazko elementuen gainean aholku emateko xedea dute. Horrenbestez, Lehen Mailako Arretak osasun-sistemaren barruan duen eginkizuna indartzea erabaki dute Osasun Sailak eta Osakidetzak, garatzeko eta indartzeko lehentasunezko arlotzat joz, osasun mentalarekin gertatzen den bezalaxe.

Lehen Mailako Arreta indartu dezaketen hainbat alderdi aztertzeko gune izateko asmoz sortu da Lehen Mailako Arretako Aholkularitza Kontseilua, eta, era berean, Lehen Mailako Arretara modu korporatiboan helarazten diren ekimenak aztertzeko eta horien berri emateko helburua dauka. Kontseiluaren eraketak, zeina Osasuneko sailburuaren aginduz erregulatu zen, bere baitan hartzen ditu askotariko elkarte zientifikoak, Osasun Sailean eta Osakidetzan Lehen Mailako Arretan adituak diren profesionalak eta aditu independenteak.

2. EKINTZA: Sistematika esplizitu bat garatzea ESI bakoitzean, Lehen Mailako Arretaren eta ospitaleko arretaren arteko protokoloak edota akordioak heda daitezten. Sistema horrek beti galarazi behar du ospitaleko arretako zerbitzuen erabakiak (asistentzialak edota kudeaketakoak) LAUetara zuzenean helaraztea, aurretik horiekin ados jarri ezean.

Lehen Mailako Arretako asistentzia-zamak izaten dituen gorabeherek, batzuetan, ospitaleko arretan Lehen Mailako Arretarekin (aktore eskudun eta inplikatu gisa) ados jarri gabe hartzen diren erabakietan izaten dute jatorria. Horregatik da ezinbestekoa profesionalen artean aurretik ados jartzea eta Kontseilu Kliniko Asistentzialari txostena bidaltzea (uztailaren 3ko 100/2018 Dekretua) eskatuko duen sistematika garatzea, asistentzia-maila batetik zein bestetik datozen ekimenak hedatzeari dagokionez. 2019ko lehenengo hiruhilekoan, ESletako Asistentzia Zuzendaritzek ezarriko dute protokoloak eta akordioak hedatzeko prozedura, zirkular baten bidez.

3. EKINTZA: Familia-medikuek oro har eska ditzaketen proba osagarrien zorroa aztertzeko eta, hala badagokio, eguneratzea.

Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiaren 7/2003 Instrukzioaren bidez (2008an aldatu zen), Lehen Mailako Arretak eska ditzakeen proba osagarrien zorroa zehaztu zen. 2019ko lehen hiruhilekoan, ESI bakoitzaren egoera aztertuko da, eta, hala badagokio,

Lehen Mailako Arretaren proba osagarrien zorroa eguneratuko du Zuzendaritza Nagusiak.

4. EKINTZA: EHUren Lehen Mailako Arretaren katedra finkatzea.

Medikuntzako ikasketa-programak zehaztea, a priori, Osasun Sailaren eginkizuna ez den arren, argi dago familia-medikuntza eta Lehen Mailako Arreta garatzeko arlo horrek Lehen Mailako Arretaren (AP) prestigioa handitzen eta, hortaz, arreta mota hori indartzen lagunduko duela. Hori dela-eta, Medikuntzako Fakultatean familia-medikuntzaren aurreko sentsibilitaterik egon izan ez denez, Osasun Sailak lankidetzeta-hitzarmen bat sinatu zuen EHUrekin 2018an, Lehen Mailako Arretaren katedra bat garatu zezan.

Datozen urteotan, Medikuntza Fakultateko ikasketa-programan familia-medikuntza beste ikasgai bat izatea izango da katedra horren helburua.

5. EKINTZA: Fisioterapia Lehen Mailako Arretako zerbitzu-zorroaren zati gisa hedatzea.

Zabalganako osasun-zentroan hasi da hedatzen fisioterapia Lehen Mailako Arretako prestazio gisa. Prestazio hori pixkanaka-pixkanaka Euskadi osoan hedatzea da Osasun Sailaren xedea. 2019ari begira, Arabako lehen mailako arretan (AP) (zerbitzu horretarako erreferentziazkoak diren hiru osasun-zentrotan) fisioterapia finkatzea da xedea, gero, 2020an, prestazio hori Bilbo-Basurtu ESIra hedatu eta, ondoren, Euskadi osora zabaldu dadin.

Bada, Arabako ESIan sei fisioterapeuta-lanpostu sortzea ekarriko du horrek, eta beste zortzi sortuko dira 2020an, Bilbo-Basurtu ESIrako.

6. EKINTZA: Lehen mailako arretako farmazialariaren zereginak jorratzea, arreta integratuaren testuingurutik eratorritako zeregin berriak dagoeneko finkatuta dauden eginkizunetara txertatu ahal izateko.

Tratamendu farmakologikoa optimizatze aldera, medikuen, pediatren eta erizainen eginkizunak osatzen ditu Lehen Mailako Arretako farmazialariak, eta eginkizun horiek pazienteen jarraipen farmakoterapeutikoan eragina dutela egiaztatu da; bereziki, ezegokiak izan daitezkeen sendagaiak kentzen laguntzen du, medikazioari loturiko emaitza negatiboak prebenituz eta, horrela, sendagaiak modu seguru eta efizienteagoan erabiltzea sustatuz. Ildo horretan, Lehen Mailako Arretako farmazialarien eginkizunak ziurtatu behar direla ezartzen du jada kontratu-programak. Ildo hori indartzeko, ESI guztietan eguneratu eta homogeneizatu beharko dira Lehen Mailako Arretako farmazialarien zerbitzu-zorroak, jarraipen farmakoterapeutikoa egiteko adierazle espezifikoak sortzearekin batera.

7. EKINTZA: Lehen Mailako Arretan egiten den gastuaren kontabilitate finantzarioaren eredia zehaztea, Lehen Mailako Arretari loturiko gastua identifikatu ahal izan dadin, abiapuntu gisa, asistentzia- eta antolaketa-ereduei buruz eztabaidatzeko gero, autogestio-maila handiagoei eta Lehen Mailako Arretaren jarduerari lotutako aurrekontuak kudeatzeari dagokionez.

Lehen Mailako Arretaren finantzazioari buruzko idatz-zatian adierazi denez, autogestioan benetan aurrera egin nahi bada, Lehen Mailako Arretaren gaur egungo ereduan egin behar diren aldaketen inguruan hausnartu beharko da; izan ere, asistentzia-maila horretako erabaki klinikoan ondoriozko ardura gehiago onartu ahal izatea ekarri behar dute aldaketok. Lehen Mailako Arretako baliabideen kudeaketatik harago joan eta asistentzia-prozesuaren kudeaketara joko duen kudeaketa klinikoaz ari gara.

Horretarako, lehenengo sehilekoan kontabilitate-eredu horren oinarriak zehaztuko dituen eta, gero, autogestio-maila handiagoa izatea ahalbidetuko duen ereduaren oinarriak zehaztuko dituen lantalde bat sor dezala proposatuko zaio Aholkularitza Kontseiluari.

2. ILDO ESTRATEGIKOA:

Lehen Mailako Arretako taldeen egitura erronka demografiko eta epidemiologikoetara egokitzea.

Biztanleria zahartzeak eta horren ondorioz mendekotasuna eta kronikotasuna areagotzeak asistentzia-egiturak indartzeko premia dakar; batez ere, familia-medikuntzaren eta erizaintzaren eremuan. Horri begira, jarduera hauek hedatu behar dira:

8. EKINTZA: Familia-medikuntzaren kupo berriekin indartzea asistentzia-zama handia duten LAUak. Erantsitako taulan ikus daitekeen bezala, familia-mediku bakoitzeko 1.500 OTI baino gehiago dauzkaten eta 75 urtetik gorakoen ehunekoa % 10 baino handiagoa duten LAUak indartzeko irizpide orokorrari helduz gero, 36 LAU indartu beharko lirateke.

Familia-mediku bakoitzeko 1.400 OTI baino gehiago dauzkaten eta 75 urtetik gorakoen ehunekoa % 15 baino handiagoa duten LAUak ere aintzat hartuz gero, beste 4 unitate indartu beharko lirateke.

OTI-kop	75 URTEKOEN ETA HORTIK GORAKOEN %a				GUZTIRA LAU
	> % 15	% 10etik 15era	% 5etik 10era	< % 5	
>1500	5	26	5	2	38
1400etik1500era	4	33	4	1	42
1300etik 1400era	8	20	4	1	33
< 1300	6	15	1	0	22
LAUak GUZTIRA	23	94	14	4	135

2. taula. LAUen banaketa, OTI-kopuruaren eta 75 urtetik gorakoen ehunekoaren arabera.

Zentzuzkoa denez, familia-medikuntzan (gutxi gorabehera) sortu beharko liratekeen 40 lanpostuek ekarriko luketen **hazkuntzari ñabardurak egin beharko litzaizkioke, praktikan ikusitako asistentzia-presioa oinarri hartuta, eta, gainera, behatutako morbiditate-zamari egokitu beharko litzaizkioke lanpostu berriak**. Are, Aholkularitza Kontseiluak ematen duen gomendioarekin bat eginez, ezarritako egiturari buruzko atalean azaldutako oinarriren bat erabiliko da lanpostu berrien premiak zehazteko oinarri teorikotzat (2. eta 3. taulak).

Lanpostu berriak modu mailakatuan hedatuko dira datozen bi urteetan. Nolanahi ere, 2019ko lehenengo seihilekoan 20 plaza hornitzea ezarri da xedetzat.

9. EKINTZA: Erizaintzako lanpostu berriekin indartzea erizain/pediatra ratio txikiena duten taldeak (Lehen Mailako Arretakoak), pixkanaka, datozen bi urteetan. Ez dago jarduera onen ebidentzietan oinarrituriko argudio solidorik,

estandar gisa 1:1 ratioa ezartzea aholkatzen duenik. Dena dela, konparaziora sartuta, hutsuneak hauteman dira LAU batzuetan; bereziki, pediatriako erizaintzan. Bestalde, Lehen Mailako Arretako asistentzia-prozesuari balio handiagoa emango dion erizain-profila garatzea planteatzen dute ildo estrategikoek. Guztiarengatik, erizaintzako taldeak indartu behar dira, erizaintzaren barruan gaitasun berriak hedatu eta garatu ahala.

Abiatze-ratioa aintzat hartuta egin behar da pixkanako hornidura, eta, batez ere, bereziki erizaintzari esleitutako asistentzia-eginkizun berriak kontuan hartuta, aurrerago adieraziko den bezala. Erizaintzako kontsultan, hortaz, prozesu arinak eta erizainak konpon ditzakeen osasun-egoerak artatu behar dira, hala helduekin, nola haurrekin, eta, azken kasu horri dagokionez, garrantzia emango zaie haur osasuntsuei.

Erizain/familia-mediku erlazioan ikusi den ratioa erreferentziatzat hartuta, erizaintzako taldea handitu beharko da (batez ere, pediatrian), 46 lanpostu inguru sortuta. Datozen bi urteei begira planteatutako erronka da hori, pixkanaka eta erizaintza pediatrikoko gaitasun berrien hedapenarekin paralelo egin beharko dena. Aurreko ekintzan bezalaxe, 2019ko lehenengo seihilekoan 23 plaza hornitzea ezarri da xedetzat.

Xede horrek 0,92ko ratio orokorrean kokatuko luke Euskadiko Lehen Mailako Arreta, erizain/mediku erlazioan. Hala, familia-medikuntzako lanpostuak ugaritzeak izango duen eragina deskontatu beharko litzatekeen arren, Lehen Mailako Arretako osasun-arretari baliabide gehien bideratzen dizkioten autonomia-erkidegoen antzeko ratioa edukiko genuke.

10. EKINTZA: LAUen administrazio-arloetan lan egiten duten pertsonen profil funtzionalak aztertzea eta, hala badagokio, egokitzea.

Hainbat lanbide-kategoriak egiten dute lan osasun-zentroetako administrazio-arloan. Esan den moduan, Lehen Mailako Arretarako estrategiaren barruan, administrazio-arloak baliabide edo prozesu egokienera bideratu behar ditu laguntza eskatzen duten pertsonak, Lehen Mailako Arretako taldeetako gainerako profesionalen lana osatzeko. Ondorioz, badirudi beharrezkoa dela profesional horien premiak aztertzea eta, hala badagokio, egokitzea, garatu behar dituzten gaitasunen ikuspegitik begiratuta. Horretarako, arlo horietan lan egiteko behar diren prestakuntzari eta gaikuntzari egokitu behar zaizkie langileak hautatzeko prozedurak.

Premia horiek aztertuta, kontratazio-zerrendak kudeatuko dituen eta eremu bakoitzean egiten diren lan ezberdinengatik lehen mailako arreta (AP) eta ospitaleko arreta (AH) bereiziko dituen sistema bat ezartzeko aukera dagoen ala ez jakin ahal izango da.

Osakidetzako Giza Baliabideen Zuzendaritzak gidatuko du azterketa hori, eta 2019ko hirugarren hiruhilekoan aurkeztu beharko dio Aholkularitza Kontseiluari.

3. ILDO ESTRATEGIKOA:

Lehen Mailako Arretako taldeen antolaketa eta kudeaketa optimizatzea.

... talde-lanaren eredia finkatuz, profil profesional bakoitzak bere gaitasunak zabaldu ditzan, gainerako profil profesionalen eginkizunak osatzeko.

3.1 ADMINISTRAZIO-JARDUERA

Aztertu diren ekarpenen artean, mediku-kontsulten burokratizazioaren inguruko kontuek izan dute adostasun-maila handiena. Lan bakoitza eta lan horrek asistentzia-prozesuari ematen dion balioa aztertu behar dira, horiek berrantolatzeko:

- Hala, langile egokienaren eskuetan egon behar dute administrazio-lanek, horien garrantziaren arabera; hots, horiek kudeatzeko gaitasun eta trebetasunak dituenak hartu behar ditu lanok.
- Halaber, lan horiek Lehen Mailako Arretaren testuinguruan kudeatzea saihestu behar da, bai horiek kudeatzeko asistentzia-maila egokia ez denean, bai asistentzia-eremutik kanpo egin edo konpon daitezkeenean.

Asmo horrekin, honako **EKINTZA** hauek planteatzen dira:

11. EKINTZA: Administrazio-jardueraren prozedura xedatzen duen Instrukzioa (Zuzendaritza Orokorrarena) eguneratzea, berariaz ziurta dadin administrazio-lanak hedatzeko ardura zehazten eta antolatzen duten Osakidetzaren Instrukzioak betetzen direla.

Eguneratze horrek bat egingo du Lehen Mailako Arretako eta ospitaleko arretako profesionalen eginkizun eta gaitasunekin, eta administrazio-lanak asistentzia-prozesuan parte hartzen duten askotariko profesionalen gaitasun eta trebetasunen arabera hartzea erraztuko du.

Lehen Mailako Arretaren Aholkularitza Batzordeak instrukzioa aztertu eta horri buruzko txostena egin ondoren, 2019ko otsailean formalizatuko da.

12. EKINTZA: Gailu informatikoak aldatzea eta softwarea egokitzea Lehen Mailako Arretako sare guztian.

Material mota hori ordezkaturik, gaur egungo ekipoen prestazioak hobetuko dira. Osakidetzak lehentasuna emango dio Lehen Mailako Arretako ekipu informatikoak berritzeari. Hala, 2019an zehar aldatuko dira 135 LAUetako ekipu guztiak, beste asistentzia-maila batzuetako ekipoen aurretik.

13. EKINTZA: Askotariko agenteen aurrean ziurtatzea zein eginkizun duen familia-medikuak txosten klinikoak egiteko unean, Pazientearen Autonomiari buruzko Legearekin bat eginez. Horri begira, familia-medikuaren erantzukizunetik kendu behar da paziente batek lanpostu jakin bat egiteko dituen gaitasunak epaitzea dakarten txostenak idazteko ardura. Plangintza Zuzendaritza harremanetan jarriko da identifikatutako erakunde eta organismoekin, eta Aholkularitza Kontseiluan egiten diren kudeaketen aurrerapenaren berri emango die.

3.2. ESKARIAREN ARRETA

Talde-lanaren eredia sakondu eta finkatu behar da, profil profesional bakoitzak bere gaitasunak zabaldu ditzan, gainerako profil profesionalek asistentzia-jardueran dituzten eginkizunak osatzeko

Ilido horretan, eta asistentzia-eskaria kudeatzeko elementu gisa, Lehen Mailako Arretako taldeak berak zehaztu behar du, modu korporatiboan zehaztutako oinarri komun bat aintzat hartuta, zein ezaugarri izan behar dituen hitzorduen agendak familia-medikuen eta erizainen lana errazte aldera, kontsulta mota ezberdinen (aurrez aurrekoak, telefono bidezkoak, administratiboak) eta, batez ere, atzeratu ezin daitekeen pazientearen arretari dagokionez.

14. EKINTZA: Lehen Mailako Arretako (AP) Aholkularitza Kontseiluaren testuinguruan, LAUko buruak LAUaren agendak kudeatzeko oinarrizko ezaugarriak zehaztuko dira.

Administrazio-ataleko profesionalek funtsezko zeregina dute, lehenak baitira asistentzia-eskaria jasotzen. Oso garrantzitsua da asistentzia-eskaerari arreta eman eta informazio nahiz baliabide egokienak esleitu ahal izateko gaitasunak garatzea, asistentzia-prozesuaren eraginkortasuna eta efizientzia baldintzatzen baititu garapen horrek. Bada, gaitasunen garapen hori bereziki garrantzitsu suertatzen da atzeratu ezin daitekeen arreta eskatzen duten pertsonekin. Hori bereziki garrantzitsua da arreta atzeraezina eskatzen duten pertsonen kasuan. Otsailean, lantalde bat osatuko da Aholkularitza Kontseiluan.

15. EKINTZA: Administrazio-atalaren eremuan hedatzea asistentzia-eskariak nahiz erizainaren edo medikuaren kontsulta asistentziala esleitzeko aukerak kudeatzen dituen triaje-sistema zehazteko prozedura korporatiboa.

ESletan, prozesu automugatuari, prozesu arinei edo erizaintza-sailkapena duten prozesuari arreta emateko hainbat proiektu daude, eta egoki ikusi da horiek bateratu eta LAU guztietan hedatzea. Erizaintza bidezko kontsultako arretak erizaintza-jardueran giltzarriak diren bi alderdi garatzea ahalbidetu behar du.

1. Prozesu automugatu edo arinetan heziketa sanitarioa ematea, osasun-
arloko profesional baten esku-hartzea behar ez duten zenbait prozesu
desmedikalizatzeko xedez.
2. Asistentzia-prozesuak konpontzea, mediku batek zertan esku hartu ez
duenean, errezeta bat edo administrazio-izapide bat egitetik harago.

Lehen Mailako Arreta Unitate (LAU) guztietan izen bera izanik, eskariari arreta emateko erizaintza-kontsulta helduen nahiz haurren arretara hedatu behar da, profil hori duten profesionalak konpon edota kontrola ditzaketen osasun-arazoak daudenean, asistentzia-arloko jarduera guztiei laguntzeko Lehen Mailako Arretan.

4. ILDO ESTRATEGIKOA:

Goreneko gaitasunetan sakontzea erizaintzaren garapen profesionala.

Lehen Mailako Arretarako estrategian, erizainaren irudia sendotu behar da halaberharrez; komunitate-eremutik hurbil dagoen profesional gisa irudikatu behar da, eta familia-medikuarekin edota pediatriarekin elkarlanean dabilen erreferentea izan behar du asistentzia-eremuan. Talde-lana da, beraz, non paziente bakoitzarentzat bakarra den asistentzia-prozesuan profesionalen arteko osagarritasuna den askotariko profesionalen lana interdependentea delako isla.

Erizaintza-kontsulta hedatzea dakar horrek, baina, jakina, asistentzia-jarduera komunei eutsi behar zaie. Horretaz gain, erizaintza eremu soziosanitario eta komunitarioa bideratzea ere badakar, erizainak erizaintza komunitarioaren eginkizunak egin ahal izateari begira. Hortaz, erizaintza-profila garatzeko lau lehentasun bereizten dira:

1. Erizainaren erreferentziagarritasuna (kupo-esleipena).
2. Erizaintza-kontsultaren hedapena.
3. Erizaintza komunitarioaren eginkizunaren garapena.
4. Etengabeko hobekuntza asistentziaren jarraitutasunean.

Oro har, Lehen Mailako Arretan, helduen eta pediatriako erizaintza-profilak hedatuko dira, familia-medikuarekin edo pediatriarekin talde-lanean eta esleitutako biztanleria-kupo batekin.

Azken urteotan, erizaintzako beste bi profil profesional hedatu dira Osakidetzan:

1. GAE (gaitasun aurreratudun erizaina), PPP identifikatu diren pertsonen kupo zehatz bat duena. Erizaintza-profil hau duten pertsonen bizi-prozesu osoan ematen zaie arreta, asistentzia-continuumaren barruan.
2. Eta patologia kronikoen desoreka-unean dauden PPP pazienteei zerbitzu emateko GAEa. Profil honek, aurrekoak ez bezala, patologia orekatu arte bakarrik artatzen ditu pertsona horiek, eta, lan hori amaitutakoan, lehen mailako arretako taldeei itzultzen zaie prozesu kronikoaren kontrola. Bada, etxeko ospitaleratze-zerbitzuko erizaintzaren antza duen profil profesionala da, eta luzetarako joera kontzeptua ez da horien lanaren zati.

Oinarri-dokumentuaren proposamenekin piztu den eztabaidak agerian utzi du askotariko iritziak daudela bi profilen egiturazko hedapenaren inguruan. Ondorioz, bi profilak esperientzia pilotuen inguruneetan edukitzearen alde egin behar da, LAUetarako antolaketa-aukera modura.

Azken urteotako beste elementu bereizgarri batek erizaintzako espezialitateen garapenarekin dauka zerikusia. Garapen hori ez da berdina izan espezialitateetik espezialitatera, baina, zalantzarik gabe, sakondu egin behar da. Era berean, kontuan hartu behar da kontratazio-prozesua, aurrerago azaltzen den bezala.

16. EKINTZA: Erizaina aske hautatzeko dekretua garatzea eta hedatzea, mediku-erizain taldea lehentasunez hautatzeko aukera eskaini ahal izateko pazienteei, baina herritarrek beste esleipen-modalitate bat izateko duten eskubidea errespetatuz.

Esanenez, profesionalen txandaren arabera, pixkanaka zuzendu beharko den heterogeneotasun handia atzeman daiteke.

	BIZTANLERIA	BATEZBESTEKOA
ESlak guztira	Helduak	1.561
	Pediatria	1.152
Goizeko txanda	Helduak	1.400
	Pediatria	1.172
Arratsaldeko txanda	Helduak	1.990
	Pediatria*	1.222

*9 ESI

18. taula OTIen batezbestekoa, Osakidetzako erizain bakoitzeko.

Heterogeneotasun horrek erantzun mailakatua eskatzen du, bi fasetan emango dena:

- **1 fasea:** Hasiera batean, LAU bakoitzean erreferentziakotzat hartzen den erizaina esleituko zaie biztanleei, sistemak webean hitzorduak emateko identifikatuta duen horixe.
- **2 fasea:** atxikitako pertsonen egindako aldaketen eta ESIan –zerbitzuen eta unitateen baja begetatiboekin eta lehenengo ildo estrategikoan jasotzen den errefortzuarekin– sor litezkeen plantilla-aldaketen araberako lan-zamaren balantzea.

Zentzu horretan, erizaintzako koordinatzaileak kudeatu eta gidatu behar du erizaintzako taldea, herritarrei arreta onena emateari begira eta, atxikitako biztanleei dagokienez, lan-zamen oreka ziurtatzeko xedez, norberaren alderdiak kontuan hartuta (hala nola, jarduera komunitarioetan parte hartzea, txandaren arabera baterako lanen parte-hartzean egon daitezkeen gorabeherak eta abar); azken batean, xedeen arabera kudeaketa parte-hartzailea sustatuz. Adibidez, arratsaldeko txandan erizain bakoitzak OTI-kopuru handiagoa daukanez, profesional horiek denbora gutxiago eskaintzen diete LAUaren lan komunei (odol-ateratzeak, elektrokardiogramak, etxeko odol-ateratzeak...), eta asistentzia-zama handitzen du horrek goizeko txandan.

17. EKINTZA: Kontratazio-zerrendetan bi urteko eskarmentua aitortzea familia-medikuntzan, medikuntza komunitarioan eta pediatrian espezializatuta dauden barneko erizain egoiliarrei. Erizain horiek beren espezialitatearen ingurukoak ez diren kontratazio-proposamenak ukatzen badituzte, ez zaie zigorrik ezarriko, beren espezialitatearen eremuan kontratatu ahal izan ditzaten.

Adierazi denez, helduen eta haurren erizaintza-profilak hedatuko dira Lehen Mailako Arretan. Familia-medikuntzan, medikuntza komunitarioan eta pediatrian espezializatuta dauden barneko erizain egoiliarren espezialitateak abiatu ahal izateko, Lehen Mailako Arretako kontratazio-zerrendetan kontuan hartu behar da errealitate hori, gaur egun ezin dezaketelako espezialitate jakin bat eskatu betekizun moduan.

Zentzu horretan, Lehen Mailako Arretaren eremuan, bi espezialitateek egiten dute lan gaitasun-eremua kirurgia-medikuntzako espezialitatean sartuta ez duten erizain orokorrek bezalaxe (Ministerioak zehazteko zain).

Horrenbestez, Lehen Mailako Arretarako profil irekia edukitzea da kontua, baina bi profil bereizi identifikatuz aldi berean: helduak eta pediatria.

18. EKINTZA: Prozedurak eta algoritmoak hedatzea, erizainek erizaintza-kontsultaren pixkanakako hedapenarekin konpon ditzaketan prozesuetarako.

Kontsulta hori, hortaz, ez da triaje-kontsulta espezifikoko bat izango, ez eta prozesu arin jakin batzuetara mugatutakoa izango ere: arazo jakin batzuk konpontzeko gai den eta, hala badagokio, pazienteak medikuaren kontsultara bideratuko duen erizainaren jardueraren zati izango da.

Erizainei asistentzia-eskumen gehiago ematea da ekintza honen helburua, osasun-arazo jakin batzuk konpontzeko gai den erreferente bihur dadin Lehen Mailako Arretan, familia-medikua bezalaxe.

Zenbait LAUtan arrakastaz hedatu den neurria da, eta, etorkizun hurbilean, gainerako LAUetan hedatu beharko da. Ezbairik gabe, herritarrak ahalduntzen lagunduko du neurriak, bizi-prozesu ugari medikalizatzen baitira.

Erizaintza-kontsultaren hedapenarekin eta biztanleak esleituta dituen erizainaren garapenarekin batera, erizainek sendagaiak aske agintzeko aukeraren benetako garapena etorri behar da, indarreko oinarrizko araudiarekin bat eginez.

19. EKINTZA: Produktu jakin batzuk agintzeko eta emateko dekretua garatzea, profesionalki gaitzeko prozesuari dagokionez (eraginkorra izan beharko du 2019ko lehenengo seihilekoan).

20. EKINTZA: Erizain komunitarioaren eginkizunaren garapena.

ESletan egitura horiek sartzearen ezaugarri bereizgarrietako bat da biztanleriaren gaineko ikuspegia. Hori dela-eta, beharrezkoa da LAUek (bereziki, Lehen Mailako Arretako erizaintzak) osasun-arloko tokiko aktiboak baliatuko dituzten ekintzak garatzea. Edozein adineko pazienteei aplikatu ahal bazaie ere, alderdi hau bereziki garrantzitsua da zahartze aktibo eta osasuntsua sustatzeko. Horri begira, oinarrizkoa da adinekoen hauskortasuna eta mendekotasuna ebaluatzea, oinarrizko gizarte-zerbitzuekin koordinatuta adinekoaren egoerari banakako plan bat proposatu ahal izateko.

Hauskortasun-egoeran dauden edo baldintza kroniko konplexurik ez duten pertsonentzat, etxeko kontsulta tradizionaletik haragoko ekintzak hedatu behar dira, beharrezkoa den aldiro etxean eman ahal izateko arreta. Horretarako, oinarrizko gizarte-langileekiko ekintza koordinatua areagotu behar da, eta dauden laguntzak edo zahartze osasuntsuan lagundu dezaketen tokiko aktiboak baliatu. Oinarrizko egitekoa da hori lehen mailako arretako (AP) erizaintzan, are gehiago, hauskortasun-egoeran dauden pertsonentzat profesional erreferentea bada.

21. EKINTZA: Etengabeko hobekuntza asistentziaren jarraitutasuna ziurtatzeko prozesuan.

Zainketen jarraitutasunaz aritzean, pertsonak osasun- eta gizarte-sistemaren askotariko faseetan inguruan dauzkan profesionalak emandako asistentziaren koordinazioa aipatu nahi da. Asistentziaren jarraitutasuna funtsezko elementua da osasunean emaitza onenak lortzeko, eta ongi zehaztutako estandar asistentzialak definitzea eskatzen du, bai eta arriskua/konplexutasuna baloratzeko eskalak zehaztea eskatzen ere, zainketa-planak hastea edota ezarritakoei eustea erabakitzeko. Jarraitutasuna indartzeko eta horren eragina optimizatzeko, besteren

artean, ospitaleko alta jaso ondoren berriro ospitaleratzeko arrisku handia duten ospitaleratuak identifikatzea komeni da. Lehen mailako arretako (AP) erizainek balorazio ardaztuak eta eguneratuak egiten badituzte edo berrospitaleratze-arriskua baloratzeko tresnak (adibidez, LACE indizea) banatzen badira, arrisku handiena duten pertsonak identifika daitezke, eta, alta ematean, lehen mailako arretako erizainak esku hartzea programatu daiteke, berrospitaleratzeko arriskua gutxituko duen zainketa-plana garatu dezan; hau da, zainketekin jarraitzeko banakako plana egin dezan.

Bitarteko erizaintzaren (EEH) ospitale-profila sendotu da. EEHaren eginkizuna giltzarria da asistentziaren jarraitutasunerako; bereziki, ospitale-ingurunetik ingurune komunitariorako bidean.

ESlen kontratu-programaren edukien ildoan, paziente guztiak baloratu behar ditu bitarteko erizainak; besteak beste, berrospitaleratzeko probabilitatearen indize baten bidez (LACE edo antzekoak). Berrospitaleratzeko probabilitate handia duten pertsonak ebaluatu egin behar dira, eta Lehen Mailako Arretako erreferentziazko erizainak egin behar die jarraipena etxean.

22. EKINTZA: Erizaintzaren lidergoa, erronka berrien aurrean. Erizaintzako koordinatzailearen irudia. Lanpostu funtzionalaren definizioa eta lanpostuen hornidura.

Erizainen gaitasun-profilak kudeatzaile-lana hartu izan du beti barnean, bai zainketei dagokienez, bai giza baliabideei eta baliabide materialei dagokienez, eta pieza giltzarritzat jotzen da erakunde sanitarioen kudeaketan. Horrek, gure osasun-sisteman sartu berri diren aldaketekin batera (erakunde sanitarioen integrazioa, erizaintzaren rol berriak...), eta Lehen Mailako Arretako erizainek abian diren proiektuetan eta erronka berrietan duten inplikazio aktiboa gehituta (familia-erizaintzaren eta erizaintza komunitarioaren espezialitatea, erizainek botikak agintzeko aukera...), inoiz baino beharrezkoago egiten du profesional horiek egokitze nahitaezko prozesua gidatuko duen erizainaren irudia egotea Lehen Mailako Arretako taldeetan.

Zentro guztietan erizaintzako arduradunaren/koordinatzailearen irudia ezartzeko aferan, gaur egungo egoera heterogeneoa da Osakidetzan, eta, hortaz, askotariko erakundeen osasun-zentroetan irudi hori argi eta garbi zehazten bada eta oro har eta berdin ezartzen, zentroen kudeaketa indartuko da, zentroak erronka berrietara egokitzea erraztearekin batera.

Erizaintzako arduradun/koordinatzaile postua tarteko agintetzat hartu behar da, ospitale bateko ikuskatzaile baten antzera. Beraz, **dagokion prozedura**

arautzailearen bidez deitu eta estali behar da. Jakina, gaur egun lan horiek egiten dituzten profesionalak aitortu behar dira, eta ekintza hau posible egingo duen prozedura erregulatzaileria antolatu beharko da datozen urteotan.

LAUko buruaren kasuan gertatzen den bezalaxe, erizaintzako arduradun/koordinatzailearen kudeaketa-eginkizunak bat egin behar du bere asistentzia-eginkizunekin. Horri begira, LAUko buruak dauzkan antzeko irizpideak ezarriko dira, kudeaketa- eta asistentzia-eginkizun bikoitza garatzea errazteko.

Oro har, lehen seihilekoa amaitu baino lehen, **LAU guztiek izango dute erizaintzako arduradun/koordinatzaile bat**, eta LAUko buruaren mende egongo da arlo funtzionalean nahiz hierarkian. Hala ere, salbuespenak egin daitezke LAUko burua erizaina denean, LAUaren konplexutasuna dela-eta –salbuespenez– erizaintzako bi profesionalek estalitako bi postu egotea komeni denean izan ezik. Horri buruz, adieraz daitezke Osakidetzaren LAUen % 20k dutela buru erizaina (29 LAUk), eta horien % 52k (15 LAUk) daukate erizaintzako arduradun/koordinatzailea.

2019an, LAU bakoitzean arauz zehaztuko dira postu funtzional horren eginkizunak eta postua esleitzeko eta deialdia egiteko irizpideak. 2020ko lehenengo seihilekoan, LAU guztietan hedatuko da irudi hori.

5. ILDO ESTRATEGIKOA:

Familia-medikuntzako belaunaldi-erreleboan asistentzia-hutsunea saihestea.

Mediku bakoitzak esleituta duen paziente-kupoaren neurriak ekartzen ditu premia hauek, lehen jorratu den moduan.

Egiturazko plantillak, gainera, izugarri alda daitezkeen ordezkapen-premiak dauzka, gaur egungo hitzarmenak aitortzen dituen oporren, baimenen eta lanaldi-murrizketen ondorioz edota gaixotasun-absentzien ondorioz.

Datozen urteei begira, premia horiek eta aurreikusitako erretiroen eta sistemara sartuko diren familia-medikuen erlazioak balantze negatiboa ematen dute. Aurreikuspenen arabera, 2025-2026ra arte, larriagotu egingo da profesional-urritasunaren egoera, zeina zaila den zehaztasunez zehaztea, ezinezkoa baita aurrez jakitea noiz hartuko duen erretiroa profesional jakin batek. 2025-2026 urteetan, ordea, erretiroen eta espezialista berrien prestakuntzaren arteko defizita lehengoratu egingo da.

Errelebo hain masiboan asistentzia-hutsunea gertatzea saihesteko, familia-medikuntzan BAMEak areagotzeaz gain, Lehen Mailako Arretako familia-medikuaren lana erakargarri egiteko bestelako neurriak hartu behar dira.

Prestatu behar diren espezialisten kopurua planifikatzea, ordea, lan zaila da. Lehen Mailako Arretaren premiei, gainera, beste zerbitzu batzuen premiak gaineratu behar zaizkie (hala nola, etxeko ospitaleratzea, larrialdiak eta ospitaleetako larrialdietako ateak). Halaber, beste eremu batzuetan ere kontratazio-premiak daude (medikuntza pribatuaren eremuan edo kudeaketaren eremuan, adibidez). Duela ez asko, espezialista gehiegi prestatzen ziren, eta urtean 3 edo 4 hilabetez bakarrik lan egiten zuten mediku langabetuen poltsak betetzen ziren. Hain zuzen ere, ordezkapenen eredia langabetuen poltsa horretan oinarritzen zelako sortzen zen egoera hori. Eredu horrek gaur egun familia-medikuen kontratazioan dauden zailtasunak saihestuko lituzke, baina, gizartearen ikuspuntutik erreparatuta, onartezina da. Bestalde, ereduak ez du baliokiderik izan ospitaleko medikuntzaren eremuan.

23. EKINTZA: Familia-medikuntzan eta medikuntza komunitarioan BAME prestakuntza planifikatzeko sistematika.

Epe luzera begira, eta 2025era arte gutxienez, ahalegina egin beharko da BAMEak familia-medikuntzaren espezialitatean prestatzeko. Horretarako, espezialistak

prestatzeko beste 16 tokiegi aztatu dira azken hilabeteotan, Ministerioa kerantzukizun-akreditaziorako salbuespenezko prozedura bat eskatu ondotik (irakasleen plazak egiaztatzen dituen prozesua arintzeko eta egiaztatzeke zeuden plazak akreditazioa eskuratzeko alternatiba gisa eskatu du Ministerioak salbuespenezko prozedura hori). Datorren deialdian, Euskadik 107 plaza eskainiko ditu.

Nahitaezkoa izango da familia-medikuntzako BAME-en premiak sistemaren premiei egokitzea, kontuan hartuta belaunaldi-erreleboa egiten denean profesionalen ordezkapen-premiak oso baxuak izango direla. Doikuntza hori hobeto baloratu ahalko da 2024-2025etik aurrera, baina, ordura arte, ahalegina egin beharko da familia-medikuen prestakuntzan.

24. EKINTZA: Irakaskuntzakotzat jotzea irakasteko akreditazioa duten osasun-zentroetako medikuen eta erizainen plazak multzoa.

Prestigioa eman behar zaie irakaskuntzako osasun-zentroeiei, eta zentro horiei aitortza egiteko neurriak hartu behar dira. Zentzu horretan, langileak mugitzeko edo plaza berriak hartzeko xedez, irakaskuntzako osasun-zentroetara sartzen diren profesionalak irakaskuntzaren gaineko ardura hartu beharko dute, errelebatu dituzten profesionalen baldintza beretan.

Era berean, medikuntzako eta erizaintzako tutorearen irudia behar bezala aitortu behar da, karrera profesionalari dagokionez.

25. EKINTZA: Asistentzia-errefortzurako ereduak finkatzea Lehen Mailako Arretarako, eraginkorra eta jasangarria izan dadin.

Etorkizun hurbilean ordezkapenak kudeatzeko eredu modura enplegarritasun gutxiko familia-medikuen poltsak sortzea saihestuko duen asistentzia-errefortzuaren ereduak sendotu behar da. Kudeatzeko eta familiako eta laneko bizitza bateragarri egiteko erosoak gerta daitezkeen arren, ez da ez oso bidezkoa, ez profesionala, eta, sozialki, onartezina da. Horregatik da premiazkoa bestelako eredu baterantz aurrera egitea, bi lan-ildoren bidez:

- LAU bakoitzaren aldi kritikoak planifikatzea, LAU-mailako gertakizunen banakako plana definituz ESI bakoitzarentzat, aldi kritikoetarako: oporraldietarako eta absentzia luzeetarako, alegia.
- Errefortzu profesionalak orekatzea, LAUko egiturazko langileek lanaldia egokituz edota ordezkapenak kudeatzeko formula alternatiboak aurkeztuz, kontziliazioa posible egiteko, enplegarritasun gutxiko profesionalen poltsa sortu beharrik gabe.

Aholkularitza Kontseiluaren testuinguruan, arazoa aztertuko duen eta egon litezkeen aukerak proposatuko dituen lantalde bat osatuko da. Zentzu horretan, badirudi egokia dela ohiko lanaldian ekintzengatik ordaintzeko modutik («ampliagenda» deritzonetik) urruntzea. Alabaina, bestelako formulak esplora daitezke, asistentzia-lana «absentzia-ordezkapen bat» formulatik harago ulertzea nahi bada. Finantzazio-formula horren arriskua aski ezaguna da, eta enplegarritasun gutxiko profesional oso gaituen poltsa sorrarazten du.

Beste neurri batzuen artean, honako hauek ezarri dira:

- Kontratu egonkor malgua: LAUen errefortzua erraztearekin batera, kontratu egonkorra ematen dio ordezkoari. Esleitutako biztanlerik gabeko LAU bat edo gehiago sortuko balira ESletan (oinarri-dokumentuaren proposamena), egiturazko (EPE bidez hornitutako estatutu-lanpostu finko) bihurtuko lirateke ESI bakoitzean behar diren errefortzu-plazak. Hala ere, agian ulertu ez delako, ez du harrera ona izan foro jakin batzuetan, eta, beraz, Aholkularitza Kontseiluaren testuinguruan aztertuko da, har litekeen neurri gisara.
- Produktibitate-osagarriaren ordainketa, ospitaleko arreta-mailaren pare.
- Lanean ez dagoen profesionalaren kupoa zati batean pilatzea, Aholkularitza Kontseiluak orientatu beharko duen OTI-kopururaino.

26. EKINTZA: Goizeko eta arratsaldeko txandak txandakatzea ahalbidetuko duten lanaldiak pixkana hedatzen laguntzea.

LAUak goizez eta arratsaldez irekita, pazienteak horietara joan ahal izatea bermatzen da, Lehen Mailako Arretaren printzipioetako bat izaki hori.

Goizeko eta arratsaldeko txandak txandakatzek mesede egiten dio laneko eta familiako bizitzaren kontziliazioari, eta, gainera, lehen mailako arretako taldeen kohesioa indartzen du. Goizeko eta arratsaldeko talde bereziak sortzeko arriskuaren aurrean, neurri horrek on egiten dio asistentzia-antolaketari, kohesioa areagotzen du, eta erakargarriagoa egiten du Lehen Mailako Arretako profesionalen lana. Neurri hori beste lanbide-kategoria batzuetan hedatzea planteatu daitekeen arren, epe laburrean, Lehen Mailako Arretako medikuei begiratzen die neurriak.

27. EKINTZA: Profil profesionalak optimizatzea.

Belaunaldi-erreleboaren zati handiena egiten den bitartean, medikuntzako beste espezialitate batzuk (esaterako, pneumologia, neurologia, geriatría, barne-medikuntza...) aprobetxatu beharko dira espezialitate zehatz bat behar ez duten

zerbitzuetarako (adibidez, larrialdiak, etxeko ospitaleratzea...), lehentasunez hedatzen da Lehen Mailako Arretako familia-medikuntzaren profila.

28. EKINTZA: EPE berezi eta espezifikoa familia-medikuntzan.

Beti izaten da beharrezkoa plantilla egonkortzea, baina, zalantzarik gabe, familia-medikuen artean gertatzen ari den belaunaldi-erreleboa argudio ukaezina da Lehen Mailako Arretarako EPE bat lehenesteko. 2019ko bigarren seihilekoan gauzatu beharko litzateke EPE hori, azken EPEarekin kateatuta.

6. ILDO ESTRATEGIKOA:

Lehen Mailako Arretan arreta pediatrikoaren eredia sendotzea.

Euskadiko arreta pediatrikoaren ereduak hainbat erronka dauzka aurrez aurre, karrera profesionala Lehen Mailako Arretara bideratzen duten profesional gutxi dagoelako. Alabaina, arazo horri heltzea bezain garrantzitsua da pediateren eta erizainen arteko eginkizun-banaketa ezegokia zuzentzea. Horri, gainera, lehen mailako arretan pediatria-zerbitzuak izugarri erabiltzen direla gaineratu behar diogu.

Kontua ez da pediatria profesionalak defizit-egoeran daudela, baizik eta horien banaketa ezegokia egiten dela. Hortaz, zuzendu beharreko gaia dugu esku artean.

PEDIATRIA	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
AMAITZEN DUTEN EGOILIARRAK	18	24	24	24	24	24	27	27	27	27	27	27
ERRETIROAK	14	16	21	12	16	15	7	8	8	4	9	13
SUPERABITA	4	8	3	12	8	9	20	19	19	23	18	14

19. taula.- Familia-medikuntzan erretiratzen/sartzen direnen erlazioaren bilakaera. 2018ko abenduako datuak. Pilatutako defizita kalkulatzeko, Lehen Mailako Arretan pediatriko espezialistek okupatzen ez dituzten plazen kopuruaren baliokidetik abiatzen da.

Osasun Sailak eta Osakidetzak argi dute pediatriko arreta-eredua babestu eta egonkortu egin behar dela, eta pediatriko plaza guztietan pediatriko espezialistak egon ahal izateko xedeari jarraitu behar zaiola datozen urteotan. Horrek ez du galarazten, ordea, toki jakin batzuetan familia-medikuek jarraitu ahal izatea asistentzia pediatrikoa ematen, pediatria aholkulari baten laguntzarekin.

Erizaintza pediatrikoko plazak indartzea da egin beharreko ekintzetako bat (dokumentu honetan aurretik jorratu den gaia da), eta, adierazten zenez, profesional horiek eginkizun berriak garatzea ekarri behar du errefortzu horrek. Ez dago zalantzarik: nabarmen aldatu behar da erizainek haur osasuntsuen kontroletan duten eginkizuna.

29. EKINTZA: Euskadiko aldaketa demografikoen ondorioz, LAU-mailan, baliteke komenigarria izatea pediatriko kupo jakin batzuk berrantolatzea, kupo handiagoak sortze aldera; betiere, ordainsariak egokituta.

Jaiotze-tasak behera egin duenez, eta Arabako eta Arabako Errioxako ESlen landa-eremuko LAUak kenduta, 20. taulan beha daitezkeenez, irizpidetzat harturik

pediatra bakoitzeko 600 OTI baino gutxiago edukitzea eta LAU bakoitzeko 2 urtetik beherako ehunekoari erreparatuta, gutxienez 10-13 LAUtan plazak egokitzea baloratu beharko litzateke. Hainbat alderdi kontuan hartuta egin behar da azterketa hori, jakina, baina, zalantzarik gabe, nahitaez egin behar den azterketa da, bilakaera demografikoa dela-eta.

OTI-kop	2 URTETIK BEHERAKO HAUREN %a				GUZTIRA LAU
	> % 25	% 20tik 25era	% 15etik 19ra	< % 15	
> 1200	0	0	6	0	6
1000tik 1200era	1	3	19	1	24
800etik 999ra	0	1	51	3	55
600etik 799ra	0	2	31	5	38
< 600	0	0	5	0	5
LAUak GUZTIRA	1	6	107	9	128

20. taula.- LAUen banaketa, OTI pediatrikoen arabera

LAU horietan, ESletako gainerako LAUekin asistentzia-zama orekatzeko aukeraren gaineko analisi xehea egingo da 2019ko lehenengo sei hilekoan.

30. EKINTZA: Oro har, pediatren gaur egungo banaketari eutsiko zaio LAUetan, eta lehenetsia emango zaio asistentzia-jarduerari goizeko ordutegietarantz egokitzeari, pediatren kontzentrazioaren aurrean.

Zentro jakin batzuetan (batez ere, hiriguneetan) pediatrik kontzentratzearen aldeko profesional asko badago ere, hori ez egitea aholkatzen duten zenbait elementu daude:

- Lehen Mailako Arretaren oinarrizko ezaugarri garrantzitsuenetariko bat eta herritarrek ondoen baloratzen dutena da asistentzia-maila horren irisgarritasuna eta hurbiltasuna.
- Gaur egungo asistentzia-sarean, pediatria-zerbitzuak kontzentratze aldera, ez lirateke profesionalak bakarrik berrantolatu beharko, baita tokiak, administrazio-euskarria... ere.
- Askorentzat, arreta pediatrikoa murrizteak desberdinkeria-egoera ezarriko luke sarbidean. Egitate hori bereziki nabarmena izango litzateke landa-eremuetan eta eremu periferikoetan; hain zuzen ere, herritarren arteko desberdinkeriak handiagoak diren eta pediatrik kontzentratzeko zailtasun gehiago dauden tokietan.

Horrenbestez, oporraldietako unean-uneke egoerak kenduta, asistentzia-egoera normaletan ez da mugimendurik egingo pediatren kontzentrazioari dagokionez.

31. EKINTZA: Eskaria handitzeagatik edo susperraldian daudengaitasunak egoteagatik ospitaleko pediatren plantillak handitzeko edozein planteamendu mota onartu aurretik, Asistentzia Sanitarioaren Zuzendaritzak aztertu behar du hori, eta Osasun Sailaren Plangintza, Ebaluazio eta Antolamendu Sanitarioaren Zuzendaritzarekin batera jorratu.

Epe ertainera, Lehen Mailako Arretan pediatren plaza guztiak hornitzea ahalbidetu beharko luke eskaintzaren eta eskariaren arteko proportzioak. Zentzu horretan, pediatren prestakuntza-gaitasunaren eta aurreikusitako erretiroen arteko balantzea ona da. Hipotesi horri laguntzen dio, baita ere, eskaria areagotuko ez delako ideiak, jaiotze-tasa txikiagoa baita (a priori, aurkakoa gertatuko da), eta kontuan hartu behar da plantilla gaztea dugula ospitaleetan.

Lehen Mailako Arretarako pediatren plazak estaltzea lehentasunezkoa da Osasun Sailarentzat eta Osakidetzarentzat. Hori dela-eta, oro har, egonkoreta hazi gabe eduki behar dira Osakidetzako ospitale guzti-guztietako pediatriako plantillak. Lehen Mailako Arretako pediatriako espezialisten hornidura lehentasunezkoztat duten Zerbitzu Erakunde guztiek ez bairik gabe onartu eta beren gain hartu behar dute mezu hori.

Bestalde, kontuan hartuta ospitaleetik kanpoko eremuan haurrak artatzen dituzten profesionalak espezialitate eta prestakuntza berberak dituztela, Osakidetzako ospitaleetako pediatriako plantillen hornidurak, oro har hartuta, orekatua beharko lukeen egoera gainditzen du. Hortaz, **Lehen Mailako Arreta lehene steak berekin ekarri behar du ospitaleetan plantillak egonkortzea** eta prestatu berri diren profesionalak lehen mailako arretara bideratzea.

Pediatria Lehen Mailako Arretan kontratatzeari lehentasun argia ematea eta pediatra berriak –modu korporatiboan– Lehen Mailako Arretako lanpostu hutsetara bideratzea da dagoeneko ezarrita dagoen neurriaren zentzua, Osakidetzaren Zerbitzu Zentraletan zentralizatuta dagoen kontratazio-zerrenda bakarrarekin kudeatu nahi baitira kontratazio-premiak.

Prestakuntza (normalean, maitzean) amaitzen duten egoiliarren kontratazioak, Lehen Mailako Arreta estaltzeko lehentasunarekin koherentzian, erretiro-kasuetan bakar-bakarrik eduki behar du arau orokor gisa ospitaleko leku hutsak estaltzea, dagokion analisi korporatiboa egin ostean. Ospitaleko pediatria-plaza bat aldi baterako estaltzeak baino lehentasun handiagoa izan behar du Lehen Mailako Arretakoa estaltzeak.

Aurreko irizpideen arabera ospitaletan lekurik ez duten espezialista berriak Osakidetzako Lehen Mailako Arretan bakarrik kontrata daitezke, maila horretako kontratazioa lehenesteko, horrek espezialista beste osasun-zerbitzu batera bideratzeko arriskua onartzea ekarri arren.

32. EKINTZA: Lehen Mailako Arretako (AP) pediatriako EPE espezifiko bat garatzea, lehenetsuna emanaz Lehen Mailako Arretako lanpostuen eskaintzari, ospitaleetako lanpostuen eskaintzaren aurrean.

Neurri horrekin, familia-medikuntzarako proposatu denarekin bezalaxe, Euskaditik kanpoko nahiz barruko talentua erakarriko da Lehen Mailako Arretara. Familia-medikuntzaren kasuan bezalaxe, EPE hori (azken EPEarekin kateatuta) 2019aren amaieran egin ahal izatea da asmoa.

33. EKINTZA: Urte batzuez Lehen Mailako arretako pediatria-plazak okupatzen dituzten familia- eta komunitate-medikuei iraunkortasuna bermatzea, lan egindako denbora eta lehen mailako arretan emandako denbora aitortuz eta okupatzen ari diren plazaren lan-baldintzak emanaz.

Azken urteotan, familia-medikuek okupatutako pediatria-plazaren kopurua egonkor mantendu da gutxi gorabehera. Gaur egun, beharrezkoa izaten jarraitzen du familia- eta komunitate-medikuak arreta pediatrikorako kontratatzeak; hala ere, egoera horiek ahal den neurrian murrizten joatea da xedea, bai eta, aldi berean, familia-medikuek eginkizun horiek denbora luzez egiteari bide ematea ere.

Honako hau dakar horrek:

- a) Pediatrian emandako denbora aitortzea, helduen Lehen Mailako Arretan egindako aitortzaren baldintza beretan, ondorio guztietarako (EPE, karrera profesionala eta abar).
- b) Baldintzek benetan egindako lanarekin bat egiten dutela bermatzea.
- c) Hala badagokio, birziklatze-aldi bat bermatzea haurren medikuntzan egindako lan-denboraren arabera, familia-medikua helduen medikuntzako kupo batera itzultzen denean.

34. EKINTZA: Pediatriako azpi-espezialitateen kontsulta monografikoen hedapena murriztea, euskal osasun-sistemaren osotasunari erreparatuta planifikatuz hedapen hori.

Amatasun-saila eta arreta pediatrikoa dauzkaten eskualde-ospitaleetan arreta pediatrikoa antolatzeako sistemak kontsulta monografikoak hedatzera bideratzen

ditu ES-lak. Eta hala da, nahiz eta inolako alderik egon ez Lehen Mailako Arretako pediatren prestakuntzaren eta ospitaleko pediatren prestakuntzaren artean. Argi dago pediatriako azpi-espezialitateen kontsulta monografikoetarako erreferentziazko zentroak eduki behar direla, baina patologia horien prebalentziak eta jarduera-bolumenak ez dute justifikatzen eskualde-mailan hedatzea. Azpi-espezialitate pediatrikoen unitate horien hedapenak ez du loturarik eduki behar baliabide profesionalak eskuragarri egotearekin (amatasun-saila edukitzearen ondoriozko guardiei eusteko beharrarengatik): asistentzia-premiekin egin behar dut bat, eta haurraren asistentziari balio gehien erantsiko dion erreferentziazko zentroa identifikatu behar da. Hortaz, oro har, urtebeteko epean, Osakidetzan unibertsitate-ospitalea duten lau ES-letan zentralizatuko dira azpi-espezialitateen kontsulta monografikoak.

Prozesu horretan, zeina Asistentzia Sanitarioaren Zuzendaritzak gidatuko duen, unibertsitatekoak ez diren ospitaleetara atxikitako pediatrek lehen mailako arretan lagunduko diote arreta pediatrikoari; bestela, txandaka, unibertsitate-ospitaleetan ezartzen diren kontsulta monografikoek kudeaketa klinikoko akordioek bidez, parte hartuko dute horietan. Análisi horretan, ospitaleetan guardiak egin nahi dituzten Lehen Mailako Arretako (AP) pediatrek hala egin ahal izatearen eragina aztertuko da (guardiak egin ahal izateko, Lehen Mailako Arretako kontsultaren premietara egokitu beharko dute guardien egutegia). Era berean, Lehen Mailako Arretako (AP) egiturazko plantillan egiten diren kontratazio berriek dagokion eskualde-ospitalean guardiak egiteko aukera ere aztertuko da.

Modu osagarrian, Osasun Sailaren Plangintza Zuzendaritzak aztertuko ditu Euskadi osoko kontsulta monografikoak, asistentzia-premiei egokitutako plangintza-ikuspegia ezarriz.

7. ILDO ESTRATEGIKOA:

Lehen Mailako Arretan hizkuntza normalizatzeko planak eta berdintasunerako planak ezartzea.

Osasunaren eremuan, garrantzi sozial handiko jarduera egiten da, eta, beraz, pazientearekiko komunikazioa eta enpatia elementu giltzarriak dira zerbitzuaren kalitatean.

Pazientea sistemaren erdigunean jartzeak eta kalitateko arreta eskaintzeak, besteak beste, arreta pazienteak erabiltzen duen eta modu askean hautatzen duen hizkuntzan ematea bermatzea dakar. Modu berean, profesional orok dauka nahi duen hizkuntza ofizialean lan egiteko eskubidea. Arrazoi horiek tarteko, zeinak legez aitortutako hizkuntza-eskubideetan oinarrituta dauden, ezinbestekoa da euskal osasun-sistema publikoan euskararen erabilera normalizatzeko lanean aurrera egitea. Alderdi horrek berebiziko garrantzia dauka Lehen Mailako Arretan, funtsezko eta ezinbesteko elementua baita osasun-arretan eta herritarrengandik hurbilen dagoena delako.

Osakidetzan Euskararen Erabilera Normalizatzeko II. Planak adierazten duenez, besteak beste, ildo hauetan egin behar da aurrera: Lehen Mailako Arretan zerbitzu elebidunen eskaintza handitzea; zerbitzu, unitate eta profesional elebidunak identifikatzeko sistema hedatzea; langileak hizkuntzan gaitzeko neurriak hartzea, eta dokumentazio klinikoan nahiz informazioa jasotzen duten dokumentuetan gero eta euskara gehiago egotea.

Bestalde, osasunean ekitatea zaindu nahi bada, besteren artean, osasun-sisteman oro har garatzen diren jarduera guztietan eta, jakina, Lehen Mailako Arretan genero-ikuspegia edukitzea sustatu behar da. Lehen Mailako Arretan (AP) lan egiten duten pertsonen dagokienez, azpimarratzekoa da zer-nolako feminizazio-maila dagoen, beste asistentzia-eremu batzuetakoa baino handiagoa baita. Osasun-sektore publikoak berdintasun-gaietan aurrerapen handiak egin baditu ere, gaitzitu beharreko egoerak daude oraindik ere. Tarteko aginte-mailetan nor dagoen aztertuz gero, genero-arloan oraindik ere desorekak eta desberdinkeriak daudela ikus daiteke; beraz, zalantzarik gabe, eragiten jarraitu behar diren egoeren adibidea da hori, eta aurrerapenak egin behar dira horietan.

Hala, Lehen Mailako Arretako emakume eta gizon profesionalen artean benetako berdintasuna egotea sustatzeko eta asistentzia-maila guztietan genero-ikuspegia txeratzeko, gure administrazioan eta Osakidetza erakunde publikoan indarrean dauden berdintasun-planak garatzen jarraitu behar da.

35. EKINTZA: Tarteko aginte-mailak (LAUko buruak, erizaintzako koordinatzaileak...) izendatzean genero-ikuspegia kontuan hartzen dela eta bi planen hedapena eraginkorra dela monitorizatuko da.

ESletako zuzendaritza-karguen ardurak egituratzeko Dekretuan, berariaz sartu dira Berdintasunerako Plana eta Hizkuntza Normalizatzeko Plana, garapen-arloan. Hortaz, ardura-postu horietatik hedatuko dira ekintzak, zeinak urtero monitorizatuko diren, kontratu-programaren ebaluazioaren bidez; izan ere, erakundeek autoebaluazioa egitea eta, ondoren, Osasun Sailak eta Osakidetzak kontraste-ikuskaritza egitea aurreikusten da kontratu-programan.

