

EUSKADIKO ARRETA SOZIOSANITARIOAREN LEHENTASUN ESTRATEGIKOAK 2017-2020

Bi sistema, xede bakarra: pertsonak



EUSKADIKO ARRETA SOZIOSANITARIOAREN LEHENTASUN ESTRATEGIKOAK 2017-2020

Bi sistema, xede bakarra: pertsonak



Lan honen bibliografia-erregistroa Eusko Jaurlaritzaren

Liburutegi Nagusiaren katalogoan aurki daiteke:

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

Argitalpena

1.a, 2018 ko urtarrila

Ale-kopurua

1500

©

Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa

Osasun Saila

Enpleguko eta Gizarte Politiketako Saila

Internet

www.euskadi.net

Argitaratzailea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

C/Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseinua eta maketazioa

Susana Aguilera

Zuzendaritza, koordinazioa eta prestaketa

Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza

Enpleguko eta Gizarte Politiketako Saila

Imprimaketa

Gráficas Irala

Lege gordailua

VI – 68/18

AURKIBIDEA

HITZAURREA 8 or.

SARRERA 11 or.

Euskadiko arreta soziosani-tarioaren aurrekariak 12 or.

GAUR EGUNGO TESTUINGURUA 19 or.

Testuinguru soziodemografikoa 20 or.

Erakundeen arloko testuingurua 28 or.

JUSTIFIKAZIOA 31 or.

Eredu orekatua 32 or.

Eredu ekologikoa 33 or.

EGINKIZUNA, IKUSPEGIA ETA BALIOAK 35 or.

Eginkizuna 36 or.

Ikuspegia 36 or.

Balioak 37 or.

**IKUSPEGI ESTRATEGIKOA:
LEHENTASUN SOZIOSANITARIOAK** 39 or.

1. lehentasuna: Koordinazioaren egituraketa soziosanitaria 41 or.

2. lehentasuna: Baliabideen egituraketa soziosanitaria 43 or.

3. lehentasuna: Arretaren egituraketa soziosanitaria 45 or.

4. lehentasuna: Prebentzio soziosanitaria eta herritarren parte-hartzea 52 or.

5. lehentasuna: Ebaluazio soziosanitaria 54 or.

6. lehentasuna: Berrikuntza soziosanitaria 55 or.

2017-2020 Kronograma 56 or.

ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK 59 or.

Autonomia erkidegoen eremuko araudia 60 or.

Autonomia erkidegoen eremuko agiri estrategikoak 61 or.

Estatuaren eremuko agiri estrategikoak 62 or.

Nazioarteko agiri estrategikoak 63 or.

ERANSKINA 65 or.

Nazioarteko eta estatuko testuingurua. Joerak 66 or.

HITZAURREA

Euskadin koordinazio soziosanitarioak erakundeen eremuan egin duen ibilbidea ez da kontu berria, ezta kasualitatea ere. 1996an foru-aldundien eta Osasun Sailaren artean sinatutako aldebiko eta lurraldeko lehenengo akordioetatik Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren gaur egungo Lehtasun Estrategikoetara hogeitun urte baino gehiago igaro dira; igarotako denbora horrek aditzera ematen du Euskadin arlo horretan nolako bilakaera izan dugun eta nolako esperientzia metatu dugun. Urte hauetan, autonomia-erkidegoetako, foru-aldundietako eta udaletako agintariok buru-belarri aritu gara, arlo sanitarioan eta arlo sozialean aldi berean beharrezkoak diren pertsonentzako arretaren jarraitutasunean sortzen den espazio horri buruz herritarrek planteatzen dizkiguten arazoak ebatziko dituen esparru bat diseinatzen. Horretarako, eskumenen aldetik eta zerbitzuen diseinuaren aldetik dauden oztopoak sakonago aztertu behar izan dira, baita oztopo horiek gainditu ere. Dena dela, ibilbide horretan elementu bat izan dugu ezaugarri, konplizitate handi-handia, alegia; eta horrekin batera, pertsonen eguneroko arazoak helburu jarriko dituzten erakunde-kontsentsuak lortzeko gogo esplizitua.

Euskadiko gizarteak etorkizunean faktore sozio-demografiko jakin batzuk izango ditu, eta etorkizuneko gizarte horretan arreta soziosanitario on baten beharrezkoak gero eta ageriago egongo da. Bikaintasun adierazle batzuk daude, adibidez bizi-itxaropena luzatzea, baina horrekin batera kezkarriak diren beste adierazle batzuk sortzen dira, mendekotasun-egoeren ondoriozko beharrezkoekin zerikusia dutenak eta biztanleriaren zahartzearekin lotuta daudenak; adierazle horiek errealitatea dira gaur egun jada, eta etorkizunean areagotzeko perspektibak dituzte.

Errealitate horiei erantzuteko, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren Arreta Soziosanitariorako gaur egungo Lehtasun Estrategikoak arreta soziosanitarioaren eredu bat eraikitzeke aukera eman duten ondoko proposamenen estrategikoen gainean oinarritzen dira. Eredu horretatik abiatuta gero eta modu argiagoan proposatzen da koordinazio soziosanitarioa erakundeen lan gisa planteatzetik harago joatea; hori, gure ustez, behar bezala bermatuta eta ziurtatuta dago, eta pertsonengana eta, bereziki, beharrezko soziosanitariorik handiena duten biztanleria eratzten duten xede-taldeengana heltzeko diseinatutako lan bat helburu jartzea proposatzen da. Horretarako, kontzeptu aldetik bilakaera bat egon da: “eremu soziosanitarioa” terminoa gehiegi erabili da, eremu hutsa, teorikoa eta birtuala den aldetik; bada, termino hori bazter utzita, eremu horretan dabilzan pertsonen inguruko esangura emango zaio. Pertsona zehatzak dira, beharrezko zehatzak dituztenak; pertsona horiei arreta ematen dieten profesionalentzat pertsona osotasun bat da, eta beharrezko horiei erantzuna emateko batera ari dira lanean profesional horiek. Bi sistemetak profesionalen elkarlan hori, errespetutik eta elkarren laguntzatik abiatuta egindako elkarlan hori, horrela indartsuagoak ez ezik efikazagoak garelako ziur gaudelako egiten dugu; eta ziur gaude, ez soilik bokazioarengatik, baizik eta ebidentzian sendotasunez oinarrituta gaudelako.

Laburbilduta, ondo dakigu agiri estrategiko hau ibilbide-orria dela, eta ibilbide-orri horren horizontea, euskarri dituen proiektuez harago, osasuna eta pertsona bakoitzarentzako bizi-proiektu pertsonala ardatz dituen ondasun komun baten eraikuntza da, konpartitutako erantzunkidetasunaren, konpromisoaren eta zerbitzurako bokazioaren balioetan oinarrituta, eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua garen aldetik, hortik abiatuta geure egiten dugu, osorik, lehtasun estrategiko horien leloa: Bi sistema, xede bakarra: pertsonak.

Jon Darpón Sierra, Eusko Jaurlaritzaren
Osasuneko Sailburua

Beatriz Artolazabal Albeniz, Eusko
Jaurlaritzaren Enplegu eta Gizarte
Politiketako Sailburua

Marian Olabarrieta Ibarrondo, Arabako Foru
Aldundiko Gizarte Zerbitzuen Saileko Diputatua

Isabel Sánchez Robles, Bizkaiko Foru
Aldundiko Gizarte Ekintzako Saileko
Diputatua

Maite Peña Lopez, Gipuzkoako Foru Aldundiko
Gizarte Politiketako Saileko Diputatua

Imanol Landa Jauregi, EUDELeke
Elkarteburua

SARRERA

EUSKADIKO ARRETA SOZIOSANITARIOAREN AURREKARIAK

Euskadin bilakaera soziosanitarioak etengabeko eboluzioa izan du; eboluzio hori are biziagoa izan da azken urteetan, aurreko urteetan sortutako eta transferitutako ezagutzaren ondorioz.

Osakidetza-Osasun Sailaren eta Gipuzkoako¹, Bizkaiko² eta Arabako³ Foru Aldundietako Gizarte Zerbitzuen Sailen artean lehenengo esparru-akordioak duela 20 urte baino gehiago sinatu ziren, Lurralde Historiko bakoitzean beharizan soziosanitarioak estaltzeko; orduz geroztik, arreta soziosanitarioaren ibilbideak garapeneko eta ontzeko hainbat fase izan ditu, jarraian aurkeztuko den agiria atera arte.

90eko hamarkadan elkarrengana hurbiltzeko hasitako dinamika horri babesa emateko, 2003ko urtarrilaren 30ean autonomia-erkidegoko erakundearteko lehenengo lankidetzahitzarmena sinatu zuten Eusko Jaurlaritzak, Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako Foru Aldundiek eta EUDELeK, Euskal Autonomia Erkidegoko arreta soziosanitarioaren garapenerako.

Hitzarmen horrek garrantzi bikoitza dauka: alde batetik, hitzarmena sinatuz, esku hartzen duten erakundeek berresten dute euren gogoa gizarte eta osasun premiak modu koordinatuan artatzea dela; beste alde batetik, indarrean dagoen koordinazio-ereduaren ikuspegia ezartzen du, honako ezaugarri hauekin: esku hartzen duten erakundeen kudeaketako autonomia errespetatzea, kontsentsuen bilaketa bideratzea eta osara paritarioko antolakuntza-egitura bat sortzea. Egitura hori, autonomia-erkidegoaren eremuan, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluan gauzatzen da, koordinatzaile soziosanitarioaren figurarekin; lurralde eremuan, berriz, Arreta Soziosanitarioko Lurralde Kontseiluetan gauzatzen da (Lurralde Historiko bakoitzeko kontseilu bat); Lurraldeko egitura horiei eusteko, Kontseilu bakoitzean sortutako Batzorde Teknikoak eta hiru lurralde koordinatzaileak daude.

Bi urte geroago (2005), izaera soziosanitarioko hainbat ekimen bultzatu ostean, **Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak Euskal Herriko atentzio soziosanitarioaren garapenerako 2005-2008ko** plan estrategikoa onartu zuen. Plan horretan sakonago aztertzen da arreta soziosanitarioko ereduak; bide horretatik, eredu horren oinarriak osatu eta finkatu nahi dira eta eredu koherentziaz eta iraunkortasunez jantzi. Halaber, arretaren ikuspegi integratu gabearen alde egiten da. Ikuspegi horretatik, alderdi soziosanitarioa osasun-zerbitzuen arteko topaketa eta koordinaziorako espazio gisa ulertzen da, eta ez integrazio organikorako espazio gisa.

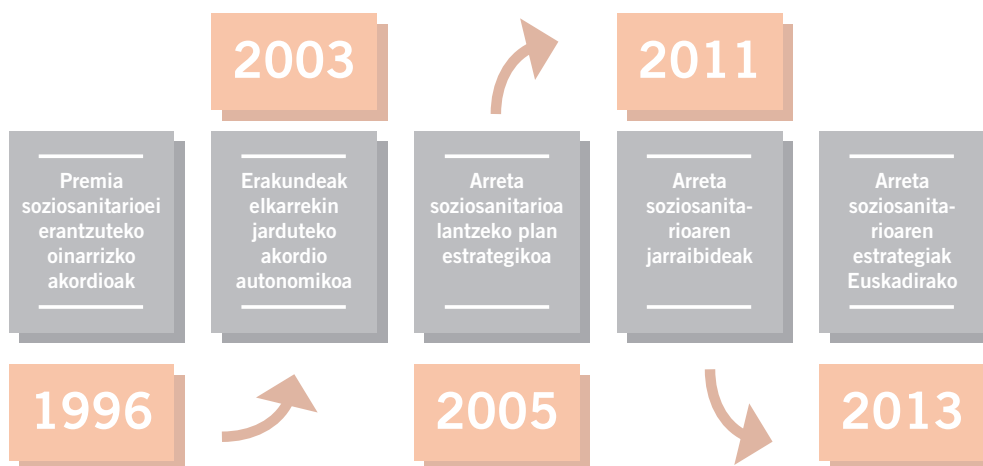
1. Akordio Markoa, 1996ko maiatzaren 20koa, Osasun Sailaren, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuen eta Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizartekintza-Gizarte-zerbitzuen Sailaren artean, Gipuzkoako Lurralde Historikoko premia soziosanitarioak estaltzeko.

2. Akordio Markoa, 1998ko maiatzaren 14koa, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren/Osakidetza eta Bizkaiko Foru Aldundiaren artekoa, Bizkaiko Lurralde Historikoan eremu sozio-sanitarioan lankidetzan aritzeko.

3. Akordio Markoa, 1998ko azaroaren 16koa, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren/Osakidetza eta Arabako Foru Aldundiaren Gizarte Ongizate Sailaren artekoa, Arabako Lurralde Historikoan premia soziosanitarioei lankidetzan erantzuteko.

Plan horren ondotik EAEn arreta soziosanitarioko gidalerroak egiteko esparru-agiria etorri zen. 2011n onetsitako agiri horrek, indarrean dagoen arreta soziosanitarioko ereduari buruzko balorazio bat egitearen beharrezan aldarrikatzen du. Funtsean mantendu egiten du koordinazio soziosanitarioaren egitekoa, bai eta bi sistema koordinatutan oinarritutako ikuspegia ere, baina alderdi operatiboan elementu berriak txertatzen ditu, sektorearteko koordinaziorako harremanetan aurrera egiteko eta harreman horiek estuago egiteko. Maxima hau ere txertatzen da: “pertsanak, euren bizitza-proiektuko protagonistak”, arreta soziosanitarioa jaso dezaketenak, baina aldi berean, profesionalek autonomia mailarik handiena lor dezatela saiatu behar da.

Bidearen azken mugarria 2013ko uztailan onetsitako 2013-2016 aldirako Euskadirako Arreta Soziosanitarioaren ildo estrategikoak dira (aurrerrantzean EASIE 2013-2016). Ildo estrategiko horiek aurrekoen ikuspegi estrategiko berbera dute, eta erakundeen alderdian nahiz laguntzaren alderdian arreta soziosanitarioan aurrera egiten jarraitzeko apustu irmoari eusten diote. Alde horretatik nabarmentzekoa da bokazio pragmatiko eta operatiboa. Bokazio hori antzematen da helmen eta konplexutasun handiko proiektuen diseinu eta garapenean. Proiektu horien ardatzak honako hauek dira, adibidez: arreta-soziosanitarioko diziplina anitzeko taldeen eta arreta soziosanitarioko protokoloen bultzada, balorazio soziosanitarioa egiteko eta tratu txarren egoerak detektatzeko tresna berrien hedapena, egoitzetan historia klinikoa hedatzea (Osabide), baliabide soziosanitarioen mapa bat prestatzea eta arreta soziosanitarioko atari bat (<http://www.euskadi.eus/eusko-jaurjaritza/arreta-soziosanitarioa/hasiera/>) diseinatu eta abian jartzea, edo, besteak beste, informazio- eta komunikazio-sistema konpartituak (Historia Soziosanitarioa) taxutzen aurrera egitea.



1. irudia. Euskadiko arreta soziosanitarioaren bilakaera, araudi aldetik
Iturria: Egileek egina

Plan eta akordio horiek agerian jartzen dute arlo soziosanitarioan dagoen konpromiso politiko nahiz erakunde eta laguntza arloko konpromiso sendoa; hain zuzen ere, konpromiso horren bidetik, aurrerapen garrantzitsuak egin dira eremu soziosanitarioa eraikitzeke eta bi sistemen arreta koordinatua emateko.

Hala ere, bide luzea dago oraindik egiteko, bai erakundeen eta laguntzaren aldetik, bai Hirugarren Sektorearen eta herritarren parte-hartzearen aldetik. Horren haritik, egiteko dagoen lana identifikatzeko eta arlo soziosanitarioaren etorkizuneko gakoak zehazteko, 2016ko uztailean Ildo Estrategiko Soziosanitarioen Ebaluazioa egin zen.

Ebaluazioaren ondorio nagusien artean egiaztatu ahal da EASIE-ek eragin garrantzitsua izan dutela Euskadiko sare soziosanitarioan, 2013 eta 2016 bitartean izandako zabalkundean.

Eragin hori zehaztu duten legegintzako hainbat lorpen egon dira; honako hauek dira, adibidez: gizarte-zerbitzuen legearen barruko zerbitzuen zorroa⁴ edo arreta goiztiarreko dekretua⁵ onestea; halaber, antolakuntzako eta gobernantzako ekimen batzuk ere egon dira, hala nola Erakunde Sanitario Integratuei (aurrerantzean ESI, edo ESak plurala denean) eta horien eragin-eremuko udalerriei esleitutako batzorde soziosanitarioak sortzea eta osasun- eta gizarte-eragileen parte-hartzea.

Eragin hori agerian jartzen da arreta soziosanitarioaren arrazoibidean, eta horri mesede egiten diote proiektu sistemikoek; halako proiektua da osasun-zentroetan eta oinarrizko gizarte-zerbitzuetan balorazio sanitarioko InterRAI-CA tresna hedatzea Euskadiko beste hainbat eragilerekin batera.

Aurrerapen garrantzitsuak egin dira beste elementu batean ere, ikuspegi estrategiko soziosanitarioarekin lortu den heldutasun-mailan, alegia. Alde horretan, tamaina handiko proiektuek ikastaldi batetik (2013-2016) igaro behar izan dute, errealitatearekin bat egiten duten eta etorkizunerako proiektio handiagoa duten Lehentasun Estrategikoen 2017-2020 epealdiko proposamen berriak sortzeko. Horien artean daude zerbitzu eta prestazio soziosanitarioen zorroa, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren Dekretua eta finantzaketa egonkor eta nahikoaren lorpena.

Azkenik, EASIE-en ebaluazioan nabarmentzekoa da asimetria handi samarra dagoela inplementazio argia duten proiektuen garapenaren eta laguntza arloko bide eta tresnen garapenarekin lotutako proiektuen garapenaren artean; azken horietan, laguntza arloko profesionalen protagonismo nabarmena izan dute, eta garapen harmonikoa egite alde- ra, halako proiektuei eman zaie lehentasuna EASIE-en konpromisoen multzoan.

EASIE-en ebaluaziotik ondorio hau ateratzen da: koordinazioari jarraitutasuna eman behar zaio, erakundeen arteko kontsentsutik eta laguntza arloko esparru eta mailen artean kasuei buruz egindako kudeaketa konpartitutik abiatuta. Meso eta mikro mailetan koordinazio-proiektuei lehentasuna ematearen helburua planteatzen da herritarren beharrian soziosanitarioei erantzuna emateko, hori baita 2017-2020 epealdian proiektu soziosanitarioei lehentasuna ematearen ardatza.

4. 185/2015 Dekretua, urriaren 6koa, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemako prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzkoa.

5. 13/2016 Dekretua, otsailaren 2koa, Euskal Autonomia Erkidegoko Arreta Goiztiarreko esku-hartze integralari buruzkoa



2. irudia. Koordinazio soziosanitarioko jarraitutasun-esparrua. Iturria: Egileek egina

Halaber, ebaluaziorako laguntza gisa, indarrean dagoen (2013 -2016) koordinazio soziosanitarioko ereduaren Ahulezia, Mehatxu, Indar eta Aukeren (AMIA) azterlana egin zen. AMIA azterketan barneko eta gaur egungo egoeraren ahulezia eta indarrak aurkezten dira, baita kanpoko ingurunearen mehatxuak eta aukerak eta etorkizuneko proiektzioa ere.

Jarraian, egindako azterketaren laburpen grafikoa doa, baita jasotako faktoreen interpretazio orokorra ere.

BARRUKOA	AHULDADEAK	MEHATXUAK	KANPOKOA
	<ul style="list-style-type: none"> · Kultura eta sentsibilitate profesional ezberdinak · Erreferente argirik ez eta inplikaziorik ez · Helburu berdinarik falta · Zehaztu gabeko arreta bateratuko denborarik gabeko kasuak kudeatzeko zailtasuna (ibilbideak, prozesuak eta agenda soziosanitarioa) · Komunikazio-falta · Gero eta premia soziosanitario gehiago, baina baliabide gehiago ez 	<ul style="list-style-type: none"> · Egitura instituzionalak: irizpide berdinak ezartzerik ez · CVASSen egitura juridikoa ez dago ondo egokituta eta ez da zorrotza detektatutako premiei erantzuteko · Finantzazioa ez dago ondo zehaztuta aurrekontuetan · Baliabideen arabera murriztutako eskaintza · Arlo soziosanitarioan ziurtasun gutxi · Ikuspegi berdina taxutzeko zailtasuna · Emaitzak epe luzera ikusten dira · Eragile estrategiko giltzarriek gehiago jarduteko premia 	
	INDARRAK	AUKERAK	
	<ul style="list-style-type: none"> · Balorazio-instrumentu berdinak · Prestatzeko eta gaitasuna emateko jardunaldiak · Pertsonari erreparatzen dion arreta · Arreta soziosanitarioko protokoloak eta ekipoak · Eragileen sarea (erreferente soziosanitarioak, lurraldeko koordinatzaileak) 	<ul style="list-style-type: none"> · Integrazioarako kultura indarra hartzen ari da · Informazio-sistema komunak (historia kliniko eta sozial berdina) · Aldatzeko premiari buruz, uste berdina dute gizarte-arloko eta osasun-arloko profesionalak · Biztanleriaren azterketa sistemikoa · Parte-hartzearen kultura sistemikoa · Boluntarioen kostua - egokitasuna 	

3. irudia. AMIA azterketa. Iturria: Egileek egina

AMIA azterketak agerian jartzen duenez, Euskadin eremu soziosanitarioa erakunde-sare konplexu batek baldintzatzen du. Sare horretatik eratoritzen da, alde batetik, zerbitzu instrumental eta finalista batzuen finantzaketaren testuingurua, hainbat aurrekontu-silotan bereizia -ziurrenik nahikoa ez den finantzaketa-, eta bestetik, lotura estua badu ere, arreta soziosanitarioko ereduari eta eredu horren barneko koordinazioari buruzko kontsentsu urria. Horrek guztiak, halaber, eragina dauka beharrian soziosanitarioak dauzkaten talde batzuek eta besteek jasotzen duten arretan.

Horren haritik nabarmendu nahi da Hirugarren Sektoreko erakundeen laguntzaren garrantzia, dela zerbitzu soziosanitarioen emaile gisa ematen duten laguntza, dela sare soziosanitarioaren bultzatzaile baliotsu gisa ematen duten laguntza, premiarik handienak dituzten arreta soziosanitarioko taldeen beharrian errealei erantzun egokia emateko funtsezko eragile diren aldetik.

Testuinguru horretan, beste alde batetik, elementu positiboak ikusten dira, adibidez profesionalen eta politikarien oinarriak ikusmoldea konpartitzea aldatetaren beharrianari buruz, eta azaleratzen ari den arreta integratuko kultura sendotzea; bada, testuinguru horretan aurrera egiteak, dagoeneko aurrerabide esanguratsuak dauzkatela erakutsi duten tresnetan oinarritzea dakar. Tresna horietako batzuk dira koordinazioko egitura operatiboak, balorazio-tresna komunak, arreta soziosanitarioko protokolo eta taldeak eta abar, garatzeke dauden beste tresna batzuekin batera, adibidez arretarako leihatila funtzional bakarrarekin batera. Lanbide-kultura diferenteak daude, komunikazioen gabeziak ere daude, eta baliabideak mugatuak dira; hala eta guztiz ere, elementu horiek ezartzen dituzte oinarriak, arreta osasun- eta gizarte-arloan aldi berean behar duten pertsonak ardatz dituen baterako arreta baterako.

Azkenik, azterketa prospektiboa egiten da nazioarteko joera nagusiak zein diren jakiteko, eta datozen urteetarako konbergentziak eta lanerako perspektiba berriak bilatu ahal izateko (xehetasun gehiago izateko, ikus 1. eranskina).

Zehazki, mendebaldeko hainbat herrialdetako esperientziak aztertzen dira, esperientzia horiek gizarte- eta osasun-arretaren hainbat alderdiri buruz eztabaida eta gogoeta ekartzen dute-eta. Ondorio nagusien artean honako hauek nabarmendu daitezke

- Herrialde askok azken hamarkadan erreforma-prozesu garrantzitsuei ekin diete.
- Osasun- eta gizarte-zerbitzuen finantzaketari buruz etengabeko eztabaida dago.
- Orokorrean, hornitzaile diferenteek egiten dituzten zerbitzu horiek koordinazio/integrazio handiagoaren aldeko apustua egiten da. Hala ere, ez dago eredu bakar bat, egokiena izateagatik nabarmentzen dena.
- Kontua ez da arretarako hirugarren espazio bat sortzea, baizik eta maila eta sektore batzuen eta besteen baterako lana erraztea.
- Arreta integratua prozesu konplexu baten emaitza da; prozesu horrek denbora behar du, eta akatsak onartzeko aukera eskatzen du.
- Errazago lortu ahal da hornitzaileek gobernantza komun baten mende eta erakundeen arteko akordioek bultzatuta lan egiten duteneko arreta integratu bat.

- Egiturazko integrazioa ez da nahikoa (batzuetan beharrezkoa ere ez da), eta gainera hori ez da helburua. Gainera, integrazio horretan gizarte-zerbitzuak osasun-zerbitzuen mendean geratzeko arriskua dago.
- Integrazioa ardatz hartzean interesgarriagoa da laguntzaren eta tokiko eremuaren maila abiapuntu hartzea (argi eta garbi definitzea zerbitzuak, diziplina anitzeko taldeak, baterako informazio sistemak eta abar), eta geroko hedapenak planteatzeko aukera emango duten pilotuetan oinarritzea.

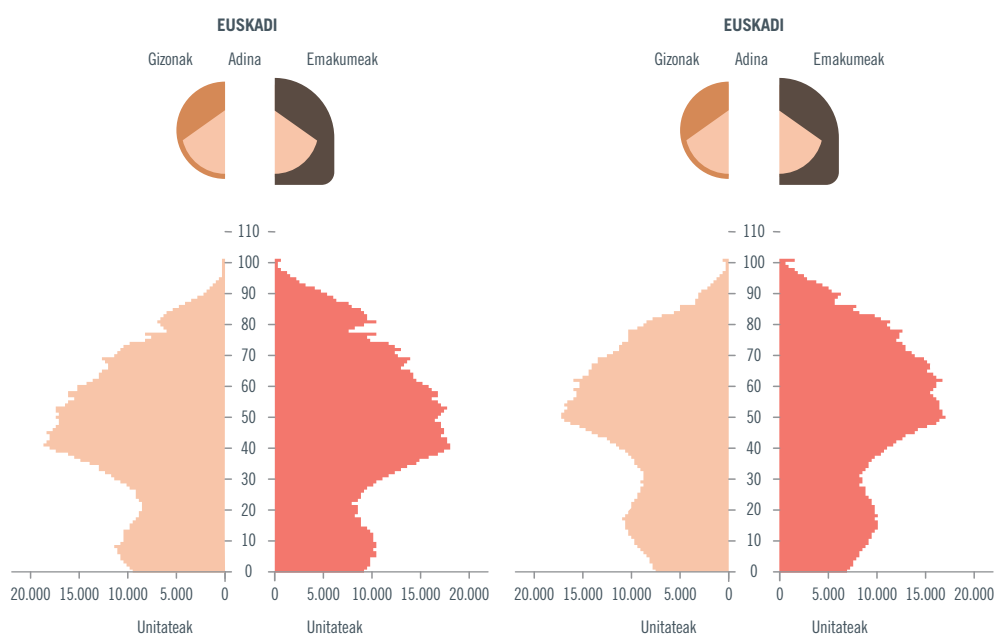
Horregatik guztiarengatik, jarraian aurkeztuko den agiriaren xedea da ikusmolde, ikuspegi, joera eta esperientzia soziosanitario guztiak biltzea, eta hala, emaitza gisa oraingo 2016 -2020 legegintzaldian gobernu-estrategia gidatu behar duten **Arreta Soziosanitarioko Lehentasun Estrategikoak** ezartzea, pertsona ardatz duen arretan eta bi sistema koordinatuen zainketen jarraitutasunean oinarritutako ikuspegi batetik.

GAUR EGUNGO TESTUINGURUA

TESTUINGURU SOZIODEMOGRAFIKOA

Euskal gizarteak azken hamarkadetan izan duen bilakaera demografi-koaren⁶ joera eta inguruko beste herrialde batzuen berbera da; hala, joera horren ondorioz agertzen zaigun piramidean agerian geratzen dira zahartze etengabearen zantzuak; hain zuzen ere, zahartze horrek egitu-razko eragina dauka gizartearen, biztanleriaren bizi-kalitatea eta longebitate handitzearen ondorioz.

Azken hamarkadetan mantendu den joera bizi-itxaropena luzatzea izan da (ezintasunik gabeko bizi-itxaropenean aldakuntza txiki batzuk egon dira)⁷, eta joera horrekin batera doaz euskal gizartearen jaiotza-tasa txikia eta mendekotasun-tasa handia.



4. irudia Biztanleriaren piramidea (2017-2026)

Iturria: EUSTAT. Adierazle demografikoak. Biztanleen udal-estatistika. Biztanleriaren proiektzioak

Euskadik guztira 2.171.836 biztanle dauzka (EUSTAT, 2016); horien % 21,9k 65 urte baino gehiago dauzka eta % 10,79k 75 urte baino gehiago (2016ko gainzahartze-indizea, Udalmap).

6. Ohar hauetan jasotzen den informazioa izaera kuantitatiboko bigarren mailako hainbat iturritatik hartu da; iturri horiek Euskadiko gizarte eta demografia arloko errealitateari buruzko informazioa ematen dute. Zehazki, estatistikak egiten espezializatuta dauden erakundeak hautatu dira, adibidez Euskal Estatistika Erakundea (aurrerantzean EUSTAT) edo Estatistikako Institutu Nazionala (EIN), bai eta Eusko Jaurlaritzako hainbat sailek gai zehatzei buruz egindako azterlan sakon batzuk ere, bereziki 2015eko Familien eta Familia-Etxeetako Inkesta (aurrerantzean FFEI-2015) eta Pobreziaren eta Gizarte Desberdintasunen Inkesta (aurrerantzean PGDI-2016), biak ere Enplegu eta Gizarte Politiketako Sailarenak.

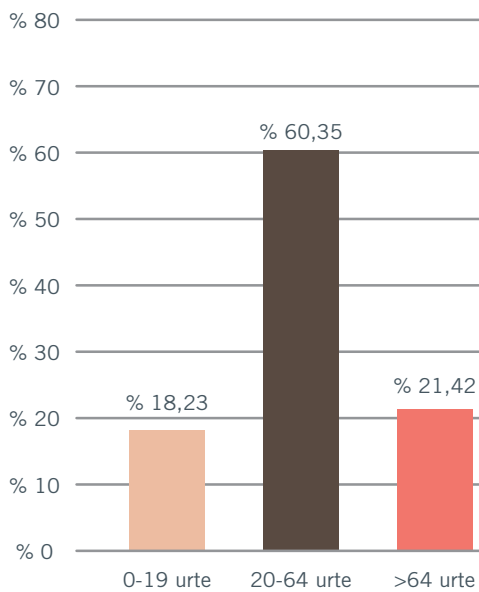
7. Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkestak (EAEOI 2013) dioenez, ezintasunik gabeko bizi-itxaropena (EGBI) biztanleriaren osasunaren adierazle sintetiko bat da, eta heriotza-tasaren datuek emandako ikuspegia ezintasunaren datuek emandakoarekin uztartzen du. Bada, adierazle horrek zertxobait gora egin du bi sexuentzat, Ezintasunarekin Bizitako Urteek (EBU) bezala.

Aurreikuspenek diotenez, 2026an 65 urtetik gorako biztanleria euskal biztanleria osoaren % 26,5 izango da.

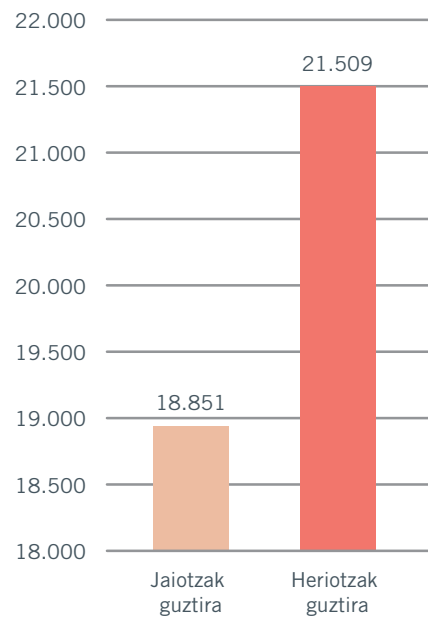
Egitura demografikoaren osaerak, biztanleriaren jatorriari dagokionez, berretsi egiten du atzerriko biztanleriak Euskadiko biztanleria osoan duen ehuneko handitzeko joera (% 8,9 2017an)⁸; hain zuzen ere, urte batzuetan joera hori moteldu zen krisi ekonomikoko egoerarekin batera, baina orain gora egin du apur bat.

Fenomeno demografiko horiek egiturazko ondorio garrantzitsuak ekartzen dituzte, norbanakoan, gizartearen nahiz ekonomiaren ikuspuntutik, bereziki biztanleriaren beharizan soziosanitarioen arretari dagokionez; ondorio horiek are ageriagoak dira 65 urtetik gorako pertsonen biztanleriaren egituran pisua hartzen dutenean, euren bizi-itxaropena luzatzen denean eta bizi-itxaropen luzeago horrekin batera urte batzuetan gaitasun funtzional mugatuarekin bizitzeko aukera gehitzen diotenean (ez beti adinari lotuta).

Euskadiko 2016ko mendekotasun demografikoko indizeak (Udalmap, 2017) erakusten duenez, "mendekotasun-adinetan" dauden pertsonen (0 eta 19 urte bitartekoak eta 65 urtetik gorakoak) eta ekonomikoki produktiboak diren adinetako (20-64 urte) pertsonen arteko erlazioak goranzko joerari eutsi diote azken hamarkadan, eta gaur egun 65,76 da indize hori.



5. irudia Euskal Autonomia Erkidegoko biztanleriaren ehunekoak, adin-talde handi bakoitzeko (2016ko urtarrilaren 1ean).
Iturria: Egileek egin, EUSTATEN datuetan oinarrituta (2016).



6. irudia Jaiotzak eta heriotzak (milaka), 2015ean
Iturria: Egileek egin, EUSTATEN datuetan oinarrituta (2016).

8. 2015ean, Euskadira heltzen diren migrazio-fluxuek goranzko joera berreskuratu zuten; hala, Latinoamerikako herrialdeetatik datorren biztanleriaren –batik bat emakumeak– gorakada sendotu zen.

Birjarpen-tasa (edo biztanleriaren ordezkatzetasa) Euskadin biztanleriaren longebitatearen eraginpean dago. 2015ean, EINen datuen arabera, gizonen bizi-itxaropena 80,12 urte zen, eta emakumeena 85,9 urte. Faktore horrek, jaiotza-tasa txikiarekin (jaiotzak: %8,7, EUSTAT 2015), gaur egungo heriotza-tasarekin (heriotzak: %9,9, EUSTAT 2015), 2017an izandako biztanleriaren saldo begetatibo negatiboarekin eta Ugalkortasun-indize sintetikoarekin batera (1,37 seme/alaba emakume bakoitzeko, 2016an), zailago bihurtzen du biztanleriaren ordezkatzetasa, normalean emakume bakoitzeko 2,1 seme/alabako indizetik aurrea bermatuta dagoen hori. Horri datu positibo bat kontrajartzen zaio: migrazio-saldoa positiboa da eta gora doa; izan ere, 2015ean Euskadira etorri ziren pertsonak 3.362 gehiago dira joan zirenak baino, eta 2016an diferentzia horrek gora egin zuen, 8.871 pertsonara arte. (EUSTAT).

Euskal gizarteak azken hamarkadetan gizarte eta demografia arloan izan dituen aldaketa garrantzitsuetako bat familia-etxeen eta familia-eredu eta -rolen egituretan izandako aldakuntzak dira. Aldakuntza horiek ugalkortasun-tasa txikiarekin ez ezik familia-nukleoak osatzen dituzten pertsonen kopuruaren beherakadari eragiten dioten aldaketekin lotzen dira. Gaur egun, Euskadin familia-nukleoek batez besteko tamaina, zeinetan guraso biek eta seme-alabek osatutako eredu tradizionalak familia-egitura gisa hegemonia galdu duen, 2,54 pertsonakoa da (EUSTAT, 2011).

Familia-nukleoek osatzen dituzten pertsonen kopuruari buruzko datuen azterketak agerian jartzen du seme-alabarik ez duten bikoteen kopuru handia (% 42) sendotu dela seme-alabak dauzkaten bikoteen % 53aren aldean (EINen datuak, 2016rako).

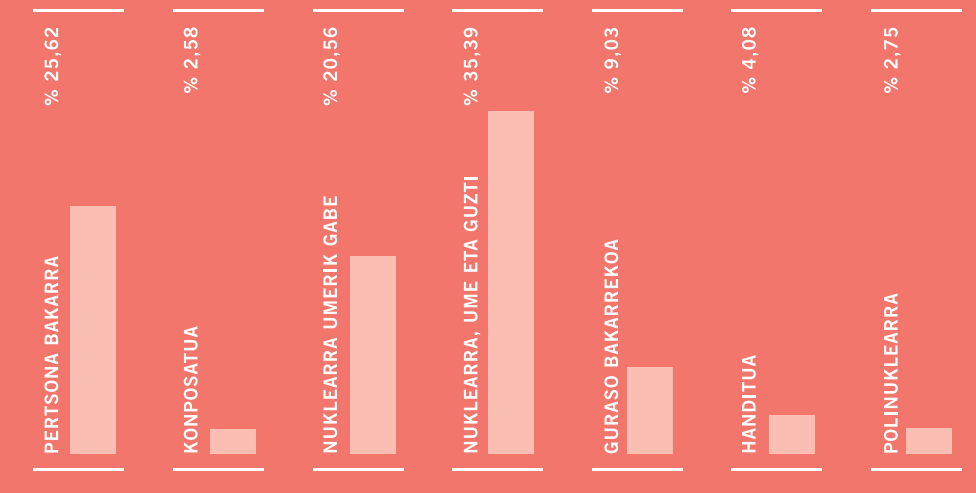
Gainera, familia-egituren osakeran apur bat gora egin du pertsona bakarreko familien kopuruak; halako familiak Euskadin familia guztien % 25,6 dira (EUSTAT, 2016).

Zahartze prozesuaren eragina agerian jartzen da EAEko familia-etxeetan; izan ere, horietan, erreferentziako pertsonen batez besteko adina 55,5 urte da⁹.

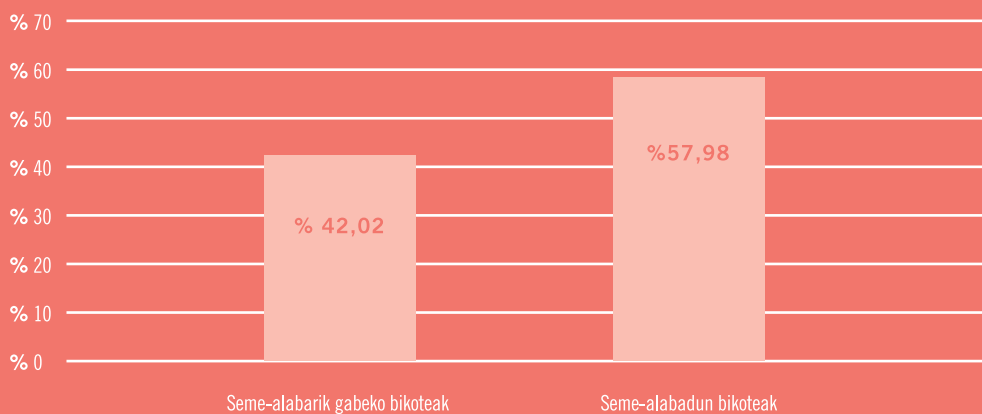
Pertsona bakarreko familien azterketak, sexuaren eta adinaren aldagaien arabera, agerian jartzen du bakarrik bizi diren pertsonen profil berezia: 65 urtetik beherako pertsonen artean % 57,26 gizonak dira, eta % 42,7, aldiz, emakumeak. 65 urtetik gorako adinean, bakarrik bizi diren pertsona gehienak emakumeak dira: % 74,5.

Pertsona bakarreko familien batez besteko adina, 2015ean, 61 urte zen (Familien eta Familia-Etxeetako Inkesta, 2015), eta handiagoa den datu bakarra nuklearrak eta seme-alabadunak (mendekotasuna duen seme-alabak zein ez) diren familietako kideen 67,3 urteko adina da.

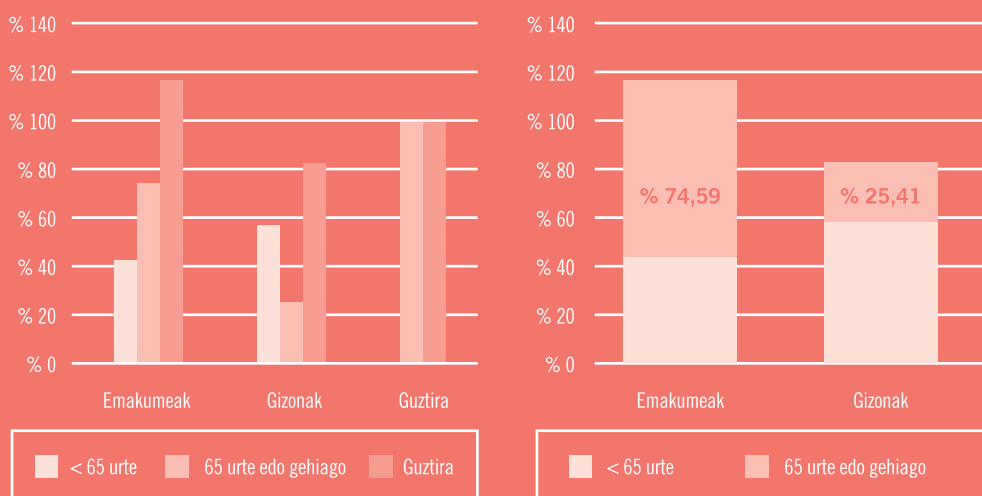
9. Familien eta Familia-Etxeetako 2015eko Inkestan (Enpleguko eta Gizarte Politiketako Saila) erreferentziako pertsonak (edo nagusiak) familia-etxean halakotzat jotzen direnak dira, gehi ezkontidea edo bikotekidea. Kasuen % 54,2n, Euskadiko familia-etxeetan emakumeak dira erreferentziako pertsonak.



7. irudia Familiak, motaren eta batez besteko tamainaren arabera (ehunekotan), 2011
Iturria: 2016ko otsailaren 26an eguneratua, Eustat, Inkesta demografikoa, 2011



8. irudia, Bikoteen seme-alabak (ehunekotan)
Iturria: Familia-etxeen Inkesta Etengabea (FEIE), EIN, 2016



9. irudia, Pertsona bakarreko familia-etxeak, adinaren eta sexuaren arabera (pertsona bakarreko familia-etxeak, milatan)
Iturria: Egileek egina, Familia-etxeen Inkesta Etengabea (EIN, 2016) oinarri hartuta.

10. irudia, Pertsona bakarreko familia-etxeak, adinaren eta sexuaren arabera (pertsona bakarreko familia-etxeen ehunekoa)
Iturria: Egileek egina, Familia-etxeen Inkesta Etengabea (EIN, 2016) oinarri hartuta.

Euskadiko mendekotasunaren arretari buruzko datuei dagokienez, azken urteetan ikusi da apurka gora egin duela erregistratutako eskarien kopuruak, bai eta Autonomiarako eta Mendekotasunaren Arretarako Sistemaren esparruan emandako laguntzen ebazpenen eta onuradunen kopuruak ere.

Kopuru horiek aditzera ematen dute zertxobait gora egin duela mendekotasunerako laguntzen onuradunen kopuruak, autonomia fisiko, psikologiko edo mentalik ez izateagatik edo halako autonomien galerarengatik (adinarengatik, gaixotasunengatik, ezintasunengatik edo bestelako faktoreengatik), zeinen ondorioz mendekotasuneko egoera iraunkorra sortzen den eta eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak egiteko laguntzaren baten beharrezana sortzen den (eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak, adibidez norbere burua zaintzeko ekintzak, etxeko oinarrizko jarduerak, funtsezko mugikortasuna, pertsonak eta gauzak ezagutzea, orientatzea, agindu edo zeregin errazak ulertu eta gauzatzea).

Eguneroko bizitzako jardueretarako ezintasunik gabeko bizi-itzaropena (EGBI) da adierazlerik egokiena euskal biztanleria mendekotasun-egoean zenbat urtean bizitzen den kalkulatzeko. Osasun Inkestako (EAEI 2013) datuek aditzera ematen dutenez, ezintasuna nagusi da emakumeen artean; gainera, ezintasun horrek gora egiten du adinean gora egin ahala, eta 75 urteko adinetik aurrera, horren eraginpean emakumeen % 36 daude; gizonen kasuan, berriz, adin horretako gizonen % 22. Imsersok argitaratutako datuen arabera (2015), Euskadin % 33ko edo hortik gorako urritasuna baloratuta daukaten pertsonak % 6,07 dira gizonen artean, eta % 5,9 emakumeen artean.

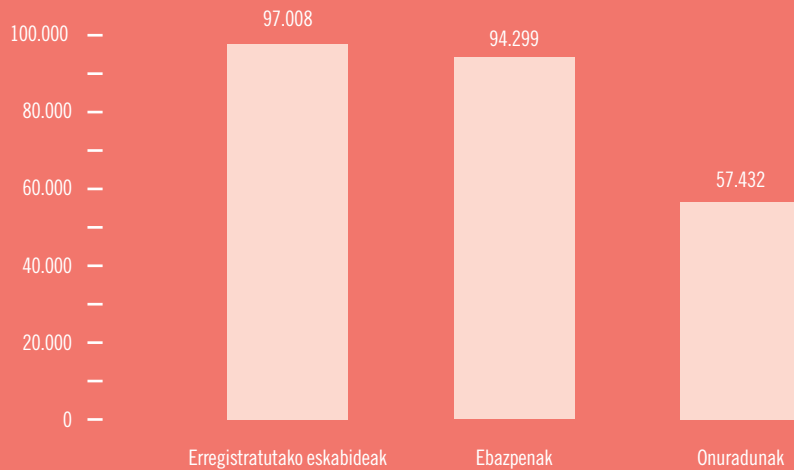
Eguneroko bizitzako oinarrizko jarduerak egiteko laguntzaren baten eskarien artean onartu direnak, Imsersoren 2017ko apirilko datuen arabera, erregistratutako eskari guztien % 97,21 dira. Laguntza horien onuradunak EAeko biztanleriaren % 2,62 dira, eta onuradun bakoitzeko prestazioen ratioa 1,24 da.

Ebazpenen mendekotasun-graduari dagokionez, Euskadin nahiko modu homogeneoan banatzen dira mendekotasun-gradurik gabeko profilak edo 1., 2. edo 3. gradua dutenak (12. irudia).

Prestazioen banaketaren azterketak agerian jartzen duenez, prestazio gehienak familiako zainketetan laguntza emateko erabiltzen dira¹⁰, kasuen % 45en. Egoitza-arreta (% 17), etxeko laguntza¹¹ (% 9), eguneko eta/edo gaueko zentroetako zainketak (% 10) edo telelaguntza (% 9) Autonomiarako eta Mendekotasunaren Arretarako laguntzekin finantzatutako babesen gainerako % 45en xede dira.

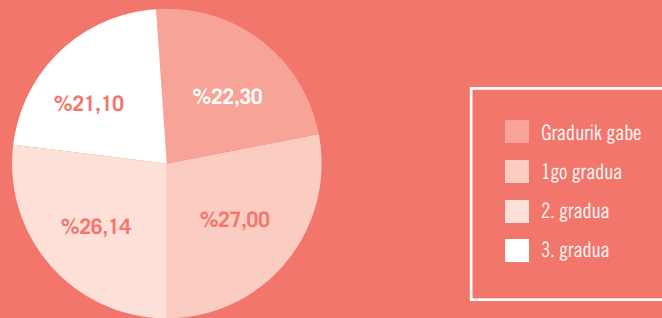
10. Familia-zainketarekin lotutako prestazio ekonomikoa, onuradunak arreta familia-ingurunean jasotzen duenean salbuespenez onartzen den aldia aldiko diru-kopurua da.

11. Etxeko laguntza, ongizate fisikoa, soziala eta psikologikoa euren kabuz lortzeko eragozpenak dauzkaten familiei eta pertsonentzako arreta eta zainketa pertsonalak, psikosozialak, hezkuntzakoak, teknikoak eta etxekoak –prebentziozkoak, laguntzakoak edo errehabilitaziozkoak– finantzatzeko prestazio ekonomikoa da. Hala, prestazio horien bitartez familia eta pertsona horiei euren ingurunean geratzeko aukera ematen zaie.



11. irudia Dependentsia dutenei ematen zaien arreta EAEn (2017)

Iturria: Egileek egina, Autonomiarako eta Mendekotasunaren Arretarako Sistemaren informazio estatistikotik abiatuta (IMSERSO, 2017.04.30)



12. irudia Ebazpen kopurua EAEn, dependentsia-graduaren arabera (2017)

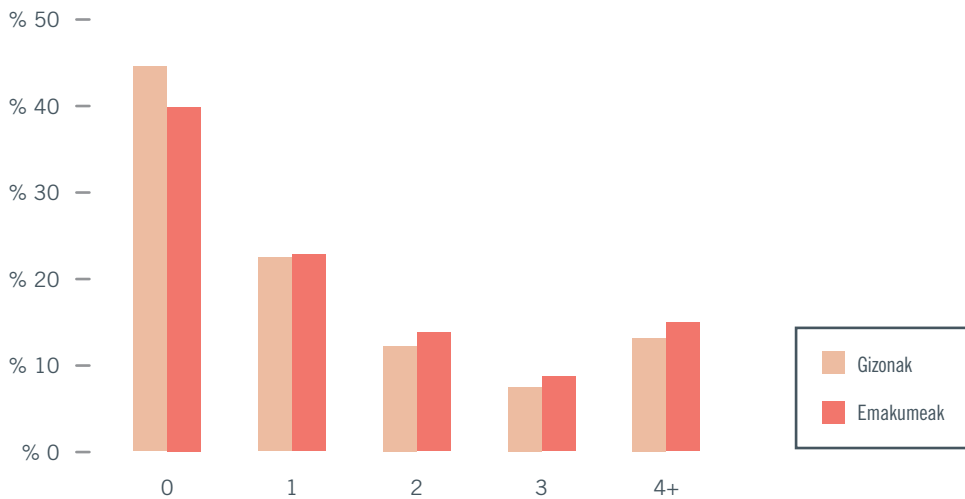
Iturria: Egileek egina, Autonomiarako eta Mendekotasunaren Arretarako Sistemaren informazio estatistikotik abiatuta (IMSERSO, 2017.04.30)



13. irudia Dependentsia dela-eta ematen diren prestazioen banaketa EAEn (2017)

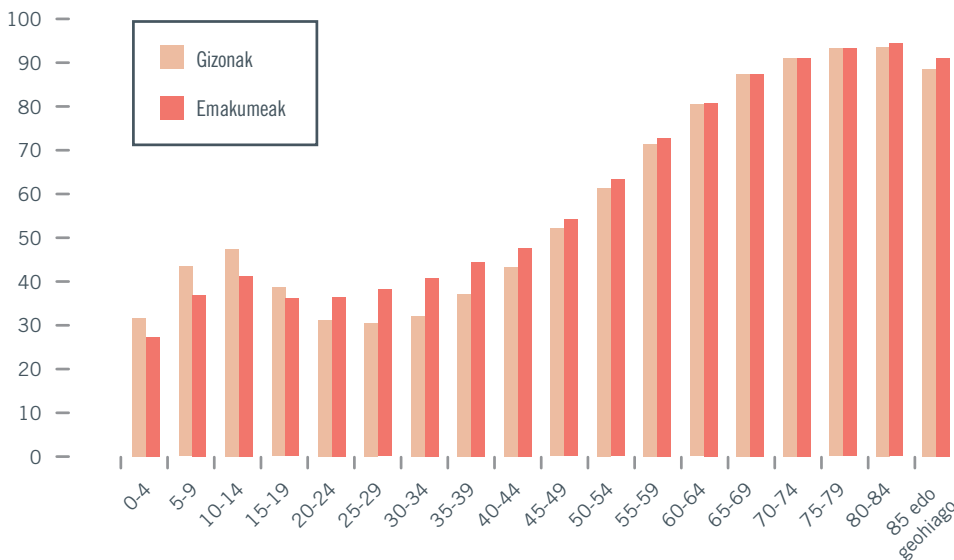
Iturria: Egileek egina, Autonomiarako eta Mendekotasunaren Arretarako Sistemaren informazio estatistikotik abiatuta (IMSERSO, 2017-04-30)

Biztanleriaren osasun-profilari dagokionez, gaixotasun kronikoen prebalentziak gora egiten du bizi-itzaropenarekin batera, eta bi sexuetan gora egiten du adinarekin batera; apur bat handiagoa da emakumeen artean (14. irudia).



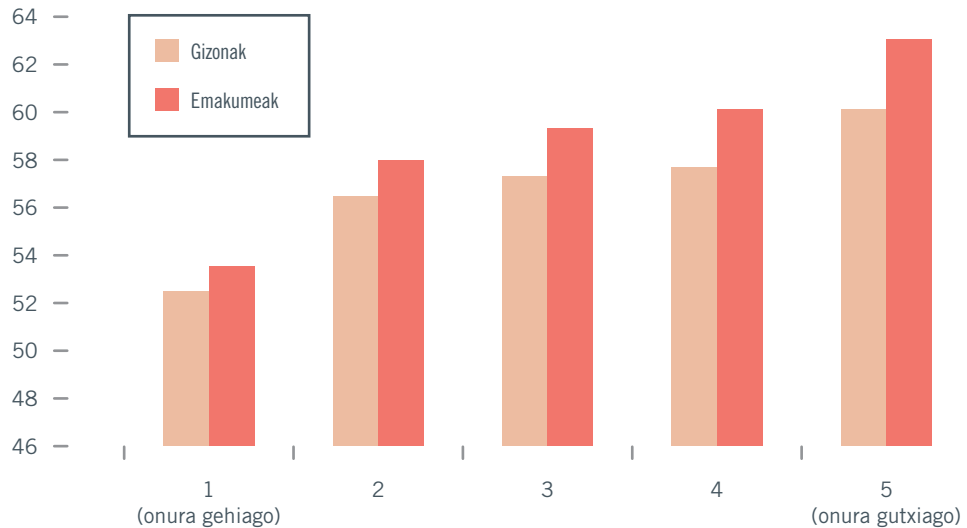
14. irudia. EAEko biztanleriaren banaketa, patologia kronikoen kopuruaren arabera (2015)
Iturria: Euskadiko estratifikazioaren datu-basea, Osakidetza (epealdia: 2014-09-01etik 2015-08-31ra)

Bi sexuetan, 45 urteko adinetik aurrera, patologia kroniko bat gutxienez jasateko posibilitatea % 50ekoa da. Patologia kroniko bat edo gehiago jasatearen prebalentziak gora egiten du adinarekin batera, eta 75 urteko adinetik aurrera, euskal biztanleriaren % 90ek gutxienez gaixotasun kroniko bat dauka (15. irudia).¹²



15. irudia. Patologia kroniko bat daukaten pertsonen prebalentzia, adin-taldeen arabera (2015)
Iturria: EAEko estratifikazioaren datu-basea, Osakidetza (epealdia: 2014-09-01etik 2015-08-31ra)

12. Estratifikazio-irizpideetan egindako aldaketan ondorioz, patologia kronikoak daukaten pertsonen prebalentzietan dagokien datuak gora egin du, aurreko epealdietan egindako estratifikazioetatik datozen datuekin alderatuta. Funtsean hori gertatu da gaur egun irekitako gertakariak kontuan hartzen direlako, gertakari horietan azken urtean jarduerarik egon ez arren.



16. irudia. Patologia kronikoen prebalentzia, kintil sozioekonomikoaren arabera. Adinaren arabera estandarizatutako ehunekoak (2015)
 Iturria: EAEko estratifikazioaren datu-basea, Osakidetza (epealdia: 2014-09-01etik 2015-08-31ra)
 *Oharra: 5 maila sozioekonomikorik txikiena da

Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Inkestak (EAEOI 13) 2013an agerian jartzen zuen gizarte-mugatzailleek osasunerako eta bizi-kalitate-rako duten garrantzia, baita hainbat alderdik, adibidez klase sozialak edo ikasketa-mailak pertsonen osasun-egoerari buruzko pertzepzioan duten eragina ere.

Gaixotasun kronikoen prebalentziari buruzko datuek, kintil sozioekonomikoaren arabera, gizarte-mugatzailleek pertsonen osasunerako daukaten eragina erakusten dute. Estratifikazioko datu-basetik ateratako duela gutxiko datuek diotenez (Osakidetza, 2015), Euskadin patologia kronikoen, maila sozioekonomiko behartsuaren eta sexuaren artean dagoen harreman sendoa berretsi da: zenbat eta adin handiagoa eta egoera sozioekonomiko txarragoa, hainbat eta patologia kroniko handiagoa, bereziki emakumeen kasuan (16. irudia).

Etorkizuneko egoera demografikoak erronka handia planteatzen du Euskadiko arreta soziosanitariarako, adineko biztanleria-egituraren bizi-itxaropena gero eta luzeagoa delako; gainera, biztanleria horrek gutxienez patologia kroniko bat izango du 45 urteko adinetik aurrera, eta adinaren urteek gora egin ahala, urte horiei ezintasuna eta mendekotasuna batzen zaizkie. Faktore horiei beste baldintzatzaile batzuk batzen zaizkie, adibidez familia-eredu eta rol berriak; eredu eta rol berri horiek, Euskal Autonomia Erkidegoan familia-ingurunean tradizionalki ematen den zainketan hainbat aldaketa eragin dituzte.

Laburbilduta, euskal biztanleriaren arreta soziosanitarioak erantzuna ematen die biztanleriako esparru eta talde batzuetan eta besteetan identifikatzen diren beharizanei, bereziki xede-taldeetan, dela prebentzio-politikak definituz, dela biztanleriaren ongizatearen eta osasunaren gizarte-baldintzatzaileetan zuzenean esku hartuz.

ERAKUNDEEN ARLOKO TESTUINGURUA

Gizarte- eta osasun-sistemen konplexutasunak agerian jartzen ditu koordinazio sanitarioaren dauden eragozpenak, arlo guztietan. Erakunde-alderdian honako hauek erlazionatzen dira: hiru foru gobernauak, gizarte-politiketan eskumenak dituztenak; Eusko Jurlaritzak, gizarte-politikak planifikatzeko eta betetzeko eta osasun-politikak planifikatzeko, betetzeko eta diseinatzeko eskumena duena; eta EUDELek ordezkatzen dituen 251 euskal udalak, Euskadin gizarte-zerbitzuen sistemara sartzeko ate direnak.

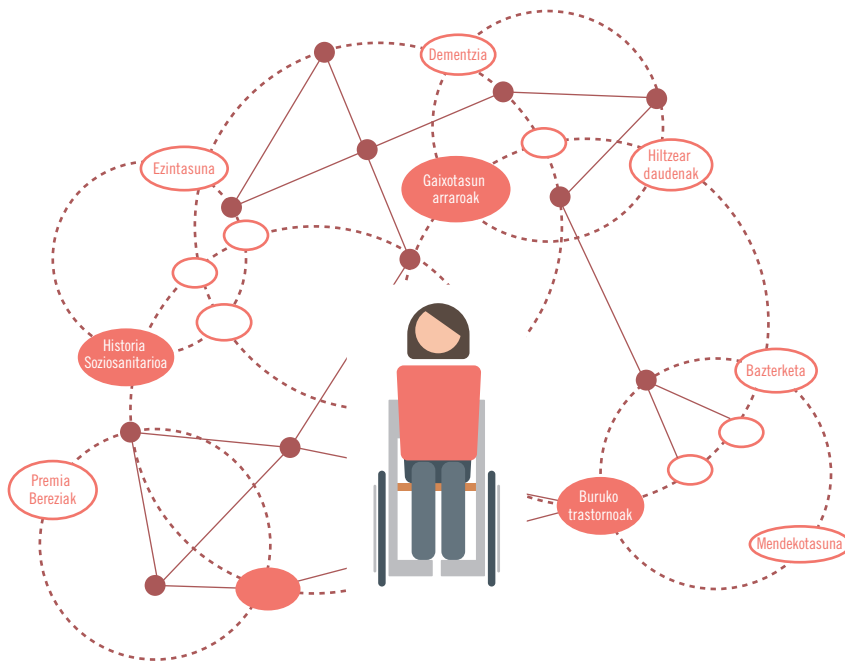


18. irudia. Euskadiko koordinazio soziosanitarioaren erakunde arloko mapa
Iturria: Egileek egin

Arreta soziosanitarioaren arau-oinarria honako lege hauek dira: aza-roaren 25eko 27/1983 Legea, Euskal Autonomia Erkidegoko erakunde komunen eta lurralde historikoetako foru-organoen arteko harremani buruzkoa; 7/1985 Legea, apirilaren 2koa, Toki-Araubidearen Oinarriak arautzen dituenak; 8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena; 12/2008 Legea, abenduaren 5koa, Gizarte Zerbitzuena, duela gutxi urriaren 6ko 185/2015 Dekretua, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzkoa eta apirilaren 7ko 2/2016 Legea, Euskadiko Toki Erakundeei buruzkoa onetsiz osatu dena; bai eta 69/2011 Dekretua, apirilaren 5koa, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluarena eta 6/2016 Legea, maiatzaren 12koa, Euskadiko Hirugarren Sektore Sozialari buruzkoa.

Arreta soziosanitarioaren esku hartzen duten eragile publikoen esku-menak heterogeneoak dira; horrez gain, gizarte- eta osasun-sistemek ibilbide diferentea dute, bai antolaketa-ikuspegian (gizarte-arloan esan daiteke "sistemen sistema" bat dagoela), bai baliabideen izaeran eta "sistemen adin" diferentean. Duela gutxi gizarte-zerbitzuen zorroa zabaldu izanak agerian jartzen du, gainera, konplexutasun koiunturala dagoela sistemen arteko koordinazioan, gizarte-esparrua barne-egituraketako prozesu baten mendean dagoenean.

Alderdi horretan esplicituki aipatu behar da Hirugarren Sektoreko sare eta erakundeen protagonismoa eta bizitasuna, sare soziosanitario osoan emaile eta bultzatzaile diren aldetik. Horien guztien arteko elkarlanari esker sarritan posiblea da berez arreta soziosanitario den horren premiarik handiena daukaten taldeen beharrizan errealetatik hurbil egotea eta beharrizan horietara doitzea. Talde horien iritzia eta eragina kontuan hartzea funtsezkoa da, erakundeek beharrizan horiek behar bezala interpretatu ahal izan ditzaten.



Egitura instituzional konplexua, arreta ematen duten arlo eta maila ezberdinetako eragileen arteko akordioa da arreta soziosanitario koordinatua emateko oinarria

19. irudia. Koordinazio soziosanitarioa, paradigma konplexua
Iturria: Egileek egina

JUSTIFIKAZIOA

Ikusita Euskadiko esparru soziosanitarioaren aurrekariak, testuingurua eta garapena, ikuspegiarako planteamendu batzuk proposatzen dira, etorkizuneko jarduketan norabidea ezartzeko.

Etorkizunerako ekintza horiek egituratzeko bi eredu hartu nahi dira oinarri. Eredu horiei esker, berriz, eremu soziosanitarioaren errealitatea konplexua ezagutzea dago. Eremu horrek erakunde anitzeko eta diziplina anitzeko izaera dauka, eta paradoxikoa bada ere, izaera integrala dauka bere modus operandiari dagokionez, pertsonen beharrian soziosanitarioei erantzuna emateko.

EREDU OREKATUA

Arreta soziosanitarioa, pertsonen beharrian soziosanitarioetan esku-men-esparru batzuetatik eta besteetatik sortutako soluzioak inplementatzen dituen laguntza-jarduera da. Soluzio horiek operatibo bihurtzen dira arreta soziosanitarioko laguntzaren aldiberekotasun, koordinazio eta jarraitutasun irizpideetan oinarrituta.

Jarduera hori gauzatzeko, faktore batzuk bateratu behar dira:

- Alde batetik, halako bateratzea gertatzeko, kontsentsu sendoko erakunde-esparrua beharrezkoa da.
- Beste alde batetik, antolakuntza-kudeaketa deszentralizatu eskatzen du, hain deszentralizatu non laguntza-mailak beharrezko baliabideekin hornitu ahal diren, planteatzen diren beharrianetarako.
- Eta gainera, laguntza-eremu zehatz bat behar da. Eremu horrek pertsonen beharrian soziosanitarioekin bat etorri behar du, eta arreta-maila batzuen eta besteen koordinazioaren bitartez beharrian horiek ebazteko gai izan behar du.

Arreta soziosanitarioaren kontzeptu horren bidetik hiru jarduketa-maila sortzen dira, hurrenez hurren MAKRO/MESO/MIKRO, eta modu idealean, osagai batzuen eta besteen artean jarduera orekatua egon behar da.

Aurreko hurbilketa estrategikoetan, MAKRO mailako jarduketa eta osagaiak nagusi izan dira, eta laguntzaren aldetik ez da jarraitutasunik egon. Halaber, eta kontrako alderdian, MIKRO mailan baliozkotutako laguntza-esperientzia batzuk egon direla egiaztatu da. Esperientzia horiek ezin izan dira hedatu eta/edo eskalatu, ezta ebaluatu ere, laguntza estrategikorik egon ez delako.

Eredu orekatuak esperientzia horretatik ikasketa ateratzen du, bi aldetatik:

- Lehentasunak ezartzea: Ekintzen artean lehentasunak modu orekatu eta paraleloan eta maila guztietan ezarriko dituen ikuspegi bat behar da; hala, osagai guztiak modu finkatu, apurkako, aldibereko, maila anitzeko eta harmonikoan garatu ahal dira.
- Konplexutasuna: Ekintzen artean lehentasunak ezartzen dira arreta soziosanitarioaren baldintza intrintsekoetatik eratortzen den konplexutasun-esparru batean. Eginkizun estrategiko bat, lehentasunen araberrako plangintza egiteaz gain, maila guztietan azaleratzen diren ekimenak detektatzea eta horiek adierazteko erraztasunak ematea da. Horregatik oreka bikoitzerako pizgarriak eman behar dira; oreka horrek plangintza/emergentzia konbinatu behar du estilo zuzendari/bideratzaile batekin; estilo horrek ez dakar jarrera dogmatiko bat, baizik eta eredu berrien adierazpena, pertsonen beharrian soziosanitarioak interpretatuko dituzten eta beharrian horiei erantzuna emango dieten eredu berrien adierazpena irekitako jarrera bat.

EREDU EKOLOGIKOA

Laguntza soziosanitarioaren integrazioa ez da agertzen Europako sistemarik aurreratuenen berrikuspenen azken helburu gisa. Hala ere, sistematikoki aipatzen da zerbitzugintza integratu eta finalistaren garrantzia, guneko eginkizun gisa, hurbiltasunetik abiatuta, eta beraz, planteatzen diren beharrezanean doitu.

Ikuspuntu horretatik, norbanakoa mugitzen deneko ekosistemara hurbiltzen diren egitura guztiak, eta batez ere laguntza-eginkizun guztiak zentzuzkoak dira, efektiboak, eraginkorrak eta efikazak direlako, eta sistema soziosanitarioaren iraunkortasun globala sustatzen dutelako, eta hedaturaz, gizarte- eta osasun-sistemen iraunkortasun globala ere sustatzen dutelako.

Ondorioz, Lehentasun Estrategikoak garatzeko esparru ekologiko hori definituko duten bi elementu identifikatzen dira:

- Koordinazioa:

Arreta soziosanitarioaren egitura, MAKRO/MESO/MIKRO maila guztietan, koordinazioaren parametroei doitzen zaie, eta parametro horietan bilakatzeko gai da.

Koordinazioaren xedea ez da egiturazko integrazioa, baizik eta eginkizun-integrazioa. Ekologiaz ari garela, koordinazioaren helburua ez da sistemak hibridatzea, hori gertatuz gero sistemek euren identitatea galtzen dutelako; aitzitik, koordinazioaren ardatza sinbiosiaren eredua da; eredu horretan, egiturek/organismoek euren identitatea mantentzen dute, baina elkarrekikotasun testuinguru batean euren ahalmen operatiboa hobetzen dute. Dena dela, koordinazioa ez da planteatzen esparru estatiko gisa, baizik eta esparru ebolutibo eta ireki baten moduan; esparru hori etengabe dago soluziorik onenak bilatzeko eta gauzatzeko prest.

- Bizilekua:

Bizilekuaren eremua arreta soziosanitarioaren berezko ekosistemaren paradigma gisa planteatzen da. Leku horretan, pertsonen euren bizi-proiektua garatu ahal izateko baldintzak eta ingurunea iraunarazteko bidea ematen duten jarduketan arteko bateratze birtuosoa gertatzen da.

Bat etortzen diren bi ezaugarri horiek, orekak eta ingurunearekiko egokitzapenak, errealitate soziosanitarioari modu dinamiko eta irekian begiratzera behartzen gaituzte, erakunde-, antolakuntza-, lanbide- eta herritar-arloko gertakariak berrinterpretatzera eta testuingurura doitzera. Gogoeta horietatik abiatuta planteatzen da Arreta Soziosanitarioko Lehentasun Estrategiko horiek antolatzea.

EGINKIZUNA, IKUSPEGIA ETA BALIOAK

EGINKIZUNA

Arreta soziosanitarioaren eginkizunari arretaren gogoia eta estrategia zeharkatzen duten balio batzuk gehituz, definizio zabalagoa egiten dugu. Definizio hori honako hau da:

“Arreta Soziosanitarioko eredu eraginkor, koordinatu eta jasangarri bat garatzea, pertsonan zentratua, bere bizi-proiektuaren protagonista den heinean”.

IKUSPEGIA

Ilido pragmatiko batean, eta Eginkizunaren adierazpena garatzeko, Ikuspegia honela definitu ahal da:

“Arreta soziosanitarioa Euskadin bizi garen pertsona guztientzako ondasun bihurtzeko gogoia, erakunde-esparru konprometitu eta adostu batean, elkarrenganako konfiantzazko esparru batean”.

IKUSPEGI ESTRATEGIKOA: LEHENTASUN SOZIOSANITARIOAK

Lehenago azaldu denez, datozen urteetarako ikuspegi estrategiko soziosanitarioa dokumentu ireki eta berritzailea da. Dokumentu hori, aurreko urteetako ikasketaren emaitza gisa, esku-hartzea, orokorrean Euskadiko biztanleen beharrian soziosanitarioei eta bereziki xede-taldeen beharrian soziosanitarioei erantzuna emateko bide gisa hartu beharko zituzkeen lehentasun edo ekintzen formarekin agertzen da.

Horren haritik, **6 Lehentasun Estrategiko** identifikatu dira, baliabideen egituraketa soziosanitarioarekin, koordinazioarekin eta arretarekin, eta prebentzio, ebaluazio eta berrikuntza soziosanitarioarekin lotuta daudenak.

2017-2020 EPERAKO PEASS LEHENTASUNAK ETA PROIEKTUAK	
1. KOORDINAZIOAREN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA	1.1. Koordinazio soziosanitarioaren gobernantza-eredua
	1.2. Euskadiko arreta soziosanitarioa garatzeko dekretua
	1.3. Euskadiko etika-batzordeak koordinatzeko komisio soziosanitarioa
2. BALIABIDEEN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA	2.1. Baliabide eta esku-hartze soziosanitarioen katalogoa
	2.2. Finantzazio soziosanitarioaren markoa
3. ARRETAREN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA	3.1. Protokolo soziosanitarioen gida
	3.2. Osakidetzako historia klinikoa erresidentziatara hedatzea
	3.3. Balorazio soziosanitarioa egiteko InterRAI instrumentuaren hedapena
	3.4. Komisio soziosanitarioak garatzeko gida
	3.5. Arlo soziosanitarioko elkarlanerako denboraren pilotua
	3.6. Historia soziosanitarioa
	3.7. Arreta soziosanitarioa emateko ibilbideak, kolektibo giltzarri bakoitzeko
	3.8. Arreta soziosanitarioa aurretik egon gabe emateko ibilbideak
4. PREBENTZIO SOZIOSANITARIOA ETA HERRITARREN PARTE-HARTZEA	4.1. Edadetuei tratu txarrak ematen ote zaizkien detektatzeko instrumentua
	4.2. Prebentzio soziosanitarioko eredia
5. EBALUAZIO SOZIOSANITARIOA	5.1. Aginte-kuadro soziosanitarioa eta inkestak diseinatzea
6. BERRIKUNTZA SOZIOSANITARIOA	6.1. Berrikuntza eta jakintzaren kudeaketa, arlo soziosanitarioan

21. irudia. 2017-2020 epealdiko Arreta Soziosanitarioaren Lehentasun Estrategikoen barruko proiektuen laburpen taula
Iturria: Egileek egina

1. LEHENTASUNA: KOORDINAZIOAREN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA

Arreta soziosanitarioaren funtzionaltasuna duela 20 urte baino gehiagotik ezarrita dago, batzuetan akordio esplizituekin, beste batzuetan egitura juridiko gisa, eta beste batzuetan pertsonen beharrianetatik sortutako laguntza-egitate gisa.

Alde horretatik koordinazio soziosanitarioan beharrezkoa da ibilbide-orri bat, koordinazio eta arreta soziosanitarioaren sistemaren maila batzuen eta besteen artean ibilbideak eta harreman funtzionalak eta egiturazkoak ezartzeko balioko duena. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren zuzendaritza- eta betearazpen-egituratik hasita, arretaren maila zehatzeraino, maila horren ordezkariak gizarteko eta osasuneko lehen mailako arretako profesionalak direla.

Maila horiek euren MAKRO/MESO/MIKRO dimentsioan egituratzea, segurtasun juridikoa ematea eta euren eginkizunak garatzeko ahalduntzea, lehentasun horren helburu gisa agertzen da.

Planteamendu teoriko hori **hiru proiektu estrategikotara** lekualdatzen da. Lehenengo proiektua **gobernantza soziosanitarioko eredu praktikoa** definitzera zuzentzen da; esku hartzeko eta egikaritzeko MAKRO/MESO/MIKRO mailetan oinarritutako ereduak da, eta eredu horrekin batera, esku hartzen duen arreta arloko esparru bakoitzean erreferentzia diren profesionalen mapa joango da.

Adierazitako proiektuen artean bigarrenak aurrekoa burutzen du, eta aurreko horri araudi izaera ematen dio, **Euskadin arreta soziosanitarioa garatzeko Dekretuaren** onespina hartzen baitu ardatz. Epigrafe horren pean, dekretuaren xedea aurretiaz ezarritako gobernantza-eredua formalizatzea eta eremu soziosanitarioaren barruko egitura, baliabide eta tresnak bilduko dituen elementua izatea da.

Koordinazio-ildo horri jada hasitako beste proiektu bat batzen zaio, hau da, **Euskadiko etika batzordeak koordinatzen dituen batzorde soziosanitarioa** alderdi juridikoan formalizatzea.

1.1. KOORDINAZIO SOZIOSANITARIOAREN GOBERNANTZA-EREDUA

- **Helburuak:** Koordinazio soziosanitariorako gobernantza-eredu operatiboa zehaztea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Koordinazio eta arreta soziosanitarioko gaur egungo egitura aztertzea eta gobernantza-eredu berria diseinatzea.
 - Koordinazioko eta arretako egitura soziosanitarioen definizioa eta eskumenak, maila eta erakunde guztietan (Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua, Lurraldeko Kontseilu Soziosanitarioak, Batzorde soziosanitarioak eta Lehen mailako arreta soziosanitarioko taldeak).
 - Esparru eta erakunde bakoitzeko eragile soziosanitarioen rolak eta eskumenak definitzea.
 - Euskadi osorako erreferente soziosanitarioen mapa bat proiektatzea.
 - Interes-taldeei aurkeztea eta kontsentsu-proposamena prestatzea.
 - Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
 - Hedatzea eta abian jartzea.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2018-06
- **Espero den emaitza:** Gobernantza-eredu soziosanitaria eta erreferente soziosanitarioen mapa.

1.2. EUSKADIN ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO DEKRETUA

- **Helburuak:** Euskadin arreta soziosanitaria garatzeko dekretua adostea, lantzea eta onestea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Dekretua prestatzeko erakunde arteko lantaldea eratzea.
 - Gobernantza-eredua txertatzea.
 - Dekretuaren proposamen teknikoa idaztea.
 - Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
 - Eusko Jaurlaritzako Zerbitzu Juridikoek balioztatzea eta gerora onestea.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-06 - Amaiera 2019-06
- **Espero den emaitza:** Euskadin arreta soziosanitaria garatzeko dekretua.

1.3. EUSKADIKO ETIKA BATZORDEAK KOORDINATZEKO BATZORDE SOZIOSANITARIOA

- **Helburuak:** Esparru soziosanitarioan etika batzordeak koordinatzeko batzorde soziosanitaria bultzatzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Batzordeari egitura formala ematea.
 - Batzordearen ekimenei laguntza ematea, prestakuntza arloan.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2020-12
- **Espero den emaitza:**
 - Batzordea formalizatzea, zehazten den formula juridikoaren bitartez.
 - Esparru soziosanitarioan laguntza-arloko etikako unibertsitateko titulazio akademikoa abian jartzea.

2. LEHENTASUNA: BALIABIDEEN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA

Baliabideen egitura definitzeko, aurretiaz hainbat gauza hartu behar dira kontuan:

- Eremu soziosanitarioa baliabide propioak dituen hirugarren eremu bat izan ez dadila erabakitzea.
- Hurrenez hurren gizarte-esparruan eta osasun-esparruan zerbitzuen eta prestazioen bi zorro egotea.

Hala ere, elkarreragin soziosanitarioa, “aldi bereko arreta sanitarioa eta soziala, koordinatua eta egonkorra, arretaren jarraipen printzipioari egokitua”¹³ ematen duen jarduera gisa, konplexua da; horrek esan nahi du prestazio, elkarreragin, eta abar jakin batzuk azaleratzen direla... eta horiek guztiak bi esparruen arteko elkargunean kokatzen direla eta non kokatu eta nola finantzatu erabaki ahal izateko definizioerik ez daukatela.

Berez soziosanitarioak diren baliabide eta esku-hartze horiek katalogatzea, eta baliabide eta esku-hartze horien finantzaketa finalistari buruzko kontsentsua, lehentasun horretako proiektuak taxutzen dituzten elementuak dira.

Hala, baliabideen egituraketari behar bezala ekiteko, funtseko bi proiektu planteatzen dira: alde batetik, baliabide eta esku-hartze soziosanitarioen katalogoa birdefinitzea eta onestea, eta bestetik, baliabide soziosanitarioetarako finantzaketa-esparru egonkor bat definitzea eta adostea, bereziki baliabide instrumentaletarako, adibidez Historia Soziosanitariorako, gaur egun halakorik ez baitago bi zerbitzu-zorroetako batean ere.

2.1. BALIABIDE ETA ESKU-HARTZE SOZIOSANITARIOEN KATALOGOA

- **Helburuak:** Baliabide eta esku-hartze soziosanitarioen katalogoa adostea, prestatzea eta onestea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Baliabide eta esku-hartze soziosanitarioen katalogoa prestatzeko diziplina anitzeko lantaldea eratzea.
 - Baliabide soziosanitarioen definizioari eta helmenari buruzko gogoeta egitea.
 - Baliabideen erakunde- eta eskumen-arloko erantzukizunak mugatzea.
 - Baliabide eta esku-hartze soziosanitarioen katalogoaren proposamen teknikoak idaztea.
 - Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2018-12
- **Espero den emaitza:** Baliabide eta esku-hartze soziosanitarioen katalogoa.

13. 12/2008 Legea, abenduaren 5ekoa, Gizarte Zerbitzuena, 46. artikulua.

2.2. FINANTZAKETA SOZIOSANITARIOKO ESPARRUA

- **Helburuak:** Baliabide soziosanitarioetarako finantzaketa-esparru bat adostea eta definitzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Zerikusia duten erakundeetako baliabideen finantzaketako arduradunekin lantalde bat sortzea.
 - Erakunde hornitzaile bakoitzak bere gain hartzen dituen arreta soziosanitarioko kostuen diagnostikoa.
 - Baliabide soziosanitarioen finantzaketarako akordioak ezartzea.
 - Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2020-01
- **Espero den emaitza:** Finantzaketa soziosanitarioaren ereduari buruzko agiri teknikoa.

3. LEHENTASUNA: ARRETAREN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA

Lehentasun hori, “pertsonek” maila gisa kokatu daiteke, bere hurbiltasunarengatik, bere errealitatearengatik, eta halakorik egon ezean ez litzatekeelako arreta soziosanitariorik egongo.

Konplexutasunik handieneko maila ere da; izan ere, maila horretan elkartzen dira askotariko ezaugarri indibidualak, profesionalak eta instituzionalak; ezaugarri horiek, modu pertsonal eta besterenezinean, pertsonek beharizan soziosanitarioetara hurbiltzerakoan lortzen dugun arrakastaren edo porrotaren berri emango digute.

Arreta-esparru horren garrantzia onartuz, beharizan soziosanitario nabarmenenak dauzkaten taldeengana hurbildu behar dugu: halakoak dira nahasmendu mental larriak dituzten pertsonek, baztertuta dauden pertsonek, babesik gabe dauden pertsonek, mendekotasun-egoeran dauden pertsonek, ezintasunen bat daukaten pertsonek, bizitzaren amaieran dauden pertsonek, beharizan bereziak dauzkaten neska-mutilak edo gaixotasun arraroak daukaten pertsonek. Dena dela, aldi berean, profesionalengana hurbildu behar dugu, profesional horien arteko komunikaziora, haien arteko topalekuetara eta eremu soziosanitarioa sortzeko beharrezkoak diren tresnetara.

Helburu horrekin, hirugarren Lehentasunean guztira 8 proiektu estrategiko biltzen dira. Proiektu horietako batzuk, aurreko estrategiaren barruan egon arren, gaur egungo estrategian garatzen jarraitzen da, eta beste batzuk duela gutxi planteatu dira, eta kontuan hartuta haien helmena eta konplexutasuna, legegintzaldi osoan garatuko dira. Azaldu denaren arabera, lehentasun horren barruko proiektuen artean honako hauek nabarmendu ahal dira: protokolo soziosanitarioen gida eguneratzea, Osabide egoitzetan hedatzea eta balorazio soziosanitarioko InterRAI CA tresna hedatzea. Honako hauek ere nabarmentzekoak dira: batzorde soziosanitarioak garatzeko eskuliburu bat prestatzea, baterako lan soziosanitarioko denborazko pilotu bat garatzea, Historia Soziosanitarioa garatu eta ezartzea eta xede-talde bakoitzerako arreta-ibilbide soziosanitario espezifikoak diseinatzea, horren barruan presentzialak ez diren arreta-ibilbideak ere kontuan hartzen direla.

3.1. PROTOKOLO SOZIOSANITARIOEN GIDA

- **Helburuak:** Lehen Mailako Arreta Soziosanitariorako protokoloak garatzeko gida berrikusi, eguneratu eta hedatzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Gaur egun dauden protokolo soziosanitarioen punta-puntako teknologia aztertzea eta protokolo horiek kontzeptu-alderdian berrikustea.
 - Lehen Mailako Arreta Soziosanitariorako protokoloak garatzeko gida (2014) eguneratzea, talde soziosanitarioen dibertsifikazioa/espezializazioa bideratze aldera.
 - Euskadin erabilgarri dauden protokolo soziosanitarioen mapa egitea.
 - Esparru soziosanitarioko interes-taldeen artean hedatzea.
 - Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
- **Kronograma:** Hasiera 2017-10 - Amaiera 2018-10
- **Espero den emaitza:** Protokolo soziosanitario berriak garatzeko gida berria eta protokoloen mapa.

3.2. OSAKIDETZAREN HISTORIA KLINIKOA EGOITZETAN HEDATZEA

- **Helburuak:** Osabiderekiko konexioan (Globala/Osoa) % 100eko estaldura-tasa mantentzea adinekoei eta ezintasunak dauzkaten pertsoneri arreta ematen dieten egoitzetarako, 20 ohe baino gehiago badauzkate.
- **Egin beharrekoak:**
 - Osabide hedatzen jarraitzea (Globala/Osoa).
 - Konexiorako beharrezkoak diren hitzarmenak sinatzea.
 - Egoitzetako pertsonen informatu osteko adostasuna sinatzea.
 - Konexio informatikoak osatzea.
 - Egoitzetako osasun arloko profesionalen prestakuntza eta euskarria ematea.
 - Osakidetzaren historia klinikoaren interoperabilitateari buruz erakunde arloko kontsentsua lantzea egoitzetako berezko kudeaketa klinikoko baliabideekin batera.
- **Kronograma:** Hasiera E/A¹⁴ - Amaiera 2018-06
- **Espero den emaitza:** Eraitzen txostena

3.3. INTERRAI-CA BALORAZIO SOZIOSANITARIOKO TRESNA HEDATZEA

- **Helburuak:** Tresna hedatzen jarraitzea eta bere erabilgarritasuna hobetzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Gaitasunerako prestakuntza teknikoak programatzea.
 - Tresnaren erabiltzaileei eta erreferenteei euskarri tekniko ematea.
 - Jarraipen- eta erabilgarritasun-adierazleak aztertzea.
 - Eraitzak ebaluatzea eta hedatzea.
- **Kronograma:** Hasiera E/A¹⁴ - Amaiera 2018-12
- **Espero den emaitza:** Eraitzen txostena.

14. Proiektu jakin batzuetan, proiektuaren hasiera-dataren aurretik "Ez da aplikatzen (E/A)" azaltzen da, aurreko estrategia soziosanitarioari dagokionez proiektu kontinuitateak direlako (Arreta Soziosanitarioaren II. Ido Estrategikoak 2013-2016).

3.4. BATZORDE SOZIOSANITARIOAK GARATZEKO ESKULIBURUA

- **Helburuak:** Batzorde soziosanitarioen ikuspegia argitzea eta batzordeen garapena bideratzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Indarrean dauden batzorde soziosanitarioen funtzionamenduaren diagnostikoa egitea (bertaratzen direnak, gai-zerrenda, lortutako akordioak eta abar).
 - Batzordeen ikuspegia eta eginkizunak azalduko dituen eskuliburu bat egitea, bai eta lanerako proposamenak ere, batzorde horien barruan (protokoloak prestatzea, programak egikaritzea, ibilbide-orri soziosanitarioa batera definitzea).
 - Interes-taldeek aurkeztea eta baliozkotzea.
 - Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
 - Hedatzea eta abian jartzea.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2018-06
- **Espero den emaitza:** Batzorde soziosanitarioak garatzeko eskuliburua

3.5. BATERAKO LAN SOZIOSANITARIOAREN DENBORA-PILOTUA

- **Helburuak:** Talde soziosanitarioen jarduera sendotzea eta bultzatzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Balorazio soziosanitarioko tresnak hedatzen eta erabiltzen aurrera egitea.
 - Profesionalen agendan arreta soziosanitarioa kontuan hartzea.
 - Kasu soziosanitarioen kudeaketaren inguruan topalekuak sortzeko bidea ematea.
 - Emandako arretari buruzko eragina baloratzeko proposamena pilotatzea hiru Lurralde Historikoetan.
- **Kronograma:** Hasiera 2017-09 - Amaiera 2018-09
- **Espero den emaitza:** Emandako arretak denbora soziosanitarioan duen eraginaren ebaluazioarako txostena.

3.6. HISTORIA SOZIOSANITARIOA

- **Helburuak:** Bi sistemetan Historia soziosanitarioa¹⁵ ezartzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Historia soziosanitario integratua, interoperagarria eta laguntza arloko informazio erabilgarriz hornitua garatzeko plan funtzionala definitzea eta prestatzea.
 - Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
 - Garatutako historia soziosanitarioaren eredia inplementatzea gizarte- eta osasun-arloko arreta-esparruetan.
 - Garatzea, hedatzea eta abian jartzea.
- **Kronograma:** Hasiera 2017-09 - Amaiera 2020-01
- **Espero den emaitza:** Historia soziosanitarioaren diagnostiko-txostena eta plan funtzionala. Gizarte- eta osasun- arloko arreta-plataformetan historia soziosanitarioa txertatzea.

15. Proiektu horri osorik ekin ahal izateko, finantzaketa-iturri espezifikokoak beharrezkoak dira, hori garatu ahal izateko.

3.7. LAGUNTZA-ARLOKO IBILBIDE SOZIOSANITARIOAK, XEDE-TALDEAREN ARABERA

Beharrizan soziosanitarioak identifikatuz gero, bereziki esku-hartze estrategikoaren xede diren taldeetan (ezintasunen bat daukaten eta/edo mendekotasun egoeran dauden pertsonak, bazterketa jasateko eta babesik gabe geratzeko arriskua duten pertsonak, premia bereziak dauzkaten neska-mutilak, nahasmendu mentalen bat daukaten pertsonak eta beste talde batzuk -indarkeria matxistaren biktima diren emakumeak eta abar-) jarduteko baldintzak planteatzen dira, ardatz nagusia pertsonak direla; hala, erantzunak gizarte-eta osasun zerbitzuetako sistemetatik koordinatu beharko dira, unibertsaltasunaren, ekitatearen, kalitatearen eta parte-hartzearen printzipioak oinarri hartuta.



22. irudia. Euskadiko arreta soziosanitarioaren xede-taldeak
Iturria: Egileek egin

Nahasmendu mental larriak daukaten pertsonak

Gaixotasun psikiatriko larriek hainbat berezitasun espezifiko daukate; adibidez, sarritan gizarte-estigma batekin lotzen dira, eta estigma horrek modu mingarrian markatzen ditu gaixotasun horiek jasaten dituzten pertsonak.

Normalean halako patologia kronikoak izaten dira; bada, patologia horien bilakaerarekin batera ezintasun funtzional nabarmena dator, eta horregatik planteatzen da alderdi horien ikuspegi indibidualizatu eta zorrotza justifikatzen duten baliabide eta dispositibo zehatzen beharri-zana. Beharri-zana hori, modu intrintsekoan soziosanitarioa izan behar duen laguntza-ibilbide batean jaso behar da.

Estigmaren, bazterketaren, kronikotasunaren eta espezifikotasunaren ildo beretik, adikzio-nahasmenduek, nahasmendu mentalak diren aldetik osasun mentalaren berezko beharri-zana soziosanitarioen esparruan erabat kokatzen diren arazo horiek berberak dauzkate.

Baztertuta dauden pertsonak

Gizarte-bazterkeria prozesuetan integrazioa galdu egiten da, baina ez soilik diru-sarreraren faltarengatik eta lan-merkatutik urruntzeagatik. Izan ere, gizarte-loturak ahuldu egiten dira, gizarte-parte hartzeak ere behe-rra egiten du eta, hartara, gizarte eskubideak ere galtzen dira. Bazterketa-egoera kontinuum bat da: arriskuko testuinguruetatik bazterketa handiko inguruabarretara; hain zuzen ere, azken horien ezaugarria muturreko hainbat errealitate dira, adibidez etxerik gabeko pertsonen egoerak.

Egoera hori osasunaren baldintzatzaile garrantzitsua da, eta arazoari ikuspegi soziosanitariotik ekitean kontuan hartu beharreko faktorea izan behar da.

Babesik gabe dauden pertsonak

Babesgabekotasuna funtsean zaurgarritasun bereziko egoerekin lotzen da; halako egoerak modu koiunturalean agertzen dira, bazterketa-egoeren kasuan gertatzen denez, edo egiturazko edo bilakaerazko egoerak izan daitezke, mendekotasun, ezintasun eta abarreko egoeretan gertatzen denez.

Beraz, pertsonen funtsezko eskubideak ez errespetatzeko zorian dauden egoera horiek identifikatzea zeregin garrantzitsua izango da. Esplizituki, pertsona horiek ezaugarri nabarmenak dauzkaten taldeetan egon ohi dira, hau da, genero-indarkeriaren biktima diren emakumeak, haurrak eta adinekoak. Horiek guztiak kontuan hartzen ditugunean, laguntza arloko ikuspegi soziosanitario osoa eta indibidualizatua hartu behar da.

Mendekotasun egoeran dauden pertsonak

Mendekotasuna, hainbat dimentsio ukitzen dituen fenomeno dinamiko eta aldakorra da, eta mota askotako faktoreen elkarreaginaren ondorio: fisikoak, emozionalak, intelektualak, harremanei lotutakoak, sozialak juridikoak, ekonomikoak eta bestelakoak.

Horregatik mendekotasun-egoeran dagoen biztanleriaren barruan aniztasun eta heterogeneotasun handia dago adinari, egoeraren kausei, ahal-menei edo laguntza-premiei dagokienez.

Elementu horietan oinarrituta, beharrezkoa da laguntza-arloko ikuspegi oso bat, mendekotasunari eragiten dioten egoerarik behinenak kontuan hartuko dituen, adibidez gaixotasun neurodegeneratiboak. Horrekin batera, mendekotasun egoeran dauden pertsonen prestazioak eta zerbitzuak ematearekin zerikusia duten elementuak ere kontuan hartuko ditu, arretaren aldibereketasuneko, koordinazioko, egonkortasuneko eta jarraitutasuneko irizpide soziosanitarioen arabera.

Ezintasunen bat daukaten pertsonak

Ezintasunei buruzko zerbitzuak ematerakoan, ahalik eta gehien bultzatu behar da pertsonen autonomia, bai gaitasunak mantendu eta garatzeari dagokionez, bai norberaren bizitza ahalik eta gehien kontrolatzeari dagokionez.

Halaber, ahalegina egin behar da normaltzat jotzen diren gaitasunen eta gaitasun anitzen arteko distantzia ezartzen duten mota guztietako oztopoak kentzeko. Oztopo fisikoak kentzea, estigmaren aurka borrokatzea, laneratzea eta abar, laguntza soziosanitarioa formulatzean kontuan hartu beharreko alderdiak dira.

Bizitzaren amaieran dauden pertsonak

Bizitzaren amaieran egotea garrantzi handiko gertakaria da norberaren bizitzan; horregatik, laguntza-aparatu konplexu batean kokatzen da, funtsean osasun arlokoa den aparatu batean, eta aparatu horren asmoa pertsonaren duintasuna eta bizi-kalitatea iraunaraztea da. Hala ere, bizitzaren amaierari ikuspegi soziosanitariotik ekitean, gizarte- eta go-go-euskarriko beste elementu batzuk ere hartu behar dira osagarri gisa.

Arreta bereziaren beharrezakoa daukaten umeak

Haur-garapena prozesu dinamiko oso konplexua da, eta bertan, oinarri genetiko jakin baten gain, faktore biologiko, psikologikoak eta sozial ugari jarduten dute. Haurren garapenean izaten diren arazo edo nahasmenduek ere alderdi asko izaten dituzte, beraz, eta horregatik, behar-beharrezkoa da horrelakoei heltzeko abiapuntua diziplinartekotasuna izatea, osasun, gizarte eta hezkuntza arloen artean koordinatua.

Gaixotasun arraroak daukaten pertsonak

Talde jakin batzuei arreta berezia eman ahal zaie talde horiek ez direlako agerikoak, beste hainbat ezaugarriren artean gizarte osoan ordezkartza kuantitatibo eskasa daukatelako; hori dela-eta botere publikoen aurrean ordezkartza ia-ia indibiduala izaten dute, eta normalean emaitza eskasekin.

Horregatik guztiarengatik sentsibilitate berezia behar da gutxiengo ordezkartza duten taldeentzat, adibidez "Gaixotasun arraroen" kasuan. Bide horretatik, osorik artatu behar dira haien arazoak; arazo konplexuak eta askotarikoak dira, normalean kronikoak, eta sarritan kontuan hartzen ez diren beharrezakoa soziosanitarioak sortzen zaizkie.

- **Helburuak:** Xede-taldee arreta emateko laguntza-arloko ibilbide soziosanitarioak definitzea funtsezkoak diren gizarte-, osasun- eta komunitate-eragileekin elkarlanean; hala, erantzun osoa eta koordinatua emango zaie talde bakoitzaren premiei, zainketaren jarraitutasunean oinarrituta, eta baliabideen kudeaketa eraginkorra egite aldera.
- **Egin beharrekoak:**
 - Lantaldeak sortzea gizarte-, osasun- eta komunitate-esparruko profesionalekin.
 - Xede-talde soziosanitarioetarako laguntza-ibilbide zehatzak definitzea; hona hemen talde horiek:
 - Nahasmendu mental larriak daukaten pertsonak
 - Baztertuta dauden pertsonak
 - Babesik gabe dauden pertsonak
 - Mendekotasun egoeran dauden pertsonak
 - Ezintasunen bat daukaten pertsonak
 - Bizitzaren amaieran dauden pertsonak

- Arreta bereziaren beharrezana daukaten umeak
- Gaixotasun arraroak dauzkaten pertsonak eta abar.
- Arretarako ibilbideak diseinatzea, eta horretarako hornitzaileak zehaztea, baita haien arteko harremana eta prozesutik espero den balio erantsia ere.
- Laguntzako koordinazioa sendotzea, edozein baliabidetatik arreta soziosanitarioa eskuratu ahal izan dadin.
- Aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak ontzat ematea.
- Hedatzea eta abian jartzea.
- **Kronograma:** Hasiera 2017-09 - Amaiera 2020-12
- **Espero den emaitza:** Xede-taldeetarako ibilbide soziosanitarioen gida.

3.8. LAGUNTZA-ARLOKO IBILBIDE SOZIOSANITARIO EZ PRESENTZIALAK

- **Helburuak:** Arreta ez presentzialerako laguntza-arloko ibilbide soziosanitarioak definitzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Arreta ez presentzialeko eragileekin aliantzak ezartzea:
 - BetiOn zerbitzuaren etxeko screening-ean InterRAI CA txertatzea, harremanaren baloraziorako tresna gisa.
 - Osasun Aholkuarekiko aliantza sakonago egitea, laguntza-ibilbideetan parte har dezan.
 - Eragile ez presentzialak (BetiON) lehen mailako arreta soziosanitarioko taldeetan integratutako koordinazio-baliabide gisa kokatzea.
 - Zaintzaileak ingurune digitaletan sartzeari; hala, zaintzaile diren aldetik, eta beren buruen zaintzaile diren aldetik, talde soziosanitarioekin elkarrekaraginean aritu ahalko dira.
 - Herritarrei erraztasunak ematea arreta soziosanitarioaren arloko administrazio-tramite ez presentzialak egiteko:
 - Arreta soziosanitarioaren Atarian informazio eta iturri interesgarriak argitaratuz eta lotuz.
 - Dauden eragile ez presentzialen (BetiON, Zuzenean) erabilera erraztea, administrazio-tramiteetara sartzeko ate edo bideratzaile diren aldetik.
 - Ekintzak aurkeztea eta Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluak horiek onartzea.
 - Hedatzea eta abian jartzea.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2019-06
- **Espero den emaitza:** Arreta ez presentzialerako laguntza-arloko ibilbide soziosanitarioen gida.

4. LEHENTASUNA: PREBENTZIO SOZIOSANITARIOA ETA HERRITARREN PARTE-HARTZEA

Esparru soziosanitarioan biztanleria- eta prebentzio-ikuspegia funtsezko eskakizuna da, etorkizun hurbilean gizarte- eta osasun-sistemen bideragarritasunerako ikusten ari diren gizarte- eta demografia-erronkak gainditzeko, sistema horien gaur egungo ezaugarriak kontuan hartuta.

Prebentzio soziosanitarioak¹⁶, gizarte- eta osasun-sistemen iraunkortasunerako elementu gisa, alde batetik bi sistemen jarduna eta bestetik pertsonen zeregin aktiboa lotura estuan bateratzen dituzten ekintza-ildoak planteatzen ditu. Hala lortzen da pertsona horiek, ahaldunduta eta inplikaturik, parte har dezatela eta erantzunkidetasunez joka dezatela euren oraina eta geroa kudeatzeko, eta bidez batez, pertsona horiek gaitasunak eskura ditzatela sustatzen da, **arrisku soziosanitarioaren** prebentzioaren ezagutza eta auto-ezagutza sortzeko¹⁷.

Planteamendu hori erabat lerrokatzen da¹⁸ Nazio Batuen 2030 Agendaren ikusmolde estrategikoarekin. Agenda horren 3. dimentsioaren –osasun ona lortzea– eta 1. dimentsioaren –pobrezia desagertzea– arteko erlazioa agerikoa da eredu soziosanitarioaren ikuspuntutik; izan ere, agerian geratzen da osasunaren determinatzaileen eta osasunaren emaitzen artean dagoen harremana. Hain zuzen ere, osasun hori, eraikuntza bio-psiko-sozial gisa ulertuta, ez da besterik gabe norbanakoaren afekzioerik edo gaixotasunik eza, bizik eta ongizate fisiko, mental eta sozial osoko egoera¹⁹. Eredu horrek agerian jartzen duenez, ikuspegi soziosanitario zabalak eta zeharkakoak beharrezkoak dira horizontean gizarte kohesioa, ekitatea, ahaldundutza eta iraunkortasuna lortzeko, lehentasun honetan proposatzen denaren haritik. Britainia handiko Osasun Sistemaren aitak, Aneurin Bevan-ek zera zioen (1952)²⁰: *“The essence of a satisfactory health service is that the rich and the poor are treated alike, that poverty is not a disability, and wealth is not advantaged.”*

Lehentasun estrategiko horretan, honako hau da prebentzio soziosanitarioa: askotarikoak eta osagarriak diren esku-hartzeak (hainbat arlotakoak: ekonomia eta finantzak, familia, aisialdia, komunitatea, etxebizitza, osasuna, batzuk aipatzearen) aktibatzea, biztanleria-ikuspegia eta arrisku-profilaren banakako doikuntza bateratzearen emaitza gisa zehazten diren esku-hartzeak. Banakako prebentzio-jarduketak horiek, gizarte- eta osasun-sistemek nahiz pertsonak berak kudeatzen dituztenak, erabakigarriak izango dira arreta soziosanitarioko eskariak ez agertzeko edo eskari horien agerpena atzeratzeko.

16. Proiektu horri osorik ekin ahal izateko, finantzaketa-iturri espezifikoak beharrezkoak dira, hori garatu ahal izateko.

17. Egoera batean edozein pertsonak beharizan soziosanitarioak –aldi baterakoak zein kronikoak– jasatea eragin dezakeen bizi-inguruabar bat agertzeko aukerak identifikatzen direnean, egoera horri arrisku soziosanitarioa esaten zaio.

18. Aukera berri bat denontzat: 2030 Agenda eta Garapen Jasangarrirako Helburuak Euskadin. Eusko Jaurlaritzak, 2016.

19. Osasunaren Munduko Erakundea eratu zeneko atarikoak, 1948.

20. “Osasun-zerbitzu egoki baten eszentzia da aberatsak eta pobreak berdintzatzea, pobrezia ez baita ezgaitasun bat, eta aberastasuna ez baita abantaila bat”. Bevan, Aneurin (1952): *In place of fear*. Heinemann, Londres.

Horregatik, Lehenetsun horrek proposatzen dituen esku-hartzeak zeharka txertatzen dira gizarte- eta osasun- politiketan, pertsonak eta sistemak biztanleria osoaren arrisku soziosanitarioen eta arreta soziosanitario eskarien prebentzioan daukaten erantzunkidetasuna sustatzeko; horretarako, Euskadi osoan profesional soziosanitarioek tratatu txarrak detektatzeko tresna bat hedatu ahal da (2013-2016 epealdiko II. Ido Estrategikoetatik datorren ekimena), edo bestela, proiektu berriak formulatu ahal dira, prebentzio soziosanitarioko ereduaren garapena kasu.

4.1. ADINEKO PERTSONENGAN TRATU TXARRAK HAUTEMATEKO TRESNA

- **Helburuak:** Euskadin adineko pertsonen artean tratatu txar fisiko eta ekonomikoak hautemateko tresna hedatzea.
- **Egin beharrekoak:**
 - Tresna hori hiru Lurralde Historikoan hedatzea.
 - Hedapenaren jarraipena eta monitorizazioa egitea.
 - Prestakuntzako eta informazioko ekintzak bultzatzea.
- **Kronograma:** Hasiera E/A²¹ - Amaiera 2019-06
- **Espero den emaitza:** Emaitzak ebaluatzeko txostena.

4.2. PREBENTZIO SOZIOSANITARIOKO EREDUA

- **Helburuak:** Prebentzio soziosanitarioko²² eredu jakin bat garatzea, pertsonak arrisku soziosanitarioen faktoreen eraginpean jartzeko duten erantzunkidetasunean eta pertsonak prebentzio-ekintza soziosanitarioen garapenean izan beharreko parte-hartzean oinarritutako eredu.
- **Egin beharrekoak:**
 - Prebentzio soziosanitarioko lan-ildoak buruzko egoeraren diagnostikoa: biztanleria-ikuspegia eta banakako perspektiba.
 - Arrisku-faktoreen eta beharrezko soziosanitarioen kudeaketako jardunbide onak identifikatzea.
 - Prebentzio soziosanitarioak funtsezkoak diren eragileak identifikatzea.
 - Prebentzio soziosanitarioko tresna batzuk eta besteak aztertzea (bazterketa, genero-indarkeria, haurrak, adikzioak eta abar).
 - Beharrezko soziosanitarioak daukaten taldeekin prebentzio arloan jardutea: biztanleria-ikuspegitik banakako esku-hartzeen diseinura
 - Prebentzio soziosanitarioari buruzko prestakuntzako eta informazioko ekintzak bultzatzea, bereziki gizarte- eta osasun-arloetako lehen mailako arretako profesionalentzat.
 - Prebentzio soziosanitarioko eskumenak txertatzea arreta soziosanitarioaren lanbide-garapenaren guneko elementu gisa.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2019-12
- **Espero den emaitza:** Prebentzio soziosanitarioan jarduteko gomendioen eta esku-hartzeen gida.

21. Proiektu jakin batzuetan, proiektuaren hasiera-dataren aurretik "Ez da aplikatzen (E/A)" azaltzen da, aurreko estrategia soziosanitarioari dagokionez proiektu kontinuitateak direlako (Arreta Soziosanitarioaren II. Ido Estrategikoak 2013-2016).

22. Proiektu horri osorik ekin ahal izateko, finantzaketa-iturri espezifikoak beharrezkoak dira, hori garatu ahal izateko.

5. LEHENTASUNA: EBALUAZIO SOZIOSANITARIOA

Gaur egun, arreta soziosanitarioaren errealitatea zein den gutxi gorabehera jakin dezakegu, funtsean, beharrian soziosanitarioak dauzkaten pertsonen eragozpenei buruzko kontakizunak ikusiz.

Errealitate soziosanitario hori hobeto ezagutu ahal izateko eta hobekuntzarako neurriak planteatzeko, pertsona horien errealitaterako hurbilketa kuantitatiboa eta kualitatiboa egin behar da; horretarako oinarria, arretaren nahiz erantzun koordinatua eman nahi zaien errealitate soziosanitarioaren ezaugarriak objektibatzeke aukera ematen duten adierazle batzuk dira.

Hala ere, alde horretatik eragozpenak agerikoak dira, dela adierazleak zehaztugabeak direlako, dela iturriak eta datuak erakundearteko, maila anitzeko eta diziplina anitzeko lan-esparru batean eskuratzea konplexua delako.

Horrenbestez, gaur egungo egoera kontuan hartuta, hobetzeko aukerak argi daude; horregatik, funtsezko lehentasun bat da garapena egitea erakundearteko eza-gutzako eta elkarlaneko eta profesionalen eta herritarren parte-hartzeko esparru batean. Oinarria, alde batetik, jarraipenaren eta emaitzaren adierazleez hornitutako aginte-taula bat izango da, esparru soziosanitarioak sustatzen eta garatzen dituen ekimen, proiektu eta ekintzak ebaluatzeke; eta bestetik, gogobetetasun inkesta bat, baliabide soziosanitarioen erabiltzaileentzat eta baliabide horiek posible egiten dituzten profesionalentzat.

5.1. AGINTE-TAULA SOZIOSANITARIOA ETA INKESTAK DISEINATZEA

- **Helburuak:** jarduera soziosanitarioaren jarraipen eta ebaluaziorako aginte-taula integral bat eta esparru soziosanitarioaren erabiltzaileentzako eta esparru horretako profesionalentzako gogobetetasun inkesta bat definitzea²³.
- **Egin beharrekoak:**
 - Laguntza arloko adierazle soziosanitario estrategikoen sorta identifikatzea eta definitzea.
 - Kudeaketa makro eta meso soziosanitarioko adierazle estrategikoen sorta identifikatzea eta definitzea.
 - Plataforma (softwarea) aukeratzea eta datuak aurkezteko formatua definitzea.
 - Sistema bakoitzeko funtsezko informazio-iturriak eta informatzaileak identifikatzea eta datuen hasierako karga egitea.
 - Informazio-bilketaren maiztasuna eta datuak ateratzeko lanaren aldizkakotasuna definitzea.
 - Bi inkesta diseinatzea, bat eremu soziosanitarioaren erabiltzaileen gogobetetasuna neurtzeko eta beste bat esparru soziosanitarioko profesionalen gogobetetasuna zein den jakiteko.
- **Kronograma:** Hasiera 2018-01 - Amaiera 2020-12
- **Espero den emaitza:** Emaitzen txostena.

23. Proiektu horri osorik ekin ahal izateko, finantzaketa-iturri espezifikoak beharrezkoak dira, hori garatu ahal izateko.

6. LEHENTASUNA: BERRIKUNTZA SOZIOSANITARIOA

Gogoeta egitea, jardunbide onak identifikatzea eta sortutako ezagutza transferitzea funtsezko ekintzak dira, horietan oinarrituta eremu soziosanitarioan biltzen diren eta parte hartzen duten eragile eta erakundeen arteko harremanak egituratzeko; hala aprobeztatuko da eragile eta erakunde horiek, esperientzien egile eta arreta soziosanitarioak planteatzen dituen erronketarako erantzun berritzaileen sortzaile diren aldetik, sortu duten ezagutza.

Horren haritik, azken Lehentasun Estrategikoa planteatzen da esparru soziosanitarioan berrikuntza-eremu bat sustatzeko. Eremu horri esker pizgarria eman ahal zaio arreta soziosanitarioaren arloko ezagutzaren sorkuntzari, bai eta ezagutza hori laguntza-maila eta esparru guztietan –profesionalen zein herritarren artean– hedatzeko lanari ere.

6.1. EZAGUTZA SOZIOSANITARIOAREN BERRIKUNTZA ETA KUDEAKETA

- **Helburuak:** Euskadin arreta soziosanitario koordinatuaren esparruan berrikuntza eta gogoe-ta sustatzea²⁴.
- **Egin beharrekoak:**
 - Berrikuntza eta gogoeta soziosanitarioko eremua sustatzea.
 - Jardunbide onak identifikatzea eta atari soziosanitarioaren bitartez hedatzea (Adibi-dea: Albisteen hiruhilekoko buletina).
 - Estatuan eta nazioartean antolakuntza soziosanitarioaren berrikuntzan dauden joerak aztertzea.
 - Arreta soziosanitarioko eredu berritzaileak sustatu eta garatzea.
 - Laguntza tekniko eta ikuspegi estrategiko soziosanitarioa osasun- eta/edo gizarte-sis-temak sustatutako ekimenetarako.
 - Artikulu eta/edo komunikazio zientifikoak argitaratzea (intereseko aldizkarietan, IFIC eta beste batzuetan).
- **Kronograma:** Hasiera 2017-09 - Amaiera 2020-12
- **Espero den emaitza:** Urteko jardunaldia antolatzea; intereseko foroetan egotea; artikulua eta komunikazio zientifikoak argitaratzea.

24. Ekintza horri osorik ekin ahal izateko, finantzaketa-iturri espezifikoak beharrezkoak dira, hori garatu ahal izateko..

2017-2020 KRONOGRAMA

	2017-2020 EPERAKO PEASS LEHENTASUNAK ETA PROIEKTUAK	2017				2018					
		IRAI	URR	AZAR	ABEN	URT	OTS	MAR	SPR	MAI	EKA
1. KOORDINZIOAREN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA	1.1. Koordinazio soziosanitarioaren gobernantza-eredua										
	1.2. Euskadiko arreta soziosanitarioa garatzeko dekretua										
	1.3. Euskadiko etika-batzordeak koordinatzeko komisio soziosanitarioa										
2. BALIABIDEEN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA	2.1. Baliabide eta esku-hartze soziosanitarioen katalogoa										
	2.2. Finantzazio soziosanitarioaren markoa										
3. ARRETAREN EGITURAKETA SOZIOSANITARIOA	3.1. Protokolo soziosanitarioen gida										
	3.2. Osakidetzako historia klinikoa erresidentziatara hedatzea										
	3.3. Balorazio soziosanitarioa egiteko InterRAI instrumentuaren hedapena										
	3.4. Komisio soziosanitarioak garatzeko gida										
	3.5. Arlo soziosanitarioko elkarlanerako denboraren pilotua										
	3.6. Historia soziosanitarioa										
	3.7. Arreta soziosanitarioa emateko ibilbideak, kolektibo giltzarri bakoitzeko										
	3.8. Arreta soziosanitarioa aurrez aurrez egon gabe emateko ibilbideak										
4. PREBENTZIO SOZIOSANITARIOA ETA HERRITARREN PARTE-HARTZEA	4.1. Edadetei tratu txarrak ematen ote zaizkien detektatzeko instrumentua										
	4.2. Prebentzio soziosanitarioko eredua										
5. EBALUAZIO SOZIOSANITARIOA	5.1. Aginte-kuadro soziosanitarioa eta inkestak diseinatzea										
6. BERRIKUNTZA SOZIOSANITARIOA	6.1. Berrikuntza eta jakintzaren kudeaketa, arlo soziosanitarioan										

23. irudia. Proiektuen garapeneren kronograma
Iturria: Egileek egina

ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK

AUTONOMIA ERKIDEGOEN EREMUKO ARAUDIA

- 1983/27 Legea, azaroaren 25ekoa, Autonomia Erkidego Osorako Erakunde-
deen eta bertako Lurralde Historikoetako Foruzko Jardute-Erakunde-
en arteko harremanei buruzkoa.
- 1985/7 Legea, apirilaren 2koa, Toki Araubidearen Oinarriak arautzen
Dituena.
- 1997/8 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena.
- 2008/12 Legea, abenduaren 5ekoa, Gizarte Zerbitzuena.
- 2011/69 Dekretua, apirilaren 5ekoa, Arreta Soziosanitarioko Euskal
Kontseiluarena.
- 2015/185 Dekretua, urriaren 6koa, Gizarte Zerbitzuen Euskal Siste-
maren prestazio eta zerbitzuen zorroa arautzen duena eta prestazio eta
zerbitzu horiek lortzeko baldintzak, irizpideak eta prozedurak arautzen
dituena.
- 2016/2 Legea, apirilaren 7koa, Euskadiko Toki Erakundeei buruzkoa.
- 2016/6 Legea, maiatzaren 12koa, Euskadiko Hirugarren Sektore
Sozialari buruzkoa.

AUTONOMIA ERKIDEGOEN EREMUKO AGIRI ESTRATEGIKOAK

- Akordio Markoa, 1996ko maiatzaren 20koa, Osasun Sailaren, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizartekintza-Gizarte-zerbitzuen Sailaren artean, Gipuzkoako Lurralde Historikoko premia soziosanitarioak estaltzeko.
- 1998ko maiatzaren 14ko Akordio Markoa, Osasun Sailaren eta Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuaren eta Bizkaiko Foru Aldundiaren artekoa, Bizkaiko Lurralde Historikoko beharrian soziosanitarioak asetzeko.
- Akordio Markoa, 1998ko azaroaren 16koa, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren/Osakidetzaren eta Arabako Foru Aldundiaren Gizarte Ongizate Sailaren artekoa, Arabako Lurralde Historikoan premia soziosanitarioei lankidetzan erantzuteko.
- Autonomia erkidegoko 2003ko urtarrilaren 30eko akordioa, Euskal Autonomia Erkidegoan atentzio sanitarioa garatzeko Eusko Jaurlaritzak, Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako Foru Aldundiek eta EUDELEk sinatutakoa.
- Euskal Herriko atentzio soziosanitarioaren garapenerako 2005-2008ko plan estrategikoa.
- 2011ko otsailaren 28ko esparru-agiria, EAEn arreta soziosanitarioko gidalerroak egitekoa.
- 2013 – 2016 aldirako Euskadirako Arreta Soziosanitarioaren ildo estrategikoa.
- Euskadiko arreta soziosanitarioaren ataria:
 - <http://www.euskadi.eus/eusko-jaurlaritza/arreta-soziosanitarioa/hasiera/>
 - <http://www.euskadi.eus/eusko-jaurlaritza/arreta-soziosanitarioa/hasiera/>

ESTATUAREN EREMUKO AGIRI ESTRATEGIKOAK

- La atención integrada en España – tres décadas de buenas intenciones (y algún que otro silencio). A. Álvarez Rosete, L. Martínez Martín. 2016.
- Osasun Eredu Integratuen Behatokia (OMIS): <http://omis.newhealth-foundation.org/> (2017-04-24an kontsultatu zen).
- Gaztela eta Leongo Juntaren web ataria: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/introduccion> (2017-04-24an kontsultatu zen)
- Galiziako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana. Galiziako Xunta. 2013.
- Atención Sociosanitaria en Extremadura. Más allá de la cronicidad. M. Cid, M. Simón, B. Martín, M. Rubio. 2016.
- Arreta Soziosanitarioko Foru Plana. Nafarroako Gobernua. 2000.
- Gizarte eta osasun-arreta eta elkarreragineko sailarteko plana. Kataluniako Generalitatea. 2014.

NAZIOARTEKO AGIRI ESTRATEGIKOAK

- Osasunaren Mundu Erakundearen Eraketaren hitzaurrea. Eraketa hori, 1946ko uztailaren 19tik 22ra egindako Nazioarteko Osasun Konferentzian onartu zen, eta 1946ko uztailaren 22an sinatu zuten 61 Estaturen ordezkariak (Official Records of the World Health Organization, 2. zk., 100. Or.). 1948ko apirilaren 7an jarri zen indarrean.
- (Alemania, Australia, Hego Korea, Estatu Batuak, Frantzia, Irlanda, Japonia, Herbehereak, Suedia) The social care and health systems of nine countries. The King's Fund. 2014.
- (Zazpi aztergai: Australia, Quebec, Herbehereak, Zeelanda Berria, Suedia, Ingalaterra, Estatu Batuak) Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The King's Fund. 2014.
- Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes. The King's Fund. 2010.
- Coordinated care for people with complex chronic conditions. The King's Fund. 2013.
- Integrated Care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons for England. The King's Fund. 2013.
- Integrated care partnerships in Northern Ireland: added value or added bureaucracy? D. Birrell, D. Heenan. Journal of Integrated Care. 2014.
- Health and social care integration. National Audit Office. 2017.
- The path to integrated healthcare. Various Scandinavian Strategies. B. Ahgren. 2014.
- The coordination reform. Norwegian Ministry of Health and Care Services. 2009.
- Health care agreements as a tool for coordinating health and social care. A Rudkjobing et al. 2014.
- An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. J. Ovretveit et al. 2010.
- The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. M. Andersson, J. Caltorp. 2015.
- International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Finlandiako Gizarte Gaietako eta Osasuneko Ministerioa. Europako osasun sistema eta politiken behatokia. 2016.

ERANSKINA

NAZIOARTEKO ETA ESTATUKO TESTUINGURUA. JOERAK

Nazioarteko eta estatuko joerak arakatzea, Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren egoeraren eta Lehetasun Estrategikoen azterketa aberasten duen elementua da.

Eremu soziosanitarioa eratzen duten sektoreen arteko harremanaren sakontasuna (elkarlana-koordinazioa-integrazioa), 2013-2016 epealdiko EASIE-etan komentatu dena, nazioarteko literaturan etengabe aztertzen eta eztabaidatzen den gai bat da. Aspaldidanik²⁵ esaten da, jarraibide demografiko eta epidemiologikoen arloko zereginetarako eta zerbitzuetarako espezializazioaren joerek eta “azpi-koordinazioa”ren ebidentziek aditzera ematen dutenez, osasun-arretaren eta gizarte-arretaren arteko koordinazio hobea beharrezkoa dela.

Beraz, koordinazio hobea mendebaldeko herrialde askoren nahia da. Hala, nazioartean hainbat eredu teoriko daude, baita adibide errealak ere, arreta klinikoaren eta arreta integratuko erakundeen koordinazioari buruz. Eredu eta adibide horiek aditzera ematen dute nolako aniztasuna dagoen erronka komunei demografia eta epidemiologia arloan aurre egiteko moduan.

2017-2020 epealdiko Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren Lehetasun Estrategikoen xederako, mendebaldeko herrialde nagusien ikuspegi soziosanitarioaren gaur egungo egoera azaltzen duten lan batzuk kontsultatzeaz gain, azterketa horren ardatza Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailarekin (eta kasuren batean Enplegu eta Gizarte Politiketako Sailarekin) akordio-memoranduma sinatuta duten herrialdeak izan dira. Hain zuzen ere, halako herrialdeek osasun sistema nazional batean oinarritutako osasun-arreta dute, eta haien gizarte-zerbitzuen egitura Euskadikoaren antzekoa da (Eskeziaren eta Ipar Irlandaren kasuak, eta hedaturaz, Erresuma Batu osoaren kasua). Herrialde horiek azken urteetan osasun-arreta eta gizarte-arreta integratzeko prozesuak abian jarri dituzte.

Halaber, iparraldeko herrialdeei buruzko informazioa ere jaso da, herrialde horiek Europan osasun eta gizarte arloko politika berritzaileen erreferenteak direla uste baita.

Espainiako estatuan, Espainiako eremu soziosanitarioaren egoera nahiz eremu hori hobetzeko proposamenak aztertzen saiatzen diren azterlan eta ekimen batzuk aztertu dira. Autonomia Erkidegoetako esperientziarik berritzaileenak ere aipatu dira (Gaztela eta Leon, Galizia, Extremadura, Nafarroa eta Katalunia).

Horrekin guztiarekin, jarraian doan azterketan alde batetik Euskadiko arreta soziosanitarioaren gaur egungo egoera inguruko beste herrialde batzuetakoarekin alderatuta baloratzerakoan irizpide zabalagoa ekarri nahi izan da, eta bestetik, Euskadin arreta soziosanitario hobea eraikitzeko bidean laguntza emango duten ideia berritzaileak eta gogoetarako elementuak ere ekarri.

25. An integrated health and social care organization in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. J. Ovretveit et al. 2010.

NAZIOARTEKO TESTUINGURUA

Orokorrean zera esan daiteke: mendebaldeko herrialdeetan hornitzaile diferenteek ematen dituzten zerbitzu horien koordinazio edo integrazio handiagoaren aldeko apustua egiten da, pertsona ardatz duen arreta eskaintzeko, modu eraginkorragoan. Hala eta guztiz ere, Ereduetako bat ere ez da nabarmentzen egokiena izateagatik. Guztiz integratutako erakundeak ez dira, berez, lortu beharreko helburua; aitzitik, eta nolahi ere, pertsonen beharrizan soziosanitarioei erantzungo dien arreta batean laguntza emateko bitartekoa dira.

Bederatzi herrialde industrializatutako osasun- eta gizarte-sistemen arteko konparaketa egiten duen azterlan batek²⁶ dioenez, aztertutako herrialde gehienetan ematen den osasun-arretare estaldura handiagoa da gizarte-arretarena baino. Hala, herrialde horietako askok gizarte-premietarako estaldura unibertsala ematen dute modu batean edo bestean, baina normalean gizarte-arreta erabiltzaileentzako zuzeneko kostu gisa utzi ohi dute, eta jende gutxi dauka aseguru pribatu bat halako beharrianak estaltzeko. Orokorrean, mendebaldeko herrialdeek proportzio txikia gastatzen dute epe luzeko gizarte-arreta zaintzeko, osasunaren eta gizarte-zerbitzuen arloko gastuarekin konparatuta (barnean dela egora kronikoak jasaten dituzten pertsonentzako osasun- eta gizarte-gastua). Gizarte-arretan egindako gastua, eta zehazki etxeko arretan egindakoa, gora egiten ari da osasun-arretan egindako gastua baino azkarrago.

Horren haritik, osasun- eta gizarte-zerbitzuen finantzaketa oraindik ere etengabeko eztabaidagai bat da, bereziki sasoi hauetan; izan ere, gaur egun, alde batetik zerbitzuen eskariak gero eta ugariagoak dira, eta bestetik aurrekontuen aldetik muga zorrotzagoak daude.

Beste azterlan batean beharrian konplexuak dauzkaten adinekoentzako arreta integratuko esperientziak aztertzen dira. Azterlan horren ondorioek aditzera ematen dutenez, beharrian konplexuak dauzkaten adinekoentzako arreta integratua arrakastaz antolatu eta eman ahal da²⁷ hainbat modutan. Arreta integratuko prozesuen beste berrikuspen batzuekin bat etorritik²⁸, “metodorik onena” den ikuspegirik ez dago. Aitzitik, arreta integratua eraginen eta prozesuen sorta konplexu baten puntu goren gisa ikusten da. Eragin eta prozesu horiek hainbat arlotakoak dira (sistema, erakundeak, eginkizunak, lanbide arloa eta abar), eta maila diferentetan aldi berean esku hartzen dute denboraren joan-etorrian. “Arreta integratua nola eraiki ahal den” ulertzeko, beraz, zerbitzuen berrikuntza hori konplexua eta dinamikoa dela onartu behar da.

26. (Alemania, Australia, Hego Korea, Estatu Batuak, Frantzia, Irlanda, Japonia, Herbehereak, Suedia) The social care and health systems of nine countries. The King's Fund. 2014.

27. (Zazpi aztergai: Australia, Quebec, Herbehereak, Zeelanda Berria, Suedia, Ingalaterra, Estatu Batuak) Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The King's Fund. 2014.

28. Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes. The King's Fund. 2010.

Ondorio horiek eta aurretiaz²⁹ Erresuma Batuan pertsonen arloan, arlo klinikoan eta zerbitzuen arloan arretaren koordinazioan arrakasta izateko beharrezkoak diren estrategiei dagokienez izandako bost esperientziari buruzko azterlan batean ateratako ondorioak oso antzekoak dira. Arreta integratuaren alderdirik funtsezkoena da nola lortzen den koordinazio hobea zerbitzu-hornitzaileen artean, pertsonen beharizanei buruz, eta profesional-taldeek nola egiten duten lan batera, arreta jarraitua lortzeko (egoerak baloratzea eta beharizanei erantzutea modu holistikoan, diziplina anitzeko taldeak, arretaren koordinaziorako figurak eta abar). Dirudenez, argi dago prozesu horiek probableagoak direla arreta emateko sistema integratuen barruan. Beste modu batean esanda, arretaren hornitzaileek gobernantza komun batean barruan eta erakundeen arteko akordioen bitartez bideratutako pizgarriekin lan egiten dutenean, arreta integratua posiblea izango da.

Erresuma Batua³⁰

Erresuma Batuan ere, osasun- eta gizarte-arretako eredua ez da bat eta bakarra; hala, zein herrialde aztertzen ari garen, egoera diferenteak daude, baita herrialde bakoitzaren barruan ere. Erresuma Batuari buruz hasierako alderdirik deigarrietako bat da gero eta diferentzia txikiagoak daudela “osasun-arreta”ren eta “gizarte-arreta”ren (health care eta social care) artean, eta gero eta gehiagotan erabiltzen dela “care” terminoa, ulertuta termino horrek barruan hartzen dituela osasun-arreta eta gizarte-arreta.

Ziurrenik, arreta integratu baterantz gehien aurrera egin duen herrialdea Eskozia izan da. Horretan hainbat faktorek dute eragina, besteak beste 2004az geroztik antolakuntza aldetik dagoen egonkortasuna, arreta integratuari buruz dagoen kontsentsu politikoa, osasun-zerbitzuan (NHS) ondoz ondoren egon diren ministro eta buruzagien eta tokiko agintarien konpromisoa, eta arreta integratua sustatzeko eta onartzeko diseinaturako politikak promulgatzea.

Argi dago Eskozian burututako politikek eragina izan dutela, larrialdietan eguneko oheak erabiltzeari dagokionez antzemandako aldaketetan, eta atzeratutako altetan, etxeko arretaren erabilera handiagoan, eta egoitzen erabilera txikiagoan, aurreikusten zenarekin alderatuta. Ez da ziurra aldaketa horiek zein neurritaraino gertatu diren arreta integratuko ekimenei esker, baina aditzera ematen dute onurak errealitate bihurtzen hasi direla.

Ipar Irlandak ibilbide luzeagoa dauka egina arreta integratuan (osasun- eta gizarte-zerbitzuak 1973ez geroztik daude integratuta), baina Erresuma Batuan motelen ibili da arreta horrek eman ahal dituen onurak ustiatzeko. Alderdi askotan, osasun-arreta eta gizarte-arreta integratzeko antolakuntza arloko oztopoak kentzen direnean zer lortu ahal den sistema-oinarri batekin erakusteko aukera galdua da Ipar Irlanda.

29. Integrated Care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons for England. The King's Fund. 2013.

30. Integrated Care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons for England. The King's Fund. 2013

Gaur egun, Ipar Irlandan osasun- eta gizarte-arreta integraturako funtsezko figura Integrated Care Partnerships-ICP (Arreta Integratuko Elkartek) izenekoak dira; elkarre horietan osasun- eta gizarte-arloko zerbitzu-zorro zabala biltzen da, eta era berean bertan diseinatzen eta koordinatzen dira tokiko zerbitzuak. Figura hori sartuz, agian, ez da lortu espero zen emaitza, eta oraingoz, osasun- eta gizarte-arreta integratuak biztanleriari hobekuntza neurgarririk ekarri dion ala ez jakiteko, ez dago ebidentzia sistematikorik. Ipar Irlandako egoerari buruz egindako azterlan batzuek diotenez, arrisku bat dago: ikuspegia soilik osasun-integrazioari (lehen mailako arretaren eta ospitaleen arteko integrazioa) soilik badagokio, ICPetako batzordeetako osasun-ordezkariek nagusi direla, ICP horiek osasun-arretaren eta gizarte-arretaren arteko integrazioa garatzeko bideratzaile ez baizik eta oztopo bihurtzea. Ondorioz, gizarte-arreta baztertu egingo da, osasun-interesak nagusi direlako³¹.

Ingalaterra Erresuma Batuko gainerako aldeak baino geroago hasi da osasun- eta gizarte-sektoreen arteko koordinaziorako eta integrazioarako bideak arakatzen; Eskoziako eta Ipar Irlandako kasuek emandako ikasbide garrantzitsu bat da Osasun Zerbitzu Nazionalaren (NHS) barruko egiturazko integrazioa nahiz osasun-zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen arteko integrazioa arreta integratua garatzeko faktoreetako bat besterik ez dela. Dirudienez, halaber, Ipar Irlandak osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzuak egitura berberetan integratzeko izandako esperientziak nahi ez den ondorioen bat izan dezake: hau da, gizarte-zerbitzuak osasun-zerbitzuen mende geratzea. Ohar hori begien bistakoa da, baina garrantzitsua dena den, une honetan. Hain zuzen ere, gaur egun, Ingalaterran osasun-arretaren eta gizarte-arretaren arteko integrazioari buruzko eztabaida gero eta nabarmenagoa da.

Auditoretza Bulego Nazionalak Britainia Handiko parlamentuarentzat egindako txosten batean³² aztertu egin da Osasun Sailak, Komunitate-entzako eta Tokiko Gobernuarentzako Sailak eta NHSk gizarte-zerbitzuen eta osasun-zerbitzuen arteko integrazioan egindako aurrerabidea, eta zehazki, Better Care Fund izenekoak (NHSren eta tokiko gobernuen artean baterako tokiko aurrekontuak sortzea helburu duen gobernuaren programa) izandako bilakaera. Autokritikaren ildotik, txosten horren ondorioak nahiko latzak dira, zalantzan jartzen baitute Ingalaterran 2020rako osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzuak integratu ahalko direnik, hala aurreikusita egon arren. Hainbat gomendio egiten du, besteak beste egitura eta diziplina hobea sortzea, integrazioarako dauden oztopoak tokiko eremuan gainditzen laguntzeko (batik bat honako oztopo hauek daude: finantza-pizgarriak ez lerrokatzea, giza baliabideen aldetik dauden erronkak eta profesionalen, taldeen eta erakundearen artean informazioa trukatzeko dauden erreparoiak). Beraz, Ingalaterran eztabaida puri-purian dago oraindik.

Herrialde eskandinaviarrak

Herrialde nordikoak ere ez dira libratzen: laguntza-eskariak jarraitutasun handiagoa eskatzen du jasotako arretan, eta herrialde horiek ulertu egin dute sektore barruko eta sektore arteko elkarlana egoera horretarako erantzunetako bat dela, baina osasun-zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen koordinazioan akatsak egon dira. Dena dela, elkarlanean aritzeko hainbat estrategia aukeratu dute³³.

31. Integrated care partnerships in Northern Ireland: added value or added bureaucracy? D. Birrell, D. Heenan. Journal of Integrated Care. 2014.

32. Health and social care integration. National Audit Office. 2017.

33. Health and social care integration. National Audit Office. 2017.

Norwegian pazienteak tratamendu-plan koordinatu bat izateko daukan eskubideari erantzuteko legeria ezarri da³⁴. Hala, estrategia horrek, historian, ardatzean pazienteak eta bere beharrian indibidualak jarri ditu neurri handiagoan, fragmentazio txikiagoa lortze aldera osasun-zerbitzuen sorta sistematikoki lortu beharrean.

Danimarkak 2007az gerostik duen estrategiak izaera hierarkiko eta administratibo nabarmena dauka, era berean legeria nazionalen oinarritua. Estrategia hori, udalen eta osasuneko eskualdeko agintarien artean aurrez ezarritako edukiarekin egindako akordioetan zehazten da nahitaez³⁵.

Danimarkan edo Norwegian gertatzen denaz bestela, Suedian ez dago akordio edo araudi hertsatzaile nazionalik. Arreta integratuan lan egitea borondatezkoa da, eta udal gobernuen ekimenaren mendean dago. Osasun- eta gizarte-zerbitzuen hornitzaileen egiturazko integrazio horri dagokionez, nazioarteko literaturan gehien aipatzen diren adibideetako bat Norrtälje-rena³⁶ da,³⁷ Stockholm probintziaren iparraldean osasun-arretan eta gizarte-arretan lan egiten duen erakunde integratua. Norrtälje-ko ekimenak, 56.000 biztanleko eremu zehatz batean, beharrian konplexuak dauzkaten adinekoentzako osasun- eta gizarte-arretaren finantzaketa eta antolakuntza eraldatu zuen. 2004an, Stockholmeko eskualdeko gobernuak (gobernu hori osasun-zerbitzuez arduratzen da) eta Norrtälje-ko tokiko agintariek (gizarte-zerbitzuez arduratzen dira) Norrtälje-ko biztanleriari osasun-eta gizarte-arreta emateaz arduratzen den baterako gobernu-batzordea eratu zuten. Gobernu-batzorde horrek kontratazioa egiteaz eta arreta ematez arduratzen den enpresa publiko baten jabetza dauka, eta enpresa hori bera zuzentzen du. Norrtälje-ren ereduak honako ezaugarri hauek dauka: biztanleria bakar baterako finantzaketaren erantzukizuna; biztanleriarentzako osasunaren sustapena gero eta gehiagotan jomuga duen ikuspegia; eta osasun- eta gizarte-arretaren antolakuntza komuna eta integratua, pazienteentzat eta erabiltzaileentzat onura handiagoa lortzeko. Bereziki azpimarratzen da kasuen kudeatzaileen erabilera, baita ospitale barruan nahiz ospitaletik kanpora eta egoitzetatik ospitaletara egiten diren trantsizioen inguruko ibilbide eta planen garapena ere.

Finlandian, udalak arduratzen dira gizarte- eta osasun-arretaz, baina kasu askotan koordinazioa mugatua izaten da.

Herrialdea gaur egun bere osasun- eta gizarte-arreta erreformatzeko bidean dago³⁸. Erreforma horren helburu nagusietako bat da “osasun- eta gizarte-zerbitzuak integratzea bezeroak xede dituen zerbitzu-pakete batean”; hala espero da erakundeen arreta murriztea, prebentzio-lana indartzea eta adinekoen zerbitzu-premia murriztea.

34. The path to integrated healthcare. Various Scandinavian strategies. B. Ahgren. 2014.

35. Health care agreements as a tool for coordinating health and social care. A Rudkjøbing et al. 2014.

36. An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. J. Övretveit et al. 2010.

37. The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. M. Andersson, J. Caltorp. 2015.

38. International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Finlandiako Gizarte Gaietako eta Osasuneko Ministerioa. Europako osasun sistema eta politiken behatokia. 2016.

ESTATUAN

Espainiako estatuan ere eztabaida hori dago. Gainera, nazioartean osasun- eta gizarte-arretaren elkarlana-koordinazioa-integrazioa *continuum*-ean aurrera egitearen egokitasunari eta aurrerapen horretarako neurriak benetan inplementatzeari buruz gertatzen ari diren aldaketen aurrean ez dago ezjakinarena egiterik. Azken hamarkadetan osasun eta gizarte zerbitzuen eta beste sektore batzuen artean koordinatzearen beharrezan jasotzen duten plan, lege eta liburu zuri ugari egon dira, baita bestelako dokumentu estrategiko asko ere³⁹. Diziplina eta sektore bakoitzetik egiten diren proposamenek, neurri handiagoan edo txikiagoan, eta fiabardura eta perspektiba diferentekin, osasun- eta gizarte-sektoreen arteko koordinaziorako eremuak sortzearen alde egiten dute, eta ez pertsonentzako arretarako hirugarren espazio bat sortzearen alde. Hori, Euskadiko 2013-2016 epealdiko arreta soziosanitarioaren ildo estrategikoetan nabarmentzen zen. Hala onartzen da sektoreen arteko koordinazioak gaur egungo arreta-ereduaren funtsezko elementu izan behar duela.

Esperientziak erakutsi duenez, hala eta guztiz ere, hainbat ekimen estrategiko garatu arren, ez da bermatu koordinazio sanitarioaren benetako inplementazioa, eta esan daiteke oraindik ere bide luzea dagoela egiteko, Espainiako estatu osoan arreta-eredu soziosanitario integratu bat lortuko bada.

Jakina, tokiko eta eskualdeko ekimen ugari daude, adierazi diren elementu batean edo batzuetan eragin dutenak eta osasun- eta gizarte-zerbitzuak aldi berean eta etengabe behar dituzten pertsonen erantzuna emateko arreta-eredu integratuago baterantz aurrera egin dutenak⁴⁰.

Autonomia-erkidegoei dagokienez, aipatzekoak dira egiturazko koordinazioaren arloan izandako aurrerabideak:

- Gaztela eta Leon (Oinarrizko Koordinazio Taldeak eta Koordinazio Soziosanitarioko Batzordeak sortzea, GASS Informazio Sistema)⁴¹
- Galizia⁴²
- Extremadura (Batzorde Soziosanitario Komunitarioa, Arloko Batzorde Soziosanitarioa eta Gai Soziosanitarioetako Batzordea sortzea)⁴³
- Nafarroa (baterako baloraziorako tresna)⁴⁴
- Katalunia⁴⁵

39. La atención integrada en España – tres décadas de buenas intenciones (y algún que otro silencio). A. Álvarez Rosete, L. Martínez Martín. 2016.

40. <http://omis.newhealthfoundation.org/> (2017-04-24an kontsultatu zen).

41. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/introduccion> (2017-04-24an kontsultatu zen).

42. Galiziako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana. Galiziako Xunta. 2013.

43. Atención Sociosanitaria en Extremadura. Más allá de la cronicidad. M. Cid, M. Simón, B. Martín, M. Rubio. 2016.

44. Arreta Soziosanitarioko Foru Plana. 2000.

45. Gizarte- eta osasun-arreta eta elkarreragineko sailarteko plana. Kataluniako Generalitatea. 2014.

NAZIOARTEKO ETA ESTATUKO TESTUINGURUAREN AZTERKETAREN ONDORIOAK

Nazioarteko joerak aztertuz gero ondorioztatu ahal da mendebaldeko herrialde ugari azken hamarkadan erreforma-prozesuei ekin dietela euren biztanlerian gero eta handiagoak diren segmentuek etengabeko arretaren aldetik dauzkaten beharrianak artatzeko (herrialde horien artean azkena Finlandia da, 2016az geroztik).

Orokorrean egiaztatzen da erreformen xedea pertsonen arretan bat egiten duten eragile eta sektoreen arteko harremana (osasun eta gizarte sektoreak, batik bat) sakonagoa izatea dela; hala ere, horrez gain egiaztatzen da hori egiteko ez dagoela “eredu bakarrik”. Herrialde batzuek (Norvegiak, Danimarkak eta Eskoziak, adibidez), hasieran, aurrerabide hori bultzatzeko, osasun-zerbitzu eta gizarte-zerbitzu horietarako legeria eta berregituraketa ezartzen dute makro eta meso mailan; beste herrialde batzuek, aldiz, nahiago dute tokiko mailak ekimena har dezala erakunde batzuen eta besteen integrazio handirako (adibidez Suediak, Norrtalje-ren kasuarekin). Nolanahi ere, dirudienez, kontua ez da pertsonentzat arretako hirugarren espazio bat sortzea, baizik eta pertsonen beharriari eman beharreko erantzunean bat datozen maila eta sektoreen baterako lana erraztea.

Arreta integratua erabakien, prozesuen eta eraginen sorta konplexu baten puntu gorena da, eta bere arrakasta, ziurrenik, sorta horretan nola esku hartzen den eta horren arabera izango da. Prozesu konplexua da, denbora behar da prozesu hori lantzeko, eta bidean akatsak egon daitezkeela onartu behar da (Ingalaterrak orain arte egin duen bidetik ondorioztatu ahal denez). Horren haritik, garrantzitsua da integrazio-rako aurrerabidearekin konpromiso politikoa hartu dela erakustea.

Dagoen ebidentzia ez da nahikoa oraindik; hala ere, ebidentzia horrek aditzera ematen duenez, arretaren hornitzaileek gobernantza komun batean barruan eta erakundeen arteko akordioen bitartez bideratutako pizgarriekin lan egiten dutenean, arreta integratua posiblea izango da. Orokorrean, prozesu horiek biztanlerian daukaten eragina gehiago ebaluatu behar da, baita prozesuok sistemaren iraunkortasunaren aldetik daukaten eragina ere.

Egiturazko integrazioa ez da nahikoa (batzuetan beharrezkoa ere ez) arreta integratu handiagoa lortzeko. Gainera, egiturazko integrazio horretan gizarte-zerbitzuak osasun-zerbitzuen mendean geratzeko arriskua dago. Ipar Irlandarena bezalako adibideek erakusten dutenez, egiturazko integrazioak berez ez dakar arrakasta, eta palanka ugari behar dira aurrera egiteko.

Integrazioa ardatz hartzean interesgarriagoa da laguntzaren eta tokiko eremuaren maila abiapuntu hartzea, eta horretarako argi eta garbi definitzea zerbitzuak, diziplina anitzeko taldeak, balorazio holistikoak eta baterako informazio sistemak, erakundeetako erreferente soziosanitarioak, ohikoenak diren lanbide- eta antolakuntza-kulturak eta abar, eta gero helburu zehatzak ezartzea eta koordinazio/integrazio prozesuen eragina ebaluatzea. Espainiako estatuko autonomia-erkidegoen esperientziak erakusten duenez, erakundearteko akordioez, plan estrategikoez eta abarrez harago, arreta soziosanitarioaren mikro mailari garrantzia emateko unea heldu da, esperientzia metatzeko aukera emango duten pilotuetan oinarritzeko eta gerora sistemen multzora eskalatu ahal izateko unea. Tokiko eremuan, ibilbide hori egiteko, egitura zentralak babesa eman behar dute.

Osasun- eta gizarte-zerbitzuen finantzaketa etengabe eztabaidatzen den gai bat da; arreta-sistemetan eskariak gehitu egiten dira eta aurrekontuen mugak gero eta zorrotzagoak dira, eta egoera horretan tentsioa orokorra da. Modu diferentean finantzatzen diren zerbitzuen prestazioak (sarbide unibertsala vs. erabiltzailearen baliabide ekonomikoen arabera sarbidea) beste oztopo bat da eremu soziosanitarioan arreta etengabea emateko.

