



ARRETA SOZIOSANITARIOA:  
ESPARRU KONTZEPTUALA ETA NAZIOARTEKO ETA  
AUTONOMIETAKO AURRERAPAUZOAK. HURBILKETA

ararteko

Herriaren Defendatzailea  
*Defensoria del Pueblo*



# ARRETA SOZIOSANITARIOA: ESPARRU KONTZEPTUALA ETA NAZIOARTEKO ETA AUTONOMIETAKO AURRERAPAUZOAK. HURBILKETA

Arartekoak Legebiltzarrari egindako txosten berezia

**Txostenaren egilea:**

Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa SIIIS

© ARARTEKO

Fotokonposaketa eta inprimaketa: Gráficas Santamaría, S.A.

Paper ekologikoa.

ISBN: 978-84-89776-23-4

L.G: VI-157/08



ARRETA SOZIOSANITARIOA:  
ESPARRU KONTZEPTUALA  
ETA NAZIOARTEKO  
ETA AUTONOMIETAKO  
AURRERAPAUZOAK. HURBILKETA

**AURKIBIDEA**

<b>I. KAPITULUA.- SARRERA</b> .....	13
1. Helburua eta eremua.....	15
2. Egitura.....	16
3. Metodologia .....	17
<b>II. KAPITULUA.- ALDERDI KONTZEPTUALAK</b> .....	21
1. Arreta soziosanitarioaren eremua .....	23
1.1. Kontzeptua eta izena .....	24
1.2. Arreta soziosanitarioaren lehentasunezko xedea: behar egoera konplexuei erantzuna ematea .....	26
1.2.1. <i>Mendeko adinekoak</i> .....	27
1.2.2. <i>Ezaugarri kronikoak dituzten pertsonak</i> .....	32
1.2.3. <i>Gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonak</i> .....	34
1.3. Arreta soziosanitarioaren egungo protagonismoa argitzen duten arrazoiak.....	35
1.4. Arreta soziosanitarioaren helburuak: sistemen eraginkortasuna eta zainketen jarraitutasuna .....	37
1.4.1. <i>Sistemen eraginkortasuna</i> .....	38
1.4.2. <i>Arretaren jarraitutasuna</i> .....	38
2. Arreta soziosanitarioaren eraikuntza .....	39
2.1. Antolamendu soziosanitarioaren konplexutasuna.....	39
2.1.1. <i>Konplexutasunaren arrazoiak</i> .....	39
2.1.2. <i>Eremu sanitarioaren eta sozialaren arteko                 mugaren izaera aldakorra</i> .....	43
2.1.3. <i>Eremu sanitarioaren eta sozialaren arteko                 harremanaren asimetria</i> .....	44
2.2. Esparru kontzeptualaren eraikuntza: azterketetako ikuspegien aniztasuna eta osagarritasuna .....	45
2.2.1. <i>Lankidetzaz maila, irizpide bereizle gisa</i> .....	45
2.2.2. <i>Lankidetzaz mailak</i> .....	51
2.2.3. <i>Integrazioerantz orientatutako estrategiak</i> .....	52
2.2.4. <i>EAEko ikuspegi kontzeptuala</i> .....	54

2.3. Koordinazio soziosanitarioa errazten eta oztokatzen duten faktoreak .....	55
2.3.1. Zerbitzuen koordinazioa errazten duten faktoreak .....	55
2.3.2. Zerbitzuen koordinazioa oztokatzen duten faktoreak .....	58
3. Koordinazio estrategiak eta bitartekoak .....	58
3.1. Egiturarekin erlazionatutako koordinazio estrategiak eta baliabideak .....	59
3.2. Antolaketarekin erlazionatutako koordinazio estrategiak eta baliabideak .....	63
3.3. Arreta eskaintzearekin erlazionatutako koordinazio estrategiak eta baliabideak .....	68
<b>III. KAPITULUA.- ARRETA SOZIOSANITARIOA EAEn</b> .....	71
1. Esparru juridikoa .....	73
1.1. Nazioarteko joerak .....	73
1.1.1. Nazio Batuen Erakundea .....	73
1.1.2. Europako Kontseilua .....	74
1.1.3. Europar Batasuna .....	75
1.2. EAEn eskumenak .....	77
1.2.1. Estatuaren eta Autonomia Erkidegoaren arteko eskumen banaketan dauden aldeak .....	78
1.2.2. Administrazio autonomikoaren eta Foru eta Toki administrazioen arteko eskumen banaketan dauden aldeak .....	82
1.3. Koordinazio soziosanitarioa eta araudia .....	84
1.3.1. Koordinazio administratiboari dagozkion alderdi juridikoak eta kontzeptualak .....	84
1.3.2. Arreta soziosanitarioa eta Estatuko araudia .....	86
1.3.3. Arreta soziosanitarioa eta Erkidegoko araudia .....	91
2. EAEko eremu soziosanitarioaren bitarteko nagusiak .....	101
2.1. Euskal Autonomia Erkidegoko eta bertako lurralde historikoetako eremu soziosanitarioaren bitarteko nagusien deskribapena .....	102
2.1.1. Euskal Autonomia Erkidegoko oinarritzko bitartekoak .....	103
2.1.2. Arabako Lurralde Historikoko oinarritzko bitartekoak .....	106
2.1.3. Bizkaiko Lurralde Historikoko oinarritzko bitartekoak .....	109
2.1.4. Gipuzkoako Lurralde Historikoko oinarritzko bitartekoak .....	113
2.2. EAEko eremu soziosanitarioaren ezaugarri nagusiak .....	118
2.2.1. Lurralde historiko bakoitzean oso abiadura ezberdina izaten ari den garapen prozesu luzea .....	118
2.2.2. Plaza eta baliabide eskaintza mugatua .....	119

2.2.3. Alde handia ezarritako ereduetan: zerbitzu eskaintza eta finantzaketa formula heterogeneoak .....	120
2.2.4. Lehen mailako arretaren alorrean eremu soziosanitarioak izan duen garapen eskasa .....	121
2.2.5. Arreta soziosanitarioko kontseiluei dagokien eginkizun dinamizatzailea garatzeko zailtasunak.....	121
3. Adituen iritzia: EAEko laguntza soziosanitarioari buruzko delphi azterlana .....	122
3.1. Alderdi metodologikoak .....	122
3.2. Emaitzak .....	124
3.2.1. Arreta soziosanitarioak EAEn duen garapenari buruzko gogoeta orokorrak.....	124
3.2.2. EAEko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Planaren balorazioa.....	127
3.2.3. EAEn eremu soziosanitarioaren garapenean izandako aurrerapauso garrantzitsuak .....	129
3.2.4. Planean zehaztutako helburu nagusiak betetzea .....	130
3.2.5. Euskal Autonomia Erkidegoan eremu soziosanitarioa garatzeko oztopoak.....	133
3.2.6. Ezarritako koordinazio organoek egindako lanaren gaineko balorazioa .....	135
3.2.7. Arreta soziosanitarioaren eremuan lurralde batetik bestera dauden aldeak.....	139
3.2.8. Laguntza soziosanitarioa finantzatzeko mekanismoak .....	141
3.2.9. Erakundeek eta gizarte agenteek eremu soziosanitarioaren garapenaren aurrean duten jarrera.....	145
3.2.10. Baliabide sarearen gaineko balorazioa.....	147
3.2.11. Talde ezberdinei emaniko arreta .....	152
3.2.12. Araudi berriak ekarritako ikuspegiak .....	155
3.3. Ondorioak .....	158

#### **IV. KAPITULUA.- BESTE AUTONOMIA ERKIDEGO ETA HERRIALDE BATZUETAN ARRETA SOZIOSANITARIOAREN EREMUAN IZANDAKO ESPERIENTZIAK .....**

1. Sarrera .....	167
2. Beste autonomia erkidego batzuetako ekimenak eta esperientziak .....	187
<i>Kataluniako Autonomia Erkidegoa. Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Vida als Anys programa.</i>	
<i>Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa. Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa.</i>	
<i>Extremadurako Autonomia Erkidegoa. Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010).</i>	
<i>Nafarroako Foru Erkidegoa. Arreta Soziosanitarioko Foru Plana.</i>	



3. Nazioarteko esperientziak .....	218
3.1. Europako esperientziak .....	218
<i>Danimarka. Adinekoentzako arreta integratua Skaevingen.</i>	
<i>Finlandia. Etxeko arreta integratua Helsinkin.</i>	
<i>Holanda. Gizarte eta osasun zerbitzuak eskuratzeko adinekoentzako leihatila bakarra Holandan.</i>	
<i>Irlanda. The ICON (Integrated Care, One Network) project.</i>	
<i>Erresuma Batua. Ealing Intermediate Care Services.</i>	
<i>Erresuma Batua. Southampton Behaviour Resource Service (BRS).</i>	
<i>Erresuma Batua – Eskozia. Glasgow Community Addiction Teams.</i>	
<i>Erresuma Batua – Eskozia. South Lanarkshire Integrated Children’s Services Plan 2005-2008.</i>	
3.2. Ipar Amerikako esperientziak .....	239
<i>Kanada – Quebec. Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d’Autonomie.</i>	
<i>Estatu Batuak. Program of All-Inclusive. Care for the Elderly (PACE).</i>	
<b>ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK .....</b>	<b>249</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>259</b>
<b>ARAU AIPAMENAK .....</b>	<b>273</b>
<b>ERANSKINA.- EAEko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoaren helburuen eta ekintzen sintesia .....</b>	<b>281</b>

**I. KAPITULUA**

SARRERA

## 1. HELBURUA ETA EREMUA

Ezohizko txosten honen asmoa lehen hurbilketa teoriko eta praktikoa egitea da arreta soziosanitariorantz, hura, orokorrean, lankidetzaz biziko eta egituratutako eremu moduan ulertuta. Lankidetzako eremu hori osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen artekoa izango litzateke eta, jatorriko sektoreetatik ezberdintutako eremu moduan sortu edo ez alde batera utzita, koordinazio maila ezberdinak aldi berean agertzen ditu. Horien helburu nagusia behar konplexu eta mistoetara egokituriko zerbitzua ematen dela bermatzea da, emate horretan arretaren jarraitutasun printzipioari egokituz.

Txosten hau, lehenik eta behin, Eusko Legebiltzarraren Osoko Bilkurak, 2006ko azaroaren 23ko saioan, egindako eskaerari erantzuteko beharragatik egin da. Bertan, Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa 2005-2008 delakoaren gainean eztabaidatu ondoren, honakoa adierazi zen hitzez hitz:

*“Hamargarren erabakia: Eusko Legebiltzarrak eskatu egiten dio Arartekoari, errealitatea ezohizko txostenetan eta urterokoetan zehazki jorratu duen erakundea, Euskadin arreta soziosanitarioak bizi dituen egoeren eta beharren gaineko azterketa eta txostena egin ditzala ahalik eta epe laburrenean”.*

Bestalde, azterketa hau egiteko komenigarritasuna eta beharra egiaztapen baten ondorio da aldi berean: horrenbestetan aipatzen den eremu soziosanitarioa oso eremu ezezaguna da neurri handi batean, muga ez oso zehatzak dituen kontzeptua, politikarien eta teknikarien hitzaldietan sartu dena baina oraindik orain gabezia ugari dituen eraikuntza teorikoan eta aplikazio praktikoa.

Oinarri horretatik abiatuz, txostenaren helburua hirukoitza da:

- Batetik, erreferentziako oinarriko elementu batzuk eta hainbat nahaste terminologiko argitzeko gai izango den esparru kontzeptuala egituratzeko asmoa du, funtsean nazioarte mailan izandako aurrerapauso teorikoetan oinarrituz. Hain zuzen ere, gure ingurune hurbilean sumatutako defizita Europako eta Iparramerikako testuinguruetan ere sumatzen den errealitatea den arren, egia da ere herrialde batzuk aurretik doazela esparru kontzeptualaren egituraketan eta osasun eta gizarte sektoreen artean koordinaziorako estrategiak eta baliabideak saiatzerakoan, eta, noski, komenigarria da aurrerapauso horiek kontuan izatea gure sistema propioa eraikitzerakoan.
- Bestalde, txostena Euskal Autonomia Erkidegoak egun bizi duen egoera deskribatzen saiatzen da, lehen diagnostikotzat har daitekeena egitetik abiatuz. Arartekoaren

ezohizko txostenetan ohikoa izaten den ez bezala, lehen diagnostiko hau ez da ebaluazio zehatu eta sistematikoa euskal egoeraren gainean. Hain zuzen ere, gure ingurune arreta soziosanitarioaren garapena hasiberria denez –txosten hau idatzi denean indarrean dagoen Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoaren ibilbideak bi urte inguru besterik ez ditu bete–, ebaluazioaren ikuspegia baztertu egin zen. Ondorioz, besterik gabe, aurrerapausoen deskripzioa egitea eta eremu soziosanitarioak pertsona batzuen artean sorrarazten dituen jarrera, iritzi eta kritiken azterketa aurkeztea erabaki da. Jarrera, iritzi eta kritika horiek teknikarien eta profesionalen, eta, kasuren batean, baita politikariengan ere sumatu dira, eta haiek zerikusi zuzena dute eremuaren eraikuntzan eta haren ezarpen praktikoan. Lehen diagnostiko honen asmoa ez da gure inguruan gaiak izan dezakeen azterketa agortzea, baina bai izan nahi duela garapen mailaren balantze zehatza eta fidagarria.

- Azkenik, txostenak autonomia erkidegoko eta nazioarteko aurrerapauso praktikoak gerturatu nahi ditu, eta, horretarako, deskripzio sintetikoa eta egituratua egiten du garatutako ekimen eta esperientzia batzuen gainean, bai beste autonomia erkidego batzuen kasuan, bai beste herrialde batzuen.

## 2. EGITURA

Txostena, logikoki, hiru ardatz hauen inguruan antolatuko da:

- Batetik, hasierako kapituluak esparru kontzeptuala eta teorikoa aztertuko ditu:
  - lehenik eta behin, oinarrizko elementu batzuk sartu dira azterketa egiteko, hain zuzen ere arreta soziosanitarioaren eremua eta kontzeptua; osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko jardun estuki koordinatuaren behar handiena duten biztanle taldeak; arretaren jarraitutasuna eta sistemen eraginkortasuna, egituratzaren helburu nagusi moduan; egungo protagonismoaren arrazoiak eta esku-hartze eremu hori antolatzeko zailtasunak;
  - jarraian, koordinazio soziosanitariorako formulak eraikitzen eta sistematizatzen laguntzen duten ikuspegi teorikoen funtsezko elementuak aurkeztuko dira;
  - azkenik, ongi koordinatutako arreta lortzeko estrategia ezberdinak eta antolatutako baliabideak sailkatuko dira.
- Txostenaren bigarren kapituluak Euskal Autonomia Erkidegoaren egoera aztertzeaz arduratuko da, eta hiru ataletan egituratuta egongo da:
  - lehenengoak, egungo esparru juridikoa aurkeztera zuzendua, gure sisteman eragin handieneko nazioarteko erakundeen testuen, estatuko araudiaren eta, noski, euskal xedapen arautzaileen aipamenak bilduko ditu. Kasu guztietan koordinazio soziosanitarioa arautzeko ezarpenak ateratzeko saiakera egin da, askotan oso orokorrak izanez;
  - bigarren atalean gure ingurunean antzemandako beste aurrerapauso batzuen deskripzio sintetikoa jaso da. Horiek paraleloak eta, zenbaitetan, araudien

- aurretikoak izan dira: lankidetzaz hitzarmenak, jarduera planak, zerbitzu soziosanitarioak koordinatzeko eta martxan jartzeko bideen sorrera;
- hirugarrenak jada aipatutako adituen taldeak, EAEko eremu soziosanitarioaren eboluzioan funtsezko diren elementu batzuen inguruan, adierazi izandako iritzien azterketa jasoko du.
- Txostenaren azken zatiak deskripzio zehatza jasoko du aukeratutako maila autonomikoko, Europako eta Iparramerikako hainbat esperientziaren gainean. Horiek aukeratzeko geografikoki eta/edo testuinguruari dagokionez gertukoak izatearen irizpidea erabili da batzuetan; besteetan, berriz, praktika ona izatearen irizpidea da erabili dena.

Txostena gomendio kapitulu batekin amaitzen da. Hark ikuspegi orokorra aurkezten du ere, txostenak errealitatezko hurbilketa izateko nahian bildutako edukiarekin, izandako iazarekin eta xedearekin gertatutako modu berean. Haren asmo bakarra orientazioa ematea da, herri administrazioek eremu soziosanitarioa eraikitzean izan beharreko esku-hartzea hobetzen lagun dezaketen gidalero batzuen inguruan. Ondorioz, salbuespenak salbuespen, gomendio horiek ez dute hobekuntza zehatzik bilduko.

### 3. METODOLOGIA

Alde teorikoa eta kontzeptuala, II. kapituluaren bildutakoa, eta beste autonomia erkidego eta herrialde batzuetan izandako esperientzia eta ekimenen deskripzioa, IV. Kapituluaren bildutakoa, nazioarteko literatura espezializatuaren gainean egindako azterketa xehatua oinarritzen dira. Horren berri txostenaren amaieran erantsitako bibliografia zabalean eman da. Horren ondotik, harreman teknikoak eratu dira eremu honetan bereziki aktiboak diren herri administrazioekin nahiz Europako herrialde ezberdinetako ikerketa eta dokumentazio institutu ezberdinekin, nagusiki hauekin: *Joseph Rountree Foundation eta Dartington Social Research Unit, Erresuma Batukoak*; *STAKES - Sosiaali-ja terveysalan-tutkimus- ja kehittämiskeskus* (Finlandia); *Social Forsknings Institutet* (Danimarka), *Institutet for Social Forskning* (Suedia), *Sociaal and Cultureel Planbureau* (Holanda). Bai hasieran aipatutako haiek, bai hauek laguntza handikoak izan dira azpimarratzeko moduko esperientziak eta ekimenak bilatzerakoan.

III. kapituluaren eratzeko duen atal bakoitzerako argi berezitako bi metodologia erabili dira, horien izaera ezberdina izateagatik:

- Esparru juridikoa lantzeko, beharrezkoa izan da osasunaren eta gizarte zerbitzuen esparruan indarrean dagoen arautegia berrikustea:
  - nazioartean garrantzi handienekoak diren erakundeek egindako testuak aztertu dira, hain zuzen ere hurrengo erakundeak: Nazio Batuen Erakundea, Europako Kontseilua eta Europar Batasuna;
  - arreta soziosanitarioa sortu eta sendotzeko nolabaiteko eragina duten estatu mailako xedapen arautzaileak bildu dira –batez ere osasunaren eremukoak, baina, horiekin batera, baita gizarte zerbitzuen eremukoak eta mendetasun egoeran dauden pertsonentzako arreta arautzen duen arautegia ere–. Halaber,

araudi izan gabe EAEtik oso gertuko ingurunetik bultzatutako aurrerapausoetan erreferentzia diren elementuak eratzen dituzten ekimenak ere kontuan izan dira, adibidez planak, proposamenak edo gidalerroak;

- azkenik, osasunaren eta gizartearen alorreko euskal araudia eta Autonomia Erkidegoan eremu soziosanitarioa eratzeke ezinbestekoak diren beste dokumentu batzuk aztertuko dira, adibidez Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa 2005-2008 eta administrazioek eremu hau antolatzen joan den heinean sinatutako hitzarmenak (azken horiek eskuratzea posible izan da, neurri handi batean, azterlanean, aditu moduan, parte hartu duten pertsoneri esker).
- Adituei kontsultatzea eta haien iritzi eta balorazioen azterketa Delphi metodologia aplikatuz egin da. Haren esparruan 32 pertsonaren parte-hartzea izan da, EAEn arreata soziosanitarioaren errealitateak duen egoera ezagutzeagatik aukeratuak. Horietatik guztiek (bi izan ezik) eremu sanitarioan edo gizarte zerbitzuenean lan egiten duten erakunde publiko eta pribatuetakoa langile izateagatik parte hartu badute ere, haien iritzia gizabanako moduan eskatu da, gaian aditu diren heinean. Ondorioz, haien ekarpena lan egiten duten erakundearen edo parte hartzen duten koordinazio organoen jarrera ofizialaren berdina izan daitekeela edo ez ulertzen da.

Azterlanaren zati honetan lagundu duten pertsonen zerrenda honakoa da:

- Juan Antonio Abeijón. Julian de Ajuriaguerra Osasun Mentaleko Zentroa.
- Jose Antonio Agirre Elustondo. CVASen koordinatzaile ohia.
- Maria Eugenia Alkiza. Gipuzkoako Lurraldeko Osasun Zuzendaritza.
- Elena Ayarza. Etxebizitza eta Gizarte Gaietako Saila.
- Ramón Barinaga. Gautena.
- Estibaliz Barrón. Gizakia Fundazioa.
- Evelia Cantera. Hurkoa Fundazioa.
- Luis Casado de Dios. Bizkaiko Lurraldeko Osasun Zuzendaritza.
- Itziar Ceballos. Buru Gaixoen eta haien Senideen Bizkaiko Elkarte – AVIFES.
- Eguzkiñe de Miguel Aguirre. Arabako Ospitale Psikiatrikoa.
- Isabel Echevarría. Arabako Foru Aldundia.
- Joseba Etxabe. Gipuzkoako Foru Aldundia.
- Fernando Fantova. Gizarte aholkularia.
- Pedro Fernández. Adimen Urritasuna duten Pertsonen Aldeko Elkarteen Euskal Federazioa FEVAS.
- Juan Fernández de Gamarra. Osasun Saila.
- Pedro Fernández de Larrinoa. Bizkaiko Foru Aldundia.
- Máximo Goikoetxea. Donostia Ospitalea.
- Pablo González. Gorabide, Adimen Ezintasuna duten Pertsonen Aldeko Bizkaiko Elkarte.

- Joseba Iraurgi. Errekaldeko Modulu Psikosoziala.
- Begoña Iriarte. Bizitegi Elkartea.
- Alvaro Iruin. Donostiako Ospitalez Kanpoko Osasun Mentala.
- Encarna Lázaro. Gipuzkoako Foru Aldundia.
- Patxi Leturia. Matia Fundazioa.
- Josean Macarro. Gizarte Bazterkeria bizi dutenei Laguntzeko Goiztiri Elkartea.
- José Antonio Marín. Arabako Foru Aldundia.
- José Luis Muñoz Collantes. Gipuzkoako Lurraldeko Osasun Zuzendaritza.
- Marta Pastor. HIESaren Aurkako Hiritarren Bizkaiko Batzordea.
- Carlos Ruiz de Vergara. Lezako Ospitalea.
- Alejandro Ruiz Idarraga. Gipuzkoako Lurraldeko Osasun Zuzendaritza.
- Matxalen Somoza. Bilboko Caritas Elizbarrutikoa.
- Juan Miguel Urrutia. Gipuzkoako Foru Aldundia.
- Román Zulaika. Gipuzkoako Lurraldeko Osasun Zuzendaritza.
- Lourdes Zurbanobeaskotxea. Bizkaiko Foru Aldundia.

Kontsulta honen esparruan Arartekoaren eskura jarritako baloraziozko ekarpen guztiak konfidentziasunaren printzipioari erabateko errespetua izanez jorratzen dira txosten osoan zehar, adierazpenen egileak identifikatu gabe.

Hemendik, bai Ararteko Erakundeak, bai SIIS Eguía-Careaga Fundazioaren Dokumentazio eta Ikerketa Zentroak –oinarrizko txostenaren egile– eskerrak eman nahi dizkie EAEtik edo beste geografia eremu batzuetatik jarrera onarekin eta laguntza aktiboarekin azterlan honetan parte-hartze aktiboa izan duten pertsona guztiei.

## **II. KAPITULUA**

### **ALDERDI KONTZEPTUALAK**



## 1. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN EREMUA

Behar beste dokumentaturik dagoen inguruabarra da osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen egituratze tradizionala ez dela ongi egokitzen behar jakin batzuen ezaugarri mistoetara, eta, egokitze ez horrek –gizartearen eskaera berrien aurrean malgua izaten eta horietara egokitzen ez jakitean eta beren jarduerak koordinatzearen aurkako izatean oinarrituta– behar horiei arreta egokienarekin erantzuteko ezintasuna zehazten du. Beste era batera esanda, horrek arreta integrala eta pertsonalizatua, zainketen antolamendu ona eta jarraitutasuna bermatzera orientaturikoa, galarazten du.

Erantzuteko zailtasun hori, noski, ez da bi arreta sektore horietan bakarrik agertzen, orokorrean esku-hartze publikoaren bi eremutan edo gehiagotan agertzen diren gainerrako inguruneetan ere agertzen baita. Eremu horiek, ondorioz, nekez mugatu ahal dira erabateko xehetasunarekin eta mugako zonaldean zehaztasuna falta dute, batzuk besteen gainetik jarriz eta alderantziz, hutsuneak agertuz, hau da, bi sektoreen aldetik estaldurik ez izanez. Egoera hori izaera ezberdineko eta administrazio tratamendu ezberdineratik atxikitako eremuen artean –adibidez, gizarte zerbitzuen eta etxebizitza zerbitzuen artean– nahiz, orokorrean, sektore, politika publiko edo sistema berdinen barruan sartzen diren eremuen artean suma daiteke –adibidez, osasunaren eremuan ikus daitezkeen moduan lehen mailako arretaren eta arreta espezializatu edo ospitalekoaren artean–.

Osasunaren eremuaren eta gizarte zerbitzuen eremuaren artean, bateratze zonaldeak bereziki nahasiak dira, batez ere bi sektoreen xedea pertsonaren arretarako zerbitzuak ematea delako eta, espero daitezkeenaren kaltetan, beti ez delako erraza izaten zainketa mota batek osasunaren eremuko izateari utzi eta gizartekoa izateari noiz ekiten dion zehaztea edo gizartekoa izatetik osasuneko izatera noiz igarotzen den argitzea. Aurrerago ikusiko den moduan, arrazoi ugari dago hain gertuko sistemen artean koordinaziorako zailtasunak agertzeko –batzuetan egitura edo antolamendukoak, baina beste batzuetan kultura edo harremanetakoak–, eta oso eragin negatiboa izan dezakete emandako arretaren kalitatean, pertsonen eta haien gertueneko inguruko bizi kaliterako larriak izan daitezkeen ondorioekin arreta mistoa denean behar dena. Gainera, sisteman bertan eragin kaltegarriak eta negargarriak izan ditzakete, arreta egokia eraginkortasunez eskaintzeko ezintasunak baliabideak behar ez bezala erabiltzea dakarrelako, bi sistemei beharrezkoak ez diren kostuak eraginez (antolaketa faltak erabiltzaileak osasun eta gizarte zerbitzuetara neurritz gain joatea eta haien neurritz gaineko eskatzaile izatea ere ekar dezake).

Kontua da, egun, sistemaren egiturak ez diola kasurik egiten oinarritzko ezaugarri bati: pertsonen bizitzan eremu sozialaren eta sanitarioaren arteko bereizketa artifiziala dela

erabat. Ondorioz, errealitatearen printzipioa nagusi da, behar batzuen izaera misto eta konplexuak nahitaez antzemanarazten duelako haiei arreta eskaintzera zuzendutako osasun eta gizarte jarduerak elkarrekiko lotura dutela eta, are gehiago esanda, elkarren mendekoak ere badirela.

## 1.1. KONTZEPTUA ETA IZENA

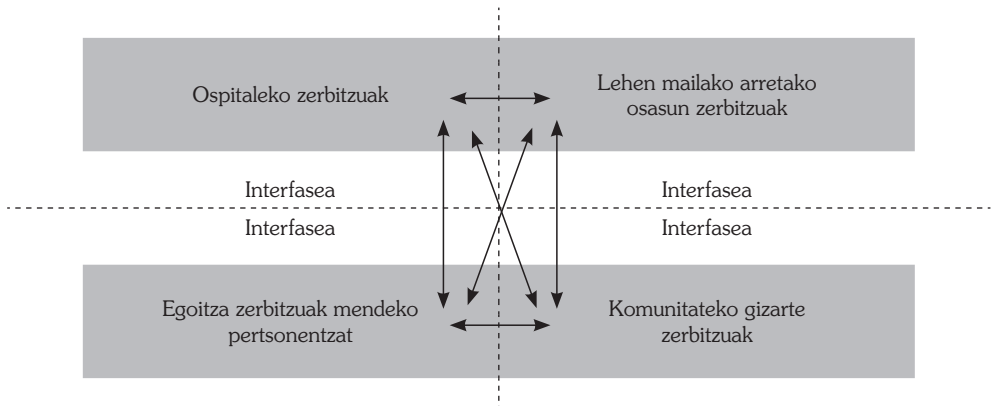
Errealitate hori antzemateak, eta, aurrerago ikusiko den moduan, beharrak geroz eta handiagoak izateak batez ere, bi sektoreen esku-hartze konbinatua eskatuz, nazioarteko erakundeak<sup>1</sup> eta herrialde garatu gehienak eraman ditu era berean mistoa izango den eremua antolatzen. Horren bidez, arretarako formulak eta zerbitzuak koordinatuta eta elkarri osatuz antolatuko lirakeke. Koordinazio mailarik gorenena lortzen dutenean, formula horiek nortasun propioa izatera iris daitezke, jatorriko bi sektoreetatik ezberdina den izaera izanez eta zehaztasun hori administrazio egituraren islatu zein ez alde batera utzita. Horiek zerbitzuaren egitura bakarrean bil daitezke edo, bestela, ekipamendu sare oso batera edo sistemaren multzora zabaldu.

Gure gertueneko ingurunean, eremu misto hori “arreta soziosanitario”, “eremu soziosanitario” edo, besterik gabe, “koordinazio soziosanitario” moduan da ezaguna. Nazioarteko literaturan, hari emandako izenak anitzak dira ere, baina “*integrated care*” (arreta integratua) nagusi da. Bertan, izen ezberdinen pean agertzen diren eredu, esperientzia eta ekimen anitzak bildu nahi dira: “*shared care*” eta “*joint care*” (Erresuma Batua), “*vernetzung*” (Alemanian), “*Transmurale zorg*” (Herbeheretan), “*soins médicaux sociaux*” (Frantzia), “*managed care*” (Estatu Batuetan), batzuk bakarrik aipatzearen. Hala eta guztiz ere, ezin esan daiteke termino horiek guztiek errealitate berdina hartzen dituztenik, helburu berdina dituztenik eta, horiek lortzeko, alderatzeko moduko jardueraren eredu eta estrategietan antolatzen direnik. Egia esan, “*integrated care*” terminoa hartzea, txosten honetarako “arreta integratu” edo “arretaren integrazio” moduan itzul dezakeguna, adostasun bat besterik ez da. Adostasun hori eredu aniztasunari edo, hobe esanda, antolamendu eta funtzionamendu modu ugariari, modu bateratuan, aipamen egin ahal izateko beharretik eratorritakoa da, horiek, intentsitate handiago edo txikiagorekin, egitura edo zerbitzu ezberdinak koordinatzen baitituzte.

Kontua da terminoa askotan “koordinatzailearena” erabiltzeko egon ohi den anbiguotasun berdinarekin erabiltzen dela. Ondorioz, sektore berdina bateko zerbitzuen integrazioa edo koordinazioa aipatzeko –ohikoa da hura aipatzea osasunaren eremuan, gaixotasun akutuei emaniko arretaren eta ezaugarri kronikoei emaniko arretaren arteko koordinazioa indartzeko beharra adierazteko– nahiz osasunaren sektorearen eta gizarte zerbitzuen sektorearen arteko zerbitzuen koordinazioa edo azken bi horiek beste sistema edo politika publiko batzuekin dutena adierazteko erabil daiteke eta erabili ohi da, batez ere sistema edo politika horiek gizarte ongizatea lortzera zuzendurikoak izatean. Hori da, batez ere, etxebizitza politiken edo diru-sarreraren bermatzeko politiken arteko zehazteko egiten

<sup>1</sup> Azken hamarkadan zehar, zerbitzuen arteko lankidetzaren estua, koordinaziorako formulak eta arreta integratzeak bilduz, Osasunaren Munduko Erakundearen eta Europar Batasunaren eskutik eratu da. Oinarritzko elementu bihurtu da bai osasun politiken erreforman, bai gizarte babesteko sistemen erreforman.

dena. Txosten honen esparruan, koordinazio eta integrazio terminoak osasunaren eta gizartearen sektoreen arteko harremanak aipatzeko erabiliko dira funtsean, nahiz eta harreman horien eraginkortasunerako ezinbesteko betekizuntzat hartuko den sektore arteko koordinazioa. Jarraian datorren eskemak ikuspegi horretan bildutako harreman multzoa islatu nahi du:



Edukia anbigua izan arren, edo, beharbada, hari esker, integrazioaren kontzeptua egokia da, dudarik gabe funtsezko erakargarritasuna duen termino horietako bat delako eta inork, antolamenduaren ikuspegitik eta arretaren kalitatearen ikuspegitik begiratu, ez lukeelako printzipioz zatitzea eta sakabanatzea defendatuko integrazioaren<sup>2</sup> aurretik. Halaber, izaera anbiguari esker ere, haren babesean koordinaziorako harreman eredu ezberdinak eta intentsitate ezberdinak defendatzen dituztenen arteko oinarritzko aldeak saihestu eta alde batera uztea ahalbidetzen du.

Izendapen ezberdinak izanda ere eta, halaber, horien azpian agertzen diren eredu eta antolamendu forma anitzak egonda ere, arreta soziosanitarioa definitzen duten elementu batzuk badaudela adieraz daiteke:

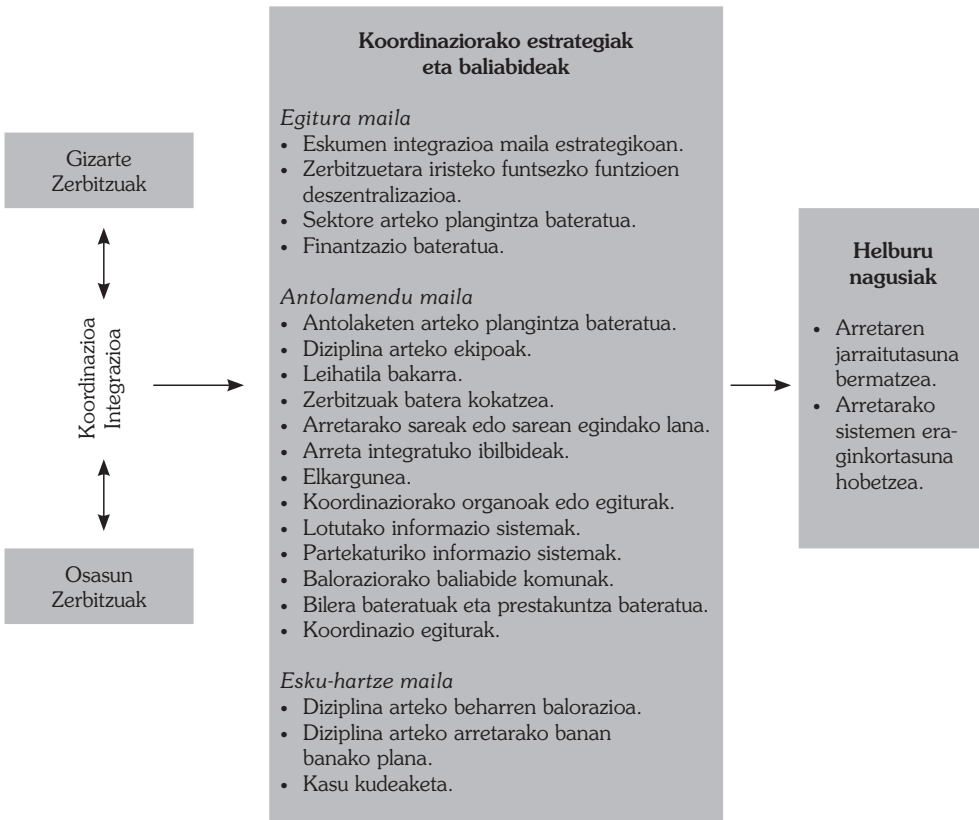
- Izaera mistoko esku-hartzea, gizarte eta osasunaren eremukoa, behar duten behar konplexuko egoerei erantzuten die aldi berean edo sekuentzia moduan, baina, edonola ere, elkarri osatuz eta estuki antolaturik.
- Helburu nagusi bat du: zainketen jarraitutasuna bermatzea, materialki egon daitezkeen egokitzapen faltak –bata bestearen gainetik jartzea eta hutsuneak edo

<sup>2</sup> Integrazioa sistemen teoriaren gunean kokatzen da, eta funtsezkoa da antolamenduak diseinatzeko eta horiek eraginkorrak izateko. Antolamendu eta sistema guztiak elementu bereziez eraikitako hierarkia egiturak dira neurri batean, nahiz eta haien artean loturak izan. Elementu ezberdinak horiek paper osagarriak betetzen dituzte funtzio komuna egiterakoan. Hala eta guztiz ere, antolamendu oso konplexuen arkitekturak berezkoak dituen zatiketak, deszentralizazioak eta espezializazioak eraginkortasun eta kalitate helburuetan eragina izateko joera dute. Helburu horiek lortzeko, beharrezkoa da antolamenduaren edo sistemaren elementu ezberdinen artean lankidetzeta eta laguntza izatea. Ikuspegi horretatik aztertuta, sistema integratutzat jotzen da barne koherentziaren mailari esker edozein azpisistematan aldaketak izan eta gainerako azpisistematan edota sisteman bertan aldaketak izatea ekartzen duena.

estaldura defizitak– eta denborazkoak –zerbitzu ezberdinen artean desfaseak egotea edo itzaroten denbora egitea– saihestuz.

- Arreta hori eskaintzeko, diziplina arteko printzipioaren inguruan antolatzen diren laguntza estrategiak eta baliabideak erabiltzen ditu.
- Zentzua eta funtsa ditu pertsonan oinarrituriko arreta integraleko ikuspegi batean. Hura ongizate, bizi kalitate eta autonomia maila altuena bermatzera zuzendurikoa da, ahal denean ohiko gizarte ingurunean geratzeari eta etxean arreta eskaintzeari lehentasuna emanaz eta hura erraztuz.

Jarraian datorren eskemak argi islatzen du adierazi berri dena, eta kapitulu honen antolamenduaren jarraibidea edo edukien sekuentzia ematen du:



## 1.2. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN LEHENTASUNEZKO XEDEA: BEHAR EGOERA KONPLEXUEI ERANTZUNA EMATEA

Dudarik gabe, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazio ona onuragarria da bi motatako beharrak dituen edozein pertsonarentzat, haren konplexutasun maila zein den alde batera utzita. Izan ere, esku-hartzeen artikulazioa egokia balitz, zerbitzu eta

prestazio ezberdinetara iristea ahalbidetuko litzaioke, beharren eta inguruabarren sekuentzia egokituz eta bi sareetatik ibilbide joriaren alde eginez. Hala eta guztiz ere, behar horiek mistoak ez direnean, hau da, aldi berean agertu arren eremu sozialaren eta sanitarioaren arteko mugaren zonalde horretan kokatzen ez direnean, nahikoa izan daiteke bi sareen partetik ibilbidearen arintasuna bermatzea laguntzako formula txikiarekin.

Aldiz, biztanleriaren talde jakin batzuentzako, haien gizarte eta osasun beharren izaera eta ezaugarriengatik, eta, batez ere, biak aldi berean agertu edo modu mistoan jasotzea garrantzitsua izateagatik, funtsezkoa da bi sektoreen artean ahalik eta koordinazio altuena izatea. Horrela, posible izango da erantzun egokia eta eraginkorra ematea, eta arreta soziosanitarioaren talde nagusiak eratu dira.

Literatura espezializatuak nazioarte eta estatu mailako eta maila autonomikoko hainbat proposamenen berri ematen du talde horiek mugatzeari dagokionez, eta ezaugarri komuna da horietan guztietan beharrezko zainketen iraunaldia luzea izatea. Horrela, mendeko adinekoak, ezaugarri kronikoak dituzten pertsonak (batez ere gaixotasun kronikoak, ezgaitasun larriak, infekzioso gaixotasun iraunkorrak eta buru gaixotasunak eta nahasmenduak) eta gaixotasunaren fase terminalean daudenak izango lirateke sektore honen protagonisten zerrendaren lehenengo postuetan agertzen direnak.

Hala eta guztiz ere, kontuan hartu behar da talde horiek arreta soziosanitarioaren barruan lehentasunezko arretako taldetzat hartzeak ez duela esan nahi dituzten behar guztiak horrela kalifikatu behar direnik. Kasu askotan, konplexutasuna hor egonda ere, gizartearen eremuko edo osasunaren eremuko behar zehatzak dituzte eta, kasu horietan, beharrezko koordinazio maila arinagoa da.

Jarraian, arreta soziosanitarioaren lehentasunezko xedea eratzten duten biztanle taldeen berezko beharren ezaugarrietako batzuk zehaztuko dira. Helburua lehentasunezko balorazioaren arrazoiak argitzea da.

### 1.2.1. *Mendeko adinekoak*

Mendetasun adinekoek eratutako taldea adierazgarriena da dudarik gabe: lehenik eta behin, pertsona gehien biltzen dituen delako nabarmenki –datuen arabera, arreta soziosanitarioa behar dutenen % 85a talde honen barruan kokatzen da<sup>3</sup>–, baina, baita beste arrazoi batzuegatik ere:

- Lehenik eta behin, adinekoei eskainitako osasun arretak azken urte hauetan hobetuz egin arren osasun egoera onean dagoen geroz eta adineko gehiago egotea posible eginez, zahartzeak geroz eta konplexuagoak diren arazoak eta zailtasun fisikoak, psikologikoak eta gizartekoak (askotan horien artean lotura ugari izanez) agertzea esan nahi du, beste adin batzuen kasuan baino gehiago. Batetik, datuek

<sup>3</sup> Behin eta berriro argitaratutako eta jada sobera ezagunak diren demografia zahartzearen kopuruak hemen ez azpimarratzea erabaki da. Alderatutako fenomeno da. Ondorioz, nahikoa da gogoraraztea Eurostaten proiektioen arabera 65 urtetik 79ra bitarteko biztanleria tartea eta 80 urte eta gehiagoko biztanleena,

diote gaixotasun kroniko batzuk –diabetea, bihotz-hodietako patologiak, bihotzeko gutxiegitasuna, artrosia eta osteoporosia, Alzheimerra eta buruko beste gaixotasun batzuk, begi lausoak eta gortasuna– gehiagotan agertzen direla adineko biztanleen artean. Gainera, adinekoek egoera akutua bizi dutenean, ohikoa da hura, gazteek osatzeko behar dutena baino denbora gehiago behar izateaz gain, beste gaixotasun baten testuinguruan agertzea, kronikoa edo iraupen luzekoa den eta tratamendu luzea, konplexua eta integrala eskatzen duen beste baten testuinguruan hain zuzen. Ondorioz, osasun espezialitate ezberdinek jarritako eskumenak eta ezagutzak koordinatzea beharrezkoa du, baina baita beste diziplina profesional batzuen eskumen eta ezagutzak ere, adibidez gizarte lanarena<sup>4</sup>.

Adierazi berri dena kontuan hartuta, literatura geriatrikoak gaixotasunak adineko pertsonengan dituen ezaugarri eta berezitasun batzuk eta hura osatzeko behar den osasun arretarenak definitzen ditu:

#### Gaixotasunak adineko pertsonengan dituen ezaugarri nagusiak

- Tratamendu egokia jaso ezean, hondamen azkarra.
- Patologia anitzak maiz jasatea.
- Gaixotasuna ohi bezala ez agertzea edo zehaztasunik gabe agertzea.
- Bigarren mailako konplikazioak sarritan izatea.
- Errehabilitazioko prozesu aktiboak sarritan behar izatea.
- Ohiko komunitatearen ingurunera itzultzeko laguntza maiz behar izatea.

Iturria: Grimley Evans, J. *Ageing and medicine*. Davey, B.; Grey, A. & Seale, C. (Ed.) *Health and Disease: A Reader*. 3. edizioa. Open University Press, Buckingham (2001).

#### Adinekoei emaniko osasun arretaren ezaugarriak

- *Integrala*: eremu klinikoa, funtzionala, burukoa eta gizartekoa bildu behar ditu (ikuspegi bio-psiko-sozial-funtzionala), eta ez osasun / gaixotasun fisikoaren kontzeptu biomediko soilari mugatu.
- *Integratua*: biztanleria osoaren osasun laguntzaren sarean integratuta egon behar du, nahiz eta horrek ez duen esan nahi hori eragozpena izango denik arretako berezko baliabide propioak izateko.
- *Integratzailea*: adinekoa bere ohiko ingurunean jarraitzearen alde egin behar du ahal den heinean eta bizi kalitate duinarekin.
- *Terapeutikoa eta errehabilitaziokoa*: diagnostiko eta tratamendu eraginkorren alde egin behar du, ezintasun ondorioak eta mendetasuna saihestuz. Protesi edo zaintza jarrera soilak saihesten saiatu behar du, pertsonaren gabeziak bete nahi izaten direlako baina prebentzioa eta kausazko tratamendua kontuan izan gabe.

.../...

Europar Batasunean eta milurtekoaren hasieran % 12,3an eta % 3,4an kokaturikoak hurrenez hurren, % 18,5a eta % 11,8a izatera igaroko direla 2050ean hurrenez hurren.

<sup>4</sup> Konplexutasun hori nabarmenki islatzen da ospitaletan egiten duten denboran. ELGaren datuen arabera, pertsona horien egonaldiak hirukoiztu egiten du, batez beste, gainerako biztanleen egonaldia Europako herrialdeetan.

### Adinekoei emaniko osasun arretaren ezaugarriak

- **Goiztiarra:** goiztiarra izan behar du behin arazoa agertuta, eta, ahal bada, hura baino lehenagokoa. Ezarpena goiztiarra izatearen mendekoa izango da, neurri handi batean, terapia arrakastatsua izatea.
- **Pixkanakakoa:** gaixotasunaren fase akutuetan intentsitate handiagoarekin eta txikiagoarekin, berriz, hain akutuak ez diren faseetan edo kronikoetan.
- **Denboran jarraitutasuna duena:** adineko gaixoentzat ez dago adituek “akutu edo kroniko” moduan edota “egonaldi labur edo luze” moduan sailkatzen dugun gaixotasunaren egoera egonkorrik, ezta “lehen mailako edo espezializatu” moduko sailkapenik ere. Laguntza sistemak gaixoen egoerei erantzun eman behar die, jarraitutasunez eta hutsunerik gabe, zainketa mota batzuen eta beste batzuen artean desoreka izatea saihestuz.
- **Baliabideez zuzkitua:** adinekoen gaixotasun egoera ezberdinei eta pertsona haien ezaugarri anatomiko eta funtzionalei egokitutako egitura zuzkidura izan behar da (arreta komunitatean eta ospitaleratutako gaixoei, akutu mailak, errehabilitaziokoak eta iraunaldi luzeak).
- **Koordinatua:** beharrezko baliabide ezberdinak, osasun eta gizartekoak, lehen mailakoak eta espezializatuak, eskura egon daitezzen behar diren unean eta tokian.
- **Sektorekakoa:** erantzun eman ahal izateko adinekoaren arazo zehatzei haren osasun eremuaren barruan bertan, eta baliabideen zuzkidurak ahalik eta eraginkortasun handiena lor dezan.

Iturria: Salgado, A. “Geriatría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica”.

Medicine, 1983, 50 zk.a, 3.235-3.239.

Adinekoei arreta eskaintzeko osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazio bizia behar izatea ez da azken urteetan, demografia zahartzearen eta mendetasun egoeren hazkundearen ondorioz, pentsatu den ikuspegi berritzailea, nahiz eta orain bakarrik bihurtu den eztabaidaren muin. Planteamendu hori, egia esatearren, geriatriciarekin batera jaio zen. Hura, Espainiako Geriatria Batzorde Nazionalaren hitzetan, honela definitzen da: “Adinekoari zuzendutako medikuntzaren adarra, adinekoaren osasunaren eta gaixotasunaren alde klinikoez, terapeutikoez, prebentziozkoek eta gizartekoez arduraturuz”. Geriatriciako Sozietate Britainiarrak agian hitz iradokitzaileagoak erabiltzen ditu honela definitzean: “adinekoei zuzendutako medikuntzaren adarra, gaixotasun akutu eta kronikoen diagnostikoa eta tratamendua egiteaz gain, ondorio funtzionalerik eta komunitatean berriro sartzeaz ere arduraturuz”.

Bi definizioetan osasun eta gizarte aldean arteko harremana nabarmena da, eta are argiago jasotzen da Geriatria Batzorde Nazionalak diziplina honen xedeen gainean 1978an eta filosofia ingelesa jarraituz egindako mugaketan –urte horretan ofizialtzat jo zen geriatriciako espezialitate mediko hori gure ingurunean–:

### Geriatriciaren xedeak

- Laguntza sistema baten garapena, maila guztietan, adinekoen osasun eta gizarte nahasmendu eta arazo ugarietara egiteko, haiek, modu akutuan edo ez hain akutuan, askatasun galera agertzen dutenean ezaugarri komun moduan. Geriatriciak adinekoen behar guztiak baloratu behar ditu, bai osasunaren eremukoak, bai gizarte, laguntza, eta abarren eremukoak. Horren bidez eta eskura dauden baliabideekin, egon daitezkeen konponbideak edo osasun eta gizarte zainketak eskainiko zaizkie, laguntza erabatekoa eta integrala izan dadin.

### Geriatricaren xedeak

- Baliabide guztiak mugiaraztea komunitateari ahalik eta adineko gehien itzultzeko. Helburua ez da eraikin berri eta garestiak sortzea, baizik eta dauden baliabideak modu arrazoituagoan erabiltzea.
- Laguntza jarraitua antolatzea, horrelakorik behar izan dezaketen adinekoek eskaintzeko. Gaixotasun kronikoak, ezgaitasuna dakartenak edo burukoak dituzten adinekoak beren ohiko etxebizitzan egon daitezke, betiere, etxean jaso beharreko osasun eta gizarte laguntzaren behar besteko babesa jasotzen badute. Kontrakoa gertatuko balitz, ospitaleko geriatría zerbitzuen mendeko egonaldi luzeko unitateetan sartuko lirateke edo komunitateko gizarte zerbitzuen mendeko egoitza lagunduetan bestela.

Iturria: Guía de Especialidades Médicas. Especialidad de Geriatría. Osasun Ministerioa, Madril, 1978.

Egun, lehen mugaketa hartatik hogeita hamar urte igaro direnean, Espainiako Geriatría Elkarteak norabide berean jarraitzen du eta diziplinaren ezaugarri berezile hauek ezartzen ditu medikuntzaren beste adar batzuei dagokienez:

### Geriatricaren alde berezile garrantzitsuak beste espezialitate batzuen aldean

#### 1. Adinekoaren balorazio integrala\*:

Gaixotasun organikoak, ahalmen funtzionala, buruaren egoera eta gizarte eta familiaren ingurunea.

#### 2. Diziplina arteko taldeko lana\*\*:

Profesional ezberdinek, helburu komuna izatean, komunikazioa izango dute beren artean (guztiek dakite besteak zer egiten duen eta guztiek dakite gaixoaren aurrerapenak zeintzuk diren).

#### 3. Laguntza mailak (etengabeko laguntza)\*\*\*:

(Akutuen ospitalea, egonaldi/gaixoaldi ertaina, egonaldi luzea, eguneko ospitalea, etxeko arreta, egoitzak...). Adineko bakoitzak arreta "egokia" jaso behar du toki "egokian", eta hori guztia jarraitutasunez eta koordinatuta.

\* Beste espezialitate mediko batzuetan, ikuspegi integrala gaixotasunen alde biologiko eta organikoetara mugatzen da bakarrik.

\*\* Beste espezialitate batzuetan, taldeko lana jarraikako ekintza teknikoaren batura besterik ez da, haien artean harremanik izan gabe.

\*\*\* Beste espezialitate batzuk laguntza maila bakarrera mugatzen dute jarduera esparrua.

Iturria: Geriatría eta Gerontologia Batzorde Espainiarra, Tratado de Geriatría para Residentes, Madril, 2006.

Adierazpenean, beraz, esan liteke geriatría arreta soziosanitarioaren paradigma dela<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Salgadak interes handiko gogoeta batzuk erantsi ditu geriatricaren izaerari eta hura egiteko eta ahalbidetzeko moduari dagokionez. Zera dio (azpimarraturikoa talde idazlearena da):

*"Laguntza geriatríkoa herrialdearen osasun laguntza orokorraren parte izan behar da eta haren barruan integratuta egon. Integrala izan behar da eta osasunaren, gizartearen, prebentzioaren, laguntzaren eta errehabilitazioaren alde guztiak estali. Errehabilitazioa ez da eremu fisikora mugatu behar, eremu psikikoa eta soziala ere hartu beharko lituzkeelako hark. Hori dela eta, errehabilitazioak geriatrican, goiztiarra eta jarraikakoa izan behar duena, adinekoa berriro aktibatzea, berriro gizarteratzea eta berriro familian sartzea ditu funtsezko helburu.*



- Mendeko adinekoak arreta soziosanitarioaren lehentasuneko taldeetatik hartzeko bigarren elementu bat haien ahultasun maila altuagoa izatea da. Ahultasun horrek bi dimentsio ditu:
  - Bata objektiboa, bizitzaren zikloaren beste aldi batzuetan baino zenbait aukera gehiago dagoelako ezintasun fisikoa eta/edo buruko ezintasuna jasateko: arrisku fisikoak –erorikoa edo lesioa izateko–, literatura zientifikoan ongi dokumentaturikoak horiek. Horiekin batera, ordea, hain ezagunak ez diren beste batzuk agertzen dira; horiek azken hamarkadan azaleratzen hasi dira, adibidez ustiapen ekonomikoa, gehiegikeria emozionalak edo tratatu txar fisikoak etxearen baitan nahiz erakundeenean. Arrisku horiei aurrea hartzea eta, bestela, horiek goiz sumatzea, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko laguntza biziko eta ongi koordinaturiko sistema baten barruan bakarrik da posible, batez ere gertutasuneko testuinguruan.
  - Horrez gain, gainera, ahultasunaren dimentsio subjektiboa dago. Buruaren ongizatea, alegia, ongizate psikologikoa, segurtasun sentimenduarekin uztarturik dago neurri handi batean. Gure gizarte modernoetan, oparotasun ekonomikokoetan, taldeko segurtasuneko mailetan eta ongizate orokorrean hazkunde nabarmena sumatu da aurreko beste garai batzuen aldean. Aldiz, kontrakoa iruditu arren, geroz eta antsietate maila altuagoa sumatzen da norberaren segurtasunaren alorrean. Beraz, ondoriozta daiteke taldeko segurtasun maila objektiboki areagotzeak ez duela, halaberharrez, segurtasun edo gizabanakoen ongizatearen pertzepzioa neurri berdinean areagotzea ekarri behar. Ikuspegi horretatik begiratuta, literaturak neurri-bateko lotura azaltzen du ahultasunaren eta ezintasun fisikoaren eta autoestimua baxuaren artean. Azken horrek ahultasun sentimendua areagotzen du eta, aldi berean, arriskuaren pertzepzioan eragina du.

Ondorioz, adinekoen ongizatea benetan areagotu nahi bada, osasun zerbitzuek eta gizarte zerbitzuek benetako esfortzu bateratua egin behar dute ez bakarrik segurtasuneko maila objektiboak areagotzeko, baita ezintasun funtzionalen bat agertzen duten adinekoen autoestimua sendotzea ahalbidetuko duten formulak eta neurriak antolatuz. Helburua arriskuaren gaineko pertzepzioari eta ahultasun mailari aurre egiteko eta hura aldarazteko gaitasuna ematea litzateke.

---

.../...

*Laguntza geriatrikoa, herrialdeko osasun laguntza guztia bezala, eremuka edo sektoreka eskaini behar da, eta hiri eremuak nahiz eremu ertainak eta landa esparruak harrapatu behar ditu. Eremu edo sektore geografiko horietan (150.000tik 300.000 biztanlera, 15.000 eta 30.000 adineko artean) ezin hobeki lotutako eta koordinatutako funtsezko hiru zutabe egon behar dira: ospitale orokorraren geriatría zerbitzua, familiako medikuntza eta komunitatekoa, osasun zentroetatik eta komunitatearen gizarte zerbitzuetatik jardunez. Hiru zutabe horietatik edozeinetan akatsen bat egongo balitz, horrek laguntza sistemaren hondamena ekarriko luke.*

*Laguntza geriatrikoan funtsezkoa da, beraz, sektorizazioa eta osasun zerbitzuak gizartekoekin koordinatzea (...).*

### 1.2.2. Ezaugarri kronikoak dituzten pertsonak

Tradizionalki, osasun sistemen lehentasuna agerpen tasa handieneko eta gaixotze- eta heriotza-tasa altuena zuten gaixotasunei aurre egitea baten, geroz eta nabarmenagoa da fase epidemiologiko<sup>6</sup> hori eta gero beharrezkoa dela interesaren eremua zabaltzea baldintza kronikoei, haien pisua geroz eta handiagoa baita.

“Ezaugarri kronikoen” kontzeptuak iraunaldi luzeko hainbat inguruabar biltzea ahalbidetzen du. Bertan, Osasunaren Munduko Erakundeak “*Zainketa berritzailea ezaugarri kronikoentzat: aldaketarako agenda*” delakori buruzko txostenean batzuetatik besteetara igarotzen ez diren gaixotasunak (adibidez kardiopatia, diabetea, minbizia), batzuetatik besteetara igaro daitezkeen gaixotasun iraunkorrak (adibidez hiesa<sup>7</sup>), buruko nahasmenduak<sup>8</sup> eta ezintasun fisiko eta sentsorialak sartzen dira. Etiologia alde batera utzita, horiek guztiak ezaugarri kronikoak dira eta horiek guztiak aldaketak behar dituzte, denbora mugagabez, eragindako pertsonen bizimoduan eta beren osasuna zaintzeko jarraibideetan<sup>9</sup>. Ezaugarri kroniko horiek guztiak, halaber, arreta jarraibideak behar dituzte

<sup>6</sup> Epidemien fasea igarotzea aldaketa prozesu bat da, epe luzera eginikoa, biztanleriaren gaixotzearen eta heriotzaren maiztasunean, neurrian eta banaketan. Hurrengo ezaugarriak ditu:

- Batzuetatik besteetara pasa daitezkeen gaixotasunetatik pasa ezin daitezkeenetara igarotzea.
- Gaixotzea eta hiltzea antzeko adina duten gazte taldeetatik adin aurreratuenetakoetara igarotzea.
- Heriotzatik, indar nagusi moduan, gaixotzera, gaixotasunaren ondorioetara eta ezintasunetara igarotzea.
- Epidemien polarizazioa, herrialde bateko zonalde ezberdinetan edo hiri berdineko auzo ezberdinetan aldeak sumatzen direnean gaixotzean eta heriotzetan.

<sup>7</sup> Orain hamar urte eskas, HIESaren diagnostikoak gutxira hiltzeko probabilitatea esan nahi zuen. Egun, ordea, zientzia medikoaren aurrerapenei esker, HIESaren infekzioa iraunaldi luzeko osasun arazo bihurtu da kasu askotan.

<sup>8</sup> Buruko osasun arazoen mundu mailako 10 ezintasun arrazoi nagusien 5a hartzen dute, gaixotasun osoen karga globalaren % 12a hartuz.

<sup>9</sup> Ezaugarri kronikoen nahasmendu larriak eragiten dituzte pertsonen bizitzan, horiek jasaten dituzten pertsonen eremu pertsonalean, familiarenean eta gizartearenean ondorioak izanez:

#### Ezaugarri kronikoei uztarturiko galerak

##### 1. Eremu pertsonala:

- Egonezin fisiko eta emozionala.
- Aldaketak sexualitatearen ereduetan.
- Askatasun galera.
- Aldaketak balio eskalan eta bizitza filosofian.
- Aldaketak norberaren irudian.
- Ezintasun eta itxaropen ezeko sentimendua.
- Beldurra gauza ezezagunei.
- Depresio erantzunak, ukatzekoak edo indarkeriakoak.

##### 2. Familiaren eremua:

- Gaixoaren rola galera.
- Aldaketak familiako gainerako kideen rolean.
- Familiaren inguruetiko banaketa.
- Komunikazio arazoak familian.

##### 3. Gizarte eremua:

- Gizarte statusen aldaketak edo haren galera, lana galdu edo aldatzeagatik.
- Gizarte isolamendua.
- Aldaketa maila sozioekonomikoan.
- Aldaketa denbora librearen erabileran.

osasun sistemaren partetik. Horiek, bakoitzaren izaera bereziari lotutako zehaztasunen kaltetan izan gabe, hainbat antzekotasun dituzte funtsean.

Datuek diote ezaugarri kronikoak oso proportzio garrantzitsutan hazten direla, osasun publikoarentzat benetako erronka izanez eta sektore horretan gastu publikoa areagotzearen arrazoi nagusietako bat bihurtuz –mendebaldeko herrialdeetan osasun gastuaren % 75aren eta farmaziako gastuaren % 80a baino gehiagoren erantzule direla zenbatetsi da–. Funtsezkoa eta presazkoa da hazkunde horrek isla izatea bai osasun sistemetan, bai horrek beste babes sistema batzuekin duen harremanean, batez ere gizarte zerbitzuekin duenean.

Hain zuzen ere, egun indarrean dauden osasun sistemak patologia akutuei eta presazko beharrei erantzuteko diseinatu eta garatu ziren: aztertzea, diagnostikatzea, sintomak arintzea eta sendatzea dira haren berezitasunak. Zailtasuna da eredu hau, sorburuan izandako inguruabarren arretarako oso eraginkorra izan arren, ez zaiola ongi egokitzen ezaugarri kronikoen arretari. Zentzu horretan ezin da onartu besterik egin, Osasunaren Munduko Erakundeari jarraiki, egungo sistemak ez direla gai izan bizitako eboluzioan ezaugarri kronikoak areagotzetik eratorritako beharren ildotik abiatzeko eta ikuspegi sakonki ezberdina behar duten ezaugarri horiek gain hartzeko. Onarpen horri erantzunez, indarrean dagoen eredia gainditu baino hura zabaldu da nagusi izandako joera, kontzeptu berriak, ideia berriak, metodo berriak edo aurea hartzeko programak, tratamenduak eta zainketak sartzeko. Horiek gai izango dira patologia akutuek jasaten dituztenen behar oso ezberdinei erantzuna emateko:

- Babeserako formula zabal eta anitzak, eta ez bakarrik esku-hartze biomedikoetan oinarriturikoak.
- Arreta planifikatua eta integratua, eraginkortasunez artikulatuz esku-hartze mediko eta sozial ezberdinak, batzuk besten gainetik jarri gabe eta desfaserik izan gabe. Ahal den heinean, gainera, ohiko ingurune soziofamiliarrean jarraitzearen alde egin behar da, haren etxebizitzan bertan.
- Behar besteko informazioa norberak bere burua zaintzen ikasteko, horien bidez gai izan daitezen beren osasun arazoak administratu edo kudeatzeko.

Ikuspegi horretatik abiatuz, esparru berria eta zabaldua aplikatzearen alde egiten da nazioarte mailan eta OMEren lidergoaren atzetik. Horri “Ezaugarri kronikoentzako arreta berritzailea” esan ohi zaio, eta bertan ez dira oinarritzat osasun zerbitzuak bakarrik hartzen inguruabarrei aurre egiteko, gizarte zerbitzuak eta komunitatearen beste laguntza batzuk ere hartzen direlako pertsonaren, haren beharren eta ingurune soziofamiliarren inguruan artikulatuz.

Termino orokorretan hitz eginda, esan daiteke funtsezkoa dela kultura aldaketa izatea eta hura, funtsean, egungo “sendatzera” zuzendutako ikuspegitik beste zabalago batera igarotzean datzala, sendaketa funtzioak zainketarako funtzioekin bateratzeko gai izanez: “sendatu eta zaindu”.

**Kultura aldaketak arreta soziosanitarioko eredu berria artikulatzeko  
OMEren gomendioetan oinarrituta**

<b>Kultura</b>	<b>Osasun eredua (egungo ikuspegia)</b>	<b>Eredu soziosanitarioa (ikuspegi berria)</b>
Paradigma	Sendatu	Sendatu + Zaindu
Orientabidea	Gaixotasunean oinarrituz Diagnostikoa eta tratamendua	Pertsonan oinarrituz Diagnostikoa, tratamendua, zainketak eta norberak bere burua zaintzea
Oinarriko kultura	Hiperespezializazioa	Balorazio integrala Osasuneko/funtzionala/soziala
Funtzionaltasuna/Ezintasuna	-	Ezintasunari eta mendetasunari emaniko arreta
Antolamendua	Hierarkia bidezkoa Diagnostikoetan oinarritua Egiturazkoa Zatikatu	Diziplina anitzekoa Prozesuetan oinarriturikoa Funtzionala Laguntza jarraitutasuna

Iturria: Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J.R.-ren hurrengo lanetik egokitua: *Enfermedades raras: Enfermedades crónicas que requieren un nuevo Enfoque sociosanitario*. Naf. Os. Sist. An. 2007, 30. liburukia 2. zk.a.

### 1.2.3. **Gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonak**

Lynnek bizitzaren amaierako zainketei buruzko Hastings Txostenean gogorarazten duen moduan, orain dela ez asko izandako iraganean pertsonak gaixotu eta hil egiten ziren egun gutxiko epean edo aste batzuen buruan, eta bizitzaren amaieraren esanahia erlijioarekin eta kultura aldeekin uztartzen zen nagusiki. Bertan, osasun eta gizarte zer-bitzuek ez zuten aparteko protagonismorik izaten. Egun, aldiz, mendebaldeko biztanle gehienek, behin zahartzarora iritsita eta adinean oso aurrera eginda osasun egoera onean mantentzea lortzen badute ere, bizitzaren azken etapan gizarte eta osasun arazoak izaten dituzte (asko endekapeneko gaixotasunekin edo pixkanakakoekin) gutxi gorabehera luzea den denboraldi batez hil aurretik.

Zailtasun pilaketa hori bereziki zoritxarrekoa bihurtzen da gaixotasun baten fase terminala iristen denean<sup>10</sup>. EAEko Zainketa Aringarrietako Planak nahiz alor horretan indarrean

<sup>10</sup> Zainketa Aringarrietako Plan Nazionalak honela definitzen du gaixotasun terminala: “gaixotasun aurreratu, sendaezina, pixkanakakoa, tratamendu zehatz bati erantzuteko arrazoizko aukerarik ez duena agertzen denean. Hark faktore anitzeko sintomak agertzea eragiten du, biziak eta aldagarriak. Eragin emozional handia izaten da gaixoengan, senideengan eta ekipoengan, normalean sei hilabetetik beherako bizi itxaropena izaten da eta arreta eskaera handia egiten dute (...)”.

dagoen Plan Nazionalak azpimarratzen duten moduan, egun, aurrerapen medikoeak, teknologikoeak eta farmaziakoeak gaixotasun kopuru handia sendatzea posible egiteaz gain, eta, jada esan den moduan, zahartzaroan osasun egoera ona izatea posible izateaz gain, pertsonaren biziraupena luzatzea eta heriotzaren unea aldatzea ere ahalbidetu dezakete. Horren ondorioz, zenbaitetan, bizitzaren amaierako faseak zentzurik gabeko sufrimendua eragin diezaiotke gaixoari.

Egungo demografia eta gaixotze ereduak ikusita, pentsa daiteke datozen urteetan gorantz egingo duela gaixotasunaren fase terminalean dagoen pertsona kopurua<sup>11</sup>, eta eboluzio horrek nahiz bizitzaren zikloaren fase horretako beharren izaerak argitu egiten dute nazioarteko joerak –osasun sistemen erreformaren eta orientazio berriaren testuinguruan aztertuta– bi printzipioren alde egin izatea zainketa aringarriak antolatzerakoan<sup>12</sup> eta ezaugarri kronikoen arretan gertatzen zen moduan, hain zuzen ere osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko lankidetzaren estuaren alde:

- Osasun eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazioa erraztea, arreta integratuko eta pertsonalizatuko programa baten barruan eta gaixo bakoitzarentzako. Antolamenduan diziplina arteko lana ahalbidetzeko aldaketak egin beharko dira eta malgutasunez egokitu gaixo dagoen pertsonaren behar aldagarrietara.
- Gaixoari arreta etxean ematearen alde egitea, eboluzioa, kontrola, tratamendua eta babesa jarraitzeko toki egokiena bezala.

### 1.3. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN EGUNGO PROTAGONISMOA ARGITZEN DUTEN ARRAZIOIAK

Arreta soziosanitarioak hartutako protagonismoa, bai literatura espezializatuan, bai politika publikoen oinarriak eta egitura islatzen dituzten dokumentu ofizialetan, orain dela gutxi

<sup>11</sup> Gaixotasun terminala sortzen duten arrazoiengatik urtean izandako batez besteko heriotzak.

**EAE 2002-2004**

	EAE	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Tumore gaiztoak	5.326	635	3.020	1.671
Alzheimerra	481	74	249	158
Beste buruko gaixotasun batzuk	728	104	394	230
HIESa (Hartutako Immuoeskasiaren Sindromea)	85	10	56	19
AEA (Alboko Esklerosi Amiotrofikoa)	53	7	31	15

Iturria: Eusko Jaurlaritzaren Zainketa Aringarrietako Plana 2006-2009. Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren Hilkortasun Erregistrotik ateratako datuak.

<sup>12</sup> EAeko Zainketa Aringarrietako Planaren arabera, 2009ra bitarte indarrean dagoena, “*Honako hauek nabarmentzen dira: mina bezalako sintoma klinikoaren kontrola, eta gaixo dagoen pertsonaren eta bere familiaren sufrimendua arintzea lortzeko arazo psikologiko, sozial eta espiritualak kontuan hartzea*”.

eta nazioarte mailan ere sumatzen ari den fenomeno da eta, hasiera batean, nagusiki herrialde garatuei eragingo diela uste bada ere, badirudi ez oso urruneko etorkizunean egun garatzeko bidean dauden herrialdeen agenda politikoetan ere agertuko dela.

Badirudi protagonismo horrek jatorri bikoitza duela:

- Batetik, jada aipatu den moduan, arreta hori behar izateko eta hartaz gozatzeko egoeran egon daitezkeen biztanle taldeek gorantz egitea pixkanaka: horiek guztiek oso talde ahulak eratzen dituzte, oso behar konplexu eta iraunkorrek. Behar horiek egunerokoan izan beharreko autonomiari eragiten diote, eta izaera mistoko zerbitzu sorta behar dute, aldi berean edo jarraian eskainiak, etxean edo ospitalean edo egoitzan. Beharren areagotze horrek are nabarmenagoak bihurtzen ditu egungo esparruaren gabeziak eta, ondorioz, eztabaidaren muinean kokatzen du gai honen presazko izaera, oso protagonismo nabarmena emanez hari.

Hain zuzen ere, egun osasun eta gizarte zerbitzuen sistemen zatiketak eta bereizketak –bi sektoreetako profesionalek eta erabiltzaileek eta ondorioak zuzenean jasaten dituzten senideek geroz eta gehiago azpimarratu eta kritikaturikoa– galarazi egiten dute zerbitzu horiek jarraitutasun koherente bidez eskaintzea. Ondorioz, ongi artikulatutako arreta diseinatu eta ematea, izaera ezberdineko beharrei erantzuteko gai izango dena, benetako erronka da eta hainbat zailtasuni aurre egitea eskatzen du plangintza eta jarduerak bi saretan bateratzeko:

- behar anitzak baloratu edo ebaluatzeko zailtasunak;
  - aniztasun horri eraginkortasunez eta koordinazioa gordez aurre egiteko zerbitzu paketea antolatzeko zailtasunak;
  - zerbitzuak ematean agertzen diren erakunde eta profesional ezberdinak koordinatzeko zailtasunak;
  - zailtasunak krisi egoerei erantzuteko eta familiako zaintzaileak babesteko;
  - azkenik, zailtasunak aurreko guztiei aurrekontu aukeren barruan aurre egiteko;
- Arreta soziosanitarioak azken hamarkadan lortutako protagonismoa argitzen duen bigarren elementu bat, dudarik gabe, osasun politikak nahiz gizartearen eremukoek zorionez hartutako orientazio orokorra da. Orientazio horrek lehenetsua ematen dio etxean geratzeari eta arreta komunitatearen eremuan eskuratzeari. Orientazio honen aldeko apustuak argiagoa eta nabarmenagoa bihurtzen du koordinazioaren bideak eta arreta bateratua sendotzeko beharra, behar konplexuei aurre egiterakoan zerbitzu eta profesional sorta zabalaren esku-hartzea ekartzen duen heinean. Hain zuzen ere, hain anitza den testuinguru horretan, politika publikoek behar mistoak eta konplexuak dituzten pertsonak komunitatearen ingurunean atenditzea ahalbidetuko duten osasun eta gizarte zerbitzuen sorrera bideratu behar dute, hitz soiletatik haratago eta erantzukizunetik jardunez. Ezinezkoa da eta ezin onar daiteke –erakundeetatik ateratzeko politikekin Europako hainbat herrialdetan gertatu den moduan eta, hain zuzen ere, egun gure testuinguruan bertan bereziki gertatzen ari den moduan buruko gaixotasuna duten pertsonen kasuan– arazoa erakundeetatik kanpo ateratzea edo komunitatearen arretaren alde egitea horrek batera gertuko ingurunean jarduteko gai diren baliabideak sortzen ez badira behinik behin. Errealitate berdinean bereiz ezin daitezkeen bi alde dira.

- Azkenik, gure gizarte moderno eta industrializazioaren ostekoetan, osasun sistemek integrazio ezeko presiope sakonean egotearen ezaugarria dutela esan ohi da. Arrazoi nagusia etengabeko berrikuntza teknikoetan eta berrikuntza horien hedatze azkarrean egongo litzateke, jada nabarmena den hiperespezializatorako joera areagotuz ondorioz. Osasun sistema publikoek presio sendoak jasaten dituzte zabaltze horri eusteko eta aurrekontu muga batzuen barruan jardunean mantentzeko. Aurrekontu horiek, ikuspegi politiko eta finantzariotik, gain hartzeko modukoak izango liriateke, baina kontua da jarduteko oso tarte laburra dutela (industriaren edo merkataritzaren sektoreetan gertatzen den ez bezala; horietan teknologia berriak eta produktu berriak sartzea ekoizpen mailetan zuzeneko areagotzea izanez amortizatu daiteke)<sup>13</sup>.

Testuinguru horretan uste da arazoarentzako konponbidea, agian bideragarria den bakarra, zerbitzuak berregituratzean eta berrantolatzean egon daitekeela. Aitzitik, gure gizarte eta osasun arretarako sistemen zatiketa eta bereizketa kontuan hartuta, antolamendu hierarkikoan eta burokratikoan oinarritutako metodo tradizionalenak desagokiak eta eraginkortasunik gabekoak dira. Horren ondorioz, herrialde batzuetako laguntza politiketan merkatuko mekanismoak aplikatzearen alde egiten dute –lehiakortasuna bultzatzea kostuak gutxitzeko, kontratu harremanak ezarri zerbitzua eskatzeko eskudun den herri administrazioaren eta zerbitzua emango duen erakunde pribatuaren artean–, sarean antolatutako lanean oinarrituriko harreman formulekin. Horri esker, bi aldeak –herri administrazioa eta erakunde pribatu laguntzailea– berdintasunezko plano batean kokatzen dira gutxi gorabehera. Beste herrialde batzuk erdibideko aukera hautatu dute; lankidetzak, koordinazioa eta partenaire izaera azpimarratu egiten dira zerbitzu publikoen artean orokorrean, eta osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen artean bereziki, harremanak sendotze aldera. Aldi berean, ordea, ez zaio ezezkola ematen merkatuak berezkoak dituen zenbait mekanismori. Hori izan zen, adibidez, Erresuma Batuak hartutako jarrera gobernu laborista boterera iritsi zenean. Haien jarduna, funtsean, politika publikoaren ikuspegi holistikoa hartzean oinarritu zen, antolamendu bertikala eta sailkakoa gainditzeko gai izanez eta politika eta programa bateratu eta partekatutako aplikatzean oinarrituz.

#### 1.4. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN HELBURUAK: SISTEMEN ERAGINKORTASUNA ETA ZAINKETA JARRAITUTASUNA

Gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen arteko koordinazioa areagotuz lortu nahi diren xedeak anitzak dira, baina funtsezko bi helburutan labur daitezke: lehenengoa, sistemen ikuspegitik bertatik aztertuta, antolamenduan eta arreta ematerakoan ahalik eta eraginkortasun handiena lortzea da; bigarrena, erabiltzaileen ikuspegitik begirata, etengabeko arretara iristea da, mota ezberdineko zerbitzuen artean ibilbide arina ahalbidetuz.

<sup>13</sup> V. Ortún, G. López, J. Puig eta R. Sabés-ek diru-osagaiaren finantzazio sistemari buruzko artikuluan adierazi zuten moduan: aukerak eta mugak, “erakunde publikoen eta lehiakortasun intentsitate arinaren pean kokatzen diren erakundeen munduan. Ezin da jarrera darwinista itxaron (darwinista ia existitzen ez den merkatua antolamendu modu egokiagoetaraino abiatzea “espero” izatearen zentzuan”. Arautzeak, eta arautze hori osasun politikak gauzatzeko, aldaketak ekarri behar ditu zerbitzu publikoak hornitzearen jarraitutasuna arriskuan jartzea ekarriko duen lehiakortasun suntsitzailea saiheste aldera”.

### 1.4.1. *Sistemen eraginkortasuna*

Orokorrean, arreta sistema bat behar bestekoa dela esan daiteke erabiltzailearen beharrei modu egokian erantzutea lortzen duenean ahalik eta kostu txikienean eta etengabeko kalitatea mantenduz.

Dudarik gabe eraginkortasun hori lortzea politika publikoen eta egungo osasun sistemen eta gizarte zerbitzuen erronka nagusienetako bat da, eta bi sareen arteko koordinazioa xede horretara zuzendutako baliabidea da, baliabideak erabiltzerakoan arrazionalizazioa ahalbidetzen duen heinean, bai bata bestearen gainetik jartzea saihestuz, eta, ondorioz, prestazioa bikoiztea galaraziz, bai jarduera bateratuko formulen esparruan posible egiten duelako zerbitzuen konbinazio malgua. Are gehiago esanda, aurrerago ere ikusiko den moduan, posible da iturri ezberdinetatik etorritako funts ekonomikoak konbinatzea finantzazioa ahalbidetzeko.

### 1.4.2. *Arretaren jarraitutasuna*

Kontzeptu hau eta antzeko beste batzuk, adibidez zainketen jarraitutasuna, zerbitzuen iraunkortasuna edo etengabeko arreta –“*Seamless care*”–, maiz agertzen dira zerbitzuak arautzeko araudian eta Europako politika publikoak programatzeko dokumentuetan. Aitzitik, horiei eginiko aipamenak laburrak izaten dira, ia inplizituak, sistemen eraikuntzan eta arreta ereduaren antolamenduan isileko helburu nabarmena eratuko balute bezala, nahiz eta benetan falta dena aipamen teorikoak nahiz praktikokoak izan, benetako esanahiaren gainean orientatzeko.

Gai honen alorrean espezializatutako literatura eskasa da, nahiz eta azken urte hauetan esfortzu nabarmena egin den, batez ere osasunaren eremutik, edukiak definitzeagatik eta emaniko arretan lortutako jarraitutasun maila ebaluatzeko eta neurtzeko baliabideak diseinatzeagatik. Ondorio nagusiak, hasiera batean, eremu soziosanitarioari analogiaz aplikatzeko modukoak direla uste izan daiteke, eta arretaren jarraitutasuna definitzen duten oinarritzko elementuei eta kontzeptu horrekiko ezar daitekeen tipologiari buruzkoak dira.

- *Oinarritzko elementuak.* Jarraitutasuna definitzen duten oinarritzko bi elementu daude, eta horiek arretaren gainerako ezaugarrietatik bereizten dute hura; biak ezinbestekoak dira, nahiz eta ez nahikoak, adierazitako jarraitutasuna egon dadin:
  - Lehenengoa jarraitutasunaren beraren banan banako dimentsioa edo dimentsio pertsonala da, arretaren integrazioa edo koordinazioa bezalako gertuko beste kontzeptu batzuetatik bereiztea ahalbidetuz. Horietan gertatzen den ez bezala, jarraitutasuna ez da zerbitzuak planifikatzen edo ematen dituzten erakundeen ezaugarri bat, pertsonak, gaixoak edo zerbitzu baten erabiltzaileak koordinazioa antzeman eta bizitzeko duen moduari aipamen egiten dion ezaugarria baizik.
  - Bigarren elementua denbora elementua da, jarraitutasunaren luzeraren dimentsioarekin edo dimentsio kronologikoarekin identifikatuta. Zerbitzuen koordinazioaren eremuan, zerbitzu ezberdinak eskuratzeko denbora doikuntza faltak saihesteko beharra aipatzean heltzen zaio hari –gainjartzeak edo itxaron beharreko denbora–.
- *Tipologia.* Hiru jarraitutasun mota bereizten dira:
  - Jarraitutasuna informazioan. Informazioa lotura ezartzen duen haria da, arreta



ematerakoan agertzen diren erakunde eta profesional ezberdinen artean. Aitzitik, osasun edo gizarte esku-hartzea behar duten gertaera edo inguruabar ezberdinen artean lotura ezartzen duena ere bada.

Zerbitzu bateko profesionalen artean edo zerbitzu edo erakunde ezberdinetakoen artean informazioa trukatzeko arretaren elementu ezberdinak lotzea ahalbidetzen du denboran zehar, eta arreta koordinatu aurretik bete beharreko baldintza eratzen du. Informazio truke hori are zailagoa da zainketa multzoa konplexuagoa egiten doan heinean eta arretan aldi berean edo jarraian esku hartzen duten profesional, ekipa eta zerbitzu kopurua areagotzen doan heinean.

- Kudeaketan jarraitutasuna izateak zerbitzu ezberdinak aldi berean edo bata bestearen atzetik ematea esan nahi du, nahiz eta beti modu osagarrian, bai ikuspegi materialetik aztertuta –gainjartzeak, hutsuneak izatea edo defizitak galaraziz–, bai denborarenetik begiratuta –artikulazio zailtasunak saihestuz, batez ere itxaroten egon beharreko denbora–. Arretako bide integratuak, banan banako arretako plan bateratuak eta protokolo komunak aplikatzeak jarraitutasun hori errazten dute eta bereziki garrantzitsuak dira ingurune batetik bestera igarotzeari dago-kionez, batez ere ospitaleen ingurunetik komunitatearenera igarotzean.
- Harremanen jarraitutasuna. Harremanen jarraitutasuna esaten denean, arreta jasotzen duen pertsonaren eta erreferentziako profesionalaren (osasunaren edo gizartearen eremuko hura) arteko etengabeko kontaktuaz hitz egiten da, denboran zehar luzatzen diren zainketen jarraitutasunaren azpian dagoen elementu bezala. Harreman horri esker, posible da informazioaren jarraitutasuna lantzea eta elkarrekiko konfiantza eta ulermen sentimendua sortzen du, profesionalaren aldetiko erantzukizunaren zentzua bezalaxe. Horrek iraganean emaniko arretaren, egungo arretaren eta etorkizunean beharrezkoa izango denaren arteko loturatzat balio du.

## 2. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN ERAIKUNTZA

### 2.1. ANTOLAMENDU SOZIOSANITARIOAREN KONPLEXUTASUNA

#### 2.1.1. *Konplexutasunaren arrazoiak*

Arreta soziosanitarioaren eremuan adostasuna sortzen duen zerbait badago, bai maila teorikoan, bai maila politiko, tekniko eta zuzeneko esku-hartzekoan, hori arreta mistoaren antolamendu koordinatuari edo integratuari datzekion konplexutasuna onartzea da. Baina, zeintzuk dira konplexutasun hori zehazten duten faktoreak?

- Batetik, osasun sistema nahiz gizarte zerbitzuen sistema zatikaturik egotea oztopo nagusienetakoa bat da zerbitzuen koordinaziora eta arretaren jarraitutasunera iristeko.

Zatitze hori elkar sendotzen den faktore multzoaren arteko interakzioaren emaitza da. Horiek, funtsean, honakoak izango lirateke:

- *Aldeak eskubidearen izaeran.* Osasun arreta gizartearen eskubide bihurtu da, subjektiboa, funtsezkoa eta unibertsala. Aldiz, historikoki, gizarte zerbitzuek ema-

niko arreta hondakin moduan eratu izan da eta egun oraindik ez du osasun arretak duen maila berdina lortu, salbuespen batzuetan izan ezik. Salbuespen horiek oso lotura zuzena izango lukete mendetasun egoeran dauden pertsonen arretarekin.

- *Konplexutasuna antolamenduan eta egituran.* Ongi artikulatutako eta koordinatutako arreta soziosanitarioa emateko zailtasun nagusienetako bat, dudarik gabe, zatiketa nabarmenetik eta koherentzia faltatik etorritakoa da. Zatiketa eta koherentzia falta hori ez litzateke bakarrik osasun sistemaren eta gizarte zerbitzuen sistemaren artean agertuko, baizik eta, modu berean, esku-hartzere eremu horietako bakoitzaren barruan.

Hain zuzen ere, herrialde garatuetako gizarte eta osasun arreta bertikalki antolatzen dela ikus daiteke, administrazio eta eskumen maila ezberdinen artean. Aldiz, horizontalki antolatzen da eremu material ezberdinen artean.

Funtzioen zatiketa bertikalari dagokionez, Europako herrialde gehienetan honako eskema hau ikus daiteke: Administrazio nagusia da osasun politikaren eta gizarte politikaren jarraibide orokorrak ezartzeko arduradun, zerbitzuak ematearen ardura lurralde eta toki administrazioen erantzukizuna den bitartean. Osasun zerbitzuak ematea lurralde mailaren ardura izatea da ohikoena, gizarte zerbitzuak ematea udal administrazioen erantzukizunpean uzten den bitartean<sup>14</sup>.

Gauzak horrela, Danimarkan, osasun arreta 16 konderrien ardura da, gizarte zerbitzuen eskaintza 275 udalerriena den bitartean. Ondorioz, lurralde aldeak nabarmenagoak izango

<sup>14</sup> Komenigarria da kontuan izatea Europako herrialde ezberdinetan "udalerrri" terminoak oso biztanle eremu ezberdinei egin diezaiekeela aipamen:

- **Lurralde antolamendua Europa iparraldeko herrialdeetan:**

- Suedian hiru lurralde maila daude: Estatuak, konderriak eta udalerrriak. Egun, 23 konderri eta 286 udalerrri daude. Azken horien batez besteko biztanleria kopurua 20.000 biztanletan kokatzen da, 5.000 biztanleko lurralde unitateen eta hiri handien artean kokatuz. Hori izango litzateke Stockholmen kasua, 1.000.000 biztanleetara iritsiz.
- Danimarkan antolamendua oso antzekoa da. 16 konderri daude, 50.000 eta 60.000 biztanle arteko biztanleriarekin. Halaber, 275 udalerrri daude, eta horietatik erdiak 10.000 biztanletik beherako biztanleria dute. Kopenhage eta Frederiksberg udalerrri handiek administrazio estatus berezia dute: aldi berean konderri eta udalerrri dira, eta bi maileri dagozkien eskumenak garatzen dituzte.
- Finlandian eta Norvegian, aldiz, toki administrazioko maila bakarra udalerrriarena da, eta batez besteko tamaina 5.000 biztanle ingurukoa da, nahiz eta 150 biztanle inguruko udalerrri txiki ugari aurrera jarraitzen duen ere.

Egitura horiek berrogeita hamarrek hamarkadan hasitako lurralde berrantolamendu ezberdinen emaitza dira:

- Suediaren kasua deigarriena da: 1950ean, udalerrri kopurua 2.498koa zen; 1975ean, 278raino jaitsi zen, 1994ean egungo 286etan kokatzeko.
- Danimarkan, "Ongizate Estatuaren udalerriratzea" delakoak udalerrri kopurua nabarmenki gutxitzea ekarri zuen. Ondorioz, 1950ean zeuden 1.390etatik egun existitzen diren 275etara igaro zen. Kopuru hori egonkor mantendu da 1994tik.
- Norvegia, bestalde, 744 udalerrri izatetik egun dituen 435ak izatera igaro zen.
- Finlandiako lurralde berrantolamendua lauretatik apalena izan zen, 549 udalerritik 477ra igaroz.

Lurralde berrantolamenduko prozesu hauek bi arrazoi nagusiren ondorio izan ziren: landa esparruko udalerririk indarra galtzea hirietaranzko irteeren ondotik, eta Estatuak tokiko politika orientatzeko zuen interesa lurralde desberdintasunak saihesteko asmoz.

dira azken honen kasuan, osasunarenean baino. Lurralde alde horiei uztartutako eragozpenak mugatzen saiatzeko, herrialde batzuk plangintzan eta bi sektoreen administrazio jardueran aplikatutako lurralde zatiketak doitzeko saiakera egin dute, gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen arteko teilakapen berezia eta geroz eta handiagoa dena ikusita. Horrela, bi zerbitzu motak biztanle talde berdin bati eskaintzen zaizkio, prestazioan babes sistema ezberdinetan kokatutako erakundeek parte hartzen badute ere. Quebecen kasua izango litzateke hori. Hemezortzi eskualde soziosanitariotan banatutako lurraldea da, eta horiek, aldi berean, zerbitzu soziosanitarioen 95 toki saretan eta jarduteko oinarrizko 166 zonaldeetan banatzen dira, azken horiek ere izaera soziosanitariokoak. Beste herrialde batzuk, Erresuma Batuak adibidez, Quebec bezala antolamendu integratua izan ez arren, gizarte zerbitzuen eta osasuneko plangintza eta antolamenduaren muga geografikoak bateratzearen komenigarritasuna ikusten dute, eta jarraikako administrazio eta lurralde berantolamenduak egiterakoan helburu horretarantz pixkanaka iristera zuzentzen dituzte.

Horizontalean egindako zatiketa funtzional horiek, bestalde, bertikalean egindako zatiketak sendotzen dituzte. Administrazio nagusiaren eremuan, iraunaldi luzeko zainketak behar izan ditzaketen pertsonen eragingo dieten politika publiko ezberdinak zatiketa eta bereizketa ezberdinen xede dira ere, eta ez bakarrik ministerio ezberdinen ardura izateagatik, baizik eta ministerio bakoitzaren barruan sail ezberdinen ardura direlako eta sail bakoitzaren barruan ere zuzendaritza ezberdinak hartzen dituztelako haiek. Zatiketa eta bereizketa hori eskualde, autonomia erkidego, probintzia edo toki mailako administrazioetan ere ikusten da, zatiketak biderkatu egiten direla sumatuz.

Zerbitzuen egituraren izandako zatiketa horrek, dudarik gabe, zailtasun garrantzitsuak sortzen ditu koordinazioa eraginkorra izatea nahi bada eta, noski, baita kasu bakoitzean egokienak diren zerbitzu eta prestazio multzoen emakida integrala eta integratua eskuratzeari dagokionez.

- *Konplexutasun finantzariora*. Administrazio ezberdinek, halaber, finantzazioarekin uztartutako zailtasun nabarmenei aurre egin behar diete:
  - . Lehenengoa, eta funtsezkoa, sistema batean nahiz bestean erabiltzailearen parte-hartze ekonomikoari emaniko tratua ezberdina da, osasun arretaren doakotasuna gizarte zerbitzu askoren doakotasun ezaren aurrean.

.../...

• **Lurralde antolamendua Erresuma Batuan:**

Erresuma Batuan, egoera oso ezberdina da:

- "Local authority" izeneko toki administrazioeko maila bakarra dago. Tamaina eta eskumenen arabera gure lurralde historikoekin antza handiagoa izan badu ere gure udalerriarekin baino, 1995 eta 1998 artean Lurraldearen zatiketa handiagoa ekarri zuen berrantolaketa jazo zen: Egun, local authorities deiturikoei 100.000 eta 150.000 biztanle inguru dituzte, nahiz eta kopuru horien azpitiko biztanleak dituzten lurralde unitate batzuk dauden salbuespen modura.
- Local authority mota ezberdinak daude: 34 konderri, 49 agintaritza metropolitarrak eta banakako 46 unitate (azken horiek garai bateko konderrietatik solte geratutako lurraldeak dira). Horien guztien eskumenak berdinak dira gizarte zerbitzuen gaian.
- Bestalde, antolamendu izaerako soileko bigarren lurralde zatiketa bat dago: zuzenean Osasun Sailaren mendeko diren osasun distritu ezberdinak dira. Distritu horiek toki erakundeak dira berez.

Iturria: Euskal Autonomia Erkidegoan Gizarte Zerbitzuen Sistema Publikoaren Egoera eta Etorkizuneko Ikuspegia. Eusko Jaurlaritza, Vitoria-Gasteiz, 2005.

- Bigarren zailtasun bat osasun eta gizarte zerbitzuen finantzazio moduen aniztasunak ezartzen du. Hain zuzen ere, analista batzuk diote egungo egituren etengabeko arrazoi falta indarrean dauden finantzazio baliabideetatik eratorritakoa dela neurri handi batean, ezarpen sisteman oinarrituriko ereduak nahiz gizarte aseguruaren sisteman oinarriturikoak diren alde batera utzita. Kasu guztietan eskura dauden baliabide publikoak bereizita egokitzen zaizkie osasunaren eta gizartearen eremuei. Horrela, ohikoena izaten da onura gehien jasotzen dituen osasunaren eremua suertatzea banaketan. Aldiz, mota ezberdinetako zerbitzuak koordinatzeko eta integratzeko zehazki jarritako baliabideak oso mugatuak dira, eta hori zailtasun nabarmena da ongi artikulatutako arreta eraiki ahal izateko. Badirudi zientziaren eremuko literatura aho batekoa dela puntu honetan: akatsa da uste izatea, aukeratzen den arreta soziosanitarioko eredu edozein izanda ere, bi sistemen arteko loturak eta koordinazioa areagotzea xede horri zuzkidura ekonomiko zehatzak egokitu gabe lor daitekeela.
- Azkenik, fondo publikoak arrazionaltasun handiagoarekin eta eraginkortasun handiagoz aprobetxatu eta erabiltzea ahalbidetuko duten neurriak hartzeko beharrak Europako administrazio asko eraman ditu emaitzen adierazleetan oinarritutako ebaluazio sistemak garatzera. Hala eta guztiz ere, bide horrek, administrazio eraginkortasunaren ikuspegitik ulergarri, kontrako eragin batzuk sor ditzake. Hain zuzen ere, jakina da aurrekontu publikoen eta zerbitzuak ematean esku hartzen duten erakundeetan lan egiten duten kualifikatutako langileen soldata mailen egokitzapena egitean, horiek osasunaren edo gizartearen eremukoak izan eta lortutako emaitzen arabera denean, eragin pizgarria sortzen dela emaitza horien hobekuntza lortzeko. Horrela, asmo horretan, erabiltzaileak iragazteko joera egon daiteke –arriskuaren arabera aukeratzekoa–, hau da, lortu nahi diren emaitzak lortzea arriskuan jar dezaketen kasuak ez ikusteko modukoak bihurtzeko joera edo beharrekin erabat bat ez datorren arreta emateko joera. Testuinguru horretan adinekoak eta, orokorrean, iraunaldi luzeko zainketa behar izan dezaketen pertsona guztiak bereziki ahulak dira jardunbide horien aurrean. Izan ere, baliabide garrantzitsuak, anitzak eta kostu handikoak behar izan ditzakete arreta modura eta denboran luzatutako alditan, emaitza itzelik lortu gabe. Beste era batera esatearren, sistema “butxatuta” gera daiteke eta erakargarritasun gutxiko eta gogo gutxiko emaitzen lorpena mugatu fondo publikoak lortzeko lehian dabilzan entitateentzat. Sistemaren mailan, noski, jarduteko modu hori arrazoi guztitik kanpo geratzen da, arreta eta babes behar handiena agertzen duten pertsonak kaltetzen dituelako, eskuratzea komeniko litzaiekeen zerbitzu eta prestazio multzo integratura iristea oztopatuz. Hala eta guztiz ere, dudarik gabe, formula tentagarria izan daiteke zerbitzua ematen duen erakundearentzat.
- *Ezagutza eta gaitasun profesionala.* Sistemaren zatiketan jardun profesionalari uztartutako faktoreak ere agertzen dira, zerbitzua emateko printzipioak, hizkuntza, paperak eta erantzukizun profesionalak, ikuspegi klinikoak eta metodoak oso ezberdinak baitira bi sektoreetan.

Ezagutza eta gaitasun profesionala osasun eta gizarte zerbitzuen sistemen egungo eduki nagusienetako bat dira, eta esan daiteke bi sistemen egituraketa ezagutza eremu eta espezializazio profesional ezberdinetatik baldintzaturik dagoela nabarmenki. Aitzitik, horrek zailtasunak sor ditzake ere zerbitzuak erabat koordinatzeari dagokionez, batez ere espezializazio profesionaleko eremuen mugak

antolamendu eta egitura mugekin erabat bat etortzean eta, ondorioz, horiek sendotzen dituztenean.

Hain zuzen ere, literatura espezializatuak azpimarratzen duen moduan, pertsonen arretarako zerbitzuen sektorean, bai osasunaren eremuko zerbitzuen kasuan, bai gizartearen eremukoetan, lanbide ezberdinek nagusitasuneko kokapena garatu dute ezagutzen monopolizazioan eta oso gaitasun eta eskumen zehatz eta espezializatueta oinarrituz, eta, neurri batean, baita haien nagusitasuna arriskuan jar dezaketen beste lanbide batzuk kanpoan uztean oinarrituz ere. Ondorioz, estatus profesionala eta sektorean nagusitasuna mantentzen laguntzen duten egitura mugak sendotzearen alde egin dute.

- Sistemen zatiketa eta horretan laguntzen duten faktoreak alde batera utzita, iraunaldi luzeko zainketak behar dituzten pertsonen behar anitzen eta sistemen egituraren arteko doikuntza faltaren jatorrian oraindik osasun sistemak fase akutuan dauden gaixotasunei lehenetsunezko arreta eskaintzeko orientazioa gordetzeko joera dago. Ondorioz, bigarren maila batera igarotzen da biztanleria zahartzeak, gaixotasun kronikoek eta ezintasunek geroz eta indar handiagoa duten gizarte errealitatea, eta inguruabar horiei modu integralean erantzuteko gaitasuna funtsezko adierazle izan beharko litzateke arretaren kalitatean eta zainketa sistemen egokitasunean.

### 2.1.2. *Eremu sanitarioaren eta sozialaren arteko mugaren izaera aldakorra*

Aurreko atalean aipatutako erakunde, finantza eta lanbide egiturak, zatiketaren jatorrian egongo liratekeenak, edo, hobe esanda, eremu sozialaren eta eremu sanitarioaren arteko zatiketa anitzen jatorrian egongo liratekeenak, sortzen eta sendotzen doazen jarraibide kultural batzuen gainean kokatzen dira, bai arreta behar duten inguruabar ezberdinen esanahiari dagokionez, bai horiek jasaten dituzten edo haiei arreta eskaintzen dieten profesionaleri dagokienez. Kulturaren oinarriaren eta finantza eta administrazio egituraren arteko etengabeko eta elkarrekiko eraginek argitu egiten dute bi sektoreen arteko muga finko eta aldatu gabe ez geratzea, eremu materialean nahiz subjektiboan aldaketa nabarmenak jasanez historikoki.

#### **Adibide adierazgarri bat**

Aldaketa horien adibide argi bat komunitatearen eremuan arreta pertsonala ematearena da. 80ko hamarkadara arte, zainketa pertsonaletarako etxeko laguntza –adibidez bainatzeko, garbitzeko edo komunera laguntzeko– etxeko erizaintza zerbitzutik eskaintzen zen Europa erdialde eta iparraldeko herrialde gehienetan (geraosteko garaian, duarik gabe, erizaintza lanaren funtsezko elementuetako bat zen komunitatearen eremuan). Aitzitik, pixkanaka funtzio horiek gizarte zerbitzuen eskuetan uzten joan ziren.

Erresuma Batuen kasua prozesu horren adibide bat da: garai hartan eztabaida sakonak sortu ziren etxeko erizaintzako zerbitzu komunitarioetako profesionalen eta arduradunen eta etxeko laguntzaren arduradunen artean –une horretara arte etxeko lanak egitean oinarrituta–. Erizaintzaren eremuan “osasun bainuaren”, haien beharra zuena, eta “gizarte bainuaren”, beren jarduera eremutik kanpo geratuko litzatekeena, bereiztera ere iritsi ziren. 90eko hamarkadara iristerako, eztabaida horiek amaitu egin ziren eta, orduanik aurrera, etxean jasotzen zen bainua, osasun tratamendu batean nabarmenki sartzen zenean salbu, etxeko laguntza eskaintzen zuten gizarte zerbitzuen funtzioztat hartuko zen.

### Adibide adierazgarri bat

Arreta pertsonala osasunaren eremutik gizarte zerbitzuenera pixkanaka igarotze horrek aldaketa garrantzitsuak ekarri zituen kudeaketaren eremura, finantzazioarenera eta zerbitzu horretako giza baliabideen zuzkidurarenera. Halaber, aldaketa nabarmena ekarri zuen etxeko laguntzaren edukietara. Hain zuzen ere, sektore bakoitzaren mugetan izandako aldaketa horren ondorio zuzena izan zen etxeko laguntza zerbitzuen gunea hasiera batean eratu zuten etxeko lan soilak bigarren maila batera igaro zirela Europako herrialde askotan, eta, ondoren, zainketa pertsonalen eginbeharren elementu osagarri moduan ikusten hasi ziren, etxex etxeko lanak funtzio astunenaren inguruan sendotzera igaroz.

Bi sektoreen arteko mugetan izandako aldaketak zehazten dituzten faktoreak hainbat dira:

- Dударik gabe, oinarrizko elementuetako bat faktore ekonomikoa izaten da: herri administrazioek kostuak osasunarena bezalako sarrera unibertsaleko eta doako eremu batetik erabiltzailearen parte-hartze ekonomikoa duen beste zerbitzu presztazio batera eramateko nahia dute.
- Beste elementu erabakigarri bat osasunaren sektoreak patologia akutuei arreta emateko funtzioen gainean biltzeko duen joera da, jada adierazi den moduan haren oinarrizko eta funtsezko gune izanez tradizionalki.
- Azkenik, eremu sozialaren eta eremu sanitarioaren arteko muga aztoragarria eta aldagarria da eta pertsonen arretarako politika publikoen koherentzia faltagatik ezagarritu den testuinguru historikoan ulertu behar da, pertsona horiek iraunaldi luzeko zainketak behar dituztenean, batez ere adinekoak, ahulak eta mendeko pertsonak izatean. Dударik gabe 50eko hamarkadaren eta 90ekoaren artean, haien behar zehatzak pixkanaka geroz eta gehiago jorratu dira eta arreta komunitarioko politika orokorrak sendotu egin dira. Kontua da, ordea, horiei guztiei ez zaiela tratamendu zorrotza eman, beharrezko arreta formulek ekar zitzaketen ondorio ekonomikoaren beldur. Orokorrean, herri administrazioek gaixotasun kronikoak dituzten pertsonentzako egonaldi luzeko oheak finantzatu besterik ez dute egin ospitalean, eta normalean behar baino kasu gutxiagotan. Adinekoentzako, berriz, egoitza lagunduak finantzatu dituzte, bi sektoreen arteko koordinazioa eta lankidetzak pixka bat bultzatuz baina horretarako baliabide berririk antolatu gabe. Ondorioz, bai gizarte zerbitzuek, bai osasunekoek erdi-mailako talde horrekin izandako esku-hartzeak mugatzeko saiakera egin dute. Azkeneko hamarkada batzuk “zahartzearen zahartzea” bezala definitu dutenaren lekuko izan da, eta horrek eragin du arazoak mahai gainean jartzea eta konponbideak, prestazioak eta erdi-bideko zerbitzuak artikulatzen saiatzea, hau da, mota mistokoak antolatzen saiatzea. Horrek esan nahi du beharrezkoa dela eremu sanitarioaren eta eremu sozialaren arteko koordinazioa eta lankidetzak izatea, bi munduen arteko muga kokatzen diren beharrak dituzten biztanle taldeen beharrei erantzute aldera.

### 2.1.3. *Eremu sanitarioaren eta sozialaren arteko harremanaren asimetria*

Aurreko atalean aipatutako osasun eta gizarte eremuetako mugaketan sumatutako aldarazpenak bi sektoreen arteko harremanaren asimetriak zehaztu ditu neurri handi batean. Bi bloke aske moduan agertu arren, bakoitza bere erakunde, finantza eta kultur egiturarekin, kontua da biak izugarri ezberdina den harremanaren esparruan mugitzen

direla, batak zehaztutakoa dena irudikatuz eta, besteak, berriz, zehaztugabea dena, anbigua, hondakinekoa. Desberdintasun horrek neurri handi batean argitzen du bi finantzazio sistemetan ikusitako aldea eta horietako bakoitzaren gaineko eskubidearen izaeran dagoen aldea. Halaber, sistematizazio eta artikulazio faltagatik ezaugarritu diren politika sozial publikoak argitzen dira ezaugarri hori kontuan izanda.

Oraingoa bezalako une batean mendebaldeko herrialde gehienak konponbideak topatzen saiatzen dira, neurri handiago edo txikiagoan politiken koordinazioa eta bi sektoreen baliabideak behar dituzten konponbideak, eta harremanaren asimetria agerikoa bihurtzen da. Aitzitik, beharrei emaniko erantzuna baterakoa bakarrik izan daitekeen testuinguru berri hau, lankidetzaren ondoriozkoa hain zuzen, gizarte zerbitzuen sistemak sendotu eta tinkotzeko benetako aukera da. Horixe dio, batetik, gizarte zerbitzuetan bat egiten duten diziplina ezberdinen geroz eta sistematizazio teoriko eta akademiko handiagoak. Bestetik, gauza bera diote mendetasunarentzako arreta arautzeko ekimen ugariak eta gizarte zerbitzuak jasotzeko eskubidearen onarpenak. Horiek funtsezko urratsa eratzen dute harreman orekatuagoaren eraikuntzan.

## 2.2. ESPARRU KONTZEPTUALAREN ERAIKUNTZA: AZTERKETETARAKO IKUSPEGIEN ANIZTASUNA ETA OSAGARRITASUNA

Arreta soziosanitarioak eta testu eta ekimen ezberdinak areagotzetik azken urteetan lortutako protagonismoa lortuta ere, bai nazioarte mailan, bai estatu, eskualde edo toki mailan mendebaldeko herrialde ezberdinetan, ezin esan daiteke gaur arte kontzeptuen eta teorien esparrua zehaztea lortu denik, horren bidez arreta mota horri eta haren eredu ezberdinei estaldura emateko. Hala eta guztiz ere, egia da egituratzean aurrerapauso garrantzitsuak eratzen dituzten proposamen ezberdinak existitzen direla.

Jarraian, ikuspegi azpimarragarrienak aurkeztuko dira. Horiek, eraikuntza teorikotik abiatuz, egoera konplexua, aberatsa eta errealitate ezberdinei egokiturikoa azalduko dute.

### 2.2.1. *Lankidetzaren maila, irizpide bereizle gisa*

Gai honen alorreko lehenengo azterlan teorikoetako bat, egun oraindik erreferentziazat hartzen den funtsezko esparrua eratzen duena, Leutzek garatutakoa izan zen. Hark esku-hartze publikoko eremu ezberdinen arteko harremanaren azterketa lankidetzan lortutako intentsitate mailaren arabera zehaztu zuen. Hark, bere eredia osasun sistemaren arretaren maila ezberdinen (lehen mailakoa, espezializatua eta ospitalekoa) eta gizarte zerbitzuen sistemaren (komunitatekoak nahiz espezializatuak) artean ez ezik horien eta beste jarduera eremu batzuen –etxebizitza, hezkuntza edo laneratzea, kasu– artean ezar daitekeen harreman multzoari zabaltzen bazion ere, hausnarketan gune nagusia lehenengo biek eraturikoa izan zen.

Haren proposamenak jarraian erabat edo neurri batean ikuspegi teoriko askok berreskuratutako oinarritzko elementuak jasotzen zituen jada: intentsitatea, jarduera mailak eta antolamendu estrategiak eta baliabideak.

- *Intentsitatea*. Zerbitzuen arteko koordinazioaren azken helburua lortutako emaitzak hobetzea dela kontuan hartuta, bai maila klinikoan –hobekuntza osasun egoeran

eta ongizate mailan–, bai atenditutako pertsonen gogobetetasun mailan eta arreta ematean izandako eraginkortasun mailan, ikuspegi honek hiru intentsitate maila ezberdintzen ditu eremu sozialaren eta sanitarioaren arteko harremanean:

- *Lotura*. Lotura formuletan, osasun zerbitzuak eta gizarte zerbitzuak emateko eskudun diren erakunde publikoak eta kasuan kasuko zerbitzuetan hura ematen benetan aritzen diren erakunde publiko eta pribatuak modu koordinatuan lan egiten saiatzen dira ahal duten neurrian. *Ad hoc* konponbideak antolatzen saiatzen dira aldez aurretik dauden finantzazioko eta zerbitzuen prestazioaren eremuko formulen testuinguruan, hau da, sistema bakoitzaren barruko eskumen, egitura eta antolamendu mugen barruan. Jarraitutasunaren alde gehien egiten duen ikuspegia da honakoa, bertan baterako lana gutxienera mugatuz eta kasu zehatzetan antolatuz, kasu edo inguruabar bereziengatik.
- *Koordinazioa*. Koordinazio formuletan egitura gehiagoko lankidetzak estrategiak hartzen dira, egon daitezkeen antolamendu eta administrazio eragozpenak edo oztopoak gutxitzen, arintzen edo saihesten saiatuz haiek deuseztatu gabe. Une oro alde aurretik ezarrita dagoen eskumen eta antolamendu eskema errespetatzen da, arreta eremu ezberdinen arteko bereizketa bezalaxe. Koordinazioari esker lankidetzak eta jarraitutasuna errazteko forma egiturak eta mekanismo iraunkorrak garatzen dira.
- *Integrazioa*. Erabateko integrazio formuletan erabat osatzen dira gizartearen eta osasunaren eremuak, eskumenei, baliabide sarearen antolamenduari, zerbitzuak emateari eta finantzazioari dagokionez. Adibide garbienean, formula horiek sistema baten sorreraren bitartez antolatzen dira, gizarte eta osasun zerbitzuak finantzatu, eman eta kudeatzeko beharrezko erantzukizunak eta baliabideak konbinatzen dituen egitura bakarra eratzearen bitartez hain zuzen. Hala eta guztiz ere, anbizio gutxiagoko ereduak ere badira; horietan, integrazioaren antolamendua ez da egituratzen sistemaren multzoari helduz, baizik eta zerbitzu jakin bati edo talde zehatz bati zuzendutako zerbitzu multzoari helduz.
- *Jarduera mailak*. Aztertutako lankidetzak maila ezberdinak hurrengo jarduera mailetakotatik batean edo bat baino gehiagotan ager daitezke: jarduera politika publikoak diseinatzerakoan –hau da, maila estrategikoan–, finantzazioan, esku-hartze sistemaren kudeaketan eta antolamenduan, eta arreta zuzenean ematen denean.
- *Estrategiak eta baliabideak*. Lankidetzak formula horiek martxan jartzeko, beharrezkoa da jarduera estrategia eta baliabide ezberdinak antolatzea, batez ere jarraian zehazten direnak: eskumen integrazioa, eskumenak deszentralizatzea, plangintza bateratua, finantzazioa batera egitea, diziplina arteko ekipoak, diziplina anitzeko taldeak, leihatila bakarra, zerbitzuak batera kokatzea, arreta integraturako ibilbideak, elkarguneak, informazio eta komunikazio sistemak, beharren gaineko ebaluazio bateratua, banan banako arreta planak elkarrekin diseinatzea eta kasu kudeaketa. Estrategia eta baliabide hauek 3. atalean zehazten dira.

Lankidetzak mailetan intentsitate maila ezberdinak sumatzearen arrazoia, Leutzen azterketaren kasuan, intentsitate maila guztiak arreta eredu berdin baten barruan bateragarriak izatearen ustetik dator: beste era batera esatearren, osasun sistemak eta gizarte zerbitzuak



diseinatu eta planifikatzerakoan, ez da beharrezkoa intentsitate maila horietatik bat edo beste aukeratzea. Aldiz, komenigarria da horiek sumatutako beharrak gorabehera konbinatzea. Horrela, posible eta desiragarria da erabat zerbitzu jakin batzuk ahalik eta koordinazio maila altuena lortzea talde jakin batzuentzako edo behar jakin batzuk estaltzeko. Horien artean erabateko integraziokoa egongo litzateke. Beste batzuen kasuan, aldiz, intentsitate gutxiagoko harreman eredia ezartzea nahikoa litzateke.

Ikuspegi horretatik aztertuta, beraz, funtsezkoena kasu bakoitzean koordinazio maila egokienak zeintzuk diren zehatzea izango litzateke, pertsonen beharren izaera eta zerbitzuen ezaugarriak kontuan izanda. Hain zuzen ere, honakoa komeniko litzateke:

- Lehenik eta behin, pertsona bakoitzaren beharren neurria hartzea, oinarrizko adierazle batzuk jarraituz:
  - egonkortasun maila;
  - larritasun maila;
  - eskatutako arretaren denbora dimentsioa: iraunaldi labur, ertain edo luzeko zainketak, zainketa aringarriak;
  - larritasun maila: berehalako esku-hartzea, epe laburrean, ertainean edo luzean;
  - beharrei erantzuteko behar den zerbitzu eta prestazio multzoaren konplexutasun maila;
  - atenditutako pertsonaren gaitasuna bere erabaki propioak hartzeko;

Ikuspegi horretatik, muturretako batean, autonomia funtzionalean eta buruko autonomian mugak jasan behar dituzten eta haien egoera gogorra eta ezegonkorra den eta beharrezko zainketetan iraunaldi luzekoak behar izateagatik nahiz presazko esku-hartzeak behar izateagatik bereizten diren pertsona taldeek (bai osasunaren eremutik, bai gizarte zerbitzuenetik) aukera gehiago dituzte koordinazio goreneko sistema baten onurak jasotzeko, hau da, integratzaile, eta, eskumen integratzaileko modu garbienen ez bada ere jarduera maila ezberdinetan, bai behinik behin zerbitzu jakin batzuk antolatu eta emateari dagokionez.

Kontrako muturrean, aldiz, ezaugarri horiek betetzen ez dituztenek, edo oso maila baxuan betetzen dituztenek, ez dute hain lankidetzara maila aurreratua behar, eta nahikoa eta, zenbaitetan, eraginkor eta komenigarriagoa izaten da lotura ez hain estua edo arinagoa izatea, hau da, koordinazio formulak edota loturakoak egituratzea.

- Bigarrenik, zerbitzuen arteko harremana antolatzeko egon daitezkeen eragiketa eremu ezberdinak hausnartu behar dira:
  - behar egoeran dauden pertsonak identifikatzea edo topatzea;
  - behar mota batzuetara egokitutako arreta bideen diseinua;
  - lekualdaketa protokoloak arreta eremu ezberdinen artean;
  - informazioa bildu eta kudeatzeko sistemak;
  - kasu kudeaketa;
  - prestazio ekonomikoen kudeaketa;

Elementu horietatik abiatuz, egin beharrezkoa osasun sistema eta gizarte zerbitzuak elkarren artean nola lotzen diren ikustea da, identifikatutako koordinazio maila bakoitzean –lotura, koordinazioa eta integratzaile– eta adierazitako eragiketa eremu bakoitzean:

- Orokorrean, **lotura** formulei esker, behar maila baxuko pertsonak biztanleri osoari zuzendutako sistemen esparruan atenditzea posible dela esan daiteke, haien arretara bereziki zuzendutako sistemetara jo beharrik izan gabe. Testuinguru horretan, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen profesionalak behar besteko ezagutzak izan behar dituzte beste esku-hartze eremuko berezko beharrak sumatzeko atenditzen dituzten pertsonengan, informazioa edo oinarrizko aholkularitza eskaini ahal izateko eta, egoki irizten bada, behar horiei erantzuteko zerbitzu egokienerantz orientatzeko.
- Harremanaren maila ertainak, **koordinazioarenak**, arreta koordinatzeaz arduratu diren egiturak eta profesionalak izatea eskatzen du, hau da, arretaren eremu ezberdinei dagozkien zerbitzu eta prestazioetara zeharka iristea<sup>15</sup>. Jada adierazi den moduan, aurrekoa baino egituratze handiagoko harreman formula izan arren, oraindik, hark bezala, kasu bakoitzean dauden arreta sistemen egituretatik jarduten du: zerbitzu ezberdinen erabilera eta arreta sistema bakoitzari uztartutako prestazio ekonomikoak koordinatzen saiatzen da; informazioa partekatzea eta trukatzeko ahalbidetzen du, baina sektore bakoitzean berezko datu sistema mantenduz; zerbitzuen arteko lekualdaketa kudeatzea posible da; arreta koordinatzearen erantzukizuna bi sektoreetatik zeinetan erortzen den zehaztea ahalbidetzen du, kasu bakoitzaren izaera eta ezaugarri bereziei jarraiki. Orokorrean, koordinazio formuletan bi sistemen arteko desadostasun, gainjartze edo jarraitutasun ezeko puntuak identifikatzen direla esan daiteke, eta gabezia horiek arintzeko gai diren egiturak eta prozesuak ezartzen dira horiek deuseztatu gabe.
- Harremanen hirugarren mailak, erabateko **integrazioarenak**, beharrezkoa du, aurrekoek ez bezala, programa berriak ezartzea eta bi sistemetatik etorritako baliabideek bat egiten duten arreta unitateak sortzea. Honen esparruan helburua ez da jada bakoitzak berezkoak dituen zerbitzuak eta prestazioak koordinatzea, baizik eta erabat integraturik dagoen programa edo zerbitzuak bere kabuz kudeatzea eskura dituen baliabideak, eta behar besteko autonomia izatea bere zuzendaritza eta kontrolpe bakarrean egongo diren prestazio eta zerbitzu berriak definitzeko. Harremanean egon daitekeen intentsitate maila altuena, integrazioarena, erakundeen artean errazen lor daitekeena da hurrengo inguruabarrak agertzen direnean:
  - helburu komunak eta epe luzerako konpromisoa agertzen dute, elkarrekiko errespetuan eta konfiantzan oinarrituta;
  - lankidetzaren funtsezko eta oinarrizko elementutzat hartzen dute, eta maila estrategikoari nahiz eragiketenari lotzen diote hura;
  - hitzarmen eta kontratazioko formula bateratuak ezartzen dituzte;
  - informaziorako sistema komuna dute, sistema propioak izan eta sarrera edo truke formulen bitartez partekatu ordez, koordinazioaren eremuan gertatzen den ez bezala;

<sup>15</sup> Koordinazioa bertikala izan daiteke sektore berdineko bateko administrazio edo antolamendu maila ezberdinak harremanetan jartzean, eta horizontala edo zeharkakoa administrazio edo antolamendu maila berdineko sistema ezberdinen zerbitzuak harremanetan jartzen direnean. Arreta soziosanitarioaren esparruan, indarra, logikoki, koordinazio horizontalean jartzen da, nahiz eta haren eraginkortasuna sektore bakoitzaren barruan koordinazio maila ona egotearen baldintzapekoa izango den, hau da, koordinazio bertikala edukitzearen baldintzapekoa.

Integrazio osoko formula hauek sei elementu nagusiren inguruan egituratu ohi dira:

- talde edo multzo zehatz baten arretara zuzenduta orientatu ohi dira (normalean iraunaldi luzeko zainketak behar dituzten adinekoentzat);
- eremu geografiko zehatz batean aplikatzen dira;
- erakunde bakarrari egokitzen zaio gizarte eta osasun zainketen multzoa diseinatu eta ezartzeari buruzko erantzukizuna;
- arreta eskaintzea zerbitzu sare baten bitartez antolatzen da;
- kasu kudeaketarako formulak eta diziplina arteko lanekoak aplikatzen dira, arreta modu koordinatuan, jarraika eta pertsonalizatuta eskaintzen dela bermatzera zuzendutako mikrokudeaketako beste teknika batzuekin batera;
- finantzazioa fondo edo aurrekontu komun batean antolatzen diren iturri ezberdinetatik dator. Fondo edo aurrekontu komun horren xedea emandako zaintzen multzoa estaltzea izango da, bai gizartearen eremukoak, bai osasunarenekoak;

Arretaren finantza, administrazio, erakunde eta antolamendu oztopo ugari deuseztatzeko pentsatuta, analista askoren ustez “integrazio osoko” sistemak formula onena dira iraunaldi luzeko zainketak behar dituzten pertsonen zuzendutako gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen aplikazioa konbinatzeko. Beste batzuk, aldiz, zalantza gehiago dituzte integrazioaren formulatik erator daitezkeen benetako abantaila buruz –ez teorikoak–, bai sistemarentzat izango lituzkeen buruz, bai erabiltzaileentzat izango lirartekeen buruz.

#### **Integrazio osoaren abantaila nagusiak**

- Komunitateko arretaren testuinguruan izaera ezberdineko zerbitzu sortak artikulatzeko eraginkortasun handiagoa eskaintzen du, horrela hobeki erantzunez gizarte eskaera berriei.
- Komunitatean geratzearen alde egiten du, ospitaleratzea edo egoitzan sartzea saihesteko beharrezko baliabideak antolatuz eta ospitalean egonaldia egin ondoren komunitatearen testuingurura itzultzearen alde eginez.
- Diziplinen arteko ikuspegia garatzeko aukera gehiago eskaintzen ditu, eta horrek, dudarik gabe, jardun profesionala aberasten du.
- Biztanleria talde ahulenei eta arreta eskuratzeko zailtasun garrantzitsuak dituztenei (neurri handi batean gizarte bazterkerian egoteagatik) zerbitzuetara iristea errazten die.
- Baliabideak arrazionaltasun handiagoz aprobetxatzearen alde egiten du, erabileran eraginkortasun eta efizientzia neurri handiagoa izanez.
- Arretaren jarraitutasunaren alde egiten du.
- Maila ezberdinetan eta arretaren eremuetan egon daitezkeen gabeziak antzematea ahalbidetzen du, eremu bakoitzak, barrutik, nekez ikusiko lituzkeen gabeziak hain zuzen.

### Integrazio osoaren eragozpen edo arrisku nagusiak

- Lehenengoak zerikusia du eremu sanitarioaren eta sozialaren arteko harremanaren asimetriarekin, eta, labor adieraztearren, osasun arreta, bereziki ospitalekoa, integrazio ereduetan gizarte izaerako beharren gainetik nagusi izatea saihesteko zailtasun nabarmenari heltzen dio.
- Bigarren eragozpen multzoak zerikusia du finantzazioarekin:
  - batetik, eta, halaber, harremanaren asimetriaren testuinguruan, finantzazio iturri ezberdinetatik eratorritako funts ekonomikoek iraunaldi luzeko zainketak ematea eragoz dezakete, osasun arretak finantzazioaren oinarritzko aldea xurgatu edo erabat hartu dezakeelako;
  - bestetik, oso zaila izan daiteke, ezinezko ez bada, hasiera batean kontrakoak diruditen bi funtzioak betetzeko finantzazio mekanismoa garatzea: iraunaldi luzeko zainketek berezkoak dituzten jarraikako zerbitzuak eta zerbitzu pertsonalizatuak behar bezala finantzatzeko eta, aldi berean, osasun behar akutu eta konplexuen arretari aplikatutako finantzazio sistemen berezko kostu/eraginkortasun printzipioarekin bat datorren kudeaketa piztea;
- Hirugarren eragozpen bat aplikatzearen zailtasun praktikoa izango litzateke: maizegi egiten den akatsa da maila estrategikoko integrazioetik –plan bat, *ad hoc* egiturak eta finantzazioa izatea– automatikoki mikro mailako integrazioa gertatzen dela pentsatzea, eta hori ez da egia.
- Azkenik, askotan pentsatzen da integrazio osoko formulek ez dutela koordinazioaren zailtasunak areagotu besterik egingo. Izan ere, era batera edo bestera, esku-hartze eremu berri baten agerpena ekarriko du.

Jarraian datozen taulek eragiketa eremu nagusienetako aukera ezberdinen ezaugarriak laburbiltzen dituzte, eta, bestetik, eredu batean edo bestean atentzioa jasotzeko aukera gehien izango litzuketuen pertsonen ezaugarriak.

### Koordinazio mailak

Jarduera eremuak	Lotura	Koordinazioa	Integrazioa
<i>Kasu kudeaketa</i>	–	Kasu kudeatzaileak sektore bakoitzean eta loturarako profesionalak	Kasu kudeaketaz arduratzen diren diziplina anitzeko ekipoak, zainketa multzo osoa antolatzeko arduradun
<i>Lekualdaketa / Zerbitzuak eskaintzea</i>	Beste toki batera bidaltzea eta jarraipena	Laguntza testuinguru ezberdinen arteko lekualdaketa joriak	Prestazio zuzena / kontratazioa / zaintzen multzo integralean artikulatutako zerbitzu sorta ituntzea
<i>Informazioa</i>	Eskatutakoaren arabera	Informazioa etengabe trukatzeko, harreman bide formalak ezartzearen bitartez	Informazioko sistema komunak erabiltzea
<i>Finantzazioa</i>	Zerbitzu bakoitzaren finantzazioa, hura kokatzen den sektorearen arabera	Moduluen arabera batera finantzatzea	Zerbitzu multzoa finantzatzeko aurrekontu bateratuak

**Koordinazio mailak**

Jarduera eremuak	Lotura	Koordinazioa	Integrazioa
<i>Prestazio ekonomikoak</i>	Prestazio ekonomikoetara iristea eta horiek erabiltzea, horietako bakoitza arautzeko araudi zehatzean aurreikusitakoarekin bat etorritz	Izaera ezberdineko prestazio ekonomikoen koordinazioa, haien eraginkortasuna ahalik eta altuena izan dadin	Behar ezberdinak estaltzera zuzendutako aurrekontu bateratuan prestazio ekonomikoak konbinatzea, horiek gizartearen edo osasunaren eremukoak diren alde batera utzita

**Beharrei neurria ematea**

Beharren ezaugarriak	Lotura	Koordinazioa	Integrazioa
<i>Gogortasuna</i>	Arina – neurri batekoa	Neurri batekoa – gogorra	Neurri batekoa – gogorra
<i>Egonkortasuna</i>	Egonkorra	Egonkorra	Ezegonkorra
<i>Iraunaldia</i>	Epe laburra – Epe luzea	Epe laburra – Epe luzea	Epe luzea – Terminala
<i>Larritasuna</i>	Larritasunik ez	Larrialdiak ez oso maiz	Larrialdiak maiz
<i>Zerbitzu sorta</i>	Mugatua – Ertaina	Ertaina – Zabala	Zabala

Iturria: Leutzetik (1999) eta H. Niesetik egokiturikoa: “Integrated Care: Concepts and Background”, “Integrating Services for Older People: A resource book for managers” izenekoetatik.

**2.2.2. Lankidetzak mailak**

Bigarren ikuspegi teoriko batek, Shortell, Gillies, Anderson eta Mitchelek antolamendua-  
ren ikuspegi garbitik eutsitakoa, eta, haiei jarraiki Delnoij, Klazinga eta Glasgowekek ere  
eutsitakoa, koordinazio horizontaleko mailen azterketan oinarritzen ditu proposamenak,  
eta hurrengoak bereizten ditu:

- Koordinazio funtzionala, funtsean maila estrategikoko koordinazioa harrapatuz: politiken diseinua, arautegia lantzea eta finantzazio sistemak diseinatzea.
- Antolamenduaren koordinazioa, erakundeen arteko koordinazioan edo lankidetzan oinarrituz zerbitzuak emateko eta kontratazioa eta itunak ahalbidetzeko estrategiak diseinatze aldera.
- Koordinazio profesionala, arreta eskaintzeko estrategien diseinuan oinarrituz nagusiki, baina ez erakundeen artean, baizik eta profesionalen artean.
- Koordinazio klinikoa, erabiltzaileari emaniko arretari jarraitutasuna eta koherentzia ematera zuzendutako neurrietan oinarrituz.

Teoriko batzuk, bereziki Reed, Cook, Childs eta McCormackek, azterketa ildo berean kokatuz, hiru mailatan laburbiltzen dute aurreko sailkapena, eta hori eraikuntza teorikoan erreferentzia nagusienetako bat izatera igaro da:

- Makro maila, arretarako politika publikoen diseinuari, haien arautzeari, zerbitzu sareen plangintzari (estatu, lurralde edo toki mailan) eta finantziarioari dagokionez agertzen diren koordinazio formulak barne hartuz.
- Meso maila, arreta unitateen edo zerbitzuen jardueren kudeaketa eremuan koordinazio formulak harrapatuz, hau da, zerbitzuen prestazioaren antolamendu moduetan.
- Mikro maila, pertsonari emaniko arretaren koordinazioari buruzkoa.

Ikuspegi horretatik aztertuta, egituraren faktore jakin batzuk, presioek eta bi maila altueneko muga propioek eragin oso azpimarragarria izan dezakete mikro mailan, hau da, azkenean erabiltzaileak eskuratzen dituen zerbitzuen mailan. Ondorioz, koordinazio maila nabarmenki baldintzaturik geratzen da.

### 2.2.3. *Integraziorantz orientatutako estrategiak*

Aurreko bi ikuspegiak nolabait uztartuz, hau da, intentsitate mailen arteko aldea eta lankidetzan plano edo maila ezberdinen bereizketa, Kodner eta Spreeuwenbergekin proposamena egiten dute. Bertan, helburu gorentzat arreta integratua aurkeztuz –hau da, Leutzen formulazioan intentsitate gehien duen lankidetzat maila–, uste dute hura lortzeko, praktikan, estrategia, baliabide eta metodo jarraitutasuna martxan jarri behar direla, horien bidez arretan hobekuntza esanguratsuak bermatzeko, bai pertsonen osasun eta ongizate egoera hobetzei dagokionez, bai eraginkortasunari dagokionez. Haien proposamena bost jarduera eremutan sailkatzen da:

#### Koordinazioaren eta integrazioaren jarduera eremuak

##### *Finantzazio maila*

Neurri handi batean, antolamendu egiturak eta laneko metodologiak finantzazioagatik baldintzaturik daude. Ondorioz, oso zatiturik dauden eta malgutasunik gabekoak diren finantzazio formulak aukeratzen badira –osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko baliabide mugimendua zailduz–, zailagoa izango da ere jardueren gaineko maila edo eragiketa eremuetan koordinazio maila altura iristea.

Ikuspegi horretatik begiratuta, koordinazioari zehazkiago egokituriko finantzazio formulak hurrengoak izango dira:

- Finantzazio iturri ezberdinetatik etorritako baliabideek funts edo aurrekontu bakarrean bat egitea (“pooled budgets”), osasun zerbitzuei eta gizarte zerbitzuei, batzuei zein besteei, estaldura ekonomikoa ematera zuzenduta.
- Finantzazio kapitatioa (“prepaid capitation”).

### Koordinazioaren eta integrazioaren jardura eremuak

#### *Egitura administrati- boaren maila*

Eskumen arautzaileak eta administrazio funtzioak egituratu eta ezartzeko modu jakin batzuk zenbait programaren konplexutasuna gutxitzen lagun dezakete, sarrerako prozedurak sinpletzen eta sistemaren baliabide multzoa eraginkortasun handiagoz kudeatzen dela bermatzen.

Besteak beste, hurrengoak azpimarratuko lirateke:

- Eskumen integrazioa.
- Zerbitzuetara iristeko funtsezko funtzioen deszentralizazioa.
- Sektore arteko plangintza bateratua.
- Zerbitzuak batera adostu eta/edo kontratatzea.

#### *Antolamendu maila*

Antolamendu formula ezberdinak daude zerbitzuen arteko koordinazio hobean laguntzeko, eraginkortasun mailen alde eginez eta sistemaren gaitasuna areagotuz arretaren jarraitutasuna bermatzeko.

Hurrengo formulak nabarmenduko lirateke:

- Zerbitzuak batera kokatzea.
- Lekualdaketak kudeatzeko sektore arteko akordioak.
- Erakunde arteko edo zerbitzu arteko plangintza bateratua.
- Aurrekontu bateratuak.
- Programa edo zerbitzuen kudeaketa bateratua.
- Arreta sareak.

#### *Zerbitzuak emateko maila*

Zerbitzuak aurkezteko eta kudeatzeko moduak –langileria nola prestatzen den, haien funtzioak nola garatzen diren eta erantzukizunei aurre nola egiten zaien, taldean lan nola egiten duten, erabiltzaileekin eta haien senideekin nolako harremana eratzen duten eta nola proiektatzen dituzten haien beharrak eta horiei emaniko erantzuna– eragin nabarmena du arreta soziosanitarioaren funtsezko aldagai batzuetan: zerbitzuetara iristea, malgutasuna eta arretaren jarraitutasuna, erabiltzailearen gogobetetasun maila, arretaren kalitatea eta kostua.

Eragiketa eremu honetan hurrengoak izango lirateke estrategia nagusiak:

- Laguntza eskuratzeko leihatila bakarra.
- Arretaren bide integratuak.
- Kasu kudeaketa.
- Diziplina anitzeko ekipoak.
- Diziplina arteko ekipoak.
- Informazioko sistema integratuak.
- Prestakuntza bateratua edo partekatua.

### Koordinazioaren eta integrazioaren jarduera eremuak

#### *Maila klinikoa*

Maila klinikoa funtsezkoak dira hurrengo estrategiak eta baliabideak izatea ongi antolaturiko arreta eskaintzen dela bermatzeko:

- Diagnostikoko irizpide eta baliabide estandarrek.
- Balorazio integralaren prozedura komunak.
- Banan banako plangintza bateratua.
- Erregistro eta espediente komunak eta/edo partekatua.
- Etengabeko jarraipena.
- Erabakiak hartzen laguntzeko baliabide komunak (praktika oneko gidak eta protokoloak).

Ikuspegi honen esparruan intentsitate maila ezberdinak ager daitezke osasun zerbitzuen eta gizartekoen arteko lankidetzan, eta erabilitako estrategia motak eta haien arteko konbinaketak atentitutako talde ezberdinen ezaugarrien eta haien beharren konplexutasun handiago edo txikiagoaren arabera zehazten dira. Gauzak horrela, gogortasun eta ezegonkortasun handieneko egoeran dauden pertsonak, adibidez ezintasun larriak dituzten edo mendetasun handiko egoeran daudenak eta denboraldi luzez osasun edo gizarte motako arreta jarraitua eta intentsiboa behar dutenak, beren konplexutasunari erantzuteagatik ezaugarrituko den konponbidea eskatuko dute. Ondorioz, maila ezberdinen artean koordinazio estrategia ugari praktikan jartzea exijituko dute.

Interpretazio horrek, Leutzen jatorriko formulazioak bezala, harreman maila ezberdinak pertsonen beharrei jarraiki egituratzearen alde egiten du. Horrela, bada, pertsonan oinarritzen den ikuspegia da eta, haren esparruan, pertsona horien beharrak izango dira koordinazio edota integrazio harremana ezartzea zein jarduera mailatan egingo den zehaztuko dutenak, hain zuzen ere zer zerbitzu mota eta zer baliabide erabilita egingo den zehaztuko dute. Formulazio hori, beraz, mikro mailatik abiatzen den ikuspegiaren oinarritzen da, eta meso eta makro mailatan gerta daitekeena zehazten du. Beste era batera esatearren, zerbitzuen antolamendu mailatan eta maila estrategikoetan gerta daitekeena zehazten du, gure ingurunean ohikoagoa den goitik antolatutako koordinazio harremanen ikuspegiaren –eta aurkeztutako bigarren ikuspegiaren berezkoagoa– kontra jarritik. Azken horren kasuan maila makro edo estrategikotik hasi eta, pixkanaka, maila horretatik egituratutako jardueretatik azpiko mailatan garatu beharreko jarduerak eratorriko lirateke.

#### **2.2.4. EAEko ikuspegi kontzeptuala**

Gure gertueneko ingurunean, diskurtso teorikoa plangintza beharrei eta erabakiak hartzeari erantzun ematearen inguruan egituratu da funtsean. Ondorioz, haren orientazioa praktikoa da batez ere. Ikuspegi horretatik begiratuta, oinarritzeko bi antolamendu eredu bakarrik ezberdintzeko joera dago: arreta soziosanitarioarena eta jatorriko bi sareetatik ezberdintzen den arreta soziosanitarioaren sarearen sorrerarena. Espainian Mendetasun Egoeran dauden Pertsonen Emaniko Arretari buruzko Liburu Zuria eta Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa (2005-2008) bera, 2005ean argitaratutakoak biak estatuko gobernuaren eta gobernu autonomikoaren partetik hurrenez hurren, planteamendu horretatik abiatzen dira eta jarraian zehazten den moduan egiten dute:



- Liburu Zurian adierazitakoari jarraiki, koordinazio soziosanitarioa “*osasun eta gizarte sistemak antolatzena zuzendutako jarduera multzoa da, mendetasun egoera bizi duten pertsonengan, aldi berean, agertzen diren arreta soziosanitarioko beharrei erantzun osoa eskaini ahal izateko*”. Horrela, batera eta elkar osatuz jardun behar duten bi sistemen existentzian oinarritzen da, gizartekoa eta osasunekoa. Horren bidez, aldi berean agertzen diren behar mota batzuei erantzuna emango litzaieke, bien artean gainjarpen sendoa egonez pertsonari buruz osotasun bat bezala pentsatzetik abiatzean.

Haren esparruan, EAEn indarrean dagoen Planak adierazten duenaren arabera, mekanismo ezberdinak bi sistematako bati atxiki behar zaizkio, sare bakoitzaren eskumenekiko errespetuan eta haien arteko beharrezko integrazio funtzionalean oinarrituz jardun bateratutik, koordinatutik eta etengabekotik ahalik eta sinergia handienak lortzeko.

- Arreta Soziosanitarioko Sarea, aldiz, pertsona talde jakin batzuen arreta soziosanitarioari zehazki zuzendutako baliabide multzo moduan ulertzen da. Haren helburua arretarako eremu berria sortzea da –hirugarren sare bat–; bertan, osasun sistemaren baliabide batzuk eta gizarte zerbitzuen sistemaren beste batzuk sartuko lirateke, arreta soziosanitariorako behar zehatz berri batzuk bezalaxe.

Bai Estatu mailan, bai Autonomia Erkidegoarenean, lehenengo formula aukeratu da, koordinazioarena. Bi kasuetan oso planteamendu esplizituak dira eta, hitzez hitz ulertuta, formula hori beste batekin bateragarria ez dela eta baztertzaila dela ondorioztatzena eramango gintuzke, jada aipatutako Leutz edo Kodnerren proposamen irekiago eta malguagoen aurka egonez. Hain zorrotza ez den eta arinagoa eta errealitatearekin adostasun gehiagokoa den interpretazioari helduz, posible litzateke jarduteko maila estrategikoari bakarrik heltzea. Horrek, eskumen eta egitura integrazioari ezezkia ematea ekarriko balu ere, harreman intentsitate maila ezberdinak onartuko litzuzke –lotura, koordinazioa edo integrazioa– meso eta mikro mailetan, hau da, zerbitzuen antolamendu eta emate mailetan.

## 2.3. KOORDINAZIO SOZIOSANITARIOA ERRAZTEN ETA OZTOPATZEN DUTEN FAKTOREAK

Lehentasunez hartutako eredia eta osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko harremana eta jarduera artikulatua areagotzeko erabilitako estrategien eta baliabideen konbinaketa edozein izanda ere, komenigarria da kontuan izatea koordinazioa praktikan jartzea errazten edo, aldiz, oztopatzen duten faktore jakin batzuk badaudela.

### 2.3.1. Zerbitzuen koordinazioa errazten duten faktoreak

#### Antolamendu faktoreak

*Helburuak eta xedeak ezartzea*

Literatura espezializatuan bildutako ebaluazioen emaitzak kontuan hartuta, koordinazioaren arrakastarako funtsezko faktorea hura helburu argiekin diseinatu eta antolatzea da, erakunde publiko eta pribatu guztiek eta haren aplikazioan parte hartzen duten profesional guztiek ulertzeko eta onartzeko moduan. Gainera, funtsezkoa da jartzen diren helburuak errealistak izatea eta, beraz, lortzeko modukoak izatea. Are gehiago esanda, gomendagarria izan daiteke erraz lortzeko moduko helburu sinple batzuk ezartzea, koordinazioaren esfortzuekin jarraitzea pizteko balio izan dezaten.

### Antolamendu faktoreak

<i>Eginkizunen eta erantzukizunen mugaketa</i>	<p>Funtsezkoa da funtzio eta erantzukizun ezberdinak argi definitu eta jartzea, gain-jartzeak, gabeziak eta egokitzapen faltak eta berandutzak identifikatzea, eta horiei aurrea hartzea errazten duelako arreta eskaintzearen alorrean. Definizio horri esker, posible da profesional bakoitzak zer egin behar duen jakitea eta, ondorioz, gainerako profesionalak harengandik espero dutena ezagutzea. Horrek berebiziko garrantzia du elkargune ereduetan, profesionalak esku-hartze eremu ezberdinen arteko lotura moduan jarduten duen horietan, baina funtsezkoa da ere diziplina arteko taldeen barruan antolatzen diren jarduteko programa bateratuen esparruan.</p>
<i>Erakundeen aldetiko babesa eta konpromisoa</i>	<p>Koordinaziorako ekimenek arrakastarako aukera gehiago dituzte erakundeen konpromiso sendotik eta eremuan jarduten duten profesionalen konpromisotik eratorritakoak direnean. Horrela, biak bateratuko direla bermatzeko estrategiak antolatu behar dira. Adibidez, egokia suertatzen da profesionali gidalerroen eta zerbitzuaren jardura jarraibideen lantzean parte harraraztea, parte-hartze aktibo horrek proiektuaren barruan egotearen sentimendua sortzen edo sendotzen lagun dezakeen heinean.</p>
<i>Komunikazioa</i>	<p>Komunikazio eraginkorra koordinazioaren funtsezko oinarria izango litzateke, bai bide formaletatik garatzean, bai egitura gutxiagoko bideak erabilia egiten denean. Komunikazioa maiz, ia etengabekoa, izatea komeni da, jardura eremu ezberdinetako profesionalak beste eremu batzuetan lan egiten dutenek dituzten zailtasunak ezagutu eta partekatzen laguntzen duelako. Bakoitzak bestearen zailtasunak ulertzeak funtzionamenduko eragozpenak gainditzen laguntzen du, baina ez hori bakarrik, izan ere, erakunde ezberdinen edo antolamendu ezberdinen kultura profesionallean eta ezberdintasun horietatik eratorritako aurreiritzietan oinarritutako aldeak gainditzeko ere balio du.</p> <p>Bestalde, harreman pertsonala maiz izateak, bai bileren esparruan, bai kontsulten edo aholkularitza profesionala une zehatzetan eta formaltasunik gabe eskatzearen esparruan, esku-hartzeek denboran duten egokitzapena hobetzea ahalbidetzen du. Ondorioz, zerbitzuen artean desbiderapenak garaiz izatea posible da.</p>
<i>Zuzendaritza</i>	<p>Zerbitzuen koordinaziorako ekimenek zuzendaritza eta kudeaketa eraginkorra behar dute eta, horretarako, funtsezkoa da erantzukizunak zehaztu eta mugatzeko jarraibide argiak ezartzea proiektuaren kudeaketa eta zuzendaritza gain hartzen dutenentzat, batez ere funtzioen artean zuzendaritza teknikoa, giza baliabideen kudeaketa eta kudeaketa ekonomikoa agertzen direnean.</p>
<i>Babes teknikoa</i>	<p>Funtsezkoa da koordinazio ekimenek erakundeen barruan erreferentzia diren pertsonen zuzeneko parte-hartzea edo, behintzat, laguntza eta aholkularitza izatea, adibidez ospea edo ezagutza, esperientzia eta zorrotasun profesionalagatik kasuan kasuko mailan nolabaiteko entzutea duten profesionalen edo teknikarien parte-hartzea. Haien papera funtsezkoa da, batez ere zerbitzu berria eta irudi profesional berriak sartzeari aldeaz aurretik existitzen ziren irudi profesionalentzako mehatxu moduan uler eta interpretatu daitekeenean.</p>

### Antolamendu faktoreak

<i>Ikuskapena</i>	Ikuskapen profesionaleko sistema ona izatea, hau da, babes pertsonala eta teknikoa izatea beharrezkoa da, funtzioen garapena egokia izan dadin. Bereziki beharrezkoa da profesionalak funtzio berriak gain hartzen dituztenean eta, batez ere, esku-hartze profesionalaren mugak aldatetapean daudenean.
<i>Baliabide ekonomikoak eta giza baliabideak</i>	Koordinazio proiektu baten arrakasta haren zerbitzura jarritako giza baliabide eta baliabide materialen zuzkiduraren mendekoa izango da. Gehiegitan, proiektuan esku hartzen duen eremu bakoitzean dauden baliabideak artikulatzea nahikoa dela pentsatzearen akatsa egiten da, aparteko inbertsio osagarriak egin gabe. Aitzitik, kontua da koordinazioak eta lankidetzak aktibo eta etengabeak denbora inbertsio handiagoa eskatzen dutela batetik, batez ere ekimen edo proiektu baten ezarpenaren hasierako etapetan, eta, bestetik, baliabide komunak, informazio sistema bateratuak edo partekatutako, prestakuntzarako programa bateratuak edota koordinazioa errazteko funtsezkoak diren beste jarduerak batzuk diseinatzea eta ezartzera zuzendutako baliabide materialak jartzea.
<i>Ekipoak sendotzea</i>	Langileria gehiegi txandatzea ezin okerragoa da profesional bakoitzak bere esku-hartzeetan beste esku-hartze eremu batzuetako beharrak, aukerak eta zailtasunak kontuan izan behar dituen eremu partekatu batean. Funtsezkoa da beharrezko baliabideak bermatzea, ekipoak sendo daitezen.
<i>Aldez aurretiko esperientzia partekaturiko lanean</i>	Literatura espezializatuak dio bi erakunde edo antolamenduren artean partekaturiko lanean izandako esperientziak oso oinarri ona direla horrelako proiektu berriak arrakasta aukera gehiagorekin abian jartzeko. Izan ere, lankidetzak eta koordinazio zailtasun batzuei aurretiko faseetan emaniko konponbide askok ekimen berrien esparruan agertzen diren zailtasunek behar dituzten konponbideei buruz orientatzen lagun dezakete.
<i>Ebaluazioa</i>	Beharrezkoa da ebaluazio sistemak diseinatu eta aplikatzea. Horiek, aldizka edo etengabe, proiektuaren funtzionamenduari eta emaitzen berri emango dute, batez ere koordinazio soziosanitarioaren oinarriko helburuei dagokienez: arretaren jarraitutasunak lortutako maila eta baliabideen aplikazioan lortutako eraginkortasun maila.

### Faktore kulturalak eta profesionalak

<i>Konfiantza eta errespetua</i>	Koordinazio soziosanitarioko edozein ekimenaren oinarriko elementuak elkarrekiko konfiantza eta errespetua dira, lankidetzan dabilzan antolamenduen edo erakundearen artean eta parte hartzen duten eremu eta diziplina ezberdinetako profesionalen artean. Bi elementuen kasuan, beharrezkoa da irudi profesional bakoitzak eta parte hartzen duen zerbitzu eta sektore bakoitzak betetzen duen papera eta funtzioak ongi ulertzea.
<i>Partekaturiko prestakuntza</i>	Funtsezkoa da prestakuntza bateratuko moduluak antolatzea etengabe, koordinazioarekin eta taldeko lanarekin zerkusi zuzena duten gaiak oinarriko papera emateko diziplina barruko ikuspegitik begiratuta.

### 2.3.2. Zerbitzuen koordinazioa oztopatzen duten faktoreak

#### Antolamendu faktoreak

<i>Antolamendu aldeak</i>	Antolamenduen arteko oinarrizko antolamendu aldeek zerbitzuen koordinazio ekimenak mugatzen dituzte: bete beharreko formulario aniztasuna, baloraziorako baliabide komunik ez egotea, batetik bestera bideratzeko sistema komunik ez izatea, erregistro sistemen arteko egokitzapen faltak, informatika sistemen eta aplikazioen aniztasuna –askotan ez bateragarriak–, ez dira gabezia horien adibide argienak besterik.
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Faktore kulturalak eta profesionalak

<i>Bat ez datozen filosofia edo ideologia profesionalak</i>	Koordinazioa nabarmenki zailagoa edota ezinezkoa izan daiteke, bai plangintzaren eta antolamenduaren maila estrategikoan, bai eragiketen mailan, parte hartzen duten eremu profesional ezberdinen azpian agertzen diren arreta filosofien artean dauden desadostasunen ondorioz. Horiek guztiak, nahiko maiz, beren jardun profesionalean esku-hartze bihur daitekeen edozein motatako lankidetzaren aurkako izaten dira.
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<i>Balorazio negatiboak / estereotipo profesionalak</i>	Estereotipo profesionalak egotea koordinazioko esperientziak martxan jarri eta garatzeak izan dezakeen eragin negatibo handieneko elementuetako bat da. Orokorreran, jarrera horiek batzuek beste lanbideen kualifikazio eta eskumenen gainean duten ezjakintasunean oinarritzen dira. Aitzitik, horien jatorria zein den alde batera utzita, konfiantza ezeko sentimendu sendoak sor daitezke erakundeen artean, eta profesional asko nolabaiteko erresumina izatera eraman ditzake, batez ere haiek, beren ohiko jardunean, berena ez den sistema bat dela uste dutenari egokitzera zuzendutako aldarazpenak sartzeari beharrezkoa bada.
---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Testuinguru faktoreak

<i>Etengabeko eraberritzeak</i>	Egun nagusi diren epe laburrerako politika eta plangintzak eta horietatik eratorritako etengabeko eraberritzeak eta administrazio berrantolamenduak ezegonkortasun elementua dira eta, ondorioz, zaila da koordinazio ekimenak eta proiektuak martxan jarri, garatu eta sendotzea. Izan ere, haien izaera dela eta, denbora behar da berezko funtzionamendu jarraibide sendoak ezarri eta egonkortzeko.
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<i>Segurtasun falta finantzetan</i>	Ekonomiaren alorrean segurtasunik ez izateak ere, logikoki, eragin negatiboa dakar, aurrekontu murrizketek erakunde ezberdinen borondatea mugatzen duten heinean koordinazioko proiektu berrietan parte hartzeari dagokionez. Aitzitik, garatzen ari diren proiektuetan ere eragina izan dezake, bai maila estrategikoan, bai jarduerenean. Ondorioz, testuinguru horretan maiz sortzen dira parte hartzen duten erakunde ezberdinen arteko konfiantza ezeko arazoak (gehienetan gastua bere gain nork hartuko duen zehazteko irizpideen gailan).
-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 3. KOORDINAZIO ESTRATEGIAK ETA BITARTEKOAK

Aurreko atalean kontzeptuen ikuspegia jorratzerakoan jada aurreratutako moduan, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko harremanak antolatzerakoan arreta soziosanitarioko eremua egituratze aldera, beharrezkoa da antolamendu estrategikoak eta baliabide formalak diseinatu eta ezartzea. Horiei esker posible izan daiteke erabilzailea bere behar konplexuetara egokitutako

gizarte, osasun eta arreta soziosanitarioko etengabeko zerbitzuetara iristea ahalbidetu eta erraztea, bai edukien antolamenduari dagokionez, bai arretaren hurrenkerari dagokionez.

Azken hamarkadan zehar, koordinazio esfortzuek eta baita integrazioek ere hainbat berrikuntza identifikatzea ahalbidetu dute eremu honetan. Argi azaltze aldera, horiek aurkeztu eta adibideak jartzea komeni da, makro, meso eta mikro mailekin bat etorriko diren hiru multzo handitan antolatuz, hain zuzen ere: egituraren eremuko estrategia eta baliabideak; zerbitzuak ematearekin zerikusia duten estrategia eta baliabideak, eta, azkenik, banan banako kasuetan arreta antolatzeari aplikatutako estrategia eta baliabideak.

### 3.1. EGITURAREKIN ERLAZIONATUTAKO KOORDINAZIO ESTRATEGIAK ETA BALIABIDEAK

Literatura espezializatuan eta, bereziki, koordinazio soziosanitarioko eredu azterketan oinarrituriko alderaketa azterlanetan nabarmentzekoak dira izen eta ezaugarri ezberdinen pean kokaturiko koordinazio eta integrazio estrategikoko formula ezberdinak. Horiek jarraian datozen taldeetatik batean edo bestean sartzen dira:

- *Eskumen integrazioa*

Integrazioaren modu garbiena da, strategiaren mailan, osasunaren eta gizarte zerbitzuen alorreko eskumenak bateratzea ekartzen duen heinean. Horiek estatu edo lurralde mailako administrazio organo berdin baten ardurapekoak izango lirateke.

#### **Ipar Irlanda: eskumen batasuna**

Ipar Irlanda arreta soziosanitarioaren integrazioaren eredutzat hartu izan da 1974an administrazio maila ezberdinetan osasun zerbitzuetan eta gizarte zerbitzuetan eskudun ziren egiturak bateratzea erabaki zuenetik. Gauzak horrela, azken hiru hamarkadetan, honako egitura eratu da:

- lurralde mailan, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Segurtasun Publikoko Sail bat;
- lurraldea zatitzen den lau zonaldeetatik bakoitzean Osasun eta Gizarte Zerbitzuen Kontseilu bat dago, haren ordezkari moduan jardunez bere eskumenen eremuko gizarte eta osasun zerbitzuak planifikatzeko, adosteko eta kontratazeko eta haien gaineko jarraipena egiteko;
- zerbitzuen antolamendua eta horiek eskaintzea zerbitzuen antolamenduz eta horiek eskaintzeaz arduratzen diren 18 *trusten* eskuetan dago: 7 patologia akutuei eskainitako ospitaleko arretarako dira, beste 6k komunitateko arreta eskaintzen dute, eta gainerako 5ek, berriz, arreta soziosanitario integratua;

2005eko azaroan, sistemaren erreforma iragarri zen, egun oraindik martxan dagoena. Hark sistema egituraren aldetik sinplifikatu nahi du:

- eskualde mailako Saila mantendu egiten da, lidergo estrategikora eta sistemaren funtzionamenduaren ikuskapenera zuzendutako funtzioak bakarrik izanez;
- lau Kontseiluak plangintza, adoste eta kontratazio funtzioak gain hartzen dituen organo bakarrarengatik ordezkatzeko dira;
- azkenik, 18 *trustak* 5 *trustengatik* ordezkatzeko dira, horiek guztiak arreta soziosanitario integratuari zuzenduta;

### **Kanada: Eskumen batasuna Quebecen**

1971n Kanadako Quebec probintziak bi sektoreak integratzearen alde egin zuen Osasun Zerbitzuei eta Gizarte Zerbitzuei buruzko Legea onartzearekin, bai maila estrategikoan, osasun eta gizarte sarea batera planifikatu eta arautuz ministerio bakarraren agintaritzapean, bai zerbitzuen antolamenduaren mailan, arreta komunitarioko zerbitzu multzoa integratzearekin –prebentzio zerbitzuak, lehen mailako arretarako osasun zerbitzuak eta espezializatorik gabeko gizarte zerbitzuak– Zerbitzu Komunitarioen Tokiko Zentroak izenekoetan (*Centres Locaux de Services Communautaires*).

- *Eskumenak deszentralizatzea eta beste esku batzuetan uztea*

Arretaren kalitatean administrazio zatiketak eta banaketak duen eragin negatiboa saiheste aldera, administrazio batzuk oinarrizko funtzio batzuk pilotatzea erabaki dute iraunaldi luzeko behar konplexuak dituzten talde jakin batzuei arreta emateari dagokionez –batez ere mendeko adinekoak–. Oinarrizko funtzio horien barruan beharrak baloratzea, arretarako banan banako plana lantzea, izaera mistoko zerbitzu multzoa diseinatzea eta horien aplikazioa koordinatzea egongo lirateke, horien gaineko erantzukizuna administrazio bakar baten eskuetan utziz. Formula hori ardurak beste norbaiten eskuetan utziz edo kudeaketa eskatuz bidera daiteke, eta balio berezia ematen dio biztanleriatik gertu egoteari. Ondorioz, ohikoena funtzio horiek toki administrazioaren eskuetan geratzea izaten da.

### **Suedia: udal erantzukizuna gizarte zerbitzuak eta osasunekoak adinekoei eskaintzeko**

Suedian, 1992ra arte, Ädel Erreforma izenekoaren urtera arte hain zuzen, hainbat eskumen gatazka jazo zen eremu soziosanitarioan, batez ere adinekoei eskainitako arretaren eremuan. Gizarte izaerako konponbide alternatiborik ez zegoenez, ospitaleetan jarraitzen zuten, nahiz eta osasunaren eremutik uste izan haien osasun egoerak ospitaleko alta jasotzea ahalbidetzen zuela.

Osasunaren alorreko agintarien (konderria) eta gizarte zerbitzuetan eskudun ziren agintarien (udalerria) arteko etengabeko liskarrak amaitzeko xedez, Ädel Erreformak adinekoei zuzendutako zerbitzu guztien gaineko eskumenak eman zizkien udalerriei, zerbitzu horien izaera soziala edo sanitarioa izan alde batera utzita. Bertan, egoitza lagunduak eta etxeko erizaintza zerbitzuak ere kokatzen ziren. Halaber, osasun irizpideari jarraiki ospitaleko alta jaso behar zuten baina ospitalean jarraitzen zuten pertsonen oheak finantzatzeko erantzukizuna eman zitzaizkien; hori ospitalean egindako egun bakoitzeko tarifa osagarria ordainduz antolatzen zen. Eskualdaketaren xede izan ez ziren eskumen bakarrak lehen mailako arretarenak eta ospitalekoak izan ziren, hau da, zorrozki osasunaren eremukotzat jo daitezkeenak.

Ondoren, eskumenak probintziaren mailatik toki mailara igarotzeko joera arretaren beste eremu batzuetara zabaldu zen. Gauzak horrela, gaur egun udalerriek lehen mailako gizarte zerbitzuak eta gizarte zerbitzu espezializatuak eta zerbitzu soziosanitarioen multzo ia osoa eskaintzeko ardura dute.

Integrazioeko estrategia horrek ondorio positibo batzuk izan ditu:

- Osasunaren ikuspegitik alta hartu beharko luketen gaixoak ospitaleetako oheetan neurritz gain egotearen arazoa txikitu egin da oso nabarmenki azken 15 urteetan zehar (konderri batzuetan baita % 50ean ere).
- Etxeko arretaren zerbitzua nabarmenki hobetu da estalduran, kalitatean eta eskainitako zerbitzu motan (batez ere etxeko erizaintza zainketak sartuz, osasun administrazioetik toki administrazioa igarotako erizaintza langileek emanikoak horiek).

**Danimarka: udal erantzukizuna gizarte zerbitzuak eta osasunekoak adinekoei eskaintzeko**

Danimarkak Suediaren kasuan deskribaturiko prozesuaren oso antzeko beste bat bizi izan du. Gauzak horrela, toki administrazio danimarkarrek bere gain hartzen dute egun adinekoentzako gizarte arreta eta arreta soziosanitarioaren multzoaren plangintza, antolamendua, hornidura eta finantzazioa, gizarte zerbitzuen eskumenen esparruan eta hori zein testuingurutan ematen den kontuan izan gabe –etxean, eguneko zentroetan, egoitza lagunduetan eta egoitza edo ostaturako beste formula batzuetan–.

- *Sektore arteko plangintza bateratua*

Maila estrategikoan koordinazioa lortzeko hirugarren bide bat jarduera bateratuko planak lantzen hastea da, osasun zerbitzuetan eta gizarte zerbitzuetan eskudun diren administrazioen artean. Plan horiek eremu material ezberdinen inguruan antola daitezke –gizarte eta osasun zerbitzuen multzoa; lehen mailako arretaren gizarte eta osasun zerbitzuen multzoa; biztanleriaren talde jakin bati zuzendutako gizarte eta osasun zerbitzuak–, eta, eremu geografikoaren arabera, estatu, lurralde edo toki mailakoak izan daitezke. Erantsitako taulan, kategoria ezberdinei dagozkien adibide batzuk jaso dira:

	Estatu maila	Lurralde maila	Toki maila
Gizarte eta osasun zerbitzuen multzoa	Irlandako Errepublika. “Eraldaketa Programa 2007-2010” ( <i>Transformation Programme 2007-2010</i> )	Kanada. “Ipar-mendebaldeko Lurraldetako Osasun eta Gizarte Zerbitzuen Jarduera Plana 2006-2010” ( <i>Northwest Territories Health and Social Services Action Plan 2006-2010</i> )  Gales. “Bizitzarako diseinatua: kalitate altuko osasuna eta gizarte zerbitzuak Galesentzako XXI. mendean” ( <i>Designed for life: Creating a World Class Health and Social Care for Wales in the 21st century</i> )	–
Lehen mailako arretako gizarte eta osasun zerbitzuen multzoa	Irlandako Errepublika. “Lehen mailako arreta. Norabide berria” ( <i>Primary Care: a New Direction</i> )	Eskozia. “Komunitateko arretaren modernizazioa. Jarduera plana” 1998 ( <i>Modernising Community Care. An Action Plan</i> ).	Ingalaterra. “Southwarkeko Ituntze Estrategia. 2007/08-2011/12 Plana” ( <i>Southwark PCT Commissioning Strategy Plan 2007/08-2011/12</i> )

<p>Biztanleria multzo jakin bati zuzendutako gizarte eta osasun zerbitzuen multzoa</p>	<p>Irlandako Errepublika. “Ikuspegi bat aldaketarako. Buruko osasunean aditu den taldearen txostena” (<i>A Vision for Change. Report of the expert group on Mental Health Policy</i>).</p>	<p>Katalunia. Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Bizitza Urteei Programa. Gales. “Buruko Osasunarentzat Esparru Nazionala: Jarduera Plana Galesentzat” (<i>The revised Adult Mental Health National Service Framework and an action plan for Wales</i>).</p>	<p>Ingalaterra. “Haurtzaroarentzako Zerbitzuen Plan Integratua Lanarkshiren” (<i>South Lanarkshire Integrated Children’s Services Plan 2005-2008</i>)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- *Finantzazio formulak*

Literatura espezializatuak eta aplikatutako formulen azterketak, badirudi arreta mistoarekin, soziosanitarioarekin eta arretaren jarraitutasun printzipioari egokitzen zaion prestazioarekin bereziki erlacionatutako finantzaziorako hiru formula nabarmentzen dituztela zenbait herrialdetan eta saiakera moduan askotan:

- Zerbitzuak moduluka batera finantzatzea, hau da, parte hartzen duen sektore bakoitzak beste sektore baten antolamenduan eta funtzionamenduan sartutako zerbitzuaren egiturak sortutako gastuaren zatia estaltzea gastu hori bere eskumenen eremuko berezko prestazioengatik erarortzen denean (ohiko adibide bat osasunaren sektoreak adinekoen arretarako egoitzetan jarritako zerbitzuaren sendagile eta erizaintza gastuak ordaintzea izango litzateke).

#### **Katalunia: Bizitza Urteei Programa soziosanitarioa**

Laguntza eta Gizarte Zerbitzuetako Erakunde Kataluniarraren eta Kataluniako Osasun Zerbitzuaren partetik zerbitzuak batera finantzatzeko sistema ezartzeagatik ezaugarritzen da. Eredu honetan arreta soziosanitarioaren kostua Osasun Sailak eta Gizarte Segurantzak estalitako osasun modulu batean eta Gizarte Ongizateko Sailak eta zerbitzuaren erabiltzaile denak elkarrekin ordaindutako finantzazioarekin erarutako gizarte modulu batean zatitzen da.

- Bigarren formula bat aurrekontu bateratuak antolatzea izango litzateke *-pooled budgets-*, biztanle talde jakin bati zuzendutako zerbitzu bat edo zerbitzu multzo bat eskaintze aldera. Formula honen abantaila osasun arretaren eta gizarte arretaren arteko oztupoak deuseztatu egiten direla da, bi prestazio motak estaltzeko fondo batzuk zein besteak erabiltzea ahalbidetzen den heinean kasu zehatz bakoitzaren beharrak gorabehera. Era berean, fondoan erabileran eta destinoan sumatutako malgutasun horrek atek irekitzen dizkie berrikuntzei zerbitzu berrien diseinuaren eremuan. Ondorioz, ez da beharrezkoa kasu bakoitzean prestazio baten gizarte edo osasun izaera zehaztea edota hura estaltzeko erantzukizuna zein administraziorena den argitzea.



### **Erresuma Batua: esparru arautzailea malgutzea aurrekontu bateratuak artikulatzea errazteko**

1999an Erresuma Batuan onartutako Osasun Legeak osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazioa erraztera zuzendutako hainbat estrategia bildu zituen 31. atalean, besteak beste zerbitzu integratuak eskaintzea eta aurrekontu bateratuak artikulatzea.

Estrategia horiek “Osasun Legearen malgutasunak” bezala ezagutzen dira, eta 2006an onartutako Osasun Zerbitzu Nazionalaren Legean sendotu egin dira. Haien babesean hainbat proiektu eta esperientzia garatzen ari dira, toki mailan nagusiki, gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen finantzazio bateratuaren eremuan.

- Hirugarren bide bat, urrunago eta eredu europarrak oinarritzat duen erantzukizun publikoko printzipioari okerren egokitzen zaiona, kapitazioaren arabera finantzazio sistema da, batez ere Estatu Batuetan eta Kanadan aplikaturikoa. Arreta eskaintzearen ardura duten herri administrazio eskudunen eta hura benetan emateaz arduratuko den entitate pribatu baten arteko akordioa da. Administrazioek alde zuzenetik behar mailaren arabera ezarritako kopuru finkoa ordaintzen diete entitate pribatuei, atenditutako erabiltzaile bakoitzeko. Aldiz, zerbitzuak eskaintzeko kontrataturiko erakundeek pertsona horientzako zerbitzuak etengabe antolatzeko ardura hartzen dute. Esparru horretan, kontrataturiko entitatea da eskaintutako zerbitzu multzoa zein izango den erabakiko duena, pertsonen beharren arabera. Horrela, ekarpen publikoaren azpitiko kostuan arreta antolatzea lortzen duenean, mozkinak eskura ditzake edo, aldiz, galerak izan arreta jarraitutasunak administrazioak finantzaturiko zenbatekoa gainditzen duenean.

### **Estatu Batuak eta Kanada: Kapitazioaren arabera aldez aurretiko ordainketa formulak**

IV. kapituluaren jasotako PACE eta SIPA esperientzien deskripzio xehatuari helduko diogu, hurrenez hurren Estatu Batuetan eta Kanadan garaturikoak.

## **3.2. ANTOLAKETAREKIN ERLAZIONATUTAKO KOORDINAZIO ESTRATEGIAK ETA BALIABIDEAK**

- *Diziplina arteko ekipoak*

Europa mailan, diziplina arteko ekipoak<sup>16</sup> zerbitzu soziosanitarioak eskaintzeko antolamenduan hedapen handieneko elementu nagusienetako bat dira dudarik gabe, eta herrialde askotan ohikoa da talde horiek izatea balorazio eta orientazio fasea gidatzen dutenak.

<sup>16</sup> Ohikoa da diziplina anitzeko taldeak eta diziplina arteko taldeak terminoak erabiltzea bereizketarik egin gabe. Aitzitik ez dira baliokideak:

- Diziplina anitzeko taldean, kasuak gorabehera, diziplina ezberdinetatik etorritako profesionalak parte hartzen dute, baina ez dute elkarren artean jarduten informazio truke soiletik haratago. Adibidea: ospitaleen eremuko barne kontsultak.
- Diziplina arteko ekipoen diziplina eta profesional ezberdinak elkarrekintzan ari dira, haien arteko mugak lausoak bihurtzea eta jardun bateratua ahalbidetuz. Ez dute zati itxi moduan jarduten.

Diziplina arteko ekipoen eraketa, normalean, bi modalitatetan antolatzen da:

- *Ad hoc* sortutako ekipoak zerbitzu jakin batean, erabiltzailearen beharren dimentsio anitzeko balorazioa egitearen eta horiei aurre egiteko zerbitzu eta prestazio egokienak artikulatzearen arduradun.

---

**Erresuma Batua: Balorazio eta Errehabilitazioko Ekipo Komunitarioak  
(Community Assessment and Rehabilitation Team – CART)**

---

Balorazio eta errehabilitazioko ekipo komunitarioak arreta soziosanitario integratuko formula dira, orain pare bat hamarkada hasitakoa eta Erresuma Batuan jada oso finkaturik dagoena. Orokorrean, osasunaren eremutik jarduten dute, eta ohikoa izaten da ospitale egitura baten mendekoak izatea antolamendu eta funtzionaltasunari dagokienez. Fisioterapiaren, lanbide terapiaren, errehabilitazioaren, erizaintzaren eta gizarte lanaren eremuko profesionalen eraturitako diziplina arteko taldeak dira, kasu kudeaketaren funtzioa gizarte langilearen eskuetan egonez normalean. Haren funtzio nagusia erabiltzailea etxera itzultzea erraztea da ospitaleko alta jaso ondoren, edota hura etxean geratzea ospitalean edo egoitzan sartu behar izatea saihestuz.

---

**Italia: Jarraikako Arretako Lantaldeak  
(Unità Operativa di Continuità Assistenziale)**

---

Jarraikako arretako lantaldeak osasunaren eremuan sartzen dira, normalean ospitaleen egituren barruan, eta haien funtzioa adineko ospitaleko alta eman ondoren eskainiko zaien arreta soziosanitarioaren gaineko jarraipena planifikatzea, antolatzea eta bermatzea izango da, udaleko oinarrizko gizarte zerbitzuekin koordinatuta. Sendagile geriatra bat eta erizaintzaren, fisioterapiaren eta gizarte lanaren eremuko langileek eratzen dute.

---

- Beste kasu batzuetan, koordinazioak zerbitzuaren eremua gaintzen du eta kanpoko ekipoa eratzen da. Hura beharren dimentsio anitzeko balorazioa egitearen arduraduna izango da. Orokorrean, lurralde edo estatu mailan ezarritako zerbitzuak izaten dira.

**Holanda: Baloraziorako Lurralde Agentziak  
(Regional Indicatie Organen)**

---

Diziplina arteko ekipo espezializatuak dira, eta haien funtzioa mendetasun egoeran dauden pertsonen beharrak baloratzea (adineko pertsonak, ezintasunen bat dutenak eta buruko gaixotasunen bat dutenak nagusiki) eta horiei aurre egiteko egoki irizten den zainketa multzoa diseinatzea da. Funtzioen artean ez dira sartzen multzoan integratutako zerbitzuak antolatu, artikulatu eta eskaintzeko lana.

---

**Italia: Dimentsio Anitzeko Baloraziorako Lurralde Unitateak Veneto Lurraldean (Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale)**

---

Unitate hauek Osasun Administrazioaren mendekoak dira. Haien funtzioa adinekoen dimentsio anitzeko beharrak baloratzea eta horiei hobeki egokitzen zaizkien zerbitzu multzoak diseinatu eta antolatzea da, lehenetasuna emanez komunitatearen eremuko hautabideei eta adinekoak ohiko etxebizitzan geratzeari. Unitatea normalean zuzendaritzaz arduratzen den pertsonaz eta hurrengo diziplinetako profesionalen eraturik egoten da: medikuntza orokorra, geriatría, erizaintza eta gizarte lana.

---

- *Diziplina anitzeko ekipeak eta egiturak*

Formula hauek lanbide arteko lankidetzan oinarritzen dira zentzurik klasikoenean. Horren bidez, erabiltzaileek behar izan ditzaketen hainbat zerbitzu eskaintzen dira.

**Frantzia: Gerontologiako Informaziorako eta Koordinaziorako Tokiko Zentroak (*Centres Locaux d'Information et Coordination Gérontologique*)**

Frantzian, 2001etik aurrera, pixkanaka ezarritako gerontologiako informaziorako eta koordinaziorako tokiko zentroak diziplina anitzeko egituraren adibide ona dira. Ez dira ekipo profesional ezberdinak sartzan diren antolamendu unitate batean erabiltzen. Aldiz, ekipo horiek, arretaren eremu ezberdinetakoak, lankidetzan estuan lan egiten duten alde aurretik ezarritako laguntza irizpide batzuk jarraituz. Denboran nahiz kopuruan alda daitezke, ekipoen izaera eta koordinazio formula honetan parte hartzen duten entitateetan bezalaxe. Diziplina anitzekoa izateko joera du, eta xedea adinekoak egunerokoaren alde guztietan orientatu eta laguntzea da, gizartearen, osasunaren, kulturaren nahiz beste gai batzuen eremuan. Landa esparruan 60 urtetik gorako 7.000 eta 10.000 pertsona artean kokaturiko biztanleria zonaldeak estaltzen dituzte, tarte bereko 15.000 pertsona hiri eremuen kasuan.

- *Leihatila bakarra*

Leihatila bakarraren sistema zerbitzuetara iristeko puntu bakarra ezartzean datza. Sistema bakarrean zerbitzu integratuen multzoari sartzan uzteko nahiko hedaturik dagoen elementua bada ere –gizartekoa edo osasunekoa–, jadanik izaera mistoko zerbitzuetara iristeko sarrera bakarra ezartzen saiatzen diren esperientzia batzuk antzematen dira.

**Italia: Leihatila bakarra Empoli distrituan**

1998an, osasun zerbitzuek eta gizarte zerbitzuek adinekoren etxean garatutako esku-hartzeen koordinazioa eta lankidetzan errazte aldera, etxeko arreta soziosanitarioko zerbitzu integratua iristeko leihatila bakarra martxan jarri zen. Hura sarrerako puntua da bai gizarte zerbitzuen aldetik, bai osasun zerbitzuen aldetik (ospitaleko antolamendua barne).

Zerbitzuak –221.787 kideko biztanleriari arreta eskaintzen dio; horietatik % 20 adinekoak dira– 4 sendagile, 9 fisioterapeuta, 54 erizain, 15 gizarte langile eta 8 teknikari soziosanitarioko taldea du.

**Holanda: Leihatila bakarra**

Herbeheretako esperientzian zehaztutako deskripzioari helduko diogu, IV. kapituluaren jasotakoa.

- *Zerbitzuak batera kokatzea*

Hainbat ebaluazio azterlanek gizarte eta osasun zerbitzuak batera kokatzearen abantailak azpimarratu dituzte, artikulazio ona bermatze aldera. Dударik gabe, egoitza berdina partekatzeak aukera eta komunikazio ohitura gehiago sorrarazten ditu eremu ezberdinetako profesionalen artean. Horrek, argi eta garbi, zerbitzuen arteko lankidetzan eta koordinazioan hobekuntzak sartzan ditu, horiek modu konbinatuan erabiltzea ahalbidetzen da, zerbitzu batzuetatik besteetara bideratzea posible da eta zerbitzu ezberdinak ematean esku hartzen duten profesionalen

jarduna artikulaturikoa da. Halaber, posible da horiek guztiek komunean dituzten oinarriko elementu batzuk bateratu edo zentralizatzea: informazioa biltzea, lehenengo arreta, eta orientazioa eta bideratze izapideak, funtsean. Bestalde, profesional bakoitzarentzat oso pizgarria izan daiteke beste eremu eta espezialitate batzuetako profesioaletara zuzenean iristeko aukera izatea, eta, normalean, beren esku-hartzeko eremutik kanpo geratzen diren arazoan eta egoeran aurrean sentsibilizazioa izatera iris daitezke. Modu horretara, erabiltzaileek eta haien senideek zerbitzuak eskuratzeko oztopo gutxiago izango dituztela, horietan sumatutako hutsuneak eskasagoak izango direla, zerbitzuen artean gainjartze gutxiago egongo dela eta denbora alde urriagoak izango dituztela bermatzen lagunduko duten sinergiak sortzen dira.

---

**Quebec: Zerbitzu Komunitarioen Tokiko Zentroak  
(Centres Locaux de Services Communautaires)**

---

Osasun Zerbitzuak eta Gizarte Zerbitzuak arautzen dituen Legearen arabera, zerbitzu komunitarioen tokiko zentro baten eginbeharra oinarriko osasun eta gizarte zerbitzu komunitarioak eskaintzen lehena izatea da. Lehen arretako zentro hauek bi sistemetan sartzeko gunea eratzen dute, eta osasun eta gizarte zerbitzu orokor eta anitzen sortara iristeko gunea eratzen duen izaera anitzeko ekipamenduan kokatzen da –iraunaldi luzeko behar konplexuak dituzten pertsonen arreta eskaintzeko egoitza bat ere badago–. Zerbitzu horiek espezializatuak eta oso espezializatuak izan daitezke.

---



---

**Danimarka: Adineko pertsonentzako arreta integratua Skaevingen**

---

Danimarkako esperientzian zehaztutako deskripzioari helduko diogu, IV. kapituluaren jasotakoa.

---

- *Arretarako sareak edo sarean egindako lana*

Arreta sare bat gizarte eta osasun motako erakunde edo entitateek osatutako talde moduan defini daiteke, bereizitako nortasun juridikoekin eta elkartuz edo lankidetzako akordioak sinatuz, elkartu gabe edo bide eta baliabideak konbinatu gabe lortzea ezinezko liratekeen hainbat helburu lortzeko.

Aliantza estrategikoko horien esparruan, antolamendu lankidetzako bertikalki nahiz horizontalki lortzen da, formaltasun handiago edo txikiagoko hainbat mekanismo dela bide: emaniko zerbitzu multzoaren jabetza komuna; zerbitzuen kontratazioa eta/edo ituntze bateratua; jardura programa bateratuen diseinua eta ezarpenean erantzukizunen banaketa; besteak beste.

---

**Irlandako Errepublika: Lehen Arretako Sarea (Primary Care Network)**

---

Irlandako Gobernuaren Osasun eta Haurtzaro Sailak erreforma garrantzitsuari ekin zion 2001ean osasun sistemaren eta gizarte zerbitzuen alorrean. Helburua pertsonen eta haien beharren arreta integralean oinarrituriko sistema lortzea izan zen. Erreforma hark, *Quality and Fairness. A Health System for You* izeneko dokumentuan biltzen diren izaera zehatzagoko beste neurri batzuen artean, lehen mailako arretaren eredu berria erakitzea erantsi zuen. Hura bi mailatan antolatu zen:

- Lehen arretako diziplina arteko ekipak.
  - Lehen mailako arreta sarea. Sare hori eremu ezberdinetan espezializatutako arreta komunitarioko beste zerbitzu profesional batzuekin –psikologia, logopedia, podologia, elikadura, gizarte lana– etengabe harremanean egonez lan egiten duten lehen mailako arretako ekipa batzuek eratutako dago. Haien lana sarearen esku-hartzerako zehaztutako eremu geografikoan garatzen da.
-

- *Arreta integratuko ibilbideak*

Arreta integratuko ibilbideak, nazioarteko literaturan “*integrated care pathways*” moduan ezagunak, edo, baita ere, “*care maps*” zainketen mapa bezala, osasunaren eremutik datoz eta diziplina arteko esku-hartze jarraibide moduan definitzen dira. Horiek toki mailan adosturikoak izaten dira eta talde jakin batek aurkeztutako behar zehatzei aurre egiteko sortutakoak dira. Literatura zientifikoak babestutako gidalerro eta ezagutzetan oinarritzen dira, horien diseinuan parte hartzen duten pertsonen ezagutzetan eta esperientzietan oinarritzen diren bezalaxe. Horren bidez, behar zehatz horiek dituztenei arreta aplikatzeko komenigarritzat jotako zainketen hurrenkera egokiena definituko litzateke. Arreta integratuko ibilbide horiek osasun nahiz gizarte zainketak bil ditzakete, administrazio eremu ezberdinetatik eta osasun eta gizarte zerbitzu ezberdinetatik eskainitakoak. Inguruabar eta egoera zehatzetan esku hartu ahal izateko jarduera jarraibide orokorra ezartzen dute, eta ondoren horiek egokitu egin beharko dira kasu zehatz bakoitzeko beharretara, banan banako balorazioaren esparruan eta kasuan kasuko pertsonarentzako eraturako arreta planaren diseinuan.

---

**Eskozia: Droga-mendetasuneko arazoak dituzten pertsonen arreta integratua eskaintzeko ibilbideak**

---

Droga-mendetasunaren arazoa duten pertsonen arreta eskaintzeko politika publikoaren esparruan, gobernu eskoziarrak formula hau hautatu du eta toki eremuan honakoa aplikatzearen alde egiten du. Ildo horretatik jarraituz, toki mailan arreta integratuko ibilbideak lantzen laguntzera zuzendutako gidak argitaratzen ditu. Gida hori droga-mendetasunaren arazoa duten pertsonentzat litzateke, oso behar zehatzak agertzen dituztenean: esate baterako, ospitale antolamenduan edo psikiatrikoetan arreta behar dutenean, haurdunaldian zehar behar duten arreta, eta abar.

---

- *Informazio eta komunikazio sistemak*

Informazio eta komunikazio sistemak (balorazio eta erregistroko baliabide komunak, datu baseak, estatistikak eta banan banako planak eta espedienteak) etengabeko hobekuntza prozesuan daude teknologia berriek behin eta berriro ekarritako berrikuntzei esker, eta hori funtsezko baliabidea da osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinaziorako.

Baliabide komunek, gainera, informazioa modu homogeen antolatzeke abantaila dute, estatistika fidagarriak lantzeko berebiziko garrantzia duen oinarri izatearekin batera. Horiek, azken batean, zerbitzu edo programa baten egokitasun maila, termino neurgarrietan, zehazten laguntzen dute.

---

**Italia: Informazioko Sistema Bateratua Espoli Lurraldean**

---

Arretarako lurralde sarearen osasun eta gizarte zerbitzu integratuetan instalatutako sistema informatikoa da, bi sektoreetako profesionalen erabiltzaileei buruzko datuak eta haien egokitu zaizkien zerbitzuei buruzko informazioa sartzeko ahalbidetuz. Halaber, beste profesional batzuk pertsona horri buruz sartutako bestelako datuak ezagutzeko aukera dago, noski, konfidentzialtasuneko irizpide batzuen esparruan beti. Hainbat abantaila ditu:

- informazioa beti eguneratuta dago;
  - eskuragarri dago linean, eta horrek zerbitzuen arteko lankidetzeta eta informazioa etengabe eskura egotea errazten du;
  - administrazio ekonomiararen printzipioari egokitzen zaio, komunikazioko eta espediente trukeko izapide burokratikoak nabarmenki gutxitzea ahalbidetzen duen heinean. Bertan, datu pertsonalak behin bakarrik bildu eta sartzeko dira, eta horrek, halaber, eragozpen gutxiago eragiten dizkie erabiltzaileei;
-

- *Elkarguneak*

Diziplina jakin bateko lanpostuak beste batek gailentzen duen testuinguruan sortzean datza. Esan daiteke diziplina ezberdinen arteko koordinazioan, arreta eremu ezberdinen artean edo zerbitzu mota ezberdinen artean neurri bateko maila bermatzeko formularik onena dela, profesional horiek askotan lotura funtzioa hartzen duten heinean. Ohiko adibide bat gizarte laneko lanpostuak sortzea izango litzateke osasun zerbitzu batean edo ospitale egitura batean.

### 3.3. **ARRETA ESKAINTZEAREKIN ERLAZIONATUTAKO KOORDINAZIO ESTRATEGIAK ETA BALIABIDEAK**

- *Beharren ebaluazio bateratua eta banan banako arreta planen diseinu bateratua*

Beharrak ebaluatzeko eta banan banako arreta planak diseinatzeko metodoak, pertsona bakoitzaren behar bereziei egokiturikoak, atenditutako pertsonari arreta egokiagoa, koordinatuagoa eta integralagoa bermatzera zuzendutako prozesuak dira definizioz, bai arreta eremu jakin bati aplikatzen zaizkionean, bai izaera ezberdineko zerbitzuak eta erakunde publiko edo pribatu ezberdinek emanikoak konbinatzen saiatzen direnean.

#### **Erresuma Batua: Baloraziorako Prozedura Bateratua (Single Assessment Process)**

---

Baloraziorako prozedura bateratua Erresuma Batuko Osasun Zerbitzu Nazionalak ezarri zuen 1999an, Adinekoentzako Arretaren Esparru Nazionala martxan jartzearekin batera (*National Service Framework for Older People*). 2002an prozedura horri egokitu beharreko gidalerroak argitaratu ziren, funtsean hiru helburu izanez:

- adinekoen beharrak diziplina artean baloratuko direla eta behar horiei ahalik eta modu egokienean erantzuteko zerbitzu multzo egokiena antolatuko dela bermatzea, eraginkortasunez eta arretaren jarraitutasun printzipioari egokituta;
  - balorazio prozedurak bikoiztea saihestea, eta ez bakarrik gizarte eta osasun zerbitzuen artean, baita sektore horien barruko zerbitzu ezberdinen artean ere;
  - dauden baliabide materialen eta profesionalen multzoaren erabilera arrazionala erraztea;
- 

- *Kasu kudeaketa*

Azken hiru hamarkadetan zehar, arretaren kudeaketak –“*care management*”– eta haren aurre-aurretik izandakoak, kasu kudeaketak –“*case management*”–, funtsezko papera izan dute iraunaldi luzeko zainketen erreformari zuzendutako esfortzuetan. Kasu kudeaketa zerbitzu aniztasunaren baloraziorako, plangintzarako, koordinaziorako eta ikuskapenerako prozesu integral eta sistematiko moduan definitzen da. Erabiltzailearentzat antolatuturikoa izaten da –normalean iraunaldi luzeko zainketen esparruan–, diziplina arteko izaerarekin. Haren esparruan izaera ezberdineko zerbitzuak konbina daitezke –gizarte eta osasunaren eremukoak adibidez– eremu ezberdinetan –etxean, komunitatean edo egoitzan–. Prozesuaren aplikazioa erreferentziako profesional moduan jarduten duen pertsona bakarraren ardura izan

daiteke, edo diziplina arteko bokazioa eta funtzionamendua duen profesional taldearen esku egon.

Formula honen inguruan dauden ikuspegi teoriko ugarien kaltetan izan gabe, esan daiteke haren helburu nagusiak jarraian zehaztuko direnak direla: hautapen aukerak eta malgutasuna areagotzea zerbitzuak ematerakoan; zerbitzuen arteko koordinazioa hobetzea, eta arretaren eraginkortasuna eta efizientzia areagotzea, nagusiki komunitatearen testuinguruan.

Kasu kudeaketa iraunaldi luzeko zainketak behar izan ditzaketen pertsonentzako zerbitzu guztiak emateak dituen arazo, zailtasun eta oztopo guztietarako konponbidez har ezin daitekeen arren, argi dago, nazioarteko literatura zientifikoak azpimarratzen duen moduan, pertsona horiek komunitatearen ingurunean geratzea errazten laguntzen duela eta, orokorrean, baita arreta sistemaren eraginkortasuna eta efizientzia hobetzen laguntzen ere.

Arreta soziosanitarioaren esparruan, kasu kudeaketak funtsezko papera betetzen du esku-hartze multzoaren koordinazioan, batez ere ospitalean sartu beharrari aurrea hartuz edo komunitatearen inguruetiko lekualdaketak egoki antolatzerakoan ospitaleko alta jasotzearen ondotik. Hain zuzen ere, Europako testuinguruan irudi profesional bat orokor bihurtzen ari da, eta haren funtzioa horrelako arreta mota antolatzea da, normalean ospitale egituretatik bertatik (*discharge manager*).

---

#### **Austria: Komunitatearen ingurunera lekualdatzeko programa**

---

Adibide ona erreferentziako profesionalaren irudia edo lekualdaketa soziosanitarioetan oinarrizkoa den profesionalarena izango litzateke. Hura Vienan, Hartmann Ospitalearen eta Gurutze Gorriaren artean, ospitaleak emaniko alta kudeatzeko eta pertsona horiek komunitatearen ingurunera itzultzea ahalbidetzeko sortutako programaren esparruan sortu zen. Funtsezko kokapena du ospitaleko egituren eta etxez-etxeko zainketen, soziosanitarioak normalean, artean. Halaber, edozein lekualdaketan egon daitekeen edozein zailtasun edo izapide inplizitu koordinatzen du. Pertsona horri ospitaleak, gizarte zerbitzuek, erabiltzaileak edo senideek dei egin diezaioke, haren laguntza beharrezkotzat jotzen denean lekualdaketari berari dagokionez nahiz ospitaleko alta jaso ondoren etxean jaso beharreko zainketen antolamenduari dagokionez.

---

### **III. KAPITULUA**

ARRETA SOZIOSANITARIOA EAEn



## 1. ESPARRU JURIDIKOA

Jarduketa eremu publiko ezberdinetatik etorritako esku-hartzeen antolamendua eta koordinazioa bermatzeko beharra geroz eta handiagoa da, askotan mendetasun edota gaixotasun kroniko edo terminaleko egoerei uztartutako iraunaldi luzeko zainketa beharrei egoki erantzun ahal izateko. Ondorioz, pixkanaka, testu juridikoetan zehazki islatzen ari da hori guztia. Joera hori geroz eta nabarmenagoa da, nahiz eta oraindik nahiko ahula, eta nazioarteko eremuan nahiz Estatu mailan eta maila autonomikoan ikus daiteke. Halaber, sektore anitzari buruzkoa izan daitekeen arren, adibidez osasunaren, gizarte zerbitzuen, etxebizitzaren, enpleguaren edo hezkuntzaren eremuei buruzkoa, lehenengo biak dira dudarik gabe zuzenean harrapatzen dituenak.

### 1.1. NAZIOARTEKO JOERAK

Nazioarteko erakunde garrantzitsuenak gaiaren inguruan mintzatu dira, eta horrek, argi eta garbi, gaiaren garrantzia eta egungo eta etorkizuneko egoerek gobernu mailetan sortzen duten kezka islatzen du. Egia da osasun eta gizarte sektoreen arteko koordinazioa sendotzearen aldeko oso adierazpen oso orokorrak izan direla. Hala eta guztiz ere, horiek interpretatzerakoan komenigarria da kontuan izatea aplikazio eremua testuinguru geografiko eta soziopolitiko oso anitzetara zabaltzen direla eta, ondorioz, edukiak ezin direla kutsu oso orokorrekoak besterik izan.

#### 1.1.1. *Nazio Batuen Erakundeak*

Nazio Batuen Erakundeak, azken hamarkadetan zehar, hainbatetan egin izan baditu ere osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazio maila egokiaz gozatzeko behar berezia duten taldeen eskubide eta beharren inguruko adierazpenak, –batez ere adinekoak<sup>17</sup> eta ezintasunen bat dutenak<sup>18</sup>–, esku-hartze eremu ezberdinen antolamenduari eginiko aipamen garbiena ez da orain dela gutxi arte egin izan, hain zuzen ere “*Adinekoentzako iraunaldi luzeko programei buruzko nazioarteko adostasunerantz*” izeneko

---

<sup>17</sup> Zahartzeari buruzko Nazioarteko Jarduketa Plana, Vienan, 1982an, egindako Zahartzeari buruzko Mundu Mailako Batzarrak onartua; Nazio Batuen Erakundearen Printzipioak Adinekoentzat, 1991n onartutakoak; Zahartzeari buruzko Adierazpena, 1992ko urriaren 16koa.

<sup>18</sup> 2006ko abenduaren 13ko Batzar Nagusiak onartutako azken testua Ezintasuna duten Pertsonen Eskubidei buruzko Konbentzioa da.

dokumentua Osasunaren Munduko Erakundearen Zahartze eta Osasun Programaren esparruan aurkeztearekin batera. Testu horretan gaiaren inguruko jarduketa planak garatzeko printzipio gidariak proposatzen dira, besteak beste beharrezko azpiegituren eremuan bereziki garrantzitsua den bat. Hain zuzen ere, zera ezartzen du: *“Jarduketa plan berriak arreta handiz egituratu beharko dira, zainketen hornidura zatitzea saihesteko, zerbitzuaren hutsuneak aztertu eta konpontzeko eta adabakirik gabeko zainketa sistema eraikitzeko”*.

Ondoren, eta programa testuinguru argiagoan jada, Zahartzeari buruzko Madrilgo Nazioarteko Jarduketa Planak, 2002koak, espresuki gomendatzen du 3. helburuan, adinekoak atenditzeko osasun arreta jarraitua eratzeari buruzkoan, lehen mailako arretarako osasun zerbitzuak, iraunaldi luzeko zainketa zerbitzuak, gizarte zerbitzuak eta komunitateko beste zerbitzu batzuk hobetu egin behar direla. Halaber, zerbitzu gerontologiko espezializatuak ezartzea eta jarduerak osasuneko lehen mailako arreta zerbitzuekin eta gizarte laguntzako zerbitzuekin duten koordinazioa perfektionatzea gomendatzen du.

### 1.1.2. **Europako Kontseilua**

Europako Kontseilua ere mintzatu da esku-hartze eremu ezberdinen arteko koordinazioaren gainean eta, Nazio Batuek egindako modu berean, talde zehatzen arretarako gomendioen esparruan egin du. Hark esandakoa, halaber, orokorra izan da zehatza baino.

Horrela, Ministro Batzordeak Estatu Kideei Mendetasunaren inguruan egindako 9. Gomendioan (98), 1998ko irailaren 18koa hura, Europako Kontseiluak honela definitzen du mendetasuna: *“autonomia fisikoa, psikikoa eta intelektuala falta izateari edo galdu izanari uztartutako arrazoiengatik egoera jakin batean dauden pertsonen egoera. Asistentzia eta/edo laguntza behar garrantzitsuak dituzte, eguneroko bizitzako ohiko jarduerak egin ahal izateko eta, batez ere, zainketa pertsonalari buruzkoak garatzeko”*. Lehentasun modura, mendetasun egoeran dauden pertsonak ohiko etxebizitzan atenditzea ezartzen du, zera adieraziz horri buruz:

*“Bere etxean bizi eta eguneroko jarduerak garatzeko asistentzia eta/edo laguntza behar duten mendeko pertsonak, edo haien egoerak zainketak eskatzen baditu, etxean laguntza hori jasotzeko eskubidea dute posible denean.*

*Zerbitzu horiek guztiak osagarriak izan beharko dira beren artean. Beharrezkoa da ospitaleen sektorea, etxez etxeko arretaren sektorea eta sektore soziala elkarren artean koordinaturik egotea, mendeko pertsonak etxean egoteko aukera izan dezaten eta etxez etxeko laguntza lor dezaten. Halaber, horiek erakundeen eskuetan uztea saihestu edo atzeratuko da horri esker”*.

Adierazpen horiek eginda, Europako Kontseiluak mendeko pertsonentzako arreta integralaren oinarriko elementu batzuk bere egiten ditu eta, zainketen kalitatea bermatzeari buruz, zera eransten du: *“Esku-hartzaile ezberdinen artean lankidetzeta eta informazioa trukatzeta funtsezkoa da zainketa egitura ezberdinen arteko jarraitutasuna bermatzeko”*. Jarraitutasun horrek pertsonaren behar bereziei eta inguruabarrei emaniko arreta egokitzea bermatzen du.

Modu osagarrian eta data berdinean, Ministro Batzordeak 11. Gomendioa (98) egin zien Estatu Kideei gaixotasun kronikoak dituzten pertsonen osasun arreta antolatzeari buruz. Bertan, zehazki, zerbitzu koordinazioari buruz eta arreta eremu ezberdinei buruz hitz egiten da, jarraian zehaztuko den moduan:

*“Beharrezkoa izango da osasun arreta orokor eta osoko politikak lantzea gaixo kronikoentzat. Politika horiek hurrengo ezaugarriak bete beharko dituzte:*

- a) *Arreta zerbitzu multzo egokia bermatzea, aldi berean komunitatean eta gaixooan oinarrituz.*
- b) *“Sendatzearen” eta “zaintzearen” arteko oreka berrezartzea, berregokitzapena behar duten gaixo kronikoei zuzendutako arreta zerbitzuak eta iraunaldi luzeko arreta sendotzeko.*
- c) *Osasun zerbitzuen eta gizarteko arteko sektore arteko lankidetzaz piztea, ez bakarrik gaixoen mailan, baita erakundeetako dagokienez ere.*
- d) *Etxean, ospitalean eta erakundeetan emaniko arretaren arteko loturak erraztu”.*

Kontseiluak, halaber, urtebete eskas igarota hitz egin zuen berriro, gaixotasunaren fase terminalean dauden pertsonentzako arretaren esparruan. Horretarako 1.418 Gomendioa (1999) egin zuen, 1999ko ekainaren 25ean, Gaixo Terminalen eta Hiltzorian daudenen Giza Eskubideak eta Duintasuna Babestekoa. Ondoren, 2003an mintzatu zen berriz ere, zainketa arintzaileen antolamenduari buruzko 24. Gomendioarekin. Haren esparruan adierazi zuen zainketa arintzaileen helburua gaixotasun aurreratuari uztartutako alde fisikoak, psikikoak eta izpiritukoak aztertzea dela, eta, aniztasun horrekin koherentzia gordez, beharrezkoa da kualifikazio altuko ekipora, diziplina anitzekoa eta profesional antitzekoa, modu koordinatuan iristea. Estatuari beharrezko neurriak har zitzatela gomendatu zitzaizen, nagusiki zerbitzuen antolamenduari eta langileak prestatzeari dagokionez, behar horiei aurre behar bezala egin ahal izateko.

### 1.1.3. **Europar Batasuna**

Hura arautzen duten Tratatuarekin bat etorritik, Europar Batasunak ez du eskumenik gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen alorrean. Gauzak horrela, estatu kideak dira jarduketara eremu horien ardura gordetzen dutenak eta eskumenak garatzen dituztenak. Ondorioz, ezin esan daiteke gai horien alorreko politika europarrak dagoenik, ezta koordinazio soziosanitariorako politika europarrak edota iraunaldi luzeko zainketak antolatzea zehazki orientaturik dagoen politikarik ere. Aurrekoaren kaltetan izan gabe, Batasunak eragina zeharka izateko aukera du esku-hartze eremu horietan, politiketako batzuk eragin nabarmena –hori da, adibidez, Europako gizarte politikaren esparruan garatutako jardueren kasu zehatza– izan dezaketen heinean eta, halaber, estatu kideen arteko lankidetzaz esparrua bultzatzearen alde egin dezakeen heinean, kasu honetan gertatu den moduan. Horrela, gai horien alorreko subiranotasuna erabat errespetatuko litzateke.

Arreta soziosanitarioaren kasuan, abiaburua 2000 urtean kokatzen dela esan daiteke, Lisboako Kontseilu Europarrak, *“Gizarte babesa modernizatzeako estrategia adostua”* izeneko Batzordearen Komunikazioari erantzunez, Europako gizarte eredu modernizatzeako eta hobetzeko agenda ezartzeari ekin zionean. Hura ez zen Batasunaren esku-hartze zuzenean bakarrik oinarritu, subsidiariorako printzipioarekin errespetuzkoa zen nazioarteko lankidetzaz sistemari ere oinarritu baitzen.

Lisboako Kontseilua eta gero, eta hartan lortutako akordioekin koherentzia gordez, 2001ean egindako Gotenburgoko Kontseiluak adinekoen osasun eta gizarte arretaren eremuko orientabidea hartzea proposatu zuen “koordinazioko metodo irekia” izenekoaren esparruan. Hark, subsidiariorotasun printzipioan oinarrituz, gai eta erronka garrantzitsuak elkarrekin jorratzea ahalbidetu zien estatu kideei, ondoko herrialdeetan garatutako esperientzia eta praktika onekin elkar aberastea ahalbidetzearekin batera. Horrek, gainera, ez zuen esan nahi estrategia nazional propioa definitzeari ezezkoa ematen ziotenik.

Gotenburgoko Kontseiluan egindako proposamenak Batzordearen 2002ko abenduaren 5eko Komunikazioan zehaztu ziren, hain zuzen ere gaitzat honakoa zuenean: *“Osasun laguntzaren eta adinekoentzako arretaren etorkizuna”*. Testu horretan Batzordeak demografia zahartzeak sistemen gain izango zuen eragina sartu zuen erronka komun barruan, eta, haren esparruan, koordinazio soziosanitarioaren beharrari dagokionez, zera adierazi zuen:

*“(…) adin kategoria horietako pertsona kopurua areagotzeak eskaera berriak eragiten ditu iraunaldi luzeko laguntzaren eremuan. Hain zuzen ere, adinarekin zerikusia duten gaixotasunek iraunaldi luzeko zainketak (ambulatorioak, egonaldi luzeetarako unitateetan eta laguntza psikiatrikoko unitateetan) behar dituzte eta hirugarren pertsona batzuen mende egotea ere ekar dezakete. Zainketa horiek ez dira osasun sistema “klasikokoak” izaten, osasun eta gizarte sektorekoak baizik. Bestalde, familia egitura txikiagoen eta egonkortasun gutxiagokoaren kopurua areagotzeak solidaritateko familia sareekin amai dezake, familien barruan emaniko zainketak zailduz. Ondorioz, iraunaldi luzeko laguntza behar duen pertsona kopurua garrantzitsua izatera iristen bada, eta kontuan izanda emakumeen lan tasa areagotzen ari dela (formaltasunik gabeko zainketak ematen dituztenak izaten dira), eskaintza zehatza sortzea egoki litzateke. Ondorioz, erraz ulertuko da eremu horretan eskaintzaren antolamenduari uztartutako faktoreek berebiziko garrantzia dutela”*.

2002ko martxokoartzeko Kontseilu Europarrak proposatutako orientabideak onartu zituen eta, ondoren, estatu kideek adostutako helburuak lortzeko hartutako neurriak jakinarazi zituzten. Informazio hori Batzordeak eta Kontseiluak elkarrekin egindako txostenean argitaratu zen: *“Estrategia nazionalak babestea osasun laguntzaren eta adinekoen arretaren etorkizunaren alde”*. Txostena 2003ko martxoaren 10ean aurkeztu zuten, eta urte berdineko maiatzaren 27an Batzordearen Komunikazioak sendotu zuen. Haren izenburua honakoa izan zen: *“Lisboako strategiaren dimentsio soziala sendotzea: koordinazioaren metodo irekiaren arrazionalizazioa gizarte babesaren eremuan”*.

Hurrengo urratsa Europako Parlamentuaren 2004ko martxoaren 11ko Ebazpenean islatu zen, hain zuzen ere, *“Adinekoei eskainitako osasun laguntza eta arreta: estrategia nazionalak babestea gizarte babeseko maila altua bermatzeko”* gaian txosten bateratuaren proposamenari buruzkoan. Bertan, osasunaren eta iraunaldi luzeko zainketen alorrean lankidetzaren sendotzearen aldeko deia egin zen, eta Batzordeari eremu horretako proposamenak aurkezteko eskatu zitzaion. Halaber, Kontseiluari eremu horretan koordinazioko metodo irekia aplikatzea ahalbidetzen zion, helburu komunak hartuz. Agindu hori betez, Batzordeak *“gizarte babesa modernizatzea, kalitatezkoa, irigarria eta iraunkorra izango den osasun laguntza eta iraunaldi luzeko laguntza garatzeko: estrategia nazionalentzako babesa koordinazioko metodo irekiaren bitartez”* xederantz orientatutako Komunikazioa aurkeztu zuen 2004ko apirilaren 20an. Bertan, eskaintza garatu eta modernizatzeako eta laguntza finantzatzeko helburu

komunak proposatu ziren, estatu kide bakoitzaren partetik berezko estrategia nazionalak definitzearekin bateragarri. Gai horretan politika nazionalak koordinatzea batu egiten zen horrela gizarte babesaren beste hiru eremu handiekin –pentsioak, gizarteratzea eta enplegua–, koordinazio indartuaren xede jada 2000tik aurrera.

Laguntza sistemak garatzeko helburu komun horien esparruan, azpimarratzekoak dira koordinazio soziosanitarioarekin zerikusi zuzena duten hurrengo aurreikuspenak:

- Adinekoen beharrei egokituriko zainketak eskaintzea, batez ere gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen arteko koordinazio sendotuaren bitartez, bai lehen mailako arretaren mailan, bai arreta espezializatuarenean eta ospitaleko arretarenean.
- Garaiz jardutea eta laguntza prozesuen hasieran tratamendu garestiak erabiltzea gutxitzea ahalbidetzen duten prebentzio eta orientazio politikak garatzea, batez ere ospitale laguntza eta laguntza intentsiboari dagokienez. Halaber, laguntza zerbitzuak ematearen arduradun diren administrazio eta antolamendu ezberdinen arteko koordinazioa sendotuko litzateke helburu horrekin: lehen mailako zainketak, ospitaleko egiturak, gizarte zerbitzu komunitarioak.

Prozesu honen faseen artetik denboran gertuenekoa dena Batzordearen 2005eko abenduaren 22ko Komunikazioarekin gauzatu da. Hark *“Gizarte babeseko politiken eta Europar Batasunean sartzearen arteko koordinazio irekirako esparru berria”* izena hartu zuen, eta truke horiek garatzeko esparru sinplea sortzeko proposamenak ezarri zituen. Esparru hori sendoagoa eta nabariagoa izango litzateke eta politikak gauzatzeari garrantzia handiagoa emango lioke, Lisboan berraztertutako strategiarekin positiboki jardunez elkarrekin. Koordinazio irekirako esparru berri horren helburu zehatzen artean eskuratzeko modukoak, kalitatezkoak eta bideragarriak diren osasun arreta eta iraunaldi luzeko zainketak bermatzea jaso zen. Horretarako, funtsezkotzat jo zen honakoa:

*“- Guztiei osasun egokia eta iraunaldi luzeko zainketak eskuratzeko aukera bermatzea, eta zainketa beharrak gaixoak txirotasunera eta mendetasun finantzariora eramango ez dituela ziurtatzea. Osasunaren eremuko zainketak eta emaitzak eskuratzeari dago-kionez, bidegabekeriak jorratzea.*

*- Osasun arretaren eta iraunaldi luzeko zainketen kalitatea bultzatzea eta zainketak gizartearen eta pertsonen behar eta lehentasun aldagarrietara egokitzea, batez ere nazioarteko praktika egokiak islatuko dituzten kalitate arauak ezarriz eta osasunaren profesionalen, gaixoen eta zainketez gozatuko dutenen erantzukizuna areagotuz.*

*- Osasun arretak eta iraunaldi luzeko eta kalitatezko zainketek eskuragarriak eta bideragarriak izaten jarraituko dutela bermatzea, bizimodu osasuntsu eta aktiboak, laguntzaren sektorerako onak izango diren giza baliabideak eta baliabideen erabilera arrazionala bultzatuz. Horretarako, batez ere, erabiltzaileentzat eta hornitzaileentzat egokiak izango diren pizgarriak, gobernazio ona eta laguntza sistema eta erakundeen arteko koordinazioa jarriko dira”.*

## 1.2. EAEren ESKUMENAK

Euskal Autonomia Erkidegoko arreta soziosanitarioa arautzen duen arautegia aztertu aurretik, interesgarria da egoeran agertzen diren bi eremuentzako indarrean dagoen eskumen banaketari arreta ematea, hau da, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen

eremuan dagoen banaketari. Gai honek arreta berezia merezi du, bakoitzean alde oso esanguratsuak agertzen direlako, bai Estatuaren eta Autonomia Erkidegoaren arteko eskumen banaketari dagokionez, bai Autonomia Erkidegoaren barruan euskal herri administrazio ezberdinen artean egiten denari dagokionez.

### 1.2.1. ***Estatuaren eta Autonomia Erkidegoaren arteko eskumen banaketan dauden aldeak***

**Osasunaren eremuari** dagokionez, 1978ko Konstituzioak, osasuna babesteko eskubi-dea zehaztu eta botere publikoei osasun publikoa antolatu eta tutoretzapean jartzeko betebeharra egokitu ondoren gizarte eta ekonomia politiken printzipio gidarien artean, horretarako prebentzio neurriak jarri eta beharrezko prestazio eta zerbitzuak antolatuz, Estatuari ematen dizkio osasunaren oinarri eta koordinazio orokorraren (149. artikuluko 1.16 atala) eta Gizarte Segurantzaren oinarriko arautze eta erregimen ekonomikoa zehaztearen alorreko eskumen eskusiboak –zerbitzuak Autonomia Erkidegoek ematearen kaltetan izan gabe (artikulu bereko 1.17 atala)–, ezarritako betebeharra betetzea posible izan dadin. Aldiz, Autonomia Erkidegoei osasunaren eta higienaren eremuko eskumenak gain hartzeko aukera onartu zien (148. artikuluko 1.21 atala).

Horrela egokituriko eskumenak gauzatzerakoan, Estatua gaiaren inguruko jarduketa esparru orokorra ezartzen aritu da, nagusiki apirilaren 25eko Osasunaren 14/1986 Lege Orokorra eta ekainaren 20ko 1/1994 Errege Dekretu Legegileak onartutako Gizarte Segurantzaren Lege Orokorraren Testu Bategina onartzearekin eta orain dela gutxiagokoa den Osasun Sistema Nazionalaren Kohesio eta Kalitatearen maiatzaren 28ko 16/2003 Lege esanguratsua onartzearekin.

Bestalde, Euskal Autonomia Erkidegoak, Konstituzioaren testuak egokituriko eskumena erabiliz, osasun eta higienaren eremuko eskumenak gain hartu zituen Autonomia Estatutuaren 18. artikuluan ezarritako baldintzetan:

- Barne osasunari dagokionez, legearen garapena eta Estatuaren oinarriko legea gauzatzea.
- Gizarte Segurantzari dagokionez:
  - Legearen garapena eta Estatuaren oinarriko legeria gauzatzea, haren erregimen ekonomikoa eratzen duten arauak salbu.
  - Gizarte Segurantzaren erregimen ekonomikoaren kudeaketa.
- Farmaziako produktuen alorrean, Estatuko arautegia gauzatzea.
- Aurreko gaiekin zerikusia duten zerbitzu guztien antolamendua eta administrazioa.
- Osasunaren eta Gizarte Segurantzaren alorreko erakundeen, entitateen eta fundazioen tutoretza, Estatuaren ikuskerapean egoteko utzitakoak salbu.

Adierazi berri denari kontrajarriz, **gizarte zerbitzuen eremua** ez zen Estatuaren eta Autonomia Erkidegoaren arteko eskumen banaketaren xede izan, Konstituzioaren testuak ez baitio hari gaiaren alorreko eskumenik ematen. Aldiz, testuak, 148.1.20 artikuluan, eskumen horiek autonomia erkidegoek gain hartzearen aukera aurreikusten du. Horixe egin zuen Euskal Autonomia Erkidegoak, Autonomia Estatutuaren 10. artikuluan,

hurrengoek gaineko eskumen eskusiboak gain hartzean: gizarte laguntzaren (12. atala), fundazioen eta laguntza izaerako elkarteek gaineko eskumenak, horien jardun nagusia Euskal Autonomia Erkidegoan garatzen den heinean (13. atala); adin txikikoak babestu eta tutoretzapean izateko erakundeek antolamenduaren, erregimenaren eta funtzionamenduaren gaineko eskumenak (14. atala), eta garapen komunitarioaren, emakumearen, eta haur, gazte eta adinekoen politiken gaineko eskumenak (39. atala).

Adierazi berri denak esan nahi du Estatuak ezin duela Autonomia Erkidegoaren gizarte zerbitzuen eremuan esku hartu, bere eskumen eskusiboen babesean ez bada behinik behin, *“edozein espainolek dituen eskubideak eta Konstituzioak ematen dizkion eginkizunak betetzeko beharrezkoa den egoera arautzeko”* (Konstituzioaren 149.1.1 artikulua), edo, bestela, *“hiritar guztien ongitasunak hala eskatzen duenean, Estatuak eman ditzake lege batzuk erkidego autonomoek jarritako legeak harmonizatzeko, nahiz eta legeok hauen esku dauden gaiak arautu”* (Konstituzioaren 150.3 artikulua).

Hain zuzen ere, hura izan da, 149.1.1 artikulua, Autonomia Pertsonala Sustatzeari eta Besteren Laguntza behar duten Pertsonen Jaramon Egiteari buruzko abenduaren 14ko 39/2006 Legea onartzeko oinarritzat hartu izan dena. Horixe zehazten da, hain zuzen ere, Konstituzioak ezarritako oinarriari buruzko zortzigarren azken xedapenean, baina, zehazkiago, Arrazoiketari zera adieraztean:

*“...Estatuak eskumen eskusiboak ditu espainiar guztien berdintasuna bermatzeko oinarritzako baldintzak arautzeko, eskubideak erabili eta Konstituzioaren betebeharrak betetzeari dagokionez (EKren 149.1 artikulua). Horrek justifikatu egiten du lege honek autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun egoeran dauden pertsonen oinarritzako baldintzak arautzea Autonomiarako eta Mendetasunaren Arretarako Sistema sortzeari bitartez. Horretarako, herri administrazio guztien lankidetzari eta parte-hartzea izango da, eta erabateko errespetua izango zaio haiek, Konstituzioaren 148.1.20 artikulua garatuz, gizarte laguntzaren alorrean hartutako eskumenei.*

*Legeak gutxienezko babes maila ezartzen du, Estatuko Administrazio Orokorra definiturikoa eta finantzarioki bermaturikoa. Halaber, babesaren bigarren maila bat bezala, Legeak Estatuko Administrazio Orokorren eta autonomia erkidegoen arteko lankidetzari eta finantzazio erregimena jasotzen ditu. Horretarako, Legeak zehaztutako gainerako prestazio eta zerbitzuen garapen eta aplikaziorako hitzarmenak sinatuko lirateke. Azkenik, autonomia erkidegoek herritarren babeserako hirugarren maila osagarri bat garatu ahaliko dute, horrelakorik egokitzat jotzen badute.*

*Lege honen xedearen izaerak berak konpromiso eta jardun bateratua eskatzen ditu botere eta erakunde publiko guztien partetik, beraz, autonomia erkidegoekin koordinaturik eta lankidetzan aritzea funtsezko elementua da. Hori dela eta, legeak hainbat lankidetzari mekanismo ezartzen ditu Estatuko Administrazio Orokorren eta autonomia erkidegoen artean. Horien partetik Autonomiarako eta Mendetasunari Arreta emateko Sistemaren Lurralde Kontseiluen sorrera azpimarratu behar litzateke. Haren barruan administrazio arteko lankidetzari esparrua adosteko funtzioak, katalogoko zerbitzuen intentsitate, prestazio ekonomikoek baldintzak eta zenbatekoa, onuradunek zerbitzuen kostuan izango duten parte-hartzearen irizpideak edo mendetasun egoera onartzeko baremoa bezalako aldeak garatu behar dira administrazioen artean hartutako akordioek bitartez. Alde horiei esker posible izan behar da ondoren Sistema hedatzea autonomia erkidegoekin kasuan kasuko hitzarmenak sinatzeari bitartez. Gauzak horrela, bada, xedea eredu berritzailea, integratua eta administrazio arteko lankidetzari eta eskumenei errespetuan oinarriturikoa garatzea litzateke, eskumen esparrutik abiatuta”.*

Legearen artikuluetan, jarduketa formula hori I. Tituluaren I. Kapituluaren zehazten da, hain zuzen ere Autonomiarako eta Mendetasunaren Arretarako Sistema eratzeari buruzkoa den horretan. Esparru horretan, 9, 11 eta 12. artikuluek Estatuko Administrazio Orokorren, autonomia erkidegoen eta toki erakundeen parte-hartzea arautzen dute hurrenez hurren, eta hori guztia artikulatzea Autonomiarako eta Mendetasunaren Arretarako Sistemaren Lurralde Kontseiluaren eskuetan uzten da. Kontseilu horren baitan, Estatuko Administrazio Orokorrek eta autonomia erkidegoek administrazio arteko lankidetzara esparrua adostuko dute eta, ondoren, autonomia erkidego bakoitzarentzat garatuko da, helburuak, bideak eta baliabideak adosteko kasuan kasuko alde biko hitzarmenen bitartez. Horiek Sistemaren zerbitzuak eta prestazioak aplikatzeko balio izango dute, Estatuak bermatutako gutxieneko maila areagotuz.

Mendetasun Legea izenarekin ezagutu ohi den eskumen babes hori zalantzan jarri izan da, bai doktrinaren eremutik, bai, batez ere, alderdi politiko eta legebiltzarreko talde batzuen partetik. Azken horien kasuan, errefusatzeko adierazitako arrazoiak bi izan dira nagusiki: lehenengoaren arabera, 149.1.1 artikulua ez da eskumenak egokitzeko titulua, eta ex post moduko ziurtapena dagoenean bakarrik erabili daiteke –hau da, autonomia erkidegoaren jardunak, bere eskumenak erabili ondoren, benetako desberdintasunak eragin baditu Konstituzioa eskuan izanda–. Kasu horretan, Estatuak desberdintasun horiek bertan behera uzteko oinarritzko baldintzak ezartzeko aukera izango luke, baina ezinezkoa litzateke hori prebentzio modura egitea, hau da, desberdintasuna jazo aurretik egitea. Aipatutako bigarren arrazoiak da artikulua hori ezin hel daitekeela Estatuak eskumen titulurik ez duen gai bat arautzeko.

Hori, ordea, ez zen Estatu Kontseiluaren iritzia izan gaiaren inguruan adierazpenak egitean 2006ko martxoaren 23an. Orduan, garai hartan Aurreproiektu<sup>19</sup> zenak Konstituzioaren

<sup>19</sup> Estatu Kontseiluaren irizpenean bildutako arrazoiketaren oinarritzko elementuak:

**“(…) C. Konstituzioaren 149.1.1 artikulua**

(…)

*Aurreproiektuaren arautzeak –lehen aipatutako 1.579/2005 irizpenean kontsultapean jarritakoa bezalaxe– ez ditu eskumen, muga, betebeharrak, prestazio, premisa edo aurrekontuak arautu nahi eskubide edo betebeharrak zehatzaren alorrean, baizik eta Konstituzioak ezarritako eskubide eta betebeharrak betetzearen alorrean eskubide eta betebeharrak horiek gauzatzeko zailtasun bereziak dituen biztanleriaren zati baten alorrean. Are gehiago esatearren, pertsona horiek zailtasunak dituzte eguneroko bizitzaren oinarritzko jardura batzuk garatzeko.*

*Zentzu horretan, Auzitegi Konstituzionalak adierazi du 149.1.1 artikulua “Konstituzioak onartutako eskubideekin lotura estua, zuzena edo zeharkakoa eta presazkoa duten inguruabarrak bakarrik estaliko dituela” (AKE 164/2001). Aipatutako 149.1.1 artikulua erabilitako hitzen helmena mantsoki aztertzen hasi beharrik izan gabe, Estatu Kontseiluak uste du atal horrek Aurreproiektuan landutako arautegia babesten duela; haren xedea “zeharkako” arautzea da, Konstituzioaren 49 eta 50 artikuluen aurreikuspenekin bat datorrena –Konstituzioak herritar guztiei onartzen dizkien eskubideei dagokionez–, eta, are urrunago joanez, gizakiaren duintasuna bereziki ahulak diren egoeretan bermatzeko gutxieneko jarreraren bermearekin bat dator (10. artikulua). Halaber, Konstituzioak bermatutako askatasunaren, berdintasunaren eta osotasun fisiko eta moralaren eraginkortasunarekin ere bat egiten du (9.2, 14 eta 15 artikulua). Horrekin batera, kasu honetan, Tratatuaren eta Espainiak berretsitako nazioarteko akordioetan onartutako eskubideak aipa daitezke, Konstituzioaren 10. artikulua interpretazio kanonik zahartzurikoak (horrela, Giza Eskubideen Adierazpen Unibertsalaren 22. eta 25. artikulua aipa daitezke, adierazitako 10. artikulua horretan espresuki aipaturikoak).*



babesa zuela adierazi zuen jarraian zehazturiko moduan: “Berdintasun esparrua ezartzeak, pertsona horiei Konstituzioak onartutako eskubide eta betebeharrak erabiltzea bermatzeko oinarritzeko baldintza batzuk arautzearen bitartez, estaldura du Konstituzioaren 149.1.1 artikuluan”.

Testua Legebiltzarrak onartu zuen eta indarrean jarri zen 2007ko urtarrilaren 1ean. Nafarroa izan zen Gobernutik nahiz Legebiltzarretik Konstituzioaren kontrako izateaga-

.../...

*Azken batean, hemen kontua da mendetasun egoeran daudenen oinarritzeko jarrera juridikoetan berdintasuna bermatzeko oinarritzeko baldintzak arautzea, haiek Konstituzioak ezarritako eskubideak eta betebeharrak erabil ditzaten. Izan ere, eskubideak eta betebeharrak benetan erabiltzea da, hain zuzen ere, mendetasun egoeran oztopaturik dagoena (Aurreproiektuaren 4. artikulua bereziki argia aipatutako zeharkako izaerari dagokionez).*

*Horri dagokionez, Mendetasunaren Liburu Zuriak argi uzten du II. kapituluaren gure ordenamenduak ezintasuna ulertzeko moduan ikuspegi eta estrategia berriak biltzeko joera izan duela. Hura oinarritzeko, ezintasunen bat duten pertsonen adierazitako desabantailen jatorria zailtasun pertsonaletan ez ezik, gizarteak berak jarritako mugetan ere badagoela adierazi da. Hura hauen erabateko parte-hartzeari eta eskubideen erabilera osoari kontrajarriko litzaioke. Horrela, pertsonen arteko berdintasuna benetakoa eta eraginkorra izateko, eta ez bakarrik formaren aldetikoa, eskubideak erabateko erabiltzea errazteko baldintzak sustatu behar dira. Ildo horretatik jarraituz, azpimarratzekoa da mendetasun funtzionala duten pertsonen gainerako pertsonen eskubide, askatasun eta betebeharrak zibil eta politiko berdinak dituztela juridikoki (ezintasun epaietatik eratorritako mugen kaltetan izan gabe). Aitzitik, praktikara igarota, egoeraren ahultasunak zaildu egiten du eskubide horiek benetan erabiltzea (aipatutako Liburu Zurian bildutako azterlan eta txosten batzuk argi uzten duten moduan), beraz, talde horrek babeserako neurri zehatzak behar ditu eskubideen eta erantzukizunen benetakoa erabilera bermatzeko aldera.*

*Berdintasun esparrua ezartzeak, pertsona horiei Konstituzioak onartutako eskubide eta betebeharrak erabiltzea bermatzeko oinarritzeko baldintza batzuk arautzearen bitartez, estaldura du Konstituzioaren 149.1.1 artikuluan.*

#### **D. Estatuaren eskumenak eta eskumen autonomikoak antolatzea**

*Aurreproiektuan adierazitako aukeratik abiatuz, ez da ahaztu behar Auzitegi Konstituzionalak “oinarritzeko baldintzak” eta “oinarritzeko arauak” esapideen arteko bereizketa ezarri duela jada. Edonola ere, “oinarritzeko baldintzek nahiz arauak autonomia erkidegoen eskumenen erabilera antolatzen eta mugatzen dute”, beraz, “arau horiek izaera loteslea eta mugatzailea dute, haien benetako helmenean zein den alde batera utzita” (AKE 164/2001).*

*Hala eta guztiz ere, 149.1.1 artikulua babespean jarritako arautegia ezin izan daiteke erabateko arautze amaitua eskubide eta betebeharren gainean, beraz, Konstituzioaren ezarpen hori ez da ezberdintasun autonomikoen debeku moduan ulertu behar. AKE 212/2005 epaiak gogorarazten duen moduan, 149.1.1 artikulua babespean egon daitezkeen kasuan kasuko eskubidea eratzten duten elementu orokorrak bereizi behar dira batetik (lege mailako, eta eskakizun jakin batzuk beteta, araudi mailako arauen bitartez lorgarriak). Bestetik, kasuan kasuko sektore politikaren irizpideak (batez ere, kasu honetan, gizarte laguntza eta gizarte zerbitzuak aipatu beharko lirateke) bereizi behar dira. Horrela, Auzitegi Konstituzionalaren jurisprudentziaren eskakizuna da estatuak oinarritzeko baldintzak arautzean neurri bateko tartea uztea. Haren barruan, autonomia erkidegoek beren eskumenpeko sektoreetako eskumenak garatu ahal izango dituzte (hori errazagoa egiten da hemen aztertzen den arautzearen izaeragatik).*

*Eskumen eremu baten eta bestearen arteko artikulazioa lankidetzaren eta koordinazioko mekanismoen bitartez gauzatzen saiatzen dira proiektatutako arautegian, eta horren aurka ezin esan daiteke ezer. Halaber, Aurreproiektuaren partetik eskumen autonomikoekiko errespetua erazten da. Lankidetzaren eta koordinazioko mekanismo horiek, herri administrazio ezberdinetatik eratorritako eta mendetasun egoeran dauden pertsonen Konstituzioak herritar guztiei onartzen dizkien eskubideez benetan gozatzea erraztera zuzendutako jarduerekin bat etorritik, bereziki zentzudunak dira Konstituzioaren 49 eta 50 artikuluetatik botere publiko guztiei egiten zaien deia kontuan izaten bada. (...)*

tiko errekurtsua Auzitegi Konstituzionalaren aurrean aurkeztu zuen autonomia erkidego bakarra. Errekurtsio horiek aztertzea onartu egin zuen Auzitegiak 2007ko martxoaren 27ko probidentzia bidez. Orain dela gutxi, ordea, 2007ko azaroaren hasieran, Estatuko Administrazio Orokorraren eta Nafarroako Foru Erkidegoaren arteko Lankidetzaren Batzordeak bi administrazioen artean, Autonomia Pertsonalaren Sustapenaren eta Mendetasun Egoeran dauden Pertsonen Jaramon Egitearen Legearen eremuan, sortutako desadostasunak ebaztea ahalbidetzen zuen akordioa hartu zuen. Akordio horrek Nafarroako Gobernuak alde aurretik Konstituzioaren aurkako izateagatik jarritako errekurtsua bertan behera uztea ekarri zuen.

### **1.2.2. Administrazio autonomikoaren eta Foru eta Toki administrazioen arteko eskumen banaketan dauden aldeak**

Autonomia Erkidegoetako Erakunde Komunak eta Haien Lurralde Historikoetako Foru Erakundearen Arteko Harremanak arautzeko azaroaren 25eko 27/1983 Legea –Lurralde Historikoen Lege moduan ezaguna– Euskal Gobernuaren eta foru aldundien arteko eskumen banaketaren esparru orokorra definitzen duen testua da. Esparru horren barruan gai ezberdinak arautzen dituzten legeek eskumen horiek garatzen dituzte.

- Osasun zerbitzuen alorrean, Estatuko oinarriko arautegia eta barne osasunaren eremuko gauzatzeko (osasun publikoa eta osasun laguntza) nahiz Autonomia Estatutuan gain hartutako osasun zerbitzu guztiak antolatu eta administratzeko eskumena Eusko Jaurlaritzarena da. Izan ere, LHLk ez die inolako eskumenik ematen lurralde historikoetako foru organoei, ez arautegia garatzeko, ez hura gauzatzeko. Horrela, haren 6. artikulua arabera, Autonomia Erkidegoko erakunde komunaren eskumena da Autonomia Estatutuan, LHLn bertan edo ondorengo beste arau batzuetan lurralde historikoetako foru organoei onartzen edo egokitzen ez zaizkien gainerako gai guztiak arautu eta gauzatea.
- Gizarte zerbitzuen eremuan, aldiz, eskumen esparrua are konplexuagoa da:
  - Batetik, Lurralde Historikoen Legeak, 7 c) artikuluan, erakunde komunaren arautegia gauzatzeko eskumena bakarrik ematen die foru organoei, azken horien zuzeneko jardunaren kaltetan izan gabe. Gauzak horrela, Eusko Jaurlaritzaren eskumenpean jarriko dira arautegiaren gaineko ahalgoa eta aipatutako zuzeneko jarduna.
  - Bestetik, banaketako oinarriko gune horri dagokionez, egun indarrean dagoen Gizarte Zerbitzuen urriaren 18ko 5/1996 Legeak hirugarren maila bat sartzen du Toki Jardunbidearen Oinarriak arautzen dituen apirilaren 2ko 7/1985 Legean ezarritakoari jarraiki. Maila hori udal administrazioena izango litzateke eta haiei gauzatzeko eskumenak ematen zaizkie, herritarrengandik gertu egotearen printzipioaren izenean konplexutasuna gehitu antolamenduari. Arautegi horrek definitutako eskumen banaketa honakoa da:

### Eskumen banaketa Gizarte Zerbitzuen urriaren 18ko 5/1996 Legean

#### *Eusko Jaurlaritza*

- Ekimen legegilea.
- Arautzeko eskumena.
- Gizarte zerbitzuen plangintza orokorra, foru aldundiekin eta udalekin koordinazioan arituz.
- Herri administrazioen jardueren eta itundutako ekimen pribatuaren arteko koordinazioa.
- Gizarte zerbitzuen antolamendua eta baimen, ituntze, homologazio eta ikuskapen arauak ezartzea.
- Gobernuaren jardun zuzenaren eskumenpean sartutako programak, zentroak edo zerbitzuak sortu, mantendu eta kudeatzea.
- Ikuskapena eta zehatzeko eskumena erabiltzea Gobernuaren jardun zuzenaren eskumenera lotutako entitateekiko.
- Gizarte zerbitzuen estatistikak planifikatu, koordinatu eta diseinatzea.
- Gizarte Zerbitzuen Erregistro Orokorra sortu eta mantentzea.
- Fundazioen eta administrazio harremanen tutoretza, EAEren lurralde eremuaren barruan gizarte zerbitzuak eskaintzen dituzten gainerako erakunde ongile edo laguntzaileekiko.
- Gizarte arazoaren gaineko azterlana eta ikerketa nahiz horiek eteteko bideak.

#### *Foru Aldundiak*

- Zerbitzu propioen antolamendua arautzeko eskumena.
- Gizarte zerbitzuen programazioa lurralde eremuan.
- Gizarte zerbitzu espezializatuak sortu, mantendu eta kudeatzea.
- Titulartasunpean dituen programak, zentroak eta zerbitzuak nahiz aldundiaren partetik ekarpen ekonomiko zehatzak jasotzen dituzten udalekoak ikuskatu eta kontrolatzea. Lurraldean kokatzen diren mota horretako ekimen pribatuak ere ikuskatu eta kontrolatuko ditu.
- Bere lurraldearen barruan estali beharreko beharren azterketa eta zehaztapena, eta horiei aurre egiteko beharrezko baliabideak mailakaturik programatzea udalekin koordinatuz.
- Udalentzako eta gainerako toki entitateentzako laguntza teknikoa eta aholkularitza, gizarte zerbitzuen gaian itunpean jarduten duten ekimen pribatukoiei eskainitakoa bezalaxe.
- Udalen parte-hartzea nahiz erabiltzaileena, horien erakundeena eta profesionalena sustatzea beren eskumenpeko gizarte zerbitzuak kudeatu eta garatzerakoan.
- Mankomunatatutako udaleko gizarte zerbitzuak sustatu eta bultzatzea.
- Beren lurraldean kokatutako izaera pribatuko zerbitzuak eta zentroak baimendu eta homologatzea.
- Gizarte Zerbitzuen Foru Erregistroa sortu eta mantentzea.
- Gizarte zerbitzuen eremuko beharrak eta zerbitzuei buruzko estatistika eguneratuak mantentzea, beren lurraldeari dagokionez.
- Beren eskumenen eremuan zehapen eskumena erabiltzea.

#### *Udalak*

- Oinarriko gizarte zerbitzuak sortu, antolatu, kudeatu eta arautzea (udal guztiei ezarritako betebeharrak, beren kabuz edo elkartuta jardutean). Haien ezarpena eta kokapena sumatutako beharren arabera izan behar da, deszentralizazio, malgutasun eta herritarrekiko gertutasun irizpideen arabera.
- Gizarte zerbitzuen udal programazioa, Gobernuaren plangintza orokorrean eta kasuan kasuko foru aldundien programazioan ezarritakoarekin bat etorriz.

*Udalak*

- Solidaritatea eta herritarren parte-hartzea bultzatzea udalaren gizarte zerbitzuen programetan.
- Udalerriko behar sozialak sumatzea.
- Eremu sozialak udalerrri mailan duen egoeraren gaineko ikerketak eta azterlanak bultzatu eta egitea. Halaber, dauden behar eta baliabideen gainekoak egingo dira.
- Beren eskumenpeko gizarte zerbitzuak ikuskatu eta kontrolatzea.
- Eskumenpeko gizarte zerbitzuen eremuan zehatzeko ahalmena erabiltzea.
- 20.000 biztanletik gorako udalerrietan bizitokia falta izateagatik edo bizikidetzako gatazka larriak izateagatik egoera kritikoei aurre egiteko larrialdiko harrerara zuzendutako zerbitzuak sortzea. Halaber, gizarte bizikidetzaren eta herritarren arteko solidaritatearen aldeko zentroak sortuko dira.

1996ko Legea eta gero, erakunde arteko akordio ezberdinek uztailaren 30eko 155/2001 Dekretua onartzea ekarri zuten, hain zuzen ere gizarte zerbitzuen arloko eginkizunak zehazten zituen. Haren helburua euskal herri administrazioen arteko funtzio banaketa argitzea zen, nahiz eta, nagusiki, foru aldundien eta udalen arteko banaketa ezarri nahi zuten. Horretarako, haren aplikazioa funtsezko bi printzipiotan oinarritu zuten:

- Horietatik lehenengoak azpimarratzen du funtzio ezberdinak, hasiera batean, administrazio bakarrarenak direla. Ondorioz, unitate funtzional hori kontuan izan behar da, Gizarte Zerbitzuen urriaren 18ko 5/1996 Legearen 14. artikuluekin bat etorritz eta kudeaketa publikoa hobetzeko xedez herri administrazio eskudunek zerbitzu horiek ematea edo kudeatzea beste batzuen eskuetan uztearen kaltetan izan gabe. Adierazpen hori, halaber, herri administrazioek elkarren arteko eta ekimen pribatuarekiko lankidetzeta eta koordinazioko printzipioari jarraiki jardutearen kaltetan izan gabe ulertu behar da, horren bidez gizarte beharrei aurre egin ahal izateko.
- Bigarren printzipioa mendetasun maila foru aldundien eta udalen arteko eskumen banaketarako irizpide moduan hartzearen arabera da. Gauzak horrela, haien funtzioak arautzerakoan, 3. artikulua zera dio: *“60 urtetik gorako pertsonen kasuan, mendeko izatearen kalifikazioa duten pertsonen arreta eta zaintza Foru Aldundien ardura izango da”*. 4. artikuluan, aldiz, udalen funtzioak arautzen dituen hain zuzen, 60 urtetik gorako pertsonen arreta eta zaintza, horiek mendeko pertsonak ez izatean, Udalen ardura izango dela ezartzen da. Edonola ere, kasu guztietarako, foru aldundien esku uzten da mendetasuna baloratzaren funtzioa.

Hori da, egun, gizarte zerbitzuen eremuan indarrean dagoen eskumen esparrua. Panorama horrek, ordea, neurri bateko aldaketak jasan ditzake ez oso urruneko etorkizunean eta gai hau arautuko duen Lege berriaren onarpenaren ondorioz. Haren Aurreproiektua existitzen da jada eta izapidetze bidean dago.

### 1.3. KOORDINAZIO SOZIOSANITARIOA ETA ARAUDIA

#### 1.3.1. *Koordinazio administratiboari dagozkion alderdi juridikoak eta kontzeptualak*

Koordinazioa kontzeptu zabala, anbigua, nekez zehatz daitekeena da eta haren gainean adiera anitzak daude, administrazio antolamenduaren esparruan sortutako harreman

juridikoei buruzko kontzeptuekin maiz jazotzen den moduan: ikuspegi horretatik begiratu-ta, administrazioaren jardunaren emaitzatat nahiz jardun publikoari atxikitako jarduketa metodotzat har daiteke, edota eskumen edo ahalmen mota bat bezala. Aitzitik, beste ezer baino lehen, administrazio antolamenduaren printzipio nagusi bat da.

Hain zuzen ere, gure ordenamendu juridikoan botere publikoen arteko koordinazioaren adiera zabalago bat dago, eta harremanaren forma anitzak bil ditzake. Hura aipatu izan du Auzitegi Konstituzionalak hainbatetan. Horren inguruko lehenengo adierazpenetako bat apirilaren 28ko 32/1983 Epaian azaldu zen. Bertan, honakoa nabarmendu zen: *“Koordinazioaren helburua zatien edo azpisistemen aniztasuna sistemaren multzoan sartzea da, kontraesanak saihestuz eta akatsak gutxituz. Izan ere, horiek berean jarraituko balute, sistemaren errealitatea galarazi edo zailduko lukete hurrenez hurren”*. Xede hori lortzeko, *“koordinazio orokorra elkarrekiko informazioa, alde jakin batzuetako homogeneousotasun teknikoa eta estatuko agintarien (...) eta agintari komunitarioen jardun bateratua posible egingo duten baliabide eta harreman sistemen ezarpen moduan ulertu behar da, bakoitza bere eskumenen esparruan arituta. Horrela, ekingiza partzialak sistemaren osotasunean sartzea lortuko da...”*.

Modu horretan adierazita, koordinazioa Zuzenbidearen printzipio nagusi bat da eta, ondorioz, funtzio anitzak ditu: ordenamenduaren informazio funtzioa; interpretazio funtzioa eta, azkenik, ordezko izatearen funtzioa.

Adiera orokor horrekin batera –alde administratiboan KEren 103.1 artikuluan jasotakoa–, Zuzenbidearen printzipio nagusi horren lehen adierazpenetako bati koordinazio deitzen dion beste zorrotzago bat dago, eta honela bereizten du hura *laguntza* edo *lankidetz*a *administratiboko* beste teknika batzuetatik:

- Koordinazioa, zentzurik zorrotzenez, erakunde edo organo publiko bati emaniko eskumena da –koordinatzaile moduan jardungo du–, beste organo batzuen arteko edo haien eta eskumena jaso duenaren arteko jardun koherentea bermatzeko. Ondorioz, eta Auzitegi Konstituzionalak hainbat epaitan argitzen duen bezala, koordinatutako organoen edo erakunde publikoen *“eskumenen erabilerari benetako muga jartzea esan nahi du”* eta, ondorioz, *“kasuan kasuko eskumen egokitzapenaren babesetik”* etorri behar du. Hori izan da ikuspegi jakin batzuetatik koordinazioa eskumen publikoa dela baieztatzea eraman duena.

Koordinazio eskumenak, aipatutako Auzitegiarekin bat etorritz, *“nolabaiteko zuzendaritza boterea dakar, koordinatzen duenak koordinatua denaren gainean duen nagusitasuneko kokapenaren ondorioz”*. Hori, dudarik gabe, arintzea komeni da praktikan, parte hartzen duten administrazio maila ezberdinen artean eztabaida eta adostasuna bultzatuz hartu beharreko neurrien gainean. Helburuak agertutako interes publiko ezberdinak hobeki haztatzea nahiz neurri horien eraginkortasuna sendotzea izango lirake. Hala eta guztiz ere, hierarkian ez bezala, koordinazioa ez da autonomiarekin bateraezina, baizik eta haren garapenaren muga bat.

- Lankidetzak edo laguntzak, koordinazioak ez bezala, berdintasunezko harremana dagoela ulertarazten du parte hartzen duten administrazioen edo organoen artean. Horrek ez du esan nahi hura maila berdinean dauden administrazioen arteko harremani edo hierarkia harremanik ez duten organoen harremani bakarrik aplikatzen zaienik, baizik eta haren esparruan inor ez dela geratzen beste alderdiren baten azpian. Lankidetz

edo laguntzako formulen bitartez ez da lankidetzan dabiltzan aldeen erabaki ahalmena mugatzen edota baldintzatzen, ez lankidetzan borondatez garatzen den kasuan, ez agindu arautzaile bat betez jardutean. Horrek argi uzten du Auzitegi Konstituzionalak hura herri administrazio guztiek gainerakoekiko duten betebeharrak orokorra dela adierazi izana, Konstituzioaren ezarpenetan edota beste eskumen titulu zehatzetan justifikatu beharrik izan gabe<sup>20</sup>. Logikoki, arrazoitze eta doktrina hori administrazio jakin baten barruko unitate administratibo ezberdinen arteko harremanei zabal dakieke.

### 1.3.2. *Arreta soziosanitarioa eta Estatuko araudia*

Estatuari laguntza sozialaren eta gizarte zerbitzuen alorreko eskumenik ez emateak, noski, estatuko arautegiek arreta soziosanitarioari edo, behinik behin, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazioari aipamen zuzena egiten dioten kasuak eskasak eta anbizio gutxiak izatea argitzen du.

Osasunaren eremuko gorputz arautzailearen guneak, Osasunaren apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorrak, Konstituzioak onartutako osasunaren babeserako eskubidea eraginkor bihurtzea ahalbidetzen duten jardura guztiak orokorrean arautzea du xede nagusizat eta, bertan, osasunaren babesaren gaineko kontzeptu zabala izatera zuzendutako erreferentzia batzuk sartzen dira: 18.2 artikuluan, adibidez, sendatzeko ekintza integratuen multzoa aipatzen da, osasunaren prebentziorantz jotzen duten haiek barne. Izaera integratu hori 46 b) artikuluan jasotzen da berriro modu zabalagoan, hain zuzen ere Osasun Sistema Nazionalaren ezaugarri nagusia honakoa dela argitzen duenean: *“antolamendu egokia osasunari arreta integrala eskaintzeko, osasunaren sustapenetik eta gaixotasuna prebenitzetik nahiz sendatzetik eta errehabilitaziotik ulergarri”*. Aitzitik, ez da zehazki aipatzen zein den zainketen funtzioa horien helburua sendatzea edo errehabilitazioa ez izatean, adibidez gaixotasun kronikoei uztartutako iraunaldi luzeko zainketen kasuan eta, askotan, baita ezintasunari eta zahartzeari uztartutako mendetasun egoerei uztartutako kasuan ere. Haien esparruan, beste eremu batzuetako zerbitzuekin lankidetzan estuan aritzea, batez ere gizarte zerbitzuekin, ezinbestekoa da.

Aldiz, koordinazio hori aipatzen da buruko osasunaren inguruko arreta arautzerakoan. Zehazki, zera jasotzen da 20. artikuluan:

*“Buruko osasunaren inguruko jarduerak osasun sistema orokorrean erabat sartzeari eta burutik gaixo dagoena osasun eta gizarte zerbitzuak behar dituzten gainerako pertsonekin berdintzeari dagokionez, osasun administrazio eskudunek hurrengo printzipioen arabera egokituko dute beren jarduna:*

*1. Biztanleriaren buruko osasuneko arazoaren arreta komunitatearen ingurunean egingo da, laguntza baliabideak bultzatuz maila ambulatorioan eta neurri bateko ospitaleratze sistemetan eta etxeko arretarenean, eta ospitaleratze beharra ahalik eta gehien gutxituz. Arreta berezia emango zaie haurtzaroko psikiatriako arazoei eta psikogeriatricoekoei.*

(...)

<sup>20</sup> Beste hainbaten artean, maiatzaren 4ko 18/1982 Epaia.

3. *Burutik gaixo dagoenaren arazoei arreta integral egokia eskaintzeko, beharrezko errehabilitazio zerbitzuak eta gizarteratzekoak garatuko dira, gizarte zerbitzuekin behar izan daitekeen koordinazioa bilatuz.*

4. *Osasun sistema orokorraren barruko buruko osasunerako zerbitzuek eta arreta psikiatrikokoek, halaber, orokorrean osasuna galtzarekin batera etortzen diren arazo psikosozialen lehen mailako prebentzioaren eta arretaren aldeak estaliko dituzte gizarte zerbitzuekin koordinazioan jardunez”.*

Osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazio beharrak urte batzuk igarota agertzen dira berriro: lehenik eta behin, 1993ko Plan Gerontologikoan eta, urte bereko abenduan, Gizarte Gaietako Ministerioaren eta Osasun Ministerioaren arteko Esparru Akordio batean. Akordio horren bidez talde ezberdinentzako jardun koordinatuko programak bultzatu eta garatu nahi izan ziren, besteak beste adinekoentzako eta ezinduentzako. Lankidetzeta hori aditu taldea sortuz eta hiru autonomia erkidegotan koordinazio soziosanitarioko esperientziak martxan jarriz gauzatu zen. Ekimen horiei eta horietatik eratorritako aurrerapausoei esker posible izan zen gaiaren alorreko erreferentziako bi dokumentu lantzea. Horien izenburuak, hurrenez hurren, “Adinekoen Osasun Arretarako Zerbitzuen Antolamendurako Oinarriak” (1993) eta “Adinekoen Arretarako Osasun Zerbitzuen Antolamendurako Irizpideak” (1995) izan ziren, eta zainketa maila ezberdinen arteko jarraitutasuna bermatzeko gai izango zen oinarri komunitarioko eredia egituratzea zen helburua, integraltasun, diziplina artekotasun eta errehabilitazio printzipioetan oinarrituz.

Bi dokumentuak Osasun Sistema Nazionalaren Prestazio Sanitarioen Antolamenduari buruzko urtarrilaren 20ko 63/1995 Errege Dekretua baino esplizitu eta aurrerakoiagoak izan ziren. Izan ere, azken horrek, laugarren xedapen gehigarrian, zera ezartzen du koordinazio soziosanitarioari dagokionez: *“gaixotasun egoeretan edo osasun galerakoetan agertzen diren eta osasunaren eremukoak ez diren arazo edo inguruabar sozialak edo laguntzazkoak arreta sozialen izaera izango dute. Edonola ere, zerbitzuaren jarraitutasuna bermatuko da osasun eta gizarte zerbitzuetako herri administrazioen koordinazio egokiaren bitartez”.*

Hortik bi urtera, Diputatuen Kongresuak 1997ko abenduaren 18an “Osasun Sistema Nazionalaren Sendotzea eta Modernizazioari” buruz hartutako Akordioak jarrera zehatza hartu zuen arreta soziosanitarioaren eraikuntzaren gaian, Gobernuari *“arreta soziosanitariorako hautabideak antolatzea”* eskatu baitzion hirugarren gomendioan. Hitzez hitz zera eskatu zitzaion:

*“Espainiako demografian eta gaixotasun ereduetan sumatzen ari diren aldaketa esanguratsuak ikusita –bizi itxaropena areagotzetik eta jaiotze tasa txikitik eratorrita–, Azpibatzerdeak uste du beharrezkoa dela, gizarte politikaren arduradunekin koordinazioan arituz, bestak beste hurrengoetan zehaztutako ekimen soziosanitarioak bultzatzea:*

- a) *Osasun prestazioak mota sozialeko laguntza jardueretatik ezberdintzea. Azpibatzerdeak ezberdintze irizpideak legez ezartzea gomendatzen du, sozialtzat joaz –eta ez osasunekoatzat– familiako laguntza eta/edo norberak bere burua zaintzearena ordezkatzeta edo horretan laguntzea suposatzen duten guztiak, eta egoitzazkoak eta zailtasun ekonomikoak arintzekoak.*
- b) *Deszentralizazio administratiboko, gizarte parte-hartzeko eta laguntzaren erabiltzaileei ekarpen ekonomikoa egiteko printzipioen pean mota irekiko eta egonaldi ertain eta*

luzeko laguntza espezializatuko unitateak izango dituen arreta soziosanitarioko sarea garatzen dela bultzatzea. Halaber, sareak familiako harrerako eta etxeko laguntzako hautabide berriak sortzea bultzatuko luke.

- c) Osasun eta gizarte administrazioak koordinatzea sare soziosanitarioa antolatu eta mantentzeko lanean.
- d) Osasun laguntza publikoaren barruan buruko osasunari arreta emateko zentro sare egokia egituratzea.
- e) Azpibatzerdearen ustetan beharrezkoa da gizarte orokorrean eta familiak bereziki arreta soziosanitarioan sartzea. Zentzu horretan, Azpibatzerdeak zera eskatzen dio Gobernuari:
- Pizgarriak bultzatzea gaixo elkarteentzako eta gizarte boluntarioen erakundeentzako.
  - Sektorean gizarte ekimena bultzatzea –azpiegituretarako kreditu biguneko ildoak irekiz, esku-hartze publikoa planifikatuz eta zentroen kudeaketa babestuz–, eta
  - Familiak eskainitako laguntzaren papera benetan onartzea, senideen artean gaixo kronikoak eta adinekoak dituztenei eskainitako arretari dagokionez”.

Garai hartan ere, INSALUDen Plan Estrategikoak bi atal eskaini zizkion osasun eta gizarte zerbitzuen koordinazioari. Hitzez hitz zera adierazi zen:

“E.1. Osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazioa.

Gizarteak geroz eta gehiago eskatzen ditu arlo soziosanitarioaren barruan kokatzen diren zerbitzuak. Zerbitzu horiek, egun, mekanismo ezberdinetatik eskaintzen ari dira, bai osasunaren eremukoetatik, bai gizartearen eremukoetatik, baina beti ez, ordea, erabilitako baliabidearen egokitzapenarekin.

Prozesu horiek akutuen ospitale batean edo ohiko egoitza lagundu batean ematen den arretatik ezberdina den beste bat behar dute, eta izan daitezkeen konponbideen multzoa zabala eta administrazio ezberdinetan kokaturikoa da. Ondorioz, arreta soziosanitarioaren koordinazioan esfortzuak egingo dira baliabide sanitarioak eta/edo sozialak dituzten administrazio ezberdinen artean.

Koordinazio hori diziplina artekoa izan behar da, sistemako profesional guztien parte-hartzearekin eta eskura dauden zerbitzu guztiak integratuz. Horien papera ongi definiturik geratuko da eta hori guztia oinarritzko gizarte baliabideekin uztartuko da.

Gaixo horien arretarako beharrezkoa da koordinazio berezia izatea Arreta Espezializatuaren eta Lehen Mailako Arretaren arteko profesional guztien artean. Horrela, laguntzan ezinbestekoa den jarraitutasuna erraztuko da.

E. 2. Koordinazio soziosanitarioaren arduraduna den lehen mailako arreta.

Lehen mailako arreta koordinazio soziosanitarioaren ardatz nagusi izatera igaroko da, eskaera horietatik gehienak ez direlako akutuen ospitaleetan konpondu behar. Aldiz, egin behar dena gizarteratzea bultzatzea eta gaixo horiek ondoren beren ingurunean mantentzea zuzendutako konponbideak planteatzea da.

Lehen mailako arretatik lotura estua, etengabekoa eta funtzionatzen duena eratuko da gizarte zerbitzuekin eta, behar denean, baita arreta espezializatuarekin ere.

Lehen mailako arreta taldeetan lehentasuna emango zaio gaixo geriatrikoen, gaixo kroniko aurreratuen, zainketa aringarriak behar dituztenen, eta abarren etxeko arretari. Horrela, programa horiek Lehen Mailako Arretaren ekipo guztien zerbitzu multzoetan ezarrita daude, horietako bakoitzarekin gutxienezko betetze maila itunduz kudeaketa kontratuetan.



*Lehen mailako arretako ekipoen erizaintzak paper garrantzitsua hartuko du gaixo horien etxeko arretan”.*

Hurrengo urtean, 1998an, Osasun eta Kontsumoko Idazkariordetzak eta Gizarte Gaie-tako Idazkaritza Nagusiak, IMSERSOren bitartez, oinarri komunak izango zituen arreta soziosanitarioko eredu eratzea bultzatzearen alde egin zuten. Horretarako, txosten bat lantzeko helburua zuen aditu taldea eratu zen. Txostena Osasun Plangintzako Zuzendaritza Orokorretik argitaratu zuen Osasun Ministerioak 2001ean “Arreta Soziosanitarioko Eredu baterako Oinarriak” izenburupean, eta haren helburua gidatzen balio izatea izan zen autonomia erkidegoentzat nahiz Osasun Ministerioarentzat politika soziosanitarioko planak eta estrategiak lantzerakoan. Eredu soziosanitarioko proposamen dokumentu horretan definituriko adostasun elementuak hurrengoak izan ziren:

*“Arreta eredu honek zera izan behar du:*

- *GLOBALA, arreta hau ematera zuzendutako baliabideak dauden jarduketara eremuetako bakoitzari eraginez.*
- *INTEGRALA, mendeko pertsonen zainketak alde fisiko, psikiko nahiz sozial eta ekonomikotik jorratzea kontuan hartuz. Horiek, modu batera edo bestera, pertsonaren autonomia galeran eragina dute eta erakundeak, pertsonak (senideak, boluntarioak edo profesionalak) edo diru-laguntzak behar izaten dira. Jorratze integral horren barruan, mendeko pertsonaren zaintzaile nagusiarentzako arreta ere sartu behar da.*
- *DIZIPLINA ANITZEKOA, zainketetan gaixotasunak irauten duen bitartean eta mendetasuna diagnostikatzeko, prebenitzeko eta baloratzeko prozesuetatik edozeinetan esku hartzen duten profesional ezberdinak inplikatu. Bertan, tratamendua planifikatu, emaitzak baloratu eta herritarrak beren ingurunean osasuna hobetzeko ahalik eta modu eraginkorrenean errehabilitatzen dituzten horiek ere sartuko lirake.*
- *OSASUN ETA GIZARTE LAGUNTZAKO EREDUAREKIN BAT DATORRENA, mendeko pertsonaren ingurunearekin, alegia. Espainian dauden eredu sozial eta sanitarioen egitura edo garapenarekin bat ez datorren arreta soziosanitarioko eredu batek hura bidera ezina bihurtuko luketen hainbat arazo sortuko lituzke.*
- *BIDEZKOA, baliabideen lurralde garapenean eta ESKURAGARRIA herritar guztientzako eta pertsona bakoitzaren mendetasun mailaren arabera.*
- *Planteatzen den ereduak banan bana egokitze eta MALGUA izateko gaitasuna du, une egokian arreta egokia eskaintze aldera”.*

Orain dela gutxiago, Osasun Sistema Nazionalaren Kohesio eta Kalitatearen maiatzaren 28ko 16/2003 Legeak beste urrats bat egin zuen, nahiz eta oso lausoa, gai hori estatuko arautegian garatzearen alde. Bertan, 14. artikuluan, honela definitu zen prestazio soziosanitarioa: *“normalean kronikoak izaten diren gaixo horiei zuzendutako zainketa multzoak oztipoak edo sufrimendua arintzea eta gizarteratzea du helburu. Haien ezaugarri berezia dela eta, osasun eta gizarte zerbitzuen baterako jarduna eta jardun sinergikoa eskura dezakete autonomia areagotzeko”.* Lege horrek osasunaren eremutik gain hartu beharreko jarduerak ezartzen ditu –iraunaldi luzeko zainketa sanitarioak; gaixondoko arreta sanitarioa eta gutxitasun funtzional berreskuragarria duten gaixoen errehabilitazioa–, eta zera eranstean du: *“zerbitzuaren jarraitutasuna osasun eta gizarte zerbitzuek bermatuko dute kasuan kasuko herri administrazioen arteko koordinazio egokiaren bitartez”.*

Aurrekoaren ondorioz, Osasun Sistema Nazionalaren Zerbitzu Komunuen Multzoa eta horiek Eguneratzeko Prozedura ezartzen duen irailaren 15eko 1.030/2006 Errege Dekretuak hainbat aipamen egiten dizkio, oso laburki, arreta eremu ezberdinetan eman beharreko osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko esku-hartze koordinatuari:

- arreta komunitarioa;
- mugi ezin daitezkeen gaixoei etxeko arreta ematea;
- arrisku handieneko pertsoneri arreta. Horren esparruan balorazio klinikoa, sozio-familiarra eta mendetasun mailarena egitea aurreikusten da eguneroko bizitzaren jardueretarako. Horrek osasun zainketen plan integratua lantzea eta arreta espezializatuko eta gizarte zerbitzuetako arretarekin koordinatzea ekarriko du, ezintasuna eta hari uztartutako gaixotzea prebenitzeko eta atenditzeko;
- mugi ezin daitezkeen adinekoentzako etxeko arreta;
- genero indarkeria eta edozein adinean jazotako tratu txarrak sumatu eta haiei arreta eskaintzea, batez ere adin txikikoen, adinekoen eta pertsona ezinduen kasuan. Behar izan daitezkeen kasuan, eskudun diren agintariak jakinaren gainean jartzea aurreikusten da eta, egoki irizten bada, baita gizarte zerbitzuei egoera jakinaraztea ere;
- buruko osasunari arreta eskaintzea, arreta espezializatuko zerbitzuekin koordinatuz. Haren esparruan zera aurreikusten da: *“buruko osasuneko zerbitzuekin eta gizarte zerbitzuekin koordinazioan arituz, buruko nahaste larria eta luzea duten pertsonen gaineko jarraipena egitea”*.

Gai soziosanitarioan Estatu mailan dagoen arategiaren ezarpen berriena, laburrena ere, Autonomia Pertsonala Sustatzeari eta Besteren Laguntza Behar duten Pertsoneri Jaramon Egiteari buruzko abenduaren 14ko 39/2006 Legeak ekarritakoa da. Hark, jada 3. artikuluan, printzipioei zuzendutakoan, honakoa sartzen du horien artean: *“Gizarte zerbitzuen eta osasunaren eremukoen arteko lankidetzak, lege honetan zehaztutako Autonomiarako eta Mendetasunaren Arretarako Sistemaren erabiltzaileei zerbitzuak eskaintzerakoan eta autonomia erkidegoetako eta toki entitateetan aplikatu daitezkeen arretarako arauetan”*. Artikuluetan, halaber, behar hori jasotzen da mendetasun egoerak prebenitzeko zerbitzua arautzean, 21. artikuluan, zera zehazten denean: *“Xedetzat gaixotasunak edo mendetasunak eta haien ondorioak agertzea edo larritzea prebenitzea du, gizarte zerbitzuen eta osasuneko arteko koordinazioa izanda, bizi baldintza osasungarriak eta prebentziorako eta errehabilitaziorako programa zehatzak bultzatzeko jarduerak garatuz. Horiek adinekoen eta ezinduen eta ospitaleratze prozesu konplexuen eraginak jasotzen dituztenei zuzendurikoak izango lirateke. Helburu hori izanda, Autonomiarako eta Mendetasunari Jaramon Egiteko Sistemaren Lurralde Kontseiluak gutxieneko irizpideak, gomendioak eta baldintzak adostuko ditu. Horiek kasuan kasuko autonomia erkidegoek egiten dituzten Mendetasun Egoerak Prebenitzeko Planek bete beharko lituzkete, arreta berezia emanez adinekoentzako arrisku eta jarduerari”*.

Aipamen mugatua da, hasiera batean mendetasun egoerei eskainitako arreta arautzera zuzendutako testu zehatzari egokitu beharko litzaiokeena baino eskasagoa dudarik gabe, nahiz eta mugatze hori, ziurrenik, 149.1.1 artikulua autonomia erkidegoetako antolamendu aldeak arautzeko Estatuari baimenik ez emateagatik etorriko den, are gehiago alorra haien eskumen eskusiboa bada.

### 1.3.3. **Arreta soziosanitaria eta Erkidegoko araudia**

#### 1.3.3.1. Arreta soziosanitarioko ereduranzko eboluzioa

Arreta soziosanitarioaren tratamendua eta, orokorrago esanda, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazioa ahula izan da arautegi autonomikoan estatukoan bezalaxe, nahiz eta azken urteotan nolabaiteko eboluzioa sumatu den. Eboluzio prozesu horren funtsezko aldeak laburki azpimarratzea egoki da.

Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuaren maiatzaren 19ko 9/83 Legeak ez dio gaiari zeharka besterik heltzen hirugarren xedapen gehigarrian, hain zuzen ere osasunaren lurralde eta udal batzordeek Gizarte Ongizateko Kontseiluekin bat egiteko aukera aurreikusten duenean, udalen eta Osasunaren Euskal Batzordearen ekimenaren ondotik. Hortik sortuko liratekeen Batzordeek 9/83 Legean bertan eta Gizarte Zerbitzuen arautegian aurreikusitako ordezkariak beteko lituzkete hurrenez hurren.

La hamabost urte igarota, Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren ekainaren 26ko 8/97 Legea iritsi zen aurrekoa bertan behera utziz. Honakoa zorrotzagoa da eta bi sistemen arteko harremanak arautzen ditu 3. artikuluan, osasunaren erakunde esparrua mugatzeari zuzendurikoan. Bertan, zera ezartzen da: *“gizarte-zerbitzuetan eskumena duten administrazio publikoekin lankidetzan aritzeko beharrezko bideak ezarriko dira, gaixotasun edo osasun-galerako prozesuetan biltzen diren arazoak edo gizarte-egoerak etenik gabe atenditzen direla bermatzeko”*. Dударik gabe, aipamen orokor hori ez doa herri administrazioak harrapatzen dituen lankidetzako betebeharrak orokorretik haratago, baina adierazgarria da harreman gune hori jarduera esparrua definitzeko artikuluetako batean agertzea.

Hilabete batzuk lehenago, Gizarte Zerbitzuen urriaren 18ko 7/96 Legea argiagoa izan zen gizarte zerbitzuen sistema 2. artikuluan definitzerakoan:

*“Gizarte-ongizaterako politika orokorraren baitan sartzen da gizarte-zerbitzuetako sistema, eta norbanakoen edo gizartearen bizitzaren kalitate-maila handiagotzeko helburua edo norbanakoak edo gizartearen sustatzeko helburua duten beste zerbitzuekin koordinatuta eta lankidetzan arituko da, administrazioari lotutakoak eta beste arlo batzuei atxikitakoak badira zerbitzuak, hala nola kultura, hezkuntza, hirigintza eta ekologi zerbitzuak.*

*Ildo honetan, gizarte-zerbitzuen sistemak osasun-zerbitzuekin berariaz koordinatuta jokatuko du, gizarte eta osasun-gunea zedarrizten eta garatzen ahalegindu ahal izateko”*.

Oso aipamen orokorra izaten jarraitu arren, honakoa eremu soziosanitarioari egiten zaion lehenengo aipamen arautzailea da ezberdindutako eremu moduan eta gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen aldeko jarduketara komuna biltzen dituen eremu moduan. Horrela, geroz eta nabarmenagoa eta bazter ezinagoa den lankidetzara eta koordinazioa sendotzeko beharri aurre egiten zaio, egoera batzuetan behar den arretaren kalitatea, osotasuna eta jarraitutasuna bermatze aldera. Hori oso talde ahuletan ikusten da batez ere, osasun eta gizarte beharrek bat egiten duten horien gain.

Xedapen arautzaile horrek esku-hartzeko eremu bateratu horren artikulazio prozesu geldoa islatu besterik ez zuen egin. Hura, 1993tik, Osasunaren alorrean eskudun den

Eusko Jaurlaritzaren eta beren lurralde eremuan gizarte zerbitzu espezializatuak benetan eskaintzearen arduradun diren foru aldundien arteko alde biko hitzarmenetan gauzatu zen hasiera batean<sup>21</sup>:

- **1993. urtea.** Arabako Lurralde Historikoa aitzindaria izan zen gai honetan, 1993ko martxoaren 9an Arreta Psikogeriatrikoaren Estaldura Hobetzeko eta Arrazionalizatzeko Hitzarmena sinatzean. Batez ere atariko testua da interesgarria. Izan ere, lehenengo aldiz, hainbat esku-hartze garatzeko beharra azpimarratzen da, eta behar horiek, maila formalean, gizarte zerbitzuen eremuaren edo osasunarenaren eskumena badira ere, *“praktikan zerbitzu horien hartzaileek arazo mistoak agertu ohi dituzte, eta horiei aurre egiteko beharrezkoa da parte hartzen duten erakunde guztien arteko ikuspegi orokorra eta lan bateratua garatzea”*. Onarpen hori da erakunde arteko akordioaren beharra zehazten duena. Akordioak *“esku-hartzearen irizpideak islatuko lituzke, erakunde sinatzaileei eta horiek elkarlanean aritzeko duten borondateari eragiten dioten arreta psikogeriatrikoko aldeetan”*. *“Hitzarmenak bidera nahi izan daitezkeen egitura eta antolamendu jarduerak orientatzen ditu epe labur edo er-tainera. Horiei esker posible izango da sektore bakoitzak arreta ematea berezkoak dituen gai, erantzukizunen egungo esparruaren barruan. Halaber, koordinazio handiagoa egongo da bien artean arazo mistoak jorratzerakoan. Gainera, kasuan kasuko zerbitzuek epe luzera erabiltzaileen onurarako eta parte hartzen duten herri administrazioen esfortzu bateratua eraginkorragoa izateko antolamendu egokiagorako zerbitzuak jartzeko oinarriak ezartzen ditu. Eraginkortasuna eremu sozialean, sanitarioan eta ekonomikoan sumatuko litzateke”*.

Hitzarmenak koordinazio horren edukiak zehazten ditu akordioetan:

- Sektoreko eginbeharrak mugatzen ditu: Osasun Sailak, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuaren bitartez, arreta psikiatrikoa behar izan dezaketen adinekoen arreta gain hartuko du, esfortzuak arretako lehenetsunezko formulatan jarriz eta, zentzu horretan, arreta psikogeriatriko anbulatorioa eta etxekoa areagotzen saiatuz. Halaber, egoitza zerbitzuetako babes psikiatrikoa garatzeko ardura izango du, pixkanaka kasuan kasuko baliabideak jarriz. Bestalde, Arabako Foru Aldundiak, Gizarte Ongizateko Foru erakundearen bitartez, gizarte arreta behar izan dezaketen adinekoen arreta hartuko du bere gain, arazo psikogeriatrikoak izanda bizikidetzaz arazorik ekartzen ez dituztenen edota etengabeko kontrol klinikoa behar ez dutenen arreta barne.
- Arreta hori bi sistemetatik bermatzeko zehaztu behar diren baliabideei neurria ematen die.
- Neurriak hartzen ditu eskura dauden baliabideen aprobetxamendua bermatzeko, adinekoaren arretaren ardura gain hartu ohi duten senideen atsedena errazte aldera.
- Bi sektoreen arteko lekualdaketak arintzeko konpromisoa ezartzen du, horiek egoki irizten direnean: Horrela, osasunaren eremutik, berehalako estaldura psikiatrikoa bermatuko da osasun instalazioetan Gizarte Ongizatearen mendeko

<sup>21</sup> Hurrengo atalean xehetasun gehiagorekin azalduko badira ere eremu soziosanitarioaren eraikuntzaren funtsezko elementuak eremu autonomikoa eta hiru lurralde historikoena ezberdinduz, komenigarria da hemen horietako batzuen kronologia aurreratzea. Izan ere, gaiaren erreferentziako testuinguru juridikoa eratzen lagundu dute.

egoitza zerbitzuetan sartzen diren edo horietara sartzeko zain dauden adinekoek izan ditzaketen krisialdietarako, eta kasu horiei lehentasuna emango zaie. Gizarte zerbitzuetatik, berriz, osasun zentroetan atenditu eta arazo nagusia eremu sozial-lekoa duten pertsonak instalazioetan onartzeko prozesua arinduko da.

- Arreta sektore baten zein bestearen zerbitzuetan behar ez bezala sartutako pertsonen trukerako formulak ezartzen ditu, eta kasu horiek baloratzeko Batzorde bateratua sortzen du, mota misto eta paritariokoa, truke horiek nahiz sarrera berriak egiteko.
  - Sektore arteko koordinaziorako neurriak hartzen ditu, gaixo psikogeriatrikoekin bizi diren senideei behar duten babesa emateko. Osasun administrazioak pixkanaka etxeko arreta garatzeko konpromisoa hartzen du, erizaintza psikogeriatrikoaren berezko funtzio moduan. Halaber, eremu sozialaren sektoretik, familia horientzako laguntza mota ezberdinak eta pizgarriak antolatuko dira.
- **1994. urtea.** Urtebete eskas igarota, lehen urratsa egin zen Gipuzkoan 1994an Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzua eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren artean Lankidetzeta Hitzarmena sinatzearekin. Haren xedea Adinekoen Egoitzetan Osasun Laguntza ematea zen, eta, haren esparruan, EAEn lehenengo aldiz, gizarte izaerako zerbitzuengatik egindako osasun gastuak orekatzeko formula ezarri zen.
  - **1996. urtea.** Urte hura eremu soziosanitarioaren eraikuntzan jazotako aurrerapauso garrantzitsuaren lekuko izan zen: Osasun Sailaren (Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuekin batera) eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizarte Zerbitzuen Sailaren arteko Lankidetzarako Esparru Akordioa ezarri zen, Gipuzkoako Lurralde Historikoko Behar Soziosanitarioak Estaltzeko. Akordio hura maiatzaren 20koa izan zen. Hura izan zen ongi definituriko zerbitzu eta taldeetan oinarritutako lankidetzarako eremu zehatzak edo sektorekakoak gainditu zituen lehenengo akordioa, osasunaren sektorearen eta gizarte zerbitzuen sektorearen arteko koordinazioko esparru orokorra ezartze aldera. Esparru Akordioak, ingurune hurbilak edo loturakoak daudela onartu ondoren, osasun sistemaren eta gizarte zerbitzuen sistemaren arteko mugak *“zehaztugabeak direla edo ez direla existitzen, bietatik edozeini edo biei eragin baitieziaieke”* esanez, adierazi zuen arazoak modu eraginkorrean ebazteko erakundeen arteko jardun koordinatua funtsezkoa izan arren, koordinazio hori zailtzen duten arrazoi objektiboak zeudela: batetik, ez osasun arautegiak, ez gizarte zerbitzuenak ez ditu koordinazioko mekanismoak aurreikusten bi sistemak artikulatzea ahalbidetzeko. Bestetik, finantzazio ereduak ezberdinak dira funtsean beren artean, bai erabiltzailearen parte-hartzeari dagokionez, bai horietako bakoitzari banaketarako egokitutako funtzio mailari dagokionez. Ondorioz, horrek bi sistemen artean pertsonak arin mugitzea zailtzen du. Esparru Akordioaren helburua koordinazio horretan laguntzea da, eta hura jarraitu beharreko helburuak, horretarako behar izango diren baliabideak eta jardun bateratuko programa jasotzen duten eremu ezberdinetan aplikazioaren organo arduradunak nortzuk izango diren jasoko duten hitzarmen zehatz eta berezietan zehaztuko da<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Horietan, aipatze soilagatik, hurrengoak nabarmen daitezke: gaitasuna kentzen duten gaixotasunak dituzten 65 urtetik gorako pertsonak, aipamen berezia eginez demenziei eta arreta soziosanitarioa behar duten mendetasun egoerei; ezintasun fisikoak, psikikoak edo sentzorialak dituzten pertsonak; arreta soziosanitarioa behar duten gaixotasun kroniko fisiko edo psikikoak dituzten helduak; gaixotasun terminalak dituzten pertsonak (funtsean minbizia eta HIESa); tratamenduan eta gizarteratze prozesuetan dauden toxikomanoak.

Esparru akordio hori formalizatzearen helburu nagusiak honakoak izan ziren:

- Arazo soziosanitarioak pairatzen dituzten taldeek behar dituzten osasun eta gizarte zerbitzuak ematen direla bermatzea.
- Etxeko zerbitzuak eta egonaldi motz, ertain edo luzeko barneratze erregimenekoak egoki artikulatzea, osasun nahiz gizarte izaerakoak. Helburua existitzen diren maila eta sare ezberdinetan zainketen jarraitutasuna bermatzea da, behar bezala antolatuz baliabideen eskaintza, zerbitzuen eskaera eta gaixoen etorria.
- Herritarrentzako informaziorako sistema integratua eta homogeneousa ezartzea, dauden baliabideak eraginkortasun handiagoz erabiltzea ahalbidetuz.
- Sistema batetik bestera sartzeko aukera errazteko administrazio izapideak eta bi sistemen arteko erabiltzaileen zirkulazioaren etorria arintzea.
- Argi mugatzea osasun eta gizarte sistemen eskumen eta erantzukizun tekniko eta ekonomikoak, biek parte hartzen duten mota soziosanitarioko arazoetan.
- Ekimen bateratuko eta laguntza eta diru erantzukizuneko programak bultzatzea, bakoitzak bere eremuan.
- Bi sistemetan egon daitezkeen eraginkortasun ezak saihestea, baliabideak bikoiztea ekidinez eta funtzioetan inbertitzeagatik karga desegokiak gain hartuz. Pixkanaka egon daitezkeen eskasiak eta laguntza gabezia larriak estaliko lirateke, haien arteko koordinazio falta gaindituz.
- Bi sareetan erabiltzaileen gaineko balorazioaren eta orientazioaren alde ezberdinak modu koordinatuan garatu eta bultzatzea, arreta soziosanitarioa behar dutenean.
- Osasuna bultzatu eta hartan hezteko politikak bultzatzea, eremu soziosanitarioko prebentzio aldeak eta gizarteratzeak bezalaxe.

Akordioa benetan aplikatzeko, eta koordinazio soziosanitariorako baliabide operatibo moduan, Lurralde Batzordea eta hainbat sektorekako batzorde ezarri ziren. Azken horientzako esku-hartze eremu zehatz batzuk nabarmendu dira, egun oraindik bi sistemen arteko koordinazioaren arazo nagusietako batzuk mugatuz:

- Adinekoen eremuan, egoitza zerbitzuetan atenditzen zituzten pertsonentzako osasun arreta eta ospitaleratzearen eta egoitza lagunduen arteko mugako arazoak zituzten adinekoei arreta emateko programa partekatuak sortzeko proposamena aztertzea.
- Ezintasunaren eremuan, Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuarekin hitzarmenak sinaturik izan eta, aldi berean, Gizarte Zerbitzuen Saila – Gizartekintzarekin loturak dituzten entitateekin egon daitezkeen arazoak aztertzea eta balorazio batzordeen eta errehabilitazio unitateen arteko koordinazio edo baterakuntza aukerak aztertzea.
- Buruko osasunaren eremuan, arlo sozialeko arazoak izan ditzaketen eta zentro psikiatrikoetan barneraturik dauden edo kanporatze programen onuradun izan daitezkeen pertsonen inguruabarren azterketa egitea eta adinekoentzako egoitzetan harreraren hartutako pertsonen emaniko arreta psikiatrikoaren eta HIESa duten pertsonen emaniko laguntzaren gaineko analisia.

- Komunitatean eskaintzen den arretari dagokionez, etxeko arreta aztertuko litzateke, bai osasun arreta, bai soziala, eta, horrekin guztiarekin batera, talde marjinaleri emaniko arretatik eratorritako arazoan azterketa ere egingo litzateke.
- **1998. urtea.** Esparru Akordio gipuzkoarra sinatu zenetik bi urte igarota, antzeko akordioetara iritsi ziren Bizkaian –maiatzaren 14an– eta Araban –azaroaren 16an–, behar soziosanitarioak estaltze aldera. Akordio horiek Osasun Sailaren (Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera) eta adierazitako lurralde historikoetako foru aldundien artean lortu ziren.
- **2000. urtea.** Indarrean lau urte egin eta gero, 2000ko maiatzaren 11n Osasun Sailak (Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera) eta Gipuzkoako Foru Aldundiak 1996ko Esparru Akordioaren aplikazioaren lehen ebaluazioa egin zuten, lankidetzan aritzeko eta Akordioaren etorkizuna garatzeko borondatea berretsiz. Xede horretarako Balorazio eta Orientazio Unitatea sortu zen. Urte amaiera aldera, eta Esparru Akordioa aplikatuz, Erakundeetan Nahasmendu Psikiatrikoa izateagatik Sartutako Adinekoei Arreta Soziosanitarioa adostu zen Gipuzkoan 2000ko abenduaren 1ean, eta urte bereko abenduaren 28an Lankidetzaren Hitzarmena sinatu zen Gipuzkoako Lanerako Ikastegietan Errehabilitazioko Asistentzia Psikiatrikoa Emateko.
- **2001. urtea.** Gipuzkoako Adinekoei Egoitzetan Osasun Laguntza eskaintzeko Lankidetzaren Hitzarmena 2001eko uztailaren 6an sinatzeaz gain, urte honetan “EAEko Plan Soziosanitarioa. Jatorriko Egoeraren Txostena” delakoa landu zen 2001eko urrian. Edonola ere, autonomia mailan antolatutako lehenengo ekimenak, Justizia, Lan eta Gizarte Segurantzaren Saileratik bultzaturikoa hain zuzen, ez zuen aurrera egin.
- **2002. urtea.** Maiatzaren 31n, Gipuzkoan, Lankidetzaren Hitzarmena sinatu zen Gaixo Mental Kronikoei Eguneko Zentro Psikosozialetan Asistentzia Psikiatriko Errehabilitatzailea emateko.
- **2003. urtea.** Gipuzkoan ere, 2003ko uztailaren 2an, Lankidetzaren Hitzarmena eratu zen Egoitza Soziosanitarioko Unitateetako Osasun Laguntza bideratzeko. Hura bereziki garrantzitsua izan zen, soziosanitario moduan definituriko zerbitzu motari esparrua ematen dion erakunde arteko lehen akordioa izateagatik. Gizarte eta osasun zainketetan behar bereziak agertzen dituzten eta mendetasun egoeran dauden pertsonen behar dituzten prestazioak emateko zehazki diseinaturiko unitateak dira, ospitaleratze sanitarioaren eta egoitzako gizarte arretaren arteko igarobide eremu batean. Hala eta guztiz ere, ospitaleratutako gaixoen kokapena aldi batez ebazteko aukera izango dela azpimarratzen du, alta klinikoaren irizpidea bete arren alta hori mota ezberdinetako arrazoi soziosanitarioengatik gauzatu ezin daitekeenean. Halaber, Gizarte Zerbitzuen Saila - Gizartekintzak presaz egin beharreko bideratzeak egiteko behar besteko plaza izatea bermatu beharko du, arreta soziosanitario biziaren behar izateagatik (nahiz eta ospitaleratzea egoki iritzi ez) gizarte zerbitzuen sareko zentroetan geratzea zaila den kasurako. Hitzarmen horren esparruan, bereziki izango lirateke unitate horietako bezero hurrengo taldeak:
  - Ospitaleko alta izan eta bizi itxaropen laburra duten pertsonak, zainketa aringarrietan sartzea behar ez dutenean eta etxera itzultzea ezinezko zaienean. Horien kasuan, ez da egokitzat jotzen ohiko egoitza batean sartzea.

- Ospitaleratu ondoren bizkorraldian dauden pertsonak, edo osasun egoera ahulean edo ezegonkorrean dauden pertsonak, ezintasun fisiko eta/edo psikiko larria izanez eta laguntzako zainketa jarraituak eta osasunekoak behar izanez maiz.
- Aztoramen fasean dauden eta buru gaixotasuneko prozesuak jasaten dituzten adinekoak, jokabidean nahasmena izanez, oldarkortasunarekin, eta abar, egoitza bateko jardun normala larriki oztopa dezaketenean.
- Gizarte eta osasun behar biziak dituzten beste egoera batzuk, nahiz eta ospitale-eratzetik behar izan ez.

Finantzazioaren eremuan, Hitzarmenak dio Osasun Sailak Gipuzkoako Foru Aldundiari konpentsazioa emango diola unitate horietan egindako osasun arretako gastuagatik. Ondorioz, plaza bakoitzaren kostuaren finantzazioa honela baloratuko da: kostuaren/plazaren % 47ra iristen den osasun modulua eta kostuaren/plazaren % 53ra iristen den gizarte modulua dagoela kontuan hartzea. Azken hori Gizarte Zerbitzuetako Saila – Gizartekintzaren eta erabiltzailearen artean finantzatuko da (nahiz eta azken haren parte-hartze ekonomikoa zentroan egindako 30. egunetik aurrera bakarrik hasiko den). Finantzazio formula horrek argi uzten du zerbitzua, soziosanitario moduan definitu arren, ez dela bi sareek elkarrekin sortu, antolatuta eta emaniko zerbitzu bat. Aldiz, finantzazio mistorako akordioa duen zerbitzua da, bi sareetatik zerbitzura dirua pasatzea ahalbidetuz Balorazio eta Orientazio Soziosanitarioiko Batzordearen bitartez eta hura aztertu eta ebatzte aldera.

### *1.3.3.2. Arreta soziosanitarioko ereduaren egituratzea: 2003ko urtarrilaren 30eko erakunde arteko Hitzarmena eta Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa 2005-2008*

Aurreko atalean ikusi ahal izan den moduan, 2003ko hasierara bitarte itxaron behar izan zen urtarrilaren 30ean Eusko Jaurlaritzaren, Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako Foru aldundien eta Eudel – Euskadiko Udalen Elkartearen arteko Lankidetzaren Hitzarmena sinatzeko, Euskal Autonomia Erkidegoan Arreta Soziosanitarioa garatze aldera. Hark oinarriak ezarri zituen, gerora Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa 2005-2008 izango zenean egituratuko zirenak. Hura egungo erreferentziako baliabide nagusia da, ingurune autonomikoko jardueretarako. Atariko azalpenetan, Erakunde arteko Hitzarmenak zera ezartzen du:

*“1. Euskal populazioaren zati baten premiak, hots, babesgabe egoeran edo arriskuan, baliabide sozialen zein sanitarioen eske daudenak, era egokian erantzun ahal izateko, ezinbestekoa da erakunde eskudunen lankidetzaren sistema desberdinei dagozkien presztazio horiek ahalik eta eraginkortasun eta kalitatez handienaz eskaintzeko.*

*2. Horretarako beharrezko irizten da espazio soziosanitarioa deritzonaren garapena bultzatzea, hau da, baliabide sozialen eta baliabide sanitarioen elkargunea eta, noski beraien gestioaz arduratzen diren sistemena. Azken batean, atentzio soziosanitarioak, espazio berri honen garapena eskatzen duenak baliabide, programa eta zerbitzu baliabide sozialen eta baliabide sanitarioen elkarrekintza eta bategitea suposatzen baitu.*

*3.- Espazio soziosanitario honen sustapena arrazoi ukaezinei zor zaie: kalitatea (esku-hartzeen harmonizazioan eta adostasunean oinarrituko delako), eraginkortasuna*



*(premia eta problematikei ongi egokitzeko) eta bizkortasuna (baliabideen esleipen azkar eta malgurako).*

*4. Espazio soziosanitario honen sorkuntzak exijitzen du barne hartzen dituen arloetako bakoitzean eskumena duten erakunde publikoen hurbiltzea eta koordinazio administrazio, funtzional, tekniko eta antolatzailea. Helburu horrekin sortzen dira aipatu erakundeen topaketa eta partaidetzarako hainbat organo, eta horietan onartuko dira Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko atentzio soziosanitarioaren eredia taxutuko duten erabakiak”.*

Helburu nagusia Euskal Autonomia Erkidegoko arreta soziosanitarioaren ereduari eutsiko dion antolamendu egitura sortzea litzateke, erakunde eskudun bakoitzaren kudeaketa autonomiarekiko errespetu printzipiotik eta adostasunetik. Izan ere, eredu soziosanitarioa berdintasun eta jardutearen aldeko bateratze eredu moduan hartzen da, sistemen eta haien mekanismoen etengabeko eguneratzea bermatuz. Antolamendu egitura hau, eremu soziosanitarioko oinarri izanez, hurrengo litzateke:

- Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua, eremu autonomikokoa.
- Arreta soziosanitarioko lurralde kontseiluak, lurralde eremukoak.
- Arreta soziosanitarioko lau koordinatzaile: koordinatzaile autonomiko bat eta lurralde mailako hiru.
- Batzorde teknikoak edo sektorekoak, kontseilu bakoitzaren barruan sorturikoak. Horien artean azpimarratzekoak dira hiru lurralde historikoetako balorazio eta orientazio soziosanitarioko batzordeak.

Helburuen mugatzean, alde zehatzetik lurralde mailan egindako aurrerapenak aprobetxatuz, 1996an Osasun Sailaren (Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera) eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizarte Zerbitzuen Sailaren artean Gipuzkoako Lurralde Historikoko behar soziosanitarioak estaltzeko egindako Esparru Akordioan jada zehazturikoak biltzen ditu hitzez hitz.

Horiek lortze aldera, jarraian zehazten diren estrategiak bultzatzea aurreikusten da:

- Erakunde eskudunen arteko topaketarako balio izango duen antolamendu egitura sortzea.
- Babesgabetasun egoeran edo arriskuan dauden talde ezberdinen beharren gaineko ezagutza hobetzea, bai kuantitatiboki, bai kualitatiboki. Mendetasuna baloratzeko prozedura batzuk ezarriko lirateke horretarako, Autonomia Erkidego osoan aplikatzeko informazio sistema fidagarriarekin batera. Horiek arreta soziosanitarioa hiru lurraldeetan modu homogeneoan eta koherentziaz planifikatzeko eta kudeatzeko oinarritarako balioko lukete.
- Erakunde artekotasunerako baliabide alternatiboak planifikatu eta garatzea, baliabide anitzak ezarriko diren pertsonen banan banako beharretara egokitzeko.
- Egungo laguntza zentzuzko neurri berria ematea eta horiek esku-hartze ereduari egokitzeko. Halaber, haien hazkuntza talde ezberdinen benetako beharrekina bat datorrena izatea kontuan hartu behar da.
- Zaintzaileak babesteko zerbitzuak garatzea, bai zaintzaile formalak direnean, bai informalak izatean.

- Gizarteratze eta lan munduratze zerbitzuak bultzatzea, mendeko pertsonen bizitza normalizatzeko modu bezala.
- Gizarte babesa, prestazio ekonomikoak eta zerga laguntzak mendetasunaren estaldurari eta laguntza baliabide berriak sustatzearen eraginkortasunari egokitzea.
- Kalitate eskakizunak eta haren ezarpenarako irizpideak ezartzea, prestazioen etengabeko ebaluazioa bezalaxe.
- Profesionalen eta zaintzaileen prestakuntza bultzatzea, horiek formalak zein informalak izatean, arreta soziosanitario egokirako eskatzen diren ezagutza zehatzen eremuan.
- Mendeko pertsonen eta/edo babesgabetasun egoeran daudenei eragiten dieten arazoetan informazio programak eta gizarte sentsibilizaziokoak garatzea.

2003ko erakunde arteko Hitzarmenak ezarritako oinarrien gainean, Arreta Soziosanitarioioko Euskal Kontseiluak Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa landu zuen lau urteko indarraldirako (2005-2008). Hura *“lidergoko kokapenetik arreta soziosanitarioaren oinarrizko filosofia eta politika ezartzea ahalbidetuko duen”* baliabide izango zen, planteatutako funtsezko erronkak identifikatzeko eta Eredu Soziosanitarioaren bultzada edo sendotze aldi moduan zehazten den horretan lortu beharreko helburuak planteatzeko eta ezartzeko baliabide bezalaxe. Horrela, lurralde ekimenak kokatzeko kontzeptu eremuaren erreferentziako esparrua eratzten da, batetik eredu horren oinarrizko ezaugarriak zehaztuz eta, bestetik, ezaugarri horiek eta haien edukia sendotzeko garatu beharreko jarduerak adieraziz. Aitzitik, ez da mendetasuna duten pertsona talde nagusien laguntza beharrak kontatzen hasten, ezta behar horiek gauzatzeko plangintza egiten ere. Lan hori, eskumen banaketarekin bat etorritik, foru organoen eskuetan uzten da, haien plan estrategikoen, plan gerontologikoen, gizarte zerbitzuen mapen eta laguntza garatzeko beste sektore baliabide batzuen eskuetan.

Horrela, Plana bereizitako bi zatitan antolatzen da: lehenengoa, kontzeptu motakoa, Autonomia Erkidegorako pentsatutako Arreta Soziosanitarioioko Ereduaren definizioari eskainia, eta, bigarrena, antolamendu motakoa, helburu estrategikoak definitzeari eta horiek lortzeko beharrezko jarduerak planifikatzeari zuzendua (I. eranskinean bigarren zati horren taula xehatua eskaini da).

Esparru kontzeptualari dagokionez, Plan Estrategikoak honako misioa ematen dio Arreta Soziosanitarioaren Sistemari: *“Arrazoi larrien ondorioz –osasun-arazoak edo muga funtzionalak eta/edo gizartean baztertuak izateko arriskua– aldi berean osasun eta gizarte arreta koordinatua eta egonkorra behar duten pertsonen arreta ematea”*, eta haren azken helburua honakoa da: *“EAEko pertsona ahalik eta gehienei bermatzea beren eskubide diren zerbitzuak izango dituztela, osasunaren arloan nahiz gizartearenean, laguntza jasotzeko dituzten premien arabera. Horretarako, sistema koordinatua, integrala eta integratua erabiliko da, eraginkorra eta kalitatezkoa, eta lurraldeen aldetik orekatua”*.

2003ko Erakunde arteko Hitzarmenean ezarritako oinarrizko printzipioak bere egin eta gero –parte hartzen duten erakunde ezberdinentzako kudeaketa autonomia, adostasuna, antolamendu egituraren eraketa bateratua eta sistemak etengabe eguneratzea–, Planak eredu definitzeko oinarrizko bi elementu zehazten ditu:

- Batetik, behar soziosanitarioei eskaini beharreko arreta plangintza eta arreta balaratzearen eta hartara iristeko mekanismoak bateratzearen bitartez egingo dela ezartzen du. Horretarako, funtsezkotzat jotzen da honakoa: *“osasun eremua eta eremu sozialak bat egitea administrazio guztien partetik behar den esku-hartzea antolatuko duen komunikazio eta lankidetzaz ingurunean”*.
- Bestetik, eta aurrekoaren kaltetan izan gabe, arreta bi aldeetako batek gain hartu behar du lidergo eta amaierako erantzukizunari dagokionez, eta, aldi berean, horietako bakoitzaren partetik esku-hartze handiago edo txikiagoa eskatuko litzateke. Hori guztia bi aldagairen arabera izango litzateke, hain zuzen ere, atenditu beharreko pertsonen profilak eta emaniko zerbitzuak. Horrela, gaiaren garapena –hau da, alde bakoitzak atenditu beharreko pertsonen profilei eman beharreko arretan izango duen esku-hartze maila zehaztea eta pertsona talde horientzako arreta baliabide nagusiek duten gizarte edo osasun osagaiaren maila zehaztea– aurreragoko une baterako utziko litzateke.

Modu horretara ezarritako eredia osasun eta gizarte sistemen koordinazioko eredia da, integrazio eredia baino. Beste era batera esatearren, Planak ez du eremu soziosanitario propioa sortzearen alde egiten, alegia, ez du osasun zerbitzuen saretik eta gizarte zerbitzuen saretik ezberdindutako beste sare baten eta finantzazio propioa izango duenaren alde egiten. Aldiz, apustua integratu gabeko sistemaren aldekoa da, bi sistema bakarrik dauden eremuaren aldekoa hain zuzen: *“gizarte eta osasun sistemak, bien arteko gain-jartzeko sendoarekin pertsonaren irudi integraletik abiatuz”*. Ikuspegi horretatik abiatuz, mekanismo ezberdinak bi sistematako bati atxiki behar zaizkio, sare bakoitzaren eskumenezikiko errespetuan eta haien arteko beharrezko integrazio funtzionalean oinarrituz jardun bateratutik, koordinatutik eta etengabekotik ahalik eta sinergia handienak lortzeko.

Adierazi berri dena kontuan hartuta, beharrezkoa zen, ereduaren oinarritzko elementuen artean, erabiltzaileak arreta soziosanitarioaren esparruan emaniko zerbitzuen finantzazioan izango duen parte-hartzearen gaia ebaztea. Gai hori bereziki zaila da izaera unibertsaleko eta doako osasun zerbitzuek eta gizarte zerbitzuek bat egiten duten eredu batean. Izan ere, azken horiek, kasu askotan, erabiltzailearen aldetiko parte-hartze ekonomikoa ekartzen dute. Planaren aukera parte-hartze irizpideak ezartzea da, eskubide subjektibo unibertsal eta doako moduan onarturik ez dauden zerbitzuen kostuaren finantzazioan izango den parte-hartzea zehazteko:

- a) Ekarpinak lotura zuzena izan behar du jasotako zerbitzuaren kostuarekin eta erabiltzailearen edo subjektu pasiboaren baliabideekin, eta errenten kopuruaren azpitik kokatuko da beti. Horrela, erabiltzailearen eskura biziraupenerako gutxienezko bat izatea bermatuko da beti.
- b) Inor ezin gera daiteke zerbitzua eskuratzetik kanpo, arrazoa baliabide ekonomikoak faltatzea bada.
- c) Emaniko zerbitzuaren kalitatea ezingo da aldatu, inolaz ere, erabiltzaileek adierazitako zerbitzuaren kostuan duten parte-hartzearen arabera.
- d) Ekarpeneren kalkulua kalkulu objektiboetan oinarriturikoa izan behar da.
- e) Behar besteko ondarea izanda ezarritako prezio publiko osoa estaltzen ez dutenei betebeharrak ekonomikoak ezarri behar zaizkie.

- f) Ekarpena kalkulatzeko onartutako formulen aplikazio eremua autonomia erkidegoarena izango da.
- g) Ekarpena aldizka berraztertuko da, ofizioz edo aldeetako batek eskatuta, indarreko arautegira egokitze aldera.

Azkenik, ereduak arreta soziosanitarioaren eremu subjektiboa zehazten du, horrelako laguntzaren onuradun izan daitezkeen taldeak zerrendatuz eta sailkapen itxia ez dela argituz, zerrendaren helburu bakarra jarduera mekanismoen egituratzea erraztea baita:

<b>1. Mendetasuna bizi duten adinekoak</b>	Mendetasun funtzional altuko pertsonak. Dementia aurreratua duten pertsonak. Mendetasun arina edo altua eta konplexutasun klinikoak duten pertsonak.
<b>2. Ezintasuna duten pertsonak</b>	Baliaezintasuna dakarren ezintasun fisikoa. (ezintasun handiak) duten pertsonak. Buruko gaixotasuna ere baduten ezindu intelektualak.
<b>3. Buruko osasuneko arazoak dituzten pertsonak</b>	Buruko gaixotasun larria eta kronikoa duten pertsonak. Toxikomaniak dituzten pertsonak.
<b>4. Gaixotasun somatikoak, kronikoak eta/edo baliaezintasuna dakartenak dituzten pertsonak</b>	Gaixotasun neurodegeneratiboak dituzten pertsonak. Gaixotasun organikoak dituzten pertsonak. Buruan kalteren bat duten pertsonak. Infekzioa dakarten patologiak sortzen ari zaizkien pertsonak.
<b>5. Gaixotasun terminalak dituzten pertsonak</b>	
<b>6. Bazterkeria arriskuan dauden beste talde batzuk</b>	Adin txikikoak (batez ere tratu txarrak jasandako adin txikikoak, babesgabetasun egoeran dauden adin txikikoak eta jokabide arazoak dituzten adin txikikoak). Genero indarkeriaren biktima diren emakumeak. Arreta soziosanitarioa behar duten eta gizarte arazoak dituzten etorkinak.

Talde horiek arreta soziosanitarioa jaso dezaketenak bereziki izateak ez du esan nahi hori denik beti egoera. Kasu askotan, haien beharrak bi arreta eremuetatik batean bakarrik kokatuko dira, bien esku-hartze koordinatua eta aldi berekoa beharrezkoa izan gabe.

Txosten hau idatzi arte, Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa gaiaren eremuan erreferentziatzen har daitezkeen baliabide nagusia da eta plan hori aplikatzerakoan martxan jarritako beste mekanismo batzuekin osatzen da, hain zuzen ere hurrengoekin: eremu soziosanitarioan aplikatzeko osasun eta gizarte zerbitzuen Katalogoa elkarrekin diseinatzea –2006ko maiatzean onartu bazen ere, oraindik garatzeko bidean dago–, RAI edo buruko gaixotasun kronikoak dituzten pertsonak kanporatzeko protokoloa baloraziorako baliabide komun modura hartzea, garrantzitsuenetariko batzuk aipatzearen.

Halaber, lurralde mailan, eremu soziosanitarioa antolatzeke aurrerapauseok jarraitu egin dute Plan Estrategikoak definituriko esparruan eta aurreko hamarkadan ezarritako esparru akordioak aplikatuz. Ildo horretatik jarraituz azpimarratzekoak dira Bizkaian orain dela gutxi garatutako ekimenak, beste bi lurralde historikoetan lortutako egoeraren antzekoa lortzea ahalbidetu baitiote: Bizkaiko Lurralde Historikoan adinekoen eremuan balorazio eta orientazio soziosanitariorako Batzorde teknikoaren sorrera, abenduaren 26ko 234/2006 Foru Dekretuaren bitartez, eta Osasun Sailaren (Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera) eta Bizkaiko Foru Aldundiaren arteko lankidetzaren hitzarmenak Bizkaiko Lurralde Historikoko egoitza unitate soziosanitarioetan zerbitzu soziosanitarioak eskaintzeko eta Bizkaiko adinekoen egoitzetan osasun laguntza emateko. Biak 2007ko martxoaren 14koak dira.

Plan Estrategikoak definituriko eredu horrek ez ditu aldaketa sakonak jasango Gizarte Zerbitzuen Lege berriaren ekarpenekin, hain zuzen ere egun izapidetzen ari denak egi-ten dituenekin. Aurreproiektuak garrantzi handia ematen dio gizarte ongizatea lortzen laguntzen duten sistema ezberdinen eta politika publikoen arteko koordinazioari. Hori bereziki aplikatzen zaio osasun sistemaren, hezkuntza sistemaren, eta enplegu eta lan munduratzearen, prestakuntzaren, etxebizitzaren eta diru-sarrerak bermatu eta gizarte-artzaren inguruko politika publikoen koordinazioari.

Ikuspegi horretatik abiatuz, eremu soziosanitarioko lankidetzaren eta koordinazioari artikulua eskaintzen zaio administrazio arteko lankidetzaren eta koordinazioari buruzko kapitulu-uan, eta, haren adierazpenean, Euskadiko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoan sartutako funtsezko elementu batzuk berreskuratzen ditu. Horrela, kontzep-tuen mugatzean bereziki, esku-hartze eremu horretan kontuan izan beharreko taldeen zerrenda eta oinarrizko antolamendu egitura sartzen dira. Azkenean testua baldintza horietan onartuko balitz, eremu soziosanitarioa eta haren funtzionamendu egitura Lege izaera duen testu baten esparruan kokatuko lirateke lehenengo aldiz.

## **2. EAEko EREMU SOZIOSANITARIOAREN BITARTEKO NAGUSIAK**

Atal honetan, EAEko arauari buruzko aurreko atala osatzeko, autonomia erkidegoko eta lurralde historikoetako eremu soziosanitarioa osatzen duten bitarteko nagusien deskribapena egingo da. Irakurtzea errazagoa izan dadin eta batez ere, soilik datu garrantzitsuenak eskaintzeko, informazioa modu sintetikoan aurkeztuko da, funtsezko elementuak jasotzen tauletan; logikoki, aurkeztuko direnetatik zenbait araudiaren aurkezpen kronologikoan aipatu dira jada, baina nahasteak eragozteko atal honetan berriro aipatzea erabaki da. Ondoren, tauletako informazio garrantzitsuenaz aztertu dugu laburki eta egun Autonomi Erkidegoan arreta soziosanitarioaren egoera zein den kontuan hartuta, ezaugarri aipa-garrienak zeintzuk diren adierazi dugu.

Deskribapenak autonomia erkidegoko nahiz lurraldeetako elkarlan soziosanitarioaren garapenaren ikuspegi sintetikoa eskaintzea du helburu eta 3. atalean agertzen den Delphi ikerketan lortutako balorazioen osagarria da. Helburua beraz, informazioa eskaintzea da eta balorazioak eta interpretazioak saihestu ditugu.

## 2.1. EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO ETA BERTAKO LURRALDE HISTORIKOETAKO EREMU SOZIOSANITARIOAREN BITARTEKO NAGUSIEN DESKRIBAPENA

Eremu soziosanitarioko bitarteko nagusien deskribapena lau esparru handitan banatu da:

- **Akordioak, hitzarmenak eta protokoloak.** Atal honetan osasunaren arloan eskumenak dituzten herri administrazioen eta gizarte zerbitzuen artean eremu soziosanitarioa garatzeko adostutako dokumentuak, edo bien parte-hartzea izan dutenak, aurkeztuko dira, horretarako dokumentu bakoitzaren deskribapen laburra egingo da eta zenbait kasutan izandako emaitzak edo ondorioak ere aipatuko dira. Indarrean dauden hitzarmenak nahiz indarrean ez daudenak zerrendatuko dira, izan ere, aurrekariak aipatzea komenigarria da eta batez ere, eremu honetan izandako garapena, beraz, arreta soziosanitarioko batzordeen koordinazioaz arduratzen diren pertsonak emandako informazioari esker, hitzarmen eta akordio guztiak sartu dira eta edukiagatik garrantzitsutzat jo ez direnak besterik ez dira utzi kanpoan. Ez da jaso, ordea, hitzarmenak izenpetu zituzten erakundeek zenbateraino bete duten hitzarmenen edukia –izan ere, egoera nolakoa den, garapen prozesua berriro abian jartzea eta egiten diren aurrerapenak bideratzea soilik helburu duen azterketaren helburu eta asmoetatik urruntzea suposatuko luke–.

Bestalde, kontuan hartu dira gizarte zerbitzuen alorretik ateratako zenbait arau, izan ere, aurrez bi arreta alorren artean izenpetutako akordioak jasotzen dituzte.

Kontuan hartu beharra dago, informazioa homogeneoa izateko ahalegina egin den arren, beti ez dela posible izan, kasu batzuetan, aipatutako baliabide bakoitzari buruz jasotako datuak oso ezberdinak izan direlako.

- **Koordinazio organoak** Arreta soziosanitarioko batzordeen eremuan sortutako hainbat batzorde mistoren osaerari eta funtzioei buruzko informazioa eskaintzen da.
- **Baliabideak soziosanitarioen zerrenda:** Baliabideak soziosanitarioak diren ala ez erabakitzeko, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluko (CVAS) Informazio Sistemen batzordeak ezarritako irizpideak erabili dira; irizpide horiek baliabide soziosanitarioak “zentzu zorrotzean” eta baliabide soziosanitarioak “zentzu zabalean” bereizten dituzte eta taulak egiteko lehenengoak erabili ditugu, hau da, osasun sarearen eta gizarte sarearen arteko akordio formaletatik sortutakoak, honako baldintzetako bi behintzat betetzen badituzte: osasun eta gizarte zerbitzuak ematea aldi berean; bi aldeek adostutako finantzazio sistema mistoa izatea; bi aldeen artean adostutako edo bateratutako sarbide sistema izatea.

Horretaz gain, “beste baliabide batzuk” izeneko atala ere egin da, aipatutako batzordeak “zentzu zabalean” baliabide soziosanitariotzat jotzen dituenak jasotzen dituenak, hau da, “*osasun eta gizarte sistemen arteko mugan daudelako koordinazio soziosanitarioko organoek arretaz aztertu behar dituzten programak*”. Oro har, talde honen sartu dira finantzazio akordio mistorik izan gabe bi arreta sistemetatik finantzazioa jasotzen duten baliabideak eta gizarte zerbitzuetara jotzen dutenean arazo soziosanitarioak dituzten taldeak –droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonak, HIES duten pertsonak eta gaixotasun mentalak dituzten pertsonak, nagusiki– artatzen dituzten gizarte zerbitzuetako baliabideak. Hala eta guztiz ere, mugatzen oso zailak direnez, “zentzu zabaleko” baliabide soziosanitarioen zerrenda ez da oso zehatza.

- **Planak, azterketa eta ebaluazioak.** Zenbait kasutan informazio iturri gisa erabilitako planak, azterketak eta txostenak ere aipatzen dira, izan ere, beren izaeragatik edo ezaugarriengatik ezin dira akordioekin edo protokoloekin parekatu, azken hauek izaera arautzailea edo aginduzkoa dutelako.

### 2.1.1. *Euskal Autonomia Erkidegoko oinarrizko bitartekoak*

#### AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. EAE

- 
- a) **Eusko Jaurlaritzaren, Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako Foru Aldundien eta udalerrien Eudel elkartearen arteko hitzarmena EAEko arreta soziosanitarioa garatzeko.**
- **Data:** 2003ko urtarrilaren 30a.
  - **Edukia:** EAEko arreta soziosanitarioko eredia zehazteko antolamendu egitura sortu zuen aldean kudeaketa autonomia printzipioa eta adostasun printzipioa errespetatuz. Arreta soziosanitarioko euskal batzordea adostu zen eta hiru lurralde batzordeak eta koordinatzaileak berretsi ziren. Arreta soziosanitarioa finantzatzeko eredia ezarri zen; ereduaren arabera zerbitzu bakoitzaren kostu osoa bi modulutan banatu behar da: gizarte zerbitzuen modulua eta osasun zerbitzuen modulua.
  - **Emaitzak:** Autonomia Erkidegoko lehenengo hitzarmen soziosanitarioa izan zen eta EAEko eremu soziosanitarioaren garapenaren abiapuntua izan zen. 1996an (Gipuzkoa) eta 1998an (Araba eta Bizkaia) izenpetutako lurralde hitzarmenak ordezkatu zituen.
- 
- b) **CVASen Osoko Bilkuraren Akordioa mendetasuna baloratzeko eta kudeatzeko bitarteko komuna ezartzeko.**
- **Data:** 2005eko otsailaren 17a.
  - **Edukia:** Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren osoko bilkuran Autonomiako Batzorde Teknikoak egindako mendetasuna baloratzeko bitartekoari eta kudeaketa ereduari buruzko txostena onartu zuen. Hainbat eztabaida saioren ostean, batzordeak RAI (% 20aren bertsioa) eta RUG III sailkatzailea onartzeko gomendatu zuen. Txostenak gainera, lurralde bakoitzean balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzordeak sortzea proposatu zuen. Osoko Bilkuran bitartekoa onartzea adostu zen eta 2006. urtearen hasieratik hiru lurraldeetan erabiltzen hasia.
  - **Emaitzak:** Norbanakoaren Autonomiari buruzko Legea (BVD) indarrean sartzean derrigorrezko eskala berri bat ezarri zen eta aurreikusitako aplikazio prozesu komuna aldatu zuen, hori dela eta, Bizkaiko eta Gipuzkoako Foru Aldundiek bi bitartekoak erabiltzen dituzten (RAI RUG eta BVD), Arabakoak berriz, BVD erabiltzea erabaki du.
- 
- c) **Kudeaketa publikoko edo hitzartutako kudeaketa pribatuko ospitale psikiatrikoetan dauden eta gizarteratzeko moduan dauden pertsonak beste leku batera eramateko jarraibideak eta gomendioak.**
- **Data:** 2005eko otsailaren 17a.
  - **Edukia:** Dokumentuak gomendio orokorrak jasotzen ditu zentro psikiatrikoetan dauden gaixoak beren beharrei egokitzen zaizkien gizarte zerbitzuen sareko egoitzetara edo beren etxeetara joateko prozesua bideratzeko. Epe labur edo ertainean bergizarteratua izan daitezkeen gaixoaren profila deskribatzen da, zein osasun edo gizarte baliabidetara joan daitezkeen aipatzen da eta lekualdaketa prozesua bideratzeko jarraibideak ematen ditu. Prozesuaren denbora muga 2009ko abenduaren 3In ezarri zen, sortu daitezkeen gastuen finantzazio eredia ezarri zen eta beste gomendio batzuen artean, lurralde bakoitzean gaixoak ospitaletatik atera eta beste toki batzuetan kokatzeko batzorde paritarioak sortzea gomendatu zen, arreta soziosanitarioko lurralde batzordeen mendekoak izango liratekeenak eta baita kasuak ebaluatzeko unitate paritario bat ere. Txostenaren arabera hitzarmena izenpetu ostean ehunka pertsona aldatu ahal izango dira lekuz.
  - **Emaitzak:** Ospitale psikiatrikoetan dauden pertsonak atera eta beste leku batzuetara eramateko prozesuaren emaitzak anbiguoak izan direla esan liteke: hiru lurraldeetan gizarte zerbitzuen zentroetara eraman daitezkeen pertsonen balorazioa egiteko beharrezko egitekoak egin diren arren eta horretarako lan-talde mistoak sortu diren arren, Bizkaian soilik egin dira lekualdatzeak erritmo egokian eta azken urteetan hainbat eta hainbat pertsona atera dira ospitaletatik eta beste egoitza batzuetara eraman, batez ere adinekoentzako egoitzetara.
-

---

**AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. EAE**


---

**d) Informazio soziosanitarioko sistema ezartzeko akordioa.**

- **Data:** 2005eko otsailaren 17a.
  - **Edukia:** EAEko arreta soziosanitarioa planifikatu eta baloratzeko informazio sistema sortzeko sortu zen batzorde teknikoak, aipatutako datan, sistemak jaso beharreko aldagai nagusiak jasotzen zituen aginte-mando baten inguruan antolatutako informazio sistema aurkeztu zuen.
  - **Emaitzak:** Arreta soziosanitarioko euskal batzordearen osoko bilkuran sistema onartu ostean ez da aurrerapauso gehiagorik egon.
- 

**e) Egoitza zentro batean dagoen norbait hiltzen denean jarraitu beharreko jarraibideak.**

- **Data:** 2006ko uztailaren 10a.
  - **Edukia:** Egoitza zentro batean dagoen pertsona bat hiltzen bada jarraitu beharreko hamar jarraibide ezartzen ditu dokumentuak.
- 

---

**KOORDINAZIO ORGANOA. EAE**


---

**a) Arreta Soziosanitarioko Euskal Batzordea.** EAEko osasun eta gizarte zerbitzuen sistemak koordinatzeko organo gorena da. Osasunaren alorreko eta gizarte zerbitzuen alorreko ordezkari-ritza paritarioa du. Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailburua da lehendakaria, hamar kide ditu, bost osasun arloaren ordezkariak dira eta beste bost gizarte zerbitzuen alorreko ordezkariak. 2003ko urtarirlean sortu zenetik bederatzi osoko bilkura izan dira.

---

**b) Plan Estrategikoa egiteko Batzorde Teknikoa** CVASen lehenengo osoko bilkuran EAEko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoa idazteko arduratuko zen batzordea sortzea erabaki zen. Behin plana onartu ostean, Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoaren jarraipena eta ebaluazioa egiteko batzordea sortu zen, osasunaren arloko bost ordezkari eta gizarte zerbitzuen arloko bost ordezkari osatua.

---

**c) Mendetasuna eta bere kudeaketa eredia baloratzeko autonomia erkidegoko batzorde teknikoa.** 2003. urteaz geroztik mendetasuna baloratzeko komuneko bitartekoa proposatzeko dokumentua egiteko arduraduna da, 2004ean aurkeztu zuen proposamena eta 2005ean onartu zen eta proposamena onartu ostean eta prestakuntza ikastaro batzuk antolatu ostean, batzordeak funtzionatzeari utzi zion.

---

**d) EAEko arreta soziosanitarioa planifikatu eta baloratzeko informazio sistema bat zehazteko batzorde teknikoa.** 2003. urteaz geroztik, informazio sistema egiteko ardura du, zortzi kidek osatzen dute eta 2005ean aurkeztu zuen bere txostena.

---

**e) Ospitale psikiatrikoetan dauden pertsonak lekuz aldatzeko batzorde teknikoa.** CVASen lehenengo osoko bilkuran ospitale psikiatrikoetan dauden eta bergizarteratuak izan daitezkeen pertsonak beste leku batera eramateko jarraibideak eta gomendioak ezartzeko lan-taldea sortzea erabaki zen. 14 kidez osatutako taldeak 2005ean aurkeztu zuen bere lan proposamena.

---

**f) Zerbitzuaren kostuan erabiltzaileak izan behar duen parte-hartzeari buruzko lan-taldea.** Arreta soziosanitarioari buruzko euskal batzordearen lehenengo osoko bilkuran, zerbitzuen finantzazioan erabiltzaileek ekonomikoki parte hartzeko irizpideak ezartzeko lan-taldea sortzea erabaki zen. Lan-taldeak bilerak eten zituen 2005ean zailtasun handiak zeudelako EAEko benetako egoeraren azterketa egiteko eta gai honi buruzko edozein erabakik hiru lurralde historikoetan izan zitzaizkeen ondorio politiko eta sozialengatik.

---



---

**KOORDINAZIO ORGANOAOK. EAE**

---

- g) **Egoitza zentro batean dagoen norbait hiltzen denean jarraitu beharreko protokoloa sortzeko lan-taldea.** Osasunaren arloan eta adinekoentzako egoitzen alorrean lan egiten duten zortzi teknikariek osatua, 2006ko uztailearen 10ean CVASen osoko bilkuran onartutako txostena egiteaz arduratu zen.

---

**PLANAK, AZTERKETAK ETA EBALUAZIOAK. EAE**

---

a) **EAEko Plan Soziosanitarioa. Abiapuntuari buruzko txostena.**

- **Data:** 2001eko urria.
- **Edukia:** Eusko Jaurlaritzako Justizia, Lan eta Gizarte Segurantzza Sailak eta Osasun Sailak bultzatuta, diagnostiko-txosten honek indarrean zegoen eredu soziosanitarioak zituen mugak eta hutsuneak aztertu zituen plan bat egiteko asmoz. Plana idatzi ahal izateko, hainbat erakundetako kideek osatutako lan-taldea sortu zen, teknikariek eta aipatutako Eusko Jaurlaritzako sailtako arduradunek eta hiru Foru Aldundietako arduradunek osatua. Dokumentuak taldeka antolatutako plana aurkeztu zuen eta ez zen aplikatzera iritsi, nahiz eta eredu soziosanitarioari buruzko zenbait aipamen 2005ko Plan Estrategikoan jaso ziren.
- **Emaitzak:** Autonomia Erkidegoko esparru soziosanitarioa planifikatzeko lehenengo saiakera izan zela esan daiteke, nahiz eta ez zen ezartzera iritsi, baina egun indarrean dagoen Plan Estrategikoaren aurrekaria izan zen eta funtsezko ezaugarrietako batzuk ezarri zituen.

---

b) **Eusko Autonomi Erkidegoko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoa 2005-2008.**

- **Data:** 2005eko apirilaren 6a.
- **Edukia:** EAEko arreta soziosanitarioko ereduaren elementu kontzeptual eta ezaugarri nagusiak definitu eta sendotu zituen estrategia kualitatiboak ezarri. Egoeraren diagnosis egin zuen eta hobekuntza esparruak ezarri zituen, helburu estrategikoa., jarduera plana eta jarraipen adierazleak ezarri.
- **Emaitzak:** Txosten hau egiten ari den unean Plana indarrean dago eta bi urteko hasierako fasea pasa ostean, ez da ebaluazio garrantzitsurik edo plana zenbateraino bete den ikusteko azterketarik egin.

---

c) **EAEko arreta soziosanitarioko eremuan aplikatutako Osasun Zerbitzuen eta Gizarte Zerbitzuen Katalogoa.**

- **Data:** 2006ko maiatzaren 3a.
- **Edukia:** Erakunde ezberdinetako kideez osatutako lan-taldeak sortutako katalogoak EAEko hiru lurraldeetako batean behintzat badiren gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen zerrenda jasotzen du. Zerbitzu eta laguntza soziosanitarioen zerrenda bat osatzeko oinarria da. Txostenean arreta soziosanitarioa behar duten taldeak agertzen dira eta EAEko eremu soziosanitarioan dauden osasun eta gizarte zerbitzuen katalogoa, zerbitzu bakoitzaren deskribapenarekin batera.
- **Emaitzak:** Katalogoa batzordearen osoko bilkuran aurkeztu zen 2006ko uztailearen 10ean. Azterketa atzeratzea erabaki zen (txosten hau egiten ari garen bitartean jasotako informazioaren arabera oraindik ez da aztertu).

### 2.1.2. Arabako Lurralde Historikoko oinarrizko bitartekoak

#### AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. ARABA <sup>23</sup>

**a) Arabako Lurralde Historikoko arreta psiko-geriatrikoa hobetu eta arrazionalizatzeko elkarlan hitzarmena.**

- **Data:** 1993ko martxoaren 9a.
- **Edukia:** EAEko lehenengo akordio soziosanitarioetako bat izan zen, arreta psiko-geriatrikoaren arloan. Izenpetutako testuaren arabera, Osakidetzak Arabako Ospitale Psikiatrikoan (garai hartan eraikitzen ari zena) 70 ohe gehiago jartzeko konpromisoa hartu zuen eta Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak bere eguneko zentroetan 40 plaza gehiago sortzeko eta gaueko zentroetan 15 plaza gehiago sortzeko konpromisoa hartu zuen. Bi erakundeek gaixoak eremu batetik bestera pasatu ahal izateko eta oker baten ondorioz zentro psikiatrikoetan eta/edo gizarte zentroetan dauden pertsonak trukatzeko izapideak errazteko konpromisoa hartu zuten. Horretaz gain, kasuak baloratzeko batzordea sortu zen eta hurrengo hamalau urteetan zehar adinekoen esparruan lanean aritu zen.
- **Indarrean:** Ez. 1998ko esparru hitzarmenaren ostean akordio hau indargabetu zen arren, bertatik ateratako zenbait hitzarmenek indarrean jarraitzen dute.

**b) Arazo psiko-geriatrikoak dituzten pertsonentzako aldi behin Lezako ospitaleko zati bat erabiltzeko elkarlan hitzarmena.**

- **Data:** 1993ko ekainaren 29a.
- **Edukia:** Mendeko adinekoak udan Lezako ospitaleko zati bateko gelak erabiltzeko baimena ematen zuen. Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak ekarpen ekonomikoa egin behar zuen eta gainera programako erabiltzaileei arreta emateko langileak kontratatzeaz arduratzen zen. Sistema honen bidez, ospitaleak gehienez 34 pertsona hartuko zituela adostu zen eta gehienez ere 30 egunetan izango zirela bertan. Hitzarmena indarrean mantendu zen 2004. urtera arte.
- **Indarrean:** Ez.

**c) Elkarri zerbitzu soziosanitarioak egiteko elkarlan hitzarmena.**

- **Data:** 1995eko ekainaren 28a.
- **Edukia:** Elkarri zerbitzuak egiteko akordioa, Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak enplegu zentroetako bat Arabako ospitale psikiatrikoko ikuzketa lanez arduratzen zen Lezako ospitaleko plaza batzuen erabileraren truke (15). Plazen erabiltzaile kopurua murrizten joan zen 2007ko urtarrilera arte eta une hartatik aurrera Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak ez zuen erabiltzaile gehiagorik izan aipatutako zentroan. Zailtasun handiak zeuden Lezako ospitalea egoitza moduan erabiltzeko eta ondorioz, Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak 15 plaza horiek kendu eta Ospitale Psikiatrikoan 8 plaza psiko-geriatriko sortzea proposatu zuen, baina Lurralde Batzordean ez zen adostasunik izan.
- **Indarrean:** Ez.

**d) Adinekoak beste leku batera bidali eta artatzeko koordinazio protokoloa lehen mailako osasun arretaren eta gizarte zerbitzuen artean.**

- **Data:** 1996ko urria.
- **Edukia:** Osasun zentroen eta oinarrizko gizarte zerbitzuen arteko koordinazio protokoloa ezarri zen arrisku soziosanitarioan egon zitezkeen gaixoak/pertsonak antzemateko. Protokoloaren erabilera betan behera utzi zen pixkanaka, bi aldeetako profesionalen esanetan, batez ere arrisku soziosanitarioan zeuden erabiltzaileak zeintzuk ziren jakina zelako protokoloa erabili gabe.
- **Indarrean:** Ez.

<sup>23</sup> Txosten hau idatzi eta berrikusi ostean, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila eta Arabako Foru Aldundia akordio batetara iritsi dira adinekoak artatzeko egoitza zentroetako osasun gastuak finantzatzeko. Txosten hau amaitzen ari ginen unean, aipatutako akordioa Arabako Batzar Nagusien onarpenaren zain zegoen.

---

**AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. ARABA**

---

**e) Arabar Errioxako errehabilitazioa eta fisioterapia hobetzeko elkarlan hitzarmena.**

- **Data:** 1997.
- **Edukia:** Osakidetzak hainbat baliabide pertsonal eta material jarri zituen Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen esku, Lezako ospitalean fisioterapia eta errehabilitazio zerbitzuak eskaini ahal izateko, eta Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak astean behin ospitalera joaten den mediku errehabilitatzailea ordaintzeaz arduratzen da.

**Indarrean:** Bai.

---

**f) Osasun saila/Osakidetzaren eta Arabako Foru Aldundiaren Gizarte Ongizaterako sailaren arteko esparru akordioa Arabako Lurralde Historikoko behar soziosanitarioei erantzuteko.**

- **Data:** 1998ko azaroaren 16a.
- **Edukia:** Aurreko elkarlan hitzarmen bat (1993) eguneratu eta zabaldu zuen eremu soziosanitario osora. Indarrean zeuden hitzarmenak berretsi zituen, lurraldeko esparru soziosanitarioa egituratu zuen eta berariazko hitzarmenak izenpetzeko atea zabalik utzi zuen. Eusko Jaurlaritzak, hiru Foru Aldundiek eta Eudelek autonomia erkidegorako izenpetutako esparru akordioak ordezkatu zuen.

- **Indarrean:** Ez.
- 

**g) Arabako Ospitale Psikiatrikoan erabilera soziosanitariorako oheak hitzartzeko esparru akordioa.**

- **Data:** 1999ko apirilaren 23a.
- **Edukia:** 1993ko elkarlan hitzarmenean Arabako Ospitale Psikiatrikoan oheak hitzartzear buruz esandakoa garatu zuen. Akordioan ezarritakoari jarraiki, Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak 116 ohe psiko/geriatriko hitzartu zituen Arabako ospitale psikiatrikoan.

- **Indarrean:** Bai.
- 

**h) Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen egoitzetan eta Etxebidea zentroan hildako adinekoei nekropsia klinikoak egiteko elkarlan hitzarmena.**

- **Data:** 1999ko uztailaren 14a.
- **Edukia:** Aipatutako zentroetan Osakidetzak nekropsiak egiteko akordioa.

- **Indarrean:** Bai.
- 

**i) Arabako Ospitale Psikiatrikoko gaixoak erakundetik ateratzeko akordioa.**

- **Data:** 2006.
- **Edukia:** Gaixo psikiatrikoak erakundeetatik ateratzeko jarraibideak jasotzen zituen Autonomia Erkidegoari buruzko txostena oinarritzat hartuta eta lan hori gauzatzeko sortutako lurralde batzordeak egindako lanaren ostean, Ospitale Psikiatrikoan zeuden 51 pertsona Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen egoitza zentroetara eramatea adostu zen. Une honetara arte gaixoak ez dira lekuz aldatu AFAk akordioa izenpetu aurretik Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen egoitza zentroetan eta adinekoentzako zentroetan izango diren osasun gastuak ordaintzeko hitzarmena izenpetu behar dela adierazi baitu.

- **Indarrean:** Ez, indarrean sartzeke.

---

**BALIABIDE ETA PROGRAMA SOZIOSANITARIOAK. ARABA**

---

- a) **Arabako Ospitale psiko-geriatrikoko plazak.**
- **Unitate kopurua:** 3.
  - **Kokalekua:** Vitoria-Gasteiz.
  - **Plaza kopurua:** 116 ohe. Horietatik 8 Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearekin hitzartuta daude.
  - **Sarbidea:** Adinekoentzako lurraldeko gainontzeko egoitza zerbitzuetan bezala, 2007ko maiatza arte, plaza hauetako bat lortzea balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzordearen esku zegoen.
  - **Finantzazioa:** Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak eta Osakidetzak hitzartutako zortzi plazen kostu publikoaren % 50 finantzatzen dute. Gainontzekoak Osakidetzak finantzatzen ditu, beraz, esan daiteke hitzartutako zortzi plazak soilik direla soziosanitarioak.
- 
- b) **Bidegurutzea eta Erantsi elkarten babespeko pisuak gaixotasun mentalak edo alkoholismoa duten pertsonentzat.**
- **Pisu kopurua:** 5.
  - **Kokalekua:** Vitoria-Gasteiz.
  - **Plaza kopurua:** 59.
  - **Sarbidea:** Zentro hauen finantzazioa Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen esku badago ere, sarbidea Osakidetzako Gizarte Ongizaterako Foru Erakunde teknika-erakundearen esku osatutako batzorde mistoak erabakitzen du.
  - **Finantzazioa:** Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak finantzatzen du egoitza plazen kostua.
- 
- c) **Beste baliabide batzuk.**
- Arabako Hiesaren Kontrako Batzordearen Xiringa trukaketerako programa.
  - GIB duten pertsonak bergizarteratzeko Besarkada harrera etxea.
  - Jeiki Fundazioaren Aukera, Hazgarri eta Proyecto Hombre programak.
  - Gaixo Psikiatrikoen Senideen Arabako Elkarteak (ASFES) kudeatutako gizarte-hezkuntza arloko programak.
  - Gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako Hogar Alavés elkartearen etxebizitza komunitarioa eta egoitza.
  - Beti Gizartean Fundazioak kudeatutako portaera nahasketak dituzten gazteentzako Zurekin etxebizitza komunitarioa.
  - Gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako gizarte-hezkuntza alorreko etxea.
  - ASASAM Elkartearen okupazio zentroa.
  - Estrada eguneko zentroa.
  - Prostituzioan diharduten pertsonen GIB prebenitzeko programa.
  - Osakidetzaren bitarteko egiturak osasun mentalaren arloan (Foronda komunitate terapeutikoa, eguneko ospitalea, bergizarteratzeko zerbitzua eta alkoholismo arazoak dituzten pertsonentzako eguneko zentroa eta eguneko ospitalea).

---

**KOORDINAZIO ORGANOAK. ARABA**

---

- a) **Arabako arreta soziosanitarioko lurralde batzordea.** Batzordea zortzi kidek osatzen dute eta 2007az geroztik urtean birritan elkartzen dira.
- 
- b) **Balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzordea.** Osakidetzako, Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeko eta Vitoria-Gasteizko Udaleko ordezkariak osatua, balorazio eta orientazio batzordeak hamalau urtetan zehar jardun zuen lanean hirugarren adinekoen alorrean egoitza zerbitzuak behar dituzten pertsonentzako baliabideak adosteko hiruko organo gisa. 2007 maiatzean funtzionatzeari utzi zion abenduaren mendetasun egoeran dauden pertsonen autonomia sustatu eta haiek zaintzeko abenduaren 14ko 39/2006 Legearen ondorioz eta Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen mende dagoen baliabideak berrantolatzeko batzordeak ordezkatu du.
- 
- c) **Egoitzetako gastuen batzordea.** Adineko pertsonentzako egoitzetako gastua zein den zehazteko sortutako batzordea, Foru Aldundiarekin eta Osakidetzarekin Arabako adinekoentzako egoitzetako osasun arretarako elkarlan hitzarmena izenpetu ahal izateko. Batzordeak lanean jarraitzen du eta momentuz ez da inolako akordiorik izenpetu.
- 
- d) **Arabako Ospitale Psikiatrikoko gaixoak erakundetik ateratzeko batzordea.** Oraindik aplikatu ez den Arabako Ospitale Psikiatrikoko 51 gaixo Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen adinekoentzako egoitzetara eramateko akordioa izenpetu ostean, desegin zen.
- 
- e) **Bidegurutzea eta Erantsiko erabiltzaileen mendetasun maila zehazteko batzordea.** Lurralde Batzordearen mende ez dagoen arren, eremu soziosanitarioa koordinatzeko organoetako bat dela esan liteke, izan ere, zentro horietarako sarbidea Osakidetzaren eta Gizarte Ongizaterako Foru Erakundearen parte-hartzea duen batzordeak erabakitzen du.

---

**PLANAK, AZTERKETAK ETA EBALUAZIOAK. ARABA**

---

- a) Lurralde Batzordearen funtzionamendu arautegia.
- 
- b) Ospitale Psikiatrikoko gaixoak erakundetik ateratzeari buruzko txostena.
- 
- c) Bidegurutzea eta Erantsiko erabiltzaileen mendetasun maila zehazteko txostena.

**2.1.3. Bizkaiko Lurralde Historikoko oinarrizko bitartekoak**

---

**AKORDIOAK, ARAUAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. BIZKAIA**

---

- a) **Osasun saila/Osakidetzaren eta Bizkaiko Foru Aldundiaren arteko esparru akordioa Bizkaiko Lurralde Historikoko behar soziosanitarioei erantzuteko.**
- **Data:** 1998ko maiatzaren 14a.
  - **Edukia:** Foru Aldundiaren eta Osasun Sailaren arteko koordinazio eta elkarlan esparru hitzarmen orokorra izenpetu zen, berariazko hitzarmenen bidez garatu beharko zena. Arreta soziosanitarioko lurralde batzordea eta sektoreetako hainbat batzorde sortu ziren. Eusko Jaurlaritzak, hiru Foru Aldundiek eta Eudelek autonomia erkidegorako izenpetutako esparru akordioak ordezkatu zuen.
-

---

**AKORDIOAK, ARAUAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. BIZKAIA**


---

- b) **Egoera begetatibo iraunkorren dauden pertsonen arreta emateko Leioako Gizarte Laguntzarako Institutuan sortutako unitateko sarbidea arautzeko protokola.**
- **Data:** 2004ko ekainaren 14a.
  - **Edukia:** Arreta Soziosanitarioko Bizkaiko Lurralde Batzordeak onartutako protokola da, Gizarte Laguntzarako Foru Erakundeak egoera begetatibo iraunkorren dauden pertsonen arreta emateko Leioako egoitzan dituen plazen sarbidea arautzeko. Protokoloak erabiltzaile motak zehazten ditu, sarbide baldintzak ezartzen ditu eta Gizarte Ekintza Saileko eta Osasun saileko ordezkariak osatutako batzorde soziosanitarioasortu behar dela adierazten du erabiltzaileak hautatzeko prozesuaz arduratu dadin. Egoera begetatibo iraunkorren dauden pertsonak jasotzeko Leioako Gizarte Laguntzarako Institutuan sortutako unitateko sarbidea arautzeko Bizkaiko Foru Aldundiaren ekainaren 22ko 117/2004 Foru Dekretuan jaso zen ondoren protokola.
- 
- c) **Bizkaiko Lurralde Historikoan adinekoen alorrean balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzorde teknikoak sortu eta arautzeko Bizkaiko Foru Aldundiaren abenduaren 26ko 234/2006 Foru Dekretua.**
- **Data:** 2006ko abenduaren 26a.
  - **Edukia:** Hitzarmena ez izan arren, Foru Dekretu honek adineko pertsonentzako unitate soziosanitarioetarako sarbide formula ezartzeko ardura duen organo mistoaren (Foru Aldundiaren parte-hartzea –gizarte zerbitzuak– eta Osasun Sailarena) funtzionamendua eta funtzioak arautzen ditu. Horretaz gain, batzordeak egiteko gehiago ere baditu, esate baterako, gizarte eta osasun arloko arteko koordinazioa eta elkarlana lortzea, kalitate sistemak ezartzea, elkarlan hitzarmenen jarraipena egitea, etab. Batzordea astean behin bildu behar da.
- 
- d) **Foru Aldundiaren adinekoentzako egoitza sareko adinekoentzako egoitza-unitate soziosanitarioetarako sarbidea eta arreta zerbitzua emateko baldintzak arautzen dituen Bizkaiko Foru Aldundiaren abenduaren 26ko 235/2006 Foru Dekretua.**
- **Data:** 2006ko abenduaren 26a.
  - **Edukia:** Aurrekoa bezala hitzarmen bat ez bada ere, bi erakundeek finantzaturako egoitza-unitate soziosanitarioetarako sarbide prozedura arautzen du. Arauak ezartzen du sarbidea bi erakundeetako ordezkariak osatutako Balorazio eta Orientazio Soziosanitariorako Batzorde Teknikoaren onarpenaren mende dagoela.
- 
- e) **Foru Aldundiaren adinekoentzako egoitza sareko adinekoentzako egoitza-unitate soziosanitarioetan arreta zerbitzua emateko aplikatzea adosten duen eta prezioa arautzen duen Bizkaiko Foru Aldundiaren abenduaren 26ko 231/2006 Foru Dekretua.**
- **Data:** 2006ko abenduaren 26a.
  - **Edukia:** Aurrekoak bezala hitzarmen bat ez bada ere, bi erakundeek finantzaturako egoitza-unitate soziosanitarioetarako prezio publikoa arautzen du.
- 
- f) **Osakidetzaren eta Bizkaiko Foru Aldundiaren arteko elkarlan akordioa Bizkaiko Lurralde Historikoko egoitza-unitate soziosanitarioetan zerbitzu soziosanitarioak emateko.**
- **Data:** 2006ko martxoaren 14a.
  - **Edukia:** Bizkaiko Foru Aldundiaren eta Osasun Saila/Osakidetzaren arteko koordinazioa ezartzea Gizartekintzak kudeatzen dituen egoitza-unitate soziosanitarioetan zerbitzu soziosanitarioak emateko. Gipuzkoako Foru Aldundiarekin izenpetutako hitzarmenean ezarritakoari jarraiki, plazaren gastuaren % 47 suposatzen duen eta Osakidetzak ordaintzen duen osasun modulua ezartzen da eta gainontzeko % 53a Foru Aldundiak eta erabiltzaileak, bere errentaren arabera, ordainduko dute. Hamabi hilabeteko gehienezko egonaldia ezartzen da eta erakunde bakoitzak diru-sarreraren % 25 gutxienez jasotzea erabakitzen da. Plazaren kostua eguneko 98,94 eurokoa izatea erabakitzen da. Hitzarmen honetan ezarritakoari jarraiki, 36 plaza dituen Gizarte Laguntzarako Foru Erakundearen Leioako egoitzari izaera soziosanitarioa ematen zaio eta Ezkerreko Ibarrean eta Ibaizabal Nerbioi Eskualdean 27 plazatako bi zentro irekiko direla erabakitzen da. Txurdinagan 100 plazako zentro bat eraikitzeko izapideak abian jarri dira ere bai.
-

---

**AKORDIOAK, ARAUAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. BIZKAIA**


---

**g) Osakidetzaren eta Bizkaiko Foru Aldundiaren arteko elkarlan akordioa Bizkaiko adinekoentzako egoitzetan osasun arreta emateko.**

- **Data:** 2006ko martxoaren 14a.
  - **Edukia:** Hitzarmenak Bizkaiko adinekoentzako egoitzetan osasun zerbitzuak ematea bermatzen du eta Foru Aldundiari adinekoentzako egoitzetako erabiltzaileei emandako arreta medikoaren eta erizaintzakoaren ondorioz sortutako gastuak ordaintzeko formulak ezartzen ditu. Egoitza bakoitzeko kasu guztiez Osakidetzako langileak arduratzeko aukera dagoen arren, azkenean, zentroko langileek egindako gastu medikoak eta erizaintzakoak ordaintzea erabakitzen da aurrez ezarritako prezioen bitartez. Finantzazio bateratuko akordioa mendeko 100 erabiltzaile baino gehiago dituzten eta Osakidetzakoak ez diren mediku zerbitzuak eta erizaintzako zerbitzuak dituzten egoitzei aplikatuko zaie soilik. Hitzarmenean guztira hamaika erresidentzia sartu ziren eta mendeko pertsonen 1.685 plaza. Osasun Sailak 350.570,99 euro ordaindu zituen arreta medikoagatik eta 1.596.107, 70 erizaintzako arretagatik.
- 

**h) BFAREN Gizarte Ekintza Saileko haurrentzako zerbitzuak artatzen dituen eta babesgabetsun egoeran dauden umeekin eta nerabeekin osasun sistemak aplikatu beharreko jarduera protokoloa.**

- **Data:** 2007ko martxoaren 19a.
- **Edukia:** Osakidetzako psikiaterek eta psikologoek arrisku adinean dauden adin txikikoak edo familiariek edo Gizarte Babeserako Foru Erakundearen egoitzetan edo Gizarte Ekintza Sailarekin elkarlanean ari diren zentro pribatuetan hartutako eta 2001 urtea baino lehen ebaluatu behar diren eta tratamendua hasi behar duten adin txikikoak artatzeko programa. Protokoloak elkarlan formulak ezartzen ditu Haurren Lurralde Zerbitzuko kasu koordinatzaileentzat eta Osakidetzako osasun mentaleko zentroentzat, eta programaren xedeak eta arreta motak ere ezartzen ditu.

---

**BALIABIDEAK ETA PROGRAMAK. BIZKAIA**


---

**a) Egoitza-unitate soziosanitarioak.**

- **Zentro kopurua:** 3 egun eta 1 egiteko asmoa.
  - **Kokalekua:** Leioa, Portugalete, Zornotza, Txurdinaga (Bilbo.)<sup>24</sup>
  - **Plaza kopurua:** 88 gaur egun eta 188 2009. urtea, Bilboko zentroa abian jartzen denean.
  - **Kudeaketa:** Propioa (Leioa) eta hitzartua (Portugalete eta Zornotza).
  - **Hartzaileak:** Mendeko pertsonak, osasun eta gizarte zainketa handiak behar dituztenak eta ospitaleratzearen eta etxex etxeko gizarte arretaren artean daudenak.
  - **Sarbidea:** Adinekoen alorreko Bizkaiko Lurralde Historikoko balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzorde teknikoaren bidez.
  - **Finantzazioa:** Erabiltzaileen diru ekarpena, BDAREN Gizarte Ekintza Saila (plazaren kostuaren % 53 ordaintzen dute bien artean) eta Osasun Saila (plazaren kostuaren gainontzeko % 47a ordaintzen du).
- 

<sup>24</sup> Eraikitzeo izapideak abian dira.

## BALIABIDEAK ETA PROGRAMAK. BIZKAIA

- b) **Egoera begetatibo iraunkorren dauden pertsonentzako egoitza arretarako unitatea.**
- **Zentro kopurua:** 1.
  - **Kokalekua:** Leioa.
  - **Plaza kopurua:** 6.
  - **Kudeaketa:** Propioa.
  - **Hartzaileak:** 18 eta 60 urte bitartean dituzten eta egoera begetatibo iraunkorren dauden pertsonak, % 75eko ezgaitasuna baino gehiago dutenak eta akutuentzako eta epe ertaineko egonaldietarako Osakidetzaren ospitaletatik datozenak.
  - **Sarbidea:** Gizarte Ekintza Saileko eta Osasun Saileko bi teknikariek osatutako berariazko batzorde soziosanitarioaren bitartez.
  - **Finantzazioa:** Erabiltzaileen diru ekarpenak eta BFAko Gizarte Ekintza Saila.
- 
- c) **Bizitegi Programa Dibertsifikatuaren babespeko pisu sarea, egoitza txikia eta eguneko arretarako zentroak.**
- **Zentro kopurua:** egoitza txiki bat, 14 pisu eta eguneko hiru zentro.
  - **Kokalekua:** Bilbo.
  - **Plaza kopurua:** 46 egoitza plaza eta eguneko arretako 59 plaza.
  - **Kudeaketa:** Hitzartua.
  - **Hartzaileak:** Gaixotasun mentalak dituzten eta bazterturik dauden pertsonak.
  - **Sarbidea:** Plazak lortzeko irizpideak ezartzen dituen batzorde mistorik ez dagoen arren, lehenik eta behin osasun sarea ebaluaketa bat egiten zaie gaixoei eta ondoren Foru Aldundiak berretsi behar duen bigarren balorazioa.
  - **Finantzazioa:** Osasun Sailak eta Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailak sareko zentroak kudeatzeko hitzarmenetan ezarritako plazako kostuaren % 50 finantzatzen dute urrenez urren.
- 
- d) **Argia Fundazioaren babespeko pisuen sarea.**
- **Zentro kopurua:** 14.
  - **Kokalekua:** Bilbo eta Barakaldo.
  - **Plaza kopurua:** 70.
  - **Kudeaketa:** Hitzartua.
  - **Hartzaileak:** Ezgaitasunak dituzten pertsonak.
  - **Finantzazioa:** Osasun Sailak eta Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailak sareko zentroak kudeatzeko hitzarmenetan ezarritako plazako kostuaren % 50 finantzatzen dute urrenez urren.
- 
- e) **Beste baliabide batzuk.**
- Hartutako garun erasanak (IFAS) dituzten pertsonak artatzeko Bekoetxe eguneko zentroa.
  - Bietxeak Egoitza (IFAS).
  - Droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonentzako Caritasen Hontza gaueko egoitza.
  - Manu Eneko (Osakidetzeta), Gizakia Fundazioaren (Paul Enea) eta Kortezubiko (Etorikintza) komunitate terapeutikoak.
  - Gizakia Fundazioaren eguneko zentroa, txertatze psiko-sozialerako programa eta metadona mantentze programa.
  - Bizkaiko Hiesaren Kontrako Batzordearen drogazaleen arretarako eta larrialdi soziosanitarioetarako zentora eta xiringa trukaketa programa.
  - Harrera eta kontsumo garbirako Munduko Medikuen zentroa.
  - Etorikintza fundazioaren anbulatorio tratamenduko eta bergizarteratzeko zentroa.
  - Bizitegiren exijentzia txikiko, tarteko eta handiko eguneko zentro sarea eta zentro okupazionala.
  - Avifesen eguneko zentro sarea, babespeko pisuak eta etxex etxeko laguntza programa.
  - Zure Enea T4 eguneko zentroa.
  - "La Ola" hezkuntzarako eguneko zentro terapeutikoa.
  - Autismoak eta Autismoaren Espektroko bestelako Arazoak eragindako Gurasoen Elkartearen eguneko zentroak eta egoitzak.



---

**KOORDINAZIO ORGANOAOK. BIZKAIA**


---

- a) **Bizkaiko arreta soziosanitarioko lurralde batzordea.** 2003ko esparru hitzarmenak arautzen du eta Osasuneko Lurralde Zuzendariak, Osasun Saileko eta Osakidetzako hiru kidek, Gizarte Ekintzako Ahalduinak, honek izendatutako bi kidek eta Eudelek izendatutako kide batek osatzen dute.
- 
- b) **Adinekoen alorreko Bizkaiko Lurralde Historikoko balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzorde teknikoa.** 234/2006 Foru Dekretuak arautua, Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Saileko organo aholku-emailetzat definitzen du adineko pertsonen zuzendutako egoitzetako arreta soziosanitarioaren alorrean erabakiak hartzeko eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren eta Bizkaiko Foru Aldundiaren arteko koordinaziorako eta elkarlanerako organotzat. Bere egitekoen artean adineko pertsonak unitate soziosanitarioetan sartzeko proposamenak onartzea eta alor honetan izenpetutako hitzarmenen jarraipena egitea daude. Batzordea paritariarioa eta mistoa da, sei kide ditu eta idazkari bat eta astean bilera bat egiten da.
- 
- c) **Garuneko erasan unitatera sartzeko batzorde soziosanitarioa.** Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeak egoera begetatibo iraunkorrean dauden pertsonentzako Leioako egoitzan sortutako unitatera sartzeko sistema arautzen duen protokoloak arautzen du eta baita 117/224 Dekretuak ere, Osasun Saileko bi teknikariek eta Gizarte Ekintza Saileko beste bik osatzen dute eta beste egiteko batzuen artean, unitate horretako plazak eskuratzeko hautagaiak proposatu behar ditu.
- 
- d) **Gaixoak erakundeetatik ateratzeko batzordea.** Osakidetzako eta Foru Aldundiko ordezkariak osatzen dute eta Osakidetzako zentro psikiatrikoen sarean dauden pertsonen profila aztertzen du eta gizarte zerbitzuetako egoitza zentroetara joateko moduan dauden erabakitzen du.
- 

#### 2.1.4. **Gipuzkoako Lurralde Historikoko oinarrizko bitartekoak**

---

**AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. GIPUZKOA**


---

- a) **Villa Betaniaren funtzionamendurako akordioa.**
- **Data:** Zehaztu gabe.
  - **Edukia:** Gipuzkoako Foru Aldundiaren, Osakidetzaren eta Gipuzkoako Caritas Dioscesanaren (zentroaren kudeatzailea) arteko akordioa Donostiako Villa Betanian HIES duten gaixoentzako egoitza zentro bat abian jartzeko. Hitzarmena 80ko hamarkadaren amaieran izenpetu zen eta indarrean jarraitzen du.
- 
- b) **Gipuzkoako Foru Aldundiaren eta Donostiako José Matía Calvo Fundazioaren arteko hitzarmena osasun eta gizarte zerbitzuak eskaintzeko.**
- **Data:** 1992ko abenduaren 10a.
  - **Edukia:** Hitzarmen honen bitartez Osasun Saila eta Gipuzkoako Foru Aldundiak, dagozkien eskumenen arabera, Donostiako José Matía Calvo Fundazioarekin batera osasun eta gizarte zerbitzuak hitzartzeko konpromisoa hartzen dute. Zehazki, Julián Rezola Zentroa adinekoentzako egoitza zentro lagundu bihurtzea erabaki da, plaza guztiak GFArekin hitzartuko direlarik eta plazen zati bat Ricardo Birmingham zentroan dauden eta ezgaitasun fisiko larriak dituzten pertsonentzat gordeko delarik.
-

---

**AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. GIPUZKOA**


---

**c) Osakidetzaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren arteko elkarlan akordioa Gipuzkoako adinekoentzako egoitzetan osasun arreta emateko.**

- **Data:** 1994ko urriaren 20a.
  - **Edukia:** Foru Aldundiak kudeatuta, babestuta edo hitzartuta, Gipuzkoako Hirugarren Adinekoentzako Egoitza Sarean osasun zerbitzuen eskaintza bermatzeko ezarri zen (arreta medikoa eta erizaintza). Osasun arreta medikoari dagokionez, Osakidetzak zentro bakoitzean bizi diren pertsona guztien osasun kartillak mediko bakar baten erantzukizun pean jartzeko konpromisoa hartzen du. Erizaintzako laguntzari dagokionez, egoitzetan bizi diren pertsonen osasun zainketak bertako zerbitzuen bidez artatzeko konpromisoa hartzen du. Osakidetzak ezin balu ezarritako zerbitzuez arduratu eta zentroak erizaintzako langileak balitu, hitzarmenaren arabera, Osakidetzak egoitza zentro bakoitzeko erizaintzako beharrak artatzeko beharrezko erizaintzako arretaren kostu ekonomikoa ordainduko du aurrez ezarritako prezioen arabera.
  - **Emaitzak:** Foru Aldundiek egindako osasun gastuak ordaintzea ezartzen duen lehenengo hitzarmena izan zen eta ondoren EAE osora zabaldu nahi izan zen ereduaren abiapuntua izan zen. Indarrean sartu zen urtean 33 egoitzatan egindako erizaintzako gastuak ordaindu ziren, mila pertsonak jaso zuten arreta eta 40,9 milioi peseta (250.000 euro inguru) ordaindu ziren. Hurrengo urteetan, 1999ra arte, Osakidetzak 300 milioi peseta inguru ordaindu zituen guztira.
- 

**d) Osasun Saila/Osakidetzaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizarte Ongizaterako Sailaren arteko esparru akordioa Gipuzkoako Lurralde Historikoko behar soziosanitarioei erantzuteko.**

- **Data:** 1996ko maiatzaren 20a.
  - **Edukia:** Foru Aldundiaren eta Osasun Sailaren arteko koordinazio eta elkarlan esparru hitzarmen orokorra izenpetu zen, berariazko hitzarmenaren bidez garatu beharko zena. Arreta soziosanitarioko lurralde batzordea eta sektoreetako hainbat batzorde sortu ziren ere bai. Akordioa Gipuzkoako eta ondoren EAEko egitura soziosanitarioaren abiapuntua izan zen, izan ere, ondoren beste lurralde batzuetan eta autonomia erkidegoan izenpetu ziren beste hitzarmen batzuen oinarria izan zen.
  - **Emaitzak:** Hitzarmenari esker hainbat berariazko hitzarmen izenpetu ziren, bi erakundeek hainbat hitzarmen izenpetu zituzten, egitura soziosanitario egonkorren abiapuntua izan zen eta beste bi Lurralde Historikoetan eta ondoren Autonomia Erkidegoan antzeko esparru hitzarmenak izenpetzeko erudia izan zen.
- 

**e) Osasun Saila/Osakidetzaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizarte Ongizaterako Sailaren arteko esparru akordioa Gipuzkoako Lurralde Historikoko behar soziosanitarioei erantzuteko. Jarraipen akta.**

- **Data:** 2000ko maiatzaren 11.
  - **Edukia:** Bi erakundeen ateko esparru hitzarmena izenpetu ostean, ezarritako helburuak ebaluatu ziren eta berariazko hitzarmenak izenpetu ziren.
  - **Emaitzak:** Ondorio zehatzik izan ez zen arren, bi erakundeek elkarlanean aritzeko zuten borondatea beretsi zuen eta garapena sustatu zuen Bestalde, balorazio eta orientazio unitate paritarioa sortu zen, egungo balorazio eta orientazio batzorde teknikoaren aurrekaria.
- 

**f) Osasun Saila/Osakidetzaren eta Gizartekintzaren jarduera protokoloa arazo psikiatrikoak dituzten eta erakundeen mende dauden Gipuzkoako adineko pertsonen arreta soziosanitarioa emateko.**

- **Data:** 2000ko abenduaren 1a.
  - **Edukia:** Bere helburua adinekoentzako zentroetan dauden pertsonen arreta psikiatrikoa bermatzea da. Horretarako Osakidetzak egoitzetan dauden pertsonak beren osasun mentaleko sarearen bitartez aratzeko eta behar dutenak egonaldi luzeetarako ospitale psikiatrikoetara eramateko konpromisoa hartzen du. Gizartekintzak osasun zentroetan dauden eta arazo sozialak dituzten pertsonen lekualdatzea arintzeko konpromisoa hartzen du eta arazo psikiatriko larririk ez duten eta epe luzearako zentro psikiatrikoetan dauden adinekoak egoitza zentroetara eramateko konpromisoa.
-

## AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. GIPUZKOA

- 
- g) **Osasun Saila/Osakidetzaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren arteko elkarlan akordioa gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako zentro okupazionalan arreta psikiatriko errehabilitatzailea emateko Gipuzkoan.**
- **Data:** 2000ko abenduaren 28a.
  - **Edukia:** Hitzarmenaren helburua Gizartekintzak kudeatutako zentro okupazionalan osasun zerbitzuak eskaintzea da eta Gipuzkoako Foru Aldundiari arreta medikoko eta erizaintzako arretako gastuak ordaintzea aurrez ezarritako prezioen bitartez.
- 
- h) **Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren eta Osakidetzaren eta Gizartekintzaren jarduera protokoloa Gipuzkoako gaixo mental kronikoak lanmunduratzeko.**
- **Data:** 2000ko abenduaren 1a.
  - **Edukia:** Lurralde batzordearen barruko osasun mentaleko sektore batzordearen proposamenari jarraiki, hitzarmen bat izenpetu zen, zeinaren arabera Osakidetzak lan eta okupazio mekanismoen arreta psikiatrikoa ordaintzeko ardura bere egiten zuen, kasuak osasun mentaleko zentroetara eramanez, zentroen eskaeren arabera osasun laguntza teknikoa emanez edo HBIko langileak pertsona hauekin lan egiteko prestatuz. Bestalde, Gizartekintzak okupazio eta enplegu babestuko zentroetan talde honenetako plaza kopuru jakin bat gordetzeko konpromisoa hartu zuen. Gainera, hitzarmenaren jarraipena egiteko koordinazio taldea sortu zen.
  - **Emaitzak:** 2006ko irailaren 30an, Gureakek arazo mentalak zituzten 109 pertsonari ematen zien zerbitzua zentro okupazionalan eta 319ri enplegu programen bitartez, hau da, taldeko erabiltzaileen/langileen % 17,2ri.
- 
- i) **Eusko Jaurlaritza/Osakidetzaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren arteko elkarlan akordioa Gipuzkoako adinekoentzako egoitzetan osasun arreta emateko.**
- **Data:** 2001eko uztailaren 6a.
  - **Edukia:** Hitzarmenaren helburu adinekoentzako egoitzetan osasun zerbitzuak ematen direla bermatzea da eta Gipuzkoako Foru Aldundiari gastu medikoak eta erizaintzakoak ordaintzea. 1994ean izenpetutako hitzarmena eguneratu zuen eta arreta medikoa (eta erizaintzakoak) ordaintzeko modulu bat sortu zen eta hitzarmena 50 pertsona baino gehiago zituzten egoitzei aplikatuko zitzaieela erabaki zen. Aurreko akordioan bezala, egoitzako kasu guztiez Osakidetzako mediko bat arduratzea aurreikusten du eta hori posible ez denean zentroko langileek egindako gastu medikoak eta erizaintzakoak ordaintzea aurrez ezarritako prezioen bitartez.
  - **Emaitzak:** 2001 eta 2005 urteen artean, Osakidetzak 9,7 milioi euro ordaindu dizkio Gizartekintzari arreta medikoagatik eta erizaintzako arretagatik, diru ekarpena gero eta handiagoa izan delarik. 2005. urtean 16 egoitza zeuden modulu medikoan, guztira 1.539 mendeko pertsona artatu ziren eta Osakidetzak 254.530, 92 euro ordaindu zituen. Urte berean 58 egoitza zentro zeuden erizaintzako moduluan, guztira 3.334 plaza (pertsona autonomoak eta mendekoak) eta Osakidetzak 2,3 milioi euro ordaindu zituen.
- 
- j) **Gipuzkoako Foru Aldundiaren eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila/Osakidetzaren arteko elkarlan hitzarmena gaixotasun mental kronikoak dituzten pertsonentzako eguneko zentro psiko-sozialetan laguntza psikiatriko errehabilitatzailea eskaintzeko.**
- **Data:** 2002ko maiatzaren 31.
  - **Edukia:** Hitzarmenaren helburu Gizartekintzak kudeatutako eguneko zentro psiko-sozialetan laguntza psikiatriko errehabilitatzailea ematen dela bermatzea da irabazi asmorik gabeko erakundeekin hitzarmenak izenpetuz. Osakidetzaren esku uzten du ikuskaritza tekniko sanitarioa eta errehabilitazio jardueren koordinazioa, gaixoak beste leku batera eramateko txostenak egitea, tratamendu proposamenak egitea eta zuzeneko laguntza ematea. Osasun mentaleko zentro hauek ezin badira arretaz arduratu, eguneko zentroko langileak arduratuko dira eta Osasun Saila arduratuko da finantzazioaz aurrez ezarritako baremoetan oinarrituz. Hasiera batean bost eguneko zentroko sarea ezarri zen eta guztira 107 plaza sortu ziren.
  - **Emaitzak:** Egun, eguneko zortzi zentrok osatzen dute sarea eta guztira 129 plaza daude Gipuzkoako eskualde gehien artean banatuta.
-

---

**AKORDIOAK, HITZARMENAK ETA PROTOKOLOAK. GIPUZKOA**


---

**k) Azaroaren 5eko 57/2002 Foru Dekretua, gizarte bazterketa edo/eta mendetasun egoeran dauden pertsonen bitarteko soziosanitarioak erabili ahal izatea arautzen duena.**

- **Data:** 2002ko azaroaren 5a.
  - **Edukia:** Dekretuak gizarte bazterketaren alorrean Foru Aldundiaren ardurapean dauden baliabide soziosanitarioak sailkatzen ditu bitarteko bakoitzaren xedeen arabera eta zerbitzuak eskatzen dituzten pertsonen profil motaren arabera. Horretaz gain, baliabideak erabili ahal izateko baldintzak eta prozedurak ezartzen ditu udalen oinarriko gizarte zerbitzuek eta osasun sistemak nahiz zerbitzuak ematen dituzten erakundeek beharrak ebaluatzeko eta baliabideetara bideratzeko duten garrantzia azpimarratzen du. Dekretuak baliabide horiek osasun arretako sare publikoan artatutako pertsonen erabili ditzaketela adierazten du eta erabiltzaileari ongien egokitzen zaion baliabidea hautatu behar dela. Horretaz gain, balorazio soziosanitarioko batzorde bat sortzeko agintzen du baliabide hauetarako sarbidea mugatzeko; batzordea Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko ordezkariak eta Gizartekintza-Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzuen Saileko ordezkariak osatu behar dute.
- 

**l) Eusko Jaurlaritzako/Osakidetzaaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren arteko elkarlan akordioa Gipuzkoako egoitza unitate soziosanitarioetan osasun arreta emateko.**

- **Data:** 2003ko uztailearen 2a.
  - **Edukia:** Hitzarmenaren helburu adineko pertsonen osasun zerbitzuak ematen zaizkiela bermatzea da eta unitate soziosanitarioetan ematen diren zerbitzuak finantzatzeko eredia ezartzea. Erabiltzaileen profila zehazten da, gehieneko egonaldia 12 hilabetekoa izango dela erabakitzen da eta xedea batez beste 90 eguneko egonaldiak izatea dela adierazten da. Osasun Sailak osasun modulua ordaintzeko konpromisoa hartzen du, hau da, plazaren kostuaren % 47 ordaintzeko eta gainontzeko % 57 Foru Aldundiak eta zerbitzuaren erabiltzaileak ordaindu beharko dute. Horretaz gain, hitzarmenean sarbide prozesua zehazten da eta balorazio batzorde misto baten bidez egingo dela adierazten da eta hitzarmena izenpetzen duten bi erakundeek diru-sarreraren % 25 jasoko dutela adosten da. Hitzarmen honi esker lehenengo zentro soziosanitario hutsa sortu zen eta ondoren beste lurralde batzuetan aplikatu zen eredia jarri zuen abian.
- 

**m) Ekainaren 28ko 44/2005 Foru Dekretua, baliabide soziosanitarioen sareko zerbitzuen-gatik ordaindu beharreko diru kopurua arautzen duena.**

- **Data:** 2005eko ekainaren 28a.
  - **Edukia:** Baliabide soziosanitarioetan erabiltzaileek ordaindu beharreko diru kopurua zehazten du (egoitza unitate soziosanitarioak, HIES/GIBak kutsatutako pertsonentzako egonaldi iraunkorrerako zentroak eta harrera pisuak, egoitza zentroak, gaixotasun mental kronikoak dituzten pertsonentzako babespeko pisuak eta errehabilitazio psiko-sozialerako eguneko zentroak, gaixotasun kronikoak (HIES/GIB edo/eta gaixotasun mentalak) edo toxikomaniak dituzten eta errehabilitatzen ari diren pertsonentzako errehabilitazio psiko-sozialerako eguneko zentroak eta garun erasanak dituzten pertsonentzako errehabilitazio psiko-sozialerako eguneko zentroak).
- 

**n) Donostiako Udalaren eta Osakidetza Gipuzkoa Ekialde eskualdearen arteko elkarlan protokoloa arreta soziosanitario komunitarioa koordinatzeko.**

- **Data:** Egiten.
- **Edukia:** Arreta soziosanitario komunitarioa arautzeko abian jarritako ekintza urrietako bat da. Oraindik zehazten ari da, zerbitzuei ekiteko protokoloa ezartzen du, ospitaleko alta jasotzeko eta larrialdi soziosanitarioko egoerarako, erabiltzaileak arreta ahalik eta denbora urrienean jaso dezala bermatzeko bi zerbitzuen berehalako esku-hartzeari esker.

---

**BALIABIDEAK ETA PROGRAMAK. GIPUZKOA**

---

**a) Gaixotasun mental kronikoak dituzten pertsonentzako zentro psiko-sozialen sarea.**

- **Zentro kopurua:** 8.
- **Kokalekua:** Donostia (Benta Berri, Loiola, Maldatxo, Gizaide), Azpeitia, Eibar, Tolosa eta Irun.
- **Plaza kopurua:** 129.
- **Kudeaketa:** Propioa eta hitzartua.
- **Hartzaileak:** Gaixotasun mentalak dituzten pertsonak eta Maldatxo zentroaren kasuan toxikomaniengatik gaixotasun kronikoak dituzten pertsonak eta arazo psiko-sozialak dituzten pertsonak.
- **Sarbidea:** Balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzordeak erabakitzen du.
- **Finantzazioa:** Erabiltzailearen diru ekarpena, Foru Aldundia eta Osakidetza.

---

**b) Egoitza-unitate soziosanitarioak.**

- **Zentro kopurua:** 1.
- **Kokalekua:** Donostia.
- **Plaza kopurua:** 80.
- **Kudeaketa:** Hitzartua.
- **Hartzaileak:** Mendeko pertsonak, osasun eta gizarte zainketa handiak behar dituztenak eta etxez etxeko ospitaleratzearen gizarte arretaren artean daudenak.
- **Sarbidea:** Balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzordeak erabakitzen du.
- **Finantzazioa:** Erabiltzailea eta Foru Aldundia (plazaren kostuaren % 53) eta Osakidetza (% 47).

---

**c) GIB duten pertsonentzako harrera zentroa (Villa Betania).**

- **Zentro kopurua:** 1.
- **Kokalekua:** Donostia.
- **Plaza kopurua:** 10.
- **Kudeaketa:** Hitzartua.
- **Hartzaileak:** GIB duten pertsonak.
- **Sarbidea:** Balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzordeak erabakitzen du.
- **Finantzazioa:** Erabiltzailearen diru ekarpena eta Foru Aldundiaren finantzazioa.

---

**d) Beste baliabide batzuk.**

- Gureakeko enplegu zentro berezien eta zentro okupazionalen sarean gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako plazak.
- Hiesaren Kontrako Batzordearen pisua (Donostia).
- Izan Fundazioaren (Hernai eta Lasao) eta Agipaden (Haize Gain) komunitate terapeutikoak.
- Gizaideren babespeko pisua (Donostia).
- Agifesen babespeko etxebizitzak (Donostia, Elgoibar, Irun, Eibar, Oiartzun, Zumarraga).
- Garuneko erasanak dituzten pertsonentzako errehabilitazio psiko-sozialerako eguneko zentroak (Donostia).
- Hiesaren Kontrako Batzordearen xiringa trukaketarako programa.
- Gautenaren eguneko zentroyen eta egoitza zerbitzuen sarea.
- Agipaden ambulatorio esku-hartze programa.

---

**KOORDINAZIO ORGANOA. GIPUZKOA**


---

- a) **Gipuzkoako arreta soziosanitarioko lurralde batzordea.** 2003ko esparru hitzarmenak arautzen du eta Osasuneko Lurralde Zuzendariak, Osasun Saileko eta Osakidetzako hiru kidek, Gizarte Ekintzako Ahalduak, honek izendatutako bi kidek eta Eudelek izendatutako kide batek osatzen dute.

---

- b) **Balorazio eta orientazio batzordea.** GFAko, Osakidetzako eta Eudeleko zazpi teknikariek osatua, astean behin biltzen da eta baliabide soziosanitarioen sarerako sarbidea erabakitzen du.

---

- c) **A batzorde teknikoa (Ezgaitasuna / Mendetasuna).** Osakidetzako eta Gipuzkoako Foru Aldundiko zortzi ordezkariak osatzen dute.

---

- d) **B batzorde teknikoa (Osasun mentala, HIES eta beste batzuk).** Osakidetzako eta Gipuzkoako Foru Aldundiko zortzi ordezkariak osatzen dute.

---

**PLANAK, AZTERKETAK ETA EBALUAZIOAK. GIPUZKOA**


---

- a) Metizilinarekiko erresistentzia duen *staphylococcus aureus* (SARM) agertzen denean zentro gerontologikoetan eta soziosanitarioetan aplikatu beharreko protokoloa.

---

- b) Telealarma zerbitzua erabiltzen duten pertsonentzako osasun txostena.

---

- c) Donostiako Ospitaleko etxez etxeko ospitaleratze unitateak egindako zentro gerontologiko eta soziosanitarioentzako etxez etxeko ospitaleratze laguntza programa.

---

- d) Etxez etxeko arreta soziosanitarioko zerbitzuari buruzko txostena.

---

- e) Ereku soziosanitarioko errehabilitazio psiko-sozialerako eguneko zentroak arautzeko eta funtzionamendurako irizpideak.

## 2.2. EAeko EREMU SOZIOSANITARIOAREN EZAUGARRI NAGUSIAK

Aurreko atalean jasotako informazioak hamabost urtetan zehar arreta soziosanitarioaren alorrean eta EAEn osasun eta ongizate alorrean eskumenak dituzten erakundeen elkarlanean eta koordinazioan emandako pausu garrantzitsuenak laburbiltzen zituen. Informazio horretatik jardute eremu mistoaren eraikuntzarekin eta garatze prozesuarekin lotutako zenbait ezaugarri eta funtzionamendu arau ondorioztatu daitezke:

### 2.2.1. **Lurralde historiko bakoitzean oso abiadura ezberdina izaten ari den garapen prozesu luzea.**

Gizarte eta osasun zerbitzuak batera edo era koordinatuan eskaintzeko EAEn erakundeen arteko lehenengo hitzarmenak 80ko hamarkadaren amaieran izenpetu ziren, Gizarte Zerbitzuei buruzko lehenengo legea onartu eta denbora gutxira. Hasierako hitzarmenetatik hasi –hasiera batean GIBaren epidemiarekin lotuak eta ondoren arazo psiko-geriatrikoekin–

eta gaur egun arte, ia urtero izenpetu dira elkarlan soziosanitarioko hitzarmenak Gizarte Ongizatearen alorrean eskumenak dituzten administrazioen eta Osasun Sailaren artean.

Azken urteetan esparru soziosanitarioaren garapena eten delako ustea oso zabaldurik dagoen arren –argi eta garbi adierazten da 3. atalean jasotako Delphi azterketan–, esan beharra dago ia berrogei hitzarmen, arau eta protokolo izenpetu direla azken hamarkadetan –nahiz eta denak garrantzi berekoak ez izan– eta horietatik hamabi bat azken hiru urteotan izenpetu dira. Hortaz, esan daiteke, azken aldian zailtasunak eta gorabeherak izan arren eta zenbait urtetan garapen motela izan arren, prozesuak bultzada handia izan duela azken boladan. Hori guztia, euskal erakundeek joan den hamarkadako hasierako urteetan eremu soziosanitarioaren garapenari emandako lehentasunaren ondorioa da eta horri esker, Arreta Soziosanitarioko Euskal Batzordea sortu zen eta Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoa onartu zen.

Bestalde, argi eta garbi ikusten da Lurralde Historiko bakoitzean erritmo ezberdina izan dela baliabideak eta koordinazio soziosanitariorako egiturak sortzean. Beraz, honako hau esan liteke:

- Autonomia Erkidegoko hitzarmenak eta akordioak 2003 eta 2005 urteen artean izenpetu ziren batez ere eta Arreta Soziosanitariorako Euskal Batzordea sortu aurretik ez zen hitzarmenik izenpetu eta 2006. urtetik aurrera ere oso hitzarmen gutxi izenpetu ziren. Autonomia Erkidegoko batzorde gehienak ere aipatutako epean aritu ziren lanean.
- Gipuzkoa da eremu soziosanitarioaren garapenari ekin zion lehenengo lurraldea eta hitzarmen eta akordio kopuru handiena izenpetu duena. Hamarkada honetako lehenengo urteetatik aurrera, ordea, hasierako urteetako indarra murriztu egin da eta gai honi buruzko berariazko akordio arras gutxi izenpetu dira.
- Antzeko zerbait, behar bada agerikoagoa, gertatu da Araban, izan ere, 1999. urtetik hitzarmen zehatz bat besterik ez da izenpetu eta gainera, une honetara arte oraindik ez da aplikatu. Araba da gainera adinekoentzako unitate soziosanitarioak sortzeko hitzarmenik izenpetu ez duen lurralde bakarra, gainontzeko lurraldeetan eremu soziosanitarioa sortzeko funtsezkoak izan diren akordioak. Hala eta guztiz ere, txosten hau amaitzerako Arabako Lurralde Historikoan Osasun Sailak adinekoentzako egoitzetako gastu medikoa eta erizaintzako ordaintzeko hitzarmenik ez bazen ere, txostena amaitu ostean Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Arabako Foru Aldundiak hitzarmen bat izenpetu zuten eta Arabako Batzar Nagusien onarpenaren zain dago.
- Bizkaia da gai honi buruzko lehenengo akordioak beranduen izenpetu ziren Lurralde Historikoa eta akordio gutxien izenpetu dituena. Hala eta guztiz ere, azken urteotan gai honen inguruan lan gehien egin duen Lurralde Historikoa izan da, izan ere, 2004 urtetik aurrera eta batez ere, 2006tik aurrera eremu honetan lanean aritu da bete-betean eta arreta soziosanitarioaren garapen maila gainontzeko Lurralde Historikoen parekoa izatea lortu da.

### 2.2.2. **Plaza eta baliabide eskaintza mugatua**

Zalantzarik gabe, eremu soziosanitarioa ez dute soilik “baliabide soziosanitarioek zentzu hertsian” osatzen Arreta Soziosanitarioko Euskal Batzordeak adierazi bezala; eremu

honen zati dira baita ere plaza edo programa zehatzak sortzea helburu ez duten akordio eta hitzarmen asko eta baita “zentzu zabalean” soziosanitarioak diren zentro, programa eta zerbitzu asko ere.

Lehenengoei dagokionez, ezin daiteke esan une honetara arte lortutakoa aipagarria denik: EAE osoan, baliabide soziosanitarioek 555 arreta plaza eskaintzen dituzte egun, horietatik % 12 Araban daude, % 48 Bizkaian eta % 40 Gipuzkoan. Horietatik guztietatik hiru laurden inguru egoitza arretako plazak dira eta gainontzekoak eguneko arretarako edo arreta okupazionalerakoak. Gainera, plaza guztietatik heren bat inguru adinekoentzako egoitza plazak dira.

Datuak zehatzak dira eta ezin dira ezkutatu, hala eta guztiz ere, “zerbitzu soziosanitarioak” kontzeptua guztiz zehatza ez denez, zaila da Euskal Batzordeak informazio sistema proposatzeko arreta soziosanitarioari buruz emandako definizioa alde batera utzita, baliabide soziosanitarioen mapa erreala ezartzea. Informazioa kontuan hartuta atera daitekeen ondorioetako bat –Delphi azterketan adierazitako iritziekin bat datorrena, gainera– “itzal eremu” handia dagoela da, hau da, benetan arreta soziosanitarioa eskaini arren, katalogo soziosanitario "ofizialean" agertzen ez diren zentro eta baliabide ugari, ez daudenak hitzarmen edo akordio mistoen mende eta ez daudenak arreta soziosanitarioko dagokien batzordearen dinamikan integraturik. Hori guztia kontuan hartuta, esan daiteke egitura soziosanitario ofizialak EAEn ematen den laguntza soziosanitarioaren zati bat soilik, eta ez handiena, jasotzen duela eta ez duela arreta soziosanitarioko batzordeak osatzen dituzten erakundeen beraien eskariari erantzunez modu antolatuan edo ez oso antolatuan garatzen diren ekimen ugari berri.

### **2.2.3. *Alde handia ezarritako ereduetan: zerbitzu eskaintza eta finantzaketa formula heterogeneoak***

Gainera, ezberdintasun handiak daude hiru Lurralde Historikoetako baliabide mapen artean:

- Gipuzkoa da baliabideen izaerari dagokionez eredu orekatuena duena, izan ere egoitza zerbitzuez gain eguneko arreta zerbitzuak eta arreta okupazionalerako zerbitzuak ere baditu eta baita lanmunduratzearekin zerikusi duten ekimen soziosanitarioak ere. Artatutako taldeei dagokionez ere oreka dago, izan ere, –baliabide nahikoa dauden ala ez alde batera utzita– adinekoak, gaixotasun mentalak dituzten pertsonak nahiz GIB duten pertsonak artatzen dira.
- Bizkaian, azken urteotan, adinekoentzako, ezgaitasunak dituzten pertsonentzako eta gizarte bazterketa pairatzen duten pertsonentzako arreta soziosanitarioaren arloan hainbat ekimen jarri dira abian. Horretaz gain, egoera begetatibo iraunkorrean dauden pertsonentzako eta portaera nahasketak dituzten adin txikikoentzako arretaren arloan proiektu aitzindariak jarri dira abian.
- Araba da une honetan gutxien garatutako eredu duen lurraldea, zerbitzu soziosanitarioen katalogoa zorrozki kontuan hartzen badugu behintzat. Plaza psiko-geriatriko ugari ditu, ordea, modu independentean gizarte zerbitzuen saretik eta osasun saretik kudeatzen direnak.



Hiru lurralde Historikoetan nabari da, gainera, zerbitzu katalogoa ez dagoela ondo egituratuta, zehaztugabea eta nahasia dela. Hori kontuan hartuta, Delphi azterketan aipatzen diren koordinazio “mekanismo bigunek” ez dute lortu, orain arte, zerbitzu multzo argi, ordenatu eta homogeneoa ezartzea. Are gehiago, aniztasuna nagusi da, ez soilik plaza kopuruari dagokionez, baizik eta baita ezarritako zerbitzuei dagokienez ere, izan ere lurralde batzuetan oso garaturik dauden mekanismoak beste lurralde batzuetan ez dira oraindik sortu ere egin.

Baliabide maparen beste ezaugarrietako bat finantzazio eredu ugari dituela da: Foru Aldundiak finantzatzen dituen eta ia osasun zentrotzat jo litezkeen zentroak, bi sistemetatik modu independentean dirua jasotzen duten programak, gizarte laguntza behar duten eta ospitaletan artatzen dituzten pertsonak...

#### **2.2.4. *Lehen mailako arretaren alorrean eremu soziosanitarioak izan duen garapen eskasa***

Bestalde, argi eta garbi dago eremu soziosanitarioak garapen benetan eskasa izan duela lehen mailako arretaren alorrean (etxez etxeko zerbitzuak, oinarrizko gizarte zerbitzuak, osasun zentroak...). Araban izandako eta gainbeheratutako esperientzia bat eta Donostiako Udala eta Osakidetza oraindik abian jartzen ari diren beste bat eta Gipuzkoan egindako alde aurreko azterketaren bat alde batera utzita, arreta soziosanitarioaren alderdi komunitarioa ez da batere landu, baina hori ez da oztopo, Delphi azterketan aipatu bezala, arreta soziosanitario “errealaren” zatirik handiena jarduera eremu ezberdinetan maila komunitarioan lan egiten duten profesionalek beren ekime- nez edo modu naturalean dituzten koordinazio harremanetan oinarritzeko. Gizarte eta osasun jardueraren ikuspegi komunitariotik, ezinbestekoa dirudi gizarte zentroen eta lehen mailako arreta zentroen arteko koordinazio harremanak gehiago garatzea eta izaera soziosanitarioa duten etxez etxeko jarduera sistemak eta testuinguru zabaletan jarduteko sistemak sortzea.

#### **2.2.5. *Arreta soziosanitarioko kontseiluei dagokien eginkizun dinamiz- tzailea garatzeko zailtasunak***

Agerikoak dira baita ere, koordinazio mekanismoen alorrean arreta soziosanitarioko batzordeak dituzten zailtasunak agindu zaien dinamizazio eta gidaritza lana gauzatzeko eta une bakoitzean osatzen dituzten pertsonen nahien eta gaitasunen baldintzeta egokitzeke.

Hori kontuan hartuta, batzordeak koordinatzeko egitekoa beren gain hartzen dutenen eskuduntzen eta erantzukizunen arteko eta dituzten baliabide teknikoek, materialen eta giza baliabideen arteko aldea handia dela esan beharra dago. Izan ere, batzordeak osatzen dituzten erakundeetako teknikariak izan ohi dira batzordekideak eta horrek beren auto- nomia mugatu egiten du; horretaz gain, dedikazio eskusiborik ez dutenez gero, ezin diete beren egitekoari arreta osoa eskaini. Horretaz gain, koordinatzaileek nahiz batzordeak ez dute lan egiteko aurrekonturik ez egiturarik eta horrek oztopo handiak sortzen ditu koordinazio, gidaritza eta planifikazio egitekoak betetzeko.

### 3. ADITUEN IRITZIA: EAEko LAGUNTZA SOZIOSANITARIOARI BURUZKO DELPHI AZTERLANA

#### 3.1. ALDERDI METODOLOGIKOAK

Atariko kapituluan aurreratu bezala, atal honetan jasotzen den informazioa EAEko arreta soziosanitarioari buruzko Delphi azterketa batetatik aterea da; azterketa berariaz prestatu zen txosten honetarako eta 2007ko ekaina eta iraila bitartean gauzatu zen. Azterketaren helburu kapitulu honetako aurreko ataletan eskainitako deskribapena osatzea zen osasun arloaren eta gizarte arloaren arteko muga eta eremu soziosanitarioan lan egiten duten pertsonen eremu honek azken urteetan izan duen garapenari buruz egindako balorazio eta interpretazioak jasoz.

Azterketa egin ahal izateko inkesta bat egin zen eta gaia menderatzen zutelako edota eremu soziosanitarioarekin estuki lotutako osasun eta gizarte arreta eremuetan lan egiten zutelako (egoitzak, ospitaleak, irabazi asmorik gabeko erakundeak, erakunde publikoak...) guztira 40 aditu aukeratu ziren. Bestalde, inkesta egiten zuten pertsonen taldean batzordeetan parte-hartzen dutelako garapena barrutik ezagutzen duten pertsonak eta batzordeetan parte hartzen ez dutelako ikuspegi orokorragoa, organo horietako dinamiketarik aldenduagoa, duten pertsonak izateko ahalegina egin zen.

Azterketan parte hartzera gonbidatutako 40 pertsonetatik 31k hartu zuten parte azterketan –parte hartu zuten pertsonen zerrenda txostenaren sarreran dago–. Arartekoak eta txostena idatzi duen lan taldeak eskerrak eman nahi dizkiete beren laguntzagatik eta egindako ahaleginagatik. Beren laguntzarik gabe ezinezkoa zatekeen txosten honetan jasotako balantzea egitea.

Bi izan ezik, parte hartu duten pertsona guztiek osasunaren eta gizarte zerbitzuen alorrean erakunde publiko eta pribatuentzako lan egiten dute –oro har egiteko teknikoak dituzte, baina kasuren batean baita erantzukizun politikoa ere–. Hala eta guztiz ere, hasieratik jakinarazi zitzaizen azterketan parte hartzera gonbidatutako pertsonen eskatzen zitzaizena beren iritzi pertsonala zela eta aditu gisa eman zezaketen iritzia eta beraz, beren ekarpenak ez zuela zertan bat etorri lan egiten duten erakundeko edo parte hartzen duten batzordeko jarrera ofizialarekin. Horretaz gain, inkestaren emaitzen datuak txostenean aurkeztean parte-hartzaileen ekarpenak ez zirela hitzez hitz agertuko eta egileak ez zirela aipatuko jakinarazi zitzaizen, izan ere, txostenaren helburua galdetutako gaiei buruz adituen artean zein jarrera nagusitzen den jakitea baitzen eta ez pertsona, erakunde edo instituzio jakin baten iritzia erakustea.

Delphi azterketetan ohikoa den moduan, ezin daiteke esan txosten honetan jasotako iritzien eta balorazioen eremu honetan parte-hartzen duten pertsona guztien ustea jasotzen dutenik (eta are gutxiago hartzaileena); ezta balorazioen eremu soziosanitarioaren egoera konplexua azaltzen dutenik ere, ezta balorazio guztiak egokiak direnik edo errealitatearekin bat datozenik ere. Hala ere, azterketan parte hartu duten pertsonen eta ikuspuntu aniztasun kontuan hartuta, esan daiteke lortutako emaitzak eremu horretan lan egiten duten pertsonen galdetutako gaiei buruz duten iritzien isla izan daitekeela eta beraz, EAEko arreta soziosanitarioaren egungo egoeraren diagnostiko baliozkoa dela. Beraz, abiapuntu diagnostiko hau analisirako funtsezko elementua da eta erakunde honen iritziekin alderdi guztietan bat etorri behar ez duen arren, ohiko txostenetan eta ezohiko txostenetan adierazitako baieztapenetako batzuk berretsi eta indartzen ditu.

Azterketa bi txandatan egin zen, bi galdetegiren bitartez, lehena irekia eta bigarrena itxia:

- Lehengoan EAEko eremu soziosanitarioaren garapenarekin lotura duten gaiei buruzko hamabost galdera orokor egin ziren. Nahita egin zen galdetegi irekia, izan ere, datu kuantitatiboak jasotzea baino argumentu eta balorazio kualitatiboak jasotzea zen helburua eremu soziosanitarioaren garapen maila eta horren kausak eta ondorioak ulertu ahal izateko. Lehenengo galdetegian landutako gaiak honako hauek izan ziren:
  - Plan Estrategikoari eta berau aplikatzearen ondorioz egindako aurrerapenei buruzko iritzia.
  - Ezarritako koordinazio eta elkarlan organoen funtzionamendua.
  - Baliabide soziosanitarioen finantzazio publikorako eta pribaturako ezarritako mekanismoei buruzko iritzia.
  - Lurraldeen arteko ezberdintasunak baliabideei dagokienez.
  - Gehiago garatu behar diren baliabideei buruzko iritzia.
  - Hartzaile taldeei emandako arretari buruzko eta etorkizunean lehentasuna izan beharko luketen hartzaile taldeei buruzko iritzia.
  - Azken aldian egindako arau aldaketen eragina.
  - Praktika onaren inguruko esperientziak.

Parte hartzera gonbidatu ziren 40 pertsonetatik 24k idatziz erantzun zioten galdetegiari eta beste zazpik elkarrizketen bidez edo lan saio indibidualen bidez.

- Lehenengo txandan egindako galderen erantzunak jaso ostean, azterketa egiteko ardura zuen taldeak edukien ikuspegitik homogeenak ziren blokeetan multzokatu eta sailkatu zituen. Bigarren galdetegian, hitzez hitz jaso ziren, ahal izan zen neurrian, lehenengo txandan jasotako ekarpenak eta batera aurkeztu ziren antzeko argudio ildoak zutenak. Multzokatze horren ondorioz, iritzia eman behar zuten pertsonen kontraesanak zeudela antzeman dute eta zenbait kasutan ez dira ados azaldun item berean agertzen ziren adierazpen ezberdinengatik. Hala eta guztiz ere, kontuan hartu beharra dago, blokeetan jasotako adierazpen guztiak ez zirela kontraesankorrak edo antagonikoak, eta zenbait kasutan jarrera beraren argudiaketa edo azalpen ezberdinak eskaintzen zituztela.

Irizpide horietan oinarrituta, bigarren txandan 18 bloke eta bloke bakoitzean iritzi, baieztapen eta ideia kopuru ezberdina zuen galdetegi bidali zen. Zalantzarik gabe, jasotako zerrenda –eremu soziosanitarioaren egoera ezagutzen duten pertsonen adierazitako 150 baieztapen guztira– interes handiko ekarpena da, izan ere, galdetegiari erantzun zioten pertsonen nabarmendu eta eztabaidatu nahi zituzten ideia nagusiak zeintzuk ziren jakitea ahalbidetzen du.

Idea nagusi horiek aurkezteaz gain, gehiengoaren babesa edo onarpena zuten ideiak zeintzuk ziren ere jakin nahi izan zen. Horretarako, galdetegiari erantzun zioten pertsonen galdetegian jasotako baieztapenekin zuten adostasun maila adierazteko eskatu zitzaizen honako eskala hau erabiliz

- Guztiz ados	5
- Nahiko ados	4
- Zertxobait ados	3
- Ez oso ados	2
- Batere ados	1
- Iritzirik ez	0

Puntuazio honekin batera, galdeketari erantzun zioten pertsonak gai bakoitzari buruzko ñabardurak edo hausnarketak idatzi zitzaizkien oharrak idazteko utzitako tartean, beren puntuazioa azaldu edo argitzeko, beste parte-hartzaile batzuen iritziei buruzko oharrak egiteko edo iritzi berri bat adierazteko.

Hurrengo atalean aurkeztuko dira bi galdeketen bitartez lortutako emaitzak. Azterketa egin zuen taldearen iritzi aurkeztutako ideiak hitzez hitz eta jasotako puntuazioak aztertzean datza azterketaren interesak eta horregatik ez du bakoitzaren azterketa edo ohar zehatzik egin eta idatzi. Erantsitako tauletan galdera bakoitzak jasotako batez besteko puntuazioa agertzen da (1etik 5erako adostasun maila) eta izandako ezadostasun portzentajea<sup>25</sup>. 3. maila gainditu duten erantzun guztiek nolabaiteko adostasun maila lortu dutela esan daiteke; nahiz eta 4. maila gainditzen duten galderen kasuan soilik esan dezakegun adostasuna edo onarpena lortu dutela oro har. 3 baino puntuazio txikiagoa jaso duten baieztapenei dagokienez, aditu taldea, oro har, ados ez dagoela edo errefusatu egiten dituela esan daiteke.

Adituen iritziak eta jasotako puntuazioa jasotzen duten taulekin batera, bigarren txandako galdetegietako batzuetan jasotako oharrak agertzen dira hitzez hitz eta inolako oharririk gabe. Zenbait kasutan ohar orokorrak dira eta beste batzuetan, beste batzuen galderei buruz egindako oharrak, egin dituzten pertsonen iritzia islatzen dutenak eta talde osoari aurkeztu ez zaizkionak; eremu soziosanitarioari buruzko ideia trukaketa aberasten dutela eta irakurleei emaitzak interpretatzen eta beren ondorioa ateratzen lagundu dezaketela iritzi delako erantsi dira.

## 3.2. EMAITZAK

### 3.2.1. *Arreta soziosanitarioak EAEn duen garapenari buruzko gogoeta orokorrak*

Lehenengo txandako inkestan jasotako zenbait erantzunen bitartez, eremu soziosanitarioaren garapen mailari buruzko zenbait ondorio atera ziren: emaitzetan iritzi guztiz positiboak (1.1) eta guztiz negatiboak (1.3) daude eta badira, baita ere, garapena etenda

<sup>25</sup> Oso ados edo nahiko ados daudela adierazten duten erantzunen ehunekoa eta ez oso ados edo batere ados ez daudela adierazten duten erantzunen ehunekoa, alde batera utzi direlarik tarte iritziak ("zertxobait ados") eta ED/EE erantzunak.

dagoelako ideia orokorrari buruzko ñabardurak adierazten dituztenak (edo aurreikusitako xedeen betekizun mailari buruzkoak). Iritzi ezberdinen adostasun maila baloratu aurretik, esan beharra dago iritzi positibo gutxi izan direla eta, oro har, iritzi negatiboak edo ezkorrak<sup>26</sup> –hainbat ñabardurarekin– nagusitzen direla.

Nagusi den iritziarekin bat eginez, batez besteko puntuazio garaiena eta adostasun maila handiena izan duen ideiak balorazio zeharo negatiboa mahairatzen du zerbitzuen erabiltzaileei dagokienez: *“Zuzeneko erabiltzailearen ikuspuntutik, bi sistema zeharo ezberdin daude: gizarte arlokoa eta osasun arlokoa, bakoitzak bere helburuei erantzuten dielarik. Zerbitzu hauen erabiltzaileek ez dute ia aldaketarik nabaritu eskuragarri dituzten zerbitzuetan”*. Antolakuntzaren ikuspuntutik eremu soziosanitariarioa osatzeko pausuak alde batera utzita, galdetegiari erantzun zioten pertsonen iritziz, aldaketa hauen ondorioz sortutako emaitza positiboak ez dira azken hartzaileengana iritsi oraindik edo oso neurri txikian iritsi dira.

Lehenengo blokean adostasun maila handiena lortu duen bigarren erantzuna ere negatiboa da eta egoeraren diagnostiko osatua eskaintzen digu: *“Aurrerapenak egin diren arren, lortutako helburuak lor zitezkeenak eta hasiera batean aurreikusi zirenak baino askoz ere urriagoak izan dira. Aurrera egin da, baina beharrezkoa, posiblea eta arrazoizkoa zena baino askoz ere gutxiago, eta azken urteetan garapena moteldu egin da oso”*. 4 puntu baino gehiago lortu dituzenez gero, galdeketari erantzun zioten pertsonen gehiengoa baieztapen honekin “nahikoa ados” daudela esan liteke eta hasierako itxaropenetik nolabaiteko desilusia dagoela esan daiteke; are gehiago, galdeketari erantzun zioten pertsonen % 75 ideia honekin oso edo nahikoa ados dauden.

Iritzi baikorrek –batez ere 1.1. erantzunak: *“Azken lau edo bost urteetan aurrerapauso garrantzitsuak izan dira EAEko esparru soziosanitarioaren garapenean”*– adostasun maila txikia izan dute, 3 baino txikiagoa, bloke honetan jasotako iritzi ezkorrenak baino adostasun maila txikiagoa –*“Arreta soziosanitariarioa gainditu gabeko irakasgaia da, egun Euskadin gainditzeke dagoena. Eremu soziosanitariarioa eremu birtuala da oraindik ere”*–, izan ere, galdetegiari erantzun zioten pertsonen % 45 oso edo nahikoa ados zeuden baieztapen horrekin eta % 38 ez zeuden ados; are gehiago, ohikoa baino desbideratze handiagoa du, horrek esan nahi du baieztapen honen inguruko iritziak zertxobait polarizaturik daudela, izan ere, erantzunen heren batek baieztapen honekin guztiz ados edo bat ere ados ez daudela adierazten du.

<b>1. EAEko arreta soziosanitarioaren garapen mailari buruzko iritziak</b>	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
1.6. “Zuzeneko erabiltzailearen ikuspuntutik, bi sistema zeharo ezberdin daude: gizarte arlokoa eta osasun arlokoa, bakoitzak bere helburuei erantzuten dielarik. Zerbitzu hauen erabiltzaileek ez dute ia aldaketarik nabaritu eskuragarri dituzten zerbitzuetan”.	4,20	80,65	3,23

<sup>26</sup> Ebaluaketa jardueretan ohikoa izan ohi dena.

1. EAEko arreta soziosanitarioaren garapen mailari buruzko iritziak	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
1.4. "Aurrerapenak egin diren arren, lortutako helburuak lor zitezkeenak eta hasiera batean aurreikusi zirenak baino askoz ere urriagoak izan dira. Aurrera egin da, baina beharrezkoa, posiblea eta arrazoizkoa zena baino askoz ere gutxiago, eta azken urteetan garapena moteldu egin da oso".	4,06	74,19	3,23
1.2. "Aurrerapausoak egin diren arren, praktikan ez da aurrerapauso zehatz askorik izan. Erakundeen arteko koordinazioaren hasieran gaude".	3,84	74,19	16,13
1.7. "EAEn ezarri den eredia gure egoerari ongien egokitzen zaiona da: egungo eskumen eta erakunde egitura errespetatuz, eremu soziosanitarioa sektore eta erakunde ezberdinen jarduerak bat egiten duen eremutzat jo behar da, eta berariazko sektoretzat. [Beharrezkoa] da ulertzea eta onartzea eremu honen osaketa eta garapen prozesua gaztea dela oso oraindik, dinamikoa dela eta arau "gogorrak" ezartzeko joera gutxi duela oraingoz".	3,67	58,06	19,35
1.3. "Arreta soziosanitarioa gainditu gabeko irakasgaia da, egun Euskadin gainditzeko dagoena. Eremu soziosanitarioak eremu birtuala izaten jarraitzen du".	3,16	45,16	38,71
1.1. "Azken lau edo bost urteetan aurrerapauso handiak izan dira EAEko eremu soziosanitarioaren garapenean."	2,71	29,03	41,94
1.5. "Eremu soziosanitario komuna izan behar dela pentsatzea atzerapausoa da. Egia da gizartearen alorretik hurbiltzeko nahia dagoela, baina hurbilketa ez da berdintasunean eta kooperazioan oinarrituta gertatzen".	2,00	6,45	48,39

Babes maila nahikoa handia jaso du ere bai eremu soziosanitarioetan berau garatzeko mekanismo "bigunak" erabiltzea lotzen dituen erantzuna –"EAEn ezarri den eredia gur egoerari ongien egokitzen zaiona da: egungo eskumen eta erakunde egitura errespetatuz, eremu soziosanitarioa sektore eta erakunde ezberdinen jarduerak bat egiten duen eremutzat jo behar da, eta berariazko sektoretzat. [Beharrezkoa] da ulertzea eta onartzea eremu honen osaketa eta garapen prozesua gaztea dela oso oraindik, dinamikoa dela eta arau "gogorrak" ezartzeko joera gutxi duela oraingoz"–. Puntu hau nabarmentzea komeni da, hain zuzen ere, mekanismo ahulak ezartzeak EAEko eredu soziosanitarioa finkatzean izan dezakeen garrantziagatik. Amaitzeko, eremu soziosanitarioaren kontzeptua atzerapausoa delako ideiak babes maila eskasa izan du.

### Zenbait ohar

- “1.1., 1.2. eta 1.4. erantzunek gauza berberaren ikuspuntu ezberdinei erantzuten diete: batzuentzat botila erdi beteta dago eta beste batzuentzat erdi hutsik. Hala eta guztiz ere, lortutakoa garrantzitsua da, nahiz eta egiteke zer dagoen jakitea ere garrantzitsua den”.
- “Ezgaitasunaren eta mendetasunaren arretak duen izaera estrategikoa ulertzea garrantzitsua da eta, beraz, arreta soziosanitarioak herrialdearentzat duen garrantzia soziala eta ekonomikoa. Hau ez da existitzen oraindik. Ereduak laguntzazkoa eta oztopatua izaten jarraitzen du gai hauen eraginari eta garapenari buruzko ezagutzarik ez dagoelako, gai hauek garatzen urteak daramatzaten herrialdeetan beharrek eta erantzunek izan duten eraginari buruz”.
- “Zerbitzuen erabiltzaileek aldaketak nabaritu ez dituztelako ideiarri dagokionez, egia da zerbitzua ez dela baliabide unibertsal gisa zabaldu eta erabilera profesionalak egindako bideratze eta orientazioan oinarritzen dela. Profesional guztiek ez dituzte ezagutzen baliabideen erabilera eta xedeak eta horrek zaildu egiten du xede diren erabiltzaileek erabili ahal izatea”.
- “Eremu soziosanitarioa berarizako eremu gisa eratzeko gauzak egin dira horretara bultzatzen duen errealitatean oinarrituz, baina oztopo handiak daude eta gauza asko daude egiteko oraindik. Eremua eratzeko arazoa ez da soilik EAERena, baina egia da zailtasunetako batzuk erakundeen antolakuntzari zor zaizkiola”.

### 3.2.2. EAeko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Planaren balorazioa

Zalantzarik gabe, 2005. urtean CVASEk onartu zuen garapenerako Plan Estrategikoa EAeko eremu soziosanitarioa garatzeko funtsezko elementuetako bat izan da. Txosten hau egiten ari garen bitartean plana oraindik indarrean dagoenez, galdetegiaren xedea ez da planaren aplikazio maila ebaluatzea izan eta are gutxiago emaitzak ebaluatzea. Ordea, bi galdetegietan planaren edukari, planaren ondorioz egindako aurrerapenei eta betetako helburuei buruzko zenbait ideia agertu ziren eta, taulan ikus daitekeen moduan, erantzun ezberdin ugari izan ziren: Planari buruzko iritzi positibotik hasi (2.1.) eta borondate politikorik izan ez delako plana “galdutako aukeratzat” jotzen zuten iritzietaraino (2.3.).

2. Euskal Autonomia Erkidegoko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoari (2005-2008) buruzko iritziak	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<p><b>2.4.</b> “Edukiei buruzko informazio gutxi eta planaren aplikazioaren ondorioz izan diren aurrerapausoei buruzko informazio gutxi eman da, batez ere, hirugarren sektoreko erakundeei. Planaren garapenak izan duen hutsune garrantzitsuenetako bat Euskal Batzordeak nahiz lurraldeetako mahai soziosanitarioetan egindako lana kanpokoei gutxi jakinarazi zaiela izan da”.</p>	3,97	70,97	3,23
<p><b>2.1.</b> “Plana egin eta onartu izana aurrerapausoa izan da, izan ere, arreta soziosanitarioa garatu eta eraikitze beharra onartzen duelako eta hiru aldean arteko hitzarmena delako (Eusko Jaurlaritzak, foru aldundiak eta udalak)”.</p>	3,90	61,29	9,68

2. Euskal Autonomia Erkidegoko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoari (2005-2008) buruzko iritzia	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
2.2. "Plan Estrategikoaren aplikazioak eragin txikia izan du eta plana onartu eta gero ez da aurrerapen handirik egin (Bizkaian izan ezik, bertan hitzarmenak izenpetu baitira azken hilabeteetan). Orain arte plana eguzkiarekin topa egitea bezalakoa izan da eta paper hutsa izateko arriskua dago".	3,73	64,52	16,13
2.5. "Egin diren aurrerapenak "oinezkoen" borondateari zor zaizkie planifikatzaileen borondateari baino gehiago. Eremu soziosanitarioan izandako aurrerapenak, baldin badaude, ez zaizkio strategiaren planifikazioari zor, baizik eta laguntza hutsuneak betetzeko beharri".	3,57	58,06	19,35
2.3. "Plan Estrategikoa eremu soziosanitarioa garatzeko galdutako aukera izan da. Planaren izaerak berak –batere zehaztasunik gabeko asmo onen adierazpena– agerian uzten du ez dagoela benetako borondate politikorik eremu soziosanitarioa eraikitzeko".	2,93	25,81	38,71

Kasu honetan, iritzia ez dira aurreko puntuan bezain kategorikoak (batek ere ez ditu 4 puntu baino gehiago) eta babes gehien duena ikus daitekeen alderdi bati buruzko ideia da –horrek ez du esan nahi garrantzitsua ez denik–, hain zuzen ere, planak hirugarren sektoreko erakundearen artean izan duen hedakuntza (beharbada erakunde hauetako parte-hartzaile asko zeudelako galdeketa taldean). Komunikazio arazo hori alde batera utzita, gehiengoak pentsatzen du plana egitea –borondateak zehaztuz eta lehentasunik ezariz– aurrerapen handia izan dela. Baina planak eragin gutxi izan duelako ideiak ere babes handia izan du (% 64 baieztatu erantzun), hau da, asmoen adierazpen hutsa izan dela eta papera besterik ez izateko arriskua dagoela. Bestalde, borondate politikoa faltagatik plana galdutako aukera izan delako ideiak ez du babes handirik izan (ez du 3 gaitzitu eta ados ez dagoen pertsona kopurua ados daudenena baino handiagoa da).

Planaren eraginari buruzko iritzia alde batera utzita, babes handia du –erantzunen ia % 60– honako ideia honek: egindako aurrerapenak teknikarien eta profesionalen borondate onari eta jarduteko gaitasunari zor zaizkiela eta ez planifikazio estrategikoari, eta teknikarien eta profesionalen koordinazio sareetan oinarritzen dela, neurri handi batean, eremu soziosanitarioa.

#### Zenbait ohar

- "Aurrerapauso bat gehiago da (txikia oraindik), baina ez da nahikoa, ez dagoelako apustu sendorik".
- "Plana ez da eguzkiarekin topa egitea bezala edo zehaztasunik gabeko asmoen adierazpena, izan ere, helburu zehatzak finkatzen ditu. Baina egia da paper hutsa izateko arriskua dagoela, batez ere eremu soziosanitarioa eraikitzeko borondate politikoa faltagatik, batez ere osasunaren alorrean".



### 3.2.3. **EAEn eremu soziosanitarioaren garapenean izandako aurrerapauso garrantzitsuak**

Lehenengo galdetegian azken urteotan izandako aurrerapausoak zehatz-mehatz aipatzeko eskatu ez bazen ere, zenbait erantzunek 3.2.1. puntuari jasotako iritzi orokorra baino harago joanez, arlo honetan izandako aurrerapauso garrantzitsuetatik jotzen ziren gai zehatzak jasotzen zituzten, guztiek eragin berbera izan ez arren. Aurrerapen horien zerrenda, adostasun maila alde batera utzita, interesgarria da, izan ere, arazo soziosanitarioen kudeaketari egunero aurre egin behar dioten pertsonak eremu soziosanitarioa eraikitzeko epean antzemandako hobekuntzak aipatzen dira. Zerrenda luzea da –hamaika item– eta planaren ondorioz izandako aurrerapenak nahiz lehenagokoak edo planarekin zerikusia ez duten aurrerapenak jasotzen ditu.

3. EAEn eremu soziosanitarioaren garapenean izandako aurrerapauso garrantzitsuak	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezdotasun portzentajea
3.1. "Bi sareen arteko elkarrizketari ekin zaio eta sare bakoitzaren beharren ezagutza handiagoa dago".	3,67	58,06	16,13
3.4. "Mendetasuna baloratzeko metodo bat sortu, onartu eta abian jarri da lurralde guztietan eta erabiltzaile guztientzat".	3,64	58,06	22,58
3.2. "Erakundeek eremu soziosanitarioan jarduteko beharraren eta eremu komun bat izatearen kontzientzia handiagoa dago".	3,43	51,61	29,03
3.5. "Plana bultzatzeko egitura sortu da eta lurralde batzordeak, sektoreetako batzordeak eta koordinazio organoak sendotu dira".	3,26	38,71	22,58
3.6. "Soziosanitario kontzeptuaren esanahia argitu da. Lurraldeetako eremu soziosanitarioa eratzen duten baliabide komunak eta/edo zerbitzuak zehaztu dira eta baliabideak zein talderi zuzenduta dauden zehaztu da".	3,00	35,48	35,48
3.3. "Baliabide berriak sortu dira eta eremu soziosanitarioa abian jarri arte baliabide horiek erabiltzeko aukerarik ez zuten zenbait erabiltzailei emandako arreta hobetu da".	3,04	32,26	29,03
3.7. "Hainbat jarduera protokolo onartu dira".	3,04	25,81	25,81
3.9. "Zerbitzu komunak finantzatzeko hitzarmenak izenpetu dira".	2,74	22,58	45,16
3.10. "Programen arduradunen arteko koordinazio konplexua abian jarri da eta zerbitzu jakinetako profesionalen arteko ezagutza handiagoa".	2,81	22,58	38,71
3.11. "Ospitaleetako irteeretan eragin handia izan da, baina ez gizartearen eta komunitatearen ikuspuntutik".	2,67	22,58	38,71
3.8. "Erakunde ezberdinen artean informazioa transmititzeko kanalak sortu dira".	2,50	12,90	48,39

Zerrenda ez da galdetegia egin zitzaien pertsoneri aurkeztutako orden berean aurkezten, baizik eta gaiak izandako adostasun mailaren arabera. Baloreek, 1. galderan gertatu ez bezala, puntuazio kategorikorik eza dagoela adierazten dute, hau da, ez dagoela oso ados dauden edo batere ados ez dauden pertsonarik, baizik eta tarteko iritziak nagusi direla (ez oso ados edo nahikoa ados) eta horrek esan nahi du batez besteko puntuazioak ez direla oso altuak (3,6 eta 2,5 artean). Horretaz gain, adierazi beharra dago aipatutako aurrerapenetatik hiruk soilik dutela adostasun maila handia, hau da, % 50ekoa baino handiagoa –bi sareen arteko elkarrizketari ekin zaiola, mendetasuna baloratzeko baliabide komuna aplikatu dela (nahiz eta oraindik ez den hiru Lurralde Historikoetan aplikatu) eta jardute beharrari buruz erakundeek kontzientzia handiagoa dutela–. Ospitaletako irteerak eta informazio kanalak sortu direla dira, ordea, adostasun maila txikiena izan duten aurrerapenak.

#### Zenbait ohar

- “Posible da deskribatutako aurrerapenetako batzuk egin izana, baina ez ditut zuzenean ezagutzen. Kanpotik hutsune handiak daudela eta bi erakundeen arteko koordinazio falta dagoela antzematen dugu”.

#### 3.2.4. **Planean zehaztutako helburu nagusiak betetzea**

Euskal Autonomia Erkidegoko Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoak, hirugarren helburu estrategikoan, plana egun dagoen fasean ebaluatu zitezkeela ematen zuen kudeaketa tresnak garatzeko beharra zegoela adierazi zuen. Hori zela-eta, galdetegia egin zuten pertsoneri, lehenengo atalean, sarbide sistema bakarra, zerbitzu multzo bakarra, informazio sistema partekatua eta planifikazio bateratua beren iritzi zehazteraino garatu zen galdetu zitzaien. Helburu horiei buruzko iritzia galdetu zen eta ez beste batzuei buruzkoa, eredu soziosanitario errealari buruz hitz egiteko ezinbesteko baldintzak zirelako, izan ere, oinarriko tresnak eta eragileak ezartzen zituzten.

Gai honi buruzko diagnostikoa argi dagoela ematen du: ez da aurrerapen handirik egin aipatutako alderdietako batean ere ez. Are gehiago, bloke honetan jasotako zortzi iritzietatik lauk –denak negatiboak– lau baino puntuazio handiagoa izan dute, beraz, gehiengoaren babesa izan dute (gogorarazi beharra dago puntuatzeko eskatutako 150 ideietatik hamarrek soilik jaso dutela lau puntu baino gehiagoko puntuazioa eta nabarmentzeko modukoa da horietatik lau bloke honetan agertzea).

<b>4. Planean zehaztutako helburu nagusien betekizun maila: sarbide bakarra, zerbitzu multzo bakarra, informazio sistema partekatua eta planifikazio bateratua</b>	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
4.1. “Orain arte eremu hauetan egindako aurrerapenak ez dira nahikoak. Sare bakoitzaren zerbitzuak zeintzuk diren argiago dago, badirudi borondatea badagoela, baina ez dirudi zerbitzu multzo zehaztua duen sare soziosanitariorik, informazio sistema bakarra eta planifikazio bateratua dagoenik. Ez da aurrerapen handirik egin aipatutako alderdietako batean ere ez”.	4,31	77,42	6,45

<b>4. Planean zehaztutako helburu nagusien betekizun maila: sarbide bakarra, zerbitzu multzo bakarra, informazio sistema partekatua eta planifikazio bateratua</b>	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<p><b>4.8.</b> “Baliabideen planifikazio bateratua da aurrerapen gutxien izan dituen alderdia. Arreta Soziosanitarioaren Euskal Kontseiluko kide batek berak ere ez du interesik agertu planifikazio bateratuko mekanismoak ezartzeko. Eremu honetan erakunde bakoitzak alor ezberdinetan eta lurralde bakoitzean dituen eskumenak babesteko jarrera da nagusi. Gizarte zerbitzuei nahiz osasun zerbitzuei dagokienez, erakunde bakoitzak bere aldetik lan egin du bere zerbitzuak zehazteko. Aurrerapenak egin dira baina gizarte eta osasun arloko erakundeek bakoitzak bere zerbitzu sarea antolatzen jarraitzen dute elkar osatu beharrean”.</p>	4,15	74,19	3,23
<p><b>4.6.</b> “Zerbitzu multzo bat zehazteko egindako aurrerapenak ez dira nahikoak. Zerbitzu multzoari buruzko zirriborroa egin da baina mahai gainean geratu da. Baliabide eta zerbitzu soziosanitarioei buruzko katalogoak zehaztugabea eta nahasia izaten jarraitzen du eta hutsuneak eta bikoizketak ditu eta ez da orekatua lurraldeen eta eskumenen arloan (hau da, eskumenak dituzten erakundeen borondatearen eta ekimeneen mende dago)”.</p>	4,04	77,42	3,23
<p><b>4.7.</b> “EAEn ez dago informazio sistema bateraturik, informazio sistema partekatua edukiar buruzko azterketa besterik ez da egin. Eremu honetan bat egiteko aukerak urriak dira. Osasun sistemak informazioa jaso eta ebaluatzeko sistema garatua du eta gizarte zerbitzuen sistemek, ordea, informazio iturri zatikatuak eta loturarik gabeak dituzte”.</p>	4,04	70,97	6,45
<p><b>4.4.</b> “Osasun kasuek baliabide “soziosanitarioak” erabili ahal izateko sarbide bakarra hobetu da, baina ez sistema soziosanitarioko gainontzeko baliabideak (gizarte baliabideak eta osasunekoak) erabil ahal izateko sarbidea”.</p>	3,15	38,71	22,58
<p><b>4.3.</b> “Epe luzerako egonaldietarako ospitale psikiatrikoetan dauden eta une honetan dementzia prozesuak ez diren beste edozein baldintza psikopatologikoak ez dituzten adinekoak beste erakunde batzuetara eramateko arloan egin dira aurrerapen gutxien”.</p>	2,96	25,81	32,26
<p><b>4.2.</b> “Planifikazioari eta sarbide sistemai dagokienez, nahikoa aurreratua da eta oro har, baita lan teknikoari dagokionez ere. Lurralde batzuetan bazen sarbide sistema bakarra eta epe honetan sendotu egin da”.</p>	2,65	12,90	35,48
<p><b>4.5.</b> “Sarbide sistema bakarra lortzeko aurrerapausoak egin dira. Sistema honen eraginez sarbidea konplexuagoa da orain bai zerbitzuentzat eta baita erabiltzaileentzat ere, jada ez da hain hurbilekoa eta arina. Balorazioak bikoiztu egiten dira eta erabiltzaileak beste leku batera eramateko ahalmena mantentzen da”.</p>	2,59	16,13	51,61

Babes gehien izan duen baieztapenak –“Orain arte eremu hauetan egindako aurrerapenak ez dira nahikoak. Sare bakoitzaren zerbitzuak zeintzuk diren argiago dago, badirudi borondatea badagoela, baina ez dirudi zerbitzu multzo zehaztua duen sare soziosanitariorik, informazio sistema bakarra eta planifikazio bateratua dagoenik. Ez da aurrerapen handirik egin aipatutako alderdietako batean ere ez”– puntuazio handiena izan duena izan da (4,31), ia gehieneko puntuazioa<sup>27</sup>. 1 puntuan jasotako balorazio negatiboek badu pareko balorazioa bat eremu soziosanitarioa finkatu ahal izateko oinarritzko bitartekoen inguruko xedeen betekizun mailari dagokiona. Nabardurak dituen balorazioa da eta aurrera egiteko borondatea dagoela adierazten da, baina momentuz ez dela nahikoa proposatutako helburuak lortzeko.

Balorazio horren ostean, onarpen maila handiena izan duen hurrengoa planifikazio bateratuan izan den garapen urriari buruzkoa da. Erantzunaren arabera, garapen falta hori erakundeek arlo ezberdinen gainean eta lurraldeetan dituzten eskumenak babesteko duten joerari zor zaio. Zerbitzu multzo bakarra<sup>28</sup> finkatzeko prozesua eta zegokion lan taldeak lana egin arren informazio sistema zentralizatua sortzeko prozesua behar beste garatu ez direla adierazten zuten iritziek ere batez beste 4 puntu baino gehiago lortu dituzte.

Hala ere, bloke honetako iritzi guztiek ez dute 3 gainditzen, hau da, adostasuna dagoela esateko moduko puntuazioa, esate baterako, bergizarteratuak izan daitezkeen gaixo psikiatrikoak lekualdatzeko ekimenei dagozkienak eta sarbide sistemen bateratze prozesuan izandako aurrerapenei dagozkienak. Horietatik bat –puntuazioa handiena jaso duena– positiboa da, bigarrenak, ordea, zenbait pertsonak baliabide soziosanitarioak erabili ahal izateko sarbidea zentralizatzeko prozesuak zerbitzuen funtzionamenduan eragin negatiboa izan duela adierazten du. Babes gutxi izan duen iritzia da, baina erantsitako oharrean adierazi bezala, ondorio garrantzitsuak izan ditzake zerbitzuetan koordinazio harremanak eskumen edo norgehiagoka harreman bihurtuz gero.

#### Zenbait ohar

- “Zentro psikiatrikoetako gaixoen irteerak urriak izan dira duela 20 urtetik. Arrazoi nagusia erakundeen mende zeuden eta egoitzetan bizi diren pertsonekin elkarbizitza arrunta izateko jokabide ezegokia zuten pertsonak zentro gerontologikoetara eramanez direla izan da. Zehazki: bizimodu ohiturak, tabakoarekiko mendetasuna, zenbait kasutan alkoholikoak, erakundearekin “zigorretan” oinarritutako harremana, eta garrantzitsuena, leku itxietan bizitzera ohituak, baina zentro gerontologikoak irekiak dira eta erakundearekiko harremana ezberdina”.
- “Sarbide bakarrari dagokionez, zailtasun handiak ditugu erabiltzaileek “jabetasunari” eta eremu honetan lan egiten dugun erakundeen jabetasunari dagokionez. Izugarritzko botere borroka dago eta horrek eragin zuzena eta oso negatiboa du zerbitzuen zuzeneko kudeatzaileengan eta zerbitzuetara sartzeko prozesua oztopatzen du, ondorioz, atzerapen handiak izaten dira erabiltzaileek zerbitzuak erabiltzen hasi ahal izateko eta erakundeek galera ekonomiko handiak izaten dituzte. Une honetan, sarbide bateratua ez da hobekuntza bat, baizik eta guztiz kontrakoa”.

<sup>27</sup> Nahiz eta ez den adostasun portzentaje handiena izan duen erantzuna; eremu soziosanitarioaren garapenak erabiltzaileei onurarik ekarri ez diela adierazten duen 1.6 erantzunak % 80ko adostasun maila izan du.

<sup>28</sup> Aurreko puntuan eta erantzunean bertan adierazi bezala, CVASen gizarte eta osasun zerbitzu multzo bat antolatuta zen eremu soziosanitarioan baina ez zen osoko bilkuran onartu eta gaia ez zen berriro eztabaidatu ondorengo bilkuretan.

### 3.2.5. **Euskal Autonomia Erkidegoan eremu soziosanitarioa garatzeko oztopoak**

Lehenengo fasean bidalitako galdetegietan ez zen zuzenean galdetu EAEko eremu soziosanitarioaren garapen prozesuan izandako oztopoez. Egin ziren galdetegi eta elkarrizketetan, ordea, iritzia eman zutenen zati handi baten ikuspegi negatiboarekin –ñabardurak izan arren– eta geldialdia dagokelako iritziarekin bat etorritik, eremu soziosanitarioa garatzeko oztopotzat jo zitezkeen elementu zehatzak aipatu ziren. Lehenengo fasean bidalitako galdetegietan funtsezko zortzi oztopo zerrendatu ziren: eredu partekaturik eza, Osasun Sailaren parte-hartzea nahikoa ez izatea, erakundeen batasun falta, zenbait osasun agintariren “ezkutuko agenda” edo gizarte zerbitzuak behar beste garaturik ez egotea.

<b>5. Euskal Autonomia Erkidegoan eremu soziosanitarioa garatzeko oztopoak</b>	<b>Adostasun maila (0tik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
<p><b>5.1.</b> “Gutxi aurreratu da ez delako eremu soziosanitarioa garatzeko apustu politiko irmorik izan. Eremu hau garatzeko adostasunaren atzean, ez dago eredu partekatu eta adosturik eremu soziosanitarioaren osaketari dagokionez eta eredu hori lortzeko formulei dagokienez”.</p>	4,14	74,19	3,23
<p><b>5.2.</b> “Eremu soziosanitarioaren garapena mugatzen duten faktoreetako bat Osasun Sailaren parte-hartze falta da eta gai honekiko duen interes falta. Osasun Sailak ez du apustu garbirik egin eremu hau garatzeko eta eustearen, geldiaraztearen aldeko apustua egin da eta horrek zailtasun handiak sortzen ditu eta batzuetan ezinezko egiten du baliabideak sortzea eta akordio berriak lortzea”.</p>	3,88	54,84	12,90
<p><b>5.6.</b> “Eremu soziosanitarioari buruzko eztabaida eremu teknikoan izan da batez ere. Alderdi politikoek ez dute gai honi buruzko jarrerarik eta ez dira agintzen duten erakundeentzako jarraibide komunak ezartzeko gai, ondorioz, eztabaida aurrez aurre dauden erakundeen interesen eta ikuspuntuen (aurrekontuen inguruko gaiek baldintzaturik daudenak batez ere) defentsara mugatu da eztabaida”.</p>	3,85	64,52	9,68
<p><b>5.5.</b> “Eremu soziosanitarioaren garapena mugatzen duten faktoreetako bat gizarte zerbitzu sistemaren ahulezia da. Ezinezkoa da koordinazio soziosanitarioa lortzea gizarte zerbitzuen sistema indartzen ez baldin bada; gizarte zerbitzu sistema indartu ezean, koordinazio soziosanitarioarako estrategia koordinatu beharreko sistemetak baten ahulezian oinarrituko da (era gutxi gorabehera inplizituan eta borondatezkoan) eta, ondorioz, porrot egingo du (pertsonek batzuen borondateari eta ahaleginari esker zenbait aurrerapen txiki eta mugatu izan arren)”.</p>	3,38	45,16	19,35
<p><b>5.4.</b> “Zenbait unetan erakundeen arteko mesfidantza egon da behar bada –batez ere Eusko Jaurlaritzaren eta Foru Aldundien artean– eta horrek eremu soziosanitarioaren garapena geldiarazi du; baina mesfidantza hori alde batera geratuz joan da”.</p>	3,25	29,03	16,13

5. Euskal Autonomia Erkidegoan eremu soziosanitarioa garatzeko oztopoak	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
5.3. “Ez da gehiegi aurreratu EAEko koordinazio soziosanitarioaren aurrerapena “ezkutuko agendak” baldintzatzen duelako, izan ere, zenbait agintarik, arreta soziosanitarioa osasun publikoko kostuak merkatzeko eta zerbitzuak murrizteko aitzakiazat hartu baitute”.	3,18	35,48	25,81
5.7. “Erakundeen arteko batasun eza da –batez ere Eusko Jaurlaritzaren baitan, non Gizarte Gaietako Saila eta Osasun Saila dauden eta biek elkar ulertzeko jarraibide politikorik ez dagoen– EAEko eremu soziosanitarioaren geldialdiaren arrazoi nagusietako bat”.	3,00	35,48	38,71
5.8. “Mendetasunari buruzko legearen inguruko eztabaidak, legearen onarpenak, garapenak eta legea abian jartzeak nolabaiteko eragina izan du; prozesua nahikoa kaotikoa izan da eta urtebetean zehar arreta eta ahalegin guztiak erakarri ditu eta epe horretan nolabaiteko geldialdia egon da”.	2,74	19,35	25,81

Eraitzen taulan ikus daitekeen moduan, gehiengoak onartutako azalpena eremu soziosanitarioa garatzeko eredu partekaturik eta apustu politiko sendorik eza izan da: batez besteko puntuazioa 4 baino handiagoa da eta galdetegiarik erantzun ziotenen ia % 75 ados daude ereduaren garapen txikiaren erantzuleak erakunde politikoak direla adierazten duen ideia honekin. Babes handia jaso duen hirugarren iritziak (bigarrena adostasun portzentajea kontuan hartuz gero) antzeko zerbait adierazten du) –“Eremu soziosanitarioari buruzko eztabaida eremu teknikoan izan da batez ere. Alderdi politikoez ez dute gai honi buruzko jarrerarik eta ez dira agintzen duten erakundeentzako jarraibide komunak ezartzeko gai, ondorioz, eztabaida aurrez aurre dauden erakundeen interesen eta ikus-puntuen (aurrekontuen inguruko gaiek baldintzaturik daudenak batez ere) defentsara mugatu da eztabaida”. Ondorioz, gai honi buruzko hausnarketa politiko eta sozial serio falta EAEko eremu soziosanitarioaren garapen murriztaren oinarria dela pentsa daiteke, galdeketa erantzun zioten pertsonen gehiengoaren iritzia kontuan hartuta.

Hala ere, adostasun maila handia izan dute baita ere –aurrekoak baino txikiagoa izan arren– antzemandako arazoak zuzenean Osasun Sailari leporatzen dizkieten iritziek. Ideia hauen adierazpen argienak –“Eremu soziosanitarioaren garapena mugatzen duten faktoreetako bat Osasun Sailaren parte-hartze falta da eta gai honekiko duen interes falta. Osasun Sailak ez du apustu garbirik egin eremu hau garatzeko eta eustearen, geldiaraztearen aldeko apustua egin da eta horrek zailtasun handiak sortzen ditu eta batzuetan ezinezko egiten du baliabideak sortzea eta akordio berriak lortzea”– 3,8 puntu izan ditu batez beste eta taldeko kideen % 55 ados daude ideia honekin. Adostasun maila txikiagoa izan du eta polarizazio handiagoa eragin du (% 35 guztiz alde eta % 25 guztiz kontra) “ezkutuko agendaren” tesiak, izandako oztopoak osasun administrazioak eremu soziosanitarioa kostuak eta eskaintako zerbitzuak murrizteko aitzakiazat erabiltzeari zor zaizkiola adierazten duena.

Oztopoak gizarte zerbitzuen alorreko zatikatzeari eta sendotasun ezari zor zaizkiola dioen azalpenak (5.5. zenbakia duena) ez du babes handirik izan (3,3). Gauza bera

gertatzen da erakundeen arteko batasun ezarekin, batez beste 3 puntu jaso ditu (beraz, galdetegiari erantzun dioten pertsonak “zertxobait ados” daude ideia honekin) eta hiru adostasun maila izan ditu: oso edo nahikoa ados daudenak, ez oso ados edo batere ados ez daudenak eta zertxobait ados daudenak. Amaitzeko, menpekotasun egoeran dauden pertsonen autonomia pertsonala bultzatu eta haiek zaintzeko abenduaren 14ko 39/2006 Legearen inguruko eztabaida eta legearen onarpena eremu soziosanitarioa garatzeko oztopo izan dela baieztatzen duen argudiaketa izan da puntuazio txikiena jaso duena (2.7.) eta, beraz, galdetegiari erantzun dioten pertsonen gehiengoa ideia honekin ez oso ados edo batere ados ez dagoela esan daiteke.

#### Zenbait ohar

- *“5.1, 5.2 eta 5.3k ikuspegi oso negatiboa eskaintzen dute. Egia da borondate eta ahalegin gehiago egon zitekeela –beste edozertan bezala–, baina ez dut uste horrela adieraz daitekeenik. “Ezikutuko agendari” dagokionez, badirudi mamurik ez dagoen tokian mamurak ikusten jarraitzen duen jendea dagoela”.*
- *“Batez ere ikuspegi, benetako estrategia, gidaritzza, erabaki politiko falta”.*
- *“Momentuz erakunde bakoitzaren jarrerak defendatzen ari dira eta beren aurrekontuak eta eskumen eremuak, eremu komunak eta beharrezko baliabideak bilatu ordez”.*

### 3.2.6. **Ezarrিতako koordinazio organoek egindako lanaren gaineko balorazioa**

Urte hauetan sortutako koordinazio soziosanitarioko organoen lanaren balorazioa –batez ere autonomia erkidegoko eta lurraldeetako arretea soziosanitarioko batzordeak– funtsezkoa da ondorioak ateratzeko, izan ere, ekimen gehienak, baina ez denak, batzorde hauen bitartez bideratzen dira eta batez ere, eremu soziosanitarioaren kontzeptua bera koordinazio eta elkarlan kanal formal eta arinetan oinarritzen delako (baliabide soziosanitarioetan baino gehiago, pentsa daiteke). Hori guztia dela eta, elkarlan batzorde hauen lanari buruzko iritzia eskatu zitzaizen galdetegiari erantzun zioten pertsonen.

Adierazitako iritzia baloratzekoan, kontuan hartu beharra dago lau errealitate ezberdinei buruz ari direla, izan ere, batzorde bakoitzak bere jardute eremuan egindako lanari buruzko iritzia besteengandik ezberdina izan daiteke. Azterlan honen helburua ez da, ordea, batzorde bakoitzak egindako lana zehatz-mehatz deskribatzea, baizik eta koordinazio eta elkarlan gisa, oro har, duten funtzionamendua eta erabilera. Hori dela eta, eskualdetako batzordeen inguruko adierazpen gehienak ezabatu dira.

Aurkeztutako iritzietatik batzuk zeharo positiboak dira (6.1: “CVASen sorrera gertaera garrantzitsua izan da”; 6.2: “CVASen funtzionamendua egokia izan da”), eta beste batzuk negatiboagoak izan dira (6.3: “Funtzionamendua ezegonkorra eta alderrara izan da”; 6.6: “Edukirik gabeko eta egituraren ikuspuntutik desorekatua den baliabide formala”.) Beste ekarpen batzuek baieztapen ez hain kategorikoak egiten dituzte eta gabezia zehatzak aipatzen dituzte (izaera juridikorik eza, une bakoitzean osatzen duten kideen egoeraren eta borondatearen menpekota dela, koordinazioaren arduradun izendatutako pertsonen jarduteko duten gaitasun urria).

6. Ezarritako koordinazio organoek egindako lanaren gaineko balorazioa	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<p><b>6.10.</b> “Oraindik nabaria da osasun zentroen eta gizarte zerbitzuen koordinazioa urria eta beharrezkoa dela eta une honetan profesionalen ahaleginaren mende dagoela. Eremu ezberdinetako (osasun zentroak eta oinarrizko gizarte zerbitzuak) profesionalen diziplinarteko komunikazioa garatzeke dago”.</p>	4,10	67,74	3,23
<p><b>6.8.</b> Nik neuk parte hartu dudako koordinazio soziosanitarioko esperientzia positiboa eta aberasgarria izan da. Egin dakioken kritika pertsonen mende gehiegi dagoela da eta erakunde bakoitzaren buru den pertsonaren arabera aurrerapenak edo moteltzeak izaten direla”.</p>	3,74	51,61	12,90
<p><b>6.5.</b> “Zailtasun nagusia borondatezkoak dela da, Batzordeak egun duen eskumenen eta lurraldeen arabera banaketari estuki loturik dagoena, eta horrek asko zailtzen du funtzionamendua elkarlanerako borondate gutxi dagoenean. Are gehiago, elkarlanerako eta Batzordearen erabakiak onartzeko konpromiso morala besterik ez dago akordioak betearazteko benetako botereri norberaren borondateaz harago, kideen borondatezko konpromisoa baino harago. Izaera juridiko eza, aurrekoarekin lotuta, funtzionamendu arazoaren oinarri da baita ere (ez dauka aurrekontu propioa, onartutako proiektuak batera finantzatzeko zailtasun administratiboak, askotan konpondu ezin daitezkeenak, etab.)”.</p>	3,48	41,94	12,90
<p><b>6.4.</b> “Ia ez dugunez Batzordearen jardueren berri ezin dut balorazio positiborik egin. Ezer gutxi dakigu Batzordeari buruz eta hori ez da adierazle ona”.</p>	3,32	41,94	25,81
<p><b>6.3</b> “Batzordearen funtzionamendua ezegonkorra eta alderrai izan da eta ez ditu sistema dinamizatzeko bultzada ezta jarraibideak sortu eta horrek eragina izan du lurraldeetan. Hautatuko ereduak –bi sareen arteko koordinazioa eskatzen duena – erakundearen arteko elkarlana izan dadin eskatzen du eta gaur egungo egoeran oso zaila da hori gertatzea”.</p>	3,27	32,26	12,90
<p><b>6.9.</b> “Batzordearen funtzionamendua, oro har, koordinatzaileek jarduteko duten eskumen eskasak mugatzen du, izan ere, oro har, koordinatzaile lana eta beren erakundeetan egiten dituzten beste lan batzuk egin behar izaten dituzte eta ez dute beren egitekoak eskatzen duen gidaritza lana egiteko erabateko arduraldia izateko baliabiderik ez aukerarik”.</p>	3,24	29,03	16,13
<p><b>6.1.</b> “Arreta Soziosanitariorako Euskal Batzordearen sorrera garrantzitsua izan da, izan ere, lehen aldiz ordezkaritza foro bat sortu da, herri administrazioari alderdien arteko botere berdintasun arazoak, atal itxien erabaki hartzearen ondorioz sortutakoak eta Jaurilaritzaren eta Foru Aldundien arteko interes gatazkak konpontzeko eta bien arteko elkarlana bideratzeko botereri ez egotea gainditzea ahalbidetzen duena. Lehen aldiz, kideek borondatez uko egin diote beren botere eta eskumenak beren alde soilik erabiltzeari eta negoziazioaren bitartez eta adostasunez hartutako Batzordearen erabakiak onartu dituzte eta beren kideentzako lotesleak izatea onartu dute eta batzordea sortu arte irtenbiderik ez zuen erabakiak batera hartzeko arazoak konpondu da”.</p>	3,21	35,48	25,81



<b>6. Ezarritako koordinazio organoek egindako lanaren gaineko balorazioa</b>	<b>Adostasun maila (0tik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
<p><b>6.2.</b> “CVASen funtzionamendua, oro har, egokia da. Informazioa trukatzeko eta eztabaidatzeko balio duela da garrantzitsua. Hortaz, baliabide “biguna” baina eraginkorra da ekimenen berri eman, gainontzekoek ere ekimenak sor ditzaten bultzatzeko (nolabaiteko lehiakortasuna sortzen du), osagarritasunak bilatzeko eta alorretako edo/eta lurraldeetako ikuspegiak eta joerak hurbiltzeko. Laburbilduz, uste dut baliagarria dela aurrera egiteko eta homogeneotasunez egiteko”.</p>	3,09	25,81	25,81
<p><b>6.7.</b> “Oro har, batzordeek ondo funtzionatu dute Planean ezarritako koordinazio mekanismoen bitartez”.</p>	2,43	9,68	38,71
<p><b>6.6.</b> “Lurraldeko Batzordearen funtzionamenduari buruzko nire iritzia negatiboa da. Baliabide formal hutsa da eta ez du zentzurik. Egituraren ikuspegitik desorekatua da”.</p>	2,30	19,35	48,39

Adostasun maila handiena izan duen iritzia koordinazio mekanismoei buruzko bloke honetan batzordeen lanarekin zerikusirik ez duen bakarra izan da: komunitate mailan koordinazio soziosanitarioa areagotu beharra dagoela adierazten duen iritzia (“*Oraindik nabaria da osasun zentroen eta gizarte zerbitzuen koordinazioa urria eta beharrezkoa dela eta une honetan profesionalen ahaleginaren mende dagoela. Eremu ezberdinetako (osasun zentroak eta oinarritzko gizarte zerbitzuak) profesionalen diziplinarteko komunikazioa garatzeke dago*”) da adostasun maila handiena izan duena, galdetegiar erantzun zioten pertsonen % 66 baino gehiago ados daude baieztapenarekin. Gainontzeko iritzi positibo nahiz negatiboek, 3 edo 4 puntu izan dituzte, hau da, ez dute ia “zertxobait ados” maila gaintitzen. Iritzi hauen artean, batzordeak pertsona zehatzen mende daudela adierazten duenak % 50eko baino gehiagoko adostasun maila izan du. Bloke honetan jasotako iritziek adostasun maila handirik izan ez duten arren, ez dute, ezta ere, ezadostasun maila handirik izan. Iritzi guztietatik bik soilik –bat zeharo negatiboa eta bestea zeharo positiboa– izan duten 2.5 baino puntuazio txikiagoa eta % 20 baino adostasun maila txikiagoa.

Hala eta guztiz ere, esan beharra dago, aurkeztutako hamar iritzietatik, zeharo positiboak diren hirurak balorazio txikiena izan duten lauren artean daudela, 6.6. iritziarekin batera, argudio zeharo negatiboak dituen.

#### Zenbait ohar

- “Egindako lana ona da baina ez da nahikoa, oso instituzionala eta burokratiko da”.
- “Plan baten arrakasta edo porrota ezin da organo jakin batean oinarritu, eta are gutxiago horrelako ezaugarriak baditu. Nire ustez, alor hauetan lan egiten duten langile guztiek ahalegina egin behar dute eta batez ere profesionalak eremu soziosanitarioan zer lortu nahi den jakin behar dute eta denok (arduradunek, politikoez, herritarrek eta langileek) izan behar dugu beharrak, hutsuneak eta esku-hartzea eta baliabideak kudeatzea ahalbidetzen duten datuen berri”.

Batzordeen funtzionamenduari buruzko analisiarekin jarraituz, lehenengo galdetegiaren bitartez, arreta soziosanitarioko batzordeen barruan denen interesak kontuan hartzen diren edota erakunde bakoitzaren interesak nagusitzen diren jakin nahi izan zen. Hiru aukera soilik aurkeztu ziren gai honi buruz eta horietatik bik komuneko interesen lehenetasun falta dagoela adierazten zuten. Hirugarrenak babes maila txikiena jaso zuen eta eztabaida kontzeptualetan denen interesak kontuan hartzen direla baina hitzarmen zehatzei buruzko eztabaidetan alderdi bakoitzaren interesak kontuan hartzen direla adierazten zuen. Kasu honetan ere, balorazioak ez ziren kategorikoak izan -3 eta 4 artean daude guztiak- eta lehenengoak soilik (*“Batzordeen eztabaidetan erakunde bakoitzaren interesak nagusitzen dira ez interes komunak”*) izan zuen % 50 baino adostasun maila pixka bat handiagoa.

7. Arreta soziosanitarioko batzordeetan, erabakiak hartzen direnean, talde osoa hartzen al da kontuan?	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
7.1. “Batzordeen eztabaidetan erakunde bakoitzaren interesak nagusitzen dira ez interes komunak”.	3,64	51,61	19,35
7.2. “Oro har, batzordeetako eztabaida kontzeptualetan denen interesak errespetatzen dira; praktikari dagokionez (hitzarmenak, esaterako), hitzartutakoa (alderdiek beren interesak defendatuz negoziatutakoa) komunean jartzea besterik ez da egiten”.	3,15	22,58	12,90
7.3. “Oro har, erakunde bakoitzaren interesak nagusitu dira eta Osasun Sailak sutzuki defendatu ditu bere interesak eta ikuspuntuak”.	3,32	38,71	22,58

#### Zenbait ohar

- *“Erakunde bakoitzak bere interesak defendatuko ez balitu bere egitekoak alde batera uzten ariko litzateke. Beste kontu bat da, hortik abiatuta negoziatzea eta komuneko intereseko gaien inguruko akordioetara iristea, hori baita benetan positiboa eta benetan gertatzen dena. Denak hasieratik denarekin ados daudelako utopia idilikoa planteatzea lañotasun hutsa da”.*
- *“Uste du egun gizarte zerbitzuen sistemak era zorrotzagoan defendatzen dituela bere interesak, eztabaida sortuz eta osasun sistemaren aurrean komplexu ugari izanik eta horrek zentroen kudeaketari kalte egiten dion erantzun agresiboa eta babeserako joera duena eragiten du”.*

Gizarte eragileen eta Hirugarren Sektoreko erakundeen iritzia kontuan hartzen den ere galdetu zitzaizen zuzenean adituei (jakina den moduan ez dituzte eragile eta erakunde horiek ordezkatzen). Galdetegieta jasotako lau balorazioetatik batek soilik adierazten du eragileen iritzia kontuan hartzen direla, zeharka, batzordeetan. Beste hirurek

adierazten dute gizarte eragileen eta Hirugarren Sektoreko erakundeen iritzia gutxi hartzen dela kontuan eta kasu batean ordezkari txikia izateari eta bestean nolabaiteko mesfindantzak izateari zor zaiola adierazten da.

<b>8. Kontuan hartzen al da batzordeetan gizarte eragileen eta hirugarren sektoreko erakundeen iritzia?</b>	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	% de desacuerdo
<b>8.1.</b> “Hirugarren Sektorearen ikuspegia ez da kontuan hartzen batzordeen eztabaidetan eta askoz gehiago hartu beharko lirateke kontuan”.	3,33	38,71	19,35
<b>8.2.</b> “Deigarria da Hirugarren Sektoreko erakundeek ordezkariarik ez izatea batzordeetan eremu soziosanitarioa eraikitzeko garrantzia handia dutela kontuan hartuta”.	3,41	45,16	25,81
<b>8.3.</b> “Hirugarren Sektorearen ikuspegia kontuan hartzen da oso garrantzitsua baita Foru Aldundientzat”.	2,46	6,45	45,16
<b>8.4.</b> “Oro har, gutxi hartzen da kontuan. Hirugarren Sektoreko erakundeen eta administrazioaz kanpoko eragileen ikuspegi aldarrikatzaillegiari zor zaio hori, izan ere, zenbaitetan eta zenbait planteamenduren aurrean beraien babes jarrera hartzen da”.	2,75	19,35	32,26

Batzordeen funtzionamenduari buruzko galdera guztietan bezala, muturreko erantzunak urriak dira eta adostasun maila 2,5 eta 3,5 artean dago. Adostasun maila handiena izan duen iritzia Hirugarren Sektoreko erakundeek batzorde hauetan ordezkariarik ez dutelako harridura adierazten duena izan da; Hirugarren Sektoreko iritziak batzordeetan Foru Aldundien bidez jasotzen direla adierazten zuen ideia, ordea, izan da adostasun maila txikiena izan duena.

### 3.2.7. **Arreta soziosanitarioaren eremuan lurralde batetik bestera dauden aldeak**

Lehenago adierazi bezala, gizarte zerbitzuen alorrean EAEn dagoen eskumenen banaketaren ondorioz, hiru eremu soziosanitarioa ezberdin daude, garapen erritmo eta baliabide ezberdinak dituztenak. Inkestan parte hartu dutenek ere, ikuspegi hori dute, eta emandako erantzunetan lurraldeen arteko ezberdintasun handiak daudela adierazi dute: enuntziatuak ezberdinak dira ezberdintasunak adierazteko argudio ezberdinak ematen dituztelako eta ezberdintasunak konpontzeko irtenbide ezberdinak proposatzen dituztelako, beraz, ezin daiteke esan funtsezko argudioan bat ez datozenik (nahiz eta irizietako batean, balorazio txikiena izan duena, ezberdintasunak gainditzen ari direla adierazten den, atzeratuta zeuden erakundeen inplikazioa handiagoa delako). Diagnosi orokorrean

izandako adostasunarekin bat etorritz, iritzi guztiek 3 baino puntuazio handiagoa izan dute eta horrek taldean nolabaiteko adostasuna dagoela adierazten du.

<b>9. Ezberdintasunak al daude lurralde batetik bestera zerbitzuen antolakuntzari eta dauden baliabide soziosanitarioei dagokienez?</b>	<b>Adostasun maila (0tik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
9.1. "Arreta soziosanitarioko sistemak garapen ezberdina du hiru Lurralde Historikoetan bai baliabideei dagokionez nahiz finantzazioari dagokionez eta ondorioz, EAEko herritarrek Arreta Soziosanitarioare arloan dituzten eskubideei dagokienez desoreka handia dago bizi diren lurraldearen arabera".	4,12	61,29	3,23
9.5. "Ezberdintasunak daude gizarte zerbitzuen sarean, baina ez osasun zerbitzuen sarean. Azken hau plan autonomiko homogeneoen bitartez antolatzen da EAE osoan, baina gizarte zerbitzuen sarea Udalen edo Foru Aldundien ekimenen mende dago".	3,88	61,29	6,45
9.4. "Ezberdintasun handiak daude Lurralde Historiko batetik bestera, baina baita Lurralde Historikoen barruan, baliabide gehienak hiriburuetan daude".	3,81	58,06	6,45
9.10. "Lurraldeen arteko ezberdintasunak txikiagoak izango lirateke eremu soziosanitarioan EAE osoan bete beharreko legeak ezarriko balira, Lurralde Historikoetako Legearen gainetik dauden legeak, alegia".	3,35	41,94	16,13
9.2. "Lurraldeen artean dauden ezberdintasunak ez areagotzeko Osasun Sailak duen borondateak baliabide berriak sortzea geldiarazi du beste garai batzuetan azpiegitura soziosanitario bateratu gehiago sortu zituzten lurraldeetan, esate baterako, Gipuzkoan".	3,21	29,03	22,58
9.6. "Ezberdintasunak ezabatzeko mekanismo koordinazio "bigunak" ezarri behar dira, esate baterako, informazio trukaketa handiagoa, eta beharbada urteko plan bateratuak ere egin behar dira".	3,08	22,58	19,35
9.3. "Zalantzarik gabe, lurraldeen arteko ezberdintasunak gizarte zerbitzuek lurralde bakoitzean duten garapen ezberdinari zor zaizkio, nahiz eta pixkanaka ezberdintasun hauek desagertzen ari diren atzerago zeuden erakundeen borondate politikoari esker".	3,04	32,26	25,81

Zalantzarik gabe, adostasun maila handiena duen iritzia herritarrek baliabideak erabili ahal izateko lurraldeen artean ezberdintasun handia dagoela adierazten duena da: "Arreta soziosanitarioko sistemak garapen ezberdina du hiru Lurralde Historikoetan bai baliabideei dagokionez nahiz finantzazioari dagokionez eta ondorioz, EAEko herritarrek Arreta Soziosanitarioare arloan dituzten eskubideei dagokienez desoreka handia dago bizi diren lurraldearen arabera". Babes maila handia izan du baita ere ezberdintasunak gizarte zerbitzuen alorrean ematen direla eta ez osasun zerbitzuen alorrean, non baliabideak homogeneoagoak diren, adierazten duen ideiak (erantzun honek, hala ere, ezer gutxi argitzen du baliabide soziosanitarioen alorrean lurraldeen artean dauden ezberdintasunei buruz). Bestalde, lurralde ezberdintasunak Lurralde Historikoen artean ez ezik lurralde

bakoitzaren barruan ere ematen direla adierazten duen ideiak babes maila handia du (3,8) eta galdetegiari erantzun zioten pertsonen % 7 baino gutxiago izan dira aurka.

Gutxi dira bestalde, koordinazio mekanismo “bigunak” antzemandako hutsuneak konpontzen lagun dezaketela uste duten pertsonak (% 22) eta gutxi dira baita ere, gizarte zerbitzuen garapen desberdinen ondorioz sortutako ezberdintasunak atzeratuta zeuden erakundeen inplikazioari esker desagertzen ari direla uste duten pertsonak (% 32).

### 3.2.8. **Laguntza soziosanitaria finantzatzeko mekanismoak**

Hasierako urteetatik koordinazio soziosanitarioaren arloan EAEn izenpetutako hitzarmen eta akordioen azterketak agerian uzten du zeinen garrantzitsua izan den baliabideen finantzazioa eta finantzazio bateratua. Are gehiago, bloke honetan adostasun maila handiena jaso duen iritzietako bat (3,5) zera adierazten duena izan da, baliabideen finantzazio bateratua adostu beharra eremu soziosanitarioaren garapena bideratu duen arrazoi nagusietako bat izan dela, baliabideak erabiltzaileen beharrei egokitzea baino garrantzitsuagoa. Ulergarria da finantzazio mailan oreka berriak bilatzeko beharri emandako garrantzia, izan ere, gastua gero eta handiagoa da eta are handiagoa gizarte zerbitzuen erabiltzaileek osasun arretaren arloan dituzten beharren hazkundera.

Baieztapen hau alde batera utzita –adostasun maila ez oso handia izan duena–, finantzazioaren inguruan jasotako erantzun gehienek egoera ez dela egokia adierazten dute, ez baliabide ekonomiko falta dagoelako, baizik eta baliabideen finantzazio bateratua adostu behar delako etengabe eta horrek arreta soziosanitarioaren garapena geldiarazten duelako. Hori horrela, adostasun maila handiena (3,69) izan duen erantzuna ekimen guztien berriazko finantzazio banan-banan negoziatzer behartuta dagoen sistema ahula dela adierazten duena izan da. Negoziaziotan eragile ugari parte hartzea eta negoziazioen arteko alde geografikoa eta denborazkoa handia izateak zatiketa handia eragiten du eta lurralde batean edo une jakin batean posible zena beste lurralde batean edo une batean posible ez izatea eragiten du.

Balorazio nahiko handia izan dute baita ere, indarrean dagoen finantzazio ereduaren emaitzarekiko kritikoak diren beste bi baieztapenek (3,4 eta 3,3). Lehenengoak finantzazio akordioetara iristeko dauden zailtasunak eremu soziosanitarioa garatzeko oztopo nagusizat jotzen ditu, bigarrenak, berriz, zenbait baliabideren finantzazio iturrien inguruan dagoen nahasmendua aipatzen du –gizarte zerbitzuen alorretik finantzatzutako osasun zerbitzuak daude eta osasun zerbitzuen alorretik finantzatzutako gizarte zerbitzuak; koordinaziorik gabe bi alorretatik dirua jasotzen duten erakundeak daude– eta baliabideak egokitzeko eragin negatiboa duela adierazten du. Hala ere, finantzazio sistemen inguruan aurkeztutako ideiek, oro har, puntuazio urria jaso dutela nabarmendu beharra dago.

Babes txikiagoa izan dute finantzazioaren arloan egoera hobetzeko egindako proposamen urriek: azterketan parte hartu duten pertsonen % 70k enpresa pribatuen parte-hartzea baztertzeko eta zentralizatutako funts edo kutxa bakarra sortzeko ideiak %22aren babesa jaso du soilik. Amaitzeko, gizarte zerbitzuen finantzazio sistema egun osasun sisteman dagoen finantzazio sistemara hurbiltzeko ideiak ez du babes handirik jaso

(3,1). Batez besteko babesari erreparatu orde, adostasun eta ezadostasun portzentajeei erreparatzen bazaie, nolabaiteko polarizazioa dagoela antzeman daiteke: % 41 alde eta % 32 aurka.

<b>10. Finantzazio publikoan oinarritutako baliabide soziosanitarioen finantzazio ereduari buruzko iritziak</b>	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<p><b>10.2.</b> “Eremu soziosanitarioak oinarri duen finantzazio sistemak berak ez du jarraitutasuna bermatzen bi erakunden (Osasun Saila eta Foru Aldundia) arteko hitzarmen zehatzen mende baitago. Finantzazio eredu ahula da proiektu edo zerbitzu jakinak babesten dituelako”.</p>	3,69	58,06	3,23
<p><b>10.1.</b> “Eremu soziosanitarioaren garapena bideratu duen arrazoi nagusietako bat gastua berronkatzeko beharra eta baliabide jakinen finantzazio bateratua hitzartzeko beharra izan da. Behar hori baliabideak erabiltzaileen beharretara egokitzeko beharra baino garrantzitsuagoa izan da eta izenpetutako hitzarmenetan islatu da eta energia gehiegi xahutu du; negozioazio ekonomikoak arreta faktoreak baino garrantzi handiagoa izan du”.</p>	3,56	51,61	19,35
<p><b>10.3.</b> “Finantzazioaren arloko arazo jakinen inguruko adostasun faltari zor zaio funtsean eremu soziosanitarioaren garapenean izandako aurrerapen motela. Arlo honetan adostasunetara iristeko zailtasun nagusia erakunde bakoitzak bere erantzukizunak ez direla edo besteen erantzukizunak direla uste duen karga ekonomikoak bere erantzukizuntzat edo behintzat erantzukizun partekatutzat onartzeko zailtasuna da”.</p>	3,46	41,94	6,45
<p><b>10.4.</b> “Baliabide soziosanitarioen finantzazioa ez da nahikoa eta nahasia da: ez da argi eta garbi zehatzen zein zerbitzu finantzatu behar dituen Osasun Sailak, zeintzuk Foru Aldundiek eta zeintzuk izan beharko luketen finantzazio bateratua. Egun badira funtsean gizarte zerbitzuak diren zerbitzuak eta Osasun Sailak finantzatzen dituenak eta nagusiki osasun arlokoak diren zerbitzuak eta Foru Aldundiek Finantzatzen dituztenak. Finantzazioaren jatorriak zerbitzua ematen duen profesional mota zehatzen du eta baita zerbitzua bera ere, hortaz, egitekoen nahasketa gertatzen da eta arretaren kalitatea murriztu egiten da”.</p>	3,30	48,39	25,81
<p><b>10.5.</b> “Arreta soziosanitarioaren finantzazioari buruz hitz egitea hutsari buruz hitz egitea da, izan ere, bi finantzazio zerbitzu daude, gizarte zerbitzuena eta osasun zerbitzuena eta gero eta antzekotasun handia izan beharko lukete”.</p>	3,19	41,94	32,26
<p><b>10.6.</b> “Finantzazio egokia, nahikoa eta orekatua bermatzeko modu bakarra gizarte arretarako, arreta soziosanitariorako eta osasun arretarako “finantzazio poltsa” bakarra edo “kutxa bakarra” ezartzea litzateke. Aurrekontu partida orokorrak, zentralizatuak, egin beharko lirateke eta ondoren hiru lurraldeetan kudeatu”.</p>	2,30	22,58	54,84
<p><b>10.7.</b> “Finantzazio arloan aurrerapauso berriak emateko enpresa pribatuen parte-hartzea sustatu liteke”.</p>	1,69	6,45	70,97

Bestalde, lehenengo galdetegiak irakurrita, esan daiteke, galdetegiari erantzundako pertsona gehienak ez daudela ados arreta soziosanitarioa behar duten eta jasotzen ez duten pertsona gehienek baliabide ekonomikorik ez dutelako arreta jasotzen ez dutela adierazten duen baieztapenarekin. Emandako iritziak bat zetozen arlo honetan arretarik jasotzen ez duten kasuak ordaintzeko gaitasun ezari zor ez zaizkiola adieraztean baizik eta baliabide faltari edo sektorearen garapen desegituratuari. Are gehiago, tesi hauek adierazten dituzten bi adierazpenek, bakoitza bere ñabardurakekin, adostasun maila handi samarra izan dute (3,9 eta 3,5 urrenez urren).

Hala ere, ez dirudi galdetegiari erantzun zioten pertsonak, oro har, guztiz onartzen dutenik sistemak ez dituela baliabide ekonomikoak ez dituzten pertsonak bazterten: galdetegiari erantzun zioten pertsonak, oro har, “zertxobait ados” daude ideia honekin eta heren bat baino zertxobait gutxiago “nahiko ados” dago ideia honekin. Adostasun maila txikiagoa izan du, azkenik, zerbitzuak jasotzeko erroldatzeko arazoak gaitasun ekonomikoa baino arazo handiagoa dela adierazten duen baieztapenak.

<b>11. Ba al dira EAEn baliabide ekonomikorik ez dutelako arreta soziosanitariorik jasotzen ez duten pertsonak edo taldeak?</b>	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<b>11.4.</b> “Familiek baliabide ekonomikorik ez izatea ez da orain eta hemen arrazoi nagusia eta kasu askotan arrazoi nahikoa garrantzitsua. Ezin diogu arreta falta pertsonen egoera ekonomikoari leporatu. Eremu soziosanitarioko arreta falta, gertatzen denean (eta gertatzen da), gizarte zerbitzuetao arreta faltaren arrazoi berberengatik gertatzen da: alor honen garapen amaitu gabearen eta beharbada desegituratuaren ondorioz”.	3,90	61,29	3,23
<b>11.1.</b> “Ez dut uste baliabide ekonomikorik ez izateagatik arreta soziosanitariorik jasotzen ez duen pertsonarik dagoenik. Baina zenbait baliabide soziosanitariorik ez izateak edo izanda beteta egoteak kalte egiten dio bereziki zentro edo profesional pribatu bat ordaindu ezin duen pertsonari”.	3,54	58,06	22,58
<b>11.3.</b> “Sistemak inolako arazorik gabe artatzen ditu baliabide ekonomikorik ez duten pertsonak”.	3,07	32,26	29,03
<b>11.2.</b> “Badira osasun arretarik jasotzen ez duten pertsonak (are gutxiago arreta soziosanitarioa): arrazoi ordea, ez da baliabide ekonomikorik ez dutela, baizik eta beren egoera administratiboa erregulatzeko zailtasunak (erroldatzeko arazoak, nagusiki)”.	2,86	35,48	41,94

Arreta soziosanitarioaren ordainketa partekatuari buruzko baieztapenek ere ez dute adostasun maila handirik izan (adostasun maila handiena izan duena ez da 4ra iristen); hala ere, egun indarrean dagoen eta erabiltzaileak jasotzen dituen zerbitzu soziosanitarioetan parte hartzera behartzen duen ereduaren aldeko jarrera nagusitzen dela ikus daiteke. Horren adibide da ordainketa partekatua kritikatzeko duten hiru iritziek –arrazoi bana ematen dute– 3 baino puntuazio txikiagoa eta % 33a baino adostasun portzentaje txikiagoa izan dutela. Are gehiago, adostasun maila handiena (3,6) izan duen erantzunak erabiltzaileak jasotako zerbitzu soziosanitarioen ordainketa parte hartzea defendatzen

du eta gainera EAEko eredu soziosanitarioko ordainketa partekatuak bidezko jarduna eta finantzazio jasangarria ahalbidetzen duela adierazten du.

<b>12. Arreta soziosanitariao batera ordaintzearen inguruko hausnarketak</b>	<b>Adostasun maila. (0tik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
<b>12.1.</b> “Prestazio soziosanitarioak batera ordaintzearen aldeko aukera –sanitarioak bakarrik diren prestazioen doakotasuna ez bezala– egokia eta zuzena da bideragarritasun ekonomikoari eta zuzentasun eta justiziarri dagokionez. Plan Estrategikoaren <sup>29</sup> 3.3.3 atalean horretarako aipatzen diren irizpideak aplikatzeak gizarteari dagokionez jarduera justua eta finantzei dagokienez jarduera iraunkorra burutzeko aukera ematen du ”.	3,61	61,29	22,58
<b>12.2.</b> “Batera ordaintzearen aldekoa naiz, baina zentro soziosanitarioetan erabiltzaileak ostalaritzako zerbitzuak (ostatu hartzea, mantenua, eta) baino ez lituzke ordaindu beharko, ez ordea osasun arlokoak diren zerbitzuak”.	3,31	45,16	32,26
<b>12.3.</b> “Ez naiz batera ordaintzearen aldekoa; edonola ere, aztertuz gero, banaka ezarri behar da, baterako ordainketa horren zenbatekoa gaixoaren eta ez famili unitate multzoaren diru-sarrera edo errentaren araberkoa izanik”.	2,78	29,03	35,48
<b>12.4.</b> “Nire ustez baterako ordainketa hezkuntzako neurri ona da, baldin eta horregatik erabiltzaileen eskubideak urratzen ez badira, hartzeko eskubidea duten prestazioak kenduz zerbitzu bat hartzen ari direnean”.	3,44	48,39	19,35
<b>12.5.</b> “Batera ordaintzearen bidezko finantzatzeko sistemak ez du sistemaz gertatzen osoko neurri berean tartean sartzen, mendetasun egoera bizi duena pertsona diskriminatuz eta duen ezberdintasunaz erantzule eginez. Horrela, hezkuntza edo osasun sistemara sartu ahal izatea bezain oinarritzkoa ez den eskubidea finkatzen da”.	2,76	32,26	48,39
<b>12.6.</b> “Arreta soziosanitariao eskusiboki Administrazioek finantzatu behar lukete, Ongizatearen Estatua zehazten duten beste baliabide batzuk bezala, gastua mugatzeko mekanismo bat jarrita”.	2,64	25,81	51,61

### Iritzi batzuk

- “Zergatik da egokia eta zuzena, bidezkoa eta justua batera ordaintzea prestazio sozial eta soziosanitarioetarako eta ez sanitarioetarako?”
- “Erabiltzailearen finantziarioa hainbat arrazoiengatik da beharrezkoa: ekonomikoak, diru-bilketagatik; elkartasun arazoak, gehiago duena gehiago finantzatzegatik; zerbitzuaren disuasio erabileragatik; erabiltzaileak jasotzen duen zerbitzua gehiago baloratzen duelako...”.
- “Baterako ordainketa edozein zerbitzutan da diskriminatzailea. Baina, beste alde batetik, beharrezkoa da doako prestazioek berekin duten arrisku morala arintzeko eta sistemaren iraunkortasuna mantentzeko. Dilema horren gakoa kautelazko zenbait neurri ezartzea da, justizia sozialaren oinarriak ahal den heinean errespetatzen dituztenak, besteak beste Plan Estrategikoan aipatzen direnak”.

<sup>29</sup> Besteak beste, banan banakoen ekarpenen eta hartutako zerbitzuaren eta erabiltzailearen baliabideen arteko lotura zuzena; banan banakoen ekarpena erabiltzailearen errenten zenbatekoa baino txikiagoa beti, eskura izateko ezinbesteko gutxienezkoa bermatuz; baliabide ekonomikoak ez izateagatik zerbitzuaren prestaziotik ez baztertzea; emandako zerbitzuaren kalitatea ez zehaztea zerbitzu horren kostuan erabiltzaileen partaidetzaren arabera; ondare nahikoa izan eta ezarritako prezio publiko guttia betetzen ez dutenei betebeharrak ekonomikoak ezartzea, etab.).



### 3.2.9 **Erakundeek eta gizarte agenteek espazio soziosanitarioaren garapenaren aurrean duten jarrera**

Lehenengo itzuliko galdera sortetan ez zen berariaz galdetu erakundeek eta bestelako agente sozialen espazio soziosanitarioaren garapenaren aurrean duten jarrerari buruz. Jasotako erantzunetan, hala ere, hainbat balorazio adierazi ziren horren inguruan –horrietako batzuk oso kritikoak– eta panelista taldearen iritzia izateko interesa izan zuen. Jasotako hainbat balorazio Eudelen eta toki erakundeek jarrera aipatzen dute; Osasun Sailaren jarrera –hainbat ikuspegitatik interpretatuta– edo Eusko Jaurlaritzaren barruan jarduteko ildo homogeneorik eza ere aipatzen dute.

<b>13. Erakundeek eta gizarte agenteek eremu soziosanitarioaren garapenaren aurrean duten jarrera</b>	<b>Adostasun maila (0tik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
<p><b>13.6.</b> “Espazio soziosanitarioan Eudel ez da ia agertzen. Euskal udalerrien elkarteak ingurune horretan desagertu egiten da. Salbuespenak izan ezik, zerbitzu soziosanitarioak ez daude Udalen lehentasunen artean”.</p>	4,04	64,52	6,45
<p><b>13.2.</b> “Arreta soziosanitarioaren oinarriko gaia Osasun Sailak gai horretan duen inplikazioa da. Osasun Saila ez bada sistema soziosanitarioaren parte, ez da benetakoa eta eraginkorra den eremu soziosanitarioari egongo; sail hori sistema soziosanitarioaren parte izateak ezarpenean inplikazio formala eta benetakoa izatea dakar, epe luzeko aurrekontuko konpromiso argiekin. Egun, Osasun Saila oso uzkur da errealeko baliabide berriak garatzeko edo jadanik daudenak batera finantzatzeko, dituen erantzukizunekin bat etorri, izan ere, ez du sinesten eremu soziosanitarioan duen ezinbesteko zeregin instituzionalean eta ez du zeregin hori bere gain hartzen. Egia esan, adituek eta beste gizarte erakundeek adierazten dutenaren arabera, Osasun Sailak ez du arlo soziosanitarioan sinesten eta eremu soziosanitarioan duen zeregin nabaria bere gain hartzea ere ez du onartzen, hori finantzatzeko eta eremu soziosanitarioari eman behar dizkion beharrezko baliabide sanitarioak abian jartzeko kide gisa”.</p>	3,64	54,84	19,35
<p><b>13.3.</b> “Sistema bien artean aurrez aurre dauden interesak daude: Osasun Sailak ez du konpromisorik hartzeko eta aurrera egiteko asmorik, helburu argiak dituelako xede terapeutiko gabeko kasuak kanpora ateratzeko. Aldundiak ordea, ez du argi zer nahi duen epe ertainera, baina badaki aurrera egin nahi duena. Osasun Sailak, gainera, duen esku hartzeko eremuarekin alderatuta kontzeptualizazio oso murriztailea hartzen du abiapuntu gisa; Aldundiek, aldiz, beste sistemek (kasu honetan, Osasun Saila) kanpoan uzten zuten guztia hartu izan dute beregain ohituraz, eta praktikan, baliabide ia sanitarioen sare paraleloa sortu dute”.</p>	3,63	64,52	19,35
<p><b>13.4.</b> “Osasun sistema publikoa krisi sistematikoan dago sartuta eta, lehenago edo beranduago, paradigma aldaketa bati aurre egin beharko dio (bere finantziarioekin duen zerikusiarri dagokionez baita ere). Aurre giten ez dion bitartean sasi-irtenbideak probatzen ari da, soziosanitario gisa izendatu daitezkeen guztia, ahal den neurrian, gizarte zerbitzuen sistemara eramaten ahaleginduz adibidez”.</p>	3,42	35,48	16,13

13. Erakundeek eta gizarte agenteek eremu soziosanitarioaren garapenaren aurrean duten jarrera	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<p><b>13.1.</b> “Espazio soziosanitarioaren garapen eskasaren arrazoi-etako bat Eusko Jaurlaritzak jarduteko ildo zehatza bultzatzen jakin ez izana da, arlo horretan erantzukizuna duten bi sailen arteko banaketa edo gatazkagatik eta Eusko Jaurlaritzaren barruan Sail horiek baino goragoko epaitegiek jarraibide argiak eman ez dituztelako. Horregatik, komenigarria da Osasun Saileko eta Gizarte Ongizateko arloak sail bakar batean bateratzea eremu soziosanitarioaren garapena errazteko”.</p>	2,70	22,58	41,94
<p><b>13.5.</b> “Osasun Sailaren egungo egoerak egiturari dagokionez sanitarioak ez, baizik eta funtsean sozialak diren programak finantzatzeko neurriak gordetzeko orduan zentzuzkoa izatea eragiten dio”.</p>	2,61	19,35	38,71

Taulan ikusten den bezala, atal honetan bildutako bost balorazioetatik adostasun maila handiena lortu duena espazio soziosanitarioaren garapenaren aurrean toki erakundeekin eta horiek elkartzeko dituen erakundearen pasibotasuna adierazten duena da (*“Espazio soziosanitarioan Eudel ez da ia agertzen. Euskal udalerrien elkarteak ingurune horretan desagertu egiten da. Salbuespenak izan ezik, zerbitzu soziosanitarioak ez daude Udalen lehentasunen artean”*). Adostasun maila txikiagoa izan arren, Osasun Sailaren oztopoen edo bi sareen arteko interesen gatazkaren ondoriozko espazio soziosanitarioaren garapen eskasa aipatzen duten adierazpenek ere babes-maila altua jaso dute. Zentzu horretan, Osasun Sailaren jarrerari buruzko adierazpen kritikoez (lehen itzuliko hainbat galdera sortetan jasotakoak) ados ez egotearen maila izugarri baxua dute (% 20 baino baxuagoa); hori, aipatzeko moduko lehenengo ondorio gisa uler daiteke EAEko espazio soziosanitarioaren egoera eta horretara bideratu duten faktoreak diagnostikatzeko orduan.

Beste alde batetik, espazio soziosanitarioaren garapen eskasa Eusko Jaurlaritzak nahikoa ez sustatzeagatik eta Eusko Jaurlaritzaren barruan arlo horretan eskudunak diren bi eremu egoteagatik dela pentsatzea nagusiki baztertuta dago. Alderantziz, 13.5 adierazpenak ez du ezta ere babes esanguratsurik izan, hau da, Osasun Sailak osasun arlokoak erabat ez diren eskumen jakinak, zentzuzko arrazoiengatik, bere gain hartzeari uko egin ahal izanak.

#### Iritzi batzuk

- “*Jakina da Osasun Sailak askoz gehiago parte har zezakeela! Baina kontrako alderdiari ere gauza bera egotzi zekiokkeen. Uste dut ez dela taktika ona (benetan aurrera egin nahi baldin bada behintzat) iskanbilan aritzea; alderantziz, aurrerapenak elkarguneak bilatuz eta negoziatuz lortzen dira”.*
- “*13.1 erantzunari dagokionez, lehenengo zatia erekin ados nago, baina bigarrenarekin ez. Une honetan Osasun Sailak Gizarte Ongizaterako Saila bereganatuko luke. Sistema garatuta, onartuta eta aukerak berdintasunean oinarrituta daudenean batu daitezke”.*
- “*13.5 erantzunari dagokionez, ez da zentzuz jotatzeagatik, baizik eta gaia formalki eta benetan hartzeko gogo ezagatik”.*
- “*13.6 erantzunari dagokionez, logikoa da Udalek zerbitzu soziosanitarioak lehentasun gisa ez hartzea, izan ere, ez dute horretarako eskumenik, Foru Aldundiak dira eskudunak”.*
- “*Eudel gutxi inplikatu da herritarrentzako garrantzitsua den gaian. Espazio honi bultzada edo balioa eman diezaieketen beren iritzia edo irizpideak falta dira”.*

### 3.2.10. *Baliabide sarearen gaineko balorazioa*

Laguntza Soziosanitarioa garatzeko Plan Estrategikoak dituen oinarritzko printzipio gisa zerbitzu soziosanitarioen sare paraleloa sortzeko oztopoa ezartzen du eta baliabide sozial zein sanitarioetan berriaz zerbitzu soziosanitarioak prestatzearen alde egiten du. Ideia berdin horrek –zerbitzu mota berriak asmatzeko baino, gizarte zerbitzuei osasun zerbitzuak eta osasun zerbitzuei gizarte zerbitzuak gehituz daudenak hobetzeko pentsatutakoa- ezarritako baliabide sarearen inguruko balorazioak aztertzen direnean babes maila handiena jasotzen duena da (inkestatutako pertsonen % 80 tesi horren aldekoa da). Hala ere, babes maila altua jaso du baita ere, baliabideak baino gehiago, lehenasuna duena, eskatzen den arreta soziosanitarioaren ereduari eta hori lortzeko formulei buruz hausnarketa estrategikoa burutzeak izatea.

Gehien baloratu den hirugarren aukera, baliabideak (berriz) zehazteko orduan, mentalitate aldaketaren alde egiten duena da –batez ere, osasunaren arloan esku hartzen duten profesionalen eskutik– pertsona jakinek izan ditzaketen baldintzatzaile sozialak (bizilekua ez izatetik laguntzeko familia sarea izan ez edo arreta eskaera egiteko edo tratamendua mantentzeko zailtasuna izateraino) kontuan izateko, esku-hartze sanitarioari dagokionez. Alderantziz, 3 puntu baino gutxiagoko babesa jaso du baliabide sozial gehienak erabiltzaileen ezaugarriengatik baliabide soziosanitarioak izatearen ideiak; horrek, edozein garapen baino lehenagoko urrats bezala zerbitzuen eskaintza argitzeko beharra planteatzen du eta berriaz soziosanitarioak diren zentroak ez sortzearen eta, momentuz Bizkaian eta Gipuzkoan, soziosanitarioak izango diren unitateak (nahiz eta formalki kasuan kasuko Foru Aldundien mendekoak izan) sortzearen arteko kontraesana du.

14. Baliabide sarearen gaineko balorazio orokorrak	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<p><b>14.2.</b> “Gakoa ez da zerbitzu mota berriak asmatzea edo daudenak sendotu, zabaldu, hornitu eta hobetzea. Baizik eta osasun arloko prestazio eta jarduera gehiago izan beharko litzuketen zerbitzu sozialak (egoitza-zerbitzuak, ambulatorioak...) daudela ulertzea eta, era berean, gizarte zerbitzukoak diren prestazio eta jarduera gehiago izan behar litzuketen osasun zerbitzuak (ospitaleetako zerbitzuak, etxetz exekoak...) daudela ulertzea”.</p>	4,10	80,65	6,45
<p><b>14.4.</b> “Baliabideak (behar direnak) baino gehiago, lehenasuna duena benetako hausnarketa estrategikoa egitea da behar eta eskatzen denari buruz eta nahi dugun ereduaren eta eraikitzeke moduaren inguruan”.</p>	3,90	67,74	16,13
<p><b>14.9.</b> “Baliabideak sortzea baino gehiago, espazio soziosanitarioak osasun arloko profesional eta erakunde jakinek mentalitatea aldatzea eskatzen du; profesional eta erakunde horiek uzkur dira tratamendua zailago egin edo eragotzi dezaketen gizarte faktore erabakigarriak kontuan hartzeko. Hori nabaria da gizarte bazterkeriaren edo buruko gaixotasunen arloan, pazienteak ez direnean konturatzen duten gaixotasunaz edo ez direnean gai laguntza era espontaneoan (eskari esplizitua) eskatzeko. Hori hala denean, osasun sarea proaktiboagoa izan beharko litzateke eta, gizarte sareak gero eta gehiago egiten duen bezala, “kalera atera” pazienteak bilatu eta arreta emateko”.</p>	3,72	61,29	16,13

14. Baliabide sarearen gaineko balorazio orokorrak	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
14.8. "Kasu askotan, gizarte baliabide egokiak ez egoteak tratamendu amaitu ondoren osasun arloko gailuak izatea eragozten du".	3,66	58,06	12,90
14.1. "Ez dira proposatu behar berariaz soziosanitarioak diren baliabideak, hirugarren sare gisa, eremu sozial eta eremu sanitarioaren artekoa bezala. Gailu soziosanitarioak izatera soziala duten gailuak dira eta horietan arreta eman zaien pertsonen beharrezanetara egokitutako baliabide sanitarioak sartzen dira".	3,60	61,29	19,35
14.5. "Erakundeek dituzten baliabideak argitzea edo inbentariatzea da lehenengo beharrezana. Inbentario horrek baliabideak bideratzeko eta bete gabeko premiak planifikatzeko aukera emango digu, zerbitzu zorroa oinarri hartuta".	3,38	48,39	22,58
14.6. "Egia esan, egun gizarte zerbitzuen zorroaren parte diren baliabide gehienak baliabide soziosanitarioak izan beharko lirateke, laguntzen dituzten herritarren ezaugarriak kontuan hartuta, eta horren arabera jardun behar lukete".	2,97	35,48	35,48
14.7. "Talde askorentzat, arazo nagusia talde horien gaixotasun kronikoetara egokitutako osasun baliabiderik ez izatea da, izan ere, gizarte zerbitzuek beren premiak asetzen dituzte, hasiberri moduan izan eta aski izan ez arren".	2,97	35,48	29,03
14.3. "Kontraesana dago baliabide soziosanitario berriak sortzeko proposamenaren eta onetsitako eredu soziosanitarioaren printzipioen artean; azken horrek sare ezberdin bi mantentzearen alde egiten du, bakoitzak bere baliabideak izanik eta hirugarren sarea ezarri gabe".	2,93	35,48	32,26

Hainbat baliabideren egokitasunari dagokionez, Delphi Azterlanaren bigarren itzulian parte hartu zuten adituei baliabide eta programa multzoa proposatu zitzaie, horien artean lau aukeratzeko, beren iritziz garapen maila handiagoa behar zutenak. Ondorengo taulan ikusten den moduan, kasu batzuetan proposatutako baliabidea adierazten denean arrazoiak justifikazioa izaten du atxikita, eta beste batzuetan proposatutako zentroa edo programa baino ez da aipatzen. Bestalde, aipatu programen espizifikotasunari dagozkion ezberdintasunak nabariak dira, orokorrenetatik zehatzenetara direnak, eta baita proposatutako baliabideen garapenen onurak hartzen dituzten taldeen espezifikotasunari dagozkion ezberdintasunak ere.

Zerrenda, lehenetsunak zehazten sartu gabe, interes handikoa da aipatzeko modukoa den garatzeko premia duten baliabideak adierazten dituelako. Egindako proposamenen artean egoitzako arretarekin zehazki lotutakoak nabarmentzen dira, ia proposatutako erdiak ordezkatzeko dituztenak. Aldiz, bistakoa da eguneko arretari, okupazioari eta lanari lotutako baliabideekin erlazionaturiko proposamenik ez dagoela ia; Gipuzkoako Lurralde Historikoan batez ere, espazio soziosanitarioaren garapenaren zati esanguratsua osatzen dituzten baliabideak dira. Baliabide horiek proposamen gisa ez agertzea, edonola ere, baliabide horien garapena beharrezkoa ez dela edo maila nahikoa lortu duela uste delako izan daiteke.

15. Zein baliabide eta programak behar dute garapen maila handiagoa?	Lehentasun maila*
15.1. "Buruko gaixotasunak dituztenentzako egoitza baliabideak (pisuak eta egoitza txikiak). Psikiatriaren desinstituzionalizazioak ez du aurrera egin pertsona horientzat ez daudelako elkarbizitzeko baliabideak".	23
15.15. "Etxez etxeko laguntza zerbitzua eta etxeko erizaintza edo ospitaleratzea hobeto koordinatzeko programak. Etxez etxeko esku-hartze soziosanitarioaren programak, gizarte eta osasun zainketak dituztenak".	19
15.3. "Arreta goiztiarra erronka bat da oraindik, batez ere buru nahasteen kasuan umeen eta gazteen garaian, espazio soziosanitarioaren garapena ia deuseza denean (ekimen batzuen garapena gorabehera). Programa terapeutiko eta hezkuntzakoak gehiago garatu behar lirateke jokabide nahasteak dituzten adingabeentzat".	17
15.2. "Donostian eta Bizkaian unitate soziosanitarioak sortzea arlo honetako aurrerapen nagusietako bat da. Zentroaren eredia balioduna da eta erabiltzaileak gogobetetzen ditu. Arabara ere zabaldu eta hiriburuetatik urrunen dauden tokietan eskualdeko unitateak sortu behar lirateke".	14
15.4. "Ospitaleko alta behar diren bermeekin gauzatzeko aukera ematen duten koordinazio mekanismo eta baliabide guztiak".	13
15.16. "Esku-hartzea ingurune irekian sendotu behar litzateke, orain gizarte arloko kaleko hezitzaileen bidez edo psikiatria arloko profesionalen bidez esku hartzen dena; azken horiek buru gaixotasuna izan, gizarte bazterkeriaren muturreko egoeran daudenei eta buru osasuneko zentrora joaten ez direnei (etxetik gabe dauden pertsonak, tratamendua onartzen ez duten toxikomanoak, etab.) arreta emateko gai dira".	10
15.5. "Prozesu patologikoa egonkortzeko eta errehabilitatzeko egonaldi luze eta laburreko ospitaleratze baliabideak, egun ematen diren ospitaleko alta goiztiarrak saihesteko".	9
15.6. "Gizartean baztertuta daudenentzako (kontsumitzaile aktiboak, erroldan agertzen direnak edo ez direnak) suspertzeko lekuak, ospitaleko alta ematen dienean medikuek agindutako zainketekin jarraitzeko lekurik ez dutenean".	7
15.9. "Gaixo terminalentzako egoitza unitateak, fase terminalean dauden HIESa duten pertsonen arreta berezia emanez".	6
15.11. "Ospitaleko ingurunean, familiarik edo ospitalean dauden garaian laguntza ematen dieten sarerik ez duten ospitaleratutako pertsonen premietara egokitzea".	6
15.13. "Hartutako kalte zerebralaren birgaitze luzeagorako baliabideak".	5
15.8. "Eremu soziosanitarioak senideei eta pertsona zaintzaileei ematen zaien laguntza indartzea".	4
15.12. "Adineko pertsonentzako bestelako baliabide espezifikoak (memoria eta Alzheimer unitateak, orientazio geriatrikorako zerbitzuak, adinekoentzako gaueko zentroak, egonaldi laburreko egoitza unitateak)".	3

15. Zein baliabide eta programak behar dute garapen maila handiagoa?	Lehentasun maila*
15.14. "Toxikomano aktiboentzako baliabideak (eskakizun maila baxuko eta kontsumo seguruko zentroak)".	3
15.7. "Agiririk gabeko etorkinei arreta emateko osasun zerbitzuak gehitzea, larrialdi zerbitzuetara joan behar ez daitezen".	2
15.10. "Alkohola eta drogak kontsumitzen dituzten eta toxikomania koadroa sortu ez duten nerabeen familiei laguntzeko programak".	2

\*Aipamen kopurua

Bildutako proposamenen artean lauk aipamenen erdiak jaso dituzte eta ikuspegi horretatik, galdetutako adituen aburuz, lehentasun gehiagorik garatu beharreko baliabidetzat hartu beharreko proposamentzat jo daitezke: buru gaixotasunak dituzten pertsonentzat egoitza baliabideak, etxeko esku-hartze soziosanitarioko programak, programa terapeutikoak eta hezkuntzakoak jokabide nahasteak dituzten adinekoentzat eta unitate espezifikoaren garapen handiagoa premia soziosanitarioak dituzten adineko pertsonentzat, Bizkaian eta Gipuzkoan jada hasitako eredu jarraituz.

Kapitulu honetako lehenengo zatian agertzen diren tauletatik ondorioztatzen denaren arabera, babes gehiena duten proposamen bakoitzaren egoera gaur egun oso ezberdina da: Lurralde Historiko batzuetan buru gaixotasunak dituzten pertsonentzako egoitza baliabideek nolabaiteko garapena izan dute; emandako iritzien arabera ordea ez dira nahikoak arlo honetako eskariei erantzuteko. Gehien onartu diren proposamenen artean bigarrenak garapen eskasa, edo hobeto esanda deuseza du ezaugarri: esparru komunitarioko koordinazio soziosanitarioak eta, zehazki, etxekoak, ekimen gutxi izan ditu, nahiz eta esku-hartze sozialaren esparruan etxeko laguntza zerbitzuaren eta ospitalizazio programen eta etxeko arreta medikoaren garapen zabala izan; bi programa mota horiek, adituen iritziz, neurri handiagoan koordinatu behar lirateke, etxeko esku-hartze soziosanitarioaren programak ere sortuz. Gehien onartzen diren neurrien artean ere ume eta gazteentzako eta jokabide nahasteak dituzten adingabeentzako baliabide gehiago sortzeko proposamena ere badago: egia esan, arlo honetako baliabideak urriak dira eta, dauden baliabide batzutan gizarte zerbitzuen parte-hartze finantzarioa deuseza da. Lehentasuna duten lau proposamenen artean azkenak –adineko pertsonentzako unitate soziosanitarioak zabaltzea– orokorrean zentro horiek (gaur egun, baliabide mailan, EAEko espazio soziosanitarioa argien gauzatu dutenak izan dira) izan duten onarpenera adierazten du.

Beraz, garatzen diren hainbat ekimenetan aurrera egitea –unitate soziosanitarioak eta buruko gaixotasunak dituzten pertsonen ematen zaien egoitzako erantzuna- eta nekez garatu diren ekimenetan hutsak zuzentzea –etxeko esku-hartzea eta alternatiba terapeutikoak eta hezkuntzakoak jokabide nahasteak dituzten adingabeentzat– baliabide mailan txosten hau egiteko galdetu diren aditu taldeak erabaki dituen garapen ildoak dira.

Programa eta baliabide soziosanitarioei eskainitako kapitulua amaitu aurretik, jardunbide oneko esperientzien inbentario laburra idatzi daiteke, aditu talde horren aburuz une honetan gure herrian garatzen ari diren esperientzien inbentarioa. Lehenengo galdera sortan, galdetutakoei jardunbide oneko esperientziak edo ekimenak aipatzeko eskatu zitzairen, beren iritziz EAEko arreta soziosanitarioaren esparruan garatzen direnak. Jardunbide onaren kontzeptua eta proposatutako ekimenen edukia jendaurrean bozkatzeko zailtasuna kontuan hartuta, ez zen egokitzat jo bigarren galdera sortan jardunbide onarekin lotutako inolako baloraziorik gehitzerik. Hala ere, komenigarria dirudi txosten honetan galdera sortetan adierazitako programa, erakunde eta ekimenen zerrenda agertzea, arlo honetan etorkizun handiena izan dezaketek ekimenak zein diren aipatzeko luketelako.

Zerrendan ikus daitekeen bezala, jardunbide onen katalogo partikularra agertu dutenen ikuspegi aniztasuna agerikoa da. Kasu batzuetan proiektu zehatzak eta beste batzuetan espazio soziosanitarioaren garapen orokorraren esparruan jasotako antolaketa neurri generikoak aipatzen dira, positiboak izan arren, arreta soziosanitarioarekin lotura handirik ez duten ekimenen aipamenak ahaztu gabe. Egiten diren ekimenen batzuek, gainera, hautaketaren arrazoia zehazten dute eta arreta soziosanitarioaren garapenaren testuinguruan sartzen dira. Hitzez hitz daude jasota eta alfabetikoki ordenen jarrita aipamen berezia izan zuten ekimenak; honakoak dira:

- *“Gurutzetako Ospitaleko Haurren Onkologia Sailaren eta Aspanovas elkartearen arteko lankidetzaz”.*
- *“Justizia, Lan eta Gizarte Segurantzaz Sailak egindako diagnostiko sozialerako tresnaren garapena, kasuen kudeaketa eta pertsonen ibilbideak zeharka eta osorik aztertzea errazten duena”.*
- *“Matia Fundazioaren jardura multzoa, bi administrazioekin eta bi sistemen artean hitzartutako baliabideen jarraitutasunagatik (geriatria, kardiologia eta neurologiako kanpo kontsultak, birgaitze ambulatorioa, Orientazio Zerbitzu Gerontologikoa, memoria eta Alzheimer unitatea, eguneko zentroak, zentro gerontologikoak, egonaldi ertaineko eta luzeko ospitalea, zainketa aringarrien unitatea). Arlo soziosanitarioaren paradigma dela uste dut”.*
- *“Aita Menniren kalte zerebrala duten pertsonentzako esku hartzea”.*
- *“Etxez etxeko arreta soziosanitarioa eta lankidetzaz protokoloa; Donostiako Udalararen eta Osakidetzaren Lehen Mailako Arretako ekialdelko eskualdearen artean zehazteko dagoena”.*
- *“Osasun Sailaren eta Hezkuntza Sailaren arteko lankidetzaz arazo psikiatrikoak dituzten haur eta nerabeentzako arretan eta hezkuntza mailan, lortutakoagatik (asko izan ez arren), zailtasun garratzitsuak gainditu behar izan dituelako”.*
- *“Egin daitezkeen jardunbide onek pertsona eta asmo zehatzekin zerikusi handiagoa dute koordinazio espezifikoa duten eredu edo sistemekin baino”.*
- *“Lurralde Kontseiluen esparruan ezarritako orientazio eta balorazio batzordeak”.*
- *“Autismoaren arloan lan egiten duten bi erakundeak (Gautena eta Apnabi), hezkuntza zerbitzuak kudeatzen dituzten gurasoen elkarteak (gelak,...), sozialak (egoitzak, etxebizitzak, eguneko zentroak,...) eta sanitarioak (diagnostikoa, tratamendu farmakologikoa, psikologikoa, arreta goiztiarra,...). Koordinazio soziosanitarioaren adibide dira profesionalen osasun eta gizarte zerbitzuak ematen dituztelako aldi berean politika bakar batean oinarrituta eta gehienezko koordinazioa eta diziplina artekotasuna duten irizpideen pean. Plan soziosanitario estrategikoaren garapenaren barruan sartzen ez den adibidea da hain zuzen ere”.*

- “Buruko gaixo larrietzako errehabilitazio psikosozialeko eguneko zentroak eta Gipuzkoan bederatzi zentrotako sarea sortzea lankidetzaren esperientzia oso ona dela uste dut”.
- “Arlo honetan egindako aurrerapen nagusiak: Osasun Sailak, Eudelek, Foru Aldundiek eta Gizarte Gaietako Sailak sinatutako 2003ko lankidetzaren hitzarmena, egoitzetan osasun arreta emateko eta unitate soziosanitarioak sortzeko sinatutako hitzarmenak eta lan taldeek egindako lana zerbitzu zorroen, informazio sistemaren, paziente psikiatrikoak kanpora ateratzearen, eta abarren inguruan”.
- “Bilboko 85 urte baino gehiagoko pertsonen egoeraren behatokia Udaleko Gizarte Ekintzako Sailak Gizarte Zerbitzu Integratuen kooperatibaren laguntzarekin gauzatutakoa”.
- “Bizitegi Elkarteen jarduketaren programa dibertsifikatua”.
- “Bizkaiko Elizbarrutiko Osasun Pastoralaren ospitaleetako boluntario programak”.
- “Erditzeetan laguntzen duten osasun langileak sentsibilizatzea Gorabide bezalako ezinduen eremuko elkarrekin eskutik, arreta goiztiarrari lotuta dagoena”.
- “Donostiako eta Bizkaiko unitate soziosanitarioak (Gurutze Gorria)”.

### 3.2.11. Talde ezberdinei emaniko arreta

Baliabide soziosanitarioen arreta har dezaketen talde ezberdinen ikuspuntutik egoera baloratzeko orduan bi egiaztapen gailentzen dira: lehenengo egiaztapena da orain arte mendeko adineko pertsonen taldearentzat egin dela lan gehien. Talde horrek orain arte egin duen lanaren garrantzia, demografiari dagokionez duen pisuagatik eta arreta horrek gizarte eta osasun arretaren sarean multzoari ematen dion interesagatik uler daiteke. Bistakoa den egintzaren egiaztapen soila albo batera utzita, baieztapen horren onarpen zabalak beste talde batzuek eskatzen dituzten zerbitzu soziosanitarioak garatzea beharrezkoa dela ere adieraz dezake, aipatu taldea aintzat hartuz. Zentzu horretan, ia beste erantzun guztiek, modu batera edo bestera, buruko gaixotasuna dutenentzako eta arreta soziosanitarioa indartzeko premia adituzera ematen dute, baita ‘inorena ez den lurretan’, eremu sozial eta sanitarioaren arteko eskumenen mugan edo arreta espezializatuaren eta lehen arretaren artean dauden pertsona guztientzako.

16. Orain arte laguntza soziosanitarioaren beharra izan ahal izan duten hainbat talderi emandako arretaren balorazioa	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
16.1. “Mendeko adineko pertsonen taldearekin egin da lan gehien, mendetasuna baloratzeko eta gizarte eta osasun zerbitzuak emateko orduan eta familia zaintzaileei laguntzeko atsedean hartzeko zerbitzuak sortzeko orduan”.	4,21	77,42	3,23
16.5. “Laguntzari loturiko arrazoiak eta arrazoi sozialak eta ekonomikoak direla eta, ospital psikiatrikoetan dauden iraupen luzeak paziente psikiatrikoen egoera bereziki delikatuak da. Premia sanitarioak behar bezala beteta dituzte, ez ordea premia soziala (gizartratzea)”.	3,90	67,74	9,68



<b>16. Orain arte laguntza soziosanitarioaren beharra izan ahal izan duten hainbat talderi emandako arretaren balorazioa</b>	<b>Adostasun maila (0tik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
<b>16.2.</b> “Gaur egun bereziki arretarik jasotzen ez duten taldeak eskumenen muga daudenak dira, arlo soziosanitarioari zein zerbitzu espezializatuena eta hurbileko zerbitzuei loturiko eskumenen muga”.	3,81	61,29	9,68
<b>16.4.</b> “Arreta soziosanitarioaren defizit handia buruko gaixotasuna duten pertsonen arretan nabari da”.	3,79	61,29	12,90
<b>16.3.</b> “Ez dut uste albo batera utzi den talderik dagoenik, nahiz eta talde batzuri arreta handirik ez zaien eman (paziente psikiatriko kronikoak adibidez)”.	3,00	35,48	32,26
<b>16.6.</b> “Etorkizunean hirugarren adineko taldeari baino ez zaio arreta emango, izan ere, hedabideetan, politikan eta gizartean eragin handiena duena da. Generikoki baztertua dauden beste taldeei ematen zaien arretari ez zaio jaramonik egingo”.	2,04	6,45	51,61

#### Iritzi batzuk

- *16.6 erantzunari dagokionez: ‘Ez litzateke horrela izan behar, eta denok egin behar genuke zerbait horrela izan ez dadin. Hirugarren adina ez da laguntza berezia behar duen talde bakarra’.*
- *16.6 erantzunari dagokionez: ‘Hori aldatzeko ezer egiten ez badugu bakarrik’.*

Galdetutako adituen iritziz, zein taldetara bideratu behar dira etorizuneko ahaleginak lehentasunez? Atxikipen handiena duen erantzunak, hain zuzen ere, arlo soziosanitarioaren ikuspegitik lehentasunez arreta eman behar ez zaion taldeari egiten dio erreferentzia: etorkinak, atzerrikoak direlako bakarrik, bertakoek ez bezalako osasun arazorik edo premia sozialik izango ez dutela uste delako. Horregatik, orokorrean etorkinei edo, bereziki, bakarrik dauden adingabeei lehentasunez artatzeko proposamenak oso adostasun maila baxua du, 3 baino gutxiagokoa. Adostasun maila nabaria du baita ere arreta handiagoa eskatzen duten taldeak izateak hainbat arazo batzen diren lekuan daudenak; askotariko arazoak pilatzen dituztenak dira, beren egoerak askotariko arloko koordinazioa premia handiagoz eskatzen duelako, eta erakunde eskudunek kasu berari buruzko eskumenak interpretatzen dituztenean sortzen den arretarik eza dakarte neurri handiagoan.

Adostasun maila bera du, beste alde batetik, adineko pertsonen (eta pertsona oso nagusien) eremu soziosanitarioaren arreta handia eskatzen jarraituko dutela dioten baieztapenak. Arreta soziosanitarioak talde espezifikoetan arreta jarri behar ez izateak –ikuspegi teorikotik ideia egokia dena–, edo ahalik eta gutxieneko neurrian jarri behar izateak, eta herritar heterogeneoenak hartzeko gai diren baliabideak premia komun araberako antolatu behar izateak jaso duen onarpena ez da oso handia (3,3 puntu, nekez ‘zertxobait ados’ baino gehiago). Ikuspegi horretatik ondorioztatu daiteke aztelanean parte hartu dutenek talde hartzaileen araberrako baliabideen egitura onartzen dutela eta ez zaiela presakoa iruditzen baliabide zabalak sortzea, premietan oinarritutakoak, ez kategorietan, eta askotariko jendeari arreta emateko gai direnak.

17. Etorkizuneko ahaleginak zein taldetara bideratu behar dira lehentasunez?	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
<p><b>17.11.</b> “Etorkinak, atzerrikoak izateagatik ez dute izango bertakoek ez bezalako osasun arazorik edo premia sozialik. Beraz, egun erabilgarri dauden baliabideak etorkinek izan ditzaketen eskariak betetzeko beharrezkoak dira. Baliabide horiek zentzuz erabiltzeko modurik onena herritar berriei anfitrioi den gizartera moldatzeko aukera emanez izango litzateke. Hala ere, etorkin gisa –inmigrazio prozesuak berekin dakarrena dela eta–, hasiera batean laguntzeko baliabide batzuk beharko dituzte, beren kultura, hizkuntza, prozesua kontuan hartzen dutenak. Ez dut uste beharrezkoa denik etorkinentzat baliabide espezifikoa sortzea; bai ordea beste herritarrak bezala baliabide soziosanitario orokorretara integartzea, gu ere bereiztasun kulturaletara egokituz, jakina”.</p>	4,00	70,97	6,45
<p><b>17.2.</b> “Kontuan izan behar da dituzten beharrei dagokienez ez direla talde baztertzailak eta taldeen premien elkargunean izaten dela hain zuzen ere defizit handiena etorkinek askotariko arazoak pilotzen dituztelako; arazo horiek ia beti izaten dute jokabide nahasteekin edo buruko gaixotasunekin loturiko osagarriren bat. Patologia duala duten pertsonak arreta ezpezifikoa behar dute eta oraindik ez zaie eman”.</p>	3,93	64,52	3,23
<p><b>17.3.</b> “Demografia kontuak direla eta, arreta handiena behar izango duen taldea mendeko adineko pertsonena da, batez ere arazo psiko-geriatrikoak dituen taldea”.</p>	3,93	64,52	0,00
<p><b>17.7.</b> “Behin eta berriz izaten diren patologiak (adimen urritasuna eta buruko gaixotasun kronikoa duten pertsonak, buruko gaixotasun kronikoa eta urritasun fisiko larriak dituzten pertsonak, etab.) eta gero eta ohikoagoak diren patologia jakinak (endekapenezko gaixotasun neurologikoak dituzten pertsonak, bat-bateko afekzio zerebralak eta baskularrak, koma begetatiboak, etab.) dituzten taldeak. Horiek gutxi izan arren, zama handia dira senideentzat”.</p>	3,90	67,74	0,00
<p><b>17.6.</b> “Beren etxeetan bizi diren mendeko adineko pertsonak”.</p>	3,89	58,06	3,23
<p><b>17.4.</b> “Oso nagusiak diren pertsonak (edo laugarren adinekoak) osatzen duten taldera arreta soziosanitarioaren ahaleginak bideratu beharko dira, arrazoi nabariak direla eta”.</p>	3,86	61,29	0,00
<p><b>17.16.</b> “Buru nahastea duten ume eta gazteak; jokabide nahasteak dituzten adingabeak”.</p>	3,79	67,74	9,68
<p><b>17.9.</b> “Buruko gaixotasun larriak dituzten pertsonen taldea handituz joango da datozen urteetan eta horrek laguntza soziosanitarioa handitzea ere ekarriko du, landa ingurunean bizi eta osasun eta gizarte aukera gutxiago dituzten pertsonen arreta berezia emanez”.</p>	3,64	58,06	6,45
<p><b>17.12.</b> “Gero eta gehiago izango dira nortasun nahastea duten pertsonak; gaixotasun hori dutenak egun ez dira buruko gaixotasun larria izan eta arlo sozial eta sanitarioaren koordinazio estua behar duten pertsona gisa hartzen”.</p>	3,59	48,39	19,35
<p><b>17.8.</b> “Fase terminalean dauden gaixoak, izan ere, beren familiek ez dakite nola artatu eta ez dute behar bezala artatzeko baliabiderik”.</p>	3,48	35,48	3,23
<p><b>17.5.</b> “Zahartzen diren buruko ezgaitasuna duten pertsonak”.</p>	3,46	48,39	6,45

<b>17. Etorbizuneko ahaleginak zein taldetara bideratu behar dira lehentasunez?</b>	<b>Adostasun maila (Otik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
<b>17.13.</b> “Gure gizartearen ezaugarriak ikusita (gero eta gehiagoko motorizazioa, arrisku kirolak, etab.), gero eta gehiago izango dira hartutako kalte zerebralaren kasuak”.	3,33	48,39	16,13
<b>17.15.</b> “Alkoholismo arazo kronikoak dituzten pertsonak”.	3,33	38,71	19,35
<b>17.1.</b> “Arreta soziosanitarioak ez luke, edo ahalik eta gutxien jarri behar luke arreta talde espezifikoeetan, eta herritar heterogeneoenak hartzeko gai diren baliabideak premia komunak arabera antolatuta behar lirateke. Horrek hainbat erakunde behartu behar lituzke eskaintzen dituzten zerbitzu batzuk berbideratzera. Beraz, sortu daitezkeen “talde” horietan arreta gehiegi jarri baino lehen orotariko edo balio anitzeko arreta edo koordinazio soziosanitarioaren diseinua argitu behar da gero esku-hartze espezializatuago edo ardaztuagoen benetako premia zein den ikusteko”.	3,32	45,16	29,03
<b>17.17.</b> “Bilakaera luzeko droga-mendetasuna duten pertsonak”.	3,31	48,39	19,35
<b>17.14.</b> “Bakarrik dauden adingabeko etorkinak”.	2,81	19,35	25,81
<b>17.10.</b> “Etorbizen taldea arreta soziosanitarioa eska dezakeena izan daiteke (egokituta ez egotearen ondoriozko arazoei loturiko baliabide ekonomikoaren arazoak, ezohizkoak edo gure ingurunean erazutako gaixotasunen hedapena, beren jatorrizko herrialdeetan ezohizkoak diren gaixotasunekin loturiko prebentziorako jarraibideak ez ezagutzea...)”.	2,66	16,13	32,26

### 3.2.12. **Araudi berriak ekarritako ikuspegiak**

Azken hilabeteetan berrikuntza garrantzitsuak izan dira gure ingurunean eta zerbitzu soziosanitarioak ematearen oinarrian dagoen esparru arautzailearen gain. Batetik, orain dela urtebete baino gutxiago Autonomia Pertsonala Sustatzeari eta Besteren Laguntza Behar duten Pertsonen Jaramon Egiteari buruzko abenduaren 14ko 39/2006 Legea onartu zen. Egun oraindik garatzeko bidean dago, baina hainbat aldaketa garrantzitsu ekarri ditu eta ekartzen jarraituko du gizarte zerbitzuen antolamenduari eta behar soziosanitario argiak dituen talde bati (mendeko pertsonak erabakitakoak) emaniko arretaren alorrera. Halaber, EAE mailan, Gizarte Zerbitzuen Lege Aurreproiektua aurkeztu da. Horren bidez, Euskal Autonomia Erkidegoan gizarte zerbitzuak arautzen dituen araudia argi eta garbi berri nahi da.

Mendetasun Lege moduan ezagutu ohi denari dagokionez, akordio ezak akordioak baino nabarmenagoak direla dirudi, eta planteatutako balorazioetako batek bakarrik sorrarazten du % 50a baino gehiagoko adostasun portzentajea: testu horrek pertsonen aldetik prestazio eskaera handiagoa sortzen lagunduko duela adierazten duena izango litzateke. Izan ere, pertsona askok ez du une honetara arte hausnartu gizarte zerbitzuetara eta/edo osasunaren eremukoetara jotzeko aukera inolako laguntzarik eskatzeko. Izan daitezkeen gainerako eraginek –derrigorrez bete beharreko sistema baten antolamendua, agente finantzatzaile berria sartzea eta sarrerako ate bakarra derrigorrez ezartzea mendeko

pertsonen kasurako– 3tik gorako babes eskuratzen dute, baina, hala eta guztiz ere, babes epeltzat hartu beharrekoa da hori. Neurri bateko babes horren aurrean, planteatutako gainerako bost proposamenek ez dute 3aren muga gainditzen. Ondorioz, esan daiteke, orokorrean, taldea horiekin ez oso ados edo kontrari egongo litzatekeela.

<b>18. Zein izango litzateke Autonomia Pertsonala Sustatzeari eta Besteren Laguntza Behar duten Pertsonen Jaramon Egiteari buruzko abenduaren 14ko 39/2006 Legearen eragina EAren eremu soziosanitarioan?</b>	Adostasun maila (0tik 5era)	Adostasun portzentajea	Ezadostasun portzentajea
18.3. "Eskaera areagotzean eragina izango du, ezkutuan izandako mendetasun egoerak agerian utziko ditu eta, zentzu horretan, behar soziosanitarioak dituztenei erantzun soziosanitarioa emateko nahiz eremu soziosanitarioa berrantolatzekeo presioa areagotu egingo da".	3,56	58,06	12,90
18.2. "Eragin garrantzitsua izango du, derrigorrez bete beharreko sistema eratzeko delako. Horrek, hasiera batean, hiru lurraldeetako gizarte sareak koordinatu eta homogeneizatzen lagun dezake eta, ondorioz, osasun sarearekiko ulermena erraztu egingo da".	3,36	41,94	16,13
18.1. "Eragin positiboa izango du, finantzaziorako ahalmena duen agente berri bat sartuko delako".	3,11	29,03	22,58
18.5. "Sartzeko sistema eta zerbitzu multzoa bakarrak izango dira halabeharrez, adierazitako legeak horixe ezartzen delako (mendetasun egoeran dauden pertsonentzat). Gainerako pertsonentzako sartzeko sistema eta zerbitzu multzo ezberdinak mantenduko dira".	3,08	32,26	25,81
18.2. "EAren gutxienez, eragin eskasa izango du eremu soziosanitarioaren garapenean".	2,96	25,81	32,26
18.7. "Beste autonomia erkidego batzuetan sistema garatzea onuragarria izango da guretzat, beste agente batzuekin esperientziak trukatzeko aberastasuna dakarelako".	2,96	19,35	22,58
18.8. "Hasiera batean behintzat burokratizazioaren, informazio faltaren eta orientazio ezaren faktore erantsiak ekarriko ditu".	2,93	35,48	32,26
18.4. "Epe luzera, aurreikuspenak betetzen badira eta oso-osorik garatzen bada, agian neurri bateko pertsona kopurua gizarte zerbitzuen sistemara bideratzeko balio izango du. Pertsona horiek, lege honek ezarritako laguntza eskubidea egongo ez balitz, agian osasun sistemari eskatuko zizkioketen zerbitzuak".	2,88	22,58	29,03
18.6. "Zenbait aldetan eragin negatiboa izango da, osasun sistemak (eta beste batzuk) autonomia pertsonalaren sustapenean eta mendetasunari laguntzean izandako ekarpena ezkutatu egiten delako".	2,70	16,13	32,26

Azkenik, Gizarte Zerbitzuen Lege Aurreproiektuak ekar dezakeen inpaktuari dagokionez, badirudi gehienek uste dutela oso inpaktu positiboa izango duela gizarte zerbitzuen sistema sendotuko duen heinean, eta, ondorioz, koordinazio soziosanitarioari hobekuntzaren atea ere irekiko dion heinean. Neurri bateko babes ere badu, ikuspegi

ezkorrenetik, Legeak eragin eskasa izango duela dioen ideiak, kudeatzaile interesdunik eta beharrezko aurrekonturik gabe hartzen diren aldaketa arautzaileak alde batera utzita. Gainera, talde erdia baino gehiago eremu soziosanitarioan hartzen diren erabakiei babes juridikoa emateko arau onartzearen ideia aldekkoa da (kokapen berriko edo erakunde aldaketako kasuetan, adibidez).

<b>19. Zein izango litzateke EAEko Gizarte Zerbitzuen Lege Aurreproiektuaren inpaktua?</b>	<b>Adostasun maila (0tik 5era)</b>	<b>Adostasun portzentajea</b>	<b>Ezadostasun portzentajea</b>
<b>19.2.</b> “Erakundeei eta agenteei Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistema artikulatzeko eta sendotzeko bidean sartzeko aukera emango duen akordioa lortzea ahalbidetuko dien baliabidea izan daiteke eta izan behar da, eta, ondorioz, koordinazio soziosanitarioa hobetzen joatea. EAEn eredu integratu bakarra eraikitzeko eta gizarte zerbitzuen eremuan lidergo argia ezartzeko erabilgarria izan beharko litzateke. Horrek Osasun Sistemarekin berdintasunezko baldintzetan harremanetan jartzea ahalbidetuko lieke”.	4,00	61,29	0,00
<b>19.1.</b> “Interesa duen kudeatzaileak ez badago eta beharrezko aurrekontuak jartzen ez badira, Legeak eragin gutxi izango du, aurrekoak bezalaxe”.	3,74	58,06	19,35
<b>19.6.</b> “Lege horren esparruan nahiz arau zehatz baten esparruan, beharrezkoa litzateke eremu soziosanitarioan hartzen diren erabakiei babes juridikoa emango dien lege testuren bat izatea (kokapen berrien edo erakunde aldaketen kasuan, adibidez)”.	3,74	54,84	9,68
<b>19.4.</b> “Erabilgarria izan daiteke eremu soziosanitarioa sendotzeko, Aurreproiektuarekin arreta soziosanitarioaren benetako arrakastarako funtsezkoa den aldea erraztu nahi dela dirudien heinean –erakunde arteko koordinazioa–. Hitzarmenak sendotzen lagun dezake, haiek erakunde arteko garapenaren eta lankidetzaren baliabide indartsu bihurtuz”.	3,61	54,84	9,68
<b>19.3.</b> “Euskal eremu soziosanitarioaren eredia sendotzen du, eremu horretan sortutako koordinazioko azpiegiturak bildu eta baliabide soziosanitarioak xehatzen dituen heinean”.	3,37	35,48	6,45
<b>19.5.</b> “Aurreproiektu honek osasun eta gizarte eremuen arteko aldean sakontzen du. Behar soziosanitarioak dituzten pertsonen arreta hobetu dezakete, baina gizartearen eremutik bakarrik”.	2,57	16,13	38,71

### Iritzi batzuk

- “Orokorrean, uste dut eragina lege berria dagoenean gertatuko dela, ez Aurreproiektua edo Lege proiektua bera dagoenean. Egun ezagutzen dugunetik (Aurreproiektua) azkenean onartzen denera aldaketa garrantzitsuak egon daitezke. Edonola ere, gizarte zerbitzuen benetako “sistema” (lege aurreproiektu honek horri erantzuten dio) artikulatu eta eratze-ko hasitako prozesuaren defendatzaile sutsua naizenez, ezinbestekoa aldi berean arreta soziosanitarioa eraginkortasunez artikulatzeko, egun existitzen denak aldaketa gehiegi jasoko ez dituenaren konfiantzan erantzungo dut”.
- 19.1 erantzunari dagokionez: “Egun indarrean dagoen Legea oso garrantzitsua eta entzute handikoa izan da”.

### 3.3. ONDORIOAK

Kapitulu honen sarreran adierazi den bezala, zera lortu nahi izan da Delphi azterlan honen bitartez: a) EAEko eremu soziosanitarioa ezagutzen duten pertsonen haren egungo garapen mailaren inguruan egiten dituzten balorazio eta interpretazioak biltzea, eta b) horietatik adostasun maila altuena zeintzuk duten identifikatzea. Helburua arreta soziosanitarioaren egungo egoeraren balantzea egitea litzateke, pertsona horien ikuspegitik abiatuta. Edonola ere, emaitzak laburtzerakoan, kontuan izan behar da azterlanak –momentuz eremu soziosanitarioa eraikitzeari dagokionez eta, halaber, aztertutako gaiaren zehaztapen ezarengatik– ez duela ondorio kategorikorik eskaintzen. EAEko oraingo eremu soziosanitarioaren egungo egoeraren behin betiko diagnostikotzat ere ezin har daiteke. Aldiz, azterlanak eskaintzen duena ideia eta balorazio katalogo zabala da. Horiek, nolabait, sakabanatuta egon arren, elkarri lotuta ikuspegi panoramikoa eskaintzen dute –kasu batzuetan lausoa, beste batzuetan nahiko garbia– gure gertueneko ingurunean eremu soziosanitarioak lortutako garapenaren inguruan. Azterlana, beraz, baliagarria da, funtsean, egoera ezagutzen duen pertsona talde zabal eta anitzari iritziak egituratuta adieraztea ahalbidetu dielako eta horiek beste aditu batzuekin alderatu ahal izan direlako. Zentzu honetan, inkesta baino eztabaida irekiztat har daiteke, amaitu gabe dagoen eztabaidatzat. Bertan, oso arrazoi ezberdinak planteatzen dira –lotura egokia izan gabe kasu guztietan eta, zenbaitetan, baita osatugabeak ere–, eta irakurleak dagozkion ondorioak atera behar ditu.

Txostenaren sarreran adierazi da egindako puntuazioetan lautik gorako balioa lortu duten balorazio guztiek adostasun orokorra lortu dutela uste izan daitekeela. Hamabost balorazio dira (egindako guztietatik % 10a), eta horien irakurketak, hasiera batean, nahiko ondo laburbiltzen ditu azterlan honen emaitzak. Puntuazio handiena jaso duenetik txikiena jaso duenera antolatuta, babes gehien lortu duten balorazioak honakoak izan dira:

- **Helburu instrumentalak betetzea.** “Orain arte eremu hauetan egindako aurrerapenak [zerbitzuen multzo bakarra, batera egindako plangintza, informaziorako sistema komuna, batera sartzeko mekanismoak] ez dira nahikoak. Sare bakoitzaren zerbitzuak zeintzuk diren argiago dago, badirudi borondatea badagoela, baina ez dirudi zerbitzu multzo zehaztua duen sare soziosanitariorik, informazio sistema bakarra eta planifikazio bateratua dagoenik. Ez da aurrerapen handirik egin aipatutako alderdietako batean ere ez.
- **Talde ezberdinei eskainitako arreta.** “Mendeko adineko pertsonen taldearekin egin da lan gehien, mendetasuna baloratzeko eta gizarte eta osasun zerbitzuak emateko orduan eta familia zaintzaileei laguntzeko atsedean hartzeko zerbitzuak sortzeko orduan”.
- **Balorazio orokorra.** “Zuzeneko erabiltzailearen ikuspuntutik, bi sistema zeharo ezberdin daude: Gizarte arlokoa eta osasun arlokoa, bakoitzak bere helburuei erantzuten dielarik. Zerbitzu hauen erabiltzaileek ez dute ia aldaketarik nabaritu eskuragarri dituzten zerbitzuetan”.
- **Helburu instrumentalak betetzea.** “Baliabideen planifikazio bateratua da aurrerapen gutxien izan dituen alderdia. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluko kide batek berak ere ez du interesik agertu planifikazio bateratuko mekanismoak ezartzeko. Eremu honetan erakunde bakoitzak alor ezberdinetan eta lurralde bakoitzean dituen eskumenak babesteko jarrera da nagusi. Gizarte zerbitzuei nahiz osasun zerbitzuei dagokienez, erakunde bakoitzak bere aldetik lan egin behar du bere zerbitzuak

zehazteko. Aurrerapausoak egin dira baina gizarte eta osasun arloko erakundeek bakoitza bere zerbitzu sarea antolatzen jarraitzen dute elkar osatu beharrean”.

- **Oztopoak.** “Gutxi aurreratu da ez delako eremu soziosanitarioa garatzeko apustu politiko irmorik izan. Eremu hau garatzeko adostasunaren atzean, ez dago eredu partekatua eta adosturik eremu soziosanitarioaren osaketari dagokionez eta eredu hori lortzeko formulei dagokienez”.
- **Lurralde aldeak.** “Arreta soziosanitarioko sistemak garapen ezberdina du hiru lurralde historikoetan, bai baliabideei dagokienez, bai finantzazioari dagokionez, eta, ondorioz, EAEko herritarrek Arreta Soziosanitarioaren arloan dituzten eskubideei dagokienez desoreka handia dago bizi diren lurraldearen arabera”.
- **Koordinaziorako mekanismoak.** “Oraindik nabaria da osasun zentroen eta gizarte zerbitzuen koordinazioa urria eta beharrezkoa dela eta une honetan profesionalen ahaleginaren mende dagoela. Eremu ezberdinetako (osasun zentroak eta oinarriko gizarte zerbitzuak) profesionalen diziplinarteko komunikazioa garatzeke dago”.
- **Baliabideak.** “Helburua ez da horrenbeste zerbitzu mota berriak asmatzea, baizik eta jada existitzen direnak sendotu, zabaldu, zuzkitu eta hobetzea. Gakoa osasun izaerako prestazio eta jarduera gehiago erantsi beharko dituzten gizarte zerbitzuak daudela ulertzea da (egoitzazkoak, ambulatorioak... izan); gizarte zerbitzuetan berezkoagoak diren prestazio eta jarduerak erantsi beharko dituzten osasun zerbitzuak dauden modu berean (ospitalekoak, etxeakoak...)”.
- **Balorazio orokorra.** “Aurrerapenak egin diren arren, lortutako helburuak lor zitezkeenak eta hasiera batean aurreikusi zirenak baino askoz ere urriagoak izan dira. Aurrera egin da, baina beharrezkoa, posiblea eta arrazoizkoa zena baino askoz ere gutxiago, eta azken urteetan garapena moteldu egin da oso”.
- **Erakundeen jarrera.** “Espazio soziosanitarioan Eudel ez da ia agertzen. Euskal udalerrien elkarteak ingurune honetan desagertu egiten da. Salbuespenak izan ezik, zerbitzu soziosanitarioak ez daude Udalen lehentasunen artean”.
- **Helburu instrumentalak betetzea.** “EAE mailan ez dago informaziorako sistema bakarra, sistema informatiko partekatua izan dezakeen edukiaren gaineko atariko azterketa bakarrik da dagoena. Alor horretan, bat egiteko aukerak eskasak dira. Osasun sistemak informazioa bildu eta ebaluatzeko sistema garatuta du, gizarte sistemek ez bezala. Azken horien kasuan, informazio iturriak zatiturikoak eta loturarik gabekoak dira”.
- **Helburu instrumentalak betetzea.** “Zerbitzu multzo bat zehazteko egindako aurrerapenak ez dira nahikoak. Zerbitzu multzoari buruzko zirriborroa egin da baina mahai gainean geratu da. Baliabide eta zerbitzu soziosanitarioei buruzko katalogoak zehaztugabea eta nahasia izaten jarraitzen du eta hutsuneak eta bikoizketak ditu eta ez da orekatua lurraldeen eta eskumenen arloan (hau da, eskumenak dituzten erakundeen borondatearen eta ekimenen mende dago)”.
- **Baliabideak.** “Eremu soziosanitarioaren garapenerako beharrezkoa da, halaber, banan banako kasu kudeaketako baliabideak garatzea, pertsona bakoitzari beharrezkoa duen baliabidea egokitzen zaiola bermatzeko eta jarraipen egokia egiteko gai den formula bakarra delako”.
- **Lehentasunezko arreta behar duten taldeak.** “Etorkinak, atzerrikoak izateagatik ez dute izango bertakoek ez bezalako osasun arazorik edo premia sozialik. Beraz, egun erabilgarri

dauden baliabideak etorkinek izan ditzaketen eskariak betetzeko beharrezkoak dira. Baliabide horiek zentzuz erabiltzeko modurik onena herritar berriei anfitrioiak den gizartera moldatzeko aukera emanez izango litzateke. Hala ere, etorkin gisa –immigrazio prozesuak berekin dakarrena dela eta–, hasiera batean laguntzeko baliabide batzuk beharko dituzte, beren kultura, hizkuntza, prozesua kontuan hartzen dutenak. Ez dut uste beharrezkoa denik etorkinentzat baliabide espezifikoak sortzea; bai, ordea, beste herritarrak bezala baliabide soziosanitario orokorretara integratzea, gu ere berezitasun kulturaletara egokituz, jakina”.

- **Araudiaren inpaktua.** “[Gizarte Zerbitzuen Lege berria] Erakundeei eta agenteei Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistema artikulatzeko eta sendotzeko bidean sartzea ahalbidetuko duen akordioa lortzea ahalbidetuko dien baliabidea izan daiteke eta izan behar da, eta, ondorioz, koordinazio soziosanitarioa hobetzen joatea. EAEen eredu integratu bakarria eraikitzeko eta gizarte zerbitzuen eremuan lidergo argia ezartzeko erabilgarria izan beharko litzateke. Horrek Osasun Sistemarekin berdintasunezko baldintzetan harremanetan jartzea ahalbidetuko lieke”.

Egia esan, adostasun gehien lortu duten balorazioen zerrenda honetan oso alde ezberdinak nahasten dira (balorazio orokorrak, egiaztapen zehatzak, talde ezberdinei emaniko tratamenduari buruzko hausnarketak...), eta horiek guztiek ez dute balio berdina Euskadiko eremu soziosanitarioaren egoera argitu edo interpretatzerakoan. Emaizten multzoaren gainean azterketa xehatuagoa egiteak argi uzten ditu hurrengo funtsezko ondorioak:

1. Kontsultaturiko pertsonen artean nagusi da nahikoa negatiboa den balorazioa EAEko eremu soziosanitarioa garatzeari dagokionez. Ezin esan daiteke egindakoa erabat gaitzesten denik, ezta ereduari zorrozki aurka egiten zaionik ere. Aitzitik, argi dagoela dirudi gogobetetasun ezeko maila nahikoa altua dela, aurrerapausoak eskastzat jotzen direla orokorrean eta lortutakoa aurreikusitakoaren nahiz aukeren eta beharren azpitik geratzen dela uste dela. Jasotako balorazioetako batek, babes gehien eskuratu dutenetakoen artean dagoena, ezin hobeki laburbiltzen du iritzi egoera hori eta oinarriko diagnostikoa ere jasotzen du: *“Aurrerapenak egin diren arren, lortutako helburuak lor zitezkeenak eta hasiera batean aurreikusi zirenak baino askoz ere urriagoak izan dira. Aurrera egin da, baina beharrezkoa, posiblea eta arrazoizkoa zena baino askoz ere gutxiago, eta azken urteetan garapena moteldu egin da oso”*.
2. Eremu horretan benetan izan diren aurrerapausoak, gainera, ez dira horien lorpenean esku-hartze zuzenena duten pertsonen inguruneraino iritsi. Zentzu horretan, kontsultatu ditugun pertsonak ados daude ez bakarrik egin ahal izan diren aurrerapausoak ia ez direla azken hartzaileetaraino argi iritsi esatean –gizarte zerbitzuak erabil ditzaketen pertsonak–, baita, askotan, gizarte eta/edo osasun esku-hartzearen alorrean lan egiten duten lantalde tekniko eta profesionalen multzoari ere iritsi ez zaizkiela adieraztean ere. Agerikoa da, gainera, aditu askok azalduko ezjakintasuna, edota errezeloa, egindako urratsekiko eta lortutako aurrerapenekiko. Aditu horiek ez dira arreta soziosanitarioko kontseiluen egituraren parte, eta lan egiten dute egunetik egunera behar soziosanitario argiak dituzten pertsonekin. Urruntasun sententzio horren adibide da azterlanaren bigarren txandan egindako adierazpenetako bat: *“Posible da deskribatutako aurrerapenetako batzuk egin izana, baina ez ditut zuzenean ezagutzen. Kanpotik hutsune handiak eta bi erakundeen arteko koordinazio falta da antzematen dugu”*.



3. Hala eta guztiz ere, aurreko puntuak adierazten duen bezala, aurrerapauso garrantzitsuak egin dira, eta eskasak dira euskal eremu soziosanitarioaren eraikuntza prozesua hondoratutako esperientzia edo erraturikoa bezala hartzen duten kontsultaturiko pertsonak. Hain zuzen ere, parte-hartzaileetako batek adierazi zuen moduan, askotan ikuspegi kontua izaten da, indarra jada egin denean (asko) edo egiteko dagoen horretan (asko ere bai) jar baitaiteke. Adostasun maila handiena izateagatik nabarmentzen diren aurrerapausoak honakoak dira: mendetasuna baloratzeko baliabide komuna hartzea, bi sareen arteko elkarrizketaren hasiera, eremu soziosanitarioan esku hartzeko beharraren gainean erakundeek hartutako kontzientzia handiagoa eta antolamendu egitura sendotzea lan kontseilu eta batzorde ezberdinen bitartez.
4. Balorazioak, aldiz, negatiboak dira argi eta garbi EAEko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako Plan Estrategikoa (2005-2008) delakoan planteatzen ziren oinarriko helburu instrumentalen betetze maila baloratzera. Azterlanean bildutako baieztapen guztietatik adostasun maila altuena lortzen duenak argi deskribatzen du egoera: *“Orain arte eremu hauetan egindako aurrerapenak [zerbitzuen multzo bakarra, batera egindako plangintza, informaziorako sistema komuna, batera sartzeko mekanismoak] ez dira nahikoak. Sare bakoitzaren zerbitzuak zeintzuk diren argiago dago, badirudi borondatea badagoela, baina ez dirudi zerbitzu multzo zehaztua duen sare soziosanitariorik, informazio sistema bakarra eta planifikazio bateratua dagoenik. Ez da aurrerapen handirik egin aipatutako alderdietako batean ere ez”*.
5. Kontsultaturiko aditu taldeak oso arrazoi ezberdinak jartzen ditu mahai gainean, eremu soziosanitarioa garatzea zaildu ahal izan duten oztopoak identifikatzerakoan. Horiek, gehienentzat, egindako aurrerapausoen eskasia argi dezakete. Taldearentzat, eremu soziosanitarioa garatzeko apustu politiko tinkorik ez egotea eta partekaturiko eta adosturiko eredurik ez izatea –hau da, gaiaren gaineko hausnarketa politikoa eta soziala ez izatea– izango lirakeke baliabide soziosanitarioaren mapak izandako garapen eskasa argituko luketen oztopo nagusiak. Azalpen horrekin batera, ohikoak dira ere –nahiz eta adostasun gutxiagokoa izan alde hori– egoeraren errua Osasun Sailaren esku-hartze eskasari, eremu horrek EAEn duen erakunde sakabanaketari edo gizarte zerbitzuen sistemak Ongizate Gizartean egonkortasun gehiago duten beste sektore batzuen aldean duen ahultasunari egozten dioten balorazioak .
6. Babes garrantzitsua duen beste ondorio bat –eta, gainera, baliabideen mapa azterterakoan ateratako ondorioekin erabat bat datorrena– Udalek eta Eudelek eremu soziosanitarioa garatzeari dagokionez duten indar eskasa azpimarratzen duena da, eta, ondorioz, eremu soziosanitarioak arreta komunitarioaren eremuan izandako garapen oso eskasa ere azpimarratu dute. Zentzu horretan, aurrerago adieraziko den modura, adostasun maila garrantzitsua dago lehentasun gehiagorekin garatu beharko lirakekeen zerbitzu eta programak azpimarratzeko garaian: etxeko esku-hartzearekin zerikusia dutenak, eta, neurri txikiagoan, ingurune irekiko esku-hartzeoak.
7. Orokorra da, halaber, lurralde arteko aldeak oso garrantzitsuak direla dioen baieztapena, baliabide soziosanitarioak garatzeari dagokionez. Aldeak EAEko lurralde historiko ezberdinen artean nahiz haien barruan sumatuko lirakeke, eta baliabide gehienak hiriburuetan kokatuko lirakeke.

8. Garatutako finantzazio mekanismoei dagokienez, ondorioak hiru dira:
- a) Baliabide jakin batzuk elkarrekin finantzatzeko beharra eremu soziosanitarioaren garapenaren benetako “*leit-motiva*” izan da, askorentzat. Hartutako finantzazio eredua ez da izan, ordea, jarraitutasunaren bermatzaile, eta ahultasun faktore garrantzitsua sartu du. Izan ere, energia gehienak xahutu ditu eta hartutako ekimenak modu isolatuan negoziatzera behartu du.
  - b) Adostasuna erabatekoa izan ez arren, kontsultatutako pertsona gehienek uste dute ordainketa batera egiteak –erabiltzaileen parte-hartze ekonomikoa beren errenten arabera laguntza soziosanitarioaren finantzazioan– gizartearen aldetik bidezkoa izango den eta finantzarioki iraunkorra izango den jarduketa garatzea ahalbidetuko duela.
  - c) Erabiltzaile izan daitezkeen pertsonen baliabide ekonomiko propio eskasak izatea ez da oztopo moduan planteatzen zerbitzu soziosanitarioen eremuan, eta ezin pentsa daiteke diskriminaziorik edota arretan gabeziarik egongo denik arrazoi horrengatik. Aldiz, bai sumatzen dela baliabide soziosanitario publiko zehatz batzuen asetahun edo gabeziak bereziki kaltetzen dituela zentro edo profesional pribatua ordain ezin dezaketen horiek.
9. Baliabideei dagokienez, kontsultatutako pertsona gehienek uste dute gakoa ez dela zerbitzu mota berriak asmatzea, baizik eta jada existitzen direnak sendotu, zabaldu, zuzkitu eta hobetzea. Horren bidez, osasun prestazioak hobetuko lirakeke gizarte zerbitzuetan, eta baita gizarte esku-hartzea osasunaren eremuan ere. Halaber, gehienek zera onartzen dute:
- a) baliabideak sortzetik haratago, lehentasuna duena benetako hausnarketa estrategikoa egitea da eredu soziosanitarioaren gainean;
  - b) eremu soziosanitarioaren eraikuntzak pentsamolde aldaketa behar du osasun eremuko profesional eta erakunde jakin batzuen partetik, tratamendu bat gara-razi edo zaildu dezaketen inguruabar sozialak kontuan hartzearen ez oso aldeko izateagatik.
10. Iritzi horiek alde batera utzita, lau programa edo baliabide mota aukeratu dira eremu soziosanitarioaren esparruan lehentasunez garatzea behar dutenak bezala: burutik gaixo daudenentzako egoitza baliabideak, etxean esku-hartze soziosanitarioa izateko programak, jokabide nahasmenduak dituzten adin txikikoentzako programa terapeutiko eta hezitzaileak eta behar soziosanitarioak dituzten adinekoentzako unitate zehatzak gehiago garatzea, Bizkaian eta Gipuzkoan jada hasitako ereduari jarraiki. Ikuspegi horretatik begiratura, esan daiteke jada garatzen ari diren ekimen batzuetan aurrerantz egitea –unitate soziosanitarioak eta, neurri txikiagoan, burutik gaixo dauden pertsonentzako egoitzazko erantzuna– eta ia garatu gabe daudene-tako hutsuneak estaltzea –etxean garatuko litzatekeen esku-hartzea eta jokabide nahasmendua duten adin txikikoentzako hautabide terapeutikoak eta hezitzaileak– direla txosten hau egiteko kontsultaturiko aditu taldeak aukeratutako garapen ildoak baliabideei dagokienez.
11. Azkenik, arreta lehentasunez jasotzea merezi duten taldeei dagokienez, arrazoi demografikoengatik eta agertzen dituzten arazoengatik, adinekoei eta oso adinekoei eskaintzen jarraitzearen beharraren alde egiten da, buruko gaixotasuna duten

pertsonei –batzuentzat arreta soziosanitarioaren defizit handiena talde horrekiko dagoena da– eta arazo anitzak dituzten pertsonei bezalaxe. Azken horien artean patologia duala egongo litzateke, sistema ezberdinek bat egiten duten tokian edo tartean kokatuta. Zentzu horretan, etorkinek arreta soziosanitario berezia behar izatearen ideia gaitzestearekin batera (kalitate edo intentsitateari dagokienez), adostasun gehien lortzen duen ideia talde ezberdinen beharren gurutzaduran gabezia handienak daudela azpimarratzen duena da hain zuzen ere. Izan ere, pertsona horiek arazo anitzak pilatzen dituzte, gehienetan jokabidearen nahasmenduarekin edo buruko gaixotasunarekin uztartuta.

## **IV. KAPITULUA**

BESTE AUTONOMIA ERKIDEGO ETA  
HERRIALDE BATZUETAN ARRETA  
SOZIOSANITARIOAREN EREMUAN  
IZANDAKO ESPERIENTZIAK

## 1. SARRERA

II. kapituluari aurreratu bezala, herrialde garatu gehienetan, eremu sanitarioaren eta sozialaren arteko koordinazioari dagokionez, errealitate konplexua, askotarikoa dago, batzuetan, eredu jakin baten aldeko apustua islatzen duena –Kanadako edo Ipar Irlandako kasuetan, esaterako– eta, beste batzuetan, formula desberdinen aplikazioa bakarrik islatzen da, hiru jarduketa mailetako batean edo gehiagotan; maila estrategikoa –makro maila–, zerbitzuen antolaketa maila –meso maila– eta erabiltzaileari zerbitzua emateko maila –mikro maila–. Gure asmoa ez da mendebaldeko zenbait herrialdetan arreta soziosanitarioaren antolaketa eta funtzionamendua sistematikoki azaltzea, izan ere, horrek deskribapen generikoetara baino ez gintuzke eramango eta horiek ekarpen txikia egingo lukete jarduketa gako eta erreferentzien aldetik. Baliagarriagozat jo dugu, aldiz, beste autonomia erkidego batzuetako eta, Europa inguruko zein Ipar Amerikako beste herrialde batzuetako esperientziak hautatzea, ideia eta orientazio praktikoagoak ekar ditzaketelakoan.

Hortaz, azken urteetan koordinazio soziosanitarioarekin loturiko gaiak lortu duten protagonismoa gorabehera, onartu behar da ez dela erraza argi eta garbi izaera eta bokazio soziosanitariokotzat har daitezkeen proiektu edo jarduketak identifikatzea. Lehenengo zailtasuna, zalantzarik gabe, aipaturiko dibertsitatean eta anbiguotasun terminologikoan datza, barne hartzen baitira jarduketa maila desberdinen arteko edo sektore bereko zerbitzu desberdinen arteko koordinazio formulak zein bi sektoreren arteko koordinazio estrategiak, eta osagai sanitario handiaz gain osagai sozial handia duten kasuetara ez ezik, sektore bateko edo besteko osagaia anekdotikoa den beste kasu batzuetara ere hedatzen baita. Esperientziak detektatu eta hautatzea zailtzen duen beste faktore bat da, bere funtzio berritzaile eta esperimentalak dela eta, eskualde edo toki mailan garatutako ekimenak izaten direla ia beti, eta horrek informazioaren sakabanaketa dakar.

Horrek azaltzen du zergatik jarraian aurkeztuko ditugun esperientzia, ekimen eta proiektuak ez diren antolatzeke eta lankidetzan jarduteko modu desberdinen ilustrazioak besterik. Gure nahia ez da inolaz ere horiek deskribatuz errealitatea ahitu eta autonomia lurraldetik kanpo lortutako aurrerapenen panorama zehatza eskaintzea. Bestalde, ez dugu jarrera jakinik hartu nahi Euskal Autonomia Erkidegoan aplikatu ahal izateari dagokionez, baizik eta gure helburua horiek badirela jakinaraztea eta jarduketa esparru honetako dibertsitatearen berri ematea da.

Zailtasuna gorabehera, hainbat arrazoiengatik –gertutasuna, berrikuntza, irismena, kontzeptualizazioa– adierazgarrienak izan daitezkeen esperientzia guztiak biltzen saiatu gara. Gogoan izan behar da detektatutako esperientziak, inguruan duten errealitatearen

antzera, mendeko adinekoak dituztela protagonista nagusi gisa. Hala ere, hautaketan, protagonismo hori nabaria den arren, osasun eta gizarte arreta konbinatua behar izan dezaketen beste kolektibo batzuen zenbait ekimen ekartzen saiatu gara.

Azalpena argia izan dadin, esperientziak haien deskribapena formatu komun bati egokituta aurkeztearen alde egin da. Gainera, horren beste abantaila bat edukiak homogeneizatzea eta konparaketa erraztea da. Deskribapen fitxak eskema honi jarraitzen dio:

- Eremu geografikoa: nazioartean, estatuan, eskualdean, autonomian, lurraldean eta tokian garatutako esperientziak bereizten dira.
- Populazio hartzailea: deskribaturiko plan, zerbitzu edo programaren hartzaile den populazio taldea zehazten da.
- Harremanaren intentsitatea: bereizi egiten dira integrazioa eta koordinazioa; azken horren kasuan, koordinazio horizontala (sistemen artekoa) edo bertikala (sistema bereko maila desberdinen artekoa) den zehazten da.
- Maila: makro mailan –maila estrategikoan, alegia–, meso mailan –zerbitzuen antolaketa mailan– eta mikro mailan –erabiltzaileei zerbitzua emateko mailan– koordinatutako programak eta zerbitzuak bereizten dira<sup>30</sup>.
- Zerbitzu motak: koordinazioaren xede diren zerbitzu kategoriak zehazten dira.
- Ezarritako tresnak, metodoak edo estrategiak: zein tresna, metodo edo estrategia mota (II. kapituluaren 3. atalean azaldutakoen artean) aplikatzen diren zehazten da.
- Deskribapena: zehatz-mehatz deskribatzen da azterketaren xede den esperientzia.
- Emaizak eta balorazioa: plan, zerbitzu edo programek lortutako emaitzak biltzen dira ebaluazio edo balorazioaren baten xede izan diren kasuetan.

Formatu komun horri jarraitu arren, deskribapenen zehaztasun maila desberdina da eta –nazioarteko ekimenak direnean, batez ere– eskuragarri dagoen dokumentazio zehatz eta fidagarriaren kopuru handiago edo txikiagoaren araberakoa da. Ondorioz, koadro sintetikoetan eta banakako fitxetan ekimen batzuen edo besteen zenbait ezaugarri idatziz ez jasotzeak ez du esan nahi nahitaez ezaugarri horiek aplikagarri ez zaizkionik, baizik eta, besterik gabe, eskura dagoen informazioak ez duela halakorik baieztatzeko aukerarik ematen.

Ondorengo tauletan, hautatutako esperientziak zerrendatu dira, beren ezaugarri nagusiak adierazita, aipaturiko banakako fitxetan beren eduki zehatza deskribatu aurretik.

<sup>30</sup> Alderdi kontzeptualei buruzko II. kapituluaren adierazi bezala, pixkanaka arreta soziosanitarioko gunea sortu eta finkatu ahal izateko hainbat bide daude:

- Mutur batean, makro mailan edo maila estrategikoan espazio hori eraikitzen duten ereduak daude, hau da, eredu baten eskumen banaketa, plangintza edo finantziarioa bezalako alderdi definitzaileak erabakitzen diren maila altuagoko esparruetan. Ikuspegi horretatik, maila horretako egiturazko faktore zehatzek, presioek eta mugek maila txikiagoetan dute eragina, hau da, zerbitzuen antolaketan eta horien prestazioan, erabiltzaileak azkenean hartzen duen arretaren koordinazioaren gradua izugarri mugatuz.
- Beste muturrean, koordinazio lotura zein maila operatibotan ezarri behar den, zein motatako zerbitzuri dagokion eta zein bitarteko erabiliz zehatzu behar dutenak pertsonen beharrezan direla defendatzen duten ereduak daude, pertsonan jartzen duen ikuspegia abiapuntutzat hartuta; hori hala izanik, mikro mailan gertatzen denak meso eta makro mailatan, hau da, zerbitzuen antolaketa mailan eta maila estrategikoan gerta daitekeena mugatzen du.

## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENTZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	Izendapena	Eremu geografikoa	Populazio hartzailea	Harremanaren intentsitatea	Maila operatiboa	Zerbitzu motak	Tresnak Metodoak Estrategiak
Katalunia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vida als Arns programa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomikoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gaixo dauden adimelko pertsonak</li> <li>Gaixotasun kroniko ebolutiboak eta menderasun funtzionala dituzten pertsonak</li> <li>Alzheimerra edo bestelako demenziak dituzten pertsonak</li> <li>Gaixotasunaren fase terminalean dauden pertsonak</li> <li>Gaixotasuna goi fasean gaintu ondoren, sendaketak edo errehabilitazio terapia behar dituzten pertsonak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ospitaleko arreta zerbitzuen eta lehen arreta zerbitzuen arteko koordinazio bertikala Etxez etxeko arreta programako sostengu ekipoak koordinazio mota honen adibide izango lirateke</li> <li>Sare soziosanitarioko eta osasun eta gizarte sareetako zerbitzuen arteko koordinazio horizontala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Makroa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zerbitzu soziosanitarioen sare berri bat sortzen da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sektore arteko planifikazio bateratua</li> <li>Finantzazio bateratua, moduluen arabera (soziala eta sanitariora)</li> <li>Diriplina arteko balorazio ekipoak</li> <li>Zerbitzuak batera kokatzea.</li> <li>Kasu kudeaketa</li> </ul>
ESPERIENTZIA AUTONOMIKOAK							

## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENZIZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	Izendapena	Eremu geografikoa	Populazio hartzailea	Harremanaren intentsitatea	Maila operatiboa	Zerbitzu motak	Tresnak Metodok Estrategiak
Gaztela eta Leon	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomikoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populazio osoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Koordinazio horizontala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Makroa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osasun Sistema Publikoko zerbitzu guztiak</li> <li>Gizarte Ekintza Sistemako zerbitzu guztiak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sektore arteko planifikazio bateratua</li> <li>Informazio sistema partekatua</li> <li>Diziplina arteko balorazio ekipoa</li> <li>Diziplina arteko esku-hartze ekipoa</li> <li>Kasu kudeaketa</li> </ul>
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> <li>2005-2010 arreta soziosanitarioko esparru plana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomikoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buruko gaixotasuna duten pertsonak</li> <li>Mendeko adinekoak</li> <li>Ezgatutasun fisikoak dituzten pertsona helduak</li> <li>Ezgatutasun intelektuala duten pertsonak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema sanitario eta sozialen koordinazio horizontala eta bertikala, beren osotasunean</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Makroa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osasun arreta espezializatua</li> <li>Komunitate-etako eta egoitzeko gizarte zerbitzuak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sektore arteko planifikazio bateratua</li> <li>Koordinazio egiturak</li> <li>Diziplina arteko balorazio ekipok</li> <li>Informazio sistema lotuak</li> </ul>

## ESPERIENTZIA AUTONOMIKOAK



## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENTZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	<b>Izendapena</b>	<b>Eremu geografikoa</b>	<b>Populazio hartzaila</b>	<b>Harremanaren intentsitatea</b>	<b>Maila operatiboa</b>	<b>Zerbitzu motak</b>	<b>Tresnak Metodoak Estrategiak</b>
Nafarroa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arreta Soziosanitarioko Foru Plana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomikoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaixotasun kronikoak eta mendetasun funtzionala dituzten pertsonek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinazio horizontala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Makroa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizarte Zerbitzuen Sistema</li> <li>• Osasun Sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektore arteko planifikazio bateratua</li> <li>• Koordinazio egiturak</li> <li>• Kasu kudeaketa</li> <li>• Premien diziplina arteko balorazio bateratua</li> <li>• Banakako arretako diziplina arteko plan bateratua</li> </ul>
ESPERIENTZIA AUTONOMIKOAK							

## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENZIZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	Izendapena	Ereму geografikoa	Populazio hartzailea	Harremanaren intentsitatea	Maila operatiboa	Zerbitzu motak	Tresnak Metodoak Estrategiak
EUROPAKO BESTE HERRIALDE BATZUETAKO ESPERIENTZIAK	Danimarka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skaevingeko adineko pertsonentzako arreta integratua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adineko pertsona ahulak</li> </ul>	Integrazioa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizarte zerbitzu komunitarioak</li> <li>• Osasun arreta komunitarioa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zerbitzuak batera kokatzea</li> <li>• Leihatila bakarra</li> <li>• Diziplina arteko balorazio ekipoak</li> <li>• Diziplina arteko esku-hartze ekipoak</li> <li>• Kasu kudeaketa</li> <li>• Premien balorazio bateratua eta diziplina artekoa</li> <li>• Banakako arretako diziplina arteko plan bateratua</li> </ul>

HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENIZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	<b>Izendapena</b>	<b>Eremu geografikoa</b>	<b>Populazio hartzailea</b>	<b>Harmanaren intentsitatea</b>	<b>Maila operatiboa</b>	<b>Zerbitzu motak</b>	<b>Tresnak Metodoak Estrategiak</b>
EUROPAKO BESTE HERRIALDE BATZUETAKO ESPERIENIZIAK	Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heisinkiko etxer etxeko arreta integratua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adineko pertsonak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etxer etxeko arreta sozial eta sanitarioko ekipoen arteko koordinazio horizontala</li> <li>• Ospitaleko langileen eta etxer etxeko arreta ekipoen arteko koordinazio bertikala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikroa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etxer etxeko laguntza zerbitzua</li> <li>• Etxer etxeko osasun arreta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasu kudeaketa</li> <li>• Premien diziplina arteko balorazio bateratua</li> <li>• Banakako arretako diziplina arteko plan bateratua</li> </ul>
	Holanda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekradeko, Landgraafleko eta Sim-pelveldeko adinekoentzako zainketen jarraipena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adineko pertsonak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinazio horizontala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikroa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizarte zerbitzuak</li> <li>• Osasun zerbitzuak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leihatila bakarra</li> </ul>

## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENZTZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	Izendapena	Eremu geografikoa	Populazio hartzailea	Harremanaren intentsitatea	Maila operatiboa	Zerbitzu motak	Tresnak Metodoak Estrategiak
EUROPAKO BESTE HERRIALDE BATZUETAKO ESPERIENZTIAK	Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eskualdekoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populazio osoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Koordinazio horizontala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lehen arreta</li> <li>Gizarte zerbitzu komunitarioak</li> <li>Mendetasuna dutenei laguntzeko gizarte eta osasun zerbitzuak (iraupen luzeko zainkerak)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leihatila bakarra</li> <li>Diziplina arteko balorazio ekipoak</li> <li>Balorazio tresna komunak</li> <li>Informazio sistema partekatutak</li> <li>Kasu kudeaketa</li> <li>Premien diziplina arteko balorazio bateratua</li> </ul>

## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENTZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	<b>Izendapena</b>	<b>Eremu geografikoa</b>	<b>Populazio hartzailea</b>	<b>Harremanaren intentsitatea</b>	<b>Maila operatiboa</b>	<b>Zerbitzu motak</b>	<b>Tresnak Metodoak Estrategiak</b>
EUROPAKO BESTE HERRIALDE BATZUETAKO ESPERIENTZIAK	Erresuma Batua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ealing Intermediate Care Services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospitaleratu behar izateko patologiak dituzten pertsonak</li> <li>• Garaia baino lehenago egoitza zerbitzu batera jotzeko egoeran dauden pertsonak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospitaleko zerbitzuen, errehabilitazio zerbitzuen eta etkez etxeko osasun arretaren arteko koordinazio bertikala</li> <li>• Ospitaleetako eta egoitza zentroetako zerbitzuen eta etkez etxeko osasun eta gizarte arretaren arteko koordinazio horizontala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etkez etxeko osasun arreta</li> <li>• Etkez etxeko laguntza</li> <li>• Errehabilitazio zerbitzuak</li> <li>• Ospitaleko zerbitzuak</li> <li>• Egoitza zerbitzuak</li> <li>• Boluntarioen erakundeak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kofinantzazioa</li> <li>• Diziplina arteko ekipoa</li> <li>• Balorazio tresna komunak</li> <li>• Diziplina arteko prestakuntza</li> <li>• Premien diziplina arteko balorazio bateratua</li> </ul>



HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENTZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	Izendapena	Eremu geografikoa	Populazio hartzailea	Harremanaren intentsitatea	Maila operatiboa	Zerbitzu motak	Tresnak Metodoak Estrategiak
<p>Erresuma Batua</p> <p>EUROPAKO ESPERIENTZIAK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Glasgow Community Addiction Teams</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eskualdekoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonak</li> <li>Alkoholismo arazoak dituzten pertsonak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osasun eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazio horizontala</li> <li>Lehen arretako zerbitzuen, osasun zerbitzu espezializatuen eta droga-mendetasunean espezializatutako zerbitzuen arteko koordinazio bertikala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lehen arretako osasun zerbitzuak</li> <li>Osasun zerbitzu espezializatuak</li> <li>Droga-mendetasunean espezializatutako zerbitzuak, tratamendu anbulatorioen eta egoitza tratamenduen programak barne</li> <li>Gizarte zerbitzu komunitarioak (laneratzeko programak, haurrentzako zerbitzuak)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zerbitzuak batera kokatzea</li> <li>Leihatila bakarra</li> <li>Informazio trukatzeko sistemak</li> <li>Balorazio integralerako tresna komunak</li> </ul>

## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENZIZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	Izendapena	Eremu geografikoa	Populazio hartzailea	Harremanaren intentsitatea	Maila operatiboa	Zerbitzu motak	Tresnak Metodoak Estrategiak
Erresuma Batua	<ul style="list-style-type: none"> <li>South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eskualdekoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arriku egoeran dauden adingabeak</li> <li>Babes egoeran dauden adingabeak</li> <li>Hezkuntza premia bereziak dituzten adingabeak</li> <li>Osasun arazoak dituzten adingabeak</li> <li>Etberrik gabeko adingabeak</li> <li>Adingabe arau hausleak</li> <li>Gurasoen droga kontsumoaren eraginpeko adingabeak</li> <li>Eskola porrotarako arriskuan dauden adingabeak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Koordinazio horizontala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Makroa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gizarte zerbitzuak</li> <li>Osasuna</li> <li>Adingabearen defendatzailea</li> <li>Hezkuntza</li> <li>Etxebizitza</li> <li>Polizia kidegoak</li> <li>Justizia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sektore arteko planifikazio bateratua</li> <li>Informazio sistema partekatutak</li> <li>Diziplina arteko ekipoa</li> <li>Diziplina arteko prestakuntza</li> </ul>
EUROPAKO ESPERIENZIAK							



## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENTZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

	<b>Izendapena</b>	<b>Eremu geografikoa</b>	<b>Populazio hartzailea</b>	<b>Harremanaren intentsitatea</b>	<b>Maila operatiboa</b>	<b>Zerbitzu motak</b>	<b>Tresnak Metodoak Estrategiak</b>
IPAR AMERIKAKO ESPERIENTZIAK	Kanada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système Intégré pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie (SIPA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tokikoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazioa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehen arretako osasun zerbitzuak</li> <li>• Osasun zerbitzu espezializatuak</li> <li>• Gizarte zerbitzu komunitarioak</li> <li>• Egoitzetako gizarte zerbitzuak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finantzazio kapitaliboko sistema</li> <li>• Zerbitzuak batera kokatzea</li> <li>• Diziplina arteko ekipoa</li> <li>• Balorazio tresna komuna</li> <li>• Kasu kudeaketa</li> </ul>
	Estatu Batuak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nazionala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazioa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehen arreta</li> <li>• Osasun zerbitzu espezializatuak (akutuen eta egonaldi luzeako ospitaleak)</li> <li>• Gizarte zerbitzu komunitarioak</li> <li>• Egoitzetako gizarte zerbitzuak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finantzazio kapitaliboko sistema</li> <li>• Zerbitzuak batera kokatzea</li> <li>• Leihatila bakarra</li> <li>• Diziplina arteko ekipoa</li> <li>• Kasu kudeaketa</li> </ul>

## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

Oinarrizko ezaugarriak		Autonomia Erkidegoetako esperientziak				Europako esperientziak						Ipar Amerikako esperientziak			
		Katalunia	Gaztela eta Leon	Extremadura	Nafarroa	Danimarka	Finlandia	Holanda	Irlanda	Erresuma Batua Ealing	Erresuma Batua Southampton	Erresuma Batua Glasgow	Erresuma Batua Lanarkshire	Kanada	Estatu Batuak
Eremu geografikoa	Estatukoa														√
	Eskualdekoa							√			√				
	Autonomikoa	√	√	√	√	√	√		√	√			√		
	Tokikoa					√	√	√		√			√		



## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENITZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

Oinarrizko ezaugarriak	Autonomia Erkidegoetako esperientziak				Europako esperientziak						Ipar Amerikako esperientziak			
	Katalunia	Gaztela eta Leon	Extremadura	Nafarroa	Danimarka	Finlandia	Holanda	Irlanda	Erresuma Batua Ealing	Erresuma Batua Southampton	Erresuma Batua Glasgow	Erresuma Batua Lanarkshire	Kanada	Estatu Batuak
Buruko gaixotasuna duten pertsonak			√											
Ezgaitasun fisiko edo intelektuala duten pertsona helduak			√											
Ezgaitasun intelektuala edo buruko gaixotasuna eta jokabide arazo larriak dituzten adingabeak										√				
Droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonak											√			
Babesik gabeko egoeran dauden adingabeak												√		
Hezkuntza premia bereziak dituzten adingabeak														√

Populazio hartzaillea



## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

Oinarrizko ezaugarriak	Autonomia Erkidegoetako esperientziak				Europako esperientziak							Ipar Amerikako esperientziak		
	Katalunia	Gaztela eta Leon	Extremadura	Nafarroa	Danimarka	Finlandia	Holanda	Irlanda	Erresuma Batua Ealing	Erresuma Batua Southampton	Erresuma Batua Glasgow	Erresuma Batua Lanarkshire	Kanada	Estatu Batuak
Arreta soziosanitarioko sare bat sortzea	√													
Osasun Sistemako zerbitzu guztiak	√	√		√			√							
Gizarte Zerbitzuen Sistemako zerbitzu guztiak		√		√			√							
Lehen arretako osasun zerbitzuak					√			√			√		√	√
Arreta espezializatuko osasun zerbitzuak			√					√		√	√		√	√
Gizarte zerbitzu komunitarioak			√		√			√			√		√	√
Gizarte zerbitzu espezializatuak (egoitzetakoak, bereziki)			√					√		√	√		√	√
Etxez etxeko osasun arreta						√			√					

Zerbitzu motak



## HAUTATUTAKO NAZIOARTEKO ZEIN AUTONOMIETAKO EKIMEN ETA ESPERIENZIEN OINARRIZKO EZAUGARRIAK

Oinarrizko ezaugarriak	Autonomia Erkidegoetako esperientziak				Europako esperientziak						Ipar Amerikako esperientziak			
	Katalunia	Gaztela eta Leon	Extremadura	Nafarroa	Danimarka	Finlandia	Holanda	Irlanda	Erresuma Batua Ealing	Erresuma Batua Southampton	Erresuma Batua Glasgow	Erresuma Batua Lanarkshire	Kanada	Estatu Batuak
Informazio sistema partekatutak	✓							✓				✓		
Informazio sistema sistema elkartutak			✓											
Informazioaren eta informazioaren deribazioaren baterako protokoloak							✓			✓				
Balorazio tresna komunak									✓		✓		✓	
Diziplina arteko prestakuntza bateratua									✓	✓	✓	✓		
Kasu kudeaketa	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓			✓	✓
Diziplina arteko balorazio bateratua	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓				
Banakako arretako diziplina arteko plan bateratua		✓		✓	✓	✓								

Tresnak  
Metodoak  
Estrategiak



## 2. BESTE AUTONOMIA ERKIDEGO BATZUETAKO EKIMENAK ETA ESPERIENZIAK

Azken hamarkadan zehar, hainbat autonomia erkidegotan, koordinazio soziosanitarioko ekimenak garatu dira, eta azterketan horiek kontuan hartzea komeni da; testuinguru aldetik duten antzekotasun nabariarengatik ez ezik, baita esperientzia horietako batzuek beren jarduketa esparru propioan eta, haratago, estatu mailan eta nazioarteko ikuspegitik duten garrantziarengatik ere.

Ezinezkoa da hemen zehatz-mehatz jasotzea espazio soziosanitarioa eraikitzeko autonomiek eginiko ahalegin guztiak, orokorrak, arreta soziosanitarioaren xede den populazioa osatzen duten pertsona eta kolektiboen multzoari bideratutakoak, edo berariazkoak, arreta hori kolektibo jakin batentzat (mendeko adinekoak, Alzheimerra duten pertsonak, buruko gaixotasuna duten pertsonak eta bestelakoak) egituratzean zentratutakoak. Ondorioz, planteamendu nagusi batzuk nolabaiteko zehaztasunez deskribatzea eta, modu generikoagoan, beste ekimen interesgarri batzuk, hain garatuak ez daudenak edo dokumentu babes txikiagoa dutenak, aurkeztea erabaki dugu. Lehenengoan artean daude Katalunian 1986az geroztik garatzen den *Vida als Anys* programa, agian, estatu mailako ekimen aitzindaritzat har daitekeena, Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa, Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010), 2006an IMSERSO saria jaso zuena, eta Nafarroako Arreta Soziosanitarioko Foru Plana. Bigarrenen artean, Valentziako, Aragoiko eta Andaluziako Autonomia Erkidegoetan garatutako aurrerapenak aipatuko dira.

Azalpen zehatzerako gordetako programak eta planak hautatzeko orduan erabilitako irizpidea, funtsean, “espazio soziosanitarioa” deiturikoa eratzeko moduari buruz Estatuan dauden kontzepzio desberdinak erakustea izan da: hirugarren sare gisa, Kataluniako ereduak aldarrikatzen duen bezala; osasun eta gizarte sistemen arteko elkargune gisa, Extremaduran defendatzen den bezala; edo biak barne hartzen dituen makrosistema gisa, Gaztela eta Leonen hartu duten ereduari jarraiki.

### Kataluniako Autonomia Erkidegoa *Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Vida als Anys programa*

<i>Eremu geografikoa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomikoa.</li> </ul>
<i>Populazio hartzailea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaixo dauden adineko pertsonak.</li> <li>• Gaixotasun kroniko ebolutiboak (neuroendekapenezko gaixotasunak, bereziki) eta mendetasun funtzionala dituzten pertsonak.</li> <li>• Alzheimerren gaixotasuna edo bestelako demenziak dituzten pertsonak.</li> <li>• Gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonak.</li> <li>• Gaixotasuna goi fasean gaingitu ondoren, berriz komunitatera itzuli aurretik sendaketak edo errehabilitazio terapia behar dituzten pertsonak.</li> </ul>
<i>Harremanaren intentsitatea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospitaleko arreta zerbitzuen eta lehen arreta zerbitzuen arteko koordinazio bertikala.</li> <li>• Sare soziosanitarioko eta osasun eta gizarte sareetako zerbitzuen arteko koordinazio horizontala.</li> </ul>

**Kataluniako Autonomia Erkidegoa**  
**Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Vida als Anys programa**

Maila

- Makroa.

Zerbitzu motak

- Zerbitzu soziosanitarioen sare berri bat sortzen da.

Tresnak  
Metodoak  
Estrategiak

- Sektore arteko planifikazio bateratua.
- Modulukako kofinantziazioa (gizarte eta osasun arlokoak).
- Diziplina arteko balorazio ekipoak.
- Zerbitzuak batera kokatzea.
- Kasu kudeaketa.

Deskribapena

**Oinarrizko alderdiak**

- Programa honek, Katalunian, arreta geriatrikoan eta psikogeriatrikoan, neuroendekapenezko gaixotasunak eta garuneko erasana dituzten pertsonen arretan eta zainketa aringarrietan espezializazio maila handia duten zerbitzu soziosanitarioen –eguneko ospitaleak, susperraldi unitateak eta azpiakutuak, etxex etxeko eta ospitaleetako laguntza ekipoak– berariazko sare baten ezarpenari bide eman dio. Berariazko zerbitzu soziosanitario horien sorrerak Katalunia erreferentziazko eredu bihurtu du estatuan eta, zainketa aringarrien kasuan, nazioarteko erreferentzia bihurtu du, izan ere, OMEk jarraipena egin dio arlo honetako eredu katalanari, programa pilotu gisa.
- Gizarte Laguntza eta Zerbitzuetako Institutu Katalanak eta Kataluniako Osasun Zerbitzuak zerbitzu horiek bien artean finantzatzeko sistema bat ezarri dute. Eredu honetan, arreta soziosanitarioaren kostua Osasun eta Gizarte Segurantzza Sailak estaltzen duen osasun moduluan eta Gizarte Ongizaterako Sailak eta zerbitzuaren erabiltzaileak ordainduta finantzatzen den gizarte moduluan banatzen da.
- Arauz programa osasun sail titularren eta gizarte zerbitzuetako sail eskudunaren menpe dagoen arren, lotura askoz ere estuagoa izan da Kataluniako Osasun Zerbitzuekin.

**Aurrekariak eta helburuak**

- 1986an, Kataluniako Generalitateko Osasun eta Gizarte Segurantzza Sailak *Vida als Anys* programa sortu zuen, iraupen luzeko gaixotasunak dituzten pertsonen arreta soziosanitarioa emateko, tratamendu mediko luzea behar duten pertsonak artatzeko Sailaren jarduketak koordinatzeko xedez, berariazko gizarte zerbitzuak ematearekin konbinatuta. Zentzu horretan, *Vida als Anys* programa sortu zuen Osasun eta Gizarte Segurantzza Sailaren maiatzaren 29ko Aginduaren 2. artikulua hau zehazten du: programak “*osasunari, gizarteari eta familiakoei dagozkien alderdiak kontuan hartzen dituen arreta global eta integratua*” eskaini behar die premia duten adineko pertsonen eta iraupen luzeko gaixotasunak pairatzen dituzten pertsonen, eta arreta hori gertutasuna, egoitzararteaz bestelako neurri alternatiboak sustatzea eta xede horietarako osasun eta gizarte baliabideak arrazionalizatu eta optimizatzea bezalako irizpideen arabera antolatutako behar da.
- *Vida als Anys* programaren ezarpenarekin, zentro eta zerbitzu soziosanitarioen sare baten sorrerari ekin zaio Katalunian; hori sendotu egin da Kataluniako Osasun Antolamenduaren uztailaren 9ko 15/1990 Legearekin, eta gorenera iritsi da Kataluniako erabilera publikoko zentro, zerbitzu eta establezimendu soziosanitarioen sarea sortzen duen abuztuaren 31ko 242/1999 Dekretuaren onarpenarekin.

**Kataluniako Autonomia Erkidegoa**  
**Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Vida als Anys programa**

*Deskribapena*

- Sare hori egonaldi luzeko barneratze zerbitzuek, susperraldi fasean dauden pertsonak eta gaixotasunaren fase azpiakutuan daudenak artatzeko zentroek eta egonaldi ertaineko unitateek, gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonen zainketa aringarrien bidez artatzekoek, eguneko zerbitzu soziosanitarioek, ebaluazio eta laguntza ekipoez eta droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonentzako egoitza zentroek eta anbulatorioek osatzen dute.

**Populazio hartzailea**

- *Vida als Anys* programa sortu zuen Agindua lehentasunezko kolektibo hartzaile gisa definitzen zituen iraupen luzeko gaixotasunak dituzten adineko pertsonak, baina denbora luzez arreta medikoaren premia izango dutela aurreikusten duen pronostikoa izan duten gaixotasunak dituzten 65 urtez azpiko pertsonengana ere hedatzea onartzen zuen, berariazko erregulazioen xede diren kolektiboetakoak ez badira behintzat. Urteetan zehar, eta aurreikuspen horren babesean, zerbitzu soziosanitarioen zorroaren pixkanakako konfigurazioak zabaldu egin du sare soziosanitarioak lehentasunez artatzeko xede diren kolektiboen ugaritasuna.

Gaur egun, honako hauek dira:

- Gaixo dauden adineko pertsonak.
- Gaixotasun kroniko ebolutiboak (neuroendekapenezko gaixotasunak, bereziki) eta mendetasun funtzionala dituzten pertsonak.
- Alzheimerren gaixotasuna edo bestelako demenziak dituzten pertsonak.
- Gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonak.
- Gaixotasuna goi fasean gaintitu ondoren, berriz komunitatera itzuli aurretik sendaketak edo errehabilitazio terapia behar dituzten pertsonak.
- Kolektibo horien arreta lau jarduketa ildo nagusiren inguruan antolatzen da:
  - Arreta geriatrikoa.
  - Neuroendekapenezko gaixotasunak eta garuneko erasana dituzten pertsonen arreta.
  - Alzheimerren gaixotasuna eta bestelako demenziak dituzten pertsonen arreta.
  - Zainketa aringarriak.

**Arreta modalitateak**

- 92/2002 Dekretuak, martxoaren 5ekoak, zentro eta zerbitzu soziosanitarioen tipologia eta baldintza funtzionalak eta baimentzeko arauak ezartzen dituenak, bost motatan sailkatzen ditu zentro soziosanitarioak:

*1. Barneratze zerbitzuak.*

Kategoria honetakoak dira gizarte zerbitzuen eremuko egoitza zerbitzuetan ohikoak diren eguneroko bizitzako jardueretan ostatu, mantenu eta laguntza prestazioak intentsitate aldakorreko baina espezializazio handiko arreta medikoarekin konbinatzen dituzten zentro eta zerbitzuak. Honela sailkatzen dira:

- Iraupen luzeko zentro edo unitateak, gaixotasun edo prozesu kronikoak eta mendetasun maila desberdinak dituzten eta beren etxean artea ezin daitezkeen pertsonak artatzera bideratutakoak. Populazio dentsitate nahikoa duten eremuetan, berariazko unitateak bereizi ohi dira; Alzheimerren gaixotasuna eta bestelako demenziak dituzten pertsonentzako edo buruko gaixotasun kronikoa duten pertsonentzako, ezgaitasun handiak dituztenentzako edo tuberkulosia edo hiesa bezalako gaixotasuna dituztenentzako egonaldi psikogeriatrigo luzekoak izan daitezke, esaterako.
- Egonaldi ertaineko zentro edo unitateak. Hauek bereiz daitezke:

**Kataluniako Autonomia Erkidegoa**  
**Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Vida als Anys programa**

*Deskribapena*

- Susperraldi/azpiakutu unitateak, prozesu akutu batetik osatzeko fasean dauden eta berreskura daitekeen autonomia galera duten gaixoei zein tratamenduan dauden eta ikuskapen kliniko jarraitua eta egonkortzeko eta errehabilitatzeko zainketa intentsiboak behar dituzten pertsonen bideratutakoak.
- Zainketa aringarrien unitateak, gaixotasun baten fase terminalean dauden pazienteei bideratutakoak.
- Balio anitzeko egonaldi ertaineko unitateak, suspertzeko zainketak zein zainketa aringarriak eskaintzen dituztenak, nahiz eta beren dimentsioa eta planifikazio irizpideak direla eta, ezin dituzten jarduera horiek berariaz egin.

*2. Eguneko arreta soziosanitarioko zerbitzuak.*

Laguntza ematen diete, etxean egoteko behar adina laguntza izan arren, egunehar laguntza, errehabilitazio, tratamendu edo diagnostiko neurri integralak eta jarraipen espezializatua behar dituzten gaixo dauden adineko pertsonen, gaixotasun kronikoak dituztenei edo gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonen. Honela sailka daitezke:

- Eguneko ospitale soziosanitarioa. Eguneko ospitale soziosanitarioen helburuak ebaluazio integrala, errehabilitazioa, mantentzearen arreta jarraitua eta krisien prebentzioa dira. Populazio dentsitate nahikoa duten eremuetan, bereizi egin ohi dira berariazko kolektiboak –Alzheimerren gaixotasuna edo bestelako demenziak dituzten pertsonak, gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonak edo neuroendekapenezko gaixotasunak eta garuneko erasana dituzten pertsonak– egokitutako unitateak.
- Ebaluazio integral anbulatorioko ekipo deituriko diagnosi eta jarraipen unitateak (EAIA). Eguneko ospitale soziosanitarioetan edo akutuen ospitaleetan dauden ekipoak dira, sintoma konplexuak eta kontrolatzen zailak direnak agertzen dituzten pazienteen gaitasunak eta premiak baloratzen dituztenak, esku hartzeko plan globala diseinatzeko xedez. Bi motatakoak izan daitezke:
  - Ebaluazio eta jarraipen kontsulta: balorazio eta jarraipen espezializatua eskaintzen dute.
  - Diziiplina anitzeko ebaluazioa: balorazio medikoa eta funtzio fisiko, kognitibo zein sozialen balorazioa eskaintzen ditu, diziiplina arteko ekipo baten kontura.

Artatzen duten populazioaren arabera, bereizi egiten dira geriatriako, arazo kognitiboetako eta zainketa aringarrietako ebaluazio integral anbulatorioko ekipoak.

*3. Balorazio eta sostengu ekipoak.*

- Etxez etxeko arreta programa - Sostengu ekipoak (PADES).

Diziiplina artekotasunaren eta espezializazioaren onurak balia ditzaketeko egoera konplexuak izaten direnean, geriatría eta zainketa aringarrien arloan lehen arretako laguntza eskaintzen duten ekipo espezializatuak dira.

Arreta zuzena eskaintzeaz gain, etxez etxeko arreta programako sostengu ekipoek eginkizun garrantzitsua dute lehen arreta sarerako irakaskuntza eta laguntza maila desberdinen artean baliabideak koordinatzen.

Badira etxez etxeko arreta programako sostengu ekipo berezi batzuk ere: neuroerrehabilitazioan espezializatutakoak, muineko lesioetan edo garuneko erasanean espezializatutakoak, hiesean espezializatutakoak eta tuberkulosia duten pertsonentzako zuzeneko behaketa anbulatorioko terapia ekipoak (ETODA).

**Kataluniako Autonomia Erkidegoa**  
**Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Vida als Anys programa**

*Deskribapena*

- Diziplina arteko unitate funtzional soziosanitarioak (UFISS).

Diziplina arteko ekipo espezializatuak dira, akutuen ospitaleetako hainbat zerbitzutarako laguntza eskaintzen dutenak, xede diren paziente taldeak, batez ere adineko populazioa eta gaixotasun baten fase terminalean dauden pertsonak baloratzeko eta kontrolatzeko. Geriatrian, zainketa aringarrietan, zainketa mistoetan zein arnasketako zainketetan espezializatutako diziplina arteko unitate funtzional soziosanitarioak daude.

**4. Droga-mendetasuna duten pertsonentzako laguntza ambulatorioko zentroak edo zerbitzuak.**

Askatasun funtzional osoarekin edo ospitale erakundearen menpe, pertsona horiei eta beren familiei diziplina anitzeko laguntza espezializaturako erregimen irekian eskaintzen diren zentroak dira, alderdi mediko, psikologiko eta sozialak kontuan hartuta eta droga-mendetasuna duen pertsonaren errehabilitazio prozesuaren jarraipena eginez, lehenengo harreratik hasi eta berriz gizarteratu arte.

**5. Droga-mendetasuna duten pertsonen laguntzeko egoitza zentroak.**

Zentro horietan, diziplina arteko ekipo espezializatu batek droga-mendetasuna duten pertsonen tratamendu integrala, medikoa, psikologikoa eta soziala ematen die egoitza erregimenean, jarduera sozioedukatiboak ere erabiliz.

**Banaketa lurraldeka**

Zerbitzu soziosanitarioak eragin soziosanitarioko 37 eremutan banatzen dira: 4 Barzelona hirian eta 33 gainerako lurraldean. Ereku horietako bakoitzerako baliabide horniduraren oinarriko adierazle batzuk definitu dira:

**Baliabide adierazleak, zerbitzu motaren arabera**

	Iraupen luzea	Egonaldi ertaina S + ZA	Susperraldiko egonaldi ertaina	Zainketa aringarriak	Eguneko ospitalea	PADES
<b>Oheak edo plazak 64 urte &lt; 100.000 bizt.-ko</b>	5	2	1,8		1,5	
<b>Ekipoak 100.000 biztanleko</b>						1
<b>Oheak 1.000 biztanleko</b>				0,06		

S: susperraldia; ZA: zainketa aringarriak.

**Zerbitzuetarako sarbidea**

- Baliabide soziosanitarioen sarera sartzeko, lurralde bakoitzeko dagokion zentroari egin behar zaio eskaera. Eskaera hori lehen arretako profesionalak, ospitalekoek edo balorazio eta sostengu taldeek (PADES; UFISS edo EAIA) aurkez dezakete, artatutako pertsonaren premien balorazioaren arabera. Egonaldi luzeko baliabideen kasuan, administrazioko ordezkariak eta eragin eremu bakoitzeko laguntza ekipoetako profesionalak osatutako diziplina arteko batzorde misto soziosanitarioen balorazioa behar da aurrez.
- Zerbitzu soziosanitarioen sareak, hasiera-hasieratik, paper garrantzitsua izan du ospitale sistema deskargatzen eta, urteetan zehar, asko hobetu du lehen arretako zentroetatiko sarbidea. Hala ere, zailtasun handiak izan dira osasun arlokoek bestelako zerbitzu soziosanitarioak baliatu ahal izateko; gizarte zerbitzuen menpeko egoitza zentroak zein oinarriko gizarte zerbitzuak, esaterako.

**Kataluniako Autonomia Erkidegoa**  
**Plan Soziosanitario Zuzentzailea. Vida als Anys programa**

**Deskribapena****Finantziazioa**

- *Vida als Anys* programak Osasun eta Gizarte Segurantzza Sailak eta Gizarte Ongizaterako Sailak zerbitzu soziosanitario batzuk modu bateratuan finantzatzeko sistema bat ezarri zuen. Zentzu horretan, arreta soziosanitarioa sustatu eta finantzatzeari buruzko utzailaren 30eko 215/1990 Dekretuak ezartzen duenaren arabera, zerbitzu bakoitzean, bi arreta modulu bereziko dira, bata sanitarioa eta bestea soziala, eta dagozkien administrazio eskudunek finantzatzeko dituzte.
- Osasun modulua, erabiltzaileei osasun arreta estaltzera bideratua –osasun langileen kostuak, zehazten diren tratamenduak eta produktu sanitario eta farmazeutikoak barne–, Kataluniako Osasun Zerbitzuak finantzatzen du osorik. Aldiz, gizarte modulua, etxearen ordezko ostatu hartzea, mantenua eta eguneroko bizitzako jardueretan laguntzeko langileak ordaintzera bideratua –zerbitzuak erabiltzeko lehenengo hiru hilabeteetatik aurrera–, Kataluniako Laguntza eta Gizarte Segurantzza Institutuak eta erabiltzaileek bien artean ordaintzeko formula baten bidez (gizarte zerbitzuen sarean erabiltzen den antzekoa) finantzatzen da.
- Zerbitzu mota bakoitzaren osasun eta gizarte moduluen kostuaren oinarriko unitateak urtero finkatzen dira, eta tarifa desberdinak ezartzen dira mendetasun edo konplexutasun kliniko maila desberdinen arabera.

**Emaitzak eta balorazioa**

- Katalunian garatutako ereduak premia mistoak dituzten kolektibo batzuentzat gutziz espezializatutako zerbitzu sare bat sendotu du. 2003an, egonaldi luzeko 5.519 plaza soziosanitario eta egonaldi ertaineko 2.000 plaza baino gehiago zeuden Katalunian, eta horiek ziren, garai horretan, estatu osoan zeudenen ia erdia.

**2003ko abenduaren 31ko zerbitzu soziosanitarioak**

Zerbitzuen tipologia	Unitateak	Ohe kopurua
Egonaldi luzea	83	5.519
Egonaldi ertaina. Guztira	91	2.055
Susperraldia eta psikogeriatría	44	1.467
Zainketa aringarriak	30	349
Balio anitzeko egonaldi ertaina	17	7.574
Guztizko ohe soziosanitarioak		1.461
Eguneko ospitalea	61	
PADES	68 ekipo	
UFISS	53 ekipo	
Ebaluazio Integral Anbulatorioko Ekipoak	42 ekipo	

Iturria: *Divisió d'Atenció Sociosanitària. L'atenció Sociosanitària a Catalunya. Vida als anys 2003. Bartzelona: Kataluniako Generalitatea. Osasun eta Gizarte Segurantzza Saila, 2004.*

- Etxez etxeko arreta programei dagokienez (PADES), eskuragarri dauden emaitzak onak dira. Minbiziaren fase terminalean dauden gaixoekin eginiko etxeko arreta programen esku-hartzea ebaluatzeko azterlan batek erakutsi duenaren arabera, sostengu ekipoen laguntzaren ondorioz, ospitaleratu behar izan ziren pazienteen ehuneko laurdenera jaitsi zen, eta larrialdi zerbitzuetara eginiko bisiten maiztasuna ere hiru bider txikiagoa izan zen.
- Hortaz, osasun eta gizarte problematika dituen populazioa artatzeko aukerak dibertsifikatzerakoan programak arrakasta izan duela esan daiteke. Hala ere, Kataluniako ereduari maiz egiten zaion kritika bat da ez duela benetako laguntza jarraitutasunik eskaintzen, nagusiki, bi sistemen arteko iragazkortasuna handi dezaketean eta zerbitzuen arteko ibilbide arina erraz dezaketean gizarte zerbitzuekin koordinatzeko mekanismo eraginkorrik ez duelako.

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

<i>Eremu geografikoa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomikoa.</li> </ul>
<i>Populazio hartzailea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Populazio osoa.</li> </ul>
<i>Harremanaren intentsitatea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazioa.</li> </ul>
<i>Maila</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Makroa.</li> </ul>
<i>Tartean diren zerbitzu motak</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osasun Sistema Publikoko zerbitzu guztiak.</li> <li>• Gizarte Ekintza Sistemako zerbitzu guztiak.</li> </ul>
<i>Tresnak Metodoak Estrategiak</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektore arteko planifikazio bateratua.</li> <li>• Diziiplina arteko balorazio ekipoa.</li> <li>• Diziiplina arteko esku-hartze ekipoa.</li> <li>• Kasu kudeaketa.</li> <li>• Informazio sistema partekatua.</li> </ul>
<i>Deskribapena</i>	<p><b>Aurrekariak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoak, Osasun eta Gizarte Ongizaterako Sailaren bidez –2003ko uztailaz geroztik Familia eta Aukera Berdintasun eta Osasun Sailetan berregituratua–, arreta soziosanitarioko lehenengo plana onartu zuen 1998an, osasun arazoak izateaz gain premia psikologiko, ekonomiko, sozial eta bestelakoak zituzten pertsonen beharrei erantzuteko. Lehenengo plan haren testuan arretarako berariazko eredu bat erakitzeke premia planteatzen zen, oinarrizko alderdi hauekin:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gaixo dauden eta ezgaitasuna duten pertsonen eta haien familien arreta premia desberdinak kontuan hartuko zituen arreta integrala eskaintzea.</li> <li>- Esku hartzeko eremu desberdinetako profesionalen parte-hartzearen bidez diziiplina arteko ikuspegia izatea.</li> <li>- Gaixotasunaren eta ezgaitasunaren eragin fisikoa murriztera bideratutako errehabilitazio eredu aktiboa, bizitza kalitate maila hoberenak mantentzera bideratutako neurriekin osatua.</li> </ul> </li> <li>• Gaztela eta Leongo arreta soziosanitarioko ereduaren garapena zuzendu behar zuten printzipioak zehazteaz gain, lehenengo plan hark mapa soziosanitario baten diseinua eta sei programetan bildutako baliabide sorta handiaren garapena aurreikusten zuen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Endekapenezko gaixotasunen programa.</li> <li>- Fase terminaleko gaixotasun kronikoen programa.</li> <li>- Zahartzeari lotutako patologia kronikoen programa.</li> <li>- Zahartzeari lotu gabeko patologia kronikoen programa.</li> <li>- Bilakaera luzeko eta pronostiko txarreko patologia psikiatriko kronikoen programa.</li> <li>- Arrisku handiko taldeen prebentzio, identifikazio eta arreta goiztiarreko programa.</li> </ul> </li> </ul>

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

*Deskribapena*

- 1998ko plana onartzea bultzada nabarmena izan zen baliabide mota askorentzat; hala nola, etxez etxeko arreta, telelaguntza zerbitzua, lagundutako egoitzak edo etxeko ospitaleratzea, eta zentro, zerbitzu eta programa berrien sorrera ere ekarri zuen, zainketa aringarrien unitateak, susperraldi unitateak, eguneko ospitaleak edo egonaldi luzeko osasun zentroak, kasu.
- 1998ko Arreta Soziosanitarioko Planak, halaber, osasun zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko erantzukidetasuna eta kooperazioa sustatu nahi izan zuen, eskualde osoan erakunde eta profesional anitzeko koordinazio egituren sorrera aurreikusiz. Aurreikuspen horiek garatuz, apirilaren 13ko 74/2000 Dekretuak Gaztela eta Leongo Erkidegoko arreta soziosanitarioko koordinazio egitura sortu eta arautu zuen. Honako organo hauek osatu zuten egitura:
  - Plan Soziosanitarioko Zuzendaritza Kontseilua, eskualdekoa;
  - Plan Soziosanitarioko Zuzendaritza Batzordeak (zuzendaritzakoak) eta Arreta Soziosanitarioko Koordinazio Batzordeak eta Arreta Soziosanitarioko Planaren koordinatzaileak (teknikari eta aholkularitzari dagozkionak), osasun arloetan.

Egitura hori sendotu egin zen gero, Planifikazio Soziosanitarioko Zuzendaritza Nagusiaren abenduaren 13ko 286/2001 Dekretuak sortutako zuzendaritza organo nagusiaren bidez. Organo horri eman zitzaizkion, besteak bestea, honako eginkizun hauek: *“Gaztela eta Leongo Plan Soziosanitarioaren aurreproiektua prestatzea, hura kontrolatu eta ebaluatzea, koordinazio soziosanitarioa eta Gaztela eta Leongo Osasun Sistemaren eta Gizarte Ekintza Sistemaren arteko integrazio handiagoa lortzera bideratutako mekanismoak sustatzea barne hartuta”*.

Urte bereko abenduaren 27ko Aginduaren bidez, *“koordinazio soziosanitarioko egitura periferikoak hasitako proposamen eta ekintzak babestea eta koordinatzea”* Zuzendaritza Nagusi horretako Koordinazio Soziosanitarioko Zerbitzuari zegokiola zehaztu zen eta, hala, erreferente nagusi bat ezarri zen koordinazio egitura teknikoan lanerako, eta bi sistemen arteko harreman handiagoa sustatu zen.

- Hala ere, 1998ko planak muga batzuk ere bazituen. Bere ebaluatzaileen arabera, muga nagusia “arreta soziosanitarioa” kontzeptuaren beraren definizioaren zehaztasun eza zen; zentzu zabalean erabiltzen zen, osasun arloko gailuak –lehen arreta, etxeko ospitaleratzea, susperraldi unitateak, etab.– gizarte zerbitzuetako gailuak –etxez etxeko laguntza, telelaguntza edo eguneko egonaldiak– eta, azken finean, “erabiltzaile soziosanitario” deiturikoengan eragina izango zuen edozein baliabide barne hartzeko. Planaren xede zen arloaren definizioaren zehaztugabetasunak nabarmen zaildu zuen proposatutako neurriak gauzatzeko.

## **II. Plan Soziosanitarioa**

- Muga horiek gainditzeko xedez, urtarrilaren 23ko 59/2003 Dekretuak onartuta, Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa atera zen. Lehenengoarekin alderatuta, hura zerbitzuen estaldura zabaltzera eta baliabide berriak sortzera bideratuta zegoen funtsean eta hau, aldiz, gizarte eta osasun zerbitzuetarako eredu sinergiko bat sendotzean zentratu zen, bi sistemen planifikazio eta koordinazio egokiaren bidez.
- 1998an egindako akatsak saihesteko, lehenik eta behin, planaren jarduketa eremua argitu behar zen, baita erabilitako terminologia ere. Horrekin bat etorritik, 2003ko planean “arreta integrala” kontzeptua erabiltzearen alde egin zen, sustatu zutenen iritzi, horrek behar bezala biltzen baitzuen, jarduketa zehatz bakoitzean, bat egiten duten interesen multzoa pertsonen premietarako hurbilketa holistiko edo global batetik.

“Soziosanitario” terminoa –hala izendatzen da plana bera–, horrela, ikuspegi zabalago batetik erabiltzeko gordetzen da, gizarte ekintza eta osasun sistemen antolaketari eta hedapenari dagokienez, beren osotasunean. “Planifikazio soziosanitarioa” eta “koordinazio soziosanitarioa” arreta integrala izatea lortzeko tresna gisa agertzen dira, formalki osasun eta gizarte arlokatzat hartzen diren zerbitzuak aldi berean edo hurrenez hurren eman behar diren kasuetan.



**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

Deskribapena

**Planaren printzipio gidariak**

**1. Gizarte ekintza eta osasun sistemen integrazio funtzionaleko printzipioa.**

Arreta integralak pertsona bereberei elkarri lotutako premiei erantzuteko hainbat zerbitzu eman beharra dakarrenez, integrazio funtzionala hartzen da ikuspegi egokientzat behar bezala betetzeko.

- “Hirugarren sarerik” ez izatea.

Espazio soziosanitarioa ez da gizarte ekintza sistemaren edo osasun sistemaren zati gisa ulertzen, ezta bien arteko elkargune gisa ere.

Biak barne hartzen dituen makrosistema gisa eta, zentzu horretan, zerbait gehiago eta bien batura baino zerbait gutxiago dela ulertzen da. Zerbait gehiago, bere funtzionamendu konbinatu eta sinergikoak bereizita beren jarduteko ikuspegitik planteatzea litezkeenak baino lorpen aukera handiagoei bide emango baitie. Zerbait gutxiago, funtzionamendu sinergiko horrek bi sistemak garapen arau batzuen menpe jarri behar baititu eta, neurri batean, arau horiek garapen paralelo bati dagozkionak baino zorrotzagoak direlako, izan ere, sistema bakoitzak kontuan hartu beharko ditu bere antolaketan eta hedapenean, berari dagozkion ondorioez gain, besteari dagozkion ondorioak.

Horrela, zerbitzu desberdinak sistema bati edo besteari atxiki behar zaizkio, bakoitzaren eremuak ongi definituta eta eskumenak behar bezala mugatuta.

- Planifikazio integratzailea.

Osasun laguntzako eta gizarte laguntzako premiak elkartu egiten dira maiz, eta horrek ezinbesteko egiten du bi sistemak ikuspegi global batetik planifikatzea, zerbitzuen eskaintzak eta horietako bakoitzean esku hartzeko erabakiek zerbitzuen eskaerari eta bestean esku hartzeko baldintzei ezinbestean eragingo diela kontuan hartuta.

Zentzu horretan, 1998ko planarekin alderatuta, hura formalki Gaztela eta Leongo Osasun Planaren zati gisa prestatu baitzen, 2003ko plana planifikazio tresna zabalago gisa ulertzen da, eta berdin eragiten die osasun eta gizarte ekintza sistemei. Hortaz, bi sistemen planifikazio estrategiko integral eta sektorialerako erreferentzia esparruan eratzen da.

- Baliabideen esleipen integratzailea.

Planifikazioan ikuspegi holistikoa hartzen denez, beharrezkoa da baliabideen esleipenak gizarte ekintza eta osasun sistemen garapenean gertatzen den elkar-rreragin saihestezina kontuan hartzea, eta bien finantziazioan ikuspegi global batetik beharrezkoak diren doikuntzak gitea.

- Koordinazio egiturak sustatzea.

Baliabide publikoen kudeaketan gehienezko eraginkortasuna eta eragimena bilatzeak koordinazio eraginkorra eskatzen du zerbitzuen prestazio zehatzaren kudeaketan, gizarte ekintza eta osasun sistemarako (oinarrizko eta lehen arretako gizarte zerbitzuak) sarrerako ateetatik bertatik koordinazio bide formalak edukitzea sustatuz, baita ospitale eremuan berariazko egiturak sortzea ere.

Aldi berean, ezinbestekoa da gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen artean informazio sistema partekatutako edo, horietako bakoitzerako berariazkoak izan arren, beren artean behar bezala lotutako sistemak sustatzea.

**2. Populazioa orientatzeko printzipioa.**

- Edozein pertsona gizarte ekintza eta osasun sistemen erabilgaitzaile eta, ondorioz, arreta integralaren eta gailu eta zerbitzu desberdinen behar bezalako koordinazioaren hartzekoduna izan daitekeela kontuan hartuta, esan daiteke bi sistema babesleen osagai soziosanitarioa ez dagokiela horietako bakoitzaren zati zehatz eta jakinei, baizik eta biet zentzua ematen dien baliabide eta jarduketaren multzoari.

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

*Deskribapena*

- Aurrekoaren kaltetan izan gabe, bistakoa da kolektibo jakin batzuek maizago azaltzen dutela koordinazio egokia eskatzen duen gizarte eta osasun premien elkartzea.

Berariazko kolektiboetara zuzendutako jarduketara zehatzak, beraz, zerbitzuak hiritarren premietara egokitzeko premisaren pean ezarri beharko dira.

**3. Baliabide orokor eta normalizatuen bidez esku hartzeko lehentasun printzipioa.**

- Bereizitako gailu bat ezartzeko premiak justifikatuta egon beharko du beti, baliabide orokorretan egokitzapen egokiak egiteko aukerari lehentasuna emanda aztertu ondoren eta, nolana ere, proposatutako gailu berezia izateak dakartzan kudeaketa eta koordinazio zailtasun gehigarriak dagokienez espero diren onurak baloratuta.
- Azkenik, halako gailuak behar direnean, haren funtzionamendua arreta baliabide orokor eta normalizatuekin lotzeko beharrezko diren mekanismoak ezarri beharko dira.

**4. Familian eta komunitatean esku hartzeko lehentasun printzipioa.**

- Beharrezkoa da lehen eta bigarren mailako gailuak, etxez etxeokak eta bitartekoak, sustatzea, ohiko ingurunean arretaren aldeko lehentasun printzipio hori eraginkor eginez eta goi mailako gailuen eskaerak, benetan, aurreko mailetako baliabideen erabilgarritasunaren eragin zuzena duela kontuan hartuta.

**5. Hiritarrek parte hartzeko printzipioa.**

- Printzipio honen irudikapen praktikoa erabiltzaileen eskubideen arloko arau eta garapen jarduketari, profesionalak eskubide horien gainean sentzibilizatu eta prestatzeko jarduerari eta gizarte egiturak gizarte eta osasun zerbitzuak hobetzen laguntzeko bide formalak izateari lotzen zaie, zerbitzuen eta emaitzen gaineko pertzepzioak ekarriz, hutsuneak identifikatzen lagunduz eta alternatiba bideragarriak formulatzen eta abiarazten lankidetzan jardunez.

***Ildo estrategikoak eta esku hartzeko eremuak***

**1. Koordinazio soziosanitarioa sustatzea.**

- Arau esparru komuna ezartzea.

Integrazio funtzionaleko printzipio gidariaren eraginkortasun handiena lortzeko, esku hartzeko esparru komuna eta bi sistemen arteko harremanen erregulazioa biltzen dituen arau bat aldarrikatu behar da. Arau horrek bi sistemetan barneratutako jarduera eta prestazioen zerrenda argituko luke, eta dagozkien prestazio katalogoak ikuspegi integraletik onartzea ekarriko luke, baliabide integratzaileen planifikazioaren, esleipenaren eta antolaketaren inguruko alderdiak nabarmenduko lituzke eta, azken finean, bi sistemen arteko harremanak arautuko lituzke.

Arau esparru honek bide eman beharko lioke gizarte eta osasun zerbitzuen zonifikazioek gehiago bat egiteari ere.

- Koordinazio soziosanitarioko egitura operatiboak sortzea.

Eskualdeko edo probintziako koordinazio organoak izatea beharrezkoa da, baina ez da nahikoa osasun eta gizarte zerbitzu sistemen arteko koordinazio egitura operatiboak lortzeko. Bi sistemen arteko koordinazio premiak zuzeneko arreta baliabideetan bertan agertzen dira funtsean, eta koordinazio ahaleginekin gizarte babeseko bi sistemen –gizarte ekintza zentroak eta lehen arretako ekipoak– sarrerako ateetatik hasteko premia ikusten da.

Hortik abiatuta, erakunde bat sortzen da koordinazio soziosanitarioko egituren sarean, beren artean ongi bereizitako lau jarduketara maila eta helbururen inguruan:

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

*Deskribapena*

- Oinarrizko koordinazio ekipoak, zerbitzuak zuzenean ematen dituzten profesionalak osatuak –gizarte ekintza zentroetako eta lehen arretako ekipoetako profesionalak, baita buru osasuneko ekipoetakoak ere–, kasu kudeaketa xede dutenak.
  - Koordinazio soziosanitarioko batzordeak, esku hartzeko eremu desberdinetako profesionalak osatuak. Xede nagusi hau dute: oinarrizko koordinazio ekipoei orientatu eta teknikoki laguntzeaz gain, oinarrizko koordinazio ekipo ugarien lurralde esparruko (probintzia mailan) prozesuen egokitasunari buruzko proposamenak egitea.
  - Zuzendaritza soziosanitarioko batzordeak, esku hartzeko eremu desberdinetako arduradunek osatuak. Horien helburu nagusia hau da: beharrezko erabakiak hartzea prozesuak modu eraginkorrean egokitzeko eta, azken finean, kasu zehatzen kudeaketa eraginkorragoa izan dadin, oinarrizko koordinazio ekipo ugarien lurralde esparruan.
  - Zuzendaritza soziosanitarioko kontseilua, esku hartzeko eremu desberdinetako arduradunek osatua. Horren helburu nagusia jarraibide orokorrak ematea, probintzia desberdinetako zuzendaritza soziosanitarioko batzordeen jarduketa orientatzea eta ekintza guztien sustapenaren eta homogeneotasunaren alde egitea da.
- Prozesuen eta kasuen kudeaketa garatzea.

Planak prozesuak kudeatzeko metodologia eta tresnak erabiltzea proposatzen du, koordinazio soziosanitarioko egituren eraginkortasuna eta proposamenak prestatu eta aplikatzeko adostasuna handitzeko.

Mailarik eraginkorrean –bertan egongo lirerateko oinarrizko koordinazio ekipoak–, kasuak kudeatzeko metodologia erabiliko da premien balorazio partekatua errazteko eta esku-hartzeak modu bateratuan diseinatzeke. Hartara, gainera, errazago hautemango dira akatsak, eta osasun eta gizarte zerbitzuetako prestazio integratuko prozesuak hobetu egin ahal izango dira. Kasuen kudeaketak, hala, eragozpen administratiboak gainditzeko, premiak modu bateratuan ebaluatzeko, zainketa plan partekatu eta adostuak ezartzeko eta baliabide erabilgarriak modu eraginkorragoan esleitzeko balio izango du.

Kasuen kudeaketa ez da oinarritzen kasuen kudeatzaile gisa profesional bakarra izendatzean, baizik eta talde-lanean, baterako balorazioan, bere eskumenera eta esku hartzeko eremuaren arabera beharrezkoa den gailu edo profesional bakoitzaren jarduketa konpromisoan eta prozesuaren eta emaitzen birrebaluazio partekatuan.

- Informazio sistema partekatuak ezartzea.

Planak azaltzen duenez, egungo informazio sistemen osagarritasun ahula da zerbitzuen funtzionamenduan eta koordinazioan eragin handiena duten arazoetarik bat. Horregatik, beharrezkotzat jotzen da zirkuitu bertikalean zein horizontaletan dauden informazio defizitak gaindituko dituen osasun eta gizarte zerbitzuen arloko informazio sistema integrala ezartzea.

- Profesionalak berriaz koordinazio soziosanitariorako prestatzea.

Ezin zaio esku-hartze soziosanitarioaren konplexutasunari heldu, ezta osasun eta gizarte zerbitzuen prestazio integratua behar duten pertsonen ahalik eta arretarik onena jaso dezaten bermerik aurreikusi ere, baldin eta ez bada ardatz eta sostengu gisa ezartzen koordinazio soziosanitarioko prozesuetan trebatzea.

Jarduketa horiek barne hartu behar dituzte berriazko eta koordinazio egitura desberdinetako kideei zuzendutako prestakuntza jarduerak eta, oro har, gizarte eta osasun zerbitzu publikoetan ezarritako prestakuntza ekintzetan barneratu beharreko koordinazio soziosanitarioaren arloko esku-hartzeak.

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

*Deskribapena*

*2. Erkidego eremuan zerbitzuen prestazio integratua bermatzea eta mendetasuna prebenitzea.*

- Beharra duten pertsonen etxeko zainketak hobetzea.
  - Etxez etxeko laguntza zerbitzuaren estaldura handitzea.
  - Mendeko pertsonen etxeko zainketa premiak zein diren eta zein baldintzetan ematen diren jakitea eta erabiltzaileen profilaren eta zerbitzuaren prestazioen benetako edukiaren arteko aldea aztertzea, beharrezkoak diren aldatetarako egiteko.
  - Etxeko mendetasuneko zainketen prestazioa optimizatzeko aukerak aztertzea, laguntza zerbitzu sozialekin koordinatuta, eta horiek abiaraztea sustatzea.
  - Etxez etxeko zerbitzuen planifikazioak eta garapenak landa ingurunean baliabideak behar bezala hornitzeko faktore zuzentzaileak barneratzen dituztela bermatzea.
- Familiako zaintzaileen zainketa eta trebakuntza sustatzea.
  - Familiako zaintzaileentzako arreta zerbitzuen estaldura lehen arretako zerbitzuen zorroaren zati gisa ezarri eta pixkanaka gehitzea, 2008rako familiako zaintzaileen % 50 gutxienez lortu arte.
  - Lehen arretako ekipoen eta gizarte ekintza zentroyen lankidetzeta sinergikoa familiako zaintzaileei zuzendutako taldekako jardueretan.
- Pertsona familiaren bizilekuan mantentzeko bitarteko baliabideak sendotzea.
  - Eguneko arreta zerbitzuen estaldura handitzea, planaren denbora horizontean 80 urtetik gorako 100 pertsonako bi plazako ratioa lortzeko asmoz.
  - Aldi baterako egonaldietako plazen erabilgarritasuna handitzea, lehentasunez aldi baterako egonaldietarako erabiltzeko 500 plaza izateko moduan.
  - Aurreikus ezin daitezkeen edo bat-bateko arrazoiengatik eta familiak edota zaintzaileek arnas aldi bat har dezaten aldi baterako egonaldietarako argi eta garbi bereizitako sarrera baldintzak ezartzea; lehenengoetan, sarrera arina izateari lehentasuna emanez eta, bigarrenetan, sarrera horiek modu programatua eta aurretiaz emateari lehentasuna emanez, familiek antolatzeko aukera izan dezaten.
  - Aldi baterako egonaldien erabiltzaileen profilak definitzea, ospitaleko susperaldi unitateen eta etxeko ospitaleratze unitateen edo antzekoen zein etxeko lehen arretako zerbitzuen erabiltzaileen profiletatik argi eta garbi bereiztea bermatzeko moduan.
- Mendetasuna prebenitzeko neurriak indartzea.
  - Osasunerako hezkuntza programak sistematizatzea eta Gaztela eta Leongo lurralde eremuan sustatzea.
  - Garatzen diren tresna planifikatzaile guztietan prebentzioaren ikuspegia lehentasun gisa barneratzen dela bermatzea.
  - Gizarte zerbitzuetako programek osasuna mantentzeari eta gaixotasuna eta mendetasuna prebenitzeari egiten dioten ekarpena indartzea.

*3. Gizarte zentroetako arreta integrala eta ospitaleetako zainketen jarraitutasuna hobetzea.*

*3.1. Gizarte zentroak.*

- Gizarte zentroetako arreta integrala hobetzea.
  - Gizarte zentroyen erabiltzaile diren pertsonentzako prestazio farmazeutikoetarako, miaketa osagarrietarako eta interkontsultetarako sarbidea erraztera bideratutako mekanismoak ezartzea.

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

*Deskribapena*

- Gizarte zentroetan zerbitzuak ematen dituzten administrazio publikoei lotutako osasun arloko profesionalak osasun zerbitzuak ematean pixkanaka erregistro irizpideak, arau teknikoak eta ebaluazio prozedurak aplikatzea.
- Lehen arretako kupoak esleitzeko prozedurak egokitzeo aukerak aztertzea eta hobetzeko neurriak ezartzea.
- Gizarte zerbitzuetako zentroetan medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea.

3.2. Ospitaleak.

- Laguntza jarraipeneko ospitale unitateak abiaraztea, bi helburu nagusi hauekin:
  - Ospitale barneko pazienteen balorazio sistema globala ezartzea, arrisku soziala detektatzera eta ospitaleko alta zainketen jarraipenari dagokionez ahalik eta berme onenean prestatzera bideratua.
  - Zentro guztietan laguntza soziosanitarioko jarraipen unitateak sortzea (UCASS), pazienteen kokapen egokiena eta zainketen jarraipena bermatzera bideratuak.
- Ospitaleratutako pertsonaren zaintzaile edo familiako zaintzaile gisa jarduten duen pertsonari arreta eskaintzea:
  - Ospitaleratutako mendeko pertsonen familiako zaintzaileen zainketetako trebakuntza, laguntza emozionala eta gizarte laguntza sustatzea, haiei arreta emateko zerbitzuak diseinatu, bermatu eta pilotatzearen bidez.
  - Zerbitzu hauek arreta espezializatuko kudeaketaren urteko planetan baneratztea, eta Autonomia Erkidegoko ospitale guztietan orokortzea.
- Susperraldirako behar adina baliabide izatea.
  - Osasun arlo desberdinetan dauden susperraldi unitateak sendotzea, akutuen ohean guztizko kopuruaren % 5en pareko ratioa lortu arte.
  - Gailu hauentzako funtzionamendu gidak prestatzea, osasun eta gizarte zerbitzuetako lehen arretako profiletatik behar bezala berezita, eta arreta eta asistentziako deribazio eta jarraipeneko zirkuituak zehaztuta.

4. Kolektibo jakin batzuen berariazko premiei erantzutea.

Gizarte zerbitzuetarako eta osasunerako eredu sinergikoak hiritar guztiei gizarte zerbitzu eta osasun prestazio integratua bermatzera bideratuta egon behar du, populazioa orientatzeko eta esku hartzeko lehentasunezko printzipio gidarien arabera, planean proposatzen diren baliabide orokor eta normalizatuen bidez.

Hala ere, planteamendu hori bateragarria da premia bereziak dituzten eta berezko araubide juridikoa duten sektore zehatz batzuentzat berariazko erantzunak ematearekin. Horri gehitu behar zaio populazio talde batzuek, txikiak direlako, gizarte ordezkari txikia dutelako, zirkuitu orokorretatik aparteko egoeran bizi direlako edo gizarte bazterkeria prozesu berrietako parte direlako, hainbat eratako mugak jasan ditzaketela osasun eta gizarte baliabideak baliatu ahal izateko.

Onorioz, berariazko sektoreei arreta emateko sustatu beharreko ekintzak dagozkie neurriak ezartzera bideratuak daude, populazio talde desberdinek osasun eta gizarte zerbitzuetako prestazio integratua baliatu ahal izateko dituzten eragozpenak identifikatu eta pixkanaka eragozpen horiek gainditu eta ezabatzea sustatuz.

4.1. Adineko pertsonak.

- Geriatria arloan eta, bereziki, Alzheimerren gaixotasuna eta bestelako dementziak dituzten pertsonak artatzeko profesionalen prestakuntza eta gaikuntza hobetzea, paziente geriatrikoak artatzeko eta osasun eta gizarte ekintza sistemen arteko prestakuntza trukeko ekintzak garatzeko berariazko prestakuntza duten profesionalentzako trebakuntza jarraituko planetan lehentasun gisa sartuz.

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

*Deskribapena*

- Adineko pertsonen eta, bereziki, beren osasun egoerarengatik eta beren gaitasun kognitiboarengatik zein borondatezko gaitasunarengatik zaurgarriagoak direnen eskubideak errespetatu daitezkeen bermatzea, adineko pertsonak artatzeko eta babesteko legetan jasotako aurreikuspenak garatuz, adineko pertsona ezinduen gaineko babes eginkizunak betetzeari eta osasun arloan haien eskubideak babesteko berariazko protokoloak garatzeari arreta berezia jarrita.

4.2. Adingabeak.

- Patologiak, ezgaitasunak edo premia bereziak dituzten zein arrisku soziosanitario handian dauden haur eta nerabeentzako lehenetako arreta eta berariazko laguntza.
- Haurrei eragiten dieten arrisku edo babesgabatasun egoerak detektatu eta baloratzea, berehala agintaritzeari formalki jakinaraztea eta osasun arloko profesionalak babesgabatasun egoera horiek saihestu eta konpontzeko lankidetzak jardueretan parte hartzea, topa daitezkeen arrisku edo babesgabatasun egoerak detektatu, baloratu eta jakinarazteko beharrezkoak diren tresnak sortuz eta sentsibilizatuz.
- Familiako harrera egoeretan edo egoitza zentro batean sartzean, osasun zerbitzuekin behar bezala koordinatzea, adingabeen osasun balorazioan eta tratamenduan bizkortasuna bermatuko duten prozedurak prestatuz.
- Adingabeen erantzukizun penala arautzen duen legeria betez, kautelazko edo behin betiko neurrien pean dauden nerabe eta gazte arau hauleentzako lehen arretako eta arreta espezializatuko zerbitzuak emateko sistema integratua garatzea.
- Ezgaitasun larriak, toxikomaniak, nahaste psikiatrikoak, gaixotasun kroniko larriak edo antzeko arazoak dituzten adingabeak egoitzetan hartzeko sareetan baliabide espezializatuak sortzea.

4.3. Pertsona ezinduek.

- Osasun sistemako profesionalen gaikuntza hobetzea, pertsona ezinduek arretaren ikuspegi bio-psiko-sozial batetik behar bezala artatzeko, prestatzeko eta espezializatuzko berariazko jarduketak diseinatuz eta ezarri.
- Prebentziozko eta arreta goiztiarreko neurriak sustatzea, gizarte ekintza sistemaren, osasun sistemaren eta bestelako eskumen eremuen artean koordinatuta, arreta goiztiarreko eredu koordinatu bat orokortuz, gizarte, osasun eta hezkuntza arloko gailu guztien partaidetzarekin, esku hartzeko ziklo bakarrean.
- Gizarte zerbitzuetako zentroetan eta osasun sistemako zentroetan pertsona ezinduei osasun arreta egokia emateko berariazko protokoloak onartzea.

4.4. Drogen ondoriozko arazoak dituzten pertsonak.

3/1994 Legeak, martxoaren 29koak, drogazaleen prebentzioari, laguntzari eta gizarteratzeari buruzkoak, kontsiderazio integral eta diziplina artekotik abiatuta, droga-mendetasunak gizabanakoaren eremu biologikoan, psikologikoan eta sozialean eraginak dituzten gaixotasun gisa hartzen direla kontuan hartuta, jarduketa sektorial desberdinak koordinatzeak duen garrantzia nabarmentzen du.

Lege horren bidez, drogazalearen laguntza eta gizarteratze sare bat sortu da Gaztela eta Leonen; ez laguntza sare orokorretatik berezita, baizik eta osasun publikoko sistemako eta gizarte ekintza sistemako zentro eta zerbitzu orokorrak, espezializatuak eta berariazkoak modu koordinatuan barne hartzen dituen erabilera publiko dibertsifikatuko laguntza sare gisa eratuta.

**Gaztela eta Leongo Autonomia Erkidegoa**  
**Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioa**

<i>Deskribapena</i>	<p>Hala ere, oraindik ere hotzeko aukerak ikusten dira arretaren koherentzia eta eraginkortasuna bermatzeko beharrezkoak diren koordinazio prozesuen definizioan. Helburu horrekin planteatzen dira honako jarduketak hauek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eskualde mailako diziplina arteko lantalde bat sortzea.</li> <li>• Zerbitzu bakoitza emateko prozedurak zehaztea.</li> <li>• Sail arteko prozesuak eta gailuen arteko informazioaren transmisioa zehaztea.</li> <li>• Prozesuak eta kasuak probintzia eremu bakoitzean monitorizatzeko prozedura ezartzea.</li> </ul> <p>4.5. Gizarte bazterkeria egoeran izateko arriskuan dauden beste pertsona batzuk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizarte ekintza eta osasun sistemako zerbitzuetarako sarbide normalizatua eragotz dezaketen berariazko alderdiei buruzko azterketak egitea.</li> <li>• Koordinazio soziosanitarioko batzordeen eta oinarritzko koordinazio ekipoen bidez, talde bakoitzaren berariazko ezaugarrietara egokitutako arreta aktibo eta koordinatuko prozedurak garatzea.</li> <li>• Arreta integralerako tresna baliagarriak ematen dituzten esperientziak zabaltzeko bideak ezartzea.</li> </ul>
<i>Emaitzak eta balorazioa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oraindik ez dira argitaratu urteko jarraipen txostenak eta Gaztela eta Leongo II. Plan Soziosanitarioak aurreikusitako ebaluazio txosten globala eta, beraz, oso gutxi dakigu bertan proposatutako neurrien eraginkortasunaz eta ezarpen mailaz.</li> <li>• Gaztela eta Leongo Erkidegoko koordinazio soziosanitarioko egiturei buruzko apirilaren 13ko 74/2000 Dekretua aldatu duen apirilaren 24ko 49/2003 Dekretuaren onarpenean zehaztu da plana. Lehenengo artikulua bidez eratu dira planean aurreikusitako oinarritzko koordinazio ekipoa.</li> <li>• <i>Oinarritzko koordinazio ekipoen funtzionamendu eskuliburua eta Koordinazio soziosanitarioko batzordeen funtzionamendu gida</i> ere argitaratu dira, lana errazteko eta ekipo eta batzorde horien funtzionamendua homogeneizatzeko tresna gisa eraturakoak.</li> </ul>

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

<i>Eremu geografikoa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomikoa.</li> </ul>
<i>Populazio hartzailea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buruko gaixotasuna duten pertsonak.</li> <li>• Mendeko adinekoak.</li> <li>• Ezgaitasun fisikoak dituzten pertsona helduak.</li> <li>• Ezgaitasun intelektuala duten pertsonak.</li> </ul>
<i>Harremanaren intentsitatea</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema sanitario eta sozialen koordinazio horizontala eta bertikala, beren osotasunean.</li> </ul>
<i>Maila</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Makroa.</li> </ul>

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

Tartean  
diren zerbitzu  
motak

- Osasun arreta espezializatua.
- Komunitateetako eta egoitzetako gizarte zerbitzuak.

Tresnak  
Metodoak  
Estrategiak

- Sektore arteko planifikazio bateratua.
- Koordinazio egiturak.
- Diziiplina arteko balorazio ekipoak.
- Informazio sistema elkartuak.

Deskribapena

**Alderdi orokorrak**

- Extremadurako Juntak, Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizaterako Kontseilaritzen bidez, 2003an, patologia kronikoa duten eta mendetasun egoeran dauden pertsonen premiei erantzuteko arreta soziosanitarioko eredu bat zehazteari ekin zion. Helburu hau lortzeko urrats garrantzitsua izan da Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana onartzea. 2006an Cristina Infanta IMSERSO saria jaso du.
- Ikuspegi kontzeptualetik zein praktikotik espazio soziosanitarioaren planifikazioa biltzen duen planak populazioak zerbitzu soziosanitarioei dagokienez dituen premiak ezartzen ditu eta ase gabeko eskaria zehazteko bi sistemek egun eskaintzen dutena aztertzen du. Sortu beharreko zerbitzu berriak eta hobetu beharreko alderdiak identifikatu ondoren, hurrengo bost urteetan aldaketa prozesua gidatu beharko duten ildoak ezartzen dira.

**Arreta soziosanitarioaren definizioa eta nahi den arreta eredu**

- Honela definitzen da arreta soziosanitarioa: *“zainketa jarraituak edo iraupen luzeko zainketak ematea mendetasuna eta patologia kronikoak dituzten eta zainketa pertsonalen eta osasun zainketen premia duten pertsonen”. Premia hauen arreta gizarte eta osasun sektoreetako baterako ekintzaren bidez estaliko da; sektore bakoitzak bere eskumenak mugatzen lagunduko du eta hiritarren gizarte eta osasun premiei erantzun integrala emateko beharrezkoak diren zerbitzu guztiak garatuko ditu, zerbitzu sistema koordinatua antolatuta, arreta integrala, diziiplina artekoa eta globala emateak bereizten dituen ongi zehaztutako prozesuekin”.*
- Hortaz, egungo ez aparteko beste sektore baten sorrera baino, osasun eta gizarte sektoreak koordinatzeko espazioa da, eta honako printzipio orokor hauek gidatuko dute:
  - Prebentzioan, zainketetan eta errehabilitazioan sendatzeko laguntza adinako enfasia jartzen duen arreta sistema integrala lortzea.
  - Ahal den heinean ospitaleratzea eta instituzionalizazioa saihestuz, erabiltzailea bere etxean eta bere gizarte ingurunean egotea sustatzen duen arreta eredu komunitarioa sustatzea.
  - Erabiltzailearen premien ebaluazio integrala nagusitzea, patologia, mendetasun fisiko, psikiko eta intelektualaren maila eta laguntza sare soziala barne hartuta.
  - Arretaren jarraipena egin ahal izateko informazio sistema komuna garatzea.
  - Pertsonari alderdi guztietan integralki artatzea, diziiplina arteko edo diziiplina anitzeko arreta eskainiz, sektore arteko antolaketa funtzional koordinatuarekin.
  - Arreta prozesuan laguntza jarraitutasuna, konplexutasun mailen araberrako egituraketa eta mailen eta sektoreen artean koordinatutako eskumenak mugatzea lortzea arreta integralaren oinarri gisa.
  - Zerbitzuen funtzionalitatea eta eraginkortasuna sustatzea, baliabideen antolaketako egituren zurruntasunaren aurrean.



**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

*Deskribapena*

- Populazioaren premien arabera zerbitzuen eskaintza dibertsifikatzea, artatutako pertsonen premia aldakorretara egokituko diren baliabide balioaniztun eta malguak garatuz, zerbitzuak aldi berean ematea eta baliabideen artean pazienteak ibiltzea erraztuz.
- Kualifikazio tekniko eta giza berotasun handienarekin emandako zerbitzuak, egungo garapen teknologikoarekin bat datozenak, eta erosotasun neurriak ahal bezainbat kontuan hartzen dituzten baliabideak garatzea.
- Zerbitzu eskaintzaren gehikuntza harmonikoa, premien arabera lehenetsia eta egokitu egin daitekeena, iragankor bihurtzea ekintza eremu desberdinetan, arreta maila desberdinen arteko desoreka saihestuz.
- Sistema iraunkorra antolatzea antolaketa eta ekonomia aldetik, eraginkortasuna, baliabideen etekina eta arretaren emaitza integratua baloratzu.
- Zuzendari, profesional, hiritar, paziente, familiarterako eta erabiltzaileen elkar-teen parte-hartzeari eta ekarpenei esker aurrera egingo duen sistema bat antolatzea.

***Lehentasunez artatu beharreko populazio taldeak***

Zerbitzu soziosanitarioak eska ditzaketen pertsonen bost tipologia handi zehaztu ziren. Erabiltzaile talde horietako bakoitzerako, zainketen premiaren arabera bereiz litzaketen irizpide nagusiak ezarri ziren eta, horrela, 14 profil soziosanitario finkatu ziren:

## 1. Buru osasuna.

- Buru nahaste larria duten 15 urtetik 65 urtera bitarteko pertsonak, erabateko mendetasuna edo mendetasun handia dutenak.
- Buru nahaste larria duten 15 urtetik 65 urtera bitarteko pertsonak, mendetasun arina edo moderatua dutenak.
- Buru nahaste larria eta osasun zainketen premia handia duten pertsonak.

## 2. Zainketa aringarriak.

- Egoera terminalean dauden pertsonak, sintomatologia ez konplexua edo egonkorra dutenak, instituzionalizaziorik behar ez dutenak.
- Egoera terminalean dauden pertsonak, sintomatologia konplexua edo ezegonkorra dutenak, instituzionalizazioa behar dutenak.
- Egoera terminalean dauden pertsonak, sintomatologia konplexua edo ezegonkorra dutenak, instituzionalizaziorik behar ez dutenak.

## 3. Mendeko adinekoak.

- Mendetasun maila handia duten adineko pertsonak.
- Dementzia larria duten adineko pertsonak.
- Oso zainketa konplexuak behar dituzten adineko pertsonak.
- Osasun zainketa asko behar dituzten adineko pertsonak.

## 4. Ezgaitasun fisikoa duten 65 urtetik beherako pertsona helduak.

- Ezgaitasun fisiko iraunkorra eta erabateko mendetasuna dutenak.
- Ezgaitasun fisiko iraunkorra eta mendetasun handia dutenak.
- Osasun zainketa luzeak behar dituztenak.

## 5. Ezgaitasun intelektuala duten pertsonak.

- Erabateko mendetasuna edo mendetasun larria dutenak, edo jokabide arazo larriak dituztenak.

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

*Deskribapena*

**Beharrezko baliabideen definizioa**

- Laguntza modalitatea erabiltzailearen mendetasun mailaren eta gizarte sarearen egoeraren arabera da:
  - Barneratze erregimeneko laguntza.  
Gizarte sare egokia izan ala ez, mendetasun handia jasaten duten erabiltzaileei zuzendua dago. Barneratze hori egonaldi ertain edo luzekoa izan daiteke, ospitalean zein egoitzan.
  - Etxez etxeko arreta.  
Mendetasun moderatua eta larria duten eta gizarte laguntza sare egokia duten pertsonen zuzendua dago. Bi modalitate daude: etxez etxeko arreta, osasun arlokoa, eta etxeko edo etxez etxeko laguntza, gizarte arlokoa. Hortaz, premia askori erantzuten zaie, arreta medikotik hasi eta etxeko lanetaraino.
  - Eguneko arreta.  
Mendetasun arina duten eta gizarte laguntza sare egokia mantentzen duten pertsonen zuzendua dago. Barne hartzen ditu eguneko ospitaleak eta eguneko erregimeneko errehabilitazio zerbitzuak bezalako baliabideak, izaera sanitario markatukoak, baita eguneko zentroak ere, gizarte izaerakoak, jarduera okupazional eta estimulatzailea nagusi dutenak.
  - Ostatu zerbitzuak.  
Baliabide mota hau, etxebizitza babestuak eta beste egoitza modalitate batzuk barne hartzen dituena, mendetasun arina duten baina gizarte laguntza sare egokirik ez duten pertsonen zuzendua dago.
- Zerbitzuen tipologia, haien antolaketa eta finantziak ematen diren osasun zainketa intentsitatearen arabera dira:
  - Susperraldiko eta leheneratze funtzionaleko unitateak (0 motako profila): beren autonomia berreskuratu dezaketen paziente azpiakutuentzako baliabideak dira.
  - Etengabeko osasun zainketa handiak (1. motako profila): sendagarriak ez diren osasun zainketa jarraituak eta handiak –sufirimendu handiko egoeran dauden eta sintomak arintzeko eta bizitza kalitatea hobetzeko zainketa konplexuak behar dituzten pertsonen eguneroko azterketa medikoa eta erizainen edota laguntzaileen arreta jarraitua– behar dituzten pertsonen zuzendutako baliabideak dira.
  - Mendeko pertsonentzako osasun arreta jarraitua (arreta soziosanitarioa edo 2. motako profila): mendetasun handia duten pertsonen eta sendagarriak edota trinkoak ez diren osasun zainketa jarraituak eta ingurune sanitariatuan zainketa edo berrikuspen luzeak (azterketa mediko periodikoa, ez egunerokoa, puntuala edo eskatu ahalakoa, erizaintzako eguneroko azterketa eta laguntzaileen zainketa jarraituak) behar dituzten pertsonen zuzendutako baliabideak dira.
  - Mendetasuna dutenentzako arreta (3. motako profila): mendetasuna dutenentzako egoitzetako eta etxez etxeko arretarako eta errehabilitaziorako baliabideak dira.
- Egungo eskaria eta espero dena aztertu ondoren, eta egungo zerbitzu eskaintza azaldu ondoren, korrelazioan jarri ziren bi alderdiak, teorikoki populazio talde bakoitzarentzat egokienak diren zainketa aukerak prestatuz.
- Planteatutako egoeraren azterketatik ondorioztatzen da egungo eskaintzaren inguruko zerbitzu eta prestazio sorta zabalduko duten gizarte eta osasun gailuen sorta zabala abiarazi beharra dagoela. Horrela, egoitzan eta ospitalean zentratutako eredu batetik beste zerbitzu alternatibo batzuk, erabiltzailearen komunitate inguruan daudenak eta haren problematikari arreta integralagoa ematea xede dutenak, sustatzera pasatzen gara.

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

## Deskribapena

## 1. Egoitza baliabideak.

- Adineko biztanleei, ezgaitasun fisikoa duten pertsona helduei eta ezgaitasun intelektuala dutenei zuzendutako arreta soziosanitarioko zerbitzuak abiarazten dira, orain arte ez zeudenak.
- Ospitale psikiatrikoetako gaixo mentalentzat dauden zerbitzuei dagokienez, ohe sanitarioagoetan birmoldatzea planteatzen da (T1).
- Mendekoak artatzeko zerbitzuei dagokienez, premia hauek planteatzen dira: mendeko adinekoen ohe batzuk profil sanitarioagoa duten adineko pertsonentzat (T2) jartzea, 65 urtetik beherakoentzako oheak jartzea eta komunitatean buruko gaixotasunaren ondoriozko mendeko pertsonentzako egoitza ohe dezente abiaraztea (T3 gaixo mentalak).

## Egoitza baliabideen bilakaera

Ohe mota	Egungo eskaintza	Eskaintza soziosanitarioa	Beharrezko gehikuntza	Baliabidea
T2 adineko pertsonentzako oheak (mendetasun handia eta dementzia larria)	0	559	559	Plazak
T3 adineko pertsonentzako oheak	2.777	2.553	-	Plazak
T2 65 urtetik beherako pertsonentzako oheak	0	280	280	Plazak
T3 65 urtetik beherako pertsonentzako oheak	0	241	241	Plazak
T2 buruko gaixotasuna duten pertsonentzako oheak	152	0	-	Plazak
T3 buruko gaixotasuna duten pertsonentzako oheak	0	360	360	Plazak
T2 zainketa aringarrietarako oheak	0	23	23	Plazak
T2 ezgaitasun intelektuala duten pertsonentzako oheak	0	33	33	Plazak
Buru osasuneko arazoak dituzten pertsonentzako etxebizitza babestuak (T3)	16	74	58	Plazak

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

Deskribapena

2. Etxez etxeko arreta zerbitzuak.

- Oro har, prestazioak zabaltzen dira eta egungo zerbitzu batzuk sustatzen dira, eraginpeko pertsona bere ingurunean mantendu ahal izateko xedez.
- Etxeko arreta zerbitzua, mantentzen den arren, zainketa pertsonaletara bideratutako laguntza profesionalizatuagoarekin osatzen da.
- Gehitu egin da etxez etxeko osasun laguntza, eta garrantzi berezia hartu dute mendetasuna eta zainketa prebenitzeko erizaintzako zainketek, baita jarraipen sozialak eta etxez etxeko konpainiak ere. Baliabideen gehikuntzak lehendik dauden sareak sustatuko lituzke.

**Etxez etxeko arreta zerbitzuen bilakaera**

Zerbitzu mota	Egungo eskaintza	Eskaintza soziosanitarioa	Beharrezko gehikuntza	Baliabidea
Telealarma	2.323	2.323	-	Aparatu/ urte
Zaintzaile pertsonalen etxez etxeko laguntza	0	690	690	Profesionala
Etxeko arretarako etxez etxeko laguntza	2.828	311	-	Profesionala
Etxez etxeko garbitegia	0	123	123	Sortak/ aste
Etxez etxeko otordua	0	86	86	Sortak/ aste
Laguntza teknikoak	1.200	13.289	12.089	Laguntzak
Etxez etxeko fisioterapia	0	19	19	Profesionala
Etxez etxeko erizaintza	26	54	28	Profesionala
Etxez etxeko medikua	27	19	-	Profesionala
Etxez etxeko konpainia	0	366	366	Boluntarioak
Etxez etxeko gizarte jarraipena	0	13	13	Profesionala

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

Deskribapena

**3. Eguneko arreta zerbitzuak.**

- Funtsezkotzat hartzen dira proposatzen den arreta sistema dibertsifikatua eraikitzeko, orain arte prestazio hori ez zuten taldeentzat eskaintza berria sortuz; osasun zainketa jarraituen premia (eguneko zentroak) duten 65 urtetik beherako pertsonentzat, kasu.
- Beste zerbitzu batzuk mantentzen dira: gizartean, lanean edo lanbidean txertatze-koak, adibidez.

**Eguneko arreta zerbitzuen bilakaera**

Zerbitzu mota	Eguneko eskaintza	Eskaintza soziosanitaria	Beharrezko gehikuntza	Baliabidea
Ezgaitasun fisikoa duten pertsonentzako eguneko zentroa	109	1.770	1.661	Plazak
Dementia duten adineko pertsonentzako eguneko zentroa	164	5	–	Plazak
Errehabilitazio psikosozialeko zentroa	360	381	21	Plazak
ZAPP* pazientearentzako laguntza psikologikoa	2	4	2	Profesionala
ZAPP* terapia okupazionalako zerbitzua	0	4	4	Profesionala
Buru osasuneko arazoak dituzten pertsonentzako zentro okupazionala	0	264	264	Plazak
Buru osasuneko arazoak dituzten pertsonentzako aisialdiko programak	75	511	436	Plazak
Buru osasuneko arazoak dituzten pertsonentzako lanerako gaikuntza eta txertatze programak	24	89	65	Plazak

\* ZAPP: zainketa aringarrien premia duten pertsonak.

**4. Familiari laguntzeko zerbitzuak.**

- Mendeko pertsonaren zaintzaileari laguntzeko laguntza prestazio sorta bat garatzea planteatzen da, atseden hartzeko, trebatzeko eta informazio zerbitzuak eskainiz.
- Epigrafe honetan jasotako gain, egoitza zerbitzuek aldi baterako egonaldiko plazak izango dituzte familiakoek atseden hartu ahal izateko eta familiako larrialdi egoerei erantzuteko.

	Eguneko eskaintza	Eskaintza soziosanitaria	Beharrezko gehikuntza	Baliabidea
Etkez etxeko atseden zerbitzua	0	5	5	Profesionalak
Zaintzaileentzako arreta psikosozialeko zerbitzua	0	21	21	Profesionalak
Informazio eta orientazio zerbitzua	0	0	–	Profesionalak
Familiakoentzako arreta psikosozialeko zerbitzua	0	1	1	Profesionalak
Zaintzaileentzako prestakuntza	0	44	44	Profesionalak

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

Deskribapena

## 5. Osasun zerbitzuak.

- Orain arte arreta ospitaleetan zentratzen bazen, egoera zehatzak edo aldi baterako egoerak estaltzeko zerbitzu gisa ulertuta, ereduak zabaldu egiten ditu prestazioak, eta osasun arreta jarraitua eta trinkoa ematera bideratutako zerbitzu sorta bat planteatzen da. Beren izaera iraunkorragatik edo behar dituzten zainketen konplexutasunarengatik eta iraupenarengatik ospitaleaz bestelako osasun zentroetan hobeto arta daitezkeen egoeretako laguntza luze eta trinkora bideratutako inguru-neak dira.
- Kasu batzuetan, akutuen ospitaleen barruan dauden, ospitaleratutako pazienteentzako arreta hobetzera bideratuta dauden eta susperraldia, leheneratze funtzionala, arreta geriatrikoa eta, oro har, akutuen baliabideen eraginkortasuna hobetzen duten zerbitzu eta unitate batzuk sortzea planteatzen da, komunitaterako itzulera erraztuz.
- Adinekoei edo buru nahasteak dituztenei zuzendutako eguneko ospitale zerbitzu batzuk sustatu eta sortzea ere aurreikusten da, baita etxez etxeko arretako osasun zerbitzu batzuk abiaraztea ere (zainketa aringarriak edo buru osasuna).

Osasun zerbitzuen bilakaera

Ohe mota	Egungo eskaintza	Eskaintza soziosanitarioa	Beharrezko gehikuntza	Baliabidea
T1 adineko pertsonentzako oheak (zainketa oso konplexuak)	36	112	76	Plazak
T1 egonaldi ertaineko unitatea buru osasuneko arazoak dituzten pertsonentzat	54	66	12	Plazak
T1 errehabilitazio unitatea buru osasuneko arazoak dituzten pertsonentzat	67	132	65	Plazak
T1 65 urtetik beherako adingabeentzako oheak (osasun zainketen premia handia)	6	68	62	Plazak
T1 zainketa aringarrietarako oheak	0	7	7	Plazak
Buru osasuneko arazoak dituzten pertsonentzako eguneko ospitalea	0	163	163	Plazak
Buru osasuneko ekipoen kontrola eta jarraipena	12	31	19	Profesionala
Ospitaleratze laburreko unitatea	108	132	24	Plazak
Akutuen ospitale zentroetako zainketa aringarrietako oheak	18	34	16	Plazak
Etxez etxeko Buru Osasun Ekipoaren esku-hartzea	0	38	38	Profesionala
Zainketa aringarrien etxez etxeko arreta	17	36	19	Profesionala
Adineko pertsonen eguneko ospitalea	18	125	107	Plazak

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

*Deskribapena***Koordinazio organoak eta egiturak**

- Ereduaren antolaketa abiapuntua da arreta sistema integral bat sektore desberdinen koordinaziotik gara daitekeela, baldin eta:
  - Sektore bakoitzaren eskumenak argi eta garbi mugatzen badira.
  - Horietako bakoitzetik aldi berean artatu beharreko pertsonaren premiak identifikatzen badira.
  - Baliabide eta zerbitzuen baterako planifikazioa badago.
  - Osasun eta gizarte baliabideen lurralde banaketan baliokidetasunak badaude.
- Koordinazio lan hau gauzatzeko, honako koordinazio organo eta espazio hauek abiarazten dira:

*1. Plan soziosanitarioaren jarraipen batzordea.*

- Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizaterako Sailen arteko sektore arteko lan batzorde formal paritarioa, akordioak hartu eta ezarpen planaren jarraipena egiteko.

*2. Sektore arteko batzorde iraunkor soziosanitarioa.*

- Kontrol organo nagusia da, horren inguruan egiten da zainketa jarraituen sistema integralaren koordinazioa eta antolaketa; eta horrek arreta soziosanitarioko planaren inguruko batzorde soziosanitarioen funtzionamendua etengabe berrikustea dakar.
- Hasiera batean, Extremadurako Osasun Zerbitzuko osasun eta arreta soziosanitarioko zein gizarte ongizateko zerbitzu sozialen zuzendaritza nagusietako kideek osatuko dute, eta bi zuzendari nagusien artan zuzenduko dute, horietako bakoitza urteko plana gauzatzeko bere eskumenen esparruko (eskumen sanitario eta sozialak) ekintzen arduradun dela.

*3. Inguruko batzorde soziosanitarioak.*

- Bi administrazioetako (osasun eta gizarte alorrekoak) ordezkariak osatutako batzorde hauek erkidego eremua gainditzen duten erantzunak behar dituzten paziente/pertsona erabiltzaileei osasun sistemako eta gizarte zerbitzuen sistemako prestazio eta zerbitzuak eskaintzeko xedez sortzen dira.
- Horretarako, Extremadurako Juntako osasun eta gizarte zerbitzuek erreserbatutako edo lagatutako plazak osatutako zerbitzu zorroa izango dute zerbitzu pribatuen erosketan edo beste erakunde batzuekiko hitzarmenen ondoriozko plazak izango dituzte.
- Zerbitzu soziosanitario bat baliatzeko lehentasunaren gaineko erabakiak hartu ahal izango dituzte, eta kasuen jarraipena egin ahal izango dute erabiltzailea behin betiko zentro batean barneratu arte edo arretarik behar ez duen arte.

*4. Batzorde soziosanitario komunitarioak.*

- Oinarrizko gizarte zerbitzuetako profesionalek eta lehen arretako osasun ekipoko profesionalek osatzen dituzte.
- Etxez etxeko laguntzako eta etxez etxeko arretako programetatik egingo dituzte arreta eskaera guztiak, eta inguruko batzorde soziosanitarioetara bidaliko dira baliabide espezializatuagoak izapidetzeko eskaerak, behar izanez gero.
- Pixkanaka, oinarrizko gizarte zerbitzuen eta osasun zentroen arteko loturak eratuko dira.
- Prozesu horrek kooperazio jarraituko sistema bat ekarriko du erabiltzaile komunen arreta maximizatzeko eta arrazionalizatzeko.

**Extremadurako Autonomia Erkidegoa**  
**Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana (2005-2010)**

Emaizak eta balorazioa	<p>2004ko abuztuan onartu zenez geroztik, Extremadurako Osasun Arretako Esparru Planean aurreikusitako ekintzen nolabaiteko garapena izan da. Besteak beste, honako hauek nabarmen daitezke:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremadurako Juntaren urtarrilaren 10eko 7/2006 Dekretua onartzea; horren bidez, arreta soziosanitarioko koordinazio egiturak eta arreta soziosanitarioko zerbitzu publikoa, 2. motako modalitatean (T2), sortu dira eta horien araubide juridikoa ezarri da.</li> <li>• Gizarte Ongizaterako Sailaren uztailaren 11ko 131/2006 Dekretua onartzea; horren bidez, zainketa pertsonaletako eta mendetasun egoeretarako arreta zerbitzu publikoa sortu da, 3. motako modalitatean (T3), eta haren araubide juridikoa ezarri da.</li> <li>• Etxeko laguntza intentsiboko zerbitzu espezializatua abiarazi da.</li> <li>• Nariadura kognitiboa artatzeko esparru berria prestatu da (PIDEX).</li> </ul>
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nafarroako Foru Erkidegoa**  
**Arreta Soziosanitarioko Foru Plana**

Eremu geografikoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomikoa.</li> </ul>
Populazio hartzailea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaixotasun kronikoak eta mendetasun funtzionala dituzten pertsonak.</li> </ul>
Harremanaren intentsitatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinazio horizontala.</li> </ul>
Maila	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Makroa.</li> </ul>
Tartean diren zerbitzu motak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizarte Zerbitzuen Sistema.</li> <li>• Osasun Sistema.</li> </ul>
Tresnak Metodoak Estrategiak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektore arteko planifikazio bateratua.</li> <li>• Koordinazio egiturak.</li> <li>• Kasu kudeaketa.</li> <li>• Premien diziiplina arteko balorazioa.</li> <li>• Banakako arretarako diziiplina arteko plana.</li> </ul>
Deskribapena	<p><b>Oinarrizko alderdiak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arreta Soziosanitarioko Foru Planak, Nafarroako Gobernuak 2000ko ekainaren 27an onartutakoak, gizarte eta osasun premiak dituzten pertsonentzako arreta integral eta globaleko eredu bat ezartzea du helburu. Eredu hori eratzeko premia, planean bertan azaltzen den bezala, osasun eta gizarte zainketa jarraituak behar zituzten pertsonen eskakizun berriei erantzuteko orduan osasun eta gizarte zerbitzuetako sistemek topatzen zituzten mugek ekarri zuten. Hona hemen muga horien nondik norakoak:</li> </ul>



**Nafarroako Foru Erkidegoa**  
**Arreta Soziosanitarioko Foru Plana**

Deskribapena

- Gaixotasun kronikoak eta mendetasuna dituzten pertsonen premiei erantzuteko funtsean sendagarria den ereduaren ezintasuna.
- Lehen arretako eredia “eskariari” egokituta ez egotea, arazo kronikoak dituzten pertsonak artatzeko; premiek nabarmen gainditzen dituzte eskariak.
- Mendeko adineko pertsonak eta ezgaitasuna duten pertsonak artatzeko baliabideen defizita.
- Baliabide instituzionalak askotariko premiei erantzuteko behar adina espezializatu gabe izatea.
- Gizarte Ekintza Sistemako egoitza zentro batzuek bertako egoiliarren pixkanakako autonomia galerari aurre egiteko duten ezintasuna.
- Gizarte eta osasun baliabide desberdinen arteko eta, osasun sistemaren beraren barruan ere, arreta espezializatuaren eta lehen arretaren arteko behar adinako loturarik eza.
- Beste hutsune batzuk arreta ereduarekin zerikusia duten alderdietan; profesionalen berariazko prestakuntza eta kategoria profesional batzuen defizita, esaterako.
- Ase gabe geratzen diren populazioaren premiei erantzute aldera, beraz, arreta eredu bat sortzea planteatzen da:
  - Integrala; pertsonen eta haien familien arreta premia desberdinak kontuan hartzen dituen.
  - Pertsonengan arreta jartzen duena.
  - Diziplina artekoa; diziplina anitzeko ekipoetako profesional desberdinen partaidetza duena premiak baloratu eta detektatu, konplikazioak saihestu, jarduerak planifikatu eta lortutako emaitzak ebaluatzeko orduan kalitate eta eraginkortasun estandar gorenak lortzeko.
  - Errehabilitatzaile aktiboa; gaixotasunaren edo ezgaitasunaren eragin fisikoa murrizten eta bizitza kalitatea hobea izaten laguntzen duena.

***Kasu kudeaketa eta zerbitzuen banan-banako plana***

Arreta Soziosanitarioko Foru Planak kasu kudeaketa proposatzen du gizarte eta osasun zerbitzuen artean dauden koordinazio arazoak konpontzeko modurik egokien gisa. Horrek baliabide edo zerbitzuetara bideratutako erakunde bat izatetik kasura eta prozesura bideratutako erakunde bat izatera pasatzeko aldaketa dakar, baita erakundean laguntza etapa batzuetan berregituratu beharra ere:

- Kasuak identifikatzea. Zerbitzuetatik etekina atera lezaketen eta arrisku kasu posibleak identifikatzea bermatzeko sare komunitarioetan barneratzeko sistemak garatzea dakar.
- Hautaketa eta onarpena.
- Ebaluazioa eta birrebaluazioa. Dimentsio anitzeko tresnak erabiltzea, oso estandarizatuak eta balio eta konparagarritasun aitortua duten balorazio tresnetan oinarrituak.
- Zainketen banan-banako plana prestatzea, baliabide formalak zein informalak kontuan hartuta.
- Zerbitzuen antolaketa. Zainketen planaren benetako garapena.
- Monitorizazioa eta ebaluazioa. Arreta ez da ebaluazioarekin amaitzen, baizik eta barne hartzen ditu zainketen planaren arabera hornitzen diren zerbitzuen monitorizazioa, denborari, kopuruari eta kalitateari dagokienez, eta emaitzen ebaluazioa ere.

**Nafarroako Foru Erkidegoa**  
**Arreta Soziosanitarioko Foru Plana**

Deskribapena

**Lehen arreta soziosanitarioa**

- Mendetasun egoeran dagoen eta osasun zainketa jarraituak behar dituen populazioari laguntza komunitario egokia eta koordinatua bermatzeko, beharrezkotzat jotzen da mendeko pertsonak artatzeko xedea duten gailu, programa, zerbitzu eta baliabide guztiak sistema integratu batean antolatzea (egoitza batean modu iraunkorren barneratu beharra dakartenak salbu). Baliabideak abiaraztea dakar horrek, partekatutako helburuen inguruko bere kokapen administratiboa edozein dela ere.
- Hauek dira lehen arreta soziosanitarioaren helburuak:
  - Mendekoei eta gaixo daudenei laguntza soziosanitario egokia eta koordinatua bermatzea.
  - Populazioaren osasun eta gizarte premiak detektatzeko, arreta emateko eta haien jarraipena egiteko sistema bizkor bat prestatzea.
  - Bi sailek emandako arreta komunitario soziosanitario jarraitua eta koherentea bermatzea beren etxean bizi diren eta mendetasun arazoak dituzten pertsonen.
  - Arreta soziosanitario egokia bermatzea instituzionalizatutako pertsonen; bi sailek eman beharko dute arreta hori.
  - Prestazioak baliatzeko egungo prozesua sinplifikatzea.
- Arreta soziosanitarioko osasun sistemaren eta gizarte zerbitzuetako sistemaren arteko koordinazioa oinarrizko inguru guztietara hedatzen den lankidetzara laneko prozedura arautua ezartzean datza. Hori honako bidez gauzatzeko aurreikusten du planak:
  - Kasuen baterako balorazioa. Horretarako, oinarrizko gizarte zerbitzu bakoitzaren eta osasun zentro bakoitzaren artean balorazio gune bat eratzea proposatzen da. Osasun zentroko profesionalak eta gizarte langile batek edo oinarrizko gizarte zerbitzuko gizarte langile batek osatuko lukete batzordea; beren kasa edo beren zentroetan informazioa bilduta egin ahal izango lituzkete balorazioak.
  - Arreta planaren baterako diseinua, beharrezko baliabide mota desberdinak koordinatuz.
  - Beharrezkotzat jotzen den zerbitzu bakoitzaren kudeaketa.
  - Kasuen egoeraren berrikuspen periodikoa (sei hilez behin edo inguruabarrek hala eskatzen dutenean), horien balorazioa eta arreta plana egunean jarrita.
- Zerbitzuen antolaketa hiru mailatan egituratzea proposatzen du planak: harrera, arretaren balorazioa eta diseinua, eta arreta prozesuaren garapena. Eskatzailea harrera osatzen duten bi zerbitzu motetako –oinarrizko gizarte zerbitzuak edo osasun zentroak– edozeinek har dezake, baina arreta planaren balorazioa eta diseinua zein prozesuaren garapena modu bateratuan egin beharko da, “koordinazio gune” baten bidez, kudeaketa integralaren ikuspegiarekin.

**Koordinazio gailuak**

Arreta Soziosanitarioko Foru Planak koordinazio gailu sorta bat aurreikusten du zuzendaritza eta planifikazio eremuan eta erabiltzaileentzako zuzeneko arretan:

**1. Batzorde teknikoa eta planaren jarraipena.**

Koordinazio organo betearazle goren gisa eratzen da. Hona hemen batzordearen eginkizunak:

- Nafarroako Gobernuak Arreta Soziosanitarioko Foru Plana, haren programak, urteko jarduketara planak eta horietan egiten diren aldaketak onartzea.
- Plana garatu eta gauzatzeko beharrezkoak diren prebentzio, laguntza eta esku-hartze ekintzak sustatzea.

**Nafarroako Foru Erkidegoa**  
**Arreta Soziosanitarioko Foru Plana**

Deskribapena

- Herri administrazio desberdinen arteko gehieneko koordinazioa ziurtatzea arreta soziosanitarioko programen eremuko planifikazioari, gauzatzeari eta jarraipenari dagokienez.
- Planaren esparruko jarduketan urteko proposamena prestatu eta onartzea eta, hala badagokio, Nafarroako Gobernuak onar dezan aurkeztea.
- Urteko planean jasotako neurri eta jardueren garapenaren eta gauzatzearen jarraipena eta ebaluazioa egitea.
- Plana behar bezala garatzeko komenigarritzat jotzen diren prestakuntza, ikerketa eta sustapen programak proposatu eta diseinatzea.
- Planaren informazio eta erregistro sistema gainbegiratzea.

*2. Nafarroako Arreta Soziosanitarioko koordinatzailea.*

Planaren garapena sustatzeko funtsezko tresna da. Osasun Saileko Zuzendaritza Nagusiaren menpe egongo da organikoki, eta Gizarte Ongizaterako Zuzendaritza Nagusiaren menpe egongo da funtzionalki. Honako eginkizun hauek beteko ditu, gutxienez:

- Planaren erantzukizun teknikoa du, eta teknika eta jarraipen batzordeak zein gizarte ongizaterako eta osasun zuzendaritza nagusiek agindutako eginkizun edota ekintzak garatu behar ditu.
- Planaren teknika eta jarraipen batzordearen saioetan parte hartzea, idazkaritza teknikoari dagozkion eginkizunak bere gain hartuta.
- Buru osasun sektoreko arreta soziosanitarioko koordinazio guneetako bileretako buru izatea.
- Oinarrizko inguruko arreta soziosanitarioko koordinazio guneen funtzionamendua sustatu eta koordinatzea.
- Ospitaleko altetan zainketen jarraitutasuna ziurtatzea.
- Batzorde teknikoaren eta azpibatzerdeen eta, hala badagokio, ezar daitezkeen lantaldeen funtzionamendu egokia eta eraginkorra ziurtatzea.
- Plana behar bezala garatu eta gauzatzeko bermatzeko beharrezkoak diren jarduketak egin eta gainbegiratzea.
- Herri administrazio desberdinei plana garatzeko beharrezkoak diren informazio eta aholkularitza teknikoa ematea eta horretarako beharrezkoak diren koordinazio eta lankidetzak bideak mantentzea.
- Administrazioetik egiten diren eta, beren ezaugarriengatik, plana bera garatzen lagun dezaketen beste programa batzuekiko koordinazioan parte hartzea.
- Kasuak kudeatzeko eta horien ebaluazioa egiteko tresnak ematea.

*3. Buru osasuneko arreta soziosanitarioko koordinazio gunea.*

- Buru osasun sektorea izango du lan eremua. Batzorde bat eratuko da buru osasuneko sektore bakoitzean.
- Nafarroako Arreta Soziosanitarioko koordinatzailea izango du buru, eta planean integratutako eta buru osasun sektorean dauden zentro eta zerbitzu desberdinetako profesionalak parte hartuko dute bertan.
- Beren eginkizunen artean, honako hauek nabarmen daitezke:
  - Arloko baliabideen katalogoa prestatzea.
  - Arloko premiak identifikatzea.
  - Oinarrizko inguruko arreta soziosanitarioko koordinazio guneen lan eremua gainditzeko duten kasuak kudeatzea. Baliabideak erabiltzeko prozedurak zehaztea.
  - Planaren teknika eta jarraipen batzordeari zerbitzu eskaintza buru osasun arloko eskariari egokitzeko planean egin behar diren aldaketak proposatzea.

**Nafarroako Foru Erkidegoa**  
**Arreta Soziosanitarioko Foru Plana**

Deskribapena

4. *Oinarrizko inguruko arreta soziosanitarioko koordinazio gunea.*

- Oinarrizko osasun arloa izango du lan eremua. Ekipo bat eratuko da oinarrizko inguru bakoitzean. Halako ekipo gisa, bere eginkizuna kasuak kudeatzea baino ez da eta, horregatik, hori eratzean, oso diseinu eraginkorra jasoko da; lehen arretako osasun ekipoak profesionalek eta oinarrizko gizarte zerbitzuari dagokion kasu kudeaketaz arduratzen den gizarte laguntzaile batek osatuko dute.
- Hauek izango dira ekipoaren eginkizunak:
  - Arreta soziosanitarioa behar duten kasuen balorazioak egitea, osasun edota gizarte zerbitzuek, ofiziozkoek zein eskatutakoek, hauteman ondoren. Inguruko ekipoa osatzen duten pertsonak egingo dute kasuaren balorazioa, beren kasa edo erabiltzailea artatu ohi duten profesionalen irizpena bilduta.  
Kasuak baloratzeko, erabiltzailearen eta bere zaintzaileen autolaguntza eta mendetasuna, egoera pertsonala, soziala, familiakoa, beren lehentasunak eta dituzten bitarteko ekonomikoak aztertuko dira.  
Ospitaleetako altak kudeatzeko unitateekin batera lan egin beharko dute arreta sistema bakoitzari dagozkion eginkizunak onartzen laguntzeko, altak bizkortze aldera.
  - Kasuaren balorazioa egin ondoren, zerbitzuen banan-banako plana diseinatuko da kasu bakoitzerako behar diren baliabideen gaineko irizpena emanda. Beraz, oinarrizko inguruko arreta soziosanitarioko koordinazio gunek in situ ebartzeko du kasu bakoitzean behar den erantzuna. Banan-banako arretako erantzunak buru osasuneko sektoreko zerbitzuei eragiten dieten kasuetan, arreta proposamena egingo dio buru osasuneko koordinazio guneari. Halaber, arreta planak oinarrizko inguruan erabilgarri ez dauden baliabide edo zerbitzuak erabiltzea eskatzen duenean, deszentralizatu gabeko baliabide edo zerbitzu horien erabileraren ardura administratiboa bere gain hartzen duenaren adostasuna beharko da.
  - Era berean, oinarrizko inguruko arreta soziosanitarioko koordinazio guneari dagokio banan-banako arreta planen ebaluazio eta berrikuspen jarraitua egitea, ematen ari den erantzuna kasu bakoitzaren bilakaeraren arabera izan daitezkeen premia aldakorrei egokitzeko xedez.

**Aurreikusitako jarduketak**

1. *Lehen arreta soziosanitarioa.*

- Bi sareetako zentro bakoitzean (oinarrizko gizarte zerbitzua / osasun zentroa) pertsona bat izendatuko da informazio eta aholkularitzaren arduradun gisa.
- Lehen arretako osasun eta gizarte ongizaterako sareetan zabalduko dira zerbitzu zorroak eta, zehazki, inguru bakoitzean dauden zerbitzuak eta horiek baliatzen modua.
- Arreta soziosanitarioko koordinazio gune bat sortuko da oinarrizko osasun inguru bakoitzean.
- Osasun Sailak egoitzetarako eta eguneko zentroetarako osasun arreta antolatuko du.
- Gizarte prestazioak baliatu ahal izateko osasun informazioa biltzeko inprimaki bakarra diseinatuko da.

2. *Baliabideen antolaketa.*

Baliabide soziosanitarioak beren mendetasunaren eta espezifikotasunaren arabera antolatuko dira:

1. *Baliabide soziosanitario handiak.*

- Mendetasun psikofisiko eta sozial handia duten pertsonentzako egoitza zentroak.
  - Egonaldi luzeko plazak.
  - Egonaldi laburreko plazak edota susperraldi unitateak.
- Eguneko zentroak edo egoitza zentroetako eguneko egonaldiak.
- Zainketa aringarrien unitateak.

**Nafarroako Foru Erkidegoa**  
**Arreta Soziosanitarioko Foru Plana**

Deskribapena

2. Baliabide soziosanitario moderatuak.

- Baliadunen egoitzak.
- Mendetasun psikofisiko moderatua duten pertsonentzako etxebizitza funtzionalak.

3. Programa soziosanitario komunitarioak.

3. *Egoitza eremuko osasun prestazioa.*

- Osasun Sailak egoitzen hasierako kategorizazioa egingo du osasun prestazioa antolatze aldera, eta kategorizazio horrek, irizpide gisa, artatutako plaza kopurua, kokalekua eta beste egoitza batzuekin elkartzea ditu oinarri.
- Egoitzekiko hitzarmenetan barne hartuko dira eduki beharreko berezko osasun plantillari dagozkion eskakizunak, zein kategoriatan kokatu diren.
- Zuzenean egoitzez (ertain isolatuak eta txikiak) arduratzen diren osasun zentroen lan kargen balorazioa aldatu egingo da artatutako plaza kopuruaren arabera. Halaber, egoitza horiek plaza bakoitzaren osasun laguntzari dagokion diru-laguntzaren zatia jasotzeari utzi beharko liokete, eta zenbateko hori Lehen Arretako Osasun Zuzendaritzaren aurrekontuan barneratuko beharko da.
- Langile propioak dituzten egoitzek (enpresa pribatu edo fundazio batekoek zein sistema publikokoek), besteen funtzionamendu mota bera izan beharko dute arreta programari, protokoloari, medikamentuari eta abarri dagokienez.
- Egoitzen diru-laguntzetatik kendu egingo da osasun materiala eta medikamentuak finantzatzeari dagokion zatia, eta zenbateko hori Nafarroako Osasun Zerbitzuko Lehen Arretako Zuzendaritzaren aurrekontuetan barneratuko da.
- CIES kodea emango zaie egoitzetako mediku guztiei eta egoiliarren osasun txartelak emango zaizkie, eta oinarrizko inguruko mediku kupoetatik kenduko dira.
- Egoitza berri oro Osasun Sailak kategorizatu beharko du, eta sail horrek izango du lehendik dauden kategorizazioa aldatzeko agintea ere, bere osasun plantilla antolatzeko.

4. *Ospitaleko alten programa.*

1. Baliabide eta zerbitzuen antolaketa.

- Osasun sistemaren eremuan egonaldi ertaina antolatzea, baliabide eta zerbitzu moten gaineko irizpideak ezarrita.
- Espazio soziosanitarioan barneratutako zentro eta zerbitzuen eginkizunak eta eskumenak zehaztu eta mugatzea.
- Kalitate adierazleak egitea.

2. Eskari mota desberdinei erantzuten dieten eta baliabide egokien erabilera (egonaldi ertain azpiakutua, susperraldikoa, zainketa aringarrien unitateak, eguneko ospitalea, egonaldi luzea) bermatzen duten laguntza unitateen pixkanakako ezarpena baloratzea.

3. Ospitaleetako altak kudeatzeko diziplina arteko ekiptoak eratzea, honako ezaugarri hauekin:

- Diziplina arteko lan metodologia (medikua, erizaina, gizarte langilea).
- Hitzartutako balorazio tresnen erabilera.
- Zainketen jarraitutasuna bermatzen duten baliabide eta zerbitzuak izendatzeko irizpideak.
- Jarduketa protokoloak.

**Nafarroako Foru Erkidegoa**  
**Arreta Soziosanitarioko Foru Plana**

Deskribapena

4. Laguntza jarraitutasuna erraz dezaketen laguntza maila guztiak tartean direneko deribazio zirkuitu sistematizatuak garatzea, profesionalen borondate onean oinarritutako kolaborazio puntualen bidez lan egitea saihestuz.

5. Erreferentziazko langileak izendatzea, pazienteari zainketen jarraitutasunaren arduradunak identifikatzeko, ospitalearen barruan eta kanpoan eta, bereziki, errefortzu unitateetako eta lehen arretako arduradunekin.

5. *Buruko gaixotasuna duten pertsonentzako arreta soziosanitarioko programa.*

1. Egoitza eremua.

- Irabazteko asmorik gabeko erakundeekin hitzartutako plaza gehikuntzaren bidez egoitza estaldura handitzea.
- Nafarroako Gizarte Ongizate Institutuak eta Osasun Sistema Nazionalak finantzatutako eta Buru Osasuneko Zuzendariordeak kudeatutako etxe eta etxebizitza babestuak berriz planteatzea.
- Nafarroatik kanpo dauden zentroetan barneratutako pertsonen itzulera prozesua hastea.

2. Lan/lanbide arloa.

- Zentro okupazionalak kudeatzen dituen erakundearen egungo egitura birdefinitzea.
- Administrazioaren eta zentro okupazionalak kudeatzen dituen erakundearen arteko "hitzarmena" garatzea.
- Nafarroan ezarritako eta geografikoki banatutako zentro okupazionalak kudeatzen dituzten erakundeekin buruko gaixotasuna duten pertsonentzako arreta eta parte-hartze unitateak abiaraztea.
- Buru osasuneko sarearen baliabide okupazionalentzako laguntza mugatzea eta zehaztea.

3. Aisialdi arloa.

- Gobernuz kanpoko erakundeak aisialdiko jarduerak eta oporrak mantentzeko beharrezkoak diren baliabideez hornitzea.

4. Arlo juridikoa/legala.

- Tutoretzako erakunde bat sortzea bi bide posibleren bitartez:
  - Nafarroako Tutoretza Fundazioarekin buruko gaixotasuna duten pertsonak artatzeko unitate bat abiaraztea negoziatzea.
  - Erabiltzaileen eta familiakoen elkarten bidez tutoretza funtzioa betetzea.

5. Autolaguntza arloa eta asoziazionismoa.

- Erabiltzaileen eta familiakoen elkarteek autolaguntza talde gisa eta zabalkunde egin-kizunetan, sentzibilizazioan eta abarretan egiten duten jarduketari babesa ematea.

6. Etxez etxeko arreta arloa.

- Jarduera honen edukia zehaztea.
- Lan hau egin behar duenaren profil profesionala zehaztea.
- Irudi profesional hori zein egituratan barneratu behar den zehaztea: buru osasuneko sarea, gizarte zerbitzuetako sarea.
- Eremu geografiko desberdinei estaldura ematen dien etxez etxeko arreta deszentralizatuko proiektua abiaraztea.

### Bestelako esperientziak

Andaluziako  
Autonomia  
Erkidegoa

- Andaluziako III. Osasun Plana (2003-2008) zeharkako ardatz sorta baten inguruan eratu dago, eta horien artean bertan proposatzen diren jarduketan sektore arteko-tasuna nabarmentzen da. Zentzu horretan, proposatutako neurriek eta helburuek Andaluziako Juntako beste sail batzuetakoekin eta, zehazki, Gizarte Gaietako Sailekoekin bat etorri behar dutela azaltzen du planak.
- Hauek dira osasun eta gizarte arloen arteko koordinazioa eskatzen duten planaren helburu eta proposamenak:
  - Emakumeen ongizatea eta bizitza kalitatea sustatzea, zaintzaile gisa duten roleri arreta berezia jarrita, eta gaixotasun kronikoak dituzten edo autonomia falta duten pertsonak zaintzeko atsedean, prestakuntza eta laguntza programak ezarrita.
  - Autonomia eta bizitza kalitate hobearekin adin aurreratuagoetara iritsi ahal izateko ohitura osasungarriak sustatzeko sektore arteko jarduerak sustatzea.
  - Adineko pertsonen autonomiarako eta hautatutako ingurunean jarraitzeko estrategia soziosanitarioak garatzea.
  - Mendeko pertsonentzako etxek etxeko arreta soziosanitarioa sustatzea, edozein lekutan bizi direla ere. Arreta horrek barne hartu behar ditu osasuna zaintzea, ezgaitasuna prebenitzea, autonomia pertsonala sustatzea, eguneroko bizitzako jardueretarako laguntza eta gizarte-antiboki parte hartzea sustatzea.
  - Gaixotasun kronikoak eta ezgaitasunak dituzten pertsonen familiakoei laguntzea. Zehazki:
    - Etxek etxeko banan-banako arretako estrategia soziosanitarioak garatzea. Bertan, osasun laguntzak bat etorri behar du autonomia eta autozaintza zein zaintzaile nagusiari laguntzeko neurriak sustatzen dituen gizarte laguntzarekin.
    - Gizarte eragileen eta erakundeen artean konpromisoak finkatzea pertsona horiek eta beren familiak gizartetik isolatzea saihesteko eta bete-betean gizarte-antiboki parte hartzea sustatzeko.
    - Zainketa pertsonalizatzea, pertsona bakoitzarentzako zerbitzuak haren premien, aukeren, autonomiaren eta gizarte laguntzaren arabera antolatzeko moduan. Laguntza baliatzeko ekitatea eta laguntzaren jarraitutasuna sustatzea.
  - Gizarte Gaietako Sailarekin batera beren garapenean arazoak dituzten haurren arreta goiztiarreko aholkularitza eta tratamendua ziurtatzeko jarduketak sistemak eta protokoloak ezartzea.
  - Buru nahaste larria duten pertsonentzako gizarte laguntzako programak jasotzen dituzten koordinazio soziosanitarioko protokoloak ezartzea (ostatuari, lanbideari, enpleguari, gizarte harremanei eta tutoretza juridikoari dagokienez) eta udal-erriekiko, GKEekiko eta elkarteekiko lankidetzak sustatzea.

Aragoiko  
Autonomia  
Erkidegoa

- Aragoi bere espazio soziosanitarioa garatzen ari da bere plan sektorial ugarietan zerbitzuak integratzera bideratutako helburuak sartuz.
- Hala, Aragoiko Autonomia Erkidegoko Buru Osasuneko Arretako 2002-2010 plan estrategikoak arreta soziosanitarioko eredu integratu bat garatzeko premia aipatzen du Aragoiko buru osasuneko arretak duen erronka nagusietariko bat bezala, eta garatu beharreko ildo estrategikotzat proposatzen da buru osasuneko gailu soziosanitarioren sarea sortzea. Buru osasuneko zentroen arteko koordinazio organo tekniko gisa errehabilitazio psikosozialeko batzordeak, berariazko errehabilitazio baliabideak eta lanean eta komunitatean txertatzeko gailuak sortzea ere ezartzen du.

### Bestelako esperientziak

Aragoiko  
Autonomia  
Erkidegoa

- Era berean, droga-mendetasunei eta bestelako jokaera adiktiboen gaineko 2005-2008 autonomia planak adikzio arazoak dituzten pertsonen arreta integrala du helburu gisa, eta lehentasunezko jarduketa ildo gisa nabarmentzen ditu instituzio eta erakunde desberdinek garatutako jardueren integrazioa eta koordinazioa zein osasun eta gizarte zerbitzuetako sistema publikoetako berariazko laguntza sareen integrazioa.

Valentziako  
Autonomia  
Erkidegoa

- 90eko hamarkadan, Valentziak PALET programa abiarazi zuen, kronikotasun aurreratua duten pazienteentzako eta fase terminalean dauden pazienteentzako eremu soziosanitarioan esku hartzekoa. Bertan, koordinazio batzorde autonomikoak ezarri ziren pertsona horiek baloratzeko.
- Berriki, 2002an, Valentziako Neurologia Sozietateak Alzheimerren gaixotasuna eta bestelako dementziak dituzten pazienteentzako laguntza integraleko plana proposatu zuen. Bertan, era honetako gaixotasunak dituzten pertsonen osasun eta gizarte alderdiak osorik biltzeko premia planteatzen da eta hori lortzeko beharrezkoak diren koordinazio mekanismo eta zerbitzuak proposatzen dira.

## 3. NAZIOARTEKO ESPERIENTZIAK

Zalantzarik gabe, espazio soziosanitariorako interesa Europan loratu zen eta, batez ere, Ipar Amerikan, gure eremuan agertu eta garatu aurretik. Aurrerapen honen arrazoia da, neurri handi batean, bi sistemen arteko jarduketak koordinatzeko premia, garrantzi, edozein ereduri atxikita daudela ere, bi sistemek heldutasun maila nabaria lortutakoan eta baliabideen aprobetxamendu arrazionala bermatzeko premia handiagoari aurre egindakoan bakarrik sor daitekeela. Nolanahi dela ere, herrialde horiek esku-hartze eremu honetan duten tradizio handia aberasgarria da egungo eztabaidarako eta, ikuspegi horretatik, oso interesgarriak zaizkigu beren ekimen eta esperientziak.

### 3.1. EUROPAKO ESPERIENTZIAK

Europan koordinazio zein integrazio esperientzia asko eta askotarikoak garatu dira eta, beraz, ezinezkoa da denak hemen zehatz-mehatz azaltzea. Horrenbestez, dibertsitate horren erakusgarri diren ekimenak hautatzearen alde egin dugu: herrialde desberdinetakoak dira, populazio talde desberdinen arretara bideratuak daude eta zerbitzu mota zein arreta programa desberdinak biltzen dituzte. Herrialde batzuek –Erresuma Batua, nabarmen– beste batzuek baino ordezkaritza handiagoa dute, arlo honetan egiten diren ahaleginak, azken urteetan bereziki, oso nabarmenak direlako ez ezik, britainiarrek kultura dokumental handiagoa dutelako ere bai, horrek –txosten, memoria, ildo eta abarren bidez– zabalkunde handiagoa ematen baitie politika publikoen esparruan garatzen dituzten ekimen politiko eta praktikoei.

#### Danimarka

##### *Adinekoentzako arreta integratua Skaevingen*

Eremu  
geografikoa

- Tokikoa.



**Danimarka**  
**Adinekoentzako arreta integratua Skaevingen**

Populazio hartzailea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adineko pertsona ahulak.</li> </ul>
Harremanaren intentsitatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazioa.</li> </ul>
Maila	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa.</li> </ul>
Tartean diren zerbitzu motak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizarte zerbitzu komunitarioak.</li> <li>• Lehen arretako osasun zerbitzuak.</li> </ul>
Tresnak Metodoak Estrategiak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zerbitzuak batera kokatzea.</li> <li>• Leihatila bakarra.</li> <li>• Diziiplina arteko balorazio ekipoak.</li> <li>• Diziiplina arteko esku-hartze ekipoak.</li> <li>• Kasu kudeaketa.</li> <li>• Premien balorazio bateratua eta diziiplina artekoa.</li> <li>• Baterako eta diziiplina arteko banan-banako planifikazioa.</li> </ul>
Deskribapena	<p><b>Oinarrizko alderdiak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1984an, Skaevingek, Zealand irlaren iparraldean dagoen (Danimarkaren ekialdean) 5.600 biztanle inguruko herriak, herriko adineko pertsonen ematen zitzaientzen osasun eta gizarte arreta integratzeko proiektu bat abiarazi zuen. Skaevingeko udalak hasi zuen proiektua. Danimarkako gainerako udalerriek bezalaxe, horrek ere osasun eta gizarte zerbitzuen arloan eskumenak ditu adineko populazioari dagokionez.</li> <li>• Hauek izan ziren proiektuaren helburuak:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osasun eta gizarte arreta zerbitzuak erakunde bakarrean integratzea, baliabide erabilgarriak malgutasun eta eraginkortasun handiagoz erabiltzeko.</li> <li>- Osasun eta gizarte zerbitzuetarako sarbidea erraztea beren etxeetan bizi ziren adineko pertsonen eta egoitza zerbitzuetan bizi zirenei.</li> <li>- Banan-banako arreta prebentiboa eskaintzea adineko pertsonen osasuna hobetzeko eta beharrezkoa ez bada ospitaleratzea saihesteko.</li> <li>- Autozaintza kontzeptua sustatzea osasun zein gizarte zerbitzuen arloko profesionalen artean eta adineko jendearen artean.</li> </ul> </li> <li>• Helburu horiek lortzeko, Skaevingeko udalak birrantsolatu egin zituen osasun eta gizarte zerbitzuetako sailak. Honela:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osasun eta gizarte zerbitzuetako langileak, aurrez beren aldetik jarduten zutenak, diziiplina arteko egitura bakarrean elkartu ziren.</li> <li>- Udala egoitza lagundua Bauneparken Osasun Zentroa bihurtu zen, tutoretzapeko apartamentu egiturekin eta udalerriko biztanle guztientzako etxeko etxeko osasun eta gizarte arreta zerbitzu iraunkorrek.</li> <li>- Zentroko langileek diziiplina arteko lan trebetasunak garatzeko etengabeko prestakuntza jaso zuten.</li> </ul> </li> </ul>

**Danimarka**  
**Adinekoentzako arreta integratua Skaevingen**

**Deskribapena**

- Bauneparken Zentroak osasun eta gizarte arreta ematen die herriko ia 600 adineko pertsoneri, eguneko 24 orduetan, berdin dio zentroaren tutoretzako apartamentuetan edo beren etxeetan bizi diren. Zentroak hainbat zerbitzu ematen ditu. Horien artean:
  - Tutoretzapeko apartamentuak.
  - Eguneko zentroa.
  - Eguneko zentro psikogieratrikoa (premia desberdinak dituzten pertsonentzako 2 zentro).
  - Bitarteko arreta zerbitzuak (ospitaleratzea saihesteko eta ospitaleko altaren ondoren etxean egon eta artatzea errazteko).
  - Etxez etxeko osasun arreta (24 ordu).
  - Etxeko gauzetarako norberarentzako etxez etxeko laguntza (24 ordu).
  - Errehabilitazio zerbitzua (terapia okupazionala eta fisioterapia).
  - Telealarma.
  - Etxez etxeko otorduak.
  - Laguntza teknikoak.
  - Etxebizitzaren egokitzapena.
  - Odontologia.
  - Garraioa.
- Zerbitzu guztiak leku beretik emateak haiek baliatzea errazten du, erabiltzailearengan zentratutako arretaren alde egiten du eta esku-hartze desberdinen antolaketa hobetzen du.

**Emaizak eta balorazioa**

- 1997an, Skaevingeko udalak eta Danimarkako Osasun Sistemarako Institutuak (DSI) proiektua ebaluatu zuten, haren emaitzak zabaldu eta Danimarkako beste udalerrri batzuk etorkizunean eredu horri heldu ahal izan ziezaioten. Ikerketa kualitatibo eta kuantitatiboak proiektuak Skaevingeko adineko pertsonen osasunean eta ongizatean, profesionalen jardunbidean eta gastu publikoan duen eragina aztertu zuen.
- Ebaluazio horren esparruan, Skaevingeko adineko pertsonen 1990 eta 1994 artean ospitaleratuta egin zituzten egunen gutxi gorabeherakoa kalkulatu zen, baita arreta horren kostuak ere, eta konderriko gainerako emaitzekin eta Danimarkako gainerako udalerrietako emaitzekin alderatu ziren. Hala, Skaevingeko adinekoek ospitalean eginiko batez besteko egun kopurua nabarmen txikiagoa izan zela ikusi zen.

**Adineko pertsonen ospitalean eginiko batez besteko egun kopurua Skaevingen, Frederiksborg konderrian eta Danimarkako gainerako udalerrietan**

<b>Ereму geografikoa</b>	<b>1990</b>	<b>1994</b>
Skaevinge	2,20	2,07
Probintzia	3,63	3,61
Danimarkako gainerako udalerriak	3,71	3,73

### Danimarka

#### *Adinekoentzako arreta integratua Skaevingen*

- Nabarmentzekoa da, bestalde, azken 10 urteetan, Skaevingen ez dela inolako atzera-  
penik izan ospitaleko altetan, izan ere, udal administrazioa gai izan da susperraldiko  
pertsonen behar zuten arreta beren etxean bertan emateko, eguneko 24 orduetan  
lan egiten duen etxez etxeko arreta zerbitzuaren bidez edo Bauneparken Zentroko  
bitarteko arreta zerbitzuan.
- Datu ekonomiko erabilgarri dagokienez, emaitzek adierazten dute, azken hoge  
urteetan adinekoen kopurua nabarmen hazi den arren –% 30 inguruko gehikuntza–,  
aldi horretan bertan programaren kostuek behera egin dute pixka bat. Analisten iritziz,  
ezarritako arreta ereduak prebentzioari ematen dion garrantziari zor zaio hori.
- Emaitza hauen arabera, Danimarkako udalerrri guztietara hedatu da Skaevingen  
esperimentatutako eredia.

### Finlandia

#### *Etxeko arreta integratua Helsinkin*

Ere geografikoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tokikoa.</li> </ul>
Populazio hartailea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adineko pertsonak.</li> </ul>
Harremanaren intentsitatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etxez etxeko arreta zerbitzu sanitarioen eta etxez etxeko laguntza zerbitzu sozialen arteko koordinazio horizontala.</li> </ul>
Maila	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikroa.</li> </ul>
Zerbitzu motak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etxez etxeko laguntza zerbitzu soziala.</li> <li>• Etxez etxeko arreta zerbitzu sanitarioa.</li> </ul>
Tresnak Metodoak Estrategiak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasu kudeaketa.</li> <li>• Premien diziplina arteko balorazio bateratua.</li> <li>• Banakako arretako diziplina arteko plan bateratua.</li> </ul>
Deskribapena	<p><b>Oinarrizko alderdiak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsinki hiria zazpi eremu handitan banatua dago, eta horietako bakoitzak oinarrizko gizarte zerbitzua eta osasun zentroa ditu, beren etxean egon nahi duten eta egune- roko osasun arreta eta eguneroko bizitzako oinarrizko jardueretarako laguntza behar dituzten adinekoei etxez etxeko arreta ematen batera lan egiten dutenak.</li> <li>• Eremu horietako bakoitzean bi zerbitzuetako etxez etxeko arretako profesionalek osatutako diziplina arteko ekipoak antolatuta dituzte.</li> </ul>

**Finlandia**  
***Etxeko arreta integratua Helsinkin***

**Deskribapena**

- Oro har, adinekoek zerbitzua baliatzen dute ospitalean egon ondoren, eta ospitaleko altak kudeatzeaz arduratzen diren mediku eta erizainak (discharge managers) etxez etxeko arreta zerbitzuaren arduradunarekin harremanetan jartzea izaten da ohikoena, arreta planifikatzeko.
- Lanbide anitzeko ekipu baten bidez ematen da zerbitzua. Erizaintzako, etxez etxeko laguntza pertsonaleko zein etxeko laguntzako 6-10 profesionalak osatzen dute talde bakoitza. Erabiltzaile bakoitzari erreferentziatzeko profesional bat izendatzen zaio.

**Arreta prozesua**

- Fase hauek ditu arreta prozesuak:
  - Lehenengo bisita. Etxez etxeko arreta ekipoko arduradunak, erizain baten laguntzaz, lehenengo bisita egiten du adinekoaren etxera, eta osasun eta gizarte premien baterako balorazioa egiten du. Lehenengo bisita honetan adinekoaren zaintzaile informal gisa jarduten direnak ere bertan egotea komeni da.
  - Arreta plana prestatzea. Arreta plana prestatzen da adinekoaren gaitasunak, dituen gaixotasunak eta behar duen medikazioa kontuan hartuta. Plan horretan pertsonak zer nolako zainketak eta zenbateko maiztasunarekin behar dituen –arreta egun bakoitzean zer egin behar den zehaztuta– eta errehabilitazio plana zehazten dira. Plana adineko pertsonarekin berarekin batera egin behar da, eta kopia bat izan behar du hark ere.
  - Profesional erreferente bat izendatzea. Erabiltzaile bakoitzari erreferentziatzeko profesional bat izendatzen zaio, erregularitasunez hura bisitatzeaz eta haren premien eta ematen zaizkion zainketen etengabeko jarraipena egiteaz arduratuko dena.
  - Talde bilerak eta dokumentazioa. Taldeko kideak erregularitasunez biltzen dira kasuak gainbegiratzeko, eta zehatz-mehatz erregistratzen dituzte egindako lanak eta artatutako pertsonaren bilakaera.

**Holanda*****Gizarte eta osasun zerbitzuak eskuratzeko adinekoentzako leihatila bakarra Holandan*****Eremu geografikoa**

- Nazionala.

**Populazio hartzailea**

- Adineko pertsonak.

**Harremanaren intentsitatea**

- Koordinazio horizontala.

**Maila**

- Mikroa.

**Tartean diren zerbitzu motak**

- Gizarte zerbitzuen sarea.
- Osasun zerbitzuen sarea.

## Holanda

### *Gizarte eta osasun zerbitzuak eskuratzeko adinekoentzako leihatila bakarra Holandan*

Ezarritako  
Tresnak  
Metodoak

- Leihatila bakarra.
- Kasu kudeaketa.

Deskribapena

- 90eko hamarkadaren zati handiengan, oso eredu malguak izateak bereizten zuten Holandako gizarte eta osasun arreta; gobernuak ezarritako ildo orokorrekin jarduteko tarte handia uzten zioten hornitzaileei zerbitzuak antolatu eta horiek baliatzeko irizpideak ezartzeko. Horrek zatiketa egoera ekartzen zuen eta, ondorioz, erabiltzaileek hornitzaile desberdinekin harremanetan jarri behar izaten zuten behar zituzten zerbitzuak lortzeko, eta ez zegoen haiek eskuratzeko irizpide bateraturik.
- 90eko hamarkadaren amaieran, osasun eta gizarte zerbitzuen hornitzaile desberdinen koordinazioan oinarritutako gizarte eta osasun arreta integratuko eredu baterantz birorientatu zen sistema. Horretarako, bi erakunde mota abiarazi ziren: Eskualdeko Balorazio Bulegoak eta Zainketen Esleipen eta Deribazio Bulegoak.
- Erakunde horien helburua funtsean gizarte eta osasun arreta konbinatzen dituen arreta integratua eskaintzea da, baina baita biztanleen ongizatea sustatzera bideratutako hainbat jarduerak ere. Orain arte, arreta eredu berria adineko pertsonen arretaren sektorean aplikatzen da batez ere, nahiz eta etorkizunean ezgaitasunen bat duten pertsonen arretara eta premia konplexuak dituzten bestelako populazio taldeetara ere hedatzea aurreikusten den.
- Hau eskaintzen du zerbitzuak:
  - Zerbitzuak eskuratzeko gune bakarra.
  - Zerbitzu erabilgarri eta pertsona bakoitzaren premiei gehien egokitzen zaizkien zainketa aukerei buruzko informazioa.
- Eskualdeko Balorazio Bulegoak (RIO) dira sisteman sartzeko gune bakarra, eta biztanleek adierazitako premia baliabide eskari gisa azaltzea da beren eginkizuna. Pertsonaren premien balorazioa egiteaz eta horiek zerbitzu eskari bihurtzeaz arduratzen dena profesional espezializatu bat da, eta adinekoek laguntza eska dezaketen zazpi eremuak kontuan hartuta baloratzen ditu premiak: etxeko lanak eta eguneroko bizitzako oinarriko jarduerak egitea, erizaintza zainketak, laguntza teknikoaren gaineko aholkularitza, tratamendua eta ostatu hartzea.
- Honako irizpide hauek gidatu behar dute balorazio prozesua:
  - Eskaintza eskariari egokitu behar zaio eta, beraz, erabilgarri dagoen eskaintzak ez du baldintzatu behar premien balorazioa.
  - Zerbitzuak arreta integrala eskaini behar du, eta gizarte eta osasun zerbitzu anitzetarako bidea eman behar du: etxeko arreta pertsonala eguneroko bizitzako jarduerak egiteko, erizaintzako zainketak, buru osasuna, ezgaitasunen bat duten pertsonentzako zerbitzuak, ostatu zerbitzuak, laguntza teknikoak eta bestelakoak.
  - Balorazioa gehienez ere sei asteko epean egin behar da.
- Kasuan kasuko Eskualdeko Balorazio Bulegoak balorazioa egin ondoren, eskaria Zainketen Esleipen eta Balorazio Bulegoari bidaltzen zaio, eta hura arduratzen da Eskualdeko Balorazio Bulegoak proposatutakoaren arabera zerbitzu paketea antolatzeaz eta dagozkion zerbitzuak kontratatu edo hitzartzeaz.

## Holanda

### *Gizarte eta osasun zerbitzuak eskuratzeko adinekoentzako leihatila bakarra Holandan*

Emaizak eta balorazioa

- Gaur egun, Eskualdeko Balorazio Bulegoen papera, funtzionamendua eta balio gehitua zalantzan jartzen dira arreta eredu tradizionalaren aurrean.
- Kritika ohikoena sistemaren burokratizazioa da; horrek balorazioa egiteko eta zerbitzuak baliatzeko prozeduren geldotasuna dakar. Horrez gain, egindako balorazioen kalitatea hobetzeko premia planteatzen da, bereziki zainketa paketeak antolatzeari dagokionez, proposatutako arreta gailuak gehiago dibertsifikatzea beharrezko ikusten baita.
- Bestalde, ebaluazio azterketak bat datoz hau adieraztean: balorazioa egiteko ezarritako gehienez ere sei asteko epea gehiegizkoa da eta arreta premia larriei bizkor erantzutea eragozten du.
- Ohiko beste kritika bat da balorazio sistemak, premia maila eta dagozkion zainketen paketea zehazteko, laguntza informalaren erabilgarritasun handiagoa edo txikiagoa kontuan hartzen duela. Kritika hori egiten dutenen iritziz, premien benetako balorazio batek, hasiera batean, ez luke kontuan hartu behar zaintzaile informalek ematen duten laguntza, baizik eta gerora hartu beharko litzateke hori kontuan, horiekin beren parte-hartzearen intentsitatea eta ezaugarriak adosteko.
- Azkenik, egiaztatu denez, desfase edo desdoitze bat gertatzen da balorazio bulegoek hartutako balorazio erabakien edukien eta zainketen esleipen eta deribazio bulegoek zerbitzuak antolatzeko dituzten benetako aukeren artean, eta benetako premien, baloratutako premien, zerbitzu eskariaren eta benetako eskaintzaren arteko bat etortzerik eza mahaigaineratu da.

## Irlanda

### *The ICON (Integrated Care, One Network) project*

Eremu geografikoa

- Eskualdekoa.

Populazio hartzailea

- Populazio osoa.

Harremanaren intentsitatea

- Koordinazio horizontala.
- Integrazioa.

Maila

- Mesoa.

Zerbitzu motak

- Lehen arretako osasun zerbitzuak.
- Gizarte zerbitzu komunitarioak.
- Mendetasuna dutenei laguntzeko gizarte eta osasun zerbitzuak (zainketa jarraituak).

Tresnak Metodoak Estrategiak

- Leihatila bakarra.
- Diziiplina arteko balorazio ekipoak.
- Balorazio tresna komunak.
- Informazio sistema partekatutak.
- Kasu kudeaketa.
- Premien diziiplina arteko balorazio bateratua.

## Irlanda

*The ICON (Integrated Care, One Network) project*

## Deskribapena

**Aurrekariak**

- Irlandaren erdialdeko eskualdeko osasun eta gizarte zerbitzu arloko agintaritzak esku-dunak (Midland Health Board), 2002an, premia anitzeko kolektibo jakinak artatzeko zeuden zatitze, bikoitze eta gainjartze arazoak gaindituko zituen arreta integratuko eredu bat garatzeko helburua hartu zuen.
- Garatu beharreko ereduak osasun eta gizarte zerbitzuen arteko kooperazio mailak handitu behar zituen, arretaren ikuspegitik eta kudeaketa administrazioaren ikuspegitik eraginkorra izango zen egitura formalean koordinazio formulak integratuta, eta egitura horren diseinuan eta funtzionamenduan erabiltzaileen arretan zuzenean esku hartzen duten profesionalen esperientzia eta premiak eta lurraldean eginiko jardun egokiko adibideak kontuan hartuta.
- Horretarako, proiektuaren zuzendaritza batzordea eratu zen, MHBko hiru ordezkariak osatua, eta kanpoko aholkularitza kontratatu zen proiektua planifikatu eta abiarazteaz arduratu zitezen. Proiektuak parte-hartze eredu batean oinarrituta egon behar zuela erabaki zen. Eredu horretan gizarte eta osasun zerbitzuen planifikazioarekin, kudeaketarekin, prestazioarekin eta ebaluazioarekin zerikusia duten eragile guztiek parte hartuko zuten.
- Egindako jarduketa planak lau fase zituen:
  - lehenengoa, arreta integratuko ereduaren diseinuari zuzendua;
  - bigarren fasea, ereduaren probatzeko eta hobetzeko nahiz informazioa kudeatzeko hainbat tresna eta protokolo garatzeko;
  - hirugarren fasean, zerbitzu desberdinetako 20 ekipotan ezarriko litzateke ereduak;
  - laugarren eta azken fasean, proiektua sendotzekoan, proposatutako arreta integratuko ereduak hartu behar zuten osasun zerbitzuetako administrazio eskudunak, bere jarduketa ereduaren zati gisa, bere ohiko lan jarraibideetan.

**1. fasea: Arreta integratuko ereduaren diseinua**

- Diseinuaren lehenengo fasea 2003ko urtariletik urrira bitartean garatu zen. Arreta integratuari buruzko nazioarteko literatura aztertuz ekin zitzaion, eskualdeko testuinguruari aplikagarri zitzaizkion eredu eta jardunbide egokien bila, eta esku-hartzaile guztiei erreferentziatzeko material gisa balioko ziren txosten bat egin zen (proiektuaren hurrengo faseetarako oinarri teoriko solidoa izatea zen helburua).
- Hurrengo pausoa hasierako egoeraren diagnostikoa egitea izan zen. Horretarako, galdera sorta bat prestatu zen. Bertan, parte hartu zuten 63 profesional ekipoei arreta integratua beren hitzekin definitzeko eta arreta integratuko ereduak aplikatzeak, beren iritziz, zituen alde indartsu eta ahulak, aukerak eta mehatxuak adierazteko eta ezagutzeak edozein esperientziaren berri emateko aukera eman zitzaion.
- Betetako galdera sorten azterketak agerian utzi zuten sistemaren alderdi indartsuak, arretaren integrazioaren aldera, langileen motibazioan eta prestakuntzan zatitela. Alderdi ahul aipagarriena, berriz, koordinazioaren alde egiteko informazio sistema egokirik eta egiturarik eza zen. Beraz, adierazten zen, modu koordinatuan lan egiteko eta horretara bideratutako politika eta planen premia onartu arren, asmoak ez zirela egitura eta prozesuetan gauzatzen.
- Informazio horretan oinarrituta, lantalde batzuk antolatu ziren, eta parte-hartzaileei arreta integratuko eredu propioa prestatzeko eta, ezaugarri bereizgarriak identifikatuta, eskematikoki azaltzeko gonbidapena egin zitzaion. Beraz, informazioaren desberdinak bateratuta eredu bat diseinatu zen; orduz geroztik ICON siglekin ezagutzen den ereduak, hain zuzen.

## Irlanda

### *The ICON (Integrated Care, One Network) project*

#### Deskribapena

- Aukeratutako ereduak ezaugarri hauek ditu:
  - Berdintasuna, duintasuna, errespetua, konfiantza eta aukera ditu oinarritzko balore gisa.
  - Erabiltzailearengan arreta jartzen duen eredu da.
  - Premiei laster erantzuteko gai da.
  - Eskuragarria da.
  - Malgua da.
  - Gardena da.
  - Ebaluatu egin daiteke.
- Diseinuan parte hartu zuten profesionalak aukeratutako arreta ereduak eduki beharreko osagaiak zehaztu zituzten:
  - Prebentzioaren garrantzia. Integrazioak, erabiltzailea sistemarekin harremanetan jarri aurretik, prebentzio eginkizunen esparruan hasi behar duela irizten da.
  - Sarbidearen bizkortasuna eta deribazioa. Beharrezkotzat jo zen zerbitzu erabilgarrien eta betekizunen katalogoa egitea eta arloko profesionalen artean eta biztanleen artean zabaltzea. Halaber, beharrezkotzat jo zen deribazio prozesuak bizkortzea eta erakunde edo profesional deribatzailearen eta deribazioaren hartzailerak erakunde edo profesionalaren artean informazioa transmititzeko eraginkortasuna handitzea.
  - Baterako balorazioa. Ezinbestekotzat jo zen balorazioak bikoiztea saihesteko neurriak hartzea eta, horretarako, zerbitzu guztietarako balorazio sistema bateratua ezartzea erabaki zen.
  - Kasu kudeaketa. Ezinbestekotzat jo zen erreferentziako pertsona profesional batek izatea erabiltzaile bakoitzaren arretaren gaineko erantzukizuna.
  - Banan-banako arreta plana. Beharrezkotzat jo zen prestazioan esku hartzen duten profesional guztiek eta erabiltzaileak zein haren familiartekoez edo zaintzaileek banan-banako arreta planaren diseinuan parte hartzea bermatzea.
  - Arreta plana etengabe berrikustea. Ezinbestekotzat jo zen planak erabiltzailearen premien eta inguruabarren bilakaerari egokitzea bermatzeko aldizkako berrikuspen formulak finkatzea.

#### **2. fasea: Probatzea eta prest jartzea**

- Proiektuaren bigarren fasea, 2003ko urritik 2004ko maiatzera bitartean garatutakoa, bi zerbitzu pilotu eredu ezartzean eta bere funtsezko bi osagaitan aurrera egiteko beharrezkoak diren egitura eta tresnak garatzean zentratu zen: zerbitzu desberdinen artean erabiltzaileei buruzko informazioa transmititzea eta informazio sistema horren euskarri izan beharko lukeen plataforma teknologikoa.
- Programaz arduratzen den ekipoak bi zerbitzu hautatu zituzten –0 eta 6 urte arteko haurrentzako arreta goiztiarreko zerbitzua Mullingar udalerrian, eta lehen arretako ekipoa Portarlintonen– ereduaren balioa probatzeko. Horietako bakoitzean, integrazio aldetik lehenetsuzkotzat jotzen zituzten jarduketak arloak aukeratu zituzten profesionalak. Arlo hauek aukeratu zituzten:
  - erabiltzaileen premien ebaluazioa;
  - deribazio prozedurak;
  - zerbitzuko kideen artean eta zerbitzuen artean erabiltzaileei buruzko informazioa transmititzea;
  - erreferentziako espediente edo historia bakarra finkatzeko aukera;
  - talde-lana.



## Irlanda

*The ICON (Integrated Care, One Network) project*

## Deskribapena

Mullingarreko eta Portarlingtoneko zerbitzuetan egindako ahalegina eskualdeko gainerako zerbitzuetan eredia aplikatzen lagunduko duten protokolo eta tresna sorta batean gauzatu zen.

- Erabiltzaileei buruzko informazioa zerbitzu desberdinen artean partekatzeko mekanismoei dagokionez, esparru agiri bat egin da, eta honako hauek zehaztu dira bertan:
  - zerbitzuen arteko informazio trukea gidatu behar duten irizpide orokorrak;
  - informazioa transmititzeko berariazko protokoloak prestatzeko ildoak;
  - erabiltzaileen onespena lortzeko eta dokumentatzeko prozedurak;
  - zerbitzuen erantzukizunak, informazio partekatuari dagokionez;
  - datuen konfidentziasuna ziurtatzeko aplikatu beharreko segurtasun neurriak.

Halaber, zerbitzu desberdinetarako berariazko protokoloak eta beste zerbitzu batzuekiko loturak/gainjartzeak identifikatzeko eta deribazio bide posibleak argitzeko balio izan duen sistemaren barruko erabiltzaileen banan-banako ibilbideen mapa garatu dira.

- Azkenik, fase honetan zehar, datuak transmititzeko euskarri gisa balioko duen sistema informatikoak bete beharko dituen zehaztapen teknikoak zehazten ere lan egin da. Horretarako, profesionalen informazio premiak aztertu ziren, informazio sistemak integratu beharko lituzkeen modulu desberdinen gainean lan egin zen, eta zerbitzuen premia kliniko eta administratiboei erantzun ahal izateko aplikazio desberdinak probatu ziren.
- Lan horren emaitza gisa, aholkularitza taldeak agiri tekniko bat egin zuen, eta bertan ezarri zituen informazio moduluak –datu pertsonalak, premien balorazioari buruzko datuak, sarrea eta deribazio bideei buruzko datuak, banan-banako arreta planari buruzko datuak– eta horietako bakoitzean jaso beharreko informazio mota. Profesionalen premiei erantzuteko aplikazio informatiko bat ezartzea ere proposatu zen.

**3. fasea: ezarpena**

- Proiektuaren hirugarren fasea, 2004ko azarotik eta 2005eko ekainera bitartean garatu zena, programa beste 18 zerbitzu desberdinetara hedatzean zentratu zen, eta horrek modulua baliozkotzeko balio izan zuen, bestelako testuinguruetan aplikatze aldera.
- Hilean behingo bilerak programatu ziren hautatutako zerbitzuen arduradunekin, lanaren antolaketan zein dinamiketan beharrezkoak ziren aldaketak egiteko behar zen aholkularitza tekniko eskaintzeko xedez. Bilera horiek zerbitzu desberdinen artean loturak sortzeko ere balio behar zuten, elkar ezagutu eta batera lan egiteko aukerak aztertzeko. Hala, eskualdeko zerbitzuen sarea sortzeko oinarriak ezarri ziren.
- Horrez gain, hirugarren fase honetan zehar, zerbitzu jakin batek lortutako integrazio maila neurtzeko balio duen eta hobekuntza proposamenak egiten dituen aplikagarri bat ere garatu zen.

**4. fasea: proiektua finkatzea**

- Laugarren fasea, proiektua finkatzeko, 2005eko irailetik 2006ko abendura bitarteko aldirako zegoen aurreikusita. Azken fase honetan, eredu integratua 40-45 zerbitzutarra hedatu nahi zen, proiektuaren erantzukizuna zuzendaritza batzordetik administrazio batzordera transferituta, azken horrek behin betiko bere jarduketara eredian eta ohiko lan jarraibideetan barneratze xedez.
- Hala ere, 2005ean estatu mailan gizarte eta osasun zerbitzuak berregituratzeko sustatutako prozesuak atzeratu egin du proiektua behin betiko finkatzea.

**Irlanda**  
***The ICON (Integrated Care, One Network) project***

Emaizak eta balorazioa

- ICON proiektua aparteko esperientzia da arreta soziosanitarioaren eremuan, zerbitzu sorta handiarengatik eta hartzaile dituen kolektibo ugariengatik. Proposatutako ereduaren helburua lehen arretako zerbitzu guztiak, gizarte zerbitzu komunitarioak eta mendetasuna dutenak artatzeko osasun eta gizarte zerbitzuak integratzea da, iraupen luzeko premia soziosanitarioak dituzten kolektibo guztientzat (helburu hau, neurri batean, erraztu egiten du osasun eta gizarte zerbitzuen eskumenak ministerio sail berean integratzeak).
- Espazio soziosanitarioaren eraikuntza barne hartzean datza bere berezitasuna, ez baliabide berriak sortuz, baizik eta daudenak optimizatuz, kulturalen beharrezkoak diren aldaketak eta lan egiteko moduak sustatuta. ICONeko teknikari arduradunek tartean diren zerbitzu desberdinetako langileekin lan egin dute eta erabiltzailearengan eta haren premiei osotasunez erantzutean arreta jartzen duen antolatze eta lan egiteko modu bateranzko aldaketa prozesua gauzatzeko beharrezkoak diren laguntza eta baliabideak eskaini dizkiete.
- Azkenik, bere izaera barneratzaileak bereizten du proiektua, osasun eta gizarte zerbitzuen prestazioan parte hartzen duten profesional eta agenteen zein erabiltzaileen parte-hartze aktiboa izan baitu, eta horrek proiektuaren parte izateko sentsazioa eta proiektuarekiko konpromiso handiagoa dakar.
- Proiektuaren ebaluazio formalik egin ez den arren, programaren fase desberdinetan tartean diren zerbitzu desberdinek nabarmen egin dute aurrera programa abiarazten, eta egindako aldaketek, lana ulertzeko moduari zein hura ezartzeko moduari dago-kienez, eragin positiboa izan dute erabiltzaileek jasotzen duten arretan.

**Erresuma Batua**  
***Ealing Intermediate Care Services***

Eremu geografikoa

- Tokikoa.

Populazio hartzailea

- Ospitaleratu behar izateko patologiak dituzten pertsonak.
- Egoitza lagunduko zerbitzuan barneratu behar izateko mendetasuna duten pertsonak.

Harremanaren intentsitatea

- Ospitaleko zerbitzuen, errehabilitazio zerbitzuen eta etxer etxeko osasun arretaren arteko koordinazio bertikala.
- Ospitaleetako eta egoitza zentroetako zerbitzuen arteko eta etxer etxeko gizarte eta osasun zerbitzuen arteko koordinazio horizontala.

Maila

- Mesoa.

Zerbitzu motak

- Etxer etxeko arreta zerbitzu sanitarioak.
- Etxer etxeko laguntza zerbitzu sozialak.
- Errehabilitazio zerbitzuak.
- Ospitaleak.
- Egoitzetako gizarte zerbitzuak.
- Boluntarioen erakundeak.

## Erresuma Batua *Ealing Intermediate Care Services*

Tresnak  
Metodoak  
Estrategiak

- Kofinantziazioa.
- Diziplina arteko ekipoa.
- Balorazio tresna komunak.
- Diziplina arteko prestakuntza.
- Premien diziplina arteko balorazio bateratua.

Deskribapena

### **Alderdi orokorrak**

- “Bitarteko arreta” deiturikoa (*intermediate care*) garatu da Erresuma Batuan, gaixo dauden pertsonak azkarrago osatzea sustatzeko, akutuen ospitale zentroetan beharrezkoak ez diren onarpenak saihesteko, trantsizio zerbitzuen bidez ospitaleetako altak errazteko eta erabiltzaileen autonomia maximizatzeke. Funtsean osasun sisteman integratuta dauden arren, bitarteko arreta zerbitzuek harreman estua dute gizarte zerbitzu komunitarioekin, beren helburua hain zuzen ere ospitaleko ahalik eta egonaldi gehien oinarri komunitarioko zerbitzu soziosanitarioen erabilerarekin (*community health and social care services*) ordeztzea den neurrian eta horien bidez goiztiarrak diren zein beharrezkoak ez diren ospitaleko eta egoitzetako barneratzeak prebenitu eta saihestu nahi diren neurrian.
- Agiri estrategiko ofizialetan, bitarteko arreta zerbitzuek ezaugarri definitzaile hauek dituzte:
  - Era honetako zerbitzurik ezean ospitaleetan egongo liritekeen edo egonaldi luzeko egoitza zerbitzuetan barneratuko liritekeen pertsonen zuzenduta daude.
  - Premien banan-banako ebaluazio batetik eta banan-banako arreta plan batetik abiatuta antolatzen dira.
  - Erabiltzaileen ohiko ingurunean askatasuna sustatzera eta ahalik eta autonomia handiena ahalbidetzera bideratuta daude.
  - Aldi baterakoak dira (oro har, sei aste baino gutxiagorako eta, askotan, asteberterako edo bi asterako, mugatuta).
  - Hainbat gizarte eta osasun zerbitzuren arteko koordinazioan oinarritzen dira, sareko lanaren bidez, funtsean.
- Ealingeko (Londresko hiri eremuan dagoen herria, 315.000 biztanle ingurukoa) bitarteko arreta zerbitzua 1997an abiarazi zen, neguko hilabeteetan herriko osasun eta gizarte zerbitzuekin jasaten zuten gainkargari aurre egiteko ezarritako proiektu pilotu batzuek lortutako emaitza onaren ondoren. Herri horretako adineko biztanle kopurua nahiko egonkorra zen arren, neguko hilabeteetan adineko pertsonen onarpenak etengabe hazten ari ziren ospitaleetako larrialdi getetan. Bestalde, egoitza zerbitzuen eskaria hazten ari zen etengabe, eta 1997ko martxoan 60 pertsona baino gehiago zeuden ospitaleratuta egoitza plaza baten zain. Nahigabea orokorra zen: gizarte zerbitzuek ezin zioten eskariari erantzun, eta ospitaleen gaineko presioa eramangaitza bihurtzen ari zen.
- Testuinguru horretan, beharrezkotzat jo zen egoerari baterako irteera bat aurkitzea, eta irteera 1997-1998ko neguan Ebaluazio Talde Komunitarioa (*Community Assessment Team*) abiaraztea izan zen; larrialdi kasuetan balorazioa egitea eta etxetik etxeko premiazko arreta emateaz (24 ordu baino lehen) arduratuko zena.
- Hurrengo urteetan, zerbitzuen eskaintza handitu egin zen eta, horrenbestez, ospitaleen esparruan, bitarteko arretaren koordinazio sail arduraduna sortu behar izan zen. Ealingeko ospitaleko zuzendaritza batzordeko eta gizarte zerbitzuen udal departamentuko kide den medikua buru duen sail horrek integratu eta arrazionalizatu ditu ospitaleen sektoretik eskaintako bitarteko baliabideen sistema, lehen arreta, gizarte zerbitzuak eta hirugarren sektoreko erakundeak. Gaur egun, sistema honek barne hartzen ditu hainbat zerbitzu mota:

## Erresuma Batua *Ealing Intermediate Care Services*

### Deskribapena

- Ospitaleko onarpenak prebenitzeko zerbitzua: adineko pertsoneri zuzendua dago nagusiki, eta ospitaleko onarpenak prebenitzea du helburu, gizarte zerbitzuak eta errehabilitazio zerbitzuak biltzen dituzten zerbitzu komunitarioen pakete baten bidez. Lehen arretako zentroetatik zein ospitaletik bertatik zerbitzu horietara bidera daitezke pazienteak, larrialdietako zerbitzutik, bereziki. Zerbitzuak batez beste 45-65 pertsona artatzen ditu aldi berean.
- Ospitaleko altaren ondorengo errehabilitazioa: erabiltzaileen autonomia sustatzea eta, horrela, mendetasuna artatzeko gizarte zerbitzuen etorkizuneko eskaria murriztea du helburu. Etkez etxeko arretarako eta etxean errehabilitatzeko pakete intentsibo bat ematen zaie medikoki egonkor dauden pazienteei, eta horrek ospitaleko alta epe laburragoetan ematea ahalbidetzen du. Zerbitzuak gehienez ere sei asteko iraupena du.
- Ospitaleko altaren ondorengo monitorizazioa edo jarraipena: zerbitzu honek laguntza eskaintzen die ospitaleko altaren ondoren egokitze arazoak izan ditzaketen adinekoei, telefonoz haien egoeraren jarraipena eginez. Jarraipena eta monitorizazioa erizainen kontura dira; arazoren bat hautemanenez gero, etxean balorazioa egitea eskatzen dute eta etkez etxeko arreta pakete bat aktibatzen dute.
- Pixkanakako alta: zainketa mediko handirik behar ez duten eta egonaldi luzeko egoitza plaza baten zain dauden pazienteei ospitaleko alta emateko aukera eskaintzen dute zerbitzuek, suspertzeko zainketetarako oheez hornituta.
- Egoitza zentroetako aldi baterako egonaldiak: beharrezkoak ez diren ospitaleko onarpenak prebenitzea du helburu, egoitza zentro batean aldi mugatu batez zainketak eta errehabilitazioa emanez.
- Ospitaleko altaren ondorengo laguntza: ospitalean egon ondoren, adinekoei etxerako itzulera errazteko zerbitzua da. Zerbitzuak etkez etxeko laguntza eskaintzen du aldi mugatu batez, normalean hilabetez, erabiltzailea erabat osatu arte.
- Honetan datza erorketak prebenitzeko zerbitzua: erabiltzaileen etxean erortzeko arriskua ekar dezaketen elementuen balorazioa egitean eta arrisku hori ezabatzeke beharrezkoak diren konponketa eta egokitzapen txikiak egitean.
- Asteroko monitorizazio telefonikoko zerbitzua, adineko pertsona ahulentzat.
- 1998an finkatu zenez geroztik, bitarteko arreta zerbitzuak erabiltzaileen balorazioaz eta kasu bakoitzerako egokiak diren baliabideak esleitzeaz arduratzen den diziplina arteko taldea du. Talde hori medikuek, erizainek, gizarte laneko, terapia okupazionalako, fisioterapiako eta errehabilitazioko langileek osatzen dute, eta gizarte ekimeneko elkartearen laguntza ere izaten du.
- Langileen etengabeko prestakuntza da zerbitzuaren zuzendaritza taldearen kezka nagusietako bat. Aholkularitzako kanpoko profesionalen laguntza izan da taldearen kohesioa indartzeko eta komunikazio bide argiak daudela eta bertako lan harremanak onak direla ziurtatzeko. Osagarri gisa, diziplina arteko prestakuntza programa bat garatu da, profesional desberdinei zerbitzuan esku hartzen duten gainerako diziplinen inguruko oinarriko ezagutzak eskaintzeko helburuarekin, talde-lana errazte aldera, baina baita taldeko edozein kidek, bere lanbidea edozein dela ere, pazientearen hasierako balorazio integrala egin ahal izateko ere.

### Emaitzak eta balorazioa

- Programa abiarazi zenez geroztik bildutako datuek adierazten dutenez, Ealingeko bitarteko arreta zerbitzuak eragin onuragarria izan du udalerriko biztanleen premia soziosanitarioen arretan (egindako kalkuluen arabera, bitarteko arreta zerbitzua abiarazi ezean, Ealingeko ospitaleak 48 ohe gehiago behar izango zituen biztanleen premiei erantzuteko).
- Hauek dira programaren arrakastaren gakoak:
  - Sektore anitzeko izaera. Hasiera-hasieratik, ospitaleak, lehen arretako zentroak eta gizarte zerbitzuek batera sustatutako ekimena izan da.
  - Programaren zuzendaritzaz arduratzen den pertsona Ospitaleko Zuzendaritza Batzordeko eta Gizarte Zerbitzuen Udal Departamentuko kide da.
  - Osasun administrazioak eta gizarte zerbitzuetan eskumena duen udal administrazioak bien artean finantzatzen dute programa.

**Erresuma Batua**  
**Southampton Behaviour Resource Service (BRS)**

Eremu geografikoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tokikoa.</li> </ul>
Populazio hartzailea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ezgaitasun intelektuala edo buruko gaixotasuna eta jokabide arazo larriak dituzten haur eta adingabeak.</li> </ul>
Harremanaren intentsitatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haurrak, buru osasuna eta hezkuntza babesteko zerbitzuen integrazioa.</li> </ul>
Maila	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa.</li> </ul>
Tartean diren zerbitzu motak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haurrak artatzeko gizarte zerbitzuak.</li> <li>• Buru osasuneko zerbitzuak.</li> <li>• Pediatria zerbitzuak.</li> <li>• Hezkuntza zerbitzuak.</li> </ul>
Tresnak Metodoak Estrategiak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zerbitzuak batera kokatzea.</li> <li>• Diziiplina arteko ekipoa.</li> <li>• Diziiplina arteko prestakuntza.</li> <li>• Kasu kudeaketa.</li> <li>• Premien diziiplina arteko balorazio bateratua.</li> </ul>
Deskribapena	<p><b>Oinarritzko alderdiak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Southamptoneko <i>Behaviour Resource Service (BRS)</i> izenekoa 2000. urtean abiarazi zen, Southamptoneko Udaleko Hezkuntza eta Gizarte Zerbitzu Sailaren eta Osasun Zerbitzu Nazionalaren (NHS) ekimenez, Osasun Sailak haur eta nerabeen buru osasunaren alorreko ekimen berritzaileak finantzatzeko emandako diru-laguntza bati esker.</li> <li>• Zerbitzuak diziiplina arteko arreta integratua, osasun, gizarte eta hezkuntza alorretakoa, eskaintzen die norberaren, gizarte eta hezkuntza garapen egokirako arriskua dakarten emozio eta jokabide nahaste larriak dituzten 5 eta 18 urte bitarteko haur eta nerabeei.</li> <li>• Hauek dira programaren helburuak:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Artatutako haur eta nerabeen osasuna hobetzea.</li> <li>- Hezkuntza zentroetarako laguntza hobetzea eta eskolatu gabeko adingabeen tasa murriztea.</li> <li>- Jokabide arazoak direla eta, bi harrera familiatitik baino gehiagotatik (familiek amore ematen dutelako) pasatzen diren eta babes zerbitzuek artatutako haur eta nerabe kopurua murriztea.</li> <li>- Haur edo nerabearen bizilekutik kanpo dauden egoitzetako harrera baliabideetarako edo tratamendu zentroetarako deribazio kopurua murriztea.</li> <li>- Ospitale psikiatrikoetarako deribazio kopurua murriztea.</li> <li>- Erregimen itxiko barneratze zerbitzuak gutxiago erabiltzea.</li> </ul> </li> </ul>

**Erresuma Batua**  
**Southampton Behaviour Resource Service (BRS)**

Deskribapena

- Hau eskaintzen du zerbitzuak:
  - Beren ohiko ingurune soziofamiliarrean egon ezin diren eta aldi batez beren familiarengandik banatu behar duten edo harrerako familiak amore eman ondoren aldi baterako barneratu behar duten 13 eta 18 urte arteko nerabeentzako lau oheko egonaldi ertaineko egoitza unitate bat. Egoitza unitateko lau ohetako bat larrialdi egoeratarako erreserbatuta dago.
  - Laguntza komunitarioko talde bat ("*community outreach service*"), familiei, abegi familiak ere barne hartuta, laguntza ematera bideratua, haurrak eta nerabeak egoitza harrerako baliabideetan edo unitate psikiatrikoetan sartzeari saihesteko xedez. BRSeko egonaldi laburreko egoitza unitatetik atera ondoren adingabeei jarraipena egiteaz ere arduratzen da talde komunitarioa.
  - Zerbitzurako onartzeko irizpideak betetzen ez dituzten edo alta jaso duten eta harreran dauden egoitza baliabidera edo bizikide duten abegi familiara itzultzen diren administrazioaren tutoretzapeko haur eta nerabeei laguntzeko taldea.

**Populazio hartzailea**

- BRS buruko gaixotasuna edo ezgaitasun intelektuala eta jokabide arazo larriak dituzten nerabeei arreta trinkoa eskaintzeko diseinatua dago. Zerbitzuak urtean 60 haur eta nerabe artatzen ditu eta, erdiak inguru administrazioaren tutoretzapean dauden arren, zerbitzua ez dago berariaz babesik gabeko egoeran dauden adingabeen kolektiboari zuzendua.
- Zerbitzurako deribazio guztiak haur edo nerabearen premien konplexutasunaren eta gogortasunaren arabera baloratzen dira, eta tartean diren erakunde guztiak aho batez onartu beharko dute; osasun administrazioiko buru osasuneko zerbitzuek, gizarte zerbitzuen sailak eta hezkuntza administrazioak.
- Hauek dira haur eta nerabeek BRS izenekoan artea ditzaten bete behar dituzten irizpideak:
  - Buruko gaixotasunekin edo urritasun intelektualekin zerikusia duten jokabide arazo larriak izatea.
  - Beren jokabide arazoak direla eta, hezkuntza zerbitzu arrunt edo berezietatik baztertuak izateko arriskuan egotea.
  - Arrisku larria izatea beren buruarentzat edo beste pertsona batzuentzat.
  - Jatorri edo abegi familiarekiko harremana hausteko arriskua izatea.

**BRSeko taldea**

- Egoitza unitateko profesionalen taldea erizaintzan diplomatutako eta buru osasunean edo ezgaitasun intelektualean espezializatutako 12 pertsonak eta gizarte lanean diplomatutako eta haurren arretan espezializatutako beste 12 pertsonak osatzen dute. Unitateak eguneko 24 orduetan banan-banako arreta eskaintzeko behar adina langileren hornidura du. Zentroak ez du hezkuntza jarduerarik eskaintzen (eskola eremuan ematen dira, laguntzarekiko eskolako integrazio programa baten esparruan).
- Laguntza talde komunitarioak 5 eta 18 urte arteko haur eta nerabeak artatzen ditu, eta zuzendaritzako arduradun bat eta ondorengo diziplinetako profesional talde bat dira osatzen dutenak: psikiatriako profesional bat, psikologiako hiru, terapia familiarreko bat, gizarte laneko bat, gizarte hezkuntzako bat, langileei laguntzeko bi, eta aste bakoitzeko egun bateko dedikazioko pediatra bat.

**Erresuma Batua**  
**Southampton Behaviour Resource Service (BRS)**

Deskribapena

- Administrazioaren tutoretzapean dauden haur eta nerabeak artatzen dituen talde espezializatuak psikologia klinikoa (profesional bat) eta gizarte lanean (lanaldi erdiko profesional bat) espezializatutako langileak ditu, baita taldearen premien arabera esku hartzen duten profesional batzuen laguntza ere. Bere eginkizun nagusia tutoretzapeko haur eta nerabeei laguntza eta tratamendua eskaintzea da, bizi diren egoitza harrerako baliabidearekiko edo abegi familiarekiko harremana hausteko arriskua dagoenean. Hortaz, adingabeei banan-banako terapia eskaintzeaz gain, abegi familiekin eta familiako zein egoitzetako harrera zerbitzuekin lankidetzan estuan lan egiten da.
- BRSEko egoitza unitatea eta talde komunitarioa harrera familiarreko gizarte zerbitzuen eta lehen harrerako zentroaren leku berean daude kokatuta, eta horrek erraztu egiten du haurren zerbitzuetako profesionalen eta BRSEko taldearen arteko harremana eta lankidetzan.

**Zerbitzuaren kudeaketa**

- Gizarte zerbitzuen udal departamentuak bere gain hartzen du zerbitzuaren kudeaketa, zuzendaritza batzorde batek gainbegiratuta. Tartean diren hiru erakundeek –buru osasuneko, gizarte zerbitzuetako eta hezkuntza zerbitzuetako eskumenak dituzten administrazioek– eta BRSEko zuzendaritza taldeak eta talde klinikoa ordezkaritza dute batzorde horretan. Batzorde horrek eta, zehazki, bertan ordezkatutako hiru erakundeek erabiltzaileen premiak estaltzeko eta diziplina arteko lanean sor daitekeen edozein arazo konpontzeko beharrezkoak diren baliabide guztiak hornitzeko ardura dute. Horretarako, BRSEko taldeak sistematikoki biltzen du baliabideei dagokienez izan daitezkeen defizitei buruzko eta zerbitzu desberdinen arteko koordinazioan hautemandako oztopo edo zailtasunei buruzko informazioa.
- BRSEko talde komunitarioak eta egoitza unitateak zuzenean Gizarte Zerbitzuen Sailaren mende dagoen zuzendaritzako arduradun bat dute buru. Taldeko kide guztiak funtzionalki zuzendaritza horren mende daude, nahiz eta organikoki beren jatorrizko erakundeen mende jarraitzen duten.

**Lan eredua**

- BRSEn eginkizunak dira haur eta nerabeen premiak baloratzea, esku-hartze terapeutikoak egitea eta arreta formal eta informaleko sareak koordinatzea. Zerbitzuak adingabeen eta beren familien (jatorrizko familien zein abegi familien) premietara egokitutako banan-banako arreta paketeak eskaintzen ditu, eta zerbitzuaren beraren eta arretan parte hartzen duten gainerako erakundeen arteko esku-hartze koordinatua aurreikusten da bertan.
- Zerbitzu honetara bideratzea bertan parte hartzen duten erakunde guztien –gizarte zerbitzuak, buru osasuna eta hezkuntza– aurretiko esku-hartzea izan den kasuetan bakarrik egin daiteke. Hori oinarri hartuta, arretaren ardura BRS zerbitzuaren eta bertara bideratu aurretik adingabea artatzen zuten eta, ziur aski, BRSEtik pasa ondoren esku hartzen jarraitu beharko duten guztien artean partekatuta behar dela uste da.
- Zerbitzura bideratzea erabaki ondoren, kasua koordinatzeaz arduratuko den pertsona eta arlo bakoitzeko erreferentziako profesionalak izendatzen dira (buru osasuna, gizarte zerbitzuak eta hezkuntza zerbitzuak):
  - Lehenengo urratsa alor bakoitzeko (buru osasuna, gizarte zerbitzuak eta hezkuntza) arretaz arduratzen diren profesionalekin planifikazio bilera deitzean datza, helburuak adosteko eta ardurak eta eginkizunak emateko.
  - Gehienez ere sei asteko epean, BRSEko taldeak haurren eta bere familiarren (jatorrizko familia zein abegi familia izan) egoeraren eta premien balorazio integrala egiten du, osasun fisiko eta mentalari zein gizarte eta hezkuntza premiei dagokienez.

**Erresuma Batua**  
**Southampton Behaviour Resource Service (BRS)**

Deskribapena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balorazioa egin ondoren, bilera bat deitzen da, eta bertan ordezkaturata egongo dira, alde batetik, BRSeko zerbitzuen taldea, beste alde batetik, kasuaren arretan esku hartu behar duten gizarte, osasun eta hezkuntza zerbitzuak eta, beste alde batetik, adingabea eta bere familia edo, hala badagokio, jatorri duen egoitza zerbitzuaren arduraduna. Bilera horren esparruan, banan-banako arreta plana adosten da eta helburu eta ardua zehatzak ezartzen dira. Bilera horiek haur edo nerabearen etxean, bere hezkuntza zentroan edo, hala badagokio, bizi den egoitza harrerako zerbitzuan egin daitezke.</li> <li>- Gero, arreta planaren jarraipena egiteko bilerak egiten dira, sei-zortzi astez behin, nahiz eta ezohiko bilerak dei daitezkeen arreta planean aldaketak egin behar direla ikusiz gero.</li> </ul>
Emaitzak eta balorazioa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Southamptoneko Unibertsitateko Gizarte Laneko Sailak eginiko ebaluazioaren emaitzak onak dira, eta formula honek askotariko premia soziosanitarioak dituzten haur eta nerabeei arreta integratua emateari dagokionez emaitza onak izan dituela erakusten du. Erabiltzaileen eta beren familiakoen balorazioak oso onak izan dira zerbitzuaren lanbide anitzeko izaerari, emandako arretaren trinkotasunari eta profesionalekiko komunikazioaren kalitateari dagokienez.</li> <li>• Zerbitzuak eragin positiboa izan du artatutako haur eta nerabeen jokabidean, jokabide antisozial edo agresiboak murrizteari dagokionez, bereziki. Eskola absentismoa murrizteari dagokionez eta, administrazioaren tutoretzapeko adingabeen kasuan, familia harrearen jarraitutasunari dagokionez ere emaitza onak lortu dira.</li> </ul>

**Erresuma Batua – Eskozia**  
**Glasgow Community Addiction Teams**

Eremu geografikoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eskualdekoa.</li> </ul>
Populazio hartzailea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonak.</li> </ul>
Harremanaren intentsitatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osasun eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazio horizontala.</li> <li>• Lehen arretako zerbitzuen, osasun zerbitzu espezializatuen eta droga-mendetasunean espezializatutako zerbitzuen arteko koordinazio bertikala.</li> </ul>
Maila	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa.</li> </ul>
Zerbitzu motak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehen arretako osasun zerbitzuak (bereziki, familiako medikuak).</li> <li>• Osasun zerbitzu espezializatuak (gaixotasun infekziosoen unitateak, buru osasuneko zerbitzuak, hiesa duten gaixoentzako zainketa aringarrien zerbitzuak, nagusiki).</li> <li>• Droga-mendetasunean espezializatutako zerbitzuak (tratamendu ambulatorioen eta egoitza tratamenduen programak barne).</li> <li>• Gizarte zerbitzu komunitarioak (laneratzeko programak, haurrak artatzeko gizarte zerbitzuak).</li> </ul>



**Erresuma Batua – Eskozia**  
**Glasgow Community Addiction Teams**

Tresnak  
Metodoak  
Estrategiak

- Zerbitzuak batera kokatzea.
- Leihatila bakarra.
- Informazioa trukatzeko sistemak.
- Balorazio integralerako tresna komuna.

Deskribapena

**Oinarrizko alderdiak**

- Droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonen beren bizitzako beste alor askotan zailtasunak izan ohi dituztela egiaztatzeak, *Effective Interventions Unit* izenekoaren bidez, pertsona horientzako zerbitzu sare integratua garatzera eraman du Eskoziako Gobernuak, osasun zerbitzuak, gizarte zerbitzuak, etxebizitza, laneratzea eta prestazio ekonomikoak, errehabilitazioan eta hurbileko ingurune soziofamiliararekiko hobekuntzan laguntzeko modu koordinatuan emanez. Helburu hau lortu da Eskoziako hainbat eremu geografikotako fase desberdinetan: eremu batzuetan hasierako eztabaida faseetan daude, beste batzuetan planifikazio fasean eta beste batzuetan, berriz, gainditu dute jada ezarpen fasea.
- Glasgow izan da era honetako arreta eredu integratu bat garatzen lehenengotako hiria. 2001ean eta 2002an, Glasgowrako Osasun Zerbitzu Nazionaleko Eskualdeko Kontseiluak (*Greater Glasgow NHS Board*) eta Gizarte Zerbitzuen Udal Departamentuak droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonen premia mistoei erantzun koordinatua eman ahal izateko egitura berriak sortzea eztabaidatu eta erabaki zuten.
- Helburu horrekin, 2003an, hiriaren ekialdean eta ipar-ekialdean droga-mendetasunen bi talde komunitario sartu ziren esperimentalki. Udal gizarte zerbitzuen menpeko gizarte laneko profesionalak eta droga-mendetasunetan espezializatutako Osasun Zerbitzu Nazionaleko erizaintzako profesionalak osatu zituzten talde horiek.
- Hauek dira droga-mendetasunen talde komunitarioen helburuak:
  - Droga-mendetasunean espezializatutako zerbitzuak baliatzeko gune bakar gisa funtzionatzea.
  - Zerbitzu horietarako deribazioak bizkortzea.
  - Arretaren kalitatea hobetzea, erakundeen eta zerbitzuen toki-banatzek arretarik egokiena ematea zailtzea saihestuz.
  - Presako premiak dituzten pertsonen behar duten arreta ahalik eta lasterren jaso dezaten ziurtatzea.
  - Zerbitzu espezializatuak ahalik eta ondoen erabiltzen direla ziurtatzea.
- Droga-mendetasun arazoak dituzten pertsonen droga-mendetasunen talde komunitarioetara zuzenean jo ahal izatea, aurrez telefonoz hitzordua jarrita edo horretarako ezarritako lokaletara bertaratuta. Beren familiako medikuak edo lehen arreta sareko beste profesional batzuek zerbitzura bidera ditzakete. Harremanetan jarri ondoren, taldeko kideek pertsonaren osasun eta gizarte premien baterako balorazioa egiten dute, tratamendurako eta gizarte esku-hartzeko plan bat diseinatzen dute eta pertsona horri eta bere familiari laguntza eskaintzen diote prozesu osoan zehar.
- Droga-mendetasun arazoak dituen pertsona batek behar izan ditzakeen zerbitzuen sorta oso handia da, oso zehatzetatik –desintoxikazio programak, metadonarekiko mantentimendu programak, etab.– eta hainbat gaixotasunentzako osasun tratamenduetatik –GIBa, hepatitis, etab.– hasi eta beste hauetara arte: buru osasuneko zerbitzuak, lanerako gaitze programak edo haurrentzako gizarte zerbitzuen laguntza adingabeak beren kontura dituzten pertsonen kasuan. Droga-mendetasunen talde komunitarioen eginkizuna agente horien gutziena lana koordinatzea da.

**Erresuma Batua – Eskozia**  
**Glasgow Community Addiction Teams**

Emaizak eta balorazioa

- 2003ko uztaillean, Eskoziako Gobernuak, Glasgowko Osasun Zerbitzu Nazionalako Eskualdeko Batzordeak eta hiriko Udalak Glasgowko droga-mendetasunen talde komunitarioen ebaluazioa enkargatu zuten ezarpeneko lehenengo urtean, eredia hiriko beste barruti batzuetara hedatu aurretik, ekipo esperimentaletan hobe zitezkeen alderdiak detektatzeko xedez.
- Ebaluazioaren emaitzek adierazitakoaren arabera, zerbitzuen arteko koordinazioa nabarmen hobetu zen ekipoak sartu ondoren, horien eta gizarte zein osasun zerbitzuen arteko lankidetzarako bide formalak jarri ziren kasuetan bereziki. Lankidetzaren profesionalen arteko akordio inforaletan oinarritzen zen kasuetan emaitzak ez ziren hain nabarmenak izan.
- Zerbitzuetarako sarbidea ere nabarmen hobetu zen leihatila bakarreko ereduari esker, batez ere erabiltzaileentzako zuzenean sartzeko aukera irekitakoan. Sistema hau oso onuragarritzat baloratu zuten lehen arretako profesionalak eta Udaleko gizarte langileak.
- Azkenik, osasun eta gizarte zerbitzuen alorreko profesionalak batera kokatzeak –kasu honetan, zehazki, udal gizarte zerbitzuen zentro batean– nabarmen hobetu zuen komunikazioa eta informazio transmisioa. Behar izanez gero, Udaleko Gizarte Zerbitzuen Departamentuak eta Osasun Zerbitzuak erabiltzaileei buruzko informazioa partekatu ahal izateko baimen formularioa egitea ere oso onuragarritzat jo zuten profesionalak, nahiz eta informazio sistemen bateraezintasunak nabarmen tratatzen duen datuen trukea.
- Gaur egun, Glasgow ekialdean eta ipar-ekialdean probatutako eredia hiri osoan aplikatzen da, droga-mendetasunen bederatzita talde komunitarioren bidez.

**Erresuma Batua – Eskozia**  
**South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008**

Eremu geografikoa

- Eskualdekoa.

Populazio hartzailea

- Arrisku egoeran eta babesik gabe dauden adingabeak.
- Hezkuntza premia bereziak dituzten adingabeak.
- Osasun arazoak dituzten adingabeak.
- Etxerik gabeko adingabeak.
- Adingabe arau hausleak.
- Gurasoen droga kontsumoaren eraginpeko adingabeak.
- Eskola porroterako arriskuan dauden adingabeak.

Harremanaren intentsitatea

- Koordinazio horizontala.

Maila

- Makroa.

**Erresuma Batua – Eskozia**  
**South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008**

**Zerbitzu motak**

- Gizarte zerbitzuak.
- Osasun zerbitzuak.
- Hezkuntza zerbitzuak.
- Etxebizitza zerbitzuak.
- Polizia zerbitzuak.
- Zerbitzu judizialak.
- Haurrak eta nerabeak babesteko zerbitzuak.

**Tresnak  
Metodoak  
Estrategiak**

- Sektore arteko planifikazio bateratua.
- Informazio sistema partekatua.
- Diziplina arteko ekipoa.
- Diziplina arteko prestakuntza.

**Deskribapena****Oinarrizko alderdiak**

- South Lanarkshire Eskozia erdialdeko eskualde bat da, udalerrri bakar batean tokiko 49 erakunde biltzen dituena. South Lanarkshireko Udalak ditu gizarte zerbitzuetako, hezkuntzako eta etxebizitza alorreko eskumenak. Osasun zerbitzuen gaineko eskumenak, aldiz, Glasgow eskualdeko Osasun Zerbitzu Nazionalak (*NHS Greater Glasgow*) ditu. South Lanarkshirek 307.000 biztanle inguru ditu, eta horietatik 65.000 inguru 16 urtetik beherakoak dira.
- Haur eta nerabe horien ongizatea, osasunari, nutrizioari, babesari, hezkuntzari, gizarterateari eta sustapenari dagokienez, lehentasunezko helburuetako bat da, eta gizarte babesezko hainbat sistematik eskaintzen zaien arreta hobetzeko plan sorta baten xede izan da. Plan horietako azkenak *Integrated Children's Services Plan 2005-2008*– arreta berezia jartzen du gizarte, osasun eta hezkuntza zerbitzuen baterako planifikazioaren eta horniduraren bidezko arretaren integrazioan.
- Hauek dira horren prestaketan parte hartu dutenak:
  - South Lanarkshireko Udala.
  - Glasgow eskualdeko Osasun Zerbitzua.
  - Strathclydeko polizia.
  - Haurrak eta nerabeak babesteko zerbitzuak.
  - Gizarte ekimeneko erakundeak.
- Plana, bere osotasunean, integrazio adibide bat da, adingabeentzako zerbitzuen zerrendarako lortu nahi diren helburuak batera planifikatu beharra baitakar. Hala ere, planaren atal bat berriaz zerbitzuen integrazioari buruzkoa denez, puntu horren inguruan aurreikusitako helburu eta jarduketak deskribatuko ditugu jarraian.

**Zerbitzuen integrazioaren inguruko helburu estrategikoak****1. Plana sustatzen duen taldea.**

- Planaren prestaketan parte hartu duten erakunde guztien bidez haur eta nerabeentzako zerbitzuen integrazioa erabakitasunez babesteak ezinbestekoa dirudi bertan planteatutako helburuak gauzatzea lortzeko. "Plana sustatzen duen taldea" arduratuko da lan horretaz.

**Erresuma Batua – Eskozia**  
**South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008**

Deskribapena

- Hauek izango dira taldearen eginkizunak:
  - Haurrak eta nerabeak hobeto artatu ahal izateko sistemak eta prozesuak sortu eta garatzea.
  - Esku hartu duten hainbat erakunde inplikatzeko, planifikazioan ikuspegi integratzailea har dezaten.
  - Haurrentzako zerbitzuetan kultura aldaketa erraztea talde-lanari dagokionez.
  - Jardunbide egokiko adibideak babesteak eta desagokitzat hartzen diren lan ereduak baztertzeko.
  - Elkarrean helburuak batera hartuta betetzen direla ziurtatzea.

*2. Balorazio Integratuko Sistema.*

- Balorazio tresna bat sortu nahi da South Lanarkshireko zerbitzuetarako.
  - Hainbat moduluren bidez South Lanarkshireko adingabeen arretan parte hartzen duten erakunde guztiek erabili ahal izango duten balorazio tresna bat garatzea.
  - Tresna horrek adingabeen premien balorazio integrala erraztuko du eta baterako arreta plan bat diseinatzen lagunduko du, erakunde egoki guztiek plan horretan parte hartzen dutela.
- Tresna hau erakunde parte-hartzaile guztietan ezarriko da 2008. urterako. Halaber, honako hauek garatzeko ahalegina egingo da:
  - Tresna hori erabiltzen trebatzeko programa bat, South Lanarkshiren adingabeak artatzen esku hartzen duten profesionalentzat.
  - Zerbitzuen erabileraren inguruko estatistikak lortzeko aukera ematen duen modulu bat.
  - Arreta paketeen diseinua eta zerbitzuen hornidura integratua ahalbidetzeko egituren gaineko gida, profesionaleri zuzendua.

*3. Baterako aurrekontuak.*

- Beharrezkotzat jotzen da zerbitzuen integrazioa babesteko finantziario iturri iraunkorren lorpenean aurrera egitea, bereziki, baterako aurrekontuen bidetik (*pooled budgets*).

*4. Diziplina arteko prestakuntza.*

- Diziplina arteko prestakuntzari buruzko lantalde bat antolatu nahi da, 250.000 liberako aurrekontuarekin, honako jarduketak hauek egiteko:
  - Lanpostuak trukatzeko esperientziak.
  - Hainbat zerbitzuren zuzendaritzaz arduratzen direnei zuzendutako arreta integratuari buruzko prestakuntza programa, benetan, adingabeentzako zerbitzuak integratzea dakarren ikuspegi komun bat adosteko xedez.
  - Hainbat erakundetako profesionalen prestakuntzaz arduratzen direnek osatutako sarea, erakunde horien prestakuntza ekimenen arteko bat-etortzea aztertzeko eta baterako ekimenak garatzeko.

*5. Informazio sistema partekatua.*

- Azken urteetan "eCare Project" lineako proiektua garatu da. Horren bidez, babes espedienteak duten haur eta nerabeak identifikatzeko mezu elektronikoa zabaltzen da erakunde parte-hartzaileen artean. Askotariko helburuak ditu:
  - Arriskuan dauden adingabeak ahal bezain laster identifikatzea.
  - Babes sistemak artatutako haurrei egiten zaien elkarriketa kopurua murriztea.
  - Adingabeak artatzen esku hartzen duten profesionalak arreta egokia bermatzeko beharrezko informazioak ez izateko arriskua murriztea.
  - Lana bikoizteko arriskua murriztea.

**Erresuma Batua – Eskozia**  
**South Lanarkshire Integrated Children's Services Plan 2005-2008**

Deskribapena	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planak fase pilotu bat garatzea aurreikusten du proiektua eta partekatutako informazioaren kalitatea probatu eta ebaluatzeko eta, hala badagokio, arreta premia konplexuak dituzten edo zaurgarritasun egoeran dauden adingabeen beste kolektibo batzuetara hedatzeko.</li> </ul> <p>6. <i>Adingabeak artatzeaz arduratzen diren langileen baterako planifikazioa.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beharrezkotzat jotzen da haurrak eta nerabeak artatzen esku hartzen duten erakundeen langileen egoeraren gaineko diagnostikoa egitea, langile horien etorkizuneko planifikazioa eta dimentsionamendua gidatzeko xedez, diziiplina anitzekoa izatea beharrezkoa dela kontuan hartuta.</li> </ul> <p>7. <i>Baterako ebaluazioa eta kalitatea hobetzea.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planak ebaluazio sistema bat sortzea aurreikusten du, adostutako adierazle batzuetan oinarritua eta, ikuspegi integratu batetik, zerbitzuen emaitzak eta kalitatea hobetzea ahalbidetuko duena.</li> </ul>
--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.2. IPAR AMERIKAKO ESPERIENTZIAK

Europako ongizate ereduaren eta Ipar Amerikako –bereziki, Estatu Batuetako– ereduaren artean dauden funtsezko aldeek nazioarteko konparaziozko azterketetan beren proposamenak aipatzea ohikoa ez dela erakusten duten arren, arreta soziosanitarioaren arloan saihestezina da aipamena, batez ere, hortik datozelako, Estatu Batuetatik zein Kanadatik, txosten honetan erabateko integrazio izenez aipatu diren modalitate egituratuena eta finkatuena, bereziki, zerbitzuen antolaketan eta prestazioan –meso eta mikro mailak– eta mendeko adinekoak artatzeko esparruan. Bestalde, ebaluazio eta jarraipen zorrotza egin zaien eta arretaren jarraitutasunari eta baliabideen erabilerearen eraginkortasunari dagokienez emaitza onak eman dituzten programak dira.

**Kanada – Quebec**  
**Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie**

Eremu geografikoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tokikoa.</li> </ul>
Populazio hartzailea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendetasun funtzionala duten adineko pertsonak.</li> </ul>
Harremanaren intentsitatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazioa.</li> </ul>
Maila	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa.</li> </ul>

**Kanada – Quebec**  
***Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie***

Tartean diren  
zerbitzu motak

- Lehen arretako osasun zerbitzuak.
- Osasun zerbitzu espezializatuak.
- Gizarte zerbitzu komunitarioak.
- Egoitzetako gizarte zerbitzuak.

Tresnak  
Metodoak  
Estrategiak

- Finantziazio kapitatiboa.
- Zerbitzuak batera kokatzea.
- Diziplina arteko ekipoa.
- Balorazio tresna komuna.
- Kasu kudeaketa.

Deskribapena

**Aurrekariak**

- *Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en Perte d'Autonomie* (SIPA) programa 1998an sortu zen, mendetasun funtzionala duten adinekoen arreta premiei erantzuteko. Behar dituzten zainketen konplexutasunak agerian utzi zituen osasun eta gizarte arreta sistemen gabeziak: arretaren zatiketak –askotariko erakundeak dira horren erantzule, ez erakunde edo zentro bakarra– ahaleginak bikoiztea eta, askotan, ospitaleetako eta egoitzetako baliabide garestiak gehiegi erabiltzea dakar, komunitatean zerbitzu egokirik ezean.
- Askotariko osasun eta gizarte premiak dituen kolektibo honen premiei behar bezala erantzute aldera, Montrealgo eta McGilleko unibertsitateetako ikertzaile talde batek, 1995 eta 1997 artean, mendeko adinekoentzako zerbitzu integratuen eredu bat prestatu zuen, SIPA siglekin ezagutzen dena. Hauek dira SIPA ereduaren ezaugarri nagusiak:
  - Oinarri komunitarioa duen hurbileko zerbitzua eskaintzea. Programaren helburu garrantzitsuenetako bat intentsitate handiko arreta komunitarioak adinekoa bere etxean mantentzeko aukera ematen duen kasuetan egoitzetako zerbitzuetara jotzea saihestean datza. Hori lortzeko, SIPAk etxez etxeko osasun arretako, etxez etxeko laguntzako, laguntza pertsonaleko zein etxeko laguntzako zerbitzuetako gastuak boskoizteko asmoa du, eguneko baliabide egokiekin (eguneko zentroa, eguneko ospitalea, errehabilitazio zentroa, etab.) eta larrialdi egoerei erantzuteko zerbitzu iraunkor eta malguarekin konbinatuta.
  - Komunitateko eta egoitzetako gizarte zein osasun zerbitzu sorta osoa eskaintzea. Zerbitzu horiek ez dira zertan programan bertan eskaini behar, baizik eta kanpoko zentroak kontrata daitezke horretarako.
  - Arreta zentralizatzea, zerbitzu guztien ardura klinikoa programari egokitzeko moduan; berdin dio zerbitzu horiek programan barneratutako zentroetan edo itundutako kanpo zentroetan ematen diren.
  - Kasu kudeaketaren teknika aplikatzea, arreta jarraia izatea eta erabiltzailearen banan-banako premiei egokitzeko ziurtatzeko.
  - Arretaren kalitatearen eta zerbitzuen kudeaketaren etengabeko jarraipena egiteko sistema bat ezartzea, erabiltzaileen eta beren familien premietara hobeto egokitzeko balio duena.
  - Premien balorazioan nahiz zerbitzuaren jarraipenean, kudeaketan eta prestazioan diziplina arteko izaera bermatzea.
  - Baliabideak azkar eta malgutasunez mobilizatzea.
  - Prebentzio, detektatze eta esku-hartze goiztiarrak garatzea.

**Kanada – Quebec**  
**Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie**

Deskribapena

- PACE ereduaren kasuan bezala, programan parte hartu duen pertsona bakoitzeko hileko zenbateko bat ezartzean datzan finantziazio kapitibatuko eredu bat ezartzea, pertsona bakoitzaren premien arabera. Herri administrazioak finantzatzeko luke eta, ordainetan, erakunde zerbitzu-emaileak hainbat zerbitzu eskainiko lizkieke pertsona horiei.
- Osasun sistema publikoarekin bateragarria izatea.
- 1998an, Montreal Erdiguneko Eskualdeko Osasun eta Gizarte Zerbitzuen Administrazioak (*Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montreal-Centre*), proposatutako ereduaren bideragarritasuna, eraginkortasuna eta eragimena ebaluatzeko xedez eta, egoki suertatuz gero, elementu positiboak orokortzeko oinarriak ezartze aldera, esperimentalki abiaraztea hartu zuen xede. Eredu esperimentalak aukeratu zen. 1.230 parte-hartzaile hartu ziren ausaz, alde batetik, talde esperimental baterako eta, bestetik, kontrol talde baterako. Talde esperimentaleko SIPA arreta integrala eman zitzairen eta kontrol taldekoei, berriz, arreta konbentzionala.
- Montreal Erdiguneko Eskualdeko Gizarte Zerbitzuen Administrazioak eta ikerketa taldeak 7,6 milioi dolarreko aurrekontua izan zuten proiektua abiarazi eta ebaluatzeko, eta hiru fasetan garatu zen:
  - abiarazteko lehenengo fasea, lau hileko iraupena eta 327.329 dolarreko aurrekontua aurreikusita;
  - bigarren fasea, ezarpenari dagokiona, zortzi hileko iraupena eta 1.671.452 dolarreko aurrekontua aurreikusita;
  - hirugarren fasea, eredia esperimentatu eta finkatzeko, 4 milioi dolarretik gorako aurrekontua zuena, zerbitzu komunitarioak areagotzeko eta ikuspegi klinikotik haien baliozkotasuna eta eraginkortasuna ziurtatzeko.
- Proiektua abiarazi eta ezartzeko faseak gauzatzeko aurreikusitakoa baino denbora gehiago behar izan zen, eta 1998ko irailetik 1999ko ekainera bitartean luzatu ziren. Montreal Erdiguneko Eskualdeko Osasun eta Gizarte Zerbitzuen Administrazioak administrazio kontseiluak zerbitzu komunitarioen tokiko bi zentro aukeratu zituen SIPA eredia probatzeko. Haiek hautatu ondoren, hainbat jarduera egin ziren haiek ezartze aldera:
  - Hautatutako zentroek informazioari, giza baliabideei, finantziarioari eta baliabide materialei dagokienetz dituzten premien azterketa.
  - Egoki den kasuetan adinekoak egoitzetan sartzeko beharrezko baliabide komunitario osagarrien azterketa.
  - Hautatutako zentroak abiaraztea (lokala, ekipamenduak, etab.).
  - Programa kudeatzeko arduradunak eta beharrezko langile kliniko eta administratiboak kontratatzea. SIPA zentro bakoitzak langile hauek izan zituen: 2-3 arduradun, 2-3 administrari, hainbat diziplinako 15 profesional inguru (erizaintza, gizarte lana, ergoterapia, fisioterapia, nutrizioa) eta etxeko etxeko laguntzako 14-35 profesional.
  - 1.260 adineko pertsona eta beren zaintzaile informalak hautatzea, programan parte hartzeko.
  - Diziplina arteko esku-hartze protokoloak eta zerbitzuak emateko prozesuak zehaztea.
  - Langileen prestakuntza.
  - Jarraipen kliniko eta administratiboko gailuak ezartzea. Pazienteen jarraipen koadroa egin zen erabiltzaile bakoitzak jasotako zerbitzuak eta prozesu administratiboak kontrolatzeko. Kasuak eta egoera kritikoen kudeaketa prozesuak eztabaidatzeko eta haien jarraipena egiteko tresna bat ere garatu zen (larrialdi zentroetara bisita egitea, ospitaleratzea, egoitzan sartzeko, etab.).
  - Eskualdeko batzorde bat, tokiko bi jarraipen batzorde, zentro kolaboratzaile desberdinetan plazak hitzartzeko batzorde bat eta eremu zehatzeko lantaldeak (egoitza lagunduetako batzordea, krisi batzordea, etab.) abiaraztea.

**Kanada – Quebec**  
***Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie***

Deskribapena

- Proiektuari loturiko zentroen eta esku hartzeko beste agente batzuen artean (programan onartutako pertsonen familia medikuak, ospitale zentroak, eguneko zentroak, polizia zerbitzuak, erakunde komunitarioak, egoitza zerbitzuak, etab.) akordioak finkatzea.
- Azkar esku hartzeko mekanismo bat abiaraztea, asteko 7 egunetan eta eguneko 24 orduetan funtzionatzen duena.
- Izendatutako erabiltzaileak pixkanaka programan sartzea eta beren premiak asetzeko beharrezkoak diren zerbitzuak abiaraztea.
- Pertsona horiek artatzen dituzten medikuak eta haiekin lankidetzat hitzarmen formalak finkatzeko beharrezkoak diren kudeaketak pixkanaka identifikatzea.
- Programan parte har lezaketen adineko pertsonen hautaketa –65 urtetik gorakoak, mendetasun funtzionala zutenak eta komunitatean bizi zirenak– SMAFen (*Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle*) oinarritu zen; Montrealgo eskualdean askotariko premiak dituzten erabiltzaileen balorazioa egiteko erabili ohi den tresna da. Bost eremu ebaluatzen ditu SMAFek: eguneroko bizitzako jarduerak (EBJ), eguneroko bizitzako jarduera instrumentalak (EBJI), inkontinentzia, mugikortasun fisikoa, komunikazioa eta funtzio mentalak. Bost eremu horietan pertsonak duen gaitasuna 0tik -80rako eskalan baloratzen da. Beheko balioek mendetasun handiagoa adierazten dute. Askotariko premiak dituzten eta SIPAk eskaintzen duen bezalako erantzun koordinatuari etekina atera liezaieketen pertsonen parte-hartzea bermatzeko, SMAFeko -10 balioan ezarri zen proiektuan parte hartu ahal izateko muga (mendetasun funtzionala klinikoki adierazgarritzat jotzen da -5etik aurrera).
- Ezarri ondoren, funtzionamenduan zela, programak urtebete iraun zuen, 2000. urteko maiatzera arte. Aldi horretan zehar, SIPA ekipoak erabiltzaileen osasun egoera eta gizarte premiak ebaluatzeaz, banan-banako arreta planak prestatzeaz, arretaren jarraipena egitea, zerbitzuen prestazioa antolatzeaz, baliabideak banatzeaz eta eraginkortasuna, eragimena eta onargarritasuna ziurtatzeko zentro eta zerbitzuetako langileekin esku hartzeaz arduratu ziren.
- Kasu kudeaketako eginkizunak, oro har, gizarte langileei zegozkien (35-40 kasu profesional bakoitzeko), beren lanbidearen berezko eginkizunez gain.
- Programa diseinu esperimental baten bidez ebaluatzeak bere esparruan eskaintako arreta eta Montrealen mendeko adinekoei eman ohi zaien arreta mota alderatzeko aukera ematen du.

Emaitzak eta balorazioa

- Ebaluazio fasean zehar proposatutako kudeaketa eredu klinikoaren baliozkotasuna eta bideragarritasuna aztertu da, eta arretaren kalitatean, adinekoaren osasunean eta ongizatean, zerbitzuen erabileran eta tartean diren gastuetan duen eragina ebaluatu da.

***Ereduaren ezarpenari eta antolaketari dagozkien emaitzak***

- Proposatutako eredu teorikoaren osagai gehienak arrakastaz ezarri ahal izan ziren, nahiz eta bere izaera esperimentalari loturiko mugek finantziario kapitatioa abiaraztea eragozti zuten. SIPA zentroetako bakoitzak aurrekontu itxia izan zuen programaren helburuak lortzeko beharrezkoak ziren egoitzetako konponbide komunitarioak eta zerbitzu komunitarioak garatzeko, baina ez zuten beren gain hartu erabilitako ospitale zein egoitzetako zerbitzuen kostua. Hala ere, programan parte hartu zuten pertsonen erabilitako zerbitzu guztien kostuaren gaineko informazioa bildu zen, finantziario kapitatio biko benetako eredu baten kostua kalkulatu ahal izateko xedez.
- Ezarpenean esku hartu zuten profesionalak ongi ulertu zuten eredu. SIPAko eta zentro elkartuetako arduradunek gehien baloratutako alderdiak hauek izan ziren: instituzioen artean lortutako akordioak, erabiltzaileen jarraipen zehatza, kasu kudeaketa, jarduteko bitartekoen erabilgarritasun eta malgutasun handiagoa, eta prebentzioari emandako garrantzia.



**Kanada – Quebec**  
***Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie***

Emaitzak eta balorazioa

- Erabiltzaileak proiektuan sartzea izan zen ezarpenaren alderdirik zailena. Parte-hartzaile gehienak aurrez etxeko arreta zerbitzuarekin harremanetan egonak ziren arren, 10.000 lanordu inguru behar izan ziren haiek hautatu eta programan sartzeko. Prozesuaren moteltasunak agerian utzi zituen etxeko laguntza zerbitzuen informazio sistemak artatzen diren pertsonen dagokienetz dituen hutsune eta disfuntzioak.
- Zerbitzuen antolaketari dagokionez, datuek adierazten dutenaren arabera, etxeko zerbitzuak aurreikusi baino gutxiago areagotu ziren. Proiektua ezartzeko plana prestatzerakoan, adinekoentzako etxeko zerbitzuen batez besteko urteko gastua 1.080 dolar ingurukoa zen erabiltzaile bakoitzeko. Proiektuaren aurrekontuak gastu hori boskoiztea aurreikusten zuen arren, egindako gastua ez zen 1,5 bider handiagoa besterik izan. Horren arrazoi nagusia izan zen etxeko zerbitzuen gehikuntza ez zela beti baliabideak ordetzera bideratu, SIPA eredutik egin asmo zen bezala.
- SIPA zentroen eta zentro kolaboratzaileen arteko koordinazioa ona izan zen, proiektua abiarazi aurretik lortutako akordioei esker. Kasu kudeaketaz arduratzen den pertsonaren erantzukizun eta eginkizunak argitzea oso garrantzitsua izan zen ereduak behar bezala funtzionatzeko. Ospitaleetako larrialdi zerbitzuekin eta larrialdietako gizarte zerbitzuekin koordinazioa egindako aurrerapenak, halaber, oso garrantzitsuak izan ziren egoera kritikoak konpontzeko.
- Ospitale zentroekiko harremana zailagoa izan zen, nagusiki, horien barruan ez zegoelako SIPA programan onartutako kasuen arduradunik, eta horrek zaildu egin zituen informazio transmisioa eta medikuekiko komunikazioa.
- Familia medikuekiko koordinazioa ere zaila izan zen, funtsean, asko zirelako. 250 profesional desberdinek artatu zituzten SIPA talde esperimentaleko 650 adinekoak, eta horrek izugarri trabatu zuen kasuen kudeaketa.

***Arretaren kalitatearen gaineko emaitzak***

- Erabiltzaileen eta beren zaintzaileen zerbitzuaren kalitatearen gaineko pertzepzioa hobea izan zen programan parte hartu zutenen artean kontrol taldean parte hartu zutenen artean baino.
- Beren etxean egon ziren adineko ahulen proportzioa handiagoa izan zen SIPA ereduan artatu zirenen artean.

***Zerbitzuen erabileraren gaineko emaitzak***

Programako partaidetzak aldatu egin zituen gizarte eta osasun zerbitzuak erabiltzeko patrioiak:

- Osasun zein gizarte zerbitzu komunitarioen erabilerak gora egin zuen programan parte hartu zutenen artean.
- Larrialdi zerbitzuen erabileraren maiztasuna antzekoa izan zen bi taldeetan. Hala ere, larrialdietako egonaldien iraupena nabarmen murriztu zen, eta larrialdiaren ondoren etxera itzuli ziren pertsonen kopurua handiagoa izan zen talde esperimentalean.
- Egonaldi laburreko ospitale zentroetako egoitza plaza baten zain dauden pertsonen proportzioa txikitu egin zen programan parte hartu zuen pertsona taldean.
- Egoitza-zentroetako egonaldiek murriztera jo dute SIPA ereduan artatutako pertsonen artean.

***Zerbitzuen kostuaren gaineko emaitzak***

- Artatutako pertsona bakoitzeko batez besteko kostua 19.707 dolarrekoa izan zen kontrol taldean eta 20.711 dolarrekoa talde esperimentalean.

**Kanada – Quebec**  
***Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie***

Emaidzak eta balorazioa	<p>Eredu esperimentalean artatutako pertsonen kostu handiagoa bat zetorren zerbitzu komunitarioetako gastu handiagoarekin, baina ez zen erabat orekatu egoitza zerbitzuetako gastuaren murrizketarekin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egonaldi laburreko ospitaleratzeei, mediku bisitei eta kostu farmakologikoari dagozkien gastuak antzekoak izan ziren bi taldeetan.</li> </ul>
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Estatu Batuak**  
***Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)***

Eremu geografikoa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatukoa.</li> </ul>
Populazio hartzailea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagundutako egoitza batean sartzeko irizpideak betetzen dituzten 55 urtetik gorako pertsonak.</li> </ul>
Harremanaren intentsitatea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazioa.</li> </ul>
Maila	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesoa.</li> </ul>
Tartean diren zerbitzu motak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lehen arretako osasun zerbitzuak.</li> <li>• Osasun zerbitzu espezializatuak (akutuen ospitaleak eta egonaldi luzekoak barne).</li> <li>• Gizarte zerbitzu komunitarioak.</li> <li>• Egoitzetako gizarte zerbitzuak.</li> </ul>
Tresnak Metodoak Estrategiak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finantziazio kapitaliboko sistema.</li> <li>• Zerbitzuak batera kokatzea.</li> <li>• Leihatila bakarra.</li> <li>• Diziplina arteko ekipoa.</li> <li>• Kasu kudeaketa.</li> </ul>
Deskribapena	<p><b><i>Alderdi orokorrak</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)</i> ereduaren helburua da adineko ahulei osasun eta gizarte zerbitzuak integratzen dituen eta adineko horiek beren ohiko ingurune soziofamiliarrean mantentzea ahalbidetzen duen kalitatezko arreta ematea, arretaren prestazioan eraginkortasun irizpideei egokituta (kostua/eraginkortasuna).</li> <li>• Ezarri zenez geroztik hamar urtetik gora igaro dira eta, aldi horretan, eredu honek eraginkorra dela frogatu du kolektibo horri emandako arretaren zatiketa murrizteari, erabiltzaileen eta beren zaintzaileen gogobetetasunari eta gastu publikoa murrizteari dagokienez.</li> </ul>

**Estatu Batuak**  
**Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)**

## Deskribapena

**Aurrekariak**

- PACE eredia abiarazi zuen lehenengo programa, *On Lok*, 1971n garatu zuen izen bereko agentzia batek, San Frantziskoko auzo txinatarrean. Eguneko ospitalearen kontzeptu britainiarrean eta adineko ahulek, eremu komunitarioan osasun eta gizarte zerbitzuak eskaintzen bazitzaizkien, egoitzan sartzea saihestu ahal izango zuten ustean oinarritzen zen programa. Lehenengo esperimentazio urteetan, *On Lok*-ek erakutsi zuen adinekoentzako arretaren kostua % 15 murrizten zela PACE eredia aplikatuta.
- 1983an, *On Lok*-ek hitzarmen bat sinatu zuen gobernu federalarekin, iraupen luzeko zainketak finantzatzeko sistema berri bat probatzeko. Akordio horrek zerbitzuko ordainketa sistema batetik finantziario kapitiboko beste modu batera pasa beharra zekarrek. Lehenengoan, gobernu federalak eta estatuek *Medicare* eta *Medicaid* programen bidez zerbitzu ekintza bakoitzeko finantzatzen zituzten beren hornitzaileak. Bigarrena, berriz, programan parte hartzen zuen pertsona bakoitzak aurrez zehazturiko hileko zenbateko bat finkatzean zetzan, eta hura zehazteko premia maila hartzen zen kontuan; herri administrazioak finantzatu zuen eta, ordainetan, *On Lok*-ek hainbat zerbitzu –ospitale eta egoitzetako arreta barne– eskainiko zizkien pertsona horiei. Horrela, onurak lortu ahal izango lituzke administrazioak emandakoak baino baliabide gutxiagorekin arreta antolatzea lortutakoan edo, aldiz, galerak izango lituzke arreta jarraitutasunak administrazioak finantzatutako zenbatekoa gainditzen duen kasuetan.
- 90eko hamarkadan, *On Lok*-ek hasitako PACE eredia 10 estatutan ezarri zen esperimentalki eta, 1997an, maila federalean, *Medicare* programaren esparruan formula iraunkor bihurtu zen, eta estatuen esku geratu zen *Medicaid* programaren esparruan sistema berera jotzeko aukera. Kalkulatu denaren arabera, sistema honekin gobernu federalak *Medicare* programaren kostua % 5 murrizten du, eta estatuek % 15 murrizten dute *Medicaid* programaren kostua.
- Gaur egun, PACE ereduak 16 estatutan funtzionatzen du, 17.000 adineko inguru artatzen dituzten 36 programaren bidez antolatuta.

**Artatutako populazioa**

- Programak hartzen duen eremu geografikoan bizi diren eta herri administrazio esku-dunaren aldetik haiek egoitza lagunduan barneratzea baimentzen duen balorazioa lortu duten 55 urtetik gorako adineko guztiak sar daitezke programan. 1998an artatutako pertsonen batez besteko adina 80 urtekoa zen, eta artatutako herena 85 urtetik gorakoak ziren. Kasu gehienetan, artatutako pertsonak laguntza behar dute eguneroko bizitzako hiru jarduera motatan gutxienez, batez beste 7,8 gaixotasun kroniko pairatzen dituzte eta hamarretik ia zazpi gaitasun mentalak murriztuta dituzte Alzheimerren ondorioz, edo depresio arazoak dituzte.

**Arretaren ezaugarriak**

- Programen erabilzaile gehienek beren ohiko gizarte ingurunean jarraitzen duten arren, hau da, testuinguru komunitarioan artatzen dituzten arren, denek ere osasun eta gizarte premia konplexuak dituzte, eta programak barne hartu behar du osasun eta gizarte zerbitzu sorta zabala:
  - Lehen arretako osasun zerbitzuak.
  - Eguneko arretako osasun zerbitzuak: eguneko ospitalea eta kirurgia ambulatorioa.
  - Ospitaleko osasun zerbitzuak eta osasun zerbitzu espezializatuak.
  - Egonaldi ertain eta luzeko egoitzetako gizarte zerbitzuak.
  - Errehabilitazio zerbitzuak.
  - Eguneko arretako gizarte zerbitzuak: eguneko zentroak.
  - Etxez etxeko arreta zerbitzu sanitarioak.
  - Etxez etxeko laguntza zerbitzu sozialak.

**Estatu Batuak**  
**Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)**

Deskribapena

- Zerbitzuen dibertsitatea dela eta, programaren kudeaketak diziplina kliniko eta sozial desberdinen arteko koordinazio eraginkorra eskatzen du erabiltzaileen etengabeko jarraipenaz gain. Hori lortzeko, arreta eguneko zentro baten inguruan antolatzea erabakitzen da, bertan zerbitzu anbulatorioak (sanitarioak zein sozialak) eskaintzen direla eta diziplina arteko taldeak premien balorazioa egiten duela, baliabideak kudeatzen dituela eta erabiltzaileei emandako arretaren etengabeko jarraipena egiten duela (jarraipen hori ospitaleetan edo egoitza lagunduetan dauden pertsonengana ere hedatzen da).
- Eguneko zentro bakoitzak 120 pertsona inguru artatzen ditu eta irekita egoten da astean 5-7 egunetan. Programa guztiek gutxienez zentro bat ere izaten dute asteburuetan irekita. Diziplina arteko taldeak diziplina hauetako profesionalak osatu ohi dituzte: medikuntza orokorra, erizaintza, gizarte lana, terapia okupazionala, fisioterapia, nutrizioa, etxez etxeko lana, animazio soziokulturala eta garraioa.

120-150 erabiltzaile artatzeko 60-80 langile behar dira lanaldi osoan, ondorengo taulan zehaztu bezala.

**PACE programa bateko helduentzako eguneko zentro baten ohiko osaera**  
**120-150 erabiltzaile))**

Langile kategoria	DPEko langile kopurua
<i>Eguneko zentroa</i>	
Zuzendaria	1
Administraria (harreragilea)	1
Gizarte langileak	3
Nutrizionistak	0,75
Fisioterapeutak	0,5
Terapeuta okupazionalak	1,5
Errehabilitazio laguntzaileak	2
Zaintzaileak	13
Animatzaile soziokulturalak	3
<i>Eguneko ospitalea</i>	
Medikuak	1
Erizainak	1
EUD	3
OLT	1
<i>Etxez etxeko arreta saila</i>	
EUD	1,5
Etxez etxeko langileak	19-26
<i>Garraio saila</i>	
Zuzendaria	1
Koordinatzailea	1
Administrariak	2,5
Medikua	0,25
Gidariak	4
Garraio laguntzaileak	3

- Diziplina arteko taldeari dagokio kasuen kudeaketa.
- Erabiltzaileen balorazioaz eta jarraipenaz gain, PACE taldeak programan barneratutako zerbitzu guztietarako sarbidea kudeatzen du; eguneko zentroetan ematen direnak, kanpo zerbitzuak, ospitaleetakoak, egoitzetakoak, etab. Egonaldi luzeko zerbitzu sorta osoa baliatu ahal izateko leihatila bakar gisa funtzionatzen du.

**Estatu Batuak**  
**Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)**

Emaizak eta balorazioa

- Hainbat ikuspegitatik ebaluatu da PACE eredu, eta ebaluazio horien emaitzek adierazten dute emandako arreta egokia dela kostuari eta eraginkortasunari, erabiltzaileen osasun egoeraren hobekuntzari eta ongizateari dagokienez:

- Lehenik eta behin, programak antzeko populazioa artatzen duen arren, premiei dagokienez, egoitza lagunduetan barneratuta egon ohi dena, programan parte hartu dutenen % 7k bakarrik erabiltzen dituzte egoitzetako baliabideak, eta hala lortu da helburu nagusietako bat, hau da, mendetasun funtzionala duten adinekoak ahalik eta denbora gehien beren etxeetan mantentzea.

- Bestalde, ospitaleratzeen kopurua eta ospitale zentroetako egonaldien batez besteko iraupena nabarmen txikiagoak dira PACERi atxikitako programan arreta jasotzen duten pertsonentzat, *Medicare*-k artatutako gainerako pertsonekin alderatuta. Horrek erakusten du, oro har, osasun egoera hobea dutela arretaren jarraitutasunari eta jasotzen dituzten zerbitzu komunitarioen intentsitate handiagoari esker.

Emaizta hauek berresten dituzte PACERi atxikitako programetan parte hartu duten pertsonen maila nazionalen egindako inkestan osasun egoeraren eta bizitza kalitatearen pertzepzioari dagokionez lortutako emaitzek.

- Emaizta on horiek are nabarmenagoak dira mendetasun handiagoko duten pertsonengan; eguneroko bizitzako jardueretarako muga handienak dituzten pertsonetan izan dira murritzetarik handienak ospitaleratzeetan eta egoitza lagunduetan egindako egonaldien batez besteko iraupenean. PACEk artatutako pertsonen eta *Medicare*-ren onura izan duten gainerako adinekoen arteko aldeak, osasun egoeraren eta bizitza kalitatearen pertzepzioari dagokionez, nabarmenagoak izan ziren mendetasun handiagoko pertsona taldeetan.

Emaizta hauek erakusten dutenez, PACEren esparruan kapitala finantzatzeko erabilitako moduak ez dakar zertan, uste bezala, erabiltzaileak beren premien arabera hautatzea eta, beraz, programa soilik premia konplexuenak dituztenei bideratzea, programarako sortutako kostua murrizteko xedez.

- Ikuspegi ekonomikotik, azkenik, egindako ebaluazioen arabera, zerbitzuen integrazioak eta finantziario kapitalitiboak arretaren kostuak murriztzakete. 1998an programaren ebaluazioaren zati gisa egindako azterlan baten arabera, PACE programaren kostua, arretaren lehenengo sei hilabeteetan, parte-hartzaileak *Medicare*-ren esparruan aplikatutako arreta formula konbentzionalean artatu izan balira beharko zena baino % 38 txikiagoa izan zen. Hala, 5,6 milioi dolar aurreztu ziren. Arretaren hurrengo sei hilabeteetan aldeak ez ziren hain deigarriak izan, nahiz eta % 15etik gora mantendu ziren, ondorengo taula honetan ikus daitekeen bezala:

**Taula. Medicare-ren kostuen konparazioa zerbitzuko ordainketa modalitatean eta PACEko kapitazioagatiko aurreordainketan (dolarretan)**

Aldia	Arretaren kostu zenbatetsia, zerbitzuko ordainketa modalitatean	PACE programen kostua (kapitazioagatiko aurreordainketa)	Aldea	PACEren eraginaren %-a Medicare-ren kostuetan
1-6 hilabete	14,93 milioi	9,23 milioi	5,69 milioi	%-38
7-12 hilabete	7,82 milioi	6,60 milioi	1,22 milioi	%-15,6

Iturria: White, A.J. *The Effect of PACE on Costs to Medicare: A Comparison of Medicare Capitation Rates to Projected Costs in the Absence of PACE. Final Report.* Baltimore: Health Care Financing Administration, 1998.

# **ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK**

Sarrerako kapituluaren esan bezala, txosten hau bukatzen duten ondorioek eta gomendioek, txostenaren edukien izaerarekin eta txostenak arreta soziosanitarioa bezalako errealitate lausora hurbiltzea errazteko duen helburu zehatzarekin bat etorritik, ikuspegi orokorra ematen dute eta eremu soziosanitarioa eraikitzeke herri administrazioen esku-hartzea hobetzen lagun dezaketen jarraibide batzuri buruz orientatzeko asmoa baino ez dute.

## **A. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN EREDUAREKIN LOTURIKO ONDORIOAK ETA GOMENDIOAK**

### **1. Koordinazio ereduaren interpretazio zabala eta malgua**

Literatura espezializatuaren azterketak eta, batez ere, konparazio azterlanek adierazten dute herrialde gehienek, ia denek, gizarte eta osasun zerbitzuen arteko loturen eredu mistoak hartzen dituztela. Hots, esplizituki, eredu zehatz bati heltzen diotenean ere (koordinazio ereduari zein integrazio ereduari), beren antolaketaren egiturak eta, jakina, ereduaren ezarpen praktikoa esparru eraginkor ezberdinen lotura handiagoa edo txikiagoa zehazten duten lankidetzak estrategien konbinazioa islatzen dute: maila estrategikoan (araudia, eskumen banaketa, plangintza, finantziak), zerbitzuen antolaketan mailan eta esku-hartze mailan. Intentsitate graduak, maila guztietan, lotura sinplea izatetik integrazio osoa izatera alda daitezke, eta koordinatuta egotetik ere pasa daitezke; sistemek aplikatutako estrategia eta bitartekoen kopurua handitzeko joera argiari eta naturalari erreparatuz, eta baita sistema horien artikulazioen koordinazio esturantz eta integrazio formulatuz orientatzeko joerari ere, iraupen luzeko zainketa eskatzen duten beharrez konplexu eta mistoei –soziosanitarioa– erantzun behar zaienean.

Formulen konbinazio horrek sistemen malgutasunari egiten dio mesede eta, ondorioz, beharrez aniztasunera eta jarrera aldakorrera errazago moldatzea eragiten du. **Ikuspegi horretatik, eta EAEn Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoaren berriazko jarrera abiapuntu bezala hartuta, osasun eta gizarte sareen antolaketak eraginkorrenaren ondorioz sortutako eremu soziosanitarioaren alde egiten duen koordinazio eremuan, komenigarria da formulazio horri mugak jartzen ez dizkion interpretazioa egitea eta eremu soziosanitarioa eraikitzeke hausnarketa estrategikoa sakontzea.** Planak berak ikuspegi zabala eta malgua du egungo bi sareek “*arreta*

*soziosanitarioari egindako ekarpenean integrazio funtzionaleko printzipiopean modu koordinatuan*” funtzionatuko dutela adieraztean. Zabaltasun horrek errealitate konplexu eta askotarikora moldatzeko erraztasun hobea bermatuko du, eta horren arreta zerbitzu eta prestazioen aukera malgua antolatuz bakarrik izango da posible.

## 2. Espazio soziosanitarioa finkatzea

Arreta soziosanitarioa sortzea eta finkatzea pixkanaka bideratu dezaketen hainbat modu daude:

- Mutur batean, makro mailan edo maila estrategikoan espazio hori eraikitzen duten ereduak daude, hau da, eredu baten eskumen banaketa, plangintza edo finantziario bezalako alderdi definitzaileak erabakitzen diren maila altuagoko esparruetan. Ikuspegi horretatik, maila horretako egiturazko faktore zehatzek, presioek eta mugek maila txikiagoetan dute eragina, hau da, zerbitzuen antolaketan eta horien prestazioan, erabilzaileak azkenean hartzen duen arretaren koordinazioaren gradua izugarri mugatuz.
- Beste muturrean, pertsonen beharrezko koordinazio lotura zein maila operatibotan, zein motatako zerbitzuri lotuta eta zein bitarteko erabiliz ezarri behar den zehaztu behar dutela defendatzen duten ereduak daude, pertsonan jartzen duen ikuspegia abiapuntutzat hartuta; hori hala izanik, mikro mailan (pertsonen arreta emateko maila) gertatzen denak meso eta makro mailatan, hau da, zerbitzuen antolaketa mailan eta maila estrategikoan gerta daitekeena mugatzen du.

Lehenengo aukerak ahalegin guztiak gai politikoak, eskumenen ingurukoak eta finantziarioak ebaztera bideratzeko, eta gizartearen eskaera berriei erantzuteko arreta soziosanitarioaren benetako antolaketa bigarren mailara baztertzeko arriskua du; bigarren aukerak aurkako arriskua du, inizatiba eta esperientzia zehatzak abian jartzean ahaleginak sakabanatzeko arriskua, lehenago edo beranduago, bi sektoreetako egitura eta finantziario ezberdintasunetatik eratorritako oztopo eta zailtasunekin aurrez aurre talka egingo dutenak. Irtenbideak, beraz, modu batean zein bestean, espazio hori finkatzeko pixkanaka eta aldi berean aurreratzeko bi bide horiek erabili behar dira.

EAEn kasuan, zerbitzuen bilakaerari buruzko datu erabilgarrien, agirien azterketen eta txosten honetarako galdetutako adituen taldeak emandako iritzien arabera, gure esparruan arreta soziosanitarioaren bilakaerak, oro har, lehenengo eredu jarraitzen du, aurrerapen nabariak eta, zalantzarik gabe, hautemangarriak herri administrazioen arteko koordinazio egitura eta bideak sortzean jartzen baitu arreta; aldiz, lan koordinaturako, diziplina arteko lanerako eta zerbitzu eta programa soziosanitarioen proiektu eta ekimen zehatzen hasieran ahalegin oso mugatua antzeman daiteke.

**Ezinbestekoa da maila guztietan aurrerapen guztien erritmoa azkartzea:**

- **koordinazio egiturek funtzionamendu dinamikoagoa lortu behar dute, eraginkorragoa, eta esku-hartze sozial eta sanitarioaren eremuan lan egiten duten erakunde eta profesionalei aurrerapenen hedapen hobea bermatu behar die; eraginkortasun eta dinamismo maila altuago horrek, beharbada, autonomia gehiago eta aurrekontu propioa izatea eska dezake, ikerketarako, konparazio azterlanerako eta esperientzia pilotuak abian jartzeko partaidetzarako;**



- **zerbitzuen antolaketan formula berriak hartu behar dira;**
- **beharrizanen baterako baloraziora eta gizarte eta osasun zainketen paketeen diseinura bideratutako diziplinen arteko lana sustatu behar da.**

### **3. Muga geografikoak**

Ondo koordinatutako arreta soziosanitarioaren sistemaren antolaketan zailtasun handia bi sektoreen planifikazioan eta administrazio jokaeran aplikatutako banaketa eta mugaketa ezberdinek eragiten dute. Zonakatzean bateragarritasun handiagoa izateak bi zerbitzu motak herritarren talde berberari ematea ahalbidetuko du, nahiz eta prestazio horretan babes sistema ezberdinetan sartzen diren erakundeek esku hartu.

**Ikuspegi horretatik, Gizarte Zerbitzuen Legea eta, laster, honen arauen garapena –bereziki Gizarte Zerbitzuen Plan Estrategikoarena, Gizarte Zerbitzuen Mapa izango duena– egiteko egungo prozesua bi sektoreek beren sektorizazioa berriz aztertzeko eta beren aukerak hurbiltze aldera neurri egokiak hartzeko funtsezko aukera izan liteke.**

### **4. Hornidura ekonomiko espezifikoak**

Sarritan, koordinazioan oinarritutako arreta soziosanitarioen formulak, maila estrategikoan zein antolaketan eta zerbitzuak prestatzean aplikatzen direnean, literatura zientifikoaren arabera, okerreko premisa hartzen dute abiapuntutzat, hau da, arreta hori antolatzeak kostu espezifikorik izango ez duela, eta bi sareen baliabideen konbinazio eta erabilera hobeagotik eratorritakoa dela pentsatzea. Beste modu batera esanda, koordinazioa ezer ordaindu gabe lortuko dela uste izateko arriskua dute; hori uste izateko, aukera horrek funtsezko egitura aldaketak ez eragitea –integrazio formulen edo jatorrizko sektoreen mendekoa ez den hirugarren sare soziosanitario bat sortzeko formulen alde-rantzizkoa– hartzen dute oinarri.

Horri dagokionez, sistema horien analistak iritzi berekoak dira: bi arreta sektoreen arteko harremanak modu eraginkorren indartzen eta estutzen duten formulak (duten izaera izanda ere) ezinbestean eskatzen dituzte hornidura ekonomiko espezifikoak, erabiltzailerak egokitutako arreta bermatzeko, banan banakoen beharrezanetara ongi moldatua eta arretaren jarraitutasuneko printzipiora egokituta dagoena, eta sistemen eraginkortasuna hobetzeko xede bikoitzarekin; hornidura horiek ez dira jada zerbitzu, programak edo egitura berriak sortzeko direnak, baizik eta koordinazio eginkizunetarako, hori langileez hornitzaerakoan, diziplinen arteko lanean trebakuntza espezializatuan, koordinazio tresnen diseinuan (arreta protokoloak eta ibilbideak), informazio tresna bateragarrien diseinuan, datuen trukea ahalbidetzen dutenak edo, muturrean, informazio tresna arruntzen diseinuan baloratzeko tresna arruntak, besteak beste.

**Beraz, beharrezkoa da bi alderditan jardutea:**

- **Alde batetik, arreta soziosanitarioaren kostuaren aurreikuspenak hitzartu behar dira aldagai horiek eta hartu behar duten tamaina kontuan izanda, eremu**

soziosanitarioak arreta guztia beharrian konplexu eta mistoak dituzten pertsonentzat bermatu eta garatu nahi baldin bada benetan.

- **Beste alde batetik, eta aurrekoaren kaltetan izan gabe, jada erabilgarri dauden bitartekoak ahalik eta ondoen eta arrazoiz erabili behar dira eta bitarteko horiekiko koordinazioa hobetzeko ahalegin handiagoak egin behar dira.**

## 5. Hornidura ekonomikoen erabilera malgua

Pertsonentzako arreta soziosanitarioa, erabiltzaileen beharrian misto konplexuak eta inguruabar pertsonal eta gizarte eta familiakoak kontuan hartzen dituen, egituratzeko beharrak zerbitzuen eta prestazioen konbinazio malgua egiteko aukera izatea eskatzen du, kasuan kasuan berezitasun horietara ondoen moldatutako zainketen segidaren antolaketa bermatzen duena. Literatura espezializatuan eta nazioarteko esperientzietan badirudi zerbitzuen eta prestazioen konbinazio malgua erraztu daitekeela finantziario bideek erabilera malgua baldin badute. Ikuspegi horretatik, osasun eta gizarte zerbitzuak erregulatzen dituen araudian arreta malgutzeko aukera ematen duten baliabideak gehitzea defendatzen da. Bereziki –eta EAEk bezala arreta soziosanitarioaren arlo nagusi gisa koordinazio eredua hartzen duten herrialdeetan–, bi arloetan eskudunak diren herri administrazioek funts komunari baliabide ekonomikoak emateko aukera bultzatzen da; baliabide horiek herritarren talde jakin bati zerbitzu bat edo zerbitzu multzo bat emateko erabili ahal izango dira. Formula horren alde ona osasun arretaren eta gizarte arretaren arteko oztopoa deusezte eta zerbitzu berrietarako funtsak erabiltzeak berrikuntzari ateak zabaltzea da, kasu bakoitzean gizarte edo osasun prestazioa den eta estaldura eman beharreko erantzukizuna zein administrazioarena den zehaztu beharrik gabe. Beste modu batera esanda, funtsak bereizketarik egin gabe bi prestazio motei estaldura emateko erabiltzen dira kasu zehatzaren beharrianen arabera.

**EAEen mota horretako formulen birtualtasun praktikoak aztertzea komenigarria da. Horretarako proiektuen diseinura edo oinarri errealean eta formulak aplikatzearen ondorioz sortzen diren alde on eta txarren azterketa enpirikoan oinarrituz gure inguruan aukera bideragarria diren ala ez zehazteko aukera ematen duten programa pilotuetara joko da.**

## 6. Erakundeen konpromisoa

Eraikuntza soziosanitarioak aurrera egitea, hori babesten duen benetako konpromisoa, politikoa edo erakundeena, egotearen arabera da zalantzarik gabe. Azken urteetan egindako hobekuntzak eta erantzukizun aldetik hobekuntza horiek lortzeko egindako ahaleginak bazter utzi gabe, datuen arabera, maiztasun handiegiz, proiektuen arrakasta eta koordinatzeko bide eraginkorrak sortzeko aurrerapena eta, batez ere, praktikan koordinazio hori bideragarria egin dezaketen bitartekoak sortzeko aurrerapena, neurri handi batean, profesionalen konpromiso pertsonalean oinarritzen dira; profesional horiek, beren erantzukizunen eguneroko jardunean, maila estrategikoan, zerbitzuen antolaketan nahiz erabiltzailearen arreta zuzeneko mailan izan, errekurso erabilgarrien multzoa antolatzeko ezinbesteko beharrian ikusten dute, arreta mistoa, koherentea eta jarraitutasuneko printzipiora egokituta dagoena eskaintzeko.

Beraz, funtsezkoa da konpromiso profesional hori erakunde publikoek indartzea eta konpromiso politikoa hartzea (maila autonomikoan, foru mailan eta baita udal mailan ere) diskurtsoetik haratago doana, jarduketa eremua estaltzen duena eta eremu hori bi sistemen elkargunean egonik, behar besteko arreta ez izateko arriskua duelako.

## B. BALIABIDE SAREAREKIN LOTURIKO GOMENDIOAK

### 7. Testuinguru komunitarioan arreta formulei lehentasuna ematea

Politika publikoen egitura elementuek ezartzen dituzten –eta arreta sistemen arkitektura baldintzatzen eta bideratzen dutenak– agiri programatikoen azterketak eta baita nazioarteko esperientzia eta ekimenen kopuru handiaren azterlanak ere ez dute zalantzarik arreta soziosanitarioaren helburu nagusietako bat, atxikitako harreman eredu edozein izanda ere, beren etxeetan dauden erabiltzaileentzako arreta, ahal den guztietan, erraztea dela; hori, batez ere, kutsu komunitarioa duten zerbitzuen paketeak antolatzearen bitartez eta beharizan konplexu eta mistoen maila altua izan edo izaten ez badute ere. Joera horrek ez die gizartearen eskaera berriei bakarrik erantzuten, baita sistemen eraginkortasun ekonomikoari loturiko arrazoiei ere. Ikuspegi horretatik, funtsezkoa da arreta soziosanitarioa azpimarratzea –osasun sistemak berritzeko eta gizarte babeseko Europako sistemen bideragarritasuna bermatzen duten irtenbideak bilatzeko nazioarteko esparruan adierazten den bezala– ospitalizatorako eta bizitegitarako eraikinetan sartzeko prebentzio formula gisa eta baita eraikin horietan egiten den egonaldien iraupena gutxitzeko formula bezala ere.

**Aurrekoak, jakina, oso garrantzitsuak diren hainbat estrategia bermatzea eskatzen du:**

- **Alde batetik, arreta emateko sare nagusien lankidetzak estutu eta esku-hartzeen arteko prebentzioa bultzatu behar da: zalantzarik gabe, gizarte zerbitzuak garaiz aplikatzeak osasuna mantentzen eta gaixotasuna eta mendetasuna prebenitzen laguntzen du eta, alderantziz, esku-hartze sanitarioen egokitzeak, maila nagusiko jarraipenak bereziki, mendetasun egoeretara bideratzen duten prozesuak ekidin edo moteldu ditzakete.**
- **Bestetik, aurrekaririk gabe, estaldura eta arreta zerbitzu komunitarioen intentsitatea indartzea, eta batez ere:**
  - a. **Etxez etxeko arreta zerbitzuak, osasun arlokoa –etxeko ospitaleratzea, etxeko erizaintza, jarraipen eta monitorizazio prebentiboko formulak, birgaitzea–, zein gizarte arlokoa –etxeko laguntza pertsonala eta etxekoa, telelaguntza, eguneko arreta, atsedeen hartzeko zerbitzuak, laguntza teknikoak, ingurune fisikora moldatzeko zerbitzuak, besteak beste–, kasuan kasuko esku-hartzeen prestazio koordinatua eta duen intentsitatean benetako beharrezkoak erabiltzeko erabiltzeko formula bezala ere.**
  - b. **Ingurune irekiko esku-hartze zerbitzuak; horren esparruan komunitateak baztertuta edo hala gertatzeko arriskuan dauden taldeei emandako arretaren kalitatea asko hobetuko luke.**

- Azkenik, bitarteko zainketa formulak garatzea –*intermediate care*–, txostenean aztertutako esperientziek eta ekimenek ezartzen dutenaren arabera, ospitaleratzeak saihesteko nahiz ospitalean egonaldia egin ostean etxera itzultzea ahalbidetzeko balio dutenak. Formula horiek etxeetan ospitalekoa ez den larrialdi egoeretan esku-hartzeko bideratuta dauden arreta zerbitzuak aurreikusi beharko dituzte, erabiltzailearen beharrianetara egokitutako beste zainketa bat eskainiz eta, hala denean, ahalik eta azkarren sare informaletik bere arreta bere gain hartu duenaren beharrianetara egokitutakoa.

## 8. Gizarteko eta familiako arreta sareari babesa emateko formulak indartzea

Egiaztatutako egintza da eta erakunde honek hainbat alditan adierazi du iraupen luzeko zainketa beharrianak dituzten pertsonen laguntzeko gizarteko eta familiako sarea dela, gehienbat, arretaren pisua daramana; horrek, askotan baldintza onartezinetan, nahiz eta espero daitekeena baino maiztasun txikigoa izan, zaintzaile nagusi bezala ari denak amore ematea dakar. Hori ez da iraunkorra.

Erakunde honek testuinguru komunitarioan arretaren lehentasuna defendatzen duenean, ez da inolaz ere pertsona horiek duten karga handitu nahi, alderantziz, arreta emateko sare formalaren zerbitzu komunitarioak ahalik eta gehien indartzea da asmoa, garapen horretan sare informalaren beharrianak kontuan izanik.

**Aurrekoaren ondorioetarako, jarduteko ildo nagusi bi gomendatzen dira:**

- alde batetik, zaintzaile nagusiaren eginkizuna betetzen duenaren karga arintzea helburu nagusi bezala duten zerbitzuen esku-hartzeak indartzea, dagoen alternatiba sorta handituz. aldi baterako egonaldien programa ezartzea ez da nahikoa, aitzitik, bestelako esku-hartzeak areagotzea beharrezkoa da –batez ere etxez etxeko laguntza zerbitzua areagotzea, egun, beharrian konplexu eta astunei erantzuteko gai ez dena– eta helburu hori lortu nahi duten beste alternatiba batzuk diseinatzea;
- bestetik, beharrianen balorazioan eta banan banako arreta planaren diseinuan jada ez da zaintzaile nagusien eginkizunak betetzen dituztenen egungo eta benetako ardura kontuan hartzen; arrazoizko dedikazio aldi bizi bizitza pertsonala eta profesionalaren garapenarekin eta zainketa behar duten senideak zaintzeko nahiarekin bateragarria den izaten da kontuan.

## 9. Iraupen luzeko beharrian konplexuak dituzten taldeetan biltzea ahaleginak.

Azterketan ikusi den bezala, arreta mistoa, ondo koordinatutakoa eta osasun eta gizarte zerbitzuen artean antolatutakoa dena eska dezaketen taldeak beharrian oso konplexuak dituztenak dira, baita mistoak ere, eta iraupen luzekoak izaten dira, hau da, adineko pertsonak –batez ere oso zaharrak direnak– mendekoak direnak, ezaugarri kronikoak dituzten pertsonak –berezi gaixotasun kronikoak, kutsakorrek diren gaixotasun iraunkorrek eta buruko gaixotasun eta nahasteak– eta gaixotasun baten fase terminalean dauden

pertsonak. Kontuan izan behar da baita ere populazio talde batzuek, txikiak direlako, gizarte ordezkaritza txikia dutelako, zirkuitu orokorretatik aparteko egoeran bizi direlako edo gizarte bazterkeria prozesu berrietako parte direlako, hainbat eratako mugak izan ditzaketela osasun eta gizarte baliabideak baliatu ahal izateko.

Gure eremuan, adituen taldeari egindako galderetan eta erakunde honek prestatutako ondorengo ezohizko txosten monografikoetan jasotako datuetan ere oinarrituta, defizit bereziak antzeman dira buruko gaixotasuna eta/edo jokabide nahastea –batez ere, azken kasuan, hurrek eta nerabeek– eta hainbat arazo, esaterako, patologia duala duten pertsonen emandako arretan. Mendeko adineko pertsonen taldeari arreta emateko dauden gailu soziosanitarioak nahikoak ez direla ere ikusi da.

**Beraz, beharrezkoa da talde horien beharrizan espezifikokoetan jartzea arreta eta arreta formulak ezartzea, lehentasuna emanez komunitarioei, aurreko gomendioan adierazi den bezala; formula horien artean etxez etxeko arreta eta hezkuntza eta terapia esku-hartzea daude, baina baita hurbileko egoitza-irtenbideak ere, esku-hartzeen eguneroko jardunean antzemandako defizitari estaldura ematen diotenak.**

Jarduketa ildo horretan, komenigarria da ez ahaztea, sarritan, beharrizan jakinei eta taldeei arreta ematen zaienean, beste sektore batzuekiko koordinazioa eta gizartearen ongizatea babesteko eta lortzeko bideratutako politika publikoak, batez ere etxebizitza politika eta gizarteratze politika sustatu behar direla.

## **C. ARRETA SOZIOSANITARIOAREN ANTOLAKETAREKIN LOTURIKO GOMENDIOAK**

### **10. Lan egiteko moduak**

Lan egiteko modu batzuk arreta soziosanitarioa definitzen dutenak izan daitezke, mota horretako arreta benetan ematea antolatzeko oinarritzkoak direnean. Funtsean, diziplina arteko talde lana eta kasuan kasuko kudeaketa dira; horiei pertsonaren beharrizanen balorazioa, banan banako arreta planaren diseinua, arreta plan hori ezartzeko bideratutako zerbitzu paketea antolatzeko eta emandako arretaren erreferente eta koordinatzaile gisa jardungo duen pertsona profesional bat izendatzea gehitzen zaizkie.

**Komenigarria da gure testuinguruan esparru batzuetan jadanik dauden metodologia horiek bermatzea; horretarako ezinbestekoa da ekipoak indartzeko neurri kontsekuenteak hartzea, diziplina ezberdinetatik eratorritako baliabide profesionali eta diziplina arteko talde lana eta koordinazio estrategiak ikasteko bideratutako trebakuntzari dagokienez. Edonola ere, osasun eta gizarte zerbitzuetako profesionalentzat prestakuntza modalitate bateratua izan behar da, eskumenen eta bakoitzari dagozkion trebetasunen eta lanbidean jardun behar dutenean izaten dituzten zailtasunen ezagutza hobea bultzatzeko; baita lanbide kultura ezberdinetatik eratorritako koordinatzeko zailtasunak pixkanaka gainditzeari mesede egiteko ere.**

## 11. Lanerako bitartekoak

Gizarte eta osasun zerbitzuen arteko koordinazioak esku-hartzeak ahalbidetu eta, ahal den neurrian, zerbitzuen arteko gainjartzea, esku-hartzeen segidako denbora desfasea eta behar ez diren ahalegin bikoitzak saihesten dituzten bitarteko komun diseinua eta aplikazioa eskatzen dute. Beharizan horrek, EAEn Arreta Soziosanitarioa Garatzeko Plan Estrategikoan (2005-2008) jasota dagoenak, azterketak diotenaren arabera garapen oso mugatua izan du.

**Ikuspegi horretatik, ezinbestekoa da baloratzeko bitarteko komun aplikazio eraginkorrerantz aurrerapen erritmoa azkartzea, arreta soziosanitarioan lehen-tasuna duten esparruetan eta sartzeko prozedura komun diseinuan eta horiek ezartzeko orduan; sarbide hori asko erraztuko litzateke informazio sistema komun bat izanez gero.**

**Komenigarria da baita ere arreta integratuaren ibilbidea diseinatzea, Europako herrialdeetan ikusten denaren modura.** Esparru soziosanitariotik eratorritakoak esku-hartze pausu bezala definitzen dira, diziplina artekoak dira, udaletan erabakitakoak, talde jakin batek aurkeztutako beharizan zehatzei erantzuteko. Literatura espezializatuak bermatutako jarraibide eta ezagutzetan oinarritzen dira, baita diseinatzen parte hartzen dutenen ezagutzan eta esperientzian ere, beharizan horiek dituztenen arretan aplikatzea normalean komenigarria izango den osasun eta gizarte zainketen segida egokiena zehazteko; hori, banan banako balorazioaren eta banakako arreta planaren diseinuaren esparruan, gero kasu zehatzaren beharizanetara egokitu behar izatea alde batera utzi gabe.

## 12. Proiektu pilotuak

Arreta soziosanitarioaren esparruan jakina da mota ezberdinetako hainbat zerbitzu koordinatzeko eta koordinazio horren bidez iraupen luzeko zainketa behar duten pertsonen eragiten dien egoera konplexuei erantzuteko beharrak irtenbide originalak, testuingurura egokituta daudenak, bilatzera eta aurkitzera behartzen dutela, hau da, berritzera. Berrikuntza, osasun eta gizarte arloak bezalako sektoreak elkartzen diren esparruan eta lehendik zeuden egituren baldintzatzaileek kontuan hartzeko garrantzi zehatza duten esparruan, ebaluazioei lotuta dauden proiektu pilotuen disenuagatik eta horien ezarpenagatik baino ezin da izan, arlo horretako azterlanek eta testuinguru geografiko ezberdinetako aurrerapenen behaketak diotenaren arabera.

**Ikuspegi horretatik, komenigarria da Autonomia Erkidegoan arreta soziosanitarioaren hainbat eredutan sartzten diren formulak aztertzeke balio duten hainbat ekimen hastea. Alde batetik, bereziki, ospitalizazioak eta egoitzetan sartzeko prebenitzeko eta etxera itzultzea eta ospitaleratu ostean bertan geratzea errazteko bitarteko arreta formulak probatuz; bestetik, etxez etxeko arreta formula oso intentsiboak eta, azkenik, zerbitzuak batera kokatzea, batez ere maila komunitarioan (lehen arretako osasuna eta gizarte zerbitzu komunitarioak) probatu daitezke.**

# **BIBLIOGRAFIA**

- Alaszewski, A.; Billings, J eta Coxon, K. *Integrated health and social care for older persons: theoretical and conceptual issues*. Centre for Health Services Studies, University of Kent at Canterbury, 2003.
- Andersson, G; Karlberg, I. *Integrating care for teh elderly: the background and effects of the reform of swedish care of the elderly*. International journal of integrated care 1. liburukia (1), 2000.
- Aznar López, M. *Sobre la atención sociosanitaria en España*. Revista Española de Geriátria y Gerontología, 2000, 35(1): 1-3.
- Audit Commission. *Integrated services for older people: building a whole system approach in England*. Londres, 2002.
- Audit Commission. *The Coming of Age. Improving Care Services for Older People*. Londres 1997.
- Avellaneda, A., Izquierdo,m M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J.R. *Enfermedades raras: Enfermedades crónicas que requieren un nuevo Enfoque sociosanitario*. An. Sist. Sanit. Navar. 2007, 30. lib, 2. zk.a.
- Banks, P. *Policy framework for integrated care for older people*. Developed by the CARMEN network. King's Fund, London, 2004.
- Barton, P.; Bryan, S.; Glasby, J.; Hewitt, G.; Jagger, C.; Kaambwa, B.; Martin, G.; Nancarrow, S.; Parker, H.; Parker, S.; Regen, E. & Wilson, A. *A national evaluation of the costs and outcomes of intermediate care for older people*. Nuffield, 2006.
- Béland, F.; Bergman, H.; Lebel, P.; Dallaire, L.; Fletcher, J.; Tousignant, P. & Contandriopoulos, A.P. *Integrated Services for Frail Elders (SIPA): A trial of a Model for Canada*. Canadian Journal on Aging, 25. liburukia, 1. zk.a, 2006: 25-42.
- Béland, F., H. Bergman eta P. Lebel. *SIPA. Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie: evaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000*. Montreal: Groupe de Recherche Universités de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées. 2001.
- Béland, F et al. "Évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)". En Henrard, J.C et al. (eds.) *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec: qualité de vie, pratiques et politiques*. Paris: INSERM, 2001.



- Béland, F. et al. *Évaluation du Systeme intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Ottawa: FCRSS, 2004.
- Bernabei, R.; Landi, F.; Gambassi, G.; Sgadari, A.; Zuccala, G.; Mor, V.; Rubenstein, L.Z. & Carbonin, P.U. *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community*. *British Medical Journal*, 316. zk.a, 1998: 1348.1351.
- Billings, J. Ed. *Integrating Health and social care services for older persons. Evidence from nine European countries*. European Centre Vienna. Ashgate, 2006.
- Black, F. *The Information core for Integrated Care Mental Health Dataset. Test Implementation Evaluation Report*. NHS National Services Scotland. Edinburgo, 2007.
- Bowen, T. "Whole System" models of care for older people. The Balance of Care Group, Dublin, 2005.
- Bradshaw, J. *Improving Service Quality through Linked Services Development*. *Learning Disability Review*, 6. liburukia, 4, 2001: 12-19.
- Brodsky, J.; Habib, J. eta Hirschfeld, M. *Key Policy issues in long-term care*. *World Health Organization*. Collection on Long-Term Care. Geneva, 2003.
- Brodsky, J; Habib, J; Mizrahi, I (2000). *Long-term care laws in five developed countries: A review*. Geneva, World Health Organization. (WHO/NMH/CCL/00.2).
- Callis, D. *Community Care, secondary health care and care management*. PSSRU.
- Cámara Villar, G. *El principio y las relaciones de colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas*. *Revista de Derecho Constitucional Europeo*, 1. zk.a, urtarrila-ekaina 2004: 197-240.
- Cameron, A. & Lart, R. *Factors promoting and obstacles hindering joint working: a systematic review of the research evidence*. *Journal of Integrated Care*. 11. liburukia, 2. zk.a, apirila 2003.
- Capitman, J. *Effective Coordination of Medical and Supportive Services*. *Journal of Ageing and Health*, 15. liburukia, 1. zk.a, otsaila 2003.
- Carpenter, J.; Schneider, J.; McNiven, F.; Brandon, T.; Stevens, R. & Wooff, D. *Integration and targeting of community care for people with severe and enduring mental health problems: Users' experiences of the Care Programme Approach and care management*. *British Journal of Social Work*, 34. liburukia, 2004: 313-333.
- Cobo Gálvez, P. *La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y su impacto sobre la asistencia sanitaria pública*. XV Congreso de Derecho y Salud. Madril, 2006ko urriak 14.
- Collmorton, E., Clausen, T. eta Bengtsson, S. "Providing integrated health and social care for older persons in Denmark". Leichsenring, k. (ed) *Providing Integrated health and social care for older persons: A European overview of issues at stake*. Ashgate, 2004.

- Commission for Healthcare Audit and Inspection. *Living well in later life: A review of progress against the National Service Framework for Older People*. Londres, 2006.
- Gaztela eta Leongo Juntako Osasun Saila. Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza Nagusia. *II Plan Sociosanitario de Castilla y León*. Valladolid: Gaztela eta Leongo Junta, 268 orrialde, 2003.
- Gaztela eta Leongo Juntako Osasun Saila. Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza Nagusia. *Manual de Funcionamiento de los Equipos de Coordinación de Base*. Valladolid: Gaztela eta Leongo Junta, 55 orrialde, 2004.
- Gaztela eta Leongo Juntako Osasun Saila. Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza Nagusia. *Manual de Procedimiento. Guía Para el Funcionamiento de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria*. Valladolid: Gaztela eta Leongo Junta, 42 orrialde, 2004.
- Arreta Soziosanitarioaren Euskal Kontseilua. *Euskal Autonomia Erkidegoan arreta soziosanitarioa garatzeko plan estrategikoa 2005-2008*. Eusko-Jaurlaritza. Osasun Saila, Vitoria-Gasteiz, 2005.
- Contel, J.C. *La coordinacion sociosanitaria en un escenario de atencion compartida*. Atención primaria, 29. liburukia, 8. zk.a, 2002: 502-506.
- Coolen, J.A.I. *Changing care for the elderly in The Netherlands. Experiences and research findings from policy experiments*. Ed. Van Gorcum and Comp, Assen, 1993.
- Challis, D. *Care Management in Long-Term Care of Older People* "Long-Term Care: Matching Resources and Needs. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 2004.
- Challis, D.; Darton, R. eta Stewart, K.: "Community Care, Secondary Health Care and Care Management". PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, England, 1998.
- Chatterji, P. *Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration. The impact of PACE on Participant Outcomes*. Health Care Financing Administration, Baltimore, 1998.
- Chatterji, P. *Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration. Factors contributing to Care Management and Decision Making in the PACE model*. Health Care Financing Administration, Baltimore, 1998.
- Chin, J. *Practical lessons for delivering integrated services in a changing environment: the PACE model. A new look at this pioneering venture*. Generations: Journal of the American Society on Aging, 23. liburukia, 2. zk.a, 1999.
- Daniilidou, N., Economou, C., Zavras, D., Kyriopoulos, J. & Georgoussi, E. *Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece*. International Journal of Integrated Care, 3. liburukia, urria 2003.
- Davis, N. *Integrated Care Pathways. A guide to good practice*. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. Swansea, 2005.

- De Gaminde Inda, I. *Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas*. Gaceta Sanitaria, 2006, 20. liburukia (4): 257-259.
- De Lorenzo García, R. & Martínez Rivelo, A. *La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España*. Revista Española del Tercer Sector, 3. zk.a, maiatza-abuztua 2006.
- Herriaren Defendatzailea. *La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Txostenak, azterlanak eta agiriak. Madril, 2000.
- Delnoij, D. *Integrated care in an international perspective*. International Journal of Integrated Care 2. liburukia, 1. zk.a 2002.
- Delnoij, D.; Klazinga, N. eta Kulu Glasgow, I. *Integrated care in an internacional perspectiva*. Internacional Journal of Integrated Care. 2. liburukia, apirila 2002.
- Department of Health and Social Security. *Working together: a guide to arrangements for interagency cooperation for the protection of children from abuse*. Londres, 1988.
- Department of Health. *NHS Responsibilities for continuing health needs*. Londres, 1995.
- Department of Health. *Practical guidance on joint commissioning for project leaders*. Londres, 1995.
- Department of Health. *Working together in child protection. Report of phase two: a survey of the experience and perceptions of the six key professions*, Londres, 1995.
- Department of Health. *The NHS Plan. A Plan for investment. A plan for reform*. Londres, 2000.
- Department of Health. Local Authority circular. *Better care higher standards*. Londres, 2001.
- Department of Health. *The Relationship between Health and Social Services*. Londres, 1999.
- Department of Health. *National Service Framework for Older People. Intermediate Care: Moving Forward*. Londres, 2002.
- Department of Health. *National Standards, Local Action. Health and Social Care Standards and Planning Framework*. London, 2005.
- Department of Health. *Preparing older people's strategies: Linking Housing to Health, Social Care and other local strategies*. Londres.
- Department of Health. *Effective care coordination in mental health services. Modernising the Care Programme Approach. A policy booklet*. Londres.
- Aragoiko Gobernuko Osasun, Kontsumo eta Gizarte Zerbitzuen Saila. *Plan Estratégico 2001-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Zaragoza: Aragoiko Gobernua, 2002.

- Donabedian, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan Health Administration Press, 1980.
- España Martí, M.M. *La protección y atención sociosanitaria de los enfermos mentales: carencias actuales*. DS 12. liburukia, 2. zk.a, 2004: 115-126.
- Ferguson Anderson. *Designing Social Health delivery systems for the aging*. Beattie, Piotrowski, Marois, ed., "Aging: a challenge to Science and Society" aldizkarian. 2. liburukia II. Zatia. Oxford, University press, 1981: 202-213.
- Forte, P.; Bowen, T.; Foote, C. & Poxton, R. *Intermediate Care. Getting the balance right*. The Balance of Care Group, Dublin, 2002.
- Foucault, M. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- Gaspar, J.I. *Programa de atención a enfermos crónicos dependientes*. Aragoiko Gobernu. Osasun eta Kontsumo Saila, 2006.
- Generalitat Valenciana. *Acción estratégica para el desarrollo del sector sociosanitario en la Comunidad Valenciana*. Conselleria d'Empresa, Universitat i Ciència. Valentzia, 2005.
- Glendinning, C. *Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England*. Health Policy, 65 (2003) 139-151.
- Glendinning, C. *From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services*. British Medical Journal, 317. zk.a, 1998: 122-125.
- Nafarroako Gobernu. *Plan Foral de atención sociosanitaria. Documento aprobado inicialmente por acuerdo de Gobierno de Navarra de fecha 27 de junio de 2000*. Iruñea: Nafarroako Gobernu, 60 orrialde, 2000.
- Gomez Tato, I. *Atención sociosanitaria y atención mental*. Revista de Administración Sanitaria. 3. liburukia (2), 2005: 273-286.
- Grimley Evans, J. *Ageing and medicine* en Davey, B.; Grey, A. & Seale, C. (Eds.) *Health and Disease: A Reader*. 3rd. edition. Open University Press, Buckingham (2001).
- Grimley Evans, J. *A correct compassion: the medical response to an ageing society*. Journal of the Royal College of Physicians of London, 31. liburukia, 6. zk.a, azaro-abendua 1997.
- Gröne, O; García Barbero, M. *Trends in integrated care. Reflections on conceptual issues*. World Health Organization, Kopenhagen, 2002. EUR/02/5037864.
- Haggerty, J.L.; Reid, R.J.; Freeman, G.K; Starfield, B.H.; Adair, C.E. & McKendry, R. *Continuity of care. A multidisciplinary review*. British Medical Journal, 27. liburukia, 2003: 1219-1221.
- Hardy, B.; Mur-Veemanu, I.; Steenbergen, M. & Wistow, G. *Inter-agency services in England and the Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery*. Health Policy, 48. liburukia, 1999: 87-105.

- Health Committee. *The relationship between Health and social services-*. Londres. The Stationery Office.
- Health Service Executive Midland Area. *Icon. Draft discussion paper. "Developing a Strategic Framework for Stakeholder Involvement"*. Dublin, 2004.
- Hébert, R. *Prisma: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada*. International Journal of Integrated Care, 3. liburukia, martxo 2003.
- Hébert, R. eta Veil, A. *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system*. International Journal of Integrated Care, 4. liburukia, iraila 2004.
- Herbert, G. & Geoff, L. *Leading ideas leading change. Developing the Intermediate tier: Sharing the Learning*. Leeds, 2004.
- Higgins, R & Young, E. *Evaluation of the development manager role within the Derby elderly people's integrated care system (EPICS): Final report to the Joint Management Team*. Nuffield Institute for Health Services Studies. University of Leeds. 1992.
- Hiscock, J. & Pearson, M. *Looking inwards, looking outwards: Dismantling the "Berlin Wall" between Health and Social Services?* Social Policy and Administration, 33. liburukia, 2. zk.a, ekaina 1999: 150-163.
- Hudson, B. *Interprofessionalism in health and social care: the Achilles' heel of partnership?* Journal of Interprofessional Care. 16. liburukia, 1. zk.a, 2002.
- Migrazio eta Gizarte Zerbitzuetako Institutua IMSERSO Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO. *Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Documento de consenso*. Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa, Madril, 2003.
- Integrated Care network. *Bringing the NHS and local government together. Integrating the workforce. A guide*. Exeter, 2005.
- Integrated Care network. *Integrated working and children's services: structures, outcomes and reform*. Exeter, 2003.
- Integrated Care Network. *Integrated working: a guide*. Exeter, 2004.
- Integrated Care Network. *Culture in partnerships. What do we mean by it and what can we do about it?* Exeter, 2004.
- Integrated Care Network. *Reimbursement and delayed discharges*. Exeter, 2004.
- Integrated Care Network. *Integrated working and governance: a discussion paper*. Exeter, 2004.
- Jennings, B; Kaebnick, G; & Murray, T. Ed. *Improving End of Life Care: Why has it been so difficult?*. A Hastings Center Special Report, the Hastings Center, 1996.
- Johri, M. *International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 18. liburukia, 2003: 222-235.

- Kalish, D.; Tetsuya, A; eta Buchele, L. *Social and Health policies in OECD Countries. A survey of current programmes and recent developments*. OECD, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, 33. zk.a, 1998.
- Keenan, P. *Implementing community addiction teams (CATs). The Glasgow experience*. NHS Greater Glasgow, 2005.
- Keenan, P. *A process evaluation of community addiction Teams (CATs) in East & North East Glasgow during the first year of operation*. Scottish Executive Social Research. Substance Misuse Research Programme. Glasgow, 2006.
- Kelly, C. et al. "The mental health needs of looked after children: an integrated multi-agency model of care". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8. zk.a, 323-335 orrialdeak, 2003.
- Knapp, M.; Challis, D.; Fernández, J.L. eta Netten, A.: *Long-term Care: Matching Resources and Needs*. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, Ingalaterra, 2004.
- Kodner, D. *Long-term Care Integration in four European Countries: a Review. Key policy issues in long-term care*. World Health Organization, 2003.
- Kodner, D. *Fully integrated care for frail elderly: two American models*. International Journal of Integrated Care. 1. liburukia, azaroa 2000.
- Kodner, D. *Whole –system approaches to health and social care parterships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons*. Health and Social Care in the Community, 14. liburukia, 5. zk.a, 2006.
- Kodner, D. *Beyond Care Management: the logic and promise of vertically integrates systems of care for the frail elderly*. Long-Term Care: Matching Resources and Needs. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, Ingalaterra, 2004.
- Kodner, D. *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications*. A discussion paper. International Journal of Integrated Care, 2. liburukia, 2002.
- Leathard, A. *Interprofessional Collaboration. From policy to practice in health and social care*. Ed. Routledge, New York, 2003.
- Leichsenring, K. *Providing Integrated health and social care for older persons: A European overview of issues at stake*. Ashgate, 2004.
- Leutz, W.N.: *Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. The Milbank Quarterly, 77. liburukia, 1. zk.a, 1999.
- Lloyd, J. eta Wait, S. *Integrated Care. A guide for policy makers*. Alliance for Health and the Future, Londres, 2004.
- Mendivil Eguluz, C.; Auzmendi eta Urrita, M.; Aparicio Telleria, D.; Bravo Albizu, M.V. & Irán Sanz, A. *Experiencia en colaboración sociosanitaria en psiquiatría infanto-juvenil*. Psiquiatría Pública, 11. liburukia, 5-6 zk.a, 1999: 176-184.

- Merlis, M(2000) *Caring for the frail elderly: an international review*. Health Affairs 19(3): 141-149.
- Midland Health Board. *Developing a model for integrated primary, community and continuing care in the Midland Health Board*. Dublin, 2003.
- Osasun Ministerioa. Guía de Especialidades Médicas. Especialidad de Geriatría. Madril, 1978.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Plan d'Organisation Administrative*. Quebec, Kanada, 2007.
- Ministry of Social Affairs and Health. *Quality Recommendation for Mental Health Services*. Handbooks 2001: 13. Helsinki, 2001.
- NHS Quality Improvement Scotland. *Integrated Care Pathways for Mental Health*. Edinburgo, 2007.
- Nies, H. *A European research agenda on integrated care for older people*. CARMEN.
- Nies, H. & Berman, P.C. *Integrating services for older people: A resource book for managers*. European Health Management Association, Dublin, 2004.
- Observatorio del Sistema Nacional de Salud. *Informe de Situación de Salud Mental*. Osasun eta Kontsumo Ministerioak, Madril, 2002.
- OCDE. *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*. 1998.
- O'Hagan, G. *Of primary importance: Inspection of social services departments' links with primary health services-older people*. Social Services Inspectorate, Department of Health. Londres, 1999. CI (99)22.
- OMS. *Cuidados innovadores para condiciones crónicas*. OMS 2003.
- Peck, E. *101 Dimensions: Directions for health and social policy in England 2001-2005*. King's College Londres.
- Pedich, W. *System of medical and social care for old people*. Beattie, Piotrowski, Marois, ed., "Aging: a challenge to Science and Society" aldizkarian. 2. liburukia II. zatia. Oxford, University press, 1981: 214-221.
- Peñalver Castellano, R. *La atención sociosanitaria en el Sistema Nacional de Salud: en la encrucijada*. Revista de Administración Sanitaria. 3. liburukia (2), 2005: 247-250.
- Plamping, D. *Practical partnerships for health and local authorities*. BMJ, 320 liburukia 2000.
- Plochg, T. & Klazinga, N.S. *Community-based integrated care: myth or must?* International Journal of Quality in Health Care, 14. liburukia, 2. zk.a, 2002: 91-101.
- Poveda Salvá, R. *Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica*.
- Pynoos, J. & Liebig, P.S. *Housing Frail Elders. International policies, perspectives and prospects*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1995.

- Reed, J.; Cook, G; Childs, S eta McCormack, B. *A literature review to explore integrated care for older people*. International Journal of integrated care, 5. liburukia, 2005.
- Reid, R.; Haggerty, J. & McKendry, R. *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
- Rodríguez, R, M.V. Zunzunegui eta H. Bergman. *servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA*. Atención Primaria, 21 liburukia, 6. zenbakia, 405-412 orrialdeak, 1998.
- Rome, A. et al. *Integrated care for drug users: principles and practice*. Edimburgo: Scottish Executive. Effective Interventions Unit, 2002.
- Salgado, A; Ruipérez, I & Guillén, F. *Manual de Geriátría*. Ed. Masson, 2002.
- Salgado, A. *Geriatría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica*". Medicine, 1983, 50. zk.a, 3.235-3.239.
- Salvá, A.; Vallès, E.; Llevadot, D.; Martínez, F.; Albinyana, C.; Miró, M.; Llobet, S.; Rodés, R. & Peracaula, J. *Una experiencia de atención sociosanitaria: programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro*. Revista de Administración Sanitaria, 3. liburukia, 11. zk.a, 1999: 37-52.
- Sanchez, M. *Asistencia sociosanitaria en salud mental: evaluación de una experiencia*. Informaciones psiquiátricas, 167. zk.a, 2002.
- Scharf, T. eta Wenger, G.C. *International Perspectives on Community Care for Older People*. Avebury Studies of Care in the Community. Ed. Ashgate, Aldershot, Ingalaterra, 1995.
- Scottish Executive. *Integrated care for drug users. Principles and practice*. Effective Interventions Unit. Edinburgo, 2002.
- Scottish Executive. *Joint Future: data strategy resource use measure (rum) and the integrated care assessment data summary (RUM-ICADS)*. Health Department. Edinburgo, 2003.
- Scottish Executive. *Circular n°: CCD7/2001 on Joint Resourcing and joint management of community care services*. Health Department. Edinburgo, 2001.
- Servei Català de Salut. *Los trastornos cognitivos y de la conducta en la atención sociosanitaria. Pla de salud*. Quadern n° 10. Kataluniako Generalitatea, Osasun eta Zerbitzu Sozialen Saila. Bartzelona, 1998.
- SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa. *Bitarteko Arreta eta hurbileko egoitza erre-kurtsoak*. Gipuzkoako Gizarte Behatokiaren II. Txostena. 2007.
- Espainiako Geriatria eta Gerontologia Elkarte. *Tratado de Geriátría para Residentes*, Madril, 2006.
- South Lanarkshire Council. *Integrated Children's Services Plan 2005-2008. Working together making a difference*. Hamilton: South Lanarkshire Council, 110 orrialde, 2005.



- South Lanarkshire Council. *Integrated Children's Services Plan 2005-2008. Working together making a difference. Statement of progress 2005/06*. Hamilton: South Lanarkshire Council, 20 orrialde, 2006.
- Stakes. *Satakunta Macro Pilot: A Finish regional development project in social and health care*. European Senior Watch Observatory and Inventory. Helsinki, 2000.
- Stockford, D. *Integrating Care Systems: practical perspectives*, Longman, Harlow (Ingalaterra), 1988.
- Strategic Partnering Taskforce. *Assessing strategic partnership. The partnership assessment tool*. Office of the Deputy Prime Minister, Londres, 2003.
- Stuart, M. *Home is where the help is: community-based care in Denmark*. Journal of Aging and Social Policy, 12. liburukia, 4. zk.a, 2001: 81-101.
- Tamsma, N. *Advancing integrated care for older people through EU policy*. European Health Management Association. Dublin, 2004.
- Tucker, H. *Developing a structured approach to furthering integrated care for the population of the Midland Health Board, Republic of Ireland*. The Icon project. Dublin, 2004.
- Tucker, H.; Larkin, V. & Martin, M. *The ICON Model - A case study for developing integrated care in Ireland*. Journal of Integrated Care, 12. liburukia, 5. zk.a, 2004: 30-35.
- Tucker, H.; Larkin, V. & Martin, M. *The ICON Model – Progress on a Case Study for Developing Integrated Care in Ireland*.
- Twigg, J. *The medical/social boundary and the rival discourses of the body*. "Long-Term Care: Matching Resources and Needs, PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, Ingalaterra, 2004.
- Van der Linden, B; Rosenthal, H (2001). *Transmural care in the Netherlands: facts and future*. Utrecht, Herbehereak, Julius Centrum voor Huisartsgeneesdunde Patiëntgebonden Onderzoek.
- Van Raak, A. et al.: *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Elsevier. Maarsen, Herbehereak, 2003.
- Vaughan, B. & Lathlean, J. *Intermediate care. Models in practice*. King's Fund, Londres, 1999.
- Vázquez Navarrete, M.L; Vargas Lorenzo, I.; Farré Calpe, J. & Terraza Nuñez, R. *Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis*. Revista Española de Salud Pública, 79. liburukia, 6. zk.a, 2005: 633-643.
- Wagner, L. *Integrated health care for older people in Denmark. Evaluation of the Skaevinge project "ten years on"*. Oita Journal of Nursing, 2. liburukia, 2. zk.a, 32-39 orrialdeak, 2001.
- Wanscher, C.E.; Pederson, C.D. & Jones, T. *MedCom, Denmark: Danish Health Data Network*. eHealth Impact. Bonn, 2006.

- Ware, T.; Matosevic, T.; Hardy, B.; Knapp, M.; Kendall, J. eta Forder, J. *Commissioning care services for older people in England: the view from care managers, users and carers*. Ageing and Society, 23. liburukia, 2003: 411-428.
- Warner, L. *Review of the literature on the Care Programme Approach*. The Sainsbury Centre for Mental Health, Londres, 2005.
- Weiner, K.; Hughes, J.; Challis, D. eta Pedersen, I. *Integrating Health and Social Care at the Micro Level: Health Care Professionals as Care Managers for Older People*. Social Policy and Administration. 37. liburukia, 5. zk.a, urria 2003.
- Wiener, J. *Moving Responsibility for Long-Term Care to Local Governments: The Experience in the UK*. Generations: Journal of the American Society on Aging, 23. liburukia, 2. zk.a, 1999.
- Wiener, J. *Home and Community-Based Services in the United State Long-Term Care: Matching Resources and Needs*. PSSRU-Personal Social Services Research Unit, University of Kent. Ed. Ashgate. Aldershot, Ingalaterra, 2004.
- Williamson, J. *Geriatric Medicine: whose speciality?* An. Inter. Med, 1979; 91 orr. 747-777.
- WHO & Milbank Memorial Fund. *Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing*. World Health Organization (WHO/AHE/00.1), Geneva, 2000.
- Zimmerman, Y. *Evaluation of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Demonstration. Factors Contributing to care management and decision making in the PACE model*. Health Care Financing Administration, 1998.

**ARAU AIPAMENAK**

## ***Nazio Batuen Erakundearen testuak***

### ***Europako Kontseiluaren testuak***

Europako Kontseilua. 98-9 zk.ko gomendioa, Ministroen Batzordeak estatu kideei emandakoa mendetasunaren inguruan. Ministroen Batzordeak 1998ko irailaren 18an hartutakoa, Ministroen Ordezkarien 641. bileran.

Europako Kontseilua. 1.591. gomendioa (2003). Gizarte politikaren erronkak zahartzen ari diren Europako gizarteetan. 2003ko urtarrilaren 29an Parlamentu Biltzarrak ebatzitako testua (4. bilkura).

Europako Kontseilua. 98 11 gomendioa, Ministroen Batzordeak estatu kideei emandakoa gaixo kronikoentzako osasun arretaren antolaketari buruz. Ministroen Batzordeak 1998ko irailaren 18an ebatzitakoa, Ministroen Ordezkarien 641. bileran.

1.418(1999) gomendioa, 1999ko ekainaren 25ekoa, gaixo terminal eta hiltzorian daudenen duintasuna eta giza eskubideak babesteari buruzkoa. 1999ko ekainaren 25eko Biltzarrak ebatzitakoa.

03(24) gomendioa, Ministroen Batzordeak estatu kideei emandakoa zainketa aringarrien antolaketari buruz, Ministroen Batzordeak 2003ko azaroaren 12an ebatzitakoa.

### ***Europar Batasunaren testuak***

Europako Erkidegoen Batzordea. Batzordeak Kontseiluari, Europako Parlamentuari, Ekonomia eta Gizarte Lantaldeari eta Eskualdeetako Lantaldeari egindako komunikazioa: “osasun laguntzaren eta adineko pertsonentzako arretaren etorkizuna: irisgarritasuna bermatzea, kalitatea eta finantzen iraunkortasuna”. COM (2001) 723 *final*.

Europako Erkidegoen Batzordea. Batzordeak Kontseiluari, Europako Parlamentuari, Ekonomia eta Gizarte Lantaldeari eta Eskualdeetako Lantaldeari egindako komunikazioa: “Osasun laguntzari eta adineko pertsonentzako arretari buruzko baterako txostenaren proposamena: maila handiko gizarte babesa bermatzeko estrategia nazionalak babestea”. COM (2002) 774 *final*.

Europako Erkidegoen Batzordea. Batzordeak Kontseiluari, Europako Parlamentuari, Ekonomia eta Gizarte Lantaldeari eta Eskualdeetako Lantaldeari egindako komunikazioa: “Lisboako estrategiak gizartean duen garrantzia indartzea: gizarte

babesaren esparruan koordinazioaren metodo irekiaren arrazionalizazioa”. *COM (2003) 261 final*.

Europako Erkidegoen Batzardea. Batzardeak Kontseiluari, Europako Parlamentuari, Ekonomia eta Gizarte Lantaldeari eta Eskualdeetako Lantaldeari egindako komunikazioa: “Gizarte babesa berritzea osasun laguntza eta iraupen luzeko laguntza, kalitatezkoa, sartzeko erraza eta iraunkorra dena garatzeko: koordinazioaren metodo irekiaren bidez estrategia nazionalak babestea”. *COM (20404) 304 final*.

Europako Erkidegoen Batzardea. Batzardeak Kontseiluari, Europako Parlamentuari, Ekonomia eta Gizarte Lantaldeari eta Eskualdeetako Lantaldeari egindako komunikazioa: “Elkarrekin lan eginez hobeto lan egin: gizarte babeserako politiken eta Europar Batasunean sartzeko koordinazio irekirako esparru berria”. *COM (2005) 706 final*.

Europako Erkidegoen Batzardea. Batzardeak Kontseiluari, Europako Parlamentuari, Ekonomia eta Gizarte Lantaldeari eta Eskualdeetako Lantaldeari egindako komunikazioa: “2006ko gizarte babesari eta gizarteratzeari buruzko baterako txostena”. *COM (2006) 62 final*.

Europar Batasuneko Politika Ekonomikorako Lantaldea Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term care sustainability of public finances. Brusela, 2001eko urriak 24.

Europar Batasuneko Politika Ekonomikorako Lantaldea Progress report to the Ecofin Council on the Impact of ageing populations on public pension systems. Brusela, 2006eko azaroak 6.

Europako Parlamentua eta Europar Batasuneko Kontseilua. 1.523/2002/EE erabakia, Europako Parlamentuaren eta Kontseiluarena 2002ko ekainaren 27koa “Ikerketaren Europako Espazioaren sorreran eta Berrikuntzan laguntzeko den ikerketa, garapen teknologiko eta erakusketa egintzetarako 6. Esparru Programari (2002-2006)” buruzkoa.

## **Estatuko araudia**

Osasunari buruzko 14/1986 Lege Orokorra, apirilaren 25ekoa (1986ko apirilaren 29ko BOE).

1/1994 Legegintzako Errege Dekretua, ekainaren 20koa, Gizarte Segurantzako Lege Orokorren testu bategina onesten duena (1994ko ekainaren 29ko BOE).

63/1995 Errege Dekretua, urtarrilaren 20koa, Osasun Sistema Nazionaleko Prestazio Sanitarioen Antolamenduari buruzkoa (1995eko otsailaren 10eko BOE).

Oinarrizko 41/2002 Lege Erregulatzailea, azaroaren 14koa, Pazientearen Autonomiari eta Informazio eta Dokumentazio Klinikoaren Arloko Eskubide eta Betebeharrei dagokiena. (2002ko azaroaren 15eko BOE).

16/2003 Legea, maiatzaren 28koa, Estatuko Osasun Sistemaren kohesioari eta kalitateari buruzkoa (2003ko maiatzaren 29ko BOE).

44/2003 Legea, azaroaren 21ekoa, lanbide sanitarioak arautzen dituen (2003ko azaroaren 22ko BOE).

55/2003 Legea, abenduaren 16koa, osasun zerbitzuetako estatutupeko langileen Esparru Estatutuarena (2003ko abenduaren 17ko BOE).

450/2005 Errege Dekretua, apirilaren 22koa, erizaintzako espezialitateei buruzkoa (2005eko maiatzaren 6ko, BOE).

1.030/2006 Errege Dekretua, irailaren 15ekoa, Osasun Sistema Nazionaleko zerbitzu komunak zorrotza eta horiek eguneratzeko prozedura ezartzen duena (2006ko irailaren 16ko BOE).

39/2006 Legea, abenduaren 14koa, mendeko pertsonen autonomia pertsonala eta horiei zuzendutako arreta sustatzeko (2003ko abenduaren 17ko BOE).

### **EAEko araudia**

Euskal Herriko Autonomia Estatutua, abenduaren 18ko 3/1979 Lege Organikoak onetsitakoa (1979ko abenduaren 22ko BOE).

27/1983 Legea, azaroaren 25ekoa, Autonomia Erkidego Osorako Erakundeak eta bertako Lurralde Historikoetako Foru Organoen arteko harremanari buruzkoa (1983ko abenduaren 10eko EHAA).

#### *Osasun arloko araudia*

32/1985 Dekretua, martxoaren 5ekoa, Osasun arloan Arabako Lurralde Historikoko zerbitzuak Autonomia Erkidego Osorako Erakundeetara eramatea (1985eko martxoaren 6ko EHAA).

40/1985 Dekretua, martxoaren 5ekoa, Osasun arloko Gipuzkoako Lurralde Historikoko zerbitzuak Autonomia Erkidego Osorako Erakundeetara eramatea (1985eko martxoaren 6ko EHAA).

51/1985 Dekretua, martxoaren 5ekoa, Osasun arloko Bizkaiko Lurralde Historikoko zerbitzuak Autonomia Erkidego Osorako Erakundeetara eramatea (1985eko martxoaren 6ko EHAA).

175/1989 Dekretua, uztailaren 18koa, Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuko paziente eta erabiltzaileen eskubide eta betebeharren gutuna onesten duena (1989ko abuztuaren 4ko EHAA).

194/1996 Dekretua, uztailaren 23koa, arreta espezializaturako Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzura atxikitako errekurtsioen antolaketaren egiturari buruzkoa (1996ko abuztuaren 28ko EHAA).

195/1996 Dekretua, uztailaren 23koa, lehen arretarako Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzura atxikitako errekurtsioen antolaketaren egiturari buruzkoa (1996ko abuztuaren 28ko EHAA).

8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Antolamenduarena (1997ko uztailaren 21eko EHAA).

Osakidetza erakunde publikoaren Administrazio Kontseiluak 1997ko azaroaren 25ean egindako Akordioa, erakunde publikoaren Antolakuntza Nagusiaren Egitura Organikoa onesten duena (1997ko azaroaren 28ko EHAA).

260/1999 Dekretua, ekainaren 22koa, Euskadiko Osasun Kontseilua eta Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako osasun arloko kontseiluak arautzen dituen (1999ko uztailearen 14ko EHAA).

7/2002 Legea, abenduaren 12koa, osasun eremuko asmo aurreratuei buruzkoa (1997ko uztailearen 21eko EHAA).

59/2003 Dekretua, martxoaren 11koa, Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Arloak zehazten dituen (1985eko martxoaren 6ko EHAA).

270/2003 Dekretua, azaroaren 4koa, Asmo Aurreratuen Euskal Erregistroa sortu eta erregulatzen duena (2003ko azaroaren 28ko EHAA).

31/2006 Dekretua, otsailaren 21ekoa, zentroen, zerbitzuen eta establezimendu sanitarioen baimenari buruzkoa (2006ko martxoaren 15eko EHAA).

65/2006 Dekretua, martxoaren 21ekoa, Euskadiko osasun sistemaren kargura presakoak ez diren prozesu kirurgiko programatuetan sartzeko gehienezko epeak ezartzen dituen (2006ko apirilaren 5eko EHAA).

#### *Gizarte Zerbitzuen araudia*

6/1982 Legea, maiatzaren 20koa, Osasun zerbitzuei buruzkoa (1982ko ekainaren 2ko EHAA).

5/1996 Legea, urriaren 18koa, Osasun Zerbitzuei buruzkoa (1996ko azaroaren 12ko EHAA).

Bizkaiko Lurralde Historikoko adineko pertsonen arloko balorazio eta orientazio soziosanitariorako batzorde teknikoa, abenduaren 26ko 234/2006 Foru Dekretuak onetsitakoa.

### ***Hitzarmenak, planak eta bestelako dokumentu ofizialak***

#### *Estatuan*

Plan Gerontologikoa, IMSERSO, Madril, 1993.

Plan Estrategikoa. Liburu urdina. INSALUD, Madril, 1997.

Adineko Pertsonen Osasun Arreta emateko Zerbitzuen Antolaketarako oinarriak (1993).

Adineko pertsonen arreta emateko osasun zerbitzuen antolaketaren irizpideak (1995).

Estatuko Osasun Sistema bateratzeko eta berritzeko Diputatuen Kongresuaren Akordioa, 1997ko abenduaren 18koa.

Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Zainketa Aringarrien Plan Nazionala. Garatzeko oinarriak. Madril, 2001.

Ezgaitasunen bat duten Pertsonentzako II. Egintza Plana. Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa, IMSERSO, Madril, 2003.

### *Autonomia Erkidegoan*

Arabako Lurralde Historikoan arreta psikogeriatrikoaren estaldura hobetzeko eta arrazionalizatzeko lankidetzak Hitzarmena, 1993ko martxoaren 9koa. *1993ko ekainaren 25eko EHAA*.

Hirugarren adinekoentzako egoitzetako Osasun Laguntzarako Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuaren eta Gipuzkoako Foru Aldundiaren arteko lankidetzak Hitzarmena, 1994ko urriaren 20koa.

Osasun Sailaren, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera, eta Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzuen Sailaren arteko lankidetzak Esparru Akordioa Gipuzkoako Lurralde Historikoan beharrian soziosanitarioei estaldura emateko, 1996ko maiatzaren 20koa.

Osasun Sailaren, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera, eta Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzuen Sailaren arteko lankidetzak Esparru Akordioa Bizkaiko Lurralde Historikoan beharrian soziosanitarioei estaldura emateko, 1998ko maiatzaren 14koa.

Osasun Sailaren, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera, eta Arabako Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzuen Sailaren arteko lankidetzak Esparru Akordioa Arabako Lurralde Historikoan beharrian soziosanitarioei estaldura emateko, 1998ko azaroaren 16koa.

Osasun Sailaren, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera, eta Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzuen Sailaren arteko lankidetzak Esparru Akordioa Gipuzkoako Lurralde Historikoan beharrian soziosanitarioei estaldura emateko. Jarraipen txostena, 2000ko maiatzaren 11.

Gipuzkoan nahaste psikiatrikoak dituzten Instituzionalizatutako Adineko Pertsonen Arreta Soziosanitariorako Jarduketa Protokoloa, 2000ko abenduaren 1ekoa.

Gipuzkoako buruko gaixoentzako zentro okupazionaletan birgaitzeko laguntza psikiatrikoa emateko lankidetzak-hitzarmena, 2000ko abenduaren 28koa.

Gipuzkoako Adineko Pertsonen Egoitzetan Osasun Laguntza emateko lankidetzak-hitzarmena, 2001eko uztailaren 6koa.

EAEko Plan Soziosanitarioa. Hasierako egoeraren txostena. Eusko Jaurlaritza, Osasun Saila, Vitoria-Gasteiz, 2001eko urria.

Zainketa Aringarrien Plana. Bizitzako azken fasean dauden pazienteentzako arreta 2006-2009. Eusko Jaurlaritza, Osasun Saila, Vitoria-Gasteiz, 2006.

Gipuzkoako buruko gaixo kronikoei eguneko zentroetan birgaitzeko laguntza psikiatrikoa emateko lankidetzak-hitzarmena, 2002ko maiatzaren 31koa.

Egoitza Unitate Soziosanitarioetan Osasun Laguntza emateko lankidetzak-hitzarmena, 2003ko uztailaren 2an sinatutakoa.



Euskal Autonomia Erkidegoan arreta soziosanitarioa garatzeko plan estrategikoa 2005-2008. Arreta Soziosanitarioaren Euskal Kontseilua, Vitoria-Gasteiz, 2005.

EAEko Eremu Soziosanitarioan aplikatutako Osasun eta Gizarte Zerbitzuen Katalogoa. 2006ko maiatzaren 3an onetsitakoa. Erakundeen arteko lan taldea.

Osasun Sailaren, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera, eta Bizkaiko Foru Aldundiaren arteko lankidetzahitzarmena Bizkaiko Lurralde Historikoko egoitza-unitate soziosanitarioetan zerbitzu soziosanitarioak emateko, *2007ko martxoaren 14koa. 2007ko maiatzaren 8ko EHAA.*

Osasun Sailaren, Osakidetza - Euskal Osasun Zerbitzuarekin batera, eta Bizkaiko Foru Aldundiaren arteko lankidetzahitzarmena Bizkaiko adineko pertsonen egoitzetan osasun laguntza emateko, *2007ko martxoaren 14koa. 2007ko maiatzaren 8ko EHAA.*

### ***Beste autonomia erkidegoetako araudia***

DOGC. 163/2002 Dekretua, uztailaren 11koa, Kataluniako Osasun Zerbitzuak kontratatu dezakeen geriatriako, zainketa aringarrien eta arazo kognitiboaren ebaluazio integral anbulatorioaren jarduera arautzen duena.

2000ko urriaren 10eko Agindua, Osasun Kontseilaritzarena, 1999ko ekainaren 2ko Agindua aldatzen duena; azken horren bidez Egonaldi Laburreko Unitate Medikoen laguntzarako eginkizun eta jarduera soziosanitarioak garatzen dira akutuen ospitaleetan paziente zahar, ahul, kroniko eta terminalentzako arreta hobetzeko. *2001eko urtarrilaren 3ko DOGV.*

Extremadurako Junta. Extremadurako Arreta Soziosanitarioko Esparru Plana. 2005-2010 Plan Zuzentzailea. Extremadurako Junta, 2004.

## **ERANSKINA**

EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA  
GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO  
SINTETIKOA

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak
1. Premia soziosanitarioak izanik lagundu diren pertsonak gehitzea	1. Euskal Autonomia Erkidegoko arreta soziosanitarioaren baliodun irudia sortzea.	Komunikazioak errealitateaz jabetzeko eta esperientziak eta gogoetak partekatzeo aukera ematen du, sistemen hobekuntza sustatuz. Profesionalek eta euskal gizarteak, oro har, eremu soziosanitarioan zer egiten den jakitea beharrezkoa da, ezinbesteko bezala hartzeko, inplikatzaren beharri-zanaz jabetu daitezen eta gogoeta eta kritika prozesu irekien bidez hobekuntza jarraitua eragin dezaten.	1. Komunikazio soziosanitarioaren urteko Plana.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Euskal Autonomia Erkidegoko jardura soziosanitarioaren jarduteko printzipioen eta jarduteko inguruko oinarritzko parametroak helaraztea.</li> <li>EAEko arreta soziosanitarioaren entzute handiko irudia sortzea.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plana zehaztea (targeta, mezuak eta egintzak).</li> <li>Jarduketa soziosanitarioaren memoria.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Gutxieneko atalen egitura zehaztea (MAPA, printzipioak, lehenetasunak, ezagutzaren hedapena, trebakuntza, kostuak, erakundeen arteko harremanak, etab.).</li> </ul> </li> <li>Dokumentazioaren eta beharrezko hainbat euskarriren garapena.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Hedapena.</li> </ul> </li> </ul> <p>• Zehaztutako komunikazio egintza: prentsa, jardunaldiak, etab.</p>
				<p><b>Lehen-tasuna</b></p> <p>4</p> <p><b>Aplikazio-aldia</b></p> <p>2005-2008</p>

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>				
<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>	<b>Leher- tasuna</b>	<b>Aplikazio- aldia</b>
	<p>2. Mendekoen- tzako arretaren estaldura publikoa finantzatzeko bitartekoaren sorreta sustatzea.</p>	<p>Beharriak gehitzeak eta gizarte- ren aldaketa jarraituek, eta estaldura publiko mugatua duen sistemak ere, babes sozial unibertsala egiteko bide- raturako hainbat eztabaida, ekimen eta proposamen sortzen dituzte. Gobernu Zentralako Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioak Liburu Zuria aurkeztu berri du; liburu horretan Mendetasunaren Sistema Nazionala sortzea bultzatzen du, publikoa eta unibertsala, eskubi- dea baliatzeko sarbide bera duena eta erabiltzaileen zati batek batera finantzatutakoa. Duen modalitate juri- diko eta finantzarioak babes unibertsal forma hartu lezake, hiritar izatetik edo seguru publikoaren bidez babestu behar diren arriskuetatik sortutakoa, hau da, Gizarte Segurantzaren Sistemaren prestazioaren bidez.</p> <p>Testuinguru horretan, EAEk eki- men horrek izan ditzakeen eragin onuragarriak aztertu behar ditu, zerbitzuak emateko eta baita arreta soziosanitaria finantzatzeko ere. Hori dela eta, beha- rrezkoa da ekimen horren elementu nagur- siak zehaztea sistemaren eraginkortasuna eta baita EAEko eskumen multzoarekin bat etortzea bermatzeko, implikatutako alderdi guztien interes eta eskubideak ahalik eta gehien errespetatuz.</p>	<p>2. Implikatutako agenteen jarrera azterzea, EAEn, mendetasunaren arretaren estaldura publikorako dauden bitartekoei dagokienez.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendetasunaren estaldura publikoari buruzko egintzetan jarrera proaktiboa izateko prestatzea.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mendetasunaren estaldura publikoaren proposamenei buruzko informazio erabilgarria batzea (kontzeptua, alternatibak, eragina, etab.).</li> <li>• Autonomian inplikatu diren agenteen iritzia bilatzea.</li> <li>• Ezagutza maila baloratzea eta hobetzeko beharrezko neurriak.</li> </ul>	15	2005

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK			EKIMENAK		
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak	Leher- tasuna	
			3. Mendekoentzako arretaren estaldura publikorako bitartekoaren ezarpenean parte hartzea.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mendetasuna dutenentzako estaldura publikoaren bitartekoaren garapena bultzatzeko egintzetan parte hartzea.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adostasunerako erakundeen bilerak EAEn.</li> <li>Estatuko lan-batzordeetan parte hartzea.</li> <li>Proposamenak garatu eta aurkeztea.</li> <li>Hedabideetan zabaltzeko kanpainak.</li> <li>Lankidetzak akordioak.</li> </ul>	25	2007

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>		<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>		
		<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>	
	3. Batera ordaintzeko sistemak garatzea eta hobetzea.	Soziosanitario gisa zehaztutako zerbitzu guztiek emandako osasun eta gizarte zerbitzuak ordezkatzan dituzten bi modulutan banatzen dute kostua. Modulu sanitarioak prestazio unibertsala du eta hori finantzatzea botere publikoaren esku dago. Hala ere, modulu sozialak ekarpen publikoaren eta onuradunen ekarpenen bidez finantzatzen da. Zuzentasun eta gardentasunezko esparru batean, sistemaren iraunkortasuna bermatu behar dute ekarpenek, zerbitzuaren kostua finantzatzeko ordutan erabiltzaileak parte hartzeari (batera ordaintzea) buruzko 3.3.3 atalean ezarritako printzipioekin bat etorritik.	4. Egungo egoeraren azterketa: Euskal Autonomia Erkiidegoan batera ordaintzeko sistemen azterlana eta hobetzeko plana.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dagoen benetako baterako ordainketa, sistemaren hutsuneak jakitea eta finantzatzeko gaitasuna hobetzea zuzentasuna eta eraginkortasuna bermatzu.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Profilen eta zerbitzen arabera informazio erabilgarria biltzea eta ustiatzea.</li> <li>Alderdi ahulak eta hobetzeko ikuspegiak aztertzeako lan taldeak.</li> <li>Hobetzeko planen proposamenak.</li> </ul>	10	2005
		5. Zerbitzu soziosanitarioen garapena sustatzea, esparru mistoan kokatuz, orain arte esparru sanitarioan bakarrik egon diren zerbitzuak.		<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eremu soziosanitario mistoa zabaltzea sistemaren iraunkortasuna erraztuz.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gizarte zerbitzuak kudeatuta zerbitzu soziosanitarioei lehentasuna ematea.</li> <li>Eremu soziosanitarioan koka daitezkeen osasun zerbitzuak zehaztea.</li> <li>Akordio zehatzak.</li> <li>Erregulazio juridikoa eta aurrekontu doikuntzak.</li> </ul>	12	2005- 2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANTARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>	<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>	
	<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>
	4. Familiari eta gizarteari babesa ematea zainketa ematen dutenak direnean.	Gehienek beren familia eta gizarte ingurunean geratzea nahiago izateak hori errazten duten mekanismoak garatzera behar izan dira. Mekanismo horietako batzuk, zainzaile informalei arreta emateko zerbitzu espezifikoak abian jartzea (orientazioa, trebakuntza, laguntza, etab.) eta ingurune horretan gizarte lana garatzen duten irabazi asmorik gabeko erakundeek laguntzeko programak garatzea. Egun, Foru Aldundiek zainzaile infor-malei, batez ere familiari, laguntzeko hainbat programa dituzte martxan, besteak beste, salbuespen fiskalak, tre-bakuntza ikastaroak, laguntza taldeak, laguntza psikologikoa, egoitzako eta eguneko arreta asteburuetan, atsedean lu-zeak eta laguntza ekonomikoak (Sendian programa eta Foru Aldundien antzeko programak).	6. Familiari eta gizarteari babesa emateko programa, zainketa ematen parte hartzeagatik.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Boluntarioek familiari eta gizarteari ematen dieten laguntza sustatzea zainketa ematen dutenak direnean.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jardueren urteko planifikazioa.</li> <li>Zainzaile informaleen alde sentsibilizatzeko eta boluntarioak sustatzeko liburuak argitaratzea.</li> <li>Hedabideetarako kanpainak garatzea.</li> <li>Erakunde, elkarte, ikastetxe, eta abarretan jardunaldiak egitea.</li> <li>Boluntarioei diru-laguntzak eta sariak ematea.</li> <li>Irabazi asmorik gabeko erakundeekin akordioak lortzea.</li> <li>Urteko jarduerari buruz erakundeetan zabaltea, CVASi aurkeztea.</li> </ul>
				<b>Leher-tasuna</b> 18
				<b>Aplikazio-aldia</b> 2005-2008

EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak
			7. Laguntzarako sare informala eratzea.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaintzaile informalen prestakuntza handitzea kalitatezko arreta emateko, arreta soziosanitarioa har dezaketen pertsonen arreta hobetzeko eta zaintzaile eta senideen karga psikologikoa gutxitzeko.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jardueren urteko planifikazioa.</li> <li>• Zaintzaileentzako prestakuntza liburuxkak argitaratzea.</li> <li>• Prestakuntza ikastaroak.</li> <li>• Urteroko jarduerari buruz erakundeetan zabaltea, CVASi aurkeztea.</li> </ul>
				<p>Leher- tasuna</p> <p>22</p>
				<p>Aplikazio- aldia</p> <p>2006- 2008</p>



**EAEko ARRETA SOZIOSANTARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak
			8. Zaintzaile informalei laguntzeko programak.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sare informaletik ematen diren zaintzetak gehitzea eta zaintzaile eta senideen karga psikologikoa gutxitzea.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Laguntza psikologikoa emateko zerbitzuak, banan banako bilerak, talde bilerak, telefono bidezko laguntza, etab. (Sendian programa eta Foru Aldundien antzeko programak).</li> <li>Atsedeen hartzeko zerbitzu malguak ematea.</li> <li>Autolaguntza taldeak sortzea.</li> <li>Urteroko jarduerari buruz erakundeetan zabaltea, CVASi aurkeztea.</li> <li>Lurralde bakoitzeko jarduerak urtero planifikatzea.</li> </ul>
				<p><b>Leher- tasuna</b></p> <p>13</p>
				<p><b>Aplikazio- aldia</b></p> <p>2005- 2008</p>

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:		HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK			
		Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak	Leher- tasuna	Aplikazio- aldia
		5. Hornidura pribatuko sarearekin harreran egonkorra duen esparrua lortzea.	Arreta soziosanitarioa titulartasun publikoa zein pribatua duten hainbat baliabideren bidez ematen da eta lankidetzak akordio eta itunen bitartez. Hornidura pribatuko sareak egin beharreko lana, zailtzarrik gabe, funtsezkoa da eta administrazioen ardura da erakunde horien lana errazten duen inguneei ematea, eskatzen diren kalitate parametroak betetz aldi berean.	9. Arreta soziosanitarioaren esparruan sektore pribatuaren interesei, beharizaneiei eta aukerei buruzko azterlana.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sektore pribatua hobeto ezagutzea horrelako harremanak hobetu ahal izateko.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helburuak eta hauen irisgarritasuna ezartzea.</li> <li>Azterlana garatzea.</li> <li>Erakundeen artean zabaltzea.</li> </ul>	30	2006-2008
		10. Hornidura pribatuko sarearekin kontratazio sistemak berrikustea.		10. Hornidura pribatuko sarearekin kontratazio sistemak berrikustea.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontratazio sistemak sektore pribatuaren beharizaneietara eta iraunkorra eta kalitatezkoa den arreta soziosanitarioaren eskakizunetara egokitzea.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helburuak ezartzea.</li> <li>Akordio pilotuak.</li> <li>Hartutako formulak zabaltzea.</li> </ul>	28	2006-2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>	<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>			<b>EKIMENAK</b>		
	<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>	<b>Leher- tasuna</b>	<b>Aplikazio- aldia</b>
	6. Zerbitzuak eskaintzeko orduan lurraldeen arteko oreka lortzea.	Euskal herritarrek prestazioen gutxie- neko komuna izateko eskubidea dute, dauden lurraldea zein den kontuan hartu gabe. Lurraldeen arteko oreka EAEren barruko elkartasuna adieraz- teko modua da.	11. Eskaintza soziosanitarioari buruzko urteko maparen garapena.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko eskaintza soziosanitarioa zehaztea, profilen eta lurraldearen araberako estalduraren xehetasuna emanda.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datuak biltzea.</li> <li>• MAPAren garapena.</li> <li>• Erakundeen artean zabaltzea.</li> </ul>	8	2005- 2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak
			<p>12. Profilen eta zerbitzuen arabera eskaintza soziosanitarioaren hazkuntzaren planifikazioa.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premia soziosanitarioak dituzten pertsonen laguntza emateko zerbitzuak garatzea baterako planifikazioaren bidez eta zerbitzuak eskaintzeko orduan lurraldeen arteko oreka lortuz.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposamenak egitea eta eztabaidatzea.</li> <li>• Lurralde bakoitzean eta zehaztutako profil bakoitzari eman beharreko zerbitzu soziosanitario kopuruari buruzko akordioa.</li> <li>• Beharrezko antolatze eta finantzatzeko sistemak ezartzea.</li> <li>• Onespena.</li> </ul>
				<p><b>Leher-tasuna</b></p> <p>9</p>
				<p><b>Aplikazio-aldia</b></p> <p>2005-2008</p>

**EAEko ARRETA SOZIOSANTARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak
			13. Hazkuntza planen adostasuna onesteko aurkezpena.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eskaintza soziosantarioaren hazkuntzaren planifikazioa erakundeen erabakiaren mende jartzea jarduketetan adostasun maila altua izateko eta lurraldeen arteko oreka lortzeko.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilen eta lurraldeen arabera eskaintza soziosantarioaren hazkuntza planifikatzeko proposamenak biltzea.</li> <li>• Erakundeen artean eztabaidatzea.</li> <li>• Onespena.</li> </ul>
				<p><b>Leher-tasuna</b></p> <p>16</p> <p><b>Aplikazio-aldia</b></p> <p>2005-2008</p>

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>				
<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>	<b>Leher- tasuna</b>	<b>Aplikazio- aldia</b>
	7. Sistemak lagundutako beharrian soziosanitarioak dituzten pertsona kopurua handitzea.	Azken urteetan arreta estalduren gehikuntza esanguratsua izan da, bereziki gizarte zerbitzuei dagokienez. Plan horiek arretaren estaldura gehitzen jarraitzeko beharrezkoak bere gain hartzen du, bereziki arreta soziosanitarioa, ahal den neurrian, beharrezkoak duten ahalik eta pertsona gehienek eskatutako arreta izatea bermatzea izanik azken helburua.	14. Hasierako inbertsioaren kosturik gabeko zerbitzuen garapena eta heldutasun aldirik gabe.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostuak murrizten eta arreta soziosanitarioaren beharrezko erantzun azkarra ematen laguntzen duten zerbitzuen erabilera identifikatzea eta horiei lehentasuna ematea, estaldura handituz.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inbertsioaren kosturik gabeko zerbitzuak zehaztea.</li> <li>• Erakundeen artean zabaltzea.</li> <li>• Profilen eta lurraldeen arabera helburuak planifikatzea, eta eskaintzaren urteroko plangintzan erantzea.</li> <li>• Zerbitzuak ezartzea.</li> </ul>	19	2006-2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANTARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK			EKIMENAK		
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak	Leher- tasuna	
2. Erabiltzaileak eta senideak gehien asetzen dituen kalitatezko arreta lortzea	8. Beharritan arabera arretari lehentasuna ematea, gizartearen bolumena eta eragina kontuan izanda.	Prestazio soziosantarioak gehitzeko EAEn egindako ahaleginaz aparte, beharritan dago kienez baliabideak mugatuak dira, beraz, kostuaren eta onuraren arteko harremana handiagoa izango den arloetan ahalegina ardatzu behar da. Hori dela eta, garatu beharreko jarduketek garrantzitsuagoak diren taldeetan jarririko dute arreta batez ere, jende askok osatzen dituztenak direlako edo arreta maila altua eskatzen dutelako.	15. Adineko pertsonak eta buruko gaixotasunak dituztenentzako baliabideei lehentasuna ematea.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beharritan arabera adineko pertsonei eta buruko gaixotasunak dituztenentzako arretari lehentasuna ematea, gizartearen bolumena eta eragina kontuan izanda.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beharrezko arreta baliabideak ezartzea.</li> <li>Estalura helburuak eta adineko pertsonen eta gaixo mentalak dituztenei proportzioz emandako baliabideak ezartzea, beharritan araberako banaketa baino gehiago.</li> </ul> <i>Ikusi 4. helburu berezia.</i>	24	2005-2008
	9. Erabiltzaileak eta sendiak asetzea lortzea.	Beharrezkoa da behar den arreta soziosantarioa eskatzen diren kalitate parametroen barruan bermatzea, banan banako lehentasunen errespetua eta onuradunen bizi proiektuarekiko bateragarritasuna sustatuz. Beste alde batetik, senideek zaintzaile lana modurik egokienean egitea eraztu behar da eta lanak beren osasunerako eta bizi proiektuetarako arrisku gutxien izan behar du.	7. <i>Laguntzarako sare informala</i> eratzea. 8. <i>Zaintzaile informalei laguntzeko programak.</i>	<i>Ikusi 4. helburu berezia.</i>		

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK			
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak		
			<p>16. Arreta soziosanitarioaren erantzunari buruzko urteko inkesta.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EAEko arreta soziosanitarioari buruz erabiltzaile eta senideen iritzia jakitea etengabeko hobekuntza egin ahal izateko.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gogobetetasun inkestaren ereduaren garapena.</li> <li>• Eredua onestea.</li> <li>• Inkesta garatzea.</li> <li>• Emaitzak usiatzea.</li> <li>• Erakundeen artean zabaltzea.</li> </ul>	<p>Leher- tasuna</p> <p>29</p>	<p>Aplikazio- aldia</p> <p>2008</p>
			<p>17. Programa edo zerbitzu zehatzei zuzenean lotuta dauden parte hartzeko organoak sortzea.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erabiltzaile eta senideen gogobetetasuna handitzea eta arreta pertsonalizatuagoa eta erabiltzaileen benetako behar eta lehenasunetatik hurbilago dagoena.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organo horien eginkizunak eta eskumenak adostea.</li> <li>• Zerbitzu soziosanitario guztietan parte hartzeko organoak sortzea.</li> <li>• Bilerak aldira egitea eta formalizatzea.</li> <li>• Komunikazio kanalak formalizatzea.</li> </ul>	<p>26</p>	<p>2005- 2006</p>



**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>			
<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>	<b>Leher- tasuna</b>	<b>Aplikazio- aldia</b>
<p><b>3. Arreta sistema bakarra lortzea bi zerbitzu sareen artean partekatua dagoena: soziala eta sanitarioa</b></p> <p>Arreta soziosanitarioa sare sozialak eta sare sanitarioak garatzen duten arreta jardueraren elkargunea baino ez da.</p> <p>Mota horretako jasotzen duen pertsonak elkargune hori behar duela ulertzea, arreta sistema bien bateratzearen erdiguneak arreta hori eraginokorra izatea ahalbidetzen duten kudeatzeko bitartekoa behar duen bezala.</p> <p>Funtsezko elementuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sarrera bakarreko sistema;</li> <li>- zerbitzu zorro bakarra;</li> <li>- informazio sistema partekatua;</li> <li>- baterako planifikazioak</li> </ul> <p>arreta soziosanitarioaren eredu berria garatzeko aukera emango du; eredu hori mota horretako arreta behar duten pertsonen eskatzen dutenari erantzuteko gai izango da.</p>	<p>10. Zerbitzu zorro bakarra zehaztea.</p> <p>Azken urteetan zerbitzu soziosanitarioak zehazten aurrerapenak egin arren, batez ere talde zehatzei eta adineko pertsonen edo gaixotasun mentala duten pertsonen emandako zerbitzuak zehazten, oraindik bide luzea dago egiteko.</p> <p>Oinarritzko parametroak, arreta mailak, zerbitzuak eta baliabideak, kalitatea, etab. duten profilen arabera zehaztuta eta bakarra den zerbitzu soziosanitario-en zorroa zehazten lan egiten jarraitu behar da.</p>	<p>18. Euskal Autonomia Erkidegoko zerbitzu zorro soziosanitarioaren definizioa.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zehatz-mehatz azaltzea (definizioa, baliabideak, erabiltzaileak, etab.) arreta soziosanitarioko zerbitzuak. </li></ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lan egiteko modua zehaztea profilaren eta baliabideen arabera.</li> <li>• Lan talde bat erantzule egitea zehaztutako profilaren eta baliabideen arabera.</li> <li>• Talde bakoitzaren zerbitzu zorroaren proposamenak bidaltzea.</li> <li>• Profil guztien zerbitzu zorroa homogeneizatzeko lana.</li> <li>• Behin betiko onestea eta erakundeen artean zabaltzea.</li> </ul>	2	2005

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>	<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>					
	<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>				
	11. Gizarte eta osasun zerbitzuak garatzea zerbitzu soziosanitarioak emateko.	Estaldura handitzen aurreratzen jarraitzeak, gero eta asmo handiagoak dituzten kalitate mailen barruan, gizarte zein osasun zerbitzuak garatzen jarraitzea eskatzen du; horietako zerbitzu batzuen kopurua gehitzen du eta beste batzuk kontzeptueti dagokienez garatzen ditu, berritu eta eskakizun berrietara egokitu. Aurrerapen hori ikuspegi global batetik egin behar da. Pertsonen beharrezkoak, asebetetzeko politikak, esparru sozialak, sanitarioak edo soziosanitarioak zeharkakotasunari eta elkarrekinari dagokienez aztertu behar dira.	19. Finantzatzeko baterako bilaketa.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arreta soziosanitarioko beharrak finantzatzeko baliabide hobeak lortzeko egintza bateratzea.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erakundeen arteko bilerak.</li> <li>• Helburuak eta baterako jarduera planak zehaztea.</li> <li>• Akordio zehatzak.</li> <li>• Txostenak eta euskarri materialak prestatzea.</li> <li>• Aurrekontuak onetsi aurreko baterako proposamenak.</li> </ul>	Leher- tasuna	3	Aplikazio- aldia	2005- 2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>	<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>		
	<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>	<b>Leher- tasuna</b>
12. Batera planifikatzea.	Osasun laguntzako eta gizarte laguntzako premiak aldi berean egoteak ezinbesteko egiten du bi sistemak ikuspegi global batetik planifikatzea, zerbitzu horietako bakoitzean esku hartzeko erabakiek zerbitzuaren eskaerari eta bestearen garapenean ezinbestean eragingo die!a kontuan hartuta. Horren ildotik eta EAEren idiosinkrazia aintzat hartuta, lurralde administrazio ezberdinak (Foru Aldundiak eta Udalak) egotearen ondorioz sortzen diren hainbat elkarreagin gehitu behar dira; egoera horrek batera planifikatzeko beharra indartzen du.	11. Eskaintza soziosanitarioari buruzko urteko maparen garapena.	Ikusi 6. helburu berezia.		
		12. Profilen eta zerbitzuaren arabera eskaintza soziosanitarioaren hazkuntzaren planifikazioa.	Ikusi 6. helburu berezia.		
		13. Hazkuntza planen adostasuna onesteko aurkezpena.	Ikusi 6. helburu berezia.		
		19. Finantzatzeko baterako bilaketa.	Ikusi 11. helburu berezia.		

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>		<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>		
		<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>	
	13. Zerbitzu soziosanitarioetara sartzeko atea bateratzea.	Egun arreta soziosanitarioa har dezaketen pertsonentzako sarrera heite-rogeneoa da eta horren ondorioz kasu batzuetan emandako arreta desberdina izan daiteke. Beharrezkoa da arreta soziosanitarioan sartzeko eginkizunak bideratzea sistemari koherentzia eta fidagarritasuna emanez, baloratzeko eta deribatzen bitarteko bakarrak erabiliz lurralde guztietan eta erabilizaille guztientzat	20. Balorazio eta deribazio sistema bakarra ezartzea lurralde guztietarako eta erabilizaille guztientzat.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zerbitzu soziosanitarioetarako sarrera bateratzea.</li> <li>• Balorazio eta deribazio sistema bakarrak erabiltzea.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RAI III sistema kontratatzea CVAS eta hiru Lurralde Historikoentzat.</li> <li>• Balorazio taldeak trebatzea.</li> <li>• Balorazio taldeen funtzionamendua eta balorazio sistema protokolizatzea.</li> <li>• Hiru lurraldeetan RAI III sistema ezartzea.</li> </ul>	1	2005
	14. Arreta personalizatua eta kalitatezkoa ematea.	Arreta soziosanitarioak une bakoitzean egokiak diren jarduerak bermatzen dituzten programa, protokolo eta gidetan oinarritutako profesionalizazio maila altuei erantzun behar die. Beste alde batetik, profesionalak egiten duten lanaz kontzientizituta, prest eta motibatuta egon behar dira herritarren premia soziosanitarioei erantzuteko. Hori dela eta, nahitaezko baldintza da jarduerak multzo zabalaren bidez beren lana burutzea erraztea.	21. Profesio-nalentsako trebakuntza.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Euskal profesionalen ezagutzak hobetzea prebentzionako eta goiz antzemateko egintzak gehitu eta arreta personalizatua eta kalitatezkoa eman ahal izateko, profesional horien motibazioa handituz.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premien azterlana.</li> <li>• Jardueren urteko planifikazioa.</li> <li>• Prestakuntza-liburuxkak argitaratzea.</li> <li>• Prestakuntza ikastaroak.</li> </ul>	7	2005-2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANTARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak
			22. Jarduteko protokoloak hartzea.	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arreta soziosantarioaren edozein zerbitzutan modu homogeneoan gutxieneko kalitate maila bermatzea arretari dagokionez. Helburuak onargarriak izan behar dira eta profesionalak onartu behar dituzte.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beharizanak aztertzea eta helburuak finkatzea.</li> <li>• Lan taldeak zehaztea.</li> <li>• Protokoloak garatzea edo daudenak hartzea.</li> <li>• Protokolo bakoitzaren aplikazioan eragina duten pertsona guztiei jakinarazpen formala egitea.</li> <li>• Protokolo bakoitzaren jarraipena egiteko eta protokoloa ez betetzearen salaketaren ardurua duena zehaztea.</li> <li>• Protokoloak aldizka berrikustea.</li> </ul>
				<p><b>Leher- tasuna</b></p> <p>6</p> <p><b>Aplikazio- aldia</b></p> <p>2005- 2008</p>

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>	
<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>
<p>15. Diziplinen arteko lana sustatzea (pertsonei eta hornidura sareei dagokienez).</p>	<p>Arreta soziosanitarioaren beharrei modu egokian erantzuteak modu koordinatuan egitea eskatzen du zerbitzu eman dezaketen profesional guztiak, gizarte zerbitzuak, osasun zerbitzuak eta oinarritzko zerbitzuak eta orokorrak direnak espezializatutakoekin batera barne hartuz.</p> <p>Diziplinen arteko lanak beharizan komplexuei erantzuten dieten zainketa integralen planen garapena errazten du eta gainera arretaren jarraitutasuna aurreikusteak errazten ditu, sistemaren barruan koordinazioa eta beharrezko aldaketei une bakoitzean emandako arretaren egokitzapena sendotuz.</p>	<p>23. Diziplinen arteko ekipoak sartzea hautatutako ekimen nagusietan: zaintzaile informalak, sartera bakarra, kalitatea, zerbitzu zorroa, komunikazio soziosanitarioaren urteroko kampania, etab.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arretan kalitatea handitzekeo bitarteko gisa diziplinen arteko lana eta profesionalen inplikazioa sustatzea.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sor daitezkeen taldeen azterlana.</li> <li>• Kideak zehaztea.</li> <li>• Bileretako eginkizunak, pertodikotasuna eta formalizazioa zehaztea.</li> </ul>
<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>		<b>Leher-tasuna</b>	<b>Aplikazio-aldia</b>
		5	2005-2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANTARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK			
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak		
	16. Kostuen gain eragin berezia duen eraginkortasuna hobetzea.	Garapen soziosantarioaren planteamenduek, oraingoak eta lehengoak, dauden beharrianak asebate behar dituzte, ahalik eta eragimen eta eraginkortasun maila altuena ziurtatuz. Planteamendu horiek beharrianak zehatz ezagutzera eta jarduera prozesuen kontrol zehaztua eskatzen dute, prozesu horiek beti egokiak izan daitezen eta ezarritako baliabideen kontsumoaren pean garatu daitezen.	24. Zerbitzu zorroan zehaztutako elementu bakoitzerako bitarteko baliabide eta kostuen azterlana.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zerbitzu bakoitzari lotutako kostua zehaztea kudeaketaren eraginkortasuna handitzeko eta finantzatzeko sistemak hobetzeko.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helburuak eta hauen irisgarritasuna ezartzea.</li> <li>• Azterlanak garatzea.</li> <li>• Erakundeen artean zabaltzea.</li> </ul>	Leher- tasuna 11  2005	Aplikazio- aldia 2005
			25. Profilen arabera finantzatzeko sistemak zuzenean eta zeharka garatzea.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostuak kontrolatzea eta finantzatzeko sistema zerbitzuak ematen dituzten erakundeen benetako kostuetara egokitzea.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilen arabera kostuen azterlanak aldizka eguneratzea.</li> <li>• Profil espezifikoetarako zerbitzuak erosteko akordio zehatzak.</li> <li>• Akordio pilotuak zabaltzea.</li> <li>• Puntu ahulak aldizka berrikustea eta akordioak egokitzea.</li> </ul>	23	2006- 2008

**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK		Aplikazio- aldia	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak		Leher- tasuna
<b>4. Etorrizunean bikaintasun maila mantentzea.</b>	17. Prebentzio- rako eta arazoa goiz antzemateko egintzak sakontzea.	Arreta soziosanitarioaren garapenean prebentzio jarduerak duten garrantziak prebentzeko neurri zabalak garatzea eskatzen du, beharizanak goiz antze- man eta diagnostikatzeko. Helburua arretaren beharizanak ager- tzea prebentzea da, beharizanek txarrera egitea prebentzea eta horren bilakaera ahal den neurrian murriztea bezala. Prebentzioa hainbat mailatan burutu behar da: hezkuntza, arrisku egoeren prebentzioa, goiz antzeman eta diag- nostikatzean, arreta eraginkorra, etab.	26. Eraginkortasuna hobetzeko planak egitea.	<b>Helburuak eta egintzak</b>  <b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eraginkortasuna hobetzea dauden errekurtsioekin kalitate eta emaitzak handituz.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gai bakoitzeko jarduteko ildo estrategikoak finkatzea (giza baliabideak, prozesuak, kalitatea, etab.).</li> <li>• Ildo bakoitzeko lan taldeak.</li> <li>• Hobetzeko planen garapena.</li> <li>• Emaitzen ebaluazioa eta hedapena.</li> </ul> <i>Ikusi 14. helburu berezia.</i>	20	2007- 2008
			21. Profesio- naltzako trebakuntza.			



**EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK	
	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak
			<p>27. Goiz antzemateko hedapen/informazio/trebakuntza egintzen garapena.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arazo soziosanitarioen prebentzioa handitzea, egon daitezkeen konplexutasunak saihestuz edo jarduteko gaitasuna hobetuz, oro har herritarrentzako kanpainen bidez.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urteko helburuak finakitzea.</li> <li>• Informazio / prestakuntza liburuxkak argitaratzea.</li> <li>• Hedabideetarako kanpainak garatzea.</li> <li>• Erakunde, elkarte, ikastetxe, eta abarretan jardunaldiak egitea.</li> </ul>
			<p>28. Sistemaren gainerakoarekin eta horien artean profesional komunitarioenen (Lehen Arreta eta Udaletako oinarrizko Gizarte Zerbitzuak) komunikazio kanalak hobetzea.</p>	<p><b>Helburuak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionalen artean sarrera erraztea prebentzio egintzak eta profesionalen inplikazioa eta lankidetzaren hobetuz.</li> </ul> <p><b>Egintzak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solasbideak formalizatzea.</li> <li>• Komunikazio kanalak formalizatzea.</li> <li>• Aldian behingo bilerak finkatzea.</li> <li>• Erakundeen arteko informazio aldizkariak egitea.</li> </ul>
				<p>2007-2008</p>
				<p>21</p>
				<p>14</p>

EAEko ARRETA SOZIOSANITARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA

HELBURU ESPEZIFIKOAK		EKIMENAK				
HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:	Enuntziatua	Deskribapena	Enuntziatua	Helburuak eta egintzak	Leher- tasuna	Aplikazio- aldia
	18. Teknologia berriak erabiltzearen eta horietara egokitzearen alde egitea.	Erabilgarriak diren teknologia berriak etengabe agertzeak profesionalen lana nabari aldatzen du sektore guztietan, baita arreta soziosanitarioaren sistemetan ere. Beharrezkoa da aurrerapen teknologiko berriek ematen dituzten aukerak ahalik gehien baliatzea, sistema bitarteko ego-kiez hornituz eta profesionalak sistema hori erabiltzeko prestatuz.	29. Zentro soziosanitarioetarako programa espezifikoa eta bestelako aurrerapen teknologikoak ebaluatzea eta hautatzea.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknologia berriak erabiltzearen eta horietara egokitzearen alde egitea.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektorean dauden programa guztiei eta bestelako aurrerapen teknikoiei buruzko informazioa bilzea.</li> <li>• Euskal beharrezko direnak ebaluatzea eta hautatzea.</li> <li>• Erakundeen artean zabaltzea.</li> <li>• Hornitzaileekin akordio instituzionalak egitea.</li> </ul>	27	2007-2008
	19. Informazio sistemak administrazio guztien artean partekatzea.	Beharrezkoa da modu koordinatuan beharrezko informazio sistema komunak garatzea eta bultzatzea EAEko arreta soziosanitarioek egoki funtzionatzeko; horrek beharrezkoak diren arreta prozeduren ezagutza kuantitatiboa eta kualitatiboa hobetuko ditu. Autonomia Erkidego osoan aplikatu daitekeen informazio sistema fidegarrira egoteak lurralde osoan planifikazioa eta arreta homogeneoa eta koherentea erraztuko ditu.	30. Informazio sistemak eta komunikazio soziosanitarioaren plana.	<b>Helburuak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informazio sistemak administrazio guztien artean partekatzea eta komunikazioaren jarioa hobetzea.</li> </ul> <b>Egintzak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helburuak eta hauen irisgarritasuna ezartzea.</li> <li>• Sistemen plana garatzea.</li> <li>• Erakundeen artean zabaltzea.</li> <li>• Ezartzea.</li> </ul>	17	2005-2006

**EAEko ARRETA SOZIOSANTARIOA GARATZEKO PLAN ESTRATEGIKOAREN  
HELBURUEN ETA EKIMENEN KOADRO SINTETIKOA**

<b>HELBURU ESTRATEGIKO OROKORRAK:</b>	<b>HELBURU ESPEZIFIKOAK</b>		<b>EKIMENAK</b>	
	<b>Enuntziatua</b>	<b>Deskribapena</b>	<b>Enuntziatua</b>	<b>Helburuak eta egintzak</b>
	20. Zaintzaile formalak zein informalak baloratzea eta tratatzea.	Komenigarria da adieraztea hainbat zaintzailek, formalek eta informalek, egiten duten lan garrantzitsua dela eta, beren lana errazteko bideratutako ahalagin guztiek zuzenean eragina izango dutela sistema osoaren garapen positiboan, arretaren kalitatea hobetuz eta eragin-kortasun maila altuagoak sustatuz. Zaintzaileek egiten duten lanaren onarpen jarraitua eta trebakuntza eta laguntza neurri esplizituak behar dituzte unean unean beharrezkoa den euskarriaren eta trebakuntzaren bidez.	7. <i>Laguntzarako sare informala eratzea.</i>	<i>Ikusi 4. helburu berezia.</i>
			8. <i>Zaintzaile informalei laguntzeko programak.</i>	<i>Ikusi 4. helburu berezia.</i>
			16. <i>Arreta soziosantarioaren erantzunari buruzko urteko inkesta.</i>	<i>Ikusi 9. helburu berezia.</i>
			17. <i>Programa edo zerbitzu zehatzei, eta zuzenean lotuta dauden parte hartzeko organoak sortzea.</i>	<i>Ikusi 9. helburu berezia.</i>

**HELBURU  
ESTRATEGIKO  
OROKORRAK:**