



ARRETA SOZIOSANITARIOA: ESPARRU KONTZEPTUALA ETA NAZIOARTEKO ETA AUTONOMIETAKO AURRERAPAUSSOAK. HURBILKETA IZENBURUKO TXOSTENA AURKEZTEN DIOT GIZA ESKUBIDEEN ETA HERRITARREN ESKAEREN BATZORDEARI

Vitoria-Gasteiz, 2008ko urriaren 15a

Giza Eskubideen eta Herritarren Eskaeren Batzordeko lehendakari andrea, legebiltzarkideok. Niretzat ohorea da Giza Eskubideen eta Herritarren Eskaeren Batzorde honi arreta soziosanitarioari buruzko txosten berezi hau aurkeztea.

Nahiz eta Arartekoaren txosten berezi guztien ezaugarri nagusia eduki sozial garrantzitsua izatea den, nire ustez, txosten hau bereziki beharrezkoa zen, Zuzenbideko Estatu sozial eta demokratiko batean funtsezkoa den gai bat aztertzen duelako: arreta soziosanitarioa, osasun-zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen arteko lankidetzaren biziko eremu egituratutzat hartuta.

Horrek ez du esan nahi, ezinbestean, osasunaren eta gizartearen jatorrizko bi sektore horietatik bereizitako eremu bat behar denik, baizik eta prozedura bat sortu behar dela, premia konplexu eta mistoetara egokitutako zerbitzu-prestazioa bermatzeko eta, zerbitzu horiek ematean, ekintza-jarraitutasunaren printzipiora doitzeko.

Gero eta sarriago, herritarrek aldi berean osasun- eta gizarte-beharrak izaten dituzte, eta behar horiei era koordinatuan erantzun behar zaie.

Batez ere bi arrazoiengatik egin dugu txosten hau:

- Lehenik eta behin, bi sistemen arteko mugak oso lausoak direlako eta eremu soziosanitarioa zehaztu beharra zegoelako. Behar hori gure txosten berezi askotan adierazi dugu.
- Bigarrenik, Eusko Legebiltzarraren aginduari erantzun nahi geniolako. Izan ere, arreta soziosanitarioari buruzko txostena egiteko agindu zion Ararteko erakundeari 2006ko azaroaren 23ko osoko bilkuran, Euskal Herriko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako 2005-2008 aldirako Plan Estrategikoaz mintzatu zirenean.

Eremu soziosanitarioa jende guztiak ahotan dabilkien kontu guztiz ezezaguna da, egunetik egunera toki zabalagoa hartzen du diskurtso politiko eta teknikoan, baina oraindik gabezia ugari ditu bere definizio teorikoan eta gauzatzeko orduan.





Txostenak hiru helburu ditu:

- Bat, nazioarteko aurrerapen teorikoetan oinarrituta batez ere, esparru kontzeptuala egituratzea, oinarritzko erreferentzia-elementu batzuk eta terminologiazko nahaste batzuk argitu ahal izateko.
- Bi, Euskal Autonomia Erkidegoko egungo egoera azaltzea.
- Eta hiru, beste autonomia erkidego batzuetan eta nazioartean (Europar eta Ipar Amerikan) egindako esperientzien aurrerapen praktikoetara hurbiltzea.

Esparru kontzeptuala. Arreta soziosanitarioaren eremua

Herritarren behar batzuei erantzun osoa eta pertsonalizatua eman behar zaie, osasun-zerbitzuetako edo gizarte-zerbitzuetako ohiko egiturek ezin diete kasu egin, egitura horiek ez baitira ondo egokitzen behar misto horietara.

Behar konplexuko egoera horiei erantzutea da arreta soziosanitarioaren helburu nagusia. Arazo horrek nagusiki biztanle talde jakin batzuei eragiten die. Biztanle talde horientzat (beraien gizarte- eta osasun-beharren izaera edo ezaugarriengatik, edo, batez ere, behar horiek aldi berekoak edo mistoak direlako) ezinbestekoa da bi sektore horien artean ahalik eta koordinaziorik handiena egotea, beharrei egoki eta eraginkortasunez erantzuteko.

Honako biztanle talde hauek dira, batez ere:

- mendetasun egoeran dauden adineko pertsonak;
- gaixo kronikoak edo buruko gaixotasun larri kronifikatua dutenak;
- hil aurreko fasean dauden gaixoak;

Aipatutako talde horietako edozeinetan pentsatzen badugu, hobeto ulertu ahal izango dugu zeintzuk diren *arreta soziosanitarioaren helburuak*:

- Sistemak eraginkorrak izatea. Hau da, zerbitzu erabilgaitzaileen beharrei egoki erantzutea, ahalik eta kosturik txikienarekin eta beti kalitateari eutsiz.
- Arreta modu jarraituan ematea.

Mendetasun egoeran dauden adineko pertsonak

Mendetasun egoeran dauden adinekoek osatzen dute, dudarik gabe, talderik adierazgarriena: lehenbizi, talde ugariena delako, argi eta garbi –datuen arabera, talde horretakoak dira arreta soziosanitarioa behar dutenen %85–, baina, baita beste arrazoi batzuegatik ere:

- Lehenik, adinekoei eskainitako osasun-arretak azken urteotan nabarmenki hoberantz egin duen arren, zahartzeak arazo fisiko, psikologiko eta sozial gero eta konplexuagoak dakartzalako, ia beti elkarren artean lotura estua dutenak.





Hona hemen gaixotasunak adinekoengan dituen ezaugarri eta berezitasunetako batzuk, baita sendatzeko behar den osasun-arretarenak ere:

- Tratamendu egokia jaso ezean, bizkor okerrera egitea.
- 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.

Mendeko adinekoak arreta soziosanitarioaren lehentasunezko taldetzat jotzeko bigarren arrazoa hauxe da: ahulagoak dira, bizitzaren zikloaren beste aldi batzuetan baino aukera gehiago baitago ezintasun fisikoa eta/edo buruko ezintasuna jasateko.

Gaixo kronikoak

Orain indarrean dauden osasun-sistemak patologia akutuei eta presako beharrei erantzuteko diseinatu eta garatu ziren: aztertzea, diagnostikatzea, sintomak arintzea eta sendatzea dituzte bereizgarri. Hala ere, halako egoerei aurre egiteko oso eraginkorra izan arren, ez da ongi egokitzen egoera kronikoen arretara.

Datuek erakusten dutenez, egoera kronikoak izugarri hazten ari dira, osasun publikoarentzat benetako erronka bihurtzen ari dira, eta ez hori bakarrik, baita sektore horretan gastu publikoa areagotzearen arrazoi nagusietako bat ere –egin diren kalkuluen arabera, mendebaldeko herrialdeetan, osasun gastuaren %75 eta farmaziako gastuaren %80 baino gehiago eragiten dute–. Ezinbestekoa eta presakoa da hazkunde horrek isla izatea bai osasun sistemetan, bai horrek beste babes-sistema batzuekin (batik bat gizarte-zerbitzuekin) duen harremanean.

Hil aurreko fasean dauden gaixoak

Gaur egun, mendebaldeko biztanle gehienek, behin zahartzarora iritsita, adin handia izan arte osasun-egoera onean mantentzea lortzen badute ere, beren bizitzaren azken etapan gizarte-arazoak eta osasun-arazoak izaten dituzte denboraldi luze samarrean, hil aurretik (gaixotasun horietako asko endekapenezkoak edo pixkanaka okerrera egiten dutenak izaten dira).

Zailtasun pilo hori bereziki nekeza bihurtzen da gaixotasun baten hil aurreko fasera iristean.

Egungo demografiako eta erikortasunezko ereduak pentsarazten dute datozen urteetan pertsona gehiago egongo direla gaixotasunaren hil aurreko fasean. Eboluzio hori eta bizitzaren zikloaren fase horretako beharrak nolakoak diren ikusita, nazioarteko oraingo joerek bi jarraibide aldarrikatzen dituzte zainketa aringarriak antolatzerakoan (egoera kronikoen arretan gertatzen zen bezalaxe). Bi jarraibide horiek osasun-zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen arteko lankidetzaren alde egiten dute. Hauexek dira, hain zuzen:





- Bata, osasun- eta gizarte-zerbitzuen arteko koordinazioa erraztea, gaixo bakoitzarentzat izango den arreta oso eta pertsonalizatuko programa baten barruan. Antolamenduan aldaketak erraztu beharko dira, diziplina arteko lana ahalbidetzeko eta gaixoaren behar aldakorretara malgutasunez egokitzeko.
- Eta bestea, gaixoari arreta etxean ematearen alde egitea, haren eboluzioa aztertzeko, hura kontrolatu, tratatu eta laguntzeko toki egokiena delakoan.

Arreta soziosanitarioaren egungo protagonismoa azaltzen duten arrazoiak

Arreta soziosanitarioak orain dela gutxi hartu du protagonismoa, nazioarte mailan gainera.

Dirudienez, protagonismo horrek 3 eragile ditu:

- Batetik, lehen aipatu dugunez, gero eta gehiago direla arreta horren beharra izan dezaketen eta horretaz balia daitezkeen biztanle taldeak: guztiak oso talde ahulak dira eta behar konplexu eta iraunkorrak dituzte. Behar horiek, eguneroko bizimoduan, beraien autonomian eragiten dute eta, horiei aurre egiteko, ezinbestekoa da zerbitzu mistoak izatea eta zerbitzuok aldi berean edo jarraian eskaintzea, etxean edota ospitalean edo egoitzan.
- Bigarrenik, arreta soziosanitarioak azken hamarkadan lortutako protagonismoa argitzen duen beste elementu bat, dudarik gabe, hauxe da: osasun- eta gizarte-politikek, zorionez, gaixoa etxean tratatzea eta beharrezko arreta komunitatearen eremuan ematea lehenesten duten formuletarako joera orokorra hartu dute.
- Azkenik, esaten denez, gure gizarte moderno eta industrializazioaren ostekoetan, osasun-sistemek presio banatzaile sakonen mende egotea dute bereizgarri. Etengabeko berrikuntza teknikoek eta horien hedadura bizkorrak sortu dute, batik bat, presio banatzaile hori; horren ondorioz, jada nabarmena den hiperespezializaziorako joera areagotzen da.

Ikuspegi kontzeptuala EAEn

Arreta soziosanitarioa antolatzeko bi eredu oinarritzko daude:

- koordinazio soziosanitarioa;
- arreta soziosanitarioa emateko sare bat sortzea, jatorrizko bi sareetatik – alegia, gizarte eta osasun sareetatik – bereizia.





Estatuan nahiz autonomia erkidegoetan lehenbiziko eredu hori aukeratzen da eskuarki. Horregatik, EAeko eremu soziosanitarioaz hitz egiten dugunean, koordinazio soziosanitarioaren eredu batez hitz egiten ari gara.

Koordinazio soziosanitarioaren eredu

Beraz, Euskadiko eredu soziosanitarioa koordinaziozko eredu da, ez osasun-saretik eta gizarte-saretik berezita dagoen arreta soziosanitarioko sare berria.

Koordinazio soziosanitario hori sendotzeko asmoz, badira koordinazioa errazten duten hainbat faktore: esate baterako, helburuak jartzea; erakundeen laguntza eta konpromisoa; zuzendaritza eta kudeaketa eraginkorrak; eta laguntza teknikoa. Eta badira, halaber, koordinazioa oztopatzen duten faktoreak ere: adibidez, antolaketa desberdintasunak, elkarrengandik urruntzen diren ikuspegi profesionalak edo finantza-kontuetan segurtasunik ez izatea.

Egiaz, zenbait faktorek erraztu egiten dute gizarte- eta osasun-zerbitzuen arteko koordinazioa.

- Funtsezkoa da helburu argiak jartzea, eta helburuok erakunde publiko eta pribatu guztiek eta aplikatzeko orduan esku hartzen duten profesional guztiek ulertu eta ezartzea.
- Era berean, erakundeen eta lekuan bertan diharduten profesionalen konpromiso sendoa behar da, eta bien arteko batasuna bermatuko duten estrategiak sortu behar dira.
- Zerbitzuak koordinatzeko ekimenek zuzendaritza eta kudeaketa eraginkorrak behar dituzte. Horretarako, erantzukizunak zehaztu eta mugatuko dizkieten jarraibide argiak ezarri behar dira proiektua kudeatu eta zuzentzeaz arduratzen direnentzat, batez ere haien eginkizunen artean zuzendaritza teknikoa, giza baliabideen kudeaketa eta kudeaketa ekonomikoa biltzen direnean.
- Koordinazio proiektu baten arrakasta, jakina denez, proiektu hori gauzatzeko ematen diren giza baliabideek eta baliabide materialek baldintzatzen dute. Sarriegi pentsatzen da, oker pentsatu ere, nahikoa dela proiektuan esku hartzen duen eremu bakoitzeko baliabideak antolatzea, aparteko inbertsio osagarriak egin gabe.
- Ebaluazio-sistemak diseinatu eta aplikatu behar dira, aldizka edo etengabe proiektuak nola funtzionatzen duen eta zein emaitza dituen jakin ahal izateko.

Aitzitik, beste zenbait faktorek oztopatu egiten dute zerbitzuen koordinazioa.

- Gizarte-sektorearen eta osasun-sektorearen artean dauden antolamenduzko desberdintasun oinarrizkoek geldiarazi egiten dituzte zerbitzuen koordinaziorako ekimenak.
- Eman beharreko arretari buruz osasun arloko eta gizarte arloko profesionalak iritzi ezberdinak badituzte, koordinaziorako oztopo handiak egon daitezke edo





koordinazioa ezinezkoa ere gerta daiteke, bai plangintza eta antolaketaren maila estrategikoan, bai maila operatiboan ere.

Koordinazio estrategietan eta tresnetan izandako hainbat esperientzia aztertzen dira txostenean. Hiru mailatan azaltzen dira:

- Egiturazko edo estrategiazko mailan hainbat eredu azaltzen dira:

- Eskumenen integrazioa

Integrazio modu garbiena da strategiaren mailan, izan ere, osasun arloko eta gizarte zerbitzuen arloko eskumenak bateratzen ditu. Eskumenak estatu edo lurralde mailako administrazio organo beraren ardurapean jartzen dira.

Eredu hori erabiltzen dute Ipar Irlandan eta Quebec-en. Baita autonomia erkidego batzuetan ere, esaterako, Gaztela eta Leongoan. Erkidego horretan sailburuordetza bakarrean bateratu dira eskumenak –Osasun eta Gizarte Ongizate Sailburuordetzan –.

- Eskumenak deszentralizatzea eta besteren esku uztea

Denbora luzerako behar konplexuak dituzten talde jakin batzuei –bereziki, mendeko adinekoei– arreta emateko orduan, zenbait administrazio besteren esku uztea erabaki dute funtsezko eginkizun batzuk. Eredu hori Suedian eta Danimarkan erabiltzen dute.

- Sektore arteko plangintza bateratua

Maila estrategikoan koordinazioa lortzeko hirugarren bide bat jarduera bateratuko planak lantzen hastea da, osasun zerbitzuetan eta gizarte zerbitzuetan eskumenak dituzten administrazioen artean.

Kasu horietan finantzaketa esperientzia ezberdinak azaltzen dira: modulu bidezko zerbitzuen baterako finantzaketa, Katalunian; baterako aurrekontuak, Erresuma Batuan; kapitalizazio bidezko finantzaketa sistema –arreta jasotako pertsona bakoitzeko, hilean kopuru finko bat ordainduz– AEBetan eta Kanadan.

- Antolaketa mailan:

- Diziplina arteko ekipoak

Europan, diziplina arteko ekipoak dira, zalantza barik, zerbitzu soziosanitarioak eskaintzeko antolaketa-elementurik nagusien eta zabalduenetako bat. Herrialde askotan talde horiek zuzentzen dute balorazio eta orientazio fasea.





Esperientzia hori Erresuma Batuan gailendu da.

- Diziplina anitzeko ekipoak eta egiturak

Formula hauek lanbide arteko lankidetzan oinarritzen dira, zentzurik klasikoenean ulertuta. Horien bidez, erabiltzaileak behar dituen hainbat zerbitzu eskaintzen dira.

Frantzian erabili dira, gerontologiaren eremuan.

- Leihatila bakarra

Leihatila bakarraren sistema zerbitzuetara iristeko puntu bakarra ezartzean datza. Sistema bakarrean –gizarte sisteman ala osasunekoan– bildutako zerbitzu-multzora iristeko tresna hedatu samarra bada ere, jadanik badira zerbitzu mistoetara iristeko ere sarrera bakarra ezartzen ahalegintzen ari diren zenbait esperientzia.

Leihatila bakarreko ereduak daude Italian eta Holandan.

- Zerbitzuak toki berean kokatzea

Zerbitzuak egoitza berean egoteak, dudarik gabe, komunikatzeko aukera gehiago eta ohitura handiagoa sortzen du arlo ezberdinetako profesionalen artean. Gainera, profesional bakoitzarentzat, beste arlo batzuetako profesionalekin eta espezialitateekin harreman zuzena izatea pizgarria gerta daiteke, eta harreman horrek normalean bere ekintza-arlotik kanpo geratzen diren arazoekiko eta egoerekiko sentikorrago bihurtzen lagun diezaioke.

Ekimen hori Quebec-en erabiltzen dute, zerbitzu komunitarioen bertako zentroetan, edo Skaevinge-n (Danimarkan) adineko pertsonentzat.

Badira bestelako esperientziak ere, adibidez, arreta-sareak edo sarean egindako lanak; arreta osoa emateko ibilbideak; informazio eta komunikazio sistemak; edo “barrendegien” figura, hau da, osasun zentro batean edo ospitale-egitura batean gizarte-laneko lanpostuak sortzea.

- Zerbitzu erabiltzaileari arreta ematean

Maila honetan metodo ezberdinak azaltzen dira, esaterako, beharrak batera ebaluatzea eta banakako arreta eskaintzeko planak batera diseinatzea, edo “kasuaren kudeaketa” deritzana, eskuarki iraupen luzeko zainketen alorrean.

Arreta soziosanitarioaren eremuan, kasuaren kudeaketak izugarrizko garrantzia izaten du jarduerak koordinatzean, bereziki, ospitaleratzeei aurrea hartzean edo, ospitalean alta hartu ondoren, lekuz aldatu eta komunitatera itzultzeko prozesua modu egokian antolatzean.





Horrelako esperientzia izan dute Austrian.

Hemen funtsezkoa da erreferentziako profesionalaren figura. Profesional hori oso garrantzitsua da osasun- eta gizarte-arloetako lekualdatzeetan, ospitaleko altak eta komunitaterako itzulerak kudeatzen baititu.

* * * *

- Arreta soziosanitarioaren azterketa EAEn

Txostenaren III. kapituluaren biltzen da azterlanaren bigarren multzo nagusia: arreta soziosanitarioaren azterketa EAEn. Hor sartu dira nazioarteko esparru juridikoa, EAeko eskumen-eremua –horrek agerian jarri du eskumenak modu desberdinean tratatzen direla osasun arloan eta gizarte arloan– eta koordinazio soziosanitarioaren alderdi juridiko kontzeptualak. Administrazioen arteko lehen hitzarmenetatik hasi eta erreferentziatzko bi tresna nagusietara iritsi arteko bilakaera aztertzen da. Erreferentziatzko bi tresna nagusiak hauexek dira: erakundeen arteko 2003ko urtarrilaren 30eko Hitzarmena, batetik, eta Euskal Herriko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako 2005-2008 aldirako Plan Estrategikoa, bestetik.

EAeko arreta soziosanitarioa balioztatzeko, irizpide metodologiko gisa, lantalde bat osatu da, gai hori ondo ezagutzen duten berrogei aditurekin. Aditu horiei ez zaie ordezkaritza-baliorik eman, baina era askotako eta ikuspegi anitzeko pertsonak direnez gero, ateratako ondorioak oso adierazgarriak dira.

Funtsezko ondorio hauek atera dira:

- 1) Balorazio zertxobait ezkorra egin da EAeko eremu soziosanitarioaren garapenari buruz. Aurrerapenak, oro har, urritzat jo dira, eta lorpenak, berriz, sortutako itxaropenak eta zeuden aukerak eta beharrak baino txikiagoak.
- 2) Arlo honetan egin diren aurrerapenak ez zaizkie argi helarazi ez zerbitzu-hartzaileei, ez bi sare horietako profesionalari.
- 3) Ezin da esan alferrikako esperientzia izan denik. Aurrerapen nabarmenak egin dira, adibidez, mendetasuna balioesteko tresna komun bat jarri da, bi sareen arteko elkarrizketa hasi da, erakundeak hobeto ohartu dira eremu soziosanitarioan esku hartu beharra dagoela, edo antolaketa egitura bat finkatu da.
- 4) Balorazio ezkorra egin da Euskal Herriko Atentzio Soziosanitarioaren Garapenerako 2005-2008 aldirako Plan Estrategikoan ezarri ziren oinarriko helburu instrumentalak betetzeaz.





Ez da aurrerapen nabarmenik egin planaren helburu nagusietako bakar batean ere: hau da, sarbide bakarreko sistema jartzea, zerbitzu-leihatila bakarra, informazio partekatuko sistemak eta baterako plangintza.

- 5) Politikan ez da eremu soziosanitarioa garatzeko apustu irmorik egin, eta ez dago partekatutako eta adostutako eredurik.
- 6) Udalek pisu eskasa dute eremu soziosanitarioa garatzean; horren ondorioz, gutxi garatu da arreta komunitarioaren esparruan.
- 7) Hiru lurralde historikoen artean oraindik ere desberdintasun garrantzitsuak daude baliabide soziosanitarioak garatzean, baita lurralde historiko bakoitzaren barruan ere, baliabideak hiriburuetan pilatzen baitira.
- 8) Finantziario bide egokiak ezarri behar dira:
Baliabide ekonomiko gutxi daudela baino gehiago, etengabe baliabideen finantzaketa partekatua hitzartu beharra dagoela adierazten da, eta horrek dezente oztopatzen duela arreta soziosanitarioa garatzea.
- 9) Baliabide berriak asmatu baino gehiago, orain daudenak indartu, hobetu, hornitu behar dira.
- 10) Lau baliabide garatu behar dira ezer baino lehenago:
 - buru-gaixoentzako egoitzetako baliabideak;
 - etxean arreta soziosanitarioa jasotzeko programak;
 - portaera-arazoak dituzten adingabeentzako programa terapeutiko eta hezitzaileak;
 - gehiago garatu behar dira premia soziosanitarioak dituzten adineko pertsonentzako unitate bereziak.
- 11) Honako hauek dira arreta soziosanitarioaren beharrik handiena duten taldeak:
 - adinekoak (bereziki oso adintsuak);
 - buru-gaixoak;
 - era askotako patologiak dituzten pertsonak.

* * * * *

- Beste autonomia erkidego batzuetan eta beste herrialde batzuetan arreta soziosanitarioan izan diren esperientzien azterketa

IV. kapitulua oso interesgarria da, izan ere, hor arreta soziosanitarioari buruzko hainbat esperientzia aztertzen dira. Esperientzia horiek beste autonomia erkidego batzuetakoak dira – Katalunia, Gaztela eta Leon edo Nafarroakoak –, baita beste herrialde batzuetakoak ere – adibidez, Danimarka, Finlandia, Holanda, Irlanda edo Erresuma Batukoak – .





Kapitulu horretan esperientzia horien gaineko koadro zehatzak sartu dira. Horietan agertzen dira eremu geografikoa, arreta zein biztanle-talderentzat den, harremana zenbateraino den estua, zerbitzu motak eta emaitzak edo balorazioa.

Esperientzia horietako batzuk jada azaldu ditut koordinazio estrategiez edo tresnez mintzatu naizenean.

* * * * *

Azkenik, Ararteko erakundearen txosten guztietan egiten den legez, ondorioen eta gomendioen kapitulua dator.

Hala ere, beste txosten batzuetan ez bezala, eremu soziosanitarioa eraikitzean herri-administrazioen jarduera hobetu dezaketen hainbat jarraibide biltzen dira kapitulu honetan. Hiru gomendio-multzo egin ditzakegu:

a) Arreta soziosanitarioaren ereduarekin zerikusia dutenak.

1. Koordinazio ereduaren interpretazio zabal eta malgua.
Lankidetzaz-estrategia ezberdinak konbinatzearen eta zerbitzu eta prestazioen sorta malgua ezartzearen alde egiten da.
2. Espazio soziosanitarioa indartzea.
Euskal espazio soziosanitarioa gehiago arduratu da gai estrategiko, eskumenezko eta finantzazkoez, pertsonen arreta eskaintzeko tresnak koordinatzeaz bano.
Honako hauek lortu behar dira:
 - jarduera biziago eta eraginkorragoa;
 - formula berriak zerbitzu antolaketaren arloan;
 - jakintza-alorren arteko lana sustatzea.
3. Geografia mugaketak.
Bi ereduak, sanitarioa eta soziala, era desberdinean egituratuta daude lurralde batetik bestera.
Prozesuan dauden araudi-aldaketen bitartez, bi sistema horietako bakoitzaren zonifikaziora hurbiltzen ahalegindu beharko litzateke.
Zonifikazioan bateratasun handiagoa egongo balitz, bi zerbitzuak biztanle talde berari eman ahal izango liriteke.
4. Berriazko diru-hornidurak behar dira.
Arreta soziosanitarioak ez du esan nahi "zero kostua", aitzitik, berriazko diru hornidurak behar ditu. Orduan:
 - arreta soziosanitarioaren kostuaren aurreikuspenak doitu behar dira;
 - zentzu handiagoz erabili behar dira dauden baliabideak.
5. Diru horniduren erabilera malgua.





Formula berri interesgarria izan liteke bi arloetako (hau da, gizarte eta osasun arloetako) herri-administrazio eskudunek funts komun batean diru-baliabideak sartzea.

Proposamen hori burutzeko proiektu pilotu bat egin liteke.

6. Erakundeen konpromisoa

Maila guztietan (autonomia erkidegoa, foru aldundiak eta udalak) konpromiso profesionala eta politikoa indartu behar da, bi sistemen bilgunean egoteagatik behar bezala zaindu gabe geratzeko arriskuan dagoen jarduera-eremu hori babesteko.

b) Baliabideen sarearekin zerikusia dutenak.

7. Erkidegoan arreta emateko formulak lehenestea.

Zerbitzu erabiltzaileei, ahal den guztietan, laguntza beraien etxean ematera bideratutako politikak, zaintzarako bitarteko formulak garatuz, nahiz eta erabiltzaileek behar konplexu eta misto asko izan.

8. Arretarako sare soziofamiliarri laguntzeko formulak indartzea.

Epe luzerako beharrak dituzten pertsonak, jakina denez, funtsean beren familiek zaintzen dituzte eta, zehazkiago, zaintzaile nagusi batek, emakume batek normalean.

Pertsona horien zama arintzeko jarduerak indartu behar dira, adibidez, etxeko laguntzak gehituz.

9. Ahalegin handiagoa egin behar da epe luzerako behar konplexuak dituzten taldeei laguntzeko.

Talde hauek dira, batik bat:

- mendetasun egoeran dauden adineko pertsonak;
- gaixo kronikoak;
- buruko gaixotasun larri kronifikatua duten pertsonak;
- hil aurreko fasean dauden gaixoak.

c) Arreta soziosanitarioa antolatzearekin zerikusia dutenak.

10. Lan egiteko moduak.

Jakintza-alor ezberdinetako taldeekin, eta koordinazio estrategiak sortuz.

11. Lanabesak.

Esate baterako, lehenetasunezko eremuak balioztatzeko lanabes komunak.

12. Proiektu pilotua.

Arlo soziosanitarioan formula berriak probatzeko balio duten ekimenak abiaraztea komeni da.





Bereziki, bitarteko zaintzarako formulak proba litezke, baita etxean arreta emateko formula hagitz intentsiboak ere.

Labur azaltzen saiatu naiz txosten trinko eta konplexu hau. Txostenean nahikoa elementu aurkituko duzue hainbat kontzeptu argitzeko eta eremu soziosanitarioaren definizioan ikusten diren terminologia nahaste batzuk gainditzeko, autonomia erkidegoetako nahiz nazioarteko beste esperientzia batzuk kontrastatzeko eta, gainera, EAEko oraingo egoera aztertzeko.

Arreta soziosanitarioaren gaineko txosten hau egiteko legebiltzar agindua betea izatea espero dut, eta "eremu soziosanitarioa" deritzan hori taxutzean tresna erabilgarria izatea nahi dut.

Besterik gabe, milesker zuen arretagatik. Zuen galderei erantzuteko prest nago.

Eskerrik asko.

