

# Osasun sistema berruntzea

## ehbildu

- Komunitatearekin herrietatik eraikitzen





# Aurkibidea

<b>I BLOKEA</b> .....	<b>5</b>
1. Sarrera .....	7
2. Gure osasun politiken ardatza: herritarrak .....	9
3. Gobernu ona .....	10
4. Helburua .....	11
5. Baloreak .....	12
<b>II BLOKEA</b> .....	<b>15</b>
1. Osasun sailaren antolaketa .....	17
2. Osasun sistema publikoaren egitura .....	19
3. Auzoz auzo osasuna eraikiz (komunitarioa) .....	20
4. Lehen mailako osasun arreta .....	23
5. Osasun mentala .....	26
6. Osasun kolektiboa / osasun publikoa eta adikzioak .....	29
7. Ospitaleak .....	32
<b>III BLOKEA</b> .....	<b>35</b>
1. Gobernantza .....	37
2. Zerbitzu zorroa .....	40
3. Kalitatea prozesu asistentzialetan .....	43
4. Balio eta emaitzak .....	45
5. Ikerketa .....	48
6. Digitalizazioa .....	51
7. Azpiegiturak .....	54
8. Farmazia .....	56
<b>IV BLOKEA</b> .....	<b>59</b>
1. Formazioa .....	61
2. Pertsonal politika .....	65
3. Hizkuntza politika .....	68
4. Harreman publiko pribatua .....	71
<b>V BLOKEA</b> .....	<b>75</b>
1. Zainketa aringarriak eta bizitzaren amaiera .....	77
2. Minbizia .....	80
3. Gaixotasun neurodegeneratiboak .....	83

4. Gaixotasun arraroak .....	85
5. Gaixotasun kardiobaskularrak .....	87
6. Kronikoen zaintza .....	90
7. Soziosanitarioa .....	94

**VI BLOKEA.....97**

1. Emergentziak .....	99
-----------------------	----

**VII BLOKEA .....105**

## I BLOKEA

# Gure begirada

1. Sarrera
2. Osasun politiken ardatza: herritarrak
3. Gobernu ona
4. Helburua
5. Baloreak



# 1. Sarrera

Osasun eta gaixotasun kontzeptuak aldakorrak dira, aldatuz doaz. Osasuna kontzeptu dinamikoa da, inguruneagatik eta gizarteko aldaketengatik baldintzatua dagoena.

Gaur egun, orokorrean, osasuna ulertzeko batez ere bi eredu nagusitzen dira. Bata, biomedikoa, erreduktionista bezala ezagutzen dena; eta bestea, biopsikosoziala edo holistikoa.

Eredu biomedikoa, gaixotasunean oinarrituriko eredia da. Osasuna norbanakoan oinarritzen du eta ez kolektiboan; eta gaixotasunaren jatorria kausa biologikoetan oinarritzen du, baldintzatzaile sozial, ekonomiko eta ambientalak baztertzen dituelarik. Eredu horrek bultzada handia eman dio ikerketari, diagnostiko eta tratamenduen hobekuntzan eta garapenean lagunduz. Halaber, politika neoliberalek, ezagutza zientifikoan izandako aurrerapenekin batera, sektorearen industrializazioa eta osasunaren medikalizazioa eta merkantilizazioa bultzatzen dute.

Bigarren eredia, biopsikosoziala edo holistikoa osasunean oinarritzen da. Eredu horrek pertsonaren alde biologikoa, psikologikoa, kognitiboa, soziala eta ingurunekoa kontutan hartzen ditu. Alostasian oinarrituta dago, osasuna egokitzen gisa eta oreka gisa ulertuz. Horrek batzuetan gaixotasunak sendatzea eskatzen du, baina beste askotan gaitasunak eta eskaerak orekatzea, aldagai ez biologikoei erreparatuz, hala nola, sozialei, harremanei edo psikologikoei, eta beraz abordatze terapeutikoak indibidualizatuz.

XXI. mendean, Osasun Munduko Erakundeak estrategia berri bat bultzatzen du, Osasun Bakarra “One Health” deiturikoa, zeinaren planteamenduak pertsonen, animalien eta planetaren osasuna elkar eragiten dutela eta elkarren menpeko direnaren ebidentzia garatzen duen.

Beraz, Euskal Herriko osasun-eredua aldaketa globalaren eta iraunkortasun ekologikoaren ikuspegitik bir-pentsatzea eta egokitzea dagokigu.

Osasuna ez delako soilik osasun-arreta kontua, baizik eta bizi-baldintzen emaitza da. Horregatik, osasun-politikak sektore guztietan txertatu behar dira, eta Euskadiko osasun-ereduak aurreikuspen gaitasuna izan behar du ingurumen eta gizarteko mehatxu berrien aurrean, jasangarritasuna, zaintza eta bizitzeko baldintza duinak bermatuko dituzten inguruneen sustapena ardatz hartuta, betiere berdintasun eta ekitate ikuspegi batetik abiatuta. Horretarako, klima-aldaketaz harago, aldaketa globalaren testuingurua kontuan hartuko da: lurzorua erabileraren aldaketa eta paisaiaren eraldaketa, biodibertsitatearen galera, globalizazioa eta mugikortasuna, kutsadura eta ingurumen-kalitatea, elikadura-sistema globalaren aldaketak, animalien eta gizakien arteko harremanaren intentsifikazioa, eta abar.

Osasuna ez da zerbitzuen bidez soilik eraikitzen; komunitateak osasuna sortzeko gaitasuna du. Osasunaren inguruko kontzientzia, jakintza eta parte-hartzea sustatzea ezinbestekoak izango dira beraz, batez ere herritarren arteko sareen, hezkuntza-programen eta auzo-mailako ekimenen bidez. Horrela, ikuspegi komunitario eta parte-hartzaile bat indartuz eta Osasun Bakarra kontzeptuaren markoan. Herritarren ahalduntzeak eta ikuspegi komunitarioak funtsezko eginkizuna izanik, Osasun Bakarra-ren ikuspegitik osasuna defendatzeko eta eraldaketa sozial eta ekologikorako bideak kolektiboki eraikitzeko.

Osasun ikuspegia txertatu beharra dago politika guztietan, bai Osakidetza, auzoak, etxebizitzak, bidegoriak, parkeak eta industrialdeak planifikatu eta eraikitzeke orduan, baita gure udalerrria planifikatzeko orduan ere.

Guzti hau kontutan hartuta, guk begirada berri bat plazaratu nahiko genuke, osasuna eta gaixotasuna ulertzeko esparru berri bat; alderdi biomedikoa kontutan hartuko duena baina pertsona bere osotasunean eta bere ingurunean kokatzen duena, determinante sozio-ekonomikoetan arreta jarriaz. Praktika kliniko berria arreta indibidualizatzeko gai dena, prozesu asistentzial interpretatibo eta kolaboratiboen bidez, konplexutasunaren oinarria ulertuaz. Horrela, osasun ikuspegitik konponbiderik ez duten egoeretan ere, pertsoneri, bizi diren artean, ahalik eta bizitza hoberena bermatuko duena. Horregatik, besteak beste, osasunean ere zaintza eredu erdigunean kokatzea erabakigarria da eta osasuna zaintzak ardatz ezinbestekoa da.

Herritarrekin batera osasuna sortuko duen sistema bat nahi dugu, herritarren ahalduntzearen bidez, ingurune osasungarriak eraikiz eta pertsona guztien ongizatea helburu izanik, osasunean eraginkorrak diren politikekin eragiteko. Izan ere, gogoratu behar dugu osasuna ez dela soilik gaixotasun gabezia, ongizate fisiko, psikiko eta sozialaren osotasuna baizik.

Hala ere, funtsezkoa da Osasun Sistema Publiko sendo bat eraikitzea, osasun asistentziaz haratago lan egingo duena eta aldi berean, asistentzia on bat bermatuko duena. Osakidetza sendo batekin, baina Osakidetzaren maila bera izango duen Osasun Publiko indartsu batek gidatua, zeinak bere funtzio eta eskuduntza guztiak behar bezala garatzeko bitartekoak izango dituen, horrela, izaera soziala izango duen Osasun Kolektiboa behetik gora eraikitzeke.

Beraz, Osasuna ulertzen dugu, bizitzeko modu autonomoa, solidarioa eta gozagarria; bizirik irautea baino zerbait gehiago da, ez gaixotzea baino zerbait gehiago; osasuna proiektu pertsonal eta sozial bat garatzeko gaitasuna izatea da, inguruan ditugun pertsonekin solidarioak izateko, maitatzeko, ez abandonatzeko gaitasuna izatea. Besteak eta norbera zaintzeko gaitasuna da. (*erref. Biblio*)

## 2. Gure osasun politiken ardatza: herritarrak

Osasun Sistema Publikoko erabiltzaileak ditugu ardatz. Hori lortu ahal izateko Osasun Sistema Publikoko langileak ere zainduko ditugu. Izan ere, munduko eraikinik eta munduko teknologiarik hoberenaren jabe izanik ere, finean, pertsonak dira pertsonak artatzen dituztenak.

## 3. Gobernu ona

Osasunaren gobernantza edo gobernu ona, osasuna giza eskubide gisa hartzen duena eta justizia sozialean oinarrituta dagoena da. Osasuna baldintzatzen duten faktoreen hurrenkerari erreparatuz, erakundeen eginkizunaz harago doan gobernu-eredu bat dago, hainbat eragilerekin (erakundeak, herritarrak eta agente sozialak eta ekonomikoak) elkarlanean eta elkar koordinaturik aritzen dena, koherentziazko politikak garatzeko, eta osasunaren determinatzaile sozialak hobetzera eta osasun arloko desberdintasunak murriztera zuzendua dagoena. Osasunaren gobernantza onak beste printzipio batzuk ere biltzen ditu, hala nola parte-hartze soziala, gardentasuna, trazabilitatea eta gobernatzerakoan burututako jardueren gaineko kontu ematea. (erref.bibliograf)

## 4. Helburua

Osasun Sailaren egin beharra norbanakoentzat eta gizartearentzat osasuna sortzea, zaintzea eta sustatzea da. Herritarra erdigunean kokatuz eta sistema egokituz, pertsona bakoitzak dituen zaintza beharrak planifikatu eta bermatzeko.

## 5. Baloreak

Printzipioak eta baloreak estuki erlazionatuta dauden kontzeptuak dira. Printzipioak gure erabaki eta ekintzak gidatzen dituzten arauak dira. Baloreak berriz, gure bizitzan garrantzitsuak diren sinesmen eta konbikzioak dira, zeinetan barne-bilduta dauden gure erabaki eta ekintzak gidatzen dituzten arauak. Horregatik, printzipioetara mugatu beharrean, egokiago ikusten dugu baloreen eremua zehaztea, Osasun Sistema Publikoko erabaki eta ekinbidean kontutan hartu beharrekoak.

Osasun Saileko eta Osasun Sistema Publikoko jarduketak, prestazioak eta zerbitzuak balore hauetan oinarrituko dira:

- A. **Unibertsaltasuna**, botere publikoek herritar guztiei bermatu behar dieten eskubide indibidual eta sozial gisa.
- B. **Ekitatea**, osasunean eta pertsonen edo kolektiboen arteko osasun-desparekotasunak gutxituko dituzten osasun publikoko politikak eta esku-hartzeak garatzea. Osasunaren determinatzaileei modu eraginkorrean helduta, eta bereziki, egoera ahulenean dauden kolektiboek begiratuta.
- C. **Autonomia**, herritarrek beraien osasunaren eta zaintzaren inguruan erabakiak modu informatuan hartzeko duten eskubidea
- D. **Irisgarritasuna**, herritarren ezaugarriak direnak direla ere (hizkuntza, kultura, maila sozio-ekonomikoa, funtzionalitatea) bizitokia eta osasun sistema publikora sarrera bermatzea.
- E. **Elkartasuna**, gizartearen konpromiso kolektibo gisa, herritar guztiei ahalik eta osasun- eta ongizate-mailarik handiena bermatzea.
- F. **Justizia**, egoera sozial, ekonomiko, demografiko edo geografikoagatik, pertsona-taldeen artean desberdintasun saihegarri, bidegabe edo konpongarri ez egotea.
- G. **Erantzukizun publikoa**, eskubide indibidualen berme eta babes gisa.
- H. **Integralitatea**, prestazioen eta zerbitzuen ikuskera integrala, integratua eta interseksionala.
- I. **Gardentasuna**, esku-hartze guztien ebaluazioa, gardentasuna, trazabilitatea eta kontu-ematea.
- J. **Parte-hartzea**, herritarrek politikak eta ekintzak formulatzen eta kudeatzen parte hartzea eta horretan lankidetzan eta erantzukidetasunez aritzea.
- K. **Talde lana**, eremu eta maila desberdinetan eta elkarren artean lana egitea.
- L. **Berrikuntza**, ikasteko gaitasuna eta gizartearekin batera eboluzionatzeko ahalmena duen erakundea eraikitzea.
- M. **Zuhurtzia**, erabakiak hartzerakoan jakituria erabiltzea. Esperientzian oinarrituz, egoerari buruzko beharrezko informazioa bilduz eta beharrezkoak ez diren arriskuak saihestuz.

- n. **Segurtasuna**, jarduerak eta zerbitzuak osasunaren aldetik duten segurtasuna egiaztatu ondoren gauzatuko dira, eta jakintza zientifiko fidagarri, gaurkotu, zorrotz eta kalitatekoetan oinarrituko dira.
- o. **Kalitatea**, formazioaren bidez gaitasuna areagotzea dakarren balorea.
- p. **Iraunkortasuna**, epe ertain eta luzerako osasun sistema publiko bideragarria bermatzeko baliabideen efizientzia ziurtatuz.



## II BLOKEA

# Osasungintza

1. Osasun sailaren antolaketa
2. Osasun sistema publikoaren egitura
3. Auzoz auzo osasuna eraikiz (komunitarioa)
4. Lehen arreta
5. Osasun mentala
6. Osasun kolektiboa (osasun publikoa)
7. Ospitaleak



# 1. Osasun sailaren antolaketa

## Osasun Sailaren Organigrama

### *Sailburuordetzak*

#### *Planifikazioa, formazio eta digitalizazio sailburuordea*

- Plangintza, antolamendu eta ebaluazioa
- Ikerketa eta Berrikuntza
- Osasun Digitaleko zuzendaritza
- Osasun Publiko eta Administrazio Sanitarioko Eskola

#### *Administrazioa eta finantziario sanitarioko sailburuordetza*

- Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorrak
- Aseguramendu eta Kontratazio sanitarioa
- Farmazia

## Osakidetzaren organigrama

### *Osakidetzako zuzendari nagusia: zuzendaritza kolegiatua*

1. Pertsonal Politika
2. Finantza eta Juridikoa
3. Herritarren Osasun Eskubidearen Zaintza
  1. Pertsonal Politika: Hornikuntza, formakuntza, kudeaketa
    - 1.1. ESIen koordinazioa
    - 1.2. Lehen Arreta
    - 1.3. Emergentziak
    - 1.4. Osasun Mentala
    - 1.5. Soziosanitarioa
  2. Finantza eta Juridikoa:
    - Sistema Informatikoa eta aholkularitza juridikoa, aipaturako eremu horien zerbitzura jarriko da, eta ez alderantziz.
  3. Herritarren Osasun Eskubidearen Zaintza
    - 3.1. Patologia desberdinen prozesuetako antolaketa
    - 3.2. Parte – Hartzea

- 3.3. Iradokizunak /Kexak: SAPU
- 3.4. Itxarote Zerrendak
- 3.5. desGAITASUNA
- 3.6. Parekidetasuna
- 3.7. Hizkuntza Eskubideak

## Osasun publikoaren euskal institutuaren organigrama

*Institutuaren zuzendaritza nagusia: zuzendaritza kolegiatua*

- 1. Osasun Bakarra
- 2. Osasun Sustapena, Prebentzioa eta Behatokia
- 3. Pertsonal Politika eta finantzak
- 4. Lan Osasuna
  - 1. Osasun Bakarra
    - 1.1. Zaintza epidemiologikoa eta larrialdi egoeren koordinazioa
    - 1.2. Ingurumen osasuna
    - 1.3. Elikagaien segurtasuna
    - 1.4. Laborategia
  - 2. Osasun Sustapena, Prebentzioa eta Behatokia
    - 2.1. Osasun Behatokia
    - 2.2. Heriotzaren Behatokia
    - 2.3. Baheketa Programak
    - 2.4. Osasun Sustapena eta Komunitarioa

## 2. Osasun sistema publikoaren egitura

Ospitalzentrismoa ekiditeko, komunitatean herritarren parte-hartzearekin osasuna eraikitzeke eta osasun profesionalen artean talde lan kultura sustatzeko, ESI-aren funtzionamendua berrantolatuko dugu. 1987ko 521/1987 errege dekretuak ezarritako eta urteetan kontsolidatutako osasun sistema publikoko zerbitzuen kudeaketa gerentzialista alboratuz eta eraldatuz, behetik gorako talde lan eta kudeaketa kultura garatuz, egiazki herritarra erdigunean kokatzeko.

Gure Osasun Sistema Publikoak 4 ardatz izango ditu:

1. Lehen Arreta
2. Osasun Publikoa. Osasun Kolektiboa deituko dioguna
3. Osasun Mentala
4. Ospitaleak

Planteatzen dugu, ESI bakoitzean Lehen Arreta, Osasun Kolektiboa, Osasun Mentala eta Ospitaleak integratzea. Bakoitzari dagokion funtzio, autonomia eta aurrekontuarekin; ESI-an zuzendaritza kolegiatua osatuz, Lehen Arreta, Osasun Kolektiboa, Osasun Mentala eta Ospitaleko ordezkariak banarekin. Zuzendaritza horretan, berdintasunean ESI-ari dagozkion erabakiak hartuko dira.

Osasuna eraikitzeke lan eremuak, auzoak oinarri, herriak izango dira, behetik gora lan eginez eta osasun arretan parte hartzen duten eragile guztien arteko parekotasuna bilatuko da. Ardua politikoetatik eta kudeatzaileetatik ardua klinikoetara pasatuaz, erantzukizunak partekatzeko; zerbitzu buruetatik ekipo interdisziplinari eta multidisziplinarietara pasatuaz; maila asistentzialetatik sareetara, pazienteetara eta abar. Horrela, kudeaketa eta asistentziaren arteko arrakala gutxituz, asistentziala kudeaketara hurbilduz eta kudeatzaileak asistentziara hurbilduz. Horrek guztioi mentalitate aldaketa eta borondatea eskatuko digu osasuna eraikitzeke begirada aldatzeko, erantzukizun partekatu eta kolaboratiboa xede izanik.

## 3. Auzoz auzo osasuna eraikiz (komunitarioa)

Auzoetan eta herrietan osasuna eraikitzeko bertan kokatuak egongo diren edota ESI mailan izango ditugun bitartekoekin jardungo dugu. Lehen maila deituko diogun eremu honetan izango ditugun baliabideak ondorengoak izango dira: kontsultategiak edo osasun zentroak, orientazio zerbitzuak, osasun mentaleko lehen mailako baliabideak, osasun kolektiboko ekipo disziplinarrekoak, udaleko zerbitzuak, herriko eragileak.

Herrietan, udal orientazio zerbitzuak, erraztaile funtzioa garatuko dute. Horrela, herritarraren bidelagun izanik, herritarra ahaldundu arte. Udal orientazio zerbitzu hauen funtzioa ez da izango kirol erre-zeta egitea. Ez dira mugatuko kirolari buruzko aholkuak ematera ere, baizik eta pertsona bakoitzaren beharrak kontutan hartuta, herri mailan egongo diren osasun aktiboetako baliabideetara bideratuko ditu herritarrak. Prozesu horien bidez sareak artikulatuz eta komunitarioa garatuz. Orientazio zerbitzuetara herritarrak ez dute zertan soilik medikuak deribatuta iritxi, baizik eta toki desberdinetatik iritxi daitezke.

Herri guztiek ez dutenez orientazio zerbitzu bat izango (biztanle eta errekurtsoen arabera) ESI mailan izango ditugun disziplinarreko ekipo hauek ere lagundu dezakete funtzio hau betetzen.

ESI mailako disziplinarreko ekipo hauek ondorengo profiletako profesionalak osatuak egongo dira: fisioterapeutak, gizarte langileak, terapia okupazionalakoak, nutrizionistak, CAFyD, psikologoak, erizain komunitarioak.

Halaber, disziplina anitzeko ekipo hauek lagunduko dute ESI mailan komunitarioa garatzen, erizain komunitarioaren gidaritzapean eta orientazio zerbitzuekin elkarlanean. Aipaturiko disziplinarreko ekipo hauek, udal mailan eta eskualde mailan osasun estrategia edota planak ere diseinatu eta garatuko dituzte, ingurunearen eta biztanleriaren berezitasunak kontutan hartuta, 13/2023 Osasun Publikoko legeak 30. artikuluan jasotakoari jarraiki.

Komunitarioa hiru mailatan garatuko da, Rafa Coifíño-ren orientazio komunitariorako estrategia jarraikiz:

### 3.1 Lehen maila: Maila indibiduala eta familiarra: “kalera begira kontsulta pasatzea”

3.1.1 Datuak biltzeko eta arakatzeko aplikazio informatikoak egokitzea testuingurua kontuan daukaten historia kliniko elektronikoa garatzeko (baldintzatzaile sozioekonomikoak, Z kodeak, genero-berdintasunaren eta ekitatearen ikuspegia, lan-egoera, komunikateko baliabide eta aktiboen mapaketarako hiperlotura...) dagoeneko eskuragarri dugun historia klinikoa moldatuz.

3.1.2 Komunitarioan lan egiten duten profesionalak eredu biopsikosozialerako formatzea (determinante sozialek osasunean duten inpaktua ezagutu, zaintza eta elkarrizketa kliniko integralaren eredu, aktibo eta baliabideen erabileraren garrantzia ulertu...).

- 3.1.3 Komunitaitoan lan egiten duten profesionalek ekitatea sustatzeko eta bazterkeria egoeran dauden edo egon daitezkeen pertsonak laguntzeko prebentzio eta sustapen lanabesak garatzea.
- 3.1.4 Komunitarioan lan egiten duten profesionalek genero-indarkeria seinaleak identifikatzeko formakuntza integralak sustatzea.

### **3.2 Bigarren Maila: Talde-hezkuntza, kausen kausetan lan eginez**

- 3.2.1 Talde-hezkuntza, prebentzio eta promozio ekintzen biltegi digital eguneratu bat sortzea, herri mailan dauden ekintza, baliabide eta aktibo desberdinekin lotuz.
- 3.2.2 Osasun Komunitarioan diharduten profesionalek martxan jartzen dituzten talde-hezkuntza, prebentzio eta promozio ekintzak ikaskuntza esanguratsu eta ahalduntzetara bideratzea, pertsonen bakarkako autonomia sustatzeaz gain, talde kohesioa eta kolektibizazio gaitasuna hobetuz.
- 3.2.3 Martxan jartzen diren programak tokian tokiko osasunaren determinatzaileetara bideratzea, ekintzak testuinguru desberdinetara egokituz.
- 3.2.4 Osasun Zentrotik kanpo lan egiteko autonomia eta gaitasuna erraztea, auzoetan dauden baliabide eta aktiboak erabilia eta horiekin elkarlana sortuz.
- 3.2.5 Talde-ekintzen eta testuinguruak eraldatzen dituzten ekintzen arteko konexioa ezartzea (osasunaren sustapena ekintza komunitarioarako). Adibidez, pertsona nagusiekin egiten den erorketa-programa bat eta auzoko erorketa-puntuen mapaketa baten arteko konexioa.
- 3.2.6 Maila honetan egiten diren formakuntzak heziketa eredu eraldatzaileetan oinarritu, pedagogia eta osasuna uztartzen dituen metodologia aktibo bidez.

### **3.3 Hirugarren. Maila: Maila kolektiboa. Osasuna irabazteko ekintza komunitarioa. “Osasun zentroa ez da Osasunaren Zentro bakarra”.**

- 3.3.1 Osasun Komunitarioan sektoreartekotasun ikuspegi batekin lan egiteko espazioak sustatuko dira, tokiko eragile desberdinekin lan egiten eta osasuna modu integralean aintzat hartzen duten arlo guztietako politikak eta estrategiak sortuz.
- 3.3.2 Ekintza komunitarioarako zikloa jarraitzen duten proiektuak garatuko dira (elkar ezagutzea, taldea eta sarea egitea, komunitatea arakatzea, aztertzea eta lehenestea, nola ekin prestatzea, ekitea, ebaluatzea, berriz hastea) horretarako eskuragarri dauden lanabes eta teknikak kontuan hartuz.
- 3.3.3 Osasunean inpaktua daukaten eta martxan dauden prozesu komunitarioetara eta kolektibizazio espazioetara gehitzea. Herri eta auzo gehienetan hainbat prozesu formal eta ez-formalak daude. Horietan parte-hartuko da prozesuak guztiz eraldatu gabe eta ezagutza-iturri desberdinak aintzat hartuta.
- 3.3.4 Osasun proiektuetan herritarrekin erabaki-ekintza eredu bateratuak sustatuko dira. Proiektuetan eta ekintzen garapenean ez ezik, diseinu eta ebaluaketa faseetan ere.

- 3.3.5 Zaintzan sustatzen duten, giza eskubideak urratzen dituzten arazoak abordatzen dituzten eta bazterkeria ekiditen dituzten ekintza komunitarioak eta prebentzio-plan integralak martxan jarriko dira. Hala nola, genero-indarkeria abordatzen duten proiektu eta plan-komunitarioak, dependenziak (drogak, jokia, teknologiak...).
- 3.3.6 Maila honetan egiten diren formakuntzak, osasunerako metodologia parte-hartzaileetan oinarritu, ikerketa kualitatiboan, etikan, baloreetan...

Egitura berri honen eta komunitarioaren garapenak eskatuko du, orain arteko lan molde estankokoak alboratzea, eta zerbitzu emale izatetik, herritarrekin batera jardutera pasatzea. Hau da, lan talde eta mahaie-tatik haratagoko lan egiteko bideak irekitzea eta udalgintzako antolaketa berri batera joatea. Non zaintzaz, euskara, eta feminismoaz gain, osasuna zehar lerro izatera pasako den, udalean egiten diren politika guztietan osasun ikuspegia txertatuz.

Ildo horretatik, gaur egungo arreta soziosanitarioaren egitura eraldatzen da, herri mailan integrazioa lortuko litzatekelako. Auzoetan, herri mailan zaintza bermatu ezin denean, herritar horientzat egokitutako zaintza proposatzen dugu (ikusi V. Blokean ildo espezifikoean, soziosanitarioa).

## 4. Lehen mailako osasun arreta

Gure begiradan, Lehen Mailako Arretaren ezaugarriak eta izaera errespetatuko ditugu, behar bezala hornituz. Ondorioz, luzarokotasuna, integralitatea, eskuragarritasuna eta koordinazioa helburu izango ditugu, herritarrari kalitatezko arreta ziurtatzeko.

### 4.1 Lehen Mailako Arreta Herritarren Osasuna bermatzeaz arduratuko da

- 4.1.1 Beharrezko kudeaketa eta antolaketa neurriak ezarriko dira, luzarokotasunaren onura frogatuak lortzeko behar den lotura bikoitzaren garapena bermatzeko.
- 4.1.2 Luzarokotasuna bermatuko duen taldea definituko dugu; herritarren osasunaz arduratuko den oinarrizko talde nagusia. Talde honetan medikuak (familia mediku eta pediatrik), erizainak, erizaintzako zaintza osagarrietako teknikariak eta administrari sanitarioak egongo dira.
- 4.1.3 Oinarrizkoak ez diren funtzioetan, euskarri (sustapenean eta lehen mailako prebentzioan batez ere) disziplina anitzeko taldea sortuko dugu. Talde honetan gizarte langilea, fisioterapeuta, farmazialaria, ginekologoa eta emaginak kokatuko ditugu. Bakoitzak bere esparruan funtzio desberdinak beteiko dituzte, asistentzialak kasu batzuetan, eta batez ere sustapen eta lehen mailako prebentzioan.
- 4.1.4 Gizartearen beharretara egokitzeko, disziplina anitzeko lehen arreta eraikiko da OSI mailan, Osasun Publikoaren Euskadiko Institutuaren disziplina anitzeko taldeekin elkarlanean. Tokiko eta eskualdeko ikuspegitik, ekitatea bermatu eta determinante sozialetan oinarritutako sustapena eginez eta Osasuna politika guztietan txertatzeko helburuarekin.
- 4.1.5 Pertsonen arretan ikuspegi biopsikosoziala sistematikoki txertatzea, determinante sozioekonomikoetan oinarrituta eta genero ikuspegia aintzat hartuta.
- 4.1.6 Pertsonen bidezko arretari lehentasuna ematea, oro har, makinaren arretaren aurretik, eta, bereziki, harrerako eta administrazio-arretako eremuetan. Herritarrek lehen aukeran zuzenean telefonoa izango dute eta deiak saturatzen direnean soilik desbideratuko dira telefonogunera.
- 4.1.7 Lehen mailako arretaren gidaritzapean, patologia kronikoa duen pazienteari atentzio integrala eta koordinatua bermatuko zaio, diziplina arteko eta erakunde arteko taldeen bidez (ikus garapena lerro espezifikoen blokean).

### 4.2 Lehen Mailako Arretak erabaki ahalmena eta autonomia izango du

- 4.2.1 ESI-en barruan Lehen Mailako Arretak aurrekontu propioa izango du. Aurrekontuen Legean berezituia jasoko dena eta berau kudeatzeko ahalmenarekin.
- 4.2.2 Agendak antolatu eta kudeatzeko gaitasuna eta erabaki ahalmena izango du, kanpo esku-hartzerik gabe. Agenden autokudeaketa egingo da lehen mailako arreta unitateko.

4.2.3 Ordutegia: kupo bakoitzak 18:00ak bitarteko estaldura emango du. Talde bakoitza pazienteari luzarokotasuna bermatzeko moduan antolatuko da, modu malguan xede-populazioaren beharrak kontuan hartuta.

4.2.4 EAE-ko BPGren erreferentzia hartuta, lehen mailako arretan inbertsioa eta gastua handitzeko helburuarekin urratsak ematen hasteko kronograma bat adostuko da.

### **4.3 Lehen Mailako Arretako langile eta taldeak indartuko dira eta lehen arretak behar duen prestigioa berreskuratuko da**

4.3.1 Lehen Mailako Arretara osasun profesionalak erakartzeko eta bertan mantendu eta egonkortzeko kontratu ereduak aldatu.

4.3.2 Iraupen luzeko kontratuak eskainiko dira, kontratuetan formazioa eta ikerketarako orduak txertatuz.

4.3.3 Lehen Mailako Arretako plantilla handituko da. Plantilla estrukturala eta plantilla funtzionala bateratuko ditugu, plantilla bakarra eta gardena izateko. Plantilla bakarrerantz joango gara. Plantillan gutxienez %10eko hazkundera bideratzeko konpromisoa hartzen dugu.

4.3.4 Erizain kopurua handituko dugu. Kupo bakoitzeko bi erizain izendatu. Alde batetik prozesu aku- tuak eta kronikoen zaintza egiteko, eta beste alde batetik lan komunitarioa eta sustapena egiteko.

4.3.5 Kupo berdinean mantentzen diren langileei denboran pizgarrien ezarpena aztertu.

4.3.6 Lehen Mailako Arretako pediaren prestakuntzari.

4.3.7 Ratioak arauz ezarriko dira. Kolektiboen arteko proportzionaltasuna zainduz eta diziplina anitze- ko taldeak erreferentzia hartuz.

4.3.8 Dispersio geografiko handiko, herri txikiak edota landa guneeetako formazio unitateak akredi- tatzeko urratsak egiten hasi, herri txikiak kontsultategi eta landa guneeetan diharduten mediku zein erizainek egoiliarren formatzeko aukera izan dezaten. Horrela, eremu horietan lan egiteko osasun profesionalen belaunaldi aldaketa bermatzeko bidea irekiaz.

4.3.9 Gainerako espezialitateetako egoiliarren programan (medikak zein kirujikoak) Lehen Mailako Arretan errotazioa egiteko aukera aztertuko da.

4.3.10 Lehen Mailako Arretan erreferentziazko kupo gabe ezartzen ari diren egiturazko lan kontratuak eta funtzionamendu ereduak ezabatu.

4.3.11 Autokontzertazioari amaiera emateko egutegi bat adostu. Lehen Mailako Arretan behar dugun plantillaren beharrak aztertu, dimentsionamendu egokia zehazteko.

### **4.4 Etenik gabeko arreta guneen azterketa eta egokitzapena bideratuko da**

4.4.1 EAGen funtzioak, ordutegiak, herrietako plataforma, osasun aditu eta bertako langileekin landu eta adostuko ditugu. Era berean, EAG-etako profesionalak, Osakidetzako beste lan-eremu batzue-

tako profesionalek dituzten baldintza berak izango dituzte. Halaber, orain arte errefortzu-postutzat hartu diren lanpostuak azaleratuko ditugu.

- 4.4.2 EAG. Lehen arretan kudeatuko dira bai estrukturalki bai eta funtzionalki ere. Talde finkoak edukiko ditugu EAG-tara atxikitua bainan lehen arretako mediku eta erizainei ere aukera emango zaie guardiak egiteko eta denen artean EAG ordutegi osoa bermatzeko. EAG-tara atxikitutako langileak lehen arretako ekipoen parte izango dira eta bertan txandak zein ordezkapenak egiteko aukera ere izango dute.

#### **4.5 Lehen Mailako Arreta eta Ospitale eta Erakundeen arteko koordinazioa eta elkarlana bermatuko da**

- 4.5.1 Udal mailako koordinazioa sustatu eta errotu . Gizarte langileen bitartez eta udaletako orientazio zerbitzuarekin batera, herriko eragile desberdinekin lan ildoak ezarriko dira herrien behar eta nahien arabera.
- 4.5.2 Arreta komunitarioa hobeto artikulatzen laguntzeko, Udaletako Orientazio zerbitzuak udalerriko guneetan kokatuko dira, izan osasun-zentroetan, gizarte etxea edo udaletxean.
- 4.5.3 Herriko eta auzoetako ikastetxeekin, osasun mentaleko zentroekin, kirol klubekin, farmaziekin, elkarteekin, kolektiboekin eta abar harremana sendotuko da.
- 4.5.4 Herrian egon daitezkeen egoitza zein eguneko zentro desberdinak ekimen komunitarioan integratu eta artikulatzea.
- 4.5.5 Interkontsulten eredia berraztertu.

#### **4.6 Lehen Mailako Arretaren eraginkortasuna lortzeko lan egingo dugu**

- 4.6.1 Lehen Mailako Arretaren ezaugarriak eta funtsa errespetatzea, behar bezala hornitzea eta egoera okerragotzen duten erabakirik ez hartzea.
- 4.6.2 Baliorik ez daukaten jarduerak identifikatu eta erabakiak hartu behar dira, herritarraren osasun arretan edo artatze prozesuetan ekarpenik egiten ez duten jarduerak ezabatzeko.
- 4.6.3 Hala dagokion kasuetan, bajen kudeaketa bigarren mailako espezialistek egitea ezarriko dugu, paziente berritara ere Lehen Mailako Arretara bueltatzera behartu gabe eta 3/2019ko Osakidetzako instrukzioa betetzeko helburuarekin. Zentzu horretan, funtzionamendua hobetzeko eta 3/2019 instrukzioan sakontzeko eta hobetzeko, maila guztietako langileekin beste neurri batzuk aztertu eta adostuko ditugu.

## 5. Osasun mentala

### 5.1 Osasun mentalari heltzeko modua eraldatzea

- 5.1.1 Prestakuntza, pedagogia eta sentsibilizazio-kanpainak, erabakiak hartzen dituzten pertsoneri zein oro-har gizarteari zuzendutakoak, aldaketa-proposamenek arrakasta izan dezaten.
- 5.1.2 Arazoari aurre egiteko begirada holistiko batetik lan egitea, politika guztietan gizarte-baldintza-tzaileak eta osasuna kontuan izanda.
- 5.1.3 Diziplinarteko taldeetan lan egitea, esku-hartze biopsikosozialak garatzeko taldeen egitura deshierarkizatuz.
- 5.1.4 Taldeko esku-hartzeak eta izaera psikoedukatibo eta terapeutikoak lehenestea. Posible den bakoitzean, eta taldeak aldaketarako duen potentziala kontuan izanda, talde-lanerako guneak eskaintzea.
- 5.1.5 Batzordeen kontrolaren eta jarraipenaren bidez farmakoen erabilera mugatzea, pazienteen, esparruko eragileen eta legegintza-arloko ordezkariaren parte-hartzearekin.
- 5.1.6 Talde espezializatuak sortzea jokabidearen nahasmendua aztertzekeo desgaitasuna duten pertsonekin.

### 5.2 Kalitatezko hezkuntza bermatzea eta talde-kultura bultzatzea

- 5.2.1 Diziplina anitzeko taldeen arteko lana (aldagai indibidualak, taldekakoak, antolamendukoak eta sozialak jasotzen dituen eredu ekologiko batetik ulertu behar da osasun mentala. Hainbat jarduketamailatan espezializatutako profesionalen premia izatera garamatza horrek, hala nola psikologo kliniko, sanitario eta sozialak; gizarte hezitzaileak, gizarte langileak, erizainak).
- 5.2.2 Gradu eta masterretarako praktika-plazak kontzertatzeko zailtasunak aztertzea. Zailtasun horiek are handiagoak dira unibertsitate publikoan, ez baititu pribatuek dituzten baliabide ekonomikoak. Praktikak egitea baldintza bat da zenbait titulazio lortzeko, eta horrek mugatu egiten du prestakuntzan dauden profesionalen kopurua.

### 5.3 Koordinazioa indartzea hezkuntzarekin eta gizarte- eta komunitate-zerbitzuekin psikopatologia emergentearen arreta goiztiarrerako

- 5.3.1 Koordinazio erregularra artikulatzea hezkuntzaren esparruaren, osasun mentalaren, jaio aurretiko zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen artean diziplinarteko mahai baten bidez. Psikopatologia emergentekeo kasuetan jarduketa goiztiar eta arrazionalizatu baten arduradun izango da mahai hau.
- 5.3.2 Udaleko gizarte zerbitzuek ikastetxeei erreferentziazko telefono bat ahalbidetuko die, adingabearen anonimotasuna gordez sortu daitezkeen zalantzak argitzeko. Horrela, profesionalek arazoaren

sinesgarritasuna, egiazkotasuna eta larritasuna zehazten badute, adingabea identifikatu ahalko da arazoari erantzuteko. Horretarako garrantzitsua da psikopatologia sozialaren jarraipena eta monitorizazioa egingo duen koordinazio-mahai bat bultzatzea.

- 5.3.3 Egoera kritikoetan erabakiak hartzeko, epaitegiekin koordinazioa hobetzea eta urgentziaz bilduko den batzordeari aginpide ematea. Hala nola agerraldi psikotikoen kasuan, portaera soziopatikoe-kin batera doan droga-mendekotasunaren kasueta, eta abar, familiak, ezinaren ezinez edo abandonuagatik, eraginpekoari laguntzeari edo hura babesteari uko egin badio.

## 5.4 Arreta- eta zerbitzu-prozesuen humanizazioa

- 5.4.1 Unitate psikiatrikoetan, osasun mentaleko unitateetan eta adineko pertsonen edota desgaitasuna dutenen egoitza-zentro edota zentro soziosanitarioetan, lotura mekaniko eta farmakologikoak desagerraraztea.

Hauek, instalazio egokietan soilik erabili ahalko dira, norbere buruari edo hirugarren pertsoneri eragin ahal dizkieketen kalteak prebenitzeko. Abiapuntua, gutxieneko erabileraren printzipioa izango da, betiere dagoen arriskua kontuan izanik eta medikuaren ikuskapenarekin.

- 5.4.2 Espetxeetan osasun-agintaritza lehenetsiko da espetxe-agintaritzaren gainetik, presoen arretan eta haien osasunaren zaintzan kalitatea bermatzeko. Horretarako, protokoloak eta instantzia-sistema aldatuko dira, eta lehen arretako eta osasun mentaleko taldea osasun-talde bakarrean bateratuko dira.
- 5.4.3 Sarbidea errazteko eta pertsonen premietara egokitzeko eta esku-hartzeak kalitatez garatu daitezkeen, osasun mentaleko zentroek edota osasun-zentroek preskribatutako baliabideetan sartzeko dituzten denborak eta epeak berrikustea; bereziki, bazterkeria-egoeran edo arriskuan dauden pertsonen, kontsumo-arazoak dituztenen eta abarren kasuan.
- 5.4.4 Borondatezkoak ez diren ingresoen prozedura berrikustea. Aldi berean, ingreso hauetan ematen diren isolamendu prozedurak eta alta momentuko planifikazioak antolatzea.

## 5.5 Herritarrei ekitatea bermatzea tratamenduak eta zaintzak eskuratzeko

- 5.5.1 Lurralde guztietan osasun mentaleko TAK arreta komunitarioko taldeak martxan jartzea. Kale-egoeran dauden pertsonak komunitatean artatzeko, gaixoak beren etxeetan zaintzeko eta abar.
- 5.5.2 Eguneko zentro eta ospitaleen zuzkidura handitzea. Kasu askotan egonaldi laburreko ospitalizaziorako (bizi-euskarri nahikoarekin) zein ospitaleratzeak laburtzeko (jarraipen oso estuarekin denbora batez) alternatiba izateko. Edozein motatako patologia eta adinetarako: adikzioak, haurtzarora eta gaztarora, nahasmendu mental larriak, eta abar.
- 5.5.3 Langile gehiago zuzkitzea OMZetan diziplinarteko taldeak eratzeko.
- 5.5.4 Eredu psikiatrikoa iraultzea, ospitale psikiatrikoko oheak arian-arian murriztuz.

5.5.5 Ikuspegi komunitarioarekin eta talde espezializatuekin, azaleratzen ari diren arazoei aurre egiteko lanak hastea eta prozesuak martxan jartzea, hala nola elikadura-nahasmenduen eta pertsonalitate-nahasmenduen edo patologia dualaren kasuan.

## **5.6 Osakidetzaren pribatizaziorako joera iraultzea**

5.6.1 Osasun Mentalaren Sarean kontzertatutako baliabideak iraultzeko bideragarritasuna aztertzea eta baliabide horiek arian-arian publiko egiteko proiektu bat artikulatzea.

## 6. Osasun kolektiboa / osasun publikoa eta adikzioak

### 6.1 Osasun Publikoaren Euskal Institutuari egitura sendoa ematea

- 6.1.1 Osasun Publiko eta adikzioetako eskualde egiturak, Osakidetzako ESI-etako egitura mailekin partekatuko ditugu.
- 6.1.2 ESIetako Osasun Publikoko egiturek giza baliabide eta baliabide ekonomiko egokiak izan behar dituzte osasun publikoko jarduerak eta prestazioak gauzatzeko, lurralde bakoitzeko ezaugarri demografiko eta sozioekonomikoak kontuan hartuta.
- 6.1.3 Institutu izatera igaroko den Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza, lurraldeari dago-kionez, osasun-erakunde integratuekin bat datozen egitura deszentralizatuen bidez antolatuko da. Egitura deszentralizatu horiek diziplina arteko talde batez eta egungo zuzkiduraz hornituko dira, lehen mailako arretarekin, OMZrekin eta lehen mailako gainerako baliabideekin batera lan egiteko. Osasun publikoko lurralde-taldeak diziplina anitzekoak –fisioterapeutak, terapia okupazionalekoak, nutrizionistak, CAFyD, psikologoak, gizarte langileak, erizain komunitarioak- izan behar dute, eta talde horiek osatzen dituzten pertsonak lankidetzan bete behar dituzte beren eginkizunak, dagokion lurraldeko zerbitzu-zorroak ezarritako jarduerak betetzen eta jarraitzen direla ziurtatzeko.
- 6.1.4 Zuzendariordetzan dauden zerbitzuen dotazioa berrikusi eta indartuko da. Ikerketak eta azterketak aurrera eramateko epidemiologian, ingurumen sailean eta elikadura sailean matematikariak, estatistikariak eta bioinformatikariak gehituko dira, besteak beste.
- 6.1.5 Osasun publikoko diziplinarteko taldeak eta lurralde mailako ordezkariak dagokien ESIaren Osasun Kontseiluan eta Batzorde Soziosanitarioetan izango dute ordezkartza eta parte hartuko dute, erregelamendu bidez zehazten diren aldaketen bidez.
- 6.1.6 Osasun Publiko eta adikzioetako ESI mailetako diziplina anitzeko talde hauek, udalerrietan orientazio zerbitzuen bidez herritarrekin kolektiboki lan egiteko sareak artikulatuko dituzte. Eta erizaintza komunitarioaren eta udal-orientazioko zerbitzuen bidez koordinatuko dira

### 6.2 Osasun Publikoko profesionalen formazio, ezagutza eta esperientziaren atxikimendua lortzea

- 6.2.1 EAEko Osasun publikoko eta administrazio sanitarioko eskola sortzea. EHUrekin lankidetzan.
- 6.2.2 Lankidetzan jardungo du ere beste unibertsitate batzuekin, ikerketa-zentroekin eta Lanbide Heziketako zentroekin, osasun-zientzietako eta lanbide-heziketako ikasketa guztietan, osasun-

-adarrean eta gizarte-zerbitzuen adarrean, osasun publikoarekin zerikusia duen ezagutza zeharka sustatzeko.

- 6.2.3 EAEko Osasun Publikoko langileen bizitza profesionalean formazio ibilbide ofiziala egituratuko dugu, osasunarekin lotutako ezagutza eta profesionalizazioa bultzatzeko. Lankidetzan jardungo du Euskal Herriko Unibertsitatearekin, beste unibertsitate batzuekin eta ikerketa-zentroekin.
- 6.2.4 Osasun Bakarraren ikuspegia duten prestakuntza-programa diziplinartekoak sortzea sektore guztietarako.
- 6.2.5 Osasun Bakarraren ikuspegitik, zoonosi-, bektore-, klima- eta ingurumen-datuak partekatzeko plataforma bateratu bat sortzea (ikuspegi interinstituzionalarekin).

### **6.3 Osakidetza eta Osasun Publikoaren Euskal Institutuaren elkarlana parekidetasunean oinarrituta garatu**

- 6.3.1 Datuen kudeaketa integratua
- 6.3.2 Zaintza protokoloen elkarbanaketa.
- 6.3.3 Arlo eta maila desberdinetan elkarlanerako talde mistoak sortu.

### **6.4 Osasun Publikoaren Euskal Institutuaren eta gainerako sektoreen arteko elkarlana Osasun Bakarraren ikuspegia txertatzeko**

- 6.4.1 Lurralde-antolaketa, nekazaritza eta ingurumen-politiketan Osasun Bakarraren ikuspegi integratua txertatzea.
- 6.4.2 Aldaketa globaleko osasun-arriskuen identifikazioa, zaintza eta aurreikuspen sistema intersektorialak diseinatu eta garatzea.
- 6.4.3 Tokiko eta eskualdeko zaintza-programetan abeltzaintza eta ingurumeneko zerbitzuen arteko koordinazioa bultzatzea.
- 6.4.4 Ekosistemak babestu eta lehengoratztea, biodibertsitatearen galera saihesteko eta pertsonen, animalien, landareen eta inguruneen osasuna elkarrekin babesteko, garapen jasangarria oinarritzat hartuta.

### **6.5 Gaixotasun infekzioso berrien eta balizko epidemia eta pandemien aurrean prestatuta egotea**

- 6.5.1 Epidemiologian ari diren Osasun profesionalek, estrategia epidemiologikoa zehazteko eta hobetzeko egoki ikus ditzaketen ikerketa taldeak eratu ahalko dituzte eta EAE-n dauden ikerketa zentro, unibertsitate eta Basque Center for Applied Mathematics zentroarekin elkarlanerako hitzarmenak egitea proposatu ahalko diote zuzendaritzari.
- 6.5.2 Datuen kudeaketaren automatizazioan aurrerapauso nabarmenak emateko inbertsioak egingo dira, ahal diren prozesu gehienak automatizatzeke aplikazio eta programak garatuz.

## 6.6 Osasunaren babes aktiboa eta prebentzioa indartzea, arrisku globalen aurrean

Zoonosiak, bektore bidez transmititutako gaixotasunak, kutsadura, elikadura-arriskuak eta antimikrobianoekiko erresistentzia osasunaren mehatxu nagusietako batzuk dira. Horien aurrean, prebentzioa da politika eraginkorrena. Zaintza-sistemak sendotuko dira eta ingurumen-arriskuen aurkako erantzun integratuak abiatuko dira, ongizatea eta bizi-kalitatea lehenetsiz.

- 6.6.1 Zoonosien eta bektore bidezko gaixotasunen zaintza integratua ezartzea, sektore anitzeko datuekin.
- 6.6.2 Endemikoak diren gaixotasun zoonotiko eta tropikaletan prebentzio-neurri koordinatuak gartztea.
- 6.6.3 Ingurumen-arriskuen eta osasunaren arteko harremanari buruzko monitorizazio-sistema iraunkorra sortzea.
- 6.6.4 Antimikrobianoen eraginkortasuna babesteko ekintza koordinatuak sustatzea, eta horien erabilera arduratsua, bidezkoa eta jasangarria bermatzea pertsonen, animalien eta landareen osasunean.
- 6.6.5 Osasun publikoko legeak 69. artikuluan jasotzen dituen prestazioak betetzea.
- 6.6.6 Osasun publikoak bere gain hartuko ditu txertaketa guztiak, gripearena eta COVIDarena barne.
- 6.6.7 Baheketa programak eta tratamendu goiztiarreko banakako zein taldeko programa guztiak Osasun Publikoaren esku geratuko dira. Egun Osakidetzak bere gain dituen Minbiziak (Zerbix, Bular, Hondoeste), jaio aurretiko sindromeak eta haur gorreria detektatzeko baheketa programa bere ardurapean geratuko dira, jaio berrien baheketa programarekin batera.
- 6.6.8 Gaixotasunen lehen mailako prebentzioa ere Osasun Publikoaren arloan kokatuko dugu. Horretarako lehen arretan dauden prebentzio programak identifikatu eta moldatuko ditugu, bereiztuz norbanako eta kolektiboak diren prebentzio programak.

## 7. Ospitaleak

### 7.1 1987ko 521/1987 errege dekretuak ezarritako eta urteetan kontsolidatutako osasun sistema publikoko zerbitzuen kudeaketa gerentzialista eraldatzea

- 7.1.1 Ebidentzian oinarrituta, ospitaletan bestelako kudeaketa eta antolaketak abiatu dituzten esperientziak ezagutu eta aztertu, (Karolinska, Danimarkako ospitaleak eta abar) pazientearen osasun arta hobetzea dakartzaten ereduak gure ingurunera egokitzeko.
- 7.1.2 Profesionalen inplikazioa bilatuko da kudeaketan, efizientzia eta kalitatea hobetzeko. Gero eta ebidentzia gehiago dago bide bakarra dela, kudeaketa gerentzialak erakutsi duen efikazia mugatuaren aurrean, arrazoi desberdinek bultzatzen duten gastu areagotzeari aurre egiteko eta murrizketen alternatiba gisa.
- 7.1.3 Pazienteak, osasun sistema publikoko kontsumitzaile gisa kontsideratu beharrean, osasun artaren eraikitzaile eta diseinatzaile gisa kontsideratuko dira. Ardura partekatutik, pazientearen esperientzia eta ikuspegia txertatuko da, arta prozesuak hobetzeko eta kalitatean eta efizientzian irabazteko.
- 7.1.4 Profesionalak babestu eta lagunduko dira lan eremu osasuntsu eta seguruaren kultura bermatzeko, osasun arta konprometitua eta bihozbera eskaini ahal izateko.

### 7.2 Ospitaleko zerbitzuak pazientearen ongizatea, autonomia eta justizia sozialean oinarrituta diseinatzea

- 7.2.1 Ziurtatu paziente guztiek plan asistentzial bat izatea, bakoitzaren beharrak, klinikoak eta laguntzakoak, ziurtatuak egon daitezen.
- 7.2.2 Pazienteari buruz eta Pazientearekin komunikazio ona ezartzea.
- 7.2.3 Osasun arta diseinatu auto-zaintza eta osasunaren sustapena errazteko.
- 7.2.4 Pazienteak logeletatik aldatzea saihestea, baldin eta beharrezkoa ez bada bere artarako.
- 7.2.5 Pazientearen errekupeazioa ospitaleratzearen momentutik planifikatu.

### 7.3 Integraltasuna, Jarraitutasuna eta Luzarokotasuna bermatuko duen osasun artari begira kokatzea ospitaleko lana

- 7.3.1 Ospitaleko arta ekipoak asistentziaren jarraipen prozesu osoan parte hartzea.
- 7.3.2 Eguneko errekurtsioei begirako osasun artaren ikuspegia areagotu (osasun zentroa, eguneko ospitalea, etxeko ospitalizazioa), laguntza emanez pazienteei ospitaleratzeak ekidinez, alta goiztiarrak sustatuz, errekupeazio planetan lagunduz.

- 7.3.3 Lehen Arretarekin, komunitatearekin elkarlana sakondu eta ekiptoan lan egin. Ospitaleak kanpora begira jarri lanean, pazientearen beharrak kontuan hartuta. Sareak eraikiz, eta gaur egungo mugak gaindituz.
- 7.3.4 Akutuen ospitaletan arta akutuan jarraitutasuna bermatzeko koordinazio eremua zehaztea, prozesuak lan egitea ere deritzona. Jarraitutasuna ezarri larrialdi, ospitaleratze eta zainketa kritikoen artean. Unitate desberdinetako bitartekoak horri begira jarri lanean, patologiaren arabera kalitatezko adierazle ebaluagarriak ezarri.
- 7.3.5 ESI-ka zirkuitu/protokolo bat antolatuko dugu (ikusitako eremuak blokean) kronikoen zaintzarako, Lehen Arreta eta eskualdeko edota erreferentziako ospitalearen artean, paziente kronikoak izan ditzakeen desoreka uneetan ere, jarraipen integrala ziurtatuta izateko.

#### **7.4 Osasun artaren kalitatea hobetzeko bitartekoak eta zenbait praktika onen ezarpenean sakontzea**

- 7.4.1 Ospitalean profesionalen ekipo egonkorak bermatzea eta, belaunaldi aldaketa ziurtatzeko, formazio eta planifikazioa lehenestea.
- 7.4.2 Profesionalen eta pazienteen arteko kolaborazioan sakontzea, baita diagnostiko bereko pazienteen komunitate eta elkarteekin ere, laguntza eta osasun artaren kalitatea hobetzeko.
- 7.4.3 Ospitaletako larrialdietara hurbiltzen diren adineko pertsona zaugarriari azterketa geriatriko orokorra egitea.
- 7.4.4 Zerbitzu psikiatrikoen eta osasun mentaleko beste zerbitzuen arteko harremana estutzea, elkarlanean sakontzeko.

#### **7.5 Etengabeko Ebaluazio gardena eta herritarrei kontu ematea ziurtatzea**

- 7.5.1 Ospitaleek euren emaitzak eta kosteak neurtu behar dituzte eta horiek publikoak izan behar dira.
- 7.5.2 Finantzazioa emaitzetan oinarritu behar da. Finantzazio ereduak luzarokotasuna, jarraitutasuna, integrazioa sustatu behar du.



## III BLOKEA

# Osasun sistemaren orubea

1. Gobernantza
2. Zerbitzu zorroa
3. Kalitatea prozesu asistentzialetan
4. Balio/emaitzak
5. Ikerketa
6. Digitalizazioa
7. Azpiegiturak
8. Farmazia



# 1. Gobernantza

## 1.1 Osasun Sistema Publikoko gobernantza herritarrei irekitzea

- 1.1.1 Herritarren ahalduntzea sustatzea. Osasun komunitarioan artikulatutako saio eta ekimen bidez, Osasun Zentroz Zentro (OZ), herritar eta erabiltzaileak oraindik eta gehiago formatzea. Eskubide eta betebeharrak ezagutarazteko kanpainak. PAEZ/SAPU eta antzeko zerbitzuen **erabilgarritasuna** eta **irisgarritasuna** azaldu.
- 1.1.2 **OZ-ko JUAP eta zuzendaritzarekin**, legegintzaldi hasiera bakoitzean, bere eremuko herritarrei OZ-ko proiektua eta **lan ildoak aurkezteko** batzar irekiak egingo dira. Martxan dauden programak eta plan desberdinak azalduko dituzte.
- 1.1.3 ESI-ko zuzendaritzak, era berean, legegintzaldi hasiera bakoitzean, bere eremuko herritarrei ESI-ko proiektua eta lan ildoak aurkezteko batzar irekiak egingo dira.
- 1.1.4 Sei hileko bakoitzean, ESI-ko zuzendaritzek eta JUAPek herritarren aurrean kontu emango dute eta herritarren eskaerak eta kezak entzungo dituzte.
- 1.1.5 Osasun Publikoko Euskal Institutuaren zuzendaritza kolegiatuak urtean behin proiektuaren eta lan ildoen berri emateko batzar irekiak antolatuko ditu ESI-ka.
- 1.1.6 Kanal berriak bilatuko eta ezarriko dira herritarrek euren zentroetako arduradunekin hitz egin ahal izateko, leku bakoitzari dagokion errealitatearen arabera. **Audientzia eskatzeko aukera**. Harreman zuzena arduradunekin. Harremana ez da opakoa izango.

## 1.2 100/2018 dekretuan III. Kapituluari jasotako parte-hartze formulen zabaldu eta birdefinitzea

- 1.2.1 Asistentzia Klinikorako Kontseiluko (17. Artk.) zuzendaritza organoan, herritarren presentzia islatzeko neurriak hartuko dira.
- 1.2.2 ESI-tako Kontseilu Sozialek, ikerketa kuantitatiboek gain, ikerketa kualitatiboak bultzatuko dituzte zenbakiez gain, jendearen asebetetzea neurtzeko.
- 1.2.3 ESI-tako Kontseilu Sozialesan Herritarren ordezkaritzaren presentzia ziurtatuko dugu.
- 1.2.4 Auzo edo udalerrri mailan, herritarren errepresentazio bezala Kontseilu edo **komisio Herritar** bat sortzea planteatzen da. JUAPekin harreman estua izango dute, eta honen agerpenetan egongo dira.

### **1.3 PAEZ/SAPU zerbitzuaren berregituraketa**

- 1.3.1 Pazientearen eta Osasun Langileen arteko bitartekari bilakatuko da, Osakidetzako **Ararteko** moduko figura bat. Zerbitzu izatetik zuzendaritza izatera pasako da. Horrela, zerbitzua indartu eta berregituratuko da, herritarren eskubideak sustatu eta babesteko.
- 1.3.2 Zerbitzurako irisgarritasuna erraztuko da. Baita fisikoa ere.
- 1.3.3 ESI guztietako zerbitzuen irizpideak berdinduko dira. Baita metodologia ere.

### **1.4 Herritarrak Osasun Sistema Publikoan dituzten eskubideak ezagutarazteko kanpainak egingo dira**

- 1.4.1 Kirurgia Itxaron Zerrenden epeak adierazten dituen dekretua (65/2006) betearaziko da.
- 1.4.2 Kanpo kontsultetako itxarote zerrendak mugatzeko Urriaren 30eko 230/2012 dekretua; kardiologiako eta onkologiako kontsultetarako eta proba osagarrien gehienezko epeak ezartzen dituen, betearaziko da.
- 1.4.3 Bigarren iritziak jasotzeko (eta non) eskubideen dekretua, 149/2007, betearaziko da, interpretazio desberdinak egiten baitira.
- 1.4.4 Zainketa Aringarrietako Plan Pertsonalizatua egiteko eskubidea ezagutarazteko kanpainak egingo dira maiztasun zehatz batekin.

### **1.5 Herritarrak bere prozesu asistentzialaren nondik norakoan jabe izatea**

- 1.5.1 Asistentziari dagokionez, kontsulta, froga eta kirurgia Itxaron Zerrendak argitzea eta publiko egitea. Datuen babeserako araudia beteta, herritarren eskura jartzeko mekanismoak ezartzea.
- 1.5.2 Behin itxarote zerrendak estandar normaletara iristea lortu ostean, Osakidetzak eta ESI guztietako zuzendaritzekin lanean jarraituko dugu, itxarote zerrenden kudeaketa, prozesuak, ibilbideak eta irizpideak bateratu eta adosteko, pazientearen iritziak txertatuz, akutu zein kronikoen osasun egoerak behar bezala artatzeko denboran eta garaiz. Finean, pazientearen ikuspuntua prozesu asistentzialetan sartu.
- 1.5.3 Osasun Karpeta sustatzeko programak Osasun Zentroetan. Web orritik, App intuitibo, erraz eta garden batera.
- 1.5.4 Humanizazioan sakontzeko, Osakidetzako erabiltzaileak zerbitzu desberdinetan egiten dituzten itxaronaldiak murrizteko neurriak hartuko dira.
- 1.5.5 Larrialdi zerbitzuetan pazienteak senitartekorik gabe ahalik eta denbora gutxien pasatzeko neurriak hartuko dira.

## **1.6 Kudeaketa eta asistentziaren arteko arrakala murriztea eta integrazio erreal gaiztatzea**

- 1.6.1 Prozesu asistentzialak definituko dira eta prozesuka funtzionatzeko, maila desberdinetako eta profil desberdinetako ekipo interdisziplinarretan funtzionatzeko bidea irekiko da.
- 1.6.2 ESI-ei buruzko 100/2018 Dekretua aldatuko dugu. ESI-etako zuzendaritzak egokituko ditugu, kolegiatuak izan daitezten. Horrela, eguneroko asistentzian ari direnekin harremanean sakonduko duen kudeaketa eredu ezartzeko. Xedea izango da, ESI-en barruan, egunerokotasunarekin lotura ez galtzea.
- 1.6.3 Osasun Sailburuarentzat eta Osakidetzako Zuzendariarentzat lan egingo duten idazkari-aholkulari bana izendatuko ditugu Osakidetzako Antolakuntzako Goi-Mailako Teknikarien artean. Pertsona hauen zeregina kudeatu beharreko estrategia bakoitzean metodoa eranstea eta burututako lana eraginkorragoa bihurtzea izango da.

## **1.7 Ardura Postuetarako Sarbidea berdefinitzea**

- 1.7.1 Ardura postuen profesionalizazioa, alderdikeriak eta adiskideriak saihesteko. Kudeatzaile onenak eta akreditatuak hartuko dira. Kudeatzaile arduradunak izendatuko ditugu merezimenduaren eta gaitasunaren arabera. Gaur egungo prozesu ilunak gardentasunez kudeatzeko berdefinituz, esaterako hautaketa prozesua eta araudia.
- 1.7.2 Besteak beste, zuzendaritza prestatuak izateko eta gobernantza eraldatzeko, EAEko Osasun Publiko eta administrazio sanitarioko eskola publikoa abian jarriko dugu, EHUrekin elkarlanean. Bertan, ardura postuak profesionalizatzeko formazioa emango da eta ibilbide bat diseinatua egongo da.
- 1.7.3 ESI-etako zuzendaritzen izendapenetarako dagoen 8/1997 Euskadiko antolaketa Sanitarioko dekretuaren 27. Artikulua eta ondorioz, 186/2005 dekretua, uztailak 19koa, lanpostu funtzionalak arautzen dituen eta 255/1997 dekretua, azaroak 11koa, Osakidetzako Estatutuak ezartzen dituen, aldatuko dira. Prozesua gardena izango da eta trazabilitate edo jarraipen mekanismoak izango ditu.

## 2. Zerbitzu zorroa

### 2.1 Herritar ororen osasun eskubidea ziurtatzea

- 2.1.1 Pertsona orori Osasun txartela ziurtatzea. Horretarako, errolda bermatzeko mekanismoak udalerrri guztietan aktibatzeke udalekin elkarlanean sakonduz. Zentzu horretan, EAeko udalerrri guztietan bazterketa-egoeran eta bazterketa-arriskuan dauden pertsonentzako errolda soziala arautzea eta lehenbailehen ezartzea.
- 2.1.2 Erkidegoan jaiotako pertsona orori hasieratik OTIa ziurtatu.
- 2.1.3 Instituzionalizatuta dauden herritarrei Lehen arretako osasun zentroaren oinarritzko taldearekin harremana bermatu.

### 2.2 Zerbitzu zorroan osasunaren sustapenerako bitartekoak jasotzeaz gain, garatzea eta egituratzea

- 2.2.1 Osasunerako arriskuak babesteko, osasuna sustatzeko eta gaixotasunak, urritasunak eta lesioak prebenitzeko programak definitzea.
- 2.2.2 Informazio eta zaintza epidemiologikoa.
- 2.2.3 Ingurumen-osasuna babestea eta sustatzea.
- 2.2.4 Elikagaien segurtasuna sustatzea.
- 2.2.5 Bidaiari eta merkantzien joan etorriek eragin dezaketen osasun arriskuei jarraipena egitea eta zaintzea.
- 2.2.6 Lan-osasuna babestea eta sustatzea.

### 2.3 Lehen arretan osasunaren sustapena errotzea

- 2.3.1 Nerabegaroko osasunean inplikazioa: Anamnesia eta aholkuak osasunerako arriskutsuak diren ohiturei buruz, hala nola tabakoaren, alkoholaren eta mendekotasuna sortzen duten substantzien erabilerari buruz, istripuen prebentzioa barne. Hezkuntza Sailarekin elkarlanean, bigarren hezkuntzako ikastetxeen markoan eta ingurunean esku-hartze programa bat abian jarri adikzioen oinarrietan egon daitezkeen kausak lantzeko, prebentzio orokorra egiteko, adikzioa garatu duten adingabeak identifikatzeko eta esku-hartze indibidualizatuak egiteko. Horretarako, osasun-psikologo orokorrekin, erizainekin eta gizarte-langileekin osaturiko ekipoak osatu.

Elikadurarekiko ohiturak, jokabidea eta gorputz-irudia baloratzea eta haiei buruzko heziketa.

Sexualitatearekin lotutako jokabide osasungarriak sustatzea, nahi gabeko haurdunaldiak eta sexu-transmisiozko gaixotasunak saihesteko.

- 2.3.2 Emakumeen fase biologiko guztiak kontutan izanik, osasun sustapen, zaintza, prebentzio eta arta plan bat definitzea, patologizatu gabe, emakumeen formazio eta ahalduntzea ardatz hartuta.
- 2.3.3 Jokabide arriskutsuak dituzten pertsonentzako arreta:
  - 2.3.3.1 Erretzaileentzako arreta eta tabakoaren mendekotasuna gainditzeko laguntza. Hor sartzen dira erretzailearen balorazioa, arriskuei buruzko informazioa, erretzeari uzteko aholkua eta osasun-laguntza, eta, hala badagokio, banakako jokabide-laguntza duen esku-hartzea.
  - 2.3.3.2 Gehiegizko alkohol-kontsumitzaileen arreta. Hor sartzen dira kontsumoa eta ahorakinaren maiztasuna detektatzea eta kuantifikatzea, mendekotasunaren balorazioa, kontsumoa mugatzeko edo ezabatzeko aholkua, kontsumoak eragindako patologien balorazioa eta, beharrezkoa izanez gero, erretzeari uzteko osasun-laguntza eskaintzea.
  - 2.3.3.3 Bestelako mendekotasun-jarrereri arreta ematea. Horren barruan sartzen dira detekzioa, osasun-laguntza espezializatua eskaintzea, hala behar izanez gero, mendekotasuna uzteko eta hari lotutako gaixotasunak prebenitzeko.
- 2.3.4 Arrisku-egoerek edo gizarte-bazterketako egoerek (harreran dauden adingabeak, gutxiengo etnikoak, etorkinak edo beste batzuk) eragindako osasun-arazoak garaiz detektatzea eta arazooi aurre egitea.

## **2.4 Ospitaleen antolakuntza eta funtzionamendua hobetzeko irizpide jasangarri eta ekitatiboak ezartzea, herritarrak jaso beharreko Osasun artaren kalitatea hobetzeko**

- 2.4.1 Arreta oso espezializatuaren eta berezituaren, CSUR tartean, antolakuntza egituratu eta hobetzea herri ikuspegiarekin.
  - 2.4.1.1 Non emango den erabakitzerakoan ebidentzia onenean oinarritutako parametro objektiboak erabili.
  - 2.4.1.2 Unitate hauetako profesionalek gainerako ESiei eman behar dieten laguntzarako irizpideak zehaztu.
- 2.4.2 Barne zirkuitu gardenak definitzea.
- 2.4.3 Industria farmazeutiko eta teknologikoarekin ordainketa balioarekin eta emaitzekin lotzeko eta arrisku partekatuko kontratuak egiteko aurrerapausoak ematea.
- 2.4.4 Familiartekoei eta lagunek ospitaleratuak dauden pertsonak lokalizatu ahal izateko protokoloak berrikustea eta programa ezartzea.
- 2.4.5 Ospitaleratutako pertsonen, egin gabe utzi behar izan dituzten gestioak egiteko laguntza programa.
- 2.4.6 Ospitaletik alta jasotzerakoan anbulantzia zein une zehatzetan etorriko den jakin ahal izateko berrantolaketa.

## **2.5 Eskualdeko ospitaleen zerbitzu zorroa definitu eta betetzen dela ziurtatu**

- 2.5.1 Eskualdeetako ospitaleetako zerbitzu-zorro minimoa definitu eta hauek eman ahal izateko zerbitzuak zehaztu. Zerbitzu hauen kalitatea neurtu.
- 2.5.2 Eskualde bakoitzeko ospitalea zertan espezializatu daitekeen definitu, bertako profesionalekin batera.
- 2.5.3 Behin aurreko biak burututa, egoiliarrei emango zaien prestakuntza antolatu eta areagotu profesionalentzat erakargarriagoak izan daitezten.

## **2.6 Osasun Sistema Publikoko Farmazia publikoa indartzea**

- 2.6.1 Osasun Sistema Publikoko Farmaziaren hornikuntza autosufizienterako azpiegitura eta logistika indartzea, funtsezkotzat eta/edo estrategikotzat jotzen diren eta stock-haustura egoeran dauden sendagaien autokudeaketa sustatzeko.

## **2.7 Larrialdietan azpiegiturak prestatzea, ospitalez kanpoko larrialdietan jarduten duten agentzien eraginkortasuna eta lankidetzak hobetzeko**

- 2.7.1 Larrialdietan jarduten duten agentziekin elkarlanean egitura publiko bakar espezializatua eraikitzea.

## **2.8 Ikerketa gaitasuna indartzea**

- 2.8.1 Biosistemak, Biogipuzkoa, Biobizkaia eta Bioarabaren izaera juridikoa berrikusi eta berriz definitzea, besteak beste ikerlariak prekarietatetik ateratzeko.

## **2.9 Zaurgarriak diren pertsonentzako zerbitzu zorroa zabaltzea**

- 2.9.1 Adineko eta desgaitasuna duten pertsonentzako podologia zerbitzua eskaintzea.
- 2.9.2 PADI zabaltzea errentaren arabera, eta lanbide arteko gutxieneko soldataren errentatik beherakoei eta behar bereziak dituzten herritarrei estaldura osoa bermatzeko.
- 2.9.3 Begien zaintza eta betaurreko eta lentillen doakotasuna era progresiboan ezartzea zaurgarrienetik hasita.

## 3. Kalitatea prozesu asistentzialetan

### 3.1 Gaixo bakoitzaren ikuspegiaren oinarrituta, arreta integratuaren jarraitutasuna bermatzeko mekanismoak ezartzea, profesionalen eta pazienteen parte-hartzea ziurtatuz prozesuen definizioan

- 3.1.1 ESI guztietako zerbitzuen irizpideak berdinduko dira, baita lan metodologia ere, kontuan hartuta profesionalen iritziak eta pazienteen esperientziak.
- 3.1.2 Ospitaleetako eta Lehen Arretako pazienteen arretako zerbitzuak baliabide egokiez hornitzea, pazienteen esperientziari eta hobetzeko aukerei buruzko informazioa sistematikoki jaso dezaten eta, modu instituzionalean, kudeaketa klinikoko batzordeetara eraman dezaten.
- 3.1.3 Pazienteei zuzendutako gogobetetze inkestak egitea, eta hobetzeko proposamenak egiteko erabiltzea.

### 3.2 Arretaren jarraitutasun eraginkorra bermatzeko beharrezkoak diren elementu asistentzialak integratu: informazio-sistemak, pazienteei zuzendutako kudeaketa, pazienteen premientzako zerbitzu funtzionalen plan integralak, asistentzia-prozesuen diseinuan pazienteen partaidetzarekin

- 3.2.1 Diziplinarteko eta disziplina anitzeko lan-taldeak eratzea, zerbitzu eta estamentu desberdinetako profesionalak txertatuz eta gerentzietarako prozesuen arretarako hobekuntza-proposamenak eginez.
- 3.2.2 Asistentzia-zerbitzuen kudeaketaren eremuan plangintza-irizpideak txertatzea, bai eta informazio-gailuak ere.
- 3.2.3 Azpikontrataturako edo esternalizatutako jarduerak barneratuz, informazio-sistemak eta aginte-koadroen sorkuntza garatzea, eta profesionalei eta herritarrei informazioa ematea modu sistematikoan eta gardenean.
- 3.2.4 Ospitaleetako prozesu asistentzialen diseinuaren egokitzapena.

### 3.3 Pazienteetan zentratutako asistentzia-integratzaile praktika onak sustatzea, kudeaketa-ereduen trakzio-elementu gisa

- 3.3.1 Pazienteei bideratutako arretaren kalitatea hobetzeko taldeen sorkuntza orokortzea, ospitaleetako pazienteen partaidetzarekin batera, pazienteen arretarako zerbitzu eta unitateetako langileak integratuz.
- 3.3.2 Osakidetzako pertsona erabiltzaile eta zaintzaileekin eta herritarrekin, partaidetza-prozesuak garatzea, ESika eta hainbat mailatan: udal-mailan eta eskualde-mailan. Partaidetzaren bidez gizar-

tearekin konektatzen lagunduko duten hizkuntza eta helburu partekatuak garatzea, partaidetzaren bidez, elkartasuna sustatuz eta aniztasuna aintzat hartuz.

3.3.3 Sistemako profesional guztientzako komunikazio enpatikoko oinarritzko trebetasunen irakaskuntza eta prestakuntza kontuan hartuko duten humanizazio-estrategien garapena.

### **3.4 Talde profesionalen prestakuntzaren eta funtzionamendu egonkorren bitartez prozesu asistentzialak kudeatzea, integrazioa eta eraginkortasuna bermatzeko laneko protokolo edo prozeduren definizioaz harago**

3.4.1 Taldeen bultzada, praktika kliniko sistematikoki azter dezaten eta antolamendu-berrikuntzako proposamenak egin ditzaten.

3.4.2 Osasun-arloko emaitzetan, ingurua eta osasun-determinatzaileak kontuan hartzea, ikuspegi biopsikosoziala lehenetsiz.

3.4.3 Tokiko kudeaketako helburuetan eta helburu nagusietan barne hartuta dauden praktika onak eta hobekuntza-lerroak elkarbanatzeko eta bultzatzeko guneak sortzea.

### **3.5 Estrategiak garatzea desparekotasun handiena sortzen duten egoerei ekiteko, hala nola, arazo kroniko konplexuak dituzten pertsonei, kalteberatasun handiko egoeretan dauden pertsonei, osasun mentaleko arazo larriak dituzten pertsonei edo gizarte-bazterkeriako prozesuetan daudenei laguntzeko**

3.5.1 Menpekotasunaren balorazioa eta desgaitasuna aitortzeko prozesua arintzea eta eraginkortasunez egitea.

3.5.2 EAEko udalerrri guztietan bazterketa-egoeran eta bazterketa-arriskuan dauden pertsonentzako errolda soziala arautzea eta berehala ezartzea, zainketa sistemara sarbidea bermatzeko.

3.5.3 Egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan altaren plangintza egokia egitea, zaintza egokiak bermatzeko.

### **3.6 Itxaron-zerrendak murrizteko eta haien kudeaketa hobetzeko estrategia konbinatuak garatzea**

3.6.1 Kudeaketa gardena ziurtatzea.

3.6.2 Ohiko lanaldian jardueraren ordutegi-kontrola eta ordutegi-betetzea ziurtatzea.

3.6.3 Bertan behera utzitako hitzorduen azterketa.

## 4. Balio eta emaitzak

### 4.1 Balorean oinarrituriko osasun arta garatzeko marko estrategikoa diseinatzea eta plan eta programa desberdinetan txertatzea

- 4.1.1 Estatuko gainerako erakundeekin eta Nazioartekoekin alderagarriak eta partekatuak izan daitezkeen informazio sistemak garatu, osasun artaren emaitza azpimarragarrienak jasoko dituztenak, hala nola bizitza kalitatea, eraginkortasuna, segurtasuna, efizientzia eta pazientearen eta komunitatearen pertzepzioa.
- 4.1.2 Datuen egituraketa adostu (interoperabilitate semantikoa, sintaktikoa, teknikoa eta antolakuntzako).
- 4.1.3 Balorean oinarrituriko Osasun Artak jaso ditzala arduradun eta kudeatzaileen ikuspegiak, eta komunitatearen beharren eta osasun inbertsioen eragina; ez bakarrik norbanakoaren osasuna.

### 4.2 Gure komunitatearentzat osasunean balioa eta emaitzak zer diren partekatuak izatea, Osasun Sistema Publikoko Osasun profesional, paziente, zaintzaile eta kudeatzaileen artean, herritarrei eta komunitateari paper aktiboa emanez

- 4.2.1 ESI-ka eta maila desberdinetan -herri mailan, eskualde mailan- Osakidetzako erabiltzaile, zaintzaile eta elkartekin prozesu parte hartzaileak garatu.
- 4.2.2 Hizkuntza eta helburu partekatuak garatu, gizartearekin konektatzea lagunduko dutenak parte-hartzearen bidez, elkartasuna eta aniztasunaren aitortza sustatuz.

### 4.3 Ekitatean sakontzeko biztanleriaren segmentu guztietan eta Osasun arta prozesuetan adierazleak ezartzea, desberdinkeriak kontuan hartuz

- 4.3.1 Adosten diren patologietan prozesuen bidez funtzionatzeko programa pilotuak abiaraziko ditugu. Prozesuei adierazleak jarriko zaizkie. Adibide bezala, hor dugu Bihotzez, orain dela urte batzuk abian jarritakoa.
- 4.3.2 Osasun Plan eta estrategia desberdinei informazio sistemak ezartzea.
- 4.3.3 Desberdinkerien iturri diren adierazleak identifikatzeko biztanleriaren artean estratifikazioa egin, genero, maila sozio-ekonomiko eta bestelako arrisku aldagaiak kontuan hartuz.

### 4.4 Osasun Sistema Publikoaren eraldaketan lagunduko duen ebaluazio kultura garatzea, inplikaturiko agente guztien esperientzia eta ezagutza neurtuko duten adierazleen bidez

- 4.4.1 Nazioarte mailan erabiltzen diren PROM, PREM eta CROM neurtzeko sistemak kontuan hartuz eta horien baitako ebaluazio eskala desberdinetan langileen asebetetzea ere neurgarri egitea, Osasun Sistema Publikoaren antolakuntza eta lan baldintzetan etengabeko hobekuntza garatzeko.

Neurtzeko adierazle horietan bizitza kalitatea eta jasotako pertzepzio kalitatea ezinbestean txertatuz (Schalock eta Verdugoren irizpideak).

- 4.4.2 Osakidetzaren balioaren estrategiarekin lerrokaturik, eta ematen den arretaren emaitzak neurtzeko, CROM, PREM eta PROM neurtzeko sistemak erabili beharko dira, arian-arian. Horretarako euskaraz baliozkotu behar dira, ezarri baino lehenago.
- 4.4.3 Osasun Sistema Publikoan gobernantza eredua eraldatzea lagunduko duten adierazleei garrantzi berezia ematea.
- 4.4.4 Esku-hartze sanitarioek nola aldatzen duten gaixotasuna kudeatzearen kostua neurtzea, ezagutzea.
- 4.4.5 Osasun Emaitzak neurtzerakoan, ikuspegi biosikosoziala gailentzeko, ingurunea eta osasun determinanteak kontuan hartzea.
- 4.4.6 Pazienteei tratamendu terapeutiko desberdinek euren bizitzan kalitatean duten eragina kontuan hartuko duten adierazleak txertatzea. Besteak beste, desgaitasuna.

#### **4.5 Herritarren datu zein OSPren informazio eta datuen erabilera merkatu interesetatik babesteko kudeaketa prozesu gardenak eta interes Publikoaren baitakoak definitu**

- 4.5.1 Emaitzen gardentasuna sustatu eta ziurtatu, herritarren eta eragileen eskura jarritz.
- 4.5.2 Herritarren aurrean kontu ematea.
- 4.5.3 Enpresa teknologiko zein farmazeutikoekin elkarlana garatzerakoan, itzulera sozial eta publikoa bermatu.
- 4.5.4 Herritarren historia klinikoa, zein datuak, mutua zein bestelako enpresen eskuetan uzteko hitzarmenak bertan behera utziko dira.
- 4.5.5 Estatuko gainerako OSPekin, Osasun emaitzei buruzko neurketa eta ebaluazioak elkar gurutzatu eta partekatzeko espazioak izatea, prebalentzia handiena duten gaixotasunen emaitzetatik hasiz. Horrela, emaitza fidagarriagoetan oinarrituta tratamendu alternatiboak eskuratzea errazteko.

#### **4.6 Balioen estrategia Osasun Sistema Publikoko eremu guztietara zabaltzea eta lerrokatzea, ebaluazio sistema egituratuetatik lorturiko ondorioen bidez, hobekuntzak txertatu eta berrikuntza sustatzeko**

- 4.6.1 Azpiegitura eta erosketak.
  - 4.6.1.1 Botiken eta tratamenduen erosketa eta, beraz, prezioa, lortutako emaitzei baldintzatzea.
  - 4.6.1.2 Azpiegiturak eraberritzaerakoan edo berriak egiterakoan Osasun langile eta herritarren esperientziak eta ekarpenak kontuan hartzea.
- 4.6.2 Pertsonal Politikaren kontratazio ereduaren, formazioa eta lanbide garapena txertatu.
- 4.6.3 Kontratu Programa berriro pentsatzea, adierazleak berpentsatuz eta burokrazia ekidingo duen informazio sistema eraberrituz.

#### **4.7 Osasun Sistema Publikoan eraginkortasuna, segurtasuna hobetzea eta balioa ez duten jarduerak bertan behera uztea**

4.7.1 Praktika klinikoan aldakortasuna murriztea.

4.7.2 Baloratu lidergo klinikoa.

4.7.3 Aztertu osasun artaren berdiseinua.

4.7.4 Osasun Sistema Publikoko maila eta lan eremu guztietan, osasun profesional, kudeatzaile eta pazienteek osatutako mikro-ekipoak abian jarri, balioa ez duten jarduerak identifikatu eta bertan behera uzteko.

## 5. Ikerketa

### 5.1 Euskadiko Osasun Ikerketa Plana osasun-arretarekin koordinatzea eta integratzea

- 5.1.1 Lehentasunezko ikerketa-lerroak ezartzea, egungo eta tokiko errealitate soziosanitarioaren arabera (gaixotasun kronikoak, zahartzea, immigrazioa...).
- 5.1.2 Oinarrizko finantzaketa bermatzea ikerketa-taldeentzat eta proiektuen kudeaketa administrati-boa arintzea.
- 5.1.3 Ikerketa lerroen sinergiak bilatzea, helburu amankomuneko ahaleginek bat egin dezaten.
- 5.1.4 Ikerketa klinikoak sustatzea, saiakuntza kliniko bidez (finantzaketa publikokoak barne) pazien-teentzako tratamendu berrietara sarbidea errazteko.
- 5.1.5 Ikerketaren ekarpena osasun-sistemaren estrategian integratzea, eta emaitzak errealitate klini-koan aplikatzeko mekanismoak garatzea.

### 5.2 Osasun Sistema Publikoko profesional sanitario guztien lan orduetan ikerketarako denbora txertatzea

- 5.2.1 Asistentzia lan orduetatik kopuru bat ziurtatuta eta babestuta egotea ikerketarako.
- 5.2.2 Ikerketaren aitortza profesionalen motibazio-faktore gisa indartzea, ikerketa puntuazio indepen-dente gisa baloratuz, bai garapen profesionalean zein hautaketa prozesuetan. Horretarako berezko balorazio-atal bat sortzea, formakuntzatik edota irakaskuntzatik bereizita.
- 5.2.3 Pizgarri errealak ezartzea osasun-profesionalek ikerketan parte har dezaten.
- 5.2.4 Intentsifikazio-kontratuak luzatzea eta egonkortasun handiagoa ematea ikertzaile klinikoei.
- 5.2.5 Lehen Arretako profesionalei ikerketara sarbidea bermatzeko, ikerketa zentroetan egonaldiak es-kaintzea. Horretarako, lehen arretako profesionala ordezkatzeko mekanismoak ezartzea.
- 5.2.6 Osakidetzako erizainak eta emaginak ikerketan eta graduetako irakaskuntzan parte-hartzea susta-tzea, UPV/EHUrekin elkarlanean.
- 5.2.7 Maila profesional altuenetara iristeko ikerketa ezinbesteko eskakizuna izatea eta ikerketan espe-zializatutako ibilbide profesionalak sortzea.

### 5.3 Osasun Ikerketako Institutuen berregituratzea eta klinikarako translazioa ardatz hartuta

- 5.3.1 Bioinstitutuak berrantolatzea eta izaera juridikoa berraztertzea, arretaren eta ikerketaren arteko lotura indartzeko xedea izan dezaten.

- 5.3.2 Ikertzaile, teknikari, doktoregai eta postdoktoratuentzako lan-baldintza duinak eta egonkorrak bermatzea, talentua atxikitzeke (17/2022 Legeak, irailaren 5ekoa, Zientziaren, Teknologiaren eta Berrikuntzaren ekainaren 1eko 14/2011 Legea aldatzen duenak, 85. artikuluan ezarritakoaren arabera).
- 5.3.3 Ikerketa-prozesuen burokrazia murriztea eta laguntza eskaintzea, ikerlariak benetako ikerketa-lana egin dezaten.
- 5.3.4 Ikerketa klinikoan azpiegiturak eta funtzionamendu-prozedurak hobetzea, proiektu berriak erakartzeko eta aplikagarritasun klinikoak sendotzeko.

#### **5.4 UPV/EHUrekin eta Bikaintasun Zentroekin Elkarlana Indartzea**

- 5.4.1 Ikerketa-programa bateratuak ezartzea UPV/EHUrekin eta beste ikerketa zentroekin. OIekin dau den hitzarmenak berrikusi, benetako elkarlana sustatzeko maila guztietan, pertsonala, fondoak kudeaketa eta azpiegituren partekatzea barne.
- 5.4.2 Baliabide teknologiko eta giza baliabideen partekatze bideak erraztea, azpiegituren bikoizketak saihestuz.
- 5.4.3 UPV/EHUko eta beste ikerketa-zentroetako langileen integrazioa erraztea OIetan, ospitaleetan eta osasun-zentroetan egonaldiak egin ditzaten, eta alderantziz.
- 5.4.4 Diziplina anitzeko proiektuak bultzatzea, beste arlo batzuekin (energia, bioteknologia, adimen artifiziala...) elkarlanean aritzeko.
- 5.4.5 Doktorego tesiak egiteko programak sustatzea profesional sanitarioen artean (medikuak, erizainak eta besteak), eta unibertsitateko irakaskuntzan parte hartzeko erraztasunak jartzea.

#### **5.5 Gardentasuna Handitzea eta Saiakuntza Klinikoak Erakartzea**

- 5.5.1 Ikerketa-lerroen eta baliabideen banaketarako irizpide publiko eta argiak ezartzea.
- 5.5.2 Profesionalen eta pazienteen parte-hartzea bultzatzea ikerketa-estrategien diseinuan.
- 5.5.3 Saiakuntza klinikoak erakartzeko azpiegiturak eta prozedurak hobetzea, finantzaketa gehiago eskuratu eta tratamendu berrietara sarbidea bermatzeko.
- 5.5.4 Ikerketaren aitortza hobetu eta gardentasuna bermatu, ikerketa ekintza garrantzitsua eta motibazio-faktore gisa aitortzeko.

#### **5.6 Ikerketaren Aitortza eta Kultura Sustatzea**

- 5.6.1 Sentsibilizazio-kanpainak egitea ikerketaren garrantzia nabarmentzeko.
- 5.6.2 Sariak eta aintzatespenak ematea osasun-profesional ikertzaileei.
- 5.6.3 Ospitaleetan lankidetzak foroak eta sare-espazioak sortzea, proiektuen arteko elkarlana errazteko.

5.6.4 Osasun sistemako profesionalen karreraren egungo egoera eta ikerketa puntuazioaren balorazioa eguneratzea, desberdintasunak gainditzeko.

## 6. Digitalizazioa

Osasun sistemaren gobernantza teknologiko aurreratua, segurua, etikoa eta publikoa.

### 6.1 Osasun digitalean lidergoa hartuko duen erakunde ekintzaile bat garatzea eta sistemaren gaitasun teknologikoak handitzea

- 6.1.1 Osasun Digitaleko zuzendaritza sortzea eta egitura propioa eratzea.
- 6.1.2 Profil teknologiko sendoa eta gaitasun aurreratuak dituen talde profesionala sortzea.
- 6.1.3 Elkarlanerako estrategia garatzea unibertsitate publikoarekin, Zientzia eta Teknologiaren Euskal Sareko eragileekin eta euskal enpresa-sarearekin, Osakidetzaren gaitasun teknologikoak indartuz eta sortutako aktiboen jabetza publikoa bermatuz.
- 6.1.4 I+G eta berrikuntzako tresnen garapen sistematikoa, proiektu teknologiko digitalak eraikitzeko.

### 6.2 Eredu digital hibrido, irisgarri eta erabilgarria egitea Osasun Sistema Publikorako

- 6.2.1 Digitalizazioaren aukerak aprobetxatuko dituen eta aldi berean arreta pertsonala eta afektiboa integratuko dituen eredu eta esparru digitala.
- 6.2.2 Aplikazio guztien eraginkortasuna eta elkarreraginkortasuna hobetzea.
- 6.2.3 Sistema informatiko soziosanitario bat diseinatzea, udal zerbitzuen, osasun zerbitzuen eta foru aldundien oinarritzko datuak bilduko dituen (arreta soziosanitarioan beharrezkoak direnak), hiru erakunde horietako langileek bertarako sarbidea izan dezaten.
- 6.2.4 Egoitzetako sistema informatikoak Osabiden integratuta egongo dira, hau da, Osabide AP, Osabide globala eta egoitzen funtzionamendura egokitutako sistema berria, Osabide-egoi (egoitzena). Gaur egun, egoitzek bi sistema informatikorekin funtzionatzen dute (egoitza bakoitzak bere sistemarekin gehi Osabide Integrarekin).
- 6.2.5 Software librean eta teknologia libreetan oinarritutako tresnen eta aplikazioen migrazio- eta iragankortasun-estrategia garatzea.
- 6.2.6 Osasun Karpeta erabilgarritasuna hobetzea:
  - 6.2.6.1 Osasun Zentroetan karpeta klinikoa eta gaur egun erabiltzen ari diren gainerako APPak sustatzeko programak ezartzea.
  - 6.2.6.2 "Osasun Karpeta" APPa "Nire tratamendua" APParekin bateratzeko aukera aztertzea, pazienteek osasun arlo osoa aplikazio bakar batean izan dezaten.
  - 6.2.6.3 "Osasun Karpeta" APPan zerbitzu berriak gehitzea (aurrerago aipatua, 6. puntuan).

### **6.3 Larrialdietako informazio sistemak, aplikazioak eta azpiegitura informatikoak hobetzea eta indartzea**

- 6.3.1 "Euskarri" eta "Osabide Globala" sistemen arteko elkarreragingarritasuna ahalbidetzea, larrialdien eraginkortasunerako eta lana sinplifikatzeko.
- 6.3.2 Kontingentzia plan sendoak eta eraginkorrak definitzea larrialdietako dei-sistemaren erorketei aurre egiteko.
- 6.3.3 Ospitalez kanpoko bihotz-geldialdirako aplikazioa –PCEH– eguneratzea eta inplementatzea, ez baitago eguneratua.

### **6.4 Informazio-sistema eta azpiegitura informatiko sendo, seguru eta independenteak eraikitzea**

- 6.4.1 Sistema informatikoaren arkitektura propioa (tokikoa) eta azpikontrataturako oinarrizko azpiegiturak birkokatzeke plana diseinatzea eta garatzea.
- 6.4.2 Zibersegurtasuneko estrategia bat garatzea eta segurtasun-protokoloak berritzea, azpiegituren eta elementu kritikoen kalteberatasuna babesteko.
- 6.4.3 Sistema informatikoaren funtzionamendua optimizatzea, eraginkortasunez jardute aldera gaitasuna handitzeko, eta kontingentzia plan irmoa diseinatzea sistema informatikoa erortzen denerako, osasun sistemaren funtzionamendua gelditu eta blokeatu ez dadin.
- 6.4.4 Osasun sistemaren gaitasun konputazionala eta teknologikoa indartzea, ikuspegi partekatua eta eraginkorra garatuz.
- 6.4.5 Bi hizkuntza ofizialak txertatzea egiten diren aplikazio informatikoen diseinu-fasetik.

### **6.5 Osasun datuen gobernantza etiko, seguru, aurreratu eta estandarizatua garatzea**

- 6.5.1 Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2025eko otsailaren 11ko 2025/327 (EB) Erregelamenduari dagokionez, Osasun Datuen Europako Esparruari buruzkoa kontutan hartuta, honako hau proposatzen dugu:
  - A. "Osasun Digitalaren Euskal Agintaritza" sortzea, historial kliniko elektronikoen lehen mailako datuak gobernatzeko (19. artikulua).
  - B. "Osasun datuak eskuratzeko euskal erakundea" sortzea, bigarren mailako erabileraren osasun datuak gobernatzeko (55. artikulua).
- 6.5.2 Europako datu-espazioen protokoloetan eta estandarretan oinarritutako garapena.
- 6.5.3 Datuen berrerabilpena eta itzulera publikoa eta soziala bermatzea.
- 6.5.4 Datuen babesa bermatzea, herritarren eskubide digitalak errespetatzea eta jarraipen- eta ebaluazio-sistema bat garatzea.
- 6.5.5 Historial klinikoen elkarreragingarritasuna eta segurtasuna bermatzeko estrategia garatzea.

- 6.5.6 Enpresa teknologikoekin, industria farmazeutikoekin eta eragile pribatuekin kudeatutako datu publikoetatik eratorritako emaitzak arlo publikora itzuliko direla bermatzea.

## **6.6 Adimen artifizialeko eta Big Datako sistemak garatzeko teknologiaren ibilbide-orria diseinatzea eta garatzea**

- 6.6.1 Adimen artifizialaren erabilera definitzea diagnostikoa hobetzeko.

6.6.1.1 Adimen artifizialaren erabilera korporatiboa definitzea diagnostikoa hobetzeko eta hura garatzeko ibilbide-orria zehaztea.

6.6.1.2 EHUko eta BIOEFeko ikertzaileen eta BioCruces, BioGipuzkoa eta BioArabako ikertzaileen artean datuak trukatzeko oinarriak eta baldintzak adostea.

- 6.6.2 Osasun zerbitzu digitaletan erabiltzen diren aplikazio informatikoen adimen artifizialeko sistemak izan behar dituzte:

### **6.6.2.1 Prozesuak optimizatzea eta burokrazia murriztea sustatuz eta pazienteak artatzeko denbora lehenetsiz.**

Lehen Mailako Arretan adimen artifizialeko sistemak erabilia, medikuek denbora pazienteak artatzeko erabili dezaten, eta ez burokrazian (transkripzio automatikoa, etab.).

6.6.2.2 **Pazienteentzako Zuzeneko Arreta:** Aplikazio informatikoen ahozko itzulpen automatikoa izan behar dute, hainbat hizkuntzatan (urdu, arabiera, etab.), beste herrialde batzuetatik datozen pertsonen arreta emateko (gero eta gehiago dira), eta, horrela, medikuaren eta pazientearen artean harreman zuzenagoa izateko.

### **6.6.2.3 Prebentzioaren alorrean, Ohitura Osasungarri Pertsonalizatuen APPa egitea (APP-Osasun Ohitura Osasungarriak) adimen artifizialeko sistemekin ("Osasun-karpetan" sartu):**

- APP pertsonalizatua egitea prebentzio-gomendioekin (ariketa fisikoa egitea, elikadura osasungarria eta abar), pazientearen historial klinikoa kontuan hartuta (osasunaren INPUTak: aurrekari medikoak, bizi-zeinuak, diagnostikoak, proben emaitzak, tratamenduak, eta abar).
- Bigarren fasean, IoT gailu korporatiboak gehitzea, INPUT kopurua (presio arteriala, bihotz-maiztasuna, etab.) denbora errealean handitzeko, prebentzio pertsonalizatuaren magnitudea optimizatu ahal izateko.

## **6.7 Osasun zerbitzu digitalen jasangarritasuna**

Sistema informatikoaren kudeaketa jasangarriko protokoloa definitzea, bai azpiegitura informatikoena (gailu informatikoak, Interneteko gailu medikoak, datu-zentroa eta abar berrerabiltzea eta birziklatzea), bai prozesuen optimizazioarena.

## 7. Azpiegiturak

### 7.1 Osakidetzaren osasun zentro, ospitale edota eraikinei buruzko hamar urteroko plangintza garden eta partekatua egitea

- 7.1.1 Eraikinak berritu edota egituratzerakoan, bertoko Osakidetzako erabiltzaileekin eta profesionalen adosteko eta euren ekarpenak kontutan hartzeko espazioak abian jartzea.
- 7.1.2 Eraikinak berritu edota egituratzerakoan, osasun determinanteetatik azterketa bat egitea azpiegitura herri/hiri/lurraldean osasun-aktiboa izan dadin (antolakuntza urbanistikoan, mugikortasunean, ingurumenean, energetikoki, irsigarritasuna...).
- 7.1.3 Lehen Arretako osasun zentroak berritzea eta eraldatzea lehenestea, oztopo arkitektonikoak – fisikoak, sensorialak– ezabatuz eta profil berriak txertatzeko prestatuaz, bai eta urteroko konpromiso kreditua duen diru lerroa bermatuz ere.
- 7.1.4 Osasun zentroak eta ospitaleak berrituzerakoan edota berriak eraikituzerakoan, barne zirkuitu eta espazioak hobeto ordenatzea.
- 7.1.5 Azpiegiturak eraikituzerakoan, ikuskaritza eta jarraipen lanak hobetzea.

### 7.2 Osasun Publikoaren Euskal Institutuaren hornikuntza teknologikoa indartzea

- 7.2.1 Datuen bilketa, kudeaketa eta ikerketarako Osasun Publikoaren Euskal Institutuak behar duen informazio sistemaz hornitzea.
- 7.2.2 Laborategia garai berrietara egokitzeko eta indartzeko teknologian beharrezkoa den inbertsioa egitea.

### 7.3 Emergentziak Agentzia egitura espezifikoak eratzea, Jaurlaritzako gainerako sail eta erakundeekin elkarlanean

- 7.3.1 Ospitalez kanpo larrialdietan, emergentzietan diharduten agentzia guztiak egitura publiko bakarrean elkartzea.
- 7.3.2 Emergentzietarako bigarren sarea antolatzea, boluntarioen sarea, entrenatuak egongo direnak eta larrialdietan laguntzeko prestatuta. Ez ordezkatzeko lehenengo sarea, baizik eta lehenengo sareari laguntzeko, beharrezkoa denean.
- 7.3.3 Eguneratu gabe dagoen ospitalez kanpoko bihotz geldialdien –PCEH- aplikatiboa eguneratu eta indarrean sartzea.
- 7.3.4 Biktima anitzeko gertakarietarako NBQR kasuetarako lanketa abian jartzea.
- 7.3.5 Ekitaldi, kirol lehiaketa, jaialdi, ikuskizunetarako prebentzio eremua sortzea aztertzea.

#### **7.4 Zentro soziosanitarioetako farmazia-sorospenerako dagoen Farmabide proiektuaren garapena**

- 7.4.1 Urteko helburuekin bost urterako kronograma ezartzea.
- 7.4.2 Programa informatikoen eta haien interkonexioa erraztea, proiektuari esleitutako langile dotazioa ziurtatuz.

#### **7.5 Kogobernantzan oinarrituriko Farmazia publikoa eraikitzeko inguruko Erkidegoekin urratsak ematen hastea**

- 7.5.1 Osasun Sistema Publikoan gehien erabiltzen diren oinarritzko materialen, Munduko Osasun Erakundeak oinarritzko kontsideratzen dituen botiken eta stock haustura izaten duten farmakoen auto-kudeaketa sustatzea.

#### **7.6 Osasun Sistema Publikoaren azpiegitura logistikoan eta erosketetan efizienteak izatea**

- 7.6.1 Erosketetan efizientzia lortzeko prozedimenduak hobetzea.
- 7.6.2 Material desberdinen biltegi eta banaketarako, Osakidetzako biltegietako langileekin gure azpiegitura logistikoaren eredia adostea.
- 7.6.3 Osatek birpentsatzea.

#### **7.7 Prestakuntzarako azpiegituren hobekuntza**

- 7.7.1 Lurralde bakoitzean Osasun Sailaren eta EHUren arteko kudeaketa mistoko simulazio-zentro bat abian jartzea, ikerketa/teknologiako zentroekin lankidetzan, osasunaren prestakuntza-arloetako teknologia altu eta baxuko prestakuntzarako. Konplexutasun teknologikoaren arabera, EAEko lurraldeetako prestakuntza-arloetan deszentralizatuko da.

## 8. Farmazia

### 8.1 Lehen Arretako Farmazia

Pazienteen segurtasuna bermatzea, tratamenduaren eraginkortasuna hobetzea eta baliabideen erabilera egokiagoa sustatzea izango ditugu xede (beharrezkoak ez diren sendagaiak saihestuz eta beharrezkoak direnak optimizatuz).

8.1.1 Lehen Mailako Arretako taldearen barruan, farmazialariak ardura kliniko berriak hartzea:

- Pazientearen medikazioaren berrikuspen integrala, arazo farmakoterapeutikoak identifikatzeko elkarrizketa pertsonalizatuak eta tratamendua optimizatzeko medikuari edo beste profesional batzuei gomendioak ematea.
- Pazienteen tratamenduen bateragarritasuna aztertzea.
- Osasun-hezkuntzan parte hartzea tratamenduen atxikimenduari eta sendagaiei buruzko zantzak argitzen, bai osasun-taldearenak, bai pazienteenak berenak.

8.1.2 Forma farmazeutikoak egokitzeko edo horniduraz kanpo dauden medikazioen aukeran daudenak preskribitzeko ahalmena izatea.

8.1.3 Antibiotikoen erabilera optimizatzea oinarritzat duten programak sortzea.

8.1.4 Ospitaleko farmazialariaren eta farmazialari komunitarioaren arteko lotura egitea eta pazientearen asistentzia-jarraitutasunerako bermea izatea asistentzia-trantsizioetan.

### 8.2 Egoitzetako (Soziosanitarioa) Farmaziak

8.2.1 Farmabide sistema zabaltzea egoitza guztietara, baldin eta nahi badute.

- Egoitzei lehen arretako farmazialarien bidez laguntza bermatzea.

8.2.2 Sistema informatikoa bateratzea egoitzetan erabiltzen den farmaziarako sistema eta presbide bateragarriak izan daitezen eta bikoizketak saihestuz.

### 8.3 Ospitaleko Farmaziak

8.3.1 Farmazia arretaren jarraikortasuna bermatzea asistentzia-prozesua guztian zehar. Arta zeharkakoa, integrala eta integratua pazientearen zainketaren prozesu asistentzian osoan zehar:

- Ospitaleko Farmaziak asistentzia-taldeetan integratuak egotea, medikamentuak edozein maila/eremutan eraginkortasunez, segurtasunez eta efizientziaz erabiltzen lagunduz.
- Pazienteak/zaintzaileak tratamenduen gainean erabakiak hartzean inplikatzeko, jarraikortasunarekin, segurtasunarekin, atxikipenarekin eta egokitzapenarekin lotutako alderdietan informatuz.

### 8.3.2 Farmaziako teknikariaren (FT) figura ahalduntzea eta gaikuntza bultzatzea.

- FTak pazienteengan lortutako emaitzen partaide izatea lortzea, esleitutako zereginetan inplikatur.
- FTak farmazia-zerbitzuko arlo guztietan prestatu eta gaitzea, espezializatuz eta haien prestakuntza akademikoa osatuz.

### 8.3.3 Ospitaleko farmaziaren eraldaketa digitala aztertu eta planifikatu.

### 8.3.4 Erantzukizun sozial korporatiboa sustatzea Garapen Iraunkorreko helburuekin lerrokatuz.

- Ingurumenarekiko helburuak
- Ekitatea/Pobrezia
- Erabilpen jasangarri eta efizientea



## IV BLOKEA

# Osasun sistemaren zutabeak

1. Formazioa
2. Pertsonal politika
3. Hizkuntza
4. Harreman publiko-pribatua



# 1. Formazioa

Osasun Publikoaren Sistemak dituen prestakuntza-premiak ikuspegi global batetik aztertu behar dira eta unibertsitateko eta unibertsitatez kanpoko hezkuntza sistema osoarekin guztiz uztartuta.

Helburua hau da: Osasun Sistema Publikoa beharrezko baliabide profesionalen hornitua egotea, prestakuntza edo formazioa eta trebetasuna, ezagutza eta konpetentziak etengabe hobetuz, gaur egungo eta etorkizuneko osasun premiei eta premia sozialei arian-arian egokituz.

## 1.1 Sistemak Osasun Sistema Publikoko profesional guztien prestakuntza-ibilbidea bermatu behar du

- 1.1.1 Osasun Planarekin eta Osasun Sistemaren gainerako estrategia eta planekin lerrokatuta egongo den irakaskuntza-plan bat definitu eta onartu behar du.
- 1.1.2 OSI eta zerbitzu guztiek, edo kudeaketa-gaitasuna daukan edozein unitatek, bere prestakuntza-ibilbide propioa definitu behar du, bai eta bere finantzaketa ziurtatu ere.
- 1.1.3 Osasun Sistema Publikoak hasieratik definitu behar ditu lanpostu bakoitzaren konpetentzia, ezagutza, trebetasuna eta gaitasunak, lanbide-profil bakoitzerako.
- 1.1.4 Osasun Sistema Publikoak definitu diren konpetentzia horiei dagokien etengabeko prestakuntza eta oinarrizko eguneraketa bermatu behar du ibilbide profesional osoan zehar.
- 1.1.5 Lan-kontratuak lanaldiaren barruko prestakuntza-orduak definitu beharko ditu.
- 1.1.6 Prestakuntza-ibilbide honen definizioak karrera profesionalaren eredu berrikustea eskatuko du.
- 1.1.7 Prestakuntza-metodologiak doitu beharko dira, teknologia berrietara, Adimen Artifizialera, errealitate birtualera eta definizio handiko eta txikiko simulazio-guneetara egokituz.
- 1.1.8 Graduondoko ikasketetarako, egonaldietarako eta errotazioetarako beka eta laguntzen funtzionamendua ebaluatu beharko da, horiek sustatuz eta denbora "sabatikoa" txertatzea baloratuz.

## 1.2 Unibertsitatea errealitatera egokitutako eta osasun sistema publikoaren premia soziosanitarioei erantzuten dieten profesionalak prestatzen dituen gune bat izango dela bermatu beharko da

- 1.2.1 Unibertsitatean bermatu egin beharko da euskarazko prestakuntzaren eskaintza Medikuntzako, Psikologiako, Gizarte-Laneko eta Osasun Zientzietako gainerako graduatuko profesionalentzat.
- 1.2.2 Osasun Zientzietako Fakultateak errealitate bihurtzea. Osasun Zientzietako graduen arteko espazio komunak sortzea, bai eta prestakuntza-gune komunak eta simulazio-guneak ere, elkarbanatutako eta ekipoko praktikak egiteko.

- 1.2.3 EHUUn Erizaintzako plazen kopurua zabaltzea.
- 1.2.4 Medikuntza gradurako sarbidea berrikustea, interesa eta bokazioa dauzkan ikaslegoaren sarrera handitzeko. Erantzukizuneko % nota + elkarrizketa.
- 1.2.5 Medikuntzako irakaskuntza-gradua eraldatzea.
  - 1.2.5.1 Errealitatera egokitzea, lehen urtetik irakaskuntza praktikoa izan dadin, Lehen Arretaren ikuspegia txertatuz. Arazoetan eta kasuetan oinarritutako prestakuntza-metodologiak.
  - 1.2.5.2 Osasun Zientzien graduak (eta lehenitasunez Medikuntza gradua) irakaskuntza-metodologiako eta pedagogiako unitate batez hornitzea.
  - 1.2.5.3 Osasun Sailak EHUrekin duen bitariko batzordean azpibatzerde berezi bat abian jartzea, Medikuntzako ikasketak praktikoagoak eta errealitateari egokituagoak izan daitezen.
- 1.2.6 Unibertsitateko irakaskuntza-karrera erraztea eta erakargarriago bihurtzea (Medikuntza gradua bereziki) Osasun Sistema Publikoko profesionalentzat.
  - 1.2.6.1 Medikuntzako profesionalak erakartzeko araudia berrikustea, bereziki Lehen Arretakoak, Unibertsitatean irakasteko eta erantzukizuneko postuetarako, eta, premia izanez gero, figura berriak sortzeko.
  - 1.2.6.2 Garapen Profesionalean kontuan hartu beharreko pizgarriak eta neurriak adostea gradu-ko praktiketan inplikaturako profesional tutore euskaldunak bermatzeko.
  - 1.2.6.3 Lerro bakarra edukitzea EHUko Medikuntzako ikasketetan. Euskarazko eta gaztelaniazko lerroak bateratzea.
- 1.2.7 Graduondoko prestakuntzan irakaskuntza erakargarria eta kalitatezkoa bermatzea.
- 1.2.8 Psikologian, graduatarako eta masterretarako plazak ituntzeko zailtasunak aztertzea. Zailtasun horiek are handiagoak dira Unibertsitate publikoan, ez baititu pribatuek dituzten baliabide ekonomikoak. Praktikak egitea baldintza bat da zenbait titulazio lortzeko, eta horrek mugatu egiten du prestakuntzan dauden profesionalen kopurua.

### **1.3 Unibertsitatez kanpoko irakaskuntzatik errealitatera egokitutako profesioenak prestatu, Osasun Sistema Publikoaren premia soziosanitarioetara egokitzeko**

- 1.3.1 Goi-mailako tituluen baldintzak dituzten postuen egungo egoeraren azterketa. Premien plan bat definitzea.
- 1.3.2 Graduon prestakuntzatik kanpo geratzen diren kategoria guztietako irakaskuntzak diseinatu eta ezartzea, Lanbide Heziketarekin batera.
- 1.3.3 Hezkuntza Sailarekin batera prestakuntza programak sistema publikoaren egungo premietara egokitzea.

### **1.4 Osasun Prestakuntza Espezializatua**

- 1.4.1 Prestakuntza espezializatuko eskuduntza lortzea. Gogoratu beharra dago Gernikako Estatutuaren 16. artikulua euskal erakundeei ematen diela Konstituzioaren lehen xedapen gehigarrian adierazten

dena betetzea: "Konstituzioaren lehen xedapen gehigarrian erabakitzen dena aplikatzeko, irakaskuntza, zabalera, maila, gradu, era eta espezialitate guztietan, Euskal Herriko Komunitate Autonomoaren kompetentziapen dago". Era berean, barne-osasunaren eremuan, Gernikako Estatuaren 18.1 artikulua aitortzen du gure eskumena gauzatzeak kontuan hartu beharko duela Estatuarekin lankidetzan jardutea. Ministerioarekin eta Gainerako Autonomia Erkidegoekin koordinatuko da.

- 1.4.2 Espainiako Gobernuarekin negoziatzeko % 53ko erreserba MIR, EIR, PIR... plazetan, Euskal Herriko bi hizkuntza ofizialak dakizkitenentzat.
- 1.4.3 Landa-eremuko osasun zentroetako edo sakabanaketa geografiko handiko zentroetan prestakuntza-unitateen akreditaziorako beharrezko urratsak egitea, udalerrri txikietako kontsultategietan eta landa-eremuan lan egiten duten medikuek egoiliarrek prestatu ahal izan ditzaten.
- 1.4.4 Prestakuntza-unitateak eskualdeko ospitaleetara zabaltzea, hirugarren mailako ospitaleekin sarean lan eginez.
- 1.4.5 Espezialitateen premien azterketa eta belaunaldi-erleboa planifikatzea.
- 1.4.6 "Eskolako" espezialitateen prestakuntza Euskal Autonomia Erkidegoan akreditatutako zentro batean egin ahal izatea erabakitzea. Barne hartzen dira Medikuntza Prebentiboa eta Osasun Publikoa, bai eta Laneko Osasuna (Medikuntza eta Erizaintza) ere. Zentro honek gaur egun Osasun Prestakuntza Espezializaturako sarbiderik ez duten beste lanbide batzuei Osasun Publikoko master eta graduondoko prestakuntzarako sarbidea ahalbidetuko lieke.
- 1.4.7 Oposizioek arautzen duten Osakidetzarako sarbidea berrikustea, psikoterapiako prestakuntza eta esperientzia dokumentatzen duten psikologo guztiak sartu daitezten, bereziki balioetsiz psikologia komunitarioarekin hobeto uztartzen den talde-psikoterapiako prestakuntza, eta funtsezko erreminta izanik arretra-ratioak hobetzeko.
- 1.4.8 Super-espezialitateen akreditazio-sistema aztertu eta berrikustea eta gaikuntza aurreratuko arloen bitartez prestakuntza-ibilbideak ezartzea.

## 1.5 Azpiegiturak eta finantzaketa

- 1.5.1 EAEko Osasun Publikoko eta Osasun Administrazioako Eskola sortzea EHUarekin lankidetzan.
- 1.5.2 Lurralde bakoitzean Osasun Sailaren eta EHUren arteko kudeaketa mistoko simulazio-zentro bat abian jartzea, ikerketa/teknologiako zentroekin lankidetzan, osasunaren prestakuntza-arloetako teknologia altu eta baxuko prestakuntzarako. Konplexutasun teknologikoaren arabera, EAEko herrialdeetako prestakuntza-arloetan deszentralizatuko da.
- 1.5.3 Industria farmazeutikoaren eta teknologia medikoko industriaren finantzaketa arautzea eta Osasun Publikoko sistemaren helburu eta lerro estrategikoetarantz bideratzea.
- 1.5.4 Industriaren babesletza-sistema arautzea.
- 1.5.5 Osasun Sistema Publikoaren profesionalen interes-gatazkak arautzea eta zorrotz jokatzea gatazken aurrean.

## **1.6 Irakaskuntza ordenatzea eta sustatzea**

- 1.6.1 Medikuntzako profesionalak erakartzeko araudia berrikustea, bereziki Lehen Arretakoak, Unibertsitatean irakasteko eta erantzukizuneko postuetarako, eta, premia izanez gero, figura berriak sortzeko.
- 1.6.2 Garapen Profesionalean kontuan hartu beharreko pizgarriak eta neurriak adostea, tutore euskaldunak bermatzeko.
- 1.6.3 Osasun Prestakuntza Espezializatua indartzea eta sustatzea. Lan-jardunaren barruan barne hartzea.
- 1.6.4 Etengabeko prestakuntzan irakasle gisa parte hartzea bultzatzea eta sustatzea, Lehen Arretako profesionalei lehentasun berezia emanez.
- 1.6.5 Simulazio bidezko prestakuntzak esfortzu eta dedikazio garrantzitsua eskatzen du, denbora behar duten ekipoen (irakaskuntza-komiteak) partaidetzan oinarrituta egoteaz gain.

## 2. Pertsonal politika

### 2.1 Langileen lan baldintzak oinarritzen diren araudiak garai berrietara egokitzea, kalitatezko osasun arreta bermatzeko

- 2.1.1 Osakidetzako lanpostu funtzionalen 186/2005 Dekretua berritzea, gizartearen premiei etengabe erantzuteko tresna malgua eta eraginkorra izan dadin.
- 2.1.2 2009tik berriro gabe dagoen lan hitzarmena eguneratzea.
- 2.1.3 Kontratazio zerrenden funtzionamendua efizientea izateko kudeaketa aldatzea.
- 2.1.4 Betetzen zailak diren lanpostuetan jarraitzeko pizgarriak ematea, mugikortasuna murrizteko eta luzarokotasuna bermatzeko.

### 2.2 EPE-en eredia eta kudeaketa eraldatzea. Kudeaketa efiziente, eraginkor eta azkarra ziurtatzeko

- 2.2.1 Osasun Sistema Publikoko langileei euren ibilbide profesionalean EPE bakarria ezartzea. EPE bat egitea nahikoa izango da bizitzan laboralean eta hurrengo EPE-etarako gordeko da nota. Modu boluntarioan interesdunak azterketa egin eta nota hobetu nahi badu, aukera izango du.
- 2.2.2 EPE-en kudeaketa efizienteago baterako kudeaketa eredia birplanteatu eta automatizatzea.

### 2.3 Osakidetzari dimentsionamendu egokia bermatzea

- 2.3.1 Langileen kudeaketa eta planifikaziorako, plantilla funtzionala kontuan hartzea, eta ez egiturazko plantilla.
- 2.3.2 Osakidetzak plantilla bakar garden eta ordenatua izateko, egiturazko plantilla eta funtzionala –egunerokoa– bateratuko dira, herritarrekin gardentasun osoz jokatu eta kudeaketa efizienteagoa egiteko.
- 2.3.3 ESI bakoitzean batzorde bat sortzea (langileen batzordea izan daiteke), ESI-ko zuzendaritzarekin, koderik ez duten lanpostuak azalertzeko eta identifikatzeko eta dauden beharrak zehazteko. Hala, ESI bakoitzean adostu eta erabakiko da zenbat osasun profesional –kategoria guztietakoak– behar diren.
- 2.3.4 Herritarren artean osasun arretaren ekitatea bermatzeko, ESI-en artean profesional kopuruaren eta funtzioen alderaketa egin behar da. Horretarako, aktibitatearen eta profesionalen lan-kargaren analisia egingo da.
- 2.3.5 Orain arte Osakidetzan urriak diren lanbideak edota ez daudenak integratzeko urratsak egitea, kalitatezko arta soziosanitarioa ziurtatzeko.

## **2.4 Osasun langileak Osasun Sistema Publikora erakartzea eta fidelizatzea, Lehen Mailako Arreta lehenetsiz**

- 2.4.1 Indarrean dagoen kontratazio politika eraldatuko da. Lanpostu egonkorak eta iraupen luzekoak eskainiko dira. Eta prestakuntza-orduak –Osasun Sistema Publikoko prestakuntza ibilbide ofiziala– lan kontratuen barruan sartuko dira. Era berean, ikerketa egiteko orduak lan ordutegiaren barruan aintzat hartuko dira.
- 2.4.2 Lehenetsia emango zaio Lehen Mailako Arretaren kontratazio eredu eraldatzeari. Horrek, lan kontratu eredu berriak luzarokotasuna ziurtatzea sustatu beharko du. Landa eremuan, herri txikietan eta dispersio handiko Lehen Arretako osasun zentro edota anbulatorioetan soldata altuagoak eskainiko dira, bai eta pizgarriak ere (puntuazioan, kontziliazioan, ordutegien eta lanaldien malgutasuna ...), eta Garapen Profesionalerako balio erantsia izango du.
- 2.4.3 Nominak bateratu, sinplifikatu eta gardentasunez kudeatuko dira, ESI guztietako langileen artean ekitatea ziurtatzeko. Osagarrietan oinarritzen den nomina batetik egiturazko nomina batera pasako da.

## **2.5 Belaunaldi aldaketa planifikatzea**

- 2.5.1 Bost urtean behin Langileen Plangintza garden eta publikoak egingo dira, erretiroak eta genero-ikuspegiaren eragina (haurdunaldiak, zaintzarako baimenak...) aurreikusi eta planifikatzeko neurriak barne.
- 2.5.2 EAEko Osasun Sistema Publikoan ari diren egoiliarrei (gainerako profesionalei bezala) bertan geratzeko eskaintza erakargarriak egingo zaizkie, kontratu estrategikoen bidez, euren prestakuntza ibilbidea amaitzear daudenean. Atsedenerako baldintza duinak eta pizgarriak (soldatukoak zein bestelakoak) eskainiko zaizkie.

## **2.6 Beste osasun sistema batzuetan lan egiten duten profesionalak erakartzea**

- 2.6.1 Sistema pribatuan lan egiten duten profesionalei Osakidetzak euren lan esperientzia kontuan hartuko die kontratazioetan eta EPE-etan, Hezkuntza Publikoan egiten den antzera, Osakidetzako Mahai Sektorialean adosturiko terminoetan.
- 2.6.2 Osakidetzan profesionalak espezialitate bateko lan eremu bati atxikitzeko lan kontratuak garatuko dira, profesionalizazioa eta ezagutza sustatzeko eta osasun artaren kalitatea ziurtatzeko.
- 2.6.3 Diziplina anitzeko ekipoak eratuko dira, taldean lan egiteko kultura garatuz, zerbitzuen orain arteko kultura eraldatzeko. Horretarako, prozesuka lan egitea sustatuko da. Prozesuei adierazleak jarriko zaizkie. Adibide bezala, hor dugu Bihotzez, orain dela urte batzuk abian jarritakoa.

## **2.7 Pazienteari kalitatezko arreta bermatzeko praktika eta kudeaketa onak sustatzea**

- 2.7.1 Osasun Sistema Publikoan ari diren langileen lan jardunaldia, zereginak eta aktibitatea gardentasunez definitzea eta betearazteko mekanismoak indarrean ezartzea.

- 2.7.2 Osasun zentroetan zein ospitaletan euren lanaldia betetzen ez duten langileen jokabideak zuzentzeko neurriak hartuko dira.
- 2.7.3 Autokontzertazioa jaisteko eta Osakidetzan ditugun azpiegituren errendimendua hobetzeko, indarrean diren praxi desegokiak zuzenduko dira eta, ospitaletan arratsaldeko txandak normalizatzeari begira, plantilla birdimentsionatzeko dauden beharrak identifikatuko dira.
- 2.7.4 Osakidetzan erantzukizunak dituzten profesionalak modu eskusiboan jardungo dute Osasun Sistema Publikoan. Halaber, gainerako profesionalen egoera aztertuko da, bateraezintasunen araudia betetzen aurrera egiteko, Funtzio Publikoan diharduten gainerako langileen moduan. Ildo horretan, azterketa bat egingo da sistema publikoan eta pribatuan aldi berean jarduten duten profesionalak identifikatzeko, erregistro bat egiteko. Beraiek jardun publikotik pribatura egiten dituzten deribazioak desagerrarazteko mekanismoak ezarriko dira, baita sistema pribatuan baliabide publikoak erabiltzea galarazteko ere.

## **2.8 Osasun Publikoaren Euskal Institutuko profesionalen lan baldintzak erakargarri egitea**

- 2.8.1 Osakidetzako profesionaletikiko arrakala ekiditea, lan baldintzak parekatuz.
- 2.8.2 Osasun Publikoaren Euskal Institutuko langileen guardia-sistema (alerta sanitarioak) aztertuko da.
- 2.8.3 Institutuaren ESI pareko egituretan diziplina anitzeko ekipoak osatzea, maila lokalean osasun sustapen eta komunitarioa garatzeko, lehen mailako eta udal mailako zerbitzuei zein orientazio zerbitzuari euskarri tekniko emanaz. Aipaturiko ekipoak osatuko dira ondorengo profilez: fisioterapeutak, gizarte langileak, terapia okupazionalakoak, nutrizionistak, CAFyD, psikologoak, erizain komunitarioak.

## 3. Hizkuntza politika

### 3.1 Kalitatezko Osasun Arreta eskaintzeko eta emateko gai diren osasun langileak prestatzea

- 3.1.1 Unibertsitatean Medikuntzan, Psikologian, Erizaintzan eta osasun arloko gainerako ikasketetan euskarazko eskaintza bermatzea.
- 3.1.2 Medikuntza ikasketako bi lerroak –euskarazkoa eta gaztelerazkoa– lerro bakarrean bateratzea eta eredu edo lerro bakarra, eleaniztuna, ezartzea: ingelesez, euskaraz eta gaztelaniaz.
- 3.1.3 Mediku egoiliarren eta, oro har, osasun profesionalen graduondoko prestakuntzaren kudeaketaren eskuduntza lortzea.
- 3.1.4 EAEko Medikuen Elkargoekin, EHUekin eta gainerako unibertsitateekin elkarlanean, BAME eta gainerako azterketak prestatzeko akademia euskalduna sortzea, bai eta azterketa euskaraz egiteko aukera aztertzea ere.
- 3.1.5 BAME eta gainerako enplazatuen %53 Hego Euskal Herriko bi hizkuntza ofizialak menperatzen dituztenentzat gordetzea, Madrilekin negoziatuz.
- 3.1.6 Tutore euskaldunak bermatzeko, pizgarriak eta Garapen Profesionalean kontuan hartzeko neurriak adostea.

### 3.2 Langileen etengabeko prestakuntza ziurtatzea

- 3.2.1 Euskara ikastaroak eskaintzea lan orduetan eta lan orduetatik kanpo, malgutasunez, doakoa eta erantzukidetasun sozialarekin.
- 3.2.2 Euskara kontuan hartuko duten Harrera protokoloak ezartzea Osasun Sistema Publiko osoan eta ESI guztietan, paziente euskaldunekiko eta euskararekiko jarrerak egokiak izan daitezen.
- 3.2.3 Hizkuntzak, oro har, eta euskarak, zehazki, osasun arretan duten garrantzia azpimarratzeko etengabeko prestakuntza ziurtatzea, ibilbide formatibo ofizialaren barruan, aurrez aurrekoak zein online ikastaroak antolatuz.
- 3.2.4 Garapen Profesionalean euskara kontuan hartzea, pizgarriak eskainiz osasun arreta euskaraz bermatzen duenari.

### 3.3 Historia Klinikoa euskaraz

- 3.3.1 Langileei euskaraz lan egiteko eskubide osoa bermatzea. Baliabide juridikoak zein teknikoak eta kode etikoak egokitzea, historia klinikoa euskaraz lantzea ahalbidetu, sustatu eta bultzatzeko.
- 3.3.2 Pazientearen funtsezko hizkuntza-eskubideak aitortzea. Pazienteek euren historia klinikoa euskaraz edukitzeko eskubidea bermatzea.

- 3.3.3 Segurtasun klinikoa bermatzeko baliabideak jartzea.
- 3.3.4 Lan egiteko dauden eta beharrezkoak diren aplikazio guztiak zein dokumentazio osoa bi hizkuntza ofizialetan bermatzea, bai eta pazienteei bideraturiko dokumentazioa ere.
- 3.3.5 Osakidetzaren balioaren estrategiarekin lerrokaturik, eta ematen den arretaren emaitzak neurtzeko, PREM eta PROM galdetegiak erabili beharko dira, arian-arian. Horretarako, euskaraz baliozkotu behar dira, ezarri baino lehenago.

### **3.4 Hizkuntza Politikaren antolaketa efizientziaz txertatzea Osakidetzaren egituran**

- 3.4.1 Hizkuntza Politikarako Zuzendaritza sortuko dugu, Giza Baliabideen Zuzendaritzatik kanpo, autonomia, Zuzendaritza Nagusian kokatuta.
- 3.4.2 Herrialde bakoitzak Hizkuntza Politikarako Zuzendaritza izango du.
- 3.4.3 ESI guztietan euskara teknikariak izango ditugu.
- 3.4.4 Euskara Planaren helburuak, garapena, oinarriak eta ebaluaketa berraztertzea. Hemendik aurrera Euskara Planak ebidentzian oinarritzea eta pertsonak helburu izatea, kalitatezko eta ekitatezko arreta bermatzeko, eta erakundearen antolakuntza, egituraketa eta ingurune soziala kontuan hartzea.

### **3.5 Hizkuntza Politika eraginkorra, efizientea eta ekonomikoki jasangarria**

- 3.5.1 Bi hizkuntza ofizialak ezagutu eta akreditatu behar dira.
- 3.5.2 Behin-behineko salbuespenak emango dira, alegia, epe bat profesional horrek hizkuntza eskakizuna lor dezan.
- 3.5.3 Behin betiko salbuespenak emango dira, erregelamenduz hainbat lanpostutarako hala erabakitzen bada; bai gaztelaniaz, bai euskaraz osasun arreta emateko salbuespenak.

### **3.6 Pazientei kalitatezko eta ekitatezko Osasun Arreta jasotzeko eskubidea bermatzea**

- 3.6.1 Osakidetzak edozein erabiltzaileren hizkuntza-beharrei erantzun behar die, nolana hikoak izanik behar horiek.
- 3.6.2 Pazienteari arreta maila guztietan eskaintza aktiboa ziurtatzea. Osasun Sistema Publikoko zerbitzu guztiak behartuta daude zerbitzua pazienteak aukeratutako hizkuntza ofizialean bermatzera. Pazienteak ez du inolaz ere eskatu beharko, beti eskaini beharko zaio.
- 3.6.3 ESI eta zerbitzu bakoitzak ebaluatu eta neurtu behar du euskararen erabilera. Ebaluaketa ez da Hizkuntza Eskakizunera mugatu behar, euskaraz ematen den arreta izango da batez ere neurtu beharrekoa.
- 3.6.4 Osasun arreta euskaraz/gazteleraz bermatzeko estandar klinikoak ezartzea, eremu administratiiboaz gaindi.
- 3.6.5 Pazienteak artatua izateko lehentasunez aukeratu duen hizkuntza jasotzen duen erregistroa

izango da etengabeko prozedura, eskaintza aktiboaren bitartez. Langileek horretarako berariazko formazioa jaso behar dute.

- 3.6.6 Osakidetzak, euskara zerbitzuaren bitartez eta beste erakunde eta eragileekin elkarlanean, euskarazko arretaren jarraipena egingo du, paziente guztiei kalitatezko eta ekitatezko arreta bermatzeko.
- 3.6.7 Hizkuntza Politikarako plangintzan eta jarraipenean pazienteen parte-hartzea bermatuko da.
- 3.6.8 Pazienteak inplikatzeko dituzten ikerketa guztiak ele bitan ziurtatzea. Osasun Sailak bere baitan hartzen dituen ikerketa proiektu guztietarako aplikagarria den ikerketa-protokoloa ezarri behar du, hizkuntza ofizialen presentzia bermatzeko eta bazterketak ekiditeko.

## 4. Harreman publiko pribatua

### 4.1 Herritarren kontrol publikoa ezartzea, osasuneko gastua kontrolatzeko. Osasun-gastuari buruzko gardentasuna eta kontu-ematea hobetzea Osasun Sailak eta Osakidetzak kontzertatuta edota kanporatuta dituen zerbitzuei dagokienez

- 4.1.1 Herritarrei sarbidea ematea datu irekien atarira, eta auditoriak, gizarte zibilak bultzatuta, informazioa herritarren esku jartzeko.
- 4.1.2 Neurketa- eta ebaluazio-sistema irisgarri eta gardena definitzea, aurrez Legebiltzarreko Osasun Batzordearekin adostuta, herritarrei jakinarazteko Osasun Sistema Publikoan kontzertazioan eta zerbitzuen kudeaketan kanporatzen diren kontratuetan zenbat eta nola gastatzen den.
- 4.1.3 Mapa- diagnostiko bat egingo da, hasteko, Osasun Sistema Publikoan kanporatuak, kontzertatuak ditugun zerbitzuen bolumena, ezaugarriak, eragin ekonomikoa, asistentziala ezagutzeko.
- 4.1.4 Irizpide eta justifikazio-prozesu gardenak ezartzea, nahitaez bete beharrekoak eta publikoak Legebiltzarreko Osasun Batzordearen aurrean kontu emateko, Herri Kontuen Euskal Epaitegiaren laguntzarekin, asistentzia-zerbitzuak hitzartu ahal izateko.
- 4.1.5 Sei hilean behin, ESIko eta LMAUBko zuzendaritzek herritarren aurrean kontu emango dute, eta herritarren eskaerak eta kezak entzungo dituzte.

### 4.2 Epe ertainera begirako plan bat diseinatzea, egiturazko zerbitzuen prestazio pribatua pixkanaka ordezteko aukera emango duena Osakidetzaren bidez zuzenean hornituz, batez ere ESI-etako batean dagoeneko eskaintza publiko baliokidea dagoen kasuetan

- 4.2.1 Lehentasunez eta premiaz Tolosaldeko ESI osoa publikatzea. Tolosaldeko ESiren zerbitzu-zorro osoa publikoa izatea.
- 4.2.2 Osasun Arreta eskaintzen duten zerbitzu guztien kudeaketa publikoa izatea:
  - 4.2.2.1 Emergentziak ESI-a bere osotasunean publikatzea. Bere baitan integratuz Osasun Garraio Programatua. Azken bide honi ekiteko, hots, Osasun Garraio Programatua publikatzeko, plan bat eta kronograma bat adostuko dugu.
  - 4.2.2.2 Larrialdiko Etxeko Osasun Zerbitzua.
  - 4.2.2.3 Gipuzkoako gaixoei bihotzeko kirurgia pribatuan egin behar izatea eta hainbatek azterketa hemodinamikoak pribatuan egin behar izatea bertan behera utziko dugu.
  - 4.2.2.4 Zainketa Aringarrietako psikologia zerbitzua publikatuko dugu.
  - 4.2.2.5 Kanporatuak dauden Osasun Mentaleko errekurtsoak publikatzeko azterketa bat egingo dugu.
- 4.2.3 Auditoria bat egingo dugu, ESI bakoitzean eta Osakidetzako zentraletan eta Osasun Sailean dauden kontratu guztiena.

- 4.3 Behin eta berriz errepikatzen diren edo eragin ekonomiko handia duten zerbitzu itunduak edo kanporatuak berrikustea, efizientziaren, ekitatearen, irisgarritasunaren eta asistentziaren jarraitutasunaren irizpideak aplikatuz, sistema publikoak antzeko baldintzetan edo baldintza onuragarriagoetan bere gain har ditzakeen kontratuak berzuzentzeko edo eteteko, osasun-kostuari eta -emaitzei dagokienez.**
- 4.4 Enpresa pribatuak Osakidetzan duten jarduerari dagokionez, gardentasun- eta kontrol-mekanismoak indartzea, gainbegiratze-, salatze- eta zigor-prozedura eraginkorrak ezarriz, eta, hala badagokio, kontratazio publikotik baztertzea ez-betetze larrien edo errepikatuen aurrean.**
- 4.5 Herritarrak Osasun Sistema Publikoan konfiantza errekuperatzea.**
- 4.5.1 Osakidetzan erantzukizunak dituzten profesionalak modu eskusiboan jardungo dute Osasun Sistema Publikoan. Halaber, gainerako profesionalen egoera aztertuko da, bateraezintasunen araudia betetzen aurrera egiteko, funtzio publikoan diharduten gainerako langileen moduan. Ildo horretan, azterketa bat egingo da sistema publikoan eta pribatuan aldi berean jarduten duten profesionalen erregistro bat izateko. Beraiek jardun publikotik pribatura egiten dituzten deribazioak desagerrarazteko mekanismoak ezarriko dira, baita sistema pribatuan baliabide publikoen erabilera kentzeko ere.
- 4.5.2 Osasun Sistema Publikoko agintariak behin euren mandatua bukatu ostean enpresa pribatuko ardurak izateko araudia ber-planteatzea.
- 4.5.3 EAE-ko medio publikoetan Osasun Sistema Publikoa ezagutarazteko kanpainak, formazio saioak.
- 4.5.4 Osasun Sailak diseinatu eta onartzen dituen estrategiak, planak OSP-ko langileekin, arduradunekin, OSPko erabiltzaileekin landu eta definitzea, kanpo enpresak alboratuz.
- 4.6 Osakidetzan erabaki klinikoak, prestakuntzakoak eta kudeaketakoak hartzeko orduan farmazia-industriak eta osasun-teknologiak duten eragina mugatzeko neurriak ezartzea, independentzia profesionala, erakunde-harremanen gardentasuna eta interes-gatazken prebentzioa bermatuz.**
- 4.7 Praktika onak sustatzeko neurriak ezartzea.**
- 4.7.1 Pizgarriak diseinatzea eta garatzea praktika onak ezartzeko prozesuan inplikaturik dauden eta hobekuntza-taldeetan parte hartzen duten eta/edo horiek zuzentzen dituzten langileentzat.
- 4.7.2 Osakidetzako langileen lanaldia gardentasunez definitzea eta gauzatzeko mekanismoak ezartzea.
- 4.7.3 Zentro edo ospitale publikoetan lanordua betetzen ez dituzten langileen jokabideei amaiera ematea.
- 4.7.4 Pribatuan baliabide publikoak ez erabiltzeko kontrol-neurriak ezartzea eta, aldi berean, deribazio interesatuak saihestea.

- 4.7.5 Industria farmazeutikoaren eta teknologia medikoaren finantzaketa arautzea eta bideratzea, Osasun Sistema Publikoaren helburu eta ildo estrategikoetara bideratuz.

#### **4.8 Kudeaketan efizientzia irabaztea**

- 4.8.1 Autokontzertazioa jaisteko Osakidetzan eta ditugun azpiegituren errendimendua hobetzeko indarrean diren praxi ez egokiak zuzentzea, arratsaldeko txandak normalizatzeko plantillaren berdimentsionamendurako dauden beharrak identifikatuz.
- 4.8.2 Kontratuen baldintza tekniko eta ekonomikoak administrazioaren aldetik betearaztea.



## V BLOKEA

# Lerro espezifikokoak

1. Zainketa aringarriak eta bizitzaren amaiera
2. Minbizia
3. Gaixotasun neurodegeneratiboak
4. Gaixotasun arraroak
5. Kardiobaskularrak
6. Kronikoen zaintza
7. Soziosanitaria



# 1. Zainketa aringarriak eta bizitzaren amaiera

## 1.1 Pertsona guztien eskubideak bermatzea bizitzaren amaierako prozesuan

- 1.1.1 Sistemaren prestazio soziosanitarioen zorroan zerbitzuak sartzea eta garatzea, 11/2016 Legea, Eutanasia arautzeko 3/2021 Legea, Aurretiazko Borondateen Euskal Erregistroa arautzen duen 9/2024 Dekretua, eta Zainketa Aringarrien Plana betetzeko.
- 1.1.2 Zainketa aringarrietako unitateek eta etxeko ospitalizaziokoek diziplinarreko unitate espezifiko-tzat hartzeko irizpideak betetzen dituztela egiaztatzea EAE osoan.
- 1.1.3 Herritarrek zainketa aringarrien plan pertsonalizatua izateko eskubidea dutela ezagutzera ematea eta sustatzea, bai eta instituzionalizatutako pertsonena ere (adinekoak, desgaitasuna dutenak...), ikuspegi integraletik begiratuta eta bizitzaren amaierako zaintzen plangintza partekatuta.
- 1.1.4 Arloko profesionalek eta eragileek osatutako kontseilua eratzea, legeetan, araudietan eta haie-tatik etorritako planetan jasotako eskubideak, betebeharrak eta prestazioak betetzen ote diren ikusteko.

## 1.2 Bizitzaren amaierako kalitatearen egoera ezagutzea EAEn

- 1.2.1 Heriotza Duinaren Behatokia sortzea.
- 1.2.2 Adierazleak dituen ebaluazio-sistema bat definitzea, datuak biltzeko eta etengabe hobetzen jarrai-tzeko (aginte-aula).
- 1.2.3 Bizitzaren amaierako prozesuan pertsonen eskubideak eta duintasuna bermatzeari buruzko uztai-laren 8ko 11/2016 Legea betetzeko eskatzea, bi urtean behin argitaratu behar den txostenari dago-kionez. Argitaratu zen txosten bakarra 2019ko otsailean plazaratu zen.

## 1.3 Lehen Mailako Arretako, Arreta Espezializatuko eta Egoitzetako profesionalek bizitzaren amaierari begira duten prestakuntza bermatzea, pertsonen bizitzaren amaieran dituzten eskubide guztiei buruzko informazioa barne

- 1.3.1 Nahitaezko prestakuntza-plana maila bakoitzerako.
- 1.3.2 Langile berrientzako eta gaian sakondu nahi duten osasun-langileentzako etengabeko prestakun-tza-plana.
- 1.3.3 Profesionalek gaixotasun aurreratuak dituzten pazienteei eta haien familiei bizitzaren amaieran zer eskubide dituzten jakinaraz diezaieten lortzea, eutanasiaren aukera barne, desgaitasun handia

edo sufrimendu-maila handiak eragiten dituzten gaixotasun terminalak edo kronikoak direnean, eta hartzen dituzten erabakiak errespetatu daitezkeen lortzea.

1.3.4 Sentsibilizazio- eta prestakuntza-plana.

1.3.5 Une honetan Osakidetzak kontratatutako enpresetan lan egiten duten langileei prestakuntza ematea lehen arretako ordutegitik kanpo etxez etxeko abisuak egiteko.

1.3.6 Dokumentazio informatiboa prestatzea eta informazio hori asistentzia sanitario eta soziosanitarioarekin lotutako leku publiko eta pribatuetan agertzea.

1.3.7 Mendetasuna epe egokietan aitortu dadin lortzea, behar diren zaintzak behar den denboran planifikatzea eta laguntzen eta onuren berri ematea.

## **1.4 Herritarrak ahalduzko bizitzaren amaieran dituzten eskubideen inguruan**

1.4.1 Aldian behin informazio- eta sentsibilizazio-kanpainak egitea.

1.4.2 Aurretiazko borondateen dokumentuak egiteko eta erregistratzeko itxaron-zerrenda kentzea.

1.4.3 Hirugarren adinekoentzako egoitza pribatuetan edo/eta itunduetan, nahiz ospitaleetan eta beren etxeetan dauden pertsonen osasun-egoera ezagutzeko prozedurak ezartzea.

1.4.4 Osasun-zentroetako eta zentro soziosanitarioetako hasierako egoera ezagututa, hobetzeko helburuak ezartzea.

1.4.5 Sedazio aringarria eskuratzeko aukera bermatzea 24-7-365 egunetan, eta hura behar duen pertsona egon daitekeen leku guztietan.

## **1.5 Bizitzaren amaiera pertsonak aukeratzen duten lekuan izan dadin lortzea, aukeratutako osasun-arretaren baldintzetan (tratamendu aringarriak, eutanasia...) eta konfiantzazko pertsonak lagunduta (senideak eta/edo hurbilekoak), bai osasun-zentroetan, bai zentro soziosanitarioetan eta etxeetan**

1.5.1 Adinekoen egoitzetan pertsonak nola hiltzen diren jakiteko ikuskapenak egitea.

1.5.2 Hasierako egoera ezagututa, hobetzeko helburuak ezartzea.

## **1.6 Eutanasia-prozesua hobetzea**

1.6.1 Unitate tekniko-administratibo bat izatea herritarrei arreta emateko, eskaerak kudeatzeko, arazoak konpontzeko eta Berme eta Ebaluazio Batzordeari laguntzeko.

1.6.2 Eutanasia-eskaeren erregistroa bermatzea hartaz arduratuko den medikua aurkitu aurretik.

## **1.7 Familiari eta zaintzaileei laguntzea**

1.7.1 Doluari arreta emateko programak ezartzea eta dolu patologikoari aurre egiteko baliabide psikologikoak izatea. Adin maila guztietan.

1.7.2 Ikastetxeetan dolua lantzea.

## **1.8 Baliabide soziosanitarioak hobetzea eta halako gehiago jartzea**

1.8.1 Psikologia-baliabidea kanpora ateratzea amaitzea (hitzarmena Caixarekin).

1.8.2 Lehen arretako ordutegitik kanpo kontzertatua dagoen etxez etxeko zerbitzua publikatzeko egutegia diseinatzea.

1.8.3 Ospitaleetan, psiko-onkologiako plantilla handitzea, zainketa aringarriak dituzten pazienteei, oro har, estaldura eman ahal izateko.

1.8.4 Pediatriako zainketa aringarrietako langileen hornidura eta prestakuntza handitzea hiru lurraldeetan, herritarrei ekitatea bermatzeko.

## 2. Minbizia

### 2.1 Paziente onkologikoei arreta pertsonalizatua ziurtatzea

- 2.1.1 Plan pertsonal onkologikoak garatzea, arretaren plangintza partekatuan oinarrituak. Plan horiek pertsonen balioak eta erabakiak errespetatuko dituzte, eta beren arretari buruz erabaki informatuak hartzeko aukera emango diete, dituzten behar emozionalak, psikologikoak, espiritualak eta sozialak landuz.
- 2.1.2 Erreferentziatzeko pertsona bakarra definitzea, paziente eta ekipo interdiziplinarraren artean adostua izango dena; prozesu guztiak zentralizatuko dituen eta pazienteari bide osoan lagunduko duena. Horretarako, erizaintzako langile egonkor eta erreferentzialak jarriaz prozesuetan aritzeko.
- 2.1.3 Profesionalen artean komunikazio enpatikoa eta kalitatezkoa lantzea pazienteei buruz, bai eta profesionalen eta pazienteen artean ere.
- 2.1.4 Plan Onkologikoa bideratzeko eta inplementatzeko figura bat ezartzea.

### 2.2 Paziente onkologikoentzako arreta-eredu integrala eta diziplina anitzekoa bermatzea

- 2.2.1 Paziente onkologikoei arreta emateko profil profesional berriak sartzera, hala nola fisioterapeutak, nutrizionistak, psikologoak, terapeuta okupazionalak, gizarte-langileak, laguntza biopsikosoziala ziurtatzeko.
- 2.2.2 Laguntza-ibilbideak definitzea, prozesu onkologikoaren fase guztiak barne hartuta (diagnostikoa, tratamendua eta jarraipena), bai eta bizitzaren amaiera ere, beharrezkoa bada, zainketa aringarrietako taldeak ere inplikatuta.
- 2.2.3 Aurre-errehabilitazioa eta errehabilitazioa integratzea minbizia duten pertsonentzat.
- 2.2.4 Minbizia gainditu duen pazientearen ikuspegia eta esperientzia txertatzea.

### 2.3 Koordinazio-sistemak ezartzea laguntza-mailen artean eta espezialitateen artean

- 2.3.1 ESI guztietan Minbizia zirkuituak homogeneizatzea, eta zirkuitu horiek zabaltzea beste neoplasia batzuetarako, Lehen Mailako Arretatik deribazioa hobetzeko.
- 2.3.2 Laguntza-prozesu bakoitzean parte hartzen duten espezialitateak identifikatzea eta definitzea, koordinazioa hobetzeko (erradiologia, kirurgia, anatomia patologikoa, etab.).

### 2.4 Erakundeen arteko koordinazio-sistemak ezartzea

- 2.4.1 Laguntza-prozesu bakoitzean beste erakunde batzuetako ordezkariak sartzeko aukera aztertzea: lan-osasuna, berritzeguneak, etab, pazientearen eta familien beharrak kontutan hartuta.

2.4.2 Aholku Batzordearen osaera berrikustea.

## **2.5 Sustapeneko eta lan komunitarioko programak diseinatzea**

2.5.1 Osasun Publikoak diziplina anitzeko taldeak izango ditu osasuna sustatzeko jarduera betetzeko, eta sareak eratuko dituzte herritarrekin batera lan egiteko, udal-mailako orientazio-zerbitzuen eta erizain komunitarioaren bidez.

2.5.2 2018-2023 Plan Onkologikoaren ebaluazioan ateratako ondorioak kontuan hartuta lanean sakontzea, alderdi sozioekonomikotik eta ingurumen-alderditik begiratuta. Ekitatea osasunean.

## **2.6 Minbizia bahetzeko programak**

2.6.1 Bahetze-programak Osasun Publikoko zerbitzu-zorroan sartuko dira, eta beharrezko baliabideez hornituko dira dagoeneko ezarrita dauden programak ebaluatzeko eta programa berriak abian jartzeko.

2.6.2 Bahetze-programak eskura dagoen ebidentziarik onenean oinarrituko dira, eraginkortasun-irizpi-deak aintzat hartuta, eta aldi behin baloratuko da programa guztiek jarraitzea egokia den ala ez.

## **2.7 Haurren eta nerabeen minbiziari arreta emateko ildo espezifikoak**

2.7.1 Ospitaleetako azpiegiturak egokitzea eta hobetzea, tratatutako haur eta nerabeei eta haien familiei espazio egokiak eskaintzeko: itxarongela, eguneko ospitalea, aisialdirako guneak eta banakako gelak.

2.7.2 Informazio-protokoloak eta tratamenduekin lotutako prozesuak prestatzea, familiak aktiboki parte har dezan adingabearen tratamenduan eta zaintzan, osasun-taldearekin elkarlanean. Era berean, norabide horretan esku hartzeko eta prestatzeko, zainketa aringarrietarako eta dolurako protokoloak diseinatzea, osasun-taldeen lana errazteko.

2.7.3 Haurren Minbiziari buruzko Ikerketa Klinikorako Baterako Unitatea sortzea.

## **2.8 Prestakuntzan eta ikerketan sakontzea**

2.8.1 Tumoreen sekuentziazioa antolatzea eta definitzea. EAEn erreferentziazko zentro indartsu bakarra eraikitzea, Europako eskakizunen arabera. Une honetan, gatazka dago Donostiako ospitalearen eta Gurutzetako ospitalearen artean. Gatazka-egoera hori gainditu eta elkarlanerako bidea irekitzea, biak unitate batean batuta.

2.8.2 Haiek ados egonez gero, Bartzelonako Clinic Ospitalearekin lankidetzan aritzea sustatzea, CAR akademikoak garatzeko. Clinicek badu EMA agenziaren baimena CAR akademikoan.

2.8.3 Saiakuntza klinikoetarako azpiegitura sendoa definitzea eta garatzea. Bere hiru faseekin, aurrezpen farmazeutikoa bultzatu eta hartan lagunduko digun estrategia bat garatzeko. Hori guztia ezin da profesionalen borondatean oinarritu; Osakidetzak estrategia bat behar du.

## **2.9 Informazio- eta ebaluazio-sistemak**

- 2.9.1 Osabiden prozesu onkologikoa identifikatzea, prozesu farmakoterapeutikoa barne (Onkobide), eta prozesuan dauden edo amaitu duten pertsonen bizi-kalitatea baloratu ahal izateko tresnak txertatzea.
- 2.9.2 Minbiziaren populazio-erregistroa eta ospitaleen erregistroa integratzea, bakoitzaren berezitasunak zainduz eta bi erregistroetan behar diren datuen bilketa sistematikoa homogeneizatuz.
- 2.9.3 Aginte-taulari dagokionez, 2018-2023 Planaren ebaluazioaren ondorioak inplementatzea. Adierazle instrumentalagoak eta prozesu-adierazleak ezartzea. Jardueren eraginkortasuna eta helburuen lorpena –emaitza eta inpaktu estatistikoak– ebaluatzea osasunean, ongizatean eta bizi-kalitatean.
- 2.9.4 2018-2023 Planaren ebaluazioak nabarmendu du arreta handiagoa jarri behar dela kolektibo batzuetan, haien premietan eta jardueretan: nerabeak, adinekoak eta bizitza luzea duten pertsonak.

## **2.10 Minbiziaren bueltan antolatuak dauden paziente eta familien elkarteekin elkarlana**

- 2.10.1 Prozesu onkologikoetan murgiltzen diren herritarrak elkarteekin harremanetan jartzea profesionalen aldetik.
- 2.10.2 Onkologia planen diseinuan, ebaluazioan eta garapenean elkarten parte hartze aktiboa bilatuko da, euren esperientzia eta bizipenak jasotzeko, osasun zaintza, diagnostikoa eta arta hobetzeko xedearekin.

## 3. Gaixotasun neurodegeneratiboak

### 3.1 Gaixotasun neurodegeneratiboak dituzten pertsonen eta haien familien bizi-kalitatea hobetzea

- 3.1.1 Gaixotasun neurodegeneratiboak dituzten pertsonen mendekotasunaren eta desgaitasunaren balorazio prozesua arintzea eta modu eraginkor batez egitea lortzea.
- 3.1.2 Gaixotasunaren prozesu osoan zehar jarraipena egiteko erreferentziazko pertsona bakarra izendatzea. Erreferentea arduratuko da, besteak beste, eragindako pertsoneri eta haien familiei dagozkien eskubideen, eskura dauden laguntzen eta abarren berri emateaz, eta laguntza psikologikoa eskaintzeaz, beharrezkoa den kasuetan.
- 3.1.3 Pazientearen zainketaren jarraikortasuna bermatzea. Osasun-zentroko gizarte-langileak eta erizaintzako langileek kaltetutako pertsonak identifikatuko dituzte, eta kronograma bat ezarriko dute egoera soziosanitarioa aztertu, segimendua antolatu eta izan daitezkeen arriskuak jasoz, behar diren laguntzak planifikatzeko eta eskaintzeko.

### 3.2 Sare komunitarioa artikulatu egoera zaurgarrian aurkitzen diren pertsonen osasunaren sustapen eta zaintzarako

- 3.2.1 Osasun Komunitarioan lan egiten duten profesional guztien (Osakidetza, Osasun Publikoa, Udalak, Aldundiak, beste erakunde batzuk) gaitasunak, ulermena eta lankidetzaren sustatzeko prestakuntza eredu jarraitua sortzea, herritarrak ere trebatuz, pertsona guztien integrazioa eta bizikidetzaren bultzatzeko.
- 3.2.2 Udaleko orientazio zerbitzuak indartzea, osasuna sustatzeko kolektibo eta elkarteekin, auzotik, udalerritik eta hainbat instantzietatik, osasunaren determinatzaileetatik lan eginez, politika guztietan osasuna txertatuz eta osasun-desberdintasunak murriztu eta saihestuko dituzten ingurune osasungarriak eraikiz.
- 3.2.3 Elkarteekin lankidetzaren eta preskripzio soziala bultzatzea. Gaixotasun neurodegeneratiboak dituzten pertsonak zaintzen diharduten profesional guztiek gaixotasun neurodegeneratiboekin lan egiten duten komunitate-eragileak ezagutzea, eta gaixoak elkarte horietara bideratzea.

### 3.3 Diagnostikorako tresnak sendotzea eta prozesuak eta irisgarritasuna hobetzea

- 3.3.1 Garrantzi handiagoa eman eta lanorduetan ikerketa-orduak ezartzea, arta eta ikerketa (mediku ikertzailea) bateratzen dituen eredu bat sortuz.
- 3.3.2 Analisi genetikoko adituak eta esperimintatuak diren diziplina arteko taldeak sortzea, gaixotasun neurodegeneratiboen diagnostikoan dauden zailtasunak, arrakalak eta erronkak identifikatzeko eta hobekuntzak proposatzeko.

- 3.3.3 Ikerketarako eta artarako zuzendutako analisi genetikoko Euskadiko Banku Publikoa sortzea, pazienteen kontrol genomikoa eramateko.

### **3.4 Gaixotasun neurodegeneratiboak dituzten pertsonen tratamendua hobetzea**

- 3.4.1 Sendabiderik ez balego ere, gaixotasun neurodegeneratibo bat duten pertsonen bizi-kalitatea hobetzeko tratamenduak eta terapiak bermatzea.
- 3.4.2 Asistentzia-zirkuituak hobetzea eta lehen mailako arreta, arreta espezializatua eta erreferentzia zentroen arteko koordinazioa hobetzea.
- 3.4.3 Farmazeutikek gizarteari egiten dioten ekarpena arautzea, ezagutza publikatzea eta gizartera itzulera bermatzea.
- 3.4.4 Posizionamendu terapeutiko eraginkor eta arin bat egitea, ebidentzia zientifiko erabilgarririk onean edo proba eta praktika klinikoan edo bestelako bigarren mailako iturrien gida batean oinarrituta.

### **3.5 Ongi egituratutako arreta soziosanitarioa ezartzea eta garatzea**

- 3.5.1 Pertsonen eta familien beharrei erantzuteko, Osakidetza, Aldundien, gizarte-zerbitzuen eta hezkuntza arteko koordinazioa hobetzea, arreta goiztiarraren eredia jarraitzen saiatuz.
- 3.5.2 Lehen mailako arretaren, arreta espezializatuaren eta erreferentzia-zentroen arteko asistentzia-zirkuituak hobetzea osasun-arloan, baita erreferentziako ospitaleekiko koordinazioa ere.
- 3.5.3 Bizitza osoan zehar osasun zaintza ziurtatzea, aho-hortzen osasuna, fisioterapia, erizaintza eta podologia bermatuz.
- 3.5.4 Etxez etxeko laguntza zerbitzuak indartzea.
- 3.5.5 Laguntza teknikoak bizkor eskuratzen laguntzea.

## 4. Gaixotasun arraroak

Bizi kalitatea oinarritzat hartuta, gaixotasun arraroak pairatzen dituzten pertsona eta familien arta integratu, humanizatu eta egoki bat bermatuko duen zaintza antolatzea dugu xede.

### 4.1 Gaixo eta beraien familien parte-hartzea

- 4.1.1 Pazientea eta beraien familien partehartzea bermatzea gaixotasun arraroen estrategiaren diseinuan, inplementazioan eta ebaluazioan.
- 4.1.2 Gaixotasun Arraroen Aholku Batzordean gaixo edo/eta familien ordezkariak txertatzea.
- 4.1.3 Gaixotasun Arraroen Estrategiari informazio sistemak ezartzea, eta gaixo eta familiekin betetze mailaren jarraipen partekatua egitea.

### 4.2 Sistema integratu bat eraikitzea, non gaixotasun arraroen arretan inplikaturik dauden agente eta erakunde guztiak batera elkarlanean arituko diren

- 4.2.1 Pertsonak eta familiak dituzten premiei erantzuteko, Osasun Sailaren, Hezkuntza Sailaren, Aldundietako Gizarte Zerbitzuen eta Udalen arteko koordinazioa bermatzea, arreta goiztiarreko eredia jarraikiz.
- 4.2.2 Koordinazio talde horrek pertsonaren bizi zikloaren arabera gehituko ditu beste erakunde batzuk, izan enplegua, etxebizitza, azpiegiturak eta abar.
- 4.2.3 Udaleko orientazio zerbitzuen laguntzarekin, herriko kolektibo, eragile eta erakunde desberdinekin herri, auzo mailan komunitatean integrazioan sakontzea.
- 4.2.4 Osasun arloan Lehen Mailako Arretaren, Arreta Espezializatuaren eta Erreferentzia Zentroen arteko asistentzia-zirkuituak hobetzea, baita erreferentziako ospitalearekin koordinazioa ere.
- 4.2.5 Osakidetzako "Multi" kontsultaren diziplina anitzeko eredia indartzea, pazienteen eta haien familien eraginkortasuna, segurtasuna eta erosotasuna bermatuz. Bai adin pediatrikoan, bai helduaroan.
- 4.2.6 CSUR sistemaren eta erreferentziako unitateen mapa gardena Lehen Arreta eta espezialisten eskura jartzea. Euskadiko eta Estatuko CSUR erreferentziako zentro eta unitateetara bideratzea erraztea.
- 4.2.7 Estatuko CSUR –etara leku aldatu behar diren pazienteei eta haien laguntzaileei, laguntzaren kontzeptuak eta zenbatekoak zehatz eta erraz ezagutu ditzaten mekanismoak ezartzea, bai eta laguntzaren zenbatekoa eguneratzea.

### **4.3 Gaixotasun arraroak dituzten pertsona eta familien bizi kalitatea hobetzea**

- 4.3.1 Gaixotasun arraroen menpekotasunaren balorazioa eta desgaitasuna aitortzeko prozesua arintzea, azkartasun eta modu eraginkor batean egitea.
- 4.3.2 Erreferentziazko pertsona baten jarraipena prozesu osoan, bereziki, hasieran familiari dagozkion eskubideez informatzeko, eta laguntza psikologikoaren beharra dagoen kasuetan.

### **4.4 Gaixotasun arraroen diagnostiko goiztiarra indartu eta hobetzea**

- 4.4.1 Azterketa genetikoan aditu eta arituak diren disziplina anitzeko taldeak sortzea, gaixotasun arraroen diagnostikoan dauden zailtasun, arrakalak eta erronkak identifikatu eta hobekuntzak proposatzeko.
- 4.4.2 Azterketa genetikoaren Euskadiko Banku Publikoa sortzea, asistentzia-erabilerarako eta ikerketarako, pazienteen kontrol genomikoa eramateko.
- 4.4.3 Euskadiko mapa genomikoa egitea.

### **4.5 Gaixotasun arraroen tratamendua eskuragarri izatea**

- 4.5.1 Ekitatean oinarrituz farmako umezurtzen eskuratzea ahalbidetuko duten neurri zehatzak aztertu eta martxan jartzea.
- 4.5.2 Ebidentzia zientifiko erabilgarri onenean, froga eta praktika klinikoko gida edo beste iturri sekundario batzuetan oinarrituta, posizionamendu terapeutiko eraginkor eta arin bat egitea.
- 4.5.3 Farmakogenetistaren profila sortzea: azterketa genetikoaren kontutan hartuz, medikamentuek pazientearengan eragin positiboagoak edo negatiboagoak aztertu eta horren arabera banakako estrategia terapeutikoa diseinatuz.
- 4.5.4 Madrilekin negoziatzea genetista espezialitateko plazak sortzeko.
- 4.5.5 Farmazeutikek gizarteari egiten dioten ekarpena arautzea, ezagutza publikatzea eta itzulera soziala bermatzea.
- 4.5.6 Sendaketa ez badago ere, gaixotasun arraroa pairatzen duten pertsonen bizi-kalitatea hobetzeko tratamendu eta terapiak bermatzea.

### **4.6 Gaixotasun arraroen formazioa eta ikerketa garatzea**

- 4.6.1 Euskadiko esperientzia-unitate guztien mapa egitea ikerketa bateratua sustatzeko.
- 4.6.2 Ikerketa zentro desberdinen koordinazio eta elkarlana gaixotasun arraroen ikerketa bateratua bideratzeko.
- 4.6.3 Pediatria zerbitzuak eta BIOGipuzkoa eta BIOcruces konektatzea.
- 4.6.4 Osasun arloan lan egiten duten profesionalen kontratuetan ikerketarako lanorduek txertatzea.

## 5. Gaixotasun kardiobaskularrak

Lan eremu honetatik gaixotasun kardiobaskularren karga murriztea bilatzen dugu, prebentzioa eta tratamendua hobetuz.

### 5.1 Gaixotasun kardiobaskularren prebalentzian eragitea

- 5.1.1 Sustapenean. EAEn bizi diren biztanleen osasun kardiobaskular ideala hobetzea bizitza osoan, bizimodu osasungarrien bidez. Horretarako, ingurune osasungarriak sortzen lagundu behar da, aukera osasungarrienak errazten izan daitezzen eta horiek gaixotasun kardiobaskularren eragina eta heriotza-tasa murrizten lagundu dezaten.
- 5.1.2 Prebentzioa lehen, bigarren eta hirugarren mailakoan sakontzea.
- 5.1.3 Herritarren ahalduntzea.
  - 5.1.3.1 Herritarrek bihotz-hodietako osasunaren arloan bizimodu osasungarriak hartzen jakin dezaten sustatzea, eta ohitura horiek duten eraginaren eta garrantziaren kontzientzia hartzea.
  - 5.1.3.2 Eskolan osasunaren hezkuntza eta sustapena sustatzea, osasuna sustatzen duten eskolak sustatuz: elikadura osasungarria, jarduera fisikoa, ongizate emozionala eta jasangarritasuna sustatzea. Sedentarisismoaren, tabakoaren, alkoholaren eta beste substantzia adiktiboen kontsumoa prebenitzea.
  - 5.1.3.3 Herritar guztiek, eta bereziki talde ahulenek, informazio fidagarria, eskuragarria eta ulergarria izan dezaten bermatzea.
- 5.1.4 Gizartearen bihotz-hodietako osasunaren eta gaixotasun kardiobaskularren arretaren egoerari buruzko azterketa-plan sistematiko eta egituratu bat egin dadin sustatzea, beharrezko informazioa eta haren iturriak, hura lortzeko modurik eraginkorrena eta komunikatzeko modurik homogeneoena identifikatuz. OPIK-ekin arrakalak aztertzea. Sexu-genero ikuspegia txertatzea eta sendotzea, baita ezberdintasuneko beste determinatzaile batzuei dagokienez ere (eten digitala, lurraldea, etab.), gaixotasun kardiobaskularrei buruzko ikerketan.

### 5.2 Gaixotasun kardiobaskularren tratamendua optimizatzea

- 5.2.1 Jardunbide egokiak zabaltzea eta antolamendu-sistemekin alderatzea, ingurune kardiobaskularran jarraitutasuna eta integrazioa bermatzeko.
- 5.2.2 Profesionalen arteko ezagutzaren transmisioa ziurtatuko duen prozesua diseinatzea.
- 5.2.3 Praktika seguruak sustatzea eta zabaltzea gaixotasun kardiobaskularren inguruan.

- 5.2.4 Profesionalak eta gizartea entzun ondoren, Ikerketa, Garapena eta Berrikuntza-beharrak jasoko dituen mapa baten diseinua.
- 5.2.5 Osakidetzako profesional guztiei prestakuntza ematea, gaixotasun kardiobaskularrak emakumeengan dituen alderdi espezifikoak (diagnostikoa eta tratamendua) eta genero-desberdintasunei buruz.
- 5.2.6 Donostia Ospitalean kirurgia kardiobaskularraren hirugarren egoitzaren irekiera.

### **5.3 Kardiopatia Iskemikoaren artaren optimizazioa**

- 5.3.1 Bihotzez proiektuaren indartzea.
  - 5.3.1.1 Datu basea osatu ahal izateko nahikoa laguntza ziurtatzea.
  - 5.3.1.2 Gaixoen eta eragileen ikuspuntua txertatzea.
- 5.3.2 Bihotzeko errehabilitazioaren optimizazioa.
  - 5.3.2.1 Ospitale ezberdinetan egiten denaren bateratzea eta onenarengatik ikastea.
  - 5.3.2.2 Ospitaleko errehabilitazioa amaitzen denean herrietan jarraipena ematea.

### **5.4 Bihotz –gutxiegitasunaren artaren optimizazioa**

- 5.4.1 Bihotz-gutxiegitasunaren diagnostiko azkarrerako protokoloaren lanketa.
- 5.4.2 Shock kardiogenikoaren artaren protokolizazioa. Aktibazio-, deribazio- eta garraio-protokolo bat garatzea (“shock kodea”), eta protokolo horretan jasotzea bideratze-irizpideak, zentro hartzaileak, garraio-bide egokia eta denborak.
- 5.4.3 ESI guztietan bihotz-gutxiegitasunaren unitatea. Multidiziplinarra. Kronikoaren patologiarekin eta gaixoen iritziarekin koordinatutako protokoloa.
- 5.4.4 Datu-base bateratua.

### **5.5 Balbulopatiaren artaren optimizazioa**

- 5.5.1 Lehen Arretatik hasita, lehentasunezko balbulopatiaren diagnostiko azkarra ahalbideratuko duen protokoloa ezartzea.
- 5.5.2 Ekitatea ziurtatu dadin neurriak hartzea. Irizpideak eta emaitzak aztertzea.
- 5.5.3 Datu-base bateratua.

### **5.6 Arritmien artaren optimizazioa**

- 5.6.1 Fibrilazio aurikularraren antzemate azkarra. Kanpaina ardaztuak.
- 5.6.2 Prozesuaren definizioa. Antikoagulatzaile zuzenen azterketa.
- 5.6.3 Datu-base bateratua.

## **5.7 Bihotz-geldialdia**

- 5.7.1 Datu-basea egunean mantentzeko baliabideak ezartzea.
- 5.7.2 Zentro koordinadoretan egiten den telefono bidezko berpiztea indartzea.
- 5.7.3 Kalitate altuko berpiztea landu eta berpiztearen kalitatearen emaitzak neurtzea.
- 5.7.4 Errekurtoak azkar mugitzea. Denbora errealean non dauden jakin eta gertuen dagoen baliabidea azkar mugitzea.
- 5.7.5 Desfibriladoreen erregistroa sistematikoki jaso, aztertu eta gaixoaren historia klinikoan gehitzea.
- 5.7.6 Desfibriladoreak ezarri eta erabileran trebatzea polizia mota oro, suhiltzaile, segurtasuneko pertsonak eta laguntza eskaini dezakeen profesional oro.
- 5.7.7 Teknologia erabili bolondresak laguntzeko. Osakidetzako aplikazioa indartzea. Bolondresen inguruan geldialdiren bat emanez gero, hauek aktibatu ahal izateko tresnak martxan jartzea.
- 5.7.8 Prestakuntza derrigorrezko bezala ezartzea eskolatan eta, oro har, komunitatean.
- 5.7.9 Erantzukizuna lantzearen bidean komunitatea urteroko txostenen bidez informatua mantentzea.
- 5.7.10 Bihotz-biriketako Berpiztearen Euskal Kontseilua sortzea.
- 5.7.11 Bikaintasunerantz pausuak ematea.

## 6. Kronikoen zaintza

### Sarrera

Gaixotasun kronikoak dituzten pertsonen zaintza egokia eta kalitatekoa bermatzea da Osasun Sistema Publikoaren erronka nagusienetariko bat.

Gaixo kronikoek bereizgarritasun zehatz batzuk dituzte, zaintzaren antolaketa baldintzatzen dutenak. Nahiz eta patologia oso desberdinak izan ditzaketen, orokorrean denak iraupen luzekoak dira. Gaixotasun kronikoek, normalean, pixkanaka eta etenik gabe egiten dute aurrera, bizi kalitatea murrizten dute eta komorbilitate maila altua dute. Gaixoen egoera funtzionala nabarmen murrizten da eta desgaitasunaren eta hilkortasunaren arriskua areagotu egiten da.

Halaber, Eustat-ek jasotzen duen bezala, ezin dugu ahaztu 2021 eta 2036 urteen artean 65 urtetik gorako biztanleria areagotu egin daitekeela, 163.700 pertsona gehiago izan daitezke, hain zuen ere; eta adin tarte horretako biztanleriak 2036an % 29,3ko pisua izango luke, 2021ean baino 6 puntu gehiago. Biztanlerian areagotze erlatibo handiena 85 urtetik gorakoetan aurreikusten da; 2036an 126.700ko herritar izango dira adin tarte horretakoak, 2021ean baino 37.200 gehiago.

Horregatik, Osasun Sistema Publikoan gaixo hauen osasun zaintza ezin da izan gaixo akutuen jarraipen bera; ezin da irizpide eta parametro berekin gauzatu. Izan ere, ikusi dugu parametro berekin egiten denean, gaixo hauen osasun zaintza eta jarraipenak ez direla behar bezala egiten; eta, ondorioz, hainbat momentutan, jarraipen desegoki horrek sistema bera kolapsatzea ekartzen du, gaixoa desorekatzen denean.

Beraz, komenigarria litzateke gaixo kronikoen osasun zaintza beste begirada batetik abiatzea, non helburua litzatekeen gaixoak zirkuitu argi bat izan dezan erdiestea, egin beharreko esku hartzeetan egiazki pazienteak erdigunean jartzeko. Eta bide batez efizientzian irabaztea, osasun sistema publikoari alferriko lan zama saihesteko.

Esan behar da Osakidetzan esperientzia desberdinak ezagutu izan ditugula. Adibidez, Donostialdeko ESIn; Kronik ON programa, Osakidetzaren 2010eko kronikotasunaren estrategiaren ildotik, Bengoa Osasun sailburu ohiak sustaturikoa; Uribe ESIn ere esperientzia bat abiatu zen; Tolosaldeko ESIn ere bada lan ildo bat. Guztiek oinarri hartu dute paziente pluripatologikoa artatzeko Osakidetzak duen ibilbide asistentzial korporatiboa. Baina, orain arte, izandako esperientziak, edo eremu zehatz batean kokatu dira — ez dira modu integralean garatu Lehen Arretatik —, edo esku hartzeetara mugatu dira, pazienteak jarraitu beharreko zirkuitua albo batera utzita; eta abar. Hala ere, ez gara zerotik abiatzen eta abiapuntu onak dira, gaixo kronikoa modu integralean artatzeko, Lehen Arreta eta Bigarren maila integratuz, eta osasun zaintzaren jarraipen aktiboa egiteko.

Azpimarratu nahiko genuke Donostialdeko ESIn ezarritako zaintza, gaixoa eta bere familia erdigunean jarri dituen. Urteetako ikerketa, proba klinikoaren ondorioz landu izan dena eta jada datu eta ondorio

kontrastatuak dituena. Horrela, Donostialdeko ESIan landu duten zirkuitu eta esku hartzearen ondorioz, lortu dute ospitaleko larrialdiak saihestea eta gaixo kronikoaren zaintza jarraitu bat ezartzea. Era horretan, besteak beste, gripe sasoietan, ehunka ospitaleratze ekiditen dira.

Gaixo kronikoen zaintzak gaixoaren ikuspegi holistikoa eta ikuspuntu integratzailea eta koordinatua behar ditu, bai osasun sistemaren barruan (lehen mailakoa, espezializatua, epe ertaineko egonaldi unitateak) eta bai beste erakundeetan: udaletako gizarte zerbitzuetan, foru aldundietan eta abarretan.

Lehenik eta behin, xede populazioa identifikatu behar da, eta, ondoren, pertsonen behar medikoen, zainketen, behar funtzionalen eta sozialen balorazio integrala egin eta esku hartze indibidualizatuak planifikatu.

Osasun arloan kronikoen zaintzan, sustapena, prebentzioa, autogestioa, etxeko kontrol telematikoa, gaixotasunaren kudeaketa eta gaixoaren arta landuko ditugu, osasun profesionalekin batera gaixoei eta haien familiek adostutako planak diseinatuz. Esku hartze proaktiboa sustatuz programa eta protokolo desberdinekin, eta etengabeko jarraipen sistema bat eraikiz.

Adituek bat egiten dute gaixotasun kronikoak Lehen Arretan kudeatu behar direla esaterakoan. Etxea da paziente talde honek bere zainketaren kontrola mantendu dezakeen lekurik onena, eta bere ingurunean egoteak gaixoaren ongizatea eta bizi kalitatea hobetzen ditu. Horrek eskatzen du etxeko arreta indartzea zainketa prozesuaren jarraitutasuna bermatzeko eta pazienteek izan ditzaketen behar soziosanitarioei eraginkortasunez erantzuteko. Garrantzitsua da ospitaleratze desegokiak eta jarraipeneko kontsultetara edo larrialdi zerbitzuetara alferrik joatea saihestea, desoreka larrien kasuetan izan ezik.

Hala ere, ospitaleek funtsezko papera ere betetzen dute une akutuetan gaixo hauen kudeaketan. Ospitaleratzeetan funtsezkoa izango da ondo koordinatzea lehen arretarekin, gizarte zerbitzuekin eta abarrekin. Ildo horretan, alta eman aurretik disziplina anitzeko taldeek banakako plangintzak landuko dituzte gaixoaren berrospitaleratzeak ekiditeko.

Beraz, arrazoi horiek guztiak kontuan izanda, ondorengo zirkuitua antolatzeko eta orokortzeko proposamena egiten dugu, kronikoen zaintza integrala eta jarraitua lortu eta hobetzeko xedearekin.

### **Proposamena: nola zaindu kronikoak**

1. ESIka zirkuitu bat antolatuko dugu kronikoak zaintzeko, Lehen Arreta eta eskualdeko edota erreferentziazko ospitalearen artean, paziente kronikoak izan ditzakeen desoreka uneetan ere, jarraipen integrala ziurtatuta izateko. Helburua izango duena kronikoen kalitateko osasun zaintza paziente eta familien beharrak eta nahiak kontuan hartuta ziurtatzea. Xedea da zaintza hori modu integratuean bermatzea.
2. Gaixoa Lehen Arretan kokatuko da. Lehen Arretan gaixo bakoitzak erreferentziazko osasun lantaldea izango du, beti bezala. Kontuan izanda kronikotasunak osasun ekipoen lan karga areagotzen duela, planteatzen dugu mediku bakoitzeko bi erizaineko ratioa, lan karga murrizteko eta herritarren kalitateko osasun zaintza bermatzeko. Kronikoen zaintza proaktiboa bideratzeko.
3. ESI bakoitzean, kronikoen eremuan, kronikotasuna koordinatu, bat-bateko gertakariak kudeatu eta formazioa bermatuko duen ospitale loturako erizain (OLE) bat gutxienez egongo da. Erizain honen

funtzioetako bat izango da ospitaleratze zuzenak eta altak kudeatzea. Erizain hau eskualdeko ospitalean edo erreferentziazko ospitalean egongo da, Barne Medikuntzako kronikoen sailean.

4. Lehen Arretako ekipoen eta ESI horretarako erreferentziazko ospitaleko barne medikuntzako ekipoen artean lankidetzak eraiki behar da, eguneroko lanerako, kronikoen kudeaketa eta zaintza bideratzeko. Kronikotasunaren koordinazioa eta arta integrala ziurtatzeko, zehaztutako maiztasun batekin, gaixo kronikoa artatzen duten profesionalak eta ospitalekoek bilerak egingo dituzte. Bilera hauetara bilduko dira eremuko adinetako egoitzetako osasun profesionalak, eta desgaitasun handia duten eta kronikotasun maila zehatz bat duten instituzionalizatutako herritarren egoitzetako osasun profesionalak.
5. Lehen Arretako lantalde bakoitzak identifikatuta izango ditu (dagoeneko identifikatuta dituzte) dauzkan paziente kronikoak eta alta emango die Osabiden kronikoetarako egongo den programan. Programaren bidez, bere lantaldeko erizainarekin osasun zaintzaren jarraipen aktiboa egingo diote, modu sistematizatuan. Jarraipen aktibo programatu horretan honakoak egongo dira sartuta: jarraipenaren maiztasuna, jarraipen hori egiteko tokia, zeinek egingo dion -medikua, erizaina- eta abar. Gaixoaren eta familiaren formazioaz ere arduratuko da.

Gaixoak duen beharraren arabera diseinatuko zaio behar duen zaintza plana. Plan honetan kontuan hartuko dira, behar dituen osasun zaintzak eta zaintza sozialak. Horregatik, alta emateko programan, pasatu beharreko galdetegietan, kontuan hartu beharko dira gaixo horrek etxean dituen aldagai eta babes sozialak. Lehen Arretako osasun taldeak ikusten badu, behin galdetegiak beteta, gaixo horrek egunerokotasunari aurre egiteko behar gehiago dituela, erizainak gizarte langilearekin bisita programatuko du azterketa soziosanitario bat egiteko, hilabeteko epean gehienez, behar horiei erantzuteko neurriak aktibatzeke premiaz.

Horretarako, gizarte langileen kopurua areagotuko dugu, udal mailan, baina osasun etxeetan kokatuko ditugu, poliki-poliki zaintza zerbitzuak egituratzen joateko. Profil horiek soziosanitarioan formatutako profilak izango dira, horrela herri mailan lehen arretara hurbiltzen diren premia soziala duten herritarrei erantzuteko. Gizarte langile horiek kontratatzeke, udalei finantzazio gehiago ziurtatu beharko zaie. Erabakitzen bada udalek ez dituztela kontratatatu behar eta Osakidetza kontratatatu behar dituela, orduan, Osakidetza kontratatutako gizarte langile horiei eskumenak eman beharko zaizkie pazienteak behar dituen babes sozialak eskuratzeko kudeaketak egin ditzaten.

6. Kronikoen zaintza 24 orduz ziurtatuko da. Lehen Arreta irekita dagoen bitartean, gaixoak eduki behar du bere Lehen Arretako osasun zentroko telefono zuzena, eta ez zentralitakoa, kronikoen deien erantzunak bermatzeko. Egunez, Lehen Arreta irekita dagoen arte, Lehen Arretako kontsultan bermatuko da kronikoaren arreta.

Lehen Arreta itxita dagoenean, gaixoek eta haren familiek arratsaldeko txandan, eskualdeko ospitalean edo erreferentziazkoan egongo den OLEaren telefono zuzena izango dute eskura, desoreka edo larrialdi egoerak kudeatzeko. Horrela, ospitaleko larrialdi zerbitzuak ekiditeko eta ospitaleratzeak baloratu eta, behar izanez gero, zuzenean ingresatzeko.

Lehen Arretako ekipoen eta ESI horren erreferentziazko ospitaleko barne medikuntzako ekipoen artean lankidetzak eraiki behar da, eguneroko lanerako, kronikoen kudeaketa eta zaintza bideratzeko. Kronikoen desoreka uneetan zuzenean ospitaleratzeke, larrialdiak ekidinez. Ospitaletan, Donostiako ESIn sortu den ereduaz ezarriko litzateke.

Kronikoen zirkuitu honen helburuetako bat da kronikoak ospitaletako larrialdi zerbitzuak ekiditea, eta euren zaintzarako Lehen Arreta eta ospitaleko osasun ekipoak lankidetzan aritzea, pazientearen onerako. Lehen Arretako eta ospitaleko ekipoak gutxienez hilean behin bilduko dira, talde lan kultura eraiki eta pazienteari kalitateko arreta bermatzeko.

Gaueko eta jaiegunetako txandetan telefono bat ziurtatuko dugu. Telefono hau Osareanek bermatuko luke, aringarri eredu jarraituz. Horretarako, Osasun Kontseiluan horretara egongo diren erizainak formatuz kronikotasunean eta bitartekoak emanaz. Figura hauek sarbidea izango dute kronikoen programara.

7. Ospitaletan eta osasun zentro haundietan gaixo kronikoa ebaluatzeko espazioak eratuko dira. Lehen Arretatik eta Aringarritik zalantzak baldin badaude pazienteak ingesatu behar den edo ez, espazio horiek eskainiko ditu, non Lehen Arretan ez ditugun diagnostiko frogak azkarrak (izan daitezke R-x, analitika eta abar) baliatuz ingesatzeko erabakia hartuko den edota berehalako tratamenduak ezarriko diren ospitaleratzea ekidinez.

## 7. Soziosanitarioa

Sustapena eta prebentzioa oinarri duen zaintza soziosanitarioa eraikitzea, eta autonomia eta justizia soziala printzipio etiko nagusi moduan izango dituen sistema solidario, ekitatibo eta bidezkoa dugu xede. Planteatzen diren helburu, ekintza eta estrategiak, osasunaren baldintzatzaile sozialek sortzen duten arrakala gutxitzeko helburu nagusia betetzen dutela ziurtatuko duen sistema.

### 7.1 Pertsonak ahal den neurrian beraien etxeetan mantentzeko Lehen mailako arreta soziosanitarioa indartzea

- 7.1.1 Udaleko eskuduntzak dituzten gizarte langileak jarriko ditugu osasun zentroetan.
- 7.1.2 Arreta goiztiarrean dauden haurren eta haien familien behar soziosanitarioen jarraipena egingo da osasun zentroan dagoen gizarte langilearen bitartez. Gizarte langileak arreta goiztiarreko taldeko partaide izango dira.
- 7.1.3 Gizarte langileak Osasun zentroetako erizainekin batera zaurgarriak diren herritarrak identifikatuko ditu eta maiztasun zehatz batekin etxeko bisitak antolatuko dira, gizarte langile edota erizainekin. Bisita hauetan egoera soziosanitarioa aztertuko da, dauden arrisku potentzialak jaso eta beharrezko laguntzak planifikatu eta eskaintzeko.
- 7.1.4 Zaurgarriak diren pertsonen egoera sozial edo soziosanitarioa aldatzen denean, gizarte langileak behar diren baliabideak jarriko ditu martxan, egoera berrira egokitzeko.
- 7.1.5 Etxez etxeko laguntza jasotzen duten pertsonen jarraipen soziosanitarioa egingo da, baita jasotzen duten zerbitzuen egokitzapenean ere.
- 7.1.6 Epe ertain-luzeko ospitaleratzeetatik alta eman aurretik, ondo planifikatu zaintza egokia bermatzeko, dela etxean, dela egoitza batean. Ospitaleko medikuek deribazioa egiteko gaitasuna izango dute zuzenean udalekin.
- 7.1.7 Osasun mentaleko arazoak dituzten pertsona zaurgarriek (bazterkeria egoeran daudenak batez ere) zita medikoak galtzen badituzte, hurrengo hitzordua emateko erraztasunak jarri eta ahalik eta denbora laburrenean eskainiko zaie.
- 7.1.8 Maila funtzional edota desgaitasun maila desberdinetako herritar orori kalitatezko arreta ziurtatzeko, baldintzatzaileak identifikatzea arta prozesuetan, espazioetan eta zuzentzeko kronograma bat zehaztea.

### 7.2 Informazio sistemak bateratzea

- 7.2.1 Lehen mailako arretan: udal zerbitzu, osasun zerbitzu eta foru aldundien oinarritzko datuak (arreta soziosanitarioan beharrezkoak direnak) bilduko dituzten sistema informatiko bat diseinatu hiru erakunde horietako langileek sarbidea izan dezaten.

- 7.2.2 Egoitzetan dituzten sistema informatikoak Osabideren parte izango dira, Osabide AP, Osabide global eta Osabide-egoi (egoitzena) . Gaur egungo Presbide ez da nahikoa eta egoitzek bi sistemekin funtzionatzen dute.
- 7.2.3 Eguneko zentroetan dauden erabiltzaileen baimenarekin, eguneko zentroko osasun langileek Integrara sarbidea edukiko dute.
- 7.2.4 Egoitzetako aldi baterako egoiliarrek, hala nahiko balute, Integrara sarbidera baimena emateko aukera edukiko lukete.

### **7.3 Zaurgarriak diren pertsonen detekzio goiztiarra sisteman sarbidea bermatzeko**

- 7.3.1 EAEko udalerrri guztietan bazterketa egoeran eta bazterketa arriskuan dauden pertsonentzako errolda soziala arautzea eta lehenbailehen ezartzea, erreferentziazko familia medikua bermatzeko eta osasun eta zainketa sistemarako sarbidea errazteko.
- 7.3.2 Menpekotasunaren balorazioa eta desgaitasuna aitortzeko prozesua arintzea eta modu eraginkor batean egitea.

### **7.4 Egoitzen eredu berria martxan jartzea**

- 7.4.1 Egoitzak herrietan mantendu, komunitatean, herri eragileetatik gertu.
- 7.4.2 Lehen arretako osasun zentroaren oinarrizko taldearekin harremana mantendu.
- 7.4.3 Erabiltzaile eta familiei egokitutako egoitzak, autonomia sustatuko dutenak.
- 7.4.4 Bizikidetza unitateak sortu egoitzetan. Ratioak ezarri bizikidetza unitateen eta osasun taldearen artean, mediku eta erizainen arreta bermatuz unitate guztietan.

### **7.5 Plaza soziosanitarioak birpentsatu eta eredu aldatzeko**

- 7.5.1 Plaza soziosanitarioak egoitzetan kokatuko dira.
- 7.5.2 Bizikidetza unitateetan, beharren arabera, plaza soziosanitarioak aktibatuko dira.
- 7.5.3 Egoitzek kontzertatu gabe dituzten gutxieneko ohe kopurua edukiko dute (1-2), behar denean soziosanitario gisa kontzertatu ahal izango direnak .
- 7.5.4 Bizitzaren amaiera egokia eta duina izan dadin, plaza soziosanitario hauek erabiliko dira eta irekiak izango dira, herrian bizi diren eta bizitzaren amaieran dauden pertsonen behar badituzte erabili ahal izateko.

### **7.6 Farmabide sarea zabaltzea**

- 7.6.1 Eskaera egiten duten egoitzetan martxan jartzea.
- 7.6.2 Farmazialari soziosanitarioen figura indartu eta udalerrietako farmaziekin elkarlana sustatzea.

Etxeetan bizi diren pertsona zaugarriekin eta etxez etxeko laguntza ematen duten langileekin formazioak antolatzea.

## **7.7 Batzorde soziosanitarioak birpentsatzea**

- 7.7.1 Dauden batzorde soziosanitario desberdinak berriro diseinatu eta ahal den neurrian batzea.
- 7.7.2 Batzordeetan egoera zaugarrian dauden pertsonen edota haien familien parte hartzea bermatzea eta sustatzea.

## **7.8 Zaugarriak diren pertsonentzako zerbitzu zorroa zabaltzea**

- 7.8.1 Arreta goiztiarra 0-6 urtetik 0-16 urtera pasatzea aztertu, derrigorrezko hezkuntza bukatu arte.
- 7.8.2 Adineko eta desgaitasuna duten pertsonentzako podologia zerbitzua eskaintzea.
- 7.8.3 PADI zabaltzea errentaren arabera, lanbide arteko gutxieneko soldataren errentatik beherakoei eta behar bereziak dituzten herritarrei estaldura osoa bermatzeko.
- 7.8.4 Begien zaintza eta betaurreko eta lentillen doakotasuna era progresiboan ezartzea zaugarrienetatik hasita.

VI BLOKEA

# Larrialdiak

1. Emergentziak



# 1. Emergentziak

## 1.1 Asistentziaren publikazio erabatekoa

- 1.1.1 Bizi Euste Aurreratu (BEA) guztien erabateko publikazioa.
- 1.1.2 Bizi Euste Oinarrizko (BEO) guztien erabateko publikazioa.
- 1.1.3 Etxera doazen mediku eta erizain guztien publikazioa.
- 1.1.4 Anbulantzia programatuen publikazioa ere aztertu beharko litzateke. Ditugun errekurtsoen efizientzia lortzeko.
  - 1.1.4.1 Publikazioa: Publikazioarekin lortu nahi diren helburu zehatzak definitu eta markatu beharko lirateke (kualifikazio-estandarrik, asistentziaren kalitate-mailak, ezagutzarako ekarpenak, etab.)
  - 1.1.4.2 Horrek guztiak EMERGENTZIAK erakundearen berregituraketa sakona eskatuko luke. Bestela, emaitza kaxkarra izan liteke. Publikazioak eskatuko luke:
    - Azterketa ekonomikoa eta teknikoa.
    - Antolakuntza maila berri bat esleitzea EMERGENTZIAK ESiri, aginte egitura askoz handiagoa eta gaitasun handiagokoa.
    - Erronka logistikoak biderkatu egingo lirateke.
    - Ezinbestekoak izango lirateke trebakuntzarako langileen eta ekipamenduen azpiegitura finkoak, eta uniformeak izango lirateke.

## 1.2 Urgentzia-emergentziaren prozesuaren definizioa eta ezarpena

- 1.2.1 Prozesuaren sarrera(k) zehaztu, deribazioak antolatu, denborak definitu, espezialistekin kontsulta zehaztu...
  - 1.2.1.1 Arreta zirkuituak argitzeko triaje-algoritmo eta tresnak sortzea, bai profesionalentzat eta bai herritarrentzat.
  - 1.2.1.2 Jarduera prozedurak, bai antolakuntzakoak, bai klinikoak. Prozedura bera egokitu behar da asistentzia maila bakoitzera, gabeziarik eta gainjartze gehiegirik egon ez dadin.
  - 1.2.1.3 Protokoloak egitea ospitaleko larrialdiekin eta beste espezialitate batzuekin, ospitale arteko lekualdatzeekin, pazienteen transferentziarekin, IKTUS kodearekin, BIHOTZEEZ kodearekin.
  - 1.2.1.4 Sozializazioa eta kontsentsua: herritarren iritziak eta ekarpenak jasotzeko espazio sistematikoak abian jarri behar dira.
  - 1.2.1.5 Epe labur, ertain eta luzeko emaitzen ebaluazio mekanismoak ezartzea, eta protokoloak emaitzen arabera egokitzeko gaitasuna izatea.

- 1.2.2 Profesionalen prestakuntza / kokapena erabaki.
  - 1.2.2.1 Prozeduretan oinarritutako prestakuntza, komuna, asistentzia mailetara egokitua, aldizkakoa, nahikoa, nahitaezkoa, langile bakoitzaren lan egutegian ezarritako ehuneko jakin bat hartzen duena, azpiegitura eta profesional espezializatuekin.
  - 1.2.2.2 Larrialdietako langileentzat prestakuntza ibilbide espezifikoa ezartzea, trebetasun klinikoak, talde lana eta lidergoa barne.
  - 1.2.2.3 Planifikatutako ariketak eta simulazioak, langileen lan egutegian sartzen direnak, nahitaezkoak. Nahitaez egin behar dituzten erakundeen beharrei ez ezik, langileek ikusten dituzten beharrei ere erreparatuz. Simulazio batzuk langileek eurek antolatu beharko lituzkete.
  - 1.2.2.4 Protokolo bateratuak egitea beste agentzia batzuekin, meteorologiarekin, ertzaintzarekin, suhiltzaileekin, udaltzaingoarekin... katastrofe eta NBKE gorabeheretarako simulakroak egitea.
  - 1.2.2.5 Urteko prestakuntza plan programatua, karteldegiko bakoitzeko nahitaezkoa, Emergentziak erakundearen lan egiten duten profesional guztientzat. Barne eta kanpo prestakuntza. Herri-tarrak formatzeaz gain: Bihotz-Biriketako Berpiztearen formazio plana, herritarrak formatzeko plana, larrialdiak eta larrialdiak zer diren jakiteko, telefonoak, funtzionamendua...
  - 1.2.2.6 Langile politika ausarta, oraina eta etorkizuna gogoan dituen, eta argi duena plantilla nahikoa eta motibatua baino ez dela gai izango zerbitzu nahikoa eta eredugarria emateko.
  - 1.2.2.7 Profesionalak esparru guztietan zaintzeko politika, familia eta lana uztartzekoa, garapen profesionalekoa, ordainketakoa, osasuneko eta gaitasun fisiko eta mentalekoa.
  - 1.2.2.8 Pertsonal Saila: Zerbitzu honetan beti egon den beste arazoa jasan duten egoera izan dira ezarritako pertsonal gobernantzaren ondorioz. Urteetan hilabeterik hilabete egutegiak dituzten ordezkari langileekin, zentro koordinatzaileko guardiak eginez, ia guardiarik gabe anbulantzia medikalizatueta, baimenak eta lizentziak ukatuz, askotan oporrik hartu ezinik. Hori dela eta, langile asko beste zerbitzu batzuetara joan dira, baldintza duina-goak eskatzeko. Hau dena bukatu egin behar da. Langile sailak gardena izan behar du, eta akordio arautzailearen legea bete behar du; sei hilean behingo gutxienezko karteldegia izan behar ditu, lizentziak eta baimenak ukatu gabe, eta legearekin bat datorren tratua eman behar die langileei. Orain arte, karteldegien erabilera desastre eta opakua izan da; horregatik, karteldegia kudeatzeko programa bat beharko litzateke, non langileak ordu zenbaketa ikusi ahal izango lukeen, adibidez (orain arte hori ukatu egin zaie).
  - 1.2.2.9 Bestalde, arazo ugari dago ezustekoak estaltzeko, eta, horretarako, ezusteko puntual bat egon daitekeen egun horietarako borondatezko guardia lokalizatu ordainduak garatu daitezke. Emergentziak-en minimoak %100 direnez, beti egon beharko luke norbaitek lokalizatuta, huts egiten duen pertsona ordezkatu ahal izateko. Beste zerbitzu batzuetan badago formula hori eta hemen ere behar da. Nolanahi ere, zerbitzua gaur egun dauden beharrek birdimentsionatzea ezinbestekoa da, eta baldintza onak dituzten kontratu luzeak bultzatu behar dira.
  - 1.2.2.10 Garapena eta motibazioa: langileen motibazioa bideratzea hazkunde profesionalaren bidez (dena ez da dirua). Hazkunde hori karrera horizontal baten bidez gauzatu ahal izango litzateke, gradu sistema baten bidez, lanpostuz aldatu beharrik gabe, eta, horrekin batera, langileen motibazioa eta parte hartzea lantzea, etengabeko hobekuntzaren kultura sortzeko eta asistentzia sarearen aurrerapena lortzeko.
  - 1.2.2.11 Eskumen esparrua: korporatibismo profesionalari aurre egin behar zaio.

- 1.2.3 BCAM-ekin errekurtsioen birkokapena aztertu. Medikalizatua 20 minutuan iritsiko ez den gunee-tarako planak garatu.
- 1.2.4 Zentro koordinatzaileen birdiseinatzea. Lehen arretako funtzio asko betetzen dituenetz, beste kate-goria batzuk (langile soziala, psikologoa...) bertan lekukotu.
  - 1.2.4.1 Koordinazio zentro indartsuak, une bakoitzeko beharrei eman dakizkiekeen erantzun guztiak integratuta. Osasun arlokoak, gizarte eta osasun arlokoak, herritarren segurtasuna, babes zibila. Giza egitura eta egitura materiala, nahikoa ez ezik, erredundantea ere baduena. Biztanleriak hautemandako eskaria xurgatu eta kudeatzeko gaitasuna izango du, bai larrialdi hutsa bai bat-bateko beharrak, bataren arretak bestea baldintzatu gabe.
  - 1.2.4.2 Oraintxe bertan osasun langile gehienek nahiago dute zentro koordinatzaileera guardiak egitera ez joan. Gai hori beharrezkoa den sakontasunez aztertu behar da, neurri zuzentzaile egokiak eta iraunkorrak hartzeko.
- 1.2.5 Sistema informatikoen eguneratzea / bateratzea. Euskarri informatikoa, alde batetik, Larrialdiei Aurre Egiteko Euskal Sistemako agentziek erabili ohi dutena; izan ere, pazienteei arreta eman aurretik, hainbat egoeratako jardueri erantzuten diegu. Laguntza kate osoan ere berdina izan behar-ko luke, informazioa biltzeko formatuak zentro koordinatzailearen errealitateetatik, kaleko baliabideetatik eta larrialdi zerbitzuetatik egokituz. Historia klinikoa denek (zentro koordinatzaileek barne) Osabide globalean uzteko beharra
- 1.2.6 Flotak kudeatzeko sistema, sistemako 3 elementuak (KZ, baliabideak, larrialdiak), erabiltzaileak eta kudeatzaileak informazioz elikatzeke.
- 1.2.7 Orain arteko prozesuak (Bihotzez, ICTUS kodea...) gaixoaren ikuspegitik (lantaldean gaixoak sartuz) berrikusi eta berrietan ikuspegi hau ziurtatu.
- 1.2.8 Arreta espezializatuari eta ultraespezializatuari (ECMO, jaioberrien lekualdatzea, sukar hemorragikoak...) arreta nola emango zaion protokolizatzea.
- 1.2.9 Mugaz gaindiko harremana. Beste probintzia eta herrialdeekin protokoloak egitea eta eguneratzea.
- 1.2.10 Emergentsiak-en ibilgailuen parkea berri eta dimentsionatu (publikatuko den guztirako).

Logistikaren % 100aren mende dagoen zerbitzu batera egokitutako azpiegiturak, bere eginkizuna bete ahal izateko. Parke edo parke mugikorrek, baseen diseinuak, kokapenak, hori guztia premien arabera pentsatuta, eta ez bakarrik aukeren arabera.

1.2.10.1 Hiru lurraldeetatik hurbil dagoen eremuan parke mugikor bat sortzea, jada ekipatuta eta prestatuta dauden anbulantziekin, anbulantzia aldaketetara joateko –adibidez, matxuragatik–, baina baita biktima anitzeko gertakarietarako (BAG) edo hondamendietara joateko ere. Emergentziak erakundearen zentro operatibo bat egotea parke mugikorraren leku berean, biltegiarekin gain. Kudeaketa taldea bertan kokatzea, irakaskuntza unitate batekin batera. Leku berean simulazioak, formazioa... egin ahal izateke eta Osakidetza helikopteroa ere bertan kokatu beharko litzateke. Hegan egiten ez duenean, medikalizatu bat gehiago bihurtzea eta eremu hori estali ahal izatea.

1.2.10.2 Zentro eta baseen kokapena eta hornidura berraztertu.

1.2.10.3 Ikerketa: Datu baseak egitea (OSHCAR, paziente politraumatizatuak...), gertakarien analisia, EHUKo ikertzaileekin harremana, ikerketa sustatzea, doktore tesiak...

### **1.3 Emergentziak agentzia egitura espezifikoaren eratzeara**

1.3.1 Ospitaleaz kanpo larrialdietan, emergentzietan diharduten agentzia guztiak egitura publiko bakarrean elkartzea.

1.3.2 Emergentzietarako bigarren sarea antolatzea, boluntarioen sarea. Entrenatuak egongo direnak eta larrialdietan laguntzeko prestatuta. Ez lehenengo sarea ordezkatzeko, baizik eta beharrezkoa denean, lehenengo sareari laguntzeko.

1.3.3 Biktima anitzeko gertakarietarako NBKE kasuetarako lanketa abian jartzea.

1.3.4 Ekitaldi, kirol lehiaketa, jaialdi, ikuskizunetarako prebentzio eremua sortzea aztertzea.

1.3.5 Denbora mendeko patologiekin lotutako faktoreei (lan istripuak edo errepideko istripuak non eta zergatik gertatu diren) buruz jasotako datuak aztertzea, prebentziorako arloak identifikatzeko.

### **1.4 Bihotz geldialdiaren artea nazioarteko gomendioekin lerrokatzea**

1.4.1 Datu basea egunean mantentzeko baliabideak ezarri.

1.4.2 Zentro koordinadoretan egiten den telefono bidezko berpiztea indartu.

1.4.3 Kalitate handiko berpiztea landu eta berpiztearen kalitatearen emaitzak neurtu.

1.4.4 Errekurtsoak azkar mugitu. Denbora errealean non dauden jakin eta gertuen dagoen baliabidea azkar mugitu.

1.4.5 Desfibriladoreen erregistroa sistematikoki jaso, aztertu eta gaixoaren historia klinikoan gehitu.

1.4.6 Desfibriladoreak ezarri eta erabileran trebatu polizia mota oro, suhiltzaile, segurtasuneko pertsonak eta laguntza eskaini dezakeen profesional oro.

1.4.7 Teknologia erabili boluntarioei laguntzeko. Osakidetza aplikazioa indartu. Boluntarioen inguruan geldialdiren bat gertatuz gero, hauek aktibatu ahal izateko tresnak martxan jarri.

1.4.8 Derrigorrezko prestakuntza ezarri eskoletan eta komunitatean oro har.

1.4.9 Erantzukizuna lantzeko bidean, komunitatea informatuta izan urteroko txostenen bidez.

1.4.10 Bihotz-biriketako berpiztearen euskal kontseilua sortu.

1.4.11 Bikaintasunerantz pausuak eman.



VII BLOKEA

# Bibliografija



# Bibliografía

Novoa Jurado AJ. El nuevo generalismo médico. *AMF* 2024;20(7);405-415. DOI: 10.55783/AMF.200703

Novoa Jurado AJ. Bases históricas, conceptuales y científicas del nuevo generalismo médico (Parte 1). *AMF* 2024;20(7);3656. DOI: 10.55783/AMF.S200708

Novoa Jurado AJ. Bases históricas, conceptuales y científicas del nuevo generalismo médico (Parte 2). *AMF* 2024;20(8);3671. DOI: 10.55783/AMF.S200808

Grupo de trabajo ÉTICA Y COVID (Euskadi) – ABFyC. ¿La salud de quién estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia. *Bioética Complutense* 39 (2020) pp.41-44

MORTERUEL, M. GINÉ, A. (2019) Los determinantes políticos de la salud. OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/determinantes-sociales-de-la-salud/>

Rafael Cofiño, Miguel Prieto, Mariano Hernán-García. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, Volume 37, 2023, 102254, ISSN 0213-9111

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102254> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911122001509>

Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2021; DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Añel Rodríguez RM, Astier Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clín Med Fam.* 2022;15(2):75-6. DOI: 10.55783/rcmf.150202

Integration, coordination and multidisciplinary approaches in primary care: a systematic investigation of the literature. ANU Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI) (2003-2015)

Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, de Belvis AG. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2013 Jun;23(3):356-60. doi: 10.1093/eurpub/cks053. Epub 2012 May 29. PMID: 22645236

EL HOSPITAL DEL FUTURO. Un proyecto de la Sociedad Española de Medicina Interna para el Sistema Nacional de Salud. Elaborado con la colaboración de la Fundación IMAS. 2019. [https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro\\_hospital\\_vision\\_20191030.pdf](https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro_hospital_vision_20191030.pdf)

**ehbildu**