

# Arreta soziosanitarioa ele ofizialetan eskaintzeko estandarren aukera Euskal Herrian

**Aitor Montes**

*Familia medikua Osakidetzan*

aitor.monteslasarte@osakidetza.eus

Sarrera-data: 2019-04-28 / Onartze-data: 2019-06-05

**Laburpena.** Estandarrak jarduera espezifiko batean jarraitu beharreko irizpideak dira, neurgarriak, ebaluagarriak eta maila goreneko zerbitzua ematen lagun dezaketenak, berariazko baimen administratiboa duen erakunde batek sorturikoak. Arreta soziosanitarioaren arloan hizkuntzaren gaia jorratzen duten mundu mailako lehenbiziko estandarrak garatu dira Kanadan. Artikulu honetan, autoreak estandar hauen egokitasuna eta eskalabilitatea aztertzen du euskara planen talaiatik, Euskal Herrian arretaren normalizazioan egin dezaketen ekarpena, alegia. • **Hitz gakoak:** *arreta soziosanitarioa, hizkuntza, estandarrak, euskara planak, arretaren normalizazioa.*

**Abstract.** Standards are guidelines that must be followed in specific situations. They are measurable, assessable and aimed at helping to ensure a high-quality service, and are established by an organisation with the corresponding administrative authority. The first language standards in the field of social and health care were developed in Canada. This paper discusses the suitability and scalability of these standards from the perspective of Basque language plans, and therefore, explores the way in which they could contribute to normalising healthcare in Basque in the Basque Country. • **Key words:** *social and health care, language, standards, Basque language plans, normalisation of healthcare.*

## 1. EUSKARA PLANEN NAHIKOTASUN EZA

Gaur egun, euskararen normalizazioak aurrerapauso garrantzitsuak egin dituen arren, esan daiteke osasun arreta euskaraz ez dagoela inon ere bermatuta. Arreta soziosanitarioaren inplikazioa kontuan hartuta (osasuna baita oinarritzko eskubidea eta berdintasunaren zutabeetako bat), hizkuntzak berebiziko garrantzia duen arlo honetan antzeman daitekeen atzerapena batetik, eta diskurtso egoki baten gabezia bestetik, Euskal Herriko egoera administratibo zein soziolinguistikoaren ondorioa eta erakusleak direla esan daiteke.

Izan ere, gure egoera guztiz konplexua eta zatikatua da, eta nekez lor daiteke ikuspegi oso bat, hizkuntza-eremu guztiak eta osasun-zerbitzu guztiak (publiko zein pribatuak) kontuan hartzen ez badira.

Lehenik eta behin, muga administratiboek duten eragina aitortzea besterik ez dago. Euskara ez da hizkuntza ofiziala Ipar Euskal Herrian; Nafarroan eremu batean soilik erdietsi du ofizialtasuna, eta ez da antzematen lurralde osoan lortuko duenik epe labur batean. Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), ordea, osasun zerbitzuak euskaraz emateak teoriarik gabeko osoa dauka. EAEn kokaturiko edozein erakunderekin edo entitatearekin harremanak euskaraz izateko eskubidea aitortzen zaie herritar guztiei, ahoz eta idatziz.

Arreta soziosanitarioari dagokionez, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak zerbitzu publikoak eta neurri batean pribatuak kontratatzen ditu; publikoak Osakidetza-euskal osasun zerbitzuaren esku daude. Osakidetza 13 Erakunde Sanitario Integratuetan (ESI) antolatzen da. Gizarte zerbitzuak, aldiz, maila handi batean Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako aldundiei dagozkie. Hartara, arreta soziosanitarioaren esparruan, EAEn ere, egundoko zatiketa dagoela begitandu daiteke.

Osakidetzan, euskararen erabilera 67/2003 Dekretuak arautzen du, eta legetik eratorriak dira erabilera normalizatzeko euskara planak. I. Euskara Plana 2005ean onartu zen, Osakidetza sortu eta 22 urte geroago, eta II. Euskara Plana, testu hau idazterakoan indarrean dagoena, 2013an. Osakidetza euskara planen ebaluazioa, tartekoa zein behin betikoa, euskara zerbitzuaren esku dago. Horrezaz gain, zerbitzu-erakunde guztiek beren burua aurkeztu behar dute Bikain ziurtagirira, Eusko Jaurlaritzako Hizkuntza Politikarako Sailburuordetzak eta Euskalit fundazioak kudeatzen dutena. Ez dago, egun, hizkuntzaren arloan nazioarteko kalitate-aitortzarik edo ziurtagiririk. Euskara planetan arlo klinikoan kanpoan geratzen da, bai sorkuntza-prozesuan zein ebaluazioetan; erabiltzaileek ere ez dute parte hartzen. Osakidetza euskara planak osasun-zerbitzuen

---

**Euskara planetan  
arlo klinikoan  
kanpoan  
geratzen da, bai  
sorkuntza-  
prozesuan zein  
ebaluazioetan;  
erabiltzaileek ere  
ez dute parte  
hartzen.**

---

***Esan daiteke  
unibertsitateak  
ez duela sortzen  
gizarte elebidun  
baten  
beharretara  
egokituriko  
behar beste  
profesional.***

hornidura pribatua eragin gutxikoak direla esan daiteke, agian Mutualia salbuespena izanik, izan ere Osakidetzarekin lankidetzak hitzarmenak adostu baititu, eta II. Euskara Planaren interes-taldearen foroan sartu da. Esan gabe doa Euskara Plana ez dagoela indarrean Nafarroan edo Ipar Euskal Herrian. Nafarroako 103/2017 Foru Dekretuak, administrazio publikoetan euskararen erabilera arautzen duenak, 6. artikuluan euskara planak jasotzen ditu. Legeak dioenez, Nafarroako erakunde publiko guztiek behar diren euskara planak prestatu behar dituzte, eremu euskaldunetan eta mistoan euskararen erabilera bermatzeko. Gaur egun, ordea, Osasunbideak ez du euskara planik garatu.

Bestalde, kontuan hartu beharrekoa da osasun profesionalen prestakuntza unibertsitatean hasten dela, eta horrek, beste aldetik, egoera are konplexuagoa eta zatikatuagoa sortzen du. Adibidez, erizaintza euskaraz ikas daiteke EAEn, baina ez Nafarroan edo Ipar Euskal Herrian. Hizkuntzaren arloan, hots, hizkuntzak osasun arretan duen garrantziaren inguruan, ez dago une honetan berariazko prestakuntzarik. Hori horrela, esan daiteke unibertsitateak ez duela sortzen gizarte elebidun baten beharretara egokituriko behar beste profesional.

Hori guztia kontuan izanda, ulertzekoa da gaur egun euskarazko arreta soziosanitarioaren eskaintza hain urria izatea. Harago, adostasunez eta aniztasunetik sorturiko diskurtso eraginkor baten beharra antzematen da. Vézinak eta Savardek (2017), osasun-erakundeak hainbat aktore edo eragilez osaturiko sistema konplexu gisa ulertzen dituzte, Crozier eta Friedbergen (1977) sistemen teoriari jarraituz. Argi adierazi dutenez, “Aktoreen askatasun tarteak ezin da osorik murriztu beti. Aktoreek, euren eguneroko harremanetan, erakundearen dimentsio formalak (egitura eta arauak) ustiatzen, interpretatzen eta eraldatzen dute gai gatazkatsuak plazaratzeko orduan. Kontzeptu honen giltzarria, gogoratu beharrekoa, hauxe litzateke: eskaintza aktiboarekin erlazionaturiko gaiak, hala nola osasun zerbitzu segurua eta kalitatezkoak jasotzea, sistemaren dinamikaren erdigunean kokatu behar direla, hainbestera, non bila-kaera natural gisa, sistemaren dimentsio formalak jokoaren arauak bere egingo dituen. Gutxiengoaren (gurean, gutxiengo hizkuntzaren) aktoreak euren askatasun tarteaz baliatu beharko dira sistema osoa helbide horretara eramateko.” Hori horrela, ikuspegi integrala zaila izanik ere, beharbada ez litzateke legedian edo hizkuntza-eskubideen arloan soilik kokatu behar gaiaren inguruko eztabaida, osasungintzaren joko-zelaia diren paradigmatan baizik: kalitatean, segurtasunean, ekitatean, eta ororen gaitetik, pertsonan ardazturiko arreta eremuan. Horrenbestez, arretaren normalizazioa, kontzeptu operatibo baliagarria izan daitekeela planteatu izan da.

Gauzak horrela, diskurtso eraginkor eta berritzailearekin batera, tokian tokiko egoera soziolinguistiko zein administratiboari egokiturik, baina aldi berean eremu guztietarako eta, batez ere, eremu ezberdinetako hiztunentzat neurri lorgarri eta bateragarriak abiaraztea posible dela esan daiteke, eta horregatik, besteak beste, artikulua honen zergatia.

## 2. KANADAKO ESTANDARRAK

### I

### 2.1 Muga administratiboak eta hizkuntza-mugak

Kanadan bi hizkuntza ofizial daude, ingelesa eta frantsesa, 1982an Konstituzioa onartu zenez geroztik. Hizkuntza ofizialak izanik, herritar orok eskubide osoa du herri-administrazioarekin eta herri-aginteeekin dituzten harremanetan frantsesa edo ingelesa normaltasunez erabiltzeko. Halere, askotariko hizkuntza-eremuak daude lurralde osoan zehar, eta soilik biztanleriaren % 17,5 da ele bien hiztuna. Oro har, ingelesa da hizkuntza nagusia, Quebecen izan ezik. Bestalde, estatu federala da, hamar probintzia eta hiru lurraldez osatuta: Eskozia Berria, Eduardo Printzearen uhartea, Brunswick Berria, Ternua eta Labrador, Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta eta Kolunbia Britainiarra probintziak, batetik, eta Nunavut, Yukon eta Ipar-mendebaldeko lurraldeak bestetik. Lege-esparrua ere plurala da, beraz.

Esan bezala, hizkuntza-eremuak askotarikoak dira: elebidun gehienak Quebecen, Ontarion eta Brunswick Berrian bizi dira, eta Quebecetik at milioi bat frantses hiztun daude, gutxiengo egoeran. Frantsesez eta ingelesez gain, Kanadan 53 hizkuntza autoktonok bizirik diraute, 11 familiatan banatuta: algonkinoak, athapaskan familia, irokesak, siouen familia, haida hizkuntza isolatua, salishan taldeko hizkuntzak, wakashan, inuktitut (eskimo-aleutiar hizkuntzen taldekoa), tsimhian taldea, tinglit eta kutenai edo ktunaxa. 2011ko National Household inkestaren arabera natioak 1,4 milioi ziren, biztanleria osoaren % 4,3. Kultura eta hizkuntza aniztasun horri etorkinak gehitzen zaizkio. 2000 eta 2016 urte bitartean 4,2 milioi etorkin jaso ditu Kanadak, gehienak (% 75) Afrika, Asia eta Ekialde Hurbiletik. Azken hamarkadan urtero 250.000 etorkin jaso ditu, gehienak hiri handietan kokatu direlarik, ia erdia (% 44) Toronton. Gaur egun biztanleriaren % 20 Kanadatik at jaiotakoa da, eta 2031rako % 28 izatea espero da, herrialde garatuetan batazbestekorik handiena.

Bestalde, Gobernu federalak osasun arloko jurisdikzioa probintzietan esleitu dizkie; hortaz, gobernu federalaren hizkuntza-politika ez da probintzia edo lurralde bakoitzean guztiz aplikagarria, ez arlo soziosanitarioan behintzat. Osasun arreta norbanakoaren hizkuntzan ematearen aldeko legedia egon badago zenbait probintzietan, Ontarioko Frantsesezko Hiz-

---

**Euskararen erabilera normalizatzeko planak ez dira aplikagarriak euskararen lurralde osoan, eta ez dira heltzen euskaldun guztiengana.**

**Elebitasuna ez da inondik inora homogenea, eta larritasun egoeratan, pertsona gaixorik dagoenean, norberarena ez den hizkuntzan aritzea zamagarria izan daiteke, osasun-jarduerak ezinbestekoa duen komunikazioa oztopatuz.**

kuntza-zerbitzuen Legea (*French Language Services Act*), adibidez, eta legeari darraizkioten hizkuntza planak garatu dira hainbat osasun erakundeetan (*designation plans* edo izendapen planak hain zuzen ere). Aipagarria da osasun arloko hizkuntza-kudeaketa legedian eta hizkuntza-eskubideetan oinarritu dela batez ere, hots, zerbitzua hizkuntza ofizialetan jasotzeko eskubideetan, eta ez ordea segurtasun klinikoaren, kalitatearen edo ekitatearen arloan. Lege-esparruak eta eremu soziolinguistikoak askotarikoak izanik, zera antzeman izan da: orain arteko hizkuntza-planak ez dira guztiz eraginkorrak, edo ez dituzte espero ziren emaitzak lortu. Kontuan hartu beharko litzateke ez dagoela behar beste osasun langile elebidun; Manitoban, esaterako, familia medikuen % 2,6 da elebiduna. Bestalde, hizkuntza-sentiberatasun eskasa antzematzen da elebakarren artean, zeinentzat, oro har, hizkuntzak ez du osasun arretan inolako garrantzirik. Bide batez, esan daiteke Euskal Herriak bizi duen egoerarekin parekotasunak daudela, non Osakidetzaren euskara planek legeari jarraitzen dioten, osasun-jardueraren paradigma eta irizpideekin lerokatu gabe, eta administrazioa zatikatuta dagoen. Azken batean, Osakidetzako euskara planak ez dira baliagarriak Nafarroako erabiltzaileentzat, edota klinika pribatuetan. Pernandoren egia bezain argia: euskararen erabilera normalizatzeko planak ez dira aplikagarriak euskararen lurralde osoan, eta ez dira heltzen euskaldun guztiengana.

Kanadara itzuliz, horren guztiaren ondorioz, arreta soziosanitarioa ez dago pazientearen hizkuntzan (frantsesez batik bat) bermaturik, eta hori horrela, profesionalen eta erabiltzaileen arteko hizkuntza-mugak ohikoak dira. Laburrean, hizkuntza ezberdinak hitz egiten dituzten edota hizkuntza bera maila ezberdinetan menderatzen duten pertsonen arteko komunikazio arazoak lirateke hizkuntza-mugak. Itxura batez, Kanadako frantses hiztun gehienek ingelesa menderatzen dute, baina errealitatean ez da horrela. Elebitasuna ez da inondik inora homogenea, eta larritasun egoeratan, pertsona gaixorik dagoenean, norberarena ez den hizkuntzan aritzea zamagarria izan daiteke, osasun-jarduerak ezinbestekoa duen komunikazioa oztopatuz. Eremu urriko hiztunek jasotzen duten zerbitzuen kalitatea, oro har, behar lukeen baino apalagoa dela begitandu da mundu mailan: kontrako edo alboko ondorio gehiago, ospitaleratze tasa altuagoak, gogobetetze maila eskasagoa, tratamenduak edo gomendioak ez betetzea, etab. Hizkuntza-mugak ageriagoak dira ahuldade egoeran dauden pertsonen artean, hala nola adinduak, haurrak, narriadura kognitiboa dutenak edo osasun mentaleko arazoak dituztenak. Bestalde, hizkuntza ez da komunikaziorako tresna soilik, eta norbanakoaren identitate zein izaerarekin guztiz lotuta dagoela ere defenda daiteke ezbairik gabe; hizkuntza-parekotasunik gabeko arreta, hortaz, pertsonan ardazturiko arreta ereduarekin bat ez datorrela esan daiteke.

## 2.2 Estandarren beharra eta egokitasuna

Arreta soziosanitarioan hizkuntzak bizi duen korapiloa kontuan hartuta, gutxiengo egoeran dauden frankofonoen hizkuntza-eskubideak babesten dituen eta arreta soziosanitarioa frantsesez sustatzen duen Société Santé en français (SSF) erakundeak, arreta pazientearen hizkuntzan emateko estandarrik ez zegoela ikusirik, eta AEBetako CLAS estandarren ereduari jarraituz, zera antzeman zuen: Kanada osorako, hots, lege edo administrazio-esparru guztietarako estandar batzuen beharra. Euren helburua, funtsean, eremu elebidunetan kalitatezko arreta bi ele ofizialetan bermatua izateko komunikaziorako estandarrak sortzea zen, betiere Kana-dako egoerari eta legediari egokiturikoak. Hartara, Health Standards Organization (HSO) erakundearekin elkarlanean hasi ziren 2014an, eta estandarren proiektua 2017an abiarazi zuten. Biak ala biak irabazirik gabeko entitateak dira.

Azken batean, estandarrak horrela definitu daitezke: jarduera espezifikoko batentzat egokituriko eta jarraitu beharreko irizpideak, maila goreneko kalitatea bermatzen lagun dezaketenak arlo jakin batean. Kasu honetan, hizkuntzaren arloan arreta soziosanitarioak jarraitu beharreko irizpideak, edo beste era batera esanda, arreta soziosanitarioa zer nolakoa izan beharko litzatekeen eremu elebidunetan. Estandarrak, nahitaez, neurgarriak edo ebaluagarriak izan daitezkeen irizpide edo jarraibideak lirateke, erakunde kanpoko ebaluatzaile baten bitartez akreditazio ofiziala eskuratzea ahalbidetuko dutenak. Estandarrak, ezinbestean, akordioz adosturikoak izan behar dira, ahal den heinean indarrean eta eskura dagoen ebidentzian oinarriturikoak, eta betiere nazioartean edo estatu-mailan gaitasuna erakutsi duen eta berariazko baimen administratiboa aitortu zaion erakunde batek sorturikoak. SDO (*Standard Development Organization*) edo Estandarren Garapenerako Erakundeak (EGE) deritza horrelako bati.

Estandarren egokitasuna ikusteko, aldez aurretik hizkuntzaren gaineko estandarrik zegoen edo ez aztertu beharra dago, bikoizketarik saihesteko. Zera baieztatu izan da: akreditazio ofiziala duen estandarren garapenerako erakunderik ez da egon, orain arte, hizkuntza eta arreta soziosanitarioa uztartzen dituzten estandarrak egin dituenik, ez ISOk (*International Organization for Standardization*) ez CENek (*European Committee for Standardization*). Izan dira, izan, eremu urriko hizkuntzetarako zenbait ebaluazio-gida sortu dituztenak, hala nola Healthcare Improvement Scotland EGEak edo Osasunerako Munduko Erakundeak (OME), baina ez beren-beregizko estandarrik. Ameriketako CLAS (*Culturally and linguistically adequate services*) estandarrek, beste aldetik, kultura bere osotasunean lantzen dute; arraza, jatorria, erlijioa, sinesmenak... baina ez hizkuntza beren-beregi. Gauzak horrela, orain arte mundu mailan ez da

---

**Hizkuntza-  
parekotasunik  
gabeko arreta,  
hortaz, pertsonan  
ardazturiko  
arreta  
ereduarekin bat  
ez datorrela esan  
daiteke.**

**Estandar hauen helburua, funtsean, arreta soziosanitarioaren esparruan eremu elebidunetarako eta hizkuntza gutxituetarako komunikazio-irizpideak ezartzea litzateke.**

eremu elebidun edo eleaniztunetan komunikazioa jorratzen duen arreta soziosanitarioarako estandarrik.

Estandar hauen helburua, funtsean, arreta soziosanitarioaren esparruan eremu elebidunetarako eta hizkuntza gutxituetarako komunikazio-irizpideak ezartzea litzateke, arreta prozesu jarraitu bat (*continuum*) bezala ulertuz, komunikazioa segurtasunerako zein kalitatezko zerbitzuak emateko funtsezkoa den atalik garrantzitsuenetan batez ere: harrera, ebaluazioa, artatzea, bizitza amaierako zaintza-sistema, etxerako altak eta zerbitzu edo profesionalen arteko deribazioak. Estandarrak kalitatea, ekitatea eta segurtasunean ardatzen dira.

### **2.3 Estandarrak sortzeko prozedura**

Atal honetan estandarrak gidatzen dituzten printzipioak azalduko dira, ondoren estandarrek jomugan dituzten erakundeak, eta azkenik estandarren garapenerako funtsezkoa izan den batzorde teknikoa.

#### *Printzipioak*

HSO erakundeak estandarrak sortzerako orduan jarraitzen dituen printzipioak honako hauek dira:

1. Estandarrak behar bati erantzuten dio. Edozein eragile, kudeatzaile edo erabiltzailek egindako eskaerari prestutasunez erantzuteko asmoz egiten dira.
2. Estandarrek arreta gizatiarragoa egiteko asmoa dute. Paziente eta senideen beharrei ematen zaie lehentasuna, errukia, errespetua eta entzutea bultzatuz.
3. Estandarren lehenbiziko helburua ahaleginak hobekuntzara bideratzea da, hots, paziente, senide eta komunitatearentzat osasun emaitzarik hoberenak erdiestea.
4. Estandarrek osasun sistema osoa dute gogoan, izan, zerbitzu publiko zein pribatuak, neurriz txikiak edo handiak. Egitura aldetik aniztunak izan daitezkeen osasun-erakunde guztiei bideratuta daude.
5. Estandarrak Kanadara egokiturikoak dira.
6. Estandarrak globalak dira ikuspegiz, tokian tokikoak ezarpenean. Nazioarteko ebidentzia eta jarduera-onak jasotzen dituzte, baina betiere tokian tokiko baldintzek estandarren ezarpenean izan dezaketen eragina kontuan hartuz.
7. Estandarrek interes ezberdinen arteko oreka bilatzen dute. Hainbat eragile eta interes-talderen ordezkapena balioesten da, besteak beste horretarako propio sorturiko batzorde teknikoaren bitartez.
8. Estandarrek sorkuntza-prozedura irekia eta gardena jarraitzen dute.

9. Estandarrek sorkuntza-prozedura argia eta zorrotza burutzen dute, mundu mailan onartua dagoen estandarrak garatzeko kodeekin (*International Harmonized Stage Codes*) lerrokaturik.

10. Estandarrak ebidentzian oinarritu behar dira, eta noizbehinkako ebaluazio zein eguneraketa behar dute, dagokien jakintza-arloak aurrrera joan ahala.

### Jomuga

Helburua arlo sozio-sanitarioan zerbitzua ematen duten erakunde publiko zein pribatuek bete beharreko estandar edo irizpide zehatzak sortzea izan da, osasun arreta norbanakoaren lehentasunezko hizkuntzan segurtasunez bermatua izan dadin, muga administratiboaz harago aplikagarriak, hots, unibertsalak.

Estandar hauen begipuntua hiru arlotan bana daiteke:

— Batetik osasun-erakundeak, euren hizkuntza-eremua hala nola euren egituraketa edo antolakuntza kontuan hartuz, zerbitzua pazientearen hizkuntzan bermatzeko gidalerro edo irizpide egokiak izan ditzaten: argiak, zehatzak, egingarriak eta neurgarriak, indarrean dagoen ebidentzian oinarriturik.

— Bestetik osasun-politikaren kudeatzaileak, hau da, administrazioa, dagokien eremuan (izan lurralde, eskualde, probintzia), osasun arreta bi ele ofizialetan prestutasunez eta egokiro ematen duten zerbitzu-erakundeak identifikatzeko irizpideak eskura izan ditzaten.

— Azkenik, kanpoko erakunde ebaluatzaileak, neurgarriak diren irizpideak eskainiz, ezarpen-prozesuen ebaluazioa egoki eta eraginkorra ahalbidetzeko.

### Batzorde teknikoa

Zuzendari baten gidaritzapean, Batzorde Tekniko bat eratu behar da, 16 kidez osaturikoa. Batzordeari dagokio estandarretan hutsuneak antzema-tea, estandar berrien garapenerako aukerak identifikatzea, eta estandarren edukia onartzea. Lan taldearen erabakiak adostasunez hartu behar dira beti, Delphi metodo aldatuaren bitartez (*Modified Delphi*). Gaiaren inguruko interes-taldeak ordezkatzeko helburuarekin aukeratzen dira batzordeko kideak, berariazko hautespen-prozesu baten bidez, eta lau taldetan banatzen dira: erabiltzaileak edo senitartekoak; estandarren erabiltzaileak (osasun profesionalak, hizkuntza-kudeaketarako teknikariak, administrariak); kudeatzaile edo osasun-zerbitzuen zuzendariak; eta interes orokorrekoak edo begiraleak, batik bat arlo akademikoko profesionalak, ikertzaileak, adituak edo arloko erakundeen ordezkariak. Ordezkaritza orekatua deritza batzorde teknikoa interes-taldeen arabera egituratzeari.

---

**Helburua arlo  
sozio-sanitarioan  
zerbitzua ematen  
duten erakunde  
publiko zein  
pribatuek bete  
beharreko  
estandar edo  
irizpide zehatzak  
sortzea izan da.**



**Batzorde  
teknikoan  
gehienak  
kanadarrak  
ziren, guztiak  
elebidunak, eta bi  
europar, bat  
galestarra eta  
bestea  
euskalduna, bi  
hizkuntza ofizial  
dituzten eremu  
elebidun edo  
eleaniztunen  
ordezkari gisa.**

**Hasiera batean,  
estandar hauek  
Kanadara begira  
egin dira batez  
ere, baina  
etorkizunean  
nazioartera  
zabaltzea ere  
nahi lukete.**

Estandar hauen garapenarako eratzailak hauek izan ziren: Grace Eagan, Ontarioko Access Alliance Multicultural Health and Community Services erakundeko teknikaria; Aitor Montes, Osakidetzako familia medikua; Janine Doucet, Brunswick Berriako Bihotzerako Unitateko (Centre cardiaque du NB) zuzendari-exekutiboa; Gayle Lamont, Summerset Manor epe luzerako arretarako osasun zentroaren zuzendaria. Pazienteen ordezkariak honako hauek izan dira: Gisele Lacroix, Albertako osasun zerbitzuetako langilea eta erabiltzailea; Audrey Fournier, Ipar-mendebaldeko lurraldeetako Fédération Francoténoiseren ordezkaria; Carmen Millar, Quebecoko anglofonia eta Access Health erakundearentzat tratamenduak frogatzeko ikerketetan lan egindakoa; eta Dounia Najahi, erabiltzailea eta osasun arloan boluntario gisa ibilitakoa.

Kudeatzaileak hauek izan dira: Danah Mohr, Winnipeg Herrialdeko Osasun Agintaritzako zuzendaria; Tharcisse Ntakibirora, gizarte-arreta eskaintzen duen Toronto Central-LHNko frantsesezko zerbitzuen koordinatzailea; Angela Sasso, Critical Link International itzultzaileen erakundeko presidentea; eta Elizabeth Abraham, Osasunerako Mundu Erakundearen (OME) Migrant Friendly and Culturally Competent lan taldearen arduraduna.

Interes orokorreko taldean honako hauek parte hartu dute: Gilles Vienneau, Brunswick Berriko SSMEFNBren zuzendari orokorra (SSF-ren ordezkari gisa); Gwerfyl Roberts, Bangorko Unibertsitateko irakasle eta ikertzailea; Chad Hammond, Ottawako Unibertsitatekoa; eta Jeanne d'Arc Gaudet, Brunswick Berriko Société de l'Acadie erakundearen presidente ohia. Batzorde teknikoan, beraz, gehienak kanadarrak ziren, guztiak elebidunak, eta bi europar, bat galestarra eta bestea euskalduna, bi hizkuntza ofizial dituzten eremu elebidun edo eleaniztunen ordezkari gisa. Batzordeak 16 hilabetez lan egin du, noizean behineko bideokonferentzien bitartez eta Ottawan burutu zen aurrez aurreko bilera batean. Batzordean parte hartzeko kide bakoitzak derrigorrean HSOn kode etikoa onartu behar du aldeztu, eta aldi berean interes-gatazkarik ez duela aitortu. Lan taldearen lan-hizkuntza ingelesa izan da, ahoz eta idatzizko harremanetan.

## **2.4 Lorturiko emaitzak. Euskara Planarekiko parekotasunak eta ezberdintasunak**

Batzorde teknikoak behin-behineko estandarrak adostasunez onartu eta gero, HSOK publikoak egin ditu bi hilabetez, norbanakoen zein erakundearen aldetik ekarpenak edo kritikak jasotzeko asmoarekin, horrela estandarren prozedura irekia, gardena eta parte-hartzailea bermatzeko, batetik, eta bestetik euren edukia kalitatezkoa, adosturikoa, eta anizta-

sunean hainbat eragileren eta gizartearen adierazgarria izan dadin. Aipaturiko ekarpenak jaso ondoren, behin betiko bertsioa onartu zen eta Kanadan estandarrak onartzeko eskuduntza duen Standards Council of Canada administrazioaren erakundeari bidali zitzaizkion. 2018ko irailean onartuak izan dira, Access to Health and Social Services in Official Languages, CAN/HSO 11012:2018 izendapenarekin, eta ingelesez zein frantsesez argitaratu dira. Mundu mailan, esparru soziosanitarioan hizkuntzaren arloa beren-beregiz jorratzen duten lehenbiziko estandarrak dira. Hasiera batean, estandar hauek Kanadara begira egin dira batez ere, baina etorkizunean nazioartera zabaltzea ere nahi lukete.

Kontuan hartu behar da estandar hauek lege-babesa daukatela, eta jabego intelektuala HSOrri dagokiola. Ezin dira, beraz, estandarrak alez ale azaldu hemen, baina Osakidetzaren euskara planekin dauzkaten zenbait parekotasun eta ezberdintasun aipa daitezke, eta zenbait atalek, gainetik bada ere, aipamen berezia merezi dutela esan daiteke.

Hasteko, estandarrak kalitatearen eta eskaintza aktiboaren inguruan ardatzen dira. Hizkuntza, hortaz, ez da osagarri bat, balio erantsi bat, osasun-zerbitzuen kalitatearen zutabeetako bat baizik. Bestetik, eskaini beharrekoa den zerbait litzateke, hau da, pazienteari aurrea hartuz beti eta eskatzera behartu barik. Estandar hauek erabiltzailearen behar, premiak eta lehentasunen arabera eskaintza berresten dute, beste ororen gainetik.

Zerbitzu eta langile elebidunak identifikatzea izan da Osakidetzako II Euskara planaren lerroetako bat, eta asmo horrekin “Euskaraz bai sano!” kanpaina zabaldu da azken urteetan. Profesional elebidunen identifikazioa Kanadako estandarretan ere jaso da.

Idatzizko harremanak ere kontuan hartzen dituzte, baita dokumentazio kliniko ere. Haratago, osasun profesionalak behartzen ditu eskaintza egitera: pazienteak euren dokumentazioa, oharrak, proba osagarrien emaitzak eta gainerako dokumentuak aukerako hizkuntzan edukitzera eta horrela eskatzera adoretu behar dituzte profesionalak. Euskal Herrian, kontrara, nekez topa daiteke paziente bere dokumentazio kliniko euskaraz eskatzera adoretzen duen osasun profesionalik.

Hizkuntzaren gaia, eta hizkuntzarekiko sentiberatasuna eta kontzientzia osasun profesionalen etengabeko prestakuntzan txertatzea gomendatzen dute estandarrek.

Ikerketa kliniko bi ele ofizialetan egin behar dela ere xedatzen dute, eta Pazienteek Hautemandako Emaitzen Neurketak (*Patient Reported Outcomes Measures* edo PROMs) nahitaez pazientearen hizkuntzan egon behar direla zehazten dute.

---

**Hizkuntza ez da osagarri bat, balio erantsi bat, osasun-zerbitzuen kalitatearen zutabeetako bat baizik.**

**Orain arte  
euskara planen  
sorkuntza eta  
ebaluazioa  
Osakidetzako  
Euskara  
zerbitzuaren esku  
egon dira soilik.  
Etorkizunean,  
maila goreneko  
plan bat  
erdiesteko,  
diziplina  
anitzeko lan  
taldea eratzea  
gomendatu  
izan da.**

Azkenik, Osakidetzako II. Euskara Planak legez pazienteen lehentasunezko hizkuntzaren erregistroa jasotzen du, baina hori egingo duten langileentzat berariazko prestakuntza eskatuz. Hutsune hau antzeman da Euskal Herrian, eta pazienteen lehentasunezko erregistroa hobetzeko aukera proposatu da dagoeneko, prestakuntza eta eskaintza aktiboaren birtartez, Osasungoa Euskalduntzeko Erakundearen (OEE) 28. biltzarrean.

Baina atal teknikoez haratago, bada zerbait azpimarratu beharrekoa: estandar hauek Kanada osorako eginak dira, muga administratiboaz gaindi. Egungo osasun jardunaren paradigmeekin bat egiten dute, pertsonetan ardazturiko arreta ereduarekin. Pertsonen araberrakoak dira, edonon eta edonoiz, eremu soziolinguistikoa edo administratiboa edozein izanda ere. Horrezaz gain, Kanadako Estandarren Kontseiluen onespina jaso ondoren, nolabaiteko berme ofiziala dutela esan daiteke ezbairik gabe. Edozein erakunde edo osasun-zerbitzuren edozein hizkuntza-planari eragin diezaiokete, hortaz.

### 3. ESTANDARREN ESKALABILITATEA EUSKAL HERRIAN

Zergatik estandarrak gurean? Zertarako Kanadako estandarrak Euskal Herrian? Aplikagarriak al dira horrelako estandarrak gurea bezalako hizkuntza-eremu batean? Galdera hauei erantzuteko, lehenik eta behin gomendagarria litzateke azpimarratzea estandar hauek ez direla Osakidetzaren edo Osasunbidean sor daitezkeen euskara planen aurkariak. Alderantziz, edozein euskara planaren osagarriak izan daitezke.

Osakidetzaren II. Euskara Planaren tarteko ebaluazioa egin da jadanik, eta 2019an amaituko da. Behin betiko ebaluazio orokorra egin beharko zaio 2020ko lehen seihilekoan, eta urte horretan III Euskara Plana martxan jarri beharko da derrigorrez. Lehenago aipatu den bezala, orain arte euskara planen sorkuntza eta ebaluazioa Osakidetzako Euskara zerbitzuaren esku egon dira soilik. Etorkizunean, maila goreneko plan bat erdiesteko, diziplina anitzeko lan taldea eratzea gomendatu izan da, sinergia eraginkorrak ahalbidetuz, izan ere gai honen konplexutasunak elkarlanean aritzera behartzen du nahitaez. Gauzak horrela, III. Euskara Planean estandarrek txertatzeko aukera dago, baita Nafarroako Osasunbidearen balizko euskara planetan ere.

Kanadako estandarrak bere osotasunean ekar daitezke, noski, baina kontuan hartu beharko litzateke beste eremu batean sorturikoak direla. Bestalde, aipatu den bezala, une honetan jabetza intelektuala HSO erakundearena da; irabazi asmorik gabeko entitate izan arren, ezin dira kopiatu. Euskal Herriko edozein osasun-erakundek eros ditzake, noski, bere jardunetan txertatzeko asmoz, eta beste entitate baten kanpoko ebaluazioa

eskatu, akreditazio ofiziala eskuratze aldera. Hizkuntzalariek ondo hauteman dutenez, hizkuntza-komunitate bakoitzak zerbait ikas dezake beste batzuen egoerari erreparatuz, baina Euskal Herriak bere ezaugarri propioak dauzka. Hori horrela, gure ingurunearen ezaugarri administratibo zein soziolinguistikoei egokituriko estandar batzuk sortzeko aukera egon daiteke, nazioarteko adituekin batera (kanadarrak eta gales-tarrak batik bat), kasu honetan aukera hori eskaintzen duen HSOrekin. Beste era batera esanda, Kanadako estandarrek gurera ekarri eta gure egoerara egokitu daitezke.

Estandar hauek nazioarteko elkarlana sustatzen lagun dezakete, kasu honetan hainbat ezaugarri partekatzen dituzten eremu elebidunen arteko sinergiak bilatuz, arretaren normalizaziorako tresna gisa. Azken batean, Kanada, Euskal Herria eta Gales bi ele ofizial dituzten eremuak dira, non hizkuntzen arteko aldea handia den (elkarren artean ulertezinak izaterainokoan sarri), eta antzerako kultura dutena, azken batean mendebaldeko herrialde aurreratuen artean baitaude horiek guztiak. Osakidetzarentzat, beraz, aukera bat eskaintzen dutela esan daiteke: bere giza baliabideak kontuan hartuta (Kanadan edo Galesen baino askoz profesional elebidun gehiago, alde handiz), hizkuntzaren gaian mundu-mailako lidergoa lortzekoa. Euskararen, eta hortaz, arretaren normalizazioak, nazioarteko prestigioa ekar baitiezaioke, bere izena eta irudi korporatiboa hobetuz. Erreferentia izan daiteke, berrikuntzan zein ezarpenean aitzindari izateagatik nabarmenduko den erakundea. Estandarrak helburu hori lortzeko egokiak izan daitezke, ebidentzian oinarrituriko irizpideak izanik, adostasunez onarturikoak, eskumena eta gaitasuna duen erakunde batek egindakoak, eta ororen gainetik hizkuntzaren gaia kalitatearen, segurtasunaren eta ekitatearen arloan kokatzen dutelarik. Hau da, arlo klinikoa bete-betean inplikatzen dute, hizkuntzaren auzia medikuntzaren paradigmatan eta erakundearen dimentsio formalean txertatuz. Horrenbestez, balio gehigarria dutela esan daiteke: arretaren normalizazio-prozesuan prestigioa, adostasuna, nazioarteko proiektzioa eta bermea.

Bestalde, Euskal Herrian ere, profesional, kudeatzaile eta gizarte-eragileen arteko elkarlana bultzatzea dezaiteke. Izan ere, estandarrek interes-talde ezberdinen ikuspegiak jaso dituzte, erabiltzaileen parte-hartze aktiboa sustatuz, orain arteko euskara planek ez bezala. Roberto Manjonek, Osakidetzako I. Euskara Planaren sortzaile eta kudeatzaileak, ongi azaldu duenez: “Normalizazioko teknikari batek ez du hizkuntza-politika erabakitzen, ez du haren aplikazioa ebazten, Osakidetzako Administrazio-kontseiluak baino, eta “euskara-plana” deritza erabaki horri. Normalizazio-teknikariari arauak ematen zaizkio, dekretuak eta planak, eta aginduak nagusiengandik, bai eta baliabide batzuk ere”. Osasuna oinarritzko esku-

---

**Hizkuntzalariek ondo hauteman dutenez, hizkuntza-komunitate bakoitzak zerbait ikas dezake beste batzuen egoerari erreparatuz, baina Euskal Herriak bere ezaugarri propioak dauzka.**

**Osakidetza eta  
Osasunbidea ez  
dira aurpegirik  
gabeko  
entitateak:  
pertsonek  
eratzen dituzte;  
pertsonek artatu  
nahi dituzten  
pertsonek.**

bidea izanik, osasun arreta bizikidetzaren orube eta zutabeetako bat delarik, Osakidetza eta Osasunbidea herri-administrazioaren atalik handienak izanik, euren jardunak herritar orori eragiten diola jakinik, gomen-dagarria izan daiteke gizarte-eragileen eta norbanakoen ahotsa entzutea, hizkuntza hain garrantzitsua den arlo honetan. Bide horretan, Osakidetzak, dagoeneko, Euskara-Planeko interes taldeen foro bat sortu du, eta bertan hainbat erakundek eta eragilek parte hartzen dute. Harago, arreta soziosanitariorako estandarrak ekartzeak aukera hori zabaldu lezake, kalitate irizpideak zehazteko orduan erakunde horien ordezkariak parte har dezaten. Aipatzearen, UEMA, Kontseilua, Eusko Ikaskuntza, UEU, UPV-EHU, MU, OEE, izan daitezke horrelako estandar batzuen sortze-prozesuan edo jarraipenean inplika daitezkeenak.

Baina beharbada garrantzitsuena zera litzateke: estandarrak izanik, muga administratiboak gainditzen dituztela. Gauza jakina denez, Euskal Herri kontinentalean euskara ez da ofiziala, eta EH penintsularra banatuta dago, lege esparruak ezberdinak direlarik. Horri aurre egiteko, nazioartean onarturiko estandarrak baliaigarriak izan daitezke, nola EAEn hala Nafarroan behintzat. Osakidetzak bezala, Osasunbideak edo erakunde pribatuek (Mutualiak adibidez) estandar horiek erosi ditzakete, edo sortze-prozesuan parte hartu, eta era progresiboan txertatu, hizkuntza-eremuaren edo zerbitzu-unitatearen arabera. Muga administratiboa gainditzea gakoa da, gurea bezalako hizkuntza-komunitatean, arreta eta hizkuntzaren gaia pertsonan ardazturiko ereduarekin lerrokatu nahi bada. Izan ere, edozein osasun-erakunderen xedea pertsonak artatzea da, betiere erabiltzaileen ezaugarriak errespetatuz: nahiak, sinesmenak, adina, generoa, ingurunea, baita hizkuntza ere. Osakidetza eta Osasunbidea ez dira aurpegirik gabeko entitateak: pertsonak eratzen dituzte; pertsonak artatu nahi dituzten pertsonak. Pertsonaren neurria ez baitu batezbesteko batek ematen, ezta edozein planarena ere; edonon, edonoiz, ahoz eta idatziz, bakoitzari berea da gizalegea. Euskaldunak, izan Bilbon edo Leitzan, aintzat hartu behar dira, eta euskaraz artatu. Estandarrak ez dira sendabide bakarra, ez dira Graal Santua; euskara planaren osagarri eta lagungarri gisa proposatzen dira, pertsonen artean egindakoak, eremu ezberdinetako pertsonentzat. ●

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1986ko abenduaren 15eko Euskarari buruzko 18/86 Foru Legea, Nafarroako Aldizkari Ofiziala. 1986ko azaroaren 17a.
- 67/2003 Dekretua, martxoaren 18koa, Osakidetzan euskararen erabilera normalizatzeko dena. EHAA-2003ko martxoak 31.
- Arauzo Uriarte, Xabier. (2018). Osakidetzan Euskararen Erabilera Normalizatzeko Bigarren Planaren Tarteko ebaluazioa (2013-2017 aldia). *BAT Soziolinguistika Aldizkaria* 108, 2018 (3), 11-29.

- Bilbao Sarria, Paul. (2018). Nola ulertu hizkuntza osasun-eskubidearen baitan? *BAT Soziolinguistika Aldizkaria* 108, 2018 (3), 123-138.
- Crozier, M. eta Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil, 1977.
- Custer, RL., Scarcella, JA., Stewart, BR. (1999). The modified Delphi Technique-A rotational modification. *JCTE*, 15 (2).
- Davies, Elaine. (2008). Different Words, different worlds? The concept of language choice in social work and social care. Care Council for Wales, 2008.
- Eckhardt, R., Andrew, S., Mott, S. (2006). Culture and communication: identifying and overcoming the barriers in caring for non-English-speaking German patients. *Diversity in Health and Social Care*, 3.19-25.
- Euskararen Erabilera Arauzkotzeko 10/1982 Oinarrizko Legea. EHAA, 160 zk. 1982ko abenduak 16.
- Flores, Glenn. (2006). Language barriers to Health Care in the United States. *New England Journal of Medicine*; 355:229-231.
- Hasson, F., Keeney, S., McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*, 32: 1008-1015.
- Johnstone, M., Kanitsaki, O. (2006). Culture, language and patient safety. making the link. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006, Volume 18, Number 5:383-388.
- Lindholm, ME., Hargraves L., Ferguson, W. eta Reed, G. (2012). Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates. *Journal of General Internal Medicine*, 27 (10); 1294-9.
- Lopez, ME., Kaplan, CP., Napoles, AM., Hwang, ES. Livaudais, JC eta Karliner, LS. (2014). Satisfaction with treatment decision-making and treatment regret among latinas and non-latina whites with DCIS. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 83-89.
- Manjón Lozoya, Roberto. Iñigo Jakari erantzunez. Erabili.eus, Iritzi-muinetik. Azpeitiko Euskara Patronatuaren web orria, 2015-05-22. [http://www.erabili.eus/zer\\_berri/muinetik/1432204726](http://www.erabili.eus/zer_berri/muinetik/1432204726)
- McMillan, Alan eta Yellowhorn, Eldon. (2004). *First Peoples in Canada*. Vancouver, Douglas & McIntyre Publishers, 2004.
- Montes Lasarte, A. (2016). Hizkuntza kontzientzia osasungintzan. Unibertsitatearen eta Osakidetzaren ekarpena zein elkarlana kultura-aldaketa prozesuan. *BAT Soziolinguistika Aldizkaria* 101, 2016 (4), 93-106.
- Montes Lasarte, Aitor. (2018). Pazienteen lehentasunezko erregistroa hobetzeko aukera, prestakuntza eta eskaintza aktiboaren bitartez. Ahozko komunikazioa, *Osagaiz* 2018-Ale berezia, 75 (124)
- Montes Lasarte, Aitor. Nazioarteko kolaborazioa arretaren normalizazio-prozesuan. *BAT Soziolinguistika Aldizkaria* 108, 2018(3), 109-121.
- Nelles, HV. (2017). *A Little History of Canada*. Ontario, Oxford University Press, 2017.

- Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzua Ente Publikoaren Euskara Plana 2005-2011. Osakidetza, 2005
- Osakidetzan Euskararen erabilera normalizatzeko II. Plana. Osakidetza, 2013ko azaroa.
- Petralanda Mendiola, Bidane. (2018). Zirkuitu elebidunetarantz lehen pausua. *BAT Soziolinguistika Aldizkaria* 108, 2018 (3), 43-60.
- Roberts, Gwerfyl eta Burton, Christopher. (2013). Implementing the Evidence for Language-appropriate Health Care Systems: The Welsh Context. *Revue Canadienne de Santé Publique*. Vol 104, N°6 (Supplément 1).
- Savard, J. eta Vézina, S. (2017). Active Offer, Actors, and the Health and Social Service System: An Analytical Framework. In Drolet, Bouchard eta Savard (ed), *Accessibility and Active Offer. Health Care and Social Services in Linguistic Minority Communities*. Ottawa, University of Ottawa Press, 2017.
- Statistics Canada (2012). Population according to mother tongue and age groups (65 and over), percentage breakdown (2011), for Canada, provinces and territories.
- Statistique Canada (2009). Professionnels de la santé et minorité de langue officiel au Canada. Ottawa, Statistique Canada, N°91-550-X,p.1-60.