

BURUKO GAITZAREN TRATAERA OSPITALETIK KANPO

BURUKO GAITZ KRONIKOA IZANDA,
EAEN OSPITALETIK KANPOKO ZAINTZA
JASOTZEN DUTEN PERTSONAK





BURUKO GAITZAREN TRATAERA OSPITALETIK KANPO

buruko gaitz kronikoa izanda, EAEn ospitaletik kanpoko
zaintza jasotzen duten pertsonak

Ekimenek, buruko osasunari eta substantziei buruzko ikerketa taldearen aldetik:

Egileak: Iñaki Markez, Mónica Póo, Julen Ariño, Susana Córdoba, Cristina Merino, Carlos Romera.

Landa-lana egin dutenak: Javier Goti, Aloña Olanga, Leire Embeita, Jorge Guadilla, Usoa Neira.

Arartekoaren aldetik: Xabier Markiegi, Mercedes Agúndez, Faustino López de Foronda, Valentín Martínez, Fermin Barceló, Iñaki Mendieta, Nieves Oca.

© ARARTEKO

Fotokonposaketa eta inprimaketa: Gráficas Santamaría, S.A.

Azaleko irudia: *Mujer sentada*. Juan de Aranoa y Carredano.

Irudiaren ©: Bilboko Arte Eder Museoa.

Itzulpena: Hori Hori, S.A.L.

Paper erreziklatua.

L.G: VI-153/2000.

BURUKO GAITZAREN
TRATAERA
OSPITALETIK KANPO

AURKIBIDEA

Koadroen, taulen, grafikoen eta mapen aurkibidea	13
Txostenaren aurkezpena	19
1.- Testuinguru teorikoa	29
1.1. Buruko gaitza	31
1.2. Gaitz kronikoa	33
1.3. Desinstituzionalizazioa	34
1.4. Berrikuntza psikiatrikoaren prozesuak	36
1.5. Kronikotasuna	38
1.6. Zaintzen jarraitasuna.....	40
1.7. Bitarteko egiturak.....	42
1.8. Errehabilitazioa	43
1.9. Familiaren laguntza	44
1.10. Espazio soziosanitarioa	45
1.11. Buruko gaitza duen gaixoarekiko jarrerak	47
1.12. Ebaluazioa eta adierazleak	48
1.13. Bizi kalitatea: bizi baldintzak eta biziarekiko poza	49
1.13.1. Osasunari loturiko bizi kalitatea	50
1.13.2. Bizi kalitateko ikerketak buruko gaitz kronikoa duten pertsonengan.....	51
1.14. Biztanleen buruko gaitza zaintzeko langileen beharrezana	51
2.- Metodologia	53
2.1. Ikerketaren helburuak, xedea eta edukiak	55
2.2. Ikerketa eremuaren mugaketa	56
2.3. Diseinu orokorra	57
2.4. Bibliografiaren berrikuspena	57
2.5. Buruko gaitz kronikoa duten pertsonen egindako elkarrizketak.....	57
2.5.1. Aurreikusitako lagina: laginaren neurriaren eta ezaugarrien kalkulua.....	57
2.5.2. Ikerturiko lagina: pertsonak aukeratzea eta aurkitzea	58
2.5.3. Elkarrizketa	60
2.6. Zaintzaileei egindako elkarrizketak	60
2.7. Zuzendariei eta kudeatzaileei egindako elkarrizketak	61
2.8. Zaintzaile profesionalen egindako elkarrizketak	61
2.9. Informazioaren azterketa	61

3.- Oraingo egoera. Buruko osasuna zaintzeko dauden gizarte eta osasun baliabideak	63
3.1. Buruko osasuneko ospitaletik kanpoko sistema	65
3.1.1. Ospitaleko eta ospitaletik kanpoko zaintza psikiatrikoa	67
3.1.2. Baliabideak eta laguntza jarduera	69
3.1.3. Jarduera ekonomikoa	74
3.1.4. Beste Autonomia Erkidegoekiko konparazioa	75
3.2. Ospitaletik kanpoko buruko osasunaren sare publikoa: Osakidetza eta hitzarturiko zentroak	77
3.2.1. Zaintza psikiatrikoa EAEn	79
3.2.2. Gipuzkoa	82
3.2.2.1. Laguntza jarduera. Zaintzaren bilakaera	82
3.2.2.2. Programen eta diagnostikoen araberako jarduera ..	83
3.2.2.3. Egitura eta giza baliabideak	83
3.2.2.4. Datu ekonomikoak eta kudeaketaren adierazleak ..	85
3.2.3. Araba	86
3.2.3.1. Laguntza jarduera Araban	87
3.2.3.2. Egitura eta giza baliabideak	88
3.2.3.3. Datu ekonomikoak	89
3.2.4. Bizkaia	90
3.2.4.1. Laguntza jarduera eta horren bilakaera Bizkaian ...	90
3.2.4.2. Egitura eta giza baliabideak	91
3.3. Gizarte zerbitzuen baliabideak eta jarduera ekonomikoa	95
3.4. Elkartze-mugimendua: oraingo egoera	99
3.4.1. Familien eta gaixo psikikoen elkarteak	101
3.4.1.1. Ibilbide historiko laburra	102
3.4.1.2. Helburuak eta jarduera	103
3.4.1.3. Baliabideak, egiturak eta zerbitzuak 1999an	104
3.4.1.3.1. ASAFES	104
3.4.1.3.2. AGUIFES	104
3.4.1.3.3. AVIFES	105
3.4.1.3.4. ASASAM	105
3.4.1.4. Giza baliabideak	107
3.4.1.5. Onuradunak	107
3.4.1.6. Finantziarioa	108
3.4.2. Beste elkarte batzuk	109
3.4.2.1. Autismoaren eta umeen beste psikosi batzuen eraginez sorturiko guraso elkarteak	109
3.4.2.1.1. APNABI	109
3.4.2.1.2. GAUTENA	110
3.4.2.1.3. ARAZOAK	111
3.4.2.2. Eskizofreniarekin zerikusia duten beste elkarte batzuk	111
3.4.2.3. Buruko atzerapenarekin zerikusia duten elkarteak .	112
3.4.3. Laguntzarako eta errehabilitaziorako fundazioak eta elkarteak	113
3.4.3.1. ERAGINTZA fundazioa	113
3.4.3.2. ARGIA fundazioa	114
3.4.3.3. BIZITEGI fundazioa	115
3.4.3.4. IZARRA etxea	116

3.4.4. Erabiltzaileen elkarteak	117
3.4.4.1. EGUNABAR	117
3.4.4.2. Alkoholismo taldeak	118

4.- Buruko gaitz kronikoa duten pertsonen osasuna zaintzeari

buruzko ikerketa	119
4.1. Elkarrizketaturiko pertsonen bizi baldintzak	121
4.1.1. Laginaren deskribapena	123
4.1.2. Etxebizitza eta etxebizitzaren baldintzak	125
4.1.3. Heziketa eta ikasketak	126
4.1.4. Ekonomia	126
4.1.5. Gizarte bizitza	133
4.1.6. Osasuna	135
4.1.7. Autonomia eta jasotako laguntza	138
4.2. Erkidego-laguntza zerbitzua: ezagupena, erabilera eta poza	143
4.3. Buruko gaitz kronikoa duten pertsonen familiak	151
4.3.1. Elkarbizitza	153
4.3.2. Etxeko partehartzea	153
4.3.3. Ekarpina familiaren sarreretarako	154
4.3.4. Zaintzaileak: nortzuk diren eta zeintzuk diren euren beharrizanak	159
4.3.5. Zaintzaileak: zaintzen dituzten pertsonen gizarte integrazioari buruzko iritzia	160
4.3.6. Zaintzaileak: erabiltzen duten erkidego-laguntzari buruzko iritzia	161
4.4. Profesionalen ikuspegia	163
4.5. Erakunde publiko eta pribatuaren ikuspegia	169
4.5.1. Gizarte-integrazioari buruzko balorazioa	171
4.5.2. Erakundearen helburua	172
4.5.3. Erkidego-laguntzaren eskaintza: puntu ahulak eta puntu sendoak	174
4.5.4. Erabiltzaileen finantzaketa eta kostua	176
4.6. Umeen eta nerabeen buruko osasuna	177
4.6.1. Definizioa, arautegia eta jarduketa-planak	179
4.6.2. Datu epidemiologikoak	180
4.6.3. Erkapenerako datu batzuk	182
4.6.4. Gizarte-osasunerako jarduketa	182
4.6.5. Beharrizanak	183
4.7. Elikadura arazoak	185
4.7.1. Sarrera	187
4.7.2. Laguntza eskariak	188
4.7.3. Eragina bizi kalitatean	189
4.7.4. Kronikotasunerako bilakaera	190
4.7.5. Ondorioak	191
4.8. Bazterkeria eta ikustezintasuna	193
4.8.1. Gizarteak buruko gaitza duten pertsonen buruz duen irudia ..	195
4.8.2. Bazterkeria erkidego-laguntzan	196
4.8.3. Erkidego-laguntza lortzen zail duten pertsonak	198

4.9. Erkidego-laguntza: teoria eta praktika	199
4.9.1. “Eginera onak” erkidego-laguntzan. Ibili beharreko bidea: partehartzea, indibidualizazioa, lehentasunak eta integrazioa	205
4.9.2. Gizarteak buruko gaitz larriak dituzten pertsoneri buruz duen irudia	206
5.- Ondorioak	209
6.- Ikerketa juridikoa buruko gaitz kronikoa duten pertsoneri buruz	223
6.1. Sarrera: Osasun mentalari buruzko lege eremua	225
6.1.1. Estatuko eta Erkidegoko lege eremua	227
6.1.2. Nazioarteko eremua	229
6.2. Egoera zibila	233
6.2.1. Ezgaitasuna	235
6.2.2. Gaitasun juridikoa eta jarduteko gaitasuna	236
6.2.3. Ezgaitasunaren kausak	237
6.2.4. Legitimazio aktiboa eta pasiboa	237
6.2.5. Prozedura	237
6.2.6. Epaia	238
6.2.7. Babeserako mekanismoak	238
6.2.8. Ezgaitasunaren aldaketa	239
6.2.9. Informaturiko baimena	240
6.2.10. Psikiatrikoan sartzea	240
6.3. Egoera penala	243
6.3.1. Egozgarritasuna eta egoztezintasuna	245
6.3.2. Erantzukizuna aldatzen duten inguruabarrak	245
6.3.3. Buruko gaitz iragankorra	246
6.3.4. Presondegiko tratamendua	247
6.4. Lan egoera	249
6.4.1. Lege eremua	251
6.4.2. Minusbaliotasunak: kontzeptua eta sailkapena	251
6.4.3. Ezgaitasun mailak eta minusbaliotasunen balorazioa	252
6.4.4. Minusbaliatuen Gizarte Integrazioari buruzko Legea	254
6.4.5. Pentsioak	256
6.5. Iritziak eremu juridikotik: landa-ikerketa	259
6.5.1. Abokatuen, juristen eta irakasleen iritziak	261
6.5.2. Auzitegietan jasotako iritziak	265
6.5.3. Ertzaintzaren iritziak	267
6.5.4. Zenbait elkarteren iritziak: ASAFES, AGUIFES, AVIFES, Gorabide fundazioa, APNABI	269
6.5.5. Biktimari Laguntzeko Zerbitzuaren eta Atxilotua Gizartera Orientatzeko Zerbitzuaren iritziak	272
6.6. Ondorioak	275
7.- Gomendioak	289
8.- Bibliografia (Ikus erdarazko bertsioan)	

**KOADROEN, TAULEN, GRAFIKOEN
ETA MAPEN AURKIBIDEA**

KOADROEN, TAULEN, GRAFIKOEN ETA MAPEN AURKIBIDEA

(Agertu diren ordenaren arabera)

1. koadroa	Buruko gaixo kronikoak integratzeko jarduketa mailak. Dispositibo desberdinen baliabideak eta helburuak	42
1. taula	Buruko gaixo kroniko onuradunak	45
2. taula	Beharrezko baliabide soziosanitarioak. Erresuma Batua	46
3. taula	EAEn behar diren errehabilitazio baliabideak	46
4. taula	Ikerketako biztanleriak	58
5. taula	Laginaren aukeraketa, osasun baliabidearen arabera	59
6. taula	Buruko osasuneko ospitale sistemaren bilakaera EAEn	68
7. taula	Buruko osasuneko ospitaletik kanpoko sistemaren bilakaera EAEn	68
1. grafikoa	Ospitaleko oheak EAEn. Espezialitate eta menpekotasun organikoaren arabera	69
2. grafikoa	Langile eta kontsulta kopuru eta guztizko gastuaren bilakaera buruko osasunean, EAeko ospitalez kanpoko arloan	70
3. grafikoa	Langileen banaketa EAeko ospitaletik kanpoko zentroetan ..	71
8. taula	Ospitaletik kanpoko zentro publikoei buruzko datuak. EAeko guztizkoa	72
8'. taula	Buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zentroeiei buruzko datuak. Ospitaletik kanpoko buruko osasuneko zentroen guztizkoa	73
9. taula	uruko osasuneko baliabide batzuen hornidura, zenbait Autonomia Erkidegotan	75
10. taula	Buruko osasuneko baliabide batzuen hornidura, 1991n, zenbait Autonomia Erkidegotan	76
11. taula	Lehenengo kontsultako diagnostikoaren araberrako banaketa, eta BOZetan zaindutako gaixoak,	80
12. taula	Ospitaletik kanpoko buruko osasun sarean diagnostikoaren arabera zaindutako pertsona kopurua,	81
13. taula	Laguntza jardueraren bilakaera	81
14. taula	Buruko arazoak dituen eta tratamendua izan duen pertsona kopurua	81
15. taula	Laguntza jardueraren bilakaera Gipuzkoan	73

16. taula	Baliabide bakoitzeko kalkulaturiko leku kopuru errealak eta hobezinak	84
Gipuzkoan ospitalez kanpo dauden baliabideen mapa (Osakidetza)		84
17. taula	Erkidegoko zaintzarako profesionalak. Gipuzkoa,	85
18. taula	Gipuzkoako ospitaletik kanpoko buruko osasuneko ustiapenaren gastuak	86
Arabian ospitalez kanpo dauden baliabideen mapa (Osakidetza)		87
19. taula	Laguntza jardueraren bilakaera Araban	87
20. taula	Arabako baliabide komunitarioetako leku kopurua	89
21. taula	Zaintza komunitarioko profesionalak. Araba,	89
22. taula	Gastuaren banaketa osasun jardueraren arabera,	90
23. taula	Langileen eta funtzionamenduaren gastuak Araban	90
24. taula	Buruko osasunaren zaintzaren bilakaera Bizkaian. 1994-1998	91
Bizkaian ospitalez kanpo dauden baliabideen mapa (Osakidetza eta itunpeko zentroak)		91
25. taula	Zaintza komunitarioko profesionalak. Bizkaia,	92
26. taula	Leku errealak eta hobezinak, baliabide motaren arabera	92
27. taula	EAEko gizarte zerbitzuetako langileak, euren funtzioaren arabera banaturik	98
28. taula	Famili elkarteek garaturiko baliabideak,	106
EAEko elkarte eta fundazioen baliabideen mapa		106
29. taula	Famili elkarten giza baliabideak	107
30. taula	Buruko osasuneko eguneko zentroyen onuradunak,	108
31. taula	Familien eta gaixo psikikoen elkarten finantziazioa	108
32. taula	Finantziazio iturriak eta aurrekontuak	111
33. taula	EHLABEko lan eskaintza	113
34. taula	Bizitegiren finantziazioa,	116
35. taula	Elkarrizketatutako pertsonen laginaren deskribapena, lurralde historikoaren arabera	123
36. taula	Elkarrizketatutako pertsonen laginaren deskribapena, adin-taldearen arabera	124
37. taula	Elkarrizketatutako pertsonen laginaren deskribapena, diagnostiko-taldearen arabera	125
38. taula	Bizi-baldintzen adierazkariak laginean. Sexuaren arabera banaketa eta EAEko biztanleria orokorrarekiko erkaketa	128
39. taula	Bizi-baldintzen adierazkariak laginean, adin-taldearen arabera .	129
40. taula	Bizi-baldintzen adierazkariak laginean, diagnostiko-taldearen arabera	130
41. taula	Bizi-baldintzen adierazkariak laginean, kronikotasunaren arabera	131
42. taula.	Bizi-baldintzen adierazkariak laginean, egoitza-lekuaren; arabera	132
4. grafikoa	Elkarrizketatutako pertsonen gizarte bizitzari buruzko autobalorazioa	133

5. grafikoa	Jarduera horiek lagunduta inoiz edo ia inoiz egiten ez dituzten pertsonen ehunekoak (senide, lagun edo ezagunen batek lagunduta) adinaren arabera	134
6. grafikoa	Jarduera horiek lagunduta inoiz edo ia inoiz egiten ez dituzten pertsonen ehunekoak (senide, lagun edo ezagunen batek lagunduta) kronikotasunaren arabera	135
7. grafikoa	Osasunaren pertzepzio subjektiboa, arazodun pertsonena eta EAEko biztanle guztientzat.	136
8. grafikoa	Osasun-zerbitzuen erabilera, sexuaren arabera. Aurreko urtean erabili zituzten pertsonen ehunekoak	137
9. grafikoa	Osasun-zerbitzuen erabilera, adinaren arabera. Aurreko urtean erabili zituzten pertsonen ehunekoak	137
10. grafikoa	Laguntza behar izan eta jasotzen duten pertsonen ehunekoak	139
43. taula	Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, sexuaren arabera	139
44. taula	Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, adin-taldearen arabera	140
45. taula	Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, adin-taldearen arabera	140
46. taula	Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, kronikotasunaren arabera	141
47. taula	Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, egoitza-lekuaren arabera	141
11. grafikoa	Errehabilitaziorako gizarte-osasuneko baliabideak azkenurtean erabili dituzten pertsonen ehunekoak. Sexuaren arabera	148
12. grafikoa	Errehabilitaziorako gizarte-osasuneko baliabideak azken urtean erabili dituzten pertsonen ehunekoak. Adin-taldeen arabera .	148
13. grafikoa	Errehabilitaziorako gizarte-osasuneko baliabideak azken urtean erabili dituzten pertsonen ehunekoak. Diagnostikoaren arabera	149
14. grafikoa	Baloratutako baliabideen hainbat alderdirekin pozik ez dauden pertsonen ehunekoak	149
48. taula	Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza. Sexuaren araberako banaketa eta EAEko biztanleria orokorrarekiko erkaketa	155
49. taula	Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza, adin-taldeen arabera	156
50. taula	Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza, diagnostiko-taldearen arabera	157
51. taula	Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza, kronikotasunaren arabera	158
52. taula.	Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza, egoitza-lekuaren arabera	159
15. grafikoa	Zaintzaile nagusien eguneroko muga nagusiak eguneroko alderdietan beren burua mugatuta duten zaintzaileen ehunekoa	160
53. taula	Elkarrizketatutako profesionalak, titulazioaren eta antolaketaren arabera	165

16. grafikoa	Erkidego-errehabilitaziorako gizarte-osasunezko zerbitzuen egungo zuzkiduraren onuragarritasunaren balorazioa. Elkarrizketatutako profesionalen balorazioa	166
54. taula	Osakidetza-SVS delakoaren ospitaletik kanpoko buru-osasuneko sareratzeko laguntza-prebalentzia, adin-taldeen arabera	181
55. taula	EAEko datu epidemiologikoak 1998an	181
56. taula	Erregioen arteko erkopen-datuak, hurrenganako arreta psikiatrikoari buruzkoak	182
57. taula	Elikapen-arazoarengatiko arretarako eskariaren urteko bilakaera (Galdakaoko Ospitalea)	188

TXOSTENAREN AURKEZPENA

- Azken hamabost urteetan, Euskal Herrian, hurbil dauden beste eremu batzuetan bezala, psikiatri laguntza oso berritu da. Buruko gaitza duten pertsonen desinstituzionalizazioa bilatu da, eta haien erkidego-eremuko edo ospitaletik kanpoko beharrianetarako erantzun handiagoa. **Bertan aurkeztutako txostenak egun gure Autonomia Erkidegoan buruko gaitz kronikoa duten pertsonen ematen ari zaien erkidego-arreta aztertu nahi du.**

1992an Arartekoak izaera monografikoz heldu zion buruko gaitza duten pertsonen problematikari, eta Eusko Legebiltzarrean txosten bat aurkeztu zuen, *Psikiatrikoak. Ospitale psikiatrikoetan buruko gaitzarekin dauden egoera* izenburukoa. Horrela bada, txosten berri honek haren osagarri eta jarraipen eguneratua izan nahi du, ospitaletik kanpoko pertsonenganako arreta ardatz duelarik.

Argi erantzuten dio Arartekoaren erakundearen kezka, bereziki zaugarri diren taldeekiko kezka. Horixe da Arartekoaren aparteko txosten gehien zio nagusia eta ardatz-ildo. Zalantzarik gabe, buruko gaitza duten pertsonen bereziki zaurtu ahal den taldea osatzen dute. Sarritan ez dituzte beren eskubideak ezagutzen edo ez dira haiek eskatzeko moduan egoten. Askotan beraien familiak edo senide elkarteak dira haien eskubideen defentsa berenganatu eta haien eskariak gizarterantz eta erakundeetarantz bideratzen dituztenak. Urte hauetan buru-gaixoen senideen elkarteetako askorekin izan ditugun harreman eta lankidetzak etengabeek haien arazoak hobeto ezagutarazi dizkigute eta haien adorea eta konpromisoa mirestea ahalbidetu digute. Haien arazoak aditu eta ulertzea, gainera, pizgarria izan da lan honi ekiteko.

Izan ere, desinstituzionalizazio-prozesuek, gure artean burututakoak bezalakoek, arreta-eredu berria behar dute. Eredu horretan gizarte partaidetza, tolerantzia, banakako erantzunak, zaintzen jarraipena eta arloen eta zerbitzuen arteko koordinazioa eta erantzunkidetasuna ezinbesteko baldintzak dira arretaren kalitatea bermatzeko.

- Egindako lanaren helburua honakoa izan da: buru-gaixotasun kronikoak dituzten eta Autonomia Erkidegoan bizi diren pertsonen eta beraien senideen egungo egoera globalki aztertzea eta, eskubideen perspektibatik, haiek jasotzen duten erakunde- eta gizarte-erantzuna baloratzea.

Oinarritzko galderei erantzun behar zaie. Horrelako galderen artean honakook daude: Zein dira gure Erkidegoko buru-arazodun pertsonen bizi-baldintzak? Zein dira haien

beharrizanak eta haien laguntza-sarearenak? Beste pertsona batzuen artean zein taldek agertzen dituzte gabetasunik handienak? Zein da haien beharrizanei ematen ari zaien erakunde-erantzuna? Nahiko al dira erkidego-baliabideak? Ba al dago baliabideak atzitzeko zailtasunak dituen talde zehatzik? Balio al du pertsonok ukitzen dituen arautegi juridikoak haien eskubideak babesteko?

Horretarako, lehenetsuna eman zaie talde eta gai zehatz batzuei. Talde eta gai horiek honakook dira:

- Buru-arazo kronikoa duten eta gure Erkidegoan bizi diren pertsonak, beraien bizi- eta autonomia-baldintzak, dauden erkidego-arretako baliabideei begira agertzen duten ezagupena, erabilera eta asetasuna.
- Erkidegoan mantentzen laguntzen dieten pertsonak, orokorrean emakumezko senideak, zertarako-eta haien lan-zamak eta beharrizanak eta baliabideez egiten duten erabilera eta balorazioa ezagutzeko.
- Erkidego-arretako zerbitzuak bultzatu edo kudeatzen dituzten elkarteak eta erakundeak, zertarako-eta haien politikak, helburuak, programak eta abar ezagutzeko.
- Ospitalekoak ez diren gizarte eta osasun zerbitzuen egungo eskaintza.
- Buru-gaixotasuna duten pertsonen eskubideen erabilera zuzenean ukitzen duten alderdi juridikoak.

Informazioa biltzeko ahaleginak handiak izan dira eta bertan zuzenean sartuta dauden taldeen ordezkarietako elkarriketa asko ekarri dituzte. Pertsona horiek honakook dira: buru-arazo kronikoa duten 405 pertsona, beraien “zaintzaile nagusi” bezala jarduten duten pertsona asko, erakundeetan edo zerbitzuetan (herri administrazioetan; osasun-zentroetan; senide-, erabiltzaile- edo laguntza-elkarteetan; justizi administrazioetan; Ertzaintzan) zuzendaritza-lanak egiten dituzten pertsonak, arretako profesionalak... Bertan aurkeztutako txostenera talde bakoitzaren ekarpenak bildu gura izan ditugu eta, txosten honi esker, kointzidentziak —asko direnak— eta ikuspegi bereziak ikusi ahal ditugu. Hobekuntza behar duten elementuak nabarmendu behar dira.

Halaber, egindako lanaren zabalatasuna gorabehera eta kontu metodologikoengatik bereziki, gogoratu beharreko muga batzuk ezarri behar izan dira. Horrela, esate baterako, elkarriketatuta beharreko buru-arazodun pertsonen laginean ez da drogazaletasun-arazoak dituen taldea (alkoholikoa ez dena) sartu, ezta adinez txikien taldea ere. Batzuetan, txostenak talde horien problematikari era espezifikoa heldu dio edo haien baldintza bereziak edo garrantzia nabarmendu ditu. Kontutan har bedi ezen Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan, bertako biztanleriarekin bat etorririk eta zenbatespenen arabera, buru-arazo kronikoa duten 20.000-100.000 pertsona egon daitezkeela. Lanerako haien ordezkagarri den lagin baten problematika sakontasunean aztertzea aukeratu da.

- Txostena beraren aurkibidean ikus daitekeen **egitura** batekin bat etorririk aurkeztuta dago:
 - lehenengo zatia, sarrerakoa. Bertan argituta daude oinarrizko kontzeptuak, eta lanaren marko teorikoa eta helburuak eta metodologia ezarrita daude;
 - lanaren multzo nagusia. Bertan aurkeztuta daude ikerketaren oinarrizko emaitzak:
 - ospitaletik kanpoko egungo arreta-sare publikoaren elkartzezko mugimenduaren deskribapena;
 - talde ezberdinek (erabiltzaileek, senideek, profesionalek...) emandako ikuspegia eta balorazioa;
 - teratakako ondorio nagusiak;
 - pertsonon problematikan zuzeneko eraginik handiena duten alderdi juridikoak;
 - ondorio-zati bat. Bertan arartekoak bere gomendioak luzatu dizkie erakunde arduradunei.

Komenigarria da adieraztea ezen, testuaz beraz eta beronen alboan dagoen bibliografia zabalaz gain, txostenak 57 datu-taula, 16 grafiko eta 3 mapa ematen dituela. Berauetan laburbildu eta begietaratu gura da bildutako informazioaren zati bat, bilaketa eta irakurketa erraztuz.

- Txostenaren aurkezpen honetan **elementu batzuk nabarmendu gura ditut, txostenean argi eta behin eta berriro agertzen diren eta, eskubideen berme-perspektiba batetik, bereziki esanguratsu deritzedanak.**

1. Pertsonon beharrianak, dagozkien eskubideak eta haien eskubideak bermatzeko bitartekoak egokitu beharra

Buru-arazo kronikoa duten pertsonak, orokorrean, biztanle multzoa baino baldintza txarragoetan bizi dira: esate baterako, sarreren eta lan-enpleguaren maila txikiak dituzte, osasun txarragoa, gizarte harreman mugatuagoak, hain burujabea eta egokia ez den bizimodua... Beraien beharrianak, osasunari begirakoak ezezik, badira egoitzari, enpleguari, norberaren garapenari, gizarteratzeari eta abarri begirakoak ere.

Gizartearen baliabideetan parte hartzeko eskubide berak dituzte. Hala ere, beraiek urriki ezagutzen dituzte hiritartasun-eskubideak. Beren osasunari begira, esate baterako, urriki ezagutzen dituzte informaziorako, baimen informaturako, alternatiba terapeutikoetarako, kexarako, ospitalerapen-modalitateetarako eskubideak... Norberaren baldintzak alde batera utzita, ez da horretarako lagungarria dituzten eskubideak ez espezifikatu eta ez zehaztea ere.

Pertsonok gutxitan eskatzen dituzte zerbitzuak. Eskaintzen zaizkien programa eta zerbitzuetara egokitzen dira. Hori dela eta, garrantzitsua da bitartekoak eta baliabideak nahiko eta haien beharrianetara egokituak izatea: krisialdietako laguntza, biztanleria gero eta zaharragotzea, egoitza-baliabideak... Erkidego-arretako zerbitzuei dagokienez, txostenak batzuen hedapen eta erabilera handia

(esate baterako, buru-osasuneko zentroena) agerian jartzen du, eta beste batzuen ezagupenik eza (enplegu bereziko zentroena, erizaintza-programena, astialdiko klubena), eta beste batzuen existentziarik eza edo urritasuna (psikoterapiarako baliabideena, errehabilitaziorako baliabideena, adinez txikienezako bitarteko egiturena...).

Horrela bada, sarritan ez da egoten nahikoa den korrelaziorik edo egokitzapenik pertsonon beharrianen, eskubideen eta praktikan eskubide horiek bermatzeko beharrezko baliabideen artean.

2. Erantzukizunak argitu eta “gizarte-osasunezko gunea” delakoa garatu beharra

Gaixotasun kronikoen kasuan, helburua ez da sendatzea, baizik eta zaintzea, autonomia sustatzea, narriadura prebenitzea... Osasun-beharrianak (medikuaren arretari, sendabideari, errehabilitazioari eta abarri begirakoak) estali behar dira, baita bestelakoak ere: ostatuari, elikadurari, kultur edo lanbide gaikuntzari, gizarteratzeari eta abarri begirakoak... Horrela, gizarte eta osasun alderdiak askotan elkarrekin joaten dira ukitutako pertsonen problemak aztertzeo orduan. “Gizarte-osasunezko gunea” da arazooi erantzuteko topagune hori.

Gure Erkidegoan, osasun-laguntza Eusko Jaurlaritzaren eskumenekoa da, eta gizarte arreta foru aldundien eta udalen menpean dago. Ez osasun-legerian ez gizarte-legerian ezarri da sistema bion arteko koordinaziorako edo egituraketarako mekanismorik. Koordinaziorik ezak, eta borrokak ere, horrelakorik gertatzen bada, ondorio txarrak ditu, arreta-hutsuneak (inork ardurarik hartzen ez duen prestazioak), ezkutaketak, kontraesanak, zerbitzuen arteko orekarik ezak, bikoiztasunak...

Azken urteetan batzuetan saiatu dira Osasun Saila eta Osakidetza eta foru aldundiak egoera beren arteko akordioaren bitartez gainditzen. Txosten honen edukiak erakundeen erantzukizunak argitu eta gizarte-osasunezko gunea koordinatu eta garatu beharra indartzen du.

3. Arretako zerbitzuen eta sareen arteko koordinazioaren beharra

Beti ez da arreta hobetzeko baliabide berririk behar. Batzuetan, erantzunaren kalitatea dauden baliabideen koordinazioaren eta aprobetxamendu hobearen araberakoa da: haien zehaztapenaren, antolakuntzaren, ikusmoldearen, programen, lankidetzarako mekanismoen eta abarren araberakoa.

Aurreko atalean aipatu da osasun-zerbitzuak eta gizarte zerbitzuak koordinatu beharra. Baina hori ez da behar den koordinazio bakarra. Pertsonon beharrianetarako erantzunean parte hartzen duten zerbitzuak ugari dira. Txostenak haietako askoren arteko koordinazioaren beharra agerian jartzen du: lehen mailako arretako zerbitzuen eta buru-osasuneko zerbitzuen arteko koordinazioaren beharra, ospitale barneko zerbitzuen eta ospitaleetik kanpoko zerbitzuen artekoarena, herri zerbitzuen eta elkarteek sustatutakoen artekoarena,

hezkuntza-zerbitzuekikoarena, enplegua bilatzeko bitartekotzako zerbitzuekikoarena... Bistakoa denez, bertan koordinazioa tresna huts bezala planteatuta dago: beharizanetarako erantzunaren kalitatea hobetu behar da.

Zerbitzu batzuk eta beste batzuk organikoki administrazio ezberdinen menpean egotea, taldeen arteko jarduketa eremu edo funtzioen zehaztapenik eza, plangintza eta ebaluazio falta eta buru-osasunarekin lotutako programetan parte hartzeko mekanismorik ez egotea dira txostenak zerbitzuen arteko koordinazioari begirako beharriaz buruz biltzen dituen arazoetako batzuk.

4. Bitarteko baliabideei begirako ageriko gabetasunak

Bitarteko egituren beharri eta baliagarritasunari buruzko adostasuna dago. Egitura horiek honakook dira: eguneko zentroak eta ospitaleak, tailerrak, erkidego terapeutikoak, pisu babestuek, zentro okupazionalak, klubak... Ospitale psikiatrikoetan dauden pertsonen desinstituzionalizatorako prozesuak garatzeko ezinbesteko tresnak dira, eta buru-osasuneko zentroetan edo egonaldi laburreko ospitalizazio-unitateetan egindako esku-harmenak osatzekoak.

Gure kasuan, askotan, horrelako baliabideak ez dira osasun-ekimenetik sortu, ezta gizarte zerbitzuetatik ere, baizik eta senide elkarteetatik eta beste elkarte batzuetatik. Gaur egun, ez dira kopuruz nahiko (itxaroteko zerrendak, baliabiderik gabeko zonak), beraietako askok giza baliabideen eta baliabide materialen zuzkiduran arazoak agertzen dituzte, aurrekontu urriak dituzte... Zerbitzuon hauskortasunak eta dagoen eskaria hartzeko haien gaitasunik ezak agerian jartzen dute borondate ona edo abiaburu-adierazpen hutsa gainditzen duen benetako erkidego-arretaren alde egiteko gogo urria.

Txostenera bildutako datuek agerian jartzen dutenez, azken urteetan zehar, ospitaletik kanpoko arretarako eskarien gehikuntza handia ez da haiek asetzeko giza baliabideetako edo aurrekontu-aurrikuspenetako antzeko gehikuntzarekin batera etorri.

Bitarteko zaintza-baliabideei dagokienez, laguntza-sare publikoak oraindik urritasun handiak agertzen ditu: eguneko zentroen edo ospitaleen mentsa; prebenitzeko, osasuna sustatzeko eta errehabilitaziorako programa urriak; arreta ambulatarioko programen ahetasuna... Bitarteko egituren mentsa are handiagoa da enpleguarekin, prestakuntzarekin edo etxebizitzarekin eta ostatuekin lotutako baliabideetan.

5. Zailtasun bereziak eta arreta-arazo bereziak dituzten taldeen existentzia

Txostenak buru-gaixotasun kronikoa duen pertsona taldearen beharriaz planteaturik ditu orokorrean, baina, era berean, talde batzuen zailtasun bereziak aztertutik ditu. Gainera, pertsona talde ezberdinen problematika espezifikoak haien generoaren, adinaren, diagnostikoaren edo bizitokiaren arabera ezagutzea ahalbidetzen du. Argi dago talde guztiek ez dituztela erkidego-baliabideak atzitzeko aukera berdinarik.

Ildo horretatik, deigarriak honakook dira:

- haurren eta nerabeen arreta psikiatrikorako baliabideen urritasuna (bitarteko egituren kasuan, existentziarik eza);
- arreta goiztiarrerako programen, eguneko zentroen, programa okupazionalen beharra, autismoak jotako pertsonentzat;
- beharrizan “berri” eta hazkorretarako erantzun urria, esate baterako, elikadura-arazoetatik (anorexietatik eta bulimietatik) datozenetarakoa...

Hiru kasuetan, pertsonak adinez txikiak eta gazteak dira gehienbat.

Gainera, biztanle talde batzuek erkidego-eremuan arretako zerbitzuak benetan atzitzeko zailtasun bereziak dituzte:

- anda-ingurunean bizi diren edo egoitza biztanle-gune handietan duten pertsonak;
- egoitza finkorik ez duten eta pobre bizi diren pertsonak;
- beren administrazio-egoera arautzea lortu ez duten atzerritar pertsonak, edo gutxiengodun etnietako pertsonak;
- kartzeletan sartuta dauden pertsonak.

Azken urteetan zehar Arartekoak arretarako dei egin du eta behin eta berriro esku hartu du gure gizartean bereziki baztertuta dauden talde horietako batzuen egoeraren eta haien gizarte-osasunezko arretari begirako beharrezan gainean.

6. Berezko sarearenganako laguntzari begirako beharrezan

Buru-arazo kronikoak dituzten pertsonarik gehienak beren familiekin bizi dira. Beraietarik asko elkartuta daude beren komuneko beharrezan aurre egiteko. Zenbatetsitakoaren arabera, 8.000 bat pertsona Euskal Herrian buru-arazoren batek jotakoen hainbat elkarteren zati da. Era berean, autolaguntza-elkarteak, babes-fundazioak eta abar daude. Bada, oso garatuta dagoen eta oso askotarikoa den elkartezko mundu baten aurrean gaude.

Txostenera bildutako datuen bitartez joritasun eta dibertsitate hori ikus dezakegu. Haiek elkarteen erakunde-finantzaketarako irizpideei buruz galde eragiten dute (irizpide horiek erabat ezberdinak dira talde batzuen edo beste batzuen kasuan edo lurralde batzuen edo beste batzuen kasuan), edo batzuetan baldintza urrietan zerbitzuak egiteari begira hartzen ari diren erantzukizunei buruz.

Bai familiekin (zaintzaile nagusiak diren emakumeek bereziki) bai elkarteek pertsonoi beren oinarrizko beharrezan asetzen laguntzen diete eta erakundeek lagundu behar diete, atsedean hartzeko zerbitzuen eta programen, etxerik etxeko laguntzaren, ekonomi laguntzen eta abarren bitartez.

7. Eskaintzen diren zerbitzuen kalitatea kontrolatu eta ebaluatzeko mugak

Estaldurarik eta erabilerarik handieneko zerbitzurik zabalduenei begira ere, esate baterako, buru-osasuneko zentroei begira, taldeak elkarrekin bat datozen kexa asko daude: zentroen asetasuna, gaixoen arduraldi urria, langile-aldaketak eta, hortaz, harremanen jarraipeneko aldaketak, psikofarmakoen gehiegizko erabilera, psikoterapiako edo errehabilitazioko esku-harmenen txikipena, autolaguntzarako edo familiekiko arduraldi urria.

Ez bide dago oraindik eskaintzen diren zerbitzuen ebaluazio kualitatiborik. Ebaluazio hori are zailagoa da alde bakoitzaren funtzioen edo erantzukizunaren mugaketa argi ez dagoen zerbitzuen kasuan.

Erakundeen aldetiko kontrolaren eta ebaluazioaren beharra are beharrezkoagoa da pertsononganako famili laguntzarik ez dagoen egoeretan: buru-gaixotasuna duten pertsonak famili laguntzarik gabe bizi diren ostatuen baldintzak (pentsioenak, pisuenak), tutoretza-baldintzak...

8. Gizarte sentsibilizazioa landu eta pertsonon gizarteratzea hobetu beharra

Egun oraindik dago gure artean buru-gaixoenganako eta, askotan, berauen familienganako iraina, arbuio- eta bereizketa-portaeretan agertzen dena. Irain hori, batzuetan, komunikabideetako albiste zehatz batzuen tratamendu sentsazionalistaren bitartez indartua da.

Txostenak egoera horren ondorio txarrei buruzko adibide esanguratsuak bildurik ditu: buru-gaixotasun kronikoa duten pertsonetarik asko beren familiarekin edo egoera bereko beste pertsona batzuekin bakarrik jartzen dira harremanetan; prestakuntza eta lana atzitzeko aukerak, lan normalizatua atzitzeko aukerak batez ere, oso txikiak dira...

Gizarte bazterketaren kontrako borrokarako edo, beste era batera esanda, pertsonon gizarteratzeko beharrezkoa da gizarte osoaren sentsibilizazioan arauz eta erabakitazunez lan egitea. Era berean, beharrezkoa da normalizatutako erkidego-baliabideetan parte hartzeko benetako ahalbideak eta enplegu-eskaintzak sustatzea.

9. Egoera zehatz batzuen araupeketa juridiko hobearen beharra

Txostenak antolamenduak buru-gaixotasuna duten pertsona batzuk egon daitezkeen egoera zehatz batzuk araupetzen dituen erari buruzko azterketa juridikoa harturik du barnean, eta, era berean, beste egoera batzuk aztertuta daude, zeinetan zuzenbideak eman ahal duen erantzuna ez baita beti erraza izaten, osasunaren babesa bermatzeko neurriek pertsonon beste eskubide batzuk errespetatu behar dituztelako.

Egindako azterketak zerbitzu, elkarte, epai-organo eta biztanleokin zuzenean lotutako profesional batzuek adierazitako iritzia jaso du. Egoera horiek aztertu ostean, gaixoen eskubideak hobeto bermatzeko balio duten neurriak hartzeko gomendioak azalduta

daude, eta haiek eta berauen arduradunak diren pertsonak egon daitezkeen defentsarik ezeko egoera arintzen laguntzen duten tresna juridikoak antolatzeak.

- Txosten honetan egindako 18 **gomendio**en zati bat lehen aipatutako arazoak zuzentzeari begirakoa da. Arartekoak, Eusko Legebiltzarrean txostena aurkeztu ostean, gomendiook ukitutako erakundeen arduradunei helaraziko dizkie eta, gero, haiek betetzearen gaineko jarraipena egingo du.
- Aurkezpen hau bukatu baino lehen, **eskerrak eman** gura dizkiet txostena posible egin duten pertsona, elkarte eta zerbitzu guztiei beren lanarengatik eta lankidetzarengatik: Ekimen taldeari, hainbat arlotako profesionalek osatua eta haren diseinuaz eta elaborazioaz arduratu denari; haren kapitulu batzuen idazketan elkarlanean aritu diren profesionalei; lanera beren oharrak ekarri dituzten adituei; beren datuak eman dituzten zerbitzuen arduradunei; eta, bereziki, gurekin beren arazoak eta itxaropenak konpartitu dituzten 405 buru-gaixoei eta berauen senideei.

Txosten honek haien hitzak bildurik izatea espero dut, txostenak sufritzen dutenekiko sentikor eta solidarioagoa den gizarte bati haiek eskualdatzeko balio izatea eta haien oinarritzko eskubideak bermatzen laguntzeko. Halaber, espero dut guk buru-gaixotasuna duten eta gure erkidegoan bizi diren pertsonen eta berauen familien bizi-baldintzak hobetzeko lankidetzan aritzen jarraitu ahal izatea.

Vitoria-Gasteiz, 2000ko maiatzaren 15a

ARARTEKOA
Xabier Markiegi Candina

1. Testuinguru teorikoa

Buruko gaitza
Gaitz kronikoa
Desinstituzionalizazioa
Berrikuntza psikiatrikoaren prozesuak
Kronikotasuna
Zaintzen jarraitasuna
Bitarteko egiturak
Errehabilitazioa
Familiaren laguntza
Espazio soziosanitarioa
Buruko gaitza duen gaixoarekiko jarrerak
Ebaluazioa eta adierazleak
Bizi kalitatea
Biztanleen buruko gaitza zaintzeko langileen beharrezana

Atzean gelditu dira eroetxe handien garaiak; erreformaren prozesuak ezarri ondoren, ospitaletik kanpoko zaintza eta Elkarteko ereduak nagusitu dira. Buruko osasuna zaintzeko azken hamarkadotan burutu diren esperientziek aldaketa nabarmenak eragin dituzte laguntza politiketan, baita antolaketa, arkitektura eta ideologi mailako alderdietan ere. Elementuok eta horiek euskarritzen dituzten oinarri teorikoak ezagutzea, bestalde, aurretiazko pausoa da gaur egungo errealitatearen azterketa zehatza egiteko.

1.1. Buruko gaitza

Kontzeptu honen bilakaera garai historiko bakoitzean indarrean egon diren laguntza ereduetan oinarritu da (Paolini, 1991). Medikuntzaren arloan psikiatria sartu zenean, orain dela mende eta erdi, buruko gaitza bera aztertzen hasi zen. Garai horretara arte, gaitz horretaz erlijioa, historia, filosofia edo medikuntza bera arduratzen ziren, baina posizio tangentzialetatik.

Gaur egun, adostasun tekniko handiena duen definizioetariko bat Amerikako Psikiatri Elkartek emandakoa da (1995): «*Buruko gaitza esangura klinikoa duen jokabide edo psikologi mailako sindromea da, eta hiltzeko nahiz minerako, ezgaitasunerako zein askatasuna galtzeko arrisku handigoari lotuta dago (adibidez, funtzionamendu eremuetariko bat edo batzuk narriatzea). Sindrome hori ez da gertaera jakin bati dagokionez onarturiko erantzuna bakarrik (esate baterako, hurbilekoren baten heriotza). Horren arrazoia edozein izanda ere, jokabide, psikologi edo biologi mailako disfunzio baten adierazpen indibidualtzat hartu behar da. Bestalde, desbideraturiko jokabidea (esaterako, politikoa, erlijiozkoa edo sexuala) eta gizabanakoen eta gizartearen arteko gatazkak ez dira halakotzat hartu behar, baldin eta desbideratzea edo gatazka disfunzioaren sintomak ez badira». 80ko hamarkadan, Osasunaren Munduko Erakundeak kasu psikiatrikoaren kontzeptuaren definizioa eman zuen: «*buruko funtzioen arazo nabari guztiak dira, ikuspegi klinikotik oso agerikoak direnak (segurtasunez identifikatu ahal izateko) eta sindrome jakin batekiko lotura dutenak; gainera, lanerako edo gizarte integratzaileko gaitasuna galtzea eragiten dute, eta, horren ondorioz, lana utzi egin behar da edo neurri judizialak nahiz sozialak aplikatu behar dira».**

Gaur egun, gure ezagupenak kontuan hartuz, definizioa behin-behinekoa baino ezin daiteke izan, herrien edo elkartearen arteko kulturak desberdinak direlako. Baina ez lekuaren eraginez bakarrik, baita une historikoaren eta laguntza eskatzen dutenen narriadura prozesuaren eraginez ere.

Ikuspegi epistemologikotik begiratuta, buruko gaitzak kontzeptu azaltzailearen edo lan hipotesiaren estatusa dauka. Ajuriagerrak berak 1983an zioenez, «*buruko gaitza misteriotsua da, eta zigortzat, maldiziotzat, posesiotzat eta, gero, gaixotasun lotsagarritzat hartu zen, burua aldatzen zuelako; gaixotasun honek gizakiak eta animaliak bereizten ditu, eta deskontrolaren ondoriozko erregresioak gaixotasun hori duen gizakia animaliago bihurtzen du*».

Gainera, argi utzi behar da gaitz psikikoak balio desberdina duela gaitz hori duen pertsonarentzat eta halakorik ez duten pertsonentzat (familiakoak, lagunak edo profesionalak), horiek modu desberdinetan baloratzen baitute.

Definizioa ez da anomalia edo prozesu biologikoaren bat egotearen araberakoa bakarrik, beste honexen araberakoa baizik: aurretiazko faktore batzuk kontuan hartuz gaixorik nor dagoen erabakitzen duen gizarte taldearen aurreikuspenaren araberakoa.

Industriosteko gizarteak lanik gabe uzten ditu eta itxaropenak mugatzen dizkie gizarte talde batzuei, batez ere gazteei. Kontsumo eta ongizate itxaropenak zapuzturik gelditzen dira, eta itxuraz gaixotasun gehiago sortuko ez duten (elkarbizitza arazoak, depresio txikiak eta abar bakarrik) bizi erritmoak ezarrita daude; baina bizi estilo berriek patologia batzuk ugaritu ditzakete, esaterako, elikaduraren arazoak, ludopatiak, legezko nahiz legez kanpoko substantziekin menpekotasuna, etab.

Buruko gaitzen eraginezko hilkortasunari buruzko ikerketa gutxi dagoen arren, Europako zenbait datuk oraintsu agerian jarri dutenez (WHO, 1996), Espainiako estatuak (90eko hamarkadako lehenengo urteetan) ondoko tasak izan zituen buruko gaitzen hilkortasunean: gizonetakoetan, 100.000 kasutatik 13,3 heriotza, eta emakumeetakoetan, 100.000 kasutatik 21,4 heriotza. Tasa horiek beste estatu batzuetakoak baino handiagoak dira, esate baterako, Portugal, Ingalaterra, Gales, Italia edo Austria; eta beste batzuetakoak baino txikiagoak, adibidez, Finlandia, Frantzia eta Alemania. Ikerketa gehienak morbiditateari buruzkoak dira, hau da, biztanlerian gaixotasunen bat duten pertsonen proportzioari buruzkoak. Orokorrean kalkulaturikoaren arabera, biztanleen %2k buruko gaitza larria dauka, eta %10-20k arazo psikikoren bat dauka (Mavreas, 1986; Vázquez-Barquero, 1987; Seva, 1991), eta aldeak daude hirien eta baserrien artean. Seva-k dioenez (1990), hirian arazo psikiatrikoak dituen pertsona gutxiago dago (15 urtetik gorako pertsonen dagokienez), hain zuzen ere %11,8; baserrian, berriz, kopurua %14,9koa da; diagnostikoen kategoriak sarriagoak dira inguru batean bestean baino. Ikerketa epidemiologiko gehienek adierazitakoaren arabera, lehenengo munduko pertsonen %30ek buruko gaitzaren episodien bat izan dute noizbait.

Trataturiko buruko gaitzen tasak, arazo psikiatrikoen eragin orokorraren kalkuluei dagokienez, oso desberdinak dira, eta bigarrenak askoz ugariagoak dira. Esaten da trataturiko gaixo bakoitzeko beste 20 pertsona daudela zaintzarik gabe. Medikuntza orokorreko kontsultetan zefalea edo beste min batzuk dituzten gaixo asko tratatzen dira, baita lo egiteko arazoak, nerbioak, depresioa, nekea eta abar dituen gaixo asko ere; hala ere, horietariko asko ez dituzte zerbitzu espezializatuek aztertzen, eta horrek "ezkutuko morbiditate psikiatrikoa" sortzen du (Goldberg eta Blackwell, 1970). Hala eta guztiz ere, medikuntza orokorreko zerbitzuen sarritasun zifra, buruko arazoak dituzten 14 urtetik gorako gaixoei dagokienez, %24koa da, arazo psikosomatikoak kontuan

izan barik (Almerar, 1998); azken horiek kontuan izanda, zifrak %30-50 bitartekoak dira, oinarrizko zaintzako taldeek kontsultetan trataturiko osasun arazoei dagokienez (Zuazo eta beste batzuk, 1990; Padierna, 1989; Markez, 1993; Pérez-Echevarría, 1993); horren ondorioz, pentsa daiteke gaitz psikikoak dituztenean biztanleak medikuntza orokorreko zerbitzuetara joaten direla, behintzat osasunerako oinarrizko zaintzarako zentroetara doazen lau pertsonatik bat (Lobo eta beste batzuk, 1995). Bestalde, Euskal Autonomia Erkidegoan, trataturiko gaixoen %70-80 oinarrizko zerbitzuetatik datoz, Osakidetzako memorian adierazitakoaren arabera. Pentsa daiteke tratatu gabek arazo ez-larriak direla, baina, ikerketa epidemiologikoek adierazten dutenez, tratatu gabeko erdiek baino gehiagok sintoma psikiatriko larriren bat dute.

Euskal Autonomia Erkidegoko eraginari buruzko datuak Europako gizartearen antzekoak dira. Euskal Autonomia Erkidegoan erroldaturiko 480.000 euskaldun inguruk (%20-25) eragina izango dute euren eguneroko bizitan edo ongizatean, buruko gaitzari loturiko arazoren bat edo buruko arazo ez-larriren bat izatearen ondorioz; Osakidetzako ospitaletik kanpoko buruko osasuneko zerbitzuek 64.787 gaixo tratatu zituzten 1998an. Zerbitzu garatuak dituzten herrietan, buruko osasuneko informazio zerbitzuetan erregistraturiko biztanleak, Kramer-ek dioenez (1986), buruko arazoak dituen benetako kopuruaren %15 dira. Datu eta kalkulu ofizial horiek, bestalde, une jakin batean sintoma batzuk dituzten pertsonen buruzkoak dira. Baina epidemiologian beste elementu batzuk ere aintzat hartzen dira, esate baterako, gaitza sortzeko unea eta egoera, iraupena, baliabideak, osasun eskuhartzeko mekanismoak, gaitzaren mota nahiz larritasuna, aldagai demografikoak, itxaropenak, gizarte laguntza, etab., eta horiek guztiak ere erabakigarriak izan daitezke. Osasunaren Munduko Erakundearen iritziz, Europan buruko arazoez gorakada handia izango dute, ondoko faktoreen eraginez: zahar gero eta gehiago egotea, bizi estiloa (alkohola, jokabide arriskutsuak, biolentzia, estresa, jokabide sexual arriskutsuak, etab.), egoera psikosozial kaltegarriak, gizarte nahiz famili loturak ahultzea, langabezia, mugikortasun geografikoa, gizarte bazterkeriaren poltsa gero eta handiagoak (marginatuak, etxerik gabek, atzerriko inmigranteak, etab.). Gainera, kontuan izan behar dira Ekialdeko Europako eta Afrikako erdialdeko nahiz iparraldeko erregimenen ezegonkortasuna, gerrak, gizakien lekualdatze handiak eta biztanleriaren sektore handien pobretzea; horrek guztiak, buruko osasunerako oso arriskutsua izateaz gain, arriskuan jartzen du osasun eta gizarte zerbitzuen eskaintza handia eta anitza.

1.2. Gaitz kronikoa

Mende honetako lehenengo herenaren azken urteetan, faktore biologiko-genetiko hegemonikoak ikerketa soziologiko ugariarekin osatu ziren; ikerketa horiek psikiatrian gaixotasunari buruz zeuden eskema monolitikoak apurtu zituzten; gainera, gizarte faktoreak, faktore psikologikoekin batera (Freuden eraginez), pentsamendu psikiatrikoan eta ikerketan sartu ziren (Gallagher, 1980; Srole, 1977). Geroago, erakundeetako Soziologiak (Castel, 1980; Stanton eta Schwartz, 1954) psikiatriaren ikuspegi kritikoa ekarri zuen; halaber, zaharretxearen (gero erotetxea eta ondoren psikiatrikoa) gizarte esangura adierazi zuen, eta kronikotasuna egonaldi instituzionalarekin lotu zuen.

Lain Entralgo-k 1982an zioenez: «gure ustez, gaitz kronikoa gaixoaren eguneroko bizitzan sartzen dena da, gaitz iraunkorra baita, eta bere osagaietariko bat

nahitaezko bihurtzen da; horrenbestez, gaixoak hori kontuan hartu behar izaten du bere bizitza proiektatu eta egiteko»

Mendearen bigarren erdian, zenbait faktoreren eraginez (bizi itxaropenaren gorakada, elikadura hobea, higiene handiagoa, kimioterapien eta antibiotikoen sorrera), arazo larri asko desagertu egin dira, azkar detektatzen dira lehen ezin nabaritu eta berandu diagnostikatzen ziren gaixotasunak, eta aurrerakuntza teknologikoak soluzioa eman die orain arte konpontzeko zailak ziren arazoei. Horren guztiaren eraginez, gero eta zahar gehiago dago eta medikuei arazo berriak agertu zaizkie (oraindik konponbiderik ez duten arazoak); baina gaitz kronikoak dituzten pertsonen kopuruak ere gora egin du (Pequinot, 1963; Espinosa eta beste batzuk, 1986); halako gaitzek gizarte eta osasun zerbitzuen erabilera handiagoa eta luzeagoa behar dute.

Aldi honetan, gaitz kronikoa ez da medikuntzako arazotzat agertzen, arazo sozioekonomikotzat baizik; ondokoari lotuta agertzen da: gizarte aldaketei, Estatuaren jarrera ongileari (hiritarren arazo gogaikarri batzuk konpontzen dituzte, osasunaren arlokoak hain zuzen ere), errehabilitazioari (produktzio indarrak gehienak birgaitzeko metodotzat), pobrezia nahiz bazterkeria arazo askori eta abarri.

1.3. Desinstituzionalizazioa

60eko eta 70eko hamarkadetan kritika ugari egin zitzaizkion psikiatriari, eta diskurtso psikiatrikoaren posizio askotatik gainera; ospitale psikiatrikoan oinarrituriko sistemaren ordez beste sistema eraginkorrago bat ezartzea eskatu zen, elkarteko zerbitzuak nagusitzen dituen sistema. Gaitz psikiatriko kronikoa osatu ezin izateari eta tratamendu eraginkorrik ez egoteari buruzko ideiak baztertu eta tratamenduak eta errehabilitazioa kontuan hartu dira: ospitaleetako arriskuak ekiditea eta buruko osasuneko sareak sortzea, gizarte baliabideetan oinarrituz (behar beste baliabide dago).

Estatu modernoaren garapenarekin, batez ere azken hamarkada hauetan (gizarte eta ekonomi funtzioak areagotu dira, hiritarrak forma sofistikatuekin kontrolatzeko aukera dago, gizarte kostuak handitu egin dira administrazioetarako, krisi ekonomiko ziklikoak daude, psikofarmakoak garatu nahiz saldu egiten dira eta psikiatriari buruzko legeak nahiko liberalizatu dira), desinstituzionalizazio prozesuak sortu dira. Izan ere, erakunde itxietarako aukera berriak sortu dira; horien kostuen zati handi bat ospitale orokorretara eta Erkidegoko jarduerara bideratu da, eta gaixoak euren etxeetan edo bertatik hurbil dauden ospitaleetatik kanpoko zerbitzuetan tratatu ahal dira.

Gastuak merkatu eta zaintza integraleko kontzeptua sortu da; horrela, eskuratzeko moduko ezaguera tekniko gehiago dago (Coe, 1973), disziplina anitzeko ekipoak daude eta osasuneko sistema nazionaletan integratu behar da. Baina, batzuetan, desinstituzionalizazioa, praktikan, ospitaleetatik ateratzea izan da, eta hori ez da nahasi behar gaixoak komunitatean integratzearekin.

Desinstituzionalizazio prozesuek laguntza eredu berria behar dute, komunitateko lanerako (Mayoral, 1989), eta gaixo bakoitzerako orientazio indibidualizatua onartu behar da; gainera, zaintzen jarraipena bermatu behar da, sareko dispositibo desberdinen

koordinazio egokiarekin, baita talde-lana eta eskuhartze desberdinen integrazioa ere; halaber, familiari oinarrizko eginkizuna eman behar zaio, arazo psikikoetatik babesteko faktoretzat, autolaguntzako taldeen eta erakunde paraprofesionalen lana ahaztu barik; gaixoak egunez zaintzeko zerbitzuak ere laguntza zerbitzuaren oinarrizko atala dira, gaixo kronikoetarako (Bennet, 1981); ostatu modu desberdinak hornitu behar dira, ikuskapen maila desberdinekin (etxebizitza babestuak edo egoitza txikiak), errehabilitazio lanak egin ahal izateko; babesturiko lanerako eta lan gaitasunerako ekimenak ere prestatu behar dira, baztertuen sektore horietarako eta lan munduan sartzeko arazoak dituztenetarako. Azken batean, komunitatearen buruko osasuna sustatu behar da, komunitatearen kontrolaren nahiz dinamiken menpean, osasunarekiko erantzukizuna sustatzeko.

Elkarteko eredia lortzeko, gizarteak parte hartu behar du hiritarrak hornitzeko prozesuan. Buruko gaixoaren desinstituzionalizazio eza ez da familiaren babesaren eta laguntzaren araberakoa bakarrik, gaixoaren inguruko gizarte taldearen tolerantziaren araberakoa ere bada, baita inguruko gizarte sarearen aberastasunaren araberakoa ere (Baca, 1992). Halaber, barneratze araubidearen tratamenduko modalitateak erabat murriztearen aukerei buruzko gehiegizko optimismoa ere oso arriskutsua da. Era berean, oso arriskutsua da (eta sarritan gertatzen da) tratamendu psikiatrikoen judizializazioa (jokabide disruptiboetan) eta delituzko jokabideen psikiatrizazio gero eta handiagoa.

Hori dela eta, Elkarteko psikiatriak eta desospitalizazio politikek ziklo bat itxi dute orain dela hamarkada bat; horren ondorioz, gaixoa (eroa) etxera eta kaleetara itzultzen da, XVII. eta XVIII. mendeetan gertatzen zen bezala, eta gainera laguntzako aukera berriak ireki dituzte: drogamenpekotasunak, elikaduraren arazoak, geriatría, egokitzapen mailako arazoak, pertsonen arteko bitartekaritza etab.

Iraupen luzeko ospitalizazioak (lehen zenbait hamarkadatak iraupena izaten zuten, batzuetan), bertan behera utz daitezke ikuspegizat. Espainiako estatuan, ospitale psikiatrikoetako ohe kopurua murrizteko joera oso nabaria izan da, joera hori inguruko Estatuetakoa baino geroagokoa bada ere. 1975ean, 43.000 ohe zeuden 117 ospitale psikiatrikoetan (123 ohe 100.000 biztanleko), baina 1991erako, horiek %55ra murriztu ziren (23.282 ohe). Aldi berean, apurka-apurka handitu egin da ospitale orokorretako unitate eta ohe kopurua.

Jakina da ospitalizazioak aurrerantzean ere erabilgarriak izango direla, baina laguntza prozesuaren barruko eskuhartzetzat ulertuta, eta, beraz, gehienezko iraupen bat izango dute. Horrenbestez, ohe psikiatrikoak nabarmen murriztuko dituen antolaketa egongo da, eta hemen ere polemika sortuko da berriro. Askok beharizan hauek 10 ohe 100.000 biztanleko direla uste dute (Aparicio eta beste batzuk, 1986; Trieman eta Leff, 1997).

Psikiatria hau (antolaketa mailan komunitatera orientatua) detektagailu azkarra izan daiteke, biztanleriaren disfuntzio elementuei dagokienez, eta bereizketarako arriskua izango du, konponbide praktikotzat (Helleich, 1985); baina zaintzak ospitaleetatik kanpo egiteak eta gaixo kronikoaren bergizarteratzeak aurreko guztiarekiko haustura dakarte, eta hori ez da denen gogokoa.

Baina, batzuetan, komunitateko egonaldia kostuen, gizartearen tolerantziaren, baliabideen eskaintzaren edo etengabeko zaintzako plan psikiatrikoen araberakoa da,

psikopatologiari loturiko faktoreen araberakoa baino gehiago. Hau da, faktore ekonomikoen, sozialen eta osasun antolaketa mailako faktoreen araberakoa da. Beraz, sarritan krisialdiak eta berrospitalizazioak egoten dira, “ate birakaria” deritzonaren bilakaera bultzatuz. Buruko gaitza kroniko bihurtzen bada, komunitateko bizi kalitatearen kota egokiak lortzea izaten da kezka nagusia.

Buruko gaixo kronikoen kopurua, ospitaleetatik kanpoko erakundeetan, ospitale psikiatrikoetan baino askoz handiagoa da; hala ere, komenigarria izango da errehabilitazio eta bergizarteratze beharrianak egituratzea (Kunze, 1985), instituzionalismoa ospitaleetatik kanpo ez mantentzeko. Kanpoan dauden gaixo desinstituzionalizatuak komunitatearen euskarria behar dute, eta euren zaintzak iraunkorrak izateari buruzko bermeak behar dituzte.

1.4. Berrikuntza psikiatrikoaren prozesuak

1983an Berrikuntza Psikiatrikorako Ministro Batzordea sortu zen; horrek handik bi urtetara emandako txostenean, buruko osasuneko zerbitzu komunitarioak sustatzeko gomendioa eman zen, ospitaleko estrategiaren menpe egon barik, eta oinarritzko zaintzako zerbitzuen eginkizunari aipamen berezia eginez. “Berrikuntza” kontzeptua, bestalde, aurretiazko laguntza eredu aldatu beharri buruzkoa zen (laguntzako egitura modernotzea ez zen nahikoa). Erakunde mailako zaintzaren ordez, komunitate mailako zaintza ezarri nahi zen; horrela, osasunari bakarrik loturiko kontzepzioak gainditu eta eskuhartzeak ikuspegi integratzailetik onartzen ziren; baliabideen antolaketa eta kudeaketa, horrenbestez, eskabideen eta beharrianen araberakoak izango ziren, eta ez sistemaren logikaren araberakoak (Astrain, 1998); gainera, lerro estrategikoak osasuna hobetzeko zerbitzuen orientazio egokirantz bideratuko ziren, gizarte eskariak hobeto erantzungo ziren, eraginkortasun nahiz eragingarritasun handiagoa lortuko zen (profesionalen eta erabiltzaileen arteko elkarreraginean oinarrituz) eta ekitatea zein elkartasuna bermatuko ziren.

Espainiako berrikuntza psikiatrikoaren lege eremua, bestalde, Osasunari buruzko Lege Orokorrean euskarritzen da (1986); lege hori oraingo Osasun Sistema Nazionalaren jatorria da, eta horren 20. artikuluan esaten denez, buruko osasuneko zerbitzuak komunitarioak dira, eta gaixoei zerbitzuok eskuratzeko eskubidea dute (zerbitzu publikoak, unibertsalak eta doakoak); gainera, bitarteko eta ospitaletik kanpoko egiturak sustatu behar dira. Azkenik, ospitalizazio psikiatrikoaren berariazko aipamena egiten da, ospitale orokorretako unitateetan; errehabilitazio eta bergizarteratze zerbitzuak garatu behar dira (horretarako, adostasun handia behar da ekitatearekiko eta gaixoak ez estigmatizatzearekiko konpromisoa duten profesionalen artean), eta famili nahiz erabiltzaile elkarteak sortu behar dira.

Espinok dioenez (1995), berrikuntza psikiatrikoaren prozesuak ezartzearen eraginez, ondorio interesgarriak egon ziren: sarearen osasun integratzaileko aurrerapausoak (buruko gaitza duen gaixoaren zaintzarako); ospitaletik kanpoko eta komunitateko sarean izandako aurrerapausoak (zaintza programak ugarituz); profesionalen arteko erlazio modu berriak; laguntza eskaintza handiagoa; sare psikiatrikoko egituraren aldaketak (orbitazioa zaharretxeetako oheei nagusitzearen eraginez); eskubide zibikoaren urratzeen

murrizketa; eskuhartze nahiz ikerketa teknika berriak sartzea, etab. Baina, bide horretan, alderdi ilunak ere egon dira: medikazio handiagoa nahiz espazialitateko praktikak bateratzeko joera; eskariaren gorakada, zaindu beharreko arazo eta patologia berriekin; zaintza soziosanitarioen antolaketa loturiko arazo berriak; errehabilitazio nahiz bergizarteratze programen ahultasun nabaria; egindakoaren ebaluaziorik eza, etab.

Berrikuntza, agian, ilusio multzoa baino ez zen izan; izan ere, askok uste zuten berrikuntza hori kudeatzaile eta arduradun politikoen jarduketa arautzaile hutsarekin gauzatuko zela. Autonomia Erkidegoetan garapena desberdina izan zen. Euskal Autonomia Erkidegoan buruko osasuneko zerbitzuek garapen handia izan zuten, eta eredu arrazionalistan oinarritu ziren (Aparicio, 1990), egitura komunitario berrien eta egitura instituzional zeharren elkarbizitza lortu nahi zuten ereduan. Osasun eta Kontsumo Sailak emandako 1987-10-1 Aginduaren bidez, EAeko buruko osasuneko zerbitzuak berritzeko Batzordea sortu zen (189. zenb. EHAA; 87-10-8), aholku eta kontsulta izaerarekin, eta horrek laguntza politikaren lerro nagusiak, planifikazioa eta koordinazioa sustatu zituen.

Guimonek 1989an adierazitakoaren arabera, 1986an Zuazok ikerketa bat egin zuten, Arabako gaixo psikiatrikoen desinstituzionalizazio esperientziari buruz, eta, laburpentzat, horien moduko programetarako jarraibide batzuk adierazi zituen: 1) "Elbarritasun psikiko handia" deritzonaren ebaluazioa, giza baliabideak eta baliabide materialak planteatuz, "zaharretxera sartze" hutsarekin ez gelditzeko. 2) "Eguneko zerbitzuko" taldearen eta baliabide komunitarioen sustapena, desinstituzionalizatuen bizi maila hobetzeko, "kroniko berrien" ospitalizazio berriak eta luzeak saihesteko. 3) Profesionalak eta gaixoak horien familiarekin duten loturaren sustapena. 4) Laguntzako dispositiboaren integrazioa, buruko osasunari eta osasun orokorrari dagokionez. 5) Lehenengo nahiz bigarren mailako prebentzioaren garapen kualitatiboa.

1991n, Osasun Sailaren ekimenez, egoeraren diagnostikoa egiten hasi ziren, eta hori "Horizon-Pivot" deritzon Buruko Osasuneko Planean jasota gelditu zen (ordura arte, proiektu hori ez zen onartu).

Ezarritako laguntza eredia hiru alderditan oinarritzen da: psikiatria komunitarioa, sektORIZAZIOA eta buruko osasuneko sarea. Psikiatria komunitarioaren kontzeptua (buruko osasun komunitario ere deitua) hiritarra bere etxean zaintzari lotuta dago; izan ere, "kasuan kasuko komunitateko baliabide guztiak erabiltzen dira, bertako kideek buruko osasun ahalik eta onena izateko". SektORIZAZIOAK (biztanleria jakin baten onarpena) zaindu beharreko biztanleria hobeto ezagutzeko aukera ematen du, eta dispositibo desberdinen arteko zaintzen jarraipena errazten du. Buruko osasuneko sareak zaintzen jarraipen hori ahalbidetzen du dispositiboaren, ospitalizazio unitateen, buruko osasuneko zentro komunitarioen eta bitarteko baliabideen (batez ere, eguneko zentroak eta ospitaleak) artean.

Azken hamarkada honetan, Osasuneko Euskal Sistemaren Berrikuntza deritzona garatu da (*Osasuna Zainduz*), baita Euskadiko Osasuna Antolatzeari buruzko Legea ere (1997); gainera, Osakidetza eskubide pribatuko erakunde publiko bihurtu da. Horiek guztiak, berriz, hausnarketa eta aldaketa prozesuaren oinarritzko zatiak dira, eta buruko osasuneko sarearen plan estrategikoak eta horren geroko garapenerako kudeaketa planak landu

dira. Buruko osasuneko plana *Osasuna Zainduz* deritzonaren barruan dago; horren bidez finkatu nahi den sistemaren oinarritzko helburuak, bestalde, unibertsalitatea, elkartasuna, ekitatea eta kalitatea dira.

Gaur egun, Euskal Autonomia Erkidegoan eta Espainiako estatuko zenbait aldetan berrikuntza psikiatrikoaren prozesuak hasi direla 15 urte baino gehiago igaro direnean, ospitale psikiatrikoa oraindik ere oinarritzko ardatza da laguntza psikiatrikorako, eta batzuetan laguntzarako tresna nagusia da. Eskuhartze proposamen berrien ondoriozko optimismoaren eta boluntarismoaren eraginez sorturiko berrikuntzei dagokienez (lehen elbarria eragiten zuten arazoak kontrolatzeko, arintzeko eta hobetzeko gauza diren psikofarmako berriak sortu ondoren eta osasun kostu handiak murrizteko nahiaren eraginez), dispositibo batzuk garatu ziren komunitatean pentsatuz zein jardunez eta ospitalizaziorako alternatibak emanez. Ospitalizazio partzialeko zentroak nahiz eguneko zentroak, babesturiko etxebizitzak, egoitza txikiak, babesturiko tailerrak, laneko errehabilitazioko zentroak, gizarte klubak eta abar: horiek guztiek osaturiko dispositibo multzo zabalak laguntza instituzionala ordeztzen du edo egin beharko luke, eta garapen handiagoa behar du. Etengabeko erronka, bestalde, zaindutako pertsonen kalitatea eta kopurua hobetzea da, esleituriko baliabideak ugaritu barik (orain arteko baliabideak optimizatuz); baina, batzuetan, kostuak murrizteko irizpideak administrazio lehentasunak eta erabakiak baldintzatzen ditu. Kalitatea kosturik txikiena da, eta kostu horretatik behera, kalitate hori zalantzan gelditzen da (Fonseca, 1999). Osasunerako laguntzaren merkatea desinstituzionalizazioaren motorra bada, eskuhartze ereduak aldatzen ez badira, bazterkeria sortzen da, baina kostua/irabazia deritzon logikaren arabera (Astrain, 1998).

Oraindik ere batzuek ea Berrikuntza egingarria den galdetzen dute. Apariciok dioenez (1999), elementu batzuk behar dira benetako aldaketa egoteko: lege eremuak plan estrategikoen garapena ahalbidetzen du, psikiatrian esku hartzen duten sektoreek oraindik onartzen ez duten eredu komunitarioa; botere politikoaren bidez prozesua finantzatzeko aurrekontuzko oinarriak ezarri behar dituztenen konpromisoa; buruko osasuneko langile talde nahiko motibatua, disziplina anitzeko eta komunitarioko kultura berria garatzen eta sortzen joateko.

1.5. Kronikotasuna

Kronikoen gaiak eztabaida asko eragin ditu eta oraindik ere eragiten ditu psikiatrian; eztabaida hori, berriz, kronikoak zentroetan sartzeari, euren jokabide nahiz gatazkei, bizi estiloari edo arlo kronologikoei buruzkoa da. *Kroniko*, *gaixo psikiatriko kroniko*, *buruko nahaste kronikoa duen erabiltzailea*, *kroniko berriak* eta abar bezalako kontzeptuak gogoeta sakona behar dute, baita sakontze teorikoa, eztabaida eta adostasuna ere, kontzeptu mailako irizpideak bateratu ahal izateko.

Giza zientzien hiztegi orokor batean (Thines eta Lempereur), hauxe esaten da kronikotasunari buruz: «*bilakaera egonkorra edo jarraia duten buruzko arazoaren ezaugarriak (beti ez dira atzerazinak)*». Egonkortasuna, aldaketarik eza, garrantzitsua da definizio honetan. Kronikoak laguntza zerbitzuekiko duen menpekotasunaren iraupena ohikoa baino luzeagoa da (Rendueles, 1986); ikerketen definizioa operatiboa

da. Medikuntzan, eta esangura etimologikoan oinarrituz, kronikotasunak gaixotasunaren iraupena adierazten du (*cronos*: denbora), baina Psikiatrian iraupen hori ez da elementu nagusia: badira beste elementu batzuk, esaterako, harremanak izateko arazoak edota gizartearekiko egokitzapen eza, gizarteko eskakizunei aurre egiteko ezgaitasuna eta menpekotasun instituzionala, zaintza langileen eta zerbitzuen bidez. Erakundeen etengabeko presioa dago kronikoa eta minusbaliatua edo ezindua parekatzeko, hau da, eskuzko, buruko edo harreman mailako jarduerak egin ezin dituen pertsonarekin parekatzeko. Adibidez, gizarte laguntzatik eta medikuntzako nahiz laneko ikuskapenetatik txostenak eginarazten dira, eta txosten horietan buruko gaitza dutenak produktioetik kanpo gelditzen dira eta produkzio horren hobariak jaso barik geratzen dira (Vidal Otero, 1998), eta beraz, pertsona debalaturik gelditzen da. Segurutzat minusbaliatu hitza ez da kasualitatezkoa.

Batzuen ustez, kronikotasuna diskurtso psikiatrikotik ezabatu beharreko hitza da; izan ere, asmozkotasan eta estigmatizazio negatiboak ditu, eta minusbalioa, utzikeria, elbarritasuna, baliorik eza edo, oro har, eromena adierazten ditu. Despsikiatrizazioa lortzeko dauden taldeetariko batzuek aldatu egiten dute autokontrolaren eta askatasunaren paradigma, eta hori euren nortasunaren ezaugarri bihurtzen dute. Horixe gertatzen da antolaturiko alkoholikoekin (*«alkoholkoa nahiz betiko»*), toxikomanoekin eta autolaguntzako talde batzuekin, kroniko rola onartuta osasun zerbitzuetako langileek hobariak ematen dizkiete eta. Ospitaleetako kulturak berehala erakusten du gaixotasuna onartzen edo horretaz jabetzen.

Foucault-ek dioenez, kronikotasunaren ikerketak hauxe eskatzen du: *«berezko egoera inoiz ere berreskuratuko ez duen eromen bat harrapaturik duten nozioek, erakundeek, neurri juridikoek nahiz polizialek eta kontzeptu zientifikoek osaturiko multzo historikoaren egiturazko ikerketa egitea»*. Kronikotasuna ikertzeko, beharrezkoa da buruko gaitzen bilakaeraren inguruan landutako jakintza psikiatrikoa ezagutzea, baita zaintzako erakundeak (eroetxea, ospitalea, komunitate terapeutikoa edo ospitaleetik kanpoko dispositiboak) burutzen joan diren praktikak ezagutzea ere.

Psikiatriako jakintzak, produkzio teorikoak (Rendueles, 1996), eskola psikiatriko ugarien eragina dauka, eta batzuetan, psikiatria nazional deritzenen eragina ere bai: Frantziako psikiatria egun bateko akututasunak eta eromenak kezkatzen du; psikopatologia klasikoak, berriz, akatsak ikusten ditu alde guztietan; Kraepeling-en eta Jaspers-en iritziz, psikiatriaren eremua osatu ezin denaren, kronikotasunaren eta arriskutsuaren eremua da. Akutua egingarria izango litzateke, arrastorik gabe hobetzeko; kronikotasunak ezin dira inoiz ere berreskuratu...

Gaur egun, gizarte loturak ahulduta egonik, eta gaitasuna nahiz ikerketa industria farmazeutikoari lotuta daudelarik (neurri handi batean), euren burua teknikotzat edo pragmatikotzat duten joera asko daude, eta jakintza psikiatrikoa uniformizatu egin nahi da, horren edukia klinikako laburpenekin eta *vademecum* batzuekin konponduz. Azken bi hamarkada hauetan, psikopatologia nagusituz joan da; psikiatria akademizistatik sortu da, eta eragin handia izan du Iparramerikako kraepelinismo berrian; horrek, bai DSMren (buruko gaitzen eskuliburu diagnostikoa eta estatistikoa), bai CIEren (buruko gaitzen eta jokabidearen sailkapena; deskribapen klinikoak eta jarraibideak diagnostikorako), bai SCANen (neuropsikiatrian ebaluazio klinikoa egiteko galdetegiak)

eta bai beste akroniko batzuen bidez (psikiatrian omen dagoen pentsamendu bakarraren islada), eredu medikoa hegemonikotzat ezarri zuen, eta behaketa kliniko teknika arakatzailerekin artikulatzen jakin zuen, eta euskarri handia izan zuen psikofarmakologian.

Kroniko berriei buruzko liburuak berrikusiz, patroia desberdinak aurkitzen ditugu:

- I. Eroetxeko gainerakoa. Gaixo batzuen diagnostikoak ondokoak dira: drogamenpekotasunak, psikopatia larriak, epilepsia nahiz jatorri psikiko beste gaixotasun batzuk, eskizofreniak, buru aldaketa kronikoak, etab. Horiek desinstituzionalizatzea zaila da, eta aldi behin barrura sartu behar izaten dira berriro (Goldman, 1983).
- II. Kanporaturiko kronikoak. «*Gaixo hauek luzaro egoten dira ospitalean, eta gero alta ematen zaie, oheak murrizteko politika administratibo berrien ondorioz*»; halakoak, komunitatean daudenez, denak batera aztertzea ezinezkoa da buruko osasuneko zentroetarako, bertako zerbitzuak ez baitira nahikoak eta egokiak gaixoak bergizarteratzeko (Langsley, 1990).
- III. Anbulatorioko kronikoak. Ospitalean egon ez diren kroniko hauek laguntza zerbitzuak eskatzen dituzte etengabe, sarritan barruko gatazkarik ez dutenean ere bai (modu terapeutikoan osatu beharreko gatazka), eta bigarren mailako zerbitzuren bat eta laguntza ere eskatzen dute (Scheider, 1972).
- IV. Helduak diren gazte kronikoak. Helduak diren gazte kronikoak –YACP, saxoniarren siglekin- oraindik ez dira ospitalean luzaroan sartu; koadro kliniko aldagarriak dituzte, eta gizarte desegokitzapenak nahiz jokabide inportanteak nagusitzen dira; laguntza zerbitzuak etengabe erabiltzen dituzte, eta batetik bestera mugitzen dira, buruko osasuneko taldeei estres handia eraginez (Bachrach, 1982). Kroniko berrien zati garrantzitsua dira; urteetan anbulatorioko tratamendua izan eta laguntza moduzat oraintsu sortu dira.

Jokabide mota bat ezin du erreferente bakarrak azaldu. Horrenbestez, nahi ez den egoera kronikotik irteteko bideak oso anitzak izango dira, baina pertsonaren izaera berreskuratzeko beharrezkoak sustatu beharko da; horretarako, gaixoaren historia berreskuratzeko edo itzultzea sustatuko da, baita beraren oroimen emozionala ere, eta beraren iraganeko gertaera nagusiak berreskuratu beharko ditu. Berriro ere gaur egunera ekarri behar dugu (Rendueles, 1986), komunitatean berarentzako leku bat utziz, eta horretarako, ezinbestekoa da bazterketa jarrera guztiak albo batera uztea. Beraz, harremanen inguruko elementuetan eta antolaketetan jarrera aldaketak sustatu beharko dira, barruko gatazka konpontzen lagundu behar zaio (lan terapeutikoak eta sozialak egiten dituzten pertsonen laguntzarekin), gaixoaren zailtasunak kudeatzeko gaitasuna hobetzen lagundu behar zaio, eta giza adierazpenen nahiz jokabideen aberastasuna eta konplexutasuna baloratu behar da, murrizketa teknokratikoetatik ihes eginda. Kronikotasuna, zaintzari eta zerbitzuak luzaro erabiltzeari dagokionez, laguntza pisurik handiena da, eta buruko osasuneko dispositiboetarako erronkarik handienetakoa (Aparicio, 1991).

1.6. Zaintzen jarraitasuna

Desinstituzionalizazio prozesuak ondo garatzeko, gaixoen beharrezkoen arabera egiturak behar dira. Zaintza jarraia gaixoaren kontzepzio ebolutiboari lotuta dago (García,

1991), prozesuko aldi desberdinetan erantzun desberdinak behar baitira. Disziplinartekotasunarekin ere lotuta dago, «*beharrezkoa baita egitura eta disziplina desberdinak egotea, erabiltzaileen beharrian aldakorrei erantzuna eman ahal izateko*». Buruko osasuneko zentroak laguntza psikiatrikoaren eta buruko osasunaren zaintzaren ardatzak dira. Baina bitarteko egiturek, ospitalizazioak, familiek, oinarrizko zaintzako taldeek eta abarrek ere koordinazio egokia behar dute.

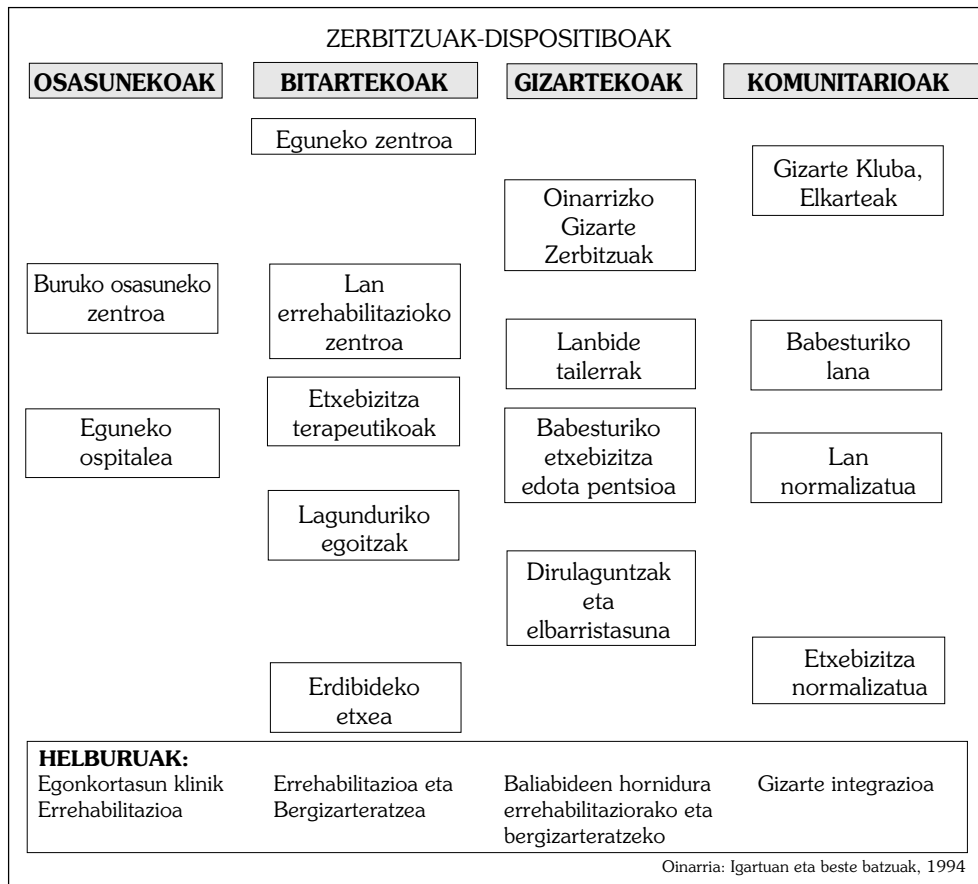
Zaintzen jarraitasuna zaintza komunitarioan euskarritzen eta oinarritzen da; zaintza hori erabiltzaileak errazago eskuratzen du, eta gainera, fenomeno psikopatologikoen eta oinaze psikikoaren azalpenak eskaintzen ditu, zaintza osoa eta integrala emanez.

Baliabideen koordinazioa txarra bada, ez da bermatzen zaintzen jarraitasuna; horrenbestez, gaixoaren zaintza integrala ere ez dago bermatuta. Horixe da, izan ere, kudeaketa publikoa duten buruko osasuneko sareen arazo nagusienetariko bat (Buruko Osasuneko Madrilgo Elkarteak, 1998), eta areagotu egiten da enpresa batzuk koordinatu behar direnean (Repullo, 1998). Halako ezaugarriak dituzten sistemek sorturiko gastuarekiko kezka honen eraginez, autonomietako administrazio batzuek (adibidez, Kataluniako Generalitatea) zaintzaren koordinazioaren eta jarraitasunaren hobekuntza ezarri dute 1998ko aurrekontuetako oinarrizko helburuetarikitzat.

Harris-en eta Bergman-en iritziz (1988), ezinbestekoa da estrategia terapeutikoen jarraitasuna, gaixoen laguntzaren jarraitasuna eta tratamenduan parte hartzen duten zaintzaileen jarraitasuna. Jarraitasuna eta estrategien koordinazioa kontuan izan behar dira nahitaez; izan ere, horietan, osasun sistemaren eta gaixoen nahiz familiakoen antolaketaren arteko erlazioa oso garrantzitsua da baliabideak apurka-apurka modu egokian lortu ahal izateko, horien aprobetxamendua bikaina izateko eta gaixo psikikoaren gizarte nahiz famili inguruari laguntzeko.

Zaintzen jarraitasunaren beharrezkotasuna onartu ondoren, hurrengo arazoa horren antolaketarako baliabideak bilatzea izango da, eta jarraitasun hori eraginkorra izateko bideak bilatzea: espazioa nahiz estaldura mugatzea, zerbitzu desberdinen erantzukizunak, loturako dispositiboak, koordinazio mekanismoak, programen araberako lana ekipoetan zein zentroetan, etab. Buruko gaitz kronikoa duten biztanleentzako zaintza komunitarioko sare egokia izateko, beharrezkoa da osasun sistemaren osagarritasuna, bertako buruko osasun zentroen, ospitalizazio unitateen, bitarteko egituren eta beste baliabide batzuen bidez, gizarte zerbitzu espezializatuekin edo orokorrekin; gainera, beste zerbitzu sistema batzuekiko koordinazioa ere ezinbestekoa da, lan eta heziketa zerbitzuekiko koordinazioa batez ere.

1. koadroa. Buruko gaixo kronikoak integratzeko jarduketeta mailak. Dispositibo desberdinen baliabideak eta helburuak



1.7. Bitarteko egiturak

Dagoeneko ospitalizaziorik behar ez duten pertsonentzako baliabideak, dispositiboak eta jarduketak dira; dena den, batzuetan beste laguntza batzuk behar izaten dituzte, bizitzeko eta komunitatearekin harremanak izateko autonomia garatzen duten bitartean, bestela bazterturik gera daitezke eta. Ez da espazio edo dispositibo bat bakarrik; hau da, antolaketa modu bereziak behar ditu, eta hori erlazionaturik dago medikazioarekin eta zaintza jarraiarekin, gaixo kronikoak eta euren gatazkak bazterturik ez gelditzeko. Errehabilitazio eta integrazio prozesua aintzat izan behar da, eta gizarte eta osasun zerbitzuek eskuhartze terapeutikoen helburu nagusizat hartu beharko dute bergizarteratzea. Buruko arazo kroniko larriak dituzten gaixoei laguntza sozialak edo soziosanitarioak behar dituzte, ez bakarrik gainontzeko biztanleek ez bezalako beharrezan dituztelako, euren ezgaitasunak beharrezanok euren betetzen uzten ez dielako baizik. Bitarteko dispositiboak buruko osasun zentro komunitarioetako baliabide osagarriak dira, eta bertako taldeak lotura estua dauka; horiek emandako laguntza, berriz, eskuhartze deinstitutionalizatzaileak eusteko gaitasunean eta dinamizazioan nahiz loturan oinarritzen da.

Osasuneko profesionalak beharrezko tresnatzat hartzen dituzte bitarteko egiturak, bai ospitale psikiatrikoan dauden gaixoen desinstituzionalizazio prozesuak garatzeko, bai buruko osasuneko zentroetan eta egonaldi laburreko ospitalizazio unitateetan egindako eskuhartzeak osatzeko (Herriaren Defendatzailea, 1992). Bitarteko egitura hauek beharrezkotzat jotzen dira aho batez. Ahobatekotasun hori, ostera, ez da islatzen osasun baliabideen planifikazioan, nahiz eta horiek instituzio itxiak baino egokiagoak eta merkeagoak direla onartu, eta gizarte zerbitzuek edo boluntarioek nahiz gaixoen familiakoek lagunduriko elkarteek eta funtzioek bakarrik betetzen dituzte, neurri batean. Ospitaleek, eguneko zentroek, tailerrek, komunitate terapeutikoen, etxebizitza babestuek, lanbide zentroek, klubek, tailerrek eta abarrek aukera emango lukete instituzio itxietako zaintza gainditzeko (gaixo kroniko askok halako instituzioetan egon behar izaten du, nahitaez). Baina osasun eta gizarte zerbitzuen arteko disoziazioaren eraginez, halako baliabideak nekez eskaintzen zaizkie gaixo kronikoei (Martinez-Azumendi, 1995), eta horiek gizarte egiturak behar dituzte euren gabeziak gainditzeko (osasun zaintza jaso ondoren).

Honek, batzuetan, arazo ekonomikoak eta administratiboak sortzen ditu, eta horiek eragina dute halako baliabideen sorreran eta funtzionamenduan; bestalde, behar diren bitarteko egituren kopurua ezartzeko irizpideak ez datoz bat, nahiz eta autore batzuek 40-60 leku behar direla esan, zaintza luzerako 15 urtetik gorako 100.000 biztanle bakoitzeko (García, 1991), eta zifra horiek desinstituzionalizazio proiektu batzuetakoak baino txikiagoak dira.

Jakina da, hortaz, halako egituren hornidura ez da nahikoa eta, beraz, hori urrundu egiten dela Ministro Batzordeak Berrikuntza Psikiatrikorako emandako Txostenean (1987) adierazitako printzipioetatik eta gomendioetatik; hala ere, badago beste zailtasun bat ere: nahikotasun eza horren ezjakintasun kuantitatiboa eta kualitatiboa, beharrian horiek ez baitira aintzat hartzen baliabideen planifikazioan.

1.8. Errehabilitazioa

Errehabilitazio kontzeptua osasuneko beste eremu batzuetatik dator, batez ere traumatologiatik, eta, eremu horietan esaten denez, gaixotasun batzuk *ad integrum* osatzen dira

Errehabilitazio kontzeptua zabaltzen eta egituratzen joan da; apurka-apurka, galdu egin du psikiatrikoetan hasieran izan zuen esangura murriztailea, bertan hitz horren bidez barneratzearen alde hona (gaixoa zaintzea) adierazten baitzen (Sarraceno, 1995). Ospitale psikiatrikoak neurri batean gainditzea, ospitaleetan dauden biztanle kopuruaren murrizketa eta kanporaturikoen edo ospitalera inoiz joan ez direnen kopuruaren gorakada direla-eta, errehabilitazioa modu konplexuagoan ulertzen da.

Errehabilitazioaren definizioa hauxe izan daiteke: «*gaixotasunaren edo zentro instituzionaletan egotearen ondorioz galdutako gaitasunak eta ahalmenak (pertsona, gizarte edo harreman mailakoak) eskuratzea edo garatzea, bergzarateratzea eta horren mantentimendu normalizatua ahalbidetzeko, pertsona horren bizi kalitatea ahalik eta gehien errespetatuz*» (Sánchez, 1989). Horretarako, osasun jarduketak ez ezik, gizarte, hezkuntza eta ekonomi mailako eskumenak ere

behar dira, besteak beste. Halaber, beharrezkoa da osasun neurrien jarratasuna, gizarte nahiz famili euskarria, ostatuetara egokituriko baliabideak, lan edo lanbide jarduera, autolaguntza taldeak, gizarte euskarriko sarea eta abar edukitzea; hau da, komunitatean integraturik bizitzeko behar den guztia, baliabide bereziekin (osasun nahiz komunitate mailakoak), horiek elkarrekin koordinatuta. Eta hori ez da hain erraza. Rotelli-k dioenez (1995), biztanleentzat ezinbestekoak dira etxebizitza duinerako eta lana izateko eskubidea (bizi ahal izateko); izan ere, gaixoak birgaitu baino lehen, dispositiboak eta horietan erabilitako ideiak birgaitu behar dira.

1.9. Familiaren laguntza

Buruko osasuneko laguntza zerbitzuen transformazioarekin, arazo larrienen (besteak beste, psikosiak eta eskizofreniak) ohiko tratamendu instituzionala ospitaleetatik komunitatera lekualdatu da, eta horrela, familia zerbitzuak emateko iturri nagusi bihurtu da, eta etxea zaintza nahiz laguntza zentro nagusi (Fadden et al., 1987). Garapen ezegokiaren eraginez baliabide gutxi dagoenez, sarritan (gehienetan, batzuek diotenez) familiak berak zaindu behar izaten ditu buruko gaitza duten gaixoak. Gizartean aldaketak izan badira ere, eta familiaren ohiko egiturak izandako bilakaera ere aintzat hartuz, iraupen luzeko eskizofrenikoen %60 euren familiakoekin bizi dira (Wiedermann et al., 1994). Gaixotasun psikikoa duen familiakoren bat edukitzea ez du norberak aukeratzeko, bizi tokatzen den zerbait da; beraz, komenigarria izango litzateke familiak gaixoaren zaintzaren ardurak bere gain hartzea erabakitzen duenean ordaintzen duen kostua kontuan hartzea. Iraupen luzeko zaintzei buruzko politika gehienek diotenez, lortu beharreko helburua gaixoa etxean egotea da; baina, halaber, sarritan ez da horretarako moduko baldintzarik egoten. Gaixoa familian zaintzean, batzuetan, familiak berak zaintzen du gaixoa, gehienetan familiako emakumeren batek.

Ingalaterran kalkulaturikoaren arabera, familiaren ahalegin horren balio ekonomikoa 11.500 dolar/urte da; horietatik %30 kasu zuzenak dira eta %70 zeharkakoak (diru-sarrerak galtzea familiako ekonomian, zaintzei loturiko arazoaren eraginez) (Blasi, 1995).

EUFAMI, Buruko Gaitza dutenen Familiakoen Europako Elkarte, Bartzelonan 1995ean emandako Hitzaldian, buruko gaixoa zaintzea aukeratzeko edo ukatzeko eskubidea eskatzen zuten familien bozeramalea izan zen, eta berezko estatutua, laguntza emozionala eta finantzazko laguntza eskatu zuen. Jarrera hori ulertu egin behar da. Kasu gehiago egin behar zaie gaixoa etxean duten pertsonen laguntza beharrezari. Estatuak osasunerako eta laguntza medikorako eskubidea bermatzen badu, gaixoari etxean emandako zerbitzuen ondoriozko ahultze ekonomikoa eta soziologikoa konpentsatzeko ahalegina egin behar du. *Zama* hitza arazoak, zailtasunak eta gertaera kaltegarriak aipatzeko erabiltzen da, horiek eragina baitute gaixo psikiatrikoen familiakoen bizitzan, gaixo horien zaintzaren ardura euren gain hartzen dutenean (Otero, 1993).

Eta beste galdera bat: Zer gertatuko da familiakoak (gehienetan amak) falta direnean? Gaixo kroniko zahar asko (egokitze gaitasun urriagoa dute eta muga handiak dituzte) euren beharrezan beteta edukitzera ohituta daude, familiaren babesari esker. Familiaren jarduketara erantzun terapeutiko, errehabilitatzaile eta prebentibo egokia izan daiteke; gainera, sarritan eskuragarria eta egingarria izaten da. Beraz, familiaren eta familiako kideen laguntza baliabide nagusia da buruko osasuneko arazo larriak dituzten pertsona batzuentzat, eta gaixoaren autonomi gaitasunen garapenarekin batera bultzatu behar da.

1.10. Espazio soziosanitarioa

Zaintza soziosanitarioaren jatorria egitura anbigua da, ospitalearen eta osasun laguntzako oinarritzko mailaren artekoa; zaintza honetako ikuspegi kontzeptualak eta praktikoak bilakaera nabaria izan dute; izan ere, laguntza mailako alternatibak daude, baita kudeaketa tresnak ere, bizitzako egoera askotara aplikatzeko moduko tresnak; horien helburua ez da osatzea, zaintzea baino; horrenbestez, autonomia sustatu, narriadura aurreikusi eta menpekotasuna konpentsatzen da; menpekotasun hori laguntza behar izatea da, eguneroko bizitzako jarduerak egin ahal izateko (Europako Bartzordea, 1998).

Gizarte eta osasun laguntzak, gehienetan, distantzia handira daude bata bestetik, eta horrek zaildu egiten du beharizana duten pertsonen zaintza integrala, bai beharizanen gizarte ala osasun izaera garbia duten egoeretan, bai mugagabeko egoeretan (sistema bien arteko mugetan daude, eta bietan izan dezakete eragina). Gizarte eta osasun alderdiek egoera askotan bat egiten dute: espazio soziosanitaria da, beharizana guztiak zaintzeko espazioa, gaixoen arazoak konpontzeko behar den derrigorrezko elkargunea.

Gizarte zerbitzuek haxe bermatu behar dute: ostatua, elikadura, kultur nahiz lanbide gaitasuna eta gizarte integrazioa; osasun sistemek, berriz, beste haxe bermatuko dute: osasun eskubidea bermatzeko beharizanak, medikuntza eta erizaintza laguntza, tratamenduak eta errehabilitazioa, (ezgaitasuna eta osasunaren aldaketa dagoenean).

Hala ere, gaur egun ez dago errealitatera egokituriko daturik, buruko gaitz kronikoa duten biztanleei buruz; halaber, ez dago Euskal Autonomia Erkidegoan buruko gaixo kronikoek duten ezgaitasun mailari eta arazo psikosozialari buruzko ikerketarik; beraz, zaila da zenbatek behar duten gizarte laguntza zehaztea (autonomiako edo funtzionamendu psikosozialeko mugak, famili laguntzako arazoak, gizarte euskarria, ostatu beharizanak, etab.). Dena den, Europako herri nahiz eskualde garatuetan egindako lanetan oinarrituriko kalkuluak egin daitezke. Kontserbadoreak izanik, esan daiteke buruko gaixo kronikoetatik gutxienez %15ek (biztanleria osoaren %0,6 eta %0,9 bitartean) zerbitzu soziosanitarioen laguntza beharko dutela noizbait. Ikusi 1. taula.

1. taula. Buruko gaixo kroniko onuradunak

	Biztanleria guztira	Buruko gaixo kroniko kopuruaren kalkulua		Onuradunak izan daitezkeen buruko gaixo kronikoak (%15)
		%0,6	%0,9	
ARABA	340.000	2.040	3.060	306/459
GIPUZKOA	650.000	3.900	5.850	585/877
BIZKAIA	1.115.000	6.690	10.035	1.003/1.505
EAE	2.105.000	12.630	18.945	1.894/2.841

Datu hauek ez dute balio estatistikorik, baina baliabideak eta jarduketak planifikatu beharra justifikatzen duen taldera hurbiltzeko aukera ematen dute.

Nazioartean ez dago irizpide edo akordio finkorik leku kopuruari, errehabilitazio psikosozialeko baliabide komunitarioei eta euskarri komunitarioari buruz, baina argibide

batzuek ematen dituzten ikerketak daude. Adibidez, 1981ean argitaraturiko liburu zuria, Erresuma Batuko osasun eta gizarte agintariak egina ("Better Services for Mentally III"); bertan, 100.000 biztanlerako behar diren lekuen gida adierazten da, oinarritzko gizarte eta osasun zerbitzu batzuei dagokienez, horien zaintza egokirako. Ikusi 2. taula.

2. taula. Beharrezko baliabide soziosanitarioak. Erresuma Batua

BALIABIDEAK	LEKU KOP. 100.00 biztanleko
Eguneko zentroak	60 leku
24 orduko laguntza-langileak dituzten egoitzak (egoitza txikia)	30 leku
Eguneko langileak dituzten egoitzak	20 leku
Ikuskaturiko etxebizitzak	18 leku

Horien antzeko zifrak beste Autonomia Erkidego batzuetan planteatu dira, esate baterako, Katalunian (Osasun eta Gizarte Zerbitzu Saila, 1990), Andaluzia, Valentziako Erkidegoa edo Galizia. Azken kasu horretan, eguneko ospitaleen beharra adierazten da, eta 15-25 leku eta oinarritzko ekipoa: psikiatra 1, psikologo 1, terapeuta 1 eta erizaintzako 5 kide 20 leku bakoitzeko.

Madrilgo Erkidegoan, 1984tik hona, berrikuntza psikiatrikoko prozesu garrantzitsua burutzen ari dira, eta horrek aukera eman du buruko osasuneko zaintza komunitarioko sarea egituratzeko. Halaber, gizarte zerbitzuak apurka-apurka koordinatu egin dira, eta inplikatu egin dira halako gaixoen zaintzan eta integrazio komunitarioan, Osasun eta Gizarte Zerbitzuko Sailburuordetza gaur egun garatzen ari den programa batean oinarrituz (buruko gaitz kronikoa duten biztanleak zaintzeko programa). Instituzionalizazio Psikiatrikorako Gizarte Zerbitzu Alternatiboei buruzko Programa da. Oinarri horretatik abiatuz, eta aipaturiko estandarrak murriztuz, gutxieneko leku kopuruari buruzko gida eskaintzen dugu, gaixo psikiatriko kronikoak errehabilitatzeko baliabide batzuetan, Madrilgo Erkidegoko Osasun eta Gizarte Zerbitzuko Sailburuordetzak diseinaturikoa aplikatuz (Rodríguez, 1999). Ikusi 3. taula.

3. taula. EAEn behar diren errehabilitazio baliabideak

BALIABIDE MOTA	Lekuen ratioa 100.000 biztanleko		Gutx. gor.- beher. kop.: lekuak*	
	Gutxienekoa	Egokiena	Gutx.	Egok.
Errehabilitazio psikosozialeko zentroa (EPSZ)	15	30	315	630
Laneko errehabilitazioko zentroa (LEZ)	6	10	126	252
Egoitza txikia (ET)	6	10	126	252
Ikuskaturiko etxebizitza (IE)	6	10	126	252
Ikuskaturiko pentsio kontzertatuak	1	2	21	42

*EAEko 2.100.000 biztanleko zentsuaren arabera kalkulaturik, eta Madrilgo Erkidegoan aplikaturiko irizpideetan oinarrituz. Ratio hauek behin-behinekoak eta orientatzaileak dira, baina gida modura erabil daitezke, baliabideen programazioa eta gutxienez lortu beharreko lekuen estaldura ezartzeko.

1980tik hona, Euskal Autonomia Erkidegoan zerbitzu psikiatrikoak osasun sare publikoan integratzeko prozesua garatu da. Lurralde Historikoei buruzko Legearekin, 1986an, Aldundien menpeko zerbitzu psikiatrikoak Eusko Jaurlaritzara transferitu eta Osakidetzan integraturik gelditu ziren, baina gizarte zerbitzuekin ez zen gauza bera gertatu (Ozamiz, 1991).

EAEEn, osasun eta gizarte sistemen banaketa ez da irizpide tekniko-laguntzako araberakoa; ez dago koordinazio organo funtzional egonkorrik. Administrazio eta aurrekontu mailako interesen araberakoa da (Genua eta Arriala, 1994). Osasun laguntzari buruzko gauzak Eusko Jaurlaritzaren eskumenekoak dira, eta Osakidetza nahiz Osasun Sailaren bitartez kudeatzen ditu; gizarte laguntza, berriz, Lurralde eta Toki Administrazioaren eskumenekoa da (Aldundiak eta Udaletxeak, hurrenez hurren). Hala ere, osasunari buruzko legerian (Osasunari buruzko Lege Orokorra, Euskadiko Osasun Antolaketari buruzko Legea) eta gizarte legerian (Toki Araubideari buruzko Legea, Gizarte Zerbitzuei buruzko Legea) ez dira sistema biak koordinatzeko edo egituratzeko mekanismoak adierazten. Horren ondorioz, bereizketa eta, batzuetan, aurkakotasuna sortu da, sistema bakoitza bestaren aurrekontu-aurreztea dela pentsatuz. Koordinazio ezaren eta aurkakotasunaren eraginez, ondorio txarrak sortu dira: laguntza mailako gabeziak (hutsune eta guztikoak, inork ez baitu horren erantzukizuna bere gain hartu); zerbitzuak modu desorekatuan garatzeko arriskua; eta kalitatearen nahiz errendimenduaren hutsuneak (eurentzako modukoak ez diren baliabideak, funtzioak eta lanak eurenganatu behar izatearen eraginez).

Azken urteotan, sistema biak hurbiltzeko zubiak sortu dira, harreman ugari sortu da, teknikariek nahiz politikoei erantzukizun handiagoa dute eta gaixoei nahiz familiei ere euren eskariak egin dituzte. Horrela, Aldundiek akordioak egin dituzte Osakidetzaekin eta Osasun Sailarekin, adibidez, erakunde horiek espazio soziosanitarioan elkarrekin jarduteko lortu duten Akordio Markoa. Oraindik bide luzea dago egiteko, espazio soziosanitario integratua eta integrala sortzeko, orain arteko jarrera antagonikoen ordean osagarritasunari begira dauden jarrerak ezarriz.

1.11. Buruko gaitza duen gaixoarekiko jarrerak

Allport-ek dioenez, jarrerak hauexek dira: *«esperientziaren bidez eskuraturiko buruko egoerak; eragin zuzena edo dinamikoa dute gizabanakoak era guztietako gauzei eta egoerei ematen dizkien erantzunetan»*

Buruko osasuneko profesionalen jarrerak eta jokabideak ez ezik, biztanleek buruko gaitzari eta gaixoei dagokionez dituzten jarrerak ere ezagutu behar dira; horrela, komunitatearen beharrezan buruzko orientazioa izango dugu, baita prebentzio programei eta bergizartratze prozesuei buruzko orientazioa ere. Biztanleriak jokabide batzuk edo besteak izateko duen joera aurreikusi egin daiteke; beraz, gaixo psikiatriko kronikoa onartzeko edo ez onartzeko aukerak ere jakin daitezke, baita edozein ekimen, programa edo erakundetatik sustaturiko aldaketen aukera guztiak ere. Biztanleek gaixoari eta buruko gaitzari dagokionez duten jarrera erabakigarria da eskuhartzeko programa guztien arrakastarako (gaixoaren eguneroko inguruan garatu nahi diren programa guztien arrakastarako).

Buruko gaixotasunari eta gaixoari dagokionez gizarteak dituen jarrerak, bestalde, tolerantziaren eta gaitzespenaren artean mugitzen dira (Seva, 1987), eta mutur bi horien bitarteko sentimenduak nagusitzen dira. Horiek kontuan hartu beharko dira, batez ere komunitatean aldaketa-esperientziak burutzen direnean, eta eskuhartzeko terapeutikoaren tekniketari. Ez da ahaztu behar ukatze, baztertze, arriskugarritasun edota horien antzeko jarrerak ere hortxe daudela, eta oztopo handiak izan daitezkeela, bergizarteratze komunitarioa lortzeko eta gaixoen hiritartasun eskubideak onartzeko. Buruko gaitza duen pertsonarekiko estereotipoak ere oso agerikoak dira; izan ere, biztanleriaren eta laguntzako langileen iritzi gaixoak barruan sartzea eta isolatzea ez da komenigarria, eta hobari ugari ikusten zaizkio zaintza komunitarioari; dena den, profesionalen laguntza ezinbestekoa da, eta ahalegina egin behar da buruko osasun eragin handia edukitzeko hezkuntzan. Horrenbestez, garrantzitsua da lan egitea aldaketa positiboak eragiteko osasun zerbitzuko langileengan, buruko osasuna suspertzen edo mantentzen diharduten langileengan alegia, horien jarduketak eraginkorrak izan daitezkeen, bai osasunaren sustapenean eta bai buruko arazoaren prebentzioan.

Bizkaian egindako ikerketa batean esaten zenez (Ylla, 1980), gazteek buruko gaitzarekiko jarrera hobekak dituzte, 40 urtetik gorakoek baino. Anbibalentzia dago eta alderdi murriztaileak ezkutatu egiten dira babes onberari loturiko alderdiekin (batzuetan gaixoarekin beraren babesa eta beste zenbaitetan horren gizarte inguruaren babesa).

Izan ere, medikuek ez dute baztertzen gaixo psikikoaren tratamendua, eta laguntza espezializatua eskatzen dute (Markez, 1994), buruko gaixoarekin eta gaixotasunaren aldeko jarrera orokorrak garatuz. Egin-eginean ere, gaixoa hobeto ulertzeak (gaitzespen gutxiagorekin) gaitasun eta eraginkortasun terapeutiko handiagoa ekarriko du.

1.12. Ebaluazioa eta adierazleak

Seva-k dioenez (1993), buruko osasuneko ebaluazioa bereiztu egin behar da osasuneko adierazleen definizio hutsetik, horiek programei eta zerbitzuei buruzko orientazioa baino ez baitute ematen. Osasuneko ikerketak eta ebaluazioak eraginkortasuna neurtzeko ahalegina egin behar dute, helburuak lortzen dituzten neurrian. Hala ere, buruko osasunaren kasuan, arazo nagusiak daude; horietariko bat, berriz, ebaluazioa edozein zerbitzutan beharrezkotzat jotzeko dagoen sentikortasun urria da.

Gogo gutxi dago laguntzako datuak eta jokabideak modu egokian erregistratzeko. Hala eta guztiz ere, autore askok ebaluazio prozesuetarako behar diren baldintzak adierazi dituzte, buruko osasun zerbitzuei dagokienez. Antolaketa mailako parametro batzuk aipatzen dira: ikerketa gaitasuna, administrazio euskarria, antolaketa mailako egitura, ingurugiro testuingurua eta berrikuntzaren aldeko jarrera (Majchrzak, 1982). Baina, lehenengo eta behin, erregistro sistema egokia behar da biztanleriaren profil soziodemografikoari, zerbitzuen funtzionamenduari eta zaintza dispositiboaren finantziarioari nahiz jarduerari buruzko informazioa eduki ahal izateko.

Buruko Osasunaren Kalitate Integralari buruzko Planerako Lan Agirietako orientazioak eta buruko osasuneko erabateko kalitateari buruzko gogoetak kontuan hartuz (Osakidetza, 1994), ospitaletik kanpoko sarerako baliabide mailaren adierazleak ondokoak dira:

- Eguneko unitateen leku kopurua.
- Egoitzazko egitura komunitarioetako leku kopurua.
- Giza baliabideak.
- Laguntzari, estaldurari, profesionalei eta abarri buruzko tasak.

1.13. Bizi kalitatea: bizi baldintzak eta biziarekiko poza

Bizi kalitatearen kontzeptuak eduki positiboak eskaintzen ditu: batez ere pertsonen eta taldeen ongizateaz arduratzen da, gaizkizateaz baino gehiago. Kontzeptu hori gizarte kontzientziazio prozesu baten ondorioz sortu zen, hau da, gizartearen garapen ekonomikoaren lehenengo etapen akats larriez jabetzearen ondorioz (Setien, 1993). Bizi kalitatearen kontzeptua era askotako pertsona eta elkartetatik sortu zen, eta komunikabideetan eta Espainiar Hizkuntzaren Errege Akademiaren jasota dago. Politika eta ikerketa, bestalde, kontzeptu horren atzetik hasi dira, berorren benetako edukiak jakin gurarik.

Gaur egun, bizi kalitatea esaten denean, biziaren barruko egoeraren hautemate pertsonala adierazi nahi da, kulturaren eta baloreen testuinguruaren barruan. Dimentsio anitzeko kontzeptua da eta arreta berezia jartzen zaio balorazio subjektiboari; gainera, oraingo egoera jakinen bati ez ezik, baloreei, itxaropenei, interesei eta ahalmenei ere erreparatzen zaie, baita horien betetze mailari ere (Bobes, 1995). Baina beti ez da horrela izan. Hiru aldi historiko bereiz daitezke, bizi kalitateari buruzko kontzeptuen bilakaerari dagokionez.

Lehenengo aldiak, hirurogeiko hamarkadan, Nazio Batuek taldeen benetako garapenari buruzko kezka azaldu zuten; orduan, bizi maileri eta estandarrei, horien zehazpenari eta halakoak neurtzeko erari buruz hitz egiten eta idazten hasi ziren. Bizi maila zenbait osagaitan banatzen da: osasuna, hezkuntza, norberaren errenta, etab. Osagai horiek gizarte adierazleak edo bizi kalitatearen adierazleak dira; gaur egungo hitzak erabiliz, bizi baldintzen adierazleak dira.

Hurrengo urteetan, Europako herrietan estatistika sistema nazionalak garatu ziren, biztanleriaren bizi maila ebaluatzeko. Aukeraturiko gizarte adierazleak oso antzekoak dira sistema guztietan, eta ondoko alderdiak jasotzen dituzte: osasuna, heziketa nahiz lana, errenta zein etxebizitza, familia, gizarte harremanak nahiz ingurua, taldeko bizitzako partehartzea, aisialdia, inguru fisikoa eta segurtasuna.

1975ean, Espainiako Estatistika Institutu Nazionalak argitaratu egin zuen administrazioaren lehenengo ahalegina gizarte txosten nazionala egiteko. Txosten horren aurretik ekimen pribatu batzuk baino ez ziren egon (Foessa Fundazioa eta Cáritas, batik bat).

Gero (1975-1985), autore eta ikerketa batzuek desadostasun nabarmenak adierazi zituzten gizarte adierazle “objektiboak” eta pertsonen euren biziarekiko zuten pozaren artean. Horrenbestez, eredu teorikoan subjektibotasuna sartu zen, eta norberaren bizi baldintzekiko poza lehenengo mailako faktore bihurtu zen. Horrela, bizi kalitatea gizabanakoak bere bizitzako arlo garrantzitsu guztiei buruz egiten dituen ebaluazioen

multzoa da. «*Garapenaren oinarria gizakia eta horren beharrianak betetzea bada, horien betetze mailari buruzko hautemate subjektiboa elementu garrantzitsua izango da ...*» (Setien, 1993).

Bizi kalitatearen kontzeptuaren barruan alderdi batzuei buruzko zenbait baldintza sartzen dira, baita pertsonen baldintza horiekiko duten poztasun maila ere (Veenhoven, 1994).

Mugimendu honetako eredu teoriko esplizituena Lehman-ek ezarritakoa da; horren iritzi, bizi kalitatea hiru aldagaien ondoriozko ongizate subjektiboa da: pertsonaren ezaugarriak (adina, sexua, kultura, etab.), eremu desberdinetako bizi kalitatearen adierazleak (etxebizitza, diru-sarrerak, etab.) eta eremu horiekiko poztasunaren adierazle subjektiboak (etxebizitzarekiko nahiz diru-sarrerekiko poza, etab.).

UNESCOk, azken urteotan, ahalegin handia egin du bizi kalitatearen adierazleak ikertzeko. Beraren lanen ondorioetan ezartzen denez, bizi kalitatearen ebaluazioan oinarritzko bi kontzeptu daude: gizarte adierazleen sistema (objektiboak) eta poztasun adierazleen sistema (subjektiboak). Unescok adierazle mota bien arteko elkarreraginari ematen dio garrantzia. «*Bizi kalitatea kontzeptu inklusiboa da, eta biziaren alderdi guztiak hartzen ditu barruan, gizabanakoek alderdiok nola esperimendatzen dituzten kontuan hartuz. Beharrianak betetze materiala eta pertsonaren garapenari, autoerrealizazioari nahiz ekosistema orekatua izateari loturiko alderdiak sartzen dira barruan*» (Solomon eta beste batzuk, 1980).

Azken urteotan (1985-1995) eredu honetan kontzeptu berriak sartu dira. Horiek batez ere pertsonen kultura zibikoari eta politikari buruzkoak dira. Askatasun beharrianak (askatasun politikoa, juridikoa, mugimendu askatasuna, lan askatasuna, aukeratzeko askatasuna, azken batean) ereduaren barruan sartu dira. Halaber, pertsonen autoerrealizazio beharrianak, onartuak izateko beharrianak eta gizartearen gogokoak izateko beharrianak, ospea, nortasun komunitarioa, partaidetza eta abar ere ereduaren barruan sartu dira. (Hernández, 1999; Gaminde, 1998).

1.13.1. Osasunari loturiko bizi kalitatea

Bizi kalitatearen kontzeptua osasunaren eta gaixotasunaren eremura aplikatzeak hobari batzuk dakartza: eduki positiboak sortzen ditu, eta osasunari garrantzi handiagoa ematen dio gaixotasunari baino. Era berean, osasun arazoak eta horien ondorioak dimentsio desberdinetan parekatzen ditu: pertsonen bizi kalitatean duten eragina (horrela, adibidez, minbiziak osasun fisikoan ez ezik osasun emozionalean, harremanetan eta abarrean ere eragina dauka, eta herren egoteak ere eragina dauka pertsona baten bizi baldintzetan, herrentasun horren kausa edozein izanda ere). Horrela, arazo desberdinen arteko konparazioak ahalbidetzen dira, baita horiek pertsonengan eta komunitatean duten eragina ere. Halaber, arazo batzuk dituzten eta ez dituzten pertsonen arteko konparazioak ere ahalbidetzen dira.

Bizi baldintzen eta horiekiko poztasunaren kalkuluak aukera ematen du talde jakin baterako politikak eta programak garatzeko, baita horiek ebaluatzeko ere.

Baina bizi kalitatea, osasunari dagokionez, norabide biko kontzeptua da: batetik, osasun arazo batek ezgaitasun edota minusbalio batzuk eragin ditzake, eta horiek eragina izan dezakete bizi baldintzetan edota horiekiko poztasun mailan; bestetik, bizi baldintza batzuek eta horiekiko poztasun mailak eragin ona edo txarra izan dezakete osasun arazoetan eta horien iraupenean. Gosea eta hotza izateak itzalak jartzen ditu pronostikoan. Gaur egun gauza jakina da autoestimua, aldartea eta laguntza emozionala lagungarriak direla osasun arazorik gehienak azkarrago eta hobeto osatzeko.

Bizi kalitatearen kontzeptuak jaso eta zabaldu egiten du biopsikosozial kontzeptua. Medikuntzaren betiko helburuen eremua zabaltzen du, eta horren barruan, prebentzioari loturiko alderdi guztiak sartzen ditu (lehenengo, bigarren eta hirugarren mailako prebentzioa). Beste modu batera esateko, prebentzioaren, osatzearen eta errehabilitatzearen kontzeptuak hartzen ditu.

1.13.2. Bizi kalitateko ikerketak buruko gaitz kronikoa duten pertsonengan

Gaztelaniaz berrikuspen ona dago, buruko gaitz kronikoa duten pertsonen bizi kalitatearen ikerketa nagusiei buruz (Bobes, 1995). Horien guztien emaitzetan adostasun nahiko handia dago. Hona hemen bertatik ateratako ondorio batzuk:

- Buruko gaitz kronikoa duten pertsonen informazio nahiko fidagarria ematen dute euren bizi baldintzei eta horiekiko poztasunari buruz.
- Buruko gaitz kronikoa, sarritan, bizi baldintza txarrei eta bizi baldintzekiko poztasunik ez duten pertsonen lotuta dago.
- Bizi baldintza txarrenak independentziari, ekonomiari, lanari, hezkuntzari nahiz heziketari eta gizarte harremanei zein partehartzeari buruzkoak dira.
- Buruko gaitz kronikoa duten pertsonak, komunitatean, familietan edo bitarteko egituretan bizi direnak, bizi baldintza hobeak dituzte eta gehienetan poztasun daude ospitaleetan bizi direnak baino. Ospitaleetan luzaro bizi izan diren eta orain komunitatean bizi diren pertsonak ere poztasun daude orain, eta euren bizi baldintzak lehengoak baino hobeak direla esaten dute.
- Batez ere askatasun handiagoa atsegin dute, inguruarekiko harremana, lana (lana dutenean), zerbitzu publikoak nahiz laguntza zerbitzuak erabili ahal izatea eta ostatuko nahiz etxebizitzako baldintzak. Laburtuz, esan daiteke euren egoera erosoagoa eta kohesiboagoa nahiz partehartzaileagoa dela.
- Psikosia duten pertsonen gehienetan bizi baldintza txarragoak izaten dituzte, neurosia dutenek baino; dena den, sarritan baldintza horiekiko poztasun handiagoa adierazten dute.
- Emakumeek poztasun maila eta bizi kalitate handiagoa dute gizonek baino, gizarte harremanei eta gizarte konpromisoari loturiko alderdietan.

1.14. Biztanleen buruko gaitza zaintzeko langileen beharrezana

Badirudi ez dagoela datu objektiborik laguntza psikiatrikoaren beharrezanari edo lurraldeen arteko desberdintasunari buruz. Aldi berean, argi dago gai horri buruzko argitalpen gutxi dagoela.

Beharrianak erlatiboak eta oso subjektiboak izan daitezke, eta horietan era askotako eraginak hartzen dira kontuan, esate baterako, politikoak, gizarte eskarikoak edo buruko osasuneko sektore profesionalen iritzari loturikoak (Romero eta beste batzuk, 1996); hala ere, horiek ez diete beti biztanleriaren benetako beharrianei erantzuten, osasunaren zaintzari dagozkion gaitetan.

Gizarteko eskariak gorakada handia izan du azken urteotan, neurri batean buruko gaitzak orain arte izandako konnotazio txarraren eraginez, baita erabiltzaileen laguntza erraztearen ondorioz ere. Horren eraginez, osasun arloko langileen, zentroen eta laguntza programen eskari handia dago.

Erreferentziatzat Osasunaren Mundu Erakundearen lanak hartzen dira (OMS), edo Amerikako Psikiatri Elkartearen lanak (APA). OMSak bereiztu egiten ditu bere txosten teknikoak, maila soziosanitario txikiko edo handiko herriei buruzkoak izatearen arabera. Herri garatuetarako planteatzen dituen gomendioek biztanleriaren beharriaren arabera bilakaera izan dute.

1950ean, OMSeko buruko osasuneko adituen batzordeak gutxienez psikiatra 1 gomendatu zuen 20.000 biztanleko (Freeman et al, 1982). 1972an Europako batez bestekoa 5,6koa zen 100.000 biztanleko, eta 1982an 6,6koa. OMSek psikiatra gehiago jartzeko dio eta gomendatzen den gutxieneko kopurua psikiatra 1ekoa da 10.000 biztanleko (Burwill, 1992); hori, berriz, bat dator APAk gomendaturikoarekin, horrek 1976an psikiatra 1 ezarri baitzuen 8.437 biztanleko. Kanadan eta Australian, bestalde, psikiatra 1 gomendatzen da 6.500-9.000 biztanleko.

Gure inguruan, 1973ko uztailaren 10eko Ministro Aginduak aditu 1 ezarri zuen 22.000 biztanleko (Balas Sáenz, 1986); berrikuntza psikiatrikoari buruzko proiektu batzuetan (Andaluziakoa, adibidez) egindako aurreikuspenetan ondoko gomendioak egin ziren psikiatra kopuruari dagokionez: 50.000 biztanleko psikiatra 1; ospitaleetan, 4 psikiatra 25-30 oheko; umeen psikiatriako unitateetan, 50.000 biztanleko psikiatra 1; errehabilitazio unitateetan, psikiatra bat 200-250.000 biztanleko hiri eremu bakoitzeko (IASAM, 1991). Baina aurreikuspen horiek ez dira bete, eta errealitatea oso bestelakoa da.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Saitetik ere, 1990ean, irizpide batzuk hartu ziren langileen estandarrak egiteko buruko osasuneko azpisisteman; kontuan hartu zituzten osasun eskualde desberdinen arteko ekitatea eta programak, baita baliabideak biztanleriaren beharriaz egokitzeko aukera ere. 10 urteko epean, gaur egun alegia, profesionalak dagokienez ondoko tasak proposatu ziren 100.000 biztanleko: 5 psikiatra, 4,2 psikologo, 5 erizain diplomatu eta 3,3 gizarte langile (Zuazo eta beste batzuk, 1990), baita monitoreak, terapeutak eta psikiatriako laguntzaileak dispositibo egokietarako; hori guztia, berriz, zaintzako taldeen disziplina aniztasunaren eta sektorizazioaren ulerkeraren barruan.

Egon ere, desoreka nabaria dago laguntza eskaintzaren eta eskariaren artean, eta horrek eragina dauka laguntza sareko arazo batzuetan: eskari handia ikusita profesionalak adonez barik daude, laguntzaren kalitateak txarrera egin du, biologizismoaren eta ospitalera itzultzeko joera dago, berrikuntza prozesuen kritikak egiten dira, etab.

2. Metodologia

Ikerketaren helburuak, xedea eta edukiak

Ikerketa eremuaren mugaketa

Diseinu orokorra

Bibliografiaren berrikuspena

Buruko gaitz kronikoa duten pertsoneri egindako elkarrizketak

Zaintzailei egindako elkarrizketak

Zuzendariari eta kudeatzailei egindako elkarrizketak

Zaintzaile profesionali egindako elkarrizketak

Informazioaren azterketa

2.1. Ikerketaren helburuak, xedea eta edukiak

Ikerketa honen helburua oraingo egoeraren, komunitatean bizi diren buruko gaitz kronikoa duten pertsonen nahiz horien familiakoen beharrezko balorazio orokorra egitea da, baita erakundeek zein gizarteak emandako erantzuna baloratzeko ere, Euskal Autonomia Erkidegoaren eremuan, eta pertsonen eskubideen nahiz askatasunen ikuspegitik, ondoko galderei erantzuteko ahalegina eginez:

- Zein da Euskal Autonomia Erkidegoan bizi eta buruko gaitza duten pertsonen egoera euren bizi baldintzei dagokienez? Nolako poztasun maila dute bizi baldintza horiekiko? Zeintzuk dira bete barik dituzten beharrezkoak?
- Zein da euren berezko laguntza sarea? Zeintzuk dira laguntza sare horrek bere eginkizunak betetzen jarraitu ahal izateko dituen beharrezkoak?
- Pertsona horien artean, bizi baldintza txarragoa, beharrezko handiagoa edo poztasun maila handiagoa duen talderik badago?
- Zein da erakunde publikoek eta pribatuek pertsona horiei ematen dieten erantzuna? Erantzun horrekin bete egiten dira taldearen beharrezkoak? Badago plan estrategikorik edo txostenik eta jarraibiderik horri buruz? Zein neurritan betetzen dira? Administrazioen arteko eskumenak mugatzean arazoak daude? Zer eskaintza berri egin behar da edota orain arteko eskaintzan zer aldaketa egin behar dira bete gabeko beharrezkoak hobeto betetzeko?
- Buruko gaitz kronikoa dutenen artean, badira erantzun hori lortu ezin duten edo lortzeko arazoak dituzten pertsonak edo pertsona taldeak? Zeintzuk? Zergatik?
- Zein da pertsona horiei eragiten dien arautegi juridikoa? Ezgaitasunak mesede egiten die euren eskubideak betetzeari eta zaintzeari? Babeseko fundazioak soluzio egokiak dira?

Helburu eta galdera horiei erantzuteko, ikerketako subjektuak mugatu eta kasu bakoitzean ikertu beharreko ondoko edukioi emango diegu lehentasuna:

1.– EAEn bizi eta buruko gaitz kronikoa duten pertsonak: euren bizi baldintzak eta autonomia. Hiritar modura dituzten eskubideen ezagutza eta erabilera. Zaintza komunitarioko baliabideekin eskubideok ezagutzeko, erabiltzeko, hautemateko eta betetzeko aukera.

2.– Komunitatean egoteko laguntza ematen dieten pertsonak, gehienetan eurak zaintzen dituzten famili kideak, batez ere emakumeak, “zaintzaileak” dira: euren zamak, ezagupenak, baliabide erabilgarrien erabilera, horiekiko poztasuna eta abar bezalako elementuei lehentasuna ematen diegu.

3.– Pertsona horientzako zaintza komunitarioa sustatzen, finantzatzen edota garatzen duten erakundeak, elkarteak eta organizazioak: euren helburuak, politikak, programak eta baliabideak edo euren funtzionamendua.

4.– Gizarte edo osasun laguntzaren eskaintza, ospitaletik kanpoko (buruko osasuneko zentroak, oinarritzko gizarte zerbitzuak, eguneko zentroak, lanbide zentroak, heziketa zein lanerako zentroak, aisialdiko klubak, babesturiko etxebizitzak, etab.), pertsona horiek ezagutu eta erabiltzen dutena.

5– Eurengan eragina duen legeria: oinarritzko eskubideak eta askatasunak, jurisprudentzia nahiz zuzenbide positiboa, prestazioak izateko eskubidea, eskumenak.

2.2. Ikerketa eremuaren mugaketa

Ikerketa honetan adin nagusikoen kasua aztertzen da batik bat (18 urtekoak eta hortik gorakoak), buruko edozein gaitz dutela ere, toxikomanoak izan ezik (legez kanpoko drogekiko menpekotasunaren ondoriozko gaitza da); hain zuzen ere, azken urtean zaintza soziosanitarioko baliabide komunitarioak erabiltzen edo erabili dituzten adin nagusikoak aztertzen dira.

Adin txikikoak ez ziren elkarrizketatu, ondoko arrazoen eraginez: umeen nahiz gazteen beharrianak baloratzeko metodoak eta elkarrizketak desberdinak dira euren artean, baita adin nagusikoetarako metodoei eta elkarrizketei dagokionez ere; gauza bera esan daiteke umeei eta gazteei familietatik eta komunitatetik jaso behar duten erantzunari dagokionez. Umeen eta gazteen buruko osasunaren beharriari buruzko ikerketa hori oraindik egiteko dago, eta lehentasuna izan beharko luke datozen hilabeteotan. Horretarako, eta sustagarria izango delakoan, kapitulu bat aztertuko dugu, labur-labur baino ez bada ere, gai horri buruz. Hori egiteko, umeen eta gazteen iritziak ez baditugu ere, behintzat horien zaintzan diharduten familien eta profesionalen elkartearen iritziak jaso ditugu.

Legez kanpoko drogekiko menpekotasuna duten pertsonak ere ikerketa honetatik kanpo gelditu dira, baina beste arrazoi batzuen ondorioz. Umeen eta gazteen egoerari buruzko ikerketak oso urriak badira ere, ikerketa asko dago toxikomanoen taldean dauden zaintza baliabideen ezaugarriari, beharriari eta eskaintzari buruz. Horri dagokionez, umeen eta gazteen zaintzak behar dituen baliabideen eskaintza oso urria bada ere, toxikomanoen zaintzarako eskaintzaren baliabideak sarritan desberdinak dira, eta buruko osasuneko zaintzak dituen baliabideen eskaintzarekiko paraleloak. Biztanleriaren sektore honen zaintzarako iritziak, beharrianak, erantzun komunitarioa eta baliabideak nahasgarriak izan daitezke ikerketaren ikuspegi orokorrerako.

Osasun eskaintza pribatua ikerketa honetatik kanpo utzi dugu, zaintza publikoa eta doakoa eskaintzen denean izan ezik, esate baterako, Aita-Menni ospitalearen menpeko zerbitzuak eta modulu psikosozialak.

Azkenik, eta zerbitzu publikoak erabiltzen dituzten pertsonei lehentasuna ematearen eta lagina pertsona horien artean aukeratzearen ondorioz, badakigu talde batzuk ikerketatik kanpo gelditu direla: espetxeetan daudenak, etxerik ez dutenak eta bertan bizitzeko baimenik ez duten inmigranteak. Horiek guztiak, ustez buruko gaitz ugari dituzten arren, nekez etortzen dira buruko osasuna zaintzeko zentro komunitarioetara.

Horrela, buruko gaitz kronikoa duten pertsonen lagin garrantzitsua eta nahiko adierazgarria mugatu nahi izan dugu (gaur egun buruko osasuneko eta gizarte laguntzako sare eta dispositiboetan laguntza jasotzen ari diren pertsonak), legez kanpoko drogen menpekotasunari loturiko arazoak eta umeak nahiz gazteak laginetik kanpora utzita.

2.3. Diseinu orokorra

EAEEn buruko gaixo kronikoez gaur egun dituzten bizi baldintzei eta gaixoez jasotzen duten laguntzari buruzko ikerketa egin da. Horretarako, gaiari buruzko bibliografiaren berrikuspena egin eta landa-lana diseinatu eta burutu da, zenbait eragile elkarriketatuz: buruko gaitz kronikoa duten pertsonak, horien zaintzaileak, horiek zaintzen dituzten profesionalak eta zuzendaritza nahiz kudeaketa postuetan lan egiten duten pertsonak (erakundeetan, elkarteetan eta organizazioetan).

2.4. Bibliografiaren berrikuspena

Ikertu beharreko gaiari buruzko bibliografiaren berrikuspen orokorra egin da, zenbait alderdi argitu eta mugatu ahal izateko: buruko gaitza, kronikotasuna, bizi kalitatea, zaintza komunitarioa, errehabilitazioa, etab. Halaber, beste herri batzuetako praktikak eta esperientziak ere aztertu nahi izan dira, eta ahalezko estandarrak bilatu nahi izan dira zaintzari, praktika egokiei, baliabideen nahikotasunari eta zentro bakoitzeko leku kopuruari buruz.

Orain dauden baliabideen gidak ere ikuskatu dira, baita buruko gaitza duten pertsonen zaintzan diharduten elkarteetako memoriak ere, euren politikak nahiz programak eta onuradun kopurua jakin ahal izateko.

Azkenik, osasunari eta buruko gaitzari buruzko lege eremua zehatz eta mehatz aztertu da.

2.5. Buruko gaitz kronikoa duten pertsonei egindako elkarrizketak

Erkidegoan bizi eta buruko gaitz kronikoa duten 405 pertsona elkarrizketatu dira. Horretarako, ondoko pausoak eman dira.

2.5.1. Aurreikusitako lagina: laginaren neurriaren eta ezaugarrien kalkulua

EAEEn bizi eta buruko gaitz kronikoa duten pertsona kopurua 20.000 eta 100.000 pertsona bitartekoa izan daiteke. Kalkulu hori egiteko, bibliografiako informazioa erabili dugu, eta

buruko gaitz kronikoak biztanlerian duen eragina %1 eta %5 bitartekoa izan daiteke (Santiago, 1998; Retolaza, 1998; Burke, 1996). Halaber, gaur egun zaintza publikoaren sarea erabiltzen duten buruko gaixo kronikoak 65.000 inguru dira; kalkulu hori egiteko, berriz, erakundeetako memorietan jasotako informazioa erabili dugu. Halako biztanle kopuru baterako, egokitzat jo dugu 380 pertsonako lagina erabiltzea (Calvo, 1985).

20.000 pertsonako biztanleria baterako, %95eko konfiantza maila baterako, $p=$ %50 baterako eta %5eko akatserako, 377 pertsonako lagina behar da; beraz, 100.000 pertsonako biztanleria baterako, 382 pertsonako lagina beharko da (ikusi 4. taula).

4. taula. Ikerketako biztanleriak. 1998ko datuen arabera

	Biztanleria orokorra Biztanle kop.	Buruko osasun- nean laguntza jaso duen perts. kop.	B.g.k. duen pertsonek gutxi gora-beh. (%1-5 p.g.)	Aurreik. lagina Pertsona kop.	Ikerturiko lagina Pertsona kop.
ARABA	340.000	10.386	3.400-17.000	60	64
GIPUZKOA	650.000	15.207	6.500-32.500	100	88
BIZKAIA	1.115.000	38.930	11.150-55.750	220	253
EAE	2.105.000	64.523	21.000-105.250	380	405

Buruko gaitz kronikoak biztanlerian banaketa homogenea duela pentsatuta, lagina sexuaren, adinaren eta udalerraren arabera estratifikatu zen, EAeko biztanle guztiak kontuan hartuz (Rodríguez Osuna, 1991; Eustat, 1993).

Ikerketaren interesetan oinarrituz, elkarrizketatu beharreko pertsona kopurua *a priori* zehaztu zen; horiek era askotako buruko gaitzak zituzten: psikosia nahiz nortasun arazoak %55, alkoholismoa %15 eta neurosia %30.

Modu operatiboan, psikosi diagnostikoaren barruan, ondoko psikosi motak dituzten pertsonak sartu dira: psikosi organikoak, eskizofrenikoak, afektiboak eta beste psikosi batzuk, baita nortasunaren arazoak dituzten pertsonak ere. Neurosiaren barruan, berriz, honako hauek sartu dira: antsietate handiko neurosia, neurosi fobikoa, neurosi depresiboa eta psikotikoak ez diren arazo afektiboak nahiz elikadura arazoak dituzten pertsonak (Pichot, 1995; OMS, 1993).

Gaitz mota desberdinak laginean banatu ziren, adinaren eta sexuaren arabera, Osakidetza buruko osasuneko zerbitzuek 1998an zaindutako biztanleria kontuan hartuz (Osakidetza, Buruko Osasuneko Memoriak).

Horrela, EAeko eskualdeetan elkarrizketatu beharreko pertsonen ezaugarriak lortu ziren (sexua, adina, diagnostikoa eta udalerrria). Halaber, aurreikusitako ezaugarriak zituzten pertsonak aurkitzeko ahalegina egin zen, ondoren deskribatzen dugunez.

2.5.2. Ikerturiko lagina: pertsonak aukeratzea eta aurkitzea

Eskaturiko ezaugarriak (adina, sexua, udalerrria eta gaitz mota) zituzten gaixo kronikoak identifikatzeko, horiek erabiltzen dituzten baliabideetara jo genuen, batez ere buruko

Osasun Zentroetara (anbulatorioak), baina baita erabiltzaileen nahiz familiakoen elkartetara eta Erkidegoko beste erakunde batzuetara ere.

Lehenengo eta behin, elkarrizketatu beharreko pertsonak aukeratu ziren, eskaturiko baldintzak betetzen zituztenen artean, Kasu Psikiatrikoko Erregistroen bidez (Arabako, Bizkaiko eta Gipuzkoako ospitaletik kanpoko buruko osasuneko helbideak). Erregistro horietan, modu erabat anonimoan, Osakidetzako buruko osasun zentroetan eta errehabilitazioko beste zentro batzuetan lagundutako pertsona guztien adinari, sexuari, egoitzari eta diagnostikoari buruzko datuak lor daitezke. Erregistro horietan, pertsonak euren zentroko zenbakiarekin eta histori zenbakiarekin “identifikaturik” daude.

Aukeraturiko histori zenbakiak jakin ondoren, buruko osasun zentro bakoitzak gutun bat bidaltzen zion Arartekoari, aukeraturiko pertsonari eta lanaren helburuei buruz; halaber, Lurralde Historiko bakoitzeko buruko osasuneko zentroetatik ere gutun bat bidaltzen zen, eta bertan, elkarrizketak egiteko lekua, harremanetan jartzeko modua eta kasuan kasuko gaixoa aukeratu izanaren kausa adierazten ziren. Gero, zentro horretatik deiak egiten ziren, elkarrizketaren unea eta eguna jakiteko.

Aldi berean, eta aurreko prozesuan arazoak sortu ahala (profesional eta erabiltzaile batzuek ez zuten parte hartu nahi eta ez ziren hitzorduetara joaten), lagina beharrezko ezaugarriak zituzten pertsonekin betetzen joan zen; pertsona horiekin harremanetan jartzeko, zaintza komunitarioko baliabideak, famili elkarteak, irabazi asmorik gabeko erakundeak eta abar erabili ziren.

Ikerketaren helburuak jakinarazi ondoren (anonimatoan geldituko zirela segurtatu zitzaizen), eta euren ahozko baimena lortutakoan, pertsona horiek guztiek egituraturiko elkarrizketa egin zuten.

Elkarrizketa laurehun eta hamar pertsonak egin zuten. Bost pertsonak (%1,2) ezin izan zuten gutxienezko bete eta elkarrizketatik kanpo gelditu ziren. Azkenean, laurehun eta bost pertsona elkarrizketatu ziren, 5. taulan adierazitako baliabideetan.

5. taula. Laginaren aukeraketa, osasun baliabidearen arabera

BALIABIDEA	MAIZTASUNA	PORTZENTAIA
Buruko osasuneko zentroak	214	52.8
Osakidetzako errehabilitazio zerbitzuak	37	9.1
Familiakoen eta gaixoen elkarteak (Asafes, Asasam, Aguifes, Avifes, Apnabi)	69	17.0
Eragintza	33	8.2
Modulu psikosozialak	17	4.2
Aita-Menni errehabilitazio baliabideak	11	2.8
Argia	9	2.2
Alkoholiko Anonimoak	9	2.2
Egunabar eta beste batzuk	6	1.5
GUZTIRA	405	100

2.5.3. Elkarrizketa

Pertsona hauei egituraturiko elkarrizketa egin zitzairen, eta horren gidoian hiru atal handi sartu ziren:

1.- Pertsona bakoitzaren bizi baldintzak. Horretarako, Eustatek bizi kalitateari buruz egindako inkestetan eta EAeko Osasunari buruzko Inkestan erabilitako antzeko adierazleak aukeratu ziren, lorturiko informazioa biztanleriari buruzko estandarrekin konparatu ahal izateko. Ondokoari buruzko informazioa jaso zen: etxebizitza nahiz elkarbizitza, heziketa zein ikasketa, lana, errenta erabilgarria, gizarte bizitza, astialdia, osasuna eta osasun zerbitzuen erabilera. Halaber, euren osasunarekiko eta gizarte bizitzarekiko poztasun maila ere galdetu zitzairen (Eustat, 1993; Eustat, 1989).

2.- Era berean, elkarrizketatuei euren eguneroko mugak eta arlo guztietako laguntza beharrianak (ekonomian, etxean, heziketan, gizarte harremanetan, astialdian, etab.) Otik 10erako eskaletan baloratzeko eskatu zitzairen.

3.- Azkenik, Erkidegoko zaintza baliabideei dagokienez azken urteotan egindako erabilerari buruz galdetu zitzairen, baita jasotako laguntzari buruz eta halako zerbitzuen alderdi desberdinekiko zuten poztasun mailari buruz ere (ahultasunak nahiz gogortasunak, hobetzeko aukerak, etab.).

Galdeketa egin ondoren, proba pilotua egin eta, horren emaitza ikusita, galdetegitik galderaren bat kentzea erabaki genuen, ezabaturiko galderak gehiegi luzatzen baitzuen galdetegia, informazio larregirik eman gabe; halaber, hiru galdera aldatu egin ziren, erantzunaren aukerak errazteko, gaixoek arazoak baitzituzten galdera horiek ondo ulertzeko.

Elkarrizketak sei adituk egin zituzten: bi psikologo, bi pedagogo eta bi mediku (denek ere esperientzia zuten, ikerketakoaren antzeko ezaugarriak zituzten gaixoak zaintzen). Zenbait bilerak egin ziren, elkarrizketarako oharak emateko eta behaketa egiteko moduan ere trebatu ahal izateko (informazioa modu egituratuan bildu ahal izateko). Elkarrizketak 1999ko ekainean, uztailean eta abuztuan egin ziren.

2.6. Zaintzaileei egindako elkarrizketak

Zaintzailea beharrianak dituzten pertsonak zaintzen eta laguntzen dituen pertsona da. Gehienetan, gaixoaren amak edo aitak, tutoreak, emazteak edo emaztegaiek, ahizpak edo arrebak eta abar izaten dira (Arabako Foru Aldundia, 1998).

Erabiltzaileen eta elkarrekin nahiz organizazioen iritzien iritzi orientatzaileak eta osagarriak edukitzeko, 40 zaintzaile elkarrizketatu ziren (elkarrizketaturiko 10 gaixo kronikotik zaintzaile 1).

Zaintzaileei egindako elkarrizketan euren iritzia jasotzen da berezko sareak halako pertsonen ematen dien laguntza mailari nahiz berak hartzen dituen lan zamei buruz, berak Erkidegoan ezagutzen dituen laguntzako baliabide motei buruz eta nahiko lukeen laguntza baliabideei buruz (oraindik eskuragarriak ez diren baliabideei buruz alegia).

Zaintzaileak buruko gaixoa duten pertsonak elkarrizketatu ondoren elkarrizketatu ziren, ikerketaren helburuen berri eman ondoren; elkarrizketa, berriz, landa-lanerako kualifikaturiko pertsona berberak egin zieten.

2.7. Zuzendariei eta kudeatzaileei egindako elkarrizketak

Zenbait erakundetan (herri administrazioak, osasun zentroak, familien elkarteak nahiz beste elkarte batzuk, justizi administrazioa, Ertzaintza) zuzendaritza lanak egiten dituzten pertsonen ere elkarrizketa egin zitzaizen, halako erakundeen baliabideei buruzko informazioa lortzeko.

Halaber, ondoko edukiak zituen elkarrizketa erdiegituratu bateko galderei erantzuteko ere eskatu zitzaizen: pertsonak zaintzeko dituzten baliabideak (modu espezifikoa edo ez-espezifikoa); programa eta zerbitzu desberdinetan lagundutako pertsona kopurua, pertsona nahiz baliabideen ezaugarriak; talde batzuk halako zerbitzuak eskuratzeko izan ditzaketen oztopoak; ikerturiko pertsonen gizarte estimuaren edota gizarte trebetasun batzuk ez izatearen ondorioz izan ditzaketen arazoaren balorazioa; euren erreferentzi aldeetan eskaintzen den zaintza komunitarioari edo espazio soziosanitarioari buruzko balorazioa (pertsona horien zerbitzuan jarritako baliabideak); koordinazio mailak; gogortasunak eta ahultasunak; aurretiazko txostenak eta ikerketak, etab.

2.8. Zaintzaile profesionalen egindako elkarrizketak

Baliabideetara egindako ikustaldietan, halaber, buruko gaitza duten pertsonak zaintzen diharduten profesionalak ere elkarrizketatu genituen (monitoreak, laguntzaileak, ATSak, gizarte langileak, psikologoak, psikiatrak, etab.).

Baliabide desberdinetako profesionalentzat diseinaturiko elkarrizketan hauxe sartzen zen: zaintzako baliabide mota desberdinen erabilgarritasunari eta hornidurari buruzko balorazioa (0-10 bitarteko eskaletan), baliabideek ematen duten laguntzari buruzko iritzia, buruko gaitz kronikoa duten pertsonen gizarte integrazioari buruzko galderak, ematen diren laguntzen ahultasunak eta gogortasunak, baliabideak eskuratzeko arazoak dituzten pertsonen egoera, etab.

2.9. Informazioaren azterketa

Beteriko galdeketa guztiak (iturri guztietakoak) ondo ikusatu eta kodifikatu ziren; era berean, inkesta egiteko ardura zuten adituek egindako ohar guztiak ere baloratu agin ziren.

Erantzun irekiko galderak, iritzia eta iruzkinak aztertzeko, edukiak eta iritzia aztertzeko teknika kualitatiboak erabili dira (Ruiz Olabuenaga, 1989). Azterketa kuantitatiboa eta estatistikoa izan dezakeen informazioa, berriz, teknika estatistiko deskribatzaileak erabiliz aztertu da. Portzentaia eta batez besteko guztiak, errazago azaltzeko, zenbaki osoetara egokitu dira.

Buruko gaitz kronikoa duten pertsonen egindako elkarrizketen kasuan, testuan, tauletan eta grafikoetan, emaitzarik garrantzitsuenak adierazten dira, lagin osorako eta bertako azpitalde bakoitzerako (ikerturiko alderdiren batean desberdintasun garrantzitsuak ikusi ditugunean). Horretarako, aldagai batzuek emaitzetan izan dezaketen eragina izan dugu kontuan: pertsonen adina nahiz sexua, gaitz mota (diagnostikoa), gaitzaren iraupena (kronikotasuna) eta hiriko edo baserriko egoitza. Horri dagokionez, hiriko egoitzatzen ondokoak hartu dira: Bilbo Handia, Donostialdea eta Vitoria-Gasteiz; baserriko egoitza, berriz, EAEko gainerako lekuak dira, gure ikerketaren arabera behintzat, nahiz eta sarritan batzuk hiriko egoitzak izan argi eta garbi, Lurraldeko hiriburutik urrun egon arren.

**3. Oraingo egoera. Buruko osasuna
zaintzeko dauden gizarte
eta osasun baliabideak**

3.1. Buruko osasuneko ospitaletik kanpoko sistema

Ospitaleko eta ospitaletik kanpoko zaintza psikiatrikoa
Baliabideak eta laguntza jarduera
Jarduera ekonomikoa
Beste autonomia erkidegoekiko konparazioa

Ondoren, EAeko buruko osasun zentro nagusien jarduerari buruzko datu eta adierazle nagusien laburpena aurkeztuko dugu, baita horiek azken hamarkadan izandako bilakaera ere. EAeko buruko osasuneko ospitale sektorearen egoera eta bilakaera, berriz, ospitaletik kanpoko gainerako sistemarekin erlazionatuko dugu, eta azkenik, Espainiako estatuko gainerako Erkidegoetako egoerarekin.

Informazio hau batez ere ospitaleko eta ospitaletik kanpoko estatistika publikoan oinarrituz lortu da; operazio hau, berriz, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak egiten du urte guztietan, Eustatekin lankidetzan, eta Estatistikaren Euskal Planaren barruan sartuta dago. Operazioak errolda izaera dauka, eta bertan laguntza zentroak aztertzen dira. Datuak lortzeko, prozedura bikoitza erabiltzen da: Osakidetzako erregistro administratiboak erabiliz edota zentroetan zuzen-zuzen eskatuta, horretarako prestatutako galdeketa baten bidez. 1997ra arteko informazioa erabili ahal izan dugu. Ezinbestekoak ez diren datu batzuetarako, lortu ahal izan dugun informaziorik oraintsukoena 1995ari buruzkoa izan da.

3.1.1. Ospitaleko eta ospitaletik kanpoko zaintza psikiatrikoa

EAeko ospitaleetako zaintza psikiatrikoak, 1997an, 9.005.000.000 pezetako kostua izan zuen. Eta hori ospitale orokorretako psikiatri unitateen kostua kontuan izan barik. Hala ere, kostu hori 3.2 aldiz handiagoa da ospitaletik kanpoko zaintzakoa baino.

Gastu horren %72,5 langileentzat izan zen, %25 beste gastu batzuetarako eta %2,1 inbertsioetarako (buruko osasuneko zentroetan, 1997an, gastuaren %90 langileentzat izan zen, %9 beste gastu batzuetarako eta %1 inbertsioetarako).

Ospitaleetako zaintzaren kostua gero eta handiagoa da azken urteotan. 1995an 1986an baino hiru aldiz handiagoa da (6. taula). Ospitaletik kanpoko zaintzaren kostuak ere horren antzeko bilakaera izan du (7. taula). Aipatzekoa da, hala eta guztiz ere, inbertsiorako gastuen portzentaiek gora-behera handiak izan dituztela. Ospitaleen sektorean gastu horiek, 1993 eta 1995 bitartean, gastu osoaren %7,7 eta %11,8 izan ziren. Ospitaletik kanpoko sektorean, inbertsioetarako gastuen portzentaia ez da inoiz ere %2tik gorakoa izan.

6. taula. Buruko osasuneko ospitale sistemaren bilakaera EAEn

1985-1997 urteak	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Ospitale psikiatrikoak	8	8	8	8	8	8	9
Langileak	1068	1134	1162	1252	1243	1276	1319
Medikuak	82	85	75	70	72	76	75
Erizaintza	88	103	122	150	155	168	181
Beste langile batzuk	541	556	571	633	607	621	646
Ohe kopurua	1943	1879	1846	1832	1839	1841	1887
Oheak/1.000 bizt.	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Egonaldiak/1.000 bizt.	311.4	302.6	308.2	303.9	304.9	315.6	313.2
Sarrerak/1.000 bizt.	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.4
Batez besteko egonaldia (egunak)	307.7	269.9	335.2	305.5	309.4	299.8	230.2
Errotazio indizea	1.1	1.3	1.1	1.1	1.1	1.2	1.5
Okupazio indizea	94.1	94.7	96.8	95.6	95.5	98.0	95.4
Gastua guztira (milioikoetan, pta.)	3433	4436	4825	6347	7749	8764	9005
Langileentzako gastua	2199	2747	3244	4374	5432	5882	6537
Beste gastu arrunt batzuk	987	1075	1311	1689	1715	1847	2273
Inbertsioa (milioikoetan, pta)	247	614	270	285	602	1035	195

Iturria: Eustat-Ospitaleko Estatistika 1995 eta Eustaten web orrialdea 1997ko datuetarako (<http://www.eustat.es>).

Ikerketarako beste puntu interesgarri batzuk ondokoak dira: azken urteotan, ospitale hauetan erizaintzako langileak sartu dira etengabe, eta, neurri txikiagoan, gizarte langileak, laguntzaileak eta monitoreak ere bai. Mediku kopuruak, hala ere, behera egin du. Ohe kopuruak, bestalde, ez du murrizte handirik izan. Sarrera kopurua ere ez da murriztu, eta egonaldiaren batez bestekoek eta errotazio indizeak ere ez dute aldaketa handirik izan. Etengabeko gorakada adierazten duen indize bakarra, gorakada txikia bada ere, okupazioaren indizea da; izan ere, 1985ean okupaturiko ohe kopurua %94 baino gehiagokoa izan zen, eta 1995ean, berriz, %98koa; gero, 1997an beherakada bat egon zen (ikusi 6. taula).

7. taula. Buruko osasuneko ospitaletik kanpoko sistemaren bilakaera EAEn

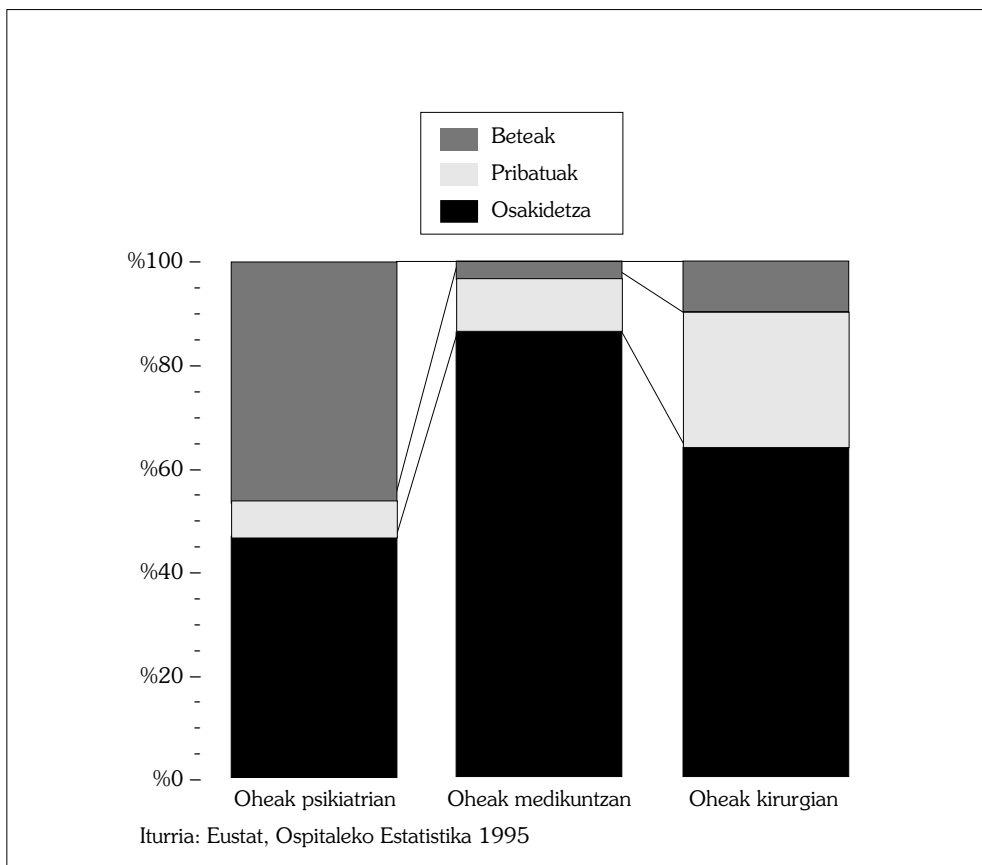
1985-1997 urteak	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Zentro kopurua	35	39	38	39	41	47	47
Langileak	217	284	299	321	389	433	435
Medikuak	68	75	82	88	106	113	119
Beste sanitario bat	109	159	169	187	219	260	259
Ez sanitarioa	40	50	48	46	64	60	57
Kontsulta kop. (milakoetan)	249	179	186	170	225	220	216
Kontsultak/1.000 bizt.	12	8	9	8	11	11	11
Gastua guztira (milioikoetan, pta.)	379	725	977	1365	2179	2682	2768
Inbertsioa (milioikoetan, pta)	10	26	1	3	15	52	30
Langileentzako gastua	304	617	919	1271	1985	2323	2496
Beste gastu arrunt bat	64	82	57	91	179	307	242

Iturria: Eustat-Ospitaletik kanpoko Estatistika 1995 eta Eustaten web orrialdea 1997ko datuetarako (<http://www.eustat.es>).

Dirudienez, egoera aldatzen hasi da datuetako azken urtean. 1997an ospitale psikiatrikoetako batez besteko egonaldiak behera egin zuen (1995ean 300 egun eta 1997an 230 egun), eta sarrerek gorakada izan zuten (1995ean 1,1 sarrera/1.000 biztanleko, eta 1997an 1,5 sarrera), baita ospitaleko oheen errotazio indizeak ere.

Ospitaleko sistemaren berezitasun bat, buruko osasunari dagokionez, bere titulartasuna da. Ospitale psikiatrikoetako ohe kopuru handi bat ez da osasuneko sistema publikoarena, ezta irabazi asmoa duten erakunde pribatuena ere (medikuntzako oherik gehienekin edo kirurgiako oheekin gertatzen den bezala, Osakidetza edo ekimen pribatuarenak baitira). Ospitaleetako buruko osasunaren sektorean, EAEn dagokionez, ohe guztien ia %40 irabazi asmorik ez duten erakundeenak dira (kasu honetan erlijio erakundeenak), eta horiek osasunaren sistema publikoarekin hitzartzen dituzte euren zerbitzuak (1. grafikoa). Egoera hau, berriro esan behar dugu, ia-ia salbuespenezkoa eta berezia da psikiatريان.

1. grafikoa. OSPITALEKO OHEAK EAEn. ESPEZIALITATEA ETA MENPEKOTASUN ORGANIKOAREN ARABERA



3.1.2. Baliabideak eta laguntza jarduera

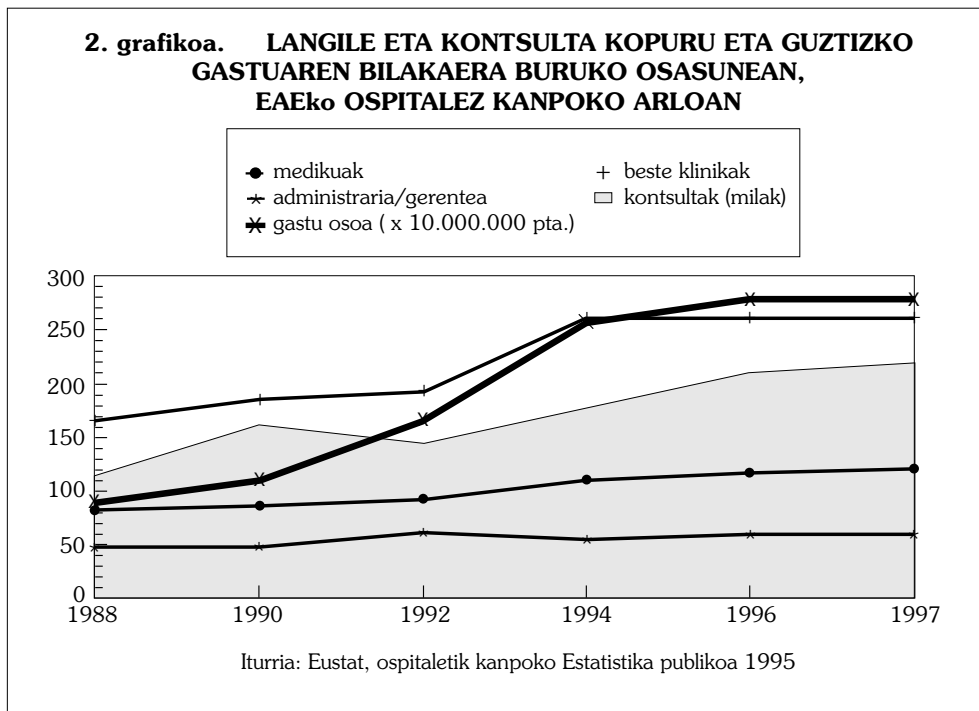
1997an, EAEn ospitaletik kanpoko 442 zentro publiko zegoen: 80 Araban, 138 Gipuzkoan eta 224 Bizkaian. Euren lan bolumena eta jarduera kontuan hartuz, aipatzekoak dira osasun zentroak (98), kontsultategiak (41) eta anbulatorioak (28); horiei, berriz, beste zentro espezifikoko batzuk gehitu behar zaizkie: zentro periferikoak (118), buruko osasuneko zentroak (47), larrialdi zerbitzuak (37), famili planifikazioko

zentroak (31) eta elkarrekiko laguntza zentroak (38). Titulartasun juridikoaren arabera, zentrorik gehienak Osakidetzakoak dira (%91), %9 mutuetako zentroak dira eta %1 baino gutxiago Udaletxeetakoak.

Buruko osasuneko zentroen kasuan, %100 Osakidetzako estatistikaren barruan daude (ez dira barruan sartzen laguntza psikosozialeko moduluak eta irabazi asmorik gabeko zentro pribatuak, Osasun Sailearekiko hitzarmena baitute).

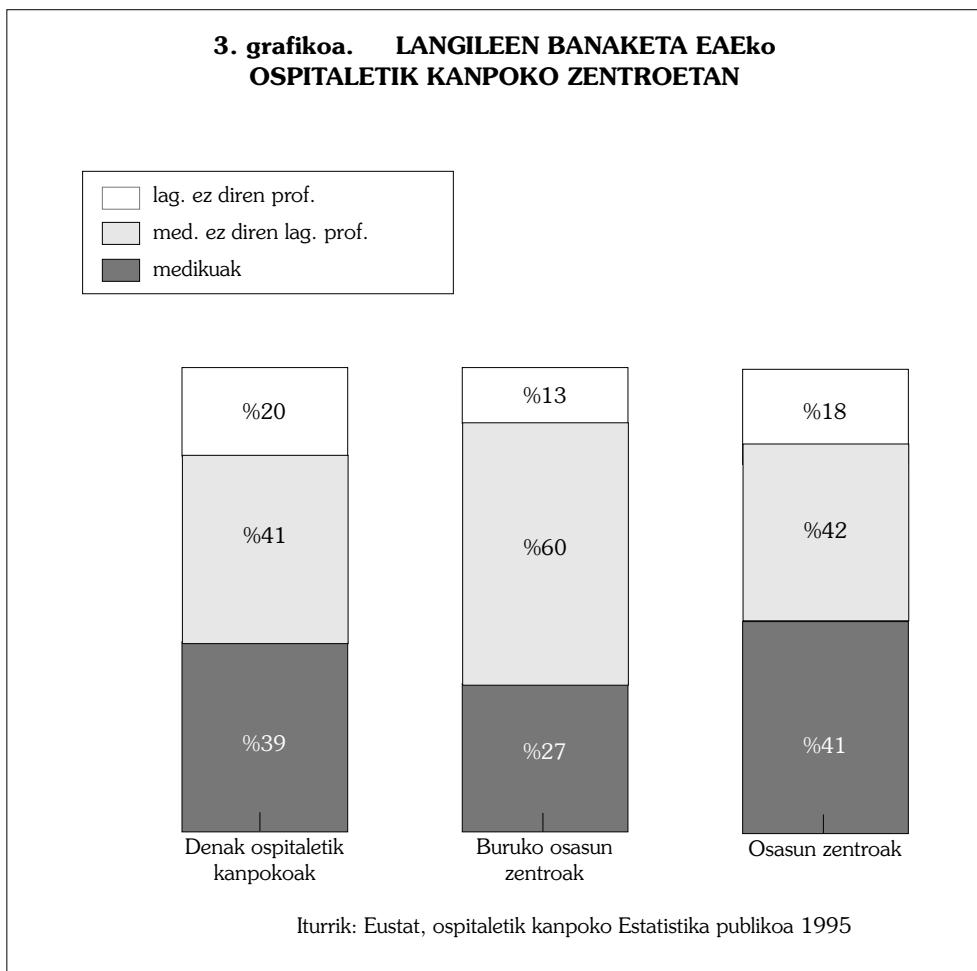
EAEko anbulatorio publikoen laguntzaren giza baliabideak, 1997an, 6.525 pertsonakoak izan ziren, eta horietatik 435 buruko osasuneko zentroetan egiten zuten lan (guztizkoaren %7). Osasun sektore osorako bilakaera goranzkoa izan da 1992tik 1998ra; harrezkero, beherantz hasi da, batez ere anbulatorioetan, bertako langileetarikoz batzuk ospitaleetan sartzen hasi baitira.

Buruko osasun zentroi dagokienez, giza baliabideen bilakaera goranzkoa izan da aztertutako aldiaren urte guztietan. Portzentaiek urtero izan duten gorakadek 1994an jo zuten gaina; izan ere, urte horretan %22 gorakada egon zen, 1992ari zegokionez, eta hori, berriz, zentro kopuruaren gorakadak azaltzen du. Urte horretatik aurrera, zentro kopurua egonkortu ondoren, gorakada horiek %1 murriztu dira urtero (2. grafikoa).



Anbulatorio sektoreko guztizkorako, 1997an, horren %80 laguntzako langileak ziren eta %20 laguntzakoak ez zirenak. Buruko osasuneko zentroen kasuan, laguntzako langileak gehitxoago dira (%86,9), eta laguntzakoak ez direnak gutxitxoago (%13,1).

Hori, berriz, halako zentroetan lan taldeek duten garrantziaren ondorioa da; izan ere, bertan, medikuak, psikologoak, gizarte laguntzaileak, klinika laguntzaileak, monitoreak eta abar laguntzako langileen %68,5 dira; gainerako %31,5 medikuntzako langileak dira. Buruko osasuneko zentroetako taldeak, horrela, disziplina anitzekoagoak dira, anbulatorioetako bete espezialitate batzuetako taldeak baino. Hala eta guztiz ere, halako zentroetan ez dago ATS bat mediku bakoitzeko, eta are gutxiago laguntzaile bat erizain bakoitzeko. 1995ean, ratio horiek 0,84 ATS/mediku; 0,14 laguntzaile/mediku eta 0,17 laguntzaile/ATS izan ziren.



Buruko osasun zentroetan langileria/mediku harremanaren guztizkoa mantendu egin da azken hamarkada honetan, 1988-1998 (ikusi 8. taula); 1994an jo zuen gainean (3,9) eta ordutik hona jaitsi egin da apurka-apurka, 3,6ra iritsi arte. Osasunekoak diren eta ez diren langileen arteko erlazioak 1992an jo zuen gorengo puntua, eta 0,22ra iritsi zen; harrezkero, beherantz etorri eta 0,15ean egonkortu da gutxi gora-behera.

**8. taula. Ospitaletik kanpoko zentro publikoei buruzko datuak.
EAEko guztizkoa**

Balio absolutuak						
	1988	1990	1992	1994	1996	1997
Baliabideak eta laguntza jarduera						
Zentro kopurua	426	428	432	452	444	442
Langileak	6.296	6.610	6.800	6.671	6.525	6.451
Medikuak	2.459	2.527	2.559	2.561	2.564	2.551
Osasuneko beste lang. batzuk	2.575	2.673	2.720	2.742	2.649	2.635
Osasunekoak ez diren langileak	1.262	1.410	1.521	1.368	1.312	1.265
Kontsultak (milak)	12.134	11.563	11.751	11.734	11.797	11.732
Jarduera ekonomikoa (milioiak pta.)						
Guztizko gastua	20.863	25.815	32.866	38.301	41.914	42.161
Langileen gastuak	17.728	21.683	27.621	32.889	36.471	36.649
Beste gastu arrunt batzuk	2.313	3.056	3.670	4.080	4.542	4.542
Inbertsioak	822	1.077	1.574	1.333	901	970
Egituraren eta jardueraren adierazleak						
Langileria/medikuen guztizkoa	2,56	2,62	2,66	2,60	2,54	2,53
Osasunekoak ez diren/langileak/osasunekoak direnak	0,25	0,27	0,29	0,26	0,25	0,24
Kontsulta kopurua urte/mediku bakoitzeko	5.150	4.766	4.757	4.739	4.730	4.599
Adierazle ekonomikoa						
Langileentzako gastua/guztizko gastua	0,85	0,84	0,84	0,86	0,87	0,87
Inbertsioa/Guztizko gastua	0,04	0,04	0,05	0,03	0,02	0,02
Kontsulta bakoitzeko kostua (pta.)	1.719	2.233	2.797	3.368	3.553	3.594
Biztanle bakoitzeko kostua (pta.)	9.823	12.265	15.622	18.337	19.978	20.078
Kostua /BPG	0,78	0,77	0,86	0,90	0,88	0,80

Iturria: Ospitaletik kanpoko zentro publikoen estatistika. Osasun Saila eta EUSTAT.

Azterturiko seriean buruko osasuneko zentroein dagokienez ikusten denez, mediku kopurua mantendu egin da, langile guztien kopuruari dagokionez (1998an %28 eta 1997an %27,4); medikuak ez diren laguntzako langileen kopuruak, ostera, gora egin du (1998an %56,1 eta 1997an %59,5), osasunekoak ez diren langileen beherakadaren eraginez (1998an %15,9 eta 1997an %13,1).

EAEko biztanleriak, 1997an, 11,7 milioi kontsulta eragin zituen, ospitaletik kanpoko zentro publikoetan; horietatik 216.000 buruko osasuneko zentroetan egin ziren (kontsulta guztien %1,8). Kontsulta kopurua antzekoa da 1992tik, sektorearen guztizkoari dagokionez; buruko osasuneko zentroetarako, berriz, 1992an izan ezik, kontsultek etengabeko gorakada izan dute, urteroko gorakada portzentualak gero eta txikiagoak badira ere.

Urte/medikuari dagokion kontsulta kopuruak etengabeko beherakada izan du 1998tik zentro guztietarako (batez ere espezialitateak ospitaleetara eramatearen eraginez), baina buruko osasuneko zentroetarako, ostera, gorakada nabaria izan du aztertutako epean, %32,1 (8. taula).

8'. Buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zentroi buruzko datuak. Ospitaletik kanpoko buruko osasuneko zentrozen guztizkoa

	Balio absolutuak					
	1988	1990	1992	1994	1996	1997
Baliabideak eta laguntza jarduera						
Zentro kopurua	39	38	38	48	47	47
Langileak	296	318	344	421	431	435
Medikuak	83	86	92	109	115	119
Osasuneko beste batzuk	166	185	191	259	259	259
Osasun. ez diren langileak	47	47	61	53	57	57
Kontsultak (milakoak)	114	160	142	176	207	216
Jarduera ekonomikoa (milioikoetan, pta.)						
Guztizko gastua	901	1.100	1.649	2.550	2.765	2.768
Langileentzako gastua	801	1.058	1.373	2.257	2.449	2.496
Beste gastu arrunt batzuk	82	41	251	272	292	242
Inbertsioak	18	1	25	21	24	30
Egituraren eta jardueraren adierazleak						
Langileak/medikuak guztira	3,57	3,70	3,74	3,86	3,75	3,66
Osasunekoak ez diren langileak/Osasuneko langileak	0,19	0,17	0,22	0,14	0,15	0,15
Urte/medikuri dagokion kontsulta kopurua	1.373	1.860	1.543	1.615	1.800	1.814
Adierazle ekonomikoak						
Langileen gastua/Guztiz. gast.	0,89	0,96	0,83	0,89	0,89	0,90
Inbertsioa/Guztizko gastua	0,02	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01
Kontsulta bakoitzeko kostua (pta)	7.904	6.875	11.613	14.489	13.357	12.821
Biztanle bakoitzeko kostua (pta)	424	523	784	1.221	1.318	1.318

Iturria: Ospitaletik kanpoko zentro publikoen Estatistika. Osasun Saila eta EUSTAT.

EAEko ospitaletik kanpoko sistemak 2.556 mediku erabili zituen 1995ean. Horietatik %50 medikuntza orokorreko eta famili medikuak ziren, eta gainerakoak espezialistak ziren. Espezialisten %10 psikiatrak ziren (bigarren espezialitatea, mediku kopuruari dagokionez; pediatria kopurua bakarrik da psikiatrena baino handiagoa). Biztanleriaren azpitalde bereziak zaintzen dituzten espezialitateak kenduta (pediatria, tokologia, ginekologia), psikiatria eta traumatologia medikurik gehien duten espezialitateak dira ospitaletik kanpoko sare osoan (mediku espezialista bat dago 17.000 biztanleko, gutxi gora-behera, urte horretan).

1995ean, 219.667 kontsulta egin ziren psikiatريان (11 kontsulta 100 biztanleko), eta seigarren espezialitatea izan zen kontsulta kopuruari dagokionez (pediatriaren, ginekologiaren, traumatologiaren, tokologiaren eta oftalmologiaren atzetik).

Psikiatra bakoitzak, batez beste, 1.772 kontsulta egin zituen. Zifra horren eraginez, psikiatrak azken lekuetan daude, mediku bakoitzeko batez besteko kontsulta kopuruari dagokionez; errehabilitazioko eta kirurgia orokorreko espezialisten antzeko zifrak dituzte, eta oso urrun daude pediatretatik (4.499 kontsulta/urteko), traumatologoetatik (3.830 kontsulta/urteko), etab.

3.1.3. Jarduera ekonomikoa

Ospitaletik kanpoko sektore publikoaren guztizko gastua, 1997an, 42.161 milioi pezetakoa izan zen; horietatik 36.649 langileen gastuak dira (gustizkoaren %86,9), 4.542 gastu arruntak dira (%10,8) eta 970 inbertsioenak dira (%2,3). Gastuaren egiturak ez du aldaketarik izan aldi horretan; hala ere, 1988tik honako bilakaerak %100etik gorako gorakada izan du guztizko gastuari dagokionez. 1994ra arte, portzentai mailako gorakadak oso garrantzitsuak izan ziren (%20 baino gehiago urtero, batez beste). Urte horretatik aurrera, gorakada horiek nabarmen murriztu ziren, eta 97an %0,6ko gorakada egon zen 96ari dagokionez (8. taula).

Ospitaletik kanpoko sistema publikoaren kostu osoari begiratuz gero, BPGri dagokionez, ikusten da 1988an 0,78koa izan zela eta 1994an 0,90koa; gastua egonkortu egin zen eta azken urteotan adierazleak apur bat beheranzkoak izan dira (1997an 0,80koak).

Buruko osasuneko zentroetan, 1988an gastua 901 milioi pezetakoa izan zen, eta 1997an 2.768 milioikoa. Ospitaletik kanpoko sektore publikoaren guztizkoa bikoiztu egin da 1988tik, eta buruko zentroetan, berriz, hirukoiztu egin da. Gorakada hau langileen gastuak izandako gorakadaren ondoriozkoa izan da batik bat (%207koa, 1988tik 1997ra); izan ere, langileen kostuen gorakadaren eta langile kopuruaren gorakadaren eraginezkoa izan da, batez ere medikuak ez diren laguntzako langileen gorakadaren eraginezkoa.

Hala eta guztiz ere, guztizko gastuaren urteroko gorakada portzentualek, sektorearen guztizkoarekin gertatu den bezala, beherakada itzela izan dute 1994tik (urte horretan %54,6an handitu zen, 1992ari zegokionez), eta 96tik 97rako gorakada ia zero izan da (%0,1). Horrek esan nahi du azken urteotan gastuari eutsi egin zaiola, eta halako zentroetan gastua sektore osoan baino apur bat handiagoa dela. Gastuaren egitura, bestalde, EAEko ospitaletik kanpoko zentroetako guztizkoaren oso antzekoa da, eta gastu osoan garrantzi handiena dutenak langileen gastuak dira; hala ere, 1992tik langileen gastua apurka-apurka gorantz joan da, ondasunen eta zerbitzuen kontsumoaren kontura (beste gastu arrunt bat). Halaber, aipagarria da buruko osasuneko zentroetako inbertsioetarako aurrekontua (%1,1 ozta-ozta) ospitaletik kanpoko sektorearen guztizkoaren erdia dela (%2,3).

EAEko kontsulta bakoitzeko kostuek, bestalde, etengabeko gorakada dute sektore osoan; buruko osasuneko zentroetan, berriz, 1994an lortu zuten gorengo puntua, eta 1996tik aurrera jaisten hasi ziren.

Biztanle bakoitzeko kostuek ere antzeko jokabidea izan dute, bai guztizkoari eta bai buruko osasuneko zentroei dagokionez; 1994ra arte gorakada handiak izan dituzte, eta buruko osasuneko zentroetan %50etik gorakoak dira. 1996tik aurrera, urteroko gorakada portzentualak nahiko txikiagoak izan dira; 1997an buruko osasuneko zentroetan ez da gorakadarik egon 1996ari dagokionez.

3.1.4. Beste autonomia erkidegoekiko konparazioa

Sistemaren berrikuntzatik zaintza psikiatrikoak Espainiako estatuko Autonomia Erkidegoetan izan duen garapena konparatuta ikusten denez, EAE Erkidego azkarra izan da, eta aitzindaria, lurralde osoa barru hartzen duen buruko osasuneko zentro sarea ezartzen. Hastapenetan ere aitzindaria izan zen, bitarteko baliabideen ezarkuntzari eta garapenari dagokionez, esaterako, eguneko zentroak eta ospitaleak (9. eta 10. taulak).

9. taula. Buruko osasuneko baliabide batzuen hornidura, zenbait Autonomia Erkidegotan

	Oheak osp. psikiatrikoetan 1.000 biztanleko	Psikiatrikoetako gonaldiak 1.000 biztanleko	Biztanleak/ BOZ	Kontsultak 1.000 biztanleko
Euskadi	0.88	313.6	36.050	211
Andaluzia	0.11	39.2	86.200	68
Aragoi	0.97	307.0	49.393	102
Asturias	0.24	74.1	57.165	96
Balearrak	0.71	147.0	55.882	76
Kanariak	0.44	149.0	138.833	54
Kantabria	0.83	271.1	75.207	61
Gaztela-Mantxa	0.44	145.7	72.199	-
Gaztela eta Leon	1.22	408.9	64.739	65
Katalunia	0.84	269.7	69.514	82
Valentzia	0.11	22.6	69.829	50
Extremadura	1.10	321.6	81.804	45
Galizia	0.41	129.6	108.819	32
Madril	0.55	173.4	140.122	91
Murtzia	0.12	39.3	96.826	79
Nafarroa	0.87	303.8	58.221	160
Errioxa	0.77	243.0	44.177	120
GUZTIRA	0.53	170.6	75.474	78

Iturria: Buruko Osasuneko Inkesta. Sanitate eta Kontsumo Saila, 1994.
SESPASen txostenean oinarrituz, 1998.

1994an, EAEn buruko osasuneko zentro bat zegoen 36.000 biztanleko. Horren ondorioz, EAE gainontzeko Erkidegoei gailentzen zitzairen, biztanle kopuruari dagokionez ezarritako buruko osasuneko zentro kopuruan. Halaber, EAEn mila biztanleko kontsulta psikiatrikoen kopurua, urte horretan, handiena izan zen Estatu osoan (211 kontsulta/1.000 biztanle; Kataluniako, Aragoiko eta Madrilgo bikoitza) (SESPAS txostena, 1998). Era berean, EAE aurrendaria izan zen biztanleei eguneko zentroak eskaintzen (6), eta, halako baliabide kopuruari dagokionez, hirugarren Autonomia Erkidegoa izan zen (Andaluziaren eta Kataluniaren atzetik, biok biztanle kopuru handiagoa baitute).

Ospitalizazio psikiatrikoei dagokienez, eta horiek Estatuko gainerakoekin konparatuz, EAEk berehala inplementatu zituen ospitalizazio psikiatrikoen lehenengo unitateak ospitale orokorretan. 1991n 7,7 ohe psikiatriko zituen ospitale orokorretan, 100.000 biztanleko (zifra hori bost Autonomia Erkidegok bakarrik gainditzen zuten). 1995ean, 401 ohe psikiatriko zeuden ospitale orokorretan (20 ohe 100.000 biztanleko). Halaber, EAEn berehala ezarri ziren egonaldi laburreko unitateak ospitale psikiatrikoetan.

Azkenik, esan behar da EAEn, berrikuntza psikiatrikoaren hasierako urteetan, ez zela ohe kopuruaren murrizte handirik egon ospitale psikiatrikoetan, ez zela ospitalerik itxi eta ez zela ospitaleko ohe kopurua nabarmen murriztu. Nafarroan, Asturiasen, Errioxan, Valentzian, Andaluzian eta Murtzian ospitale psikiatrikoetako oheak %40-75 bitartean murriztu ziren, 1986 eta 1991 bitartean (10.taula). Espainiako estatu osoan, ohe murrizketa %25ekoa izan zen bost urte horietan. EAEn murrizketa hori %2koa izan zen (Angosto, 1992). 1994an, ohe psikiatrikoen erabilgarritasunari zegokionez (ia ohe bat 1.000 biztanleko), EAE hirugarren lekuan zegoen Autonomia Erkidego guztien artean. Ospitale psikiatrikoetako egonaldi kopuruaren aldetik, bestalde, urte horretan eta mila biztanleko, bigarren lekuan geunden, Autonomia Erkidego guztien artean (SE-PAS txostena, 1998).

10. taula. Buruko osasuneko baliabide batzuen hornidura, 1991n, zenbait Autonomia Erkidegotan

1991	Ospitale edo eguneko eguneko zentro kopurua	Egonaldi laburreko unitatedun ospitale psikiatriko	Psikiatria unitatea duten ospitale orokorrak	Psikiatriako ohe kopurua 100.000 biztanleko ospitale	1986-1991 bitarteko aldaketa (%), ospitale psikiatrikoe n ohe kopuruan
Euskadi	6	3	4	7.7	-1.96
Andaluzia	11	1	16	6.7	-60.95
Aragoi	2	1	4	7.3	-18.05
Asturias	5	0	5	6.8	-50.22
Balearrak	-	1	3	3.7	+13.63
Kanariak	2	2	2	1.5	+2.06
Kantabria	-	0	1	9.1	+20.40
Gaztela-Mantxa	2	0	6	8.9	-11.76
Gaztela eta Leon	4	2	10	10.2	-18.92
Katalunia	8	3	11	6.5	-22.54
Valentzia	3	2	3	3.6	-53.81
Extremadura	-	2	2	3.9	-5.68
Galizia	3	3	5	2.7	-13.62
Madril	9	2	5	5.8	-25.30
Murtzia	2	1	1	2.2	-78.28
Nafarroa	4	0	2	10.3	-42.03
Errioxa	-	0	1	8.2	-40.44
GUZTIRA		23	81	6.1	-25.77

Iturria: "Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España" Herriaren Defendatzailearen txostena, eta Angosto, T. (1992).

* Kapitulu hau egiteko, Roberto Fernándezen eta M^o Teresa Ugarteren laguntza izan dugu. Osasuneko Zuzendaritza, Planifikazioa eta Ebaluazioa. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila.

3.2. Ospitaletik kanpoko buruko osasunaren sare publikoa: Osakidetza eta hitzarturiko zentroak

Zaintza psikiatrikoa EAEn
Gipuzkoa
Araba
Bizkaia

3.2.1. Zaintza psikiatrikoa EAEn*

Euskal Autonomia Erkidegoa hiru osasun eremu desberdinetan banaturik dago, eta horietako bakoitza, neurri handi batean, bat dator lurralde historikoekin (Eustat, 1997).

	Osasun eremua	Lurralde Historikoa
Araba	341.173 biztanle	283.820
Gipuzkoa	641.092 biztanle	676.140
Bizkaia	1.114.412 biztanle	1.136.881

Eremu hauetariko bakoitza, halaber, osasun eskualdeetan banaturik dago (ikusi 1. mapa). Lurralde mailako salbuespen batzuk daude:

- Deba Garaiko Eskualdea (Eskoriatza, Aretxabaleta, Bergara, Mondragoe eta Oñati) Arabako Osasun (eta buruko osasun) Eremuaren barruan dago.
- Aiarako Eskualdea (Laudio eta Amurrio), laguntza psikiatrikoari dagokionez, Arabako Osasun Eremuaren barruan dago; osasuneko gainerako laguntzei dagokienez, ostera, Bizkaiko Eremuaren barruan dago.
- Ermua, laguntza psikiatrikoari dagokionez, Gipuzkoako Eremuaren barruan dago.

1985era arte, buruko osasuna batez ere Lurralde Historiko bakoitzeko Foru Aldundien menpe zegoen, eta, neurri txikiagoan, beste erakunde batzuen menpe (udalak,...), baita irabazi asmorik gabeko erakundeen eta erlijio kongregazioen menpe ere.

1985eko martxoan, buruko osasuna Osakidetzaen barruan sartuta gelditu zen modu juridikoan; erakunde hori Eusko Jaurlaritzak sortu zuen, Legebiltzarrak 1983an onetsitako legearen eraginez. Buruko osasuna osasun sarean sartzea aurrerapauso handia izan zen kudeaketa, informazio eta ebaluazio sistemak bateratzeko, baita baliabideak hobeto eta modu ekitatiboagoan erabiltzeko ere (Azkuna, 1987). Lurralde osoko osasun ekintzak planifikatuko dituen erakunde bakarra da, eta Erkidegoko psikiatriaren ereduari begira dago; gainera, ospitaletik kanpoko sektorearen garapen handia dago, eta bitarteko beste aukera batzuen garapena ere bai (errehabilitazio eta bergizarteratze programak).

Osasunari buruzko 1986ko Lege Orokorrak ere Erkidego osorantz bideratu zuen buruko osasuna, eta sistema orokorreko integrazioerantz; gainera, antolaketa mailako geroko ereduatarako oinarriak ezarri zituen.

* Kapitulu hau egiteko, osasun Eremu bakoitzeko (Bizkaia, Gipuzkoa eta Araba) Buruko Osasunaren zuzendaritzek eskainitako informazioak eta agiriak erabili dira.

1992an, Osasuneko Euskadiko Zerbitzuko buruko osasuneko sareak jarduketa lerro batzuk ezarri zituen, lehentasunak finkatuz, eta lerro horiek gaur egun indarraldi osoa dute, horien alderdi batzuk bakarrik garatzearen eraginez:

- Instituzionalizazio aukeren garapena, psikosi kronikoetarako, gizarte sektorearen eta osasun sektorearen arteko soluzioak elkarrekin bilatuz.
- Koordinazio lerroen ezarpena, buruko osasuneko sareko egituren eta oinarritzko zaintza mailaren artean, buruko patologiarekin zaintzarako, zaintzen jarraipena bermatuz.
- Koordinazio lerroen eta jarduketa jarraibideen prestakuntza, tratu txarrak dituzten umeen eta familiakoen tratamendurako.
- Buruko osasuneko patologien heziketa, graduurrekoa nahiz graduondokoa.
- Jarduketa eskema koordinatuen garapena, oinarritzko eta bigarren mailarekin, HIESa duten gaixoen laguntza psikiatrikorako.

1993an, *Osasuna Zainduz* onetsi zen, "Euskadiko Osasuna aldatzeko Proposamenak", eta horrek osasun politikaren jarraibideak ezarri zituen 1997ra arte; izan ere, urte horretan Euskadiko Osasunaren Antolamenduari buruzko 8/97 Legea onetsi zen, eta lege horrek eredu berria ezarri zuen, funtzioak banaturik zituen eredua; bertan, osasun zerbitzuen hornidura/sorrera publikorako erakundea Osakidetza da. Urte horretan, gainera, Osakidetzaren gizarte estatutuak onetsi ziren, eta, 255/97 Dekretuaren bidez, eskubide pribatuko erakunde publiko bihurtu zen.

Osasuna Zainduz Osasun Planean esaten denez (1994), zaila da buruko osasunaren eskaria sanitatearen eskariko beste alderdi batzuen moduan ebaluatzea. Hala eta guztiz ere, Osakidetzak Euskal Autonomia Erkidegoan duen buruko osasuneko sarean, aurreko urteetan bezala, gero eta pertsona gehiago tratatu dira (ikusi 11., 12. eta 13. taulak). Oztopo batzuk egon dira lurralde eta zentro desberdinetako tasak konparatzeko, irizpide guztiak ez baitaude bateraturik; beraz, batzuetan zaila da programak, zerbitzuak eta baliabideak bereiztea.

11. taula. Lehenengo kontsultako diagnostikoaren arabeko banaketa, eta BOZetan zaindutako gaixoak, 1997

	BIZKAIA		GIPUZKOA		ARABA	
	1. hitzord.	Zaindutak oak	1. hitzord.	Zaindutak oak	1. hitzord.	Zaindut.
Psikosi organikoa	%1,1	%1,1	%1,3	%1,2	%1,8	%2
Psikosi afektiboak	%5,5	%6,5	%3,3	%6,0	%5,8	%7
Beste psikosi batzuk	%3,9	%10,1	%3,6	%11,7	%3,2	%7
Alkohola	%5,3	%6,7	%4,9	%5,7	%5,3	%6
Toxikomaniak	%5,3	%7,8	%3,7	%5,9	%5,4	%7
Neurosiak	%41,2	%42,3	%38,6	%40,8	%38,9	%41
Nortasunaren arazoak	%2,5	%3,0	%1,8	%3,1	%2,4	%3
Beste batzuk	%7,1	%6,4	%7,8	%6,0	%10,1	%9
Ez da ageri	28,0%	16,0%	35,0%	19,5%	27,1%	18%
Zaindutako pertsona guztiak	10.857	37.757	4.517	14.055	3.340	10.266

12. taula. Ospitaletik kanpoko buruko osasun sarean diagnostikoaren arabera zaindutako pertsona kopurua, 1998

	GIPUZKOA	BIZKAIA	ARABA	EAE
Psikosi organikoak	181	401	166	748
Psikosi afektiboak	951	2.544	674	4.169
Beste psikosi batzuk	1.774	4.016	752	6.542
Nortasunaren arazoak	494	1.168	328	1.190
Alkohola	835	2.479	614	3.928
Neurosiak	6.330	16.381	4.253	26.964
Beste toxikomania batzuk	897	2.958	651	4.536
Beste batzuk	961	2.349	893	4.203
Ez da ageri	2.714	6.634	2.055	11.403
GUZTIRA	15.207	38.930	10.386	64.523

13. taula. Laguntza jardueraren bilakaera

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Lehenengo kontsulta	16.579	16.114	16.783	18.860	19.133	20.378	22.000
Tratamendua jarraitu zuten gaixoen guztizko kopurua	42.913	44.609	49.199	54.573	58.260	61.660	64.523
Kontsulten guztizko kop.	349.349	390.683	408.067	462.454	491.847	521.739	610.221

Lehenengo kontsultek, gaixo kopuruak eta egindako kontsultek goranzko bilakaera dute urterik urtera, eta gorakada handiak izaten dituzte.

1998an, EAEko buruko osasuneko 47 zentroetan (11 Araban, 24 Bizkaian eta 12 Gipuzkoan) 610.000 kontsulta egin zitzaizkion 64.523 pertsonari, eta horietatik, 22.000 baino gehiago lehenengo kontsultak izan ziren. 1998an tratamendua jarraitu zuten gaixoen guztizko kopurutik 15.207 Gipuzkoakoak ziren, 38.930 Bizkaikoak eta 10.386 Arabakoak.

14. taula. Buruko arazoak dituen eta tratamendua izan duen pertsona kopurua

	Nagusitasun teorikoa Erkidegoan	EAEko gaixo kopuruaren kalkulua	EAEko ospitaletik kanpoko zerbitzuek zaindutako pertsona kopurua (1998)	Zaindut. portzentaia*
Psikosi afektiboak	%2	41.961	4.169	%10
Beste psikosi batzuk	%0.8	16.784	6.542	%39
Alkoholismoa	%3	62.941	3.928	%6,2
Beste toxikomania batzuk	%2	41.961	4.536	%10,8
Neurosiak	%10	209.800	26.964	%12,9
Buruko arazoak guztira	%15-20	315-420.000	64.523	%15,4-20,5

* Zaindutako portzentaia: gaitz bakoitzerako zaindutako pertsona kopurua zati Erkidegoan gaitz hori duten pertsona kopurua eginez lortzen da, gaitz bakoitzaren nagusitasun teorikoaren arabera; horrela, ehun gaixo bakoitzeko zaindu den pertsona kopurua lortzen da.

1998an Osakidetzako sare publikoaren laguntza dispositibo desberdinetan zaindutako gaixoen kopurua, bestalde, EAEn buruko gaitzak jota dauden pertsonen %15-20 bitartekoa da. Autore gehienen iritziz, buruko gaixoren bat dutenak biztanleria osoaren %15 dira. D'Arpon-ek dioenez (1999), azken urteotan gorakada nabaria egon da, eta oinarriko zerbitzuetan zaindutako lau pertsonatik batek buruko arazoren bat dauka (14. taula).

3.2.2. Gipuzkoa

Ospitaletik kanpoko buruko osasunaren sorrera, Gipuzkoan, Gipuzkoako Foru Aldundiak 1982an buruko osasunaren administraziorako sortu zuen organo berezian dago. Aldi horretan, zerbitzuak egoera desberdinak izan ditu, eta ondokoak aipa daitezke, laburbilduta:

- 1985. Eusko Jaurlaritzarako transferentzia (Osakidetzari atxikita), Lurralde Historikoei buruzko Legea dela bide.
- 1989-91. 89-91 hirurtekoan, buruko osasuneko sarea Gipuzkoako ospitaleen artean banandu zen, eta laguntza espezializatua antolatzeke ahaleginak utz egin zuen.
- 1992. Ospitaletik kanpoko buruko osasuneko zerbitzuaren berrantolaketa, une horretan indarrean zegoen osasun maparen arabera (Deba Garaia Arabako Eremura atxikita gelditu zen).
- 1993. *Osasuna Zainduz* deritzonaren onespina, "Euskadiko Osasuna aldatzeko proposamenak".
- 1997. Euskadiko Osasun Antolamenduari buruzko 8/97 Legearen onespina; eredu berria ezarri zen, funtzioen bereizketan oinarritua, eta barruko merkatua sortu zen; bertan, osasun zerbitzuen hornidura/sorrera publikoaren ardura duen erakundea Osakidetzak da; funtzio hori egiteko, osasunari loturiko erakunde batzuk erabili zituen (kudeaketa zentroak).
- 1998. Korporazioaren plan estrategikoa, zerbitzuen antolaketa guztien jarduketa orientatzeko, osasun prestazioen horniduraren arabera.

Zerbitzuak antolatzeke, 1998an aldaketa batzuk egin dira, lehen aipaturiko aldaketei lotuak; aldaketa horiek ondokoak dira:

1. Programaren kontratuaren ezarpena, Osasunaren Lurralde Antolaketarekin erlazionatzeko (finantza erakundea).
2. Batzorde Teknikoaren eraketa.
3. Gaixoa eta erabiltzailea zaintzeko zerbitzuaren sorrera.
4. Plan Estrategikoaren prestakuntza, 1999-2001.

3.2.2.1. Laguntza jarduera. Zaintzaren bilakaera

94-98 epealdian zaintzak izandako bilakaeraren ezaugarria (15. taula) zaindutako gaixo kopuruaren gorakada izan da; gorakada hori, berriz, zentroen eskuragarritasunaren ondorioa da, eta 1998an zaindutako gaixo kopuruak gorakada nabaria izan du, 1997an zaindutako gaixo kopuruari dagokionez. Gorakada hori neurri batean azaltzeko,

Bitarteko Helburuen Programak sorturiko kontsultak aipa daitezke. Hala eta guztiz ere, kontsulta horiek kenduz gero, 1997arekiko benetako gorakada %20koa izan da.

15. taula. Laguntza jardueraren bilakaera Gipuzkoan

Anbulatorioetako zerbitzuak	1994	1995	1996	1997	1998
13.1.1.2.2 Kasu berriak	4.226	4.370	4.662	4.517	4.590
Tratamenduak berriro hasi	1.048	1.100	1.221	1.351	1.552
Zaindutako guztizko pertsona kopurua	10.956	12.051	13.029	14.055	15.207
Egindako guztizko kontsulta kopurua	91.734	91.188	100.053	99.342	136.019
Eragin tasa, 1.000 bizt.	6.71	6.94	7.40	6.97	7.20
Nagusitasun tasa	17.4	19.14	20.70	21.70	24.10
Maiztasun tasa	145	144.8	159	153	215
Gaixo/urteko kontsultak	7.99	7.6	8	7.06	8
Jarraia/lehena erlazioa	15.5	15.7	16	15.9	13
Altak	2.382	2.650	2.513	2.688	2.639
Ospitalizazio tasak, 1.000 bizt.	1.62	1.67	2.13	2.02	2.05

Aurreko taulako datuetan ikusten denez, proportzio eza handia dago kasu berrien eta alten artean, eta 2.000 gaixo/urte deritzonaren inguruko gorakada jarraia dago. Horrek eragin nabaria dauka zaindutako gaixo kopuruaren gorakada etengabearen; zerbitzu honetan, jakina, hori aztertzen hasi dira, zentroen saturazioa ekidin dezaketean soluzioak aurkitu ahal izateko.

3.2.2.2. Programen eta diagnostikoen arabera jarduera

Gipuzkoan, ospitalelik kanpoko buru osasuneko laguntza bost programen inguruan egituraturik dago; programa horiek, berriz, buruko osasuneko zentroetan eta bitarteko helburudun programetan zaindutako biztanleen ezaugarrien edota diagnostikoen ondoriozkoak dira:

- Helduak: %75
- Umeak: %8
- Alkoholismoa: %5
- Beste toxikomania batzuk: %9
- Elikadura arazoak: %2

Psikiatria orokorreko programaren barruan, eguneko unitateek, lanbide tailerrek eta errehabilitazioko unitate balioanitzak garaturiko programa bereziak ere sartzen dira.

3.2.2.3. Egitura eta giza baliabideak

Gipuzkoa sei osasun eskualdetan banaturik dago (Bidasoa, Gipuzkoa, Donostia, Tolosa, Goierri eta Deba Behea). Eskualde bakoitzean, buruko osasuneko zentro bat, bi edo hiru daude, eskualde bakoitzeko biztanleri dentsitatearen arabera. Gipuzkoan buruko osasuneko zaintza eskaintzen duten 12 zentro daude. Gainera, eguneko hiru unitate/zentro daude, baita hiru lanbide tailer ere. Egiturari dagokionez, orain arte aipaturikoaz gain, Gipuzkoak Aita-Menni ospitalearen baliabideak ditu (Osakidetzarekin hitzarturiko

ospitalea); ospitale hori Arabari dagokion osasun eremuaren barruan dago, baina Gipuzkoako lurraldean kokaturik dago; bertako gaixorik gehienak, berriz, Deba Garaikoak eta Behekoak dira (Ikusi Osakidetza-Gipuzkoako bitarteko egituren mapa).

Aita-Menni ospitaleak bitarteko bi egitura ditu: eguneko ospitalea eta ikuskaturiko etxebizitza sarea Mondragoen (16. taula).

Ospitaleak gaixo psikotiko gazteen beharrianak betetzen ditu; horiek ez dute nahiko ambulatorioko zerbitzuekin, eta horrela ospitalizazioa saihesten da, jarraipen trinkoagoa eginez. Etxebizitzetara dagokienez, 6 etxebizitza daude, eta horiek 28 gaixorako gaitasuna dute. Datuak biltzeko unean 24 gaixo zegoen, bi etxebizitzatan banaturik (6 pertsonako gaitasuna duten 2 etxebizitza eta 4 pertsonako gaitasuna duten 4 etxebizitza); urteko okupazio indizea, azkenik, 85,7koa da.

16. taula. Baliabide bakoitzeko kalkulatoriko leku kopuru errealak eta hobezinak

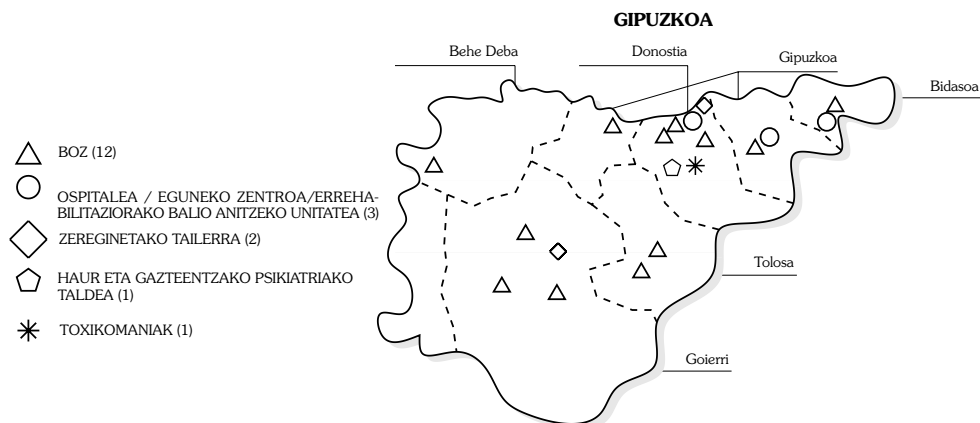
Baliabide mota	Leku kopuru errealak	100.000 biztanleko	Leku kopuru hobezina**
Eguneko zentroa/balio anitzeko unitatea	70+25*	17.19	60
Lanbide zentroa	42	7.6	6-10
Ikuskaturiko etxebizitza	28	5.06	6-10

** Madrilgo Erkidegoko Osasun Sailburuordetzak eta Gizarte Zerbitzuek gomendaturiko tasekin konparatu da, lan errehabilitaziorako eta errehabilitazio psikosozialeko zentrorako gomendaturiko tasekin alegia.

* Beste 25 leku Aita Mennirenak dira. Aita Menni ospitalea Mondragoen kokatuta dagoenez, Arabako eskualdekoa izango litzateke, gaixoak gehienetan gipuzkoarrak izaten badira ere (Deba Garaikoak eta Behekoak).

Gipuzkoan dauden bitarteko baliabideei dagozkien zifrek defizit nabaria adierazten dute, batez ere eguneko ospitale/zentroetan, bai Osakidetzaren jarduketa planen irizpideen arabera (aurreko urteetakoak), bai beste Autonomia Erkidego batzuetako programen arabera (Madril, Andaluzia, etab.).

BURUKO GAITZETARAKO OSPITALETIK KANPOKO ZERBITZUAK (OSAKIDETZA)



1998an, plantila 3 lanpostutan handitu zen, eta hori %2,65eko gorakada izan zen. 1988ko azken sei hilekoan beste 4 lanpostu egon ziren, elikadura arazoei buruzko programa abian jartzeko, Bitarte zentroko ordutegia handitzeko eta Tolosaldeko lanbide zentroa hasteko. Babesturiko biztanleriak, gainera, %0,24ko gorakada izan zuen; horrek guztiak %9ko gorakada ahalbidetu du zaindutako pertsona kopuruan (Osakidetza, 1998).

17. taula. Erkidegoko zainzarako profesionalak. Gipuzkoa, 1998

Profesionalak	Guztira***	100.000 biztanleko	Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Sailaren aurreikuspenak (1990).
Psikiatra	34	5,4	5
Psikologoa	16	2,5	4,2
Gizarte langilea	11	1,7	3,3
Erizaina	30	4,7	5

*** Osakidetza memoriaren arabera zifrak, 1998.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak egindako aurreikuspenen arabera, 1990ean eta hurrengo hamarkadan, lortu egin dira profesional psikiatrikoen tasak; gainera, erizaintzako langile kopuruari dagokionez ere hurbiltze ona egon da, baina oraindik gabeziak daude psikologoetan eta gizarte langileetan.

3.2.2.4. Datu ekonomikoak eta kudeaketaren adierazleak

1998ko ekitaldian, SAP/3 sistema ezarri zen, informazio eta kudeaketa ekonomiko/finantzazkoari buruzkoa; sistema hori Osakidetza eta horren zerbitzu erakunde ezaugarrietara egokitu zen. Aldabide proiektua burutu zen, Osakidetza eskubide pribatuko erakunde publiko bihurtzearen ondoriozko proiektua.

Ekitaldi horretan egoeraren balantzea egin da lehenengoz, erakundearen ondare eta finantza egoeraren islatzat. Aipatzekoa da Buruko Osasunak %15,9ko gorakada izan duela bere aktiboetan (1998an); horrenbestez, urtea amaitzean 254 milioi pezeta zenbatu dira, edo 1,5 milioi euro.

Ustiapen gastuak 748,3 milioi pezetakoak izan dira (ia 4,5 milioi euro), eta horietatik, langileen gastua %92,3 da, eta funtzionamenduaren gainerako gastuak %7,7. Gorakada %3,4koa da, 97ari dagokionez, baina funtzionamenduaren gainerako gastuen murrizketak (% -6,1) moteldu egin du langileen gastuen %4,2ko hazkundea (18. taula). Inflazio indizea %1,4koa dela kontuan hartuz, %2ko hazkundea egon da Gipuzkoako ospitaletik kanpoko buruko osasunaren gastuan.

18. taula. Gipuzkoako ospitaletik kanpoko buruko osasuneko ustiapenaren gastuak

Kontzeptuak	1997	1998	Δ 98/97
Funtzionamendu gastuak	59.814	56.177	-%6.1
Langileen gastuak	664.119	692.182	%4.2
GASTUAK GUZTIRA	723.933	748.360	%3.4
SARRERAK GUZTIRA	723.933	751.754	%3.8

Sarreren eta gastuen arteko konparaziotik 3,4 milioi pezetako superabita ateratzen da, ustiapenaren ondorioz.

Azken programak edo zerbitzuak kontuan hartuz, helduen psikiatriak baliabideen %57 hartzen ditu eta umeen psikiatriak %15. Elikadura arazoei buruzko programa berriak guztizkoaren gaineko %1eko gorakada eragin du, baina esan behar da programa horren kostuen esleipena urteko bigarren seihilekoa ondo aurreratuta zegoenean hasi zela; beraz, horren benetako kostuak handiagoak izan dira, eta psikiatria orokorrean nahasita daude. Aurten, lanbide eta errehabilitazio terapia bereizi egin da helduen psikiatriatik; horrek, berez, erakundearen kostuen %9 hartzen ditu. Koadroa osatzeko, alkoholismoaren eta toxikomanien zaintzak %10 hartzen du, eta horri beste %9 gehitu behar diogu bitarteko helburuen programarako (metadona).

3.2.3. Araba

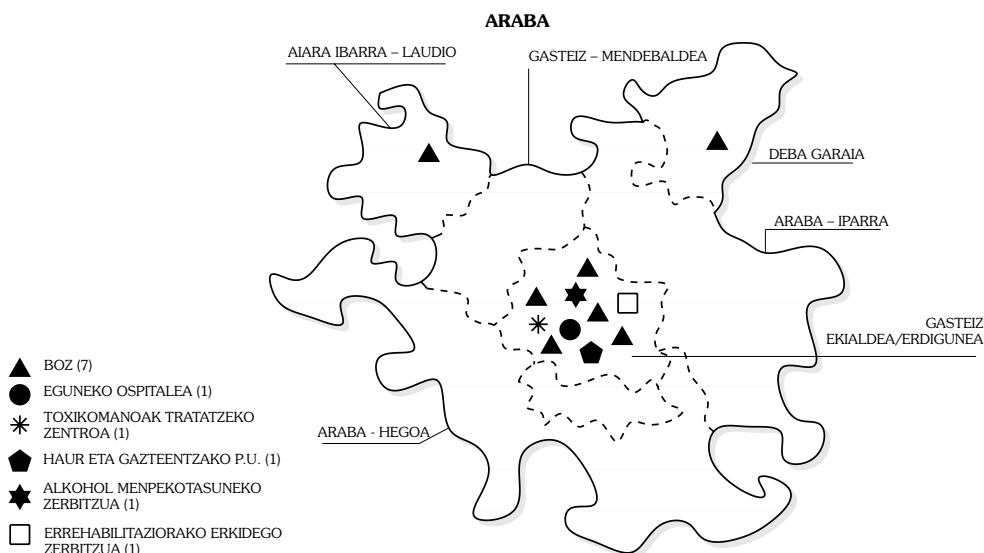
Araba, Autonomia Erkidegoko lurraldeen artean, azalerarik handiena eta biztanleriarik txikiena duena da. Biztanleria 51 udalerritan bildutako 415 gunetan banatzen da, eta horien %43, berriz, 500 biztanletik beherakoak dira. Biztanleriaren %81, bestalde, 3 udalerritan bilduta dago (Laudio, Amurrio eta Vitoria-Gasteiz) eta %78 Vitoria-Gasteizen bizi da.

- 70eko hamarkadaren azkenetan, "Probintziako Zaharretxean" sarturiko gaixoen berrantolaketa egin zen hiru kategoriatan: geriatrikoa, oligofrenikoa eta psikiatrikoa. Hamarkada horretan ospitaletik kanpoko dispositiboak sortu ziren.
- 1979an eguneko ospitalea sortu zen Ospitale Psikiatrikoaren ondoan, osatu osteko lekutzat sortu ere. 1981ean drogamenpekotasunen unitatea sortu zen (alkohola eta opiazeoak); horrek kanpoko kontsultetarako aukera eskaintzen zuen, eta kontsultategia zeukan heroinari loturiko arazoetarako. 1982an eguneko zentro bat abiatu zen; horrek, berriz, egonaldi luzeko zerbitzuetan sarturiko gaixoak komunitatera ateratzeko aukera ematen zuen; lagunduriko 11 etxebizitza zeuden, baita babesturiko pensio batzuk ere. Urte horretan, gainera, umeen psikiatriako unitate bat sortu zen.
- 1983an ospitaletik kanpoko zerbitzuak 4 azpieskualdetan banatu ziren, osasun maparen arabera. INSALUDEko dispositiboekin lankidetzan, buruko osasuneko 5 zentro garatu ziren, eta horiek Arabako kanpoko kontsulta publiko ia guztiak eurenaganatu zituzten.

- 1985ean, gaixo desinstituzionalizatuen laguntza komunitarioan pentsatuz (eguneko egitura balioanitz baten bidez), eguneko zerbitzua eta lanbide zentro bat sortu ziren.
- 1986an heroinarekiko drogamenpekotasuna duten gaixoentzako komunitate terapeutikoa sortu zen, baita alkoholikoentzako kontsultategia eta eguneko ospitalea ere. Azken zentro horretako taldea, eskariaren bilakaerak eraginda, zentro psikosozialean eta eguneko ospitalean banatu zen.
- 1987an errehabilitazio unitatea sortu zen, egonaldi luzeko unitateetako gaixoen laguntzarako.

Baliabide komunitario guztiak, hortaz, Arabako buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zaintzaren euskarri nagusiak dira.

BURUKO GAITZETARAKO OSPITALETIK KANPOKO ZERBITZUAK (OSAKIDETZA)



3.2.3.1. Laguntza jardueren Araban

19. taula. Laguntza jardueraren bilakaera Araban

Ospitaletik kanpoko zaintza	1995	1996	1997	1998
Harturiko kasu berriak		2.857	3.234	3.441
Berriro hastea		1.656	1.450	1.307
Zaindutakoak guztira	9.452	9.914	10.266	10.734
Kontsultak guztira	112.957	115.077	118.215	117.876
Eraginaren tasa (1.000 biztanleko)	8,0	8,4	9	
Nagusitasun tasa (1.000 biztanleko)	28	29,1	29	
Jarraiak/lehena erlazioa	23,7	22,8	17,5	20,3
Altak eta deribazioak		3.641	3.765	4.183

Lurralde honetan alta eta deribazio kopurua kasu berrien kopurua baino handiagoa da; horrek, berriz, zaindutako pertsonen eta egindako kontsulten hazkunde neurrigabea ekiditen du, eta horrela, zentroetako jarduera ez da saturatzen (19. taula).

3.2.3.2. Egitura eta giza baliabideak

Arabako egoera apur bat berezia da, buruko osasun zentro guztiak Vitoria-Gasteizko hirigunean kokaturik baitaude (Gasteiz Ekialdea-Erdialdea, Gasteiz Mendebaldea, Araba Iparraldea, Araba Hegoaldea). Zentro bakoitzean Arabako biztanleriaren zati bat zaintzen da. Buruko osasuneko beste zentro batzuk ere badira; bata Laudion, eta horrek Aiarako haran osoa hartzen du; bestea Mondragoen, eta horrek Deba Garaiko aldea hartzen du.

Lehen aipaturiko baliabideak ez ezik, alkoholismo unitate bat dago, eguneko ospitale bat eta errehabilitazio komunitarioko zentro bat; horiek guztiak Gasteizen daude.

- Alkoholismo unitateak laguntzako hiru egitura handi ditu:
 - Kontsultategia: patologia alkoholikoaren ebaluazioa eta arazoak.
 - Eguneko ospitalea: abstinentziari eustea.
 - Eguneko zentroa: gaixoa bere gizarte inguruan edukitzea, narriadura ekiditea eta prebentzioa.
- Eguneko ospitalea. Santiago Apostol ospitaleko akutuen unitatean alta hartu duten gaixoen ardura hartzen du.
- Errehabilitazio komunitarioko zerbitzua. Eguneko zerbitzuaren eta lanbide tailerraren maila fisikoa eta funtzionala hartzen du. Eguneko zerbitzuak gaixo desinstituzionalizatuen ardura dauka (ia horixe baino ez du egiten), eta zaintza integrala eta disziplina anitzeko zaintza eskaintzen die; lanbide tailerrak, berriz, eguneko zerbitzuko gaixoak hartzen ditu, baita BOZ desberdinetako gaixoak ere, lanbide mailako jarduerak egiteko bakarrik. Errehabilitazio terapeutikorako gaixoak hartzen ditu, eta eskuzko gaitasunak nahiz gaitasun psikosozialak suspertzen jarduten du. Monitore bat dago eguneko 24 orduetan, gau eta egun zaintzen diren gaixoentzat.

Zerbitzu honek, gainera, babesturiko ostatu sare bat koordinatzen du:

- Lagundutako etxebizitzak: espazio hauek zaintzaile bat dute, 7 orduetan batean eta 4 orduetan bestean. Bi etxebizitzaren artean 23 oheko gaitasuna dute. Batean, datuak biltzeko unean, 7 emakume bizi ziren, eta bestean, erdiak gizonak ziren.
- Pentsioak: jendeari eskaintzen zaizkion pentsioetatik 13 erabiltzen dira. Horiek aukeratzeko zenbait elementu hartzen dira kontuan (kokapena, gaixoaren gustuak, ikuskapen maila). Guztira 62 ohe daude.

- Ikuskaturiko etxebizitzak: ikuskaturiko 8 etxebizitza (5 emakumeenak eta 3 gizonenak). Okupatzaile kopurua 2tik 6ra bitartekoa da, eta batez besteko kopurua 4koa da (31 ohe).

20. taula. Arabako baliabide komunitarioetako leku kopurua

Baliabide mota	Leku errealen kop.	100.000 biztanleko	100.000 kopuru hobezina
Eguneko ospitalea/zentroa	207	68,3	60
Lanbide zentroa	70	23,10	6-10
Egoitza txikia (lagunduriko etxebizitza)	22	7,2	6-10
Ikuskaturiko pentsioak	62	20,4	1-2
Etxebizitzak	31	10,2	6-10

Arabako probintziak egoitzazko bitarteko baliabideen hornidura ona dauka (20. taula). Eguneko ospitaleetan eta zentroetan ez dago gabeziarik, beste komunitate edo erakunde batzuetako adierazleei dagokienez. Hiriburuko gehiegizko zentralizazioak, ostera, probintziako herrietan bizi diren gaixoek nekezago lortzen dute horietan sartzea. Hori neurri batean konpontzeko, eguneko ospitalea/zentroa egin nahi da Laudion.

Giza baliabideei dagokienez, eta Osasun Sailak 1990eko hamarkadarako egindako plan estrategikoak eta aurreikuspenak erreferentziatzat hartuz, psikiatra eta erizain kopurua ondo egokiturik dago, baina gabeziak daude psikologoei eta gizarte langileei dagokienez (21. taula).

21. taula. Zaintza komunitarioko profesionalak. Araba, 1998

Profesionalak	Guzt.	100.000 biztanleko	Eusk. Jaurlaritzako Osasun Sailaren aurreikuspenak (1990) 100.000 biztanleko).
Psikiatra	22	6.4	5
Psikologoa	11	3.2	4.2
Gizarte langilea	10	2.9	3.3
Erizaina	20	5.8	5

3.2.3.3. Datu ekonomikoak

1997an, langileek eragindako gastua, Araban, buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zerbitzuen gastuaren %85 izan zen, eta %36, zaintza psikiatrikoaren guztizko gastuari dagokionez, azken hori 2.196 milioi pezetakoa izan baitzen (22. taula). Ospitalizazio gastuak alde batera utzita, aurrekontuko partida nagusia buruko osasuneko 6 zentroetan sartzen da (Gasteiz-Erdialdea, Fdez. de Leceta, Aranbizkarra II, San Martín, Aiara eta Deba Garaia), %37arekin; gero, alkoholikoak ez diren drogak erabiltzen dituztenen laguntzarako zentroak daude: Toxikomanien Tratamendurako Zentroa eta Forondako Komunitate Terapeutikoa.

22. taula. Gastuaren banaketa osasun jardueraren arabera, 1997ko ekitaldia

	Zenbatekoa (miletan)	%	%Ospitalizazioa izan ezik
Ospitalizazioa	1.409.648	64	—
Buruko osasuneko zentroak	292.652	13	37
Alkohola ez diren drogak	158.173	7	20
Errehabilitazio komunitarioa	143.250	7	18
Alkoholismoa	98.099	5	13
Umeen psikiatria	70.788	3	9
Eguneko ospitalea	23.654	1	3
GUZTIRA	2.196.264	100	100

Aurreko bi urteetan gastua egonkorra izan bazen ere, 1998an murrizketa handia egon zen Arabako buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zerbitzuetan, langileen kapituluan gastua txikiagoa izatearen eraginez. Halaber, azken hiru urte hauetan gero eta gastu txikiagoa egon da funtzionamenduan (23. taula).

23. taula. Langileen eta funtzionamenduaren gastuak Araban (milakoak, pta)

	1996	1997	1998
Langileen gastua	656.622	671.903	620.074
Funtzionamenduaren gastua	131.456	114.713	101.616
GUZTIRA	788.078	786.616	721.690

3.2.4. Bizkaia

3.2.4.1. Laguntza jarduera eta horren bilakaera Bizkaian

Bizkaiko biztanleria 1.114.000 biztanlekoa da, eta bertatik kanpo gelditzen dira Arakaldo, Ermua, Mallabia, Otxandio, Urduña, Orozko eta Ubidea udalerriak; izan ere, horiek Gipuzkoako eta Arabako osasun Eremuetan sartzen dira.

Zaintzaren bilakaerak urte batetik besterako gorakada izan du, zaindutako gaixo kopuruari eta kontsulta kopuruari dagokionez; azken horiek gorakada itzela izan dute azken 4 urteotan, eta gaixo berrien kopuruak ere goranzko joera txikia izan du.

Eraginaren, nagusitasunaren eta maiztasunaren tasek urte batetik besterako gorakada dute (24. Taula). Oraindik ere desproporzio nabaria dago kasu berrien nahiz zaindutako kasuen eta alta kopuruaren artean; horrek, berriz, eragina izan du esku hartzeko moduetan, eta banakako nahiz taldeko psikoterapeuta kopuruaren beherakada nabaria izan da.

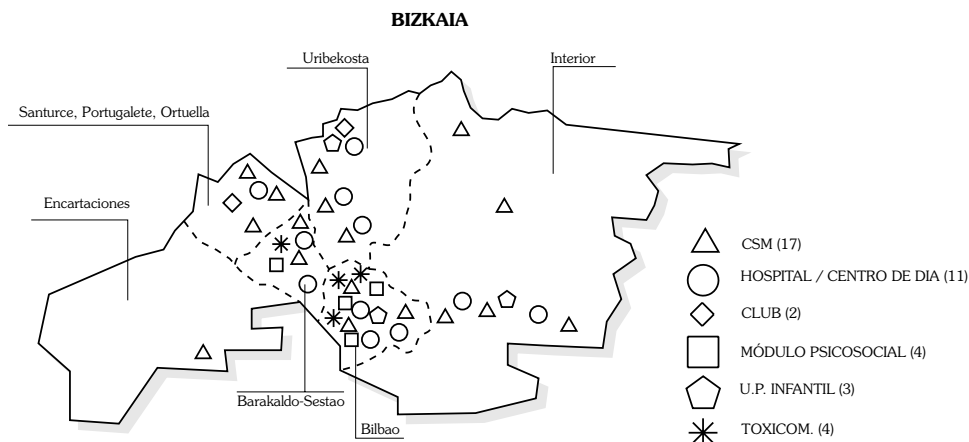
24. taula. Buruko osasunaren zaintzaren bilakaera Bizkaian. 1994-1998

	1994	1995	1996	1997	1998
Gaixo berriak	10.156	10.507	10.911	10.812	10.581
Tratamenduak berriro hasia	2.909	3.153	3.196	3.645	3.640
Zaindutakoak guztira	30.096	32.502	34.941	37.757	38.930
Kontsultak guztira	249.779	265.573	291.161	325.324	356.326
Eraginaren tasa	9	9.3	9.79	9.70	9.5
Nagusitasunaren tasa	26.6	28.8	31.35	33.88	34.9
Maiztasunaren tasa	221.2	235.1	261.26	291.92	319.7
Gaixo/urte bakoitzeko kontsultak	8.3	8.2	8	8.6	9.1
Jarraiak/lehenengoak erlazioa	17.9	18.2	19	21.3	23.7
Nahita emandako alta medikoak	2.637+1.127	2.743+954	2.629+971	2.928+1.035	2.646+825

3.2.4.2. Egitura eta giza baliabideak

Bizkaia ondoko osasun eskualdeetan banaturik dago: Uribe-Kosta, Bilbo, Barakaldo-Sestao, Santurtzi-Portugalete-Urtuella, Barrualdea eta Enkarterriak. Osasun eskualde bakoitzean buruko osasuneko 1-5 zentro inguru dago, eskualde bakoitzaren biztanleri dentsitatearen arabera.

Osakidetzako buruko osasuneko zentroak ez ezik, Bizkaian Osakidetzarekin hitzarturiko modulu psikosozialen sarea dago. Modulu psikosozialak 1975ean sortu ziren, esperientzia pilotu baten ondorioz, Bilboko Rekalde auzoan. Baliabide hauek, sortu ere, baliabide komunitario ezarekiko sentsibilizazioa zuen hiriko mugimenduaren ondorioz sortu ziren. Euren helburuak laguntzakoak nahiz prebentziokoak dira, eta buruko osasuneko, famili planifikazioko eta aholkularitza juridikoko zerbitzuak ematen dituzte. Moduluak Osakidetzarekin, Udaletxeekin eta Aldundiekin hitzarturik daude. Lau modulu dira: Rekalde, San Ignazio, Auzolan eta Gurutzeta-Barakaldo. Ospitaletik kanpoko zerbitzuak, berriz, 30 dira guztira: 23 Osakidetzakoak eta 7 hitzartuak

BURUKO GAITZETARAKO OSPITALETIK KANPOKO ZERBITZUAK (OSAKIDETZA ETA ITUNDUTAKO ZENTROAK)

Giza baliabideen guztizko hornidura, buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zentroetan, egokia da psikiatra profesionalentzat, baina gabeziak ditu gainerako profesionalentzat (erizainak, psikologoak eta gizarte langileak) (25. taula). Psikiatren hornidura ere ez da nahikoa, Bilbo Handitik kanpoko eskualde batzuetan

25. taula. Zaintza komunitarioko profesionalak. Bizkaia, 1998

	Guztira	100.000 biztanleko	Eusk. Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Sailaren aurreikuspenak (1990) 100.000 biztanleko
Psikiatrak	67	6.0	5
Psikologoak	37	3.3	4.2
Erizainak	36	3.2	5
Gizarte langileak	26	2.3	3.3

26. taula. Leku errealak eta hobezinak, baliabide motaren arabera

Baliabide mota	Leku errealak errealak guztira	100.000 biztanle	Proporzio hobezinak
Eguneko ospitalea/zentroa	172	15.4	60
Lanbide zentroa	17	1.5	6-10
Klub psikosoziala	35	3.1	
Ikuskaturiko/lagundutako etxebizitzak	15	1.3	6-10

Sarean gutxien garatu den zatia bitarteko baliabideek osaturikoa izan da, gainerako Autonomia Erkidegoetan gertatu den bezala; eguneko zentro batzuk sortu dira, familiakoen eta gaixoen elkarleen (AVIFES) edo Fundazioen (Argia) ekimenez, eta horiek gabeziak betetzen dituzte neurri batean.

Buruko osasuneko zentroak ez ezik, Bizkaian 15 lekuko eguneko ospitaleak ere badaude (Uribe, Ajuriaguerra, Bilbo, Basauri, Urtuella), baita eguneko zentro bat ere Sestaon. Horiek guztiak, berriz, Bizkaiko buruko osasuneko eta zaintza psikiatrikoko zerbitzuaren (ospitaletik kanpoko zerbitzuak) menpekoak dira. Ospitaleko egoitza duen eguneko ospitale bat dago Basurtoko Ospitalean, baita Zamudioko ospitale psikiatrikoaren menpekoak ere; apurka-apurka, 1996tik, komunitatera orientaturiko dispositiboak sortu dira, Zamudion bertan eguneko ospitaleak ezarri dira, baita Barakaldon eta Erandion ere, eta laster beste bat egin nahi da Bilbon. Erandioko (1997) eta Barakaldoko (1997) eguneko zentroetan 15 eta 12 leku daude, hurrenez hurren, eta euren aurrekontuak 19,4 eta 18,5 milioikoak dira urtean. Zaldibarko ospitalearen menpe, Durangoko eguneko zentroa dago; 20 leku ditu eta 1997an sortu zen, Bermeoko Ospitale Psikiatrikoaren ekimenez; halaber, Bilbon ere eguneko ospitale bat dago, leku kopuru berberarekin.

Gainera, bi gizarte klub daude, 35 lekurekin; bata Uribe-Kostan (20 leku) eta bestea Urtuellan (15 leku); klub horiek buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zerbitzuen menpekoak dira.

Eguneko ospitaleen eta zentroen oraingo leku kopurua (13,6) beste Autonomia Erkidego batzuetan egindako gomendioekin konparatuta (adibidez, Madril), esan daiteke ez dela behar bestekoa (15-30 bitartean, 100.000 biztanleko, eguneko zentroetarako, eta 60, berriz, eguneko ospitaleetarako). Lagunduriko etxebizitzetan (osasun publikoaren menpeko etxebizitzak) 15 leku daude, Bermeoko Ospitale Psikiatrikoaren (5) eta Zaldibarko Ospitale Psikiatrikoaren (10) menpekoak. Oso defizitarioa da, beste Autonomia Erkidego batzuei dagokienez.

3.3. Gizarte zerbitzuen baliabideak eta jarduera ekonomikoa

Ondoren, gure Erkidegoko gizarte zerbitzuen sistemari buruzko datu batzuk eskaintzen dira. Datuok errealitatera hurbiltzeko baino ez dute balio, hau da, EAEko biztanleriak dituen gizarte zerbitzuen errealitate kuantitabora hurbiltzeko.

Eustatek emandako azken datuen arabera (Gizarte Zerbitzuen 1996ko Estatistikari buruzko datuak), Autonomia Erkidegoan urte horretan 975 erakunde zeuden gizarte zerbitzuak ematen, horiek 1.695 zentro edo zerbitzu kudeatzen zituzten (1.031 pribatuak eta 664 publikoak).

Zentroak herri edo hiririk garrantzitsuenetan biltzen dira, baina desberdintasun nabariak daude lurralde batetik bestera. Adibidez, Araban hiriburutasuna nabarmenagoa da, eta zentro asko Vitoria-Gasteizen biltzen dira; Bizkaian pilaketa maila handia dago Bilboren eta horren eraginaldearen artean (Bilbo Handia); Gipuzkoan, ostera, eredu sakabanatuagoa da, baina bertan ere gehienbat Donostian eta horren eskualdean kokatzen dira (Donostia).

1.695 zentroak biztanleri motaren arabera banatzen dira: %36,5ek zaharrak zaintzen dituzte (619 zentro), %20,2k minusbalioak dituzten biztanleak zaintzen dituzte (343 zentro), %12,9k bazterturiko biztanleak zaintzen dituzte (218 zentro), %6,1ek haur-gazteak zaintzen dihardute (103 zentro) eta %5,6k emakumeak zaintzen dituzte (95 zentro). Gainerakoak, 317 zentro (%18,7), biztanle guztietarako erabiltzen dira, eta batik bat oinarriko gizarte zerbitzuak eta drogamenpekotasunen prebentziorako zerbitzuak ematen dituzte.

Gizarte zerbitzuen zentroak kudeatzen dituzten erakunderik gehienek 5 pertsonatik beherako plantilak dituzte, eta gehienak sektore pribatukoak dira. Erakunde gutxi batzuek 100 pertsonatik gorako plantilak dituzte, eta gizarte zerbitzu publikoen sareetakoak dira, batez ere.

Gizarte zerbitzuen sektorean, 1996an, 12.043 pertsona zebiltzan lanean. Pertsona horien lana osatzeko, 11.783 boluntario zegoen (batik bat kudeaketa pribatuko erakundeetan eta zentroetan). Horren barruan ez dira azpikontrataturiko pertsonak sartu; horiek gero eta gehiago dira gizarte zerbitzuen sektorean, eta kopuru oso garrantzitsua osatzen dute etxerik etxeko laguntza zerbitzuak emateko orduan (1.347 langile).

Gizarte zerbitzuetako zentroetan lan egiten duten langileen banaketa, euren funtzioaren arabera, ondoko taulan jasota dago:

27. taula. EAEko gizarte zerbitzuetako langileak, euren funtzioaren arabera banaturik

Funtzio mota	Pertsona kopurua
Zuzendaritza eta administrazioa	1.437
Mantenimendua, ostalaritza eta garbiketa	1.819
Osasuneko langileak (medikuak, ATSak, laguntzaileak)	2.268
Hezkuntza lana (hezitzaileak, monitorea, etc)	1.337
Teknikariak (gizarte lana, pedagogia, psikologia)	1.013
Beste langile batzuk	1.072
Lan zentro berezietako langileak-erabiltzaileak	3.097
GUZTIRA	12.043

Iturria: Gizarte Zerbitzuen Estatistika. Eustat, 1.996.

Langile gehien duen sektorea minusbalioak dituen pertsonak zaintzen diharduena da (langile guztien %43); gehienetan egoitzazko zentroetan daude, baita lanbide zentroetan eta lan bereziko zentroetan ere.

Autonomia Erkidegoan, gizarte zerbitzuen sistemaren zaintzak, 1996an, 82.465 milioi pezetako ahalegina egin behar izan zuen. Lurraldeen arabera, desberdintasun aipagarriak daude: Arabak sare publikorik indartsuena dauka, Bizkaian sektore pribatuak jarduketa eremu zabalagoa dauka eta Gipuzkoan sektore pribatua ia %50ekoa da.

Sistemaren finantziazioa batez ere publikoa da (%71,4), eta finantzatzaile nagusiak hiru Foru Aldundiak dira (gastuaren %43,3 ematen dute), gero Eusko Jaurlaritza (%11,5) eta Udaletxeak (%12). Finantziazio pribatua %28,6 izan da (familiek eta erabiltzaileek ordainduriko tasak ere barne hartuta).

12 erakunde kudeatzailek 1.000 milioi pezetatik gorako gastua zuten urtero.

Gasturik handiena egoitzazko zerbitzuei lotuta dago, batez ere zaharren zerbitzuari lotuta; gero, minusbaliatuak zaintzen dituzten zerbitzuak datoz (1.318 leku egoitzetan). Egoitzetako leku horietatik gehienak (minusbaliatuentzako lekuak) gaitz psikiko larria edo sakona duten pertsonak zaintzeko erabiltzen dira.

3.4. Elkartze-mugimendua: oraingo egoera

Familien eta gaixo psikikoen elkarteak
Beste elkarte batzuk
Laguntzarako eta errehabilitaziorako fundazioak eta elkarteak
Erabiltzaileen elkarteak

Elkartze-mugimendua, bai hiriko antolaketan (partehartzeko, errebindikazioko eta gizarte sentikortasuneko osagaiak), bai autolaguntzako taldeetan, krisi egoerei aurre egiteko beharizanaren ondorioz sortu da; beharrezkotzat jotzen dituen eskubideak eta baliabideak eskatzen ditu (berak ez dituen baliabideak), eta erakunde publikoetatik iritsitako soluzioak nahi ditu, kudeaketari, garapenari edo finantziazioari dagokionez.

Buruko osasuneko hiriko elkartze-mugimendua, hasieran, profesional aurrerakoiek zuzendu zuten; azken urteotan, mugimendu horrek indar handia hartu du gizartean, familien eta erabiltzaileen bultzadari esker; izan ere, horiek kultura berria sortzen hasi dira (Hernández, 1999), eta erreferentziako puntu bihurtu dira, gaixoen eskubide zibilen defentsarako eta buruko osasuneko zerbitzuen kalitatea hedatzeko nahiz hobetzeko. Komunikazio espazio berriak eta nortasun kolektiboa sortu ahala, Fundazioek, osasun nahiz errehabilitazio Batzordeek eta abarrek ere gero eta partehartze handiagoa dute (buruko osasunaren sustapenerantz bideratzen dute euren jarduera). Ondoren adierazten diren edukiak oraingo elkarte desberdinen memorietan dokumentatu dira, baita horiek teknikariek eta kudeatzaileekin egindako elkarriketetan ere.

3.4.1. Familien eta gaixo psikikoen elkarteak

Familien eguneroko bizitza goitik behera aldatzen da bertako kideren batek buruko gaitzen bat duenean. Familiaren egitura aldatu egiten da, elkarreragin emozionalan, etxeko lanetan, aisialdian, baliabide ekonomikoetan, etab. Erruduntasuna, egoerak ezin kontrolatzea, ondo ez dabilen famili sistema, laguntzarik eza eta ezagupenik ez izatea: ezaugarri horiekin batera beste batzuk ere sortzen dira, esate baterako, inguruak arazoa ez ulertzea eta erakunde publikoek sustaturiko baliabideak oso urriak izatea. Familiakoek eta erabiltzaileek, arazo horiek ondo ezagutzen dituztenez, elkarrengandik ikasi eta elkarri lagundu nahi diote, tratamenduak eta bizi baldintzak nahiz kalitatea hobetu ahal izateko.

Buruko gaitzak familian duen eragina ikusita, helburuak elkarbizitzari aurre egitea eta gaixotasunak bizimoduan izango dituen eraginak ezagutzea dira. Osasun sisteman zaintza komunitarioak eta desinstituzionalizazioa sartzean, familiei ahalegin handiagoa eskatzen zaie. Zaintzaileen eginkizunak gero eta garrantzi handiagoa dauka, zaharretxeetako aukerak gero eta urriagoak baitira. Hori dela eta, halako elkarteek errebindikazio organo izan nahi dute, erakundeei dagokienez, gizartea gaixoen gizarte integrazioaren alde sensibilizatzeko, era guztietako ekimenak sustatzeko, etab. Horrenbestez, azken hamarkada honetan familien eta erabiltzaileen elkarteak sortu dira Euskal Autonomia Erkidegoan.

3.4.1.1. *Ibilbide historiko laburra*

- 1976an, Araban Nuestra Señora de las Nieves Egoitza zen buruko gaixoak zaintzeko baliabide bakarra, eta bertara joaten ziren, Toki Araubideari buruzko Legearen arabera. Gero, garai horretako elkartze-mugimendu gero eta handiagoaren eraginez, ASAFES sortu zen (Familiakoen eta Gaixo Psikikoen Arabako Elkarte); horrek, 1977an, ospitaletik kanpoko baliabideen Plataforma aurkeztu zion iritzi publikoari; bitarteko baliabideak ziren erakundearen eta komunitatearen artean, osasun eta gizarte laguntza hobea edukitzeko. Elkarte hori aurrendaria izan zen Euskal Autonomia Erkidegoan (datorren urtean 25 urte egingo ditu), eta Espainiako estatu osorako eredia izan zen; gainera, gizarte dinamismoaren eredia izan da (bai lehen eta bai orain ere), ekimen gaitasun handia baitauka, eta batzuetan eredu eta antolaketa ofizialen aurretik joan da.

1983an, Osasun eta Gizarte Ongizateko Foru Institutuak buruko Osasuneko I. Plana aurkeztu zuen Arabarako, psikiatria komunitarioko ereduaren arabera; zaintza sektORIZATU egin zuen eta buruko osasuna osasun sistema orokorrean sartzea aintzat hartu zuen. Une horretan, ASAFES familiaren eginkizunari buruzko gogoetak egiten hasi zen, berori baita buruko gaixoaren benetako euskarria (berarekin bizi da); halaber, zaintzaileei orientazioa eta laguntza eskaini beharrez ere jabetu zen (zaintzailerik gehienak familiako kideak dira).

Bizkaiko eta Gipuzkoako elkarteak Arabako ereduaren arabera sortu ziren; une horretan, laguntzarako dispositiboak urriak ziren, buruko Osasuneko Zentroak sortu berriak ziren eta zaintza psikiatrikoa ospitaleen menpekoa zen. Eztabaida profesional handia zegoen psikiatria komunitarioari buruz, baina ardatz nagusiak oraindik ere ospitale psikiatrikoetako egonaldiak ziren eta familia zen gaixoaren zaintzailea.

- Familien eta Gaixo Psikikoen Gipuzkoako Elkarte (AGUIFES) 1985eko azaroan sortu zen, buruko osasuneko laguntza osasunaren gainerako arloekin parekatzeko, eta buruko gaitzak zituzten gaixoen gizarte isolamendua murrizteko; gizarte klubak, aisialdi zerbitzuak eta beste egitura integratzaile batzuk sustatu ziren eta lanaren oinarria gaixoak eta familiak izan ziren. Hasiera-hasieratik, errebindikazio organoa izan zen, gizartea arazoaz jabetzeko organoa eta kontsultarako nahiz partehartzerako organoa izan da.

1989tik bertako kideak, errebindikazioen bidez ezer ez lortzeaz nekatuta, hauxe eskatu zuten: Administrazioak euren beharrianen bat bete ezean elkarteak berak baliabide berriak proiektatzea. Orientazio aldaketa hori, bestalde, hamarkada honetan AGUIFESen ekimenez sortu diren egituren oinarria izan da: babesturiko etxebizitzak, lanbide tailerra, eguneko ospitalea, negutegia,...

- Bizkaian, Familien eta Gaixo Psikikoen Bizkaiko Elkarte (AVIFES) 1986an sortu zen, terapia egiten zuen famili talde baten ekimenez; horiek batu beharra zegoela ikusi zuten, euren taldeak bete barik zituen beharrianak errebindikatzeko. Euren erreferentzia ASAFES izan zen, baina hauen jarduerak eta baliabideen abiatzea motelagoak izan dira, batzuetan geldotasun administratiboen eraginez.

AVIFESeko kide bat, Foru Aldundiko, BBK-ko eta Osakidetzako ordezkariekin batera, Eragintzako batzorde betearazlearen barruan dago. Fundazio hori iraupen luzeko

buruko gaitzak dituzten pertsonen errehabilitazioaz eta lan integrazioaz arduratzen da, 1991n sortu zen, ongizate eta laguntza izaeraz eta irabazi asmorik gabe.

- 1989an, Aiarako Haraneko boluntario talde batek biltzea erabaki zuen, esfortzuak batzeko talde horren alde. Horrela, ASASAM sortu zen, Buruko Osasuneko Aiarako Elkartea; familien eta gaixo psikikoen elkarerik berriena da, eta urteek aurrera egin ahala gero eta kide gehiago dauka. Gaur egun, 50 pertsona dira (gaixoak, familiakoak eta laguntzaileak) eta Laudion biltzen dira.

Lehentxoago, 1987an, Familien eta Gaixo Psikikoen Elkarten Euskadiko Federazioa sortu zen (FEDEAFES), eta hori EUFAMI Europako Federazioko kidea da. Lehenago, 1983an, ASAFESko kide batzuek Familien eta Gaixo Psikikoen Elkarten Estatuko Konfederazioaren (FEAFES) sorreran parte hartu zuten.

- Lurralde Historikoei buruzko Legearen eraginez (LTH), zaintza psikiatrikoa Osakidetzaren menpe gelditu zen; gizarte zerbitzuak, berriz, toki Administrazioaren eskumenekoak izan ziren. Harrezkero, zerbitzu batzuetatik besteetarako igarotzea etengabekoa izan da, eta buruko gaitzen bat duten pertsonak gizarte zerbitzuetatik osasun zerbitzuetara joan eta etorri ibiltzen dira.

FEDEAFESko kideen elkarrekin, azken urteotan (hamarkada bat), osasuneko erakundearen, buruko osasuneko zerbitzuen eta Foru Aldundien nahiz Udaletxeen menpeko gizarte zerbitzuen arteko elkarriketa bultzatu dute. Horren ondorioz, garrantzi handiko ekimenak bultzatu dira, buruko gaixoen taldea errehabilitatzeko eta gizartean integratzeko, horietatik baitira etengabeko zaintza integralaren ahultasunik handienak. Gainera, FEDEAFESek beste jarduerak batzuk ere antolatzen ditu, esate baterako, buruko osasunari loturiko gaien inguruko urteroko eztabaidak (gaixoaren gizarte errehabilitazioa, erabiltzaileen nahiz familiakoen beharrezan, tratamendu bereziak, gizartearen sentsibilizazioa, etab.), udalekuak (gaixoaren harremanetarako espazio berritatu) eta buruko Osasunaren Mundu Eguna inguruko ekitaldiak.

Baliabideen gidak ezagunak eta oso interesgarriak dira (aldian behin argitaratzen dira), baita 1992an gizarte beharrezan ikerketa egiteko ekimena ere; ekimen horren helburua gaixo psikikoaren eta familien errealitatea ezagutzea da: Eusko Jaurlaritzako Gizarte Gaien Sailburuordetzak argitaratu zuen 1994an, autolaguntzako eta gizarte integratioko Taldeak izenburuarekin. Ez dira ahaztu behar nazioarteko harremanak, batez ere buruko Osasuneko Mundu Federazioaren eta EUFAMIren bidez (buruko gaitza duten pertsonen Familien Elkarten Europako Federazioa); Europako III. Mintegia, psikosiko eta eskizofreniako hobekuntza praktikoei buruzkoa, Bilbon egin zen 1998an, Udaletxearen nahiz Arartekoaren laguntzaz, eta antolaketa mailako arrasta handia izan zuen.

3.4.1.2. Helburuak eta jarduerak

Elkarte hauen helburu nagusia buruko gaitza duten pertsonen integratio psikosoziala lortzea da. Helburu zehatzak ondokoak dira: gaixoaren autonomia nahiz independentzia

bultzatzea, familiako zein gizarteko erlazioa sustatzea, lan jarduera nahiz astialdiaren aprobeixamendua sustatzea, jarduera positiboak eta osasuntsuak bultzatzea, gizarte trebetasunetan laguntzea eta gaixotasuna hobeto ulertzea, gaixoa txarto dagoenean zer egin behar den jakiteko. Horretarako, berriz, gizartea arazoaz jabetu behar da, buruko gaixotasunarekiko iritzi eta jarduera aldaketa eragin behar da, eta herri administrazioekiko hausnarketa, kritika eta errebindikazioa egin behar da, buruko gaixotasuna duten pertsonen laguntza eraginkorrerako baliabideak sortu ahal izateko.

Garaturiko edo eskatutako jarduerak ondokoarekin erlazonaturik daude: beharizan soziosanitarioekin, gizarte sareekin nahiz gizarte euskarriarekin eta trebetasun bereziekin. Jardueretarako, kontuan hartzen da gaixoak non bizi diren (gehienetan familian eta, neurri txikiagoan, babesturiko etxebizitzetan), gaixoarentzako gizarte baliabideen eskaria zein den (klub psikosoziala, lana, prestazio ekonomikoa,...) eta beraren etorkizuna zein den, familiakoak zaharrak direnean eta babesik ezaren arriskua dagoenean (zaharretxeak, babesturiko lana,...).

3.4.1.3. Baliabideak, egiturak eta zerbitzuak 1999an

3.4.1.3.1. ASAFES (350 kide)

- Zerbitzu informatizatuak dituen gizarte egoitza dauka Gasteizen, bertako Udaletxeak utzitako 100 m²-ko lokal batean; bertan, ondoko zerbitzuak ematen dira: harrera nahiz orientazio zerbitzuak (250 kasu berri 1995-1998 bitartean); familiakoei emandako laguntza, laguntza talde baten bidez (komunikaziorako eremutzat), eta familiakoen eskola (orientaziorako eremutzat), eta hauetan 52 pertsona laguntzen dira; gaixoen aisialdiko kluba (140 partaide eta erabiltzaile batzorde zehatza), eta boluntario programa (53 pertsonari ematen zaie laguntza).
- 1992tik lan zentro berezia. RAEP, S.L. deritzona da (Gaixo Psikikoen Errehabilitazioa, Sozietate Mugatua); aldizkako kontratuen bidez autofinantzaturik dago, udal zentroetako garbiketa zerbitzuekin. Bertan 12 gaixok egiten dute lan, eta beste 25 pertsonaren erabilgarritasuna dago.
- Babes fundazioa. 1996an erregistratuta dago eta Gizarte Ongizateko Arabako Foru Institutuak eta Caja Vital Kutxak finantzatzen dute. Kudeaketa ASAFESetik egiten da eta bertako Patronatuan Arabako Ospitale Psikiatrikoaren ordezkariak daude. 1998an 14 kasu tratatu zituen. Familiakoen atsedenerako etxebizitza (Aldundiarekin hitzartua); 6 pertsonatarako lekua dauka.
- Kaskarinia aldizkaria, Foru Institutuak finantzatua; 1999tik lankidetzat hitzarmena dauka Vitoria-Gasteizeko Udaletxearekin, Osasun Saisetia.

3.4.1.3.2. AGUIFES (500 kide)

- Gizarte egoitza dauka Donostian, Apezpikutzak utzitakoa; bertan, orientazio, harrera, informazio eta administrazio lanak egiten dira. 1998an, 287 pertsona harreran eta orientazioan lagundu ziren.
- Familiakoei laguntzeko talde bat dauka; jarduera irekia eta asterokoa du, eta 160 pertsona lagundu dira. Familien hezkuntzarako mintegiak egon dira Eibarren (30

familia) eta Azpeitin (20); hitzaldiak egon dira eta horietara 90 pertsona joan dira batez beste, eta 7 talde daude (102 pertsonako partaidetza).

- Astialdiko eta aisialdiko kluba; 25 pertsona joaten dira egunero. Iaz 24 pertsona udalekuetara joan ziren.
- Eguneko ospitalea; 1994tik hitzarmena dauka Osakidetzarekin. 30 gaixo zaindu dira, eta batez beste partaidetza eguneko 17 pertsonakoa izan da.
- Lanaurreko tailerra, GUREAK, S.A. deritzonarekin egindako hitzarmena, 1991etik. Lan talde bateko 16 pertsonak parte hartzen dute, eta Gipuzkoako Foru Aldundiko Minusbalio Sailarekin hitzarmena dauka; guztira 31 pertsonak hartu du parte.
- Negutegi terapeutikoak Hernanin; 1989an sortu zen, Hernaniko Udaletxearekin lankidetzan, eta 8 pertsonari ematen die lana.
- Aholkularitza juridikoa. Kontratatua.
- 1992tik babesturiko hiru etxebizitza Intxaurren, Oartzunen eta Irunen. 23 pertsona zaindu dira eta 13 pertsona bertan bizi dira modu egonkorrean (5+5+4). 1999an Eibarren beste etxebizitza bat ireki zen, beste 4 pertsonatarako.
- Ibiltzen aldizkaria.

3.4.1.3.3. AVIFES (901 kide)

- Gizarte egoitza; bertatik etxeko laguntza antolatzen da. Aholkularitza juridikoa ere bertan dago. Bilboko aisialdi nahiz astialdi klubak (30 erabiltzaile) eta eguneko zentroak (gaitasuna: 60 gaixo eguneko) 86 gaixo lagundu zituzten.
- Gernikako eguneko zentroa. Elkarteak kudeatzen du eta udalerrien mankomunitatearen dirulaguntza dauka, baita Osakidetzaren laguntza teknikoa ere. 20 gaixo joan ziren (gaitasuna: 20 gaixo eguneko).
- Santurtziko eguneko zentroa; 42 gaixo joan ziren bertara (gaitasuna: 20 gaixo eguneko).
- Eragintza Fundazioaren ekimenak eta kudeaketa partekatzen du beste erakunde publiko batzuekin.
- LAVANINDU, S.L. (Eragintzak 1993an sorturiko lan zentro berezia), AVIFES eta Argia Fundazioa. Industriako garbitegi lanak egiten ditu; 42 pertsonako plantila dauka, eta horietatik 36k buruko gaixoren bat dute.
- Familiakoen laguntza taldea, familiakoentzako eskolarekin.
- Itxaropen aldizkaria.

3.4.1.3.4. ASASAM (150 kide)

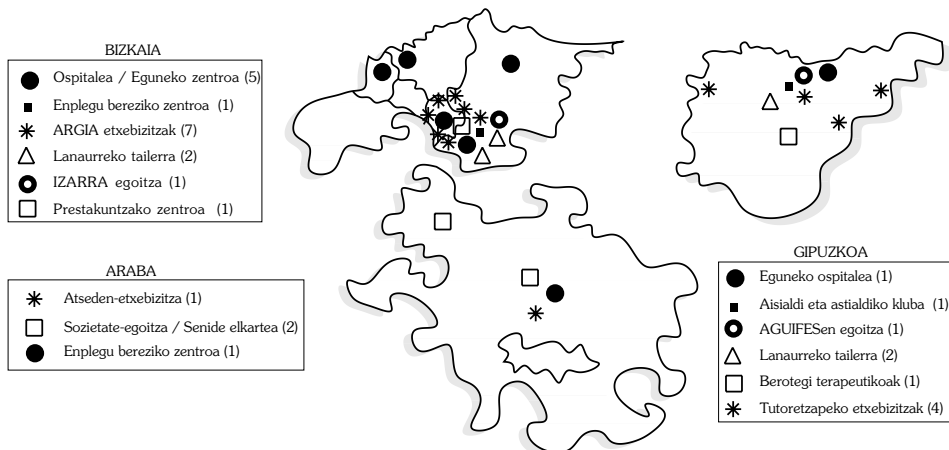
- Gizarte egoitza Laudion dago. Eguneko zentro honek 15 gaixo zaintzen ditu eguneko, eta gizarte kluba da. Gizarte zaintzan eta laguntza taldeetan jarduten du, familiakoentzako eskola dauka; jarduera egonkorra da eta buruko osasuneko ikasgeletan 20 familia daude, eta jarduera komunitarioak burutzen dira.
- Etxeko laguntza zerbitzua. 31 pertsona laguntzen dira.
- Pagolar aldizkaria, hiruhilekoa.

28. taula. Famili elkarteek garaturiko baliabideak, 1998

	ASAFES	ASASAM	AGUIFES	AVIFES
Kide kopurua	350	150	500	901
Urteko aurrekontua	23.500	5.415	43.322	36.054
Gizarte egoitza. Harrera programak	BAI	BAI	BAI	BAI
Leku kopurua	250		287	
Familiei laguntzeko programa	BAI	BAI	BAI	BAI
Leku kopurua	52	20	160	
Eguneko ospitalea/zentroa	EZ	BAI	BAI	BAI (3)
Leku kopurua			30	130
Aisialdiko kluba	BAI	BAI	BAI	BAI
Leku kopurua	140		25	30
Aldizkaria	Kaskarinia	Pagolar	Ibiltzen	Itxaropen
Etxez etxeko laguntza programa	EBAI	BAI		BAI
Leku kopurua	53	31		
Aholkularitza juridikoa	BAI	BAI ¹	BAI	BAI
Babesturiko etxebizitzak	EZ	EZ	BAI ²	EZ
Leku kopurua			13	
Lan bereziko edota lanaur. tailer. zentroak	BAI	EZ	BAI	Lavanindu ²
Leku kopurua	12		39	36
Babes fundazioa	BAI	BAI	EZ	EZ
Leku kopurua	14			
Erabiltzaileen batzordea	BAI	EZ	EZ	EZ
Familiien atsedendaldirako etxebizitzak	BAI	EZ	EZ	EZ
Leku kopurua	6			

¹ ASAFESekin batera² Eragintzak kudeatuta

EAEKO ELKARTE ETA FUNDAZIOEN BALIABIDEAK



3.4.1.4. Giza baliabideak

ASAFESen 7 profesional ari dira lanean: 2 gizarte langile -arlo desberdinetako koordinazio lanak egiten dituzte- (ASAFES, boluntarioen programa eta babes fundazioa), administratzaile 1 (ASAFES eta Lan Zentro Berezia) eta 4 monitore (astialdiko kluba). Gainera, erabiltzaileen taldeko kide 2k ere lagundu egiten dute eta laguntza hori ordaindu egiten da.

AGUIFESen lan egiten dutenak: psikiatra 1, psikologo 1 nahiz lanbide terapeuta 1 (eguneko ospitalea), 4 monitore (babesturiko etxebizitzak), tailer buru 1 (lanaurreko tailerra), monitore 1 (astialdiko kluba) eta koordinazio zein administrazio arduradun 2 gizarte lokalean. Osakidetzako BOZen lankidetzat dago.

AVIFESen ondokoek egiten dute lan: monitore 1 zein 4 erizain boluntario (Santurtziko eguneko zentroa); AVIFESeko monitore 1, Osakidetzako monitore 1 eta Bermeo-Gernikako BOZen laguntza (Gernikako eguneko zentroa); gizarte laguntzaile 1 nahiz lanbide monitore 1, baita bi edo hiru boluntario ere (Bilboko eguneko zentroa); administratzaile 1 (gizarte egoitza eta eguneko zentroa).

ASASAMen, azkenik: psikologo 1, gizarte langile 1, monitore 2 eta boluntario 1 (gizarte egoitza eta gizarte kluba).

29. taula. Famili elkarten giza baliabideak

	ASAFES	ASASAM	AGUIFES	AVIFES
Gizarte langileak	2	1		1
Administratzaileak	1		2	1
Monitoreak	4	2	5	3
Psikiatrak eta psikologoak		1	2	
Beste batzuk	2	1	2	7
Guztira	7+2	4+1	9+2	5+7

Oro har, familien eta gaixo psikikoen lau elkarteetan 25 profesionalak eta 12 boluntariok egiten dute lan (29. taula).

3.4.1.5. Onuradunak

Familia biderik interesgarrienetariko bat da desinstituzionalizazio prozesuetan; beraz, etxe barruko nahiz kanpoko laguntzak beharko dira. Izan ere, sustatu beharreko baliabide batzuk sortu behar dira, eta familia gaixoari laguntzeko iturriztat ulertu behar da; hori guztia lortzeko, berriz, buruko osasuneko profesionalen pentsaera aldatu egin behar da.

Igartuak 1994an FEDEFESen ekimenez egindako ikerketa interesgarri batean adierazitakoaren arabera (elkartuei buruzko ikerketa), elkartua-gaixoa pertsona gaztea da, gizona, ezkongabea, bikoterik gabea, seme-alaba gabea, oinarrizko ikasketak ditu eta familiarekin bizi da; gaixotasuna kroniko bihurtu ahala, gaixo horrek gero eta menpekotasun handiagoa dauka; erakunde publikoen menpe egoten da (INEM, Gizarte

Ongizatea, Gizarte Segurantzza), ez dauka lan esperientziarik edo esperientzia hori oso antzinakoa da, eta gaur egun lanik gabe dago (gizarte maila baxukoa izaten da). Diagnostikorik gehienak eskizofreniak eta beste psikosi mota batzuk izaten dira, eta, neurri txikiagoan, nortasunaren arazo eta neurosi larriak. Psikiatrikoki kontrolaturik egoten da kontsultetan, eta laguntza eta tratamenduaren ikuskapena familiak egiten du.

Zaintzen arduraren, gaixoei lagundu beharraren eta menpekotasun ekonomikoaren nahiz harremanen menpekotasunaren eraginez, gaixo kronikoak estresa eragiten du, eta horrek eragina dauka familiaren osasunean. Hala ere, giza harremanak bultzatu behar dira, baita gaixoen bizi kalitate handiagoa ere; gainera, lan nahiz harreman mailako gaitasunak eta gaitasun afektiboak sustatu behar dira gaixoen artean.

Familien eta gaixoen elkarre hauen zerbitzuen eta jardueren onuradunak desberdinak dira, lurralde batetik bestera. Araban, elkarretek gaixoen taldeko kopuru handia hartzen dute, eta horien diagnostikoak nortasunaren arazoei, arazo psikotikoei edo eskizofrenikoei eta abarri buruzkoak dira. Gainera, elkarre horiek kudeaturiko eguneko zentroen leku kopurua ere garrantzitsua da (30. taula).

30. taula. Buruko osasuneko eguneko zentroen onuradunak, 1998

	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Biztanleria osoa	340.000	1.115.000	650.000
Buruko osasuneko ospitaletik kanpoko zentroetan zaindutakoak	10.386	38.930	15.207
FEDEFES (eguneko ospitalea/zentroa)	ASAFES:- - ASASAM: 15	AVIFES: 152	AGUIFES: 30
OSAKIDETZA (eguneko ospitaleak/zentroak)	52+25	124	70

3.4.1.6. Finantziarioa

Familien eta gaixo psikikoen elkarre baliabideak, batzuetan, oso mugatuak dira behin-behinekotasunaren eraginez. Aurrekontuak eta funtzionamendua dirulaguntzen araberakoak dira, eta dirulaguntza gehienak erakunde publikoetatik datoz. Bilbo (25. taula).

31. taula. Familien eta gaixo psikikoen elkarre finantziarioa

1998	Udaletxeak	Foru Aldundia	Eusk. Jaurlar. Osasun Saila	Eusk. Jaurlar. Gizarte Ongizatea	Kideak eta erabiltz aileak	Aurrezki kutzak eta beste batzuk.	Aurrekontua (pezetak)
ASAFES	-	%97.7	%0.8	- *	%1.4	-	23.500.000
ASASAM	%6.5	%53.4	%2.1	%16.6	%1.5	%1.2	5.415.281
AVIFES	%19.0	%37.9	%2.0	%16.5	%19.6	%4.9	36.054.165
AGUIFES	%8.3	%30	%29.5	%4.6	%17.8	%9.7	43.322.000

*1998ra arte, Eusko Jaurlaritzako Gizarte Ongizateko oraingo partida Gizarte Gaien Ministeriotik zetorren eta %35,1 izan da.

Elkarteen jarduerak garatzeko finantziario iturriak, baita horiek kudeaturiko baliabide soziosanitarioak ere, erakunde publikoak egindako ekarpenak dira batik bat (ikus 31. taula), eta zenbateko ekonomikoak aldatu egiten dira probintzia batetik bestera. Kideen eta erabiltzaileen elkarpenek partidarik txikiena osatzen dute.

3.4.2. Beste elkarte batzuk

Patologia psikiatriko jakin batzuk dituen gaixo talde bat nekez sartu da gizarte baliabideen barruan edo buruko osasun zaintzako zerbitzuen barruan. Horren arrazoia gaixoen eta horien tratamenduaren berezitasuna izan da, baita zaintza sarean laguntza baliabideen zailtasunak ere.

Gaixo autistek, umeen psikosi batzuek, buruko atzerapena duten gaixoez eta abarrek bildu beharra izan dute zaintza duina lortu ahal izateko; osasun sareko dispositiboaren arazoak ikusita, erakunde publikoek eurek finantzatu edo sortu behar izan dituzte zentro, zerbitzu eta programa berriak.

3.4.2.1. Autismoaren eta umeen beste psikosi batzuen eraginez sorturiko guraso elkarteak

Autismoak, gizarte nahiz komunikazio garapen arrunterako beste arazo larri batzuek bezala, umeen %1ean dauka eragina. Osasunaren Mundu Erakundeak (OMS) dioenez, autismoa izan dezaketen jaioberrien zifra 5/10.000 da. Zifra hori oso handia da, eta Bizkaian, adibidez, 500 autista baino gehiago daude; Euskal Autonomia Erkidego osoan, berriz, 1.000 inguru daude.

3.4.2.1.1. APNABI

Bizkaian kokaturiko elkarte hau 1978an sortu zen eta 1979an erabilera publikoa onartu zitzaion; beraren helburua hau da: «autismoa edo umetako beste psikosiren bat duten umeen, gazteen eta helduen alde egitea, hezkuntzaren, osasunaren, gizartearen eta familien arloetan».

260 familia eta 70 profesional baino gehiago horren barruan daude. Gaur egun, onuradunak 269 erabiltzaile dira, 5 eta 27 urte bitartekoak.

Egiturak eta zerbitzuak gero eta handiagoak dira, 1982an hezkuntza Zerbitzua sortu zenetik; zerbitzu horren eginkizuna erabiltzaileak eskolaratzea da. Aldi berean, profesionalak ere gero eta gehiago dira:

- 1982an sorturiko hezkuntza zerbitzua; eskolaratzeari dagokionez, zuzeneko zaintzako 7 ikasgela ditu, Hezkuntza Bereziko Ikastetxean; halaber, zeharkako zaintza ere badago, integrazio prozesuan dauden ikasleentzat, baita eskolaratzeko orientazioa ere (familientzat). Zerbitzu honek zuzendari 1, 9 irakasle eta 7 hezitzaile ditu, eta horiek 160 gaixo zaintzen dituzte.

- Sail klinikoak (1987) orientazio, diagnostiko, tratamendu eta jarraipen programak ditu; 4 psikologo, psikiatra 1 eta mediku zuzendari 1 ditu. 1998an 264 gaixo zaindu zituzten.
- Famili laguntzako zerbitzuak (1987) arduradun bat, koordinatzaileak eta monitore boluntarioak ditu programetarako (udalekuak, bergizarteratzea, egoitzak, aisialdikoak edo laguntzaileentzat). 1998an 140 erabiltzaile zaindu zituzten.
- Zerbitzu soziolaboralaren helburua (1991) lan munduko integrazioa da, heziketaren eta eguneko zentroyen bidez. Zuzendari 1 eta 14 hezitzaile ditu eta horiek 140 pertsona zaintzen dituzte.
- Gizarte laguntza (1991) baliabide komunitarioetara orientatzeko, baita familien aholkularitzarako eta laguntzarako ere, gizarte langile baten bidez.
- Zerbitzu juridikoa (1995). Abokatu 1 dauka elkartuen, erabiltzaileen edo familien aholkularitza eta defentsa juridikorako. Zerbitzu juridikoak eta gizarte laguntzako zerbitzuak 264 pertsona zaindu zituzten iaz.
- Azkenik, GOIZ programa. Umeak zaintzeko eta suspertzeko (1997); 3 urtetik beherako umeentzat da, eta psikologo 1 eta 2 pedagogo ditu.

3.4.2.1.2. GAUTENA

Autismoa eta antzeko beste Arazo Orokor batzuk dituzten Umeen Gurasoen Gipuzkoako Elkarteak. 1978an sortu zen, guraso elkartetzat, eta gaur egun 128 pertsonak dihardute bertan (%84 lanaldi osoan), hezkuntza, lanbide, egoitza, laguntza psikiatriko eta aisialdi nahiz astialdi programak garatzen, Herri Administrazioarekiko hitzarmenen bidez, gizarte zerbitzuen, hezkuntzaren eta osasunaren arloetan.

Zerbitzuak:

- Laguntza psikiatrikoko programa. 1998an 208 pertsona zaindu ziren, eta jarduera psikiatrikoa 3.541 harremanetara iritsi zen: psikoterapi mota desberdinekin egindako eskuhartzeak (banakakoa, familiakoa, bikotekoa, taldekkoa), erizaintzako zaintzak, jarraipeneko elkarrizketak, lan komunitarioa, etab.
- Eguneko jardueren zentroa. 53 leku Aieteko eguneko zentroan eta Intxaurrendoko eguneko zentroan.
- Egoitzazko zerbitzua. 46 leku egoitzazko 4 unitatetan banatuta:
 - Oiartzun (Teresa Enea) 12 leku
 - Donostia (Txara 1) 12 leku
 - Donostia (Zarategi) 8 leku
 - Urnieta (2 villas) 14 leku
- Aisialdi eta astialdi zerbitzua. Kirol programa bereziak ditu umeentzat (10), gazteentzat (51) eta helduentzat (20); udalekuetarako eta oporretarako programak; atsedenaldirako programa, Foru Aldundiak Hondarribian eta Zarautzen dituen aterpetxeak erabiliz (20 familiak erabili dituzte).
- Hezkuntza berezia. Ikasgela 1 dago Azkarate Enea Hezkuntza Bereziko Zentroan, eta beste 11 ikasgela probintziako zentro arruntetan. 61 ikasle egon dira bertan.

Finantziarioa, bestalde, Herri Administrazioarekiko hitzarmenen bidez lortzen da. GAUTENA kudeaketa pribatuko erakundea da eta finantziario publikoa dauka.

Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Zerbitzuen Sailak gizarte programak finantzatzen ditu; Eusko Jaurlaritzako Hezkuntza, Unibertsitateak eta Ikerketa Sailak hezkuntza programa finantzatzen du, eta Osakidetza laguntza psikiatrikoko programa finantzatzen du.

3.4.2.1.3. ARAZOAK

Autismoaren eta Garapeneko beste Arazo Orokor batzuen Arabako Elkartea 1992an sortu zen, eta 70 familiak osatzen dute. Autismoa duten pertsonen Guraso Elkartean Espainiako Federazioaren barruan dago (FESPAU).

Giza baliabideak ondokoak dira: psikologo 1, gizarte langile 1, logopeda 1, 8 langile (laneko zentro bereziaren kudeatzaileak) eta monitorea.

Zerbitzu hauexek eskaintzen dira:

- laguntza psikologikoa
- gizarte laguntza
- aisialdi eta kultura programa
- famili laguntzako programa

32. taula. Finantziario iturriak eta aurrekontuak

1998	Udalak	Foru Aldundia	Eusk. Jaur. sailak	Beste batzuk	Kuotak eta dohaintzak	GUZTIRA
APNABI	%1.7	%58.4	%35.1	%4.8		261.134.260
GAUTENA		%88.3*		%2.9	%8.8	486.424.000
ARAZOAK	%5.3	%49.9	%2.0	%29.4**	%13.4	5.000.987

*Dirulaguntzak eta hitzarmenak erakunde publikoekin

**EEEko fondoak

Autismoa eta umetako beste psikosi batzuk dituzten umeen eta gurasoen elkarteek, Bizkaikoek eta Gipuzkoakoek, baliabide bolumen handia dute, buruko osasun arazoak dituzten beste talde batzuek baino askoz handiagoa; bolumen handi hori, berriz, bertan eskainitako zerbitzuen zenbateko handiak eta gizarte baliabide kopuru handiak justifikatzen dute.

3.4.2.2. Eskizofreniarekin zerikusia duten beste elkarte batzuk

B.A.Z.I. (Eskizofrenia duten Gaixoen Familien Laguntzarako Elkartea)

Irabazi asmorik gabeko elkarte nahiko berria da, 1998an sortu baitzen. Eskizofrenia arazoekiko interesa duten familiakoek, boluntarioek eta pertsonak osatzen dute.

Gaixoentzako tratamendu egokia lortzea, familiei laguntzea, gaixotasunaren gizarte ezagupenean sakontzea, profesionalengana hurbiltzea eta, azken batean, gaixoen nahiz familien bizi kalitatea hobetzea dira elkartearen helburuak.

3.4.2.3. *Buruko atzerapenarekin zerikusia duten elkarteak*

Buruko atzerapenaren ezaugarri nagusia batez bestekoa baino adimen gaitasun nahiko urriagoa izatea da; gainera, mugak izaten dira egokitzapen gaitasunean ere, behintzat trebetasunei loturiko eremuetariko bitan: komunikazioa, norbere buruaren zaintza, gizarte trebetasunak, etxeko bizitza, baliabide komunitarioen erabilera, autokontrola, trebetasun akademikoak, laneko trebetasunak, aisialdia, osasuna eta segurtasuna (APA, 1995). Intentsitate mailaren arabera, OMSek eta Amerikako Psikiatri Elkarteak ondoko sailkapena egiten dute buruko atzerapenari dagokionez: arina (%85), moderatua (%10), larria (%3-4) eta sakona (%1-2).

Buruko arazoan sailkapen handien kategorian agertuta ere, buruko atzerapena ez dute ez atzeratuak euren eta ez euren familiakoek onartzen, ezta buruzko osasuneko teknikariek ere. Sarritan, buruko atzerapenaren eta buruko gaitzaren arteko nahastea egoten da, baina biztanleria horren kopuru oso txikiak bakarrik dauka buruko arazo larririk, biztanleria orokorrarekin gertatzen den moduan.

Orain dauden elkarteetan, akats psikikoak dituen pertsona kopuru handia zaintzen da; akats horiek Foru Aldundiek minusbaliozat kalifikatzen dituzte (%33ko edo hortik gorako minusbalio maila), baina ez dira buruko atzerapenaren arazoak arduratzen.

Eremu honetan lan egiten duten elkarte batzuk hauexek dira: GORABIDE (gabezia psikikoak dituzten pertsonen aldeko Bizkaiko Elkarte), eta GORABIDE Babes Fundazioa; URIBE-KOSTA Elkarte, buruko gabeziak dituzten pertsonen aldekoa; ATZEGI atzeratuen aldeko Gipuzkoako Elkarte eta Uliazpi Fundazioa; APDEMA (buruko gabeziak dituzten pertsonen aldeko Arabako Elkarte).

Elkarte eta fundazio haueetatik, eta produktuen nahiz zerbitzuen eskari handia ikusita, Euskal Autonomia Erkidegoko sektore desberdinetako enpresek eta taldeek EHLABE Elkarte sortu dute (Babesturiko Lanerako Euskadiko Erakunde Elkarte). Bertan, Lantegi Batuak Fundazioa, Gureak Taldea, Indesa, Ranzari Lantegia eta Usoa Lantegiak sartzen dira; horiek kudeatzen dituzten fundazioetan edo batzordeetan, berriz, Udaletxeetako, Aldundietako eta aurrezki elkarte edota erakundeetako ordezkariak daude (horiek mantentzen laguntzen dute).

Lan eskaintza nahiko handia dute (lan berezia) gaitasunik eza duten pertsonentzat (ikusi 33. taula).

33. taula. EHLABEko lan eskaintza

1998	Langileak guztira	Ezindu psikikoak	Ezintasunik gabeak
BIZKAIA			
RANZARI LANTEGIA (Santurtzi-Portugaleta Mankomunitatea)	182	158	24
USOA LANTEGIAK (Barakaldoko Fundazioa)	207	182	25
LANTEGI BATUAK	1.265	973	142
GIPUZKOA			
GUREAK Azkoitia, Arrasate, Bergara, Donostia, Eibar Errenteria, Hernani, Irun, Lasarte, Legazpia, Oiartzun, Ordizia, Orio, Tolosa	2.223	1.396	194
ARABA			
INDESA Aneska, Adurra, Arbulo, Ariznavarra, Helios, Kimu, Lakua, Salburua, Lantze Lortu	813	301	95
	4.690	3.010 (%64.2)	480 (%10.2)

Elkarte hauek guztiak (Gorabide, Atzegi, APDEMA, Uribe-Kosta), baita APNABI, GAUTENA eta Uliazpi Fundazioa ere, buruko gabeziak dituzten pertsonen aldeko Elkarteen Euskadiko Federazioan daude (FEVAS). Beraren helburu nagusia esfortzuak koordinatzea eta sustatzea da Autonomia Erkidegoaren eremuan, eta interlokutoretzat jarduetan Eusko Jaurlaritzan. Halaber Espainiako Konfederazioaren barruan daude (FEAPS), eta egoitza Bruselan duen Buruko Ezintasuna duten Pertsonen aldeko Elkarteen Nazioarteko Ligaren barruan dago (ILSMH); bertan, lan taldeekin jarduten du kalitateari buruzko arloetan eta praktika oneko eskuliburuak egiten.

3.4.3. Laguntzarako eta errehabilitaziorako fundazioak eta elkarteak**3.4.3.1. ERAGINTZA fundazioa**

Ongizateko eta laguntzako fundazioa da, irabazi asmorik gabea, eta beraren helburua garapen luzeko buruko nahasteak dituzten pertsonak errehabilitatzea eta bergizarteratzea nahiz laneratzea da.

Batez ere Bizkaiko Foru Aldundiak eta Bilbao Bizkaia Kutxak finantzatzen dute, sortu zuten erakundeek alegia. 1995etik 1998ra, Eragintzak Europako Gizarte Fondoaren finantziazioa izan zuen, Eusko Jaurlaritzako Justizia, Ekonomia, Lan eta Gizarte Segurantzza Sailaren bidez.

1998an, jarduera heziketa eta lan programetan oinarritu da, eta buruko nahasteak dituzten pertsonen beharrianak (akademikoak nahiz lan arlokoak) bete ditu, bergizarteratzea errazteko eta euren autoestimua nahiz gaitasunak handitzeko; ekonomiaren ahalezko sustatzailea da.

Errehabilitaziorako eta bergizarteratzeko nahiz laneratzeko programek lau ziklo dituzte:

1. Erabiltzaile berrien harrera eta balorazioa. 1994-1998 bitartean, Eragintzak buruko gaixotasuna duten 827 pertsona ebaluatu ditu. 1998an, Eragintza Fundazioak, errehabilitazio zerbitzuen bidez, 348 pertsona zaindu zituen; pertsona horiek Osakidetzako buruko osasuneko zentroetatik zetozen gehienbat (%73), baina baita ospitaleetatik (%6), modulu psikosozialetatik (%4), eguneko ospitaleetatik (%8) eta zentro pribatuetatik ere (%9).
2. Heziketa. Beharizan zehatzak betetzen ditu, heziketa soziolaboraleko, heziketa orokorreko eta aisialdiko ikastaroen bidez; ikastaro horiek boluntarioek ematen dituzte, psikologo taldearekiko lankidetzan. 1998an, 262 ikaslek 20 ikastarotan hartu zuten parte. Lan heziketa lanbide tailerren bidez garatzen da (koadernaketa, ostalaritza eta lorazaintza); horietan, lanbide bat ikasi eta gizarte nahiz lan trebetasunak aplikatzen eta hobetzen dira.
3. Babesturiko lana, ohiko lan merkatuan arazoak dituzten edo aurretiazko prestakuntza behar duten pertsonen aukerak eskaintzeko.
 - Koadernaketa tailerra 1996an abiatu zen. 6 erabiltzaile ditu; ikuskapena eta laguntza, berriz, maisu koadernatzaile 1ek eta 2 monitorek egiten dute.
 - Lorazaintza tailerra 1998ko urtarriletik dabil; tailerrera doazen 21 erabiltzailetariko 9k garatzen dute.
 - Laneko zentro berezia, Lavanindu, S.L. (1993); industri garbiketako zentro hau AVIFESekin eta Argia Fundazioarekin batera antolatutik dago. 43 pertsonako plantila dauka, eta horietatik 36k buruko arazoren bat dute. 4 monitoreko eta psikologo 1eko taldeak ikuskatzen du.
4. Lan normalizatua, Fundazioaren erronkarik handiena, lan integratioko gehieneko mailatzat. Lagunduriko lan programa bat dauka; bertan, 1998an, 34 pertsona ibili ziren, eta lan merkatu irekian sartu ziren.

1998an, Eragintza Fundazioan dabilzan erabiltzaileen familien poztasun maila ebaluatu zen; familiarik gehienak pozik zeuden jasotako arretagatik, eta lan taldean jarrera ona ikusi zuten kontsultetan, elkarrizketetan edo oharretan. Erabiltzaileak egonkortasun handiagoa lortu zuela zioten, errehabilitazio programetan zebilenetik, eta beraren funtzionamendu psikosoziala eta gizarte integrazioa hobetu egin zirela.

3.4.3.2. ARGIA fundazioa

Ongizateko eta laguntzako erakundea da, irabazi asmorik gabea, eta Aita Hirukoiztarrek kudeatzen dute.

Fundazioaren helburuak ondokoak dira: «Interes orokorrari zerbitzu ematea, laguntza eta gizarte mailako jarduerak abiatuz, gaixotasun eta arazo psikikoak dituzten pertsonen prebentziorako, tratamendurako errehabilitaziorako eta bergizarteratzeko; beti ere, irabazi asmorik gabeko erakundeekin lankidetzan jardunez, halako jarduerak egiteko».

Horretarako, kontuan izango dira iraupen luzeko gaixoen taldeak dituen beharrianak (errehabilitazio eta bergizartratze beharrianak), buruko gaixotasunaren edo horren ondorioen eraginezko beharrianak.

Disziplina anitzeko laguntza talde handi batek lanaren norabidea koordinatu du. Fundazioaren programak eta zerbitzuak psikologoen, psikiatren, monitorean eta boluntarioek garatzen dituzte.

Bertako jarduera, gaur egun, honexetan oinarritzen da:

• Eguneko ospitalea	80 erabiltzaile
• Harrera etxebizitzak	40 erabiltzaile
• Errehabilitazioko plan pertsonalizatuak	85 erabiltzaile
• Laneko errehabilitazio programa	75 erabiltzaile
• Babesturiko etxebizitzaren programa	40 erabiltzaile
• Boluntario eta gizarte sustapeneko programa	28 erabiltzaile

Finantziarioa Osakidetzarekin eta Bilboko nahiz Getxoko Udaletxearekin hitzarturiko dirulaguntzen eta programen bidez egiten da, Gizarte Ongizateko Eremuaren bitartez, baita aurrezkiko beste erakunde batzuekiko dirulaguntzen eta programen bidez ere. Eguneko ospitalearen erabiltzaile bakoitzak 300.000 pta. ordaindu behar du hilean, eta diru hori gehienetan Udaletxeak finantzatzen du.

3.4.3.3. *BIZITEGI. Egoera txarrean dauden pertsonak laguntzeko eta gizarteratzeko elkarteak*

Irabazi asmorik gabeko elkarte hau 1980an sortu zen, Bilboko Otxarkoaga auzoan fraide Kaputxino batzuek egindako lan komunitarioaren bidez (auzoan egoera txarrean zeuden pertsonen berri izatearen eraginez). 1988an Bizitegi elkarteak izaera juridikoa lortu zuen eta 1997an erabilera publikoko erakunde izendatu zuten.

Gizarte bazterketa jasaten duten pertsonak zaintzen dira; horiek narriadura psikosozial handia dute, eta profesional askoren erantzunak behar dituzte, euren ahultasuna murrizteko eta bizi kalitatea hobetzeko. Horrela, jarduera bi eremutan garatzen da: 1) eremu soziosanitarioan, gizarte babes nahiz gizartratze politikak garatzeko beharrianaz jabetzeko, eta gizarteak nahiz Herri Administrazioak onartu beharreko arazoei eta beharriari erantzuteko programetarako eta finantziarioetarako; 2) eremu pertsonalean, normalizazio ahalik eta handiena ahalbidetzeko dimentsio guztietan.

Bizitegik programa ugari dauka gizarte bazterketa jasaten duten biztanleentzat (drogamenpekotasunak, HIESa eta abar dituzten pertsonak); beste batzuk metadonaren bidezko programetan parte hartzen dute; gero, badaude inmigratioari, askatasunik ezari eta espetxetik irten osteko laguntzari eta abarri loturiko programak ere. Programa horietatik, Bizitegi Programa Dibertsifikatua aipatuko dugu; hori, hiritarrak zaintzeko eta ebaluatzeko zerbitzua izanik, gizarte bazterketaz gain buruko arazoak, minusbalioak, alkoholismoa, bakardadea, etxebizitzarik eza eta beste arazo batzuk dituzten pertsonen zuzenduta dago. Horrenbestez, azpiegitura biztanle horiei zuzendutako programek baldintzatzen dute, eta hori errehabilitazioaren eta gizartratzearen alderdi aktiboa izango da.

Instalazioak ondokoak dira:

- Babesturiko 14 etxebizitza, 43 lekurekin, Bilboko kanpoaldeko auzoetan (Otxarkoaga, Txurdinaga, Arabella, San Adrian eta Rekaldeberri), gizartearen aurkako jokabideak edo buruko gaixotasunak dituzten pertsonentzat.
- Lokal 1, programaren erdigune nagusia; bulegoak, sukaldea, jantokia eta 9 gela ditu (egoitza txikia), arazo fisiko edota psikiko handienak dituzten pertsonentzat.
- Errehabilitazioko eguneko zentro bat Otxarkoagan (55 leku).
- Lanbide tailerrerako lokal 1.
- Merkataritzako lokal 1.

Programen finantziakzioa mistoa da: erakunde publikoak nahiz pribatuak eta beste zenbait partida (tailerretako produktuen salmenta, erabiltzaileen kuotak, boluntarioen laguntzak, gizarte lokalen lagapena, etab.).

34. taula. Bizitegiren finantziakzioa, 1998

Bizkaiko Foru Aldundia	Eusk. Jaur. Osasun Saila	Bilboko Udala	Erabiltzaileen kuotak	Produktuen Salmenta	Aldundiaren Babesak	Beste lagunt. batzuk
%24	%17	%21	%20	%8	%4	%2

3.4.3.4. IZARRA etxea

Gaixo psikikoen errehabilitaziorako etxea da; laguntza soziosanitarioaren erdibideko zerbitzua da, eta errehabilitazio pertsonalean, sozialean, laborean eta pertsonen arteko harremanetan jarduten du, kronikotasuna murrizteko.

1977an sorturiko erdibideko etxea da, eta urteek aurrera egin ahala, gero eta handiago bihurtu da eta eskaintza espezializatzen joan da. 1985ean, lanbide tailer bat sortu zen.

IZARRA etxea ondokoek osaturiko disziplina anitzeko taldeak eratuta dago:

- Mediku psikiatra kontsultore bat.
- Mediku orokor bat, buruko osasunean trebatua.
- Psikologo kliniko bi.
- Bi gizarte laguntzaile.
- Psikiatriako laguntzaile bat (tailerraren monitorea).
- Sukaldari-garbitzaile bat.

Langileak balio anitzekoak direnez, laguntza klinikoaz ez ezik (farmakoterapia, banakako nahiz taldeko terapia, etab.) eremu administratiboaz ere arduratzen dira (janaria, erosketak, kudeaketa ekonomikoa, antolaketa,...); horrela, profesional bakoitzak eginkizun bereziak eta eginkizun orokorrak ditu, beraren kategorioa profesionala edozein izanda ere.

1998an, 37 pertsona egon dira, gaixo psikotiko kronikoak eta neurotiko larriak; horiek, ospitaleko edo ospitaletik kanpoko buruko osasuneko dispositiboetatik iritsi dira.

Finantziakzioari dagokionez, 1986an Aldundiarekin izandako hitzarmen ekonomikoa Osakidetza transferitu zen. Gaur egun, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren menpekoa da.

3.4.4. Erabiltzaileen elkarteak

Autolaguntzako mugimenduen filosofia eraldatzaileetan oinarrituriko elkarte hauen garapena motelagoa da Europan EEBBetan baino, eta are motelago Espainiako estatuan (Villalba, 1996), besteak beste azken hamarkadotako mugimendu sozialen nahiz politikoen historiari eta mugimendu psikiatrikoei loturiko faktoreen eraginez.

Zaintza komunitarioak ezin izan ditu beharrezko gizarte laguntzak garatu (horiek buruko gaixotasunaren estigmatizazioa eta gaixoaren bazterketa ekidingo lukete), eta horrela, pertsonen arteko loturak eta erlazioak sortzea zailagoa da. Horrek, biztanleek buruko gaitza duen gaixoaren beharrezanezi eta arazoei dagokienez duen sentsibilitate ezarekin batera, gaixoaren automarginazioa eta bazterketa eragin du, komunitateko partehartzeari dagokionez; izan ere, gaixoak berak ez ezik, gizarteak eta familiek ere oztopoak jarri dituzte.

Erabiltzaileen elkarteak eta autolaguntza taldeak gizarte laguntzako eskuhartze estrategiatzat sortu dira, eta estrategia hori erakunde publikoek eta buruko osasuneko profesionalak ere onartzen dute. Arazoak edo antzeko esperientziak dituzten pertsonak osaturiko taldeak dira, eta euren eginkizuna arazo pertsonalak gainditzeko laguntza lortzea da, baita familiak informatzeko eta orientatzeko ere, dauden baliabideak jakitera emanez. Kideek eurek zehazturiko egiturak dituzte, eta aldi behin biltzen dira, gizarte eta osasun laguntzako zerbitzuak osatzeko.

3.4.4.1. EGUNABAR, Psikiatriaren erabiltzaileen Bizkaiko Elkarteak

1996an abiatu zen, eta gero proiektutzat garatu zen, urtebetean antolaketa eta informazio mailako lanetan ibili ondoren. Gizarte laguntzako sarean sakondu nahi du, eta osasun zaintzaren osagarria izan nahi du; bertan, buruko arazo kronikoak dituzten 25 pertsona daude bilduta (psikosiak, eskizofreniak,...). Profesional batzuen laguntza eskatzen dute, eta OMEren laguntza dute (buruko osasuneko Euskadiko Elkarteak, Neuropsikiatriako Espainiako Elkartearekin federatua).

Baliabide material mugatuak ditu: hurbileko parrokia batek utzitako gizarte lokala eta apurka-apurka lortzen ari diren altzariak. Giza baliabideei dagokienez, gizarte langile bat eta psikologo bat daude, eta horiek taldeko jardueretan eta jarduera psikoterapeutikoetan hartzen dute parte; halaber, boluntarioak daude, elkartuak izan edo ez. Urtebetetik hona, buruko osasuna zaintzeko sareko profesionalen laguntza eskatu diote osakidetzari, baina oraindik ez dute erantzunik jaso.

Euren jardueren aurrekontua (jarduera terapeutikoak, zabalkundekoak eta antolaketari loturiko mantenimendukoak) 3.000.000 pezeta ingurukoa da; hala ere, nabarmen murriztu behar dituzte barruko inbertsioak eta gizarte inbertsioak, orain arte erakundeek ez baitiete dirulaguntzarik eman. Kuoten (500-1000 pezeta hileko) eta aurrezki erakunde batek emandako dirulaguntza txiki baten bidez (20.000 pta.) bizi dira.

Araban eta Gipuzkoan ez dago halako elkarerik, baina horren antzeko taldeak daude; talde horiek erabiltzaileen batzordetzat bilduta eta antolatuta daude, gaixo psikikoen eta familien elkarteetan (ASAFES, ASASAM eta AGUIFES).

3.4.4.2. Alkoholismo taldeak

– Alkoholiko Anonimoak (AA)

Gaixo alkoholikoen autolaguntzarako taldeak dira, antzeko esperientziak elkartrukatzen dituzte, euren arazoa konpontzeko eta beste alkoholiko batzuei laguntza emateko. AAKo kideen baldintza bakarra edariari uzteko nahia da, eta euren helburu nagusia ez mozkortzea eta gainontzekoei ere gauza bera lortzen laguntzea da.

EAEko taldeak:

- Bizkaia: Bilbo (5), Bermeo, Gernika, Mundaka, Lekeitio, Markina, Ondarroa, Ermua, Arrigorriaga, Sodupe, Zorrotza, Arreta, Erandio, Sestao, Portugalete eta Santurtzi.
- Gipuzkoa: Donostia (4), Aretxabaleta, Azkoitia, Azpeitia, Beasain, Billabona, Bergara, Eibar, Eskoriatza, Elgeta, Elgoibar, Hernani, Intxaurrenondo, Irun, Legazpi, Mondragoe, Oñati, Ordizia, Orío, Oiartzun, Pasai Antxo, Pasai San Pedro, Pasai San Juan, Errearteria, Segura, Urretxu, Tolosa, Zumaia, Zarautz.
- Araba: Vitoria-Gasteiz (4), Laudio.

– Alkoholismoaren aurkako Cruz de Oro elkarte Bilbon

– AL ANON

Euren alkoholismoa onartu duten pertsonen familiak eta lagunak dira; horien eginkizuna gaixoak osatzen laguntzea da, baita gizarteari alkoholikoen arazoei buruzko informazioa eta ideiak jakinaraztea ere.

Bizkaian taldeak daude Bilbon (La Bolsa, San Nikolas eliza, Santiago plaza eta San Felisísimo), Bermeon, Gernikan, Ondarroan, Ermuan, Arrigorriagan, Portugaleten eta Santurtzin.

* * *

Era berean, beste elkarte batzuk ere badira, eta horien barruan, gizartean oraintsu ezagutzera eman diren baina aspaldi azterturik dauden (orain hamarkada batzuk) gaixoak dituzten pertsonak biltzen dira. Esate baterako, elikadura arazoak (ACABE), ludopatiak (Ekintza, Jokalari anonimoak), agorafobia, etab.

4. Buruko gaitz kronikoa duten pertsonek osasunaren gaineko zaintzari buruzko azterketa

4.1. Elkarrizketaturiko pertsonen bizi baldintzak

Laginaren deskribapena

Etxebizitza

Heziketa eta ikasketak

Ekonomia

Gizarte bizitza

Osasuna

Autonomia eta jasotako laguntza

4.1.1. Laginaren deskribapena

Elkarrizketatutako pertsonen lagina 405 pertsonak osatuta dago. %52 gizakiei dagokie. %30ek 14-34 urte du; %50ek, 35-59; eta %20k, 60 urte edo gehiago.

35. taula. Elkarrizketatutako pertsonen laginaren deskribapena, lurralde historikoaren arabera

LURRALDE HISTORIKOA	ARABA (kop.=64) (%16)	BIZKAIA (kop.=253) (%62)	GIPUAZOA (kop.=88) (%22)	GUZTIRA (kop.=405) (%100)
SEXUA				
Emakumea	38	49	52	48
Gizona	62	51	48	52
GUZTIRA	100	100	100	100
ADINA				
18-34	28	37	19	32
35-59	59	46	59	51
60 eta +	13	17	22	17
GUZTIRA	100	100	100	100
DIAGNOSTIKOA				
Psikosia	63	56	48	55
Alkoholismoa	20	15	15	16
Neurosia	17	29	37	29
GUZTIRA	100	100	100	100
KRONIKOTASUNA				
1-5 urte	43	53	53	52
6-10 urte	14	24	18	21
11 urte eta gehiago	43	23	29	27
GUZTIRA	100	100	100	100
EGOITZA-LEKUA				
Hirikoagoa	81	71	48	67
Landakoagoa	18	29	52	33
GUZTIRA	100	100	100	100

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan.

%62 Bizkaian bizi da; %22, Gipuzkoan; eta %16 (gainerakoa), Araban. %67 hirikoagotzat hartu dugun ingurune batean (Bilbo Handian, Donostialdean eta Gasteizen) bizi da. Ez dago gainerakoari (landakoagoari) begirako ezberdintasun handirik, sexuari, adinari, diagnostiko motari eta kronikotasunari dagokienez.

Gutxi gorabehera, elkarrizketatutako pertsonen erdiei psikosia edo nortasun-arazoa diagnostikatu zaie. %28k arazo neurotikoa agertzen du; eta %16k, arazo alkoholikoa. Psikosidun pertsonak sarrienetan gazteak izaten dira; alkoholismo-diagnostikoa dutenak, adin ertainekoak; eta neurosi-diagnostikoa dutenak, 60 urtetik gorakoak.

Lagineko pertsonen erdientzat arazoa duela sei urte baino gutxiago agertu zen, laurdenetan duela sei-hamar urte eta beste laurdenetan duela hamaika urte edo gehiago. Hiru arazo-taldeetan kronikotasun maila ezberdinak dituzten pertsonak ageri diren arren, kronikotasuna handiagoa da psikosietan, txikiagoa alkoholismo-kasuetan eta are txikiagoa neurosien kasuan.

36. taula. Elkarrizketatutako pertsonen laginaren deskribapena, adin-taldean arabera

ADINA	18-34 urte kop.=130 (%32)	35-59 urte kop.=205 (%51)	60 urte eta gehiago kop.=70 (%17)
SEXUA			
Emakumea	41	47	63
Gizona	59	53	37
GUZTIRA	100	100	100
LURRALDE HISTORIKOA			
Araba	14	19	12
Bizkaia	73	56	61
Gipuzkoa	13	25	27
GUZTIRA	100	100	100
DIAGNOSTIKOA			
Psikosia	75	46	46
Alkoholismoa	3	24	15
Neurosia	27	30	39
GUZTIRA	100	100	100
KRONIKOTASUNA			
1-5 urte	50	52	56
6-10 urte	21	22	19
11 urte eta gehiago	29	26	25
GUZTIRA	100	100	100
EGOITZA-LEKUA			
Hirikoa, batez ere	68	69	60
Landako, batez ere	32	31	40
GUZTIRA	100	100	100

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan

37. taula. Elkarrizketatutako pertsonen laginaren deskribapena, diagnostiko-taldearen arabera

ADINA	Psikosia kop.=226 (%56)	Alkoholismoa kop.=63 (%16)	Neurosia kop.=116 (%28)
SEXUA			
Emakumea	41	30	70
Gizona	59	70	30
GUZTIRA	100	100	100
ADINA			
18-34	43	6	24
35-59	4	78	53
60 eta +	15	16	23
GUZTIRA	100	100	100
LURRALDE HISTORIKOA			
Araba	18	21	9
Bizkaia	63	58	63
Gipuzkoa	19	21	28
GUZTIRA	100	100	100
KRONIKOTASUNA			
1-5 urte	35	68	74
6-10 urte	29	9	13
11 urte eta gehiago	36	23	13
GUZTIRA	100	100	100
EGOITZA-LEKUA			
Hirikoa, batez ere	69	62	65
Landakoa, batez ere	31	38	35
GUZTIRA	100	100	100

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan

4.1.2. Etxebizitza eta etxebizitzaren baldintzak

Inkestatutako pertsonen etxebizitza mota biztanleria orokorrarenaren antzekoa da. Gehienak guztiz normalizatutako famili motako egoitzetan bizi dira. %6 talde-establezimenduetan (pentsioetan, ostatueta edo egoitzetan) bizi da. Estu bizi diren pertsonak, azpietxebizitzan bizi direnek, %1 dakarte, biztanleria orokorrean gertatzen den bezalatsu. Talde-establezimenduetan maizenik bizi izaten diren pertsonak gizonetzkoak dira, psikosia edo alkoholismoa diagnostikatu zaie eta kronikotasun altua dute.

Etxebizitzaren ekipamenduari dagokionez, ez da biztanleria orokorrarenaren ezberdina den baldintzarik ikusten. Ekipamendurik oinarrizkoena (ura, ur beroa, argia, osasun-ekipamenduak, sukaldea eta abar) ez duen etxebizitza-ehunekoa ez da aztertutako laginaren %1era heltzen.

Horregatik, famili etxebizitzan ekipamendu handiagoko adierazkariak aztertu dira (telefonoa, igogailua, atezain automatikoa, garajea...). Ekipamenduok biztanleria orokorraren antzekoak dira, halaber.

Pertsonarik zaharrenek agertzen dituzte, gure laginean, ekipamendurik txarrenak. Ez dugu sexuaren, diagnostikoaren eta egoitza-lekuaren araberrako ezberdintasun nabarmenik aurkitu.

4.1.3. Heziketa eta ikasketak

Elkarrizketatutako pertsonen EAEko biztanleria orokorrak baino ikasketa maila txikiagoa agertzen dute.

Inkestatutako pertsonen artean, ikasketarik gabeko pertsonen proportzio garrantzitsua dago (%12). Horrelakoak emakume zahar-zaharrak dira bereziki.

Goi-batxilerrak, diplomaturek eta lizentziaturek biztanleria orokorrak baino ehuneko txikiagoak agertzen dituzte laginean, emakumeengan bereziki.

Psikosia diagnostikatu zaien pertsonen elkarrizketatutako gainerako pertsonen baino ikasketa maila txikiagoa agertzen dute.

4.1.4. Ekonomia

Elkarrizketatutako pertsonen %25 lanean dago (herenak lan finkoa dute, beste heren batzuek inoizkako lana dute eta gainerakoak autonomo-araubideko lan-enpleguan eta lan murgilduetan banatzen dira). Landun pertsonen proportzio hori (%25) txikiagoa da biztanleria orokorrean aurkitzen duguna (%33) baino. Gizonek egindako lanarengatik ordainketa emakumeek egindakoarengatikoa baino bost puntu handiagoa da. Alokairua izatea askoz ohikoagoa da alkoholismoarekiko edo neurosiarekiko pertsonengan psikosi pertsonengan baino.

Elkarrizketatutako pertsonen hamarreko hiru langabezi egoeran daude, gehienetan, langabeziarengatik prestaziorik gabe (langabeziarengatik prestazioa jasotzen duten pertsonak ez dira hamar pertsona langabetutariko bat izatera heltzen). Biztanleria orokorrari dagokionez, langabezi tasa hamarreko batekoa da.

%42 ez aktiboa da (OIT tituplogiaren arabera): herenak etxeoandreak dira, beste heren batzuk pertsona jubilatuak dira eta beste herenak lan-ezintasuna agertzen dute. Gainerakoak (%10) ikasleak edo bestelako ez aktiboak dira. Biztanleria orokorrean jarduerarik ezaren tasa hamar pertsonako ia seikoa da. Elkarrizketatutako pertsonen jarduerarik ezaren tasa txikiagoa pertsona gazteek pisu-garrantzitsuagoa dutelako gertatzen da.

Elkarrizketatutako pertsonen eskatu zitzaizkien beren lanerako gaitasunari eta prest egoteari buruzko balorazioa. Hainbat modalitate (enplegu arrunta, mugekiko enplegu arrunta,

enplegu babestua edo lan-ahalbiderik eza) kontutan hartu dira. Hamarreko bi benetako ez aktibotzat hartu dira (ezin dute lan egin edo ez dute nahi), adinarenatik, zeren eta beren osasunak uzten ez diela uste baitute, edo, etxekoandrearen baten kasuan, zeren eta behar ez baitu. Hamar pertsonatariko zazpi lan arrunterako balio dutela uste dute; kasu batzuetan, gutxitan, ordutegi txikien beharrari edo lan batzuk hartu ezinari lotutako muga batzuk aipaturik dituzte. Hamar pertsonatariko bakarrik uste du ezen enplegu babestuko zentroetan bakarrik egin dezakeela lan.

Egun lan egiten duten ala ez kontutan hartu barik, pertsonarik gehienek lehentasuna enplegu arruntari begirakoa da. Lanerako prest egotearen maila (ahal dute eta gustatuko litzaieke) altua da bai pertsona langabetuengan bai pertsona ez aktiboen artean (etxekoandreen, lan ezintasuna edo minusbalotasuna duten pertsonen eta abarren artean).

Laguntza-pertsonak (pentsio ez kontributiboak) dira inkestatutako pertsonen %23ren sarrera-iturriak (biztanleriaren orokorraren %0,6renak), pertsona gazteagoengan ohikoagoak eta gizonezkoengan ugariagoak. Neurri handiagoan ateratzen diete mota horretako pentsioei psikosia diagnostikatu zaien pertsonak (%38k) Ehunekoak %14koa eta %4koa dira pertsona alkoholikoengan eta neurosia diagnostikatu zaienengan, hurrenez hurren.

Inkestatutako pertsonen %16 ez du sarrera berezirik. Hiru laurdenak emakumeei dagozkie, adin ertainekoei bereziki (famili unitateko etxeko lanaz arduratzen diren famili buruaren ezkontideei). Gizonezkoen %8k (60 urtetik beherako adineko taldeak bereziki) ez du sarrera berezirik.

Inkestatutako pertsonen %25ek 5.000-39.000 pezetako hileko sarrerak ditu. %23k 40-79.000 pezetako hileko sarrerak ditu, %24k 80-159.000 pezetako errenta du eta %11k 159.000 pezeta baino gehiago ditu. Emakumeak zenbateko txikieneko errentako taldeetan ordezkatuago daude eta ez dute sarrera berezirik ehuneko 27 kasutan. Gazteak eta psikosia diagnostikatu zaien pertsonak ere errentarik txikieneko taldeetan ordezkatuago daude.

Ikus daitekeenez, eskura daitekeen hileko errenta nahiko txikia da elkarriketatutako pertsonarik gehienentzat. Sarrera-iturri nagusiak pentsio ez kontributiboak dira, hileko 37.000na pezetako zenbatekoa dutenak. Beste sarrera-iturri garrantzitsu batzuk, gizonezkoentzakoak, elbarritasun-pentsioak dira. Beraien zenbatekoa askoz altuagoa da eta haiek emakumeengan neurri askoz txikiagoan heltzen dira (emakumeen %4k bakarrik ditu horrelako pentsioak; eta gizonezkoen %20k). Era berean, gizonezkoek neurri handiagoan atzitzen dituzte jubilazio-pentsioak (%11), horrelako pentsioak emakumeen %6rengana heltzen den bitartean. Alarguntasun-pentsioak, jubilazio-pentsioak baino askoz txikiagoak direnak, emakumeen %16rengana heltzen dira. Lanetik datozen errentei dagokienean, berauek gizonezkoen %25ek eta emakumezkoen %20k dituzte. Adierazi behar da ezen, emakumeen kasuan, ekonomia murgilduko langile asko daudela, garbitzeko lanez bereziki arduratzen diren eta soldata txikiak dituztenak.

38. taula. Bizi-baldintzen adierazkariak laginean. Sexuaren araberako banaketa eta EAEko biztanleria orokorrarekiko erkaketa

	Emakum. kop.= 193	Gizona kop.= 212	Guztira kop.=405	EAEko biztanleria orokorra (*1)
ETXEBIZITZA	96	91	93	EZIN DA ESKURATU
Familiarena	3	8	6	
Taldekoa (pentsioa, ostatua eta abar)	1	1	1	
Etxegabea				
ETXEBIZITZAREN EKIPAMENDUA				
(ez dute...)	0	1	0.5	?
Ur berorik	8	8	8	6
Telefonorik	47	43	45	50
Igogailurik	67	65	66	73
Garajerik	16	14	15	17
Atezain automatikorik	45	50	47	47
Automobilik				
IKASKETAK	21	6	13	6
Ikasketarik gabe	47	54	51	48
Lehen mailakoak edo/eta graduata	9	12	11	16
Goi-batxilerra	16	18	17	15
LH(1)/LH(2)	7	10	9	15
Unibertsitatekoak				
LAN-EGOERA	25	26	25	33
Landunak	26	39	33	10
Langabetuak	49	35	42	57
Ez aktiboak				
SARRERA-ITURRIA	20	25	23	33
Alokairua	4	20	13	4
Elbarritasun-pentsioa	6	11	9	9.5
Jubilazio-pentsioa	22	27	25	0.5
Prestazioa	16	7	11	6
Beste pensio batzuk	6	2	4	
Bestelakoak	25	8	16	47
Sarrerarik ez				
SARRERA MAILA	27	8	17	EZIN DA ESKURATU
Sarrerarik ez	23	27	25	
1.000-39.000 pezeta hilean	27	20	23	
40-79.000 pezeta hilean	18	30	24	
80-159.000 pezeta hilean	5	6	11	
160.000 pezeta eta gehiago hilean				

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxebizitzaren ekipamendua" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoriatan batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen. "Lan-egoera"ri eta "sarrera-iturri"ari lotutako biztanleria orokorraren datuak 16-65 urteko biztanleriari dagozkio

(*1) ITURRIA: EUSTAT: EPV 1996 eta ECV 1994

39. taula. Bizi-baldintzen adierazkariak laginean, adin-taldeen arabera

ADINA	18-34 urte kop.=130	35-59 urte kop.=205	60 urte eta gehiago kop.=70
ETXE BIZITZA			
Familiarena	96	91	93
Taldekoa (pentsioa, ostatua eta abar)	4	8	7
Etxegabea	0	1	0
GUZTIRA	100	100	100
ETXE BIZITZAREN EKIPAMENDUA			
(ez dute...)	8	6	13
Telefonorik	48	40	54
Igogailurik	68	65	72
Garajerik	10	16	19
Atezain automatikorik	46	44	60
Automobilik			
IKASKETAK	8	9	32
Ikasketarik gabe	47	51	56
Lehen mailakoak edo graduatua	12	11	6
Goi-batxilerra	22	18	3
LH(1)/LH(2)	1	11	3
Unibertsitatekoak	100	100	100
GUZTIRA			
LAN-EGOERA	26	32	4
Landunak	54	31	2
Langabetuak	20	37	94
Ez aktiboak	100	100	100
GUZTIRA			
SARRERA-ITURRIA	24	29	2
Alokairua	5	18	10
Elbarritasun-pentsioa	0	3	40
Jubilazio-pentsioa	42	17	12
Prestazioa	8	9	25
Beste pentsio batzuk	4	5	0
Bestelakoak	17	19	11
Sarrerarik ez	100	100	100
GUZTIRA			
SARRERA MAILA	17	19	11
Sarrerarik ez	46	16	12
1.000-39.000 pezeta hilean	20	21	38
40-79.000 pezeta hilean	15	28	28
80-159.000 pezeta hilean	2	16	11
160.000 pezeta eta gehiago hilean	100	100	100
GUZTIRA			

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxebizitzaren ekipamendua" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategorian batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

**40. taula. Bizi-baldintzen adierazkariak laginean,
diagnostiko-taldearen arabera**

DIAGNOSTIKOA	Psikosia kop.=226	Alkoholismoa kop.=63	Neurosia kop.=116
ETXEBIZITZA			
Familiarena	91	92	98
Taldekoa (pentsioa, ostatua eta abar)	8	6	2
Etxegabea	1	2	0
GUZTIRA	100	100	100
ETXEBIZITZAREN EKIPAMENDUA			
(ez dute...)			2
Telefonorik	10	13	44
Igogailurik	43	50	60
Garajerik	68	66	15
Atezain automatikorik	13	21	27
Automobilik	57	51	
IKASKETAK			
Ikasketarik gabe	15	8	11
Lehen mailakoak edo graduatua	49	60	49
Goi-batxilerra	12	18	16
LH(1)/LH(2)	17	8	10
Unibertsitatekoak	7	6	14
GUZTIRA	100	100	100
LAN-EGOERA			
Landunak	13	42	40
Langabetuak	42	25	20
Ez aktiboak	45	33	40
GUZTIRA	100	100	100
SARRERA-ITURRIA			
Alokairua	11	37	37
Elbarritasun-pentsioa	18	8	6
Jubilazio-pentsioa	8	15	7
Prestazioa	38	14	4
Beste pentsio batzuk	10	8	17
Bestelakoak	3	5	3
Sarrerarik ez	12	13	26
GUZTIRA	100	100	100
SARRERA MAILA			
Sarrerarik ez	12	13	26
1.000-39.000 pezeta hilean	38	14	10
40-79.000 pezeta hilean	27	15	20
80-159.000 pezeta hilean	17	33	33
160.000 pezeta eta gehiago hilean	6	25	11
GUZTIRA	100	100	100

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxebizitzaren ekipamendua" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategorio batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

41. taula. Bizi-baldintzen adierazkariak laginean, kronikotasunaren arabera

KRONIKOTASUNA (*1)	0-5 urte kop.= 189	6-10 urte kop.=78	11 urte eta gehiago kop.=98
ETXEBIZITZA			
Familiarena			
Taldekoa (pentsioa, ostatu eta abar)	96	95	87
Etxegabea	4	3	13
GUZTIRA	0	2	0
	100	100	100
ETXEBIZITZAREN EKIPAMENDUA (ez dute...)			
Telefonorik	6	10	7
Igogailurik	40	60	40
Garajerik	58	73	71
Atezain automatikorik	14	24	10
Automobilik	36	51	65
IKASKETAK			
Ikasketarik gabe	7	14	13
Lehen mailakoak edo graduatua	55	44	56
Goi-batxilerra	11	10	14
LH(1)/LH(2)	17	19	14
Unibertsitatekoak	10	13	3
GUZTIRA	100	100	100
LAN-EGOERA			
Landunak	33	18	20
Langabetuak	32	46	30
Ez aktiboak	35	36	50
GUZTIRA	100	100	100
SARRERA-ITURRIA			
Alokairua			
Elbarritasun-pentsioa	30	14	21
Jubilazio-pentsioa	9	13	11
Prestazioa	6	16	0
Beste pentsio batzuk	16	32	35
Bestelakoak	12	12	17
Sarrerarik ez	5	3	7
GUZTIRA	22	10	9
	100	100	100
SARRERA MAILA			
Sarrerarik ez	22	10	9
1.000-39.000 pezeta hilean	18	32	36
40-79.000 pezeta hilean	18	31	27
80-159.000 pezeta hilean	27	19	20
160.000 pezeta eta gehiago hilean	15	8	8
GUZTIRA	100	100	100

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxebizitzaren ekipamendua" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoriatan batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

(*1) Lagineko 40 pertsonari begira, ez dago horrelako informaziorik

42. taula. Bizi-baldintzen adierazkariak laginean, egoitza-lekuaren arabera

EGOITZA-LEKUA	Hirikoa, batez ere kop.=272	Landakoa, batez ere kop.=133
ETXEBIZITZA		
Familiarena	93	95
Taldekoa (pentsioa, ostatua eta abar)	7	4
Etxegabea	0	1
GUZTIRA	100	100
ETXEBIZITZAREN EKIPAMENDUA (ez dute...)		
Telefonorik	5	11
Igogailurik	39	58
Garajerik	66	66
Atezain automatikorik	7	30
Automobilik	47	48
IKASKETAK		
Ikasketarik gabe	12	15
Lehen mailakoak edo graduatua	50	52
Goi-batxilerra	17	16
LH(1)/LH(2)	11	11
Unibertsitatekoak	10	6
GUZTIRA	100	100
LAN-EGOERA		
Landunak	23	29
Langabetuak	36	29
Ez aktiboak	41	42
GUZTIRA	100	100
SARRERA-ITURRIA		
Alokairua	21	27
Elbarritasun-pentsioa	14	11
Jubilazio-pentsioa	7	11
Prestazioa	25	24
Beste pentsio batzuk	13	8
Bestelakoak	3	2
Sarrerarik ez	17	17
GUZTIRA	100	100
SARRERA MAILA		
Sarrerarik ez	17	17
1.000-39.000 pezeta hilean	26	24
40-79.000 pezeta hilean	22	25
80-159.000 pezeta hilean	4	24
160.000 pezeta eta gehiago hilean	11	10
GUZTIRA	100	100

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxebizitzaren ekipamendua" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoria batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

4.1.5. Gizarte bizitza

Elkarrizketatutako pertsonen orokorrean gizarte bizitzari begirako beren asetasun maila balora zezaten eskatu zitzaizen: hamarreko seik uste dute ezen hura egokia edo oso egokia dela; emakumeak apur bat aseago daude. Hamar pertsonatarik lauk uste dute ezen beraien gizarte bizitza interesik gabea edo urriki egokia dela (ehuneko 22k hura interesik gabetzat jotzen dute; eta ehuneko 18k, urriki egokitza edo ezegokitza). Ez da ezberdintasun esanguratsurik ikusten sexuaren, adinaren, diagnostikoaren, kronikotasunaren edo egoitza-lekuaren (hirikoagoa/landakoagoa) arabera balorazioan.



Elkarrizketatutako pertsonen biztanleria orokorrak baino astialdi luzeagoa dute. Lagineko pertsonen ia erdiek (%41k) egunean 6 ordukoa baino luzeagoa den astialdia dute (%22k, biztanle orokorren artean); eta ia herenek 4-6 orduko astialdia dute (%22k, biztanle orokorren artean).

Adinez zaharrak direnak astialdi luzeagoa dute, eta psikosia edo alkoholismoa diagnostikatu zaien pertsonen, baita kronikotasunik handieneko pertsonen ere.

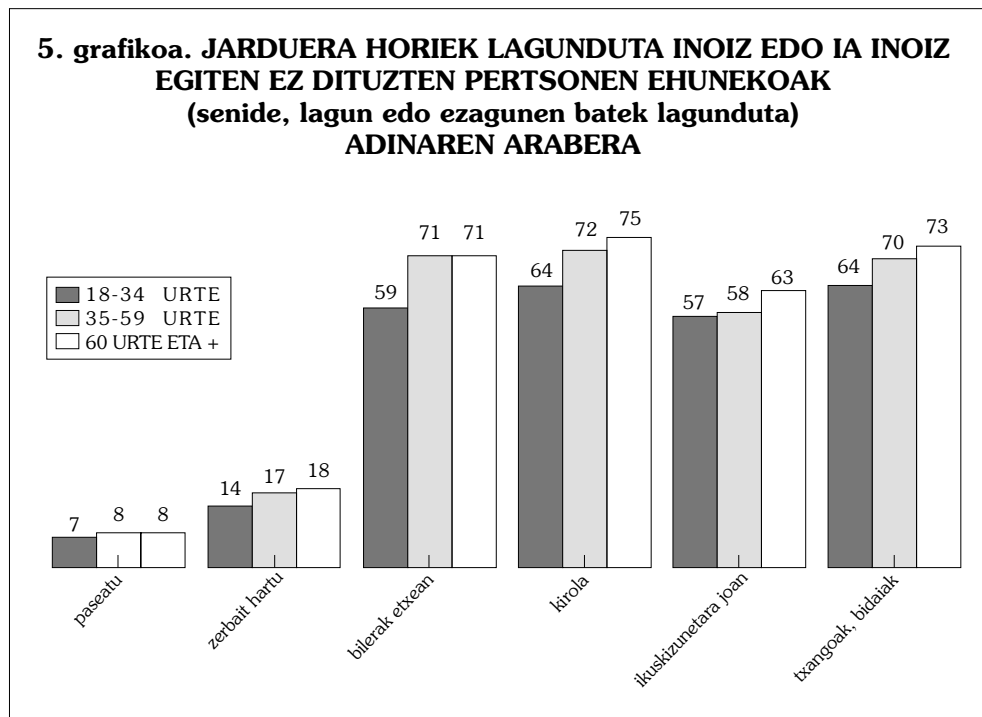
Neurosia diagnostikatu zaien pertsonen %20k bi ordu edo gutxiagoko astialdia dute egunean (%11k, biztanle orokorren artean).

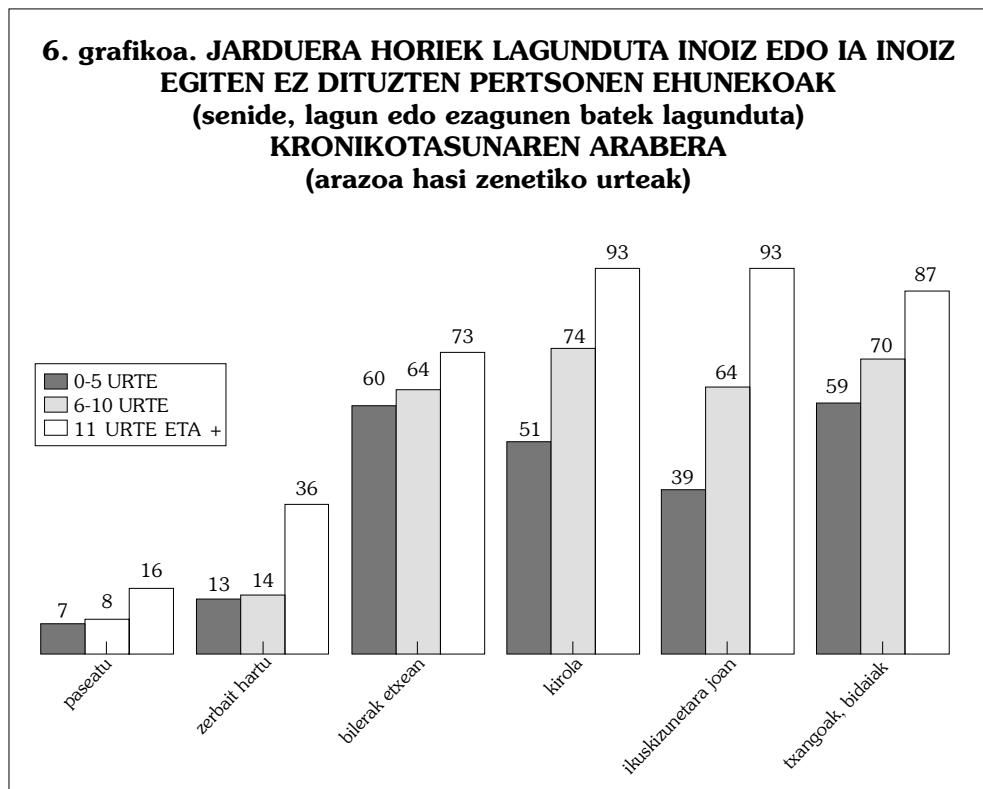
Elkarrizketatutako pertsonen astialdian egiten dituzten jarduerarik ohikoena eta jarduerok egiten dituzten pertsonen ehunekoak honakook dira: paseatzea eta telebista ikustea (%90), atsedean hartzea (%80), musika entzutea eta egunkariak edo aldizkariak irakurtzea (%70), liburuak irakurtzea, kirola egitea, mendira joatea, mahaiko jolas-jokoetan aritzea, ikuskizunetara joatea (%30, gutxi gorabehera) eta bildumak egitea, brikolajea, puntua eta beste lan batzuk, idaztea, instrumenturen bat jotzea, pintatzea, praktikatzailerik-ehunekoak lagineko pertsonen 10-20koak direlarik.

Erkatu ahal izan denari begira, jarduera horiek praktikatzeko antzeko maiztasuna agertzen du EAEko biztanle orokorren artean.

Biztanleria orokorraren aldean, elkarrizketatutako pertsonen ere ez dute maiztasun txikiagorik lagunek eta ezagunek lagunduta gizarte jarduerak egitean (hainbat motatako ikuskizunetara joatean, kirola egitean, etxebizitzara biltzean eta bidaiatzean edo ibilaldiak egitean).

Pertsonarik zaharrenak eta kronikoenak dira gizarte harreman urrirenak agertzen dituztenak (lagunek, ezagunek edo senideek lagunduta). Ez da sexuaren ez diagnostiko motaren arabera ezberdintasun garrantzitsurik ikusten.





4.1.6. Osasuna

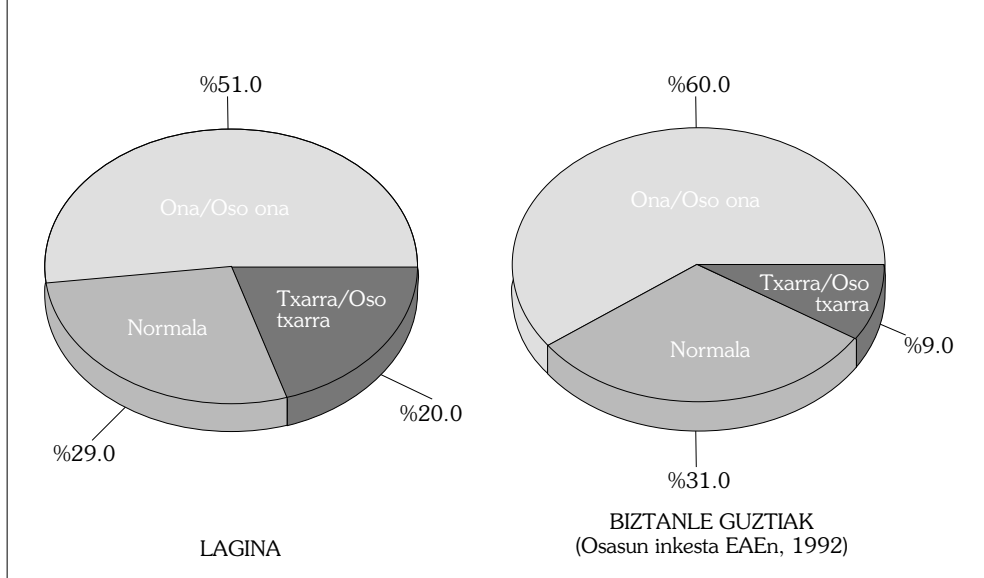
Elkarrizketatutako pertsonen adierazi dutenez, beraien osasun-egoera EAEko biztanleria orokorrarena baino txarragoa da. %20 kasutan, oro har, txartzat edo oso txartzat baloratzen dute beren osasuna (%9 kasutan, biztanleria orokorrari dagokionez). Txarragozat baloratzen dute beren osasuna emakumeek, pertsonarik zaharrenek, neurosia diagnostikatu zaien pertsonen eta kronikotasunik txikieneko pertsonen.

Pertsonen ia erdiek esan dute ezen ahoa txarto daukatela (%24k, biztanle orokorren artean) eta ikusteko arazoak kontatu dituzte (%8k, biztanle orokorren artean). Era berean, laginekoein ia erdiek esan dute ezen min osteomuskularrak dituztela (lepokoa, bizkarrekoa, lunbagokoa, ziatiketakoa, giltzaduretakoa) (%22k, biztanle orokorren artean). Lau pertsonatarik bakarrak liseriketa-arazoak ditu (%14k, biztanle orokorren artean), eta, era berean, lautarik bakarrak zefaleak eta buruminak ditu. Beste osasun-arazo batzuk (zirkulazio- eta arnas-aparatuena) ez dira ohikoagoak laginean biztanleria orokorrean baino. (EAEko osasun-inkesta, 1987koa)

Pertsonarik zaharrenek diotenez, beraiek dituzte osasun-arazo gehiago. Aho-arazoaren kasuan, pertsona neurosiak joek ere osasun-arazo gehiago kontatu dituzte.

7. grafikoa. OSASUNAREN PERTZEPZIO SUBJEKTIBOA, ARAZODUN PERTSONENA ETA EAEko BIZTANLE GUZTIENTZAT.

Nolakoa da zure osasuna?

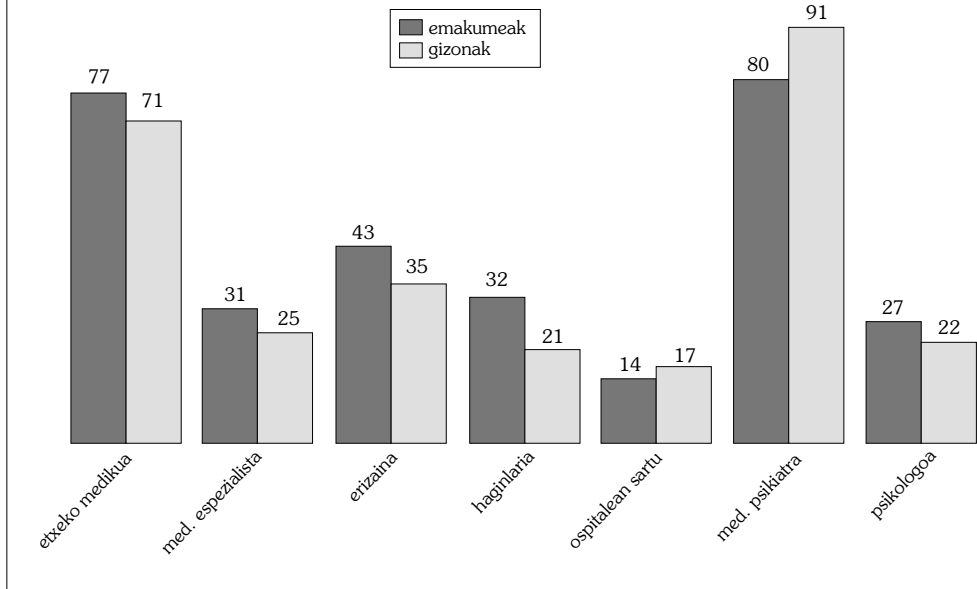


Elkarrizketatutako pertsonen biztanleria orokorrak baino proportzio handiagoan erabiltzen dituzte osasun-zerbitzuak. Elkarrizketatutako pertsonen %74k bere oheburuko medikuari kontsultatu dio azken urtean (%55ek, biztanle orokorren artean). Elkarrizketatutako emakumeen %41ek berriki ginekologikoa burutu zuen, %26k haginlariari itaundu zion (%12k, biztanle orokorren artean) eta %16 ospitaleratu zen (%8, biztanle orokorren artean). Aurrekoa alde batera utzita, psikiatrikoak ez diren espezialitateetako medikuengana joaten diren ehuneko txikiagoa da laginean biztanleria orokorrean baino. Laginekoen %28k kontsultatu zuen, eta biztanleria orokorraren %39k.

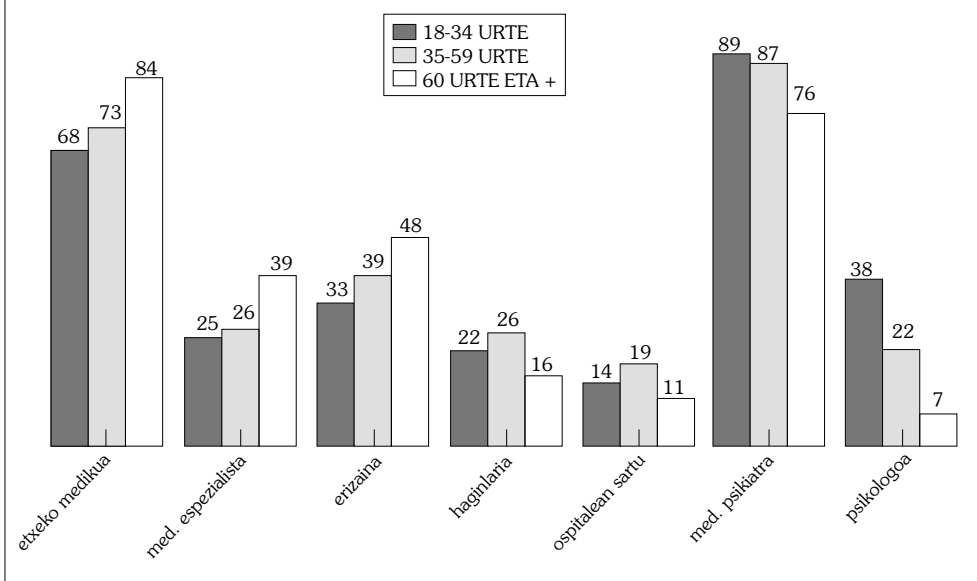
Lagineko emakumeek gizonek baino gehiagotan erabiltzen dituzte psikiatrikoak ez diren zerbitzu medikoak (lehen mailako arreta eta espezialistak). Psikosia diagnostikatu zaien pertsonak eta gazteenak dira horrelako zerbitzuak maiztasunik txikienez erabiltzen dituztenak. Ez dugu pertsonen kronikotasunaren ez egoitza-lekuaren (hirikoagoa/landakoagoa) arabera ezberdintasun garrantzitsurik ikusten.

Psikiatren eta psikologoaren zerbitzuak gutxien erabiltzen dituztenak biztanle zaharrak dira. Ingurune landakoagoan bizi diren pertsonen zona hirikoagoetan bizi direnek baino neurri txikiagoan kontsultatu diote psikiatrari (%78k, biztanleria landakoagoan; eta %90ek, hirikoan); hala ere, neurri berdinean joaten dira buru-osasuneko zentroetara.

8. grafikoa. OSASUN-ZERBITZUEN ERABILERA, SEXUAREN ARABERA. AURREKO URTEAN ERABILI ZITUZTEN PERTSONEN EHUNEKOAK



9. grafikoa. OSASUN-ZERBITZUEN ERABILERA, ADINAREN ARABERA. AURREKO URTEAN ERABILI ZITUZTEN PERTSONEN EHUNEKOAK



4.1.7. Autonomia eta jasotako laguntza

Elkarrizketatutako pertsonen erdiek baino gehiagok beren burua ekonomikoki beste pertsona batzuen menpekotzat harturik dute, pertsonarik gazteenek eta psikosia diagnostikatu zaien pertsonak bereziki. Gogora ekarri behar dugu, halaber, ezen hamar emakumetarik zazpik baino gehiagok ez dutela ekonomi buruaskitasunik.

Ekonomi autonomiari begirako urritasun hori familiak eta gizarte babeseko dispositiboek lagunduta dago (kasurik gehienetan, laguntza motako pentsioen bitartez), baina, hala ere, laguntza behar duten hamar pertsonatarik lauk baino gehiagok ez dituzte beren ekonomi autonomiari begirako beharrianak estaltzen. Behar baino ekonomi laguntza urriagoa jasotzea ohikoagoa da pertsonarik zaharrenengan, alkoholismoa diagnostikatu zaien pertsonengan eta kronikoenengan.

Gutxi gorabehera, elkarrizketatutako pertsonen erdiek uste dute ezen laguntza behar dutela denbora behar bezala erabiltzeko, beste pertsona batzuekin harremanak izateko, kulturari eta astialdiari lotutako jardueretan parte hartzeko eta gauza berriak ikasteko. Orokorrean, gizonak diotenez, alderdiotan emakumeek baino laguntza handiagoa behar dute. Era berean, beharrianak ohikoagoak dira pertsonarik gazteenengan, psikosia diagnostikatu zaienengan eta kronikotasun luzearen eta hiri-ingurunean bizi diren pertsonengan.

Uste dute ezen alderdi horietan beren familiek eta, neurri handiagan, erkidego-laguntzarako dispositiboek laguntzen dietela. Gutxi gorabehera, alderdi horietan beharra duten pertsonen herenek, ez dute uste beharrian hori jasotzen duten laguntzaz estaltzen denik. Proporzioa handiagoa da gazteen artean, psikosia diagnostikatu zaien pertsonengan edo/eta kronikotasun altukoengan.

Bereziki deigarria da gauza berriak ikasteko edo ikasketak egiteko laguntzak behar dituztela dioten pertsonen ia erdiek beharrezko laguntza ez aurkitzea.

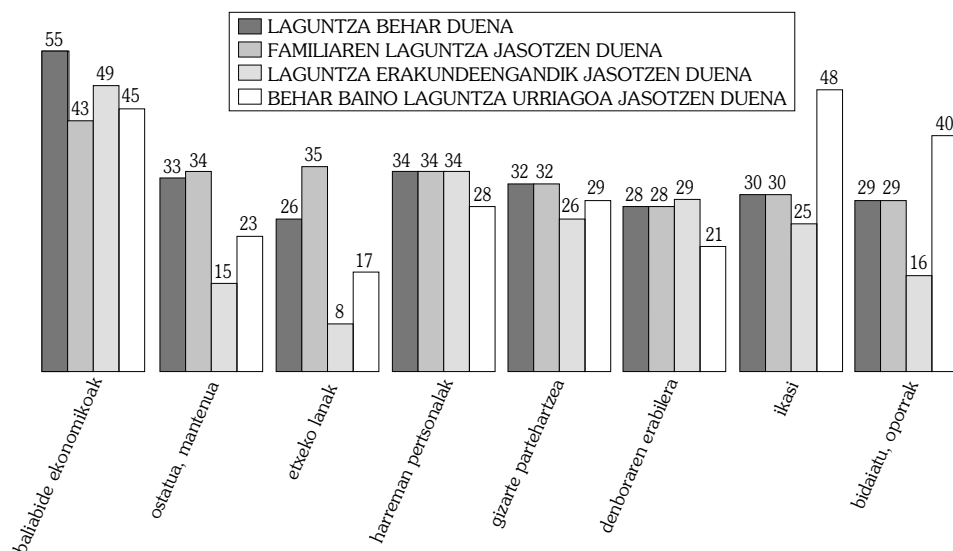
Neurri txikiagoan, gutxi gorabehera, elkarrizketatutako pertsonen herenek diote ezen laguntza behar dutela ostalua hartzeko eta beste beharrian oinarri-oinarrizko batzuk konpontzeko, etxeko lanak egiteko, beren herritik edo hiritik kanpora bidaiatzeko, botikak hartzeko eta beren medikuarenganako kontsultetara joateko. Gutxi gorabehera, elkarrizketatutako eta beharrian hori agertzen duten hamar pertsonatarik bik adierazi dute ezen ez daudela beraien familiak ez erkidegoko arretarako baliabideek behar bezain lagunduta.

Ostalua eta beste arazo oinarri-oinarrizko batzuk kontutan harturik, beharrianak urrikienez estalita dituzten pertsonak gazte psikosiak joak dira, eta, neurri txikiagoan, pertsona alkoholikoak. Etxeko lanak egiteko laguntzei dagokienez, gizon psikosiak joak dira estali gabeko beharrianak gehien aipatu dutenak.

Oro har, beharrianak lagineko talde guztiak ukiturik dituzte. Bereziki, ekonomi beharrianak dira unibertsalenak, eta kronikotasunik handiena mota orotako beharrianen lotuta dago. Era berean, psikosi-diagnostikoa beharrian handiagoei lotuta dago, eta, neurri txikiagoan, alkoholismo-diagnostikoa. Denbora antolatzeari eta gizarte partaidetzari lotutako beharrianen ingurune hirikoagoan bizi diren pertsonak gehiagotan ukitzen dituztela ikus daiteke.

Bai familiek bai erakundeek pertsona horiei beren beharrizan ekonomikoak eta gizarte partaidetzari eta harremani lotutako beharrizanak asetzen, denbora behar bezala ematen, gauza berriak ikasten eta abartzen laguntzen diete. Ostatuari eta mantenuari eta etxeko lanei lotutako beharrizanetan familiek laguntzen diete bereziki.

10. grafikoa. LAGUNTZA BEHAR IZAN ETA JASOTZEN DUTEN PERTSONEN EHUNEKOAK



Oharra: Elkarrizketatutako pertsona guztien gaineko ehunekoak. Alde batera utzita dago BEHAR BAINO LAGUNTZA URRIAGOA JASOTZEN DUENA. Bertan ehunekoak alderdi bakoitzean laguntza behar dutela dioten pertsonen azpiguztirakoaren gainekoak dira.

43. taula. Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, sexuaren arabera

SEXUA	Emakum. kop.=193	Gizonak kop.=212	Guztira kop.=405
Ekonomi buruaskitasuna	54	56	55
Parte hartzea eta beste pertsona batzuekin harremanak izatea	28	39	34
Jokoetan eta jolasetan, kultur jardueretan eta astialdiko jardueretan parte hartzea	30	34	32
Gauza berriak ikastea, ikastea	28	32	30
Denbora antolatu eta behar bezala ematea	26	29	28
Beren astialdia behar bezala izan eta lupertzea	29	30	29
Beren dirua erabiltzea, izapideak eta kudeaketak egitea	17	25	21
Etxeko lanak egitea	18	32	26
Beren herritik edo hiritik kanpora bidaiatzea, oporretan joatea	22	35	29

44. taula. Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, adin-taldearen arabera

ADINA	18-34 urte kop.=130	35-59 urte kop.=205	60 urte eta gehiago kop.=70
Ekonomi buruaskitasuna	58	52	57
Parte hartzea eta beste pertsona batzuekin harremanak izatea	38	33	28
Jokoetan eta jolasetan, kultur jardueretan eta astialdiko jardueretan parte hartzea	35	30	29
Gauza berriak ikastea, ikastea	36	27	25
Denbora antolatu eta behar bezala ematea	29	26	29
Beren astialdia behar bezala izan eta lupertzea	31	28	29
Beren dirua erabiltzea, izapideak eta kudeaketak egitea	25	18	22
Etxeko lanak egitea	29	22	31
oporretan joatea			

Alderdi bakoitzari begira, laguntza-mailaren bat behar dutela dioten pertsonen ehunekoa eman da, zutabe bakoitzeko pertsona guztien gaineko ehunekoak.

45. taula. Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, adin-taldearen arabera

DIAGNOSTIKO-TALDEA	Psikosia kop.=226	Alkoholismoa kop.=63	Neurosia kop.=116
Ekonomi buruaskitasuna	62	47	45
Parte hartzea eta beste pertsona batzuekin harremanak izatea	47	24	14
Jokoetan eta jolasetan, kultur jardueretan eta astialdiko jardueretan parte hartzea	43	23	16
Gauza berriak ikastea, ikastea	41	14	16
Denbora antolatu eta behar bezala ematea	36	19	16
Beren astialdia behar bezala izan eta lupertzea	37	20	20
Beren dirua erabiltzea, izapideak eta kudeaketak egitea	33	10	4
Etxeko lanak egitea	33	20	15
Beren herritik edo hiritik kanpora bidaiatzea, oporretan joatea	43	17	10

Alderdi bakoitzari begira, laguntza-mailaren bat behar dutela dioten pertsonen ehunekoa eman da, zutabe bakoitzeko pertsona guztien gaineko ehunekoak.

46. taula. Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, kronikotasunaren arabera

KRONIKOTASUNA	0-5 urte kop.=189	6-10 urte kop.=78	11 urte eta gehiago kop.=98
Ekonomi buruaskitasuna	49	64	58
Parte hartzea eta beste pertsona batzuekin harremanak izatea	26	34	49
Jokoetan eta jolasetan, kultur jardueretan eta astialdiko jardueretan parte hartzea	24	31	46
Gauza berriak ikastea, ikastea	21	32	45
Denbora antolatu eta behar bezala ematea	22	25	40
Beren astialdia behar bezala izan eta lupertzea	24	26	40
Beren dirua erabiltzea, izapideak eta kudeaketak egitea	9	20	40
Etxeko lanak egitea	17	24	38
Beren herritik edo hiritik kanpora bidaiatzea, oportretan joatea	17	30	52

Alderdi bakoitzari begira, laguntza-mailaren bat behar dutela dioten pertsonen ehunekoa eman da, zutabe bakoitzeko pertsona guztien gaineko ehunekoak

47. taula. Hainbat eguneroko alderditan laguntza-beharren bat dutela esan duten pertsonak, egoitza-lekuaren arabera

EGOITZA-LEKUA	Hirikoa, batez ere kop.=272	Landakoa, batez ere kop.=133
Ekonomi buruaskitasuna	54	57
Parte hartzea eta beste pertsona batzuekin harremanak izatea	38	25
Jokoetan eta jolasetan, kultur jardueretan eta astialdiko jardueretan parte hartzea	35	25
Gauza berriak ikastea, ikastea	32	26
Denbora antolatu eta behar bezala ematea	33	18
Beren astialdia behar bezala izan eta lupertzea	33	21
Beren dirua erabiltzea, izapideak eta kudeaketak egitea	23	18
Etxeko lanak egitea	26	25
Beren herritik edo hiritik kanpora bidaiatzea, oportretan joatea	29	28

Alderdi bakoitzari begira, laguntza-mailaren bat behar dutela dioten pertsonen ehunekoa eman da, zutabe bakoitzeko pertsona guztien gaineko ehunekoak.

4.2. Erkidego-laguntzako zerbitzuak: ezagupena, erabilera eta poza

Elkarrizketatutako pertsonen gehien edo ondoen ezagutzen dituzten erkidego-laguntzako zerbitzuak buru-osasuneko zentroak dira (Berauek elkarrizketatutako pertsonen %94k ezagutzen ditu). Hurrengoak oinarritzko gizarte zerbitzuak dira (%79). Gutxi gorabehera pertsonen erdiek ezagutzen dituzte eguneko zentroak eta ospitaleak, zentro okupazionalak, minusbaliotasunak orientatzeko eta baloratzeko zentroak, egoitza-zerbitzuak eta etxerik etxeko laguntzarako zerbitzuak.

Haiek urrikienik ezagutzen dituzten baliabideak erizaintzako programak, enplegu bereziko zentroak eta astialdiko klubak dira.

Pertsonarik zaharrenek eta emakumeek dituzte erkidego-laguntzarako baliabideei buruzko ezagupen mailarik txarrenak, etxerik etxeko laguntzarako zerbitzuei begira bakarrik dituzte antzeko informazio mailak; aitzitik, bereziki ezezagunak dira eguneko ospitaleak, zentro okupazionalak, astialdiko klubak eta minusbaliotasunak orientatzeko eta baloratzeko zentroak.

Era berean, alkoholismoa diagnostikatu zaien pertsonen eta ingurune landakoagoan bizi direnen urrikiago ezagutzen dituzte dauden erkidego-baliabideak, buru-osasuneko zentroak. Izan ere, berauek ondo ezagutzen dituzte elkarrizketatutako pertsona guztiek.

Erkidego-laguntzarako zerbitzurik erabilienak buru-osasuneko zentroak dira. Eginginean ere, berauek elkarrizketatutako hamar pertsonatarik bederatzik baino gehixeagok erabiltzen dituzte.

Bigarren tokian oinarritzko gizarte zerbitzuak daude, hamar pertsonatarik bostek baino gehixeagok erabiliak. Hamarreko hori handitxoagoa da gizonezkoen kasuan eta haiek pertsona psikosiak joek erabiltzen dituzte bereziki.

Minusbaliotasunak orientatzeko eta baloratzeko lurralde-zentroak erabilerari begirako hurrengoak dira, psikosia diagnostikatu zaien gizon gazteek bereziki erabiliak. Erkidego-laguntzarik handiena (buru-osasuneko zentroeiz ez dagokiena) eskainita dago eta psikosia diagnostikatu zaien gizon gazteek erabiltzen dute. Eguneko ospitaleak, zentro okupazionalak, astialdiko klubak eta egoitza-zerbitzuak neurririk handiengan erabiltzen dutenak psikosia diagnostikatu zaien gizon gazteak dira.

Emakumeek, pertsonarik zaharrenek eta ingurune hirikoagoan bizi direnen gutxiagotan erabiltzen dituzte erkidego-laguntzarako eta errehabilitaziorako baliabideak oro (buru-osasuneko zentroak eta etxerik etxeko laguntzarako zerbitzua izan ezik).

Elkarrizketatutako pertsoneri bai alderdi materialei bai zerbitzua antolatzeko alderdiei begira ezagutu eta erabiltzen dituzten baliabideak balora zitzaten eskatu zitzaizen. Erkidego-laguntzarik buruzko balorazio orokorra eginez, hamar pertsonatarik zazpi pozik edo oso pozik daude, bi ez daude oso pozik eta bat ez dago batere pozik.

Asetasunik ezaren mailarik altuenak haien egoitzekiko baliabideen distantziari dagozkio. Distantzia dela eta, garraioa erabili behar dute. Horren ondorioz, haien aurrekontu urriak nabarmen txikitzea gerta daiteke, edo, are, enplegu babestuko zentro batera egunero joateak hileko esleipen osoa garraiorako erabiltzea ekar dezakeen kasuak ageri dira. Buru-osasuneko zentroak dira, kasu batzuetan ekartzen dituzten distantzien barruan ere, sartzeko zailtasunik txikiak agertzen dituztenak; kontrako zentzuan, Osakidetza errehabilitaziorako zentroak (eguneko zentroak, eguneko ospitaleak) dira ailegagaiztasunaren araberako asetasunik ezik handiena sorrarazten duten baliabideak.

Instalazioen erosotasuna asetasunik ezaren karia da, elkarteek dituzten instalazioetako erosotasun faltari begira bereziki.

Instalazioen bizigarritasun- eta erosotasun-baldintzak onak dira buru-osasuneko zentroetan; eta txartoago baloratuak, errehabilitaziorako baliabideetan (eguneko zentroetan, tailerretan) berauek Osakidetza berak edo beste elkarte batzuenak izatea berdin delarik. Baliabideotako kiratsa, gehiegizko zaratak, aireztapen urria, hotz edo bero handiegia aipatu dituztenak %10-20 dira.

Pertsonak denbora gehien ematen duten lokalak (eguneko zentroak, zentro okupazionalak, tailerrak eta beste baliabide batzuk) dira bizigarritasun-baldintzarik txarrenak agertzen dituztenak. Gainera, esan behar dugu ezen txarto hornitutako gune txikiotan pertsona gehiegi pilatzen dela.

Kontutan hartutako gainerako alderdiak (tratua, ordutegiak, bapestekotasuna) egokitzat harturik dituzte hamar pertsonatarik bederatzik.

Erabiltzen dituzten baliabideei buruzko balorazio kualitatiboari begira, erabilienak diren eta ondoen baloratuta daudenak buru-osasuneko zentroak dira. Berauei dagokienez, elkarrizketatutako hamar pertsonatarik lauk hainbat alderdiri buruzko balorazio ona adierazi dute: *“oso ondo, errealitatea ikusten laguntzen didate”*, *“sendatzeko behar ditut, botikak jasotzeko, terapietarako”*, *“hitz egin dezaket eta horrek lasaitzen nau”*, *“laguntzen didate, oso trebeak”* eta abar.

Elkarteak ere oso ondo baloratzen dira. Hala ere, berauek erabiltzen dituzten pertsonen kopurua txikiagoa da. Haien neurri handiagoan baloratzen dute jaso eta sentitzen duten tratua: *“pertsona bezala hartzen gaituzte”*, *“errealitateari aurre egiten laguntzen didate, zerbait izaten”*, *“ematen duten laguntzak berriz erortzea saihesten du”*, *“elkartean jendearekin harremanetan jartzen naiz”*.

Eguneko zentroak eta zentro okupazionalak oso ondo baloratzen dituzte beraiek erabiltzen dituzten pertsonak. Aipatu dituzten arrazoi nagusiak honakook dira: *“zentroa joaten hasi naizenetik hobekuntza nabaritu dut nire buru-osasunean”*, *“oso ondo, gauza berriak egiten ditut”*, *“zentroan oso ondo, etxetik irtenarazten nau, bestela,*

*ez nintzateke irtengo”, “ona da burua lanpetuta edukitzeko, osasunari ondo dator-
kio”, “beste pertsona batzuekin harremanetan jarri ahal gara”.*

Tailer motako baliabideetan zeuden pertsona bakanek baloratzen zutena lanerako zuten aukera zen.

Ezagutu eta erabiltzen dituzten erkidego-laguntzarako dispositiboei begirako alderdi txarrei begira, balorazio txarren kopururik handiena buru-osasuneko zentroei dagokie. Izan ere, neurririk handienean ezagutu eta erabiltzen duten dispositiboa da ondoen eta txartoen baloratzen dena. Kexak zentroon aresetasunarengatikoak, psikiatreek eskaintzen dieten denbora urriarengatikoak, psikiatra-aldaketarengatikoak, urrutiko tratuarengatikoak eta beste terapia osagarri batzuen kaltetan (psikoterapiaren, talde-terapiaren eta abarren kaltetan) psikofarmakoak gehiegi bultzatzeagatikoak dira.

Beste kexa batzuen kausak honakook dira: eguneko zentroak eta zentro okupazionala bezalako baliabideetako gune falta eta pertsona-pilaketa; kasu batzuetan, haurrekikoa bezalako tratua; horrelako baliabideetara joaten diren pertsonen erabiltzaile taldetik kanpo gizarte bizitarik ez izatea; eta horrelako baliabideetan egiten diren baliabideetako batzuk aspergarri izatea. Horrela, horrelako baliabideetako prestakuntza- edo lan-orientaziorik ezarengatik kexu dira, gazteenak bereziki.

Era berean, beste kexu batzuen kausak honakook dira: pentsio ez kontributiboen zenbateko urria, enplegu babestuak ematen dizkien soldatak, beharrezko errenta edo enplegurik ez izateagatiko bizitzeko zailtasunak, etxebizitza lokabea atzitu ahal izateko ekonomi laguntzen beharra, zentroetara joateko garraiorako laguntzen beharra eta abar.

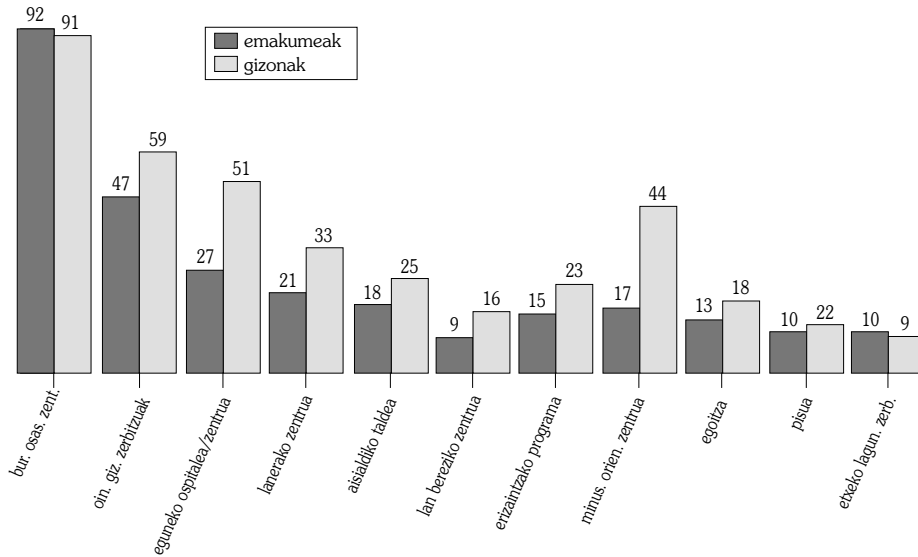
Era berean, elkarrizketatutakoek dauden baliabideei buruz duten informazio falta eta biztanleek beraiekin duten jarrera txarra aipatu dituzte.

Bitarteko egituren urritasuna hainbat motatako baliabideei begira jarri dute. Baliabide horiek honakook dira: soldata duinekiko enplegu bereziko zentroak, enplegu arrunta atzitzea bultzatzea, beraien enplegagarritasun mailak hobetzeko prestakuntza, zuzpergarria eta psikoterapeutikoa den arreta handiagoa, mota orotako egoitza-baliabide gehiago, etxebizitza normalizatutik egoitza-plazetarainokoak (eta egoitza-ikuskapeneko maila ezberdinak), astialdiko baliabide gehiago eta abar.

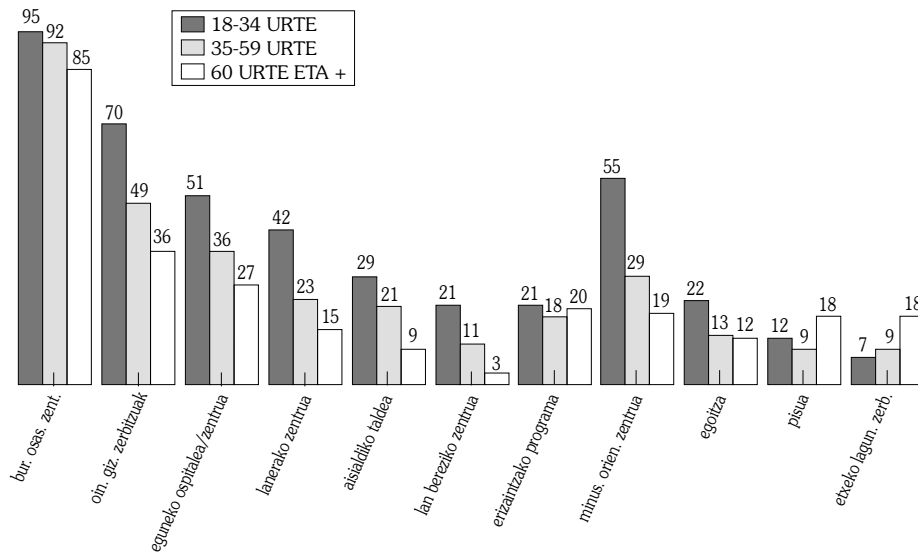
Dauden eta haiek aldarazi beharrekotzat hartzen dituzten baliabideei begira honakoa aipatu da: erkidego-laguntza ematen duten giza baliabideak eta baliabide materialak gehiagotzea, *“lan egiteagatik ordain diezagutela, ez gaixorik egoteagatik”*, lanbide heziketarekin eta gizarte gaikuntzarekin lotutako guztia bultzatzea. Era berean, kasu batzuetan, buru-gaixotasuna edo beste urritasun psikiko batzuk dituzten pertsonentzako tokietara eraman ez ditzaten nahi dute: bereizten ez dituen gizarte-integrazioako gune handiagoak nahi dituzte.

Gehien aipatu duten eskaeretako bat beraiei buruz dagoen gizarte ikuspegi irainduaren aldarazpenean eragina izatekoa da: *“jendeak uste du ezen ezin garela gure kontura bizi izan, gure kalitateak aintzatets daitezen gura dut”*, komunikabideetan ematen zaien tratua bereziki, informazio txararengatiko ulerketarik eza eta aurriritziak bultzatzen dituen.

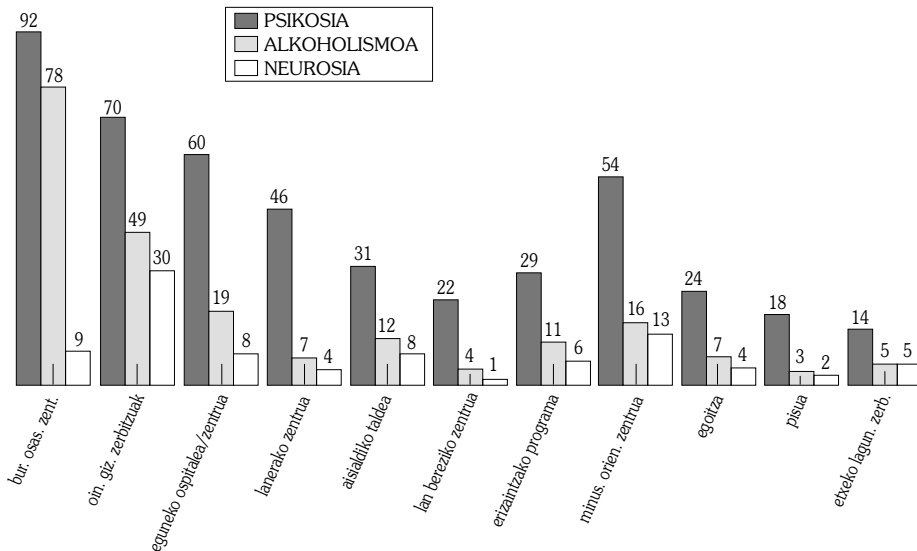
11. grafikoa. ERREHABILITAZIORAKO GIZARTE-OSASUNEKO BALIABIDEAK AZKEN URTEAN ERABILI DITUZTEN PERTSONEN EHUNEN ARABERA



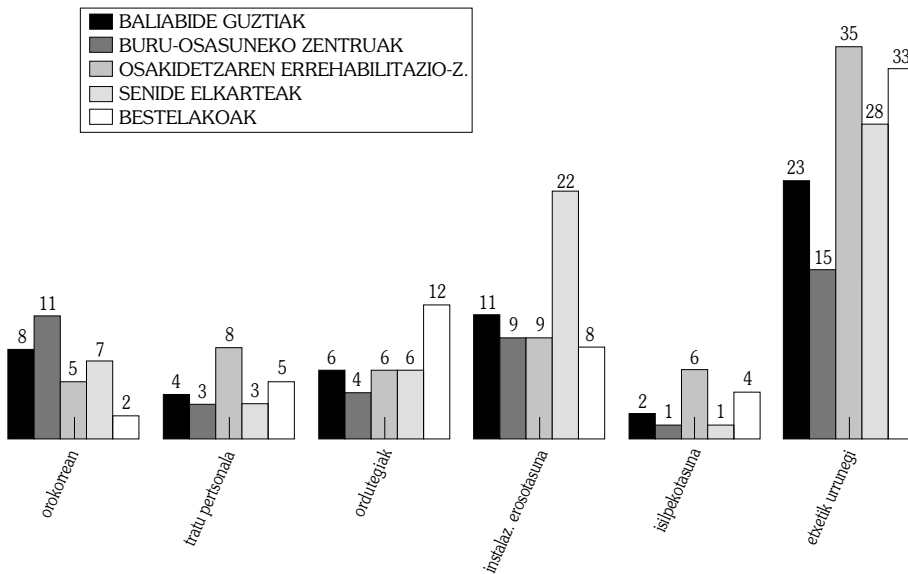
12. grafikoa. ERREHABILITAZIORAKO GIZARTE-OSASUNEKO BALIABIDEAK AZKEN URTEAN ERABILI DITUZTEN PERTSONEN EHUNEN ARABERA



13. grafikoa. ERREHABILITAZIORAKO GIZARTE-OSASUNEN BALIABIDEAK AZKEN URTEAN ERABILI DITUZTEN PERTSONEN EHUNEN KOKA. DIAGNOSTIKOAREN ARABERA



14. grafikoa. BALORATUTAKO BALIABIDEEN HAINBAT ALDERDIREKIN POZIK EZ DAUDEN PERTSONEN EHUNEN KOKA



4.3. Buruko gaitz kronikoa duten pertsonek familiak

Elkarbizitza

Etxeko partehartzea

Ekarpena familiaren sarreretarako

Zaintzaileak: nortzuk dira, zeintzuk dira beraien beharrianak

Zaintzaileak: zaintzen dituzten pertsonen gizarte integrazioari buruzko
iritzia

Zaintzaileak: erabiltzen duten erkidego-laguntzari buruzko iritzia

4.3.1. Elkarbizitza

Familia mota ezberdinen banaketa, elkarriketatutako pertsonen artekoa, EAEko biztanleria orokorrarentzat ageri denaren ezberdina da: bikoteak, semeek eta alabek osatutako familiak dira biztanle orokorren artean eta aztertutako laginean elkarbizitzarako erarik ohikoenak; izan ere, antzeko ehunekoak daude: %50 ingurukoak. Baina ahaide bakarreko familien kopurua (haiek gehienetan emakumeek eta beraien seme-alabek osatuta daude) laginean, ehunekoari begira, biztanleria orokorrean ageri denaren bikoitza da. Era berean, gehiago dira famili unitatean barik ostatuetan, pentsioetan, pisu konpartituetan eta abarretan bizi diren pertsonak. Horrelako kasua du %14k, eta %3k biztanleria orokorrean. Bakarrik edo bikotekidearekin eta seme-alabarik gabe bizi diren pertsonen kopurua, laginekoena, ehunekoari begira, biztanle orokorren artean horrela bizi direnena baino txikiagoa da.

Emakumeek atzitu dituzte neurri handiagoan famili erak, famili buruak edo ezkontideak dira ehuneko 52 kasutan (lagineko gizonak, ehuneko 37 kasutan). Gizonak jatorri-familian denbora luzeagoz egoten dira, adina kontutan hartu barik (famili buruaren semeak dira ehuneko 44 kasutan; eta emakumeak, famili buruaren alabak, ehuneko 31 kasutan).

Era berean, jatorri-familian denbora luzeagoan egoten dira psikosia diagnostikatu zaien pertsonak.

Pertsonarik zaharrenak dira bakarrik edo familiarik gabe maizenik bizi izaten direnak (pentsioak, pisu babestuak eta abar). Halaber, psikosia diagnostikatu zaien pertsonen artean eta kronikotasun handiagokoen artean pertsona asko familiarik gabe bizi izaten dira; eta, gutxiago, alkoholismoa diagnostikatu zaienen artean.

Ahaide bakarreko familiak ohikoagoak dira pertsona psikosidunetan eta alkoholikoetan; azken horiek famili buruak izaten dira askotan.

4.3.2. Etxeko partehartzea

Inkestatutako gizonak emakumeek baino neurri txikiagoan hartzen dute parte etxeko lanetan. Lagineko emakumeek biztanleria orokorreko emakumeek baino lan-jardueraren maila txikiagoak dituzte, eta biztanleria orokorreko emakumeak baino bizitasun handiagoz arduratzen dira famili unitatean etxeko lanak egiteaz eta beste pertsona

batzuk (semeak eta alabak, senarrak, aitak eta amak) zaintzeaz. Etxeko lanen banaketari begirako genero-ezberdintasunak, aztertutako pertsonentzat, biztanleria orokorrean daudenen antzekoak dira. Horrek adieraz dezake ezen arazoa barik generoaren araberrako lan-banaketa dela etxeko lana egiteko autonomia zehazten duena.

Psikosia diagnostikatu zaien gizonen neurri handiagoan mantentzen dute famili unitateko seme-alabekiko harremana, eta beren amek zaintzen dituzte; pentsioetan bizi direnak ugazabandreek zaintzen dituzte. Familia osatu dutenak, alkoholismoa diagnostikatu zaien pertsonen artean gehiago direnak, beren emazteek edo neska-lagunek zaintzen dituzte. 60 urte edo gehiagoko gizonen kasuan, ohikoena da berauek beren emazteek zaintzea, eta talde garrantzitsu bat (era berean, kronikoenen kasuan) famili loturarik gabeko pertsonen (ugazabandreek, etxebizitza babestuko beste lagun batzuek) zaintzen dute. Ondoriozta daitekeenez, buruzainketarako eta etxea antolatzeke lanei begira agertzen duten jarduerarik eza ez da beraien buru-arazoengatikoa, genero eta kultur motako azturengatikoa edo gaitasunik ezarengatikoa baizik.

Elkarrizketatutako pertsonen %13k adierazten du ezin dituztela beren sarrera pertsonalak era burujabeen maneiatu. Berauek beraien familiak administratzen dituzte. Familiak berenganatu behar dituzte kudeaketa burokratikoak, izapideak eta abar ere. Pertsona horiek, izatez tutoretzapetuak, funtsean, pertsona gazteak dira, psikosia diagnostikatu zaienak eta kronikotasun maila handiagoak dituztenak, gaixorik urte gehiago daramatzatenak.

4.3.3. Ekarpina familiaren sarrerretarako

Elkarrizketatutako buru-arazodun pertsonen %25entzat, beraren sarrera bereziak dira famili unitatearen sarrera-iturri bakar edo nagusiak. Hala ere, famili ekonomia partaidetzari begirako egoerarik ohikoena sarrera pertsonalen bitartez etxeko gastuetarako lankidetzan jardutearena da (%38); baina inkestatutako pertsonen %12ri bere sarrera pertsonalek beren oinarrizko gastuak bakarrik estaltzea ahalbidetzen diote. %14k adierazi du ezen ezin dituela bere sarrera pertsonalez estali bere oinarrizko gastuak ere. Aurreko atal batean aurrerratu den bezala, ehuneko 16 pertsonak ez dute sarrera pertsonalik; hori dela eta, esan daiteke ezen ehuneko 42rentzat ezinezkoa dela era lokabeen bizitzea, nahita ere, nahikoa den ekonomi baliabiderik ez baitute. Pertsona horien artean bitik bat bere familiak mantentzen du bere beharrianik oinarrizkoenei (ostatu-, elikadura- eta jantzi-beharrizanei) begira.

48. taula. Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza. Sexuaren araberako banaketa eta EAEko biztanleria orokorrarekiko erkaketa

SEXUA	emakumea kop.= 193	gizona kop.= 212	Guztira kop.=405	EAEko biztanleria orokorra (*1)
ELKARBIZITZARAKO GUNEA				
Pertsona bakarrekoa	6	9	8	15
Seme-alabarik gabeko gunea	8	4	6	15
Seme-alabekiko gunea	47	49	48	48
Ahaide bakarrekoa eta seme-alabekikoa	20	14	17	9
Zabaldua edo/eta guneanitza	7	8	7	10
Bestelakoak (pentsioa, pisua, egoitza...)	12	16	14	3
GUZTIRA	100	100	100	100
FAMILI BURUAREKIKO LOTURA				
Famili burua	21	35	28	EZIN DA ESKURATU
Ezkontidea	31	2	16	
Semea edo alaba	31	44	38	
Beste senide batzuk	6	3	4	
Ez dute famili loturarik	11	16	14	
GUZTIRA	100	100	100	
BERAIEN SARREREN FAMILI EKONOMIAKO GARRANTZIA				
Sarrera-iturri bakar edo nagusiak	17	33	25	EZIN DA ESKURATU
Pisu ekonomikoa konpartitzen dute	32	31	32	
Haien sarrerak oinarritzko gastuak bakarrik estaltzen dituzte	11	13	12	
Haien sarrerak ez dute oinarritzko gasturik estaltzen	13	15	14	
Ez dute sarrerarik	27	8	17	
GUZTIRA	100	100	100	
ETXEKO JARDUERARIK EZA				
(ez dute inoiz egiten...)				
Erosketarik	14	39	27	20
Bazkaririk	23	61	43	27
Ontzirik garbitu	13	48	32	26
Arropa prestatu	17	69	44	37
Extra garbitu	15	56	36	
Beste pertsonarik zaindu	49	86	68	

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxeko jarduerarik eza" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoria batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

(*1) ITURRIA: EUSTAT: EPV 1996 eta ECV 1994

49. taula. Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza, adin-taldean arabera

ADINA	18-34 urte kop.=130	35-59 urte kop.=205	60 urte eta gehiago kop.=70
ELKARBIZITZARAKO GUNEA			
Pertsona bakarrekoa	5	7	16
Seme-alabarik gabeko gunea	2	8	9
Seme-alabekiko gunea	56	50	29
Ahaide bakarrekoa eta seme-alabekikoa	19	17	11
Zabaldua edo/eta guneanitza	7	5	14
Bestelakoak (pentsioa, pisua, egoitza...)	11	13	21
GUZTIRA	100	100	100
FAMILI BURUAREKIKO LOTURA			
Famili burua	8	32	56
Ezkontidea	4	25	11
Semea edo alaba	75	26	3
Beste senide batzuk	2	3	10
Ez dute famili loturarik	11	14	20
GUZTIRA	100	100	100
BERAIEN SARREREN FAMILI EKONOMIAKO GARRANTZIA			
Sarrera-iturri bakar edo nagusiak	7	30	49
Pisu ekonomikoa konpartitzen dute	29	35	31
Haien sarrerak oinarrizko gastuak bakarrik estaltzen dituzte	19	10	3
Haien sarrerak ez dute oinarrizko gasturik estaltzen	28	8	6
Ez dute sarrerarik	17	19	11
GUZTIRA	100	100	100
ETXEKO JARDUERARIK EZA (ez dute inoiz egiten...)			
Erosketarik	27	26	30
Bazkaririk	51	39	37
Ontzirik garbitu	32	33	27
Arropa prestatu	48	43	40
Extra garbitu	34	39	33
Beste pertsonarik zaindu	84	60	65

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxeko jarduerarik eza" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoriatan batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

50. taula. Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeke jarduerarik eza, diagnostiko-taldearen arabera

DIAGNOSTIKOIA	Psikosia kop.=226	Alkoholismoa kop.=63	Neurosia kop.=116
ELKARBIZITZARAKO GUNEA			
Pertsona bakarrekoa	6	10	10
Seme-alabarik gabeko gunea	3	3	13
Seme-alabekiko gunea	43	51	58
Ahaide bakarrekoa eta seme-alabekikoa	19	17	10
Zabaldua edo/eta guneanitzea	8	8	7
Bestelakoak (pentsioa, pisua, egoitza...)	21	11	2
GUZTIRA	100	100	100
FAMILI BURUAREKIKO LOTURA			
Famili burua	16	54	39
Ezkontidea	7	17	33
Semea edo alaba	51	14	23
Beste senide batzuk	4	5	4
Ez dute famili loturarik	22	10	1
GUZTIRA	100	100	100
BERAIEN SARREREN FAMILI EKONOMIAKO GARRANTZIA			
Sarrera-iturri bakar edo nagusiak	19	44	28
Pisu ekonomikoa konpartitzen dute	30	36	33
Haien sarrerek oinarritzko gastuak bakarrik estaltzen dituzte	18	3	6
Haien sarrerek ez dute oinarritzko gasturik estaltzen	21	3	6
Ez dute sarrerarik	12	14	27
GUZTIRA	100	100	100
ETXEKO JARDUERARIK EZA (ez dute inoiz egiten...)			
Erosketarik	32	33	15
Bazkaririk	50	54	24
Ontzirik garbitu	38	40	26
Arropa prestatu	52	54	35
Extra garbitu	42	48	19
Beste pertsonarik zaindu	76	65	54

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxeko jarduerarik eza" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoria batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

51. taula. Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeke jarduerarik eza, kronikotasunaren arabera

KRONIKOTASUNA (*1)	0-5 urte kop.=189	6-10 urte kop.=78	11 urte eta gehiago kop.=98
ELKARBIZITZARAKO GUNEA			
Pertsona bakarrekoa	9	9	6
Seme-alabarik gabeko gunea	6	9	4
Seme-alabekiko gunea	58	43	37
Ahaide bakarrekoa eta seme-alabekikoa	14	24	13
Zabaldua edo/eta guneanitza	7	8	10
Bestelakoak (pentsioa, pisua, egoitza...)	6	7	30
GUZTIRA	100	100	100
FAMILI BURUAREKIKO LOTURA			
Famili burua	36	27	19
Ezkontidea	20	13	7
Semea edo alaba	36	46	41
Beste senide batzuk	3	4	5
Ez dute famili loturarik	5	10	28
GUZTIRA	100	100	100
BERAIEN SARREREN FAMILI EKONOMIAKO GARRANTZIA			
Sarrera-iturri bakar edo nagusiak	28	20	26
Pisu ekonomikoa konpartitzen dute	28	32	30
Haien sarrerak oinarritzko gastuak bakarrik estaltzen dituzte	8	19	18
Haien sarrerak ez dute oinarritzko gasturik estaltzen	12	19	17
Ez dute sarrerarik	22	10	9
GUZTIRA	100	100	100
ETXEKO JARDUERARIK EZA (ez dute inoiz egiten...)			
Erosketarik	24	19	39
Bazkaririk	37	37	59
Ontzirik garbitu	30	22	42
Arropa prestatu	44	30	56
Extra garbitu	35	27	46
Beste pertsonarik zaindu	64	68	75

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxeko jarduerarik eza" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoria batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

(*1) Lagineko 40 pertsonarentzat ez dago horri buruzko informaziorik.

52. taula. Familia, elkarbizitza-gunearen mota, sarrerak eta etxeko jarduerarik eza, egoitza-lekuaren arabera

EGOITZA-LEKUA	Hirikoa, batez ere kop.=272	Landakoa, batez ere kop.=133
ELKARBIZITZARAKO GUNEA		
Pertsona bakarrekoa	9	6
Seme-alabarik gabeko gunea	4	9
Seme-alabekiko gunea	50	47
Ahaide bakarrekoa eta seme-alabekikoa	15	19
Zabaldua edo/eta guneanitzta	7	7
Bestelakoak (pentsioa, pisua, egoitza...)	15	12
GUZTIRA	100	100
FAMILI BURUAREKIKO LOTURA		
Famili burua	26	34
Ezkontidea	17	13
Semea edo alaba	38	38
Beste senide batzuk	4	4
Ez dute famili loturarik	15	11
GUZTIRA	100	100
BERAIEN SARREREN FAMILI EKONOMIAKO GARRANTZIA		
Sarrera-iturri bakar edo nagusiak	27	22
Pisu ekonomikoa konpartitzen dute	28	41
Haien sarrerak oinarritzko gastuak bakarrik estaltzen dituzte	15	6
Haien sarrerak ez dute oinarritzko gasturik estaltzen	14	15
Ez dute sarrerarik	16	16
GUZTIRA	100	100
ETXEKO JARDUERARIK EZA (ez dute inoiz egiten...)		
Erosketarik	29	23
Bazkaririk	43	43
Ontzirik garbitu	32	32
Arropa prestatu	45	43
Extra garbitu	37	35
Beste pertsonarik zaindu	68	67

Zenbaki osoetara doitutako ehuneko bertikaletan. "Etxeko jarduerarik eza" aldagaian pertsona berak puntuak lor ditzake kategoria batzuetan; horrela, ehunekoak ez dira 100era heltzen.

4.3.4. Zaintzaileak: nortzuk dira, zeintzuk dira beraien beharrianak

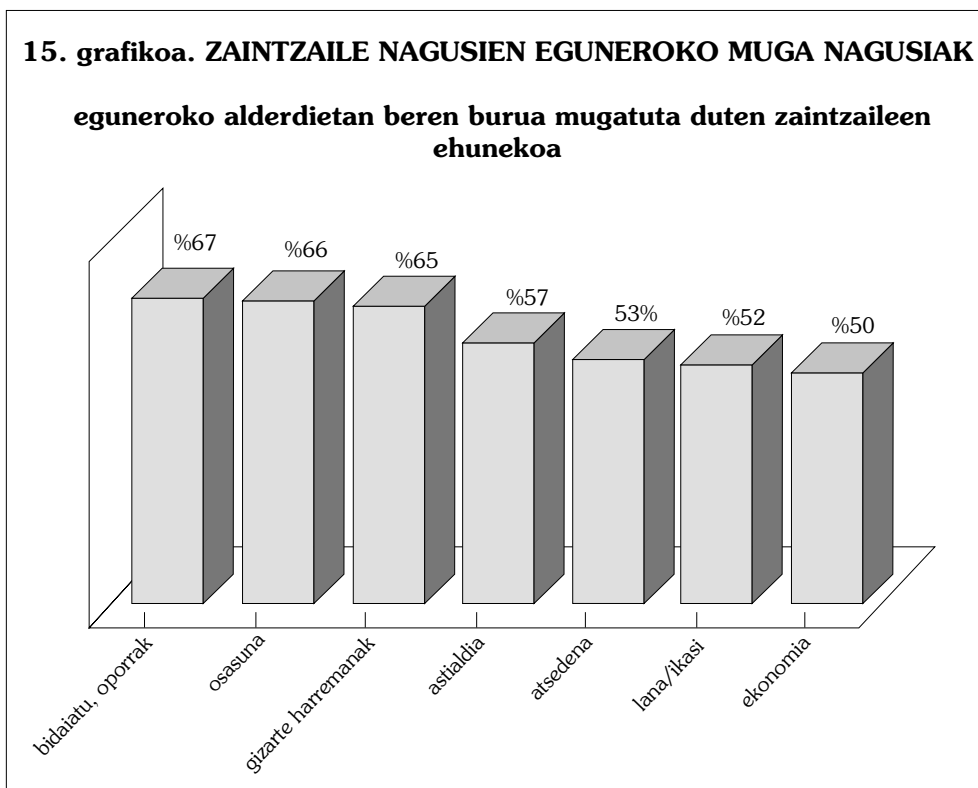
Elkarrizketatu ziren pertsona zaintzaileak emakumeak ziren bereziki (%80). Ehuneko 30 55 urtetik beherakoak ziren; 45, 55 eta 64 urte bitartekoak; eta 25, 64 urtetik

gorakoak. Buru-arazodun pertsonen amak ziren ehuneko 63; alabak, 16; bikotekideak eta ezkontideak, 13; eta arrebak edo ahizpak, 8.

Gehienek, lautatik hiruk, bost urte baino gehiago daramatzate beren senidea zaintzen; eta erdiek bakarrik egiten dute hori, inoren laguntzarik gabe. Era berean erdiek ez dute inoiz atsedetik izan bere zaintza-lanetan.

Zaintzaileei beren bizitzaren hainbat alderdiri buruz (beren bizi-kalitateari buruz) galde egin genien. Beraiek erantzun zigutenez, alderdi horietan guztietan mugak eta oztopoak zituzten. Beren burua mugatuta zaintzailerik gehienek ikusten duten alderdiak haien osasuna eta gizarte harremanak dira. Hurrengoak aztertutako gainerako alderdiak dira: astialdia, lana eta ikasketa, atsedena eta ekonomia.

Hala ere, jarraian ikusiko dugun bezala, haien kezkak, haien konponbideak, zaintzen dituzten pertsonen egoeraren eta bizi-baldintzen gainean garatzenago dira haien egoeren, bizi-baldintzen eta beharrianen gainean baino.



4.3.5. Zaintzaileak: zaintzen dituzten pertsonen gizarte-integrazioari buruzko iritzia

Orokorrean, zaintzaileek uste dute ezen azken garaietan, sendabide farmakologikoen laguntzaz, pertsona horiek ondo mantentzen direla erkidegoan, harremanetan

gehiagotan jarri ahal direla, sintoma aktibo gutxiago (haluzinazioak, eldarnioak, depresioak eta abar) agertzen dituztela, baina gizarte-integrazioa oraindik lortzeko dagoela, oraindik arbuioa dagoela.

Zaintzen dituzten pertsonen gizarte-integrazioari buruz egin duten balorazioa nahiko txarra da, arazo larriagoak dituen seniderik edukiz gerozko kasuan bereziki zailtzat jo dute gizarte-integrazioa.

Uste dute ezen gizarteak horrelako pertsonak izugarri arbuiatzen dituela. Hori dela eta, haien familiek egoera askotan ezkututzen dute. Gizarte arbuio handia dela bide, batzuetan buru-gaixotasuna duten pertsonen iseka egiten zaie eta “adarra jo”. Buru-gaixotasuna urriki ezaguna da gizartean, eta, hori dela eta, buru-gaixoak bereizi eta alboratzen ditugu: arrarotzat hartzen ditugu. Horren ondorioz, pertsonarik asko beren zuzeneko familiarekin eta buru-arazoa duten beste pertsona batzuekin bakarrik jartzen dira harremanetan: beraien harreman-taldeak oso murrizak dira. Gizarterapen-arazoak maila guztietakoak dira.

Era berean, oso garrantzitsuak dira dauden lanerapen-urritasunak. Lanerapena da gizarterabiderik garrantzitsuenetako bat, lanerako adina duten seme-alabak dituzten familien iritziz: *“gizarte-integrazioa arazoa haiek lanik ez izatetik dator, lanarekin hainbesteko laguntzarik beharko ez bailukete”*.

4.3.6. Zaintzaileak: erabiltzen duten erkidego-laguntzari buruzko iritzia

Oso ondo baloratzen dira senide elkarteak: laguntza ematen dute, informatzen dute, baliabide asko mobilizatzen dituzte eta administrazioak erkidego-laguntzarako gailuak abian jartzera bultzatzen dituzte.

Eguneko gailuak oso egokitzat hartuta daude, bai beren alde terapeutikoan (eguneko ospitaleak) bai gizartezkoan (okupazionalak, astialdikoak...). Haiek adierazi dutenez, horrelako baliabideetara jotzen hasten direnean, hobekuntzak ikusten dira egoera orokorrean. Alabaina, haiek kezu dira horrelako baliabideetako plaza faltarengatik eta pertsona erabiltzaileek izan ohi dituzten narriadura maila altuei begira. Horrek dakarrenez, beste pertsona batzuek, eguneko arreta behar dutenek, ez dute baliabide horietara jo nahi, zeren eta *“gauzak ikasten dituzten eta baldintza txarragoak barik antzekoak edo hobeak dituzten pertsonekin harremanetan jarri ahal diren lekuetara joan gura baitute; izan ere, baldintza txarragoekiko pertsonekin harremanetan jartzea ez da laguntzeko modua”*. Haiek esan dutenez, horrelako baliabideetan beti ez da giro onik egoten. Eguneko arreta ez zaie pertsona oso kronikotuei bakarrik eman behar; oso garrantzitsua da horren narriatuta ez dauden baina une latzetan dauden beste pertsona batzuentzat.

Ospitaletik kanpoko arreta psikiatrikoari begira esan dutenez, buru-osasuneko zentroak aserik daude; gaixo larriei arreta urria ematen zaie, oso garrantzitsua den baina errehabilitaziorakoa nahikoa ez den sendabide farmakologikoan oinarritzen dena. Haiek kezu dira gaixotasun larria duten pertsonentzako psikoterapiarako sarbiderik ezarengatik. Era berean, botikak hartu gura ez dituzten pertsonekin lotuta dauden arazoak aipatu dituzte; alderdi honetan, ez die inork laguntzen. Era berean, buru-osasuneko zentroetan

ematen den urrutiko arreta hotzarengatik kexu diren familiak daude, haiek “bihozbera” goak izan behar dutela uste dutenak. Autismodun pertsonen familiak haiei ematen zaien psikiatri arreta txarraz kexatzen dira.

Pertsona zaintzaileek aho batez adierazi dutenez, lanbide heziketarako, lan-gaikuntzarako, lanerapena prestatzeko eta lanerapenerako laguntza emateko zentroak behar dira. Lanerapen hori enplegu arruntekoa izan daiteke, eta, hori posible ez denean, enplegu babestukoa. Psikosiak jotako mutil baten guraso batek adierazi duenez *“denbora zerbaitetan ematea oso garrantzitsua da, nire semea ez da etxetik irteten, eguneko zentro bat gomendatu diote, baina ez du joan gura; ezagupenak dituen eta berarekin denbora eman ahal duen norbait behar du, aurrera irteten laguntzen diona”*.

Kexa batzuk zentro okupazional batzuetan dauden baldintza material eta leku-baldintza txarrei eta pertsona batzuen lansaiok gehiegizkoei buruzkoak dira. Beren kabuz moldatzeko gaitasunetan trebatzeko baliabideak falta dira, *“denbora gauza onuragarrietan emateko; bestela, ezindu bihurtzen dira”*.

Era berean, zaintzaile batzuek adierazi dute ezen garrantzitsua dela pertsona horiek eguneroko bizitzarako autonomarekin lotutako alderdietan prestatzea, etxeko lanekin lotutako guztian, zertarako-eta haiek eguneroko bizitzako lanetan autonomiadunak izan ahal izan ahal izateko eta beren etxea aurrera era autonomoan eramateko gai izateko; eta, gainera, hori pertsona horiek erantzukizuna bultzatzeko ikasbide garrantzitsua da.

Ostatu-baliabideen urritasuna, haien modalitate ezberdinetakoa, haien beste kezka bat da. Urritasun hori eta haiek dituzten errenta urriak (gehienek pentsio ez kontributiboan bidez dituztenak) direla eta, ezinezko dute pertsona burujabeagoek etxebizitzaren merkatu normalizatura sartzea. Ikuskapen biziagoa beharrezkoa den kasuetan, berau familia hurbilenaren eskuetan bakarrik jarrita geratzen da. Hori dela eta, batzuetan, arretazama oso handia da. Horregatik, era berean aipatu denez, atsedean hartzeko programak eta zerbitzuak behar ditu zaintzaileak, zertarako-eta bere senidearenganako arretarako lanak berriro bereganatzeko atsedendialdiak izan ahal izateko. Ildo horretatik, eguneko arretak familien atsedenerako funtzio hori betetzen du, halaber, buru-gaixotasuna duten pertsonen ondo etortzen zaien aldi berean.

Era berean, arazo psikikoak dituztela aitortzen ez duten eta, horregatik, buru-osasuneko baliabideetara hurbilduko ez diren pertsonengana aktiboki hurbiltzeko programak eskatu dira.

Orokorrean, eta pertsona gazteenen familiei begira bereziki, eskaria hainbat arlotakoa da. Arlo horiek honakook dira: lanbide heziketa eta lanerapena, normalean lurraldeetako hiriburuetan kokatuta dauden erkidego-baliabideetarako ailegaeratzasuneko hobekuntza eta buru-gaixotasuna duten pertsonen bazterketa txikiagotzeko gizarte sentsibilizazioaren beharra.

Elkarrizketatutako zaintzaileetako batek gehienek iritzia ezin hobeto laburtu zuen: *“...buru-gaixotasun kronikoa duten pertsonetarik asko gizarteak berreskura ditzakeenak dira, gizarte-integrazioa posible da; baina hori lortzeko programa egokiak behar dituzte...”*

4.4. Profesionalen ikuspegia

Erkidego-laguntzan beren lana garatzen duten 84 profesionalak elkarrizketatu ziren. Lagin horretako profesionalotako batzuek buru-arazodun pertsonak bakarrik zaintzen dituzte; eta beste batzuek, gizarte problematika ezberdinekiko biztanleria zabalagoak.

40 urteko batezbesteko adina dute, beren funtzioak batez beste 10 urtetan bete izan dituzte eta hamarreko sei emakumeak dira. Profesionalon artean hamarretarik lauk beren lana Osakidetzaren buru-osasuneko zentroetan garatzen dute; hiruk eguneko ospitaleetan, eguneko zentroetan eta astialdiko klubetan egiten dute lan; eta gainerakoak pisu babestuen ikuskatzaileen, oinarrizko gizarte zerbitzuen eta lan- eta hezkuntza-monitoreen artean banatuta daude.

Lanbide titulaziorik ohikoenak psikiatria, psikologia, gizarte lana eta erizaintza dira (ikus 53. taula).

53. taula. Elkarrizketatutako profesionalak, titulazioaren eta antolaketaren arabera

	Osakidetza eta itunduak (*1)	Elkarteak (*2)	Beste batzuk (*3)	Guztira
Psikiatra	22	4	–	26
Psikologoa	3	13	2	18
DUE/erizaintzakoa	4	3	–	7
Gizarte langilea	7	7	2	16
Monitorea, terapeuta okupazionala	1	4	–	5
Pedagogoa, irakaslea	–	7	–	7
Beste batzuk	–	3	2	5
Guztira	37	41	6	84

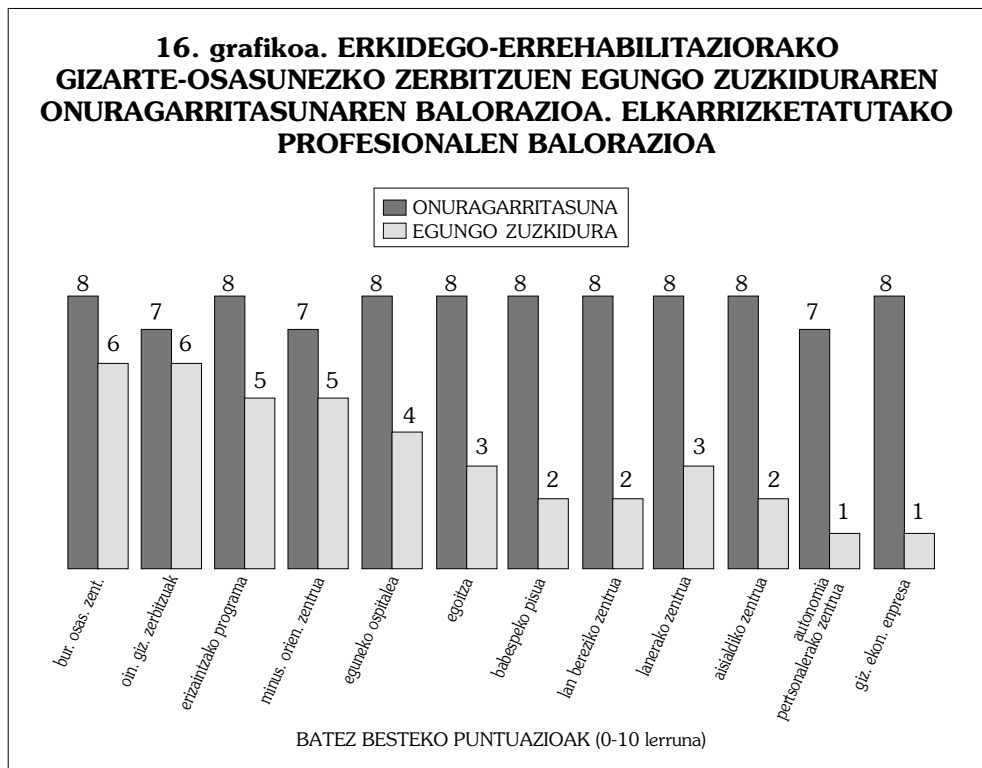
(*1) Aita-Menni ospitalea eta modulu psikosozialak sartuta daude.

(*2) Gaixo eta senide elkarteak, autista elkarteak, Bizitegi, Argia fundazioa eta Eragintza sartuta daude.

(*3) Aldundietako eta Udaletako profesionalak sartuta daude.

Profesionalek arretarako gailu sorta baten onuragarritasuna eta egungo zuzkidura baloratu zuten (0tik 10erako eskalan). Gailu guztiek puntuazio altuak lortu zituzten erkidego-laguntzarako agertzen zuten onuragarritasunari begira; baina, egungo zuzkidurari begira profesionalen iritziz, buru-osasuneko zentroak edo oinarrizko gizarte

zerbitzuak ez direnek ments handiak agertzen dituzte. Zentro okupazionalak, ostatu-baliabideak, enplegu-zentroak eta gizarte ekonomiako enpresak, eguneko baliabideak eta abar, guztiak dira urriak. Profesionalek batek honako hau esan du: “...ez dago erkidego-laguntzarik...”. Era berean, haiek dauden baliabide urrien asetasuna aipatu dute.



Egun nahikoa jaramon egiten zaien erkidego-laguntzaren alderdiez galdetu zitzairen. Adostasun zabala dago patologia arinak dituzten pertsonen buru-osasuneko zentroetan ematen zaien arreta onari eta arazo larriak dituzten pertsonenganako arreta psikiatriko onari buruz, terapia farmakologikoari lotutakoari buruz bereziki. Gasteizen eta Arrasateko eskualdean arreta on hori zabalduta dago errehabilitatzeko arretara ere, nahiz eta haiek gailuetan plaza gehiago behar dituztela adierazi.

Buru-osasuneko zentroetako profesionalek uste dute ezen ematen duten arretaren puntu indartsuak profesionaltasunari, espezializazioari eta sarbide errazari begirakoak direla. Elkartzeko mugimenduak edo irabazi-asmorik gabeko ekimenak kudeatutako baliabideetan lan egiten duten profesionalentzat, haien puntu indartsuak honakook dira: pertsonen bihozberatasuna ekartzen dien arreta banakatua, gailu-askotarikosuna (ostaturakoa, errehabilitaziorakoa, prestakuntzarakoa, astialdikoa, enplegukoa eta abar), familienganako laguntza (haiek pertsonarik kronikotuenentzat beren erkidego-euskarriko lana garatzen jarraitu ahal izatekoa), parte hartzea eta gizarterabideak erraztea, antolakuntza-egituren malgutasuna eta abar.

Gabetasunik larrienei begira, buru-osasuneko zentroetako profesionalek batzuetan honakook aipatu dituzte: patologia arinagoak (batez ere neurosia) dituzten pertsonentzako arretaren eskari handiarengatik sarearen asetasuna, entzute urria, emozio-harrera urria, farmakologian ia bakarrik oinarritutako eskaintza, psikoterapia-eskaintza urria, errehabilitaziorako baliabideen urritasuna (eguneko baliabideen garapen eskasa), kasurik larrienei begirako giza baliabideen eta lekuaren faltarengatik laguntza-urritasunak, familiei emandako arreta eskasa eta buru-arazodun pertsonen artean autolaguntza sustatu beharra. Jaramonik urriena egiten zaien taldeak honakook direla esan dute: haurrak, gazteak eta zaharrak, pertsonarik larrienak eta nortasun-arazoak dituzten pertsonak.

Irabazi-asmorik gabeko ekimen pribatuko eta gizarte zerbitzu publikoetako profesionalek jaramonik txikiena egiten zaien alderdiak honakook direla adierazi dute: lehenik, pertsonon lanerapena, haien enplegarritasun mailak hobetzeko lanbide heziketa, pentsio ez kontributiboaren titularrak izanik ere familien pentzutan etengabe ez bizitzea eta autonomiadunak izatea ahalbidetzen dien errenta duintasuna izan beharra; bigarrenik, ikuskapen maila ezberdinekiko baliabide askotarikoak (etxebizitza normaletatik pisu babestuetarainokoak) izateko egoitza-eskaintza zabaldu beharra, astialdirako laguntzarako, oportetan joateko, ibilaldietarako, udalekuetaratzeko eta abarretarako baliabide gehiagoren beharra. Beharrezko bezala aipatutako beste alderdi batzuk honakook dira etxerik etxeko laguntza sustatzea, etxeko zaintzetako eta autozaintzetako prestakuntza, zentroetara joateko garraioko gastuetarako laguntza eta laguntzeko fundazioak sortzea.

Erkidego-laguntzaren puntu ahul bat, ikusi dugun bezala, pertsonen autonomia eta askatasun handiagoa ematen dieten mota orotako baliabideen urritasuna da (buru-osasuneko zentroetatik, oinarritzko gizarte zerbitzuetatik eta beste baliabide oinarri-oinarritzkoetatik harago). Elkarrizketatutako profesionalek bereziki aipatutako beste puntu ahulak honakook dira: laguntza behar duten pertsonen emandako laguntza hobetzeko arribideko politiken existentziarik eza edo opakotasuna eta, edozein kasutan, haien existentziaren berririk ez jakitea eta, hortaz, haietan parte ez hartzea. Profesionalak ez dira esku hartzeko planak eta, are gutxiago, osasun-politikak egiteko prozesuko zati sentitzen.

Irabazi-asmorik gabeko ekimen pribatuen eta gizarte lanean, herri erantzukizunen uzketa aipatu da, erkidego-laguntzarako politika garatzen duten administrazio-sailen arteko koordinaziorik ezarengatikoa. Hobeto definitu behar dira baliabide motak eta berauek jaramon egiten dieten erabiltzaileen profila. Zerbitzuen edo/eta lanbide lehenespenei barik arazo larrienak dituzten pertsonen beharrezko erantzuten dien plangintza garatu behar da.

Buru-osasuneko zentroetako profesionalek adierazi dutenez, ospitale-sarean nagusi den orientaziorik ekonomizistenak pertsona gaixoari eta buru-osasunerako erkidego-baliabideei kalte egiten dieten irtenbideak dakartza. Izan ere, buru-osasuneko zentroaren egitura ezberdinik ez dagoela eta, zentroon giza baliabideak izugarri gastatuta daude zenbait unetan. Ospitaletik kanpoko sarea azpibornituta eta gutxietsita dagoela uste da. Izan ere, sare horrek bitarteko edo erkidego-laguntzako dispositiboekin batera bakarrik balio izan dezake erkidego-euskarri bezala eta eskaini ahal du zaintzen jarraipena.

Profesionalok uste dute ezen politika zehatza dagoela, laguntzako azkartasun eta unibertsaltasunetik haragokoa, lehenetasun zehatzik gabekoa. Tentsio handien pean sentitzen dira, administrazio-presioekin (kostu-txikipena, ekoizkortasun altua, erabiltzaileen asetasuna) eta eskariaren presioarekin (pertsonek askok eskatzen dute arreta eta kalitateari eta zerbitzuei begirako eskaera altu-altuak daude). Horrek guztiak haien jardueraren garapen normala oztopatzen du.

Buru-gaixotasun kronikoa duten pertsonentzako erkidego-laguntzaren ereduari lotutako koordinazio orokorrik eza detektatu da. Era berean, erakunde bakoitzak abian jarri behar dituen baliabide moten gaineko nahastea dago. Elkartezko mugimendua da argiena. Izan ere, bera ia guztia bereganatzeko prest dago, beharrezko finantzaketa badu.

Gizarte-osasunezko gunea egituratzerakoan, hau da, erkidego-laguntza antolatzerakoan, erakundearteko arazoak sortzen dira: zer den osasuna eta zer diren gizarte zerbitzuak. Osasunak eta gizarte zerbitzuek lurraldearen zonakapen ezberdinak dituzte. Osasuna autonomiakoa da, eta gizarte zerbitzuak lurraldekoak edo udalekoak dira, aldundien politikak burutzen dituzte, eta ez dute hiru lurraldeetan berdinak zertan izan. Hala ere, berdinak izan behar dute gizarte zerbitzuen legeak markaturik dituen oinarritzko aferei begira. Eta ezein legek ez du biztanle-arlo bakoitza zehazki aipaturik. Hori dela eta, ez dio ezer buru-gaixotasuna duten pertsonenganako arretaz. Bertan ez daude espezifikoki aipatuta pertsonaitsuak, gorrak edo beste patologia batzuk dituztenak ere.

Esate baterako, pertsona autistekin lan egiten duten profesionalek uste dute ezen pertsonen beharrezko arretarik onena ematen dien herri erakundea Hezkuntza Saila dela. Elkarriketatutako pertsonak uste dute ezen haiek heziketa atzitzeko zailtasun handiak dituztela. Gizarte zerbitzuek pentsio ez kontributiboak bermatzen dizkiete minusbaliotasun-ziurtagiria lortzen duten buru-gaixo guztiei; baina urritasun psikikoa duten beste pertsona batzuei ematen dietena bezalako erkidego-laguntzatik baztertzen dituzte haiek. Beste pertsona horien artean, adimen-atzerapena duten pertsonak daude, zeinentzat kudeatu eta finantzatzen baita enplegu bereziko zentroen, zentro okupazionalen, narriatuenentzako egoitzen, pisu babestuen eta abarren kudeaketa.

Dirudenez, politikak pertsonen beharrezko arretari barik beraiei itsatsita dauden etiketei begira bideratuta daude. Gaixoak, osasunarentzat (beronek ezin ditu pertsonaren beharrezko arretak estali. Hori egin dezake pertsonak elkarrengandik "gaixo izate"aren arabera bereizita); urritasun psikikoa duten pertsonak, gaixorik ez daudenak, gizarte zerbitzuentzat; autismodun pertsonak, hezkuntzarentzat, gazteak diren bitartean behintzat...

Profesionalek beren konponbideak proposatu dituzte. Ia konponbide guztietan, erkidego-laguntzaren alde aurrekontua gehitu edo berriro banatu behar dela esan da. Ez da pilotzailerik agertu. Psikiatra batzuek errehabilitazio-baliabideak elkarrekin kudeatzea proposatu dute; elkarrekin profesionalak ere ez zaie inporta baliabideak kudeatzen dituen Osakidetza izatea. Beraien eskumenetan zehaztu eta hobeto koordinatutako baliabide gehiago eskatu dira.

4.5. Erakunde publiko eta pribatuen ikuspegia

Gizarte-integrazioari buruzko balorazioa
Erakundeen helburuak
Erkidego-laguntzaren eskaintza: puntu ahulak eta puntu sendoak
Erabiltzaileen finantzaketa eta kostua

Hogei pertsona elkarrizketatu ziren: zuzendaritzako batzetako buruak, zuzendariak, kudeatzaileak eta abar, bai Osakidetzakoak eta Aldundien zenbait zentro itundutakoak (Gizartekintza Sailekoak) bai buru-arazoa duten pertsonenganako erkidego-laguntzan parte hartzen duten famili erakundeetakoak eta erakundeetakoak (AVIFES, AGUIFES, ASAFES, ASASAM, ARGIA, EGUNABAR, APNABI, BIZITEGI...). Beren erakundeen helburuez galdetu zitzairen eta buru-arazo kronikoa duten pertsonen gizarte-integrazioa maila balora zezaten eskatu... Kapitulu honetan laburbilduta daude haien balorazioak.

4.5.1. Gizarte-integrazioari buruzko balorazioa

Herri administrazioetako kudeatzaileen eta zuzendarien artean ezberdintasunak daude gizarte-integrazioari buruzko balorazioari begira. Gizartekintzatik honela baloratu da gizarte-integrazioa: *“urri samarra eta, askotan, egon ere ez dago”*. Buru-osasunaren eremutik honela baloratu da: *“ona, orokorrean, bitarteko baliabideen urritasuna gorabehera”*.

Elkartezko mugimendutik, gizarte-integrazioa honela baloratu da: *“oso txikia, gaixotasunarengatik berarengatik eta beraren errehabilitaziorako eta jarraipenerako bitarteko egokien faltarengatik”*. *“Ugaria da isolamendua erabiltzaileen artean, gizarte-integrazioa urria da. Ez dago gizarte-integraziorako egitura egokirik. Gaixoa bera bezalakoekin bakarrik jarriko da harremanetan”*. *“Sare naturalik ez duten pertsonentzat gizarte-integrazioa oso urria da, eta gizarte bazterketako egoeretara heltzen da, bere eskubideak (berauen artean osasunerako eskubideak) burutzeko gaitasunik ezera, sendabideak etenez eta gizarte eta osasun narriadurako ibilbideak hasiz, sendabideko jarraipena ziurtatzen duen euskarririk edo erreferenterik ez izateagatik”*.

Arabako elkarte batentzat *“urratsak egin dira (kanpokoketa dituela 15 urte gertatu da). Gaixotasunari ospitaletik kanpoko zerbitzuetan heldu zaio, bolondresak asko ekarri dute”*. Beste senide elkarte batek uste du ezen erkidegoraketa maila onak lortzen dituzten pertsonen maila horiek lortzen dituztela *“zeren eta elkarteek ematen duten laguntza hartu baitute. Haiek herri administrazioekiko hitzarmenen bitartez bitarteko egituren mota ezberdinak abian jarri ahal dituzte”*.

Autismodun pertsonen kasuan uste denez, *“gizarte-integrazioak eskolarapen mailarekiko korrelazioan jartzen gaitu. Sarri askotan apurtzen da prozesu hori lanerapenerako oztopo ezin saihestuzkoengatik”*.

Erakundeetako zuzendariek eta kudeatzaileek buru-arazodun pertsonak beren hiritartasun-eskubideak burutzeaz egindako balorazioari dagokionez, berriro ere ikuspeirik baikorra ospitaleetik kanpoko buru-osasuneko zerbitzuen erakundetik adierazi dutena izan da: *“progresiboki aurrera goaz; hori adierazten du erabiltzaileari jaramon egiteko gure zerbitzuan erklamazioak hartzeak”*.

Gizarte zerbitzu publikoen eta elkarten ikuspegia ilunagoa da. *“Buru-gaixotasunaren ezaugarrietako bat iraina da, hau da, gizartean onartua izateko deskalifikazioa, familientzako erruduntasun-sentimenduak, lotsa eta abar. Inork ez du horrela errebindikatzen bere izaera, familiek, batzuetan, egiten dute arazoa ezkutatu eta txikiagotu ere”*. *“Gutxi dira beren eskubideak ezagutu eta burutzen dituztenak”*.

Elkarte baten iritziz, *“badaude nahiko informatuta, baina eskubideak mugaturik burutzen dira eskubidea iristeko dauden oztopo burokratikoengatik”*.

Elkartezko mugimenduak eragina du elkarteei lotzen zaizkien pertsonen integrazioarako ematen den laguntzan.

4.5.2. Erakundeen helburuak

Osakidetzaren helburua honakoa da: *“erkidego eremuan biztanleen beharrian psikiatrikoei jaramon egitea; eta gu biztanleen buru-osasunari begirako beharrianetarako arretaren ardatzak gara harentzat”*. Aldundiek buru-gaixotasuna duten pertsonetik harremanak edo loturak egituraturik dituzte. Izan ere, haiek minusbaliotasunerako eskubidea duten pertsonak dira. Arduraren definizioa honelakoa da: *“minusbaliotasunak aurretik zaintzea eta goiz detektatzea, eta pertsona minusbaliatuei laguntza edo, hala denean, erkidegorapena errazten dieten baliabideak eta zerbitzuak garatzea; era berean, minusbaliotasun fisiko, psikiko edo/eta sentsozialen batek jotako pertsonenganako diagnostikorako, balorazioarako eta orientazioarako funtzioak”*.

Osasun-helburua zehaztuta, gizartean horri ekitearen zailtasuna eta askotarikotasuna agertzen da. Izan ere, prebenitzeaz, goiz detektatzeaz, diagnostikatzeaz, baloratzeaz, orientatzeaz eta laguntzarako eta erkidegorapenerako zerbitzuak eta baliabideak garatzeaz ari gara, eta, gainera, zailtasuna dator minusbaliatua izan daitekeen biztanleriaren dibertsitatetik. Biztanleria minusbaliatua hiru bloketan taldekatuta dago. Bloke horiek honakook dira: minusbaliatu fisikoak, psikikoak edo/eta sentsozialak.

Herri erakundeek finkatutako helburuen arabera esan daiteke ezen osasunetik psikiatri beharriari jaramon egingo zaiela (ez dute errehabilitazioaz hitzik egin) eta gainerako guztiari (etxebizitzari, eguneko zerbitzuei, errehabilitazioari, ekonomi sarrerei, astialdiari eta abarri) sozialetik jaramon egin behar zaiola.

Buru-gaixotasunaren eremuan lan egiten duten irabazi-asmorik gabeko erakunde pribatuei dagokienez, berauen banaketa honelakoa da: *“senide elkarteak”, “gizarte bazterketa”*ren eremuko erakundeak, erlijio-erakundeak eta buru-gaixotasuna duten pertsonen autoantolaketarako mugimendu hasi berria.

Kasu batzuetan buru-gaixotasun kronikoa duten pertsonen arazoari globalki heltzea planteatzen dute helburu bezala: *“buru-gaixotasuna eta arazo psikikoak dituzten pertsonen prebentzioa, sendabidea, errehabilitazioa eta bergizarte-integrazioa”, “autismoak eta beste haur-psikosi batzuek jotako pertsonen eta berauen familien bizi-kalitatea hobetzea”*.

Senide elkarte batek eginkizuna eta helburuak era askoz askotarikoagoan zehaztu ditu, honelaxe: *“buru gaixoaren gaitasuna errealtate egitea, hura bizitza burujabetasunez bizi izan ahal izan dadin, harenganako eta beronen familiarenganako arretaren bitartez. Familiei buru-gaixoei dituzten emozio-prozesuaren maila ezberdinak ulertzen eta inguruabar berrietara egokitzen laguntzea. Gaixotasuna onartzea eta beronekin bizitzen ikastea, eta, azkenik, zuzperketa posible egitea. Jasotzen duten osasun eta gizarte laguntzaren kalitatea eta kontrola bermatzea. Buru-gaixotasunarekin eta buru-gaixoen eskubideekin lotutako legeak, araudiak eta abar egiteko prozesuan herri administrazioarekin lankidetzan jardutea”*. Oso zabalak diren helburuok buru-gaixotasun kronikoa duten pertsonentzako autonomia-lorpena sarturik dute, erkidegoan bere euskarri-funtzioa egiten jarraitu ahal izateko familiarenganako laguntza. Gainera, horrelako pertsonen ematen zaien arretaren kalitatearen gaineko “kontrol”-helburu bat gehitu du, baita herri administrazioekiko lankidetzarako prest egotea ere, hau da, erabaki politikoak hartzeko eta pertsonenganako arretarako erabakiok garatzeko “bertan sartutako aldea” izan nahia.

Beste kasu batzuetan helburu partzialagoak aipatu dira, eta jarduketaren eremu zehatz bat definitu da: *“eboluzio luzeko buru-arazoak dituzten pertsonen lan-gizartezko errehabilitazioa”*.

Gizarte bazterketaren eremuan lan egiten duten elkarteek eginkizuna honakook eta honakooi emateari begira bideratu dute: *“gizarte normalizaziorako ibilbideak gizarteak baztertuta dauden pertsonen. Ehuneko askok buru-gaixotasuna dute. Zaintzen jarraipenerako programak ematen ditugu, laguntza formala eta informala eskainiz, sareko beste zerbitzu normalizatu edo normalizatu gabe batzuen beharrezko esku-harmenak (osasun-zerbitzuenak, juridikoenak, terapeutikoenak, gizartezkoenak, hezkuntzazkoenak...) antolatuz. Era berean, gizarte kontzientzia sortu eta hiritartasun-eskubideen burutzapena defendatu behar da, erkidegoan eta erkidegotik esku hartuz eta gizarte eragineko sareetan parte hartzea”*.

Hainbat elkartetan agertu ohi den beste helburu bat “gizarte sentsibilizazio”ari dagokiona da. Helburua bazterketa txikiagotzea da, “hauen prentsa txarra saihestea, zentzurik literalenean.

Ikus daitekeenez, elkarten helburuak izugarri zabalak dira, gizarte zerbitzuen eremuan lan egiten duten herri erakundeekin gertatzen zen bezala; izan ere, gizarte errealtateak askotarikotasuna du ezaugarri. Sozialesan eragina izan nahi denean, gai batzuk beste batzuei lotzen zaizkie eta guztia zailagoa da.

4.5.3. Erkidego-laguntzaren eskaintza: puntu ahulak eta puntu sendoak

Elkarrizketatutako pertsonen galdetu zitzaizkien beraien ustez jaramonik txikiena egiten zitzaizkien beharrezan eta erkidego-laguntzaren eskaintzaren punturik ahulenak eta sendoenak zein ziren ere.

Osasun-erakunde arduradunak diren pertsonen iritziz, *“jaramonik txikiena egiten zaienak gizarte alderdiak dira; izan ere, egiturak falta dira”*.

Gizarte-osasunezko eremuan lan egiten duten erakundeetako, elkarteetako eta gizarte zerbitzuetako erakundeetako arduradunak diren pertsonen ustez ere gizarte alderdi askori jaramonik egiten ez zaiela uste dute. Alderdi horiek gero aipatuko ditugu. Baina, halaber, *“ahultasun”* batzuk aipatu dituzte ospitaletik kanpoko buru-osasuneko saretik ematen den osasun-arretari begira.

Uste denez, *“buru-osasuneko zentroek ez dituzte beraiek sortzeak izan zuen helbururako funtzio guztiak betetzen”, “ez da dibertsifikatutako alternatiba terapeutikorik eskaintzen, ez dago indibidualizaziorik sendabideetan”, “gaixotasunaren jarraipena urriegia da, hitzorduen arteko denbora oso luzatzen da”, “familiei ez zaie laguntzen haiek tratatzeko orientazioari begira”, “behar dutenean espezialistaren kontsultara joan ahal direlako ziurtasuna izan dezatela”, “etxerik etxeko arretarako zerbitzuen urritasuna”, “hoztasun handia dago gaixoaren eta psikiatraren arteko harremanean; orokorrean, buru-osasuneko langileak oro hotzak dira”, “itxaroteko zerrendak ezin onar daitezkeenak dira, nahiz eta nonbait guztia ambulatorioan hasten den; horrek erraztasun handiegiz sintomatologia dakar, oheburuko medikuak konpondu edo ebatzi behar duena”, “buru-osasuneko zentroetan banakako informazio zabalagoa eman beharko litzateke”, “nahiz eta profesionalek informatutako baimenaz hitz egiten duten, talde hau urriki informatuta dago eta ez du buru-gaixoen eskubideak defendatzeko ekimenik garatzen”*.

Jaramonik urriena egiten zaie gizarte alderdiei dagokienez gizarte zerbitzuek beraiek aitortu dutenez, *“asko dira jaramonik egiten ez zaien edo jaramon urria egiten zaien beharrezan, eta, askotan, horrek ez dakar berekin erakunde eskumenberenganaketarik. Esate baterako, pisu babestuetan eta eguneko zentroetan plazak falta dira, zerbitzuak kudeatzeaz arduratzen diren elkarteentzat aurrekontuzukidura urria dago eta familiei ez zaie behar beste laguntzen beren senide gaixoak tratatzeko orientazioari begira”*.

Elkarteek uste dutenez, urria edo ez dagoena da ostatu-mota ezberdinekin (egoitzekin, miniegoitzekin, pisu babestuekin) lotutako guztia, pertsonen autonomi mailaren arabera. Era berean, urriki eskaintzen dira plazak eguneko zentroetan eta ospitaleetan, zentro okupazionalan, enplegu bereziko zentroetan, astialdiko klubetan... Era berean, urria da heziketa-alderdien eskaintza, pertsonen enplegarritasuna areagotzeko alderdiena...

Halaber, zerbitzuen eskaintza atzitzeko zailtasunak aipatu dira, urruntasun-arazoengatikoak. Izan ere, pertsona batzuk ez dira biztanle-gune handietan bizi, eta beste batzuek ez dute gizarte euskarririk, normalean euskarri hori dagoelako ziurtasuna

aurretik ekartzen duten programen diseinura egokitu ezin baitira. Arabako elkarte batek puntu ahul bezala gehitu du *“haurren eta gazteen psikosien gaineko arreta urria (hori aztertzeke batzorde bat eratu berri da)”*.

Elkarte batzuek urritzat jo duen beste alderdi bat pertsonok atzitu ohi dituzten pentsioen zenbateko eskasa da; pentsio horiek, funtsean, ez dira kontributiboak: *“pentsioak ematen duen errenta mailarekin ezin da bizi izateko autonomiarik izan”*.

Era berean, gizarte zerbitzu eta elkarte askok konpondu gabeko beharrizan bezala errepikatu dituzte arreta-, finantzaketa- eta koordinazio-politikei dagozkien beharrizanak. Uste denez, *“gizarte-osasunezko gunea, Aldundiei eta Osasunari mugatzea dagokiena, ez dago garatuta, alde biek beren eskumen eta erantzukizun ekonomiko eta teknikoak mugatzerakoan topo egiten duten zailtasunengatik. Horrek elkartetan eragina du, zeren eta zaila baitzaigu pertsonarentzako eta beronen familiarentzako arreta globala eskaintzea”*. *“Administrazioen eta elkarten arteko lankidetzak ezin da asmo onen adierazpena bakarrik izan, nahiko ez diren egungo mugetako hitzarmenen bitartezko finantzaketa urria baita”*. *“Koordinazio- eta lankidetzak-konpromisoek zaintzen jarraipena bermatu behar dute, eta zaintza behar duten gaixo guztiak hartu ahal izatea, mugarik gabe”*. *“Administrazioak, hitzarmenak babesten dituen aldea den aldetik, bere enplegatuei elkartezko mugimenduarekiko lankidetzako ontasunak eskualdatu behar dizkie, profesionalak etsai bezala edo lehia-sentimenduz ikus ez gaitzaten”*.

Elkarrizketatutako pertsonak beren erakundeari begira honako puntu ahulok aipatu dituzte: buru-osasuneko zerbitzuetatik berauen zentroen asetasun orokorra aipatu da; gizarte zerbitzuek eskumen-zehaztapenik eza aipatu dute; elkarteen zatitza, ahulena asetasun-arazoei, itzaroteko zerrenden arazoei, lokalen txikitasunari eta abarri lotuta dago.

Elkarte batek puntu ahul bezala gehitu duenez, *“Erkidego-laguntzarako programak zabaltzea aukeratuz gero, talde eta ekipo profesionalak hobetu beharko ditugu, kudeaketako ikasketa, “programako arduradun”aren figura; boluntarismo-gehiegikeria zuzendu behar dugu”*.

Haiei galdetu zitzaion beraien erakundeek beren zerbitzuak egiteko orduan zituzten “puntu indartsu”ak zeintzuk ziren ere. Osasun-zerbitzu publikoek uste dute ezen beraien ezarpen ona, zentroen sakabanaketarengatik biztanleengandiko hurbiltasuna eta gizarte zerbitzuekiko harremana direla puntu indartsuak. Gizarte zerbitzu publikoek ez dute puntu indartsurik aipatu, berriro nabarmendu dute dagoen eskumen-zehaztapenik ez handia. Elkarteek uste dute ezen beraien puntu indartsua arreta indibidualizatua eta globala dela.

Pertsona autisten kasuan, senide elkarteak uste du ezen jaramonik onena egiten zaienak direla *“hezkuntza- eta eskola-beharrizanak, Hezkuntza Sailak jaramon egiten dienak”*.

Haiei abian zein programa edo zerbitzu jarri gura duten galdetu zaie. Bereziki elkartezko mugimenduak adierazi du ezen baliabide berriak abiarazteko prest dagoela hori egiteko ekonomi baliabiderik badu:

- Arabatik honakook aipatu ziren: laguntza psikoterapeutikorako psikologoak, pisu babestuak, enplegu bereziko zentroa.
- Bizkaiko elkarteek honakook aipatu zituzten: Uribe Kostako eta ezkeraldeko harrera-pisuak, fundazio babeslea, zentro okupazionalak, enplegu bereziko zentroak, Enkarterrietako eskualderako eguneko zentroa, heziketa-baliabideak, etxerik etxeko laguntzarako zerbitzua, aisia eta astialdiko kluba, autismodun pertsona helduentzako eguneko zentroak eta etxebizitza, ingurunean bertan lan egiten duten larrialdi-zerbitzuak, buru-gaixotasunari begirako gizarte sentsibilizaziorako kanpainak eta hari buruzko biztanleria orokorrerenganako informazioa.
- Gipuzkoatik atsedeen-zerbitzuak abian jarri nahia aipatu zen. Izan ere, “...guztia familiek gaixoa zain dezaten diseinatuta dago, baina nekatu ere egiten dira eta atsedeen hartu behar dute”.

4.5.4. Erabiltzaileen finantzaketa eta kostua

Erakundeen finantzaketari begira, Osakidetza Osasun Sailarekiko programa-kontratuen bitartez finantzatzen da. Gizarte zerbitzu publikoak Foru Aldundien eta Udalen aurrekontuen bitartez finantzatzen dira.

Elkartezko mugimenduaren finantzaketari dagokionez, zatirik handiena diru-laguntza publikoen bitartez finantzatzen da, eta elkartuen eta lankideen kuoten, erabiltzaileek edo/eta senideek zerbitzuaren kostuarengatik egindako ordainketaren (batzuetan), enplegu bereziko zentroyen kasuan produktu-salmentaren eta aurrezki-erakundetik datozen testigantzazko diru-laguntza pribatu batzuen bitartez.

Pertsona erabiltzaileek beraiek atzitzen dituzten zerbitzu publikoengatik duten kostua ezberdina da zerbitzuok osasunak (0 kostua) ala gizarte zerbitzuek (kostua erabiltzaileen sarrerekin eta plazaren kostuarekin lotuta dago) hornituak diren kontu. Elkarteek kudeatutako zerbitzuen erabiltzaileentzako kostuei dagokienez, berauek zero kostutik baliabide motaren arabera aldatu ahal diren hileko kostuetarainokoak (10.000-40.000 pezetakoak) izan daitezke. Beste modu bat norberaren errentaren gainean ehuneko bat aplikatzea da (ohikoa da egoitza-motako baliabideetan). Horrela bada, aldagarritasun handia dago.

4.6. Umeen eta nerabeen buruko osasuna

Definizioa, arautegia eta jarduketa-planak

Datu epidemiologikoak

Erkapenerako datu batzuk

Gizarte-osasunerako jarduketak

Beharrianak

4.6.1. Definizioa, arautegia eta jarduketa-planak

Haurrentzako eta gazteentzako ikerketa espezifikorik ez egitea aukeratu arren, lehen adierazi den bezala, interesgarri da beren nabarmentasunarengatik eta, batzuetan, beren gabetasunarengatik haurren eta nerabeen buru-osasunerako arreta egokirako muga garrantzitsuak ekartzen dituzten alderdietako batzuk islatzea. Helduaren oinazeak batzuetan beraren haurtzaroko oinazea izaten du aurreko. Hori dela eta, garrantzitsua eta beharrezkoa da azterketa sakona berandu baino lehen egitea.

Pairamen psikiatriko kronikotzat hartuta daude bilakaera hiru urtekoa baino luzeagoa den denboran funtsezko aldarazpenik gabe luzatu zaienak. Hori kontutan hartuta, bertan sartuta daude diagnostikoak, hala nola, haurren eta nerabeen psikosiak, osagai psikotiko eta urriekiko eboluzio-disarmoniak, nortasuna antolatzeke arazo gogorak, portaera-arazo larriak eta abar. Patologia horiek guztiek haurrengan eta nerabeengan eskola, famili eta gizarte integraziorako zailtasun latzak sorrarazten dituzte, eta sendatzeko edo hobetzeko beharrezkoak dira banakako arretarako programa terapeutiko espezifikoak.

Jarduteko planetatik eta arautegitik honako elementuok nabarmendu ahal dira:

A/ Urtarrilaren 20koa eta Osasunari buruzkoa den 63/1995 Lege Orokorrak, nazioko osasun-sistemaren (gure Autonomia Erkidegoan Osakidetza) osasun-prestazioen antolamenduari buruzkoak, psikiatri laguntzari begira ezarri duenez, laguntza ambulatorio espezializatua, "eguneko ospitale"aren araubidekoa, prozesu akutuetarako ospitaleraketakoa, prozesu kronikoak berriro zorroztekoa edo diagnostikoko prozedurak edo sendabideak egitekoa eta buru-osasunaren arretarako eta laguntza psikiatrikoa, barnean diagnostiko eta jarraipen klinikoa, psikofarmakoterapia eta banakako, taldekako eta famili psikoterapiak harturik dituena da.

B/ EAEko Buru Osasunerako Arreta Psikiatrikorako eta Sustapenerako Plan Estrategikoak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailarena eta 1990ean ezarria denak, barnean harturik du EAEko haurren eta nerabeen buru-osasunerako arretarako programa bat. Programa horretan ezarri denez, bitarteko egitura balioanitzak sortu behar dira: eguneko ospitalea, eguneko zentroa, arratsaldeko unitatea... Horrelako egiturak ezinbesteko elementu terapeutikoak dira buru-patologia gogorra agertzen duten haurren eta nerabeen sendabide trinkoak antolatzeke: psikosiak, disarmoniak, nortasun-arazoak eta abar. 1990ean gomendatu zen EAEko osasun-eskualde bakoitzean gutxienez egitura balioanitzeko eguneko ospitale bat sortzea.

- C/Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren Osasun Planak (1994) psikiatri laguntzari begirako lehentasun bezala patologia kronikoen gaineko arreta ezarri du.
- D/Bizkaiko buru-osasuneko Zentroko buru-batzak 1998ko beren lehentasunen artean ezarri ditu haurrentzako, nerabeentzako eta helduentzako prozesu kronikoen eboluzio-protokoloak.
- E/ Osasun Sailak, Lurraldeko Osasun Zuzendaritzaren bitartez, Euskal Herriko Osasun Antolamenduaren Lege berriaren arabera, psikiatri laguntzarako programa-kontratuaren bitartez zehaztutako laguntza-lehentasunak ezarri ditu. Lehentasun horien barruan ezarrita daude eguneko ospitaleetan eta zentroetan patologia kronikoen sendabiderako eta errehabilitaziorako egituratutako programak.
- F/ 1998ko uztailaz geroztik, Bizkaian Osakidetzaren Laguntza Psikiatrikoak buru-osasunean patologia kronikoetarako itxaron-zerrenda kudeatzen izan du. Aitortuenez, *“dispositiborik ez dagoela eta beharrianak detektatu direla eta, era berean, dispositibo motaren bat behar duten haurrak eta nerabeak kuantifikatu dira. Dispositibo multzo horren barruan honakook daude: Haurrentzako Eguneko Ospitalea, Haurrentzako Eguneko Zentroa, Haurren eta Nerabeen Ospitalizazioa”*. (Martin-Zurimendi, 1999).
- G/Osakidetzak eta Bizkaiko Foru Aldundiak 1996ko irailean egindako agiriak honakoa du izenburu: *Gizarte-osasuneko Gunea, Haurren Buru Osasuna*. Agiri horretan ezarrita dagoenaren arabera, *“buru-arazo larriak dituzten adinez txikiei konponbide terapeutiko eta laguntzazkoak eman behar zaizkie, espezifikokoak”*.
- H/Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzak alde batetik eta, beste batetik, Gipuzkoako Foru Aldundiak (Gizartekintza-Gizarte Zerbitzu Sailak) 1996ko maiatzean gauzatu zuten Gipuzkoan beharrianak estaltzeko eta lankidetzan jarduteko Marko-akordio bat, osasun-sistemaren eta sistema psikosozialaren arteko koordinaziorako mekanismoak ezarri zituztelarik.
- I/ Gizarte-osasuneko gunean lankidetzan jarduteko marko-akordioak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzak eta Bizkaiko Foru Aldundiak 1998.05.14an sinatuak (EHAA, 156 zenbakikoa, 1998-08-19koa), honakook ezarri ditu:
- Bere jarduketa-eremuen artean, minusbaliotasun fisikoek, psikikoek eta sensorialek jotako pertsonak, bai helduak bai gazteak eta haurrak.
 - Buru-osasunaren eremuan, haurren buru-osasunaren eremuko koordinazioan sakontzea.

4.6.2. Datu epidemiologikoak

Euskal Herriko Lurralde Historikoetako kasu psikiatrikoen erregistroetan eta memorietan oinarriturik, osasun-sare publikoaren barruko eta ospitaleetik kanpoko buru-osasuneko zerbitzuetaratzeko laguntza-prebalentzia ezagutu dugu (54. taula).

**54. taula. Osakidetzeta-SVS delakoaren ospitaletik kanpoko buru-
osasuneko sareratzeko laguntza-prebalentzia, adin-taldean arabera.
(100 biztanleren gaineko ehunekoak)**

	ARABA	GIPUZKOA	BIZKAIA	GUZTIRA
<15 urte	1.5	1.0	2.0	1.67
15-65 urte	2.9	2.4	3.5	3.1
>65 urte	3.9	2.4	3.4	3.1
Guztira	3.9	2.4	3.4	2.96

Iturria: elaborazio berezia, ospitaletik kanpoko buru-osasuneko memorietatik abiatuta: Gipuzkoa, Bizkaia (1997) eta Araba (1996). Eustat-E.P.V. 1996. Deba Garaiko eskualdeko biztanleria Arabako biztanleriarekin elkartu da, Arabako osasun-eremuari atxikita baitago.

Jarraian azalduko ditugu EAeko zenbait datu epidemiologiko (55. taula).

55. taula. EAeko datu epidemiologikoak 1998an

	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	GUZTIRA
BIZTANLERIA OROKORRA	341.173	1.114.412	631.092	2.086.677
< 15 URTE	38.254	134.627	78.511	350.392
KASU BERRIAK (<15 urte, Osakidetzaren sarean jaramon egin zaienak)	578	1.598	472	2.648
GUZTIRAKO KASUAK (<15 urte, Osakidetzaren sarean jaramon egin zaienak)	1.195	3.150	1.035	5.380

OMEren zenbatespenen arabera, psikiatri arazo larriek jotako 10-14 haur eta nerabeko eragina dago, jaiotako 100.000koa. Zenbatespenok, 15 urtetik beherako haurrek eta nerabeek osatutako gure biztanle-inguruari aplikatuta, horrelako arazoez jotako 350-490 haur eta nerabeko eragineko kopuruak ematen dizkigute.

1998an Osakidetzaren sarean jaramon egin zaien 15 urtetik beherako nerabeen eta haurren kasu berriei buruzko datuen arabera, honakoa baieztatu dezakegu:

- gutxi gorabehera, ehuneko 5 kasuri psikosia diagnostikatu zaiela, hau da, 132 kasuri;
- gutxi gorabehera, ehuneko 10 kasuri beste buru-arazo gogor batzuk (eboluzio-disarmoniak, muga-egoerak, nortasun-arazoak...) diagnostikatu zaizkiela, hau da, 264 bat kasuri.

Guztira, 1998an zehar, gutxienez, 15 urtetik beherako nerabeen eta haurren 396 kasuk behar zuten plan terapeutiko trinkoa antolatu ahal izateko bitarteko egiturako plaza.

Osasun Sailak eta Osakidetzak 1990az geroztik aitortu dute ezen EAEn haurrentzako eta nerabeentzako bitarteko egiturak behar direla. Hala ere, egun ez dago biztanle-talde honentzako bitarteko egiturarik. Eskola-dispositibo batzuen arreta bakarra dago. Gailuok gogoz jarrita daude, baina azkar gainezkatuta. Garatzeko daude bitarteko

egiturak, programa terapeutiko trinkoak, arloarteko programak eta, laburki esanda, zaintzen jarraipena, zein patologia larriontzat ezinbestekoa baita. Eta kontutan hartu behar da ezen buru-osasuneko prebentzioa lehen haurtzaroko esku-harmentan oinarrituta dagoela funtsean.

4.6.3. Erkapenerako datu batzuk

Biztanleria orokorraren eta haurren datuak eta haurren psikiatrenak aipatzeaz gain, egokia da Euskal Herriko Autonomia Erkidegoaren egoera hurbil dagoen eta antzeko garapen gizarte-ekonomiazkoa duen erregioren batenarekin erkatzea. Esate baterako, erkidego hau Frantziako Bordele-Girondarekin erka dezakegu, zeinek Bizkaikoaren antzeko biztanleria baitu.

56. taula. Erregioen arteko erkapen-datuak, haurrenganako arreta psikiatrikoari buruzkoak

	GIRONDAKO ERREGIOA	BORDELEKO ARLOA ERDIGUNEA	EUSKADI	BIZKAIA
BIZTANLEAK GUZTIRA	1.200.000	240.000	2.100.000	1.115.000
0-18 URTEKO BIZTANLEAK	328.000	114.000	575.000	310.000
HAURREN PSIKIATRAK	47	10	19	12
HAUR. PSIK./100.000 < 18 urte	8.3	8.7	3.3	3.87
<18. HAURREN PSIK.KO	12.000	11.500	30.500	26.500
18 URTETIK BEHERAKOENTZAKO EGITURETAKO PLAZAK	244	54	0	0

Erkapena berez nahiko esanguratsua da: haurren psikiatren, eta talde horien beste profesional batzuen urritasuna eta arriskutako biztanle-arloontzako bitarteko baliabiderik eza.

4.6.4. Gizarte-osasunerako jarduketa

Bereziki aipatu behar dira haurren psikiatriako arreta anbulatorioko zentroetan jaramon egiten zaien haurrak eta gazteak. Zentro horiek Aldundien gizarte zerbitzuek "konpartitzen" dituzte. Haur eta gazte horiek "kasu sozialak" dira eta gizarte zerbitzuek jaramon egin eta babestutako haurrak eta familiak aipatu behar ditugu. Familia horiek sarritan desegituratuta egoten dira eta ekonomi zailtasunak izaten dituzte. Sarritan familien haurrek porrot egiten dute eskolan eta gurasoek ere patologia psikiatrikoa dute. Haur eta gazteok "arazo anitzeko kasuak" izaten dira, arazo larri askorengatik eta behar dituzten beharrezko erantzun posibleen askotarikotasunarengatik (osasunerantzunak, sozialak, hezkuntzazkoak...) psikoterapeutikoki zailtasunez lagundu ahal izaten zaienak. Arestian Mendivilek eta beste batzuek (1999) gizarte-osasuneko guneko beharrezko erakunde-lankidetzari buruzko lan bat egin dute. Izan ere, Gipuzkoako Foru Aldundiaren gizarte zerbitzuek ekarritako eta Osakidetzaren haurrentzako eta gazteentzako psikiatri taldeak (HGPT delakoak) jaramon egindako haurren goranzko eskaria egiaztatu dute. Era berean, goranzkoa da buru-osasunean osasunari begira

jaramon egiten zaien eta beren arriskuko edo babesik ezeko egoerarengatik gizarte zerbitzuei onura atera behar dieten gaixoen kopurua.

Aipatutako lanean, haurrentzako eta gazteentzako arreta psikiatrikorako buru-osasunaren arloko gizarte-osasunezko baliabideak eta psikiatri eta gizarte beharrianak zituzten haurrak eta gazteak aztertu ziren. 1997an Gipuzkoako HGPT delakoan 805 haur gaixori egin zitzaizen jaramon. Haietarik 101i (%13ri) Aldundia jaramon egiten ari zitzaizen. Ikusienez, gaixo arrunt horiek arreta biziagoa behar zuten, erakundearteko koordinazioko eta erkidegoko lan handiagoa sorrarazten zuten, orokorrean buru-arazo gogorragoak zituztelarik. Beraiek sendatzeko denbora gehiago behar da. Osakidetzako haur-gazteen buru-osasuneko eta Aldundiaren gizarte baliabideetako laguntza-taldeek (udalekoek bereziki) eta itundutako talde espezializatuak elkarrekin ikasten dihardute. Sendabide terapeutiko trinko eta espezializatuagoak behar dituzten umeentzako eguneko ospitaleak edo zentroak bezalako bitarteko egiturarik eza nabaritzen dugu (Hochmann). Hori egokituta dagoen baina normaliza daitekeen eskolarapenarekin uztar daiteke. Lehen aipatutakoa gertatzen ari da Bizkaian eta Araban ere. Lurraldeotan elkarte batzuek batzuetan berenganatu dituzte arazo psikopatologikoak agertzen dituzten eta gizarte desabantailako egoeran dauden hurrei, gazteei eta familiei zuzendutako hezkuntza-psikiatriazko esku-harmenerako programak, erkidegoan dauden baliabideen eraginkortasuna bultzatuz (Beitia, 1999).

4.6.5. Beharrianak

Haurren eta gazteen buru-osasuneko arretarako zentroek deszentralizazio egokia kontutan hartu beharko lukete. Araban talde bakarra (Haurrentzako Psikiatri Unitatea) dago, Gasteizen dagoena. Gauza bera gertatzen da Gipuzkoan: Donostian dago haurrentzako psikiatri taldea. Bizkaian taldeak eta profesionalak osasun-eskualdeetan banatuta daude (Galdakao, Barakaldo, Bilbao), eta urrun eta sakabanatuta dauden herri eta biztanle asko estaltzen dituzte giza baliabide urriekin.

OMEren gomendioei jarraiki, arreta egokirako beharrezko da 18 urtetik beherako 12.500eko haur-gazteentzako psikiatra bat (eta psikologo bat). Horretarako, gutxienez haur-gazteentzako 46 psikiatra beharko liriateke EAEn; gomendatutako ratioak lortzeko, beharrezko izango litzateke haurren eta nerabeen profesional psikiatren eta nerabeen egungo kontratazioa osatzea. Izan ere, haiek ez dira erdira heltzen egun.

Bitarteko egiturei begira, erabat lehentasunezkoa da Osasun Sailak 1990ean egindako Arreta Psikiatrikorako Plan Estrategikoak proposatutako helburua lortzea. Izan ere, osasun-eskualde bakoitzeko bitarteko egitura bat sortu behar da gutxienez. Horretarako, sei bitarteko egitura abiarazi behar dira Bizkaian; hiru, Gipuzkoan, eta bat, Araban. Garapenak globala eta koordinatua izan behar du.

Haurrak eta gazteak dauden egoera aztertzeko, baliabideak ebaluatzeko eta haurrentzako eta nerabeentzako arretarako baterako plangintza eta erantzunak ekartzeko beharrezkoa da gizarte, hezkuntza eta osasun batzordeak bultzatzea eta gizarte eta osasun batzorde teknikoen esperientzia hasi berrietara hezkuntzaren arloa sartzea.

*Haurrentzako psikiatriako espezialista talde batekiko lankidetzan egindako informazioa. Talde horretako espezialistak honakook dira: Alberto Lasa, Karmelo Malda, Julio González, Bittori Bravo eta Josean Fernández de Legaria.

4.7. Elikadura arazoak

Sarrera
Laguntza-eskaria
Eragina bizi-kalitean
Kronikotasunerako bilakaera

4.7.1. Sarrera

Elikapen-arazoek eragin epidemiologikoa dute gazteen artean, emakumezkoen artean bereziki. Nerbio-anorexiaren kasuan (NAren kasuan), zenbatetsi denaren arabera, erkidegoko eragina gutxienez 100.000 biztanleko 8 kasukoa da. Urteko prebalentzia, diagnostiko-irizpide hertsia erabiliz, emakumezko gazteen %0,28koa da, kasu osagabeen %1,5eko prebalentziarekin batera (Lucas et al., 1991).

Nerbio-bulimian (NB delakoan), 100.000eko 13ko urteko eragina eta emakumeen %1eko eta gizonen %0,1eko bizitzan zeharkako gutxieneko prebalentzia zenbatetsi dira (Lucas et al., 1991). Orokorrean, Amerikako Psikiatri Elkarteak (APAk) emandako kopuru altuagoak eman ohi dira. Zenbatetsitakoaren arabera, 14-30 urteko emakumeen %0,8-1ek nerbio-bulimia du; eta %2-4k, bulimia. Baina gure inguruan horrelako estrapolazioak nekez eskaini ahal dira. Ukitutako senideen elkarte (Acabe) eta profesional elkarte (Aldakuntza) batzuek gaixo-zenbatespenak nabarmen gehitzen dituzte eta, nahiz eta datu fidagarriak ez dagoela aitortzen duten, beste herri garatu batzuen estatistika-zenbatespenak aplikatuta, gure Autonomia Erkidegoko ukituen kopurua igo dela eta berau 9.000 pertsona baino gehiagokoa dela esan dute.

Arazoek eragin hirukoitza dute eremu psikologikoan, fisikoa eta sozialean. Kronikotzeko joera garrantzitsua dago ehuneko 20 kasutan; eta zuzpertzekoa, ehuneko 36 kasutan. Heriotza-tasa nabarmena dago, NA delakoak jotako %5 ingurukoa eta NB delakoak jotako gaixoen %2koa (Toro eta kideak, 1995; Osasuneko Nazio Erakundea, 1995; López eta kideak, 1999). Gure inguruko elikapen-arazoaren eraginaren gehikuntzari buruzko eztabaida bat dago, nahiz eta inork horrelako problematikengatik arretarako eskariaren igoera ukatzen ez duen. Gure inguruan ia ez dago datu epidemiologikorik. Izan ere, arestian haurren eta nerabeen anorexi kasuen sail luze bati buruzko azterlan bat argitaratu zen, gure herriko azterlan-hutsunea estaltzen saiatzeko (Toro eta kideak, 1995).

Kopuruok adierazten duten larritasuna gorabehera, eta azken garaian islatutako gizarte alarma garrantzitsua kontutan harturik ere, oraindik zalantzak daude patologiotarako arretarako gailu espezifikoak garatzearen komenigarritasunari buruz. Izan ere, eremu batzuetan, kasu-erregistroak dituztenetan, nekez detektatu da elikapen-patologion gehikuntza nabarmenik, eta orokorrean haurren eta gazteen buru-osasunerako arreta garatzea aipatu dute lehentasun bezala (Menéndez eta Pedreira, 1999). Oraindik ez dago baliabide eta programa espezifikoaren beharrari buruzko adostasunik. Gaur egun, gai hori eztabaidatzen ari da. Hala ere, gizarte presioaren eta mass media direlakoek sortutako iritzia ondorioz, zentro berriak sortzen ari dira eta, hortaz, pareko sareak egoteko arriskua dago.

4.7.2. Elikadura-arazoengatikoa laguntza-eskaria

1998an, Osakidetzak, ospitaletik kanpoko buru-osasuneko laguntza-sarearen bitartez, elikapeneko arazo gogorak zituzten 1.227 pertsonari jaramon egin zien. Haietarik 670 Bizkaikoak ziren; 325, Gipuzkoakoak; eta 242, Arabakoak.

Orientazio gisa, jarraian azalduko ditugun datuen bitartez, elikapen-arazoengatikoa eskariaren bilakaera adierazi gura da, bigarren mailako Ospitale Orokor bateko kanpoko Psikiatri kontsulta batean. Ospitale horrek zentroko Endokrinologi atalarekiko koordinazioan lan egiten du eta 1992az geroztik etorri zaizkion elikapen-patologia guztiei jaramon egin izan die.

Galdakaoko Ospitalea bigarren mailako ospitale-zentroa da, Pediatri zerbitzurik ez duena, eta Bizkaiko probintziako barne-eskualdean hiri- eta landa-ezaugarriak dituzten 250.000 biztanle hartzen ditu. 1996ko zentsuan, guztira 163.718 emakume ageri ziren. Beraietarik 33.349 15-30 urteko adin-lerrunean zeuden. Adin-lerrun hori elikapen-arazoetarako arriskurik handienekotzat hartuko dugu.

Aztertutako epealdian (1992ko ekainaren 1etik 1999ko martxoaren 31ra arte), elikapen-arazoei jotako 547 kasu ezberdini jaramon egin zitzaizkien: 273 kasu gure erreferentzi eskualdekoak ziren eta 274 eskualde horretatik kanpo bizi ziren.

Patologiotan ohikoa den bezala, arreta eskatzen duten gizakiak emakumezkoak dira (%96,34). Lagineko batezbesteko adina 22,47+-7,6 urtekoa zen. Adin-lerruna 12-58 urtekoa zen, eta pertsonarik gehienek 18-24 urte zuten. Gaixotasunaren edo arrisku-portaeren hasiera (dieta murriztaileena edo portaera libragarriena) ez da oraintsukoa, arreta-eskarian edo detektaketan atzerapen nabarmena ageri delarik. Lagineko hilkortasuna, epealdian zeharkakoa, buruhilketarikoko kasu batekoa izan da.

Aztertutako epealdian zehar, 1992 eta 1999 bitartean, eskariaren urteko bilakaera ikus daiteke. Programaren lehenengo lau urteetako eskariaren igoera progresiboa nabarmendu da. Aztertutako epealdiaren bigarren zatian maila altuetan egonkortu da eskaria gero (ikus 57. taula). Orokorrean elikapen-arazoei begirako 100.000 biztanleko urteko eragina, gure erreferentzi eremuan, gora joan da urteen poderioz, bai biztanleria orokorraren elikapen-arazoei (batezbesteko eskaria: 100.000 biztanleko 15,6) bai arrisku handiagoko biztanleei begira. Biztanle horiek 15-30 urteko emakumezko gazteak dira. (Ikus 57. taula)

57. taula. Elikapen-arazoengatikoa arretarako eskariaren urteko bilakaera (Galdakaoko Ospitalea)

	1992 (92/6/1)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999 (99/3-31)	Guztira
Guztirako kop.	7	19	55	84	113	131	105	33*	547
Barruko eskualdea	5	17	34	49	45	62	43	18*	273
100.000 biztanleko urteko eragina. #	4*	6.8	13.6	19.6	18	24.8	17.2	28.8**	
15-30 urteko 100.000 emakumeko urteko eragina #	30	50.1	101.95	146.9	134.9	185.9	128.94	215.9**	

Bizkaiko Barruko Eskualdeari begira kalkulaturako eragina.

* 199-3-31ra arte.

** Urte osora estrapolatuta, antzeko eskaria suposatuz.

Aurreko datuetatik ondoriozta daitekeenez, elikapen-arazoengatik arretarako eskaria lauz biderkatu da aztertutako epealdian zehar, programara sartzeko malgutasunaren ondorioz eta oheburuko medikuek, senideek eta gaixoez arazok aintzatetsi dituztelako nonbait. Gainera, haiek sendatzeko eskariari begira sentikortu dira.

Bulimi edo libratzeko portaerengatik diagnostikoen goranzko nagusitasuna beste eboluzio-azterketa batzuetan islatu da (Hall et al., 1991; Kruger et al., 1998). NB delakoa diagnostikatu zaien subjektuek beste lagin batzuetan islatutakoenaren antzeko adina agertzen dute (Fairbun, 1985), aldatutako portaerak goizago hasita baina, beharbada murrizketa dietetikoko portaeren hasieraren egungo goiztiartasunik handiena, bigarren mailako elikapen-kontrolik eza eta pisua kontrolatzeko sistema bezala portaera libragarrietara jotzea islatuz (Toro, 1996).

Hala ere, azpimarratu behar da ezen gaixotasunaren bilakaerako batezbesteko denbora, programan sendabidea eskatu baino lehen, 6 urtetik gorakoa zela. Horrek, hertsiki, Osakidetzak garatutako programa trinkoetan jaramon egin ezina dakar. Izan ere, irizpideetako bat gaixotasunak bilakatzen 5 urte baino gehiagorik ez eramatea izango litzateke. Denbora hark gaixoak "kroniko"-egoeran eta sendabide espezializatu eta trinkorik gabe uzten ditu.

Urteko laguntza-eragina beste autore batzuek adierazitakoa baino handitxoagoa da (Lucas et al., 1991): 100.000 biztanleko 9,4 anorexi arazo eta 6,8 bulimi arazo, programarako deribazio-iturrien kopuru handiagoarengatik nonbait (familiarren eta norberaren ekimena barnean sartuta).

Elikapen-arazoengatik eskaria gora doa gure ingurunean, baina beharbada horrek ez dakar eragin-igoerarik (Steward et al., 1989). Igoera hori epealdi luzeetan zeharkako biztanle-ikerketa sekuentzialen bitartez bakarrik egiazta daiteke (Lucas et al., 1991). Hala ere, osasun-plangintzaren ikuspuntutik interesgarria izan daiteke garatzen doazen arretarako programa espezifikotako laguntza-eskariaren bilakaera ezagutzea (Hall and Hay, 1991).

4.7.3. Elikapen-arazoen eragina bizi-kalitatean

Aurreko datuak gorabehera, osasun-baliabideak banatzeko elikadura-arazoei beste buru-arazo batzuei begira eman behar zaien garrantziari buruzko halako ziurtasunik ez bat dago oraindik. Azterketaren emaitzen bitartez ikusi eta erakutsi ahal dugu ezen subjektu elikapen-arazoez joen ibilera eta ongizate-sentsazioa gehiago narriatzen dela buru-arazo gogorrek dituzten beste biztanle batzuen baino.

Gizarte ibilerako eremuko eta rol fisikoko eta emozio-rolako eragina arrakasta izan duten edo gizarte aintzatespenaren bila dabilzan subjektuen irudi "erromantiko"aren bestelakoa da (Branch and Eurman). Irudi hori haien segurtasunik ezetik eta autoestimutik dator. Horrek narriadura soziala eta funtzionala dakar. Eragin bikoitz hori (fisikoa eta emozio-eragina) indartu egiten da. Izan ere, bizi-kalitatearen eskala guztietan gaixoak biztanleria orokorrari begira %5-25ekoak dira, edo, gauza bera dena, haien bizi-kalitatearen balorazioak haien adin-eta sexu-taldeko subjektuen %75ek gaintzen ditu.

Deigarria delako esan behar dugu ezen pertsona horiek, beren kalitatearen pertzepzioan, arazo eskizofrenikoak dituzten gaixoaren antzeko narriadura islatu dutela, bai eremu fisikoetan bai psikikoetan, azkenotan bereziki (berauren narriadura askotan azken gaixoon sintomatologia negatibotik dator). Eragin maila horregatik, haiek ukipen maila berean leudeke eta kontutan hartu behar dugu ezen patologia eskizofrenikoak buru-arazirik gogorrenak direla eta osasun-sistemak patologia horien arretari begira orientatuta daudela bereziki (berauren ospitale-baliabideak eta ambulatorioak). Aurretik esandakoak elikapen-arazoak sendatu eta, beharbada, prebenitzeko arreta espezifiko eta biziagoa justifika lezake.

Azterketa honek iradokirik duenez, elikapen-arazoak maila biopsikosozialeko ondorio latzekiko osasun-arazo handiak dira, subjektuari eta beronen familiari zuzeneko edo zeharkako zailtasun ekonomiko handiak ekartzen dizkietenak. Beharrezkoa izan daiteke gaixoon lan-gizartezko ibilerako mugei aurre egiteko sendabide klinikoak finagotzea (gizarte trebetasunetan trebatzea) edo/eta arlootan eta, orokorrean, bizi-kalitatearenean ezarritako sendabideen eragina (ezagutzezko terapia) ebaluatzea.

4.7.4. Kronikotasunerako bilakaera

Galdakaoko Ospitaleko programa espezifikoan jaramon egindako 160 gaixoren jarraipenerako beste azterketa batean, bi urteko sendaldiaren ostean kronikotzeko joeraren eta emaitzen lehenengo ebaluazioa egin gura izan zen. Komenigarria da sendabidearen hasierako gaixotasunaren bilakaerako epealdi garrantzitsua gogoratzea, 6 urtekoa baino luzeagoa dena.

Atariko emaitzek adierazten dutenez, ebaluazio-epealdiaren bukaeran 79 pertsona (%49,4) beren elikapen-sintomatologiatik zuzpertuta zeuden, 43 pertsonak (%26,9k) sintomatologia neurritzkoa agertu zuten, eta 38 pertsonak (%23,8k) sintoma bizi eta gogor-gogorak zituzten, eta kronikotasuneranzko bilakaera aurrikusi ahal zen.

Gaixo askoren elikapen-arazoen bide kronikoak haiek goiz eta ezin sendatuzko bihurtu baino lehen esku hartu beharra iradoki du. Pertsona horiek gaixotasun kronikoa dute eta beren buruhilketa-arriskuarengatik eta buruhilketa-arriskuari buruzko ebaluazioa behar dute oraindik.

Azterketan ikusi denez, antsietate-sintoma klinikoki garrantzitsuak guztirako laginaren %53,1ean; eta depresio-sintomak, %22,5ean, bi urteko jarraipenaren ostean.

Sendabideetako aurrerapenak gorabehera, ikus dezakegu ezen elikapen-arazoezko gaixo askok sendabideak eraginik ez duen arazoak dituztela oraindik. Kronikotze horrek hainbat itxura har ditzake: eremu psikologikoko, jokaera-eremuko edo gizarte eremuko narriadura garrantzitsuekiko arazoaren sintoma nagusiek irautea eta zailtasun fisikoak larriagotzea (hezur-deskaltzifikazioa, liseriketa-arazoak, odontologikoak...) eta beste arazo psikiko batzuk (depresio-arazoak, obsesiboak, alkoholarekiko menpekotasuna eta abar) agertzea. Horrek guztiak norberaren narriadura eta famili eta gizarte narriadura larriago dezake.

Beste arazo psikiko batzuetan, hiru urtekoa baino luzeagoa den epealdian zeharkako iraupena kronikotasun-irizpidetzat hartu ohi da; elikapen-arazoen kasu zehatzean, ez

dago zehaztu eta adostutako irizpiderik, eta iradoki da ezen arazoaren zazpi urtetik gorako bilakaera kronikotzeko irizpidetzat hartu ahal dela. Horrelako bilakaerak zuzpertzintasun-arrisku altua dakar. Hala ere, ikus daitekeenez, arazoa urte askoan izan duten gaixo batzuek klinikoki hobera egin dezakete nabarmen. Hortaz, kronikotzea ezin da ziurtasun osoz iragarri.

4.7.5. Ondorioak

1. Beharrezkoa da eskari berriok planteatutako osasun-arazoetarako erantzun egokia (Osakidetzaren Plan Estrategikoa). Osasun Planean aipatutako lehentasunak kontutan hartu behar dira.
- 2- Errazki irits daitezkeen herri finantzaketako laguntza-programa espezifikoak sortu eta mantentzea elikapen-arazoengatiko eskariaren gehikuntza nabarmenarekin lotzen da, bai kasu berrienarekin bai aurretik zeuden sendabide-eskaintzak utziak zituzten kasu zaharrenarekin.
- 3- Emakumeen eskariaren nagusitasunaren existentzia argia delarik eta portaera bulimiko eta libragarriekiko koadroak daudelarik, beharrezkoa da beharrezko baliabideak egokitzea ahalbidetzen duen azterketa epidemiologiko baten bitartez errealitatea aztertzea.
4. Prozesuon bilakaera eta iragarpena zailtzen lagun dezakeen sendabidearen eskarian eta detektaketan atzerapen nabarmena ageri da. Hortaz, komenigarria izango da programa espezifikoetako ekipoek detektatzekoa goiz detektatu/esku hartzeko eta lehen mailako programetarako laguntza ematea. Ildo horretatik, funtsezkoa da Hezkuntza eta Osasun Sailek parte hartzea, zertarako-eta prebentziozko esku-harmenak burutu ahal izateko.
5. Heriotza-arrisku etengabea duten gaixo kronikoon lege-egoera zailak beste gaixo buru-hiltzaile kroniko batzuenarekiko parekotasuna erakusten du. Erakunde gutxi dira ospitalerapen nahiko luzeak mantentzeko gai eta oso familia gutxi jasan lezakete araubide pribatua barneraketan gastua. Horrelako kasuetan, komenigarria da talde zaintzailea prestatu eta berari informatzeko informatzea, zertarako-eta haien egoera eta bizi-kalitate zaila erraztasunez sortu eta are zailagotu ahal duten arbuio-erreakzioak arintzen saiatzeko.

*Angel Padierna jaunaren aurretiko agiria oinarri hartuta egindako informazioa. Bizkaiko Galdakaoko Ospitalea.

4.8 Bazterkeria eta ikustezintasuna

Gizarteak buruko gaitza duten pertsoneri buruz duen irudia
Bazterkeria erkidego-laguntzan
Erkidego-laguntza lortzen zail duten pertsonak

4.8.1. Gizarteak buruko gaitza duten pertsonen buruz duen irudia

Buru-gaixotasuna duten pertsonen eguneroko bizitzako alderdi askotan gizarte balio gabeketarako prozesuak jasaten dituzte. Elkarrizketatutako pertsona guztiek ez buru-osasuneko zerbitzuekin harremanetan jartzen diren pertsona guztiek ez dute buru-gaixotasunaren gizarte iraina jasaten; baina garrantzitsua da egiaztatzea ezen, gutxi gorabehera, elkarrizketatutako pertsonen herenak lotsarazten dituela buru-osasuneko zentroetan jaramon egin diezaieten zain dauden bitartean sentitzen duten anonimatu faltak. Zentroetan etiketekin zaurkor sentitzen dira. Berauek haien lan- eta harreman-bizitzan eragina izan dezakete. Era berean, elkarrizketatutako pertsonen erkidego-laguntzarako zerbitzuetara sartzen ez den beste pertsonarik ezagutzen zutenentz galdetu zitzaizanean, buru-arazoak zituztela aitortu gura zuten pertsonak detektatu ziren talde nagusi bezala. Bistakoa denez, ez da gizartearen balioztagarria nork bere burua buru-gaixotasun bezala identifikatzea, bere burua horrela identifikatzen duen edo horrela identifikatzen denak jasaten dituen gizarte bazterketako prozesuengatik.

Azterketa honetan elkarrizketatutako profesionalek uste dute ezen beraiek jaramon egiten dieten pertsonarik gehienek gizarte-integrazioarako arazo berezirik ez dutela eta biztanleria orokorraren antzeko patologia arinak dituzten pertsonak direla. Patologia larriak dituzten eta kronikotzeko prozesu garatuagoak agertzen dituzten pertsonak dira gizarteratzeko arazo gogorak dituztenak, familiarren edo/eta erakundearen laguntzarik izan ezean bereziki.

Era berean, profesionalek adierazi dutenez, gizarte-integrazioa-prozesuak pertsonok jasaten duten gizarte irain handiarengatik gelditzen dira. Gizarteak ez du buru-gaixotasuna ezagutzen, eta ez ezagutze horrek beldurra sorrarazten dio, mesfidantza eta arbuioa. Gizarteak ez ditu buru-arazoa duten pertsonak hartzen, urritasun psikikoa duten beste pertsona batzuk, pertsona zaharrak, adinez txikiak eta abar hartzen ez dituen bezala. Autismoak jotako pertsonen kasuan, haiekin lan egiten duten profesionalek adierazten duten ezen haiek bi aldiz baztertuta daudela, alde batetik, buru-gaixotasun larri bezala eta, beste alde batetik, buru-gaixotasun barruan, berauen zatitza hartzen ez baitira.

Buru-gaixotasunak ez dio gizarte tabua izateari utzi. Elkarrizketatu ziren familietarik batzuek adierazi dute, halaber, zaila dela beraien kideen artean buru-arazoarekiko pertsonak daudela jendaurrean esatea. Izan ere, irainak ez du arazoa duen pertsona bakarrik iristen: famili taldearengana hiltzen da, lotsa dago, ezkutaketa...

Joera bazterzaileoi aurre egiteko, pertsonak adierazi dute ezen egokia dela beraiei buruz dagoen gizarte irudia aldatzea, komunikabideek haiekin lotutako eta albiste bihurtzen den guztiari begira egiten duten hautaketaz kexatu dira. Albiste bihurtzen diren jazoerak indarkeriarekin lotuta egon ohi dira, batzuetan biktima hiltzerainokoak izaten diren erasoekin normalean. Eta elkarrizketatutako pertsonetarikoren batek esan zuen bezala, *“hiltzaile gehiago daude buru-gaixoak ez direnen artean, baina gu bakarrik ateratzen gara”*. Gizarte komunikabideen ekarpenarengatik (prentsa idatziarenarengatik bereziki) ezaguna den zati den indarkeriari lotuta eta gertaera-ataletan sartuta, gizartearen informazio falta egiaztatu da orokorrean: buru-gaixotasuna talde profesionaletatik eta bera hurbil dutenengandik kanpo ez da ezagutzen. Ez ezagutzeak beldurra eta mesfidantza dakar.

Elkarrizketatutako pertsonetarik askok, beren burua buru-gaixotzat hartzen dutenek gizarteak aintzatetsi ditzan gura dute, baliabiderik badute autonomiaz bizi izan ahal direla jakin dadin nahi dute. Kasurik gehienetan, gazteenek eta kronikotuek lanaren bitartez gizarteratzeko itxaropena dute. Badakite ezen ohiko enplegatua oso zaila dela beraientzat. Izan ere, langabezia dauden pertsonak osatutako taldean beraiek dira errazkienik zaurtu ahal direnak, eta enplegu bereziko zentroetako plazak noiz aterako zain daude, baina plaza horiek pixkanaka-pixkanaka heltzen dira. Bizitzeko errenta duina nahi dute, ahalik eta burujabeenak izateko. Izan ere, badakite ezen, orain gurasoek babestuta egon arren, beti horrela izango ez dela. Eta etorkizun hori kasu askotan zalantzatan ikusten dute. Kasu askotan, bizitza lokaberantz pasatzeko laguntza behar izaten dute.

4.8.2. Bazterkeria erkidego-laguntza

Era berean, buru-arazoa duten pertsonen gizarte bazterketa gertatzen da erkidego-laguntzarako zerbitzuak garatzeko orduan.

Psikiatri arreta berriztatuta, erkidegoari itzuli zitzaion arretaren gaineko bere erantzukizuna, bizitza osorako barneraketa bukatua baitzen. Pertsona gaixoak beren familiarekin bizi dira eta ospitaletik kanpoko buru-osasuneko zerbitzuak dituzte, hau da, kasurik gehienetan, ordu erdiko hitzordua izan ahal dute hilean.

Baina erkidego-laguntza ez da erkidego”aren” arretaren sinonimoa, erkidego”ko arretarena baizik. Eta erkidegoko arretak eskuratu eta atzitu ahal diren eta dibertsifikatutako zerbitzuak, programak, gailuak eta erkidego-baliabideak adierazten ditu. Erkidego-laguntza pertsonen bizitzako alderdi ezberdinak kontutan hartzen duten moduak (ekitekoak) egituratzetik sortzen da eta ez daki administrazio-oztopoen berririk, ezta aurrekontu-iturrien berririk ere. Beharrianak norberarenak dira, eta, hortaz, askotarikoak; agian pertsona bakoitzak beharko duen guztia mugiarazi beharko da eta ezin da beste agintaritzaren batena delako jaramonik egin gabe utzi alderdirik, zeren eta horrela ezin baitaiteke gizarterabiderik egin. Psikiatri arreta handirik ematen bada baina ostaturik ematen ez bada, edo enplegua bilatzeko trebakuntza handirik ematen bada baina botikak kontrolatzen ez badira, gizarte-integrazioa-igurikapenak urritzen dira.

Aldez, horrelako zerbait gertatu da buru-gaixotasuna duten pertsonenganako erkidego-laguntzarekin. Osasun-politikatetik egin zen erkidego-laguntzaren alde, baina ez zen

gizarte babeseko eta ekintzako politiken lankidetzaz lortu, orduan gizarte zerbitzuak egitura hasi berriak zirelako agian; horren ondorioz, gizarte ekintzak ez du pertsonokiko sentsibilizaziorik. Haiek programa batzuetatik baztertu ere egiten dira, ostaturako, zerbitzu okupazionalak, enplegu babestuko eta abarretako arazoekin lotutako guztia kasuan bezala. Gizarte zerbitzu publikoek baliabide asko ematen dituzte adimen-atzerapena bezalako urritasun psikikoa duten pertsonentzat; ez da horrela gertatzen urritasun psikikoari buru-gaixotasuna deitzen zaionean. Gizarte zerbitzu publikoen sarea abian jartzen denean, buru-gaixotasuna duten pertsonen elbarritasunarengatik pentsio ez kontributiboak bakarrik izan dituzte (hilean 37.000na pezeta, 1999an). Gainerako neurri eta programak ez dira inoiz diseinatu haiei arreta emateko. Haiek historikoki baztertuak izan dira.

Azken garaian, elkarrean presioari esker, gizarte zerbitzu publikoak konturatzen hasita daude ezen biztanle-erlortu honi ere jaramon egin behar diotela. Osasun-zerbitzuekiko elkarriketak hasi dira, marko-akordioak sinatu dira, aurrekontu-zuzkidurarik gabeko asmo onen adierazpenak izateari uzten ez diotenak. Elkarrean finantzatzen dira erkidego-laguntzarako programak, zerbitzuak eta abar kudea ditzaten. Baina puntu ahula, oraindik ahula dena, erkidego-laguntzaren diseinuari buruzko argitasunik eza da; herri botereek ez dute arreta-politika argirik eskualdatu; eskariaren presioaren arabera egiten da lan, arreta-politiken diseinuaren gainean barik.

Erkidego-laguntzarako dauden dispositibo bakanak, buru-osasuneko zentroen ezberdinak, psikosiak jotako gizon gazte bezalako daude, adin guztietako emakumeak eta gizonik zaharrenak zerbitzuotarako sarbideari begira baztertua daudelarik.

Buru-gaixotasuna duten pertsonen ez dute zerbitzurik eskatzen, ez dute presio-taderik osatzen, ez dira agenda politikora sartzen. Beraiek programetara eta zerbitzuetara egokitu behar dute, eta ez programek beraien beharizantetara. Deigarriki urria da zerbitzuen erabilzaileen edo/eta autolaguntzako taldeenganako erakunde-laguntza.

Profesionalek adierazi dute ezen pertsonok beren hiritartasun-eskubideen azaleko ezagupena agertzen dute; haiek beren funtsezko eskubideak ezagutzen dituzte, beste batzuk ez baina. Beste eskubideon artean honakook daude: informazioa, sendabidea baimentzekoa, alternatiba terapeutikoei buruzko informazioa eskatzekoa eta kexak aurkeztekoa. Hori guztia eguneroko praktikan ez da aplikatzen. Buru-osasuneko zentroetan adierazi denez, haiek sarritan ez dituzte ospitaleraketei buruzko beren eskubideak ezagutzen (askatasun-gabeketari, lekualdaketei, epailearen babesari, gaikuntzarik ezari eta abarri begira). Orokorrean, beren eskubidei buruzko informazioa elkarrean eta profesionalen bitartez jasotzen dute, baita "ahoz ahoko" are eta familien bitartez ere. Era berean, burukaziek, izapideek, hitzorduek eta elkarriketek, zerbitzuak atzitu aurretikoak eta ugariak direnek, arazorik larrienak dituzten pertsonen erkidegoko arretako sarean integrazioa eta mantentzea gelditzen dute.

Elkarriketatutako pertsonen galdetu zitzaizen ea erkidego-eskaintzaren hainbat alderdirekin pozik zeudenentz. Alderdi horien artean honakook daude: beren iradokizunei eta kexei begira jasotako arreta eta beraiek joaten diren baliabideetan egindako jardueren diseinuan baimentzen zaizen partaidetza. Hamar pertsonatarik bostek ez zuten galdera horri erantzuten jakin.

4.8.3. Erkidego-laguntza lortzen zail duten pertsonak

Erkidego-laguntzako hainbat baliabide mota atzitzeko itzaroteko zerrendetan dauden pertsonen gain, sarea atzitzeko zailtasun bereziak detektatu dizkiegun biztanle talde batzuk daude:

- Biztanle-gune handietan bizi ez diren pertsonak.
- Biztanlerik gehienenen ezberdinak diren bizi-baldintzak agertzen dituzten pertsonak: egoitza finkorik ez duten pertsonak, beren familiarekin harremanik ez dutenak... Pertsonok erkidego-euskarriren bat ostatu, elikadurako, zaintza pertsonaletako, gizarte gaikuntzako eta abarretako beharrezko kontutan hartzen dituzten bazterketarako arretako neurrien bitartez atzitzen dute. kontaktu horretatik abiatuta, osasun-arreta atzi dezakete, buru-osasuneko zentroetara sar daitezkeelarik. Baina, gainera, pertsona horiengan beste zailtasun bat detektatu da. Izan ere, zerbitzuotan mantentzeko arazoak dituzte, zeren eta berezko laguntza-sarea den familiaz hornitutako biztanleriarentzako arretarako diseinatuta baitaude. Erkidego-laguntzako prozesuak eta zaintzen jarraipena oso oztopatuta daude.
- Aurrekoa aplikatu ahal zaie gutxiengodun etnietako eta kulturalki gehiengodunak ez diren taldeetako pertsonen ere, kasu askotan egoera irregularrean egoten diren atzerritar emigratzaileei bereziki. Euskal Herrian, zenbatetsikoaren arabera, 10.000 bat atzerritar pertsona dago herri erakundeen aldetiko osasun-laguntza erregularrik gabe. Azken urteetan, horrelako pertsonak noizean behin laguntza-zentroetara joan ahal izan dira GKE batzuen bitartez. Berauek honakook dira: Caritas, Gurutze Gorria, Munduko Medikuek.
- Buru-gaixotzat har ditzaten nahi ez duten pertsonak. Ez dira arretarako zerbitzuekin harremanetan jartzen, beren arazoak ezkutatzea nahiago dutelako. Pertsonokin batera sartu behar ditugu beren arazoa aitortzen duten pertsona guztiak, eta eskaintako baliabideak edo/eta beraien baliagarritasuna ezagutzen ez dituztenak.
- Pertsona gazte-gazteak (haurrak) eta zaharrak (atsoak eta agureak). Buru-osasunerako arretarako zentro espezifikokoak atzitzeko arazo handia dute, berauetarik urrun bizi direlako, etxerik etxeko arretarik ezarengatik edo beharrezkoak diren baliabide zehatz batzuk ez daudelako.

4.9. Erkidego-laguntza: teoria eta praktika

“Eginera onak” erkidego-laguntzan. Ibili beharreko bidea: partehartzea, bakoiztapena, lehentasuna ematea eta integrazioa. Gizarteak buruko gaitz larriak dituzten pertsoneri buruz duen irudia

“Ukituriko alderdien” artean (buru-nahastea duten pertsonak, senideak, laguntza ematen dieten profesionalak, erakunde pribatu eta publiko ezberdinen kudeatzaileak) gizarte laguntzaren abantailen inguruan adostasuna dago. Halaber, buru-nahaste larriak dituzten pertsonak euren gizarte ingurutik, alegia, gizarte euskarrien sare naturaletatik aldentzeko beharrik gabe, aipatu pertsonen arazoei aurre egiteko programa eta zerbitzuen abantailen inguruan adostasuna dago.

Horrenbestez, ospitalez kanpoko laguntzan oinarrituriko psikiatria laguntza eraberritzeari ekin zitzaion. Eraberritze hori, ospitalez kanpoko laguntzan oinarrituz gauzatu zen, adimen osasun zentroen bitartez. Eragingailu horiek lurralde guztian sakabanaturik daude eta gizarte laguntzaren adimen osasunaren lehenengo maila dira gure erkidegoan.

Baina gizarte laguntza ereduaren atzean dagoen filosofia laguntzaren deszentralizazio eta lurralderatzea baino urrunago doa. Eredu horren xede nagusia ez da ospitalaratzeak ahalik eta gehien gutxitzeko pertsonen kasu egin eta laguntzea soil-soilik. Kontrara, eredu horrek jatorri historiko eta geografiko ezberdineko ideiak barneratzen ditu: erta europarrak (oinaze psikikoak hobe daitezke harrera emozionalaren, entzutearen eta horien azterketa lasaiaren bitartez), hegoeuroparrak (harrera eta laguntzaren humanizazioa), iparramerikarrak (lanaren bitartez eta nork bere burua laguntzeko taldeen bitartez birgakuntza, gizarteak programen diseinuan parte-hartzea) eta errusiarrak (lurralderatzea, ingurunean barneratzea, ekipamendu eta disziplina anitzeko ekitea). Psikiatria militarretik ere edukiak jaso ditu ereduak (tratamendu goiztiarra pertsonaren ohiko ingurunean, posible den neurrian pertsona horren berdinen laguntzarekin) (Baca, 1992).

Gainera, azken berrogeita hamar urteotako aurrerapen psikofarmakologikoei esker, gaur egungo gizartean gizarte laguntza bideragarriagoa da. Buru-nahastearen ondorioz batzutan sortzen diren jokaera disruptiboak -“aktiboak” (aluzinazioak, eldarnioak, oldarkortasunak, urduritasunak, buruhiltzeak, etabar), zein “pasiboak” (isolamendua, jarduera eza, interes falta, ekintza konplexuei ekiteko ezgaitasuna, depresioa, etabar)- hobeto aurre egin dakieke aurrerapen horien bitartez.

EAEan gizarte laguntza sare bat martxan jarri zen, garapen egoeran eta bere teoria praktikan jartzeko moduaren bila zegoena. Horri osasun paradigman gertatu zen aldaketa gehitu zitzaion. Kontuan izan behar da, guztiok dugun osasunerako eskubideak erakunde, profesional eta gizarte betebeharren natura funtsean aldarazten duela. Laguntzaren xedea aldarazten da, orain ez baita adimen gaixotasuna, ezpada nahastea duen pertsona bera. OMEak bultzaturik, osasunaren definizioa sogile kualifikatu batek

ezartzen duen eremu objektibotik, eremu subjektibora igarotzen da. Azken horretan, eritzia eta pertsonen bizipenak dira garrantzikoak. (Baca, 1995).

Buru-nahasteak dituzten pertsonak euren errenta, bizileku, zeregin, informazio, laguntza praktikoa, euskarri emozionala, eta zerbitzuen eskuragarritasunari buruzko beharrianak aintzat har daitezten eskubidea dute.

Pertsonak ezberdinak dira, beraz laguntzak bakoiztapen xedea barneratu beharko du bere baitan, hau da, beharrianen banakotasunaren arabera ezberdina izan beharko da laguntza. Eta pertsona bere banakotasunean laguntzeak, ezberdintasuna laguntzea esan nahi du. Zeregin eza, etxebizitza falta, ezinezko famili bizitza, euren sufrimendua adierazteko espazio eza, halaber, jendearen ohiko bizitzaren arazo guztiak bezala uler daiteke aipaturiko ezberdintasuna (Ongaro-Basaglia, 1987). Bizitzaren arazoetan laguntza izateko eskubideak, adimen osasuneko zerbitzuen kolapsoa sortzen du eta egoera horrek aurrekontuen euspina eta erkidegoari egotzitako itxurazko kalitateekin batera (Saizarbitoria, 1998), gaixoenek laguntza gutxi jasotzea sortarazten du. Guztiok osasunerako eskubidea dugunez, adimen osasuneko zerbitzuak ondoeza arinez betetzen dira.

Guztiok dugu etxebizitza duina izateko eskubidea, lanerako eskubidea, baztertuak ez izateko eskubidea, baita adimen osasuneko espezialisten laguntza jasotzeko eskubidea ere. Eta horretan oinarritu ziren osasun laguntza politikak: laguntza eskatzen zuten guztiei laguntza eman behar zitzaie, ez dira itxaron zerrendak egon behar; hori dela eta, laguntza eskatzen duten guztietatik gutxien behar duen populazio zatiari zuzentzen zaio laguntzeko ahalegin handiena eta egoera larriagoan dauden eta gizarte trebetasun gutxiago duten pertsonak laguntza espazio eta denbora murrizta eskaintzen zaie. Azken horien laguntza tratamendu farmakologikoan oinarrituko da, beharrezkoa, baina ez nahikoa.

Gainera osasun laguntza ikuspegi disruptiboetan ardaztu da, epealdi kritikoenetan parte-hartze trinkoak direla gehienak, eta ikuspegi defizitarioei kasu egin gabe. Ondorioz, pertsona eldarniatzen, ahotsak entzuten, bere buruari min egiten edo beste pertsonak zirikatzen dagoenean ematen zaio laguntza nahikoa, baina ez euren egoera hobetu egiten denean, edo krisi arteko epealdi luzeetan. Azken finean, ez zaie birgaikuntza, gizarteratze, ezta berreturen aurrikuspenei arreta nahikoa ematen. Ezgaitasuna ekidin nahi da, baina ez da gaitasuna bultzatzen. Eta gaitasunaren, autonomiaren defizit gorakorra baztertzea da, nahiz eta aipatutako baztertzea ospitalean izan ezik, erkidegoan den.

Gizarte laguntza eragingailu ezberdinez osoturik dago. Eragingailu horiek, garatu beharreko funtzio desberdinak dituzte behar bereziak dituzten pertsonen bizitza kalitatea hobetzeko. Gizarte laguntza ideal baten osagai guztiak ez dira era berean garatu. Gaur egun, hoberen konpondutako aspektuak deszentralizazioa eta abordaia farmakologikoak dira; gainerako aspektuetan erantzunak ia testimonialak dira.

Harrera emozionalak, entzuteak eta ondoeza psikikoen azterketak, psikoterapiak, azken finean, une larriagoan dauden pertsonen kasuan egitura konplexuak behar ditu: nahastea duten pertsona talde txikiak, laguntzeko langile nahikoa, teknikoki

sofistikatuak diren birgaiketa jarduerak (psikodramna, talde terapiak, lasaitzeko teknikak, gatazkei aurre egiteko entrenamenduak, familiaren psikoterapia, etabar...). Egitura horiek, eguneko ospitaleak deitu izan zirenak, adimen osasun zentro zenbaitetatik sortu ziren, motibazio eta ilusio profesional handiz, orokorrean gaizki hornituriko aretoetan eta euren aurrekontuak izateko gaitasunik gabe. Baliabide horien bi arrisku ezagun honako hauek dira: lehenik eta behin, erabiltzaileak baliabide horien erabilpenean kronifikatzea, besteak beste, ohikoagoak diren baliabide osagarririk ez daudenez, poliki-poliki haietara igarotzerik ez dutelako; eta bigarrenik, ondorioz sortzen den aipaturiko baliabideen blokeoa eta itxaron zerrenden agerpena.

Beste kontu bat psikoterapia da; pertsonak hain larri ez dauden uneetan, edo nahaste eta arazo arinagoak dituzten pertsonen kasuetan erabiltzen da. Arriskuak jarraikoak dira: adimen osasuneko profesionalak ezkutukoaren aholkulari bihurtzea, erabiltzaile pasibo eta menpekoak sustatzea, gaixoak bizitzen lagunduko dituen eskuliburu baten bila sarean kronifikatzea, azken batean, ohiko bizitzaren medikalizazioa. Teorian behinik behin, prozesu psikoterapeutiko erangigarriak, laburrak eta denboran murriztuak, posible egiten dituzten gidalerroak landu dira nahaste arinak dituzten pertsonentzat (Martin-Zurimendi eta beste batzuk, 1999). Gidalerrook praktikan jartzea besterik ez da falta.

Bestalde, adimen osasuneko zerbitzuek eskaintzen duten laguntzaz gain, nahaste larriak dituzten zenbait pertsonak, gizarte babes sistemaren beste osagai batzuen parte-hartzea beharko dute: Gizarte Segurantza (ordaineko pentsioak emanez), gizarte zerbitzuak (laguntza sorospenak, doaneko pentsioak, bizilekua, gizarte trebakuntza eta lan aurreko jardueretan entranamendua), hezkuntza (lanbide heziketa, birziklapena), lana bilatzeko bitartekaritza (beharrizan bereziak dituzten pertsonentzat lan merkatuan trebaturiko erakundeak), etabar.

Eguneko zentroak, ohiko trebetasun programak, zereginetako lantegiak, lantegi babestuak, etxebizitza babestuak, etabar, azken batean, gizarte laguntza osatzera zuzenduriko eragingailuak, ez dira osasun-ekimenaren edo gizarte zerbitzuen bidez garatu. Eragingailu horiek gobernuz kanpoko elkarteei esker sortu dira, batez ere, senide elkarte eta bestelako gizarte elkarten bitartez. Eragingailuak urriak dira, gaizki horniturik daude bai giza baliabideetan bai baliabide materialetan ere, eta euren aurrekontuak urriak eta gora beheradunak dira. Eragingailu guzti horiek hauskorak direnez eta sorturiko eskariari aurre egiteko gaitasunik ez dutenez, gizarte laguntza erretorika huts bilakatzeko arriskua dute.

Gizarteak ez du politika eta programen diseinuan eta egon daitekeen aldarazpenean inolako parte-hartzerik izan. Herritarrei ez zaie parte-hartzeko aukerarik eman, ezta beharrizanak dituzten pertsonen laguntza programetan eragiteko aukerarik ere. Ez da, behar bereziak dituzten taldeek, ukituriko alderdi bat gehiago bezala haiek ukitzen dituzten programetan parte-hartzeko aukera izan dezaten sistema dinamiko eta parte-hartze handiagorik bultzatu. Agenda politikoetan ez dira agertzen buru-nahaste kronikoa duten pertsonak, behar bereziak dituzten taldeen gizarte laguntza antolatzeko orduan ez dira aintzat hartzen.

Zaintzaren iraunkortasuna, gizarte laguntzaren oinarriko zutabea hain zuzen ere, profesionalak maiz zerbitzu ezberdinetan duten errotazioarekin kontrajarria da.

Baliabide fisikoak (adimen osasun zentroak eta beste batzuk) ezarri eta bertan mantendu badira ere, profesionalek ezin gauza bera esan, zerbitzu batetik bestera baitoaz sarritan. Horrenbestez, erabiltzaileek arreta eta laguntza euren adimen osasun zentroetan eskatzen badute ere, profesional ezberdinek lagunduko dituzte, denborarekin aldatuz doazenak. Horrek, insatisfakzioa, mesfidantza eta zalantzak sortarazten ditu erabiltzaileengan. Lan profesionalaren garapen iraunkorra egiaz erabiltzaileen erreferentzia izan dadin, lan hori espazio geografiko zehatz batean gauzatzearen garrantzia ezaguna da. Gainera, bada faktore positibo bat, profesionalak bere jarduera eremuan dauden gizarte baliabideak, nahaste edo beharrian bereziak dituzten pertsonen laguntzeko baliabide horien baliagarritasuna eta tolerantzia, etabar ezagutuko baititu. Erreferentzi gisa baliagarria da, leku fisikoez, instalazio materialez gainera, pertsonak laguntzen dituzten profesionalen iraunkortasuna ere.

Adimen osasunaren laguntza taldeak disziplina anitzeko ideologia batez osatu ziren, baina betiere sendagilearen figura ardatz zela. Ondorioz, prestakuntza ezberdineko profesionalen (psikologia, gizarte lana, monitore mota ezberdinak, etabar) trebetasunek, sarritan, taldeen buruzagitzekin (psikiatrak beti) topo egin zuten euren lana zein izan beharko litzatekeen zehazteko unean.

Beste alde batetik, gizarte zerbitzuek ez dituzte laguntzeko moduko kontsideratu «gaixo mentalak» sekula ere. Etiketak berak dioenez «gaixoak» dira, eta ondorioz, haien laguntza beharrianak osasun sistemen kargura izan beharko lirateke. Baina gizarte laguntzak gizarte zerbitzuak barnebiltzen ditu ere, baztertzekak aurrikusteko eta jadanik bazterturik daudenak egoera horretatik ateratzeko lan egiten baitu. Gizarte zerbitzuen sistema laurogeigarren hamarkadaren bigarren erdikaldetik aurrera jarri zen martxan, txirotasunaren aurkako borrokaren planarekin batera. Hortaz, zerbitzu «berri» horiek euren bezero historikoez gain -txirotasun edo arrisku egoeran dauden adin txikiak, adimen atzeratuak-, beste bezero berri batzuk dituzte ere, hala nola, adineko pertsona dependenteak, famili zamak dituzten emakumeak, iraupen luzeko langabetuak, lan munduan sartzeko aukerarik gabeko gazteak, etabar. Sistema ez zen babesa «gaixoei» zabaltzeko gai. Hala ere, elkarrekin mugimenduak bultzaturik, ekimen batzuei diru-laguntzak eman dizkie gizarte laguntzak. Ekimen horiek gaur egun erabat aserik daude, ezin diote bizileku eta eguneko programen eskariari aurre egin.

Azken finean, arazo nagusia buru-nahaste arinak dituzten pertsonentzako gizarte laguntzaren artikulazioari buruzko politika argi bat ez dagoela da. Neurri handiago edo txikiago batean tokikoak diren ekimenak badira. Argi dago ordea, adimen osasun zentroak, oinarriko gizarte zerbitzuak, eta senideen elkarrekin mugimenduak garaturiko zerbitzu eta zentro urriez gain ez dagoela bestelako gizarte laguntza eragingailurik. Buru-nahaste larriak dituzten pertsonen gizarte laguntzaren politika garapenean, «ukituriko alderdien» artean politika horri ekiteko moduari dagokionez adostasuna dago, baina ez daude martxan jartzeko baliabide nahikorik. Asetzeak eragingailu mota ezberdinekin zerikusia du: itxaron zerrendak daude eguneko, bizileku, zeregin, lan, etabarreko baliabideetan; adimen osasun zerbitzuek ez dute birgaikuntzan esku-hartzen; gizarte zerbitzuek ere ez dute gizarteratzean, baztertzea dakarten karietan esku-hartzen, edo elkarrekin mugimenduak finantzatzeko dituen era urri batez (etxebizitza eza, prestakuntza eza, errenta falta, edo gutxieneko errentak izatea, lan eta harreman integrazio eza).

4.9.1 “Eginera onak” erkidego-laguntzan. Ibili beharreko bidea: parte-hartzea, bakoiztapena, lehentasuna ematea eta integrazioa

Psikiatria ospitaleak ordezkatu dituzten erakunde berriak ez dira establezimendu, eraikin, edo aurrekontu ekonomikoen inguruan eratzen soilik, baloreen inguruan eratzen dira ere; eta politikek mantendu behar dituzten baloreen artean, agian garrantzitsuena erabiltzaileek parte-hartzeko aukera izatea da; estigmatizatu, baztertu, bereizi... ezezik, erabiltzaileak botere eta autonomiaz hornitzeko lan egitea, «gaixotik-pertsonara» doan bilakaera bultzatzea.

Gaur egun ongiegitearen paradigma autonomia eta askatasun paradigma bihurtu da. Laguntzaren humanizazioa partaidetzan, errespetuan, informazioan, hautatzeko aukeran eta bakoiztapenean oinarrituriko esku-hartze moduan ulertu behar da. Aipatutako horiek buru-nahastea duten pertsonen gizarte laguntzaren «eginera onak» zehazteko zutabe onak dira.

Adimen osasun nahasteak dituzten pertsonen gizarte laguntza orok (bai osasuneko bai gizartekoa) bide formal erabilgarri bat izan behar du erabiltzaileen parte-hartzerako, eta eskaintzen duen laguntzaren plangintza, garapen eta ebaluaketa egiteko. Erabiltzaileen elkarteak sistematikoki ez-entzunak dira. Elkarte horien ahotsa legebidezkoa da, hiritargoaren eskubideak baztertzean baino, ekitatean oinarrituriko laguntzaren garrantzia azpimarratzen dute eta. Erabiltzaileei euren prozesuei buruz iritziak emateko aukera eman behar zaie. Iritzia emateko aukera hori, zerbitzuen monitarizazio eta autoebaluaketak garatzeko, profesionalen prestakuntzarako aintzat hartzeko laguntza izango da; kalitatearen kudeaketa edota auditoria kliniko dinamiketan sartzeko era da azken finean. Horrek lan modu berriak eskatzen ditu, bereziki bakoizturiko laguntza programen diseinuari dagokionez, pertsonekin izandako negoziazioen bitartez garatuak eta epe luzera beste eragingailuekin izandako elkarlanean oinarrituak. Programa horietan erabiltzaileari laguntza emango zaio oreka garaian, krisi bitartean. Ezaugarri horietako praktika mota bat, laguntza ereduak hobetzeaz arduratzen da eta eskubideen garrantzia azpimarratzen du murrizketen ginetik, adimen osasuneko arazoak dituzten pertsonen beharriaz erantzun egokiagoa ematen saiatuz. Gizarte laguntza kontrolan baino, zaintzan oinarritzen da, ikuskapenean baino euskarrian, isolamenduan baino integrazioan. Kexa eta iradokizun sistemen jardunbidea, informaziodun baimena, laguntza prozesuaren negoziazioa hobetzea ezinbestekoa izango da, erabiltzaileekin ziurgabetasuna banatzea.

Zentzu honetan, zerbitzu eta eginbide profesionalen kalitate ereduak ezarri beharko dira buru-nahastea duten pertsonen eskubideen errespetuan oinarrituz, beharrian bereziak dituzten beste populazio sektoreentzat bezala. Gaixoen batzak, eztabaida taldeak eta adimen osasuneko forumak sortzea erabilgarri izango da. Guzti horietan, zuzen zuzenean ukiturik dauden alderdiez gain (erabiltzaileak, profesionalak, familiak, elkarteak), parte-hartzeko interesa duten pertsonak ordezkaturik daude. Ondorioz, adimen osasunaren gizarte laguntza sistema sustartzen has daiteke. Sistema horretan alderdien artean pertsonaren oinaze psikikoari ematen zaion laguntzaren mugapenak negoziatuko dira.

Adimen osasun zentroetako laguntza sistema, laguntza gehiago behar duten pertsonengana berbideratzea beharrezkoa da ere, ez unibertsalitate helburuari uko

egiteko, baizik eta laguntza kasu arinetatik larriago, gaixoago eta gizarte baztertzeko arrisku gehien dituzten kasuetara zuzentzeko. Argi eta garbi ikusten denez, berbiderapen hori zaila da ikuspuntu politikotik (Ortún, 1998).

Adimen osasun zentroetatik itxaron dezakeguna zehazteko, gizartearen partaidetza soziala artikulatzeko erak bilatu beharko dira. Eskaria gora doa, baina ez arazo larriak direla eta, bizitzeko aholku bila baizik. Ondoeza psikikoa osasun zerbitzuen konponketarekin elkartzeko joera gorakorra dago. Larria ez den edozein oinaze psikikori adimen osasun zerbitzuen bitartez aurre egin eta hobetzeaz gain, badira beste aukera batzuk ere. Ondoeza psikikoak tratatu ditzaketen beste baliabide mota batzuk daude, medikalizazio beharrik gabe: adibidez, norbere buruari laguntza emateko taldeen bitartez bizitzaren aspektu aniztasun zabal batean ardatzen da euren jarduera, elkarteen mugimenduaren baliabide ezberdinen bidez....

Harreman, gizarte parte-hartzea, eta astialdi zereginaren inguruan buru-nahaste kronikoa duten pertsonen beharrianak elkarte zehazgabeetan (astialdiko klubak, kirol eta kultura elkarteak, etabar) oinarritu beharko lirake. Pertsona horiek zaletasunak, interesak, denbora libre asko dute. Euren gizarte harremanak kualitatiboki eskasak eta marginalak dira, kasu larrietan beraien baldintza bereko jendearekin harremantzen baitira gehien bat (buru-nahastea duten beste pertsonak), edo harreman gutxi edo senideekin soilik mantentzen dituzte. Harreman horiek insatisfakzio eta independentzi ezaren iturri dira maiz. Arazo horiek gizarte elkarteen mugimendutan barneratzeko, adimen osasun profesionalen eta gizarteko agente ezberdinen (zuzendariak arduradunak, elkarte horien parte-hartzaileak) lan elkarkidea beharko litzateke. Gizarte taldeak buru-nahastea duten pertsonen berezitasunenei (urriak) buruz sentsibilizatzea eta tolerantzia handitzea izango lirake helburuak.

Kasu larrienei (tratamendua eta birgaikuntza) laguntza gehiago eskaintzen duen adimen osasun zentroa eta elkarte mugimenduarekin elkarlanean, errenta eza, bizileku eta laneratze-gizarteratze ezaren arazoei aurre egiten dien gizarte zerbitzu eredia hautatzen bada, gizarte laguntza posiblea da. Ordea, ondoeza psikikoagatik egindako eskari guztiei tratamendua eskaintzen dion adimenaren osasun zentroaren eredia hautatuz gero, eta gizarte, hezkuntza eta lan laguntza, herri gizarte zerbitzuen esku utziz gero, gizarte laguntzaren erretorikaren aurrean egongo gara. Erretorika horrek baliabide ondasuntza handia duen elkarteen mugimendu batetara garamatza. Baliabide horiek ordea, ezin dira praktikan jarri, edota halakorik lortzen denean, buru-nahaste larriak dituzten pertsonak berehala asetzen dituzte. Pertsona horiei laguntza gutxi ematen zaie eta bizilekua, prestakuntza, denboraren betetzea, lanbidea etabar lortzeko laguntza behar dute. Laguntza horiek lortzea zaila da. Era berean, eszenatoki honetan, buru-nahaste larriak dituzten pertsonen gizarte laguntzaren karga, familiek eta batez ere familietako emakumeek hartuko dute euren gain, sarritan bakarrik.

4.9.2. Gizarteak buruko gaitz larriak dituzten pertsonen buruz duen irudia

Gizarte laguntzaren bitartez, buru-nahaste larriak dituzten pertsonen ikuskaritasuna bultzatzen da, ospitalean baino ageriago daude; baina fenomeno horren ondorioz, gizarteak kontrol gehiago egon dadila eska dezake. Komunikabideek mekanismo hori

martxan jartzen dute adimen gaixotasunari eta hondamendi edo bortizkeriari buruzko zenbait «berriren» bitartez. Izan ere, gizarteak osasun eta gizarte laguntzaren baldintzak txarrak dituztela ikusten du eta «antzinako erregimenak» ordena jar dezala eskatzen du (Chapman y cols, 1991).

Gizarte laguntza baliabideez hornitzeaz gain, garrantzitsua da ere, buru-nahastea duten pertsonen errealitatea agertarazteko gizarte sentsibilizazio-kanpainak egitea. Gaixotasun hori jasaten dutenek gizarte bazterketa egon badagoela ohartarazten dute; populazioak buru-nahastea duten pertsonen bizitza ezagutzea lortzen duen jarduerak (betiere, gertakari orrietan edo «reality show» saioak ez badira) gizarteratze handiagoa lortzen lagunduko du. Buru-nahastea/bortizkeria harremana hausten saiatzea -harreman hori irreal baitea-, autonomoak izaten saiatzen diren eta aukera badute baliagarriak izatea lortzen duten pertsonen errealitatea agertzea; zentzu honetan, aukerak falta dira. Buru-nahastea, betiereko ezgaitasuna eta ekoiztasun eza/menpekotasun harremana apurtzea.

Gogoan izan behar da, faktore batek mugatzen duela gure gizartean pertsona heldu moduan gizarteratzea, eskubide guztien titularra izatea: laneratze maila onak lortzea hain zuzen ere; lanbide bat lortu edo mantendu ez duten pertsonak dituzten errenta maila (laguntza pentsioak), dependentea ez den bizitza autonomo eta heldu batekin bateraezina da. Eta hori da, aipaturiko pertsona horien bizitzaren etorkizuna; batzutan «kroniko berriak» deitu izan dituzte, laneratzea lortu ez duten gazteak dira, kasu askotan maila baxuko ikasketa prestakuntza dutenak, ondorioz lan egiteko iguripenak funtsean murrizten direlarik. Gaur egun familiek mantentzen dituzte gizartean, baina ama eta aiten laguntzarik ez dutenean, hau da bermerik ez dutenean, gaur egun onak izan daitezkeen bizi baldintzak, etorkizunean neurri handi batean narria daitezke.

Victoria Galileo eta Jose Colis-ek baino hobeto ezin adieraz dezakegu: *“adimenaren gaixotasun kronikoak dituzten pertsonen laneratze eta gizarteratzearen etorkizuneko galdera ez da izango ohiko era batean prestakuntza jasotzeko, lan egin eta elkarbizitzeko gai izango ote diren. Egiazko arazoa, pertsona horiek gara ditzaketan ohitura, trebetasun eta jakituriak eskuratzeko baliogarri izango diren birgaikuntza eta prestakuntza nork eta non egingo dituen da; are gehiago, buru-nahaste kronikoa duten gaixoen ezaugarri bereziak kontuan hartuko dituen lan ekimenak nork sortuko dituen da arazoa”*. (Galilea eta Colis, 1999).

5. Ondorioak

Laguntza eredia

- Adimen osasunaren laguntza sistemaren ereduaren inguruan adostasuna dago: unibertsala, publikoa, osoa, gizarte eredia, eragingarria, ekitatiboa eta baloratzeko modukoa izan behar da. Adostasun horrek ez ditu zerbitzuak zehazten beharizan, eskaintzen diren zerbitzuen finantzaketa eta plangintza eta nahitaezko ebaluaketaren arabera. Gizarte zerbitzuek ez dituzte pareko prestazioak eskaintzen.
- Euskadiko eredu mistoa gizarte zentro eta ospitale orokorren unitateen garapenean oinarriturik dago. Hala ere, oraindik badira akutuen unitateak, eta ospitale psikiatrikoetan denbora luzeko egonaldiak egiten dituzten gaixo kopuru handia dago. Desinstituzionalizazio estrategiak ez dira argitasunez garatu.
- Gizarte ereduaren garapena ahula da, abordaia biologikoetarako itzulera dago, farmakologiaren nagusitasuna, laguntza psikoterapeutiko urria eta birgaikuntza eta bergizartaratzeko eragingailuak ez dira nahiko garatu. Guzti horrek aurreko hamarkadetan garaturiko gizarte mugimendua zalantzan jartzen du, bere kausalitateari buruzko galderak planteatuz: konbikzio zientifikoa edo ideologikoa da, edo kontrara, kostuak murrizteko estrategiak ote dira?
- Protagonisten komunikazio eza kritikatzan da eredu honetan, klinikoek ekimenetik sortzen diren jarduerak ditu, kudeatzaileak beharizan eta eskaritik aldenturik daude, erabiltzaileek badakite zer nahi duten eta industria farmazeutikoak laguntzaren garapenean eragin handia du. Maila desberdin guztien erantzunkidetasuna ezinbestekoa da: adimen osasunaren kudeatzaileak, profesionalak eta erabiltzaileak.
- Jakin badakigu, buru nahastea duten gaixo askori lehen mailako osasun laguntza ematen zaiela. Baina lehen maila horrek eskaria maila espezializatu gisa identifikatu, baloratu, lagundu edo bideratzeko duen zailtasun nabarmena ere ezaguna da. Lehen mailako laguntza eta adimen osasunaren koordinazioak lehen mailako badu ere, gaur egungo jardunbideek koordinazio hori lortzeko asko falta da, lehen mailako laguntza eskariaren hornitzaile nagusia dela.
- Osasun eta gizarte baliabide gehien erabiltzen dituzten zerbitzu, patologia kroniko eta narriagarrientzako ere, baliabideak osasun beharrezan gain, bizileku, zeregin, pertsona garapen eta integrazio beharrezanetara egokitzea beharrezkoa da.
- Desinstituzionalizazio prozesuetan, adimen osasunaren aldaketa motorea ezin da inola ere laguntza kostuen murrizketa izan, bide horretatik bazterketa arriskua

handitu egiten baita. Kostu/irabazien logikak ez dio ukituriko populazioaren beharriari erantzunik ematen.

- Onarpen eta jarraipen irizpideak malgutzea, laguntza irizpideak malgutzea azken batean, gizartearen esku-hartze ereduari loturik dago. Laguntza eragingailuak zehazteko orduan, baliabide normalizatuak eskuratzeko, pertsonak baldintza berdintasunean dituen eskubideetan pentsatu behar da, eta ez diagnostikoa duen gaixoaren baldintzan. Osasunerako eskubidearen ikuspegitik ikusi behar da harremana, ez borondate onaren ikuspegitik.
- Ospitaleko psikiatra eta erizainek gaixoaren ardura dute ingresatzen denetik. Adimen osasuneko zentroetan ordea, gizarte egonaldietan laguntzen dute soilik, ospitaleko esku-hartzeetan parte hartu gabe. Ospitaleetan jarrera paternalistak suertatzen dira, eta ospitaletik kanpo babes eza. Ospitale barruko eta kanpoko zerbitzuen artean komunikazio eza eta urruntasun handia dago.

Ospitalez kanpoko estatistika

- EAEn ospitaleko laguntza psikiatrikoaren kostua, ospitale orokorretako unitateak barne, ospitalez kanpoko laguntzaren kostuaren laukoitza da. Azken hamarkada honetan kanpo ospitale arloan kostuak bikoiztu egin dira eta adimen osasun zentroetan hirukoiztu.
- 1997. urtean, ospitalez kanpoko arlo publikoan langileria zuzenduriko gastua kostu osoaren %87a izan zen; adimen osasun zentroen kasuan %90a. Hartzekoa da inbertsioetara zuzenduriko portzentaia txikia: inoiz ez da %2,5a gainditu, adimen osasun zentroen kasuan %1,1a.
- EAEn, ospitalez kanpoko herri laguntzako giza baliabideek 1992. urtetik garapen beharokorra dute. Garapen horren arrazoiak batez ere, ambulatioetako langileak ospitaleetara lekualdatzen direla da, bertan talde hierakizatueta sartuz. Adimen osasun zentroetan garapena gorakorra izan da hamarkada honetan zehar. 1994. urtean igoera handia egon zen, %22koa, zentroen gehikuntza dela eta, ordutik igoerak gutxi gorabehera urteko %1ean orekatuz.
- Adimen osasun zentroko taldeen langile-plantilan diziplina anitzagoak daude ospitalez kanpoko beste espezialitate batzuekin konparatuz. 1988-1998 epealdian, pertsonal/sendagile harreman mantendu egin da, sendagile pertsonala ia konstante mantenduz. Aldi berean, sendagile ez direnen laguntza pertsonalaren proportzioa handitu egin da eta osasuneko ez den pertsonala gutxitu.
- EAeko ospitalez kanpoko sisteman diren 2.556 sendagileetatik %50a sendagile orokorrak dira eta espezialisten %10a psikiatrak (119). Pediatriak bakarrik gainditzen du psikiatria. Azpipopulazio bereziak laguntzen dituzten espezialitateak (pediatria, toko-ginekologia) salbu, psikiatria, traumatologiarekin batera, ospitalez kanpoko sarean sendagile gehien dituen espezialitatea da: 17.500 biztanleko espezialista bana dago.

- Beste autonomi erkidegoen aurrean, EAE adimen osasun zentro sarearen ezarketan eta bitarteko baliabideen garapenean (hala nola, eguneko zentro eta ospitaleak) aitzindari izan da. Hala ere, gaur egungo beharriaz aurre egiteko ez da nahikoa.
- Laguntza publikoaren sareak bitarteko zaintza erabilgailuen garapenean akatsak ditu: eguneko ospitaleak ez dira nahikoak, birgaikuntza programak oso urriak, aurreikuspen programa eta adimen osasunaren bultzada programarik ez dago, eta laguntza anbulatorioaren programak aserik daude beti.
- Azken hamarkadan zehar, Osakidetzaren laguntza psikiatrikoaren sarean, gaixoen kopurua zein kontsulta eta beste laguntza adieraziak handituz joan dira unetik unera. Giza baliabideak eta baliabide materialak ordea, ez dira gehitu. Horrela jarraituz gero, zentroen asetzea eta laguntzaren kalitatea gutxitzea epe laburrera aurrakusi daitezkeen arriskuak dira, esku-hartze terapeutiko mota batzuetan eraginez.

Buruko gaitza duten pertsonak: bizi baldintzak eta erkidego-laguntzaren balorazioa

- Elkarriztaturiko buru-nahaste kronikodun pertsona gehienak, familiarekin bizi dira EAEko populazio orokorrak duen ekipamendu antzekoa duten etxebizitzetan. Proporzio garrantzitsu bat ordea, ostatu, pisu eta antzeko bizilekuetan bizi da, familiarekin inolako harremanik gabe.
- Buru-nahaste kronikoa duten pertsonen populazio orokorrak baino bizi baldintza txarragoak dituzte orokorrean: ikasketa maila baxua, diru-sarrerara pertsonal eta lan okupazio baxua, osasun txarragoa eta gizarte harremanak kualitatiboki ez nahikoak (gehien bat beraien ezaugarri berdina dituztenekin harremanak dira). Laburtuz: bizitza autonomo eta betegarri bat garatzeko baldintza txarragoak dituzte; nahasteak mugatzen ditu neurri handi batean eta laguntza beharra dute euren esanetan arabera.
- Sexu, adin eta diagnostikoa kontuan hartu gabe, buru-nahaste kronikoa duten pertsona talde guztietan, bizi baldintza defizitarioak aurkitu ditugu. Hala ere, talde zehatz batzuetan zenbait baldintza maizago agertzen dira: pertsona nagusienak txarrago hornituriko etxebizitzetan bizi dira, beste pertsonekin harreman gutxiago dituzte, osasun txarragoa eta gizarte laguntza sarea gutxiago ezagutu eta erabiltzen dute; pertsona gazteagoen lan eta diru-sarrerara pertsonalen maila baxuagoa da; emakumeen diru-sarrerara pertsonalek maila baxuagoa dute eta gizarte laguntza sarearen birgaikuntza gutxiago darabilte (eguneko ospitaleak, astialdi zentroak, zereginetarako zentroak, etabar), euren osasuna txarrago ikusten dute; gizonek ez dute etxeko lanetan parte-hartzen neurri handi batean. Sexu eta adinaren araberako ezberdintasun horiek, EAEko populazio orokorrean aurki daitezkeen berberak dira.
- Buru-nahaste motak eta bere iraupenak, pertsona horien baldintzekin zerikusirik badute. Psikosi diagnostikoa duten pertsonen emakume zein gizonezkoak eta adin guztietakoak (nahiz eta gazteengan proportzio handian izan) gutxitan osotzen dituzte euren familiak, laginaren bizi baldintza txarrenak dituzte, eta mugatuak eta laguntza gehien behar dutenak direla diote. Alkoholismo diagnostikoa dutenek -

normalean, adin ertaineko gizonak- euren familiak eratzea lortu dute askotan, bizi baldintza defizitarioak dituzte ere, psikosi eta neurosiaren bitartekoak, laguntza gutxi jasotzen dute eta gizarte laguntzak gutxitan darabiltzate. Neurosi diagnostikoa dutenak adin guztietakoak dira, nahiz eta emakumeetan sarriago agertu, askotan adin heldukoak. Azken horiek jasotzen dute laguntza gutxien eta gizarte laguntzaren baliabideak gutxien erabiltzen dituzte.

- Pertsonaren beharrian premiakoenak eta gutxien ase direnak prestakuntza eta lanbidearen ingurukoak dira. Beharrian horiek asetzeak autonomi ekonomiko handiagoa suposatuko luke eta gizartean parte hartze handiagoa.

Elkartegintza

- Euskadin buru-nahasteak dituzten pertsonen edota senideen elkarteek kontuan hartzeko pertsona kopurua biltzen dute. 8,000 partaide inguru dituztela kalkulatu da. Kopuru horren garrantzia ez dator bat ordea, gizarteren esku-hartzearentzako pertsonal bereziaren dedikazioarekin.
- Nork bere burua laguntzeko elkarteek ez dute protagonismo nahikoa adimen osasun alorrean. Gizarte gaixoaren estigma desagertarazten laguntzeko ez zaio populazio orokorrari informazio nahikoa eman. Horrek, azken aldian adimen gaixotasunari buruzko berri sentsasionalista eta estigmatizatzaile ugari bultzatu ditu.
- Bizkaian elkarte mugimendua nabariro garatu da, elkarte eta fundazio aniztasun handia dago. Araba eta Gipuzkoan berriz, talde kopurua urriagoa da.
- Osakidetzaren gizarteko eguneko ospitale eta zentroetan 271 plaza daude, gaixo psikiko eta senide elkarte bitarteko egituretan berriz, 145, Bizkaiko %68a. Emaizak baloratzeko orduan batzuk eta besteak konparatzea zaila da, baina azpimarragarria da Osakidetzaren zentroen aurrekontuak elkarte zentroen laukoitzak direla.
- Adimen gaixotasuna duen pertsona bere nortasunean mugaturik dago eta talde edo elkarteetan sartzeko arazoak izaten ditu, ondorioz, babes gehiago behar du. Etxea eta elkartegintza bermatuak badaude, talde euskarri izango dira.
- Elkarte bakoitzaren erakunde jatorriko finantzaketa ez da homogenea.
- Elkarte zerbitzu eta zentroen erabiltzaileek Osakidetzaren gizarte baliabideak erabiltzen dituzte ere.
- Elkarteek dituzten giza baliabideen artean ezberdintasun handiak daude. Horrela, gaixo psikikoen senide elkarteek 37 profesional dituzte bolondresak barne, eta autismo elkarteek 200 pertsona.
- Osasun publikoak gutxi laguntzen dituen populazio zatien kasuan, gaixo eta senideen taldeek bultzatu, garatzen dituzte zenbait baliabide berezi. Autismo eta adimen atzerapenen kasua da hori.

- Gabezi psikikoa duten pertsonentzako lan berezi edo zereginen eskaintza orokorra aintzat hartzekoa da, adimen gaixotasuna diagnostikaturik dutenentzako ordea oso urria.
- Azken urteotan, beste nahaste batzuen inguruan elkarte berriak sortu dira: ludopatia, agorafobia, elikadura-nahasteak, eskizofrenia gaixoak, Alzheimer, etabar. Gizarteak nahastea hobeto ezagut dezala eta bizi kalitatea hobetzeko eta erakunde laguntzaren aukerek dituzten akatsen aurrean esku-hartzea bultzatzeko beharrezko elkartzea dira elkarte horien xedea.

Erkidego-laguntza eta poza

- Gizartean kronizitatea tratatzeko programa ezak batez ere, adimen gaixotasuna duten pertsonei eta familiei zuzenduriko gizarte, zeregin eta lan aukeren garapena eragozten du.
- Adimen osasun zentroak dira gizarte laguntzaren zerbitzuetatik eroso eta helkorrenak eta gehien erabili eta ezagutzen direnak. Ondoren oinarriko gizarte zerbitzuak, eguneko bitarteko egiturak, zereginezkoak eta birgaikuntza eta bizileku egiturak. Erabiltzaile eta euren senideek ez dituzte erizaintza programak, lanbide bereziko zentroak eta astialdi klubak ezagutzen.
- Behin eta berriro ikusten da gizarte zerbitzu sistemaren arbuioa, adimen gaixotasuna duen pertsonari dagokion oro, osasun sistemaren erantzukizuna dela uste baitu.
- Emakumeek, pertsona nagusiek eta nekazal giroan bizi direnek erabiltzen dituzte gutxien gizarte eta birgaikuntza laguntzaren baliabideak.
- Erabiltzaileek ondo baloratzen dituzte adimen osasun zentroak zein gaixo eta senideen elkarteak. Laguntza zentroen kasuan, erabiltzaileen arabera, bizitzeko egokitasun eta erosotasun baldintzak dira egokienak, ez ordea birgaikuntza baliabideak. Beste alde batetik, normalean pertsonak egoten diren tokiek (lantegi, ospitaleak eta eguneko zentroak, zeregin zentroak, etabar) dituzte ingurugiro baldintza txarrenak.
- Adimen osasun zentroei buruzko kexak honako hauek dira: gehiegizko eskariak dakarren asetzea, gaixoei ematen zaien arreta denbora murrizta, gaixo-terapeutaren arteko harreman urruna, psikiatren aldaketak, eta psikofarmakoen gehiegizko erabilpena, beste esku-hartze psikoterapeutikoak nabarmen murriztuz.
- Gizarte zerbitzuen erabiltzaileen arabera, bitarteko egituren defizita lanbidea, prestakuntza, birgaikuntza eta psikoterapiarekin zerikusia duten baliabideetan dago, baita etxebizitza eta bizileku eragingailuetan.
- Badira nahaste kronikoa duten pertsonen beharrianak asetzen laguntzen duten gizarte laguntza baliabideak. Baliabide horiekin beharrianak asetzen dira neurri handi batean. Aktore guztiek (nahastea duten pertsonak, euren familiek eta laguntzen

dituzten profesionalak) adierazten dutenez, sare hau ez da nahikoa ikuspuntu kuantitatibotik eta giza baliabide eta baliabide material gehiagoren hornikuntza beharrezkoa da.

- Eskari handia -kontsultatzen den ondoeza- dela eta, adimen osasunaren laguntza sistemak, gaur egunean dituen baliabideekin ez dauka erantzun egokirik emateko gaitasunik. Osasunaren larregizko eskariak nahi ez diren bi gertakari sortarazten ditu: ohiko bizitzaren gehiegizko psikiatrizarazioa eta berehalako aukera moduan, hipermedikalizazio anbulatorioa.
- Elkarriketaturiko pertsonen gizarte laguntza sarea hobe daitekeela adierazten dute ere: politika zehatz eta osatuagoak, dauden baliabide eta erakunde eta organizazio ezberdinen arteko koordinazio handiagoa, pertsona zehatzari zuzenduriko proiektuak, eta zaintzaren jarraipena, laguntza laneratzera gehiago zuzentzea.
- Birgaikuntzari buruzko gizarte laguntza sarea (batez ere, eguneko ospitaleak, astialdiko zentroak, zereginetarako zentroak, etabar) psikosi diagnostikoa duten gizonezko gazteek erabiltzen dute gehien bat. Adin nagusiko pertsonen, emakumeek eta alkoholismo diagnostikoa dutenen proportzio txikian darabiltzate aipaturiko baliabideak, nahiz eta euren beharrezan arabera gehiago erabili beharko lituzketen.
- Gizarte laguntzarekin zerikusia duen erakunde bakoitzaren eskumenak ez ditu politika orokor batek mugatzen. Erakunde bakoitzak bere politikak garatzen ditu, inolako koordinaziorik gabe. Ondorioz, zenbait kasutan, kontraesan handiak eta gainkatzeak izaten dira.

Familiak

- Ekonomi beharrezan, gizarte harreman eta parte-hartzeari buruzko beharrezan, denborari egokituriko lana asetzen eta pertsona horietaz gauza berriak ikas ditzagun laguntzen dute aztertutako familiek zein organizazio eta erakundeek. Bizileku, mantenu eta etxeko lanei buruzko beharrezanetan familiak laguntzen du gehien bat.
- Psikosi diagnostikoa duten pertsonak jatorrizko familiarekin bizi eta egoten dira gehien bat. Psikosi diagnostikoa duten pertsona kronikoenak, maiz famili gabe bizi dira; diagnostikoa alkoholismoa denean gauza bera gertatzen da neurri txikiago batean. Psikosi eta alkoholismoa dutenen artean, famili monoparentalak dira ugariak. Azken horien kasuan, famili buru izaten dira.
- Lan banaketa sexuaren arabera egiten da, ez buru-nahastearen arabera, eta banaketa horrek zehazten du etxeko lanak edo nork bere buruaren laguntza egiteko autonomia, populazio orokorrean gertatu bezala. Gizonek etxeko lanak gutxitan egiten dituzte, eta populazio orokorreko emakumeek baino lan jarduera maila baxuagoak dituzten emakumeek, etxeko lanetan eta beste pertsona batzuek zaintzen lehenengoek baino denbora gehiago dabilte.

- Oro har, emakumeak dira buru-nahaste kronikoa duten pertsonen zaintzaileak, bost urte baino gehiago daramatzate laguntzarik gabe senideari arreta ematen, eta zaintza jardueran ez dute atsedenaldirik izan. Euren bizitza kalitatearen beste arloetan mugaturik daude, batez ere, osasun eta gizarte harremanei buruzko arloetan.
- Tratamendu farmakologikoak sintomak eragotzi edo mugatzen dituela uste da, gizarteratzea hobetuz. Hala ere, baztertze eta banaketa jarrerak ikusten dira, gizarteratze hori oztopatuz. Batez ere, lan eta harreman arloan eta familiarena ez den bizilekuaren inguruan daude mugapen handienak.
- Familiek euren arazoez eta gaixo dagoen senidearen arazoez arduratzen diren elkarteak nabarri baloratzen dituzte, euskarriak direlako, eta informazioa eman, baliabideak mugitu eta administrazioen aurrean gizarte laguntza bultzatzeko lan egiten baitute.
- Eguneko bitarteko eragingailuen balorazioa ona da, euren gizarte ekintza zein terapeutikoagatik, osasun egoeran hobekuntza handiak nabariak baitira. Horren ondorioz, baliabide horien kasuan, leku eskaria gorakorra da.
- Ospitalez kanpoko laguntza psikiatrikoari buruz, honako akatsak aipatzen dituzte: Adimen osasun zentroen asetzea, eta ondorioz gaixo larriei eskaintzen zaien laguntzaren urritzea, farmakoetan gehiegi oinarritzea, bakoiztapen urria, birgaikuntza baliabide eskasak eta psikoterapia lortzeko zailtasunak.
- Buru-nahaste kronikoa dutenen familiek gehien eskatzen dituzten beharrianak hurrengoak dira: Lan prestakuntza zentroak, lan doikuntza, lanbide babestuko zentroak eta ohiko lanbide zentroak, zereginetako zentroak, modalitate ezberdineko bizileku baliabideak eta, betiere, populazio honek jasaten duen bazterketa murrizteko gizarte sentsibilizazioa.
- Zerbitzu prestazio iturri nagusia familia da, eta etxea laguntza eta zaintza espazio nagusia. Laguntza karga handia eta estresantea kontuan hartuz, atsedean hartzen lagunduko duten zerbitzu eta programak behar direla adierazten da, ondoren zaintza jarduerara itzultzeko berriro ere.
- Adimen gaixotasuna duten pertsonen familiei eskaintzen zaien laguntza ez da nahikoa argi eta garbi. Gaixo eta senideentzako laguntzak eta etxe laguntzak, esku-hartze goiztiarra eta zaintzaren mantentzea erraztuko lukete. Gaur egun, laguntza horiek ez dira existitzen praktikoki.

Profesionalen ikuspegia

- Gizarte laguntzaren erabilgailuen baliagarritasuna oso ondo baloratzen dute profesionalek, baina gaur egungo hornikuntzari dagokionez, adimen osasun zentro edo oinarriko gizarte zerbitzuak ez direnek premia garrantzitsuak dituztela zehazten dute. Zeregin zentro, bizileku baliabideak, lanbide zentroak, gizarte ekonomia enpresak, eguneko baliabideak etabar egoera defizitarioan daudela diote, gaur

egungo baliabideak aserik daudela. Adimen osasun zentroak bitarteko eragingailuekin bateratuz gero, gizarte euskarri gisa balio dezake eta zaintza jarraipena bermatu.

- Adimen osasun zentroek patologia arinak dituzten pertsoneri emaniko laguntza edo nahaste larriari terapia farmakologikoaren bitartez emaniko laguntza psikiatrikoa ona dela esatean adostasuna dago. Vitoria-Gazteizen eta Goi eta Behe Debako zonaldean birgaikuntza laguntzara zabaltzen da adostasun hori.
- Profesionalitatea, espezializazioa eta eskuragarritasun onak dira azpimarragarrienak adimen, osasun zentroetako profesionalen arabera. Irabaziak lortzeko asmorik gabeko elkarte ekimenak kudeaturiko zentroetan lan egiten dutenek, bakoizturiko laguntzaren humanizazio handiagoa, baliabideen aniztasuna (laguntza, birgaikuntza, bizileku, aisialdi, zeregin eta lan baliabideak), familiei laguntza ematea, parte-hartzearen sustapena, gizarteratzeko bideak erraztea, etabar, dira azpimarragarrienak.
- Adimen osasun zentroen akatsa laguntza sarearen asetzea da, neurri handi batean patologia arinagoak dituztenen -batez ere neurosiaren kasua da- laguntza eskaria dela eta. Akatsak dira ere, entzute denbora urria, preskripzio farmakologikoan gehiegi oinarritzea, psikoterapia eskaintza eskasa eta birgaikuntza baliabide urriak, eta familiei eta nork bere burua laguntzeari ematen zaion denbora gutxia.
- Ekimen pribatu eta gizarte zerbitzuen profesionalen arabera, laneratze, lan prestakuntza, bizileku eskaintza, autonomia ekonomikoa edo aisialdiaren laguntzan daude ahultasunak. Hau da, profesionalak defizientzietatik hitz egitean, euren gaur egungo jardura osatuko luketen arloetara zuzentzen dira, osasunezkoagoa zein psikosozialagoa izan, betiere, baliabide gehiago eskatuz.
- Psikiatri sendagilearen laguntza eskatzean, profesional hori gehiago presionatzen da, diziplina anitzeko lan eragingarria oztopatuz.
- Buru-nahasteak dituzten pertsonen gaur egungo egoerak hobetzeko martxan dauden politiken ezaguera edo existentzia ezak direla eta, profesionalak ez dituzte euren buruak eskuhartze plangintzen gertuketa eta garapenean parte ikusten, are gutxiago osasun politikaren kasuan.
- Kezkatzeko modukoa da, gizarte laguntza ereduaren osasun eta gizarte zerbitzuen artean eta zerbitzu horiek kudeatzen dituzten erakundeen artean dagoen nahaste eta koordinazio falta orokorra.
- Profesionalak herri administrazioari egiten dizkieten zenbait kritika honakoak dira: Lanaren aintzatespena eskasa da, batzutan administrazio edota gastu zentro ezberdinen menpekotasun organikoa dago, laguntza taldekide eta herri erakundeen artean funtzio eta rolen zehaztapenik eza, prestakuntza eta ikerketa politika ahula da eta industri farmazeutikoaren menpe dago gero eta gehiago. Egoera hau aldatzea, adimen osasun laguntza sistema publikoarekin koherentea izango litzateke.

- Profesionalentzat kezkarria da adimen osasunari buruzko plan eta politiken plangintza eta ebaluaketan eskubide eta eskuhartzerik ez izatea. Plangintza eta jarraipen batzorde bat beharrezkoa da euren ustez.
- Aipatu diren konponbide batzuk errealitate egiteko, aurrekontuak berbanatu behar dira gizarte laguntzaren mesedetan. Baliabide gehiago eskatzeaz gain, euren eskumenak zehatzagoak eta koordinatuagoak egon daitezela eskatzen dute ere.

Kudeatzaileak eta zuzendariak

- Programa publiko eta pribatuen kudeatzaile eta zuzendariak, buru-nahaste kronikoa duten pertsonen gizarteratzea oso desberdin baloratzen dute. Herri administrazioan gizarteratzeari buruz kontrako iritziaik daude: Gizarte ekintzaren ustez eskasa da, batzutan ez dago gizarteratzerik; adimen osasunaren ustez ordea, nahiz eta bitarteko baliabideak urriak izan, gizarteratzea ona da. Elkarte mugimenduan lan egiten dutenentzat, gizarteratzea oso txikia da sarketa gauzatzeko egitura ezaren ondorioz, eta ez daudelako birgaikuntza baliabiderik ezta tratamenduaren jarraipena bermatzen duten erreferenterik.
- Ospitalez kanpoko adimen osasun zerbitzuen kudeatzaileen arabera, «erabiltzaileen laguntza zerbitzu harremanek adierazten duten bezala», buru-nahasteak dituzten pertsonen hiritartasun eskubideen egikaritza aurreratzen dago. Gizarte zerbitzu publikoen eta elkarten ustez, egoera ilunagoa da, estigmari -gizarte onarpenerako osagai mugatzaile eta deskalifikatzailea- ematen zaion garrantziaren ondorioz.
- Osasun administrazioaren xedea, gizataldearen eremuan populazioaren beharrian psikiatrikoei laguntza ematea da. Gizarte eremuan xedea zehaztea konplexuagoa da lortu nahi den helburuagatik (aurrearreta, detekzio goiztiarra laguntza, integrazio, diagnostikatzeko eta baloratzeko baliabideak bideratu eta garatu), eta minusbaliodun populazio aniztasunagatik: fisikoak, psikikoak edota zentzumenekoak. Irabaz asmorik gabeko erakundearen xedeak oso zabalak dira, eta beti daude herri administrazioarekin lan egiteko prest.
- Osasun administrazioak ez du bere gain hartzen legean bermatzen diren zenbait prestazioen urritasunaren erantzukizuna; gaur egun prestazio horiek ez dituzte beharrezko baliabideak: psikoterapia edo birgaikuntza baliabideak gehienbat. Ez da zerbitzuen kalitate maila zehatz batzuetara iristeko konpromisoa hartzen.
- Gizarte eskaintzari dagokionez, osasun eta gizarte erakundearen arduradunek egiturarik ez dagoela onartzen dute. Adimen osasun zentroek ez dituzte betetzen sortzean zituzten betekizunak, ez dituzte eskaintza terapeutiko bereziak, gaixotasunaren jarraipena ahula da, familiei ez zaie laguntzarik eskaintzen, psikiatragaixoaren harremana urruna da, zentroak aserik daude, eta eskumenak zehaztugabeak dira. Eta aipaturiko guztia, ezarpena ona eta eskuragarritasuna onargarria dela kontuan harturik. Konpondu gabeko beharrianak laguntza, finantzaketa eta koordinazio handiagoko politiken zehaztapenean oinarritzen dira.

- Adimen osasunaren kudeatzaileek arazo desberdinak dituzte gaur egun: kudeatu beharreko zerbitzuen zehaztapena ez da nahikoa, langileria politikan mugapenak, lanbide karrera eza eta inzentibatzeke oztupoak. Gainera, kudeaketa ereduaren ezaugarriak burokratizazio eta korporatibismo gorakorra badira, eragingarritasun ezaren arriskua dago.

Osasun mentala haurtzaro eta nerabezeroan

- Umeen eta gazteen osasun mentalerako zentro asistentzialen zentralizazio-deszentralizazio irizpideak gaur egun ez dira egokiak, eta Donostia, Gasteiz eta Bilbo Handia bezalako hiri handietako populazioaren gehiengoarentzat ez da erraza laguntza hori jasotzea.
- Haurrentzako psikologo eta psikiatra gutxi dago. Beharrezkoa da gehiago kontratatzea, eta orain dagoen kopurua bikoiztea OME-k Europarako gomendatutako ratioak lortu nahi badira eta ume eta nerabeei laguntza egokia eman nahi bazaie.
- Bitarteko egiturarik ez dagoenez, nahiz eta hamar urtetik hona diseinua eginda dagoen, mota honetako gailu berri bat sortu behar da gutxienez eskualde sanitario bakoitzean.
- Zainketak jarraitzea, taldeak sortu behar dira horretarako, bitarteko baliabideak eta programa terapeutiko trinko eta sektorialartekoak garatzeke daude oraindik.
- Beharrezkoa da gizarte-heziketa-osasun batzordeak eratu eta sustatzea baliabideen planifikazio, garapen, koordinazio eta ebaluaziorako, eta umeei eta nerabeei laguntza beste zenbait arlotan emateko ere.

Autismoa¹

- Euskal Herrian dauden mila autistetik, askok eskolatzea bukatu dute, eta beste askok aurki bukatuko dute derrigorrezko eskolatzeko etapa. Epe luzeko eskolatzeko programa eza eta gizarte-lan-baliabide eskaintza urria dela-eta, erabiltzailea lanik gabe geldituko da, eta horren ondorioz geldialdi eta ezegonkortasun arriskua dago bai berarentzat eta bai beren senitartekoentzat.
- Egoera honi aurre egiteko, erabiltzaileen aniztasunari arreta jarritz, premiazkoa da eguneko zentroak, lanerako zentro bereziak, zentro okupazionalak sortzea. Ez dira ahaztu behar pertsona bakoitzaren ezaugarriei ondoen egokitzen zaizkien gizarte- eta lan-modalitateak, ohizko merkatuan sartzea azpimarratzen delarik.

¹Ondorio hauek autistak direnen senitartekoekin eta beren elkarrekin izandako elkarriketen emaitza dira.

- Senitartekoek eta profesionalek ez dute baliabiderik ezegonkortasun egoeran dauden pertsona horiek zaintzeko. Baliabide material eta giza baliabideez hornitzeko beharrezkoa da krisi-atentzio unitate egokiak sortzea (lurralde bakoitzeko bat gutxienez), beti ere ahaztu gabe, hainbeste aldiz eskatu diren eguneko ospitaleen beharra, eta tarteko egonaldi eta egonaldi luzeko plazak gehitzea.
- Autistak diren pertsoneri eta autismoa edo garapenaren arazo orokorrak izateko arriskua dutenei atentzio egokia emateko, beharrezkoa da eskuhartze goiztiarra (0 eta 3 urte bitartean). Atentzio goiztiarra duten programen beharra..
- Egoitza-baliabideak sortzearen beharra dago. Badaude batzuk Euskal Autonomi Erkidegotik kanpo, baina ohiko ingurunetik urruti egotera zaila da integratzea. Hala ere, aurrekontu-mugaketek baldintzatu egiten dute bere garapena tarteko epean. Normalizazio printzipioaren arabera, egoitza-baliabideen beharra arintzeko, gaixoa bizi den etxetik hurbil leku banaketa egin beharko litzateke. Horrexegatik, gaixotasuna dutenen familien elkarrekin eta zenbait profesionalek modalitate desberdinetako egoitza gehiago eskatu dute: 5etik 8 leku bitarteko egoitza txikiak, edota babestutako edo erdi babestutako etxebizitzak, 3tik 5 lekura bitartekoak, eta laguntza profesionala eskatzen dutenak.
- Elkarrekin irabazi-asmorik gabeko ekimena, instituzio-laguntzarekin, aisia eta tarte libre baliabideak sortzen joan da, jarduera giza heziketa-sanitarioaren osagarri izan direnak. Gaur egun, dauden baliabide komunitarioetan sartzeko erraztasunak behar dira. Horiek gehitzea eta finkatzea ere beharrezkoa da, eta baita familien lasaitasunerako programen garapena ere.

Elikadura arazoak

- Komunikabideetatik gizartean sortutako alarma eta datu epidemiologikoak presio egiteko elementuak bihurtu dira arazo horiei atentzioa emateko modu gehiago sortzeko. Hala ere, ez dago oraindik adostasunik profesionalen artean baliabide espezifikoaren beharri dagokionean, eta eztabaidarako kontua da.
- Gaur egun elikadura arazoek eragin epidemiologiko handia dute emakumezkoen artean. Eragin biopsikosoziala dute, kronifikaziorako joera handia dagoelarik, eta ez dira guztiz osatzen. Hiltzen direnak ere nahikotxo dira.
- Programa eta zerbitzu espezifikoak sortu eta mantentzea atentzioa handitzeko eskaerarekin lotzen da. Horrek koordinazioa eta arlo askotan diziplina eskatzen du, atentzio hori bermatuko dutenak.
- Lehen mailako prebentzio programen laguntza, eta baita identifikazio eta eskuhartze goiztiarra ere, lehenetsunekoak izan beharko liriateke, eta Hezkuntza eta Osasun-Sailek parte hartu beharko lukete koordinazio eta sustatze lanetan.
- Beharrezko baldintzak egokitzeko nahitaezkoa da: errealitatea aztertzea, egun zintzilik dagoen eskaeraren ikerketa epidemiologiko baten bidez, eta gaur eguneko zentro, talde eta erabilitako terapeutikoen ebaluazioa gitea.

Bazterkeria

- Gaixo mental modura identifikatzeak ez du gizartean balioa handitzen, egunerokotasunean pertsona hauek bizi duten bazterkeria dela-eta. Hori dela eta, askori gogorra egiten zaio anonimaturik ez izatea, osasun mentaleko zentroetan ematen baitzaie atentzioa, eta toki horietan ahulagoak sentitzen dira eta beren lanean eta harremanetan horrek izan dezakeen ondorioen beldur dira.
- Osasun mentaleko profesionalen eta gizarte zerbitzuen arabera, gizartean integratzeko prozesuak geldiarazita daude gaixo mentalak eta baita bere familiak duten gizarte-estigma dela-eta.
- Gizarteak gaixotasun mental hau ez ezagutzeak joera baztertzailak sortzen ditu. Horregatik da egokia zerbait egitea, pertsona horiei buruz dagoen gizarte-irudia hobetzeko.
- Profesionalek diotenez, arazo mentalak dituzten pertsonak ez dituzte beren eskubideak ezagutzen hiritar modura. Ezjakintasun handia dago ondoko arlo edo eskubideei dagokienean: informazio eskubideak, informatutako baimena, alternatiba terapeutikoak, keak, edo ospitaletan sartzeko modalitateak. Elkarrekin, profesionalek edo senitartekoez ez diete guztia ezagutzera ematen.
- Gaixotasun mental kronikoa duten gero eta pertsona gehiago dago, gizartean onartuak izatea nahi dutenak. Ez dute baztertuta bizi nahi eta autonomia izan nahi dute. Baina laguntza ekonomikoa eta lanerako edo gizarte-laguntza behar dute babesa ematen dien familia uzten dutenean, aparteko bizitzari begira.
- Gaixotasun mentala duten pertsonak oso gutxitan eskatzen dituzte zerbitzuak, eta ez dira beraz presio-talde bat. Komunitatean dauden programa eta zerbitzuetara egokitzen dira eta ez beren beharrei begirako programetara.
- Gertatzen dena da atentzio hau ematen duten tokiak, ez dira osasun-mentaleko zentroen berdinak, psikosia duten gizon gazteez daudela beteta. Zenbait diagnostikoak duten emakumezkoek eta gizon zaharrek zailtasunak dituzte zerbitzu hauek izateko.
- Badaude populazio-talde batzuk osasun mentalerako atentzioa lortzeko zailtasun bereziak dituztenak: populazio-gune handietan bizi ez direnak, etxebizitza finkoa eduki ez edo txirotasunean bizi direnak, gutxiengo etnikoak eta dokumentazio behar bezala ez duten emigratzaile kanpotarrak, eta espetxeetan daudenak.

6. Ikerketa juridikoa buruko gaitz kronikoa duten pertsonei buruz

6.1. Sarrera: Osasun mentalari buruzko lege-eremua

Estatuko eta Erkidegoko lege-eremua
Nazioarteko eremua

Txosten honen ikerketa juridikoaren barruan, eta alor juridikoko errealitatea eta xehetasunak islatzeko helburuarekin, informazio bilketa egin da elkarrizketa-galdeketen bidez. Ondokoei zuzenduta egon dira galdeketoak: ezgaitasun zibileko kasuak bideratzen dituzten abokatuak, gaixo mentalen edo senitartekoen elkarteetan adskribatutako tekniko juridiko eta gizarte-langileak, Familia Epaileak, 1go instantziakoak edo instrukziokoak hala balegokio, aipatu auzitegian adskribatutako auzitegi-medikuak, atentzio zerbitzuak biktima eta atxilotuari, Ertzaintza... Aipatutako profesionalen iritziekin batera, berrikuspen bibliografikoa eta lege-eremuaren berrikuspena egingo da, zeinetan eskubide hauek sartzen diren -gaixo mental kronikoarenak- Gaixo mental modura sailkatuta dago eta *baztertuta* dago beraz. Era berean, baditu zenbait berme eta pribilegio, *gizarteratuta* kategoria ematen diotenak.

Jarraian, ikuspegi juridikotik gaixo mentalari lan-arloan, arlo penalean eta zibilean egiten zaion lekua azaltzen da. Era berean, Legearen helburuaren arabera, edo osasun publikoaren politikaren arabera, gizarteratzekoa edo baztertzekoa bada, bere onerako edo kalterako den egiten diogu galdera geure buruari. Hori eztabaidagarria da, pertsona hauei ematen zaien ezaugarriengatik: bozkatzeko eta testamentua egiteko ezgaitua, baina ezegozgarria eta horregatik erru gutxiagokoa delitu-kasu batean; lanerako ezgaia, baina gutxieneko diru-sarrerara jasotzeko eskubidearekin.

Populazio honen eskubideak egokiak eta baliagarriak direla uste dugu, bermatuta dauden heinean, beti ere babes juridikoaren bidezko eraginkortasun printzipioa kontutan izanda. Zentzu honetan, pertsona hauen eskubideek egoera konplexuak sortzen dituzte.

6.1.1. Estatuko eta Erkidegoko lege-eremua

Txosten honetako derrigorrezko lehen aipamena Konstituzio Espainiarreko 14. artikuluan aurkitzen dugu. Artikulu horrek legearen aurrean guztiak berdinak garela dio eta ezin dela inor diskriminatu ezein baldintza eta egoera pertsonala edo soziala dela ere. Argi dago gaixotasun mentala duen oro sartzen dela aipamen horren barruan.

Bestalde, Espainiako Konstituzioaren 43. artikuluan esaten da nola dagokion Zuzenbidezko Estatu sozial eta demokratiko bati, zeinetan “botere publikoek antolatu eta babestu behar dute osasun publikoa neurri prebentibo eta prestazio eta zerbitzu sanitarioen bidez. Legeak ezarriko ditu guztion eskubide eta bete beharrak horri dagokionez” (KEko 43.2 art.).

1986 arte, egun indarrean dagoen Osasun-Lege Orokorra promulgatu zen urtean, elkarte psikiatriko espainiarra aurreko mendeko ongintzazko babes eredukoa zen (Espinosa Iborra, 1994). Bi hamarkada baino gehiago pasatuko dira 60ko hamarkadan mendebaldeko munduan hasitako erreforma psikiatrikoa gure legegintzan sartu aurretik. Hala izanik, erreforma psikiatrikoa osasun-sistemaren erreformarekin batera egin da Espainian.

Osasun mentaleko arazoak Osasun Sistema Nazionalean sartzek eragina izango du gaixo mentalek eta eskubide osoko biztanleek dituzten eskubide konstituzionaletan. Egiturak aldatzeko beharra ere izango da, beharizan berriei egokitutako asistentzia sanitarioa lortu nahi bada.

Testuinguru honetan, Osasun-Lege Orokor (LGS) honetako 6. artikulua agintzen du: “administrazio publikoen ardura izango da, beste batzuen artean, osasuna sustatzea, osasun-heziketa sustatzea, osasun-asistentzia bermatzea osasun-galera guztietan eta” beharbada txosten honetako aipagarriena dena, “behar diren jarduerak sustatzea errehabilitazio funtzional eta bergizartratzea lortzeko”. Osasun-administrazioen jardueren barruan osasun-asistentzia espezializatua sartzek da. Arrisku gehien duten populazio taldeei emandako atentzio programak eta osasun mentalaren sustapen eta hobekuntza ere sartzek dira. Jarduera hauek burutuko diren markoak ondoko elementuak izango ditu: finantziario publikoa, mundu mailako hedadura, eta deszentralizazioari begirako kudeaketa publikoa.

Bestalde, eta gaixoari onartutako eskubideei dagokienez, Osasun-Lege Orokorrek bere 10. artikuluan osasun-prestazioei buruzko zenbait eskubide azaltzen ditu. Erabakitzeko gaitasun mugatua bada ere, edota erabakia hartu beharreko pertsona nonbaitera joan bada, gaixo mentala den horrek eskubideen titularra izaten jarraitzen du. Zentzu horretan, EAE-n garrantzi handikoa da Eusko Jaurlaritzako 1989/175 Dekretua, uztailaren 18koa, zeinaren bidez onartzen den Osakidetzara doazen gaixo eta gainerako guztien eskubide eta betekizunen Karta. Karta horrek hau dio:

Legegintza-garapenaren ekitaldian, LGS-ko 10. artikulua oinarritzat hartuta, Eusko Jaurlaritzak onartu egin zuen dekretu hau, zeinetan gaixoen eskubideak agertzen diren. Eskubide horien artean honako hau dago: “gizabanakoaren eta gizarte-eskubideen babesa osasun-aginpideen partetik, eta arazo mentalak dituzten gaixoen kasuan Espainiako Konstituzioan ezarritako baldintzetan” (1.J art.).

Kontutan hartu behar da osasun mentaleko oinarritzko araua LGS 20 artikulua dela. Oso egokia izan da Osasun-Lege Orokor batean bereziki osasun mentalari buruzko atal bat sartzek. Agindu honen zehazpenegatik aipatu egingo dugu eta horrela hobeto ulertuko dugu gaixo mentalaren egungo egoera, zeina ospitaletik kanpo eta gaixoaren beraren ingurunean integratzeko joera duen erregulazioaren babesean dagoen. LGS 20. artikulua honako hau dio: “Osasun-sistema orokorrean osasun mentalaren gaineko integrazio jardueren oinarriari buruz eta gaixo mentala, osasun eta gizarte-zerbitzuak behar dituzten beste pertsonekin parekatzeari buruz, Osasun-Administrazio eskudunek beren jarduera egokituko dute ondoko printzipioetan:

1. Populazioaren osasun-mentaleko arazoei emandako atentzioa komunitatean emango da. Horrela baliabide asistentzialak indartuko dira, anbulatorioak, tarteko ospitalizazio

sistemak eta etxez etxe emandako atentzioa, ospitalera joateko beharra gutxitu egingo delarik. Umeentzako psikiatria eta psikogeriatriari dagokien arazoak modu berezian aztertuko dira.

2. Hala eskatzen duten prozesuengatik gaixoen ospitalizazioa ospitale orokorretako unitate psikiatrikoetan egingo da.
3. Gaixo mentalaren arazoei atentzio egokia emateko behar diren errehabilitazio eta birgizarteratze zerbitzuak garatuko dira, zerbitzu sozialekin koordinazio egokia lortu nahi delarik.
4. Osasun-sistema orokorrean dauden atentzio psikiatriko eta osasun-mentalari begirako zerbitzuek beteko dute aldi berean, zerbitzu sozialekin koordinatuta, lehen mailako prebentzioen alorra eta orokorrean osasuna galtzen laguntzen duten arazo psikosozialei atentzioa ematen dien alorra.

Estatuaren eta Euskal Autonomi Erkidegoaren arteko aginpide banaketa osasun arloan honela egingo da: Horri buruz Estatuak ezarritako oinarrien garapen eta gauzatzea EAE-ri dagokio. Zehaztu beharrekoa da, barneko sanitarearen oinarriekin batera, Estatuak badela baita "sanitarearen koordinazio orokorra"-ren titular eskuduna, Konstituzioan aurreikusita (KE 149.1.16 art.) eta baita "ikuskaritza handiko"arena ere (18.4 art, in fine, EAPV).

Autonomi eremu honen barruan, zenbait arau kontsidera daiteke, Estatu Autonomiatik hasita. Arau horiek, modu baten edo bestean, gaixo mentalaren askatasun eta eskubideak bermatzen dituzte. Ondokoak dira arau aipagarrienak: 1998/18 legea, ekainaren 25ekoa, drogamenpekotasunen prebentzio, laguntza eta gizarteratzeari buruzkoa; 1995/7 Legea, ekainaren 30ekoa, eskoletako osasunari buruzkoa; 1999/4 Legea, abenduaren 29koa, zeinaren bidez onartzen diren EAE-ko Aurrekontu Orokorrak 2000ko ekitaldirako; 1998/12 Legea, maiatzaren 22koa, baztertzeko sozialaren kontrakoa; 1993/7 Legea, abenduaren 21ekoa, OSALAN-Seguratasun eta lan-osasuneko euskal institutua; 1994/11 Legea, ekainaren 17koa EAE-ko farmazien antolamendurakoa; 1996/5 Legea, urriaren 18koa, zerbitzu sozialei buruzkoa; 1998/10, apirilaren 8koa, nekazaritza-garapenera buruzkoa; Eusko Jaurlaritza eta Justizia Ministerioaren arteko kolaborazio markoaren hitzarmena presondegien alorrean (1994/74/26); Osasun-arloko hitzarmena, 1995eko azaroaren 20koa; 1983ko asistentzia psikiatriko eta osasun mentalerako plana, eta beste zenbait dekretu, zirkular, agindu...

6.1.2. Nazioarteko lege-eremua

Alma-Altako Hitzarmena, 1978an egin zena Kazakhstan Errepublikako hiriburuan OMEK eta UNICEF-ek deituta, izango da Deklarazio bat agertuko den markoa. Deklarazio horretan honakoak izango dira helburu garrantzitsuenak: lehentasunezko atentzioaren kontzeptua sustatzea eta munduko osasuna eta osasun asistentziaren egoera ebaluatzea. Hitzarmen honetan osasunari begira lehentasunezko atentzioaren definizio bat ezartzen da. Oinarritzeko dela deritzogu eta horren inguruan adostasun handia dago: Hala izanik, zientifikoki aztertuak eta gizarteratzean onartuak izan diren metodo eta teknologia

praktikoetan oinarritutako behar beharrezko osasun-asistentzia dela kontsideratzen da. Komunitateko pertsona eta famili guztien eskura dago, bertan parte har dezaketelarik. Kostua ez da izango komunitateak eta herriak berak ordaindu ezingo dutena garapenaren etapa guztietan. Lehentasunezko atentzioa osasun-sistema nazionalaren barruan dago, zeinetan erdigunea den, eta baita komunitatearen garapen sozial eta ekonomikoaren barruan ere. Pertsonak, senitartekoeak eta komunitateak osasun-sistema nazionalarekin duten lehen hartu-eman da. Atentzio hori pertsonak bizi eta lan egiten duten tokietatik gertuen eman nahi da, eta osasun-asistentzia etengabeko prozesu baten lehen elementua da (Alma-Ata, 1978, VI puntua).

Ruiz-Jimenez Aguilarrek dioenaren arabera, definizio luze honen berezitasun aurrerakoenak hauexek izango lirateke: osasun-baldintzen hobekuntza, garapen ekonomikoari lotuta dagoena, osasun-eskubidearen onarpena, gizarte-ardura modura, babesa batez ere gobernuarena izan behar delarik; eta txosten honetan garrantzitsua izango litzatekeena: osasun-atentzioaren eredu aldaketa, ikuspuntu sendagarritik ikuspegi biopsikosozialera doana, osoko izaera iraunkorra eta sektoriala izango zukeena, eta zeinetan hurbilerrazak, parte hartzeak eta beste zerbitzuekin integratuta dauden sistemak sustatzen diren (Aleman, 1998).

Alma-Altan sortutako ikusmolde berri honetatik Osasun-Sistema Nazional bat ezarri da, osasunaren arloan lehentasunezko atentzio berriztatuarekin. Legegintza-marko berri bat beharko du eta Osasuneko Oinarrizko Egiturako 84/137 Errege-Dekretuan eta 1986ko Osasun-Lege Orokorrean agertuko da.

Egun, nazioarteko izaera duten gomendio eta arategi mordoa dago, Estatuak berretsiak, eta gaixo mentalaren askatasun eta eskubideei buruzkoak. Esaterako, gizakien eskubideen babeserako eta oinarrizko askatasunerako Europako Hitzarmena, edota Europako Komisioak, Nazio Batuek edo Giza-Eskubideen Europako Tribunalak egindako gomendioak.

Komunitatean bestalde, talde hauekiko sentsibilizazioa gero eta handiagoa da eta laguntzeko behar handiagoa sentitzen da. Horrela, eta Batasunaren Hitzarmeneko 3. artikularen o) atalaren arabera, Komunitatearen jarduerak osasunaren babesa neurri handi baten lortzeko ekarpena dakar; Hitzarmeneko 129. artikuluan aginpide komunitarioa ezartzen da, zeinetan Komunitateak lagundu egiten duen partaide diren Estatuaren arteko kooperazioa sustatuz, eta beharrezkoa balitz, horien jarduerak indartuz. Zentzu berean ikusten dugu 1994ko ekainaren 2ko Ebazpena, osasun publikoaren arloan komunitatearen eskuhartze-markoari dagokiona, eta 1993ko azaroaren 24an Komisioaren komunikazioari erantzuten diona. Ebazpen horrek osasunaren sustapena hartzen du, eta baita heziketa eta formazioa osasun arloan, komunitatearen lehentasunen artean. Eta horiei buruz proposamenak egitea eskatu zaio Batzordeari.

Arlo honetako eskaera eta aukerei erantzuteko asmoz, osasuna zaintzeko komunitate-sistema bat ezartzea erabaki zen (Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 97/1400/CE Erabakia, 1997ko ekainaren 30ekoa), Europako Parlamentuak, Maastricht eta gero osasun publikoaren politikari buruzko Ebazpenean, azpimarratu egin zuelako garrantzitsua zela informazio nahikoa eta egokia edukitzea osasun publikoaren alorrean jarduera komunitarioen garapenari begira. Kontutan hartzeko adierazleerako bat osasun mentala izan zen. Era berean, komenigarritzat jo zen nazioarteko erakunde

eskudunekin kooperazioa indartzea, Osasunaren Mundu Erakundea eta Kooperazio eta Garapen Ekonomikorako Erakundea barne, eta baita beste herri batzuekin eta erakunde ez gobernutarrekin ere.

Legegintza komunitarioaren barruan ikusten da nola Europar Batasunak ere gaixo mental kronikoa babesten duen gizartean baztertua izan ez dadin: 1989ko irailaren 29ko Gizarte-Gaietako Ministro Kontseiluak heziketa, enplegu, etxebizitza, zerbitzu eta osasun-atentziora sartzeko jardueren garapena gomendatzen du (*Baztertze sozialaren kontrako 1998/12 Legearen* arrazoien azalpenak, maiatzaren 22koa. Europako Gizarte-Fondoak, bere partetik, bere programa batzuen bidez, gaixo mentalentzat lan-alternatibak sortzea aurreikusi du, eta baita profesionalen truke eta heziketa ere alor honetan.

6.2. Egoera zibila

Ezgaitasuna
Gaitasun juridikoa eta jarduteko gaitasuna
Ezgaitasun-kausak
Legitimazio eraginkorra eta pasiboa
Prozedura
Epaia
Babeserako mekanismoak
Ezgaitasunaren aldaketa
Informatutako baimena
Psikiatrikoan sartzea

Gaixo psikikoek erronka sozial nabarmenak eta urgenteak dakartzate beraiekin, batez ere tradiziozko egitura familiarren aldaketei dagokienean. Egoera horietan Instituzioek 3 alorretan hartzen dute esku:

1. Alor ekonomikoa: Estatuaren menpekoa. Diru-laguntzak, laguntza medikoa, pentsioak (egoera desberdinak dira Autonomi Erkidego bakoitzeko).
2. Alor soziala: Ordaindutako lana eta familia bizitza bateragarri egiteko joera duten lan-neurriak. Eredu desberdinak daude: frantsesak eta suediarrek, jaiotza-tasa handitzearen aldeko politikarekin, ama langileei lagunduz, alemaniarra kontserbadoreagoa da, lanaren banaketa tradizionala sustatzen duelarik (gizonak kanpoan egingo du lana eta andreak etxean). Europar Batasunean, dena dela, finantza-neurriak handitzen ari dira familiari laguntza emateko. Britainia Handian Estatuak ez du ia eskuhartzen familiari dagokionean (itxura baten hori da Mendebaldeko Europan zabaltzen ari den eredu liberalismo ekonomiko eta pribatizazioari begira).
Mediterranean herrietan (Espainia, Portugal, Grezia) familiak garrantzi handia du oraindik, pertsona ezinduak laguntzeko orduan. Botere publikoek ez dute ia ezer egiten, laguntzek ez dute jarraipen bat, arautegiaren dispertsioa, mota guztietako baliabide falta, emakumeari laguntzaile modura ematen zaio garrantzia, eta autokonposizio juridikorako neurriak babes juridiko berezia behar dutenen eskubideak defendatzeko.
3. Alor juridikoa: ikuspegi juridiko batetik, Estatu familiarren eskubide eta betekizunak arautzeko sartzen da familian, batez ere babes berezia behar duenen bat badago. Baina botere publikoak zein pribatuak beharrezkoak dira oinarritzko oreka batean pertsona horientzako baldintza egokienak sustatzeko. Konstituzioaren 10. artikulua gogoratzea baino ez dago. Artikulu horretan Estatu soziala nabarmentzen da: Legegilearen arabera familiak autonomia izan behar du bere helburuak lortzeko (KE 27.3 art. Gurasoek, beren seme-alabentzat, beraientzat egokia den heziketa emateko eskubidea dute.

6.2.1. Ezgaitasuna

Askatasunaren (KE 17. artikulua) eta osasunaren eskubide konstituzionalak kontutan hartuta, ezindu fisiko, sentzorial eta psikikoei ematen zaien babes bereziaz (KE 43 eta 49 artikulua) pentsa daiteke 1983/13 Legea, urriaren 24koa eta babes alorrean

Kode zibilaren erreforma partziala duena, 1889ko Konpilazio Zibilaren artikulua batzuk aldatzeko sortu zen, egokitzapen konstituzionala lortzeko asmoz. Hala ere, erreforma hura inspiratu zuten bideak zehatz-zehatz aztertu gabe, Kode Zibilak erreforma bat behar zuen medikuntza zientzietako aurrerapenen gainean, zehazki Psikiatrian (Pedraz Gómez, 1994)

Gaixotasunak edo adimen-urritasunak sortutako ezgaitasunak mailaketa bat onartzen du. Zuzenbideak kontutan hartu beharko lituzke horiek, baina ezgaitasun graduan oinarritutako sailkapenok hausnarketatzat balioko dute.

Aldi berean, 1983ko erreformak ondorengo prozedurak ezarri zituen ikuspegi prozesaletik:

- Ezgaitasun deklarazioa lortzeko sorrarazi behar dena.
- Adierazitako ezgaitasunaren aldaketarako edo gizarteratzeko premiatu behar dena.
- Prozeduraren edozein egoeratan jarraitu beharrekoa, ezgaiaren babeserako, epaileak berarentzat egokiak diren neurriak hartzeko.

Ezgaitasuna pertsona fisikoaren egoera zibil modura definitzen da. Judizialki adierazten da legalki tipifikatutako auziren bat biltzen denean, eta ondorio garrantzitsuena eragiteko gaitasunaren murrizketa da, eta horren ondorioz babes beharra (Pedraz Gómez, 1994). Ezgaitasunaren helburua ezgaiaren eta bere ondarearen babesa da. Horretarako printzipio konstituzionaletara jotzen da

Kode Zibilaren 29. artikulua arabera, jaiotzak nortasuna mugatzen du, eta eskubideen eta betekizunen jatorria da. Nortasun hori heriotzarekin galtzen da (Kode Zibileko 32 art.) Hala ere, bukaera horretara iritsi aurretik, pertsonen eskubideak mugatuak izan daitezke beren osasun mentalaren egoeraren arabera. Zorionez murrizketa hori ezin da edonola egin, eta horrela, Kode Zibileko 199. artikulua indarrez “ezin da inor ezgaitzat jo, epaileak hala esaten ez duen bitartean Legean ezarritako kausen indarrez”.

6.2.2. Gaitasun juridikoa eta jarduteko gaitasuna

Gaitasun juridikoa, eskubideen titular eta betekizunak izateko gaitasunari parekatzen zaio, nahiz eta horrek ez duen esan nahi horiek modu zuzenean erabil daitezkeenik. Hori, pertsona bere buruaren jabe denean bakarrik gertatuko da (Kode Zibileko 200. art.).

Legegintza zibilak erabiltzen duen beste kontzeptu bat jarduteko gaitasuna da. Hori egoera objektibo baten arabera aldatuko da: adina. Beraz, jarduteko gaitasuna ez da uniformea. Adin-txikikoak apenas egingo du balio juridikoa duen jarduerarik. Hurrengo mailan, emantzipatu den adin-txikikoak gauza gehiago egiteko aukera izango du. Azkenik, eragiteko gaitasun osoa adin-nagusiarekin lortzen da. Hala ere, gaitasun hori murriztua izan daiteke Kode Zibilean bildutako prozedura eta kausen indarrez ezgaitzat jotzen diren pertsonen kasuetan. Orduan esaten da pertsona hori ezgaitua izan dela, jarduteko gaitasunaren gabezia emanez. Gaitasunaren guztizko mugaketa ematen ez denean, aparteko irtenbidea da ezgaiaren babeserako (Kode Zibileko 210. art.)

6.2.3. Ezgaitasun-kausak

Legegintza zibilak honako definizioa ematen du: “izaera fisiko edo psikikoko gaixotasun edo urritasun iraunkorrek dira ezgaitasun-kausak, zeinak pertsona bati bere buruaren jabe izaten eragozten dioten” (Kode Zibileko 200. Art.). Legegileak ez du bereizitasunik egiten gaixotasun eta urritasunaren artean. Oinarrizkoena iraunkorra izate hori da. Era berean, legegileak ez ditu kausa fisiko edo psikikoak sakonki aztertzen, garrantzitsuena, pertsona horri mundu juridikoan bere buruaren jabe izatea eragotzi egiten zaiola baita. Adin-txikikoen kasuan, horiek ezgai izango dira ezgaitasun-kausa bat agertzen denean eta aurreikusten denean ezgaitasun horrek iraun egingo duela adin-nagusian ere.

6.2.4. Legitimazio aktiboa eta pasiboa

Bizilagunak edo ondorengoek dute legitimazioa deklarazioa sustatzeko, eta horiek falta badira, ezgaiaren aurrekoek edo anai-arrebek (Kode Zibileko 202. art.). Lege-agindu hau ez dago kritiketatik libre doktrinatik zein erabilera praktikotik, eskubide honek senitartekoak onartzen baititu, legezko obligazio batetik lagundutako erantzukizun konpromisoa ez bada ere. Beren kargua dela-eta, pertsona baten ezgaitasunaren berri balute aginpide eta funtzionario publikoek, jakinarazi beharko liokete Ministerio Fiskalari (Kode Zibileko 203. art.) Bestalde, Epaile eskudunak, kasu berdinetan, ofizioz beretzat beharrezkoak diren neurriak hartuko ditu, eta Ministerio Fiskalari jakinaraziko dio. Ministerio Fiskalak 15 eguneko epea emango dio Epaileari jarduteko. Hala ere, aurreko paragrafoan Ordenamenduan finkatuta, Kode Zibileko 204. artikulua dio edozein pertsonak jakinarazi diezazkiokeela Ministerio Fiskalari ezgaitasunaren jazoera adierazgarriak.

Legitimazio pasiboari dagokionean, ezgaitasun prozesuan ezgaitzat jotzen dena izango da legitimatua. Bere defentsa eta ordezkaritzaekin ager daiteke (esan nahi baita, abokatua eta prokuradorea). Hala ere, badago kontraesan bat: epaiak ezgaitzat jotzen badu pertsona hori eta baliogabetu egiten baditu ezgai zenaren egintzak, prozedura bera geldituko litzateke baliogabetuta. Egoera berezi hau saihesteko Kode Zibilak (207. artikulua) ezgaiaren defendatzailea aipatzen du. Eta hori izendatuta ez balego, Ministerio Fiskalaren defendatzaile gisa arituko litzateke.

6.2.5. Prozedura

Prozedurari dagokionean, 1983/13 Legearen Xedapen Erantsiaren arabera, zenbateko gutxiagoko epai deklaratzailaren arauak aplikatu ahal izango dira ezgaitasun prozeduran (Judiziamendu Zibilaren Legeko 484.2.art.). Epaileak ustezko ezgaiaren senitarteko hurbilenei entzungo die, ustezko ezgai bera aztertuko du, mediku baten irizpidea entzungo du, eta gero beretzat egokia den ebazpena egingo du ofizioz. Deigarria da orduan bakarrik hartzen dela kontutan medikuaren txostena. Normalean dagokion auzitegiari adskribatutako auzitegi-medikua izaten da. Gainera, Epaileak, prozeduraren edozein unetan, ofizioz edo parteak eskaturik, beretzat egokiak diren neurriak hartu ahal izango ditu ustezko ezgaiaren edo bere ondasunen babesari begira (Kode Zibileko 209.art.)

Eskaera ondoko hauek egin dezakete: Lagunkideak, eta bera ez badago aurrekoren batek, ondorengoren batek edo anai-arreben batek. "Ez badago" espresioaren barruan hau esan nahi da: edo lagunkideak ez duela aurkeztu, edo pertsona horiek ez direla esistitzen edo ez dutela eskaera aurkezten. Hala izanik, Ministerio Fiskalak berak ere aurkeztu lezake. Era berean, Epaileak, bere kargua dela-eta kasua ezagutzen duelarik, eskaera aurkeztu dezake. Azkenik, kasu bat ezagutzen duen edozein pertsonak aurkeztu liezaioke (ez da derrigorra) kasua Ministerio Fiskalari, honek eskaera bideratu dezan.

Ustezko ezgaia da demandatua prozesuan. Ministerio Fiskalak ordezkatzuko du, eskaera berak egin ez badu behintzat. Kasu horretan defendatzaile bat izendatzen da. Eskaeraren erantzunean alde aurreko agertzea egin daiteke auzia saihesteko asmoz eta defektu prozesalak ezabatzeko auzia saihestu ezin bada. Praktikan alde aurreko agertze hau ez da beti egiten.

Estatuan, ezgaitasun hauek aurkezteko bulego espezifiko bakarra dago fiskaltzan Madrilako Komunitate Autonomoan. Honen arrazoia da Gizarte-Segurantzak, orain urte batzuk, pentsio batzuk ezarri zituela eta horren ondorioz, seme-alaba ezgaituak zituzten gurasoek beren ezgaitasuna eskatu zuten, modu honetan abokatu edo prokuradorearengana ez joatearren.

6.2.6. Epaia

Epaia eman eta gero, honek pertsona baten ezgaitasuna adierazten badu, ezgaitasuna nolakoa den esan behar du, eta ezgaiak nolako laguntza eta zainketa behar duen adierazi behar du (Kode Zibileko 210art.). Artikulu honek ere kritika ugari izan ditu. Ezgaitasunari buruzko ebazpen judizialak Erregistro Zibilean aipatuko dira (Kode Zibileko 214.art.).

Ezgaitasun deklarazioak, Enjudizamendu Zibileko 484.artikulan araututako gutxieneko zenbatekoaren prozedura jarraitzen badu ere, tutorea edo zaintzailea izendatzeko, legegintza berean borondatezko eskumen prozedura eskatzen da.

6.2.7. Babeserako mekanismoak

1998ko urtarrilaren 27ko Epaian, Auzitegi Gorenaren arabera, ezgaitasun epaiak ezin du tutore bat izendatu. Hori bereizitako espediente batean egin behar da. Hala ere, batzutan ezgaitasun epaian bertan, eta ekonomia prozesal eta eraginkortasun arrazoiengatik, epaileak tutore bat izendatzen du. Tutore hori, Kode Zibilaren 234.artikuluaren arabera, gurasoek edo beraiek aukeratutako pertsonak izan behar dute, aurrerakoak, ondorengoak edo anai-arrebak, epaileak izendatuta. Pertsona horiek guztiak ezean, epaileak beretzat egokiena dena aukeratu lezake (Kode Zibileko 235.art.), beti ere ezgaituaren onerako. Gainera, Kode Zibilaren 242.artikuluaren arabera, irabazi asmorik gabeko pertsona juridikoak izan daitezke tutoreak (elkarte edo fundazioak). Artikulu honi esker, fundazio tutelarrak ezgaituaren kargu egin daitezke gurasoak ez daudenean edo horiek ezin direnean kargu egin.

Pertsona ezgaituen eta beren ondasunen babesa eta zainketari dagokienez, edo banaka hartuta, dagokion kasuan ondoko hauen bidez egingo da:

- Tutoretza (Kode Zibileko 222-285 artikulua).
- Kuratela (Kode Zibileko 286-298 artikulua).
- Defendatzaile judiziala (Kode Zibileko 299-302 artikulua).

Tutoretza eta kuratela karguei buruzko ebazpen judizialak Erregistro Zibilean agertu beharko dira, Kode Zibileko 218. artikulua arabera.

Tutorea izango da gaixo ezgaituaren ordezkaria, gaixoak ez baitu gaitasunik balio juridikoa duten egintzak egiteko. Horrela, gaixo ezgaituak egindako kalteak tutoreak konpondu beharko ditu, berak baitauka horren erantzukizuna *in vigilando*, Kode Zibileko 1903 artikulua arabera. Baina bere karguari eska dakioken eginbidez jokatu badu, ez du bere ondasunekin erantzungo, baizik eta ezgaituen ondasunekin (egoera honetan ezgaitua babesik gabe geratuko litzateke, kasu gehienetan baliabide ekonomiko urriko pertsonak izaten baitira).

Auzitegi Gorenaren epaiaren arabera, 1981eko azaroaren 23koa, tutoreak, ezgaituaren ordezkaria izanik (Kode Zibileko 267.art.) funtzio erdi-publikoa hartzen du, eta ezin die beraz bere funtzioei uko egin. Hori dela-eta, tutorea ezgaituaren ordezkaria izango da ondorengo epai guztietan (Auzitegi Gorenaren Epai, 1986ko otsailaren 1koa). Tutorea hil egiten bada senitarteko gertuenek beste tutore bat proposatu behar dute. Ezgaitasun prozesu hasiera baino errazagoa da hau.

Kuratelari dagokionean, hori, gaitasun zibilaren murrizketa partziala da. Normalean, ondasun kontuekin dago lotuta eta efektu murriztagarriak ditu. Helburua bere baliogarritasuna eta eraginkortasunaren babesa da eta horrela ezin izango da baliogabetu eta ez da kuratelan dagoen pertsona ezgaituaren kalterako izango (Auzitegi Gorenaren Epai, 1991eko abenduaren 31koa). Kuratela beraz, ezgaitasun partzialari dagokio, eta epaiez erabakitzen diren egintzei buruzkoa da.

Defendatzaile judizialak epaileak emandako atribuzioak izango ditu, eta kontuak eskatuko dizkio bere kudeaketa amaitu eta gero (Kode Zibileko 299.artikulu eta hurrengoak).

Era berean, Kode Zibilak bere 303 eta 306.artikuluetan “izatezko zaintzailearen” irudia begiesten da. Horrela, aginpide judizialak izatezko zaintzaile lanetan ari den norbaiten berri duenean, eskatu egin ahal izango dio ustezko ezgaituaren eta bere ondasunen egoeraren berri emateko. Horrela, egokiak deritzon kontrol eta zainketa neurriak hartu ahal izango ditu. Kasu ohikoena izatezko zaintzaileak gurasoak izatea da, eta kasu honetan epaileak deitu egin ditzake.

Psikiatriko batean urteetan “erdi utzita” dagoen gaixoaren kasuan, zentroa bera izango da gaixoaren izatezko zaintzailea, ez baita zertan izatezko zaintzailerik izendatu, egoerak berak emanda datorrelako.

6.2.8. Ezgaitasun aldaketa

Epaian ezgaitasuna dagoela esaten bada ere beste eskaera bat jar daiteke efekturik gabe uzteko edo ezarritako ezgaitasunaren irismena aldatzeko; horretarako ez da

gaixotasun mentalaren desagerpena eskatzen, baizik eta pertsona bere buruaren jabe ez izateko mugatu zuten egoeren aldaketa (Kode Zibileko 200.art.). Egoera horiek ezgaitasunaren ostekoak izan behar dira. Hori dela-eta, ezgaitasuna ebazpen alderantzgarria da. Oso garrantzitsua da hori egungo terapia psikiatrikoek iragarpen onuragarriagoak onartzen baitituzte gaixotasun mental jakin batzuei dagokienez. Birgizarteratzearen eta ezgaitasun aldaketaren prozedura, ezgaitasun deklarazioaren antzekoa da. Baina badaude argudioak Judiziamendu Zibileko Legearen xedapenak aplikatzeko borondatezko eskumenari dagokionean (Pedraz Gómez, 1994). Judiziamendu Zibileko Legearen 484 artikulua arabera pertsonen egoera zibila eta gaitasunari buruzko eskaerak gutxieneko zenbatekoaren prozeduraz ebazten badira, ezgaitasunaren aldaketa eskaera ere prozedura horren bidez ebatzi beharko da. Eragin horretarako jartzen den epaiak pertsonaren gaitasuna eta aurreko zainketarako erregimenaren amaiera aginduko ditu, hala balegokio.

6.2.9. Informatutako baimena

Informatutako baimena oso garrantzitsua da edozein gaixorentzat, medikuaren argibideak jaso eta gero gaixoak tratamendua onartu egin dezakeelako; hala ere, ikertuko den taldeari dagokionean, kontzeptu konplexua da. Jurisprudentziak (Auzitegi Gorenaren Epaiak, 93-10-22, 94-1-17 eta 94-4-25koak) ondokoa erabaki zuen: “*lex artis ad hoc*-eko partaidea den Medikuntza arloko profesionalari eskatu ahal zaion betekizun bat gaixoa edo bere familia informatzea da. Berak duen gaixotasunaren diagnostiko eta kalteez jakinarazi behar zaio, baita bere tratamendutik itxaron daitekeen iragarpenez eta horren arriskuez ere...”

Informatutako baimena Psikiatrian ere baliozkoa da (Cabrera; Fuentes, 1994) kasu batean izan ezik: gaixoak nahi, ulertu eta eragiteko gaitasunik ez badauka. Kasu horretan ez da libre baimena emateko, eta beraz, gaixoa ezgaitua bada, gertueneko senitartekoengana edo tutorearengana jo beharko litzateke. Beraz, gaixotasun mental kronikoa duena ez bada gai tratamendu baten beharra bereizteko, orduan, senitartekoak, tutoreak, elkarteak edo fundazioak izango dira gaixoaren ardura edukiko dutenak. Egoerari buruz jakinarazi egin beharko litzaieke beren onespina eman ahal izateko. Hori errazagoa izango litzateke gaixo mentala judizialki ezgaitutzat hartzen bada, eta hala izanik, tutore izendatutakoari emango zaio informazio hori.

6.2.10. Psikiatrikoan sartzea

Kontutan hartzeko gauza bat Kode Zibilak bere 211.artikuluari psikiatrikoan sartzeari buruz adierazten duena da: “Ustezko ezgaitu bat psikiatrikoan sartzeko alde aurreko baimen judiziala behar da, premiazko arrazoiren bategatik neurri hori hartzeko berehalako beharra ez badago behintzat. Hala izanik epaileari jakinarazi behar zaio 24 orduko epean. Epaileak, pertsona hori aztertu eta berak izendatutako mediku baten iritzia entzun eta gero, baimena eman edo kendu egingo du eta Ministerio Fiskalari jakinaraziko dio (...). Ikerketa hau ospitaletik kanpo dauden gaixo mentalei zuzenduta badago ere, beharrezkoa da psikiatrikoan sartze hori aipatzea, une askotan ematen direlako krisiak, eta kasu horietan gaixoak zentro psikiatriko itxietara eramaten dira.

Aipatu aginduak, psikiatrikoan sartzeara arautzen duena, galdekizun asko sortu ditu: mediku-legalak, juridikoak eta sozialak.

Psikiatrikoan sartzeara, indarrean dagoen legegintzaren arabera, honakoa izan daiteke:

- Borondatezkoa. Honetan gaixoak eskaera orria sinatu egin behar du.
- Nahigabekoa. Honela banatzen da:
 - larrialdikoa, epaileari 24 orduko epean jakinarazi behar zaiona;
 - ez larrialdikoa; aldez aurreko baimen judiziala behar da;
 - penala; zigorraren ordezkua, edo preso egonda gaixotzen direnen kasua.
- Denbora askokoa; kasu honetan ospitale psikiatrikoetan urteak daramatzatzen kasua. Psikiatrikoetan borondatez sartzearekin parekatzen da

1983/13 Legeak, psikiatrikoan sartzeara arautegiari dagokionean, arazo orokor batzuk sortu ditu. Arazo horiek Cabrera eta Fuertesek bildu dituzte (1994), eta EAE-n ere ematen dira:

- Gero eta gaixo psikiatriko gehiago dago instituzioetatik kanpo, azken hauek ez baitute inor onartzen halabeharrezko lege-baldintzarik gabe.
- Ez dago Lege honi eutsiko dion benetako azpiegiturarik. Adibidez, ez dago arautegirik gaixo mentalen garraio bideei dagokienean (anbulantzia, langile prestatuak), oso gutxi dira behar bezala espezializatuta dauden auzitegi-medikuak Udaletan kasu psikiatrikoak eta arautegi espezifikoak peritatzen.
- Gero eta gehiago dira osasun mentaleko profesionalen jarritako salaketak, mehatxu, bortxa, zaintze lanak behar bezala ez egitea, eta horiek dakartzaten erantzukizun zibil eta ekonomikoak direla-eta. Horren ondorioz mediku-gaixo eta tratamenduaren arteko harremana kaltetu egin da.
- Zailtasunak Kode Zibilak larrialdirako duen kontzeptua eta ikuspuntu psikiatrikotik dagoena parekatzeko orduan.
- Zailtasunak Psikiatriko profesionalen erantzukizun zibil eta penalak mugatzeko, psikiatrikoan sartzeko orduan.
- Sekretu profesionala Kode Penalaren erreformarekin erdi konponduta gelditu den arazoa da. Erregulazioa egin da horretarako.

Zuzenbide alderatuan bi jarrera daude psikiatrikoan sartzeara erregulaziori dagokionean:

- Europako iparraldeko herrialdeetan konfiantza osoa dago medikuengan. Medikuek eurek erabakitzen dute psikiatrikoan sartzeara edo ez sartzeara.
- Europako hegoaldeko herrialdeetan Justiziaren esku dago erabaki nagusia. Medikuen iritzia sistema judizialak baieztatu behar du.

Euskal Herrian aplikatzen den legegintza beraz, mesfidantza hori dago medikuen irizpideekiko psikiatrikoan sartzeko kontuari dagokionean. Italian, Frantzia eta Portugalen ere antzekoa gertatzen da. Europako beste herrialde batzuetan ordea, konfiantza osoa dute medikuengan. Suitzak eta Eskandinaviako herrialdeek esaterako, oso ekipo aurreratuak dituzte auzitegi-psikiatrian gaixo mentalen tratamendurako.

Psikiatrikoan sartzeari buruzko iritzi galdekizunak aztertzerakoan, zenbait profesionalen kexak agertu dira alor juridikoari dagokionean larrialdiko eta larrialdikoa ez den nahigabeko sartzeari buruz. Lehenbizi larrialdi kontzeptuaren berezko zailtasunagatik; bigarrenik, berehala sartu behar bada gaixoa psikiatrikoan, medikuaren txostena behar da eta epaileari 24 orduko epean jakinarazi behar zaio. Larrialdi une horretan medikua ez badago edo larrialdikoa ez dela uste bada, larrialdikoa ez den nahigabeko sartze bideratzeak jarraituko lirateke. Kasu horretan baimen judiziala halabeharrezkoa da, psikiatrikoan sartzea baimenduta dagoelako baina berori ez da derrigorrezkoa. Krisi atakea duen gaixo mentalaren senitartekoentzat zaildu egiten da askotan egoera. Hori da atera den ondorioetako bat.

6.3. Egoera penala

Egozgarritasuna eta egoztezintasuna
Erantzukizuna aldatzen duten inguruabarrak
Buruko gaitza iragankorra
Presondegiko tratamendua

6.3.1. Egozgarritasuna eta egoztezintasuna

Kode Penalean indarrean dagoen 1995/10 Lege Organikoak, azaroaren 23koak, ez du egozgarritasuna zentzu positiboan definitzen, antolamendu juridikorako 18 urte baino gehiago duen pertsona oro baita egozgarria. Beraz, egozgarritasuna alda ditzakeen zirkunstantziak deskribatzen dira. Egozgarritasunaren definizioa: “errudun izateko ahalmena” (Rodríguez Devesa, 1990).

Kode Penaleko II Kapituluak, I Titulua: “Erantzukizun kriminaletik salbuesten dituzten kausak”, 20. artikuluan hain zuzen ere, hau uler dezakegu egozgarritasun kontzeptuaz: pertsonaren gaitasuna gertaeraren bidegabekeria ulertzeko, edo ulermen horren ondorioz hartzen duen jarrera. Egungo Kode Penalean berria da kontzeptu hori elementu biologikoz eragitea; eta baita gaitasun intelektualari dagokien elementu arau-emaile-psikologikoz, gertaeraren bidegabekeria ulertzeko eta ulermen horren ondorioz jarrera bat edo beste hartzeko borondatezko gaitasuna. (Morales Prats, 1996).

Egozgarritasun osoa oinarrizko bi suposiziotik dator: ezagupena eta nahimen librea. Bere egintzen jabe izateko nortasunaren garapena lortu duen pertsona orok ditu horiek.

Kanarietako Palmetako Probintziako Entzutegiaren Epaiaren arabera, 1990eko martxoaren 20koa, “...Egungo ezagupen psikologiko, psikiatriko eta soziologikoetatik, argi eta garbi dago gizakien jokabidea, arrunta edo patologikoa, banakakoa edo taldekoa, ulergarria dela bakarrik, ematen den testuinguru sozio-kulturallean aztertzen denean. Hala izanik, ematen du egozgarritasun kontzeptua ezin dela bere horretan ulertu, baizik eta biografia pertsonalean kokatuta eta egitura sozial zehaztu bati buruz. Esan nahi baita, jaiotzatik hasten den sozializazio prozesu luze baten ondorio gisa, eta bizitza osoan jarraitzen du eskakizun arau-emaile, sozial eta judizialak barneratuz; prozesu sozializatzaile honen edozein aldaketa, borondatezko edo adimen-fakultateetan eragina izan edo ez, kontutan hartu beharrekoa da edozein balore iritzi ematerakoan pertsona baten portaerari buruz”.

Ez egozgarritasun osoak, tipifikatuta eta arrazoirik gabeko egintza burutzen duen pertsona ezin dela zigortu agertzen du, delituaren osagai bat falta delako (Fernández Entralgo, 1994).

6.3.2. Erantzukizuna aldatzen duten inguruabarrak

Kode Penalean badaude erantzukizunaren zirkunstantzia aldakorrak. Beren jatorria biologikoa da eta medikuen ondasuna dira (Cabrera, Fuertes, 1997). KP-eko

20.artikuluaren arabera, ondoko hauek dira erantzukizun kriminala salbuetsi eta gaixotasun mentalekin zerikusia duten kausa batzuk:

- Edozein anomalia edo aldaketa, arrazoirik gabeko egintza ulertzen uzten ez
 - Delitua egiteko asmoarekin bilatu ez den arazo mental iragankorra, aurreikusi ez denean.
- Jaiotzatik edo umetatik pertzeptzioan aldaketak izatea, horiek errealitatearen kontzientzia larriki aldatuko dituzte.
- Beldur gaindiezin bategatik aritzen dena.

Jatorri mediku-biologikoko kausak ere badaude, erantzukizun kriminalaren aringarri gisa (KP 21.art.):

- Aurreko kausa guztiak, erantzukizunaz salbuesteko beharrezko baldintzarik ez dagoenean.
- Haserrealdia, itsukeria edo antzeko pasiozko egoera bat sortzeko hain indartsuak izan diren kausa edo bizigarriengatik aritzea.

Azken finean, Kode Penalak delitutzat hartzen duen gertaera bat leporatzeko pertsona bati, baldintza batzuk bete behar dira (Gisbert Calabuig, 1983):

- Heldutasun egoera gutxienekoa, fisiologikoa eta psikikoa.
- Egiten dituen gauzen kontzientzia osoa izatea.
- Borondatezkoa izateko gaitasuna.
- Askatasun gaitasuna.

Ikertzen ari garen pertsonaren profila alderatzerakoan, ospitaletik kanpo dagoen gaixo mental kronikoa, eta Kode Penalak begiesten duen baldintzekin pertsona bat egozgarria dela esateko, oso zaila izango litzateke heldua izan, eta kontzientzia, borondate eta askatasun osoa duen gaixo mental kronikoa aurkitzea. Hala ere, kasu batzuetan gaixotasun mentala aringarri eta salbuesletzat balioztatzen da eta erruztatuak zentro psikiatriko baten beteko du ezarritako zigor hori.

6.3.3. Buruko gaitz iragankorra

Buruko gaitza iragankorra, kausa aringarri eta salbuesleetan hainbeste aipatzen dena, honela dago jurisprudentziak definituta eta Gisbert Calabuig-ek laburtuta:

- Berehalakoa eta erraz nabaritzen den kausa batek eraginda izatea.
- Bere agerpena bat-batekoa izatea, edo gutxienez azkarra.
- Iraupen laburrekoa izatea.
- Azkar eta guztiz sendatzekoa dena, ondoriorik gabeko eta berriz gertatzeko arriskurik gabekoa.
- Pertsona horrengan agertu den oinarri patologiko baten gainean sortua izatea.
- Buruko gaitzaren intentsitatea baliogabetzetik etortzea, horrela arrazoi gabeko egintza ulertuko litzateke, edo ulermen horren arabera jokatzeko, horrela itsukeria ez litzateke nahikoa izango.

Delitua, arazo mentala izandako unean egindako kasuetan, gaixo horren medikuaren txostena izango da erabakitzen duena zein den arazo mental horren intentsitate eta jatorria. Arazo mental hori berezkoa edo delitu egiteko nahita bilatua izan daiteke.

6.3.4. Presondegiko tratamendua

Presondegietan dauden gaixo mental kronikoak ikerketa honen helburua ez badira ere, egokitzen jotzen dugu beren egoerari buruz lerro batzuk eskaintzea.

Presondegiko tratamendua Espainiako legegintzan, 1979ko irailaren 26ko Presondegiko Lege Organikoak (59 eta hurrengo art.) eta Presondegia-Araudiak (RD 1996/190, otsailaren 9koa) arautua, hertsiki borondatezkoa taxutzen da. Banakako izaera du eta Oinarrizko Eskubideak eta duintasuna ditu ezaugarritzat. Hala ere, badago gaixo psikikoak sailkatzean hutsune bat presondegietan: zentro arruntetan daude gaixo ez dauden presoekin. Horren arrazoia da, presondegia berezietan eta presondegietatik kanpo ez dagoela lekurik. Toki horietan gaixotasunari tratamendu egokia emateko aukera egongo litzateke. (Aretxederra, 1995).

Garrantzi handiagokoa da presondegietan egon, eta tratamendu egokia ez duten gaixo mentalen kasua, ikuspegi juridikotik, tratamendua indibidualizazio zientifikoko presondegiko sistematik bideratuta baitago, eta lehentasuna du presondegia erregimenaren aldean (L.G.P 71 eta 72.art.). Erregulazio juridikoa badago ere, egiturarik ez badago, presondegitik kanpoko laguntza psikiatrikoaren planteamendu hau ezin izango litzateke aurrera eraman.

6.4. Lan-egoera

Lege-eremua

Minusbaliotasunak: kontzeptua eta sailkapena

Ezgaitasun mailak eta minusbaliotasunen balorazioa

Minusbaliatuak Gizarteratzeari buruzko Legea

Pentsioak

6.4.1. Lege-eremua

Konstituzioaren 49. artikulua arabera, “botere publikoek minusbaliatu fisiko, sentzorial eta psikikoen aurreikuspen, tratamendu, errehabilitazio eta gizarteratze politika burutuko dute. Behar duten atentzio berezia emango zaie gaixo horiei, eta Titulu honek eskubideez gozatzeko aukera emango die hiritarrei”. Zentzu honetan, 49. artikulua erlazionatu egiten ditu argi eta garbi politika sanitarioak eta sozialak, bien arteko koordinazioa eta koherentzia eskatzen duelarik. Argi dago berdintasun printzipioa hautsi egingo dela talde hauetan (Aretxederra, 1995). Diskriminazio negatiboa debekatuta badago ere, ez da berdina gertatzen positiboarekin, minusbaliatuak direnen eta ez direnen arteko distantziak murrizteko asmoz.

Integrazio politika honek, marko konstituzionalean (KP-ko 49.art.) agintzen du botere publikoak izango direla minusbaliatuen gizarteratzeaz arduratuko direnak. Ondoko legeek garatzen dute eskubide hori: 1995/31 Lan Arriskuen Prebentziorako Legea, azaroaren 8koa, bere 25, 26 eta 27. artikuluetan, 1992/22 Legea, ekainaren 30ekoa eta pertsona ezgaituen lana sustatzen duena, 1994/1 Legegintza-Errege Dekretua, ekainaren 20koa, zeinaren bidez onartzen den Gizarte Segurantzaren Lege Orokorren moldatutako testua, 1995/1368 Errege Dekretua, uztailaren 17koa, zeinaren bidez arautzen den Zentro Bereziatan lan egiten duten minusbaliatuen izaera bereziko lan-harremana; gero aldatu egingo du hori 1999/427 Errege Dekretuak, martxoaren 12koa edo minusbaliatuen gizarteratze Legea (LISMI), 1982/13 Legea, apirilaren 17koa, gero garatu egingo dena 1983/1451 Errege Dekretuan. Horrela, azken lege horren arabera, akats fisiko edo psikiko bategatik gizartean egokitu ezin den pertsona da minusbaliatua. Lege horren babesean, eta kontutan hartuta politika pasiboak (diru laguntzak) ez direla aktiboak bezain interesgarriak, sortu dira enplegurako zentro okupazionalak eta kolektibo honen lan-integraziorako politika bat, oraindik ezarri ez dena.

6.4.2. Minusbaliotasunak: kontzeptua eta sailkapena

Kontu hori aztertu eta gero, ezin ditugu ahaztu ondokoak bezalako aurrerapenak: 1970eko maiatzaren 8ko Aginduan ezarritakoa. Horretan “atzeratu” hitza desagertu egiten da. 1986ko otsailaren 10eko Lege Organikoa. Lege horretan ezartzen da lehenengoz minusbaliatu hitza. Egungo legegintza jarraituz, 1982koa (LISMI), ondorengo garapen arau-emaileekin, lan-mundurako murrizketa, eta prestazio jakin batzuk eskuratzeko eskubideei dagokienean, sailkapena minusbaliotasun eta ezgaitasun mailaren arabera egingo da. Eginkizun normalak egitea murrizten dion pertsona baten

desabantailari ari da. Desabantaila hori ezgaitasunagatik edo gizartean sustatutako inguruen faltagatik eman daiteke.

Horrela, egoera hori, lan-istripu batek edo disfuntzio psikiko, fisiko edo sensorial batek eraginda etor daiteke. Beraz, jatorriari begiratu ezker, minusbaliotasunak bi modutan sailka ditzakegu: jatorrizkoa edo norberegantua. Ez dira guztiak ezgaitasun maila berekoak, pertsonaren gaitasunaren arabera baita hori, lan-jarduerak garatzeko alde batetik, eta bizi-jarduerak bestetik.

Minusbaliotasun kontzeptua hartuta, berari lotutako hitz batzuk argitzea beharrezkoa dela deritzogu. Esate baterako, 1994/1 Legegintza-Errege Dekretuaren, ekainaren 20koa, 115.artikuluaren agertzen den “lan-istripua”. Artikulu horren bidez onartu egiten da Gizarte Segurantzaren Lege Orokorraren (LGSS) moldatutako testua. Beharrezkoa da langileak bere kontura lan egitea, berak lesio bat izatea gorputzean (berehalako lesioa zein gaixotasun bat), eta lan-istripua lana egiten duen tokian izatea, bertatik edo bertara joatean, edo lan sindikalak egiten ziharduela.

Bestalde, honako hau hartzen da gaixotasun profesionaltzat (LGSS 116.art.): Inoren kontura lan egitearen ondorioz hartzen dena, beti ere maiatzaren 12ko 1978/1995 EDak onartutako koadroan agertzen den gaixotasunen bat bada. Horrela ez bada, gaixotasuna lan-istripu gisa hartuko litzateke.

6.4.3. Ezgaitasun mailak eta minusbaliotasunen balorazioa

LGSSak, bere testu moldatuan, ezgaitasun tenporala ezartzen du ohiko gaixotasun edo gaixotasun profesionalen eta istripuen kasuan, langileak laguntza sanitarioa izan eta lanerako ezindua dagoen bitartean. Gehienez 12 hilabetekoa izango da, beste 6 hilabetez luza daitekeena, horietan alta medikua emateko aukera dagoela uste bada (128.art.). Bestalde, LGSSak bi langile minusbaliatu mota bereizten ditu: partzialak, batzutan lan egiteko gaitasuna dutenak, eta osoak, lan-gaitasunik gabekoak. Gizarte Segurantzak biak babesten ditu bajaran daudenean, baina, baja bukatzen denean, tratua desberdina izango da partzialak edo osoak badira. 4 ezgaitasun maila daude (137. art):

- Ezgaitasun iraunkor partziala
- Ezgaitasun iraunkor osoa
- Erabateko ezgaitasun iraunkorra
- Erabateko elbarritasuna

Ezgaitasun iraunkor maila desberdinak lan-gaitasunerako murrizketa portzentaiaren funtzioan zehazten dira, egiten ari zen lana kontutan hartzen delarik. Era berean, LGSSak bere 134.artikuluaren kontribuzio edo ez kontribuzio modalitatea bereizten ditu ezgaitasun kasuetan, pertsonaren lan-egoeraren arabera izango dena. Kontribuzio modalitatean honako hau eskatzen da: tratamenduan egon, eta alta medikua hartu eta gero, langileak, lanerako gaitasuna gutxitu edo guttiz baliogabetuko dituen murrizketa anatomiko edo funtzional larriak izatea. Bere aldetik, beste modalitatea, ezgaitasunezkoa izango da, langilearen hutsune iraunkorrek, fisiko edo psikikoak, gaitasun fisiko, psikiko edo sensorialak aldatu edo baliogabetzen badituzte. Hasiera baten, ezgaitasun iraunkorrak,

ezgaitasun tenporal egoera izango du jatorria, babesik ez duten pertsonen kasuan izan ezik (LGSS 134.2 art.).

Bestalde, honako hauek dute kontribuziorik gabeko ezgaitasun pentsioa jasotzeko eskubidea (LGSS 144.art.): gutxienez hirurogei eta bosteko ezgaitasun maila duten minusbaliatu eta gaixo kronikoak, 18 eta 65 urte bitartekoak eta, LGSS 145.artikuluaren arabera errenta nahikoa jasotzen ez dutenak.

Ohiko gertaeretatik datorren minusbaliotasun iraunkorrek pentsioak baloratzeko oinarri araupetzailea egitate kausatzailea gertatzen den urtearen aurre-aurreko zortzi urteetan interesatuaren kotizaziorako oinarriak 112z zatituz sortzen den kopurua izango da. Gutxienezko kotizazio-aldia zortzi urtetik beherakoa izan behar bada, kotizaziorako hileko oinarriak konputatuko dira eskatu ahal den gutxienezko epealdia agertzen den hilabetekoaren berdina den kopuruan. Halaber, arau hori aplikatu ahal da erabateko ezintasunaren eta elbarritasun larriaren kasuetan, lan-istripitik ez badatoz (LGSS, 140. artikulua).

Baloratzeko oinarri erregulatzailerak txikiagoa da gaixotasunean lan-istripuan baino, kasu hauek bereizten dira:

- Ezgaitasun iraunkor partziala ohiko lanbidean (murrizketa ezin da izan %33 baino txikiagoa). Kalte-ordainketa 24 hilabeteetan. Ezgaitasun iraunkor partziala dutenek 3 urteren buruan has daitezke berriro lanean.
- Ezgaitasun iraunkor osoa ohiko lanbidean. Soldataren %55 emango zaio. 55 urtetik gorakoa bada %75. Kasu horietan enpresa batean has daitezke lanean, beti ere lanpostu libre bat badago (Hala ematen da, ezgaitu partzialek erabateko ezgaituek baino errazago aurki baitezakete lana). "Ohiko lanbideari" dagokionean, Auzitegi Gorenak, 1996ko maiatzaren 31an emandako epaian, ohiko lanbidea minusbaliotasuna datorrenean egindakoa dela dio.
- Erabateko ezgaitasun iraunkorra edozein lanetarako. Bizi-pentsioa emango zaio oinarri erregulatzaileraren arabera.
- Erabateko baliogabetasuna, langileak beste norbaiten laguntza behar du beharrian oinarritzkoenak egiteko. Oinarri erregulatzailerak jatorria duen zenbatekoaren %50 gehitzen zaio, erabateko ezgaitasun iraunkorraren berdina dena.

97/3 Legeak, martxoaren 24koa, gutxienezko sarreraren berme laguntzaren berreskuratzeari buruzkoa, gaitu egiten du Gobernua minusbaliotasunak nolakoak diren garatzeko. Hala ere, 1999/4 Errege Dekretua promulgatzen denean, urriaren 8an, hartzen dira minusbaliatutzat lanerako (errendimendurako gaitasuna) gutxienez %33ko minusbaliotasuna, gaitasun fisikoaren %33ko murrizketa edo lan-gaitasunerako %33ko murrizketa dutenak.

Minusbaliatu kalifikazioari eta minusbaliotasun mailen balorazioari dagokienean, 1984ko martxoaren 8ko Ordenaren arabera, diziplina askotako taldeak arduratuko dira.

Aurkitu ditugu doktrinan (Ventura Prat, 1998) zenbait artikulua berriztatzearen alde egiten duten autore batzuk. Hauek dira artikulua: Gizarte Segurantzarako Lege Orokorraren 128.1 eta 131.artikulua eta Langileen Estatutuaren 52.artikulua. Horietan

Ezgaitasun Tenporal Partzialaren irudia ezarri nahi da eta horrekin batera prestazioaren kotizazio eta ordainketaren murrizketa proportzionala, fondo publikoen kontura, autosegurantzia aukerei kalterik egin gabe, beti ere babes asistentzial arduratsupean.

Argi eta garbi ikus daitekeenez, minusbaliotasunak, gaixotasunak eta enpleguak badute harremanik. Lege-arautegitik beharrezkoa ikusten da, posible den neurrian behintzat, enplegurako aukerak orekatzea, bai minusbaliatuentzat bai minusbaliatu ez direnentzat. Hala ere, zentzu honetan, langabezia eta lan bat lortu eta mantentzeko zailtasunak dira bi desabantaila sozial garrantzitsuenetarikoak. Arazo mental kronikoa duen pertsona askori gertatzen zaio hori, eta horren ondorioz nahikoa atzeratu egiten da bere gizarteratze prozesua (Iraurgi, 1997).

6.4.4. Minusbaliatuak Gizarteratzeari buruzko Legea

1982/13 Legeak, apirilaren 7koa, Minusbaliatuen Gizarteratzeari buruzkoa, txosten honetan ari garen taldearentzat oso aplikagarria den orientazio bikoitza du:

- A) Lanerako ohiko sistema baten integratzea (normalizazioa).
- B) Minusbaliatua sistema ekoizlean lanean hastea.

A) Lanerako ohiko sistema baten integratzea

Gaixo mental kronikoak diren minusbaliatuak, erregulazio honen arabera, hiru alorretan jardun dezakete: zentro okupazionaletan, enplegurako zentro berezietan eta enpresa arruntetan. Zentro okupazionalak minusbaliotasuna duen pertsonaren lan-gaitasuna berreskuratzea dute helburu; lan-errehabilitaziorako programa eta jarduerak eskaintzen diren baliabide-antolaketaren bidez lortu nahi da hori. Zentro hauetan jarduera ekoizlea bigarren mailakoa da. Tratamendua da helburu garrantzitsua.

Marko hau, zeinetan tratamendua indartzen den, aldatu egiten da zentro berezietan (babestutako enpleguak deitzen direnak ere), eta enpresa arruntetan. Horietan, bistan denez, ekoizpena da helburu garrantzitsua. Hala ere, kontutan hartu behar da lan-jarduera batek esanahi oso normalizatua duela gaixo mental kronikoarentzat, gizarte-portaerarako oinarritzko egitura ematen baitio (Iraurgi, 1997). Zentzu horretan, Langileen Estatutuak bere partetik, babestu egiten du minusbaliatua bere 4.artikualuan bere diskriminazioa debekatuz, beti ere esandako lana betetzen badute neurri batean. Politika hauek modu eraginkorrean burutu ahal izateko, beharrezkoa da administrazioarekin harremanetan dagoen mugimendu elkarkor bat, jarduera hauen garapenean murgilduta dagoena.

B) Minusbaliatua sistema ekoizlean lanean hastea

Bestalde, eta gaixo mentala enpresa batean kontratatzeak aukera horri dagokionez, hasiera batean, formalitate eta kontrol gehiago eta baldintza gogorragoak eskatzen dira pertsona minusbaliatu bat kontratatzerako orduan, minusbaliatua ez dena kontratatzerakoan baino. Konstituzio Espainolaren 49.artikuluak babestu egiten du,

beste batzuen artean, gaixo mentala. Enpresariak diru-laguntzak jasoko dituzte kontratazio horiek egin dituztelako. Neurri honen bidez, lagundu egin nahi zaie enpresari eta gaixoari, sustatu egiten baita lanaldi mugagabe eta osoko kontratazioa. Lanaldi erdirako kontratua bada, diru-laguntza ere erdira murrizten da. Horrela, diru-laguntzak egongo dira enpresarientzat eta hobariak Gizarte Segurantzako kotizazioentzat. Zentzu honetan kontutan hartu behar da 1998rako Estatuaren Aurrekontuen Legeak hobaria ematen diela 50 langile baino gehiago duten enpresei, lan egin dezaketen 2 minusbaliatu kontratatzen baditu.

Ematen diren laguntza ofizialak jaso ahal izateko, talde honi egindako kontratu mota mugagabea eta denbora oso batekoa izan behar da, indarrean dagoen legegintzaren arabera. Egun-zatirako kontratua bada, diru-laguntza horren proportzioan jaitziko da.

Badago beste kontratu bat populazio minusbaliatuari dagokionean, tratu onuragarria duena eta diskriminazio positiboaren alorrean sar daitekeena. Formazio kontratua da, 4 urteko iraupena izan dezakeelako eta ez minusbaliatu ez direnentzako 3 urteak. Tratu hau onuragarria da baita ere, gaixo mentala kontratatzerako orduan ez dagoelako mugarik adinean, minusbaliatu ez direnen kasuan 16 eta 25 urte bitartekoak kontratatu behar direlarik. Gainera, hobaria duen kontratua da.

Praktiketako kontratua ere onuragarria da, epeak, minusbaliotasunik ez dutenenak baino handiagoak baitira. Titulua jaso eta gero, proba denborari egokitzapen denbora deritzo. Ikusten denez, legegileak izendegia bera ere aldatu egin du egoera berezietara egokituz. Gure kasuan, gaixo mental kronikoei dagokiena.

Sustapen-errendimenduak ezin dira minusbaliatuen gaintik jarri azken hauek kontra egin badezakete. Are gehiago, justifikatu egiten da errendimendu baxuko kontratazioa, langileak irten egin dezakeelako errehabilitazio, formazio eta abarreko ikastaroak egiteko, soldatan murrizketak izan gabe. Ideia honetan sakonduz, beren tratamendurako denbora gehiago behar duen gaixo mental kronikoentzat oso egokia da egun-zatirako lana. Aitzitik, ordu estrei dagokienean, orokorrean debekatuta daude minusbaliatuentzat, egungo ideia sozial eta sindikalekin bat etorritz.

Beste aukera bat etxex etxeko kontratua da. Hala ere, kasu batzuetan egokia badirudi ere, ezgaitu psikikoei badagokie, kontratu hauek debekatuta daude beharrezkoak ikusten baita minusbaliatuek etxetik kanpo egitea lana, beti ere profesional baten ardurapean (1999/427 Errege Dekretuaren 7.3.art., martxoaren 12koa. Artikulu horrek aldatu egiten du 1985/1358 ED, uztailaren 17koa, zeinaren bidez enplegurako zentro berezietan lan egiten duten minusbaliatuen izaera bereziko lan-harremana arautzen den).

Lanetik botatzeari buruz, Kataluniako Justiziako Auzitegi Gorenaren epaiak, 1997ko azaroaren 14koa, kontratazio-iruzurrez hitz egiten du gaitasun maila ondo zehaztu ez diren kasuetan. Lanetik botatzea, jakina denez, arrazoi objektiboak dituen kontratuaren amaiera da. Beraz, profesionalek ikusi egin behar dute langilearen gaitasun-murrizketarik dagoen ala ez, eta murrizketa hori frogatzen ez bada, modu desegokian izango da kaleratua langilea.

Baina, ikusi dugun bezala, minusbaliatuei lana emateko hiru sistema nagusi daude. Zaila da enpresetan sartzea, batez ere jakinaren gainean egonda pertsona horrek baja

hartuko duela askotan (esate baterako eskizofrenikoak krisi bat duenean) eta horrek eragina izango duela produkzioan. Errentagarritasuna sustatu egin liteke enpresarientzat krisiak eragindako pertsona horien bajak ordainduz, amatasun-bajak ordaintzen diren bezala. Hala ere, arazoa ez da hain sinplea, ondoko ideia egon badagoelako: minusbaliatua den pertsona batek, minusbaliatua ez denak baino arazo gehiago sortzen du, gutxiago ekoizten du, eta gutxiago agertzen da lanera (Iglesias, 1999). Horren ondorioz, minusbaliatuen ezaugarrietara egokitzen den enplegu eskaintza oso mugatua da. Era berean, hutsuneak aurkitzen ditugu heziketa profesionalerako zentro berezietan pertsona horientzat.

Bestalde, oso garrantzitsutzat jotzen ditugu banaka egiten den jarraipena eta tutoretza, gaixo mentala enpresaren lan-munduan sartzen den kasuetan. Jarraipen hori gaixo mentalari eta berori kontratatzen duen enpresariari egin behar zaio, bataren eta bestearen artean arazoak gerta litezkeelako.

Era berean, beharrezkoa ikusten dugu, beren ardurapean minusbaliatuak dituzten familientzat bizitza familiarra eta lana bateratzen dituen legea. Lege hori interes handikoa izango litzateke, senitarteko gaixo mentala zaintzeko lana eta zaintzeko ardura duen senitartekoaren ordaindutako lana bateratu daitezkeelako.

6.4.5. Pentsioak

Alor honetan kontutan hartu beharreko beste kontu batzuk daude. Pentsio ez kontributiboak esate baterako. Gaixo mentalak ezaugarri jakin batzuk betetzen baditu (Espainian bizi izatea 18 eta 65 urte bitartean, gutxienez %65eko minusbaliotasun kronikoa edukitzea eta diru-sarrerarik ez izatea), pentsioaren kantitatea finkoa da, eta gainera, pentsio hori bateragarria da ordaindutako lan batekin (LGSS 147.art.). Hala ere, pentsio horiek, ez dira bizi gutzirako, eta Gizarte Segurantzak aztertu egin ditzake noizean behin, eta kendu ere bai, onuradunaren errentak koiziente jakin batzuen gainetik egiten badu gora. Bere aldetik, minusbaliotasunagatik lortutako prestazioak eta pentsio ez kontributiboak bateragarriak dira. Minusbaliatuek gutxienerako zerbitzuetako bermearen diru-laguntza ere eskatu dezakete (82/13 Legea, apirilaren 7koa).

Laguntza hauei guztiei dagokienean, kontutan hartu behar da diru-laguntzen kapitalizazioa ere eman daitekeela. Langabeziarena esate baterako (98/50 Legea). Lege horren arabera, minusbaliatuak berari dagokion dirua jaso ahal izango luke batera, beti ere bere lanbidearekin zerikusia duen zerbitzetan inbertitzen badu; esate baterako alta ematea autonomo gisa.

Bestalde, ikusten dugu Baztertze Sozialaren kontrako Euskal Legeak, 1998/12 Legea, maiatzaren 22koa, bere arrazoien agerpenean ondokoa berresten duela: gutxienerako errentarako eskubidea, gutxienerako diru-sartzea, zeina gizarte-eskubide gisa hartu zuen maiatzaren 3ko 1990/2 Legeak. Arautegi berri honek desberdintasun modu muturrenekotzat jotzen du bazterketa. Baztertze horren esistentzia eta garapena egitura izaera duten kausen ondorioz dator, prozesu horietan harrapatuta gelditzen diren pertsonekin zerikusirik ez dutelarik. Gizarte-elkartasunaren printzipioak honako hau eskatzen du: erantzukizuna pertsona guztiena da eta guztien artean ipini behar dira

neurriak aukera berdinak eta gizarte-eskubide berdinak izan ditzagun. Zentzu honetan diru-laguntza publikoak egon dira diruz lagundutako proiektuetarako, kooperatiben eta sozietate anonimoen sustapenerako... gaixotasun mentala duten pertsonak lan autonomoetan sartu ahal izateko. Onura fiskalak ere badaude senitartekoentzat, eta beste laguntza batzuk ere, hitzarmen kolektiboetan adostu daitezkeenak.

Azken gobernuen aurrerapena, pentsamolde aldaketa aurrerakoiagatik bereizgarria izan bada ere, pentsio kontributiboak eta ez kontributiboak bateragarri egin nahiez adibidez, edo INSERSOren programa zabalduz, oraindik ere beharrezkoa da agente sozial guztien kontzientziazio handiago bat talde hauek abesteko.

6.5. Iritziak eremu juridikotik: arlo-ikerketa

Abokatuen, juristen eta irakasleen iritziak

Auzitegietan jasotako iritziak

Ertzaintzaren iritziak

Zenbait elkarteren iritziak: ASAFES, AGUIFES, AVIFES, Gorabide
fundazioa, APNABI

Biktimari Laguntzeko Zerbitzuaren eta Atxilotua Gizartera Orientatzeko
Zerbitzuaren iritziak

Iritzi hauek jasotzeko jarraitu den metodologiak elkarrizketa-galdera-sorta bat izan du oinarri. Oinarria, ikertutako gainerako populazioarentzat egindako eta ikerketa juridikora egokitutako galdera-sorta izan da. Galdera-sortak populazio honekin zuzenean edo zeharka lotuta dauden zerbitzu, elkarte, organo judizial edo profesionalei zuzendu zitzairen eta elkarrizketa pertsonala ere egin zitzairen kasu gehienetan. Beteta itzuli diren galdera-sortak 24 profesionalenak dira (legelariak, diharduten abokatuak, epaileak, irakasleak, elkarreentako teknikoak, ertzainak...). Horiek guztiek arlo desberdinetan egiten dute lana, gaixo mental kronikoa duten pertsonen harremanen bat duten arloetan hain zuzen ere. Kopuru handia ez bada ere, beren ekarpen kualitatiboa oso adierazgarria eta kontutan hartzekoa da. Aipatutako galdera-sorten erantzunak bildu eta beren irakurketa errazteko asmoz, bost taldetan antolatzea pentsatu dugu. Talde horiek lanbideen arabera egongo dira banatuta, bai instituzio jakin batean, bai lanbide liberal gisa.

6.5.1. Abokatu, legegile eta irakasleen iritzia

1– Gizarteratzearen balorazioa

- Badago babeserako joera bat, eta gizarteratzeko alde aurreko oinarria bada ere, ezgaitu gehienek dituzten ahalmenen zabalkuntza inhibititu egiten du.
- Gaixotasun mental kronikoa duten pertsonen gizarteratzea nahikoa ez dela kontsideratzen da, hain talde heterogeneoaren gizarteratzea ahalbideratzeko baliabide, azpiegitura eta behar diren pertsonen faltagatik.

2– Erantzun gabeko premiak

- Gizarteak berak ez dizkie ezagutza eta portaera egokia eman gaixo mentalei. Hobeto garatu behar dira elkertasuna, ulermena eta onarpena; ikuspegi zabalagoa eduki behar da eta lehiakortasuna eta tratu arina gairatu egin behar dira.
- Alor instituzionalari dagokionez, burokratizazioak formalismo gehiegi sortzen ditu, eta horren ondorioz zailagoa da, batzutan ezinezkoa, talde honen beharren mailan egotea behar bezalako erantzuna emateko.
- Ezgaituaren egoera zibila konplexua da, eta horren ondorioz lan-merkatuan sartzeko baldintzak ez dira onak; hala ere, kasuistika oso garaia da eta lanean parte hartzeko indize errealek urriak dira.
- Azken urteetan, kontsulta kopuruak gora egin du nabarmenki, baina hala ere, atentzioa ematen dien profesional eta zerbitzuen kopuruak ez du gora egin

neurri berean. Horrek esan nahi du kalitatea jaitsi egin dela gaixoenganako atentzioan.

3– Erantzundako premiak

- Elkarrizketatuak izan diren abokatu, legelari eta irakasleen arabera, talde honek behar dituen beharrak ez daude behar bezala beteak, baina aipagarria da instantzia publikoek egindako lana heziketa eta osasun arloan eta arlo okupazionalan, Elkarte edota Fundazioek behar horiei buruz eginiko eskakizunen esanetara. Fase ebolutibo batean gaudela baieztatu daiteke.
- Alor juridikoko zenbait profesionalen ikuspegitik ez da jakiten zehatz adierazten zeintzuk izan diren betetako beharrak, iristen zaien informazioa kexaren bidez iristen baitzaie, talde honen behar anitzentzat erantzun publikoa urria izatera.

4– Eskubideak ezagutu eta erabiltzea

- Eskubideak dituela jakitea, bereizketa egiteko bere mailaren arabera dago, baina hala ere, bere ezagupena sustatzeari begira emandako informazio baten beharra dago. Informazio hori berarekin harremanetan dauden taldeek emango diote gaixo mentalari: senitartekoak, formazio zentroak, laguntza taldeak, komunikabideak... eta horiek dira beharbada gaixo mentaltzat hartzen ez den gaixo mentalari falta zaizkion lagun taldeak.
- Profesional batzuk zehatzagoak dira eta beraiek diotenez, hizpide dugun pertsona talde honek ez ditu bere eskubideak ezagutzen, bere egoera dela-eta. Beraiek diotenez, gaixotasun mental kroniko bera, komunitate juridikoan aurkitzen dituen baldintza berezi bati lotuta dago. Ikuspegi honetatik, beraz, pertsona baten gaitasuna edo ez gaitasuna ordena publikoko gaia da; borondatearen autonomiatik ateratakoa eta *erga omnes* errespetatu behar dena, ezin duelarik inork ezgaituaren egoera aldatu.

5– Praktika juridikoaren alde ahulak

- Ahultasun handiena ez dator gaixo mentalarentzat gune irekietan dagoen erregulazio urri eta hasberriagatik, baizik eta aplikazio formalista batek aipatu legegintzan ezkutuko helburu eta izpiritua lortzeko suposatuko lukeen arau estuengatik. Hala ere, aurrerapen handia izan da 1982/13 Legea, apirilaren 7koa, minusbaliatuen gizarteratzeari buruzkoa.
- Legegintza-aldaketa oso baikortzat jotzen bada ere 1983/13 Legearekin (esate baterako, aurreko erregulazioan agertzen ziren “erotasuna edo dementzia” hitzak gainditu egin dira), egungo alde ahulek erregulazio berriko araua oso zabala izateari egiten diote erreferentzia, eta horren ondorioz segurtasunik eza sortzen da ez dagoelako uniformitaterik lege hori ezartzean.

6– Praktika juridikoaren alde baikorrak

- Elkarrizketatua izan den taldearen arabera, teoria juridikoaren ikuspegitik gaixo mentalarentzat gune erdi irekitik aurkitu daitekeena, alde baikorrek porositate eta zalutasun arau-emailean aurkitzen dute beren espresioa. Praktika

juridikoaren ikuspegi batetik, jurisprudenziaren sorkuntzak “eskubide biziaren iturri sortzaile” gisa, ekonomia prozesal eta ezgaituaren onura bezalako printzipio generikoen bidez, banakakoagoa den irtenbidea ematen du kasu bakoitzean.

- Ministerio Fiskalaren eskuhartzeak ezgaitasun prozesu guztietan, bai ezgaitasun espedientearen sustatzaile gisa, edo bai ezgaituaren bermatzaile gisa, alde baikorra dakar praktika judizialean.

7– Auzitegien iritziak

- Legelari gisa duten esperientziatik disfuntzioak nabaritu dituzte ezgaitasunaren arautegian, eta horren ondorioz auzitegiek soluzio desberdinak eman dituzte egoera beretsuetan.
- Pertsona bat ezgaitua dela esateko eta ezgaituari tutore bat izendatzeko, bi prozedura desberdinetara jo behar izatea kritikatzan da, auzizkora eta borondatezkora. Bataren eta bestearen jarraipen ezak arazoak sor litzake, gai biak batera aztertzean aurreztu litekeen denbora eta kostu ekonomikoaz aparte. Hori dela-eta, epaile legalista batzuk prozesu bat beste baten atzetik jarraitzea eskatzen dute; beste epaile batzuk, ekonomia prozesalari begira, epaia ematearekin bat izendatzen dute tutorea eta beste batzuk, gutxien direnak, egintzak pilatzen dituzte.
- Prozedura judizial gisako ezgaitasunari dagokionez, familiek ez dute beren senitartekoen ezgaitasunak sustatu nahi. Beraien ustetan, sustatu egin ezkerro, iraindu egingo lituzkete beren senitartekoak nolabait esateko, desberdintzat, erdeinagarriztat edo gauzaeztatzat hartuko balituzte bezala.
- Zailtasuna dago erantzukizun zibila zeinena den esateko orduan, ezgaituak, izatezko zaintzaile baten ardurapean egonda, legez kontrakoak egiten dituenean, ezgaitasuna ahalmen bat baita, eta ez obligazio bat.
- Urriaren 24ko 83/13 Legeak egindako erreformatik irteerako erregulazioaren irakurketaren ondorioz, tutoretza gaiari dagokionez, ezgaitasunerako atera daitekeen irizpide bakarra (Kode Penaleko 200.art.) “persona bere buruaren jabe izateko gauza ez dela” da, kausarekin (gaixotasuna edo urritasuna) edo jatorriarekin (fisikoa edota psikikoa) zerikusirik ez duelarik.
- Auzitegi-medikuaren txostenak, Kode Zibileko 208.artikuluaren eskakizun legalari erantzuten dionean; “...mediku baten irizpena”, indar gehiago du epailearen erabakian, adibidez Osakidetzako mediku baten txostenak izan dezakeen indarra baino, Foru Aldundiko minusbaliotasun ebazpenak baino edo ezgaitasun iraunkorreko lan-ebazpenak baino. Pertsona baten ezgaitasunari buruzko ebazpenek, instituzio hauetatik datozenek, helburu batzuk dituzte, eta helburu horiek ez dute ezinbestean zertan nahastu norberaren buruaren jabetasun eza pertsona minusbaliatua edo lanerako gai ez den pertsonan.
- Azken batean, medikuaren adituaren txostenak erabakigarriak dira, adierazten den ezgaitasunaren zabalera eta mugetarako, eta baita ezgaituak izango duen zainketa edo tutoretza erregimenerako. Auzitegi-medikuaren txostenak beste txostenen aldean duen garrantzia kritikatzan da, auzitegian adskribatutako auzitegi-medikuak ez baitauka ezinbestean berariazko heziketa bat psikiatrian.
- Ezgaitasun epaiak erabakiko ditu zeintzuk diren ezgaitasunaren zabalera eta mugak (Kode Zibileko 210.art.) eta burutu ditzakeen administrazio eta xedapen

egintzak; hala ere, oso pertsonalak diren egintzak, gaitasun naturalaren funtzioan egotera, ezin dira mugatuak izan (esate baterako ezkontza-banaketa).

- Elkarrizketatutako profesionalen esperientziatik ez dago adostasunik irizpideetan 1.go instantziako epaitegien artean, Kode Zibilak (210.art.) derrigortu egiten baitu ezgaitasunaren zabalera eta mugak zehaztuak izan daitezen epaian, eta orduan hartzen du epaitzera doanaren zuhertasunak berebiziko garrantzia zainketa erregimena ezartzerako orduan (tutoretza edo kuratela). Psikiatrikoan sartzerakoan ere antzerakoa gertatzen da, 1983ko erreformak aginpide judizialaren eremura ekarri baitu pertsona horiek psikiatrikoan sartzea, ezgaitasunaren deklarazio judiziala egin gabe alde zurretik.
- Ezgaitasun-epaia aldatzearen egokitasunari buruz egin dira iruzkinak, ezgaituaren jarduteko gaitasuna aldatu egiten den kasuan, zirkunstantzia berriak egotera (psikosi maniako depresibo, endekapenezko psikosi kasuetan) judizialki beste deklarazio bat egitera deitu daitekeelako.

8- Baliabideen eskaintzatik kanpo gelditu diren pertsonak

- Profesional batzuk egoera hau ezagutzen ez dutela badiote ere, suposatzen dute gertatuko dela, eskaintzaren ezagupena alde aurreko informazio bati dagoelako baldintzatua.
- Sarrera iristen ez diren pertsonak badaudela esaten dutenen artean, kausa ere, argibideak emateko politika txarra dela eta txarto planifikatuta dagoela diote.

9- Sustatu beharreko zerbitzuak. Elkarte eta fundazioei buruzko iritzia

- Gaixo mentalen elkarteak hautatzeko aukera, pertsona juridikoak diren heinean, eta ezgaitu deklaratuaren tutore gisa, oso polemikoa da; elkarteek behin eta berriro eskatzen badute ere, operadore juridikoek ikerketa sakon bat behar duela uste dute.
- Tutoretza zentron finantziario kudeaketak eragozpen praktikoa suposatzen du, babestutakoak interesa galdu dezakeelako. Tutorea erakunde bat izatera, eta ez pertsona bat, afektu falta ekar diezaioke babestutakoari. Ikuspegi baikor batetik, tutoretza edo babesa Fundazio bati ematen bazaio, horrek, pertsona baten tutoretzak baino preparazio handiagoa behar du eta zama gutxiago izango du.
- Komenigarria izango litzateke gaixo mental bat duten familiei etxez etxe ematea laguntza, familiak berak ezin baitu gaixoak sortutako arazoak konpondu, batez ere senitartekoak eurek erasotzen dituen pertsona bortitza bada gaixoa.
- Justizia Sailaren eskuhartzea erabakigarria da, beren estatutuetan ezgaitua gizarteratzea sustatzen duten irabazi-asmorik gabeko pertsona juridikoak (elkarteak, fundazioak) aztertzeke.

10- Koordinazioa eta sare hobezina

- Elkarrizketatuen ustez, organo judizialetan edo fiskaletan dagoen edozein koordinaziok huts egingo du, beren geldotasuna, espezializazio eta ardura faltagatik. Hala ere, posible izango litzateke organo judizialek gainbegiraketa eta zainketa funtzioak izatea, behin bide instituzionala, soziala eta administratiboa agortuta dagoenean.

- Sare hobezina gizarte eta osasun zerbitzuen koordinazio egokian kokatuko litzateke. Edozein modutan ere, gaixo mental kronikoaren babeserako lan egiten duten elkarte guztiei diru-laguntza gehiago eman ezkeru, osokoa izango litzateke gaixoari emandako laguntza.
- Sarea koordinatzeko, modu praktikoa izango litzateke aldi behingo foroak egitea. Foro horietan ezgaituen bizi-kalitatea hobetzea helburu duten elkarte eta erakunde publiko zein pribatu guztiak bilduko lirateke.
- Gaixo mentalari laguntzeko sare hobezinak, ezgaituen beharrei erantzuna ematen dien profesional gehiagoren kontratazioa eta tarteko egituren sorkuntza eskatzen du; horrek aldaketa ekarriko luke diru-laguntzei dagokienean.

11- Beste gai batzuk

- Gaixo mentalen elkarten finantziakzioa Estatuaren urteko aurrekontuetan begietsi liteke, eta sektore desberdinetako babesleak, beren helburuen artean, elkarte horiekin elkarlanean aritu daitezke.

6.5.2. Auzitegietan jasotako iritzia (1. instantziakoetan -familia- eta instrukziokoetan)

1- Gizarteratzearen balorazioa

- Orokorrean, iritzi baterakoia dago ospitaletik kanpo dagoen gaixo mental kronikoaren kolektiboaz euskal gizarteak ezer gutxi dakiela esaterakoan; gaixoak arazo asko dituen, etengabe dago harremanetan zerbitzu sozialekin, eta inguruan dituen familia askok zailtasunak sortzen dituzte.

2- Erantzun gabeko premiak

- Ugari dira kolektibo honen erantzun gabeko premiak, tarteko egiturarik ezak hutsune bat sortu duelako. Horren ondorioz, osasun sistema judizializatu egin da.
- Aginpide judiziala behar da gehienetan gaixoa psikiatrikoan sartzeko (larraldietan salbu) eta horrek zaildu egiten du osasun atentzioa bera. Epailea gaixo mentalaren etxean aurkeztu behar izanak tentsio handia sortzen du.

3- Erantzundako beharrak

- Ezin esan daiteke behar guztiak erantzunda daudenik, batzuk beste batzuk baino hobeto badaude ere.

4- Eskubideak ezagutu eta erabiltzea

- Gaixo mentalen familiek auzitegietan maiz egiten dituzten kontsulten arabera, goardiakoa batez ere, esan daiteke ez dituztela beren eskubideak eta horiek erabiltzeko bide legalak ondo ezagutzen.
- Informazioa eza normala da gaixoarengan eta bere ingurunean.

5– *Praktika juridikoaren alde ahulak*

- Epaila batzuk ez dute egokitzat hartzen Gutxieneko Zenbatekoaren prozedura, ezgaitasun prozedura baterako. Hala ere, eta erabili egiten bada L.E.C.-ak arautzen duen modura, tutorearen izendapena sartzea proposatzen dute, abokatuak hala eskatzen badu agertzean.

6– *Praktika juridikoaren alde baikorrak*

- Ministerio Fiskalaren eskuhartzea ustezko ezgaituaren interesen beilari gisa, praktika juridikoaren alde baikortzat hartzen da, kontutan hartzen badira senitartekoen interes ekonomikoengatik egindako ezgaitasun proposamen kasuak.

7– *Auzitegien irizpideak*

- Bizkaiko Lurralde Historikoaren kasuan aurrerapen handia egon da, Bilboko 14. Auzitegia, ezgaitasun gaian espezializatutako auzitegitzat hartzen duen protokoloa egotera. Aipatu auzitegiko titularrak eta Bizkaiko Lurraldeko Epaila Dekanoek adostua izan zen erabaki hori.
- Pertsona bat ezgaitutzat hartzeko, auzitegiek jarraitutako irizpideei dagokienez, Kode Zibilak ezarritako irizpideak jarraitu dira (“persona bat bere buruaren jabe ez izatea), auzitegi-medikuaren txostena oso garrantzitsua delarik. Osakidetzak, edo ustezko ezgaitua zaintzen duen profesionalaren txostenak ere ikerketa baten bidez eta auzitegi-medikuak gerora egindako txosten baten bidez baloratuak dira.
- Legeari buruz hitz egiterakoan irizpideetan adostasuna badago ere, legearen erabilpena desberdina da, organo judizial batzuk gutxieneko zenbatekoaren prozeduran tutorearen izendapena -ezgaitasunaren prozesuari dagokion sartzan baitute, eta beste batzuk Judiziamendu Zibilaren Legea zehatz-mehatz jarraitzen dute, tutorearen izendapenerako borondatezko jurisdikzioaren prozedura erabiltzean; horrek atzeratu egiten du prozesua.
- Ezgaitasun epaiak mugatu egingo ditu hasiera batean, berariazko aipamenik ez bada behintzat, pertsonaren ezgaitasun egoeraren ondoriozko eskubideak; berariazko aipamena egon ezker boto emateko eta ordeinua egiteko eskubideak mugatu egingo dira, kasuaren zirkunstantziak gomendagarria egiten dutenean. Normalean mugatzen diren eskubideak, ondasunen administrazioari erreferentzia egiten diotenak dira.
- Gidatzeko baimena berez, ez da ezgaituaren deklarazioan mugatzeko eskubide bat, ezgaitasun epaia baino lehen ezgaituari eman ahal izan zaion ahalmen administratibo bat baita. Hala ere, gidatzeko baimena lortu edo berriztatzeke, pertsona horrek proba batzuk egin beharko ditu. Ez litzateke oso koherentea izango gaixotasun mental bat izan, eta ezgaitutzat hartu den pertsonari baimena berriztatzea.

8– *Baliabideen eskaintzatik kanpo gelditu diren pertsonak*

- Non bizi ez daukaten pertsonak dira baliabiderik lortu ezin duten lehenengoak, batez ere osasun mentalekoak.

9– Indartu beharreko zerbitzuak. Elkarteei eta fundazioei buruzko iritzia

- Auzitegi batzuen iritiz (esate baterako, Durangoko 1.go instantziako eta instrukziozko auzitegia) Fundazio bat izan daiteke ezgaitu baten tutorea eta hori baikorra da. Irtenbide ona da bai ezgaituarentzat, bai bere familia edo zuzeneko zaindariarentzat.
- Kolektibo honekin lan egiten duten familien eta profesionalen elkarteak modu baikorrean baloratzen dira. Horiekin harreman onak izatea beharrezkoa da. Hala ere, badaude profesionalak ez diren elkarteak eta horiek kaltegarriak izan daitezke gaixo mentalarentzat eta bere senitartekoentzat, beren gatazka kanalizazio modura.
- Pertsona juridikoak tutoreak izateko aukera modu baikorrean baloratzen da. Hala ere, badu horrek arriskurik. Instituzio publikoak tutoreak izateko aukera ere badago, esate baterako udalerrri txikietako udalak; badago gutxienez kasu bat EAE-n, zeinetan udalak hartu duen pertsona ezgaitu baten tutoretza.

10– Koordinazioa eta sare hobezina

- Kolektibo honetan lan egiten duten zerbitzu guztien koordinazioa nahitaezkoa da.
- Erizaintzako zerbitzu espezializatuetakoa, ez judizializatuta, azpiegitura hobetzea proposatu da.
- Nahiz eta guztiak ados egon prozesu honek kontrol judizial baten beharra duela esaterakoan, hasieratik komenigarria ez dela uste dute, osasun atentzioa atzeratu egiten duelako eta estuasuna sortzen duelako familian.

11– Beste gai batzuk

- Auzitegi batzuek duten esperientziatik, funtzionamendu desberdina ikusten da zenbait Osasun Mentaleko Zentroetan, larrialdiko kasuetan.

6.5.3. Ertzaintzaren iritzia*1– Gizarteratzearen balorazioa*

- Gaixo mentalaren gizarteratzea, galdera-sorta bete duten ertzainen ikuspegitik baxua, urria eta ia-ia ezdeusa da, gaixotasuna dutenak baztertuta baitaude eta gizarte-inguruneak marjinatu egiten baititu.

2– Erantzun gabeko beharrak

- Modu orokorrean hauek dira erantzun gabeko beharrak:
 - enplegua, hutsune fisiko edo psikikoa duten pertsonekin lan egiten duten enpresak salbu (esate baterako Katea), ez dira lanean duintasunez sartzen;
 - etxebizitza;
 - aisia, denbora-librea;
 - psikiatrikoetan sartzeari egun erdirako;
 - gizarteak ez ditu onartzen.

- Elkarrizketatutako profesionalak arrazoi hauek ematen die atenzio falta horri:
 - ez dago baliabiderik;
 - zaila da kolektibo hau egokitzea;
 - ez dago koordinaziorik Gizarte-Ongizatea eta Sanitatearen artean: alta hartu eta gero gizarteak ez du erantzuten gizarteratzea eman dadin;
 - gizarte kontzientzia urria gaixotasun mentalari dagokionean: errespetu, onarpen eta kolaborazio falta.

3- Erantzundako beharrak

- Beraien ustetan Osakidetzak betetzen ditu behar medikuak eta ospitaleko beharrak.

4- Beren eskubideak ezagutu eta erabiltzea

- Kolektibo honek ez ditu bere eskubideak ezagutzen bere gaixotasuna dela medio. Horregatik, beharrezkoa da instituzioek, elkarteek eta azken batean gizarteak etengabe laguntzea.
- Beharrezkoa da pertsona hauen gizarteratzea beren eskubideak ezagutu ditzaten eta errespetatuak izan daitezen.

5- Praktika juridikoaren alde ahulak

- Ezgaitasun eskaria familiakoren batek eskatzen badu interes ekonomikoak egon daitezke ezkutatuta.
- Eguneko zentro gutxi hiriburuen inguruan.
- Arazo mentala eta drogen gehiegizko erabilerak sortutako arazoei aurre egiteko zentroak falta dira.

6- Praktika juridikoaren alde baikorrak

- Ezgaitasun deklarazioak, erantzukizun zibil subsidiarioak dakartzan galzori ekonomikoetatik libra ditzake familia asko.

7-- Auzitegien irizpideak

- Gaixo mentalari buruz auzitegiek jarraitutako irizpideei dagokienean, beste gai batzuetan bezala, batasuna ezinezkoa da, baina esaten dutenez, pertsona bat ezgaitu izendatzen denean, egiaztatutako balorazio eta txostenetan oinarritzen dira eta ez ezgaitasun susmo hutsetan.
- Ezgaitasun epaiek ondasun ahalmenak mugatzen dituzte batez ere, eta horren ondorioz tutore interesatuaren gehiegizko erabileraren arriskua eman daiteke.
- Gidatzeko baimenari buruz, kolektibotasunaren interesa banakakoaren gainetik dagoela uste da, eta horregatik, baimena duten pertsonen mugatu egin beharko litzaieke eskubide hori eta baimena ez dutenei ez litzaieke eman behar. Gai hori zehaztu egingo balitz epaian bertan, arrisku asko aurreztuko litzateke trafikoan eta ezgaituek gehiago errespetatuko lukete, kasu batzuetan medikuaren edo sanitartekoen aholkua ez baita serio hartzten.

8– Baldintzen eskaintzatik kanpo gelditzen diren pertsonak

- Onartzen dute badaudela pertsonak zerbitzu sozial eta sanitarioen saretik kanpo. Udalerri bakoitzeko Udaltzaingoak eta Ertzaintzak nortzuk diren badakiten arren, alde batera daude “beren erabakiz”.

9– Sustatu beharreko zerbitzuak. Elkarteei eta fundazioei buruzko iritzia

- Eguneko zentroak eta egun erdikoak sustatzeko beharra ikusten da.

10– Koordinazioa eta sare hobezina

- Koordinazioa nahitaezkoa da pertsona hauei atentzio egokia emateko. Familia sarearen laguntzarik ez duen pertsona baten ezaguera izan ezker auzo batean, Ertzaintzari jakinarazi behar zaio. Gero Ertzaintza beste zerbitzu sozialekin jarriko da harremanetan.
- Sare hobezina izango litzateke zerbitzu sozialak, Osakidetza, hezitzaile taldeak eta Udalen eskuhartze komunitarioa, Elkarteak eta Ertzaintza harremanetan jarriko lituzkeena, gaixotasun mentala duten pertsonak gizarteratu daitezen.

11– Beste gai batzuk

- Krisi egoeran dauden gaixo mentalaren atentzioari buruzko heziketa urria.

6.5.4. ASAFES, AGUIFES, AVIFES, Gorabide Fundazioa, APNABI elkarten iritzia*1– Elkarten helburuak*

- Eremu desberdinetan eta maila guztietan sartzea, elkarrekiko laguntzarako guneak garatuz. Sentsibilizazioa, gizarte-ekimeneko proiektuen sustapena.
- Osasun atentzioari buruzko jarraipena eta proposamenak.
- Babes-fundazioak, babesik gabeko egoeran dauden pertsonen zainketa du helburu nagusia.

2– Gaixo mentala gizarteratzearen balorazioa

- Urratsak eman diren arren, esate baterako azken 15 urteetan kronikoak atera egin dira, ospitaletik kanpoko atentzioa oso urria da.
- Kolektibo honen gizarteratzea urria izan da. Hori uste dute behintzat elkarte hauetan lan egin duten pertsonak. Gaixo mentalaren laguntaldea oso mugatua da, eta kasu gehienetan beste gaixoekin dago harremanetan.
- Kolektibo honek komunitatearekin duen harremana agerpen hutsa da, ez du parte hartzen eta horregatik da nahitaezkoak hiritarren kolaborazio ekimena.

3- Erantzun gabeko beharrak

- Sanitatean: krisian eskuhartze urria, 112 SOS DEIAKek protokolo bat koordinatzen badu ere. Tratamenduaren jarraipen urria. Ez dago alternatiba terapeutikorik Osakidetzaren partez. Oheak falta dira ospitale psikiatrikoetan.
- Gizartean: familiaz kanpoko tratamendutik aparte eskaintza urria dago, programa okupazional urriak. Egoitza txikiak behar dira pertsona horiek familia-giroan egon daitezen.
- Lanean: Lana sustatu behar da, baldintza berezietan zein arruntetan. Lanean hasteko programak eskaini behar dira.
- Atentziorik ezaren kausak: gaixotasun mentalaren gizarte-irudia eta erantzun osasun eta gizarte-erantzunik eza.

4- Erantzundako beharrak

- Sanitatean: oheak eskaintzea tarteko egotaldi eta egotaldi luzeetarako, baina errehabilitaziorako eskaintzak eta lan psiko-hezitzaileak mugak dituzte. Botikei buruzko ikerketa programak.
- Oinarrizko osasun atentzioan eta eskolatzean erantzun egokia dagoela uste da. Sare publikoak betetzen ditu behar horiek, eta batez ere itundutako pribatuak (elkarte eta fundazioen bidez).

5- Beren eskubideak ezagutu eta erabiltzea

- "Informatutako baimena"-ren eskubidea zalantzan jartzen da, medikuek eskubide hori aipatzen badute ere, erabiltzaileak ez dira oso informatuta sentitzen.
- Ez dituzte beren eskubideak eta lor ditzaketen prestazioak ezagutzen, ez aipatu kolektiboak ez beren senitartekoek, oraindik ongintza kontzepzio bat dagoelako beharbada.

6- Zerbitzuetarako sarbidea

- Babesa eskaintzen duen fundaziora, gaixo batzuk, dagokion auzitegiko ebazpen judizialaren bidez iristen dira, ezgaitasun deklarazio baten ondoren eta babesa emango duen Fundazioa izendatu eta gero. Beste askotan, komunitateko gatazka txiki batzuegatik hasten dira harremanetan; gatazka horiek, tratamendu poliziala izatera, eta gune sozio-sanitario bat ez egotera, larriagotzen doaz.
- "Arnasa hartzeko etxera" joatea eskabidez, medikuaren eta minusbaliotasunen balorazio Batzordearen txostenarekin batera.
- Enplegurako heziketa zentrorra, osasun mentaleko taldeek proposatuta eta INEM-en erregistroa.

7- Alde sendoak

- Elkarreak gaixotasun mental kronikoa duten pertsonak ordezkatzeko dituzte. Parte hartzeko dinamika eta motibazioa: gaixotasun mentalak eragina izanik, zuzenean edo zeharka, erkideengan, erabiltzailea gertuago sentitzen da.

Elkarte mota hauetan malgutasuna erakusten da banakako irtenbideak bilatzerako orduan, nahiz eta kasu batzuetan interesgarria izaten den arazo beretsuak dituzten pertsonak biltzea.

Elkarte hauetan lan egiten dutenen konpromiso pertsonalak, erabiltzaile bakoitzaren bilakaerari jarraipen hurbila egitea baimentzen du.

Beste alde gogor bat, baikorra den aldetik, elkarteek beste zerbitzu edo elkarteekin duten harremana da.

8– Alde ahulak

Zerbitzuen eskaintza handitzea erabakitzen bada, programaren profesional kudeatzaile eta arduradunaren funtzioa indartu egin beharko da, erkideen boluntarismoa zuzendu asmoz.

Guztiekin duten alde ahul bat, instituzio publikoek atentziorik eman ez dion kolektiboari erantzun egoki bat emateko baliabide falta da. Baliabide urritasunak hutsune batzuk dakartza elkarre hauen pertsona arduradunen heziketan.

9– Sustatu beharreko zerbitzuak (*instituzio publikoei dagokienean*)

- Profesional gehiago behar da Osakidetzako osasun mental sareari laguntza psiko-terapeutikoa emateko. Osasun mentalarekin zerikusia duen atentzioa eskatzen duten erabiltzaileen kopurua handitu egin bada ere, profesionalen kopurua ez da neurri berean handitu, eta horrek bere eragina izan du gaixoari laguntzerako orduan.
- Kolaborazio hitzarmenak indartu beharreko egintza marko bat dira. Arabako Foru Aldundiak eta Osasun Sailak Arabako lurraldean izenpetutako hitzarmen marko sozio-sanitarioa oso baikortzat hartu da, instituzioek beren funtzioak onartzen dituzten aldetik.
- Tutoreen ordezkari gisa arituko liratekeen pertsonen irudia sustatzeaz hitz egiten da.

10– Baliabide eskaintzatik kanpo gelditzen diren pertsonak

- Pertsona batzuk gaixotasun mentala onartzeko duten zailtasunak hutsune bat sortzen du atentzio sozio-sanitarioan. Gaixotasunaren kontzientzia eta ezaguera ez izateak atentziorik eza sortzen du.
- Gaixotasun honi buruz gizariek duen irudiaren ondorioz, gaixoa bera bere burua baztertzera darama bere familia giroan; “minusbaliotasun psikiatrikoa” ez onartzean ezingo dituzte baliabideak erabili, ezta gizariek-prestazioak eskatu ere.
- Era berean, osasun oso makala duten pertsonen eta portaeran aldaketa larriak dituztenek, zailtasunak aurkitzen dituzte mota honetako zerbitzu eta elkarten eskaintzaz baliatzeko.

11– Auzitegien irizpideak

- Arabako Lurralde Historikoan, ez dago batasun irizpiderik 1.go instantziako auzitegien egintzan. Ezgaitasun deklarazioa eta tutorearen izendapena aldatu egiten da epailearen arabera.

- Psikiatrikoan sartzeari buruz ere ez dago batasunik irizpideetan, ezta koordinazio argirik ere auzitegi, Ertzaintza psikiatra arduradunaren artean.
- Ezgaitasun epaiei dagokienean, zehaztasuna falta da, ez da argi esaten zein eskubide dagoen mugatuta.
- Auzitegiak oso gutxi ezagutzen du gaixotasun mentala.
- Psikiatrikoan nahigabe sartzearen prozesua oso geldoa da.
- Pertsona bat ezgaitua dela esateko Ministerio Fiskalari jakinarazi behar zaio, proposamena daukan txosten sozial eta mediku-psikiatrikoaren bidez. Beraz, gaixotasun mentala duen pertsona zaintzen duen Osakidetzako psikiatrak esku hartzen du, nahiz eta behin-betiko txostena auzitegi bakoitzari adskribatutako auzitegi-medikuarena izan.

12- Aipatzekoak diren beste gai batzuk

- Ikerketa honen ondorioak arduradun publikoak sentikor bihurtzeko balioko dutela pentsatzea.
- Elkartze-mugimendua hizketakide gisa onartua izan beharko litzateke dagokien instituzioetatik.
- Gaixo mentalari atentziora emateko sare hobezina, gizarte eta osasun zerbitzuak koordinatuko litzuzkeena izango litzateke.
- Gaixo mental asko ezgaitzat hartuko dituzten beldurrez dagoela uste dute, eta ez dute aukera hori aztertu nahi, ezjakintasuna dela medio.
- Minosbaliotasunen balorazio baremoak aldatu egin beharko lirateke, ez aurrekontuaren arabera, baizik eta lurralde batean dauden benetako beharren arabera.
- Kolektibo honi atentziora hobea emateko, eguneko zentro gehiago, eredu sozio-sanitarioa duten egoitzak, babestutako etxebizitzak, zentro okupazionalak eta denbora libreko elkarte gehiago eskaini beharko lirateke.

6.5.5. Biktimaren Laguntza Zerbitzuaren eta Atxilotuaren Gizarte-Orientabide Zerbitzuaren iritziak

1- Gizarteratzearen balorazioa

- Gaixo mentalaren gizarteratzea zaila da zerbitzu hauetan lan egiten duten profesionalen ikuspegitik, zaintzen dituzten pertsona horiek baitira baliabide ekonomiko eta kultural gutxien dituztenak; aldi berean, baliabide pertsonalak ere urriak dira eta horrek oztopatu egiten du neurri handi batean beren gizarteratzea.

2- Erantzun gabeko beharrak

- Enplegua lortzeko heziketa, lana bilatzeko orientabidea, beren gaitasunei egokitutako enplegua bera eta enpresetan nagusikeriarik gabe.
- Baliabide gehiago eskaintzea anbulatorioetako tratamendurako, jarraipen batez egin daitekeena eta gaixo kopuruari egokitutako profesionalen kopuruak kontrolatuta dagoena.

3– Erantzundako beharrak

- Osasun atentzioa, botikak emateari dagokionez, beteta dagoen behar bat da galdezkatutakoen ikuspegitik. Gainontzeko ardura edo atentzioak familia ingurunetik ematen dira, horrek dakarren gatazka eta neke arriskuarekin, batez ere amentzat, horiek baitira beren seme-alabak gehienetan zaintzen dituztenak. Senitartekorik ez dutenen kasuetan, utzikeria da nagusi.

4– Beren eskubideak ezagutu eta erabiltzea

- Gaixo mental bat eduki, eta zerbitzu hauetara iristen diren erabiltzaile gehienek ez dituzte beren eskubideak ezagutzen. Baliabide pertsonal gutxi daukatenez argibideak eskatzeko zailtasunak aurkitzen dituzte.
- Beren eskubideak eta bermeak ezagutzen ez dituztenak gehiengoa badira ere, adierazgarria da batzuk zerbitzu hauen gehiegizko erabilera egiten dutela, baliabide eskaintzatik ahalik eta onura gehien atera nahi dutelarik, behartuenak beraiek ez badira ere.

5– Praktika juridikoaren alde ahulak

- Gaixoei ambulatorioetan ematen zaien tratamendua ez da asko kontrolatzen. Komenigarria litzateke botikak kontrolatzea, batez ere agresibitateari aurre egiteko kasuetan, zerbitzu hauetan behin eta berriro agertu baitira senitartekoek eurek jasandako erasoei buruzko kexak.
- Botikak hartzea derrigorrezkoa izan behar dela diote, krisi uneetan arrisku egoerak saihestu ahal izateko. Gai honi dagokionez, hutsune legal bat dago, konpontzeko zaila dena.

6– Praktika juridikoaren alde baikorrak

- Gaixotasun mentala duten pertsonen eskubideak bermatzen dira, psikiatrikoan sartzeari pentsatzen den kasuetan, nahiz eta zenbait kasutan zaila izaten den psikiatrikoan ahalik eta lasterren sartzeari. Senitartekoen edo behar ez duena psikiatrikoan sartzeari nahi duten pertsona interesatuen nagusikeria saihestu daiteke horrela.

7– Auzitegien irizpideak

- Auzitegiek gaixo mentalari buruz jarraitutako irizpideetan, beste gai batzuetan bezala, batasuna oso zaila da; aplikatu beharreko legegintza zibila jarraituz beti, emaitzak epailearen interpretazioaren arabera izango dira.
- Bilboko 14 zenbakidun familia-Auzitegiaren funtzionamendua baikorra dela esaten da, aipatu auzitegiko aurreko titularren irizpideak oinarritzat hartzen diren kasuetan, psikiatrikoan sartzeari dagokionean.
- Auzitegian adskribatutako auzitegi-medikuaren txostenak, normalean, gainerako adituen txostenak baino pisu espezifiko handiagoa dauka.
- Ezgaitasun epaia, ezgaitzat hartutakoaren egoera pertsonalen arabera da, baina kasu gehienetan ondasunen administrazioari dagozkion eskubideak mugatu egiten dira.

- Kolektibo honek gidatzeko baimena izaten jarraitzeko ahalmenari dagokionean, mugatua izan beharko litzatekeela diote, oso arriskutsua izan baitaitekeelako hain botika gogorren eraginpean gidatzea.

8- Baliabide eskaintzatik kanpo gelditu diren pertsonak

- Bakarrik aurkitzen diren pertsonak badaudela baieztatzen da, ez daukatenak argibideak emango liekeen senitartekoen laguntzarik eta gizarte-laguntzarik (hezitzaileak, gizarte-langileak).

9- Sustatu beharreko zerbitzuak. Elkarteei eta fundazioei buruzko iritziak

- Psikiatrikoetan sartzea eta ezgaitasunen alor judizial eta prozesaletan koordinazio handiago baten beharra ikusten da.
- Nola egingo den esaten ez bada ere, botiken kontrolaren beharraz hitz egiten da, senitartekoenganako portaera oldarkorrak izan ditzakeen ondorioengatik.

10- Koordinazioa eta sare hobezina

- Sare hobezina, ospitaletatik kanpoko zerbitzuak zein bide administratibo judizialari adsbribatutakoak koordinatuko dituen da. Horrela, krisi egoeretan berehalako eta behin-betiko erantzuna emango zaie erabiltzaileari eta bere senitartekoei; sare horrek jarraipen osoa egingo du.

11- Beste gai batzuk

- Eguneko zentroetan, harrera zentroetan, hezitzaileak eta abarretan oinarritutako gizarte-azpiegitura bat sortzearen beharraz hitz egiten da. Batez ere, familiaren laguntzarik ez daukatenentzat.

6.6. Ondorioak

Gaixo mentalaren eskubideen balorazioa egiterakoan Euskal Autonomi Erkidegoan, gogoratu beharrekoa da badaudela agindu batzuk, zeinak aplikazio maila desberdinetan (Europar, Estatuan, Erkidegoetan), eskatu egiten duten orokorrean gaixoen eskubideak zehaztuak izan daitezzen. Horrela izanik, aplikagarriak izan daitezke gaixo mentala duen gaixoarengan. Adibide gisa: Europako Parlamentuaren Ebazpena, 1984ko urtarrilaren 19koa, "gaixoaren eskubideen karta" hartzea gomendatzen duena; 1986ko Osasun Lege Orokorra eta Eusko Jaurlaritzako 1989/175 Dekretua, uztaillaren 18koa, zeinaren bidez onartzen den Osakidetzako erabiltzaile eta gaixoen eskubide eta betekizunen Karta. Azken testu legal honetan, gaixoen eskubide orokorrak alde batera utzita, gaixo mentalari buruzko erreferentzia espezifiko bat aurkitzen dugu 1.j) artikuluan. Artikulu horren arabera, osasun aginpideek ezartzen dute osasun mentaleko arazoak dituzten gaixoen banakako eta gizarte-eskubideen tutoretza. Gainera, konstituzioko testuan aurreikusten diren hitzetan.

Lege-eremuari dagokionean, beste arlo batzuetan Legea ohituraren irudikapena bada ere, osasun mentalaren kasuan xedapen legalak intentzio onekotzat hartzen diren aginduak dira, oraindik benetakoak ez direnak, eta beraz ohitura izatera iritsi ez direnak. Zalantzarik gabe, beti dago hobetzeko zerbaite gaixo mentalak diren pertsona hauen eskubide eta bermeei dagokienean.

Txosten hau egitea ahalbideratu duen informazioa bildu eta gero, gaixotasun mental kroniko bat duten pertsonen esperientziak, eta senitartekoen eta profesionalen esperientziak, zentzu zabal batean, ez dute erakusten xedapen legalek agertzen duten argitasun eta funtzionamendu ona.

Arlo zibilean badaude gatazka-egoerak, eskubideen onarpenean zein arlo prozesalean planteatzen direnak, onartutako eskubide horiek errealitate bihurtu daitezzen.

Alor penalean ez dago beharrezko baldintzak betetzen dituen leku bat, zigorra betetzen ari diren gaixo mentalari atentzio egokia emateko. Erregimen zabaleko zigorra duten kasuetan, azpiegiturek, hau da, eguneko zentroek, eguneko ospitaleek, tailer okupazionek, eta abarrek, ez dute erantzun beretsua ematen udalerriri desberdinetan. Aintzakotzat hartzeko arazo bat, delitua jatorria duen erantzukizuna da, gurasoentzat edo gaixo mentalaren tutoreentzat.

Lanean, konstituzioaren (41. eta 49.artikuluak) eta ondorengo bere lege-garapenaren (1982/13 Legea, minusbaliatuen gizarteratzeari buruzkoa) arabera, lan-sistema arrunt baterako eskubidea onartzen da, eta eskubiderik ezean, sistema ekoizlea sartzea

babestutako lan-formularen bidez. Hala ere, egoera honi onura ateratzen dion pertsona kopurua urria da, gehiengoak ekoizpen lanak katean egiten dituelarik. Lan horiek ez dira oso terapeutikoak eta egiten diren baldintzetan, enpresariak dira onuradunak.

Jarraian ondorioak eta ikerketa juridiko hau egitera eraman gaituen eztabaida zehaztuko ditugu:

Askatasun eskubidea

- Pertsonen eskubideei buruz hitz egiten dugunean, segidan eskubide horien bermeez hitz egin behar dugu. Ospitalean sartzea nahigabea bada, larrialdia, eta erabaki hori mediku batek hartzen badu, aginpide judizialak gaixoaren bilakaeraren jarraipena baino ez duelarik egiten libre noiz izan daitekeen erabakitzeke, askatasun eskubidearen bermeak zalantzan daude. Gai horrek gatazka asko sortzen ditu senitartekoen eta osasun profesionalen artean, medikuarenera joaterakoan gaixo mentalarekin osasun zentro batean sartua izan dadin, medikuak uste badu ospitaleratzea ez dela premiazkoa, ezin da aurrera jo baimen judizialik gabe. Senitartekoen ustetan medikuen irizpidea ez da beti bera, eta askotan, medikuek duten informazioa nahikoa ez dela diote.
- Askatasun eskubidez jarraituz, adierazgarria da medikuak duen arazo etikoa pertsona bati askatasuna kentzearen ardura daukanean, berarentzat edo gizartearentzat arriskutsua izan daitekeenaren zeinurik agertzen ez badu ez dagoelako ospitalean sartzeko arrazoirik, berak nahi ez badu behintzat. Irtenbide posible bat, zentroan sartzearen sintomak eta bideragarritasuna baieztatzen duten bi psikiatren iritzia jasotzea da; hala ere, alternatiba horrek arazo handiagoak ekarriko lituzkete burokratizazioari dagokionez larrialdi kasuetan.

Lekualdaketak

- Gaixo baten lekualdaketei dagokienez, gaixo mentalen senitartekoen elkarteek behin eta berriro eskatu dute, lekualdaketa horiek burutzeko talde espezializatu bat egotea. Gaixo mental bat lekuz aldatzean kontuz hartzeko egoera bat, poliziak, bere uniforme eta guzti, pertsona horren etxera doazen unea da, nahiz eta barneko arautegi profesionalak baimendu ez.

Erabiltzaileen eskubideak

- Hauek dira gaixoen eskubideak osasun zerbitzuei dagokienez, Osasun Lege Orokorrean jasota daudenak, eta Eusko Jaurlaritzako Dekretuak, 1989ko ekainaren 18koak, garatuta daudenak: eskubidea zainduak izan daitezen, zerbitzu egokiak izateko eskubidea, informazioa jasotzeko eskubidea edo bigarren mediku baten iritzia eskatzeko eskubidea adostasunik ezean. Azken gai hori ez da praktikan jarri EAE-n osasun mentalaren arloari dagokionean. Gaixo mentalen kasuan beharrezkoa da osasunera begira dauden eskubideak kolektibo honen berezitasunetara egokitzea.

Eusko Jaurlaritzak aipatu dekretua onartu zuenean, eztabaida piztu zen gaixoak bere altaren txostena jasotzeko eskubidea zela medio; gaixoari argibideak eman behar zaizkiola inork zalantzan jartzen ez badu ere, medikua izan beharko da informazio hori egokitu beharko diona gaixo mota bakoitzari, gero ondorio txarririk egon ez dadin.

Elkarteek eskakizun hauek egiten dituztenean, aspaldi onartu ziren eskubideak praktikan jartzea baino ez dute eskatzen.

Ezgaitasuna eta psikiatrikoan sartzea

- Alor juridikoko profesionalek, gaixotasun mentala begietsi eta bere konplexutasuna begiesten ez duen legegintza aldatzearen beharraz hausnartu dute. Osasun mentaleko profesionalak eta Zuzenbideko profesionalak bat datoz esaterakoan ezgaitasunak eta psikiatrikoan sartzeak bi errealitate desberdinei erantzuten diela, beraien artean menpekoak ez diren suposizio gehienetan. Nahi gabe psikiatrikoetan sartzeko beharra duten gaixo guztiak ez direla ezgaitasun baten zergadunak esaterakoan ere ados daude. Ezgaituak ere, ezgaitu izate hutsagatik, ez dira ospitaletan sartu behar psikiatrikoetan sartzeko neurriak erabilia. Berdina gertatzen da “persona babesteko neurri eta ezgaituaren ondasun”-ekin. Horiek, ezgaitasun prozesu batean kautelazko izaera duten neurri modura hartzeko begiesten ditu bakarrik legeak, baina beharrezkoak izan daitezke psikiatrikoetan sartzeko dituzten aldietan, eta zeinetan gaixoak une konkretu batzuetan autogobernu gaitasunik ez daukan; eta hala ere, bere interes pertsonalak eta ondasun interesak babestu behar ditu, nahiz eta une horretan prozedurarik ez egon bere ezgaitasunari begira.

Psikiatrikoan sartzearen alternatiba

- Praktika judizialak erakusten du, gaixo mentalaren babeserako, senitartekoek eta medikuek psikiatrikoan sartzea ez den beste bide bat eskatzen dutela. Esate baterako, behartutako tratamendu judizializatua, baina horrek ez du ia babesik eguneko ordenamendu judizialean.
- Honako hau da praktika juridikoko profesionalek egindako proposamen bat: gaixo mentalari judizialki tratamendu bat jartzeko aukera legala, lege horrek nahi gabe ospitalera sartzea eta ezgaitasunik eskatzen ez duelarik. Behartutako tratamendu judizializatua gaixo mentalaren osasun eta pertsonaren babes neurri bat izango da; eta legalki ezgaitasun prozeduran edo ezgaitasun partzialean erabili ahal izango bada ere, Kode Zibileko 209.artikuluak babestuta), ez dago aurreikusita beste gaixo mentalen kasuetan. Hau da, gaixotasuna desorekatzea eta areagotzea dela medio nahi gabe psikiatrikoan sartu behar dutenak, desegokia den gizarte-ingurune baten bizi direnak, edo aldian behingo tratamendua behar dutenak. Azken kasu horretan, tratamendua jarraitu ezean, desorekak larriagoak izango dira eta ospitaleratzeak luzeagoak. Hala ere, gaixo hauek, krisi uneetan salbu, beraien buruaz jabe izateko zentzuzko gaitasunari eutsi diezaioke. Gaitasun hori, orokorrean, gaixotasunari egokitutako tratamenduaren jarraipenak baldintzatuta dago.

- Dauden arauak gizarteratzeko interpretazioa egitea eskatzen da, gaixo mentalaren interesen atentzioari begira. Hartu beharreko neurri posibleak bildu behar dira, gaixo mentalen tratamendu medikuaren aukera modura, zeinak batzuetan, luzeagoa edo laburragoa izango den ospitaleratzea eskatuko duena (esan nahi baita, Kode Zibileko 211.artikuluaren psikiatrikoan sartzeari buruzkoa), eta beste batzuetan aldian behingo tratamendu konkretu bat, gaixoari bere osasun egoerak hala eskatzen dionean, auto-agresibitate, hetero-agresibitate, autonomia pertsonalaren falta edo gaixotasun mental larriko egoeretan. Zalantzakoa da “behartutako tratamendu judizializatu”-ko aukera terapeutiko hori gure legegintzan egotea; hala ere, honako hau behin eta berriz emandako praktika judiziala da, legalki eta judizialki bermatua: 211.artikuluak dioenaren arabera, psikiatrikoan sartzeari ez dago ezgaitasun prozesu baten menpean, baizik eta behar terapeutiko konkretu baten menpean, eta psikiatrikoan behartuta sartzeari horrek, gaixo mentalaren Oinarrizko Eskubideetan sartzeari suposatzen du, askatasuna ukatzen baitzaio gaixoari denbora baterako eta behartutako tratamendura derrigortzen baitute. *De facto* egoera hori dela medio, inkongruentea izango litzateke gaixo mentalaren eskubieentzat hain larriak ez diren neurri terapeutikoei estaldura legala ukatzea. Esate baterako, ospitaleratzea eskatzen ez duten tratamendu medikuak ambulatorioetan; horiek, psikiatrikoan sartzeari legalki babesten duen helburu berdinak izango litzateke, eta horrela epailea 209.artikuluaren babestuko litzateke, ospitaleetik kanpoko tratamendua agintzeko.
- Medikuen tratamenduak ambulatorioetan behartutako sartzeari dituzten baldintza euren bete beharko ditu –txosten medikua, arrazoitutako azterketa eta ebazpen judiziala–, neurri hau hartzerakoan estaldura legal egokia izan dezan. Kasu gehienetan alde aurretik informatutako baimena egongo da, gaitasun osoko uneetan emandakoa. Azken baieztapen horrek autobabes irudira garamatza zuzenean.

Autobabesa eta ahalmenak

- Autobabesa, ezgaituaren negozioak kontrolatzeko irudi juridiko egokia da. Kontratu baten bidez, posible da ondare-izaerako autoerregulazioa, etorkizunean egon daitekeen gaitasun-galerari dagokionean. Ez dagokio Alzheimer gaitzari soilik, nahiz eta bere paradigma izan daitekeen, mailakako narriaduraren sintomak direla medio, baizik eta beste gaixotasun askori, zeinen bidez aurreikusten den gaixoak egunen batean ez duela eragiteko gaitasunik edukiko eta baita gaixoak bere kabuz aurrera eraman ezingo dituen negozio juridikoak administratuko dituen pertsona ere. Hori dela-eta, kontutan eduki behar da, ezgaitasuna etorri aurretik autobabeserako administratzailea, kontratatzen duen pertsonak kontrola dezakeela, eta behin gaixotasuna etorrita, tutoreak berak kontrolatu ahal izango duela administratzailea.
- Hala ere, sortzetiko edo oso goiztiarrak diren gaixo mental kronikoek ezin dute irudi hori hartu, autobabesak borondatezko deklarazioa esan nahi baitu, eta ez interesen aldarrikapen bat.
- Alderatutako ikuspegi batetik, ikusten dugu autobabesa, modu baten edo bestean, Alemanian, Frantzia edo Suitzan bezalako herrietan dagoela arautua. Suitzako Zuzenbidean berariaz arautzen da, pertsonak erabaki egin baitezake zein unetan

eskualdatzen duen bere administrazioa. Erabaki hori, bistan denez, gaitasuna galdu aurretik hartu behar du.

Gure legegintza zibilari dagokionean, kontutan hartu beharko litzateke 1983ko tutoretzaren erreformak aurreko funtzionamenduan duela bere jatorria. Aurreko hori, autobabesetik gertu dagoen familia-tutoretza sistema bat zen, epailea zelarik baliabide ordezkatzaila. Sistema hori egungo tutoretza judizial eta kuratelagatik izan da aldatua, pertsonaren tutorea eta bere ondasunen administrazioa desberdintzen direlarik (Kode Zibileko 223. artikulua eta hurrengoak).

- Hala ere, egungo Kode Zibila ez dator bat beste arautegi batzuekin gai honi dagokionez. Horrela, Aragoiko sisteman erregulazio berezia dago familiarren babesari eta epailearen ordezkaria den senitarteen batzordearen irudiari dagokienean. Bestalde, Zuzenbide Katalanak bere Familia Kodean zabaldu egin ditu erregulazio fakultateak, gurasoek gaixoaren zaintza antolatzeko gaitasun handiagoa baitaukate, eta gainera, berreskuratu egin dira kontrol judiziala ez duten instituzioak. Esate baterako, Babes Kontseikua. Kontseilu hori senitartekoek, edo profesional edo pertsona juridikoek osatuta egon daiteke, eta horiek dira tutorea kontrolatzen dutenak, epailearen lana betetzen dutelarik batzuetan.

Horrela, sistema katalanaren arabera, autobabesa, gaitasun osoa duen adin-handiko baten legitimazioa da, egokia, formala eta ezeztatzen den txosten baten bidez autobabes organo bat izendatzeko, etorkizunean gaitasuna galdu egin dezakeen kasurako. Agiri horretan interesdunak organo tutelarra izenda dezake (Pertsona, pertsona asko edo pertsona juridikoa) edo etorkizunean bere tutorea edo tutoreak zeintzuk izango ez diren esan dezake. (katalan Familia-Kodeko 162.art.).

Beraz, Kode Zibilean kontrol-organua aginpide judiziala den bitartean, lege katalanean zenbait pertsonak osatutako Babes Kontseilu bat izan daitekeela ikusten dugu. Gomendagarria izango litzateke beharbada Babes Kontseiluaren formula hau ezartzea pertsona juridiko gisa, *lege ferenda*. Horretarako, adibidez, laguntza helburua izan, eta irabazi-asmorik gabeko fundazio eta elkarteak sor daitezke, edo familia-interesa duten fundazioak osatu.

Autobabes katalanaren forma eskritura publikoa da, eta gaitasuna galdu aurretik egin behar da. Notaria da egiaztatuko duena pertsona guztiz gaia den ala ez. Hasiera batean, gaitasunari dagokionean notariak egindako hautematerako, txosten mediku baten laguntzaz baliatu daitezke zalantzak badituzte.

- Hala ere, autobabes irudi honek baditu arazoak. Horrela, ez dago oso argi noiz geratzen den ministerio fiskalaren edo epailearen esku, edo noiz eta nola egiten den publiko. Era berean, arazoak daude gaitasuna noiz ez den galdu esateko orduan, notariak erabil dezaketen txosten medikua ez baita derrigorrezkoa. Ahalmen prebentiboak, bere aldetik, gaitasuna galtzen hasten den unetik guztiz galdu arte ezartzen direnak dira. Baina ez da erraza esaten noiz gertatzen den hori, gaitasun batzuk berehala galtzen baitira eta beste batzuk pixkanaka pixkanaka. Ahalmenean ahaldun edo ordezkari bat izendatzen da, eta horri ahalmen edo fakultate batzuk ematen zaizkio. Ahalmen kontratuak ahalmenaren hedadura ezartzen du, negozio prebentiboaren kausa eta zertarako den. Alderatutako ikuspegi batetik, ordenamendu guztiek begiesten dute ahalmen edo ordezkari formaren bat. Irlandan esate baterako, ahalmenak iraun egiten du ahalmena ematen duena ezgaia bada ere, ahaldunak beteko litzuzkeelarik tutore lanak. Quebec-en edo Eskozian ahalmenek ere iraun egiten dute beti. Alemaniako

Zuzenbidean, ahalmena orokorra da eta Erresuma Batuan ahalmen prebentiboak dira “nik ahalmen hau ematen dut judizialki gaitasuna galtzen dudana kasurako). Espainian, Frantzia eta Italia ez dago ahalmenik ezgaitasun kasuetan. Borondatezko ordezkartzaren partez lege-ordezkaritza ezartzen da. Hala ere, ahalmen prebentiboa prozesuaren aurreko kautelazko neurria izan liteke.

- Behin-behineko ahalmenak interesgarriak dira gaitasun-galera kasuetan. Baina badaude oraindik nagusikeria egon daitekeen tarteko egoerak. Kasu horietan, ezgaitua izango denari galdetu egingo zaio, gaitasun osoa duenean, nor nahi duen bera ordezkatzea, epai judizialez gaitasuna galduko duen unera arte. Ahalmen horren hasiera ahalmena ezartzen denekoa da, edo mediku batek ezgaitasuna gutxitu egin dela esaten duenekoa. Horrek, interesduna babesteko balio dezake ezgaitasun prozesu osoan zehar, ezgaitutzat hartzen den unera arte. Tarteko denbora hori luzea izan daiteke, eta irudi horrek ez du horrenbesteko interesik. Behin-behineko ahalmen hori eskritura publikoz egin beharko litzateke, data jakin dadin eta berme handiagoa izan dezan.

Kontrol neurriei dagokienez, ahaldunak kontuak eman behar dizkio ahalmena ematen duenari, horretarako gai bada behintzat. Ezgaituak beste pertsona bat izendatu badu, azken horrek kontrolatuko du ahalduna, azken kasuan, ezgaitasun prozeduran epaileak izendatutako aginpidera jo daitekeelarik.

Auzitegi Gorenak duela gutxi eginiko epai batek (1998ko uztailaren 28koa), gai honi buruz egindakoak gutxi badira ere, ukatu egiten dio ezgaitasun partzial mugatu bat “agerraldi eskizofreniko gutxitua edo depresio neurotikotzat» diagnostikatutako gaixotasunari. Gaixotasun hori heldugabetasun afektibo handiko pertsonalitate ezohikoa duen desoreka baten espresioa litzateke, Auzitegiak berak “gaixotasun iraunkorra, sendaezina eta itzulezina, baina terapeutikoki kontrolagarriatzat» kalifikatzen duena. Hau da arrazoia gaitzespen horretarako: “ustezko ezgaitua, duen gaixotasuna duela ere, bere bizitzako edozein unetan erabakiak hartzeko gai da, bere autogobernurako behar dituen elementuak dituelarik, bai arlo pertsonalean bai ondasun arloan”. Helegitea gaixoaren ahizpak planteatu zuen. Berak ez zuen nahi gaixoak tratamendua utz zezan, bere buruaz beste egiteko ahalegin berriak saihestu asmoz.

Gaixotasun mentalarekin erlazioa duten edo lan egiten duten sektoreek gauza bat daukate argi arlo juridikotik: legegitza aldatu beharra dago errealitatearen irudikapen konplexuari dagokionean. Legea, eskuarki, gizartearen behararen atzetik doa, eta sektore honentzat onuragarria den praktikaren egiaztapenak, gizarteak onartutakoa, lagundu egingo du botere publikoek beren erantzukizuna har dezaten gai honi dagokionean.

Tutoretza

- Ikertutako populazioaren artean kasu batek ere ez badu ezgaitu egoera zibila adierazi, elkarrean arduradunak elkarriketatu eta gero, horrelako kasuak badaudela esan dute. Gutxi badira ere, badaude judizialki ezgaitutzat hartu diren gaixo mentalak. Komenigarria ikusten dugu Kode Zibilak (Kode Zibileko 215.art.) ezartzen dituen babesarako mekanismoei lerro batzuk eskaintzea, “adin txikikoen edo ezgaituen pertsona eta ondasunen babesa, edo banaka hartuta pertsona eta ondasunak, tutoretza, kuratela edo defendatzaile judizialaren bidez egingo da”. Ondorengo zenbait

artikulutan, guraso-aginte luzatuari, izatezko zaintzari eta Ministerio Fiskalaren babesari egiten die erreferentzia.

- Epaileak, gaixo mental baten ezgaitasuna deklaratzekoan, bere gaitasunaren mugak eta emandako babes-sistema ezartzen ditu. Ezgaitasun prozesua eta gaixoaren jarreraren aldaketak kontutan hartuta, gaixotasunarekin modu zuzenean edo zeharka erlaxionatuta daudenean, prozesua luzea dela deritzote (hiru bat hilabete), eta bitartean senitartekoak, eskakizuna dagokion gaixoaren mehatxuarekin egon daitezke. Gehiago batek uste du esan egin behar zaiola gaixoari prozesu honek adierazi nahi duena, epaia emandako unean, izendatutako tutoreak ezgaitua ordezkatu, eta kontuak emango dizkiolako ordezkatuaren ondasunei dagokienez. Kuratzailea izendatzen bada, pertsona horrek ez du ezgaitua ordezkatuko guztiz. Kontutan eduki behar du ezgaitua ondasunen administrazioari dagokion kudeaketa guztietarako. Horretarako, ezgaituarekin harreman onak izatea ere nahitaezkoa da.

Pertsona fisikoen tutoretza

- Esperientziak behin eta berriro erakutsi dizkigu pertsona fisikoen tutoretzak planteatzen dituen arazoak, batzuetan gurasoek eta tutoreek ez dituztelako erabakiak hartzen tutelatuen onerako (Heredia, 1998).

Hauek dira mekanismo honek dituen hutsune batzuk:

- Pertsona baten tutorea izendatzeko zailtasunak, pertsona horrek bere kargu egingo den senitartekorik ez daukan kasuetan (batzuetan egoera hau ustezko ezgaituak dituen ondasunekin dago lotuta).
- Tutorea izendatu eta gero, horiek zailtasunak dituzte eskakizun legal guztiak betetzeko. Askotan, ez dituzte eskakizun horiek ezagutzen.
- Babestutako pertsonaren egintzengatik tutoreek daukaten erantzukizun zibila beste eragozpen bat da izendatutako tutoreentzat.

Zailtasun horiek izan eta gero, askok eskatu dute legegintzaren erreforma, erreformaren sistemaren funtsezko eskema mantenduz, alde negatiboak aldatuko dituen. Hala ere, irtenbidea ez da arautegiaren erreformatik etorriko bakarrik. Beharrezkoa da baita ere gizarte-mekanismoak eta tutoreen eta babestutakoen laguntza sustatzea. Hauek dira Heredia eta Fábrega fiskalek (1998) proposatzen dituzten aldaketak:

- Lan hori egiten duten elkarte eta tutoreei argibideak eta laguntza emango dien erakunde publikoak sortzea.
- Praktikan sortzen joan diren tutoretza eredu bakoitzaren erregulazio espezifikoak, bere beharretara egokitutako arautegia duena.
- Tutoretzak interes publikoari begira betetzen duen funtzioagatik, erakunde publikoek interes berezia jarri behar dute aipatu tutoretzan.
- Autobabesa onartzea gure ordenamenduan.
- Tutoretza automatikoko edo babes judizialeko sistema legal bat sortzea, adintxikien Zuzenbidean edo Zuzenbide Frantsesean gertatzen den bezala. Sistema horrek efektu zehatz batzuk sortzen ditu gaixo ezgaituaren egintzei dagokienez.
- Komenigarria da ezgaitasun prozedura erraztea, ezgaituarentzat eta bere senitartekoentzat oso luzea eta garestia baita.

- Ezgaitasun epaian bertan izendatu beharko litzateke tutorea. Hasiera batean, Auzitegi Gorenak onartu egin zuen hori, 1993ko uztailaren 27ko Epaian, baina gero, 1998ko urtarrilaren 27an atzera bota zen STS zela medio.

Pertsona juridikoen tutoretza

- Pertsona juridikoek tutoretza izateko aukera hori 1983ko erreformarekin bat sartu zen. Hori babes mekanismo garrantzitsua izan da senitartekorik ez duten gaixoentzat. Galdera-sortetan adierazitako iritzien arabera, batez ere Fundazio Tutelarren babesa sustatzearen beharra aipatzen zen., Horretarako, laguntza publikoa behar zuten, soziala zein judiziala. Eremu pribatuan senitartekoen elkarteak eta horiei lotutako fundazioak funtsezkoak izan badira ere, gehiago sustatzea eta zabaltzea eskatzen da, gaixo mentalen alorrean oso gutxi baitaude.
“Herriaren Defendatzailearen txostenak, gaixo mentalaren egoera juridikoa eta laguntza-egoerari buruzkoak Espainian”, Tutoretzarako Almeriako Institutoaren estatutuek arautzen duten eredia jarraitzea proposatzen zuen (Herriaren Defendatzailea, 1992):
 - Bere jarduera arloak ezgaitu guztiak barneratzen ditu, edozein ezgaitasun mota duela ere.
 - Laguntza ekonomikoa eta aholkularitza eskuratzea tutore lanetan dauden pertsoneri.
 - Ministerio Fiskala gobernuko organoen bileretan sartzea.
 - Babestutakoen kargu egiten diren borondatezko pertsona fisikoak sakonki arautzea.
 Bestalde, pertsona juridikoen tutoretzak kritikak ditu, eta kontutan hartu behar dira aipatutako aukera hobetzeko.

Gaixoen eskubideak

- Gaixoen eskubideen gaia nahiko berria da. Aurrekari argiena, 70. hamarkadako ospitale amerikarretako eskubide kartak salbu, 1986ko Osasun Lege Orokorra da. Hau da lehen aldia gure historian Parlamentuak lege maila ematen diela gaixoen eskubideei. (Sánchez Caro, 1995). Aipatu beharrekoa da, Herriaren Defendatzaileak, orduan Joaquín Ruiz Jiménez, eginiko lanak lagundu egin zuela gaixoen eskubide karta sustatzen eguneko Osasun Lege Orokorrean.
Bere momentuan Konstituzio Espainolak, gero arautu egingo ziren eskubideak onartu zituen, eta aldaketa hori ahaztu gabe, Osasun Lege Orokorra, bere oinarrizko lege izaeragatik, guztien gaineratik dago; lege horrek Autonomi Erkidego guztiak barneratzen ditu, eta denetan garatu eta zabaltzea daiteke, baina ez ezeztatu. Zentzu honetan beharrezkoa da esatea behin eta berriro, EAE-n 1989ko uztailaren 18ko Dekretuak garatutako gaixoen eskubideak, pertsonaren oinarrizko askatasun eta eskubideen osasun markoa direla, jadanik konstituzio-markoan onartuta daudenak.

Psikiatra eta gaixoaren arteko harremanak

- Bioetikan osasun harremanen bi ereduez hitz egiten da:

- Eredu bertikala edo ongintzazkoa. Eredu horretan, gaixoak gaixo dagoela daki bakarrik eta beste pertsona baten beharra dauka, baina zaintzen duen medikuak ez dio ematen bere gaitasunei dagokien argibiderik.
- Eredu horizontala. Eredu horretan gaixoaren duintasunaren adeitasuna eta bere pertsonalitatearen garapen libre lehentasunezkoak dira.

Lehen ereduaren helburu bakarra gaixoaren ongizatea eta osasuna bada ere, baita bere borondatearen kontra ondokoa kontutan hartuta: “gaixoaren ongizatea lege gorena eta bakarra da”; eredu horizontalean bestalde, “gaixoaren nahia, erabakia eta askatasuna dira lege gorena eta bakarra” (Medrano, 1995). Eredu bat edo bestea hartzearen ondorioak guztiz kontrakoak dira, batez ere argibideak ematerako orduan, gaixoak ondo ulertu ditzan eta horren arabera erabaki libre bat hartu ahal izan dezan. Gaixoak dituen eskubideek, legegintzaren araberrakoak, eredu horizontala eskatzen dutela ikusten dugu; hala ere, praktikan erlazio bertikalak erosoagoa ematen du, beharbada gerorako erantzukizuna hartzeko beldurratik. Hala ere, erlazio horizontala da medikuari babesa ematen diona eta gaixoaren onerako dena.

Duro Venturaren arabera (1994), gaixo mentalaren tratamenduak gatazka-egoerak sortzen dizkie medikuei, gaixoaren eskubideen errespetuari dagokionean. Honela labur ditzakegu:

- Larrialdikoak ez diren ebakuntza kirurgikoetarako baimena.
- Bigarren mailako ondorioak dituzten botiken baimena administraziorako.
- Neurri antikonzeptiboak hartzeko baimena.
- Terapia berezien erabilera (elektroshock-ak).
- Gaixo mentala zaintzea eta kontrolatzea.

Psikiatraren erantzukizunak

- Gaixoa psikiatrikoan sartzean, psikiatrak izan ditzakeen erantzukizun arazoak honako hauek dira:
 - Psikiatrikoetako sartzeko judizial penaletan, sartzeko horren erabaki eta ordena aginpide judizialek dator. Komenigarria da aldi behin gaixoaren bilakaeraz jakinaraztea epaileari, baita gaixotasunaren gutxitzeaz eta sartzeko alternatiba neurrien proposamenez. Gaixoaren eta psikiatraren arteko harremana baldintzatuta dago, gaixoak ez baitu psikiatrikoan sartzeko erabaki, psikiatrak baizik. Era berean, horrelako kasuetan posible da segurtasun indarrak egotea gaixoaren zainketarako. Hori, tratamendua distorsionatuko duen beste elementu bat litzateke.
 - Sartzeko zibiletan psikiatrak erantzukizuna izan lezake neurri gaineko sartzeko salaketapean edo legez kanpo atxikitzen bada gaixoa. Salaketa mota hori saihesteko, psikiatrak aukera izan beharko luke, berak hartutako erabakia interes terapeutikoez bakarrik dagoela eraginda esateko.

Sekretupea

- Konstituzioak ohore eskubidea eta intimitate pertsonal eta familiarra bermatzen du (18.art.). 1998ko urtarrilaren 13ko Epaian, Auzitegi Konstituzionalak agindu zuen

Konstituzioaren 18.4 artikulua babestu egiten dituela hiritarrak datuen autokontrol eskubidea eskainiz, Legeak araututako salbuespenetan izan ezik.

1999/15 Lege Organikoak, abenduaren 13koa, eta Izaera Pertsonaleko Datuen Babesari buruzkoak (7 eta 8.art.), "berezik babestutako datuak" deritzan talde bat begiesten du. Horien artean osasuna aurkitzen da, eta beraz, osasun mentala. Eskubide horiek babesteko, 1999/15 Lege Organikoak funtzio zehatz batzuk esleitzen dizkio Datuen Babeserako Agentziari, datuen babesari buruzko legegintza betetzea eta bere erabilera kontrolatzea direlarik helburua. Erakunde edo erakunde publikoak titularrak diren artxibategi automatizatuak eta baita pertsona edo erakunde pribatuak direnak barneratzen ditu. Horrela, Europako Kontseiluko 108. gomendioaren arabera, datu psikologikoak txosten medikuetan ez daudenetan ere, datu psikologikotzat hartuko dira, babes bera izango dutelarik.

- Sekretupea, ezgaitasun deklarazio baten jatorria edo psikiatrikoan sartzea planteatzeko orduan jartzen da zalantzan, medikuari, zaintzen duen pertsona horri buruzko txostena eskatzen zaionean, kaltetu egiten delako medikuaren eta gaixoaren artean dagoen sekretupeko harremana, eta hori ez betetzea oinarritzko eskubide baten bortxaketa bihur liteke. Bestalde, osasun zerbitzuek, legeak hala eskatuta, beren eskubideak errespetatuak izango diren bermea eman behar diete erabiltzaileei. Une honetan eztabaidatzen da gaixotasun mentala duten gaixoen Oinarritzko Eskubideak noiz hasten diren zalantzan jartzen. Horrexegatik, ordenamendu juridikoak, pertsonen eskubideak babestu eta bermatzeko funtzioa horretan, behar diren argibide guztiak eskatzen ditu, medikuaren eta gaixoaren sekretupea delarik ere.

Delituan jatorria duen erantzukizun zibila

- Gaixo mental baten ezgaitasun deklarazioa eskatu behar denean, gaixoaren osasun mentala dela-eta, eta batez ere babes neurri modura, legegintza zibilak arautu egiten du, senitartekoei gaixoaren ezgaitasuna eta tutoretzaren osaketa sustatzeko duten obligazioa. Senitartekoei eginkizun juridikoa dute, etikoa ere esan daiteke, beren gaixo ezgaituen tutoretza hartzeko.
- Arazoa dator gaixo mentala gatazkatia bada. Esan nahi baita, gaixoa zaintzen duten psikiatreek ere saihestu ezin dituzten arazoak sortzen dituztenean. Adibide gisa: gaixo batzuk beste pertsonen lesioak eragiten dietenean edo beren ondasunei kalte egiten dietenean, batzutan heriotza kasuak ere eman direlarik. Hori guztia gaixotasun mentalaren une kritikoren baten gertatua (krisi psikotikoak, eldarnioak, haluzinazioak...). Kasu horietan, gaixoaren erantzukizun penala erabat salbuetsita egongo da. Hala ere, delitua jatorria duen erantzukizun zibilak iraun egiten du, eta erantzukizun hori senitartekoena ere bada, Kode Penalak begiesten duenez (118.1 eta 120.1 artikulua), beti ere errua edo arduragabekeria egon bada beren partetik. Izan ere, elkarrizketatutako Elkartearen arabera, senitartekoren bat aurkitu da zenbateko nahiko handiko erantzukizun eskakizunarekin. Azkenean familiarrak libre irtetea lortzen badu ere, presiopean dago, milioi askotako kantitateak zalantzan jartzen baitira normalean. Gainera Zuzenbideko profesionalengana jo beharko du defendatua izan dadin, eta horrek gastu bat

eskatzen du. Batzutan daukaten ondasun bakarra ere galdu egin lezakete, beren etxebizitza, non gaixo mentalarekin bizi diren.

- Egoerak hauek gaineratutako zama ekonomiko bat eskatzen die gaixo mentalaren senitartekoei, berez ere nahikoa zama dutenean gaixoa zaintzen duten zaintzaileek. Beharrezkoa da biktimek, gaixo mental batek sortutako kalteengatik ordaina hartzeko eskubidea izatea. Era berean, gaixo mental batek zerbait egiten badu, psikiatrak aurreikusi edo saihestu ezin dezakeen zerbait, horrek ez luke inongo eraginik izan behar gaixo hori zaintzen duen senitartekoaren ondasunean.

Ekonomikoki, erantzukizun hori senitartekoei badagokie, erantzukizun hori beteko dituen mekanismoak sortu beharko dira. Esate baterako, seguruak ordaintzeko kamara bat ezartzea, eta modu horretan, gaixo mentalaren arduraduna den senitartekoak edo tutoreak erantzukizun hori ziurta dezake. Azken batean, legegintza-aldaketa bat izango litzateke, erantzukizunik emango ez liokeena, edo konpentsazio mekanismoak sortuz.

7. Gomendioak

1. Buruko gaitza duten pertsonen eskubideak eta haiei dagozkien gutxieneko prestazioak zehaztea, osasunekoak eta osasunaz bestekoak

Buruko gaitz kronikoa duten pertsonak osasun-beharrizanak dituzte, baita egoitzari, enpleguari, norberaren garapenari, gizarterapenari eta abarri begirako beharrizanak ere. Beharrizan horiek asetzeko, gizartearen baliabideetan parte hartzeko aukera izan behar dute. Hala ere, beraiek urriki ezagutzen dituzte hiritartasun-eskubideak. Beren osasuna, esate baterako, informaziorako, informatutako baimenerako, alternatiba terapeutikoetarako, kexarako, ospitalerapen-modalitateetarako, bapetekotasunerako eta abarretarako eskubidea oso urriki ezagutzen dute. Dituzten eskubideen zehaztapenik eza haien baldintza pertsonaletatik etor daitezkeen zailtasunei erantsitako zailtasuna da.

Beharrezkoa da, bada, gutxieneko prestazioak finkatzen dituzten gure Autonomia Erkidego osoarentzako arategiak garatzea, berdintasun, koordinazio eta lankidetzaren abiaburuak kontutan hartzen dituztenak eta zerbitzuak atzitzeko ezberdintasun-baldintzak saihesten dituztenak, zehaztapenik txikieneko eremuetan (esate baterako, gizarte-osasunezkoan) bereziki. “Aukerako laguntzen eskatzaile” soilizat har daitezkeen pertsona batzuen egoera gainditu behar da eta aintzatetsitako eskubide batzuk burutzen dituzten hiritartzat hartu behar dira.

2. Erakundeen erantzukizuna argitu eta gizarte-osasunezko gunea garatzea

Buruko gaitz kronikoa duten pertsonetako askok osasunekoak edo gizartezkoak bakarrik ez den arreta behar dute eta ez die behar besteko jaramonik egiten osasun-sistemak ez gizarte ekintzako sistemak.

Gure Erkidegoan, osasun-laguntza Eusko Jaurlaritzaren eskumenekoa da, Osasun Sailarenekoa, eta Osakidetzarenekoa; eta gizarte arreta Foru Aldundien eta Udalen menpean dago. Ez dago ezarrita osasun-legerian ez gizartezkoan sistema bien arteko koordinaziorako edo egituraketarako mekanismorik. Koordinaziorik ezak ondorio txarrak ditu: arreta-hutsuneak, ezkutaketak, balakuak, kontraesanak, zerbitzuen arteko orekarik ezak, bikoiztasunak...

Azken urteetan, batzuetan, egoera Osasun Sailaren eta Osakidetzaren eta Foru Aldundien arteko akordio espezifikoen bitartez gainditzen saiatu dira. Erakundeen

erantzukizunak argitzeko eta gizarte-osasuneko gunea koordinatzeko eta egituratzeko bide horiek eta beste batzuk garatu behar dira.

Batzuetan koordinaziorik gabe dabilta osasunaren babeserako zerbitzuak eta gizarte zerbitzuak. Horren ondorioz, biztanle-arlo batzuek ez dituzte aserik ikusten oinarrizko beharrian batzuk. Arlo horientzako gabetasun-egoerak eta baliabideen banaketa ezberdina direla eta, derrigorrezkoa eta premiazkoa da gizarte-osasuneko gunea zehaztu eta egituratzea, haien errealitatetik, baita haien beharrianak eta alternatiba posibleak ere.

3. Gizarte eta osasun zerbitzuen arteko koordinazioa hobetzea

Buruko gaitza duten pertsonen beharriari erantzuteko, sartutako zerbitzuak asko dira. Agerikoa da lehen mailako arretarako zerbitzuen eta buruko osasuneko, ospitale barneko zerbitzuen eta ospitaletik kanpoko zerbitzuen, herri zerbitzuen eta elkarteek sustatutako arteko koordinazioaren beharra, hezkuntza-zerbitzuekiko, enplegua bilatzeko bitartekotza-zerbitzuekiko eta abarrekiko koordinazioaren beharra. Koordinazio hori beharriari erantzuteko kalitatea hobetzeko da.

Buruko gaixo kronikoen erkidego-arretak eta integrazioak gizarte zerbitzuen, osasun-zerbitzuen eta gizarte osoaren konpromisoaren ondorioak izan beharko dute, eta haien garapena diziplina anitzekoa eta erkidegokoa den laneko kultura berriaren araberakoa izango da.

4. Gizarteratzeko plan bat egitea

Egun, bai Foru Aldundiek bai Osakidetzak minusbaliatu psikikoentzako giza baliabideak eta baliabide materialak ematen dituzte: ekonomi laguntzak, lan-baliabideak eta okupazionalak, Autonomia Erkidegotik kanpoko egoitza-egonaldiak, pisu babestuak, errehabilitazioa eta abar. Hala ere, ez dago gizarterapen-planik. Plan hori beharrezkoa da. Plan horrek, beharriari erantzuteko, zerbitzuak eta prestazioak zehaztu behar ditu, lehentasunak finkatu, eskariari jaramon egiten dioten erakundeak koordinatu eta jarraipen- eta ebaluazio-sistemak ezarri.

5. Bitarteko baliabideen sarea indartzea

Bitarteko zaintzen baliabideei dagokienez, laguntza-sare publikoak oraindik urritasun handiak agertzen ditu: eguneko zentroen eta ospitaleen mentsa, prebentziorako, osasunaren sustapenerako eta errehabilitaziorako programa urriak, arreta ambulatorko programen asetasuna... Bitarteko egituren mentsa are handiagoa da enpleguarekin, trebakuntzarekin eta etxebizitzarekin lotutako baliabideetan.

Era berean, adostasuna dago bitarteko egituren baliagarritasunaren eta beharriari erantzuteko gaitza duten pertsonen beharriari erantzuteko, sartutako zerbitzuak asko dira. Agerikoa da lehen mailako arretarako zerbitzuen eta buruko osasuneko, ospitale barneko zerbitzuen eta ospitaletik kanpoko zerbitzuen, herri zerbitzuen eta elkarteek sustatutako arteko koordinazioaren beharra, hezkuntza-zerbitzuekiko, enplegua bilatzeko bitartekotza-zerbitzuekiko eta abarrekiko koordinazioaren beharra. Koordinazio hori beharriari erantzuteko kalitatea hobetzeko da.

Tresna horiek ezinbestekoak dira ospitale psikiatrikoetan dauden pertsonen desinstituzionalizaziorako prozesuak garatzeko eta buruko osasuneko zentroetan edo egonaldi laburreko ospitalizazio-unitateetan egindako esku-harmenak osatzeko.

Herri zerbitzuen sarea eta elkarrekin sustatutako zerbitzuen sarea indartzeko beharrezkoa da horrelako zerbitzuei begirako goranzko eskari-igoerarekin bat datorren aurrekontu-gehikuntza.

6. Adinez txikiei zehazki zuzendutako zerbitzuak gehitzea

Txosten honetako datuekin bat etorririk, deigarria da adinez txikien arretako beharrezkoak erantzun espezifikoko urria. Horrela:

- haurren eta nerabeen arreta psikiatrikorako baliabideen urritasuna (bitarteko egituren kasuan, existentziarik eza);
- autismoak jotako pertsonentzako arreta goiztiarreko programen, eguneko zentroen, programa okupazionalen eta abarren beharra;
- goranzko beharrezkoak “berri”etarako erantzun urria, esate baterako, elikapeneko arazoetatik (anorexiatik eta bulimietatik) datozenetarakoa...

Beharrezkoa da, bada, arlo honi lehenespenezko arreta ematea eta arlo honetarako baliabideak gehitzea.

7. Zaharrentzako egoitza-baliabideak gehiagotzea

Biztanleria zahartzeak eta egungo gaixo kronikoen aurrerapenak autonomi maila txikitzea eta erantsitako arazo fisikoak agertzea dute ondorio. Zaintza bereziak eta zerbitzuak beharrezkoak dira pertsonok zaindu eta babesteko. Uneotan zaila da zaharrentzako egoitza-baliabideak atzitzea. Premiazkoa da beharrezkoak arabera ikuskapen maila ezberdinak dituzten egoitza babestuen eta etxeen sorrerarako ekimen publikoak eta pribatuak indartu eta ahaleginak egitea.

8. Zaintzen eta arreta osoaren jarraipena bermatzea

Beharrezkoa da psikiatri instituzionalizazioaren hautazkoak diren gizarte arretako programak, zertarako-eta buruko gaitz kronikoak dituzten biztanleen errehabilitaziorako eta gizarterapenerako. Programotan, osagarritasun-ikuspegitik, zerbitzu orokorreko eta, bereziki, buruko osasuneko zerbitzuen osasun-sarearekiko koordinazioan, errehabilitaziorako, egoitza-arretarako eta erkidego-laguntzarako baliabide espezifikokoak garatu behar dira. Horrela, konpartitutako zaintzan aurrera egin ahal da eta arretaren integritasuna bermatu, 1986koa eta Osasunari buruzkoa den Lege Orokorraren 20.3 artikuluan ezarrita dagoen bezala: *“Buruko gaixoaren arazoetarako arreta egoki eta osorako beharrezkoak diren errehabilitazio- eta gizarteratzeko zerbitzuak garatuko dira, gizarte zerbitzuekiko beharrezko koordinazioa bilatuz”*.

Zaintzen jarraipenerako beharrezkoa da arreta-sareko programen eta gailuen koordinazioa, jarduketak integratuz, taldean lan eginez eta famili eta gizarte euskarriak buruko osasuna babesteko elementu bezala duen garrantzia kontutan hartuz.

9. Buruko osasuna prebenitzeko eta sustatzeko arreta handiagoa ematea

Erkidego-eremuan kronikotasun-programarik gabeko buruko gaixo talde esanguratsua dago. Talde horrek gizarte baliabideen arloan hutsune garrantzitsuak ditu, eta prestazioak oztopatu eta baliabideak mugatzen dituzten oztopo ekibokoak, osasun eta gizarte zerbitzuen artekoak. Hori guztia dela eta, beharrezkoa da buruko osasuna sustatzeko eta prebenitzeko alderdiei arreta handiagoa ematea, krisi-egoeren eta beharizanaren gainean jardutea, arloarteko politikien bitartez, eta errehabilitaziorako eta gizarteratzeko jarduketei arreta handiagoa ematea.

10. Errehabilitaziorako sarbidea bermatzea

Beharrezkoa da errehabilitazio soziala eta terapeutikoa atzitzea hura behar duten pertsonen bermatzeko gizarte-osasuneko gunea egituratzea. Horrela:

- Alderdi terapeutikoan: buruko osasuneko zentroek azterketa farmakologikoak osatzen dituen arreta psikoterapeutikoa garatzeko ahalbideak izan behar dituzte. Pertsonarik larrieneztat nahiko diren eguneko ospitaleak izan behar dituzte, eta beste baliabide psikoterapeutiko batzuk (taldea, familia eta abar), eta banakako psikoterapiako programak (lehentasun-protokoloak, helburu zehatzak eta aldi baterako mugaketa).
- Gizarte alderdian: gizarte zerbitzuek laguntza eman behar dute bazterketako eta gizarte bazterketako prozesuak gelditzeko. Gutxieneko errenten programak, doaneko pentsioak, minusbaliotasunen balorazioa eta elkartzeko mugimendurako laguntza eman behar dituzte. Izan ere, mugimendu horrek ostatu-beharriaz estal ditzaketen programak eta zerbitzuak garatu behar ditu. Era berean, honakook eman behar dituzte, eguneroko bizitzako trebetasunetarako gaikuntza, enplegu eta lanbide heziketa, enplegu arrunta bilatzeko bitartekotza, gizarte ekonomiako enpresen eta enplegu bereziko tailerren sustapena. Astialdiko jarduerak eman behar dituzte: kirola, kultura, gizarte harremanak eta abar. Eta desinstituzionalizazio eraginkorrerako eremuetan nahikoa plaza izan behar dute.

11. Berezko sarerako laguntzako programak

Benetan erkidegokoa den eredu batek, gaixo kronikoentzako gizarte laguntzarako sistemak ahalbidetu eta gizarte zerbitzuen arloen eta osasun-zerbitzuen arteko koordinazioa egokitzeaz gain, gobernuz kanpoko erakundeetatik datozen erkidego-laguntzak bultzatu behar ditu. Erakunde horien artean elkarteak, fundazioak, kooperatibak eta abar daude, eta erabiltzaileen, familien eta gizarte-boluntarioen ekimena izan behar du hark.

Estimulazio goiztiarreko sendabideak, asoziazionismoaren bitartezko berdinen taldearen laguntza, laguntzarako buruko osasuneko ekipoak, familiak atsedean hartzeko programak eta etxerik etxeko laguntzarakoak, eguneko zentroak, laguntzeko programak eta abar buruko atzerapena duten pertsonen erkidegorapena ahalbidetzen duten baliabideak dira.

Familiak (bereziki, zaintzaile nagusiak diren emakumeek) eta elkarrekin pertsonon oinarrizko baldintzak asetzen laguntzen dute eta erakundeek laguntza eman behar diete, atsedean hartzeko zerbitzuen eta programen, etxerik etxeko laguntzaren, ekonomi laguntzen eta abarren bitartez.

12. Zerbitzuen kalitatea kontrolatu eta ebaluatzea

Ez bide dago oraindik buruko gaitza duten pertsonen eskatzen zaizkien zerbitzuen ebaluazio kualitatibo edo arauzkorik. Ebaluazioa are zailagoa da funtzioen mugaketa edo alde bakoitzaren erantzukizuna nahiko argi ez dagoen zerbitzuen kasuan. Erakundeek kontrolatu eta ebaluatu beharra beharrezkoagoa da pertsonen famili laguntzarik ez dagoen egoeretan: buruko gaitza duten eta famili laguntzarik ez duten pertsonak bizi diren ostaturen baldintzak (pentsioenak, pisuenak), babes-baldintzak...

Beharrezkoa da, bada, herri administrazioen konpromisoa, baliabideak eta prestazioak finantzatu, planifikatu eta ebaluatzeko. Izan ere, haiek beharrezko elementuak dira buruko osasunerako arretaren kalitatea eta zuzentasuna bermatzeko.

13. Buruko gaitzak duten pertsonen begirako gizarte sentsibilizazioa

Oraindik gure artean iraina dago, buruko gaixoenganakoa eta, batzuetan, berauen familienganakoa. Irain hori arbuio- eta bereizketa-portaeretan ageri da. Batzuetan, komunikabide batzuetako albiste zehatz batzuen tratamendu sentsazionalistak indartzen du.

Beharrezkoa da buruko gaitza duten pertsonen arbuioa eta bazterketa ahalbidetzen duten aurriritzi eta estereotipoen kontra prebenitzea eta borrokatzea. Horretarako, komenigarria da biztanle orokorreko zuzendutako sentsibilizazio-kanpainak abioan jartzea, zertarako-eta buruko arazoak dituzten pertsonak diren bezalaxe aurkezteko. "Albisteak" inoiz ez den zati positiboa erakustea eta gainerako pertsonak bezalakoak direla eskualdatzea beharrezkoa da. Buruko gaixoei arazo eta ilusio berdinak dituzte, baina gainerakoek baino oinaze psikiko handiagoa jasaten dute, eta gizarte intolerantziaren maila handiagoak. Albisteak tratatzeko hain iraintzailea ez den terminologia edo ikusmoldea erabili behar dute...

14. Lanaren bitartez gizarteratzeko benetako ahalbideak gehitzea

Pertsonen gizarte bazterketaren kontrako borrokarako edo, beste era batera esanda, gizarterapenerako beharrezkoa da normalizatutako erkidego-baliabideetan parte hartzeko benetako aukerak eta enplegu-eskaintzak sustatzea.

Profesionalen eta senitartekoen kritika eta proposamenik handienak talde horrentzat lanpostu gehiago sortzeari begira dago, minusbaliatuen gizarterapenari buruzko Legea betetzeari begira. Ekonomi laguntzek bizi-mailarako egokiagoak izan behar dute. Izan ere, gaur egun, bere familiaren euskarria duen buruko gaixoa bakarrik atera daiteke aurrera bizi-kalitatearen baldintza duinetan. Familiarik gabeko buruko gaixo batentzat ez da posible burujabe izatea. Biztanleria honentzako kontratu berezien hobekuntza falta da. Ordaindutako lana famili bizitzarekin edo pertsona burujabeen zaintzarekin uztartu behar da arlo hau bereziki babesteari begira. Lan-merkatuaren berrikuntza, gizarterapen-postuak sortzearen bitartezkoa, beharrezkoa da, halaber.

Halaber, beharrezkoa da gai batzuetan Legearen aplikazio hertsia bermatzea. Esate baterako, 50na langiletik gorako enpresek beren enpleguen %2 pertsona minusbaliatuentzat gorde behar dute.

15. Babes-fundazioen sorrera bultzatzea

Beren autonomi gaitasunean urritasunak dituzten eta tutoretza-funtziok buru ditzakeen gaixorik edo beste pertsonarik ez duten eta defentsarik gabe eta ezgaituta dauden gaixoen kopuru nabarmena dagoela eta, beharrezkoa da buruko gaixoaren ongizatea, segurtasuna eta babesza zaintzen duten nortasun juridikoak eratzea. Babes-fundazioa da erarik egokiena, eta, horregatik, beraren sorrera sustatu behar da.

Beharrezkoa da seniderik ezaren aurrean ezinduaren egoera juridikoa hobetzea. Hobeto zehaztu behar da zein den babesaren eta izatezko babesleen egoera eta izaera juridikoa. Famili erakundeak eta gizarte babeserakoak bultzatu behar dira, baldin eta ezarritako beharkizunak eta bermeak oro betetzen badira. Familiak epailearen tutoretzara subsidiarioki jotzea bultzatu behar da, pertsona ezgaituaren senide-tutorea hilez gero.

16. Minusbaliotasuneko judizioko prozeduretan buruko gaitza duten pertsonen bermeak hobetzea

Ezgaitzen duen judizioko prozedura buruko gaitza duten pertsonen eskubideen bermea da.

Perspektiba horretatik, gaikuntzarik ezeko prozesuak bizkortu behar dira. Horretarako, beharrezkoa izan daiteke epaitegiak eta auzitegiak espezializatutako bitarteko pertsonal eta materialez hornitzea, buruko gaitza duten pertsonen babes juridikoaren bermerik onenari begira.

Beste alde batetik, Kode Zibilaren eta arau prozesalen aplikazioan kontutan hartu behar da ezen buruko gaitza duten pertsonak eskubideen titularrak direla eta gaikuntzarik ezak nahi den babeserako beharrezkoak bakarrik ukitzen ditu.

17. Gai ez denaren ondarearen errentagarritasuna erraztea

Beharrezkoa da gai ez direnen ondarearen errentagarritasuna ahalik eta gehien bermatzea, ezgaituen beharrianak asetzen dituzten finantza-sistemen bitartez: pertsona minusbaliatuen eguneroko laguntzarako gainontzeko baten beharra dakarren minusbaliotasuna duten edo bereziki zaurtu ahal direnentzako pentsio-plan bereziak zabaltzea... Ildo horretatik, oso garrantzitsuak izan daitezkeen figurak daude, hala nola, autotutoretza, laguntza bereziko fundazioak, famili tutoretza, fideikomisoa, familiarentzat gai ez denaren ondarea itzuli ahal izatea, hura hil edo Foru Zuzenbideko figura batzuk aprobetxatuz gero.

18. Ekonomi laguntza eta zerga-tratamenduaren hobekuntza

Zergak ikusita, adieraz daiteke ezen, oro har lurralde ezberdinetan minusbaliatuaren figuraren inguruan ezarritako arautegia bat datorrena bada ere, bere osotasunean hobetu ahal dela, lortu gura duten integrazio osoko helburutik. Egoera hori Arartekoak planeatu du aurreko gomendioetan (1999ko Urteko Txostenean 8 zenbakiko gomendio orokorra).

Ildo horretatik, edozein ikuspuntutatik iritsi diren bistako lorpenak ahaztu barik, zerga-perspektibatik, minusbaliotasuna duen pertsona taldearen aukerak berdintzeko bidean, baieza dezakegu ezen, gaur egun, euskal zerga-arauek talde honi Estatuko gainerako tokietan aplikatu daitezkeen xedapenek baino tratamendu txarragoa ematen diote orokorrean. Abuztuaren 4ko 38/1997 legetik abiatuta gertatutako Ekonomi Itunaren aldarazpenak lurralde historikoetako erakundeei ordura arte ez zuten arau-autonomia ematen dio, PFEZn bereziki. Horrek haiei ahalbidetuko die, legegintza-eraberriketari begira aurrea hartzea barik, Lurralde Erkidean indarrean dauden arauekin parekatzea.

Horrela, esate baterako, minusbaliotasuna duen pertsona den babestuari begirako tutoreek eta administrazioaren eta epailearen ebazpenaz emandako legezko harrerarengatik pertsona minusbaliatuen zaintza agindu zaienek, funtzio hori lanbide edo administrazio karguaz egiten denean izan ezik, gurasoen zerga-abantailak izan behar dituzte. PFEZn, minusbaliotasunarengatikoen kenkaria alboko ahaideengana eta subjektu pasiboarekin bizi diren gainerako pertsonengana zabaldu behar da, baldin eta beren lege-minusbaliotasuna kreditatzen badute, eta 65 urte beterik dituzten kontutan hartu barik. Era berean, subjektu pasiboaren minusbaliotasunean kausa dakarten guztientzat gaitzaren gastuengatikoen kenkaria ezarri behar da. Zeharkako zergen arloan, esate baterako, BEZean, zergaren tasa supertxikitua aplikatzea kontutan hartu behar da, edota txikitua, beren izaerarengatik edo eskuratzailaren beharrezko kreditazioarengatik pertsona minusbaliatuen urritasunak konpontzeko zuzenduta dauden ondasun guztien emanketak eta zerbitzu guztien prestazioa.

8. Bibliografia

Ikus erdarazko bertsioan