

OARSOALDEAN BIZI DIREN ETA GAIKOTASUN MENTAL LARRIAK DITUZTEN PERTSONEN GIZARTE BEHARREI ETA ARRETARI BURUZKO DIAGNOSTIKOA





Aldura, Errenteriako, Pasaiako eta Lezoko gaixotasun psikikoak dituzten pertsonak eta senideak biltzen dituen elkarte da. 2016an sortu zen Oarsoaldea eskualdeko herri hauetan gaixotasun mentalak dituzten pertsonen alde lan egiteko.



Arraztalo, Oiartzungo gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen eta senideen elkarte da. 2010ean sortu zen herrian kolektibo honen inguruan zeuden hutsuneak bete nahian. Ordutik, baratza ekologikoetan oinarritutako lan integrazio programa du martxan eta sentsibilizazio ekintza ugari egin ditu. Etorkizunerako, lan integrazioan sakontzeko asmoarekin, Enplegu Zentro Bereziaren proiektua sustatu nahian dabil.

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa, Eguía Careaga Fundazioaren baitan sortu zen 1972. urtean, arlo sozialeko informazio zientifiko eta teknikoaren zabalkundearen gabezia garrantzitsu bati erantzunez.



Urte berean erabaki zen ezgaitasunaren alorreko nazioarteko zerbitzu espezializatu bat sortzea. Garaiko elkarteen alorreko mugimenduari loturiko zerbitzu horren bitartez, erantzun nahi zitzairen arlo horretan lan egiten zutenei hazten ari zen dokumentazio eta informazio hori helarazi, hasieran adimen-urritasunaren arloari mugatuz, eta horren ondoren –nagusiki alderdi sozialean nabarmentzen baitzen ezin zela hartu modu isolatuan–, ezintasunen arlo osora ireki zen, azken batean, gizarte-zerbitzu orokorren gaia hartu arte.

Sustatzaileak: Arraztalo eta Aldura Elkarteak.

Egilea: SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa.

Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Politikako Sailak eta Eusko Jaurlaritzaren Enplegu eta Gizarte Politika Sailak diruz lagundutako egitasmoa.

Parte hartzaileak: Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea, Gipuzkoako Foru Aldundiaren Osasun Mentaleko eta Arlo Soziosanitarioko Atala, Aita Menni, Agifes, Gipuzkoako Foru Aldundiko Indarkeria Matxistaren Emakume Biktima Babesteko eta Gizarteratzeko zerbitzuen zuzendaritza, Lanbideko lurralde bulegoa, Gureak Industrial, Gureak Itinerary, Gureak Zerbitzuak, Hurkoa Fundazioa, Donostiako lehenengo instantziako 6. Epaitegia, Oiartzungo Udaleko gizarte zerbitzuak, Errenteriako Udaleko gizarte zerbitzuak, Lezoko Udaleko gizarte zerbitzuak, Pasaiako Udaleko gizarte zerbitzuak, Errenteriako Osasun Mentaleko Zentroa, Oarsoaldea Garapen Agentzia, gaixotasun mentala duten norbanakoak eta gaixotasun mentala duten pertsonen senideak.

HITZAURREA

2016n Arraztalo eta Aldura Elkartek Oarsoaldean gaixotasun psikikoaren inguruko tailerrak antolatu genituen. Tailer horien izenburua “Zein kolore du gaixotasun psikikoak?” izan zen. Galdera horrekin, gaixotasun psikikoaren mila koloreak irudikatu nahi izan genituen. Tailerren helburua, gaixotasun psikikoa duten pertsonen inguruan gauden guztiok gure iritziak partekatzeko eta besteenak entzuteko foroa sortzea zen.

Oarsoaldeako lau herrietatik pasa ondoren, konturatu ginen tailerretan parte hartu zuen kolektibo bakoitzak gaixotasun psikikoari eta hori jasaten dutenen arretari buruzko ikuspuntu oso ezberdinak genituela. Bilkurak anitzak izan ziren, bertan gaixotasuna dutenak, senideak, sendagileak, gizarte langileak, politikariak, herritarrak eta beste hainbat pertsona bildu ginelako.

Ikuspuntu guztiak bildu eta eskualdeko egoerari buruzko diagnostikoa egitea beharrezkoa zela konturatu ginen. Ordutik, SIISekin elkarlanean bi urte egon gara diagnostiko hori egiten eta eragile ezberdinen iritziak biltzen. Ikerketa horren emaitza esku artean duzun txosten hau da, non egoeraren aztekerta kuantitatiboa eta kualitatiboa azaltzen den. Arraztalo eta Alduraren helburua txosten hau gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan parte hartzen dugun eragileon lana hobetzeko tresna izatea da.

Egia da Oarsoaldeari begira egindako txostena dela, nahiz eta ziur aski emaitzak Gipuzkoara hedatu daitezkeen. Hala ere, eskualde mailako azterketa egiteak arrazoi bat du. Txosten honetan bertan aipatzen den moduan, arretaren kalitatea gertutasunak eta indibidualizazioak bermatzen dute, besteak beste. Gertutik lan eginez gero, ekintzaren emaitza hobea izango da, eta hori kontuan hartuta egiten dugu lan Arraztalo eta Alduran egunero.

Arraztalo eta Alduratik ikerketa honetan modu batera edo bestera lagundu duzuen guztioi eskerrak eman nahi dizkizuegu. Zuen ekarpenak etorkizun hurbilean gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta hobetzen lagunduko dutelakoan gaude.

Arraztalo eta Aldura Elkartek.

AURKIBIDEA

1	SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA	7
1.1	SARRERA: ¿ZERGATIK OARSALDEA ESKUALDEAN BIZI DIREN ETA GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN GIZARTE BEHARREI BURUZKO TXOSTENA?	7
1.2	HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA	8
2	JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN	13
2.1	GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN JOERAK ETA PARADIGMAK	13
2.1.1	PERTSONEN ESKUBIDEEN ERRESPETUA ETA SUSTAPENA	14
2.1.2	PERTSONAN ETA AHALDUNTZEAN OINARRITUTAKO PLANGINTZA	14
2.1.3	BIZI KALITATEAREN KONSTRUKTOA	16
2.1.4	KOMUNITARIOAK BETETZEN DUEN PAPERA	18
2.1.5	HERRITARREN PARTE HARTZEA ETA HIRUGARREN SEKTOREA	19
2.1.6	KOORDINAZIOA, DIMENSIO ANIZTASUNA ETA ESKU HARTZEEN INTEGRALTASUNA	19
2.1.7	LAGUNTZA EREDUAK	20
2.1.8	EXIJENTZIA BAXUA	21
2.1.9	GIZARTE INBERTSIOA ETA PREBENTZIOA	22
2.1.10	EBIDENTZIAN OINARRITUTAKO PRAKTIKA (PBE)	22
2.1.11	PRAKTIKA ONAK	23
2.2	ESTIGMA SOZIALAREN AURKAKO BORROKA	28
2.2.1	JUSTIFIKAZIOA	28
2.2.2	ESKU HARTZEA	29
2.2.3	PRAKTIKA ONAK	30
2.3	GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN ETA BAZTERKERIA EGOERA LARRIAN DAUDEN PERTSONEI ARRETA	31
2.3.1	GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN ETA BAZTERKETA EGOERA LARRIAN DAUDEN PERTSONEN ARRETAN JOERA BERRITZAILEAK	32
2.3.2	ARRETA INTEGRALA ETA ZERBITZUEN KOORDINAZIOA	32
2.3.3	INGURUNE IREKIAN ESKU HARTZEA ETA TALDE IBILTARIAK	33
2.3.4	DESINSTITUZIONALIZAZIO PROGRAMAK	35
2.3.5	ETXEBIZITZA AURRENA EDO HOUSING FIRST EREDUA	36
3	BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSALDEA ESKUALDEAN	38

1. SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

3.1 BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA OARSOALDEAN.....	38
3.1.1 OSASUN MENTALEKO INDIZEA.....	38
3.1.2 ANTSIETATE ETA DEPRESIO SINTOMAK	39
3.1.3 SUIZIDIO ARRISKUA	41
3.2 GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA	43
3.2.1 GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN OSASUN ARRETA.....	43
3.2.2 GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN GIZARTE ARRETA.....	46
3.2.3 GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA INTEGRAZIO SOZIOLABORALARI DAGOKIONEAN.....	49

4 OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA.....

4.1 GIPUZKOAKO LURRALDEAN GAIXOTASUN MENTAL LARRIAK DITUZTEN PERTSONEN GIZARTE ETA OSASUN ARRETA	53
4.1.1 ARRETA EREDUA.....	53
4.1.2 ARRETA SISTEMA.....	56
4.2 OARSOALDEKO GAIXOTASUN MENTALA DUTEN PERTSONEN GIZARTE BEHARREI BURUZKO AZTERKETA.....	57
4.2.1 ETXEBIZITZAREN ETA ETXEZ ETXEKO LAGUNTZAREN ESPARRUA	57
4.2.2 LANAREN ESPARRUA	64
4.2.3 DIRU SARREREN ETA EGOERA EKONOMIKOAREN ESPARRUA.....	72
4.2.4 OSASUNAREN ESPARRUA.....	74
4.2.5 FAMILIA ERLAZIOEN ETA GIZARTE PARTE HARTZEAREN ESPARRUA.....	82
4.3 BEHAR BEREZIAK DITUZTEN PERTSONAK	88
4.3.1 PERTSONA GAZTEAK	88
4.3.2 ADINEKO PERTSONAK.....	90
4.3.3 EMAKUMEAK	93
4.3.4 ATZERRITARRAK.....	96
4.3.5 BAZTERKETA EGOERAN DAUDEN ETA GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONAK.....	97
4.3.6 DIAGNOSTIKO ZEHATZAK DITUZTEN PERTSONAK	99

5 ONDORIOAK.....

5.1 AZTERKETA BIBLIOGRAFIKOARI BURUZKO ONDORIOAK	103
5.2 AZTERKETA KUANTITATIBOARI BURUZKO ONDORIOAK	103
5.2.1 OSASUN MENTALEKO ARAZOEN ERAGINA.....	104
5.2.2 GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA	104
5.3 AZTERKETA KUALITATIBOARI BURUZKO ONDORIOAK	105

1. SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

5.3.1	ARRETA EREDUA ETA SISTEMA.....	105
5.3.2	OSASUN SISTEMA.....	105
5.3.3	ESPARRU SOZIOLABORALA	106
5.3.4	BEHAR BEREZIAK DITUZTEN PROFILAK	106
5.3.5	ZEHARKAKO ERRONKAK.....	107

6 GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPIZKOAN 108

6.1	GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEI BURUZKO DATU ZEHATZAK BILTZEA.....	108
6.2	ARRETA EREDUA ERABAT MARTXAN JARTZEA	108
6.3	ESKU HARTZEAK INDIVIDUALIZATU	112
6.4	ZAINTZAREN JARRAITUTASUNA BERMATZEA	115
6.5	GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN AHALDUNTZEA ETA GIZARTE PARTE HARTZEA	121

7 BIBLIOGRAFIA 124

1 SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

1.1 Sarrera: ¿zergatik Oarsoaldea eskualdean bizi diren eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen gizarte beharrei buruzko txostena?

Munduko Osasun Erakundeak (MOE) dionez lau pertsonatik batek gaixotasun psikikoren bat edukiko du bere bizitzan zehar. Ez dago arrazoi bakar bat gaixotasun mota hauek garatzeko. Orokorrean, buru osasun arazo bat agertzeko, faktore genetikoek, gizarte esparruko arazoek eta bizitzako esperientzien arteko konbinazio bat gertatzen da. Horrela, azkeneko hamarkadan, Espainian antsiolitikoen kontsumoa %40 igo da eta depresio larria diagnostikatu zaien pertsonen kopurua %50. Fenomeno honek krisiarekin ere erlazioa duela dirudi. Datu hauek erakusten dute arazo honen eragina biztaleriarengan nabarmena dela eta gainera, goranzko joera duela.

Bestalde, kontuan hartu behar da 80. hamarkadan egin zen desinstituzionalizazio prozesuaren ondorioz, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta eredu erabat aldatu zela, osasun arretako egitura handietan oinarritua egotetik arreta komunitarioan oinarritua egotera pasatuz. Bigarren eredu honen oinarrian gertuko arreta dago. Hau da, gaixotasuna duen pertsona bere etxean eta bere ingurunean mantentzen saiatzen da ahal duen guztitan, osasun eta gizarte zerbitzuak pertsona erabiltzailearen beharren inguruan artikulatuz. Gainera, gertutasuna, indibidualizazioa eta normalizazioa dira printzipio nagusiak arretan.

Hala ere, txosten honetan erakusten den moduan, arreta eredu aldaketa ez da arreta komunitarioko baliabideen handitzearekin batera egin, ondorioz lehenago zaila bazen gaixotasun psikikoa duten pertsonen egoera, are eta gehiago zaildu da orain. Gainera, gaixotasun psikikoen eragina handitu egin da. Era berean, egoera honek aurretik ahulduta zeuden familia sareak mugatu eta ahitu egin ditu. Nahiz eta laguntzen jarraitzen duten, gero eta zailagoa zaie bizitzako momentu zehatzetan gaixotasun psikikoa duten pertsonen behar dituzten arreta, laguntza eta gainbegiraketa egokia mantentzea.

Testuinguru honetan, Oarsoaldean bizi diren gaixotasun psikikoa duten pertsonen egoera ezagutzearen garrantzia planteatu da. Horretarako, eskualdean bizi diren eta gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen beharren diagnostikoa egin da, datuen azterketa kuantitatibotik eta kualitatibotik abiatuta.

Txostenak sei atal ditu. Lehenengoa hau da eta bertan ikerketa prozesuan erabili den metodologiaren deskribapen laburra egiten da. Bigarren atalak azterketa bibliografikoaren emaitzak sistematizatzen ditu lau azpi ataletan. Lehenengoan, gaixotasun psikikoa diagnostikatua duten pertsonen kalitatezko arreta soziosanitario baten oinarritzko printzipioak zehatz mehatz azaltzen dira. Bigarrenak estigma eta honen aurkako borroka kontuan hartzeak duen garrantzia azpimarratzen du. Hirugarrenak, bazterketa egoera larrian dauden gaixotasun psikikoa duten pertsonekin egin beharreko lanaren inguruko praktika onak eta irizpideak zehazten ditu. Azkenik, laugarren azpi atalean gaixotasun psikikoa duten pertsonen artean dauden profil ahulenak deskribatzen dira, hala nola, emakumeak, preso ohiak edo atzerritarrak.

Hirugarren atalean, Oarsoaldea eskualdeko buru osasunaren problematikari buruzko azterketa kuantitatiboa egiten da. Lehenik eta behin orokorrean buru osasun arazoek eskualdean duten eragina aztertzen da. Bigarrenik, dagoeneko gaixotasun mentala diagnostikatua duten pertsonen egoera aztertzen da beraiei zuzendutako gizarte zerbitzuen, osasun zerbitzuen edo integrazio soziolaboraleko programen ikuspuntutik.

1. SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

Laugarren atalean, ikerketan zehar egin diren 44 elkarrizketa eta bi eztabaida taldeetan bildutako emaitzak jaso dira. Atal honen egiturari dagokionean, hiru azpi atal nagusi ditu. Lehenengoan laburki Gipuzkoako gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta ereduaren printzipioak deskribatzen dira, baita arreta sisteman parte hartzen duten eragile nagusiak ere. Bigarren azpi atalean Oarsoaldean bizi diren eta gaixotasun mentala duten pertsonen egoera aztertzen da, honako esparruetan: etxebizitza, enplegua, osasuna, diru sarrerak, erlazio sozialak eta familia eta gizarte parte hartzea. Horietako esparru bakoitzaren asetze maila eta bakoitza artatzeko dauden baliabideak aztertzen dira. Azkenik, hirugarren azpi atal batean, arreta behar bereziak dituzten eta zaintzeko zailtasun gehiena duten pertsonen beharrak aztertzen dira, adibidez, adineko pertsonak, pertsona gazteak, emakumeak, atzerritarrak eta bazterketa egoeran dauden pertsonak. Diagnostiko zehatz batzuk dituzten pertsonen beharrak ere aipatzen dira, hala nola, patologia duala duten horiena edo nortasun nahasmendua dutenena.

Bosgarren atalean azterketa kuantitatibo eta kualitatiboaren ondorioak irakur daitezke. Ondoren, seigarren atala dator, non Oarsoaldean eta orokorrean Gipuzkoan gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta hobetzeko identifikatutako zeharkako erronkak aipatzen diren. Izan ere, txosten honen atal ezberdinetan aipatzen den moduan, arreta zerbitzu ugari daude, Aldundikoak direnak eta Gipuzkoa osorako planifikazio tresnen arabera egituratzen direnak, baita Euskadi mailan antolatzen direnak ere. Identifikatu diren zeharkako erronkak honakoak dira: arretaren indibidualizazioa, arretaren jarraitutasuna bermatzea eta erabiltzaileen parte hartzea eta ahalduntzea sustatzea zerbitzuen diseinuan eta erabakietan, batez ere beraien errehabilitazio planen eta zaintzaren inguruan. Jarraian, ikerketaren helburuak eta txosten hau egiteko jarraitu den metodologia azaltzen da. Ondoren, analisia dator.

1.2 Helburuak eta txostenaren metodologia

Ikerketa honen **helburu nagusia** buru gaixotasun eta nahasmendu larriek¹ Oarsoaldean duten eragina aztertu eta eskualdeko herriren batean bizi diren eta gaixotasuna diagnostikatua duten pertsonen gizarte behar nagusien deskribapena egitea da. Gainera, helburu hau azterketa bibliografiko batekin osatu da, non azken urtetan kolektiboaren arretan nazioartean joera nagusi eta praktika onak diren proiektuak identifikatu diren. Jarraian, ikerketa honetako atal bakoitza garatzeko erabili den metodologia zehazten da.

Azterketa bibliografikoa, Espainia zein nazioarte mailan (batez ere Europakoak, Estatu Batuetakoak eta Australiakoak) aurkitu den literatura zientifiko eta profesional interesgarriena aztertzean oinarritu da. Bilaketan arreta berezia jarri da gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan funtzionatzen duten esku hartze motetan.

Erabilitako informazio iturriak honakoak dira:

¹ Adibidez, Osasun eta Gizarte Politiken Ministerioak 2009an argitaratutako “Guía de práctica clínica para intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave” eskuliburuan, gaixotasun psikiko larri bat edukitzeko irizpideak zehazten dira: 1) CIE-10 gaixotasunen sailkapeneko F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F32.3, F33 y F42 kode diagnostikoen sintomatologia egotea; 2) gaixotasunaren 2 urte edo gehiagoko bilakaera edo hondatze progresiboa azken sei hilabetetan (rol sozialak uztea eta kronifikazio arriskua) eta 3) pertsonaren funtzionamendu pertsonalean, lanean, gizartean edo familian eragin ertaina edo larria, eskala ezberdinen bidez neurtua, adibidez “Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)”, 50etik beherako puntuazioarekin, edo “escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I)”, alderdi guztietan 3 puntutik gorako puntuazioarekin.

Izan ere, gaixotasun mental larriaren kontzeptuak ez du esanahi bakarra sendagileen artean. Euskadiko osasun sistemaren kasuan, lehenengo irizpidea CIE-10eko F20, F21, F25 eta F31 diagnostikoetara mugatzen da, beste biak berdin erabiltzen direlarik.

1. SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

- SII Sen datu basea (www.sii.net)
- Web of Science datu base zientifikoa
- Cochrane Plus liburutegia
- Erreferentzia diren erakundeen informazioa (internet, posta elektronikoa, etc.)

Txostenaren zati hau idazteko (2. kapitulua), 50 bat dokumentu aukeratu eta aztertu dira – bibliografian zehazten direnak – gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan gertatzen ari diren berrikuntzak zein diren argitzeko.

Azterketa kuantitatiboaren inguruan (3. kapitulua), Oarsoaldean buru osasun arazoek duten eraginaren eta gizarte zein osasun arretak ematen duen estaldura zein den jakiteko, honako informazio iturriak erabili dira:

- Biztanleriak nabaritzen duen buru osasunaren inguruko informazioa, Euskadiko Osasun Inkesta erabili da, zeina Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak egiten duten bost urtean behin. Azkeneko datuak 2013koak dira, beraz agian gaur egungo biztanleriaren egoera aldatu da. Hurrengo emaitzak 2018an zehar argitaratzea espero da.
- Osasun arretaren inguruko datuak Osakidetzatik datoz – zehazki Gipuzkoako Osasun Mentaleko saretik. Gaixotasun psikikoa duten pertsonen zuzendutako gizarte zerbitzuen datuak berriz Gipuzkoako Gizarte Behatokitik (Behagi) eta Gipuzkoako Foru Aldunditik.
- Lan egoeraren inguruko datuak berriz, INEren Biztanleria Aktiboaren Inkestatik – desgaitasuna duten pertsonen enpleguari buruzko datuak barne -
- Gainera, Euskadiko lan babestuaren elkarteko (EHLABE) memorietatik ere datuak hartu dira, Gipuzkoak Enplegu Zentro Berezieta eta zentro okupazionala lan egiten duten eta gaixotasun psikikoa duten pertsonen kopurua jakin ahal izateko.
- Erabili diren beste informazio iturriak gaixotasuna duten pertsonen eta senideen elkarten argitalpenak izan dira, hala nola, Fedafes, Eufami eta Agifes.

Azkenik, Oarsoaldea eskualdean bizi diren eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen gizarte beharren **diagnostiko kualitatiboa** egiteko (4. kapitulua) elkarrizketa eta eztabaida ugari antolatuta dira arreta zerbitzuetan lan egiten duten profesionalekin, senideekin, zaintzaileekin, gaixotasuna dutenen babeserako elkartetako partaideekin eta baita gaixotasuna dutenekin ere. 1.1 Taulan elkarrizketetan parte hartu duten pertsonen zerrenda ageri da.

1.1 Taula Ikerketan zehar elkarrizketatu diren pertsonak

Izen-abizenak	Erakundea	Ardura
Álvaro Iruin	Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea	Zuzendari-kudeatzailea
Arantxa Aiertza	Osasun Mentaleko eta Arlo Sozioanitarioko Atala eta Dependentsiaren eta Desgaitasunen Arretarako zerbitzua, Gizarte Politikako Departamentua, Gipuzkoak Foru Aldundia	Zerbitzuburua
Eukene Zapirain		Osasun Mentaleko arduraduna
Vicente Hueso	Aita Menni (Hermanas Hospitalarias)	Errehabilitazio psikosozialerako zentroen

1. SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

		koordinatzailea
Verónica Pazos	Buru Gaixotasuna duten Pertsonen eta Senideen Gipuzkoako Elkarte (Agifes)	Gizarte langilea
Patxi Leturia	Indarkeria Matxistaren Emakume Biktima Babesteko eta Gizarteratzeko zerbitzua, Haurren babeseko eta gizarteratzeko zuzendaritza nagusia, Gizarte Politikako Departamentua, Gipuzkoak Foru Aldundia	Zerbitziburua
José Luis Mayoz	Gipuzkoako lurralde bulegoa, Lanbide	Arduraduna
Patxi Córdoba		Koordinatzailea
Mikel Altuna	Gureak Industrial	Lantegi arduraduna
José Martín		Formazio teknikaria
Pili Romero		Pertsonen bideratzailea
Isabel Esteibar	Gureak Itinerary	Orientatzailea
Ainhoa Quirce	Gureak Marketing	Ekoizpen arduraduna
Martín Agüero	Gureak Zerbitzuak	Pertsonen arduraduna
José Ignacio del Pozo	Fundación Hurkoa	Zuzendari-kudeatzailea
Aurora Elósegui	Juzgado de Primera Instancia nº 6 de San Sebastián	Epailea
Myriam Goikoetxea	Oiartzungo Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Zerbitzuen saileko arduraduna
Amaia Martín	Oiartzungo Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Langilea
Edurne	Errenteriako Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Langilea

1. SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

Martiarena		
Leire Sein	Errenteriako Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Langilea
Maite Kortajarena	Pasaiaiko Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Langilea
M. ^a Jesús Carrera	Pasaiaiko Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Langilea
Dami Muñoz Boza	Lezoko Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Zerbitzuen saileko arduraduna
Maite Getaria	Lezoko Gizarte Zerbitzuak	Gizarte Langilea
M. ^a José Encinas	Errenteriako Osasun Mentaleko zentroa, Gipuzkoako Osasun Mentaleko sarea, Osakidetza	Gizarte Langilea
Juan del Pozo		Psikologoa, Errenteriako Osasun Mentaleko Zentroko arduraduna
Anabel Hernández		Psikiatra
Patxi Arrazola Zaldúa	Oarsoaldea Garapen Agentzia	Enplegu Saileko Zuzendaria
Kontxi Costa		Enplegu Saileko koordinatzailea
Pedro del Olmo	Arraztalo – Oiartzungo Gaixotasun Psikikoa duten pertsonen gizarte eta lan integrazioarako elkarte	Kidea
Kontxi Larrañaga		Kidea
Javier Macicior	Aldura – Errenteria, Pasaia eta Lezoko Gaixotasun Psikikoa duten pertsonen gizarte eta lan integrazioarako elkarte	Kidea
Arantxa Saldise		Kidea
Beste batzuk (zazpi)		Gaixotasun mental larria diagnostikatua duten pertsonen

1. SARRERA, HELBURUAK ETA TXOSTENAREN METODOLOGIA

pertsonako eztabaida taldea)		senideak
Beste batzuk (hamabi pertsonen elkarriketa)		Gaixotaun mental larria diagnostikatu duten eta Gipuzkoako Osasun Mentaleko sarean artatzen dituzten pertsonak

2 JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Atal honen helburua, gaur egun gaixotasun mentalak dituzten pertsonen eskaintzen zaizkien gizarte, gizarte integrazio eta lan integrazio zerbitzuetan dauden joera eta paradigmak aztertzea da. Ikerketa, gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arretan ondoen funtzionatzen duten esku hartzei buruzko literatura zientifikoaren eta profesionalaren azterketan oinarritu da. Batik bat, gure inguruneke esperientziak aztertu dira (Europakoak, baina baita Estatu Batuetakoak eta Australiakoak ere).

2.1 GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN JOERAK ETA PARADIGMAK

Salud Mental España Konfederazioak (2016) dionez, nahasmendu motaz eta honen intentsitateaz haratago, gaixotasun psikiko baten diagnostikoari aurre egin behar dion pertsona baten arretan ezinbestekoa da honako beharrak behar bezala asetzea:

- Beraien aniztasuna onartzea.
- Autonomia pertsonalari errespetua eta pertsonaren duintasuna bultzatzea.
- Beraien eskubideak babestea oinarri duen arreta eredu ezartzea.
- Norbanakoen nahiak errespetatzen dituzten erabakiak hartu ahal izateko laguntza sistemak garatzea.
- Buru nahasmenduei buruzko informazioa jasotzea, legeari buruzko informazioa barne.
- Arreta integrala eskaintzea, soziosanitarioa, koordinatua eta pertsona bere ingurunetik urruntzen ez duena.
- Eta azkenik, senideak eta ingurunea laguntzea, gehienetan – kasuen %80ean baino gehiagotan- zaintzaile nagusiak izango direlako eta hori egiteko formazio eta baliabide nahikorik ez dutelako.

Dagoeneko aipatu diren hauei, Espainiako Gaixotasun Mentala duten elkarten konfederazioak (FEAFES), hurrengoak gehitu dizkie:

- Hezkuntzara, enplegu duinera eta etxebizitzara sarbidea.
- Eragiten dieten politiken diseinuan eta ebaluazioan parte hartzea.
- Psiko-hezkuntzan inbertsioa.

2013an, aditu talde baten eta FEAFES elkartearen arteko topaketa batetik, berehala martxan jarri beharreko neurri terapeutikoen laburpen bat atera zen. Ekintza horiek martxan jartzeak arazoari modu egokian aurre egitea bermatuko luke, era integralean eta pertsonen giza eskubideak, eskubide ekonomiko, sozial eta kulturalak errespetatuz. Sendatzean eta ongizate orokorrean zentratutako ikuspuntua izango luke arreta mota honek, erakunde publikoen aldetik inbertsio ekonomiko handien beharrik gabe. Gainera, larrialdietan, botiketan eta ospitaleratzetan gastu publikoa gutxituko luke. Oinarrizko neurri hauek lau ardatzetan banatu daitezke:

- Disziplina anitzeko taldeak.
- Arreta indibidualizatuko planak.
- Etxez etxeko laguntza.
- Familia esku-hartzeko taldeak.

Laburbilduz, sendatzea, errehabilitazioa eta gizarte zein lan integrazioa bultzatzen duten neurriak hartu behar dira, kolektibo honi eragiten dion estigma soziala, beraien sendatzean eragin negatiboa duena, ezabatzeko lehen pauso gisa.

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Zalantzarik ez dago azken urtetan hobekuntza nabaria lortu dela gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan: erabiltzaileen eskubideei errespetua eta indibidualizazioa printzipio ukaezinak dira, teorikoki bada ere. Gainera orokorrean onartzen da, komunitatean integratutako arreta zerbitzu txikiak behar direla. Ahalduntzeari eta zerbitzuetan eta zentroetan erabiltzaileen eta senideen parte hartzeari garrantzia ematen hasi zaio. Bizi kalitatearen konstruktoan oinarritutako prozesuak garatzearen beharra gailentzen ari da eta dimentsio anitzeko eta arreta integraleko zerbitzuek eraginkortasun handiagoa dutela onartzen da.

Honi jarraituz, ikerketa honetan aztertu den literaturan, gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arreta programen diseinuan kontuan hartu behar diren 9 elementu nagusi aipatzen dira. Horiek diseinuan txertatuz gero, programaren eraginkortasuna hobetzeko aukera dago:

- a) Pertsonen eskubideen errespetua eta sustapena.
- b) Pertsonan eta ahalduntzean oinarritutako plangintza.
- c) Bizi kalitatearen konstruktoa.
- d) Komunitarioaren papera arretan.
- e) Koordinazioa, dimentsio aniztasuna eta integralitatea arretan.
- f) Laguntza ereduak.
- g) Exijentzia baxua.
- h) Gizarte esku hartzea eta prebentzioa.
- i) Ebidentzian oinarritutako lana.

Ilido hauek banaka, hurrengo ataletan aztertzen dira.

2.1.1 Pertsonen eskubideen errespetua eta sustapena

Arretaren etengabeko hobekuntza lortzeko aldaketak egin behar badira, ekintza guztietan erreferentziazko ideia bat hartu behar da kontuan: gaixotasun mentalak dituzten pertsonen eskubideei errespetua. Kalitatezko arreta batean errespetu hori *sine qua non* baldintza dela onartu behar da.

Eskubide hauek arretaren oinarritzko printzipio izateak ez du esan nahi zerbitzuan eragiten duten beste interesak ahaztu behar direnik, batez ere bizitza kolektiboaren antolaketak ezartzen dituen interes horiek. Eskubideen errespetuak erabiltzaileek betebeharririk ez dutenik ere ez du esan nahi. Erabiltzaileek euren eskubideak gauzatzea errazten duten eta era berean arreta zerbitzuen egituraren beharrei erantzun dieten formulak aurkitzeko ahalegina egin behar dugu. Bien beharrak berberak izan ez arren, bateragarriak izan daitezke eta elkarri mesede egin diezaiokete.

Arretaren erdigunean pertsonen eskubideak ezartzeak, eskubide horiek arau nagusia direla esan nahi du eta horiek gauzatzeari jarritako edozein mugak salbuespena izan beharko luke. Zalantzarik gabe, arreta ematerako garaian erdigunean eskubideak jartzeak zailtasunak dakartza. Batzuetan zailtasun horiek pertsonen eskubideen eta zerbitzuen antolaketa baldintzen bateragarritasun faltagatik azaltzen dira. Pertsona batzuk behar duten arreta maila oztopo izan daiteke gainera, baita zerbitzuetako profesionalen eta senideen artean kultura horren integrazio falta ere. Ez dago zalantzarik zentzu horretan aurrerapausoak lortu nahi baditugu, jarrera aldaketetan oinarritutako prozesu motel batekin konprometitu behar dugula (Gizarte Politikako Departamentua Gipuzkoako Foru Aldundia, 2015)

2.1.2 Pertsonan eta ahalduntzean oinarritutako plangintza

Europa osoan, pertsonan zentratutako zerbitzuen aldeko mugimendu gero eta handiagoa dago, zerbitzuen pertsonalizazio, aukeraketa eta erabiltzailearen parte hartzea uztartzearen alde egiten duena. Hau ohiko zerbitzu publikoen ereduaren aurkakoa da, eredu horretan, erabiltzaileak, profesionalak diseinatu eta emandako zerbitzuen hartzaile pasiboak baitira.

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Pertsonalizazioaren helburua, bakoitzak behar dituen zerbitzuak antolatzeko gai izatea da eta aktiboak dituen norbanakoa dela onartzea. Honek esan nahi du bakoitzak zein zerbitzu eta nola erabili nahi dituen erabakitzeko aukera eduki behar duela. Gainera, zerbitzuen diseinuan erabiltzaileen parte hartzea dagoela suposatzen du (bai erabiltzaile taldeena baita norbanakoena ere), horiek bakoitzaren behar errealei erantzun diezaioten, kanpotik ikusten diren behar eta nahien arabera diseinatu ordez. Pertsona zentratutako zerbitzuetan, pertsonen indarguneetan eta beraien gaitasunetan jartzen da arreta, buru osasun arazoetan baino gehiago.

Arreta indibidualizatu edo pertsonalizatua, azken hamabost urteetan gehien jarraitu den joera izan da gizarte arretaren esparruan, erabiltzaileek erabakitzeko aukera gehiago izateko tresna gisa. Pertsonalizazioaren kontzeptuaren atzean, batez ere honako bi helburuak dituzten ekintzak daude (Zalakain, 2013):

- Arreta integrala eta norbanakoari gero eta moldatuagoa dagoena, gerontologian gero eta ohikoagoak diren pertsona zentratutako ereduak jarraituz.
- Pertsonen ahalduz handiagoa lortzea, bizitza autonomoa edukitzeko eskubidea gauzatzen lagunduko duena eta bakoitzaren gustuetara, beharretara eta itxaropenetara hobekien egokituko den aukera ezberdinen artean hautua egitea ahalbidetuko duena.

Arreta plan indibidualizatua kaltetutako pertsonarekin lehenengo esku hartetik diseinatu behar da eta bere historial kliniko informatizatuan idatziz gorde behar da jarraipena eta etengabeko ebaluazioa ziurtatzeko. Plangintza hau arreta taldearen edo profesionalaren, gaixotasuna duen pertsonaren eta senideen artean egindako bilera batean oinarrituta sortzen da eta bere helburua denon artean egin beharreko jarraipena jasotzea da. Gainera, bilera horretan plangintzaren tutoriazioa nork egingo duen erabakitzen da. Plangintzak lau ildo nagusi biltzen ditu:

- Tratamenduaren, errehabilitazioaren, zaintzaren eta laguntzaren ebaluazio beharrak eta egon daitezkeen arriskuen aurreikuspena.
- Behar horiei erantzuteko martxan jarri behar diren ekintzen programazioa eta ekintzak ebaluatzeko irizpide eta epeak.
- Profesionalen, kasuan parte hartu dezaketen beste taldeen, gaixotasuna duen pertsonaren eta bere zaintzaile/arduradunaren arteko adostasuna.
- Plangintza gauzatzearen arduradunaren izena eta gaixotasuna duen pertsonak erabili behar dituen zerbitzuetan erreferentziarako pertsona izango den bakoitzaren izena.

Neurri terapeutiko honek ez du inbertsio ekonomiko zehatzik eskatzen eta gaixotasun mentala duen pertsonaren arretan parte hartzen duten profesional taldearen metodologian integratua garatuko litzateke.

Esku hartze politiketan horrelako metodologia ezarrita, zerbitzu sare baten arabera emandako arretaren paradigmatik, norbanakoen beharretan eta betebeharretan oinarritutako arretaren paradigmara pasatuko ginateke. Ildo honi jarraituz, gizarte zerbitzuen pertsonalizazioan erabiltzailearen interesak eta erakunde publikoek identifikatutako interesak uztartzen direla argi dago. Pertsonalizazioa, emaitzen arabera bi zentzutan uler daiteke: pertsona erabiltzaileen emantzipazioan eta trebakuntzan oinarritutako ikuspuntu batetik edo pertsona horren betebeharren eta horien kontrolaren ikuspuntu batetik.

Zentzu honetan, Gipuzkoako Foru Aldundiak, desgaitasuna duten pertsonen eta gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arreta eremuan (Gizarte Politikako Departamentua Gipuzkoako Foru Aldundia, 2015), Pertsona Zentratutako Planifikazioa beti, teoriarik eta bere aplikazioan, bi galderen arabera ezartzen dela aipatzen du:

- Zein da pertsona hau? Zein dira bere nahiak, beharrak, gaitasunak eta beldurrak?
- Zein rol dugu bere bizitzan eta nola lagundu diezaiokegu bere bizitza nahi duen horretatik gertuago egon dadin?

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Ikuspuntu horretatik, Pertsonan Zentratutako Planifikazioa etengabeko entzute eta ikaste prozesu gisa egituratzen da, pertsonarentzat gaur egungo bizitzan eta etorkizunean garrantzitsua zer izango den jakitera bideratua. Gainera, prozesu kolektiboa da, non gaixotasun mentala duen pertsonak eta berarekin harreman zuzena dutenek — senideek, lagunek eta profesionalak— parte hartzea duten, beti ere pertsonak aurretik euren parte hartzea onartzen badu.

Beste programazio indibidualekin alderatuz, erabiltzailearekin lan egiteko modu erabat ezberdina da eta berdinen arteko harremanetan oinarritzen da: pertsonarekin dagoen harremana ez da botere harreman bat, integrazio sozial handiagoa eta hobea lortzera bideratuta dagoen elkarlan harremana baizik. Ikuspuntu honetatik, autodeterminazio printzipioarekin eta eskubidearekin, Laguntza Ereduarekin eta bizi kalitatea hobetzeko helburuarekin zuzenki lotuta dagoen metodologia da.

Egia bada ere gaixotasun mentala duten pertsonen esku hartzean arretaren kalitatea eta indibidualizazioa pixkanaka gehitu direla, zerbitzuak oraindik askotan erakunde arduradun batzuk diseinatu eta zuzentzen dituzte eta erabakitze prozesuan erabiltzaileek parte hartze eskasa edo nulua dute. Erabiltzaileen egoeran hobekuntza lortu arren, programa hauetan horiek zerbitzuaren inguruan duten erabakitze ahalmena, autodeterminazioa eta kontrola, oso mugatua da.

Ahalduntzean oinarritutako ereduarekin hau hobetzea lortu nahi da. Buru osasunaren esparruan, ahalduntzeak erabakitze aukera edukitzea esan nahi du, eragiteko aukera edukitzea eta euren bizitzaren esparru guztietan kontrola edukitzea aukera izatea. Ahalduntzearen helburua autodeterminaziorako gaitasuna eta arretan parte hartzen duten eragile guztien arteko botere harremanak ezabatzea oztopatzen duten muga formal eta informalak apurtzea da. Osasunaren Munduko Erakundearen definizioa jarraituz “buru osasun arazoak dituzten pertsona ahaldunak euren erabaki propioak hartzen dituzte, ahotsa dute eta entzun egiten zaie”.

Horrela pertsona erabiltzailearen ahaldutzearen ideia ezartzen joan da, eredia orekatzeko helburuarekin. Orain arteko ereduaren, pertsonak babesteko grinagatik, ezaugarri paternalistekin jokatu da. Sistemaren eta arreta ereduaren eraikuntza onura publikoak eta irizpide profesionalak gidatu dute, esku hartze prozesuetan erabiltzailea ahotsik gabe utzi delarik.

2.1.3 Bizi kalitatearen konstruktoa

Azken hiru hamarkadetan, bizi kalitatearen kontzeptua kalitatea hobetzeko prozesuen oinarritzko elementua bihurtu da. Nahiz eta gero eta finkatuago dagoen, oraindik eraikitze prozesuan dago eta gaur egun ikuspuntu eta eredu ezberdinak daude.

Jarraian konstrukto honen printzipio eta elementu nagusiak aipatzen dira, gure inguruan gehien erabiltzen den eredia jarraituz, R.L. Schalock-ek Estatu Batuetan osatu eta egituratu zuena. Esan daiteke eredu hau bizi kalitatea hobeto ulertzeko beharretik sortu zela eta 80. hamarkadan bultzatu ondoren, 90. hamarkadan indartu zela diskriminazioaren aurkako legedien onarpenen laguntzaz. Desgaitasuna duten pertsonen eskubideen babeserako mugimenduei esker eztabaidaren lehen lerroan egon zen.

Kontzeptua ulertzen saiatzeari esker, kontzeptualizazioan, neurketan eta aplikazioan sakondu zen. Honen ondorioz, hurrengo taulan azaltzen diren printzipioak zehaztu ziren:

BIZI KALITATEAREN KONTZEPTUALIZAZIORAKO, NEURKETARAKO ETA APLIKAZIORAKO PRINTZIPIOAK
Kontzeptualizazioa
1. Bizi kalitatea dimentsio anitza da, eta bertan faktore pertsonalek eta ingurumenekoek eragiten dute, eta baita faktore horien interakzio edo elkarreraginak ere.
2. Bizi kalitateak osagai berak ditu pertsona guztientzat.

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

3. Bizi kalitatean osagai subjektibo eta objektiboek hartzen dute parte. Bizi kalitatea autodeterminazio mailarekin, eskura dauzkagun baliabideekin, bizi proiektu baten eta bizi helburu batzuen existentziarekin, eta parte hartzeko sentimenduarekin batera areagotzen da.

Neurketa

1. Bizi kalitatea pertsonen baloratzen dituzten bizi esperientzien mailaren arabera neurtzen da.
2. Bizi kalitatea bizimodu oso eta interkonektatu bat ekartzen duten dimentsioei erreparatuz neurtzen da.
3. Bizi kalitatea pertsonentzako garrantzitsuak eta esanguratsuak diren testuinguru fisiko, sozial eta kulturali erreparatuz neurtzen da.
4. Bizi kalitatea pertsona guztientzako komunak diren esperientzien nahiz bakarrak eta pertsonalak diren bizipenei erreparatuz neurtzen da.

Aplikazioa

1. Bizi kalitatearen kontzeptua aplikatzeak ongizatea hobetzen laguntzen du, testuinguru kultural bakoitzaren barruan betiere.
2. Bizi kalitatearen printzipioak jarri behar dira beti laguntzen esku hartzeen eta diseinuen oinarrian.
3. Bizi kalitatearen ereduaren aplikazioek froga daitezkeen emaitzetan oinarrituak egon behar dute.
4. Bizi kalitatearen printzipioak profesionalen prestakuntzaren barruan integratu behar dira, bertan leku nabarmena izateraino.

Fte. Schalock, R.L.; Gardner, J.F.; Bradley, V.J. Quality of Life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities and systems. 2007.

Hortik aurrera, printzipio hauetan oinarrituta egin diren ikerketa eta ebaluazio ahaleginek, teoria honi oinarri kontzeptual eta enpiriko sendoa ematen saiatu dira, bizi-kalitatearen neurketa eta aplikazioa lortzeko. Elementu ezberdinen inguruan adostasuna lortu da, zehazki:

- Dimentsio anitzeko izaera: pertsona baten bizi-kalitateak bere bizitzako alderdi ezberdinetan du eragina; proposamenak ezberdinak diren arren ikerketaren arabera, esan daiteke bizi-kalitatearen zortzi alderdi ezberdin identifikatu direla.
- Dimentsio guzti horientzat adierazleak sortzea beharrezkoa da.

Hurrengo taulan, bizi-kalitateari lotu zaizkion dimentsioak eta adierazleak aipatzen dira:

BIZI KALITATEAREN DIMENTTSIOAK ETA ADIERAZLEAK	
Dimentsioak	Adierazleak
Ongizate emozionala	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konforme egotea: gogobetetasuna, aldartea, gozamena. ▪ Autokontzeptua: identitatea, autobalorazioa, autoestimua. ▪ Estresik eza: auresangarritasuna eta kontrola
Pertsonen arteko erlazioak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interakzioak: sare sozialak, kontaktu sozialak. ▪ Harremanak: familiartekoak, lagun eta adiskidetasunezkoak.

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laguntzak: emozionalak, fisikoak, ekonomikoak, indargarriak.
Ongizate materiala	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estatus ekonomikoa: errenta eta prestazio ekonomikoak. ▪ Enplegua: estatus laborala, laneko ingurunea. ▪ Etxebizitza: etxebizitza mota, jabetza.
Garapen pertsonala	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hezkuntza: lorpenak, estatusa. ▪ Gaitasun pertsonala: kognitiboa, soziala eta praktikoa. ▪ Norbere errealizazioa: arrakasta, lorpenak, produktibitatea.
Ongizate fisikoa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osasun egoera: funtzionamendua, sintomak, sasoi fisikoa, nutrizioa. ▪ Eguneroko bizimoduko jarduerak: autozaintzako trebetasunak, mugikortasuna. ▪ Aisia: aisia eta denbora libreko jarduerak, zaletasunak.
Autodeterminazioa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomia/kontrol pertsonala: independentzia. ▪ Helburu eta balio pertsonalak: nahiak eta igurikimenak. ▪ Hautaketa: aukerak, hautuak, lehentasunak.
Gizarte inklusioa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komunitatean integratzea eta parte hartzea. ▪ Rol komunitarioak: parte hartzailea, boluntarioa. ▪ Gizarte laguntzak: laguntza sarea, zerbitzuak.
Eskubideak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Giza eskubideak: errespetua, duintasuna, berdintasuna. ▪ Arau mailakoak: hiritartasuna, eskubideetarako aukera, eskubideen defentsarako aukera.
<p><u>Modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental. Ordenación de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales en Gipuzkoa = Desgaitasuna duten pertsonen eta buru nahasmendua duten pertsonen ematen zaien arreta eredua. Ostatu zerbitzuen, eguneko zerbitzuen eta zerbitzu okupazionalen foru sarearen antolamendua Gipuzkoan.</u> Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, 2015, 154, 161 p.</p>	

2.1.4 Komunitarioak betetzen duen papera

Azken 30 urtetan, desinstituzionalizazio psikiatrikoa zehaztu den horietan, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arretan ildo nagusienetako bat komunitateak duen eragina izan da. Desinstituzionalizazio prozesuaren ondorioz, gaixotasun psikiko kronikoak dituzten pertsonen arreta eredua egitura handiz osatutako sistema instituzional bat izatetik eredu komunitarioan oinarritutako esku hartzeetara pasa zen.

Prozesu hau berriz, ez da bat etorri behar adinako alternatiba komunitarioak sortzearekin, hala nola pertsonen eta senideen erantzuteko gai den eta izaera soziosanitarioa eta integrala duen babes

sistema batekin. Horregatik, ikerketa honetan detektatu eta kontuan hartu diren joera gehienetan, ekintza komunitarioa guztiak definitzen dituen elementu komuna da.

2.1.5 Herritarren parte hartzea eta hirugarren sektorea

Komunitarioaren garapenarekin batera, zerbitzuak eskaintzen dituzten erakundeen eta gizartearen parte hartzearen indartzea ikusi ahal izan da.

Batzuen ustez neurri hauek Administrazioaren esku hartzeko gaitasunaren gutxitzea dakarte, ongizatearen ardura hirugarren sektoreari pasatzen baitzaio eta horrentzat ardura hori arriskutsua izan daiteke. Izan ere, hirugarren sektoreak duen bat-bateko izaera informala eta komunitarioa gal dezake. Hirugarren sektoreari diru gehiago ez ematearen atzean gainera, Estatu desegiteko saiakera neoliberalak daudela uste da. Krisia Estatu handiegi baten ondorioz gertatu dela ezkutatu nahi izan da, finantza sektore handiegi baten erruz gertatu dela esanez (Zalakain, 2013).

Erresuma Batuan batez ere, egitasmo hauek lokalismo berriaren ideiatik datoz, zeinak konpetentzien deszentralizazio bultzatzen duen, ez udalen alde bakarrik, baita herritarren alde ere. Herritarren parte hartzeari eman nahi zaion bultzada honen atzean ideia nagusi bat dago: administrazioek eta herritarrek batera lan egin behar dute auzoetako eta bertan bizi diren pertsonen arazoak konpontzeko. Ikuspuntu honetatik, gizartearen gaitasunak nabarmentzen dira, komunitatearen erlazioak indartzen dira eta esku hartzeak optimizatzeko bertako jakintzaren ahalmena balorean jarri nahi da.

Herri mailako edo lurralde mailako ikuspegiarekin batera, boluntariotza ikuspegi hauetan ezinbestekoa da, bolondresen komunitateko ekintzetan duten parte hartzean oinarritzen baita. Gertuko bolondresen ereduak garatu da, non pertsonak eurak eta komunitateko baliabideak diren —auzoak, merkataritza txikia, elkarteak, eta auzoetan dauden baliabide publikoak— zerbitzu publikoak iristen ez diren lekuetan asetu behar diren beharrak (laguntza, zaintza, formazioa) asetzeko antolatuta direnak.

Hala ere azpimarratu behar da, kritika horiek politika zehatzekin dutela zer ikusia eta inork ez duela zalantza jartzen Administrazioak herri mugimenduak eta egitasmoak bultzatu eta indartu behar dituenik. Botere publikoek hartzen duten jarreraz aparte, egin diren ikerketek argi uzten dute programa komunitarioak erabilgarriak direla eta ongi diseinatuz eta garatuz gero, komunitateak ahalduz laguntzen dutela eta herritar aktiboaren ideia praktikan jartzen dutela. Zentzu honetan, Vidalek (Vidal Fernández, 2015) defendatzen du Estatuak proiektu komunitarioak lagundu behar dituela, desberdintasunak murriztu eta justizia sozialerantz joateko; ezinbestekoa den kapital sinbolikoa sortzen dute —goranzko mugikortasun soziala bultzatzeaz gain.

Gipuzkoako Foru Aldundiak 2015ean landu zuen desgaitasunak eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta ereduaren, Gipuzkoako arreta sistemaren indargune gisa honakoa identifikatu zen: “Erakunde zerbitzu emaileen gaitasuna: arreta eta berrikuntzarako gaitasun handia daukate, eta baita premia berrietara egokitzeko eta premia horiei aurre hartzeko gaitasun handia ere. Aitzindariak dira, era berean, zerbitzu horietan nazioarte mailan ondo finkatuak dauden arretako paradigma berriak txertatzeko orduan ere”

2.1.6 Koordinazioa, dimentsio aniztasuna eta esku hartzeen integritasuna

Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonak, eguneroko bizitzan, zailtasun bikoitz bati aurre egin behar diote, “gaixotasun bikoitza” bezala ezaguna den horri, hain zuzen ere. Batetik, duten nahasmenduaren sintomak bizitzen dituzte eta bestetik, gaixotasunari lotuta dagoen estigma sozialaren efektuei aurre egin behar diete. Orokorrean gainera, estigma hori barneratu egiten dute (autoestigma).

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Paradoxikoki, nahasmenduak sortzen dituen eragozpenak, pasarte batzuk izaten dira eta osasun arreta egokia eta errehabilitazio psikosozialarekin tratatu daitezke. Estigma sozialarekin lotutako gatazkak berriz iraunkorrak eta konplexuak dira, eta ondorioz, hauek ezabatzeko esku hartzeak ere bai. Sistema konplexu bati egin behar diote aurre esku hartzeek, estigmak osasun arloari, hezkuntzari, senideei, lan munduari, gizarte zerbitzuei eta komunikabideei eragiten baitie. Eraikuntza soziala diren heinean, testuinguru batean sortuak eta botere harreman batzuen ondoriozkoak dira, aldaketa eta transformazioen eraginpean daude eta desegin daitezke, baina beti ere dimentsio aniztasuna, integralitatea eta esku hartzearen jarraitasuna kontuan hartzen dituen ikuspuntu batetik.

Diskriminazio sozial hau esparru ezberdinetan oztopo ezberdinak pilatuz gauzatzen da –hezkuntzan, etxebizitzan, osasunean, enpleguan, eskubide politikoetan, harreman pertsonaletan, diru sarreretan...-. Gaur egun ikus daiteke gaixotasun psikikoengatik dagoen bazterkeriari zuzendutako politiken diseinuak dimentsio anitzeko kontzeptuan oinarrituta daudela. Dimentsio anitzeko ikuspuntu hau zuzenki erlazionatua dago baliabideen koordinazioaren beharrekin, baina baita zerbitzuak ematean gainezarpenak (edo hutsuneak) ekiditearekin eta gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan integralitatea ziurtatzearekin.

Behar anitzak dituzten pertsonen arretan, horrelako metodologia integralak bereziki egokiak dira, gaixotasun mentalaz gain adikzioak, gaixotasun kronikoak, gizarte bazterkeria eta tratatu txarrak pilatu daitezkeelako. Kasu horietan, egitasmo berriek programa integralak garatzera jotzen dute, non zerbitzu ugari eskaintzen diren pakete indibidual egituratu eta integratu batean. Zerbitzu horietako batzuk sare arruntekoak dira, beste batzuk sare berezitukoak. Programa hauek pertsonen beharrei osotasunean erantzuten saiatzen dira –beharrak izanik etxebizitza, tratamendu psikiatrikoa, denbora pasa, lan integrazioa, diru sarrerak bermatzea...- eta oinarrian pertsona hauen arazoak elkarlotutako osotasun bat bezala hartzen dituzte, konponbide partzialak emanez nekez konponduko baita arazoa, hain zuzen ere. Erantzun integrala behar dituen arazoa da eta behar guztiak batera eta era zentralizatuan kontuan hartu behar dira.

2015ean, Gipuzkoako Foru Aldundiak desgaitasuna duten pertsonen eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta eredu definitzeari ekin zion. Aipatutako txostenean gaur egungo sistemaren ahultasuna honakoa dela aipatzen zen: “Zailtasuna dago sistema ezberdinek parte hartzen duten arreta prozesuaren erdian pertsona jartzeko”. Sistema zatikatzeak —osasun sistema, gizarte zerbitzuen sistema, hezkuntza sistema, enplegua, etxebizitza, garraioa— laguntza behar duen pertsonaren ikuspegi integrala edukitzea arriskuan jartzen du, non eta ez diren esku hartzeen koordinazio eraginkorra ahalbidetuko duten tresnak erabiltzen. Tresna horiek, sistemako eragile ezberdinen artean gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan ardura elkarbanatua dagoenaren kontzientzia finkatu behar dute.

Idea honi jarraituz, FEAFESek 2013an gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen arretarako Oinarrizko Neurri Terapeutiko urgenteen laburpena idatzi zuen. Horien artean dago, “disziplina arteko taldeak” osatzea. Disziplina arteko taldeak gaixotasun mentala duten pertsonen arreta komunitarioko ereduaren oinarrizko azpiegitura dira eta beraien betebeharrak nagusia arreta integrala eskaintzea da, osasunaren izaera bio-psikosoziala eta pertsonen aniztasuna kontuan hartuz. Talde hauen jarduna ahalik eta tratamendu ez mugatzaileenak erabiltzean eta gaixotasuna duen pertsonak erabakietan parte hartzean datza.

Talde honetan parte hartzen duten partaideen arteko elkarrekintza ezin hobea beharrezkoa da, eta 30.000 biztanle helduentzat, gutxienez 14 profesionalen osatua egon behar du: psikiatra bat, bi psikologo (ahal bada klinikoak), lau erizain, gizarte langile bat, lau erizaintzako laguntzaile, terapeuta okupazional bat, gizarte integrazioeko teknikari edo antzeko bat eta idazkari bat.

2.1.7 Laguntza Ereduak

Azken bi hamarkadetan “Laguntza Ereduen Paradigmak” gero eta arreta gehiago erakarri du. 70. hamarkadako normalizazio filosofiatik, 80. hamarkadako bizitza independentearen eta integrazio

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

komunitariotik eta 90. hamarkadan azpimarratu nahi izan zen bizi kalitatearen ideiatik dator ikuspuntu hau. Paradigma honek dakarren aldaketa nagusia honakoa da: arreta gune nagusiak gaixotasun mentala duen pertsonaren gabeziak izan beharrean, bere autodeterminazioa eta gizarteratzea dira.

Laguntza Ereduen elementu nagusiak jarraian laburbiltzen dira:

- ✓ Ikusmolde aldaketa honen muina honako galderarekin adierazi daiteke: zein laguntza behar ditu pertsona batek bere komunitatean parte hartzeko, gizartean aitortutako rola hartzeko, nahi duen bizitza mota edukitzeko eta bere bizitzarekin aseago sentitzeko?
- ✓ Galdera horri erantzuteko pertsona horrek dituen gaitasunen eta abilezien eta komunitatean funtzionatzeko eta bere nahietatik eta aukeretatik gertuago dagoen bizitza edukitzeko behar diren gaitasunen eta abilezien arteko desfasea neurtu behar da.
- ✓ Pertsonok testuinguru ezberdinetan funtzionatzen dugunez, beharrezkoa da aipatutako tarte edo desfasea testuinguru ezberdinetan ebaluatu eta neurtzea. Horretarako, Laguntza Eredua bizitzako eta garapen pertsonalerako esparru garrantzitsu batzuk zehazten ditu: etxeko bizitza; formazioa eta hezkuntza; enplegua; osasuna eta segurtasuna; jokabidearen esparrua; esparru soziala eta pertsonaren defentsa eta babesa.
- ✓ Hauetako esparru bakoitzean, pertsona bakoitzak laguntza mota ezberdina beharko du, baita intentsitate ezberdinekoa ere.
- ✓ Helburua esparru ezberdinetan laguntza emanez, pertsona horren independentzia maila, erlazio mailak, komunitatean duen parte hartzea eta ongizate pertsonala hobetzea da.

Hasiera batean erakargarria dirudien arren, horrelako paradigman oinarritutako arretak praktikan erronka handiak ekarri ditu:

- ✓ Batetik, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonak deskribatzeko modu berri baten beharra ekarri du, ez bere gabeziaren arabera, ohiko ereduaren egiten zen bezala, bere behar pertsonalen eta nahien arabera baizik. Kontzeptualizazio berri honengatik sailkapen sistema berriak asmatu behar izan dira.
- ✓ Bestetik, ohiko ereduaren, eguneroko bizitzarako beharrezkoak diren oinarritzko jarduerak egiteko arreta ematen da. Paradigma berriagatik jarduera horiek bizitzako beste esparruetara zabaltzeko behar izan dira, garapen pertsonalarekin, ahalduzkoekin, autodeterminazioarekin, gizarteratzearekin eta gizartean aitortuta dauden rola bereganatzearekin erlazionatutako esparruetara, hain zuzen ere.

Erronka horiek gainditzeko laguntza sistemak honakoa egiteko gai direla ziurtatu behar izan da:

- ✓ Laguntza behar ugari eman ahal izatea.
- ✓ Pertsonan zentratzea.
- ✓ Norbanakoen lehentasun aldakorrak kontuan hartu ahal izateko malgutasuna edukitzea.
- ✓ Bakoitzaren behar eta nahi indibidualak ebaluatzeko, behar dituen laguntzak zehazteko eta beharren bilakaeraren arabera laguntzak egokitzeko tresnak edukitzea.

2.1.8 Exijentzia baxua

Exigentzia baxuaren paradigma, aurretik adikzioen esparruarekin lotu izan dena, gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretara ekarri da pixkanaka, bereziki elkartutako nahasmenduak daudenean eta muturreko bazterkeria egoerak daudenean. Exigentzia baxuaren definizioa honakoa da: “ pertsona bakoitzaren erritmoan, beharretan, aukeretan eta itxaropenetan oinarritutako metodologia, aurretik finkatutako exigentzia maila gabekoa” (Fraiz Alcubilla, Arginarena Ruiz, & De La Rua Madrazo, 2014).

Txosten honetan aukeratutako programa eta esperientzia batzuk – batez ere bazterketa sozial larrian dauden pertsonen dagokion atalean – exigentzia baxua hartzen dute esku hartzeen arrakastaren gako gisa:

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

- ✓ Gaixotasun Psikikoak dituzten Etxerik Gabeko Pertsonen arretarako programa (Bilbo). Programa honen arrakastarako faktoreen artean, bere arduradunek exigentzia baxua, tolerantzia eta pazientzia aipatzen dituzte.
- ✓ Era berean, Zubietxe Elkartearen (Bizkaia) gaixotasun psikikoa duten eta bazterkeria egoeran dauden pertsonentzako laguntza pertsonalizatuko programa pilotuan (Asociación Zubietxe & Fundación EDE, 2014), non laguntza indibidualizatua eta exigentzia baxua uztartzen diren.
- ✓ Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen eta/edo adikzioak dituztenen arretan exigentzia baxuak interesa piztu duen beste esparru bat etxebizitzarena izan da. EAEn gero eta gehiago ezarri den *Housing First* ereduak ohiko ereduaren eraginkortasunari buruzko eztabaida mahai gainean jarri du, kalteak murrizteari eta exigentzia baxuari lehentasuna emanez.

2.1.9 Gizarte inbertsioa eta prebentzioa

90. hamarkadaren erdialdetik, eta askoz ere argiago XXI. mendearen lehenengo urtetatik aurrera, Europan ikuspuntu berri bat joan da garatzen, askorentzat, gizarte politiken definizioan paradigma aldaketa bat dakarrena. Ikuspuntu berri honi izen asko jarri zaizkion arren —liberalismo inklusiboa, gaitzen duen Estatu, inbertsio sozialeko estatu, besteak beste—, azken urtetan egonkortzen joan den izena Estatu inbertitzaile soziala edo *investment welfare state* da (Zalakain, 2013).

Ikuspuntu honen ezaugarri nagusia, Morel, Palier y Palmek (Morel, Palier, & Palme, 2015) adierazi duten moduan, konponketa politika batzuetatik prestakuntzako politika batzuetara pasatzea izan da (*preparing rather than repairing*). Egile hauen arabera, inbertsio sozialaren ikuspuntutik, giza kapitalaren garapena (adibidez, gizarte bazterketa saihestuz), kapital hori era eraginkorrean erabiltzea eta inklusio sozial handiago lortzea bilatzen da, ohituraz lan merkatutik baztertu diren taldeei bertan parte hartzeko aukera emanez.

Nolanahi ere, ikuspuntu honen alderdi bereizgarrietako bat da, politika sozialak elementu produktibo bat bezala ikusi behar direla, garapen ekonomikorako eta enpleguaren hazkunderako ezinbesteko faktore gisa. Honek erabateko aldaketa dakar, politika sozialak ez baitira karga ekonomiko bat eta hazkunderako oztopo bat bezala ikusten. Hala ere, zaila izaten da izaera prebentiboa duten egitasmo sozialentzako finantziazio publikoa lortzea. Krisi ekonomikoak austeritate politikak ekarri ditu eta horren ondorioz lehendik finantziazio publikoaren faltan zeuden programen arazoak areagotu ditu. Bestetik, gero eta aurrekontu publiko estuagoek administrazio publikoek egiten dituzten gastuak emaitzen ebaluazio bidez justifikatzea dakarte. Hau, izaera prebentiboa duten esku hartzeetan zailagoa da ordea.

2.1.10 Ebidentzian oinarritutako praktika (PBE)

80. hamarkadaren erdialdetik gutxi gorabehera, gure inguruneko herrialdetan interes handiko mugimendu bat sortu da, politika sozialetan eta soziosanitarioetan ebidentzia zientifikoetan oinarritutako jakintza aplikatzen saiatu dena. Ebidentzian oinarritutako praktiken prozedimenduak, jakintza zientifikoan oinarrituta lortutako adostasunarekin, teknikoki zuzenak eta politikoki onargarriak diren esku hartzeak ezartzen saiatzen dira. Mugimendu hau gizarte eta arlo soziosanitarioko prozesuetara ekartzea ezinbestekoa da dudarik gabe, esparru honetan arazoizkoak diren baina orain dela gutxi arte azaldu ez diren elementuak aldarrikatzen baititu, besteak beste esku hartze sozialaren izaera zientifikoa, ez inprobisatzearen beharra eta sen onari jarraituz bakarrik ez aritzea. Horren ordean esku hartzeen konparaketa eta egiaztatzea planteatzen ditu; azken finean, gizarte esku hartzea fase helduago batera eta eraginkorrenak diren esku hartzeak aukeratzera eramaten du.

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Urte askotan zehar, duen jatorriari eta ibilbide historikoari esker, esku hartzea ongintzarekin identifikatu da eta, asko jota, berehalako arreta behar zuten egoerekin, emergentziekin. Testuinguru horretan, esku hartzea bera arazoa konpontzeko ekarpen nahikoa zela pentsatzen zen orokorrean. Hala ere, gizarte zerbitzuak biztanleria guztiaren eskubide gisa finkatu diren heinean, prebenitzeko duten gaitasuna ikusirik, eta beste politika publikoekin –hezkuntzarekin edo osasunarekin– berdindu direnez, esku hartzeen kalitateari arreta gehiago jartzen hasi zaie, eta horien eraginkortasuna eta efizientzia frogatzea beharrezko dela ikusi da.

Horrela, osasun zientzietan oso errotuta dauden planteamenduak gehitu dira –batzuetan modu akritikoan-, hala nola ebidentzian oinarritutako praktika. Kontzeptu honek gizarte zerbitzuetan izan duen aplikazioan, oinarritzko ideia honakoa da: gizarte esku hartzea sistematikoki bere eraginkortasunaren jakintza egiaztatuan oinarritu behar da, eta hori ikerketa empirikoa erabiltzen duten metodoetatik etorriko da. Filosofia honetatik ulertzen da zerbitzuak ez direla duten aktibitatearen arabera bakarrik ebaluatu behar (lortutako estaldurarekin lotutako prozesu adierazleak, artatutako pertsona kopurua, egindako gastua). Ebaluazio horretan gainera erabiltzaileek lortu dituzten emaitzak hartu behar dira kontuan, esku hartze bakoitzari ezarri zaizkion helburuen arabera. Eginbehar hau praktika profesional onarekin eta gaizkia ez egitearen printzipio etikoarekin dago lotuta. Horrek betebeharrak nagusi bat jartzen die pertsonekin lan egiten duten profesionalak: euren ekintzen bidez ezin dute kalterik egin. Izaera zientifikoko ikerketa esperimentalen bidez eraginkorrak direla frogatu den esku hartzeak erabilia praktika profesional onaren izaera etiko hau betetzen da.

2.1.11 Praktika onak

I. PRAKTIKA ONA

Aviles Eredua (Asturias)

“Aviles Eredua” 1999an sortu zen programa berritzailea da. Stein eta Test-en Estatu Batuetako ereduaren oinarritutako Tratamendu Atertibo Komunitarioko (TAC) talde bat jarri zuten martxan. Aviles Eredua nahia Estatu Batuetako ereduaren Espainian egokituta ezartzea da, kontuan hartuta bi herrialdeetako osasun arreta eredu oso ezberdina dela. Eredua honek jatorrizko prozeduraren printzipio orokorrak nahiko ongi mantentzen ditu, nahiz eta, Europan ezarri diren beste ereduak bezala beste printzipio batzuk egokitu diren, adibidez ordutegiak.

Espainian ezarri zen lehenengo TAC eredu izan zen eta 2002an Oviedoko ospitale psikiatrikoaren itxieraren alternatiba gisa sortu zen. Ordurako TAC taldea martxan zegoen, egoera zailenetan zeuden gaixotasun psikikoa zuten pertsonak laguntzeko.

Eredua oinarria etxetik etxera bisitak eta zuzenean egindako esku hartzeak dira. Eredua beste oinarritzko elementuak, sortzaileen arabera, zaintzaren jarraitutasuna eta inguruko beste baliabideekin koordinazioa dira.

Gaur egun taldean 11 profesional daude (2 psikiatra, 5 erizain, 3 erizain laguntzaile eta gizarte langile bat) eta 130 gaixo inguru artatzen ditu. Talde honek bere ardurapean dituen pertsona guztiak Avileseko osasun eremuak dira (165.000 biztanle, gutxi gorabehera).

Ebaluazioa eta emaitzak

Aviles Ereduaren eraginkortasuna bermatua dago, aurretik Tratamendu Asertibo Komunitarioan frogatu delako.

Eredua, sustatzailea izan zen Juan José Martínez Jambrinak berak ebaluatu du doktoretza tesi batean (Jambrina, 2017). Lan honen arabera eredu honekin ospitaleratzeak gutxitu dira kopuru deigarri batean eta gainera, gauzatzen direnen %90 bolondres eta programatuak dira. Erabiltzaileen bizi kalitatean hobekuntza nabari dela frogatu da, jarraipen dinamikan adherentzia handiagoa dago eta zaintzarekin senideak gusturago daude. Eredu honek, estatu mailan erreferente denak, sari asko jaso ditu, besteak beste “Jaime Albert Solana” saria.

II. PRAKTIKA ONA

Clubhouse (Zentroen nazioarteko sarea)

Clubhouse bat, batez ere, pertsonen komunitate bat da, ez zerbitzu edo programa bat bakarrik. Zentzu honetan, eguneko zerbitzuen kontzeptutik urruti daude eta erlazio komunitateak berreraikitzearen ideian oinarritzen dira. Gaixotasun psikikoa duten pertsonen esparru afektiboan, familian, gizartean, hezkuntzan edo lanean integratzeko aukera ematen dieten eta behar dituzten zerbitzu eta laguntzetara sarbide emateko komunitate baliabideak dira. *Clubhouse* (klub etxea) izena sortu zen lehenengo elkartetik dator, *Fountain House*-etik, eta New Yorken ireki zen 1948an, bertako ospitale psikiatrikoko erabiltzaile ohiak informalki biltzen hasi zirenean. Zerbitzu edo programa bat sortu ordez, elkarte moduko bat sortu zuten elkarri laguntzeko. Gaur egun, *Clubhouse* sareak 350 zentro ditu, gehienak Estatu Batuetan, baina baita Danimarkan, Eskozian, Finlandian, Islandian, Norvegian eta Suedian ere (*Clubhouse International*, 2018a).

Clubhouse eredia (*Clubhouse International*, 2018b) ondorengo ezaugarriek definitzen dute:

- ✓ Hartzailak: *Clubhouse* proiektua gaixotasun psikikoa diagnostikatu duten pertsonen zuzendua dago. Adinaren inguruan, adinez nagusiak direnentzat pentsatua dago, gehieneko adinik gabe. Diagnostiko duala, drogodependentziak eta etxerik gabeko pertsonentzat lekua ere izaten da.
- ✓ Gaixotasuna ez duten erabiltzaileak: Espazio hauen oinarritzko ezaugarrietako bat gaixotasun psikikoa duten pertsonak elkarteko kide direla onartzea da, ez dira gaixoak ezta erabiltzaileak ere. Elkarte gaixotasun psikikoa izan duen edonori irekita dago, eta bertako kide izateak sortzen duen ardura elkarbanatuari esker lortzen du erakundeak arrakasta. Erakunde bateko kide izateak beti esan nahi du ongi hartuko zaituen talde bateko kide zarela eta honek gaixotasun psikikoa duen pertsona batentzat izugarritzko balioa du.
- ✓ Parte hartzea eta bolondres izatea: *Clubhouse* baten funtzionamenduaren oinarrian kideen parte hartzea dago, beraz dauden langile finko gutxiak egin dezaketena baino lan gehiago dago. Parte hartzea borondatezkoa da, baina kide bakoitzaren konpromisoa bilatzen da bulegoko, harrerako, jangelako, garraio, mantenketako, ikerketako, enplegu eta hezkuntza programetako eta zerbitzu ekonomikoak aurrera ateratzeko.
- ✓ Sendatzea: *Clubhouse* komunitateak oinarritzko ideia batetik sortu ziren: kide bakoitza sendatu daiteke eta gaixotasun psikikoak dituen ondorioak gainditu ditzake gogobeteko duen bizitza edukitzeko. Ez du axola zenbat denbora behar duen edo zein zailtasun duen. *Clubhouse* komunitateek uste osoa dute, lanak, bertatik sortzen diren erlazioek eta

II. PRAKTIKA ONA

Clubhouse (Zentroen nazioarteko sarea)

- elkarrekintza pertsonalak sendatzeko ahalmena dutela.
- ✓ Ardura elkarbanatua kudeaketan: *Clubhouse* bateko langile kopurua nahita baxua izaten da, zentroa funtzionatzen mantentzeko kideak ezinbestekoak izan daitezten. Kideek langileen beharra ere badute eta dependentzia erlazio eta ardura horiek dira *Clubhouse* batean sendatzeko ezinbesteko osagaiak. Langileen rola ez da kideak artatzea, beraien buruengan eta gaitasunetan sinetsi dezaten bultzatzea baizik eta psikiatra edo terapeutek izan beharrean profil sozialagoko langileak izaten dira, hezitzaileak adibidez. Erreferentziazko profesionala gizarte hezitzailea izaten da eta pertsona bakoitzaren gertuko jarraipena egiten du. Eguneroko ekintzetan kideen eta langileen arteko ardura elkarbanatutik abiatuta, azken ardura beti langileek dute.
 - ✓ Antolaketa eta erabakiak hartzea: Kideak eta langileak talde irekietan biltzen dira elkartearen barne mailako eta etorkizuneko planifikazioko gaiak lantzeko. *Clubhouse* batek aholku kontseilua izaten du, zeinak diru kontuen, diru bilketaren eta erlazio publikoen kontrola duen.
 - ✓ Ordutegia: *Clubhouse* bateko eguneroko jarduera zortzi orduko lanaldi baten gisara antolatzen da, astelehenetik ostiralera, zentroa dagoen auzoko edozein bulegotan egingo litzatekeen bezala. Bertan egiten den lan guztia zentroarentzat da eta ez kanpoko erakunde edo negozio batentzat. Ez dago nahitaezkoa den jarduerarik.
 - ✓ Lan programak: Ordaindutako enplegu programa batera sartzeko eskubidea kide guztiek dute, eta bi motako programak daude: behin behineko enplegua eta enplegu independentea. Behin behineko enplegua, lagundutako lana izaten da, astean 15-20 ordukoa, *Clubhouse*-aren inguruko negozio eta enpresatan. Hauekin hitzarmenak sinatzen dira. 6 eta 9 hilabete bitarteko iraupena izaten dute eta bere helburua enplegu arruntetara pasatzeko beharrezkoak diran konfiantza eta gaitasunak berreskuratzea da. Enplegu independentea, kideak prest daudenean, enplegu arruntera pasatzeko programa da. Langileak behar duen bitartean *Clubhouse*-ak laguntza eskaintzen dio, nahiz eta ez izan lantokian bertan, *Clubhouse*-ean baizik.
 - ✓ Programa sozialak eta denbora-pasakoak: Lan aukerez gain, *Clubhouse* batek denbora-pasako jarduerak ere eskaintzen ditu arratsaldetan, asteburuetan eta jai egunetan. Langileen eta kideen artean antolatutako ekintzak dira.
 - ✓ Zerbitzuetara sarbidea: *Clubhouse* batek kideei beste zerbitzuetara sartzen ere laguntzen die: osasun arreta, laguntzak, etxebizitza, formakuntza, eta abar.
 - ✓ Jarraipena: *Clubhouse* baten eguneroko lana da jarraipena. Kide bat joaten ez denean, berarekin harremanetan jartzen dira eta gaixotasun edo ospitaleratze baten kasuan, deitu deiak edo bisitak egiten dira, taldeko kide dela gogorarazteko eta arazoak okerrera baldin badoaz gainbegiratzeko.

Ebidentzia

Clubhouse eredia ebaluazio askotan aztertu izan da (Bouvet, Battin, & Le Roy-Hatala, 2015; *Clubhouse International*, 2010; Hänninen, 2012) eta bere onurak eta kostu-eraginkortasuna frogatu ahal izan dute:

- Bizi kalitatearen hobekuntza eta sendatzea: 2009ko ikerketa batek (Mowbray, Woodward, Holter, MacFarlane, & Bybee, 2009) frogatu zuen *Clubhouse* bateko kideek uste dutela sendatzeko eta

II. PRAKTIKA ONA

Clubhouse (Zentroen nazioarteko sarea)

beste zentrotan dauden pertsonak baino bizi kalitate hobea edukitzeko aukera gehiago dutela.

- Ospitaleratzeak gutxitzen ditu: Pensilvanian egindako azterketa batek (Plotnick & Salzer, 2008) frogatu zuen *Clubhouse* baten kostuak ospitale zerbitzuenak baino txikiagoak direla eta horien erabilera jaisten dutela jarraipen sistemei esker.
- Kostuari dagokionean eraginkorrak direla: 2012ko tesi honetan (Gorman, 2012) frogatu zen, enplegu zerbitzuetan inbertitutako dolar bakoitzeko, partaideek 1.31 dolar jasotzen dituztela trukean. *Clubhouse* baten kostua IPS (Individual Placement and Support) ereduaren herena eta Osasun Mentaleko Zentro komunitarioen erdia dela balioesten da.

Eredu hau gainera herrialde askotako estrategietan dago, hala nola, Danimarka, Eskozia, Finlandia, Islandia eta Suedia. Hainbat erakunde publikok, adibidez Finlandiako THL Osasun eta Ongizate Institutu Nazionalak eta Estatu Batuetako SAMSHA agentzia federalak *Clubhouse* eredu frogatuta dagoen praktika gisa onartu dute (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018).

III. PRAKTIKA ONA

BEFRIENDER programak, gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako tutoretza informalak (Irlanda y Erresuma Batua)

Irlanda eta Erresuma Batuan zehar Befriender egitasmo ugari daude. Dublingo Befriender proiektua (Befrienders Dublin, 2018) horietako bat da.

Befriender proiektuak, bolondresen bidezko tutoretza informala eskaintzen du. Laguntzaile horiek bereziki horretarako prestatuak daude. Gaixotasun psikikoa duten edo izan duten eta gizarte bazterkeria arriskuan dauden 16-18 urte bitarteko pertsonentzat daude pentsatuta. Beraien helburua dependentzia eta ahalduz bultzatzea da, baita gaixotasun psikikoa duten pertsonen bizi duten isolamendu sententzia gutxitzea ere.

Proiektuaren filosofiaren muina gaixotasun psikikoa duten pertsonen sare sozialak zabaltzeko beharra da. Bide batez, jarraipen eta elkar laguntza bultzatzen dira, erreferente profesionalak eskura ez dauden kasuetan, gainezka daudenean edo erabiltzaileekin behar den harremana lortzeko gaitasun nahikoa ez dutenean.

Programako erabiltzaile bakoitzari bolondres bat jartzen zaio laguntzeko eta bien artean laguntzarako, jarraipenerako eta tutoretzarako erlazio pertsonala ezartzen da, beti ere, erabiltzailearen beharrak eta nahiak errespetatuz eta integrazio soziala lortzeko azken helburuarekin.

Laguntza zerbitzuaz gain, tutore informaleen helburuetako bat erabiltzaileei komunitateko gizarte, kultura eta osasun zerbitzuetara sarbidea erraztea da. Tutoretza lanak hasi baino lehen, bolondresen

gaixotasun mentalen inguruko, konfidentziasunaren inguruko eta komunikazioari buruzko formakuntza jasotzen dute. Hasierako formakuntza hori bukatu ondoren, tutoreek euren ardurapean duten pertsonarekin ekintza ugari egiteko 2-4 ordu izaten dituzte astean: zinera edo erosketak egitera joan, parkean ibili, kafea hartu, tramiteak egiten lagundu, eta abar. Prozesu guztian zehar, bolondresak etengabeko laguntza edukitzen dute eta proiektuaren koordinatzailearen laguntza onartzen dute.

Befriender proiektuek ekintza sozialak egiteko elkarteak ere kudeatzen dituzte.

Ebidentzia eta errekonozimendua

Literatura zientifikoan ebidentzia ugari daude zeinak frogatzen duten laguntza eta elkarrekintza soziala gaixotasun psikikoa duten pertsona bat sendatzeko ezinbestekoak direla. Horien artean, Befriender proiektuetan (Mitchell & Pistrang, 2011) bolondres gisa ematen den laguntza azpimarratzen da. Profesionalak ez bezala, bolondresak tutoretzapean duten pertsonarekin emozionalki inplikatu daitezkeenez, erlazio sakonagoak garatzen dira eta ondorioz, efektu positibo gehiago dituzte.

Dublin Befriender proiektuak zehazki, sari ugari jaso ditu, besteak beste [AONTAS The National Adult Learning Organisation](#) erakundearen 2016koa.

Informazio gehiago

<https://www.befriendingservice.com/>

IV. PRAKTIKA ONA

Gaixotasun mentala duten eta gizarte bazterkeria arriskuan dauden pertsonentzat laguntza pertsonalizaturako programa pilotua, Zubietxe Elkarteak (Bizkaia)

Orokorrean, gizarte baliabideak esku hartze sozialeko fase bati dagokie. Esku hartzearen faseak pasa ahala, ohituren eta zereginen inguruko exigentzia handitzen joaten da, autonomia baxutik autonomia handira.

Irizpide horren aurrean, Bizkaiako Zubietxe Elkarteak malgutasunean oinarritutako esku hartzea proposatu zuen, aurrez ezarritako faserik gabekoa, elkarriketan oinarritutakoa, egonkorak eta gertukoak diren pertsona erreferenteak erabiliz.

Gaixotasun mentalak dituzten eta gizarte bazterkeria arriskuan dauden pertsonentzako laguntza programa pilotuak, Zubietxe Elkarteak garatuak, laguntza pertsonalizatua, exijentzia baxua, bizi kalitatea eta koordinazio soziosanitarioa uztartzen ditu.

2009an, tutoretza sistema frogatzen hasi ziren gaixotasun mentalak dituzten eta gizarte bazterkeria arriskuan dauden pertsonekin, etxerik gabe geratzea ekiditeko.

Proiektuaren helburua gizarte hezkuntzako laguntza pertsonalizatua ematea da, gaixotasun mentalak dituzten eta gizarte bazterketa arriskuan dauden pertsonen beharrak asetzeko. Horretarako, gizarte eta osasun sarearekin harremanetan jartzen dituzte eta bizi kalitatea dute helburu.

Parte hartzaileek tutoretza bidezko arreta pertsonalizatua jasotzen dute, bakoitzaren beharretara

egokitzen delarik, bai maiztasunean, lekuan edo beste edozein esparrutan. Zubietxeren proposamenaren berritasuna da, pertsonaren egoera edozein izanda ere beti eskaintzen duela laguntza: ez dago esparru batera mugatua, lan mundutik baztertua dagoen pertsonetara mugatua adibidez. Pertsona bakoitza behar duenean laguntzen du, eta batez ere krisi pertsonal larriak dituenetan, laguntzea zailena den une horietan, hain zuzen ere. Arreta ez da kalean egiten den esku hartze programa bat, ez baita kalea bizitoki duten pertsonekin lan egiten, erakundeekin eta espazio sozial ugariarekin baizik.

Ebidentzia

2013an esperientzia pilotuaren sistematizazio lana egin zen, datu kuantitatibo eta kualitatiboak bilduz. Horri esker zerbitzuaren arrakasta neurtzen duten adierazleak identifikatu dira eta esku hartzeen eraginkortasuna neurtu da. Batez ere, esku hartze mota honek beste zerbitzuekin alderatuz duen eragin ekonomiko positiboa neurtu da. Arduradunek adierazi dute oinarritzko lau elementu daudela gizarte laguntza pertsonalizatu egokia emateko eta horiek dira Zubietxeren programaren oinarria:

- Informazioa: Laguntza sistema honen ezberdintasuna nagusia da, ez dela abiatzen pertsona baten egoeraren diagnostikotik, besterik gabe pertsona hori laguntzen du testuinguru ezberdinetan. Erabiltzailearen eta laguntzen duen pertsonaren arteko informazio trukaketa ezinbestekoa da.

- lotura: bi pertsonen arteko lotura, zerbitzuaren muina da eta bazterkeria arriskuan dauden pertsonen arretan ezinbesteko tresna da, bazterkeria horren ezaugarri nagusiak baitira gizarte harremanen haustura eta bakardadearen eta gizarte bazterkeriaren sentsazio bizia.

- malgutasuna: beharrezkoa da malguak izatea egiten diren ekintzetan, ordutegietan eta laguntzaren intentsitatean, besteak beste. Hau bereziki garrantzitsua da lehenengo fasean, lotura sortzen den momentuan.

- sare lana: laguntzaren oinarritzko espazioa sare lana da. Laguntza eskaintzen duen pertsonak sare horretan malgutasunez eta arin moldatu behar du.

2.2 ESTIGMA SOZIALAREN AURKAKO BORROKA

2.2.1 Justifikazioa

Gaixotasun psikikoa duten pertsonak, eguneroko bizitzan, zailtasun bikoitz bati egin behar diote aurre, maiz “gaixotasun bikoitza” izenez ezagutu izan dena. Batetik, nahasmenduaren sintomak jasan behar dituzte eta bestetik, buru osasun arazo horri lotuta dagoen estigma sozialak dituen ondorioei aurre egin behar diete, orokorrean estigma barneratu egiten dutelarik (autoestigma).

Paradoxikoa den arren, nahasmendu baten ondoriozko arazoak, orokorrean, behin-behinekoak dira eta osasun zein errehabilitazio psikosozial egokiarekin gainditu daitezke. Estigma sozialetik eratorritako arazoak behin-betikoak eta konplexuak dira berriz, eta ondorioz, zailtasun gehiago daude ezabatzeke. Bi fenomeno hauek gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen bizi kalitatean eta integrazioan ondorio garrantzitsuak dituzte.

Aipatu behar da buru osasun arazoekin lotutako estereotipo nagusia indarkeria eta/edo oldarkortasuna dela. Hala ere, azterketa epidemiologiko gehienek ez dute frogatzen buru osasun arazoak dituzten pertsonak oldarkoragoak direnik. Dauden aurreiritzien ondorioz, buru nahasmendua eta indarkeria lotzen denean, gutxitan aipatzen da gaixotasuna duten pertsonak direla indarkeria gehiena jasaten dutenak.

2.2.2 Esku hartzea

Munduko Osasun Erakundearen Europako sailak Estigma eta buru osasunari egindako monografiko batean (World Health Organization, 2008), “estigmaren zikloa” izenekoari aurre egin behar zaiola ohartarazten du.

Ziklo honek, 2.1. Irudian ikus daitekeen moduan, diskriminazioa sortzen dute eta era berean gizarte bazterkeria dakar. Bazterkeria horren eraginez eskubide batzuk galtzen dituzten, hala nola, bizitza sozialean parte hartzea. Horrek eragin garrantzitsua du bizi kalitatean eta baita biztanleriaren eskubideetan ere.



2.1. Irudia Red2Red Consultores, Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015). OMS, 2008 txostenean oinarritua.

Ondorioz, gizarte bazterkeria, estigma eta jarrera baztertzailak sortu eta mantentzen dituen sistema horri aurre egitea oso zaila da. Hala ere, gizarte eraikuntza bat direnez, testuinguru historiko baten eta botere harreman jakin batzuen ondorioa, aldatu eta desegin daitezke.

Espainiako Salud Mental konfederazioaren azterketa batek (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015), Red2Red aholkulariek egindakoak, Espainian gaixotasun mentalak dituzten pertsonen estigmatizazioa aztertu zuen, hori esparru ezberdinetan ematen dela erakutsiz: osasunean, hezkuntzan, komunikabideetan, gizarte zerbitzuetan, lanean, justizian eta familietan, besteak beste.

Estigma ezabatzeke erabiltzen den edozein ekintzak hiru ezaugarri hartu beharko lituzke kontuan: ildo kognitiboa (estereotipoa), ildo emozionala (aurreiritzia) eta konduktuala (diskriminazioa). Ikusmolde aldaketa baten beharra dagoela diote, non pertsona guztiek gizarte konprometua izango duten aurreiritziei eta bazterkeriari aurre egiteko, gizarte justu, inklusibo eta demokratiko bat sortu eta mantentzearen helburuarekin (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015).

2.2.3 Praktika onak

V. PRAKTIKA ONA
<p>Obertament (Katalunia)</p>
<p>“Abiertamente. Da la cara por la salud mental” programa (Obertament. Per la salud mental, dóna la cara) 2010ean sortu zen osasun mentalaren inguruko estigmari eta bazterkeriari aurre egiteko. Katalunian lehenengo programa da helburu bakar hori duena eta esparru horretan lan egiten duten bertako erakundeek sortu zuten.</p> <p>Obertament programak, urtetan herrialde anglosaxoietan estigmaren aurka egindako kanpainetan bildutako esperientzia eta ezagutza erabiltzen du, esku hartze eredu propioa sortzeko.</p> <p>Eredu honen arabera, ekintza ezberdinak uztartuz, bazterkeria egoeren jatorrian dauden jarrerak aldatu daitezke. Horretarako, komunikazio kanpainak, eta kolektibo zehatzen sentsibilizazioa egin behar dira eta gizarte harremanak bultzatu behar dira.</p> <p>Programaren helburuak honakoak dira:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Biztanleriaren jarrera aldaketa bultzatzea,✓ Osasun mentalaren esparruan hezkuntza bultzatzea. <p>Proiektuak estigmaren aurkako borroka esparru ezberdinetan egiten du:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Alerta Estigma” programa gaixotasun psikikoak dituzten ekintzaile talde batek koordinatzen du. Komunikabideetan zabalitzen diren osasun mentalaren inguruko mezuak gainbegiratu eta estigma bultzatzen dutenak salatzen dituzte sarean.• Estigmaren aurkako metodologia: lau esparrutan jarrera baztertzailak ekiditeko proiektua garatzen dituzte:<ul style="list-style-type: none">○ Hezkuntzan, Whats’up programaren bitartez.○ Komunikabideetan, profesionali aholkularitza eskainiz eta hizkuntzari buruzko gidak eginez,○ Osasunean, profesionalentzako bereziki materialak eta zerbitzuak sortuz○ Lan munduan, giza baliabideetako profesionalentzat zerbitzuak garatuz, enpresan gaixotasun mentalak dituzten pertsonen tratua hobetzeko.• Tokiko erakundeei laguntza, elkartei eta zerbitzuak eskaintzen dituztenei tresnak, metodologiak eta baliabideak emanez. Sektoreko esperientzia eta munduko estigmaren aurkako aliantzarena biltzen da.• Lehen pertsonan historiak. Komunikabideak eta erakundeetan lehen pertsonan beraien esperientzia kontatu dezaketen pertsonekin harremanetan jartzen dituzte, gaixotasun mentalaren inguruko ikuspuntu positiboa eskaini dezaketen pertsonekin, hain zuzen ere• Biztanleria orokorarentzat sentsibilizazio ekintzak. Gaixotasun mentala duten ekintzaileentzat formakuntza komunikabideekin hitz egiteko, euren esperientzian oinarrituta mezu positiboak eman ditzaten eta sendatzeari buruz hitz egin <p>Ekintza hauen garapenean parte hartzen duten erakundeak honakoak dira:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ ADEMM (gaixotasuna duten pertsonen elkarteak)✓ Salud Mental Cataluña (senideen federazioa)✓ Foro Salud Mental✓ Unión Catalana de Hospitales

- ✓ Consorcio de Salud y Social de Cataluña (zerbitzuak eskaintzen dituzten elkarteak).

Proiektuak, Generalitatearen Osasun, Gizarte Ongizate eta Lan sailen babesa du.

Ebaluazioa

Sant Joan de Déu per la Recerca i la Docència fundazioak egindako eta Politika Publikoen Ebaluaziorako Institutu Katalanak (IVÀLUA) gainbegiraturako azterketa baten arabera, Whats'up proiektuaren inguruan lortutako emaitzek adierazten dute eraginkorra dela epe motz eta ertainean.

Obertament proiektua praktika ona dela onartu dute gaiaren inguruan erreferentzia diren zenbait txostenek:

- ✓ Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. (Obertament, 2013)
- ✓ Red2Red Consultores, Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015)

Nazioartean, Obertament *Global Alliance Against Stigma* mugimenduaren partaideetako bat da. Mugimendu hau mundu mailakoa da eta gaixotasun mentalak dituzten pertsonen estigmatizazioari eta bazterkeriari aurre egin nahi dio.

Más información

<https://obertament.org>

2.3 GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN ETA BAZTERKERIA EGOERA LARRIAN DAUDEN PERTSONEI ARRETA

Gizarte bazterkeriaren eta gaixotasun mentalen arteko erlazioa argia da. Gaixotasun mentalek gizarte bazterkeria egoera larriak sor ditzakete. Gizarte bazterketaren eta gaixotasun mentalen arteko erlazioa ez da zerbait berria, nahiz eta ezkutuan mantendu izan den, bereziki kolektibo bati eragin izan diolako: orokorrean baztertuta dauden pertsoneri eta etxerik gabekoei. Kolektibo hau gizarteak ezkutuan mantendu duenez, horiengan gaixotasun mentalak izan duen eragina ere ez da agerikoa izan.

Etxerik gabeko 30.000 pertsona inguru baino gehiago daudela kalkulaten da eta horietatik herenak gaixotasun mental bat du, nahiz eta badauden azterketak kopuru hori %50a dela diotenak. Gehienetan, buru osasunaren inguruko patologia hauek drogen (alkohola barne) kontsumoarekin lotuta daude.

Zerbitzu komunitarioengandik arretoa berezia behar duen kolektiboa da, asetu gabeko beharrak dituelako eta programa orokorretara sartzeko zailtasun berezia duelako. Gainera, gizartean garrantzia berezia duen kolektiboa da eta estigma soziala indartzen laguntzen duten egoerak bizi dituzte. Hala era, gaur egun, kolektibo honentzat bereziki sortutako baliabiderik ia ez dago, tratamendu integral bati esker gizartean erabat integratu daitezen.

29 lanei buruz egindako meta analisi batek (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008) 1979 eta 2005 artean etxerik gabeko pertsonen osasun mentalaren inguruko azterketa epidemiologikoen emaitzak laburtzen ditu. Mendebaldeko herrialde ezberdinetako 5.684 etxerik gabeko pertsonen egoerak aztertzen dituen lan honen arabera, gehiengoak alkoholaren dependentzia du (batez besteko %37.9ko prebalentzia), beste sustantzien dependentzia (%24.4), pertsonalitate nahasmenduak (%23.1), nahasmendu psikotikoak (%12.7) eta depresio larria (%11.4). Mental Health Europe (Ophélie

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Martin, 2013) erakundearen beste ikerketa baten arabera, etxerik gabeko pertsonen %30ak buru gaixotasunen bat du, Europar Batasunean 150.000 pertsonek alegia.

Biztanleria orokorrarekin alderatuz, etxerik gabeko pertsonak jasaten duten buru osasun egoera kaxkarrago honek adierazten du, batetik, osasun egoerak berak etxerik gabe egotearen eragina duela, eta bestetik, etxerik gabe egoteak eta bizitako estres pasarteek osasun mentalean eragin negatiboa dutela.

Gai honetan adituak diren erakundeek ere ohartarazi dute, etxerik gabeko pertsonen artean gaixotasun mentalak dituztenen kopurua esponentzialki handitzen ari dela. Horien arabera, diagnostikatu gabeko pertsonak dira eta diagnostikoa baldin badute, ez dute tratamendurik eta ez daude beraientzat bereziki prestatutako programetan. Aditu guztiak ados daude, hala ere, etxerik gabeko artean gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen gehiengoak ez duela ospitaleratzetik behar. Botika eta jarraipen egokiarekin birgizarteratzea lortzeko lan egokia garatu ahal izango litzateke. Dena den, bizi egoera prekario batek – gizarte babesik, lanik eta etxerik gabekoak- ez du ziurtatzen tratamenduen jarraipena eta jarraikortasuna.

Bestalde, problematika honetan esku hartzea oso zaila da, bertan bi administrazioak edo gehiagok parte hartzen baitute, konpetentzia, erritmo eta pautak oso ezberdinak dituztenak, hain zuzen ere. Arreta soziosanitarioaren koordinazioan aurrerapausoak egon diren arren eta gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen arteko kanalak sortu diren arren, gaixotasun mentalak dituzten etxerik gabeko pertsonen arretak oztopo nagusi batzuk ditu, besteak beste, konpetentzien indefinizioa, koordinazio arazoak eta zerbitzuetan hutsuneak edo gainjartzeak.

2.3.1 Gaixotasun mentalak dituzten eta bazterketa egoera larrian dauden pertsonen arretan joera berritzaileak

Etxerik gabeko pertsonen artean gaixotasun mentalak dituztenen kopurua handitzeak eta ohiko zerbitzuek pertsona horiek artatzeko duten ezintasuna frogatu den heinean, kolektibo horrentzat beste ikuspuntu batetik diseinatutako esku hartze berritzaileak agertu dira.

Lan ildo honetan, “Salud Mental y Exclusión Social” (SMES Europe, 2018) proiektuak, honako gomendioak ematen ditu kolektibo honen esku hartzeak hobetzeko:

- Disziplina arteko proiektuak garatzea, zerbitzuen zatikatzea ekiditeko. Proiektu horiek funtzionamenduaren inguruko eta gizarte zein osasun zerbitzuetara sartzeko dauden oztopoen inguruko ikerketekin uztartu behar dira.
- Gizarte eta osasun arloko erakundearen koordinazioa eta sare lana bultzatu, publikoak edo pribatuak izan.
- Esku hartze malguak bultzatu, erabiltzaileen beharretara egokituak daudenak eta bakoitzaren jarraipen pertsonalizatua bermatuko dutenak.
- Gertuko erlazioen kultura bultzatu, kaleko lanaren garapena lagunduz.
- Gaixotasun mentalen pertsonen bazterketaren aurkako prebentzioan inbertitu.
- Esparru honetan lan egiten duten pertsonen etengabeko formakuntza mantendu.
- Erabiltzaileak euren tratamenduan inplikatu, oinarritzko filosofia gisa.
- Trebetasunak eta gaitasunak berreskuratzea erraztu.

2.3.2 Arreta integrala eta zerbitzuen koordinazioa

Etxerik gabeko pertsonen osasun mentaleko sare arruntera duten sarbidea hobetzeko ekimenen osagarri gisa, beste batzuk programa integralak garatzea erabaki dute. Hauetan zerbitzu ugari (sare arruntekoak edo arreta sare berezituak) pakete indibidual gisa eskaintzen dira.

Pertsona hauen behar multzo guztiari erantzun bateratua eman nahi dioten programak dira – etxebizitza, tratamendu psikiatrikoa, denbora-pasa, lan integrazioa eta diru sarreren bermatzea,

besteak beste. Lan egiteko modu honen arabera, pertsona hauen arazoak elkar lotuak daude eta esku hartze partzialen bidez nekez konpondu ahal izango dira. Erantzun integrala eskatzen dute eta esparru ezberdinetan aldi berean lagundu behar da.

VI. PRAKTIKA ONA

Gaixotasun psikikoak dituzten etxerik gabeko pertsonentzat arreta psikiatrikoko programa (Bilbo)

Bizkaiako etxerik gabeko pertsonen beharren azterketak (Aierdi, Oleaga, Moreno, Herrero, & Armiñano, 2009) azterketak frogatu zuen, beste eskualdeetan bezala, buru osasun arazoak eta patologia duala handitzen joan direla etxerik gabeko pertsonen artean Bizkaiain.

Paraleloan, lehen mailako zerbitzuen ezintasuna ikusi da kolektibo honen beharrei aurre egiterako garaian. Honek, lantalde espezifikoen gabeziarekin batera, intentsitate altuko baliabideen saturazioa ekarri du, hala nola larrialdi zerbitzuena eta ospitale unitateena, gizarte kostua eta kostu pertsonala handituz.

Testuinguru honetan, Gaixotasun psikikoak dituzten etxerik gabeko pertsonentzat arreta psikiatrikoko programa sortu zen Bilbon (Fraiz Alcubilla et al., 2014). Elkarlanean Bizkaiako Osasun Mentaleko Sareak, Udaleko Gizarte Ekintzako Sailak eta Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo sailak kudeatzen dute. Bilbon bizi diren, etxerik gabeko, gaixotasun psikikoak dituzten eta buru osasun arretarako sare arruntak artatzen ez dituen pertsonen zuzendu dago.

Arreta Osakidetzaren menpe dagoen Bizkaiako Osasun Mentaleko sareak ematen du, eta Begoñako Osasun Zentroan du egoitza nagusia. Ospitaletako errehabilitazio psikiatrikorako unitateekin eta unitate psikiatrikoekin koordinazioan lan egiten dute. Lantaldeen giza baliabideei dagokionean, bi psikiatra, erizain bat eta gizarte langile bat daude, guztiak lanaldi partzialarekin. Gizarte arloko lantaldea Bilboko Udaleko Inklusio eta Gizarte Larrialdietako zerbitzuko gizarte langileek eta gizarte hezitzaileek osatzen dute. Batez ere Kaleko Esku hartze programak PSH, Udaleko gizarte larrialdietako zerbitzuak (SMUS), Elejabarriko aterpetxeak eta exijentzia baxuko udal aterpetxeak parte hartzen dute.

Ebidentzia

Programak adierazle taula bat du – emaitzena eta profilena- (Garay, Notario, Duque, Olaskoaga, & Uriarte, 2012) aldaketen eragina neurtzea ahalbideratzen duena. Joerak eta eboluzioa ere aztertzen dira. 2006 eta 2012 urteen artean bildutako datuek erakusten dute programaren eraginkortasuna. Batez besteko %75eko adherentzia dago – tratamendu psikiatrikoaren jarraipena eta botiken eta beste zaintzen adherentzia - eta pixkanaka uzte tasa gutxitzen joaten da (gaur egun ez da %10etik igotzen).

2.3.3 Ingurune irekian esku hartzea eta talde ibiltariak

Ingurune irekian esku hartze psikiatrikoa, dudarik gabe, etxerik gabeko pertsonen buru osasunaren arretan azken urtetan martxan jarri den hobekuntza nagusietako bat da. Ingurune irekian egindako esku hartzeak, herrialde batzutan kolektibo honentzat dauden zerbitzu soziosanitarioen katalogoan ezinbestekoa bihurtu dira.

Ingurune irekiko esku hartze psikiatrikoak Ingalaterran izan du bereziki arrakasta *Homeless Mentally Ill Initiative* ekimenaren baitan. Osasun Sailak kaleko esku hartze psikiatrikoan espezializatutako taldeen sorrera finantziatu zuen, eguneko zentro eta aterpetxetan ematen den arretaren osagarri izan zedin. 1990 urtetik aurrera Londresen jarri zen martxan egitasmoa eta disziplina arteko bost talde sortu ziren. Talde horien helburua gaixotasun mentalak zituzten etxerik gabeko pertsonak arreta sare soziosanitarioarekin harremanetan jartzea zen, eta bereziki, osasun mentaleko

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

zerbitzuekin. 90. hamarkadaren erdialdean egindako ebaluazioek argi utzi zuten eraginkortasun maila handia zuela metodologia honek, bereziki nahikoa baliabide material eta pertsonala zuten taldeen kasuan. Nolanahi ere, 2008an hasi zen krisiaren ondorioz, horrelako egitasmoetara zuzendutako finantziario gutxitu egin zen.

Ingurune irekian etxerik gabeko pertsonekin egindako esku hartze psikiatrikoari buruz Estatu Batuetan egindako ebaluazioetan adierazten da, abantaila nagusia programa hauen malgutasuna dela. Gainera azpimarratzen dute, beste etxebizitza programekin koordinatzen direnean zerbitzu hauen arrakasta are eta handiagoa dela, ingurune irekiko esku hartzeak egoitza zerbitzuetara eta tratamendu psikiatrikora sarbide gisa erabiltzen baitira.

Estrategia honekin gauzatu diren esperientzia gehienak osasun eta gizarte administrazioek elkarlanean kudeatzen dituzte eta gehienetan esku hartze taldeak disziplina artekoak direla azpimarratzen da, non hezitzaileek, gizarte langileek, psikiatreek, psikologoek eta erizainek parte hartzen duten. Gehienetan, ingurune irekiko esku hartzea etxerik gabeko pertsonentzako baliabideekin (aterpetxeak, jangelak, eguneko zentroak,...) uztartuz egiten da eta zentro horietan lan egiten duten profesionalekin koordinatuz eta horien aholkularitzarekin.

Horrelako egitasmoen adibide dira Belgikako Psymobiles (Debelle, 2014) egitasmoa eta aurretik aipatu den Bilboko Gaixotasun psikiko larriak dituzten etxerik gabeko pertsonen arreta psikiatrikorako programa (2.3.2).

VII. PRAKTIKA ONA

Care Navigator (Erresuma batua)

Erresuma Batuko zerbitzu batzutan *care navigator* edo *peer navigator* figura garatu da. Honen zeregina etxerik gabeko gaixotasun mentala duen pertsonari laguntza emateko arduraduna izatea da, batez ere osasun sistemarekin duen erlazioan eta profesionalen eta erabiltzaileen arteko harremanetan, beharrezkoa baldin bada. Tratamendua betetzen dela ziurtatzeaz ere arduratzen da.

Funtzionamenduan dauden adibidetako bat Pathway irabazi asmorik gabeko elkarte da. Ospitaleko osasun arretan espezializatu da eta Erresuma Batuko osasun sistemarekin koordinazioan, *Pathway Care Navigator* diren pertsonen esku hartzea errazten du. Lotura egiten duten pertsonak dira, bolondresak askotan eta bere garaian gizarte bazterkeria jasan zutenak. Antzeko egoeran dauden etxerik gabeko eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen laguntzeko formakuntza berezia jasotzen dute.

Pathway ereduak 11 ospitaletan dago martxan eta urtean gaixotasun psikikoak eta adikzioekin arazoak dituzten 3.000 pertsonari laguntze dio. Askotan, Pathway taldeek ospitaleratze baten ondorengo momentuetarako alternatibak eskaintzen dituzte, baita beste motako baliabide sozial eta etxebizitzaren inguruko aholkularitza ere.

Oinarrian, gertutasuna, konfiantza eta eguneroko laguntza eskaintzen dira.

Informazio gehiago

<http://www.pathway.org.uk>

2.3.4 Desinstituzionalizazio programak

Patologia psikiatrikoak dituzten eta bazterketa egoeran dauden pertsonen arretan ospitalizazio faseen bukaera une kritikoa da. Behar baino lehenago emandako alta batek edo planifikatu gabekoak bateak pertsonaren egoeraren okertze orokorra ekar dezake, ez baitu berriz integrazteko etxebizitza bat edo trantsizio epean laguntzeko sare sozialik. Ongi kudeatutako desinstituzionalizazio prozesu bat berriz integrazio prozesuarentzat hobetzeko aukera bat izan daiteke, horrekin pertsonaren inplikazio handiagoa lortzen bada arreta baliabideekiko eta esku hartzea planifikatzen bada.

Desinstituzionalizazio plangintzek ere interesa pizten dute ikuspuntu prebentibotik, horrelako alta motak – batez ere egonaldi luzeen ondoren- etxerik gabeko egoeren arrisku faktore nagusietako bat izaten baitira.

Horrelako prozesuak edozein ospitaleratze alta motaren ondoren egin daitezkeen arren, bereziki interesgarriak dira beste patologiez gain gaixotasun mentalak dituzten pertsonen ospitaleratze psikiatrikoen kasuan. Momentu Kritikoetan egindako Esku Hartze programak (CTI, *Critical Time Interventions*), batez ere Estatu Batuetan garatu direnak, horrelako egitasmoen adibide dira.

VIII. PRAKTIKA ONA

Critical Time Interventions eredua (Estatu Batuak eta Europa)

Momentu Kritikoetan egindako Esku Hartze eredua (*Critical Time Interventions*) programa indibidualizatua da, zeinak gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen etxebizitza eta laguntza eskaintzen dien egoitza baliabide batetik (aterpetxea, ospitalea, kartzela) ingurune komunitariora itzuli behar dutenean, *Institutional discharge planning* ereduaren arabera. CTI ereduak bi helburu ditu:

- ✓ Erabiltzaileek zerbitzuekin, senideekin eta lagunekin duten erlazioak epe luzera indartzea.
- ✓ Komunitateko bizitzara pasatzeko momentu kritikoan laguntza emozional eta praktikoa ematea.

Prozesua, 9 hilabeteko iraupena duena, CTI profesional baten ardurapean dago, eta osasun mentaleko profesional batek gainbegiratzen du. Profesional bakoitzak 10-15 kasu ditu esku artean momentu berean eta aurretik ospitaleratze garaian artatu dituen pertsonak izaten dira. Estatu Batuetan aplikatu den eredua izan arren, printzipio berdinetan oinarritutako programak garatu dira Herbehereetan (Lako et al., 2013), Erresuma Batuan eta Latinoamerikan (Baumgartner, Silva, Valencia, & Susser, 2012).

Ebidentzia

Azterketa ugari frogatu dute CTI ereduaren onurak zein diren behar ezberdinak dituzten kolektiboen arretan:

- ✓ Herbehereetan garatutako CTI zerbitzuen inguruan 2013an egindako ikerketa batek (Lako et al., 2013) programa hauen eraginkortasuna frogatu zuen, tratu txarrak jaso zituzten pertsonen arretan eta baita etxerik gabekoen arretan ere.
- ✓ Etxerik gabeko eta osasun mentaleko arazoak dituzten pertsonen arretarako programen kostu-eraginkortasuna zientifikoki frogatu da Estatu Batuetan garatutako esperientzietan (Jones et al., 2003).
- ✓ Gaixotasun larriak dituzten etxerik gabeko pertsonen artean ospitaleratze berrien beharra (Tomita & Herman, 2012), eskizofreniaren sintoma negatiboak (D. Herman et al., 2000) eta

etxerik gabe egondako egunak eta ondorioz berriz ere etxerik gabe geratzeko arriskua gutxitzen dira (Susser et al., 1997)

- ✓ CTI eredia eraginkorra dela frogatu da ospitale psikiatrikoetan alta ematen zaien etxerik gabeko pertsonak berriz ere etxerik gabe geratzeko arriskua prebenitzeko garaian (D. B. Herman et al., 2011)
- ✓ Haurrak dituzten emakumeen kasuan bere eraginkortasuna frogatu da, etxerik gabe egoten diren denboraren gutxitzean, eskola errendimendua hobetzean eta haurren osasun mentala hobetzean (Felix & Samuels, 2010).
- ✓ Ikerketa ugari iradoki dute kostetan eraginkorra dela (Jones et al., 2003).

2.3.5 Etxebizitza aurrena edo *Housing First* eredia

Azken urtetan gero eta garrantzia handiagoa hartzen joan da, maila tekniko eta sozialean, *Housing First* eredia (euskaraz, etxebizitza aurrena), etxerik gabeko pertsonen arretari dagokionean. Gure inguruan, *Housing First* eredia estatuan RAIS Fundazioren Habitat programaren (Fundación RAIS, 2018) eta gobernu zentralak 2015ean onartutako Etxerik gabeko pertsonen estrategia integralaren baitan garatzen ari da.

EAEn egitasmo zehatzak daude martxan Bizkaia eta Gipuzkoan (Cadena Ser, 2016), Foru Aldundiek eta Bilbo eta Donostiako udalek sustaturik.

Housing First ereduaren ezaugarriak honakoak dira:

- ✓ Etxebizitza oinarrizko eskubide gisa ulertzea.
- ✓ Oinarrizko printzipio batetik abiatzea: pertsonak eragiten dieten egoeren inguruko erabakiak hartzen dituzte; ondorioz, profesional taldeak prozesu horretan laguntzeko eta erabakiak praktikan jartzen laguntzeko daude. Eskaintzen den edozein laguntzak, pertsona eta bere beharrak jartzen ditu erdigunean.
- ✓ Normalizaziora jo behar da, getoak edo bazterkeria sozialeko egoerak sustatzen dituzten etxebizitza ereduak baztertuz.
- ✓ Etxebizitza pertsonaren bizitzeko, intimitaterako eta segurtasunerako tokia da; tratamendu bat behar baldin bada, hau beste edozein pertsonak jasotzen duen baliabideen eta zerbitzuen bidez emango da.
- ✓ Komunitatea (pertsona bizi den eraikina, auzoa eta abar) erlazioak berreskuratzeko aukerez betetako eta sare sozialak eraikitze esparrua da.

Azken finean, *Housing First* ereduak gizarte zerbitzuen beste esparru batzutan, hala nola adinekoen arretan edo desgaitasuna duten pertsonen arretan, teorikoki behitatzat onartu diren kontzeptu eta printzipioak, etxerik gabeko pertsonen arretara ekartzen ditu: arretaren indibidualizazioa, bizi kalitatearen zentralitatea, komunitatean ongi integratutako tamaina txikiko etxebizitza edo egoitzen erabilera, erabiltzaileen kontrolean eta autodeterminazioan enfasia, kalteen minimizazioa eta exijentzia baxua.

Pleace y Bretherton (Pleace & Bretherton, 2013) ikerlarien arabera, badago ebidentzia nahikoa etxebizitzan oinarritutako ikuspuntua etxerik gabeko pertsonen egoera hobetzeko oso eraginkorra dela esateko. Estrategia honek bereziki bultzatzen du etxerik gabeko laguntza behar handia duten pertsonen arretan errespetua egon dadin, aukeratzeko aukera eta beraien bizitzaren kontrola izan dezaten. Gizarteratzea etxebizitza bat berehala eskainiz lortzen da.

Housing First eredia da agian, esku hartze sozialaren esparruan analisi eta ebaluazio gehiena izan dituen metodologia. Izan ere, azken urtetan egindako entsegu eta ebaluazio ugari daude, orokorrean emaitza onekin. Besteak beste, ebaluazio zorrotzak egin dira Kanada (Aubry et al., 2015),

2. JOERA ETA JARDUNBIDE EGOKIAK GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETAN

Belgika (Housing First Belgium, 2013), Ingalaterra (Bretherton & Pleace, 2015) eta Eskozian (Johnsen & Fitzpatrick, 2013), non eredu hau etxerik gabeko pertsonen arreta estrategiaren parte den.

Europar egindako ikerketa ezagunena berriz, Volker Busch-Geertsema azterketa (Busch-Geertsema, 2013) da. Europako Komisioak lagundurik, Europako hamar hiritan egindako azterketa da. Ebaluazio horren arabera, programak adherentzia altua lortzen du eta parte hartzaileen bizi kalitatea asko hobetzen da, buru osasun arazoetan eta drogen kontsumoan ere hobekuntza nabariak ikusi direlarik. Emaitzak ez dira hain onak enpleguaren, baliabide ekonomikoen kudeaketaren, gizarte integrazioan, erlazio pertsonalen eta bizilagunekin dauden harremanen esparruan. Bestalde, aztertutako kasu gehienetan behar diren baliabide ekonomikoak murriztagoak dira esku hartze arruntekin alderatuz, nahiz eta koste eta eraginkortasunaren inguruan ondorio argiagoak ateratzen dituzten azterketak behar diren.

Espanian martxan dauden *Housing First* proiektuak ere emaitzak ematen hasi dira. FAIS Fundazioak egindako behin-behineko ebaluazioak (Bernad, Yuncal, & Panadero, 2016) oso emaitza onak daudela adierazten du. Etxerik gabeko 100 pertsonen parte hartzen duten diseinu esperimental batetik abiatuta (bi taldetan banatuta: erdiak Hábitat programan parte hartzen dute, beste erdiak programa arruntetan), programak frogatu du orain arte dauden esku hartze ohikoenak baino eraginkorragoak direla, koste ekonomiko antzekoarekin. Hábitat programako parte hartzaileek larrialdiko eta oinarrizko zerbitzuak eskaintzen dituzten baliabideak (kaleko taldeak eta eguneko zentroak) gutxiago erabiltzen dituzte eta handitu egiten da errehabilitazio eta birgizarteratze baliabideen (formakuntza tailerren, arreta psikologiko eta psikiatrikoaren eta errehabilitazio baliabideen) erabilera. Eraginkortasun ekonomikoaren ebaluaziotik ondorioztatzen da, beraz, eta sustatzaileen arabera, Hábitat programaren kostea etxerik gabeko pertsonentzako arreta sarean dauden beste baliabideen kostearen antzeko edo txikiagoa dela, baina intentsitate handiagoko esku hartze eraginkorragoekin.

3 BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

Atal honen helburua buru gaixotasun psikikoek Oarsoaldeko biztanlerian duten prebalentzia kuantifikatzea da. Hasi aurretik aipatu behar da, prebalentzia neurtzea zaila izan dela, gaixotasun psikikoek nahasmendu mota ugari biltzen dituztelako, eta diagnostikoa oinarritzat hartzen diren irizpideen arabera dagoelako. Gainera, askotan gaixotasun psikikoak bigarren mailan geratzen dira, beste osasun arazo batzuen ondorio gisa.

Buru osasun arazoak dituzten pertsona kopurua zehazterako garaian beste zailtasun bat ere badago, estigma soziala (Muñoz, Santos, Crespo, & Guillén, 2009). Estigma sozialaren jatorria ezjakintasuna da eta horren eraginez estereotipoak sortzen dira, hala nola, pertsona hauek arriskutsuak edo ezgaiak direla pentsatzea. Horren ondorioz, pertsona askok gaixotasuna ezkutatu egiten dute, gizarte bazterkeria ekiditeko. Ondorioz, jarraian aurkezten den azterketa Oarsoaldean bizi diren pertsonen artean buru osasun arazoak duten prebalentziaren hurbilketa bat da.

3.1 BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA OARSOALDEAN

Munduko Osasun Erakundearen arabera, osasun mentalaren definizioa honakoa da: Ongizate egoera batean dago gizabanakoa: bere gaitasunez kontziente da, bizitzan dakartzan ohiko tentsioei aurre egiteko ahalmena dauka, eraginkortasunez lan egin dezake eta bere komunitateari ekarpena egiteko gai da. Ondorioz, buru osasun arazoak aipatzen direnean, ongizate horretan eragina duten nahasmenduak sartzen dira, eguneroko bizitzako jarduerak era autonomo batean egiteko gaitasuna aldatzen dutenak.

Euskal biztanleriaren buru osasun egoera eta buru osasun arazoaren eragina ezagutzeko, informazio iturri nagusia Euskadiko Osasun Inkesta (ESCAV) izan da, bost urtetik behin Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak egiten duena, hain zuzen ere. Besteak beste, inkesta honek biztanleriaren buru osasun egoeraren inguruko informazioa biltzen du, antsietate eta depresioaren sintomen informazioarekin batera. Gainera suizidioan noizbait pentsatu duten pertsonen ehunekoa ere biltzen da. Herri edo eskualde mailako daturik ez duen arren, kasu batzutan, Osakidetzako Erakunde Sanitario Integratuen (OSI) araberrako banaketa azaltzen du.

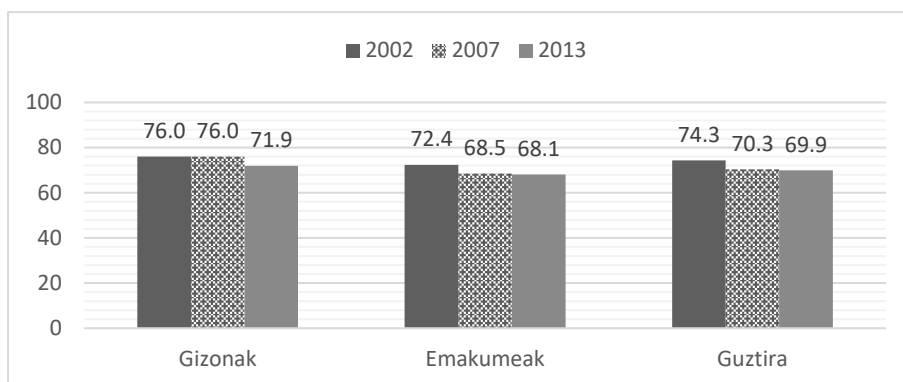
3.1.1 Osasun Mentaleko indizea

Adierazle honek antsietate, depresio, kontrol emozional eta oreka afektiboaren maila neurtzen du, *Mental Health Inventory* (MHI-5) tresnaren bidez. Osasun arazoak ebaluatzen dira hau erabiliz. Kalkulu hori egiteko, inkestak galdera bat du, non egoera emozional ezberdinak planteatzen diren – urduri egotea, moral baxua edukitzea, lasai egotea, kemenik gabe egotea edo zorionsu izatea- eta parte hartzaileei egoera horietako batean azkeneko lau astetan zenbatetan egon diren adierazteko eskatzen zaie. Emaitzak 0 eta 100 arteko eskala batean erakusten dira, balio handienek buru osasun hobe adierazten dutelarik.

ESCAVen azkeneko datuek, 2013koek, erakusten dute, gipuzkoarren buru osasun indizea 100etik 69.9an dagoela, EAerentzako baliotik (70.7) behera. Gainera, genero ezberdintasunak nabari dira inkestan, emakumeen buru osasun egoera gizonena baino okerragoa delarik, 68.1 puntu emakumeena, 71.9 gizonena. Aurreko datuekin alderatuz, buru osasun egoerak okerrera egin duela nabari da, 74.3tik 69.9ra jaitsi baita, 2002tik 2013ra. Egin diren azken hiru inkestetan, emakumeek nabaritzen duten osasun mentalaren egoera gizonezkoena baino okerragoa da.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

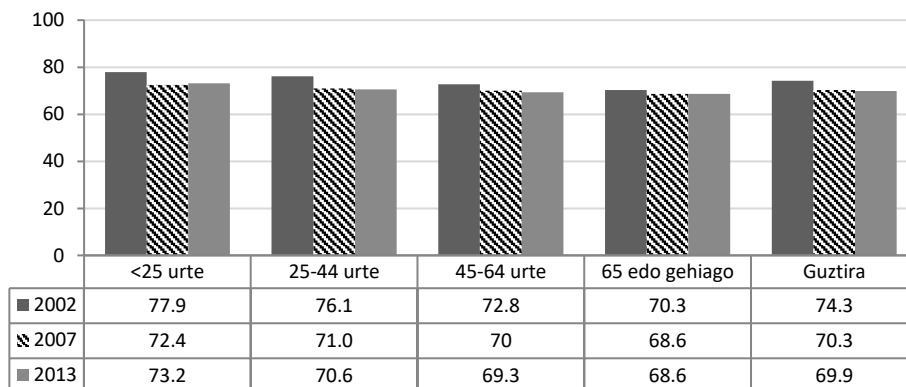
3.1 Irudia. Buru osasunaren indizearen bilakaera sexuaren arabera. Gipuzkoa 2002-2013



Iturria: Euskadiko Osasun Inkesta (Departamento de Salud, 2018a).

Bestetik, buru osasunaren eta adinaren arteko erlazioa ere badago, datuek zahartzearekin batera buru osasun okerragoa nabaritzen dela erakusten baitute. Joera hau ez da buru osasunarekin bakarrik antzematen, osasun egoerarekin lotutako beste adierazleetan ere joera hau nabaritzen baita. Bilakaera aztertuz gero, 45 urtetik beherakoen artean buru osasun egoera gehiago okertu dela, 2002 eta 2013 arten %7.2. Gainera ikusten da, 2007ko inkestarekin alderatuz, hobekuntza nabaritu duen kolektibo bakarra 25 urtetik beherakoena dela.

3.2 Irudia. Osasun Mentalaren indizearen bilakaera adin tartearen arabera Gipuzkoa 2002-2013



Iturria: Euskadiko Osasun Inkesta (Departamento de Salud, 2018a).

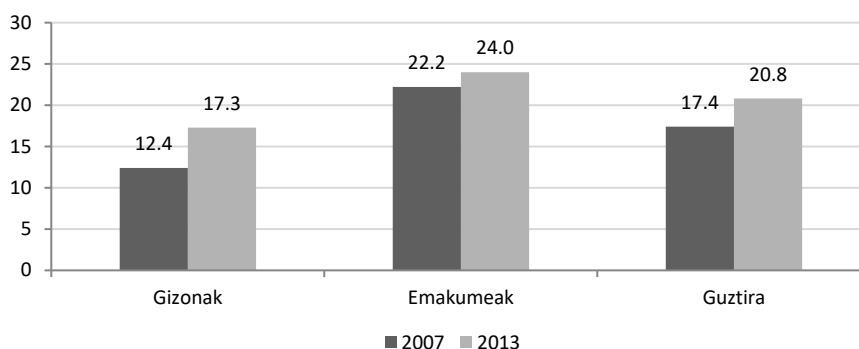
3.1.2 Antsietate eta depresio sintomak

Euskadiko Osasun Inkestak buru osasunaren inguruan jasotzen duen adierazle espezifikoetako bat antsietate eta depresio sintomen prebalentziarena da. Adierazle honek inkesta egin duten pertsonengan gaur egun sintomak dauden edo ez adierazten du. Autobalorazio bat den heinean, aipatu behar da pertsona guztiek ez dutela horren inguruko diagnostikoa eta gainera ez dela kontuan hartzen larritasuna, beraz gutxi gorabeherakoa da.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

2013an, Gipuzkoan bizi ziren bost pertsonatik batek antsietate eta depresio sintomak zituen, emakumeen artean eragina handiagoa zelarik (%24 emakumeetan eta %17.3 gizonezkoetan). 2007ko inkestarekin alderatuz, genero ezberdintasunak mantendu direla ikusi daiteke, nahiz eta gorakada handiagoa izan den gizonezkoen artean – 2007 eta 2013 artean ehuneko 5eko igoera.

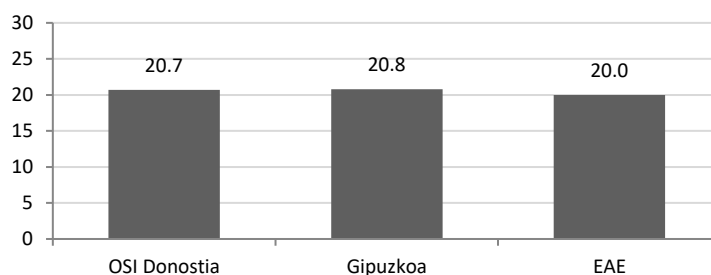
3.3 Irudia. Antsietate eta depresio sintomen prebalentzia sexuaren arabera (%). Gipuzkoa 2007-2013



Iturria: Euskadiko Osasun Inkesta (Departamento de Salud, 2018a).

Euskadiko Osasun Inkestatik abiatuta egin diren argitalpenetan, Osakidetzako Erakunde Sanitario Integratuen (OSI) arabera banatutako adierazle sorta dago. Antsietate eta depresio sintomen kasuan, Oarsoaldeako lau herriak (Errenteria, Lezo, Oiartzun eta Pasaia) Donostiako OSIn daude. Guztira 17 herri biltzen ditu². 2013ko datuen arabera, gizonen %17.8ak eta emakumeen %23.4ak antsietate eta depresio sintomak zituzten OSI horretan. Ondorioz, 17 herri horientzat lortzen den batez bestekoa %20.7koa da, probintziakotik oso gertu (%20.8) eta EAEn batez baino gorago (%20).

3.4 Irudia. Antsietate eta depresio sintomen prebalentzia eremuaren arabera (%). 2007-2013



² Donostiako OSIn osatzen duten herriak dira Aizarnazabal, Astigarraga, Donostia/San Sebastián, Errenteria, Getaria, Hernani, Lasarte-Oria, Lezo, Oiartzun, Orrio, Pasaia, Urnieta, Usurbil, Zarautz, Zestoa eta Zumaia.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

Iturria: Euskadiko Osasun Inkesta (Departamento de Salud, 2018a).

Donostiako OSI eremua osatzen duten herrietako antsietate eta depresio sintomen prebalentziaren arabera, Oarsoaldean sintoma horiek izan ditzaketen pertsonen kopurua estimatu da. Eskualdeko lau herrietako biztanleria kontuan hartuta, bertako 14.700 pertsonen sintomak izan ditzaketela kalkulatu da, arazoa maila ezberdinetan jasaten dutelarik.

3.1 taula Antsietate eta depresio sintomak dituzten pertsona kopuruaren estimazioa sexuaren arabera. 2013

	Gizonak	Emakumeak	Guztira
OSI Donostia	30.780	43.692	74.472
Oarsoaldea	6.170	8.521	14.691

Iturria: Kalkulu propioa, Euskadiko Osasun Inkestatik abiatuta (Departamento de Salud, 2018a).

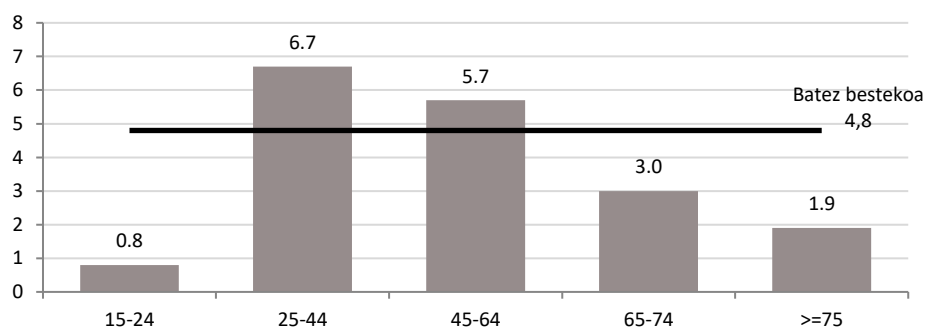
3.1.3 Suizidio arriskua

Suizidioaren fenomeno gehiago ezagutzeko saiakera gisa, Euskadiko Osasun Inkestak honako galdera egiten du: “Zure bizitzan zehar, noizbait serio pentsatu al duzu suizidioan, zure buruaz beste egitean?”. Nahiz eta suizidioa ez den bakarrik gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzat heriotza arrazoa, buru osasun arazoak dituzten pertsonen artean ohikoagoa dela uste da.

Inkestaren datuen arabera, Gipuzkoako biztanleriaren %4.8ak noizbait bere buruaz beste egitea pentsatu du, emakumeen kasuan %5.7raino igotzen den kopurua. Honek esan nahi du 15 urtetik gorako 29.260 pertsonak noizbait suizidioan pentsatu dutela. Adinaren arabera aztertzen badira datu hauek, 25 eta 44 urte arteko tartean da ehuneko handiena, %6.7.

3.5 Irudia. Noizbait bere buruaz beste egitean pentsatu duen pertsonen kopurua (%).

Gipuzkoa 2013



Iturria: Euskadiko Osasun Inkesta (Departamento de Salud, 2018a).

Aztertutako prebalentziak pixka bat gutxitzen dira bizi guztian zehar galdetu beharrean, azkeneko 12 hilabetetan suizidioan pentsatu duzun galdetuz gero. Kasu honetan, bere buruaz beste egitean

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

pentzatu duten pertsona kopurua 8.534 dira (biztanleriaren %1.4). Gainera ikusten da, suizidio arriskua gizonen artean handiena den adin tartea 45 eta 64 urteen artean dagoela.

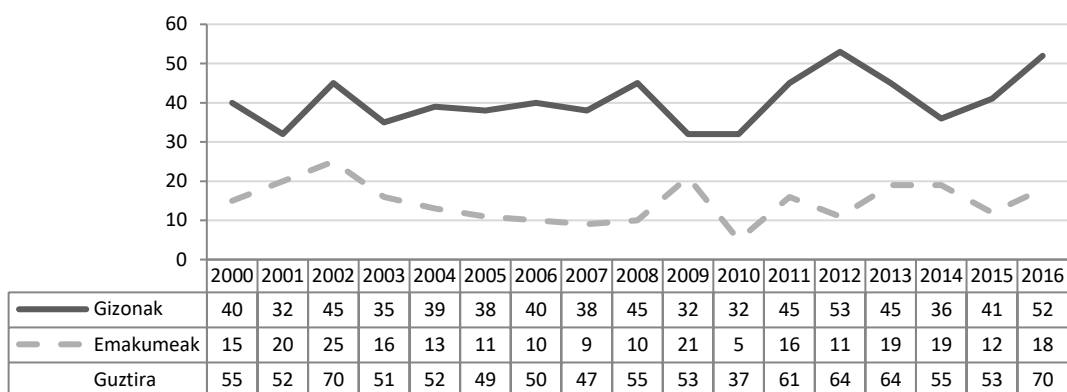
3.2 taula Suizidioan pentzatu duten biztanleriaren prebalentzia, sexuaren eta adinaren arabera (%).
Gipuzkoa 2013

	Noizbait bizitzan zehar			Azkeneko 12 hilabetetan		
	Gizonak	Emakumeak	Guztira	Gizonak	Emakumeak	Guztira
15-24 urte	0,0	1,6	0,8	0,0	0,0	0,0
25-44 urte	4,7	8,8	6,7	1,0	2,3	1,6
45-64 urte	5,1	6,2	5,7	1,9	1,4	1,7
65-74 urte	3,0	3,1	3,0	1,6	1,6	1,6
75 edo gehiago	1,4	2,1	1,9	0,0	1,2	0,8
Guztira	3,8	5,7	4,8	1,2	1,6	1,4

Iturria: Euskadiko Osasun Inkesta (Departamento de Salud, 2018a).

Gipuzkoako biztanleriaren %5ak noizbait bere buruaz beste egitea pentzatu duen arren, gehiengoak ez du hori gauzatu. Nolanahi ere, interesgarria da suizidioaren edo norberari egindako lesioen eraginez hildako pertsona kopuruaren bilakaera ezagutzea, naturalak ez diren heriotzen lehenengo arrazoa baita. INEren heriotzen estatistikaren arabera, 938 pertsonak egin zuten euren buruaz beste 2000 eta 2016 artean Gipuzkoan. Hurrengo grafikoan ikusten den moduan, erabaki hori hartzen duten pertsona gehienak gizonak dira.

3.6 Irudia Suizidioagatik eta norberari egindako lesioengatik heriotzak. Gipuzkoa 2000-2016



Iturria. INE. Heriotzen estatistikak (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Ondorioz, datu hauen arabera esan daiteke 2013an Gipuzkoako biztanleriaren buru osasuna ona zela, 2017arekiko izandako okertzea kontuan izan arren. Osasun egoeraren autoebaluazio gehienetan gertatzen den moduan, emakumeek eta 65 urtetik gorako pertsonak egoera okerragoa dute.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

Antsietate eta depresio sintomen inguruan, Euskadiko Osasun Inkestak dionez Gipuzkoako biztanleen %21ak horrelako sintomak ditu, nahiz eta larritasuna ez den zehazten. Azkenik, suizidioen inguruko datuek diote Gipuzkoako biztanleriaren %5ak noizbait bere buruaz beste egitean pentsatu duela, azkeneko 12 hilabetetan hori egin dutenak %1.4a direlarik.

3.2 GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA

Euskadiko Osasun Inkestaz gain, buru osasun arazoak dauden edo ez ezagutzeko, gaixotasun mentalak dituzten pertsonak jasotzen duten arretari buruz administrazioek ematen duten informazioa dago. Arreta bi sistema ezberdinek ematen dute: osasun sistemak eta gizarte zerbitzuen sistemak. Esparru honetan, gehienetan behintzat, Oarsoaldeari buruzko informazioa badago.

3.2.1 Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen osasun arreta

EAEn, osasun arreta Osakidetza – Euskal Osasun Zerbitzuak – ematen du eta zerbitzu ugari kudeatzen ditu osasun erakunde publiko ugariaren bidez. Gainera, Erakunde Sanitario Integratu (OSI) horiek, osasun zentro ezberdinez osatuak daude eta hauek arduratzen dira gaixotasun mentalak dituzten biztanleen arretaz. Oarsoaldean, gaixotasun psikikoak dituzten pertsona helduen arretaz Errenteriako Osasun Mentaleko (CSM) zentroa arduratzen da, haur eta gazteen arreta Donostiako CSMaren ardura den bitartean. Horregatik, ondoren, gaixotasun mentalak dituzten pertsona helduen arreta bakarrik aztertzen da.

Osakidetzak emandako datuen arabera, 2016an, 18 edo urte gehiagoko 2.000 pertsona artatu ziren Oarsoaldean, eskualdeko biztanleria helduaren %3a. Nahiz eta zifra hau txikiagoa izan, gutxi gorabehera Gipuzkoan erregistratu zenarekin bat dator, 2015ean biztanleriaren %3.47 artatu baitzen arreta sareko osasun mentaleko zentroaren batean. Artatutako pertsonen ezaugarrien inguruan, datuek diote osasun arazo hauen prebalentzia handiena batez ere 45 eta 54 urte bitarteko pertsonen artean dagoela – 1.000 pertsonatik ia 47k dute gaixotasun mentalen bat- sexuaren araberako banaketa nahiko orekatua den bitartean - %53.3 emakumeak, %46.7 gizonak-.

3.3 taula. Osasun Mentaleko sarean artatutako pertsonak, sexua eta adin tartearen arabera.

Oarsoaldea 2016

	Gizonak		Emakumeak		Guztira	
	N	1.000 pertsonako	N	1.000 pertsonako	N	1.000 pertsonako
18 – 24 urte	43	19,9	44	22,0	87	20,9
25 – 34 urte	78	22,5	121	34,9	199	28,7
35 – 44 urte	221	33,8	240	39,2	461	36,4
45 – 54 urte	302	52,3	236	41,8	538	47,2
55 – 74 urte	166	39,1	185	41,1	351	40,1
65 – 74 urte	75	20,3	113	26,3	188	23,5
75 edo gehiago	44	15,8	123	26,4	167	22,4
Guztira	929	26,6	1.062	28,9	1.991	27,8

Iturria: Osakidetza (Departamento de Salud, 2018b).

Diagnostikatutako nahasmenduen inguruan, datuek diote Oarsoaldeako Osasun Mentaleko sarean artatutako pertsonen artean nahasmendu neurotikoak direla gehiengoa (guztietatik %29.7), nahasmendu psikotikoak ondoren (%18.8) eta gogo-aldartearenak azkenik (%16.7). Aipagarria da, gizonen artean alkoholaren eta drogen kontsumoak duen eragina (%20), emakumeen artean %5a den

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

bitartean. Nahasmendu neurotikoek berriz eragin handiagoa dute emakumeengan - %35.9 emakumeak, %22.6 gizonak.

3.4 taula. Osasun Mentaleko sarean artatutako biztanleak sexua eta nahasmendu motaren arabera. Oarsoaldea. 2016

	Gizonak		Emakumeak		Guztira	
	N	%	N	%	N	%
Nahasmendu psikotikoak	220	23,7	155	14,6	375	18,8
Nortasun nahasmenduak	82	8,8	89	8,4	171	8,6
Nahasmendu neurotikoak	210	22,6	381	35,9	591	29,7
Nahasmendu mental organikoak	28	3,0	34	3,2	62	3,1
Gogo-aldartearen nahasmenduak	110	11,8	222	20,9	332	16,7
Alkohola/Drogen kontsumoagatik nahasmenduak	186	20,0	53	5,0	239	12,0
Jokabide nahasmenduak	10	1,1	27	2,5	37	1,9
Beste nahasmenduak	29	3,1	17	1,6	46	2,3
Diagnostiko gabe/ Patologia psikiatriko gabe	54	5,8	84	7,9	138	6,9
Guztira	929	100,0	1.062	100,0	1.991	100,0

Iturria: Osakidetza (Departamento de Salud, 2018b).

Datu hauek interpretatzerako orduan kontuan hartu behar da artatutako pertsona guztiek ez dutela gaixotasun psikiko larria. Ez behintzat Osakidetzaren definizioak diona jarraitzen bada. Izan ere, gaixotasun mental larriaren kontzeptuak ez du esanahi bakarria sendagileen artean³. Euskadiko osasun sistemaren kasuan, gaixotasun psikikoak CIE-10 sailkapeneko kategoria hauek direla esaten da: eskizofrenia (F20), nahasmendu eskizopatikoa (F21), nahasmendu eskizoafektiboak (F25) eta nahasmendu bipolarra (F31). Ikusten den moduan, definizio honek arreta sarean artatzen diren pertsona asko uzten ditu kanpoan. Ez daude bertan ez nahasmendu neurotikoak, ezta alkohola eta drogekin zer ikusia duten nahasmenduak ere. Izan ere, datuek diotenez, 2018an, Errenteriako Osasun Mentaleko zentroan artatutako pertsonen %20a bakarrik daude, 374 pertsona zehazki (2018ko

³ Adibidez, Osasun eta Gizarte Politiken Ministerioak 2009an argitaratutako "Guía de práctica clínica para intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave" eskuliburuan, gaixotasun psikiko larri bat egoteko irizpideak zehazten dira: 1) CIE-10 gaixotasunen sailkapeneko F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F32.3, F33 y F42 kode diagnostikoen sintomatología egotea; 2) gaixotasunaren 2 urte edo gehiagoko bilakaera edo hondatze progresiboa azken sei hilabetetan (rol sozialak uztea eta kronifikazio arriskua) eta 3) pertsonaren funtzionamendu pertsonalean, lanean, gizartean edo familian eragin ertaina edo larria, eskala ezberdinen bidez neurtua, adibidez "Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)", 50etik beherako puntuazioarekin, edo "escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I)", alderdi guztietan 3 puntutik gorako puntuazioarekin.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

azaroaren 6an hartutako datua), Osakidetzak ematen duen gaixotasun psikiko larriaren definizioaren barruan.

Gai hau garrantzitsua da, zenbait zerbitzu soziolaboretara zuzeneko sarbidea lortzeko ziurtagiria Osakidetzak ematen baitu. Nahiz eta programan sartzeko itxaron zerrendan egon, Osakidetzak gaixotasun larria duzula aitortzen badu, sarbide zuzena duzu. Beste pertsona guztiek, desgaitasun balorazio bat eskatu eta balorazio horretan gutxienez %33ko puntuazioa lortu behar dute zerbitzu gehienak erabili ahal izateko. Honen inguruan, analisi kualitatiboan zehatzago azaltzen den moduan, pertsona batzuek uste dute gaur egungo desgaitasuna baloratzeko irizpideak hori lortzea zailtzen dutela patologia zehatzen kasuan, bai behintzat puntuazio altuekin (%45 edo %65 adibidez), nahiz eta gaixotasunaren sintomatologiak bizitza arrunta egitea galarazten dien.

Azkenik, garrantzitsua da aipatzea gaixotasun psikiko larri baten kategorian ez egoteak ez duela esan nahi sintomatologia larria ez denik edo hondatze funtzionala ez dagoenik. Hori datuetatik ondorioztatu daiteke, gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen kopurua 374 baita 2018an Oarsoaldean, baina gaixotasun psikikoagatik desgaitasuna duten pertsonena 835 zen 2016an. Ezberdintasun hau (461 pertsona) ez da datuak urte ezberdinetan hartu direlako, batez ere kontuan hartuta Oarsoaldean Osasun Mentaleko Zentrora joan izan diren pertsonen kopurua azken urtetan konstante mantendu dela (\pm %10-15). Beraz, desgaitasun aitortza bidez bada ere, larritasun definizio teorikotik kanpo sintomatologia larria duten 461 pertsona daude.

Honen inguruan, interesgarria da Errenteriako Osasun Mentaleko artatze datuei buruz Gipuzkoako Osasun Mentaleko urteko memoriak (2013 eta 2015) diotena aztertzea. Esan den moduan, erabiltzaileen kopurua nahiko konstante mantendu da 2.000 pertsonen inguruan – 1991 pertsona 2016an, 2361 pertsona 2015ean eta 2139 pertsona 2013an- urtetik urtera %10 eta %15eko aldaketa gertatu diren arren. Horrela, Errenteriako Osasun Mentaleko Zentroan artatutako gaixoen kopurua %10.3 igo zen 2013 eta 2015 artean, baina %15 (370 pertsona) jaitsi zen hurrengo urtean. Ondorioz, joera nabarmenik ez dagoela eta pertsona kopurua konstante mantentzen dela esan daiteke.

3.5 Taula. Errenteriako Osasun Mentaleko zentroko oinarrizko adierazleak. 2013/2015

		Berriak	Berrasteak	Alta medikuak	Altak guztira	Gaixoak guztira
2015	N	489	337	418	873	2.361
	%	20,7	14,3	17,7	37,0	100,0
2013	N	501	318	252	800	2.139
	%	23,4	14,9	11,8	37,4	100,0

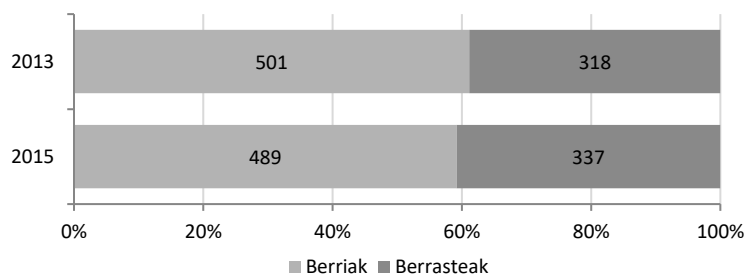
Iturria: Gipuzkoako Osasun Mentaleko sareko urteko memoriak (Departamento de Salud, 2018b).

Artatutako kasuen ezaugarrien inguruan, datuek erakusten dute hamarretik bi kasu edo pixka bat gehiago erabat berriak direla, hau da, osasun mentaleko sarera lehen aldiz joaten diren pertsonak direla - %20.7 2015ean eta %23.4 2013an. Kasuen %15a berriz, tratamendua berriro hastera doaz saretik kanpo epe bat egon eta gero - %14.3 2015ean eta %14.9 2013an. Honek esan nahi du, Errenterian artatutako kasuen %35 eta %40 artean gutxienez intentsitate handiagoko arreta beharko duten kasuak direla, bai erabiltzailearen diagnostiko prozesu osoa egin behar delako edo baita egoeraren eta gaixoaren ezagutzari buruzko eguneratzea egin behar delako, arreta saretik denbora bat kanpoan pasa ondoren.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

Erregistratu diren alta eta baje inguruan ikusten da ia hamarretik lau pertsonak alta jasotzen dutela urtero, baina horrek ez du esan nahi sendatu egiten direnik. Ondoren azaltzen den moduan, erregistratutako alta asko administratiboak besterik ez dira. Zehazki, 2015ean artatutako pertsonen %37ak eta 2013ko %37.4ak alta jaso zuten urte bukaeran, bai sendagilearen erabakiagatik - %17.7 2015ean eta %11.8 2013an- edo baita beste arrazoi batzuegatik - %19.3 2015ean eta %25.6 2013an. Osasun Mentaleko Zentrotik baja administratiboa emateko arrazoi ugari dauden arren (bizitokia aldatzea, epe luzerako ospitaleratze psikiatrikoa, heriotza edo baja boluntarioa, adibidez), kontuan hartu behar da erabiltzile batzuk tratamenduak jarraitzeko eta zerbitzuarekin harreman egonkorra edukitzeko zailtasuna dutela. Ezaugarri hauek osasun zerbitzuek kontuan izan behar dituzte. Gaixotasun psikikoa duten pertsonen tratamenduari dioten adherentzia falta, gaixotasunaren kontzientzia faltagatik, botiken albo ondorioengatik edo aliantza terapeutikoaren faltagatik izan daiteke (Gallego Sola, 2015).

3.7 Irudia Tratamendua hastearren eta berriz hastearren joera. Errenteriako CSM 2013/2015



Iturria: Gipuzkoako Osasun Mentaleko sareko memoriak (Departamento de Salud, 2018b).

Azkenik, kontuan hartu behar da, badirela gaixotasunaren kontzientziarik gabeko pertsonak ez direnak inoiz osasun zerbitzuetara joan edo tratamenduari uko egiten diotenak, nahiz eta gaixotasun psikikoa jasan eta horren sintomatologia eduki. Horiek laguntzarik gabe geratzen dira eta gainera zenbat diren ere ez dakigu.

3.2.2 Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen gizarte arreta

Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta ematen dien bigarren sistema, gizarte zerbitzuena da. Esparru honetan konpetentziak banatuta daude udalen eta Foru Aldundiaren artean. Hala ere, gaixotasun psikikoa duten pertsonentzat bereziki prestatutako programak foru Aldundiarenak bakarrik dira. Nolanahi ere, txosten honen beste ataletan azaltzen den moduan, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen udaletatik ematen zaien arreta, dependentzia arriskuan edo egoeran dauden pertsonen ikuspuntutik ematen zaie, eta batzutan, bazterketa arriskuan dauden pertsonen ikuspuntutik. Dena den, udal eta datuak lortzearen zailtasuna ikusirik, jarraian azaltzen diren datuak Foru Aldundiaren konpetentzien barruan ematen diren zerbitzuenak dira.

Dependentziaren eta Desgaitasunaren arretarako Zerbitzuak – Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Politikako Sailaren baitan dagoenak - pertsona bakoitzaren desgaitasun maila baloratzen du, ehunekotan ebaluatzen dena. Pertsona bati desgaitasuna duela onartzeko %33koa edo handiago den balorazio lortu behar du. Desgaitasuna ebaluatzeaz gain, zerbitzu honek pertsona bakoitzaren beharren arabera egokienak diren zerbitzuetara orientazioa eta sarbidea eskaintzen ditu, beti ere baliabide bakoitzaz gozatzeko irizpideak betetzen baditu.

Gipuzkoako Foru Aldundiak emandako datuen arabera, 2017an 835 pertsonen zuten Oarsoaldean desgaitasuna onartua gaixotasun mentalagatik. Eskualdean desgaitasuna duten biztanleen %15.4 da

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

hori. Gipuzkoako datuekin alderatuta, pertsona hauek %33a edo desgaitasun handiagoa duten kolektiboan pisu txikiagoa dute eskualdean, Gipuzkoan %16.4koa baita.

Hala ere, gaixotasun mentala balorazio horietan pisu handiena duen arrazoia da, nahiz eta honek ez duen esan nahi balorazio horretatik kanpo buru osasun arazoak dituen pertsonarik ez dagoenik. Gainera, sarreraren aipatu den moduan, neurtzeko dagoen zailtasunaren eta gaixotasun honi lotutako estigmaren ondorioz, dependentzia eta desgaitasunaren arretarako zerbitzuak jasotako datuak errealtatean dauden kasuak baino gutxiago izatea dakar.

3.6 taula. Gaixotasun mentalak dituzten pertsonak sexuaren eta eremuaren arabera.
31/12/2017

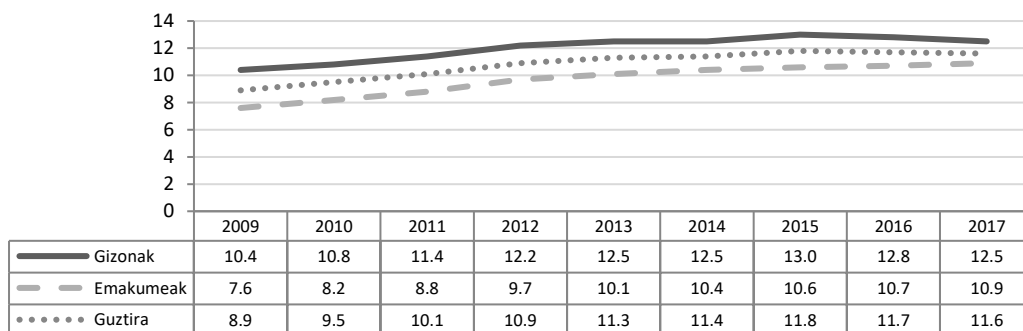
	Oarsoaldea			Gipuzkoa		
	Gizonak	Emakumeak	Guztira	Gizonak	Emakumeak	Guztira
Pertsona kopurua	435	400	835	4.318	3.958	8.276
Desgaitasuna duten pertsonen artean %	14,8	16,1	15,4	15,9	17,0	16,4
1.000 biztanleko	12,5	10,9	11,6	12,3	10,8	11,5

Iturria: Gipuzkoako Foru Aldundia

2009tik, Oarsoaldeako biztaleengan buru osasun arazoaren eragina handitu egin da. Hurrengo grafikoan ikusten den moduan, 1.000 biztanleko, 12 pertsonak dute gaixotasun mentalagatik desgaitasuna. Gizonen kasuan kopurua handiagoa da, generoaren arabera ezberdintasuna urtetan mantendu delarik.

3.8 Irudia Gaixotasun mentalak dituzten pertsonen bilakaera (1.000 biztanleko) sexuaren arabera.

Oarsoaldea 2009-2017



Iturria: Gipuzkoako Foru Aldundia

Desgaitasunaren balorazioaz gain, aipatu behar da gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako arreta baliabideak Foru Aldundiaren konpetentziakoak direla, 185/2015 Dekretuak (urriaren 6koak, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzkoak) arautzen duen moduan. Zehazki, EAEn hauek dira gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako aurreikusitako zerbitzuak:

- Autonomia ezak eragindako beharrak artatzeko zerbitzua edo eguneko zentroa. (2.2.1.)
- Zentro okupazionala (2.2.2.)
- Gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako egoitzak (2.4.3.)

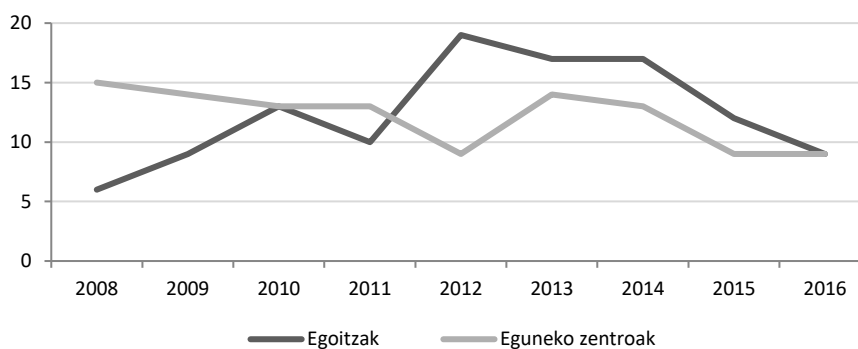
3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

- Atsedeen zerbitzua (2.5.)
- Bizitza independentea laguntzeko zerbitzua (2.7.2.1.)

Horrez gain, autonomia mailan egiten den aurreikuspena probintziara egokitzeko, Gipuzkoako Gizarte Zerbitzuen Mapak, bertako gizarte zerbitzuen planifikazio eta egitura zehazten du. Txosten honen arabera, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen zerbitzuak, egoitza zentroek (2.4.3), lagundutako etxebizitzek (2.4.3.a) eta eguneko zentroek (2.2.1etik desagregatuak) osatzen dituzten.

Oarsoaldea eskualdean dauden gizarte baliabideen inguruan, 15 plaza daude etxebizitza zerbitzuetan Oiartzunen - lau Agifesei kudeatutako etxebizitza tutelatu batean eta hamaika Petra Lekuona egoitzan. Hala ere, zerbitzuen kokapena ez da hain garrantzitsua, Oarsoaldeako erabiltzaile kopurua begiratu behar baita. Gipuzkoako Gizarte Behatokiaren, Behagiren, arabera, 2016 bukaeran, 9 pertsona zeuden etxebizitza zerbitzuetan eta beste 9 eguneko zentroetan. Bi kasuetan, 2013az goerotik izan den beherakada da deigarria. Bestalde, baliteke gaixotasun mentala duten pertsona ugari beste kolektiboentzako diren zerbitzuen erabiltzaile izatea, hala nola, desgaitasun duten beste pertsonena edo adinekoentzako zerbitzuena.

3.9 Irudia Gaixotasun mentala duten pertsonentzako baliabideen erabiltzaileak, zentro motaren arabera. Oarsoaldea 2008-2016.



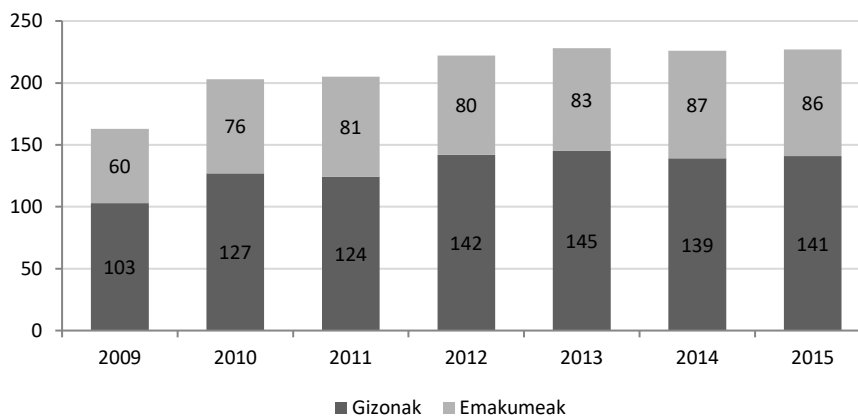
Iturria: Behagi.eus

Gaixotasun mentala duten pertsonentzako beste zerbitzua, tutela zerbitzua da. Gipuzkoan, zerbitzu hau ematen duen tutela erakundea Hurkoa Fundazioa da, eta guztira 500 bat pertsona artatzen ditu. Horietatik erdia baino gehiago, gaixotasun psikikoa dutenak dira. Behagik bildutako informazioak erakusten du, gaixotasun psikikoagatik tutelatutako gizonak emakumeak baino gehiago direla, artatutako biztanleriaren %60a baitira.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

3.10 Irudia Gaixotasun psikikoa duten tutelatutako pertsonen kopurua, sexuaren arabera.

Gipuzkoa 2009-2015



Gizonak: Behagi.eus

Ondorioz, datuek erakusten dute gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta osasun sistemaren gain uzten dela. Honek ia 2000 pertsona artatzen ditu urtean, foru gizarte zerbitzuek Oarsoaldean zerbitzu edo programen bidez 20 bat pertsona artatzen dituzten bitartean. Gainera, gaixotasun psikikoa duten pertsonak beste kolektiboek zuzendutako zerbitzuen erabiltzaile izatea ere gerta daiteke, hala nola, adineko pertsonentzako zerbitzuenak edo desgaitasuna duten pertsonenak.

3.2.3 Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta integrazio soziolaboralari dagokionean

Desgaitasun balorazio egiten den unean, lan egiteko gaitasunaren gutxitzea da neurrerik garrantzitsua. Abenduaren 23ko 1971/1999 Errege Dekretuak, minusbaliotasun maila aitortu, ezarri eta kalifikatzeko prozedurari buruzkoak ezarritako irizpideen arabera, gaixotasunak biztanleriaren lan aktibitatean duen eraginak honako jatorria izan dezake:

- Arreta mantentzeko ahalmenean, jarraitutasunean eta atazak gauzatzeko erritmoan defizita.
- Estresa dakarten egoeretara egokitzeko zailtasuna, hala nola, erabakiak hartzea, planifikatzea edo lanak garaiz bukatzea, baita nagusiekin edo lankideekin harremantzeko zailtasuna.

Gaixotasun psikikoa duten pertsonen lan gaitasunarekin erlazionatutako aspektu hauek neurtzeko zailtasuna ikusita, kolektibo honek duen aktibitate maila beste adierazle batzuekin neurtu daiteke. Pertsona hauen lan egoera zaila islatzen duen adierazle bat desgaitasuna duten pertsonen aktibitate tasa maila baxua da, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonetara estrapolatu daitekeena. INEren desgaitasuna duten pertsonen enpleguari buruzko estatistiken arabera, EAeko biztanleria aktiboaren %3ak du desgaitasuna aitortua eta 16 eta 64 urte bitartean desgaitasuna duten pertsonen aktibitate tasa %39koa zen 2016an. Adin tarte horretan biztanleria orokorraren aktibitate tasa %76koa da.

Enplegu-tasari dagokionean, 16 urte edo gehiago eta desgaitasuna duten pertsonen kopurua oso txikia dela ikus daiteke. Lan egiteko adinean dauden desgaitasuna duten pertsonetatik hirutik batek bakarrik du lana EAEn. Desgaitasuna duten pertsonen langabezia tasa (%15,9) biztanleria orokorraren

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

langabezia tasa (%14.8) baino zertxobait handiagoa da, 2015eko Biztanleria Aktiboaren Inkestaren arabera.

3.7 taula. Desgaitasuna duten pertsonen lan egoerari buruzko adierazleak eta biztanleria orokorrarenak, 16 eta 64 urte bitartean. EAR 2015/2016

	Desgaitasuna duten pertsonak	Biztanleria orokorra (15 - 64 urte)
Aktibitate (%)	38,9	75,6
Enplegu tasa (%)	33,2	63,8
Langabezia tasa (%)	15,9	14,8

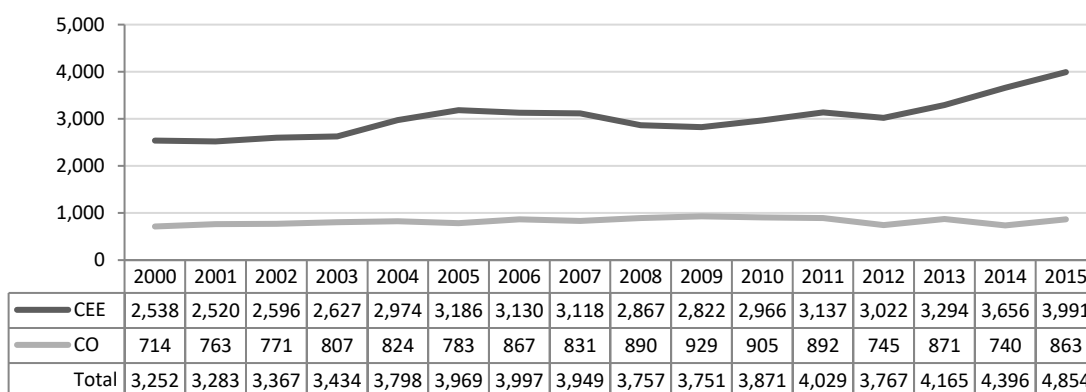
Oharra: aktibitate tasa 2016koa da, enpleguarena eta langabeziarena berriz 2015ekoak. Iturria: INE. Desgaitasuna duten pertsonen enplegua; Biztanleria Aktiboaren Inkesta.

Bestalde, kolektibo honen lan egoerari buruzko informazio gehiago ematen dute Estatu Enplegu Zerbitzuak (SEPE) lurralde bakoitzerako ateratzen dituen txostenek. Azkeneko datuak 2016koak dira, eta horien arabera, Gipuzkoan desgaitasuna duten 4.000 pertsona daude enplegu bila. Horietatik %45a langabezia daude. Gainera, 2.498 pertsona kontratatu eta 5.856 kontratu erregistratu ziren urtean zehar. Hala ere, txosten honek – INEko datuek bezala- ez ditu desgaitasunaren arabera datu bereiztuak ematen, ondorioz ezin da jakin guztietatik zenbatek duten gaixotasun mentalen bat.

Desgaitasuna duten pertsonen lan merkatuaren berezitasun bat, lagundutako edo babestutako lanpostuena da. Lehenenik eta behin, Enplegu Zentro Bereziak daude. Hauen helburua desgaitasuna duten pertsonen lan produktibo eta ordaindua ematea da, beraien ezaugarrietara egokitua eta lan mundu arruntera integrazioa erraztuko diona, Estatu Enplegu Zerbitzuak definitzen duenez. Bigarrenik, zentro okupazionalak daude, Enplegu Zentro Bereziatan edo lan mundu arruntean integratzeko zailtasunak dituzten desgaitasuna duten pertsonen integrazioa hobetzeko.

Eusko Jaurlaritzaren Enplegu eta Gizarte Politiken Sailak egiten duten Gizarte Zerbitzuen eta Gizarte Ekintzaren Estatistikak, Enplegu Zentro Berezien eta Zentro Okupazionalen erabiltzaileen inguruko informazioa biltzen du. Azkeneko datuen arabera, 2015ean, horrelako enplegu babestuko zentroetan 5000 pertsonak zuten lana eta %82a Enplegu Zentro Bereziatan zeuden.

3.11 Irudia Enplegu Zentro Berezien eta Zentro Okupazionalen erabiltzaileen bilakaera. Gipuzkoa 2000-2015



Iturria: Enplegu eta Gizarte Politika Saila. Gizarte Zerbitzuen eta Gizarte Ekintzaren Estatistika

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

Erabiltzaile kopuruaren joeraren inguruan, 2000 eta 2015 urteen artean zentro okupazionalen erabiltzaile kopurua egonkor mantendu dela ikus daiteke, Enplegu Zentro Berezietan lan egiten duten pertsonak berriz 1.453 gehiago dira denbora tarte horretan, 2012tik igoera nabaria izan delarik.

Zentro hauetan lan egiten duten eta gaixotasun mentalak dituzten pertsonen kopurua ezagutzeko, enplegu babestuaren euskal elkartera (EHLABE) jo da. Bertan desgaitasuna duten pertsonen lan eta gizarte integrazioa bultzatzen da eta memorieta desgaitasuna duten pertsonen urteko lanari buruzko informazioa ematen da, defizientziaren arabera banatua. EHLABEren 2016ko memoriaren arabera, Gipuzkoako Enplegu Zentro Berezietan 975 pertsona daude gaixotasun mentarekin, zentro mota hauetan lan egiten duten langileen %23a. Pertsona hauen %38a (374) emakumeak dira. Bestalde, zerbitzu okupazionalan 227 pertsona daude gaixotasun mentala dutenak, 55 emakumeak (okupatutako pertsonen %24a).

3.8 taula. Enplegu Zentro Berezietan eta Zentro Okupazionalan lan egiten duen pertsona kopurua, desgaitasunaren arabera. Gipuzkoa 2016

	Enplegu Zentro Bereziak			Zentro Okupazionalak		
	Gizonak	Emakumeak	Guztira	Gizonak	Emakumeak	Guztira
Adimen- desgaitasuna	601	376	977	483	341	824
Gaixotasun mentala	601	374	975	172	55	227
Desgaitasun fisikoa	1.174	577	1.751	20	10	30
Zentzumen desgaitasuna	262	205	467	9	3	12
Guztira	2.638	1.532	4.170	684	409	1.093

Iturria: EHLABE.

Ondorioz, gaixotasun psikikoa duten pertsonen lan egoerari buruzko datuen arabera, lan egokituko aukerak dauden arren, kolektibo honen integrazioak – desgaitasuna duten beste kolektiboenak bezala- bultzada bat behar du biztanleria orokorraren aktibitate eta enplegu zifra berdinetara iristeko. Babestutako enpleguaren inguruan, datuek diote bai Enplegu zentro berezietan baita zentro okupazionalan lanean ari diren bost pertsonetatik bat dela gaixotasun mentala duena.

Azkenik, orain aipatu diren datuak Oarsoaldean gaixotasun psikikoren bat duten pertsonen biztanleriara egokituz gero, eskualdean desgaitasuna onartua duten 835 pertsona horietatik 121 bakarrik egongo litzateke gaur egun eskualdean dauden integrazio soziolaboraleko programetan sartzeko moduan. Egia den arren gaixotasun psikikoa duten pertsonentzat eguneko arretarako beste zerbitzuak badaudela, adibidez, errehabilitazio psikosozialeko zentroak edo eguneko unitateak, ikerketa honek argi uzten du ez direla nahikoak eta ez direla egokitzen gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen beharretara. 3.9 Taulan ikusten den moduan Gipuzkoako datuetan oinarrituta, Oarsoaldean integrazio soziolaboraleko programetan egongo liratekeen pertsonen estimazioa erakusten da.

3. BURU OSASUN ARAZOEN ERAGINA ETA OSASUN, GIZARTE ETA ARLO SOZIOSANITARIOKO BALIABIDEAK OARSOALDEA ESKUALDEAN

3.9 Taula. Oarsoaldean gaixotasun psikiko diagnostikatua duten pertsonen lan egoerari buruzko estimazioa. 2016

	Gipuzkoa		Oarsoaldea	
	N	%	N	%
Osasun mentaleko zerbitzuan artatutako pertsonak (2016)	22273	100	1991	100
Gaixotasun psikiko baten eraginez desgaitasuna aitortua duten pertsonak (2017)	8.276	37,2	835	41,9
Gaixotasun psikikoa eta desgaitasuna onartua ez duten pertsonak	13.997	62,8	1.156	58,1
Enplegu Zentro Berezi batean lanean ari diren eta gaixotasun psikikoagatik desgaitasuna onartua duten pertsonak (2016)	975	11,8	98	11,8
Zentro Okupazional batean lanean ari diren eta gaixotasun psikikoagatik desgaitasuna onartua duten pertsonak (2016)	227	2,7	23	2,7
Desgaitasuna duten pertsonentzako integrazio soziolaboraleko zerbitzu batean lanean ari diren eta gaixotasun psikikoagatik desgaitasuna onartua duten pertsonak (2016)	1202	14,5	121	14,5
Integrazio soziolaboraleko programetan dauden pertsonak gaixotasun psikiko diagnostikatua duten pertsonen kopuruarekiko.	1202	5,4	121	6,1

4 OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

4.1 GIPIZKOAKO LURRALDEAN GAIXOTASUN MENTAL LARRIAK DITUZTEN PERTSONEN GIZARTE ETA OSASUN ARRETA

Atal honetan gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen arreta eredua osatzen duten elementu ezberdinak sakonean aztertzen dira. Lehenik eta behin, arreta eredua oinarritzat hartzen dituen printzipioak gauzatzeko dauden zailtasunak aztertzen dira. Ondoren ereduaren printzipio batzuk ikertzen dira, hala nola indibidualizazioa, zaintzaren jarraipena, ahalduntzea eta gizarte parte hartzea.

Esparru guzti horien analisia egiteko, ikerketan zehar egin diren 44 elkarrizketa eta bi eztabaida taldeetan bildutako iritziak erabili dira. Atal bakoitzean, gai zehatzekin zer ikusia duten iritziak irakur daitezke.

4.1.1 Arreta eredua

Gaur egun gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arreta bi paradigma nagusitan oinarritzen da, eta horiek laguntza zerbitzuen diseinua eta martxan jartzea nolakoa izan behar duen zehazten dute. Alde batetik, errehabilitazioaren paradigma dago, buru osasunaren esparrutik sortutakoa eta bestetik, pertsonan zentratutako arretarena, desgaitasunaren esparrutik datorrena.

Errehabilitazioaren paradigma, 1960 eta 1970eko hamarkadetan Estatu Batuak, Frantzia, Erresuma Batua eta Italian ezarri zen eta Espainiara 1980ko hamarkadaren erdialdera iritsi zen erreforma psikiatrikoak ekarri zuen. Filosofia honen aplikazioa homogeneoa eta koherentea izan ez den arren, eta herrialdeen artean ezberdintasunak dauden arren, orokorrean honako printzipioetan oinarritzen da:

- Ospitale psikiatrikoari kritika, funtzio terapeutikoa berreskuratu dezaten eta beste baliabide batzuekin ordezkatu dadin eskatuz.
- Ospitale psikiatrikoetatik bertan dauden pertsonak ateratzea.
- Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta integrala eta jarraitua emateko gaitasuna duten zerbitzu komunitarioak martxan jartzea.

Erreforma psikiatrikoak beraz, “ahalik eta laguntza txikienarekin pertsonak euren ingurunera egokitze helburua duten zerbitzuak eta teknologikoak garatzean” jarri zuen arreta (F. Pérez et al., 2012). Hala ere, 80. hamarkadatik aurrera profesional batzuk eta gaixotasun mentala duten pertsonak errehabilitazioaren planteamendua zalantzan jartzen hasi ziren, proposatuz eredu hori gaitasun eta zerbitzuak pertsonen beharretara eta tratamenduan duten parte hartzea bultzatzera zuzendu behar zirela. Horrela, euren autodeterminazioa eta garapen pertsonala bultzatzea zuten helburu (ibídem: 75). **Sendatzearen Ereduak** gaixotasun mentala duten pertsonen lagundu nahi die:

- Esperantza aurkitu eta mantendu dezaten.
- Identitate positiboa berreskuratu dezaten.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

- Zentzua duen bizitza eraiki dezaten.
- Euren bizitzaren kontrola eta ardura berreskuratu dezaten.

Bigarren paradigma **pertsonan zentratutako arretarena da**⁴, desgaitasunaren esparruan sortu zena eta gaur egun adineko pertsonen eta dependentziaren esparruan martxan jartzen ari dena. Erreferente gisa psikologia humanista du eta zehazki, Carl Rogers-en *Terapia centrada en el cliente* lana (Rogers, 1981). Rogers-en proposamenak pertsonan zentratutako planifikazioaren aldeko mugimenduak bereganatu zituen, Kanadan, Estatu Batuetan eta Erresuma Batuan (Martínez-Rodríguez, 2013).

Pertsonan zentratutako arretak bi helburu nagusi planteatzen ditu (Rodríguez, 2013)

- “Ahalik eta independentzia funtzional handiena mantentzea, eguneroko bizitzako jardueretan moldatzeko gaitasuna sustatzeko. Horretarako, ezinbestekoa da pertsonak mantendu dituen gaitasunak identifikatu, indartu eta horietan oinarritzea, bere kabuz egin dezakeen guztia egitera animatuz eta gehiegizko dependentzia saihestuz”.
- “Autonomia morala garatzeko aukerak ematea pertsonak bere bizi zikloa jarraitu dezan, egunerokoari buruzko erabaki propioak hartu ditzan (zuzenki edo zeharka) eta bere bizitza proiektua kontrolatu dezan”

4.1 taulan pertsonan zentratutako planifikazioaren eta klasikoaren arteko ezberdintasunak alderatu dira.

4.1 taula Planifikazio indibidual klasikoaren eta pertsonan zentratukoaren arteko ezberdintasunak

Alderdia	Planifikazio indibidual klasikoa	Pertsonan zentratutako planifikazioa
Pertsonaren ikusmoldea	<ul style="list-style-type: none"> • Pertsonak parte hartu dezake baina ez erabaki. • Rola: zerbitzuen hartzailea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertsona eskubideak dituen norbanako gisa ikuten da eta erabaki propioak hartzen ditu. • Rola: bezeroa
Baloreak eta usteak	<ul style="list-style-type: none"> • Adituaren paternalismoa. • Teknika nagusitzen da. • Arazoa pertsonan dago. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ezinbesteko asebetzea. • Pertsonari eta autodeterminazioari orientazioa eta errespetua. • Arazoa ingurunean dago.
Erabakiak hartzea	<ul style="list-style-type: none"> • Teknikariak hartzen du. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertsonak eta bere laguntza taldeak hartzen ditu.
Beharrezko	<ul style="list-style-type: none"> • Psikopedagogia, 	<ul style="list-style-type: none"> • Laguntza erlazioarekin, entzute aktiboarekin, eta

⁴ Pertsonan zentratutako arreta terminoa, paradigma edo ikuspuntuaz hitz egiteko erabiltzeaz gain, esku hartze eredu edo metodologiak hitz egiteko ere erabili da.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

jakintzak	medikuntza eta errehabilitazioa.	komunikazioarekin lotutako ezagutzak gehitzen dira ezagutza kurrikularrei. <ul style="list-style-type: none"> Etika eta zuzenbidea.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> Disziplina ezberdinetako partaideez osatutako talde batek egiten du. Helburu operatiboen arabera planifikatua. 	<ul style="list-style-type: none"> Koordinatua, parte hartzailea eta demokratikoa; beti pertsona kontuan hartzen du. Eztabaida, negoziazioa eta adostasuna.
Ebaluazioa	<ul style="list-style-type: none"> Kuantitatiboa eta pertsonak lortutako gaitasunetan oinarritua. 	<ul style="list-style-type: none"> Kuantitatibo eta kualitatiboa, emandako laguntzaren egokitasunean eta hartutako konpromezuen betetze mailan oinarritua.
Mugak	<ul style="list-style-type: none"> Zerbitzuak eskuragarri edukitzea. 	<ul style="list-style-type: none"> Pertsonen nahiak eta zerbitzu komunitarioen erabilgarritasuna.
Erreferentzia zko metodoa.	<ul style="list-style-type: none"> Psikopedagogikoa/ Errehabilitazioa 	<ul style="list-style-type: none"> Bizi kalitatea.

Iturria: (Rodríguez, 2013), egokitua.

Errehabilitazioaren paradigma, sendatzearen bere bertsioa eta pertsonan zentratutako arreta alderatuz, esparru batzutan berdinak izanda ere, beste batzuetan ezberdinak direla ikus daiteke. Ikuspuntu komunitarioa eta arreta integrala dute komunean biak, baina oinarrizko esparruetan ezberdintasunak daude, hala nola norbanakoak eta inguruneak izan behar duen protagonismoan. Sendatzearen ereduak gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen eskubideak nabarmentzen ditu eta euren ahalduntzean lagundu nahi du. Zentzu horretan errehabilitazioaren paradigmatik urruntzen da eta pertsonan zentratutako paradigmarara hurbiltzen da. Azken honek gaixoaren autonomia eta honen laguntza sarearen garrantzia nabarmentzen ditu.

Gipuzkoan ezarrita dagoen gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta sistemak ez du hauetako eredu bat bera ere jarraitzen. Sistema honen funtzionamendua ezagutzeko elkarriketatu diren pertsonak, ados daude ideia batekin: praktikak, oinarrizkat hartzen dituen printzipioetara gehiago egokitu beharko luke. Hala ere ez dira ados jartzen zein eredu jarraitu beharko litzatekeen esaterako garaian. Zentzu honetan, batzuk zalantzan jartzen dute errehabilitazioaren eredu onena ote den gaixotasun mentalek gehien kaltetu dituzten pertsona horientzat, pertsonan zentratutako eredu horientzat hobea izango litzatekela esanez. Azken honek autonomia morala, baliabideak eta dauden laguntza sareak kontuan hartzen dituzenez, gaixotasunak eragin handiena izan duen pertsonentzako egokiago dela pentsatzen dute.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

4.1.2 Arreta sistema

Gipuzkoako gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen arretarako sistema lau esparrutan banatzen da, osasun esparrua, esparru soziosanitarioa, soziala eta soziolaborala. Zerbitzuak eta programak sailkatzeko erabiltzen diren ohiko irizpideak, prestazioen ezaugarriak (zein helburu duten) eta finantzazioa (nork ordaintzen dituen) izaten dira. Hemen ezaugarrien arabera sailkatuko dira zerbitzu eta programak, beraz osasun esparrukoak izango dira batez ere osasunaz arduratzen direnak; sozialak inklusioaren alde eta ahalduntzearen alde egiten dutenak; soziosanitarioak, helburu sozialak eta osasunekoak dituztenak eta soziolaboralak, lan mundura bideratutako egitasmoak.

Jarraian, lau esparru hauek sakonki aztertuko dira. **Osasun esparrua** gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen diagnostikoa egiteaz eta botikak emateaz arduratzen da, gaixotasunaren kontzientzia garatu dezaten bultzatuz. Osasun arreta buru osasun arazoak dituzten pertsonen arreta sistemara duten sarbidea da: espezializatu gabeko beste osasun zerbitzu gehienak erabiltzeko beharrezkoa da pertsona diagnostikatua egotea eta tratamendua jarraitzea (ikus 185/2015 Dekretua, urriaren 6koa, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzkoa). Diagnostikoa dependenziaren eta desgaitasunaren balorazioa egiteko ere beharrezkoa da⁵.

Osasun sistema gaixotasun mentala detektatzen denean aktibatzen da. Diagnostiko fasean eta fase edo momentu akutuan bere parte hartzea nabarmenagoa izaten da eta gaur egun dauden baliabide gehienak horretan daude espezializatuak. Gaixo gehienek buru osasunean espezializatutako zerbitzuekin lehen kontaktua larrialdietako osasun zerbitzuen bidez dute (askotan, nahi gabeko ospitaleratze baten bidez), gaixotasuna pasarte akutuen bitartez azaltzen baita. Anbulategiek, lehen arretako zentro gisa, gaixotasun mental larrien zantzuak dituzten pertsonak Osasun Mentaleko Zentroetara bideratu behar dituzte, hauek bigarren mailako arreta ematen dutelarik. Osasun sareko beste edozein baliabidetan horrelako arazoren bat antzematen bada, berdin-berdin Osasun Mentaleko Zentroetara bideratu behar dute.

Bere izenak dion moduan, esparru soziosanitarioko programetan, sendagileen laguntza (osasun esparrua) eta eguneroko bizitzarako laguntza (esparru soziala) ematen dira. Programa hauen helburua behar konplexuak dituzten pertsonen laguntzea da, hala nola gaixotasun psikikoak dituzten pertsonak (Osasun Zerbitzuen legea, 46.2 artikulua). Izan ere, biztanleria multzo hau Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren 2017-2020 lehentasun Estrategikoen barruan helburu kolektibo gisa identifikatu da, erantzun berezitua behar duen multzoa dela ulertzen baita:

“Gaixotasun psikiatriko larriek hainbat berezitasun espezifiko daukate; adibidez, sarritan gizarte-estigma batekin lotzen dira, eta estigma horrek modu mingarrian markatzen ditu gaixotasun horiek jasaten dituzten pertsonak. Normalean halako patologiak kronikoak izaten dira; bada, patologia horien bilakaerarekin batera ezintasun funtzional nabarmena dator, eta horregatik planteatzen da alderdi horien ikuspegi indibidualizatu eta zorrotza justifikatzen duten baliabide eta dispositibo zehatzen beharrezkotasuna. Beharrezkotasun hori, modu intrintsekoan soziosanitarioa izan behar duen laguntza-ibilbide batean jaso behar da” (Departamento de Salud & Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2018).

⁵ Tramite hauei buruzko informazio gehiago irakurtzeko ikus <https://egoitza.gipuzkoa.eus/es/listado-tramites/-/tramiteak/xehetasuna/843> eta <https://egoitza.gipuzkoa.eus/es/listado-tramites/-/tramiteak/xehetasuna/841>, respectivamente.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Osasun esparrua diagnostikoak egin eta botikak ematera bideratua dagoen moduan, **esparru sozialetik** pertsonen **beraien garapen pertsonalean eta lotura sozialak indartzen laguntzen zaie**, ahalduntzea bilatuz eta estigmarekin eta autoestigmarekin lotutako bazterketa saihestuz.

Gainera, esparru sozialak lan integrazioarekin eta Diru Sarrerak Bermatzeko laguntzekin zer ikusia duten jarduerak ere bere gain hartzen ditu. Lan integrazioarako arreta sarearen ezaugarrietako bat da gaixotasun psikikoak dituzten pertsonak eta beste desgaitasun batzuk dituzten pertsonak baliabide berdinak elkarbanatzen dituztela eta ia ez dagoela bereziki batentzat edo bestearentzat sortutako programarik⁶. Beste lurraldetan berriz, arreta sare paraleloak garatzea erabaki da.

Osasuna, soziosanitarioa, soziala eta soziolaborala dira, aurretik aipatu den bezala, gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta sarean lantzen diren lau esparru nagusiak. Hala ere, eta nahiz eta hemen ez diren sakonki aztertuko, beste bi esparruetatik ere laguntzen zaie pertsona hauei: **bazterketan dauden pertsonen laguntzeko dauden programetatik eta kartzelen esparrutik**. Bazterketari aurre egiteko programen kasuan, hemen ez dira kontuan hartu ez baitaude bereziki gaixotasun psikikoa duten pertsonentzat sortutako baliabideak. Kartzelen kasuan, ez dira aztertutako ematen zaien arreta ez delako ez eguneko ezta komunitarioa. Aipatu behar da, egin diren elkarriketa batzutan nabarmendu dela gaixotasun psikikoa duten pertsona batzuk espezializatu gabeko bazterketari aurre egiteko sareko baliabidetan artatzen direla, bai bertara sartzeko irizpideak malguagoak direlako (exijentzia baxuko programak) edo baita erabiltzaileak bertan erosoago sentitzen direlako.

Arreta sarean parte hartzen duten erakundeei dagokionean, erakunde publikoak eta hirugarren sektoreko elkarteak daude, **nahiz eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen eta senideen bultzatutako egitasmoak orokorrean, desgaitasun intelektuala duten esparruko egitasmoak baino beranduago iritsi eta irismen mugatuagoak izan diren**.

4.2 OARSOALDEKO GAIXOTASUN MENTALA DUTEN PERTSONEN GIZARTE BEHARREI BURUZKO AZTERKETA

4.2.1 Etxebizitzaren eta etxez etxeko laguntzaren esparrua

Oarsoaldean bizi diren eta gaixotasun psikikoa duten pertsonen etxebizitza beharren azterketak honakoa erakusten du: zailtasun nabarmena dute modu independente batean etxebizitza bat lortzeko. Honen atzean dauden arrazoiak ugariak dira. Alde batetik, gaixotasunak berak eragiten duen dependentsia mailagatik ezin dute bakarrik bizi, ez nolabaiteko jarraipena edo laguntza periodikoa jaso gabe behintzat. Beste kasu batzuetan berriz, zailtasunak ekonomikoak besterik ez dira, eta oinarrian, lan mundura sartzeko zailtasuna eta desgaitasuna duten pertsonen laguntza ekonomikoen sistemak kolektibo honi ematen dion estaldura eskasa dago.

Diagnostikoaren emaitza ikusirik, Oarsoaldean etxebizitzaren inguruan egoera ezberdinak ikus daitezke.

Gehiengoa gurasoekin biz da horien etxean. Gurasoak hiltzen direnean, ohikoena bakarrik bizitzea edo gertuko senide batekin bizitzea da, baina batzutan gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonentzako egoitza sarera ere jotzen dute. Hala ere, jarraian azaltzen den moduan, horrelako

⁶ Pausoak zentro okupazionala, desgaitasun intelektuala duten pertsonen zuzendua eta Goyeneche Fundazioak kudeatua salbuespen bat litzateke (<<http://www.fundaciongoyenechesansebastian.org/?op=4>>).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

baliabidetara sartzek Dependentzia Balorazioa Baremoan I Graduko maila lortzea eskatzen du eta eskaera egin ondoren zain egon behar den denbora batez beste 7 edo 8 hilabetekoa da, bai Oarsoaldean baita Gipuzkoako lurraldean ere⁷. Gainera, beti ez dute bizitokia aldatu nahi izaten nahiz eta batzutan autonomia baxua eduki eta bere inguruneak arrisku egoeran dagoela pentsatu. Gizarte arreta eta osasun arretara sarrera era boluntarioan egiten den heinean, pertsonak ez badu bertan artatua izan nahi, ezin zaio behartu, non eta ez den inkapazitazio prozesu baten bidez egiten. Prozesu hori luzea eta zaila da eta gainera ondorioak ditu autonomian eta pertsonaren ongizatean.

Gaixoak familiaren etxean bizitzeko arrazoi nagusiak, aurretik aipatu den bezala, gaixotasunaren ondoriozko dependentzia maila eta baliabide ekonomikoaren falta dira. Baliabide ekonomikoak izan arren, ez dira nahikoak etxebizitza baten alokairua ordaindu edo etxebizitza independente bat erosteko. Argi dago, egoera honen ondorioz, gaixotasun mentala duten pertsonak komunitatean mantentzeko senideak oso garrantzitsuak direla, bai gizarte ikuspuntutik baita baliabideen ikuspuntutik ere. Hori horrela izanik ere, laguntza nahikoa jasotzen ez dutela uste dute, beste eragile batzuk ere baieztatzen duten moduan.

“También entiendes a la familia o al que queda de la familia, que necesita un apoyo que no hay. O sea, que el tema es la enfermedad y habrá que hacer pues otro tipo de intervención [para que la familia aprenda a convivir con la enfermedad”]. (E1_5)

“Cuando empiezas con este tema todo te supera, es muy difícil la enfermedad te supera, y yo, personalmente, vas aprendiendo del trato, del día a día, lees un poquito, porque por lo demás, no tienes información así de decirte como te tienes que manejar, que tienes que hacer, a mí nadie me ha dicho.” (E3_1).

“Bueno, yo a mi hijo, por ejemplo, tengo que estar insistiéndole, insistiéndole, insistiéndole, insistiéndole y se baña, o sea, se ducha una vez a la semana. (...) Y claro... se nos hace duro también en casa... yo le quito la ropa de la silla porque si yo se la dejo él se la pondría todos los días de la semana, la misma, con los calcetines, lo mismo, y tengo que andar ahí, que te quites el calzoncillo, cuando se va a acostar, que te lo quites, que te lo quites, que te lo quites, ahora voy... (...) Le tengo que cortar las uñas de los pies porque si no, puede llegar a cortárselas... no se a algo muy lejano, muy lejano.” (GD_1)

Izan ere, senideen eskaera nagusietako bat da etxez etxeko zerbitzuen eskaintza zabalagoa izatea, pertsona dependiente baten zaintzak dakarren zama arintze aldera, are eta gehiago zaintza hori nagusiki pertsona batek bakarrik hartzen duenean bere gain, zaintzaile nagusi gisa. Gainera kontuan hartu behar da senideen etxean bizi diren gaixotasun psikikoa duten pertsona askok ez dituztela horrelako zerbitzuak eskatzen. Hau horrela, **etxez etxeko laguntza zerbitzuaren eskaintzaren eskasia** da diagnostiko honen baitan aurkitu den hutsunerik nabarmenetakoa gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan, bai izaera sozialeko zerbitzuetan baita osasun izaerako zerbitzuetan ere. Osakidetzako osasun mentaleko sarean, etxez etxeko bisitak orain dela urte batzuk egiten ziren era informalean kasu batzutan, baina horrelako zerbitzua galtzen joan da pixkanaka, batetik, gaixoen eskubide eta betebeharren inguruko araudiak – profesionalek duten jarduteko ahalmena mugatu duena – hala ekarri duelako eta bestetik, arreta sistemaren gainkargaren ondorioz.

⁷ Zehazki, Behagiren (Gipuzkoako Gizarte Behatokia) 2017ko datuen arabera, gaixotasun psikikoa duten pertsona batek eurentzako prestatuko egoitza batean sartzeko eskaera egiten duenetik benetan sartzen den arte 205,75 egun pasatzen dira Gipuzkoan eta 193,75 Oarsoaldean.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Gizarte Zerbitzuei dagokionean, udalerrri mailan etxez etxeko laguntza udaletako Etxez Etxeko Laguntza Zerbitzuaren bitartez ematen da eta lurralde mailan psiko-heziketa programen bidez. Etxez Etxeko Laguntza Zerbitzuak, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzko dekretuaren arabera (185/2015 dekretua), honako helburua du: “mendetasun-egoeran edo mendetasun-arriskuan dagoen erabiltzaileari bere bizilekuan jarraitzen laguntzea, bizilekuan bertan moldatzeko eta ingurune komunitarioan integratzeko aukera emango dion etxeko arretarako eta arreta pertsonalerako laguntza bat eskaintzea eta, era horretan, isolamendu-egoerak saihestea”

Hau horrela izanik, zerbitzu honen bidez gaixotasun mentalak dituzten pertsonak lagundu daitezke bere eguneroko bizitzako jarduerak garatzen. Dena den, zerbitzu honek ez ditu gizarte hezkuntza izaerako edo izaera psikosozialeko beharrak asetzen, profil jakin bateko erabiltzaileek behar duten bezala. Hala ere, horrelako erabiltzaileei arreta emateko tresnen faltan, udal batzuk Etxez Etxeko Laguntza Zerbitzua gaixotasun mental larriak dituzten pertsonekin bidelagun izateko zerbitzu gisa ere erabiltzen hasi dira, etxez etxeko zerbitzu arrunta bakarrik izan beharrean.

“La ayuda a domicilio, creo que es el instrumento que todos más utilizamos [para atender a las personas con trastorno mental grave], pero conseguir que alguien tenga ayuda a domicilio no es tan fácil... aunque te transgredas el que no le cobres, el que hagas no sé cómo, el que puedas hacer todas las excepciones del mundo, pero el llegar a que [la persona] solicite o que acepte que hay alguien [que viene a su casa] eso es un paso muy importante; entonces, hay un trabajo de contención, de concienciación, que hay que hacer con la persona y es largo y no solo se puede hacer en el despacho, que es el que hacemos, porque no tenemos más tiempo, pero eso no es suficiente, ponemos ayuda a domicilio, no sé, algo más.” (E1_5)

“El SAD, digamos, bueno depende del ayuntamiento, pero sobre todo se limita más bien a hacerle las cosas (de la casa, a la persona), es decir, a hacer, pues como a la tercera edad (...) pues sobre todo igual ayudarle a ducharse imaginaos, o hacerle la limpieza más gorda o, incluso, dejarle la comida preparada. Pero algunos ayuntamientos, yo creo que viendo un poco las necesidades que hay, pues van más allá, y pues igual hacen acompañamientos o intervienen en otras áreas que realmente igual no les corresponden porque no tienen la formación para ello, pero bueno, pues intentan implicarse pues un poquito más.” (E2_2)

“Yo tengo a una chica que viene de lunes a viernes a mi casa a hacerme la comida, dos horas cada día, desde hace cuatro años o así. Porque yo antes vivía con mi padre, pero ahora vivo solo y sino no me puedo arreglar.” (E4_X)

Honen inguruan, aipatu behar da, orain arte, Oarsoaldeko udalek ez dutela Gizarte eta hezkuntza arloan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzuetara jo (185/2015 Dekretuaren 1.3 zerbitzua) beraien herrietan bizi diren gaixotasun psikikoa duten pertsonak artatzeko garaian. Hala ere, 185/2015 Kartera Dekretuan zehaztu den moduan, zerbitzu honen erabiltzaileen artean honakoak egon daitezke: “a) Bazterketa arriskuan dauden pertsonak; b) Dependentzia arriskuan dauden pertsonak; c) Babesgabetasun arrisku arin edo ertainean dauden adingabeak. Txosten honen beste ataletan aipatu den moduan, gaixotasun psikikoa duten pertsonak lehenengo bi egoeratako batean egon daitezke. Zerbitzu honen helburuak dira erabiltzaileek: a) autonomiaz moldatzea, gizarteratzea eta familia- eta komunitate-ingurune bizikidetzaren egokia bultzatuko duten gaitasun pertsonalak, familiakoak edo taldekoak (jarrerak, gaitasunak, jakintzak, irizpideak, jarraibideak, trebetasunak) eskuratzea eta garatzea; b) ohitura, portaera, pertzepzio, sentimendu eta jarrera desegokiak beste egoki batzuekin ordezkatzeta”. Azkenik, aipatzen da “zerbitzu hau gizarte- eta hezkuntza-arloan eta arlo psikosozialean babesteko harreman-prestazio indibidual, familiako edo taldeko batzuetan datza. Prestazio horiek familiaren bizilekuan (etxeko hezkuntza, familiaren gaineko oinarrizko esku-hartzea) zein ingurune komunitarioan (kaleko hezkuntza, gizarte- eta kultura-arloko bitartekaritza) gara daitezke”. Ikus daitekeen moduan, zerbitzu honek, gaur egungo Gizarte Zerbitzuen Euskal

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroan definitua geratu den moduan, euren etxeetan gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen behar duten arretarekin erabat egiten du bat.

“Yo, por mucho que yo quiera, que ahora yo aprenda, dependo de todos, dependo de que alguien no me lo quiera tener, no tengo las comodidades, hoy por hoy a mí nadie me pregunta qué me gustaría hacer con mi hijo, y a mí me encantaría tenerlo en casa, pero no en estas condiciones. Pero lógicamente no me dan los instrumentos para poder tenerlo en casa. Yo me conformaría con que alguien viniera a mi casa, le levantara de la cama, le organizara el desayuno y la ducha y luego se lo llevara a pasear dos horas al día, todos los días de lunes a viernes...para él eso sería estar con otra persona, que no sólo es él, ni son 2 perros y luego aparte le podría enseñar cosas distintas, yo creo que le aportaría mucho, pero eso es tener millones.” (GD_1)

Gipuzkoako Foru Aldundiak diruz laguntzen eta hirugarren sektoreko erakundeek kudeatzen dituzten **etxez etxeko gizarte hezkuntza programen** inguruan⁸, hauen helburu nagusia eguneroko funtzionamenduan arazoak dituzten gaixotasun psikikoa duten pertsonen laguntzea da, euren etxean egon daitezen ospitaleratzeak ekidinez. Bai Agifesez baita Aita Mennik horrelako programak kudeatzen dituzte:

- Agifesen programak “Komunitatean autonomiaz moldatzeko laguntza psikosozialeko programa” izena du eta 1997an jarri zen martxan. Bi helburu nagusi ditu: higiene eta elikadura ohiturak hobetzea, botiken kontrola eta etxean mantentzea, baita “osasun mentaleko sareko baliabideekin, gizarte zerbitzuekin eta beste baliabideekin lotura” hobetzea (Agifesez, 2018: 14) eta gizarteko beste baliabideen eta garraio publikoaren erabilera bultzatzea. Esku hartze taldea gizarte hezitzaileek, psikologo-terapeuta batek eta gizarte langile batek osatzen dute⁹. Eskaera Osasun Mentaleko Zentroan eta Gizarte Zerbitzuetan egin daiteke eta ebaluazioa Aldundiko Mendekotasunaren eta Desgaitasunaren Arretako Zerbitzuak egiten du¹⁰.
- Aita Menniren Etxez Etxeko esku hartze egitasmoa 2017an jarri zen martxan eta programa pilotu bat da. Kasu honetan esku hartze lantaldea monitoreez, terapeuta okupazional batez, psikologo batez eta gizarte langile batez osatua dago (Pérez, Hueso y Quemada, 2017). Eskaera Osasun Mentaleko Zentroan egin daiteke eta ebaluazioa Aldundiko Mendekotasunaren eta Desgaitasunaren Arretako Zerbitzuak egiten du. Kasu honetan helburu berdinak lantzen dira.

Mota honetako programek balorazio oso positiboa dute, erabiltzaileen aldetik baita profesionalen aldetik ere.

“(El programa de atención domiciliaria) es un programa con el que se consiguen muchas cosas, te quiero decir, tenemos a personas que igual estaban aisladas en su casa, que no salen, que bueno van al centro de salud mental pero no hay ahí un enganche, no quiere saber nada de hacer ningún tipo de actividad diaria, entonces pues bueno poder ofrecer un servicio personalizado en su domicilio pues joo, al final la

⁸ Zerbitzu hau berriz, ez dago Euskadiko Gizarte Zerbitzuen zorroan. Norbanakoei, eta ez familiei, zuzendua dagolea ikusirik, Gizarte Hezkuntzako esku hartze zerbitzuen taldean sartzerik ez ote dagoen galdetu daiteke (1.3 zerbitzua, udalen konpententziakoa dena).

⁹ <<https://agifesez.org/es/servicios/acompanamiento-y-apoyo-a-la-autonomia-en-la-comunidad>>.

¹⁰ <<https://www.agifesez.org/es/actualidad/noticias/programa-de-apoyo-psicosocial-comunitario>>.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

persona se va familiarizando con los profesionales, va cogiendo mayor confianza, y a veces hemos conseguido que de una situación muy, muy caótica, conseguir que la persona enganche en un centro de rehabilitación psicosocial, en un centro de día, incluso que vaya a un piso tutelado porque vivía con la familia y había agresiones y la convivencia era insostenible, o sea te quiero decir, que es un programa que, en el que se pueden trabajar muchas cosas.” (E2_2).

Baina gainera, etxez etxeko zerbitzuen eskasiaz gain, bada bigarren arazo bat senideei gainkarga sortzen diena: elkarrizketatutako pertsona askok diote eguneko arretarako baliabideak – errehabilitazio psikosozialerako eguneko zentroa eta zerbitzu okupazionala, batez ere – oso zurrunik direla eta ez dituztela gaixotasun mentala duten pertsonen beharrak asetzen. Egoera hau sakonean aztertzen da 4.2.2 atalean, baina honen inguruan garrantzitsua honakoa aipatzea da: etxebizitza beharrak asetuta eta laguntza sarea nahikoa edukita etxean, ez dituzte euren beharrei eta gaitasunei egokitutako nahikoa eguneko arreta zerbitzu. Zentzu honetan, pertsona ugari aipatu dute gaur egungo eguneko zerbitzuetara egokitzen ez diren horiengana hurbiltzeko zerbitzu berrien beharra, ordutegi malgu eta murriztu batekin funtzionatzen duten zerbitzuen sorrera, hain zuzen ere. Horrela, gaixotasun psikikoa duten pertsonengana iristeko aukera egongo litzateke.

“(Este centro) Elkargune, Está abierto de lunes a viernes, de nueve y media a 12 y media. (...) Son tres horas y la exigencia es muy baja. Tampoco se les exige que vayan todos los días. Ahí también creo que Rentería está cambiando, aunque pienso que no solamente Rentería, más municipios también. (...) Y, por ejemplo, este recurso que no es para enfermos mentales, pero sí que es verdad que recoge un gran peso de este tipo de colectivo.” (E1_5).

“Y luego por ejemplo en los programas de ocio que tenemos ellos son los que eligen las actividades, para nosotros un programa de ocio que tenemos en el barrio de Loyola es como un club social, es decir, como si nosotros nos apuntamos al polideportivo y uno va cuando quiere, en el horario que le apetece, según la actividad que más le apetezca y ellos son los que van proponiendo a lo largo del día las actividades a realizar, ahí se les deja un poco que ellos sean los protagonistas y los que organicen el día, y siempre pues eso se fomenta que no sólo hagan actividades dentro del local sino fuera, van muchas a Tabacalera.” (E2_2)

“Yo lo que quiero es hacer cosas que me hagan sentir bien. Por ejemplo, yo voy a estudiar euskera, y ese rato que yo paso con gente, para mí ya es suficiente, luego yo ya me vuelvo a mi casa y estoy sola, en mi casa, o sea, hacer cosas que no me exijan nada de presión.” (E4_X)

Azkenik, etxean bizi diren pertsonen arretari dagokionean, **aipatu behar da gurasoak edo etxean beraiekin bizi diren senideak hiltzen direnean, jarraipenaren baten beharra eduki dezaketela**. Nahiz eta askotan beste senideen gainbegiraketa dagoen, isolamendu eta bizi baldintza txarrak antzeman izan dira kasu batzutan, eskualdeko osasun mentaleko zerbitzuen eta gizarte zerbitzuen arteko koordinazio hobea batekin ekidin zitezkeenak, hain zuzen ere. Izan ere, pertsona batzuk aipatu dute beharrezkoa litzatekela gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen arteko koordinazio protokolo bat martxan jartzea horrelako kasu berezietan jarraipena egiteko. Osasun Mentaleko Zentroko jarraipena etxez etxeko bisitekin uztartzea eskatzen da, baita eremu edo herri bakoitzeko Gizarte Zerbitzuek gaixotasun psikikoa duten pertsonen erregistroa osatu dezatela euren erreferentziazko biztanleria taldean egon daitezten, gaixotasuna duten horien baimenarekin noski.

“En las familias, cuando los padres van falleciendo o el sistema de protección ya no funciona, el aislamiento de las personas y la situación de pérdida de éstas es muchísimo mayor, entonces, ¿qué es lo que nos encontramos?, pues con situaciones verdaderamente que pueden tener la casa, pero hasta que no la vendan o que no sean expulsados, están en su casa, pero en unas situaciones muy preocupantes. (...) Creo

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

que ahí hubo un cambio en el modelo de atención psiquiátrica que se plantea la desinstitucionalización, pero no plantean luego los recursos dentro de la comunidad; el planteamiento es bueno, pero para eso tienes que tener recursos en la comunidad.” (E1_5).

Gipuzkoako gaixotasun mentala duten pertsonentzako **arreta sareko egoitzatan bizi diren pertsonen dagokionean**, Behagi Gizarte Behatokiaren datuen arabera, 2017ko abenduaren 31ean, lehen Oarsoaldean bizi ziren zortzi pertsona bakarrik bizi dira horrelako baliabidetan. Gipuzkoa osorako sarea kontuan hartzen bada, 226 pertsona bizi dira egoitzatan, guztira 232 plaza daudelarik. Datuek erakusten dute gaur egungo baliabideek zein erantzun mugatua ematen dioten lurraldean bizi diren eta gaixotasun psikikoa duten pertsonen etxebizitza beharrei. Dena den, horrek ez du esan nahi horrelako baliabide gutxi daudenik. Izan ere, egoitza hauek eguneroko profesionalen zaintza jarraia behar duten erabiltzaile profilarantzat daude prestatuta, kasu guztietan gertatzen ez dena. Hala ere, datu hauek bai uzten dutela argi gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen etxebizitza beharrak asetzeko politika publiko baten beharra dagoela, gaur egun diagnostikatutako pertsona askok ez dutelako aukera errealik babestutako etxebizitza bat edo merkatu libreko bat erosteko. Honen inguruan, Oarsoaldean gaixotasun psikikoa duten pertsonen alde aritzen diren elkarteek, Arraztalok eta Aldurak, begi onez ikusten dute 2011ean Oiartzungo Udalean lortutako akordioa, non babes ofizialeko lau etxebizitza gorde ziren herrian, gaixotasun mental larriak dituzten pertsonentzako.

“Nosotros en Oiartzun conseguimos, ahora ya no sé, en las viviendas de protección oficial, daban cuatro para discapacidades físicas y nosotros conseguimos otras cuatro para discapacidad psíquica.” (E3_1)

Etxebizitza baliabideei dagokionean, Gipuzkoako osasun mentaleko arreta sareak lau egoitza mota ditu: tutoretzapeko etxebizitzak, non hiru azpimultzo dauden – gainbegiraketa baxua, ertaina eta altua – eta Buru Nahasmendu Larriko Unitate Egoitzak (URTMS). Lehenengo motari dagokionean, dauden plaza kopuruak beharrei egoki erantzuten diela dirudi, elkarrizketatu diren pertsonen arabera. Dena den, zerbitzuaren inguruan kexak daude, batez ere, banakako gelen inguruan. Horrelako baldintzak, erabiltzaileen eta senideen ustez, gaixotasuna dutenen intimitate eskubidea urratzen dute eta pertsona horiek egoitza hauetan egotea oztopatzen dute. Gainerakoan, zerbitzuaren balorazioa ona da.

“Pues siguen haciendo las habitaciones de dos y tres camas y cuando dices ¿y por qué no individuales? Una habitación pequeña, que cada uno tenga su habitación, tiene que tener su intimidad, su autonomía. No, tres camas, dos.” (E3_1)

“(en las viviendas tuteladas) Ha habido veces que bueno, que ha habido ahí un colapso y hay gente que viene por la asociación y joe, estoy apuntado, llevo un año, no sale nada, y otras veces que de repente nosotros hemos tenido plaza libre y tardar tiempo en que se cubra la plaza, entonces, a ver claro, son recursos voluntarios, y recursos en los que al final hay unas normas, uno pues no puede consumir, tienen que estar a una hora determinada en el piso, se hace un seguimiento de la medicación, entonces, algunos usuarios no quieren, y al final están con su familia y allí hacen más o menos lo que quieren y bueno, entonces, (el acceso a los pisos) se da, sobre todo, en situaciones en las que ya no tienen la opción de vivir con la familia, porque la familia ya llega un momento que dice, no puede ser más, y a casa no puedes venir. Entonces, pues son situaciones en las que no les queda otra, pero otros, a veces, mientras puedan estar con sus familiares pues lo prefieren, entonces a ver ya te digo, ha habido temporadas en las que veíamos esa mayor necesidad de plazas, pero, luego, otras en las que ha costado cubrir las plazas que hay.” (E2_2).

URTMS egoitzei dagokionean, nahikoa adostasuna badago leku gehiago behar direla esateko, nahiz eta azken urtetan unitate gehiago sortu diren. Zerbitzu mota hauek hondatze kognitibo eta funtzional nabarmena duten pertsonentzako diseinatuak daude, non etengabeko zaintza

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

profesionala duten. Elkarrizketatuek, era berean, nahikoa zaharrak diren pertsonentzat sortutako unitateak direla aitortzen dute, laguntza sare ahula dutenak, gaixotasuna aspalditik duten pertsonak eta sendatzeko aukera gutxiarekin. Faktore guzti hauek horrelako egoitza motaren eskari handia egotea dakarte, alde batetik, profil honetako erabiltzaileek etxean egoteko aukera gutxi dituztelako eta bestetik duten hondatze egoera kontuan hartuta plazetan errotazio gutxi egoten delako. Azkenik, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen zahartzeak Oarsoaldean ere horrelako unitate gehiagoren beharra ekarriko du.

“Tenemos otro agujero en, con el envejecimiento de la población, claro estamos llegando a un punto en el que muchos padres de trastornos graves van a fallecer en un momento, o sea el aumento de la esperanza nos ha servido para tener ahí como un islote pero ya todos están en ochenta y tanto y a los noventa, como mucho, noventa y tres se van a morir, por ahora, y el paciente ya tendrá 60 o 58 o los que sean, y no hay un espacio residencial, que no sea hospital, que no sea hospital, porque no necesitan estar hospitalizados, donde puedan estar. Han tirado de sus padres, ya en malas condiciones, pero la sociedad y nosotros, o sea que me meto en el ajo, hemos dicho, bueno, pues está cubierto, ¿no? Está cubierto hasta que deja de estar, ese es otro agujero importante ¿no?” (E1_1).

Hirugarren etxebizitza egoera bat **ospitale edo beste motako leku itxietan bizi diren gaixotasun psikikoa duten pertsonena da**, batez ere, ospitale psikiatrikoetan bizi diren horien, baina baita kartzeletan eta beste eremu itxietan bizi direnean ere. Ezin dugu ahaztu horiek ere hor daudela eta horrelako espazio askotan zaurgarritasuna handiagoa dela. Dena den, txosten honen aurkezpenean azaldu den moduan, ikerketa honen helburua gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen arreta komunitarioa aztertzea da, horregatik, ez da leku itxietan bizi diren pertsonen informazio zehatza bildu. Hala ere, epe luzera ospitaletan bizi diren pertsonen kopurua estimatu daiteke Gipuzkoan horrelako egoitzetan dauden plazen kopurua begiraturaz. Gipuzkoako Osasun Mentaleko Atlasaren arabera, 2013an azkenezko eguneratu zena, Gipuzkoan egonaldi ertaineko 185 ohe (29.09 ohe 100.000 mila biztanleko) eta egonaldi luzeko 523 ohe (82.27 ohe 100.000 biztanleko) daude. Bi kopuru hauek mapa honetan erreferentzia gisa hartzen den Osasun Mentaleko Arreta Komunitarioarako Oinarrizko Ereduak (B.MHCC) ezarritako estandarren oso gainetik daude¹¹.

Dena den, pertsona batzuk aipatu dute, bai Osasun Mentaleko sareko zuzendaritzakoek, bai Gipuzkoa Foru Aldundikoek eta baita gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen eta senideen laguntzarako elkarteetakoek, oraindik badagoela biztanleriaren zati bat bizitzaren zati handiena ospitaleratua pasatzen duena. Uste dute horientzat egokituagoak dauden egoitza baliabideak sortzea beharrezkoa dela. Gainera, zahartzen diren heinean pertsona hauen arreta Osasun Mentaleko Sarearen gain uztea ere arazo bat dela aipatzen da, hirugarren edota laugarren adinean sintomatologia psikiatrikoa atzean utzi eta zahartzearen ondorio diren osasun arazoak gehiago baitira aurrenekoak baino. Honen inguruan, kasu hauek dependentzia egoeran dauden adineko pertsonen arreta sareak artatu beharko lituzkeela uste da.

“Todo lo que tenemos históricamente, en los hospitales psiquiátricos de larga estancia. Hospital de San Juan de Dios en Arrasate, donde hay un montón de, bueno, iba a decir pacientes, pero ya nos son pacientes psiquiátricos ya, fueron pacientes psiquiátricos,

¹¹ Osasun Mentaleko Arreta Komunitarioarako Oinarrizko Ereduen (B.MHCC) eta erabiltzen dituen irizpideei buruzko deskribapen zehatzagoa nahi izanez gero, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Atlas hurrengo estekan ikus daiteke: https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gksmeg09/es/contenidos/informacion/rsmg_atlas/es_atlas/atlas_smgipuzkoa.html

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

han cumplido años, se han demenciado, ya no es una patología psiquiátrica en sí, ya es un deterioro orgánico, quiero decir, pero como estaban allí, estaban allí, han estado allí durante 30, 40 años, o lo que sea, claro, ¿dónde van a estar mejor que allí? En ningún sitio, pero esto, ahora mismo, carga sólo sobre el sistema sanitario, con lo cual, el liberar recursos para poder invertir en otras cosas, pues es necesario.” (E1_1).

“Ahí llega un momento en el que hay un sitio que se abre y se cierra con llave pero tú ya de ahí dentro no puedes ver lo que pasa, pero a mí mi hermana me cuenta claro, mi hermana es esquizofrénica pero tonta no es, es más es más lista que yo, entonces pues sí, yo creo que las familias que vamos allí nos sentimos a parte de lo que sufres, pues porque ves a un familiar en esa situación, no te gusta, pero no tienes otra alternativa.” (GD_1)

Azkenik, argi dago beste laugarren egoera bat gaixotasun psikiko larriak dituzten baina etxebizitza independente bat duten pertsonena dela, non euren diru sarrera propioekin ordaintzen dituzten gastuak. Kasu hauetan zailtasun handiena lanpostuen ezegonkortasuna eta lanpostu horiek mantentzeko oztopoak dira, batez ere krisi egoeratan eta osasun egoera egonkorrak ez dituztenean. Hurrengo puntuan lanaren eta hori lortzeko gaixotasun psikikoa duten pertsonak dituzten zailtasunak aztertzen dira.

4.2.2 Lanaren esparrua

Lan ordaindua pertsona helduen diru sarrera iturri nagusia da, baita erlazio sozialak egiteko espazio garrantzitsua ere. **Gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonak oztopo handiei egin behar diete aurre lan merkatuan sartzeko eta horregatik**, laguntza zerbitzu bereziak behar dituzte. Atal honetan, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta sareko esparru soziolaborala aztertuko da, bertan parte hartzen duten erakunde eta integrazio baliabide nagusienak nabarmenduz. Ondoren, horien funtzionamendua eta mugak aztertuko dira.

Lau dira osasun mentaleko integrazio soziolaboraleko sarean parte hartzen duten **agenteak**:

- Lanbide – Euskal Enplegu Zerbitzua, Eusko Jaurlaritzaren menpekoa. Biztanle guztiei orientazio eta lan bitartekaritza zerbitzuak eskaintzen dizkie, baita lan aurreko formakuntza programak ere. Gainera, desgaitasuna eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonentzako bitartekaritza programa bereziak diruz laguntzen ditu, baita Enplegu Zentro Bereziak eta lagundutako enplegu programak ere.
- Gipuzkoako Foru Aldundiaren Gizarteratzeko zerbitzua zentro okupazionalen arduraduna da, baita Formakuntza eta Errendimendu baxuko programarena. Bi programa hauek diruz laguntzen ditu.
- Aipatutako zerbitzu guztiak hirugarren sektoreko elkarteek kudeatzen dituzte.
- Enpresa komertzialek lan merkatu arruntean lanpostuak eskaintzen dituzte eta onura zehatzak eduki ditzakete gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonak kontratatzeagatik.

Gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonak **Lanbidek** eskaintzen dituen zerbitzuak erabili ditzaketan arren, gehienek erakunde honek zuzenean eskaintzen ez duen esku hartze zabalagoa edo biziagoa behar dute. **Erakunde laguntzaile espezializatuen bidez** ematen du laguntza hori, programa eta zerbitzu horiek Lanbidek diruz laguntza periodikoen bidez babesten dituelarik:

“Lo que en este momento sí que estamos haciendo es contar con entidades especializadas que completen precisamente [nuestra labor] por su trayectoria, por su nivel de especialización y, probablemente, porque también cuentan unos recursos mucho más específicos, [a consecuencia] de haber trabajado con estas personas [...] es una labor de derivación, pero teniendo en cuenta una cosa: siempre el liderazgo de esa atención, de esa tutorización, la responsabilidad final de lo que es el itinerario y los resultados que esa persona va a recaer en ese técnico de Lanbide” (E1_4).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Erakunde laguntzaileak uste dute gaur egungo esku hartze eredua hobetu daitekeela. Batetik, uste dute programa batean parte hartzea ez litzatekela denboran mugatu behar, gaixotasun psikikoa duten pertsonen integrazio soziolaboralak esku hartze oso luzeak eskatzen dituelako. Gainera, uste dute diru laguntzen sistemak ez duela ziurtatzen integrazio prozesuen jarraikortasuna, deialdien arteko hutsuneak¹² programen jasangarritasunarentzat mehatxua direlako eta etengabeko ziurgabetasun batean daudelako.

Dena den, **Lanbideren lehenetsua emaitzen ebaluazioa hobetzea da.** Erakunde laguntzaileen gainbegiraketa zorrotzagoa egiteko, hurrengo deialdiak bi urtetik behin egitea aurreikusten du, urtean behin egin beharrean. Gainera, erakunde laguntzaileek egiten dituzten jardueren informazio zehatzagoa ematea nahi du, horrela integrazio prozesuak hobetzeko eta erakundeak beraien efizientzia eta eraginkortasunaren arabera sailkatzeko:

“Tenemos que cambiar el tipo de colaboración que tenemos con esas entidades [...]. En las convocatorias ya les marcamos objetivos de inserción [...]. Sería mejorable si se retorna información [...] que permita un tratamiento adecuado y una toma de decisiones también mucho más enfocada o mejor enfocada a lo que realmente hay que hacer” (E1_4).

“[Queremos conocer el] análisis de valor de empleabilidad, [los] resultados conseguidos, [los] objetivos que se han marcado en esta persona, es decir, no quedarnos únicamente en el mero registro de un servicio y un tiempo; [queremos] información más cualitativa que permita de alguna manera construir mejores itinerarios” (E1_4).

“Antes no se incorporaban objetivos de inserción [...]. Ese es un elemento diferenciador importante [...] lo que se pretende es que aquellas entidades que mejor trabajen y mejor resultados consigan, podamos desde Lanbide tener un trabajo mucho más continuado, y [que] aquellas entidades que quizás no ofrezcan esos resultados tan buenos [...], pues que quizás puedan colaborar con nosotros, pero digamos de una manera más intermitente. [...] te hablo de entidades colaboradoras en orientación, agencias de colocación, centros de formación, es decir, todo el conjunto de entidades colaboradoras que alimentan y que hacen que Lanbide también pueda seguir abriendo todas las mañanas” (E1_4).

Behin Lanbidek arreta soziolaboraleko sarean duen eginkizun deskribatuta, arreta sare horretan dauden tresna ezberdinak azalduko dira. Gaixotasun larriak dituzten pertsoneri beraien integrazio soziolaboraleko prozesuetan laguntzeko, azkeneko hamarkadetan **lau laguntza tresna** sortu dira:

- Zentro okupazionalak.
- Formakuntza eta errendimendu baxuko programa.
- Enplegu Zentro Bereziak.
- Lagundutako enplegua.

Zerbitzu hauek *continuum* gisa pentsatuak daude, autonomia gutxiena eta laguntza gehiena behar dutenak zentro okupazionalera bideratzen direlarik eta autonomia handiago eta laguntza gutxiago behar dutenak lan merkatu arrunteko lanpostu batera bideratu daitezkeelarik, lagundutako enplegua modalitatean. Hala ere, ibilbide asko ez dira linealak eta gora beherak izaten dituzte. Askotan

¹² Desabantailan dauden kolektiboentzat lan orientazio ekintzak eta zerbitzuak martxan jartzeko laguntzen deialdia 2017ko uztailan atera zen, baina ez zen abenduaren 30a arte ebatzi.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

pertsona fase batean geratzen da epe luzean, batez ere adineko pertsona bada eta urte luzetan tratamenduan egon bada. Horregatik, sarea baliabide ezberdinen arteko trantsizioa errazteko eta ibilbideen aniztasunari erantzuteko prestatua dago.

Orokorrean esan daiteke integrazio soziolaboralean egindako esfortzua elkarrizketatutako pertsonen onartzen dutela:

“Me parece que tanto Gureak, como Katea Legaia y otras estructuras, pero sobre todo estos dos, y sobre todo Gureak, que fue quien impulsó todo esto, hicieron una apuesta muy atrevida en su momento, hace 20 años, cuando realmente no habían hecho nunca nada con la enfermedad mental. [...] a mí me parece que eso ha abierto una puerta impensable, impensable para los pacientes” (E1_1).

Horrek ez du esan nahi integrazio soziolaboraleko sarearen hutsuneak aipatu ez direnik. Gehienek aipatzen dute gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen beharretara ez dela erabat egokitzen:

“La gran mayoría, no todos [...], hacen unos horarios [...] larguísimos, que entran a las 8 de la mañana y salen a las 5 de la tarde, con horarios partidos [...] muchas veces, y eso lo llevamos diciendo un montón de tiempo, que [...] media jornada sería suficiente” (E1_6).

“Un horario [de jornada completa], después de todo lo que toman [al] despertarse a las 5 de la mañana, es imposible” (E1_6).

“Yo creo que una persona con una medicación potente y tal es difícil que aguante ocho horas de trabajo de lunes a viernes” (E2_4).

“Hay personas que no pueden llevar el ritmo que Gureak establece, por su dinámica repetitiva de trabajo en según qué procesos, y observamos que, en algunos casos, [...] tienen que adecuar su medicación por la situación de estrés que se genera ese tipo de dinámicas” (E3_1).

“El problema que tengo yo también (con el trabajo) es social. Porque algunos días mi cabeza, llevando la misma vida que llevo normalmente, o sea que yo no sé por qué es, mi cabeza se pone mal. Con la diferencia de que yo, si estoy a mi aire, puedo cambiar de situación, puedo salir a caminar, puedo hacer cosas para salir del bucle de pensamiento en el que estoy. Pero claro, con el trabajo a mí eso me es más difícil. Y aunque con la gente, puedo tener un buen diálogo y llevarme bien, soy una persona muy desconfiada, porque a mí me han hecho muchas cosas y entonces me cuesta. (...) Y ahí creo que en el trabajo no me han entendido, es más, me he sentido presionada, me he sentido mal.” (E4_X)

“Para algunas cosas, [se] les exigen más que lo que realmente [se] les pueden exigir” (E1_6).

“Cuando les dicen ‘pues primero tendrás que estar —imagínate— seis meses en un taller, a ver cuál es la evolución’, pues hay muchos que lo rechazan, porque no les llama la atención” (E2_2).

“Yo creo que ese tipo de trabajo tan monótono [...] lo puede[n] desarrollar mejores personas que tienen una discapacidad [...] intelectual, pero [a] una persona con enfermedad mental [...] yo creo que hay que ofrecerle otro tipo de puestos, más creativos o al aire libre, o bueno, algo más dinámico. El estar continuamente haciendo lo mismo, ni ellos yo creo que se sienten útiles, y aparte, pues también le puede dar a pensar un montón de cosas...” (E2_2).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“Al final, es como cualquier tipo de persona, independientemente de la discapacidad: a una persona con enfermedad mental nunca podrías derivarle a un trabajo repetitivo. Tendríamos que hablar más de trabajos en movimiento o al aire libre, pero también para otra persona con otro tipo de discapacidades. Entonces...” (E2_3).

“Las capacidades que tienen y un poco también los deseos [...], muchas veces todo se queda un poco en el aire, pero bueno” (E1_6).

“Recuerdo un caso que él era especialmente obsesivo, muy controlador, y le ponen en calidad y tiene siete segundos para decidir si la pieza va a un cajón o a otro, sabiendo que, si la pieza va al cajón equivocado, si él no detecta los fallos y la pone como buena, ese pedido va a [un país en el extranjero], y como allí haya una errónea, te mandan todo el pedido para acá —eso es lo que me describía él, que igual no es así— [...] y yo decía ‘¡[...] es que no podría hacerlo ni yo!’” (E2_1).

Ikus daitekeen moduan, kritika gehienek gaixotasun psikikoak dituzten pertsonetara eta beraien interesetara aktibitateak egokitzen ez direla diote, batez ere honako esparruetan: a) lanaldiaren gehiegizko iraupena; b) ordutegiaren malgutasun eskasa; c) jarduera errepikakorak, kreatibitate gutxiak eta eraikin itxietan; eta d) azken finean, exigentzia maila altua.

“Aquí vemos, mandamos gente a Gureak y algunos nos dicen, luego es verdad que se adaptan, como mismo digo una cosa digo la otra, pero algunos si dicen “joder, y luego los turnos, mañana, tarde, noche, ocho horas, como uno más, y para cobrar lo cobro”, y le contestas “ya, te entiendo, pero mejor eso que nada, mejor que estar viniendo al hospital de día, eso es un salto más”. Luego es verdad, yo tengo un hijo de 20 años que cuando vaya a trabajar le van a explotar y va a currar como un campeón para ganar mil euros si tiene suerte, la vida está así, vale, pero luego dices “ostia, {que este asunto es un tema} más grave, que no es un tío que está al 100 por cien de sus condiciones, pero bueno”. También a veces detectamos, pero que no desaparezca Gureak, que creo que da trabajo a mil y pico de personas” (E2_1).

“El problema que yo veo, bueno lo que a mí me parece, es que yo necesito descansar y cuando se me quitan las horas de sueño, que tengo que cumplir, porque hay que levantarse muy temprano, porque el horario es muy extenso, o por lo que sea, pues yo empiezo como a acumular y ahí es donde mi cabeza empieza a trabajar de más. Yo estaba trabajando en el obrador de Gureak y me levantaba a las 6 de la mañana para entrar a trabajar a las 8 de la mañana, porque hay un problema con los autobuses. Y estaba en el trabajo hasta las 17.30h y llegaba a mi casa a las 19h de la tarde. Y después, claro, tenía que hacer las tareas de la casa y demás. (...) Y yo ese ritmo no lo puedo llevar.” (E4_X)

Argi dago, aipatu diren zailtasunak integrazio soziolaboraleko sarean sartzeko oztopoak izan daitezkeela profil jakin bateko erabiltzaileentzat. Gainera, egin diren elkarrizketatan nabarmen geratu da oztopo horiei honakoa gehitu behar zaiela: gaixotasun psikikoa duten pertsona askok errezeloz ikusten dute orain dela urte batzuk desgaitasun intelektuala zuten pertsonentzako zentroetan lan egin beharra. Zentzu horretan, gaixotasun psikikoa duten pertsonak ere desgaitasun intelektuala duten pertsonenganako estigma zabaltzen duten, gizarteak orokorrean egiten duen bezala.

Zentro okupazionalak

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Zentro okupazionalak (zerbitzu zorroko 2.2.2 zerbitzua) Gureak Taldeak kudeatzen ditu Foru Aldundiarekin egindako hitzarmen baten bidez¹³; lehenengoa aktibitate produktiboaren arduraduna da, bigarrena aktibitate ez produktiboarena. Aipatu den moduan, autonomia gutxien eta okupagarritasun gradu gutxien duten pertsonen zuzenduta daude eta ondorioz, esku hartze zabalagoak behar dituzte. Aktibitate produktiboa **bakoitzaren garapen pertsonalarekin eta sozialarekin uztartzen dituzte** programa hauek. Printzipioz, konbinazio hori pertsona bakoitzaren beharretara egokitu behar da, autonomia gutxien duten pertsonak aktibitate ez produktiboetan denbora gehiago pasa dezaten autonomia handiena dutenak baino.

Aipagarria da esatea, **programa hauek ez dutela ez kontratu ezta soldatarik eskaintzen**, baina bai hilean 170€ eta 250€ artean dagoen sari ekonomiko bat. Sari ekonomiko hau Aldundiak ordaintzen du. Gaixotasun psikikoa duten pertsonen beraien esfortzuagatik jasotzen duten sari ekonomiko hori, zentro horietara joateko motibazioa kentzen duen faktoretako bat dela uste dute elkarrizketatuko batzuk. Beste batzuk egoera hori berriz normalizazio terminoetan deskribatzen dute:

“No les motiva nada ir a un sitio a trabajar 6-8 horas y que les den 180 euros: [...] enfermos están, pero tontos no son” (E3_1).

“Hay una discusión, como debe haberla, sobre lo que cobran [...], pero si queremos normalizar la vida, hay que normalizar la vida y la vida tiene cosas malas, y esto es así, ¿no? Y a veces los sueldos no son buenos [...]. Pero lo que tienen que hacer es aguantar, o sea, porque a ver si vamos a estar pensando en nosotros, ¿verdad? [...] Poder trabajar, tener un piso y que nos llegue el sueldo más o menos, ¿no? [...] eso es lo que tenemos que buscar, las necesidades básicas de los enfermos mentales son las nuestras” (E1_1).

“Yo empecé a trabajar en un trabajo (protegido), pero me pagaban poquísimo, así que lo dejé. (...) Y donde estoy ahora, en Karabeleko, sí que estoy a gusto, pero si nos dieran alguna cesta (de verduras) o algo a cambio del trabajo que hacemos. Porque meternos en un trabajo para luego no cobrar nada, pues es que no me parece. (...) Ya que no cobramos nada y vamos como un centro de día pues que, por lo menos, nos diesen algo, un reconocimiento al trabajo que hacemos o algo.” (E4_X)

Zentro okupazionalak **sartzeko prozedurak** bi fase ditu. Interesa duen pertsonak lehenik eta behin Aldundiko Gizarteratzeko Zerbitzura joan behar du han bere desgaitasun maila ziurtatu dezaten. Behin tramite hau eginda, Gureakeko Balorazio eta Orientazio Zerbitzuan egin dezake bere eskaera, non bere konpetentzia eta okupagarritasuna aztertzen diren, bere profilarantzat zein gizarteratzen baliabide den onena zehazten den eta ibilbide indibidualizatu bat prestatzen den.

Prozedura hau laster berriro egingo dute, bigarren mailako beste arreta zerbitzuetan erabiltzen direnekin homogeneousatu eta Aldundiak jarraipen hobea egin ahal izateko. Aldaketak bi ildo nagusi izango ditu:

- Eskaera egiten duten pertsona guztiei automatikoki oinarrizko Gizarte Zerbitzuetan izena emango zaie, bertatik laguntza gehigarria eskaini ahal izateko.
- Aldundiko Gizarteratze Zerbitzutik bertatik orientazioa eskainiko zaie beraientzat onena den programari buruz.

¹³ Gureak, “irabazi asmorik gabeko merkataritza-sozietateez osatutako empresa taldea da” Gipuzkoako Foru Aldundiak erakundearen parte hartzen du akzioen %20,12arekin. (<<http://www.gureak.com/es/quienes-somos>>).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Sartzeko irizpideei buruz, Aldundia kezkatuta dago zentro okupazionalen onurak baliatzen ari ez diren pertsonak daudelako. Gaixotasun psikikoa duten pertsona batzuk ezin dute desgaitasuna frogatu eta ondorioz, zentro okupazionaletatik kanpo geratzen dira.

Bestalde, elkarrizketatutako pertsonak uste dute zentro okupazionalen konfigurazioa **sakonean aldatu behako litzatekela gaixotasun psikikoa duten pertsonen beharretara hobeto egokitzeko**. Lehenik eta behin, zentro hauen **aktibitate ez produktiboa bultzatzea** proposatzen da, esku hartze psikosoziala eta orientazio komunitarioa indartzuz:

“A mí me parece que [el servicio ocupacional] es bueno que esté vinculado a la producción y a la actividad industrial, pero creo que es insuficiente el desarrollo de la otra parte. [...] No sé muy bien qué es lo que hará, pero desde luego [en] intervención psicosocial tendrá que hacer algunas horitas de psicólogo, de trabajador social o intervención socioeducativa, tendrá que haber algún educador por ahí. [...] en el servicio ocupacional faltan [...] prestaciones técnicas más de carácter social. [...] si estás en un servicio social, tiene que haber una continuidad [entre lo que sucede en el centro laboral y el ámbito doméstico]. Habrá que hablar con la familia; si es con la vivienda, pues habrá que hablar con el educador de la vivienda, o el coordinador, el responsable de la vivienda [...] para saber [cómo se encuentran las personas atendidas]” (E1_3).

Gainera, **aktibitate produktiboen eta ez produktiboen oreka doitzea** beharrezkoa ikusten da profil ezberdinen eta beharren arabera:

“Y en cuanto [a] los perfiles que decías, lo mismo. Con los que estén más alejados de ese enfoque más productivo, pues tendrás que trabajar mucho más, en función de sus necesidades, todo en relación con las competencias personales, relacionales, la integración comunitaria; y en cambio, con los que están más orientados, a ver si pueden pasar al empleo especial, pues a esos tendrás que presionarles más para que sean más, trabajar más las competencias profesionales, técnicas, no tanto las personales o las relacionales, las básicas” (E1_3).

Azkenik, **eskaintza mota zabaltzea eta pertsonalizazioa indartzea** gomendatzen da, lurraldean aukera berriak eskuragarri daudela ziurtatuz:

“[Entre] lo que tiene de ocupacional Gureak, la mayoría es trabajar en cadena, ¿no? [...] lo que echo en falta es eso, que no les puedan ofrecer mayores alternativas” (E2_2).

“Necesitan diversificar más las actividades [...]. Hay que buscar [...], en todo el territorio, establecer este mismo modelo, más diversificado, con más opciones, más personalizado. No tan vinculado a la actividad industrial o al taller, que también es importante que mantengan” (E1_3).

Elkarrizketetan **dibertsifikazio horren adibide diren eta nekazaritzarekin lotuta dauden hiru egitasmo identifikatu dira**. Lehenik eta behin, Pausoak zentro okupazionala dago Donostian, Goyeneche Fundaziok kudeatzen duena eta desgaitasun intelektuala duten pertsonen bakarrizketa zuzendua. Bigarrenik, Oiartzungo Arraztalo¹⁴ elkartearen proiektua dago. Gaixotasun psikikoko larriak dituzten pertsonentzat lan eta gizarte integrazio programa bat da eta Oiartzungo Udalak diruz

¹⁴ Más información en <<http://www.eitb.eus/eu/telebista/programak/atera-kontuak/bideoak/osoia/5413664/bideoa-arraztalo-gaixo-psikikoen-elkarteak-otzarak-egiten-ditu-oiartzunen/>>.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

laguntzen du. Aldundiari proiektu hau interesatzen zaio, baina Pausoakek ez bezala, oraindik eredu zehatz bat definitu gabe duela uste du:

“Tenemos pendiente el definir si vamos a elaborar un modelo de trabajo alternativo, complementario, un poco del estilo de lo de Arraztalo, de las huertas y de tal [...]. Estos suelen pedir unas subvenciones, normalmente se les conceden, pero el tema sería tener un modelo claro, complementario al industrial, pero un modelo claro, pues como tenemos el de Fundación Goyeneche, [el] de Pausoak, pues a lo mejor ese modelo, pues homologarlo para otro tipo de iniciativas, pero eso está pendiente de hacer, no está hecho” (E1_3).

Hirugarren egitasmoa Karabeleko da, Hernanin. Proiektu honen ezaugarri bereizgarriak berriz hauek dira: “Buru gaixotasuna duten pertsonen eta baztertzeko arriskuan dauden beste kolektibo batzuen zuzenduriko errehabilitazio psikosozialerako zentroa da”¹⁵, eta denbora-pasako programen (borondatezkoa da eta ez dago soldatarik) eta zerbitzu okupazionalen (aktibitate produktibora zuzendua) ezaugarriak ditu.

Formazio eta errendimendu baxuko programak

Formazio eta Errendimendu Baxuko programa Zentro Okupazionalaren eta Enplegu Zentro Berezien arteko tresna da. Elkarrizketetan ez da aipatzen eta badirudi ez dela beharrezkoa aldatzea.

Enplegu Zentro Bereziak

Zentro Okupazionalak eta Formazio eta Errendimendu Baxuko programak ez bezala, Enplegu Zentro Bereziek bertan lan egiten duten pertsonekin lan erlazioa dute. Enpresa sozialak dira eta gainera Lanbideren erakunde laguntzaileak, beraien kabuz lan merkatu arruntean lana lortzeko zailtasunak dituzten kolektiboekin jarduten baitute. Administrazioaren ikuspuntutik, aipatu behar da, **Enplegu Zentro Berezien kompetentzia Eusko Jaurlaritzak duen arren**, dagokion dekretua onartu gabe dagoela, ondorioz **zentro berrien sorrera ezinezkoa da**.

Enplegu Zentro Bereziek sarean orokorrean antzeman diren arazo berdinak dituzte, hau da, erabiltzaileen gaitasun eta interesetara egokitzapen gutxi eta ordutegi eta lanaldi luzeegiak. Gainera, zentro hauetan lan egiten duten gaixotasuna duten pertsonen arreta sareko beste programa soziosanitarioetan parte hartzeko dituzten arazoak aipatzen dira, askotan ez baitira bateragarriak. Kasu zehatz bat aipatzearen, Errehabilitazio Psikosozialeko zentro baten arduradunak aipatzen du:

“Tenemos una situación complicada en el piso, entonces, le dije a esta persona: ‘mira, es urgente que hablemos contigo [...] allí, en el piso’ [...]. [Le] dije: ‘avisa a Gureak de que ese día vas a llegar tarde por un motivo nuestro [...], y me respondió ‘ya, pero es que no me dejan’. Le respondí: ‘¿cómo no te dejan? ¿Cuándo tienes que ir al médico no llevas el justificante?’’. Y dice: ‘sí, vale, pero una entrevista aquí con vosotros no me dejan’. Y digo: ‘[...] no te preocupes, te damos un justificante de que ha sido una entrevista médica’ [...]. Volvió y nos dice que le han descontado las horas, y dije: ‘a ver, no puede ser, ¡si esto es una consulta médica, si es parte de tu tratamiento!’” (E2_1).

Azkenik, aipatu behar da, gaur egun Enplegu Zentro Bereziak sortzeko prozedura geldituta dagoela, nahiz eta Eusko Jaurlaritzak gai honetan eskumena baduen 2010etik. Hala ere, kompetentzia hori martxan jartzeko araudia oraindik ez da garatu eta proiektu eta egitasmo berriek ez dute Enplegu Zentro Berezien kalifikazioa lortu. Hau da, zehazki, Arraztalo Elkartearen egoera. Elkarte honek

¹⁵ <<https://agifes.org/es/servicios/karabeleko/>>.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Oarsoaldean orain dela urte asko proiektu bat kudeatzen du eta maiz, proiektuaren jasagarritasun arriskuan dagoela ikusi du finantziario sendo eta egonkor bat falta duelako.

“Llevamos 8 años detrás del Centro Especial de Empleo, todos los años hemos presentado una moción en el Parlamento, todos los años lo han colgado, ¿lo has visto tu el registro de asociaciones? No, no está, la última que nos dijeron es que a finales de febrero [del 2018] pues estaría en comisión discutiéndose, a principios de marzo, estamos casi a finales de marzo y no sabemos, el otro día estuve hablando con una parlamentaria y me dijo que había preguntado por todas partes pero que el decreto no aparecía, que no estaba.” (E3_1)

Lagundutako lana

Laguntuako lanpostu batera pasatzea ez da batere ohikoa, eta elkarrizketetan hau faktore batzuekin lotzen da. Lehenik eta behin, horrelako kontratuen eskaintza txikia dela uste da eta gainera, lan baldintzak ez dira batere erakargarriak¹⁶:

“Al final, hay que disponer de ofertas para poder pensar en personas. O sea, la crisis, el tipo de empleo que actualmente está llegando por parte del mercado laboral, esa precariedad, la inestabilidad, esos horarios, pues están dificultando también el poder pensar en este colectivo en esos términos [de empleo con apoyo]” (E2_3).

“El tema económico es importantísimo. [...] no compensa. [...] a no ser que tú tengas claro que quieres entorno ordinario [...], tampoco las ofertas son de decir...” (E2_3).

“En muchos casos, la oferta que se le puede dar en el Grupo [Gureak] es mejor que la que se le da en el entorno ordinario” (E2_3).

Bestetan, enpresan egiten zaion harrera ez da egokia:

“También hay que ver por qué te solicitan la oferta, ese convencimiento [...]; también [hay que ver] quién ha tomado la decisión [...], quién solicita la oferta, porque muchas veces [...] no se consensua, y cuando llega el trabajador allí, está como en una selva” (E2_3).

Eskaintza eskasia eta merkatu arruntean sartzeari dagoen beldurra dela eta, transizioak kontu handiarekin prestatzen dira:

“Con ese apoyo, con esa figura del preparador laboral [...] que apoya en esos inicios y ese seguimiento luego en el puesto de trabajo, o sea, que [intentamos que] sea un paso poco a poco, [...] progresivo, mimar un poco ese cambio, pero hay gente que le cuesta” (E2_3).

“Nosotros siempre garantizamos la vuelta” (E2_3).

“Hay excedencias, igual que lo que establece el convenio” (E2_3).

“Incluso cuando se termina la excedencia, luego tienen la opción de poder solicitar empleo otra vez: las puertas siempre están abiertas” (E2_3).

Tresna honen planifikazioaren ikuspuntutik, aipatu behar da lagundutako enplegu programentzako laguntzak Enplegu Zentro Bereziak bakarrik direla. Honek mugatu egiten du esparru

¹⁶ Lan merkatu arruntean eskaintzen diren baldintza txarrak orekatzeko, kasu zehatzetan, Gureak Taldeak lanaldi erdiko lanpostu osagarriak eskaini izan ditu.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

soziolaboraleko beste erakundeek, hala nola eskualdeetako garapen agentziek, horrelako programak martxan jarri ahal izatea. Erakunde hauek bertako lan merkatuaz duten ezagutza galdu egiten da.

4.2.3 Diru sarreren eta egoera ekonomikoaren esparrua

Gaixotasun psikikoa duten pertsonen egoera ekonomikoari dagokionean, ikerketa honetatik ateratako ondorioek diote prekariedade ekonomikoak kolektibo honetako pertsona askori eragiten diola. Honen arrazoi nagusietako bat, aurretik ikusi den moduan, lanpostu bat lortu eta mantentzeko biztanleria multzo honek duen zailtasuna da. Ondorioz, beste biztanleria guztiak diru sarrerak bermatzeko duen iturri nagusitik kanpo geratzen dira: lan etekinetatik kanpo.

Bestalde, ikusi ahal izan da gaur egungo errentak mantentzeko politika publikoek ez diotela gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen beharrei erantzuten. Politika hauek batez ere desgaitasuna duten pertsonentzat edo biztanleria orokorrarentzat pentsatuak daude, besteak beste, Euskadiko Diru Sarrerak Bermatzeko Errenta (RGI).

Azkenik, badirudi ezjakintasun handia dagoela dependentzia, desgaitasun eta prekariedade ekonomikoaren ondorioei aurre egiteko eskatu daitezkeen diru laguntzen inguruan, bai diagnostikatuta dauden pertsonen artean baita senideen artean ere. Honek pentsarazten du, pertsona batzuen eskubideak ez direla erabiltzen ari eta gomendagarria litzateke pertsonentzako eta senideentzako honen inguruko informazioa eta aholkularitza hobetzea. Jarrian, Oarsoaldean bizi diren gaixotasun psikikoa duten pertsonen laguntza ezberdinak eskatzeko dituzten zailtasunak aztertuko dira.

Desgaitasuna duten eta dependentzia egoeran dauden pertsonentzat bereziki prestatutako laguntzen inguruan, honakoa gertatzen da. Batetik, gaur egun dauden balorazio tresnek garrantzia handiagoa ematen diote muga funtzional fisikoei, ondorioz, faktore kognitiboekin eta konduktualekin lotutako dependentzia gutxietsi egiten da. Horregatik **gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen puntuazio nahiko baxuak lortzen dituzte** eta zaila da desgaitasunaren %65eko maila lortzea. Maila hori eskatzen da, adibidez, kontribuzio gabeko pentsioak eta honen osagarria den laguntza lortzeko. Laguntza osagarri hori etxebizitzaren alokairuarekin lotuta dago. Bestetik, Osasun Mentaleko Zentrotik ohartarazi da balorazioak egiten dituzten langileek ezagutza espezifiko nahikoa eduki behar dutela buru osasunarekin lotutako kasuak aztertzeko, pertsona bakoitzaren sintomatologia oso anitza delako eta zailtasunak beti ez direlako modu berdinean azaleratzen.

“Si tú eres una persona que está haciendo una valoración te llegará un paciente mental grave con una esquizofrenia y no te va a dar ningún problema en la consulta, o en la entrevista de valoración, igual va una persona con trastorno de la personalidad y te lía una que, que ¿no? Entonces eso ya da una sensación de más gravedad incluido que muchos trastornos mentales, nosotros hablamos de cronicidad y para los que hacen ese tipo de valoraciones cronicidad es que bueno, pues que están más o menos estables ahí, ¿no? Que parece que no van a dar guerra ¿no?” (E1_6).

“Ahora mismo he tenido dos citas con la trabajadora social porque quiero que me revisen la valoración de incapacidad. (...) Se me hizo una valoración, pero yo creo que eso no está bien por los episodios que he tenido posteriormente. Me dieron un 47% de incapacidad y con eso no me corresponde nada (ninguna ayuda económica).” (E4_X)

Hala ere, badirudi gaixotasun mental larriak dituzten pertsona askok Dependentziaren Arretarako Sistemako laguntza ekonomikoak lortu lortzen dituztela. Horrela, elkarriketatutako pertsona asko diotenez jasotzen duten laguntza hileroko 150€ eta 350€ artekoa da, bai Familia ingurunean zaintzeko prestazio ekonomikoa (FIZPE) edo baita Laguntza pertsonalerako prestazio ekonomikoa (LPPE).

Diru Sarrerak Bermatzeko Errentaren eta gaixotasun mentalak dituzten pertsonak babes sistema ekonomiko honetan sartzeko aukeren inguruan, elkarriketatu diren pertsona gehienak ez daude

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

ados gaixotasun psikikoa dutenei eskaintzen dien babesarekin. DBE pentsionista moduan jaso daiteke, baina aurretik esan den bezala, gaixotasun hau duten askok ezin dute modalitate hau erabili ez baitira desgaitasunaren %65eko mailara iristen. Bestalde, DBEak eskatzen duen emantzipazio prozesua egitea oso zaila dela gaixotasun hau duten pertsonen kasuan, ondorioz laguntza horren baldintza betetzea ezinezkoa da.

“Muchos porque viven los padre y tienen, pues ¿de qué viven?, pues viven de la pensión por hijo a cargo que son 350€, pues porque en cuanto el padre tiene un poquito más de sueldo ya no tienen derecho a la pensión no contributiva, con la pensión no contributiva luego ellos si ya tendrían derecho al complemento de la renta de garantía de ingresos, pero muchos no tienen esa posibilidad, porque no, entonces la situación económica es difícil, quiero decir que... en nuestra zona, pues nuestra zona no es igual que otras y aquí hay más problemas económicos.” (E1_6).

Azkenik, gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen egoera ekonomikoari dagokionean, **arreta baliabideen diseinua bera aipatu behar da**. Honen inguruan zailtasun hauek aipatu dira: eguneko zerbitzuen koordainketa, egoitza batean egotea eta DBE kobratzea bateragarria ez izatea eta azkenik, zerbitzu okupazionaletan jasotzen duten ordainsari eskasa.

Zerbitzuen koordainketari dagokionean, bai etxez etxeko laguntza baita eguneko arreta zerbitzuak ordaindu egin behar dira. Nahiz eta gizarte zerbitzuen esparruan oso eztabaidatua den gaia izan eta ez den gaixotasun psikikoa duten pertsonen bakarrik eragiten dien zerbait, hemen aipatu beharra dago, kolektibo honek duen babes ekonomikoak ez baitu beti beharrezkoa litzatekeen sendotasuna. DBEren bidez eta laguntza ekonomikoaren bidez ematen den babesa egonkorra ez denez, koordainketak kolektibo honi bereziki eragiten diola esan daiteke.

“Inserzioko errekurtsoak ez daukate kopagorik eta gureak bai, eta orduan gureak gelditzen dira 4 txanponekin (...) bizi dira diru gabe, eta orduan... el poder hacer un proyecto de vida...es que askotan eskatzen diegu asko eta eskaintzen diegu gutxi, exigitzen diegu recuperación, recuperación, recuperación, eta zein da pronostikoa, norantza? Zein da etorkizuna? Orduan ba hor problemak ditugu.” (E1_2).

Elkarrizketatuek aipatu duten beste zailtasun bat da, DBE eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonentzako egoitza batean egotea ez direla bateragarriak. Pertsona hori bertatik atera eta bizitza independente bat egiteko prestatuta dagoela argi dagoenean ere, ezin dute horrelako laguntzarik jaso. Elkarrizketatuek adierazi dute egoera hau baliabideak duen errehabilitazio izaerarekin ez datorrela bat. Gaixotasun mentala duten pertsonen arretarako eremuan dagoen kontraesana nabarmendu dute. Alde batetik, dauden baliabide eta tresnak errehabilitazio izaera edukitzeko sortzen dira eta inplizituki pertsona horiek funtzionalki berreskuratzera bideratzen dira. Hala ere, baliabideak desgaitasuna duten pertsonen arreta sareko arau eta printzipio berdinak jarraituz diseinatu dira, non helburu nagusiak epe luzerako zaintza eta kronizitatea artatzea diren.

“Los pacientes nuestros, como están en recursos que se entiende que son de discapacidad, en una residencia, ellos lo llaman recursos permanentes, pero en realidad no son permanentes porque a todos, a todos, se les está machacando con que tienen que salir y tal. Entonces, te quiero decir, hay un desajuste y una situación que al final dices, jo, nos tenemos que poner un poco de acuerdo con toda esa serie de cosas y el tema de la renta de garantía de ingresos.” (E1_6).

Kontraesan hau nabarmen ageri da sarearen funtzionamenduaren arlo askotan, horietako bat erabiltzaileen babes ekonomikoaren lotuta dagoelarik. Horrela, gaixotasun psikikoa duten pertsonentzako egoitza gehienak behin betiko baliabide gisa sortzen dira, baita gainbegiraketa baxua duten etxebizitzak. Ondorioz, ezinezkoa da hauen erabiltzaileek DBE eskatzea, bertan dauden bitartean.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Egoera honek, era berean, egoitza horietatik ateratzeko aukerak mugatzen ditu, erabiltzaileei etsipena sortzen die askotan eta arreta baliabideak ez dira era eraginkorren erabiltzen. Erabiltzaileak sareko egoitzatan jarraitzen dute ez baitute baliabide nahikorik beste mota bateko bizileku bat lortzeko. Azkenik, Gipuzkoako Foru Aldundiko sail Soziosanitariotik beharrezkoa ikusten da etxebizitza politika publikoen ardura duten erakundeekin nolabaiteko akordioa lortzea, horrelako kasuei irtenbide bat eman ahal izateko.

“Beharko genuke laguntza ekonomikoak beste kolektibo batzuk dituzten bezala eta bibiendarekin enlazeren bat, eta hori ez daukagu. Guk ez dogu lortu eta klaro eta faena bat da zeren eta dirurik gabe ibiltzen dira, zeren eta badago jendea gaitasunarekin eta posible izango zutela bere kabuz bizitzea baina ekonomikoki ezin diote horiei aurre egin, orduan ez dioazte.” (E1_2).

Azkenik, **zerbitzu okupazionalen hileroko jasotzen dituzten ordainsari ekonomikoak** aipatu behar dira. 180€-ren inguruan daude eta pertsona batzuk kritiko azaldu dira honen inguruan. Zerbitzu horietan egiten duten lana ikusita eskasa dela deritzote, are eta gehiago, kontuan hartzen badugu zerbitzu hau Euskadin desgaitasuna duten pertsonentzako babestutako enplegu sisteman integratuta dagoela. Hala ere, eskakizun eta ordainsari maila ezberdinak daudenez, zehazki azterketa egitea beharrezkoa litzateke, gainera kontuan hartuta ordainsari honen helburua ez dela pertsonen errenta faltari aurre egitea, pertsona horiek zentro okupazionalen parte hartu dezaten bultzatzea baizik.

“(Las personas) tienen que tener también motivación, y desde luego no les motiva nada ir a un sitio a trabajar 6-8 horas y que les den 180 euros, entonces enfermos están pero tontos no son, son muy listos, yo al menos mi experiencia las pillan todas, de tontos no tienen nada, y si le vas a decir que le vas a dar 180 euros por estar desde las 8 de la mañana hasta las 4 de la tarde allí, entre el tiempo libre y lo que trabajan y la hora de la comida, ¿a qué voy a ir, a qué? No voy, si en viaje solo ya tengo que pagar muchos menos, pero bueno ya tengo un costo” (E3_1).

“Tenemos casos, gente que está en ocupacional cobrando 180 € y no tienen otro tipo de ingreso.” (E1_6).

4.2.4 Osasunaren esparrua

Gaixotasun psikikoen arretarako osasun eredia, ikuspuntu komunitario eta errehabilitatzaile batetik diseinatua dago. Gainera sortzez, lehentasun handiagoa ematen die diagnostiko larriak dituzten pertsonen arinagoak dituztenei baino. Estatuko osasun sistemaren oinarrietako bat da ikuspuntu komunitario eta errehabilitatzailea, Osasunaren Lege Orokorrek dion moduan (20. artikulua):

“1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. [...]

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.

Arreta komunitariorantz, integralerantz eta errehabilitatzailerantz aurrerapausoak egon diren arren, osasun arretan ez dator printzipio horiekin bat. Osakidetzak 2017-2020 epealdirako osasun mentalaren esparruan dituen erronka estrategikoak ezartzean onartzen duen moduan:

“Osasun mentala osasunaren funtsezko osagaia da, eta nahiz eta antolamenduari eta asistentziari begira sare espezializatuak aski garatuta dauden, une egokia da gogoeta egiteko, hartara osasun mentala erakunde guztien baliabideetan eta mailetan sartzeko, eta hori ez ezik, eredu komunitarioa paradigma asistentzial bezala sustatzeko ere. [...] [Helburua da] Lehen mailako baliabideen eta espezializatuko eta ospitaleko baliabideen koordinazio integralean sakontzea, patologia psikiatrikoei behar bezala heltzeko.” (Osakidetza, 2017).

Eguneko arretarako baliabidea ez den arren, azterketa hau hasteko **epe luzerako ospitale psikiatrikoak oraindik badaudela esan behar da**. Horrek, maila kontzeptualean behintzat, estrategia komunitario eta errehabilitatzailea errealitate bat baino erronka bat dela adierazten du. Gipuzkoan, erakunde hauek oraindik baliabide komunitariorantz artatu behar litezkeen gaixo larriak hartzen dituzte, Bizkaian ez bezala. Eredu batetik bestera pasatzea zaildu egiten da, ospitalea beraien etxea bihurtu den gaixo zaharrak daudelako eta horientzat beste alternatibarik ikusten ez delako:

“Hay otro [...] agujero, [...], o socavón, quiero decir, que es todo lo que tenemos históricamente en los hospitales psiquiátricos de larga estancia [...], donde hay un montón de, bueno, iba a decir pacientes, pero ya nos son pacientes psiquiátricos [...], fueron pacientes psiquiátricos, han cumplido años, se han demenciado, ya no es una patología psiquiátrica en sí, ya es un deterioro orgánico, quiero decir, pero como estaban allí, [...] han estado allí durante 30, 40 años, o lo que sea, claro, ¿dónde van a estar mejor que allí?” (E1_1).

Eguneko arreta, osasun sisteman, **Osasun Mentaleko Zentroei** dagokie. Pertsonen gehiengoa arreta sarera zentro hauen bidez sartzen delako, **osasun mentaleko zentroak sarearen erreferente bihurtu dira**. Zentro hauek koordinazio prozesuetan parte hartzen dute maiz, gaixoak beste baliabidetara bideratzen dituzte, sareko beste eragileen kontsultak jasotzen dituzte eta horrela eskatzen dietenean, formakuntza ematen dute. Estatus gorena lortu dute, batez ere bi arazoirengatik: sektoreko beste eragile batzuek osasun mentalaren inguruan duten formakuntza faltak – batez ere oinarritzko gizarte zerbitzuek, beraien orientazio orokorra dela eta- eta gaixotasun psikiatrikoen arreta integralak osasunak oraindik duen pisuagatik.

Gaixotasun psikiko larrien osasun arretan Osasun Mentaleko Zentroak oinarritzko unitateak dira. Horregatik, gaur egun jasaten duten gehiegizko lan karga da Gipuzkoak Osasun Mentaleko sarearen arazo nagusia. Sareak berak, “saturazio asistentziala” mehatxu gisa ikusten du 2013an egindako DAFO diagnostiko batean (Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea, 2013).

Saturazio honen arrazoi nagusia, azken urtetan bizi izan den eskaera igoerari aurre egiteko langileria eskasia da. Eskaeraren igoera baliteke faktore ezberdinengatik izatea. Ikerketa batzuk gaixotasun psikikoen prebalentzia handitzea krisi ekonomikoarekin lotu dute¹⁷. Osasun Mentaleko Gipuzkoako sareak berriz, “egokitze-nahasteen, kuadro klinikoaren eta Z kodeen gehiegizko eskaera” aipatzen du (ibídem). Elkarriketatu diren profesionalek ere iritzi berdina dute eta aipatzen dute diagnostiko

¹⁷ Estatuko ikerketa (Gili, García Campayo, & Roca, 2014), Euskadikoa (G. Pérez et al., 2016).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

arinagoak dituzten pertsonen kopurua igo egin dela. Horrek esan nahi du zailtasunak daudela lehenengo mailako osasun arretatik bigarren mailako arretara gaixoak iragazi eta bideratzeko garaian, eta arriskuan jartzen ari dela larritasun handieneko gaixoei lehentasuna emateko printzipioa:

“Hay una especie de explosión de gente siendo atendida en salud mental [...] de repente, parece que todo el mundo [lo] necesita y eso ha generado, bueno, ya generó en su momento, [...] que de repente los casos leves, o incluso sin patología psiquiátrica, ocupaba[n] mucho espacio. Ahora ya la hemos invertido [la tendencia], pero todavía sigue habiendo casos que [...] no le vemos patología. Pero es verdad que si tú recibes a cualquiera y le dejas que hable un rato, quiere seguir viniendo, es así; si se siente cómodo y tal, pues dice ‘mira qué bien!, tengo un sitio donde contar mis cosas’, [...] y claro, eso es muy difícil de tirar para atrás” (E1_1).

“Yo creo que ahora mismo se accede, posiblemente, en exceso a lo que es la salud mental. Quiero decir, a nivel de atención primaria, es verdad que existe una sobrecarga; yo creo que [...] esa sobrecarga se refleja también en nuestras consultas [en atención secundaria]” (E1_6).

Azkenik aipatu behar da, eskaera hau handitu egin daitekeela epe ertain eta luzean, batez ere aurretik aipatu den Osasun Mentaleko Sarearen diagnostiko txostean (2013b: 8) bildutako bi arrazoiengatik: “Adikzio modu berriak direla-eta (teknologia berrietara, sare sozialetara)” eta “arrisku faktoreak zabaltzea osasun mentalarentzat: bakardadea, pobretzea, bazterketa,...” Hirugarren faktore bat, haur eta gazteetan azken urtetan egin diren diagnostiko psikiatrikoen gorakada izan daiteke, dagoeneko gaur egun, baliabideen banaketa berraztertzer behartu duena:

“Es verdad que tenemos déficits de atención [...], quizá en infanto-juvenil, hasta 18 años [...] hace 20 años, [...] tener chavales de menos de 10, 11 años en consulta era raro; ahora mismo tenemos desde 2, desde 1, desde 3... [...] están viniendo más, y claro, como siempre pasa, cuando recibes más, también detectas más, y afortunadamente vamos detectando, afortunadamente dentro de lo malo, detectamos la patología grave mucho antes [...] tenemos una unidad para niños graves de 4 a 8 años” (E1_1).

Osasun Mentaleko Zentroyen funtzionamenduan antzeman diren gabezia batzuk gehiegizko lan kargarekin erlazioatuak daude, adibidez, ikuspuntu komunitarioarekin lotura handia duen **jarrera ekintzailea falta da**. Horren ondorioa da, besteak beste, **etxez etxeko bisitak asko gutxitu direla**. Honen inguruan, frogatu ahal izan da, zentroetara joateari uzten zioten gaixoen jarraipenik ez dutela egin eta programatutako azken zitatik sei hilabetera alta administratiboa eman zaiela, gaixoaren autonomiaren printzipioa erabiliz (41/2002 legea). Prozedura honen ondorioz arreta kendu izan zaio gaixotasuna eta honek eskatzen duen zaintza asumitzeko zailtasunak zituen biztanle multzo bati. Orokorrean, orain dela urte asko, **jarraipen eta laguntza lanak, baita etxez etxeko bisitak ere maizago egiten ziren**, baina gaur egun profesionalen agendatan **lehentasuna galdu dute** gaixo gehiago artatu eta administrazio lanak egin ahal izateko.

“Cuando yo empecé a trabajar, íbamos a los domicilios [...] y luego se perdió, probablemente, porque al principio teníamos más tiempo” (E1_1).

“A lo largo del tiempo se ha ido perdiendo un poco esa capacidad [...] de hacerlo [...] con más tranquilidad, porque tuvimos un tiempo [...] lo que hacíamos era un acompañamiento [...] al paciente. Entonces, ¿cómo era la historia? Muchos, pues llamábamos, pues había diferentes talleres prelaborales, talleres de no sé, y que iban, e incluso [...] no los llegábamos a soltar de la unidad de día [...] empezaban, yo qué sé, como si empezasen dos días en Gureak, y un día pues venían aquí un poco para ver nosotros [...] qué dificultades tienen, y había un seguimiento” (E1_6).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“Otra cosa es los que no llegan aquí, los que están en su casa, que eso, claro, nosotros no vamos a buscarlos, pues porque no podemos, evidentemente. Entonces, a veces pues te enteras de situaciones [...] por trabajadoras sociales; [...] si [...] puede [...] ser un caso [...] de los nuestros, entonces se trata un poco de que vengan” (E1_6).

Kontsulten igoeraren beste ondorio bat profesionalentzako garrantzitsuak diren beste jardueretarako **denboraren murrizketa** izan da, hala nola, **formakuntzarako eta talde hausnarketarako**:

“La mayor dificultad es que tenemos poco tiempo, [...] porque hay mucho paciente [...] es muy difícil programar espacios libres que sepas que no va a llamar ni Dios, o sea, que te puedes dedicar a otra cosa y a pensar, pues eso casi no existe y ese es un problema, el mayor problema que tiene el sistema” (E1_1).

Osasun Mentaleko Zentroek gainezka egitea **kontsulten iraupen eta maiztasunarekin ere lotu da**, nahiz eta honen inguruko iritziak polemikoak diren: senideek eskasak direla diote; eta zentroko profesionalak berriz gaixo bakoitzaren egoerara egokitzen direla diote, lanean duten presioarentzako arrazoizkoak direla diote eta arreta ahalik eta jarraiena izan dadin estrategiak aplikatzen dituztela uste dute:

“Depende en el momento que esté [el/la paciente], sobre todo, lo que necesite [...] no se puede generalizar, tenemos muchas dificultades también con carga [...] de trabajo, pero yo creo que al menos los profesionales hacen un esfuerzo” (E1_6).

“Si hay un paciente grave, se le ve, no se le da [cita] cada tres meses porque haya más carga de pacientes” (E1_6).

“Además, el abordaje es integral: no solo le ve una persona, normalmente tiene enfermería, tiene psicología, tiene psiquiatría. Quiero decir, que se le vea cada tres meses, y a lo mejor en dos meses no le vea nadie, yo creo que eso es raro, que a lo mejor entre medias tiene la cita con enfermería” (E1_6).

“Lo repartimos un poco para darles continuidad, eso intentamos” (E1_6).

Gaixoen artean berriz iritzi ezberdinak daude. Batzuek kontsulten iraupena eta maiztasuna egokiak direla uste dute eta beste batzuek nahikoa ez dela diote, Osasun Mentaleko Zentroak zitak maizago eta luzeagoak izan daitezela eskatuz. Zentzu honetan, profesionalen artean ezberdintasunak daudela dirudi eta pertsona batzuk aipatu dute jasotako arretaren inguruko asebetetze maila artatzen duen profesionalaren arabera dagoela.

“Ba ni oraintxe bertan lau edo bost hilabetero nioa medikuarengana (psikiatra), baina gaizki egon naizenean bi astero edo hilabete behin gutxienez. (...) Nik denbora aldetik ez daukat kezarik nire terapeutarekin, beti egoten da denbora dexente eta berak paziente bakoitzari dedikatzen dio bere lan esparrua” (E4_X)

“Bueno, yo voy cada dos meses a la psiquiatra y suelo ir y bueno, son diez minutos, te pregunta si estás bien y así y sino hasta después de dos o tres meses a mí ya no me ven más” (E4_X)

“Yo estuve viendo ese programa de “Uno de cada cinco” y allí hablaban de muchas cosas como, por ejemplo, el hecho de que, a veces, hay psicólogos que no te van bien. Entonces, por ejemplo, el hecho de que podamos elegir a nuestro psicólogo. O que, si hay uno que no te va bien, pues tú puedas pedir un cambio. (...) Porque, en ese sentido, yo he tenido psicólogos que me han ido muy bien y otros que no me han ayudado nada” (E4_X)

Nolanahi ere, arretaren intentsitateari buruzko kekez haratago, erabiltzaileek jasotzen duten arretaren eredian eta motan aldaketa eskatzen dute. Adibidez, botika gehiegi ematen dutela uste

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

dute, eta gainera, honek arreta psikologikoa gutxitzea dakarrela. Gai hau bereziki da polemikoa nahasmendu zehatz batzutan, hala nola, nahasmendu obsesibo-konpulsiboetan edo nahasmendu bipolarretan, non psikoterapia oso gomendagarria den. Bestalde, pertsona batzuk aipatu dute profesionalak erabiltzaileen aldartea edo bizi egoera zein den jakiteko ahalegin gutxi egiten dutela, kontuan hartuta gainera gaixotasuna duten pertsona batzuk botiken ondorioz kikildu egiten direla eta komunikazio arazoak dituztela. Azkenik, elkarriketatutako pertsona batzuk aipatu dute sendagilea aldatzeko zailtasunak daudela, batez ere taldetan dagoen figura profesional batzuen eskasiagatik. Hau da adibidez, psikologoen kasua.

“Ni joaten naiz psikologo pribatu batera, ze hasiera batean nire diagnostikoa eman zidatenean psikiatrak berak komentatu zidan nire diagnostikorako (antsietate trastorno bat) oso garrantzitsua zela psikologo bat edukitzea. (...) eta ni hasi nintzen Osakidetzako psikologoarekin baina, azkenean ezin duzuna da, gaizki baldin bazaude, zuk ezin dituzu itxoin bi hilabete kontsulta batetik bestera. Eta azkenean osasun mentalen psikologo bakarra dago bertara goazen guztiontzat eta ez dago beste aukerarik. Duzu txanda, duzunean eta azkenean normala da horren beste jende hartu behar baldin badu pertsona berdin batek.” (E4_X)

“Yo el apoyo psicológico individualizado lo he encontrado en Agifes y los grupos de apoyo para personas con trastorno bipolar, que es mi diagnóstico, también lo ofrece Agifes” (E4_X)

“Yo creo que tienen tendencia de recetar medicamentos con demasiada facilidad. Porque, no sé, a lo mejor una persona que tiene esquizofrenia, pues a lo mejor tiene que tomar medicación sí o sí. Pero una persona con ansiedad, que a la primera de cambio le receten ansiolíticos, sabiendo lo que enganchan, sabiendo que, después, en el momento en que los dejes vas a tener el doble de ansiedad, pues no sé” (E4_X)

“Pues yo creo que los/as psiquiatras que me han atendido deberían haber intentado estar más tiempo conmigo y preguntar más cosas, no sé, interesarse más” (E4_X)

Osasun Mentaleko Zentroen funtzionamenduaren inguruan dauden beste kexak ez dute zer ikusirik gaitzuekin, arreta ereduarekin baizik. **Gaixoen senideen parte hartzea** da horrelako gai bat. Zeregin garrantzitsua dute pertsonan zentratutako arreta ereduari, laguntza naturala baitira. Batzuk uste dute, Osasun Mentaleko Zentroek ez dituztela behar bezain beste kontuan hartzen senideak eta beraien ekarpena egiteko zailtasunak dituztela:

“Me parece bien, [y] esto no se da, [...] que se pueda trabajar no solo [...] [con el] individuo, al que atiende el psiquiatra, sino que hay un sistema familiar que está sufriendo esta situación, y que haya un espacio en que eso se pueda trabajar: para mí, sería lo ideal” (E1_5).

“Al familiar, lo que intentamos [es] el [...] ‘tú, vete [al centro de salud mental], aunque te hayas sentido a veces un poco mal tratado’. Es importante que llegue la información adonde tiene que llegar, y le[s] damos herramientas para que también sepan cómo dirigirse [al centro de salud mental]. Y ahí siempre me coordino con la trabajadora social, ‘oye, que sepas que [...] la familia está en esta situación’, porque hay muchas veces que igual la información no llega a la trabajadora social, porque igual desde la misma recepción le han dicho ‘no puedo darte cita’, porque, bueno, sus protocolos y sus historias” (E2_2).

“Sí que es verdad que la atención a la familia no se registra, no tenemos registros como tal[es], [...] incluso luego, en el seguimiento de los pacientes, [...] la mayoría de las entrevistas o de las consultas son entrevistas familiares, [...] lo que pasa es que no constan como tal[es], quiero decir, consta seguimiento individual” (E1_6).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Baina puntu honetan, jarrera nagusia kontuz ibiltzekoa eta kasuz kasu aztertzekoa da: senide guztiek ezin dute edo ez dute parte hartu nahi, beraien parte hartzea kaltegarria izango delakoan:

“Las familias a veces ayudan, pero otras veces entorpecen también mucho el acceso, pues porque ellos, para empezar, niegan toda la enfermedad” (E1_6).

“Hay familias con muchísima tolerancia, tan[ta] que no distinguen que hay enfermos mentales; y otros, por el contrario, no lo soportan nada y vienen antes de que el propio paciente se dé cuenta de que tiene que pedir ayuda” (E1_6).

“Las familias muchas veces hacen toda su orientación a los hijos desde lo que ellos entienden que sería bueno para sus hijos, [...], pero ahí muchas veces no está implicado el deseo de la persona, entonces hacen proyectos que son ajenos a esa persona” (E1_6).

Osasun mentaleko Zentroetan jartzen diren tratamenduen inguruan ere kritikak jaso dira. Pertsona batzuk **psikoterapia gutxi erabiltzen dela uste dute eta nahiko irizpide aldakorrekin**. Politika honen aurrean, gaian zer esana duten pertsonen diote psikoterapia botiken tratamendu osagarri bezala erabiltzen dela, pentsatzen baitute bien erabilera egokiagoa dela dagoeneko egonkortuta dagoen eta bizi proiektua berreskuratu nahi duen pertsona baten profilarekin.

“Respecto a la atención, yo creo que para las personas que tenemos un trastorno mental grave y para los momentos de crisis, que es cuando más necesitas el apoyo, yo creo sinceramente que la atención que hay, se queda corta, porque hay muy pocas derivaciones al psicólogo, porque, al final, es el psiquiatra el que valora y el que considera si tú estás en ese momento en condiciones para recibir un apoyo psicológico. Cuando hay otros países en los que ese apoyo psicológico es el eje central del tratamiento y donde, sólo cuando ese recurso es insuficiente, se activa el tratamiento farmacológico. Aquí, sin embargo, hay mucha presencia de la farmacología y poco apoyo psicológico” (E4_X)

“En teoría el acceso al psicólogo sí que está en la cartera de servicios de Osakidetza, pero para mí, su presencia es testimonial y, por ejemplo, la presencia de los grupos de apoyo y ayuda mutua es inexistente. Entonces, para mí, hay carencias importantes en el modelo de Osakidetza, que yo creo que sirve para problemas de andar por casa, pero que cuando tú tienes un problema serio y necesitas psicoterapia, pues yo, por ejemplo, tuve que recurrir a la privada” (E4_X)

Psikoterapia osasun publikoan gutxi erabiltzearen atzean, Osasun Mentaleko Zentroetako taldeen konfigurazioarekin dagoela lotuta dirudi. Talde horiek disziplina artekoak diren arren¹⁸, psikiatrak dira gehienak eta diagnostikoan eta tratamenduan funtsezkoak eta arduradunak dira. Gainera, ikusi ahal izan da tratamendu ez farmakologikoak oraindik polemikoak direla komunitate psikiatrikoan eta, horren ondorioz, psikiatra asko psikoterapia osasun zentroan erabiltzearen edo beste zentroetako psikoterapeutekin koordinatzearen aurka daudela.

“Yo el apoyo psicológico individualizado lo he encontrado en Agifes y los grupos de apoyo para personas con trastorno bipolar, que es mi diagnostico, también lo ofrece Agifes.” (E4_X)

¹⁸ 2011an, Osasun Mentaleko Zentroetako langilerian “32 psikiatra, 14 psikologo kliniko, 25 erizain, 11 gizarte langile eta 14 idazkari zeuden” (Red de salud mental de gipuzkoa, 2013). Gutxi gorabeherako eta estandarizatutako kopuruak 35 orduko lan astea erreferentzia hartuta.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“Creo que hay una visión completamente biologicista de los problemas de salud mental, al final, se reduce la cuestión a un déficit de neurotransmisores, un problema hereditario. Y se supone que tú estás mal por eso. Pero claro, en el momento en que a mí me aparecen los primeros síntomas de la enfermedad, yo tenía una serie de condicionantes ambientales, una situación laboral muy exigente y estresante y una situación personal afectiva conflictiva en ese momento. Y, en mi caso, esos han sido factores determinantes para que yo me descompensara y tuviera la primera crisis. (...) Es verdad que a mí me diagnosticaron en el año 2000 y creo que, actualmente, esta visión biologicista tal vez no es tan acusada.” (E4_X)

“Nik eta beste batek, naiz eta gaixotasun berdina eduki, bakoitzak du bere sintomatologia, ezta?. Orduan, garrantzitsuena da zuk sintoma horiek identifikatu eta kudeatzen jakitea. (...) Eta zentzu horretan nik uste dut CSM-an psikiatrek oso erraz jokatzen dutela medikazioarekin eta guk behar dugula beste nolabaiteko arreta dela, beste gauza batzuk landu behar ditugula gaixotasunaren inguruan.” (E4_X)

“Nik adibidez, oraindik ez daukat diagnostiko finkorik (eta 9 urte daramakit gaixotasunarekin). Zeren, adibidez, egoten naiz psikiatra batekin eta esaten dit gauza bat eta gero aldatzen dut psikiatraz eta beste gauza bat esaten dit, ezta?. Eta orduan nik pentsatzen dut, joe, ba zuek ez baldin badakizue, zaretela jakin behar duzutenok, nik...are gutxiago!. Eta batzuetan pentsatu izan dut, gutxienez ez esan ezer ez baldin ba zaudete ziur, ze ni bestela... me vuelvo un poco loco!. Beraz, ez esatea ezer seguru ez egon arte. Baina azkenean, honetan, ez dago zientziarik ez?. Oso eremu zabala da eta ez dago batere argi.” (E4_X)

Ikuspuntu orokorrago batetik, elkarrizketatu diren pertsona batzuk uste dute osasun sistemak eusteari lehenatasuna ematen diotela gaixoak sendatzeari baino:

“Cada dos o tres meses, quince minutos con el psiquiatra; y cada dos o tres meses, otros quince minutos con [...] el psicólogo. ¿[A] uno y [a] otro qué es lo que le[s] dice? Lo que quieren oír. ¿Por qué? Porque él dice: ‘[...] si le digo que estoy mal, igual me ingresa’. Y en quince minutos, no hay espacio para valorar la realidad, [...] lo único que hay es un control de la medicación” (E3_1).

“Zitak gaixo psikikoekin dira bi hilabetean behin ailegatzen badira psikiatrararekin [...] hamabost minutu, eta bueno, segun, ordu batean [...] gertatzen da horrekin ez da aski eta dena kontzentraturia dago botikaren asuntorekin. Botikak oso fuertek dira eta botikan dira jendea kontenitzeko, jendea ez bere onetik atera[tzeko], biolentziaren kontra, eta geratzen da jendea apal-apala. Antipsikotikoak dira medikazio oso-oso txarra beraientzat eta ez daukate beste posibilitaterik, ba beste terapiak edo lana, edo beste asuntuetik konpentsatu, dena fidatzen da botikak, eta botikak, eta botikak, eta orduan botikak diagnostikoekin gabe, hasten dira botikekin, funtzionatzen badira botika ho[r]jiek horrekin jarraitzen dute urteak eta urteak eta urteak. Ez badira funtzionatzen, egoten dira frogak egiten, eta froga horietan batzuetan pasa eta beste batzuetan ez da ailegatzen, baina mina egiten dute, hori bat efektu sekundario oso izugarriak izaten dira” (E3_1).

Arretan gabeziak daudela jakinik, **Osakidetzak azken urtetan osasun mentaleko eguneko arretan kalitatea hobetzeko neurriak jarri ditu martxan**. Ekintza nagusien helburua terapia uztea ekiditea, ikuspuntu komunitarioa indartzea, indibidualizazio eta arretaren jarraipena ziurtatzea eta arreta goiztiarra eta prebentzioa lantzea dira.

Hemen aipatu direnen artean, **terapia uztea ekiditeko jarraipenaren indartzea nabarmendu behar da**. Bereziki horretarako prestatutako programa informatiko bati esker, Osasun Mentaleko Zentroek azken sei hilabetetan kontsultara joan ez diren eta kontsultarik programatuta ez duten pertsonen zerrenda jasotzen dute astelehenero. Alta administratiboa eman ordez, orain arte egiten zen bezala,

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

protokolo bat aktibatzen da, esku hartzea errebisatuz eta pertsona horri buruzko informazioa biltzen saiatuz. Zuzenean deitzen zaio edo oinarrizko gizarte zerbitzuen bidez informazioa biltzen da. Pertsonarekin hitz egitea lortzen bada eta hala badagokio, zita berria ematen zaio. Ezin bada gaixoarekin hitz egin edo arazoren bat ikusten bada, bere etxera joatea edo behartutako ospitaleratze bat agintzea aztertzen da. Estrategia honekin tratamenduen uzte tasa %3,3ra jaitsi da, orain dela urte baino %15 gutxiago.

Ikuspuntu komunitarioa indartzeko, **etxez etxeko bisita gehiago egitea ere lortu nahi da**, ez daitezen larrialdiko egoeratarako baliabidea bakarrik izan eta eguneroko tratamenduan erabiltzeko. Horrekin senideengana hurbiltzea eta familia sistemak eta gaixoak nola funtzionatzen duten ezagutzea ahabideratuko luke:

“Todo el mundo nos comportamos diferente cuando vamos a una consulta [...], pero si tú le ves en su medio y ves cómo está configurado el domicilio, tiene bastante valor. [...] intentar ir más a los domicilios, [...] por lo menos una visita o dos al año, para ver cómo funcionan... y eso también te da una cercanía mayor a la familia” (E1_1).

Etxez etxeko bisiten programa hau ez dago erabat zehaztua oraindik. Momentuz, kasu larrienak bisitatzen hasi dira eta Agifeseekin talde mixtoak osatzea aztertzen ari dira, horrek dituen abantaila eta desabantailak ikusiaz:

“Hay algunos acuerdos con Agifes para intentar ver cómo canalizamos [estas visitas]; no es una cosa fácil, porque eso sí que es invadir, ¿eh? Es entrar en el espacio del paciente, que muchas veces no quieren que vayas, el paciente o, a veces, no quiere la familia, o a veces, no quiere nadie, y entonces eso es ya un manejo donde las asociaciones sí tienen que jugar, yo creo, un papel potente, porque ellos, bueno, están considerados de otra forma, ¿no?, por los pacientes y los familiares. Luego al final, somos el demonio, somos los que les ingresamos, los que les ponemos medicación, los que no sé qué, tal, y ellos son bueno, la cara más amable, ¿no?, los que ayudan, los que tal” (E1_1).

“Esto es muy complicado, muy complicado: nuestros psicólogos son psicólogos clínicos, los de Agifes no son psicólogos clínicos, son psicólogos; allí no hay psiquiatras, nosotros somos psiquiatras; enfermería es solo nuestra. Antes de armar un lío, que podríamos armarlo perfectamente, vamos a ver cómo lo podemos hacer[lo de un modo] un poco ordenado” (E1_1).

Arreta indibidualizatuagoa eta integralagoa emateko helburuarekin, eta bide batez norberaren zaintza bultzatzeko, **erizaintza plan pertsonalizatuak** egin eta aplikatzen ari dira¹⁹. Plan horien testuinguruan, erizainek honakoa egiten dute:

- Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen botikak kudeatzen eta gaixotasunaren kontzientzia hartzen lagundu.
- Osasun fisikoaren jarraipena egin, adierazle zehatzak aztertuz, gaixotasunak eta botiken albo ondorioak kontrolatu eta ekiditeko. Neurri honekin gaixo hauek lehen mailako osasun zerbitzuetara joateko duten joera orekatu nahi da.
- Bizitza osasungarriagoa izateko jarraibideak eman.

¹⁹ Xehetasun gehiago nahi izanez gero, Arabako Ospitale Psikiatrikoko gida kontsultatu daiteke (Osakidetza, 2012).

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Hain ikusgarria ez den arren, **historia kliniko elektronikoaren (Osabide Global) erreforma** ere funtsezkoa da arreta indibidualizatua eta jarraia emateko, lehen aipatu den zaintza pertsonalizatuaren plana (software Osanaia²⁰) eta gaixoaren indarguneak, beharrak eta nahiak jasotzeko²¹. Osakidetzako profesional guztien eskura datu guzti hauek jartzearekin, gaixoari arreta egokituagoa eta integralagoa emango zaio.

Epe motz eta ertainean aurreikusten diren hobekuntzen artean dago **lehenengo pasarte psikotikoen arretarako unitatea** da – Gipuzkoan orain arte existitzen ez den arreta goiztiarreko baliabidea- eta **suizidioa ekiditeko Euskadi osorako plana** martxan jartzea.

Ekimen guzti hauek ondo bideratuta daudela dirudi, dudarik gabe, eta ziurrenik gaixotasun larriak dituzten pertsonen eguneko osasun arretan dauden hutsuneak zuzentzen lagunduko dute. Hala ere, **neurri batek ere ez dirudi, adierazi den gabezia handiena konpontzera zuzendua dagoenik: osasun mentaleko zentroen gainkarga**. Badirudi, arazo honen konponbidea baliabideak handitzea dela, gaur egun oso zaila ikusten dena. Plazak handitzea – Legebiltzarraren esku dagoena- ez da epe motzean iritsiko denik ikusten, eta baliabideak birmoldatzea berriz ez da erraza. Egia den arren Gipuzkoako ospitale psikiatrikoetan oheak soberan daudela eta behar larrienei aurre egitera berbideratu daitezkeela, osasun mentaleko zentroen saturazioari adibidez, Gipuzkoako osasun publikoak ezin ditu baliabide horiek behar den malgutasunarekin kudeatu, ez baitira bere eskumeneko zentroak, hitzartuak baizik. Plaza hauen erabilera aldatzea erreforma soziosanitario baten ikuspuntutik bakarrik egin ahalko litzateke eta horrek zailtasun tekniko eta politiko izugarriak ditu. Zailtasun ekonomiko horri gehitu behar zaio, beharrezkoa den prestakuntza duten profesionalen eskasia:

“No hay psiquiatras en el mercado [...]. No hay psicólogos clínicos en el mercado, y además, hay menos todavía que tengan el PL2 de euskera, con lo cual ahora mismo tenemos paralizadas sustituciones, no por falta de dinero, ¿eh?” (E1_1).

Bestalde, ahalegin berezi bat egin behar da tratamenduari adherentzia baxua duten gaixoen arretan, batez ere gizarte bazterketa egoeran baldin badaude. Tratamendu asertibo komunitarioa eta lantalde ibiltariak osasun arreta ekintzaileago bat lortzeko esfortzuan elementu osagarriak izan daitezke.

4.2.5 Familia erlazioen eta gizarte parte hartzearen esparrua

Ingurunearen eragina ezinbestekoa da gaixotasun mentalak dituzten pertsonen bilakaeran, eta testuinguru honetan, familiak sendatzean eduki dezakeen papera bezain garrantzitsua da, komunitateak izan dezakeena, bereziki Oarsoaldeak dituen herrien tamaina txiki kontuan hartuz.

Familiari dagokionean, instituzio honek eta osatzen duten pertsonak gaixotasun psikikoa duten pertsonen ongizatean eta zaintzan ezinbestekoak dira. Batetik, oinarrizko beharrak eta mantenua asetzen dituzte eta bestetik pertsona hauek behar dituzten zaintza osagarrien arduradun ere badira. Ondorioz, gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan hauen ikuspuntua kontuan hartzea ere beharrezkoa da.

2014an, Europako Gaixotasun Mentala duten Pertsonen Elkarleen Federazioak (EUFAMI) inkesta bat egin zuen Europa mailan gaixotasun mentala duten pertsonen zaintzaileen egoera ezagutzeko. Aztertutako esparru ezberdinen artean zeuden, zaindutako pertsonen eragindako karga, ongizate

²⁰ Informazio gehiago: <<https://www.youtube.com/watch?v=IXFE6ycc13A>>.

²¹ Lehen, datu hauek profesionalen erregistro partikularretan bakarrik zeuden.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

maila, profesionalen arretarekin asebetetze maila eta laguntza osagarriaren beharra. Espainiako datuei dagokionean, zaintzaileek diote ongizate emozional maila egokia dutela, ez dutela arriskuan ikusten zaintzen duten pertsonaren arriskua eta lanean ematen dieten babesarekin gustura daudela. Gainera adierazten dute zaintza lanak egiteko beharrezko informazioa dutela eta behar izanez gero laguntza eskatzeko norbait badutela. Hala ere, zaintzen duten pertsonaren egoera ekonomikoarekin kezkatuta daude, baita zaintzailearen eta gaixotasuna duen pertsonaren artean sortzen den dependentziarekin ere. Horrek etorkizuneko planifikazioa zailtzen du. Hala ere, aipatu behar da zaintzaile bakoitzaren egoera aldatu egiten dela zaintzen duen pertsonarekin duen erlazioaren arabera eta zaindutako pertsonaren gaixotasun mentalaren fasearen arabera.

“Bueno ahí lo que se trata más que nada es tener un punto de protección en caso de que los padres, por ejemplo, no podamos atenderles, bueno si faltamos nosotros, que ellos tengan una salida, una remuneración, algo que ellos mediante un seguimiento se puedan mantener sus necesidades y sus cosas, porque nosotros sabemos que ahí no estamos, estamos de paso y es la cosa que teníamos nosotros y ¿quién sabe? La edad va para adelante y ¿qué va a ser de mi niña?” (GD_1)

Cure testuinguruari dagokionean, gaixotasun mentala duten pertsonen eta senideen laguntzarako elkarte ugari daude, besteak beste, Buru Osasun Arazoa duten Pertsonen eta Senideen Gipuzkoako Elkarte (Agifes), lurralde osoan lan egiten duena eta Arraztalo eta Aldura, Oarsoaldean lan egiten dutenak. Elkarte hauek duten jardura zein den jakiteko, Agifesen 2016 urteko memoria irakurtzea nahikoa da. Bertan esaten denez, informazio eta orientazio eskaerak %29 dira, gai zehatzetan laguntza eskaerak %25 eta gaixotasuna duten senideen zaintza kudeatzeko erreminten eta komunikazioaren hobekuntzarako jarraibideen eskaerak %12. Datu hauek adierazten dute zein paper garrantzitsua jokatzeko duten senideek gaixotasun psikikoa duten pertsonen zaintzan eta arretan. Hala ere oraindik polemika dago diagnostiko honetan parte hartu duten pertsonen eta erakundearen artean, senideek gaixotasuna duten pertsonen arretan eta zerbitzuetan zein paper izan behar duten zehazterako garaian. Jarraian, gaixotasun mentala duten pertsonen senideek eta zaintzaileek euren eskura dituzten gizarte eta osasun arreta zerbitzuak aipatzen dira eta horien egoera zein den aipatzen da.

Lehenik eta behin, gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen senideek biztanleria orokorrari zuzendutako oinarrizko gizarte zerbitzuak erabil ditzakete, hau da, **Informazio, balorazio, diagnostiko eta orientazio zerbitzua (1.1)** eta **Zaintzaileen laguntzarako zerbitzua (1.4)**. Azken baliabide hau “bazterkeria arriskuan edo dependentzia egoeran dauden pertsonen zaintzaileei” zuzendua dago. Zaintzaileek eskatu dezakete beti ere zaintzen duten pertsonak dependentzia graduren bat onartua baldin badu. Praktikan, ordea, zerbitzua adineko pertsonen arretara bideratu da eta orain arte ez da plantatu bazterkeria arriskuan edo dependentzia egoeran dauden beste kolektiboetara zabaltzea, hala nola, gaixotasun psikikoa duten pertsonen kolektibora. Honek berriz aukera interesgarria dela dirudi, Oarsoaldeko herrien tamaina txikia kontuan hartuz. Gainera, horrelako zerbitzu mota batek senideen arteko laguntza sareak bultzatu eta gaixotasun psikikoaren inguruko problematikari ikusgarritasuna eman diezaiokie, aurrerago ikusiko den bezala, gaur egun lehentasunezkoa dela uste baita.

“Normalmente nosotros también hacemos como dos talleres, que es un poco, que iría enfocado a eso, a lo que igual conocemos más en tercera edad, ¿no? Que se ofrece pues esos talleres de cuidar al cuidador y todo eso lo adaptamos a nuestro colectivo, entonces solemos hacer al año dos talleres normalmente, que se hacen aquí, pues por ejemplo , sobre todo de personas familiares que han venido por primera vez a la asociación que les vemos muy verdes, ¿no? que necesitan un chute de un montón información y les derivamos a ese tipo de talleres.” (E2_2)

Hirugarren sektoreko erakundeek informazio eta orientazio zerbitzuak ere badituzte. Agifesen harrerako programara, batez ere, euren gaixotasun psikikoa duten seme-alabak laguntzearekin kezkatuta dauden gurasoak hurbiltzen dira:

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“Tenemos a muchas familias que igual llevan años viviendo una situación pues muy desagradable, o sea, que no saben cómo intervenir, cómo ayudar a su hijo [...] no han conseguido acercarle al centro de salud mental, o lo han intentado hasta con el médico de cabecera, pero la persona se niega [...] una labor también importante en la asociación es el trabajar con la familia para que ellos sepan sobre todo cómo actuar y cómo ir dando pasos para acercar [...] al afectado [...] a los servicios sociosanitarios” (E2_2).

Hala ere, deigarria da ikustea zerbitzu hauetara erabiltzaileak ahoz aho ematen den informazioari edo interneten egindako bilaketei esker joaten direla, kasuen gutxiengoa izanik psikiatraren edo Osasun Mentaleko Zentroko gizarte langilearen gomendioz joaten direnak. Zentzu honetan, argi dago zerbitzuen arteko harremanak estutzeko beharra dagoela, nahiz eta erlazioan zailtasunak egon, gaixotasun psikikoa duten pertsonen eta senideen laguntzarako elkarteak baitira osasun sistemari planteatzen zaizkion eskaera askoren jatorria.

“A ver, conocen, conocen todos nuestros servicios, pero sí que es cierto, algunos derivan, pero nos sigue sorprendiendo las personas que igual su hijo lleva diez años yendo a un centro sanitario y dicen pues nunca me habían hablado de vosotros, porque os he visto en la charla ésta o porque mi hija se ha metido en internet. Sí, sigue pasando, sobre todo cuando hacemos la memoria anual, el porcentaje mayoritario, yo creo que este año llegaba a un sesenta y pocos por ciento, de cómo nos han conocido, es a través del boca a boca, pero no porque, a través de un profesional, sino, mi vecino... no sé qué me ha dicho, el otro porcentaje que le sigue es los medios de comunicación e internet, o sea que le haya dicho la trabajadora social, o centro de salud mental o psiquiatra o tal, sigue siendo mínimo.” (E2_2)

Beharren arabera, gurasoak harrera programetatik **senideentzako eta zaintzaileentzako zerbitzu berezietara bideratzen dira**. Agifesen kasuan, elkarte honek zerbitzu hauek ditu (Agifes, 2018): aholkularitza juridikoaren zerbitzua, formazio tailerrak, laguntza taldeak eta arreta psikosozial indibidualako programa. Aholkularitza juridikoaren zerbitzua, Eusko Jaurlaritzaren Enplegu eta Gizarte Politikako sailak diruz laguntzen du, laguntza taldeak eta arreta psikosozial indibidualako programa berriz Aldundiko Gizarte Politikako sailak.

“Desde la asociación nos parece fundamental el seguir ofreciendo (los grupos de apoyo mutuo) y sí que nos hemos intentado acercar muchas veces a las comarcas por no centralizarlo todo en Donosti y tenemos en Irún también, tenemos un grupo, en Azpeitia, en Éibar, y en Bergara, y bueno, yo creo que es importante el mantener todo eso y que luego pues los familiares vienen pues la verdad que muy agradecidos de poder tener ellos un espacio de desahogo, de poner en común, pero sobre todo que sea un aprendizaje para ellos, ¿no?”. (E2_2)

“(Loas grupos de apoyo mutuo) serían un poco como esa escuela de familias [...] los familiares vienen [...] muy agradecidos de poder tener ellos un espacio de desahogo, de poner en común, pero sobre todo, que sea un aprendizaje para ellos” (E2_2).

Gainera, aholkularitza juridiko zehatzagoa nahi badute, familiak Euskadiko gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen eta senideen elkarteen federazioaren (Fedefes) **Aholkularitza juridikoaren zerbitzura** jotzen dute²². Zerbitzu honek, zeina gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonei, senideei eta sektoreko profesionalei zuzendua dagoen, esparru zibileko zalantzak (inkapazitazioak eta

²² <<https://agifes.org/es/servicios/asesoria-juridica/>>.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

tutelak, ospitaleratze beharturak, ondasunen kudeaketa), esparru soziolaboraleko zalantzak (desgaitasunak, dependentziak, lan inkapazitazioak, pentsioak, laguntzak, lan eskubideak) eta esparru penalekoak (delituak eta faltak, atenuanteak, segurtasun neurriak eta zigorrak betetzeko alternatibak) erantzuten ditu.

Azkenik, aipatu behar da Osakidetzak orain dela urte batzuk gizarte hezkuntzako programa bat jarri zuela martxan, Educa programa, hain zuzen ere. Dementia zuten pertsonen zaintzaileei zuzendutako laguntza taldeetan oinarrituz, gaixotasun psikikoak zituzten pertsonen zaintzaileentzat egokitu eta onetsi zen. Eraitza onak izan arren, programa bertan behera geratu zen izen emate gutxi zeudelako. Jarduerak lan orduetan egiten ziren eta interesdunek askotan ezin zuten joan.

“¿No será esa igual una alternativa para esas personas? Un espacio donde puedan ir, dentro de la sociedad en vez de ubicarlos a todos en un sitio, buscar espacios donde una persona x, con una enfermedad mental x, tiene en la ciudad un espacio donde le admite, un bar, o una pastelería o lo que sea, que le admite, y va a estar ahí y de ahí busca ella sus salidas de esparcimiento, pero allí sabe que tiene su espacio que le van a respetar y que le van a considerar, al menos, personalmente yo creo que, si se cuenta con ese apoyo informal la persona no necesita ir a otro centro.” (E3_1).

Nolanahi ere, senideei eta familiei zuzendutako zerbitzuez haratago, senideek eskatzen dutena da gaixoen errehabilitazio prozesuan parte hartze handiagoa. Eta, puntu honetan da hain zuzen ere, senideen diskurtsoa, eta profesionalena gehien urruntzen den lekua. Batetik, gaixotasun psikikoa duten pertsonak artatzen dituzten zerbitzuetatik gogorarazten dute, gaixoak ez badu nahi familia errehabilitazio prozesuan egotea, bere borondatea errespetatu behar dela. Bestetik, profesionalak ere adierazten dute maiz gatazka eta erlazio gaiztotuak daudela familian eta horrek gaixotasunaren aurrean jarrera eta posizio ezberdinak edukitzera eramaten duela familiako kide bakoitza. Azken finean, esan nahi dena da ez dagoela irtenbide bakarra eta familiak eta gertuko pertsonen tratamenduan eta errehabilitazioan jokatu behar duten papera kasu bakoitzean aztertu behar dela.

“Siempre me coordino con la trabajadora social, oye, que sepas que ha venido este caso, la familia está en esta situación, porque hay muchas veces que igual la información no llega a la trabajadora social, porque igual desde la misma recepción le han dicho, no puedo darte cita porque, bueno, sus protocolos y sus historias, entonces yo a veces también hago un poco ese enlace de que sepas que ha visto este familiar, que está pasando esto, y bueno, pues nos parece fundamental que el centro de salud mental esté informado.” (E2_2)

“La otra realidad que me he encontrado es solicitar estar con la psiquiatra y que la psiquiatra me diga, si estoy contigo no voy a estar con el chaval, va a tener menos tiempo, bueno eso es otra liada, ¿y que otra vía me he encontrado? Pues que le han cambiado de medicación sin consultarlo conmigo, cuando no sé, yo creo que, si hay que cambiar la medicación pues la valoración de la familia que es la que está las 24 horas del día con él, tiene mucha información para no sé luego que contexto, como lo vas a contextualizar, pero como mínimo, pues si vas a cambiar dar el parte a la familia y decir, bueno he tomado esto, que os parece, pues igual no tenemos criterio y le diríamos, pues vale.” (E3_1)

Arrazoi hauen aurrean, senideen elkarteetatik aipatzen da, egia den arren horrelako egoerak badaudela, ezin dela ahaztu osasun mentaleko zentroetako arreta eredia esku hartze psikiatriko indibidual batean oinarritua dagoela. Honek ez du gaixotasun psikikoei aurre egiteko behar den perspektiba sistematikoa sustatzen. Ezin da gauza berdina esan beste baliabide batzuetan, non senideak laguntza sarean duen papera askoz ere egituratuago dagoen. Hau da eguneko zentroen eta etxebizitza baliabideen kasua, adibidez. Honen inguruan, pertsona ugari aipatu dute osasun mentaleko zentroetan senideek duten rola argitu beharko litzatekela, batez ere gaur egun eskatu ahala erantzuten zaiolako eskaera bakoitzari, momentuko profesionaleran eta zerbitzuaren

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

borondatearen arabera. Hau horrela, eskaintzen zaien esku hartzea ikuspuntu sistematikoago batetik gauzatu behar dela uste da, senideekin elkarlan estuagoa eta koordinatuagoa sustatuz, beti ere gaixoen borondatea errespetatuz eta errehabilitazio prozesuan horien parte hartzea nahi badute.

“Zerbitzuak familiarekin, hori beti izaten dute (koordinazioa), bueno beti, lehenengo pertsonak nahi ezker, inkapazitatua baldin badago ba orduan bai, baina ez badaude inkapazitatua lehenengo gauza da, berak nahi duen ala ez. Eta hor pixka bat koordinazioa edo inplikazioa da bai familiaren arabera nahi duen arabera, nahi ezker bai, edozein gauza informatzeko, erabakiak hartzeko, etxera, adibidez etxera aste bukaeretan joaten badira edo antolatzeko noiz bai, noiz ez, batzuetan ez da egokia etxera bueltatzea, orduan koordinazio lan guzti hori dago pertsonaren plangintzaren barruan, erabakitzen da ze plana, planteatzen da zer egin eta plangintza horren barruan erabakitzen da familiak ze pisua izango duen ala ez. (E1_2)

“Algunas familias quisieran participar más y no les dejamos, otras quisieran menos y les obligamos y luego, con otras, pues más o menos nos ponemos de acuerdo, no hay más remedio, porque, al final, el control de medicación y la información sobre la realidad que viven en casa, pues eso nos tiene que venir de la familia. Que es verdad que eso también tiene un riesgo, eh, que es la manipulación de la familia de situaciones, eso también hay que tenerlo en cuenta.” (E1_1)

“Esa necesidad, ese empoderamiento de la familia, es tan importante para llevar como es debido la situación... no es un tema de médico, quiero decir. Entonces, yo creo que hay grupos pero creo que habría que proporcionar mucha mayor programación al entorno familiar, y muchas veces se plantea como si quieres, no, no, no, aparece por cojones, quiero decir, los padres, los familiares apareced, porque hay un aprendizaje que eso es con el tiempo, pero claro, igual vas a donde el psiquiatra a decirle, está jodido, pero si sabes manejar un poco el tema y le vas a hacer menos daño al chaval porque tú posicionamiento hace que el psiquiatra, que no tiene otro recurso, le va a dar más pastillas, y eso no baja, eso no baja.” (E3_1)

Senideek gaixotasun psikikoa duten pertsonen ongizatean duten papera ezinbestekoa dela onartuta, era berean komunitateak duen integrazio ahalmena ere ezin da ahaztu. Komunitateak parte hartze eta gizarte integrazioarako espazioak artikulatzeko balio behar du. Zentzu honetan, diagnostiko honek erakusten du gaur egungo testuinguruan muga ugari daudela. Batetik, oraindik gaixotasun mentalaren inguruko aurreiritzi eta estigma handia dago. Honekin batera, biztanleriaren gehiengoak ez du arazoa ezagutzen eta gainera senideek ezkutatu egiten dute gizarte bazterketaren beldurrez.

“Es que de afuera también dicen, gente por fuera... en mi caso alguna vez han dicho es que va sí como... como si iría drogado, ¿Tú crees que yo a esas personas les tengo que explicar lo que le pasa a mi hijo? Cuando ya están emitiendo un juicio sin saber y están comentándolo entre muchos. (...)¿A ti te consta que mi hijo se droga?...a mi hijo le han hecho de todo, y mi hijo no se droga, no se mete en nada y tú metete en tu casa y no en la mía por favor te pido que ignores de lo que no sabes.” (GD_1)

“Entonces ahí igual se ha tenido que reservar una sala para jugar a lo que sea, o se ha pedido permiso para utilizar las instalaciones porque vamos un grupo tal y saben ¿no?, que van personas con un problema de salud mental y de hecho ellos nos exigen, que ahí tenemos nuestras discrepancias que tienen que ir acompañado de un monitor, cuando nosotros queremos que sea algo que vayan por su cuenta, pero no nos dejan.” (E2_2)

“Antes estaba mucho con mis amigos por las tardes. Hacía zumba también. Y ahora estoy en un grupo de mujeres feministas y ahí me paso la tarde estando con un montón de mujeres y con mi madre también. Y ahí estoy, apoyándoles, vendiendo cosas, para

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

que el local pueda llevarse adelante. Y también voy a clases de euskera allí los viernes.”
(E4_X)

Zentzu honetan, sentsibilizazio kanpainetan eta problematika ikusarazteko estrategietan sakondu behar dela uste da orokorrean. Baina, gaixotasun mentala duten pertsonen gizarteak berak komunitatean integratzeko jartzen dien oztopoez gain, erlazio sozialak eta pertsonalak hasi eta mantentzeko gaitasuna da gaixotasuna aurrera doan ahala gehien galtzen den gaitasuna. Gainera, bilakaera oker honi aurre egitea oso zaila izaten da kasu askotan. Azkenik, batzutan gaixotasuna gatazken bitartez ikusarazten da, eta horrek ikusgarritasun faltaz gain, bizi den komunitatearen gaitzespena dakar.

“Por una parte (las personas con trastorno mental grave) son invisibles, y cuando son visibles son excesivamente visibles, y eso les dificulta a ellos para la convivencia en la comunidad, o porque hay una invisibilidad, una soledad llevada al extremo, o una visibilidad con un malestar que es completo y eso hace que la comunidad, con todo lo que tu decías antes... pues, por ejemplo, el ocio, se quedan sin redes. Nos encontramos en el ámbito cultural con gente que ha podido leer y que les encantaba y ahorra están total y absolutamente ninguneados, no tienen una posibilidad de acceso, etcétera, son de otra apertura, o sea, hay que hacer recursos diferentes o no sé, pero hay que intervenir también ahí.” (E1_5).

“La psicosis evoluciona hacia el deterioro, cognitivo y relacional y nosotros intentamos frenar eso, frenar eso, y luego según como se establezca la cosa, ver que hacer, ver qué alternativas hay. Porque muchos no quieren venir, muchos están en sus casas, la inmensa mayoría, probablemente, de los psicóticos, lo pasarán en su casa, o paseando. Los vemos en la calle, paseando, pero no están en la mesa de comer, no están en la escuela, no están en el trabajo, no están en la amistad, no tienen novia, o sea, están al margen de la organización, de lo discursivo, del lazo social ordenado. (E1_6).

Nolanahi ere, faktore guzti hauek argi uzten dute pertsona hauen integrazioa eta parte hartzea ez dela bat-batean gertatuko den zerbait izango. Lurraldeko eragile sozial, politiko eta ekonomikoen eta komunitatearen arteko ahalegin koordinatua eta jarraia beharko da. Pertsona batzuk adierazi dute gaixotasun psikikoa duten pertsonen gizarte integrazioak ohituraz erabiltzen dena baino perspektiba zabalagoa eskatzen duela eta tokian tokiko ikuspuntu integral batetik landu beharko litzatekela. Oarsoaldeako herri ezberdinetako gaixotasun mentala duten pertsonen bizi baldintzen ezagutzan oinarritutako diagnostiko eta proposamenetatik abiatuta, hauen egoera hobetzeko ekintza koordinatuak diseinatu behar direla diote.

“Hay que reconocer la transversalidad del problema, quiero decir que a nivel de Oarsoaldea se monte una mesa estable con los distintos sectores al que corresponde dar una solución para abordar el problema a nivel de conjunto y a nivel individual de las personas, no solo abordar las tareas de tipo de integración socio-laboral y rotura del estigma, que eso está muy bien, sino de evaluación personal de sus condiciones de vida, dar dignidad a esas personas.” (E3_1)

Gizarte eta arlo soziosanitarioko arreta zerbitzuei dagokenean, gaixotasun psikikoa duten pertsonen integrazioa eta parte hartzea bi modutan gauzatzen da. Batetik, esku hartzeen indibidualizazioaren apustua egin da. Beraien ingurune normalizatuan dauden eta interesekoak dituzten ekintzetan parte hartzea eta integrazioa sustatzen da. Horrelako estrategia batek berriz, laguntza maila handia eskatzen du pertsonaren autonomiaren graduaren arabera eta orokorrean, zerbitzuek pertsona zentratutako planifikazioaren gertuko planteamendua eduki behar dute, malguak izan eta langileria ratio handiak eduki. Gaur egun, eredu honetara gehien gerturatzen diren zerbitzuak tutela fundazioek eskaintzen dituzten tutela programak eta egoitza baliabideak dira, non erreferentziazko profesional bat duen erabiltzaile bakoitzak.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“La sociedad es muy hostil y agresiva hacia la persona con enfermedad mental, por un lado, y ellos mismos también tienden a aislarse mucho ¿no? Entonces, bueno, ¿de qué manera podemos integrar? No es que le gustaba hacer manualidades, pues a ver, vamos a ver qué talleres tienen y lo haces con otros ¿no? Le gustaba pues el deporte, le gustaba el cine. Bueno, pues oye, que alguien le acompañe al cine, que vaya al cine con alguien ¿no? Y que, si antes tenías unos amigos, a ver si podemos ayudar a conseguir que te integres con ellos otra vez, que vuelvas a establecer esas relaciones ¿no? Es difícil ¿eh? Es de lo más difícil. La integración social es de lo más difícil que hay.” (E2_4).

Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen ahalduntzea eta gizarte parte hartzea bultzatzeko bigarren estrategia espazio komunitarioetan talde jarduerak antolatzea da, kolektiboa eta senideak komunitateko leku eta espazioak erabiltzera ohitu daitezen. Hala ere, pertsona batzuk adierazi dute espazio komunitarioetan ekintzak egitea ez dela nahikoa, ekintza horiek komunitatearekin egin behar direla. Zentzu horretan, badirudi landu beharreko eredu bat beste taldeekin aliantzak eta ekintza sozialeko sareak lurraldean sustatzea dela, elkarlanean ekintzak gauzatzeko.

“En los centros creo que es, no sé si es la tarde del viernes o algún día, si se va hacer, es algo más enfocado a la comunidad, de salir, que nos vean, que no se conviertan estos centros en guetos, esas actividades comunitarias las organizan ellos, entonces ahí se da siempre un espacio de que ellos puedan elegir que les apetece hacer, si quieren ir al polideportivo, si quieren ir a la casa de cultura, si quieren hacer una excursión, y si hay que organizar esa excursión son ellos los que llaman al museo, o donde sea para reservar, se trabaja mucho eso con ellos y siempre se les informa un poco de todo lo que hay en su entorno más cercano para que puedan elegir, acudir e incluso hay algunos usuarios, que igual más en los centros, bueno, y en los pisos también, que igual a la tarde no van al piso o no van al centro porque ya están participando en una actividad comunitaria, igual alguien está yendo a una clase de pintura que se ofrece en la casa de cultura y el objetivo es que se pueda relacionarse con otras personas y no siempre con sus compañeros o con personas con la misma problemática, eso se trabaja con ellos,” (E2_2)

4.3 BEHAR BEREZIAK DITUZTEN PERTSONAK

4.3.1 Pertsona gazteak

Nahiz eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsona gazteen arretak estrategikoa izan beharko lukeen sisteman, ikerketan zehar frogatu da pertsona gazteak gutxi erabiltzen dituztela eskura dituzten baliabideak, eta egiten dutenean, zerbitzuak ez daudela behar bezala prestatuak beraien beharrei aurre egiteko. Egokitze falta hau bereziki nabaria da 18 eta 25 urte arteko pertsonetan, zeinak gaixotasunaren momentu kritiko batean dauden eta euren identitate sozial eta pertsonala garatzen ari diren. Horregatik, pertsona hauek arreta sistemarekin duten lotura eskasa, sistemaren ahultasun nabarmena da, gainera kontuan hartuz printzipioz pertsona hauek direla sendatzeko aukera gehienak dituztenak. Arreta goiztiarra gehien baliatuko luketen kolektiboa da, literatura zientifikoaren arabera pronostiko ona duena eta sendatzeko tasa altuagoak dituena.

“Nik uste dut hor 18- eta 24-25 urteko tarte hori, eta goitikan ere berdin, 60-70 tarte horretan bueno zerbitzuak desberdinak izan behar dira edo lan modua desberdina izan behar da, zerbitzuen aldetik, ba zerbitzuak igual berdinak dira baina lan modua desberdina izan behar da [...] bizitza proiektu bat lantzeko modua. Zuk mutil gazte batekin, mutil gazteekin baldin bazaude [proiektu bital bat garatu dezaten], hau izan behar da zure helburua [...] behar duzu armatu eta saiatu bizitza normal bat egiten, 55 urtetik aurrera segun zein izan den pertsonaren bizitza, segun eta zenbat ingresu izan

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

dituen, segun zenbat gauza gertatuk zaizkio, ere bai eman behar dizkiozu erramintak, baina beste era batean” (E1_2).

Eguneko arreta baliabideei dagokionean, elkarrizketatutako pertsona gehienek adierazi dute zerbitzu okupazionalak eta errehabilitazio psikosozialekoak birformulatu beharko liratekela gazteen beharretara egokitzeko. Eguneko errehabilitazio psikosozialeko egoitzen inguruan, ulertzen da lehentasunezko aldaketa eskaintzen diren programen dibertsifikazioa dela, gaur egun dauden ekintzen espezifikotasuna ez baita nahikoa. Nahiz eta elkarrizketatu diren pertsonak ez duten uste gazteentzat errehabilitazio psikosozialeko zentro bereziak sortu behar direnik, adierazi dute beste ikuspuntu batetik abiatu behar dutela profil hau duten pertsonen esku hartzeak. Heldutasunean krisi psikiatriko bat duten pertsonen kasuan ere berdina gertatzen da, non ez duten adin berdineko beste pertsonen kronifikazio profil edo historial berdina.

“Es verdad que creo que [jóvenes y personas mayores] necesitan enfoques diferentes, alguien con 50 y pico de años, pensando a nivel vital, que ha estado enfermo toda la vida, está en otra fase, pero a un sujeto con 20 y pico o 30 nuestro enfoque es ‘hay que currar, debes dar el salto desde aquí, todavía no tienes una incapacidad, aún no posees una pensión absoluta, eres muy joven, te queda mucho por hacer’, entonces el empuje es diferente, pero con la convivencia diaria no hay problemas” (E2_1).

Hala ere, eguneko errehabilitazio psikosozialerako egoitzak zentzu honetan aldatzeko zailtasunak aipatu dira. Gipuzkoako Foru Aldundiko Osasun Mentaleko eta Arlo Soziosanitarioko Atalean uste da, batetik, esku hartze eredu bateratu bat sortu beharko litzatekela, baliabide hauek kudeatzen dituzten erakundeak oso ezberdinak direlako eta bakoitzak bere esperientzia eta baliabideak dituelako eta errehabilitazio psikosozialaren paradigma ezberdinak jarraitzen dituztelako. Gainera, nabarmetzen da, sortzen den esku hartze eredu hori indartu beharko litzatekela, programa ezberdinetara erabiltzaileak bideratzeko irizpide bateraturak aplikatzen dituzten balorazio eta diagnostiko tresnekin.

Hala ere, Gipuzkoako Foru Aldundiak onartzen du ez duela baliabide nahikorik, programa hauek kudeatzen dituzten erakundeek neurri hauek aplikatzen laguntzeko, gaur egun honen inguruan lanean ari diren arren. Izan ere, gaur egun tresna berri bat garatzen ari dira jarduera psikosoziala neurtzeko eta errehabilitazio zentroetara joaten diren pertsonen prozesuen eta bilakaeraren jarraipena egiteko.

Integrazio soziolaboraleko zerbitzuen inguruan, pertsona gazteen integrazioa beste guztien integratzeetik ez dela bereizten diote, ez nabarmenik behintzat. Hala ere, biztanleria talde honek formakuntza eta inserzio soziolaboraleko programak gutxi eskatzen dituela nabari da, printzipioz, eskaera handia egon beharko lukeen arren. Formazio eta enplegu programetan pertsona gazteen parte hartzea bultzatzeko ahalegin aktiboagoa behar dela pentsatzera eramaten gaitu horrek. Aktibitate honentzat erreferente interesgarria izan liteke desgaitasuna duten beste pertsonen kasuan erabiltzen diren eskola-enplegu trantsizio programak. Argi dagoen arren gaixotasun mentalaren kasuan trantsizio hauek planifikatzeko ezberdintasun handiak daudela, egia da elementu komun asko daudela bi kasuetan aplika daitezkeenak.

“Los nuevos casos [de personas jóvenes] que de repente aparecen aquí, y ahí sí que es verdad que, salvo la unidad de día [...], no tenemos más [recursos], y eso que ese es un recurso en el que justo a los jóvenes les cuesta incluirse muchísimo más. Y es necesario recogerlos de alguna manera, ¿no? Guiarlos, porque nosotros les podemos guiar, pero al final están en una edad muy complicada, quiero decir, a lo mejor ha terminado los estudios, no han empezado a trabajar y se quedan un poco en el limbo, ¿no?” (E1_6).

Gaixotasuna duten gazteen erlazio sozial eta integrazio sozialaren inguruan, badirudi pertsona hauentzat bereziki sortutako denbora libreko programak eskaintzea beharrezkoa dela, eta Hurkoatik adierazten dute zailtasunak dituztela gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen adineko gazteak aurkitzeko laguntza zerbitzuak eskaini ditzaten.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“A mí, a la unidad de día ya me mandaron como último recurso, pero yo era allí de los más jóvenes y era ir allí y todos los días estas escuchando las penas de uno y de otro y, al final, te vas peor de lo que has llegado”. (E4_X)

“Yo cuando estuve en la unidad de día, no me sentí a gusto, la verdad. Era raro. No sé, es que todo el mundo era mayor que yo y las actividades que hacíamos tampoco me motivaban”. (E4_X)

Ikusten den moduan, zailtasun orokorra dago gazteenekin esku hartzeko eta badirudi arreta sareak ez diela behar den bezala erantzuten euren beharrei, batez ere, 18 eta 25 urte arteko tarte batean. Nahiz eta elkarrizketatu diren pertsonak ez duten talde honentzat bereziki sortutako baliabide sarea behar dela ikusten, Gipuzkoako Osasun Mentaleko sareak aukera hau defendatzen du eta dionez bere garaian proposatu zen sarea horrela egituratzeko aukera.

Horrek esan nahi du gaixotasun mentalaren arretarako sarea hiru multzotan egongo litzatekela egituratua. Lehenengo adin tarte (3-18 urte) haur eta gazteentzako osasun mentaleko sareak artatuko luke, bigarren tarte 18 eta 25 urte artekoa izango litzateke eta hirugarrena 25 urtetik gorakoena. Baina jarraian azaltzen den moduan, aldaketa honek ez luke erabat konponduko adinaren araberako arreta ematearen beharra. Izan ere, pertsona gazteen egoeraz gain, 50 eta 55 urte arteko pertsonen arretan ere hutsunea dagoela ikusten da. Kasu hauetan gaixotasunak hondatze funtzional eta kognitiboa eragin die, hain zuzen ere.

Azkenik, Gipuzkoako Osasun Mentaleko sareak gazteei ematen dien arreta hobetuko lukeen zerbitzua **lehenengo pasarte psikotikoen programa izango litzateke**. Araba eta Bizkaiako osasun mentaleko sareetan badituzte horrelako antzeko programak eta Gipuzkoak Nafarroara begiratzen du, bertan interesgarria den horrelako programa bat sortu baitute. Zerbitzu hau izan da lehenengo mailako osasun arreta sarea eta ospitale psikiatrikoak programa batean integratu dituen bakarra.

Programa hauen helburua, lehenengo pasarte psikotikoa agertzen denetik hurrengo bi edo hiru urtetan etengabeko arreta pertsonalizatua ematea izango litzateke, osasun mentaleko sarera gerturatzen diren guztiak. Esku hartze hauek egiteko printzipio nagusiak hauek dira:

- Lehenengo pasarte psikotikoen detekzio goiztiarra komunitatean.
- Lehenengo pasarte psikotikoen detekzio goiztiarra lehenengo mailako osasun arreta sisteman; esku hartze goiztiarra eta tratamendua azkar lortzea.
- Eguneroko bizitzan sendatzea bultzatzea.
- Lehenengo unetik gaixotasun psikikoa duen pertsonaren senideen eta inguruko pertsonen parte hartzea ziurtatzea eta hauei laguntzea.

Nahiz eta hauek ez diren gazteei zuzendutako programak, nahasmendu psikotikoak nerabezaroan eta gaztaroaren hasieran azaltzen dira eta ondorioz horrelako programak gehien baliatuko litzuketanak izango lirateke.

“Sobre todo, lo que pretende es captarlo a una edad muy temprana... hospitalizarán, pues, no sé, a los 20 [años], ponte, ¿no? Pero si hospitalizan y se van, probablemente no les vamos a tener en consulta, o bien hasta que hagan otro ingreso, o bien hasta entre los 25 y los 30 [años], que es cuando vienen. Entonces, el lapso de tiempo entre el primer brote y la puesta en marcha de un tratamiento más o menos continuado es demasiado. [...] Hay un porcentaje que no vienen a los centros de salud mental, algunos porque tienen un psiquiatra privado o un psicólogo privado, con lo cual nada que decir, pero otro porcentaje es que se les da cita y no vienen” (E1_1).

4.3.2 Adineko pertsonak

Aurretik aipatu den bezala, badago adineko pertsonen profil konkretu bat hondatze funtzional eta kognitibo dezentea duena eta laguntza programa bereziak behar dituena. Zerbitzu espezifikokoak

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

behar dituzte gaixotasun mental larriak dituzten pertsonentzako baliabidetara ez direlako egokitzen ezta adineko pertsonen arretarako sarean dauden zerbitzuetara ere.

Gaixotasun mentalaren arreta sarean, zailtasun nagusia da exigentzia baxuko eguneko zerbitzu falta dagoela. Horiek gaixotasuna duten pertsonen gaitasunak eta laguntzen dien sare soziala mantentzera bideratu beharko lirateke, eta ez lukete errehabilitazio psikosozialaren helburua eduki behar, ez esku hartzearen lehentasun gisa behintzat.

“Es que, mira, todos los recursos son rehabilitadores, entonces, muchos de nuestros pacientes están en una unidad de día rehabilitadora y luego viven en una residencia, que también es una unidad residencial rehabilitadora, entonces se le rehabilita por la mañana hasta las cinco de la tarde, y luego van a la residencia para que sigan rehabilitándose [...] imagínate, imagínate, que en vez de dejarte en paz te están todo el día dando la matraca, es terrible, tiene que ser terrible” (E1_6).

Dependentzia egoeran dauden adineko pertsonen arretarako zerbitzuetan horrelako profilak artatzeko dauden **zailtasunak** honakoak dira. Lehenik eta behin, gaixotasun psikikoa duten pertsonen hondatze funtzionala eta kognitiboa biztanleria orokorrarena baino lehenago gertatzen da, askotan 65 urte baino lehenago, hau da, dependentzian dauden pertsonentzako zerbitzuetan sartzeko adin minimoa baino lehen. Bigarrenik, adineko pertsonak etxean zaintzeko ematen diren laguntza ekonomikoek eta zerbitzuek, eguneko zentroetan eta egoitzetan dauden pertsonen adin tartea handitzea ekarri du, eta ondorioz, osasun mentaleko saretik datozen pertsonak bertara egokitzea are eta zailagoa da. Azkenik, plaza psikogeriatrrikoen eskasia dagoela ikusten da adineko pertsonentzat prestatuko egoitzetan eta gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen arreta espezifikoa jasotzea galarazten du honek.

“Hirugarren adineko egoitzak zahartu egin dira, prestazio ekonomikoak martxan sartu diran ezkerotik hirugarren adineko egoitzetako edade media da 95, eta mendekotasun maila 2.2, 3.1, 3.2 eta orduan, 67 urte, zure sailtasunekin, kolektibo horretan hori nola xertatu?” (E1_2).

“Hasta hace muy poquito, en cuanto cumplían 65 años [a estas personas] las metían a una residencia, como [a] cualquiera [con dependencia], pero no es la misma atención que necesita una persona con una demencia, que con una enfermedad mental. Si la de enfermedad mental también tiene demencia, vale, pero no tiene por qué, ¿no? Entonces, claro, no es el mismo tipo de atención y cuidado. Los centros gerontológicos de Gipuzkoa [...], de lo que conozco, ¿eh?, que es Gipuzkoa, no están preparados para tener gente con una dependencia originada por un deterioro cognitivo sobre todo, pero no están preparados para personas con una dependencia, pero motivada por una enfermedad mental. Una esquizofrenia no es igual que un alzhéimer, no tiene nada que ver” (E2_4).

Zahartzeak gaur egungo programen funtzionamenduan duen eraginari buruzko ideia nagusiak jarraian azaltzen dira. **Eguneko arreta programen artean, errehabilitazio psikosozialerako zentroak dira dirudienez eragin handiena jasaten dutenak**, zentro batzuetako erabiltzaileen batez besteko adina altua baita. Izan ere, profil honetako pertsonak artatzeko beste programen faltan, arreta sareko zentroen artean espezializazio funtzionala gertatzen ari da, dauden baliabideak kontuan hartuta ahalik eta arreta berezituena emateko iristen diren profil ezberdinetako pertsonen.

Hala ere, zerbitzuen dispersio geografikoak ez du beti hau egitea ahalbidetzen eta elkarrizketatutako pertsona askok diotenez zahartzearen arazoak eta zentro hauetara joaten den biztanleriaren hondatze mailak, programa hauek duten errehabilitaziorako funtzioa arriskuan jartzen ari dira. Gipuzkoako Foru Aldundiko Osasun Mentaleko eta Arlo Soziosanitarioko Ataletik diote bi mota ezberdineko programak edukitzea izango litzatekela hoberena: eguneko zentroak, hondatze kognitibo eta funtzional altua duten pertsonentzat; eta errehabilitazio psikosozialeko zentroak, errehabilitazioa landu daitekeen pertsonen arreta emateko.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“Es cierto que nos estamos encontrando, con personas de 50 y pico, 60 y pico, que llevan toda la vida en un piso tutelado y un poco dando vueltas en nuestro sistema y ahora hay un deterioro y dices, ¿y ahora qué hacemos con ellos?, ¿hacia dónde los derivamos? Eso en cuanto a recursos diurnos, porque igual en los residenciales está un poco más cubierto ese tema” (E2_2).

Zerbitzu okupazionaletan berriz, arazoa hain zabaldua ez dagoen arren, horrelako kasuak badaude eta batez ere handitzen joan daitekeela ikusten da horrelako pertsonentzat dauden baliabideak ez badira sortzen.

“Nosotros sí empezamos a tener gente pues que ya incluso, no sería envejecimiento, pero sí un deterioro que, en el caso de la discapacidad intelectual, sí que tendríamos claro que la orientación sería el Garagune o Gautena, y las personas con enfermedad mental pues están en los talleres, están en Bidean, en un programa que tenemos ahora ahí, Bidean, que se supone que es un paso previo al Garagune. Y estas personas están ahí de momento, pero me imagino que con el tiempo eso irá a más y desde luego no hay recursos comunitarios [para atender a estas personas]” (E2_3).

Egoitza baliabideei dagokionean, sortu da etxebizitza mota bat profil honetako pertsonen zuzendua dagoena: gaixotasun mental larriko unitateak. Unitate hauetan sartzeko irizpidea hondatze maila da, ez adina. Hala ere, adinarekin hondatze funtzionala handiagoa denez, unitate berrietan aurki daitezkeen pertsonak nahiko zaharrak dira. Baliabide honen inguruan, elkarrizketatutako pertsona gehienek diote unitate berri hauen sorrerak eskaerari erantzutea lortu duela eta uste dute sareak nahiko azkar erantzun diola sortu den arazoari. Hala ere, batzuk adierazi dute oraindik horrelako plaza kopurua eskasa dela eta eskaintza handitu beharko litzatekela. Eskaera igotzeko arrazoi nagusiak bi dira. Batetik, Gipuzkoan bizi diren gaixotasun psikikoa duten pertsonen zahartzea eta bestetik, beraien seme-alaben zaintzale rola zuten eta beraiekin bizi ziren gurasoen heriotza.

“Tenemos otro agujero con el envejecimiento de la población y es que, claro, estamos llegando a un punto en el que muchos padres de [personas con] trastornos graves van a fallecer en un momento, o sea, el aumento de la esperanza nos ha servido para tener ahí como un islote, pero ya todos están en los 80 y tanto y a los 90, como mucho, 93, y se van a morir, y el paciente ya tendrá 60 o 58 años, o los que sean, y no hay un espacio residencial que no sea un hospital, o sea, que no sea hospital, porque no necesitan estar hospitalizados, donde puedan estar, han tirado de sus padres, ya en malas condiciones, pero la sociedad y nosotros —o sea, que me meto en el ajo— hemos dicho, bueno, pues está cubierto, ¿no? Está cubierto hasta que deja de estar: ese es otro agujero importante, ¿no?” (E1_1).

Bi egoera hauek gero eta maizago aurkituko ditugunez hurrengo urtetan, **pertsona batzuk adierazi dute baliabide hauek, etxean zaintzeko zerbitzuekin osatzeko beharra dagoela, egoitzatara pertsona hauek bideratzea ekiditeko**. Esan den bezala, Gipuzkoako Foru Aldundiak modalitate hau aukeratu du eta etxez etxeko laguntza psikosozialeko plaza kopurua handitzen ari da. Gainera udal gizarte zerbitzuen parte hartzeak handiago izan beharko ote lukeen ere galdetzea ez da harritzekoa, bertatik ematen diren zerbitzuek horrelako egoerak eusten eta pertsonak etxean egoten diren denbora luzatzen lagunduko luketelako. Nolanahi ere, horrelako egoerak aurreikustea komenigarria litzateke; ez itxaron pertsonak hondatze bat duen arte edo gizarte zerbitzuek larrialdi egoera baten aurrean esku hartu behar izan arte. Hala ere, horrelako aurretiazko planifikazioak gaixotasun psikiko larria duen pertsonaren arretan parte hartzen duten eragile guztien arteko komunikazioa eta koordinazioa eskatzen du, baita kolektibo honen arretan dauden erakunde eta eragile guztien arteko ardura banaketa handiagoa ere.

“Estamos [trabajando con] una población a la que tenemos que atender en su domicilio, sus padres son mayores, tienen la casa pagada, se van a morir y van a dejar la vivienda a estos pacientes, con lo cual, la atención tiene que estar en sus hogares, en su

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

comunidad, para que no salgan de ahí, para que vivan todo lo que puedan en su casa. Creo que el enfoque es correcto, porque fíjate en nuestros perfiles, cincuentón, por lo cual los padres tienen 70-80 años, muchos ya no tienen padres o van a dejar de tenerlos en breve” (E2_1).

Nolanahi ere, **zahartzeak gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta sareak birbideratzea eskatzen du** eta seguraski, baita dependentzia egoeran dauden adineko pertsonena ere, bi zentzutan. Batetik, eguneko zerbitzu batzuk sortu behar dira, etxez etxeak eta egoitzak, hondatze kognitibo eta funtzional nabarmena duten 65 urtetik gorako adineko pertsonentzat. Horretarako ordea onartu behar da, sintoma residualak gaixotasunaren eta epe luzeko botiken ondorioa ere badirela. Orain arte, sintoma residual horiek ospitale psikiatrikoetan denbora luzez egotearen ondorioa besterik ez zirela pentsatu da. Bestetik, Gipuzkoako adineko pertsonen arretako sarean plaza psikogeriatriko gehiago sortu behar dira, ez baitaude nahikoak gaur egun horrelako baliabidetara bideratzen diren gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta espezializatua emateko. Gainera, beharrezkoa da horrelako zerbitzuetan sartzeko eta bertan egoteko jarri diren adin mugak kolektibo honen beharretara egokitzen diren edo irizpide zehatzagoak behar diren aztertzea. Izan ere, beste errealitate bat ere aipatu da. Hutsune bat egon ohi da 65 urte betetzen dituztenean eta hirugarren adineko pertsonen eguneko arretarako zentroetara bideratzen dituztenean, batetik, arreta sare hau gainezka dagoelako eta bestetik, ez delako erabiltzailearen beharretara egokitzen. Honek pertsonak baliabide hori uztea ekar lezake.

“Lehenago pentsatzen zan erresidualidade guztia zala instituzionalizazioaren ondorio bat, horrela daude psikiatrikoetan egon direlako, eta ez da egia, batzuk mantentzen dira kanpoan, baino gaixotasun berak batzutan sintomatologia negatibo pilo bat dakar eta medikazioa ezin da jaitsi eta oso erresidualak daude, batzuk daukate kanpoan ere oso bilakaera negatiboa, eta kolektibo ohiek ere atenditu egin behar dira ere, eta eguneko zentroetan gertatzen zaiguna da batera ditugula oso gaitasun gutxi daukan jendea eta gainera oso anbizio gutxi zentro horretan zeren eta bueltan datoz, eta bultzatu beharko genukeen jendea beste intensidade batekin, eta dauzkagun pertsonalen ratioekin ba askotan bi kolektiborekin lan egitera modu egokian ez da erresena” (E1_2).

Azken arazo bat, **egonaldi luzerako ospitaletan** dauden gaixotasun psikikoa duten pertsonen zahartzea da. Ospitale hauek osasun sistematik kudeatzen dira eta atenditutako pertsonen ehuneko bat bertan dago, bizi guztian bertan egon izan direlako. Beraien sintomatologia berriz dagoeneko ez da gaixotasun mentalarekin zer ikusia duena, demenziarekin erlazionatuta dago, adineko beste edozein pertsonak eduki dezakeen hondatze kognitiboa bezala. Kontua da pertsona hauek arreta psikiatrikoko zentroetan oheak hartzen dituztela eta plaza horiek Gipuzkoako osasun mentaleko sareak lehenasun gehiago duten pertsonen esleitu beharko liekela, batez ere, sarearen helburuekin gehiago bat egiten dutelako.

“Todo lo que tenemos históricamente en los hospitales psiquiátricos de larga estancia, [el] Hospital de San Juan de Dios, en Arrasate, donde hay un montón de, bueno, iba a decir pacientes, pero ya nos son pacientes psiquiátricos ya, fueron pacientes psiquiátricos, han cumplido años, se han demenciado, ya no es una patología psiquiátrica en sí, ya es un deterioro orgánico, quiero decir, pero como estaban allí, estaban allí, han estado allí durante treinta, cuarenta años, o lo que sea, claro, ¿dónde van a estar mejor que allí? En ningún sitio, pero esto, ahora mismo, carga solo sobre el sistema sanitario, y sería necesario liberar recursos para poder invertir en otro tipo de estructuras” (E1_1).

4.3.3 Emakumeak

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

Gizonezkoekin alderatuz, gaixotasun psikikoak dituzten emakumeen arretaren inguruan, eragile gehienek uste dute ez dagoela desberdintasun nabarmenik eta adierazten dute indibidualizazioa dela emakumeek eta gizonek bakoitzak bere beharretara eta egoera pertsonalera egokitutako arreta jasotzeko tresna. Hala ere, bai aipatzen direla neurri zehatz batzuk emakumeak babesteko kasu batzuetan. Hau da, adibidez, Gureak Taldeko sexu-jazarpena prebenitzeko eta horren aurrean jarduteko protokoloa edo emakumeentzat bakarrik diren plazak dituzten lagundutako etxebizitzak. Horrelako neurriek agerian uzten dute indibidualizazioa beste baliabide eta tresnekin osatu behar dela, arriskuei eta biztanleria talde zehatz batzuek dituzten beharrei aurre egiteko. Hor sartuko litzateke emakumeen kolektiboa. Gainera, ikerketa honetan zehar argi geratu da dauden baliabideek ez dutela arreta nahi adina indibidualizatzen uzten, eta jarrian aipatuko den moduan, ezberdintasunak antzeman dira baliabideen erabileran emakumeen eta gizonen artean.

Lehenik eta behin, egiaztatu da historikoki emakumeek gutxiago erabili izan dituztela dauden zerbitzuak, bereziki, egoitza eta integrazio soziolaboralekoak. Badirudi honen arrazoietakoa bat dela, **emakumeek gaixotasuna kudeatzeko era ezberdina dutela eta senideen eta inguruko laguntza sarea hobe mantentzea lortzen dutela**. Gizonen artean berriz, bakardade eta deserrotze egoerak maizago ikus daitezke eta horregatik egoitza baliabideak gehiago eskatzen dituzte. Garrantzitsua da aipatzea, pertsona batzuk azpimarratu dutenez, egoitza edo etxebizitza baliabidetan sartzen diren emakumeek bertan dauden gizon gehienek baino egoera sozial eta osasun egoera larriagoa dutela.

Pertsona batzuk adierazi dute gainera egoitzetan sartzen diren emakumeen artean patologia dual gehiago dagoela, batez ere alkoholaren kontsumoarekin zer ikusia duena.

“Al final, las mujeres, lo que nosotros observamos es que aguantan más en el domicilio, posiblemente a veces por ese rol que siempre desgraciadamente se ha dado a la mujer más de cuidadora, de estar en casa, ama de casa, cuidar de la madre, de la abuela, ¿no? Pues bueno, se han podido manejar más en ese entorno familiar y han aguantado, y ya cuando llegan a nosotros es porque son casos muy graves, o sea, casos más graves que cualquier otro usuario hombre que lleva con nosotros tiempo” (E2_2).

“Emakumeak enkaxatzea zaila da, oso emakume gutxi [daude], eta emakumeetan gaixotasun mentala uste dot beste modu batean kudeatzen dutela, eta etxeetan ez ondo, ez gaizki, ez dakit nola, gehiago mantentzen dira, ez beste, alkohola sartzen bada medio [...] gure sarera iristen direnak, gutxi direnak, iristen direnen artean alkoholak presentzia handia du, emakume gutxiago iristen dira gizonak baino, baina prebalentzia aldetik ez litzateke horrela izan behar” (E1_2).

Bestetik, mahai gainean jarri behar da ea zenbateraino oztopatu duen baliabide ezberdinen diseinuak emakumeek horiek erabiltzea. Adibidez, gainbegiraketa duten etxebizitzetan gelak elkarbanatu egiten dira eta horrek emakumeak etxebizitza mistotan sartzea galarazten du. Emakume bat sartu ahal izateko gela oso bat behar du berarentzat edo aurretik emakume batek egon behar du bertan, gizonen baldintza berdinetan sartu nahi badu. Hala ere, ez dago adostasunik etxebizitzaren izaera mistoaren inguruan, eta batzuk emakumeentzat bakarrik diren etxebizitzaren esperientziak oso ongi baloratzen dituzten bitartean, beste batzuk ez dute uste generoa aldagai garrantzitsuena denik eta beste irizpide batzuei lehentasuna ematen diete bizikidetzaren unitatea sortzeko garaian.

“En los pisos es lo mismo, tenemos un piso en Donosti en que viven dos chicas y tres chicos y no pasa nada, pasará si ellos quieren. Aquí tenemos doce mujeres, ahora nos baja otra chica, la nueva, pero llegará el día en que tengamos que ofertar también un piso mixto, y creo que la atención debe ser exactamente igual para unos y otros. Nosotros, en los centros, no hacemos distinción, atendemos más varones, porque la población es así, aparece más esquizofrenia en varones en Gipuzkoa, así es” (E2_1).

Hala ere, bai aipatzen dela emakumeentzat bakarrik diren etxebizitzaren beharra familia barneko indarkeria edo genero indarkeria dagoen kasuetarako. Honekin lotuta, kontuan hartu behar da gaixotasun psikikoa duten emakumeak, beste desgaitasunak dituzten emakumeak bezala, indarkeria

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

mota hau jasateko arriskua dutela eta hori gertatzeko aukera handiagoa dela beste emakumeekin alderatuz. Hau ez da egoitza baliabideetan bakarrik kontuan hartu beharreko gaia, eguneko arreta zerbitzuetan eta gaixotasun psikikoa duten pertsonentzako beste arreta zerbitzuetan ere kontuan hartu beharko litzateke.

“Ba batzuetan beharrezkoa da, emakumeentzako bakarrik pisu bat edukitzea, batzuetan beharrezkoa da [...] zeren badaude istorio oso gogorak, orduan, aske dira nahi dutena egiteko baina emakumezkoenak bakarrik dauden pisu batean batzuetan iruditzen zaigu babestuagoak daudela, gainontzeko guztiak mistoak dira, baina badira batzuk, bueno ba istorio gogorrekin atzetik eta orduan hor babestuagoak daude” (E1_2).

“Yo soy así super contenta, super alegre, pero ya sabes cómo son los chicos. Que piensan que cuando tú eres amable, quieres algo más. Y a mí eso me ha pasado y me sigue pasando.” (E4_X)

Arreta soziolaboraleko programen inguruan, badirudi erabiltzaile emakumeak gutxiago direla, espero zen moduan, naiz eta urteen poderioz **presentzia gero eta handiagoa den**. Ezberdintasun honen jatorrian historikoki emakumeei etxean eta familian eman zaien rolak duen pisua aipatzen da, gizonezkoak aktibitate produktiboarekin erlazionatu direlarik. Baliabideen diseinuari dagokionean, ez da generoarekin lotutako faktore zehatzik aipatu, emakumeen presentzia txikiagoaz aparte. Hala ere, presentzia falta hori desabantaila bat da bere horretan.

“Lo que pasa [es] que antes se quedaban, las mujeres se quedaban más en casa, pues por el rol, pues muchas cuidando a padres, hermanos, etc. [...]. El hombre sí o sí iba a trabajar, y se le nota, y eso sí que era claro, antes de las hospitalizaciones, iban muchos más hombres que mujeres, las mujeres tenían mucho que hacer, pero ahora ya no es exactamente igual así, pero habría que ver los números [de personas] con trastorno mental grave” (E1_6).

Azkenik, **osasun esparruko eta esparru soziosanitarioko zerbitzuetan gizonen eta emakumeen parte hartzea antzekoa da**, eta gainera, baliabide batzutan emakume gehiago daude, nahiz eta joera hau nahiko berria den.

Dena den, baliabideen erabileran dauden ezberdintasunak ikusirik, horien diseinuan ezarritako ezaugarri buruz hausnartzea beharrezkoa da, baita arreta sareak orokorrean duen izaera bera aztertzea ere, horrek emakumeen eta gizonen arteko erabileran ezberdintasunak sortu baititzake. Honi dagokionean, aipatu behar den lehenengo puntua honakoa da; arreta sarea historikoki eskizofrenia diagnostikoa duten gaixoen beharrei erantzuteko garatu da, eta gaixotasun hau gehiago edukitzen dute gizonek emakumeek baino. Azkenik, etxeko laguntza baliabideak zerbitzu okupazionalak baino gutxiago garatzeak ere gaixotasun mentalak dituzten emakumeen arretan gizonezkoekin alderatuz ezberdintasunak sortzera eraman gaitzake. Guzti honek generoaren zeharlerrotasuna gogorarazi besterik ez digu egiten, eta kontuan hartu behar dela argi dago, ez baliabide bakoitzera sarbidea aztertzeke garaian bakarrik, baita egiten den erabilera eta horiekin duten asebetetze maila aztertzeke garaian ere.

“En los centros y en los servicios hay muy pocas chicas. Y encima, cuando están, muchas tienen vergüenza o no sé qué. Y es que, además, te das cuenta de que entre ellas no se juntan, es que no se relacionan.” (GD_1)

Eta bukatzeko, gaixotasun mentalaren esparruan genero ikuspegia aztertzen ari garenez, ezin dugu ahaztu **emakumeak direla oraindik zaintzale lanak egiten dituzten pertsonak, gehienetan**. Nahiz eta faktore hau ez dagoen zuzenki gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arretarekin lotuta, interesgarria izan daiteke gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen senideei zuzendutako zerbitzuen diseinuan.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“El problema que hay es que todas las personas cuidadoras son mujeres. La carga que tienen las mujeres es muy, muy fuerte, muy fuerte; los hombres siempre nos quedamos un poco atrás, al margen. El mundo de las personas cuidadoras es femenino, ya sea en personas mayores o en jóvenes, es femenino” (E3_1).

4.3.4 Atzerritarrak

Atzerritarrek osasun mentaleko zerbitzuetara duten sarbidea modu askotan mugatzen da. Batetik, pertsona multzo bat dago administrazio egoera irregularrean dagoena, eta ondorioz, ez dute gizarte arretako, arreta soziosanitarioko eta soziolaboraleko zerbitzu asko erabiltzeko eskubiderik. Izan ere, ondoren azalduko den moduan, horrelako pertsona asko bazterketa egoeran dauden erabiltzaileentzat prestatutako sarean artatzen dira eta bazterketa egoeran daude. Bestetik, administrazio egoera irregularrean dauden pertsonen artean ezberdintasun kultural eta hizkuntza mugak daude. Gaixotasunaren sintomak detektatzeko garaian, osasun zerbitzuetara joaterakoan eta zerbitzu berezietara bideratzerakoan zailtasun ugari daude. Behin bertan daudela, diagnostiko egokia aurkitzea ere ez da erraza. Hori horrela, Gipuzkoan atzerritarren artean buru osasun arazoak bereziki agertzen ez direla ikusi den arren, bai antzeman dela horrelako arazo bat agertzen denean, gaixotasun psikiko larria duen horrek eta arreta sareak ez dituztela nahikoa baliabide egoerari aurre egin eta kudeatzeko. Jarraian, aipatu diren egoera horiek zehatz mehatz deskribatuko dira.

Administrazio egoera irregularrean dauden pertsonak normalki larrialdi zerbitzuetatik iristen dira osasun mentaleko zerbitzuetara, agiririk ez dutenez, beste zerbitzu horietara zuzenean joatea ezinezkoa delako. Hala ere, Euskadiko osasun sistemak, gizarte zerbitzuen sistemak baino baldintza malguagoak dituzte (behintzat, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arretarako sareak baino baldintza malguagoak), askotan profil honetako pertsonak osasun mentaleko zentrorara bideratzen dira. Beste batzutan, behar handiko egoera bat detektatzen denean, gizarte larrialdiko egoera bat alegia, kasua eguneko arretako zentro batera edo egoitza batera bideratu daiteke, behin behinean behintzat. Hala ere, kontuan hartu behar da egoera hau erabat ez ohikoa eta salbuespenekoa dela eta orokorrean atzerritarrek, eta bereziki agiririk ez dutenek, zailtasun ugari aurkitzen dituztela osasun mentaleko zerbitzuetara joateko.

“Nosotros solo atendemos a gente que ya está en centros de salud mental. Bueno, tuvimos a un chico que no tenía papeles y que venía de Eibar, pero nos lo mandaba salud mental desde el hospital de día sanitario y no sociosanitario, ya que esa persona en principio no puede venir por [el sistema de atención] sociosanitario, porque no tiene papeles, no tiene hecha la dependencia y ese tipo de cosas” (E2_1).

“Batzuetan organikotik ere bai [iristen zaizkigu kasuak] eta organikotik gaixotasun mentala dagoanean... ba kriterioak daude betetzeko eta nik esaten dudana bezala salbuespenak egiteko ere bai [...] batzuetan gertatu izan zaigu, organikotik ingesatzen dutela, urgentzietatik eta detektatzen da egoera bat oso larria eta argi dago ezin direla bueltatu zeuden tokira, eta orduan, bueno, ba beste bidetik batetik kaptatzen ditugu. Egia esan oso gutxi iristen zaizkigu zuzenean, oso gutxi pertsona atzerritarrak” (E1_2).

Izan ere, elkarrizketatutako pertsona gehienak ados daude **arreta sarera sartzen diren atzerritarrek gutxi direla esatearekin** eta diotenez migratzaileen artean ez dira osasun mentaleko arazoak bereziki antzematen. Hala ere, bai onartzen dutela zerbitzuetara **sartzeko ibilbidean mugak daudela** atzerritarrentzat eta badute kontzientzia agian ematen duena baino kasu askoz ere gehiago dauela. Honen inguruan, lehenengo zailtasuna sintomen interpretazioarekin aurkitzen dute, batez ere Sahara Azpiko Afrikako pertsonekin, hauek gai honen inguruan duten eskema kulturala gurearen erabat ezberdina baita. Horrela, sintomak sintoma direla onartzen ez dutenez ez dira ezta lehenengo mailako osasun zerbitzuetara joaten. Bigarren oztopoa familia medikuarekin komunikazioa eta

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

sintomak eta gaixoak deskribatzen duen esperientzia interpretatzeko gaitasuna dira. Azkenik, behin pertsona hori osasun mentaleko zerbitzura bideratzen denean, ohartarazten da **diagnostikoa egiteko zailtasunak** daudela, ezberdintasun kulturalengatik eta hizkuntza mugengatik.

Bukatzeko, **jatorri atzerritarra duten pertsonen bizi duten prekarietatea eta egonkortasun falta** oztopoa da osasun mentaleko zerbitzuetan mantendu daitezen edo gutxienez, zerbitzu berak artatu ditzan behin betiko diagnostikoa bilatu arte.

“Y hay gente [de origen extranjero] que tiene problemas de salud mental muy serios y cada vez se está viendo más. Que hablan con los espíritus, que no van al médico, que no están atendidos. Son personas en situaciones de precariedad residencial, ahora están en pensiones, pisos compartidos...y estas personas tampoco quieren ir al médico, o sea, entrarían en este perfil que no llega al centro de salud mental y a veces ni siquiera a los servicios de atención primaria” (E1_5).

Bestalde, deigarria da, arreta berezitua ematen duten zerbitzuetan, atzerritarren artean buru osasun arazoak ez direla handitzen ari uste izatea eta bien bitartean, oinarrizko gizarte zerbitzuetan eta Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareko zuzendaritzan arazo horiek handitzen ari direla esatea. Azken bi eragile hauek, arrazoi ezberdinengatik, ikuspegi zabalagoa dute gaiaren inguruan. Izan ere, horrelako pertsona asko ez dira osasun mentaleko zerbitzu berezitueta joaten eta joaten direnean, ez dute behar bezalako arreta jasotzen. Honen inguruan, Gipuzkoako osasun mentaleko sareko zuzendaritzatik azpimarratzen da arreta sareko profesionalen artean prestakuntza falta dagoela, ohituraz Gipuzkoan inmigratio tasa baxuagoa izan delako beste lurraldeekin alderatuz eta horregatik ez delako bereziki formakuntzarik eskaini kultur-arteko psikiatrian.

“No, [personas de origen extranjero] con enfermedad mental muy a cuenta gotas, no hemos visto ahí un incremento, o sea de todos los usuarios, yo llevo ocho años o nueve en Agifes y habré visto cuatro casos de personas inmigrantes, o sea, no ha habido un aumento. Yo creo que van más por temas de exclusión social, en enfermedad mental hay poquitos casos” (E2_2).

Gaixotasun psikikoak dituzten pertsona atzerritarren arretaren inguruan aipatu behar da **gehiago hurbiltzen eta artatzen direla gizarte bazterketa egoeran dauden pertsonentzako arreta saretik**. Egoera hau hurrengo atalean aztertuko da.

4.3.5 Bazterketa egoeran dauden eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonak

Txosten honen beste ataletan maiz azaldu den moduan, gero eta argiago dago gaixotasun psikikoaren eta gizarte bazterketaren arteko erlazioa. Gainera erlazio hau, egoera ezberdinetan islatzen da, hasi isolamendutik eta erlazio sozialak ez edukitzetik, beste egoera larriagoetara, hala nola, etxebizitza baten falta, diru sarrerarik ez edukitzea edo beste pertsona eta komunitatearekin erlazio gatazkatsuak edukitzea. Jarrarian elkarrizketatu diren pertsonen esparru honetan identifikatu dituzten arazo nagusiak laburtuko dira.

Lehenik eta behin, eta larritasun gutxiena dutenetik hasita, isolamendu egoera garrantzitsuak daudela aipatzen da. Badago kolektiboaren zati bat bere etxean bakarrik bizi dena, ez dena eguneko zentroetara joaten eta ez duena inolako jarraipenik gizarte zerbitzuetan edo osasun mentaleko zerbitzuetan. Honen inguruan, bereziki arrisksua dela aipatzen da kasu bat, non pertsona hori gurasoekin bizi zen eta hauek hil egiten diren. Egoera hauetan gizarte zerbitzuen eta buru osasun zerbitzuen arteko koordinazio handiagoa behar dela adierazten da, azken hauek jakin dezaten gaixotasuna duen pertsona bakarrik bizitzen hasi dela, seniderik gabe edo jarraipena egingo dion inor inguruan ez duela.

“Los sistemas familiares, lo que vemos es que tienen mucha capacidad de protección, pero a la vez tienen cada vez menos. En las familias, cuando los padres van falleciendo el sistema de protección ya no funciona y el aislamiento de las personas y la situación

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

de pérdida de estas es muchísimo mayor. Entonces, ¿qué es lo que nos encontramos? Pues con situaciones [en las que las personas] verdaderamente están en su casa, hasta que no la vendan o sean expulsados, están en su casa, pero en unas situaciones muy preocupantes” (E1_5).

Bigarren maila batean daude **bizitzeko lekua duten pertsonak, baina komunitatearekin erlazio gatazkatsuak dituztenak**, bai espazio publikoan eta bizilagunekin, baita estatuko segurtasun- indarrekin ere. Horrelako egoerak ez badira ongi kontrolatzen eta gainbegiratzen, prozesu judicial batean bukatu dezakete eta honek pertsonaren gizarte bazterketa areagotzen du. Gainera, pertsona hori ez bada lehendik osasun mentaleko sarean artatu eta ez badu atxilotzeko momentuan balorazio psikiatriko egokia eduki, aurrekari penalak izango ditu. Honen inguruan, oinarrizko gizarte zerbitzuetatik erakunde judizialei eta segurtasun indarrei, buru osasuneko arretara pertsona hauek bideratzeko erraztasunak eskatzen dituzte. Izan ere, salatzen dutenez, pertsona bat espazio publikoan istiluak sortzen ari denean edo bizilagunekin tira birak dituenean joera nagusia kasua gizarte zerbitzuetara bideratzea da, gizarte bazterkeria izango balitz bezala, baina benetan, buru osasun arazoa dago. Pertsona hori Osasun Mentaleko sarean dagoeneko artatzen ari badira, aurretik aipatutako pauso horiek egokiak izan litezke, baina horrela ez bada, gatazkak sortzen duen aukera baliatu behar da zerbitzu horiekin lotura bat sortzeko.

“A cuenta de nosotros [los servicios sociales de base], nos mandan notificaciones de la Guardia Municipal diciendo, por ejemplo, ‘pongo en conocimiento de la asistente social para que tomen medidas de una persona que está con malestar y que está suponiendo problemas con los vecinos, etc.’, y los vecinos se vienen a quejar y los municipales te lo ponen encima de tu mesa, entonces dices: ‘yo no soy juez, no tengo un informe de este señor [..] esa es nuestra situación, estamos conteniendo el malestar de las personas y, por otra parte, hablando con este paciente que te está diciendo que está en una realidad paralela [..] y otra dificultad que nosotros hemos vivido, y me imagino que en otros sitios también, es que para que el tema llegue al juez, no es suficiente un informe social nuestro en el que reflejamos lo que estamos recogiendo, siempre te piden que haya un diagnóstico y un informe médico, y ahí estamos otra vez con el mismo problema de antes, que si está catalogado o diagnosticado, lo vamos a poder hacer y encaminar, pero si no es así, el juez nos dice ‘pues yo no puedo hacer nada’” (E1_5).

Hirugarrenik, administrazio egoera irregularrean dauden eta beste jatorri kulturala duten pertsonak daude (komunikazio arazoekin eta arreta zerbitzuen ezezagutzarekin). Zailtasunak dituzte gizarte arretako zerbitzuetara jotzeko eta agian, ez dute zerbitzu horiek erabiltzeko eskubiderik ere. Kasu hauetan, gizarte bazterkeriaren beste dimentsioetan pertsonaren egoera mota askotarikoa izan daiteke, baina aipatu behar da, baztertu egiten direla atzerriko jatorria edukitzeagatik. Gai hau aurreko atalean aipatu denez, hemen ez da gehiago sakonduko.

Azkenik, buru osasun arazoak antzematen dira muturreko gizarte bazterkeria egoeran bizi diren pertsonetan. Egoera hauen artean bereziki kezagarria da buru osasun arretako zerbitzuetara jotzen ez dutenena edo bertara joan nahi ere ez duten horiena. Honen inguruan, gizarte zerbitzuetatik prebentzio ekintzak eta detekzio goiztiarreko egitasmoak martxan jarri behar direla adierazten da eta Gipuzkoako Osasun Mentaleko saretik aipatzen da ospitale larrialdietatik kanpoko osasun arretak gehiago parte hartu behar duela kasu hauetan, normalean gizarte bazterkeria duten pertsonak larrialdietara joaten direlako. Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarteratze zuzendaritzatik eta gizarte zerbitzuetatik ohartarazten da profil hau duten pertsonen arretan konpondu beharreko hutsune nabarmena dagoela.

“Toda la gente también que cada vez se está viendo más en nuestra zona, gente que está en la calle, viviendo en la calle, gente que está..., todo eso, es gente que no, que ni va a albergues ni va..., pues porque ahí pasa algo, ¿no? Entonces, pues no sé, que tengan unos mínimos, que no sé..., todo ese tipo de cosas, pues sí que habrá que hacer

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

algo, porque vienen al centro de salud mental y luego siguen estando y durmiendo en la calle, y algunos ni vienen” (E1_6).

“En las personas que están en calle, por ejemplo, hay un montón de gente en exclusión residencial que tiene un componente de salud mental terrible” (E1_3).

4.3.6 Diagnostiko zehatzak dituzten pertsonak

Txosten honen ondorioetako bat da, gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arretari zeharkako ikuspuntu batetik ekin beharko litzaiokeela, gizarte zerbitzuak eta osasun zerbitzu ez espezializatuak, kolektibo honi zuzentzen ez direnak behintzat, kontuan hartuko dituenak. Hala ere, ikuspuntu honek beste batekin aldi berean bizi behar du: dauden baliabideak espezializazio handiagoa behar dute diagnostiko mota batzuk artatzeko eta gaixotasun mental larriekin azaltzen diren egoera zehatz batzuei aurre egiteko.

Honen inguruan, eta azterketa sakonago baten faltan, ikerketa honetan parte hartu duten pertsona batzuk aipatu dituzten bi kasu aurkezten dira jarraian: nortasun nahasmenduak dituzten pertsonen kasua eta patologia duala dutenena.

Profil bakoitzaren zailtasunak aztertu aurretik, garrantzitsua da aipatzea baliabide bakoitzean sartzeko dauden irizpideak iragazki bat direla, errehabilitazio eta integrazio soziolaboraleko baliabide berezituetera zein profil sartzen diren erabakitzeke. Txostenaren hasieran aipatu den moduan, gaixotasun mental bat dagoela erabakitzeke Osakidetza hiru irizpide erabiltzen ditu: 1) CIE-10 gaixotasunen sailkapeneko F20, F21, F25 eta F31 diagnostiko kodeak edukitzea 2) gaixotasunaren bilakaera 2 edo urte gehiagokoa izatea edo azken sei hilabeteetan hondatze nabaria izatea eta 3) pertsonaren funtzionamenduan, lanean, gizartearen eta familian eragina, ertaina edo larria, eskala ezberdinen bidez neurtzen dena.

Aipatu behar da, gainera, desgaitasuna lortzeko beharrezkoa dela gaixotasun mental bat duzula ziurtatzen duen sendagilearen agiria, eta desgaitasun balorazioan %33ko puntuazioa baino handiagoa lortzea dela baliabide gehienetara sartzeko gutxienezko baldintza.

“Gugana iristen direnak [...] batez ere izaten dira psikotikoak, bipolarrak, TOC, depresio larriak, eta pertsonalitate trastorno batzuk, baino hor zailtasun handiak ditugu. Zailtasun handiak ditugu [pertsonalitate trastornoak sarean sartzeko] eta gure perfilekin denak batera atenditzeko” (E1_2).

“En los centros sí que tenemos algún trastorno de personalidad, pero porque nos lo han derivado, porque no hay otros recursos y hay que atenderles desde ahí. Entonces, bueno, algunos acaban encajando, otros es un desastre, pero lo que va a implicar al final es una mayor dedicación del profesional, o sea, que con otros igual te reúnes cada equis y, con ese, igual tienes que estar todos los días pendiente. Entonces, bueno, sí que sería, el que hubiera un abanico más amplio [de recursos] sería mucho mejor, pero claro, dado que no hay recursos...” (E2_2).

Osakidetza aipatu da, gaur egun sisteman sartzeko dauden irizpideak orain dela bi hamarkada, baliabide eskasia handia zegoenean, egindako apustu baten ondorio direla. Irizpide horiekin patologia larriekin zituzten pertsonen lehentasuna eman nahi izan zaie. Egoera hau pixkanaka gaitzitu den arren, egia da baliabide ekonomikoaren eskasia hor jarraitzen duela. Hala ere, pertsona batzuk erdibideko baliabideen beharra dagoela adierazten dute, gaur egungo irizpideak betetzen ez dituzten baina bizitza normalizatua egiteko laguntza behar duten pertsonen zuzenduak. Hau da, adibidez, nortasun nahasmendua duten pertsonen egoera, patologia hau ez baitago Osakidetza gaixotasun mental larriak sailkatzeko erabiltzen dituen kategoriatan.

“Si cada uno pone sus límites y va expulsando [a las personas del sistema de atención]... No, tienes enfermedad mental, pero no la tienes del 33%; tienes

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

enfermedad mental, pero no eres dependiente; [...] puede haber personas con enfermedad mental que no den discapacidad y que, además, no estén en exclusión. Entonces, vamos expulsando todos a una parte de la población que queda sin atender, y yo una de las cosas que estoy planteando aquí es que tenemos que crear recursos intermedios para personas que no cumplan con esos requisitos” (E1_3).

Txosten honen atal ezberdinetan aipatu den moduan, horrelako profila duten pertsonak azkenean oinarrizko gizarte zerbitzuetan artatzen dira, edo kasu hoberenetan, bazterkerian edo bazterkeria arriskuan dauden pertsonentzako prestatutako zerbitzuetan. Bi kasuetan, aipatu den moduan, osasun mentaleko zerbitzuen eta gizarte arretako zerbitzuen arteko elkarlana hobetu behar da, baita horietan lan egiten duten profesionalen formakuntza hobetu gaixotasun mentalen inguruan.

“Por ejemplo, aquí en Beraun la unidad de día está centrada en [atender casos de] esquizofrenia, bipolaridad, psicóticos, pero un trastorno de personalidad no se atiende; además, te dicen ‘es que no es un perfil, no va a encajar’. Y esos son los que nos llegan a nosotros, los que no funcionan bien con medicación, los que no te vienen diciendo ‘yo escucho voces raras’, pero que te expresan ‘he dejado de cobrar la RGI porque no he comunicado’, ‘he perdido el piso porque no he pagado’, ‘tengo problemas con la red porque la he gastado del todo’, ‘estoy en la calle’, ‘tengo problemas de consumo’; y esos son los casos que atendemos nosotros” (E1_5).

“Las personas que tienen un trastorno de personalidad, pues desde sanidad no se va a considerar que es una enfermedad mental. Entonces, ahí sí tenemos un problema importante, porque [...] tenemos que tener capacidad de actuación con estas personas que igual no tienen, no cumplen, el requisito de dependencia o el requisito de discapacidad, pero que tienen una enfermedad mental clara. O que, incluso, a veces, ni cumplen con el requisito de enfermedad mental grave, pero que sí tienen ese trastorno de la personalidad, por ejemplo. Y esos quedan fuera de la atención en la actualidad” (E1_3).

Azkenik, azken urtetan arreta berezituko baliabidetara sartu diren nortasun nahasmenduak edo patologia duala duten pertsonen kopurua handitu egin dela aipatu behar da. Kasu larriretan irizpideak era malguagoan erabiltzen direlako edo zerbitzuetan sartzea ahalbideratzen dieten diagnostiko konbinatua dutelako, programa ezberdinetan sartu ahal izan dira.

“Por ejemplo, sí que dentro de lo que son los pisos tutelados nosotros sí que vemos que, por ejemplo, los trastornos de personalidad, que cada vez hay más, o con un consumo perjudicial de tóxicos, pues a veces es un poco donde entran, ¿no? Es difícil..., porque sí que es cierto que en la mayoría de nuestros recursos, pues siempre el perfil tipo de usuarios siempre han sido una esquizofrenia paranoide, que suelen ser hombres, con un cierto deterioro, pero que son personas que no muestran ningún tipo de resistencia, que al final se dejan llevar y se marcan con ellos unos objetivos y se van cumpliendo, pero cada vez viene otro tipo de perfiles, pues gente joven con trastornos de personalidad o de conducta y dices, a veces, pues no sabemos muy bien hacia dónde derivarles, o dónde pueden encajar mejor” (E2_2).

Horrelako egoera bakoitzak dakartzan zailtasunak jarraian aipatzen dira. Nortasun nahasmenduen inguruan, adostasun nahikoa dago profesionalak kasu hauek kudeatzeko zailtasunak dituztela esateko, batez ere, profil honetako erabiltzaileek izaten duten jarrera ez egonkorra eta desoreka emozionalagatik. Izan ere, mugako nortasun nahastea (ingelesez, *borderline*) honela definitzen da: “un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones personales, la propia imagen y las emociones, así como una intensa impulsividad, un sentimiento de vacío, crisis de identidad y miedo al abandono (real o imaginario) [...] y se caracteriza, en última instancia, por la agitación emocional que provoca. Las personas con trastorno límite de la personalidad sienten las emociones intensamente y durante largos períodos de tiempo y es más difícil para ellos volver a una base

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

estable después de un episodio emocionalmente intenso. Las amenazas y los intentos de suicidio son muy comunes en estas personas” (American Psychiatric Association [APA], 2000). Definizio honekin arreta zerbitzuetan pertsona hauek bizi dituzten gatazkak eta erlazio zailtasunak irudikatu daitezke, baita profesionalak behar duten dedikazio handiagoa ere.

Bestalde, osasun ikuspuntutik, nahasmendu hauek tratatzeko botiken falta sumatzen da, oso arraroa delarik kasu hauetan sintomatologia ongi kontrolatzea. Honen inguruan, azkeneko ikerketak diote psikoterapia dela tratamendu metodorik eraginkorrena, batzutan, familia esku hartzearekin uztartuta. Hala ere, Gipuzkoan ez dago oraindik horrelako kasuak bereziki tratatzeko programarik, nahiz eta aurreikusten den edukitzea eta gertutik jarraitzen diren Araban eta Bizkaian azken urtean martxan jarritako programa pilotuak.

“Centrándonos en el trastorno límite [de personalidad], que es el que se lleva ahora todas las investigaciones y todas las cosas, lo que parece estar claro es que en estos pacientes el crear unidades hospitalarias no sirve para nada, de hospitalización, parece que no tiene utilidad pronóstica, por lo menos. Los fármacos que tenemos, poca historia; se usan, es verdad, que se usan para limitar, no sé si síntomas o conductas, no sé muy bien, pero para el trastorno de personalidad en sí, son como un apaño, con lo cual tampoco están indicados. [...] Y [estos casos] nunca se han abordado [...], hay algunos modelos de terapia, sin fármacos, en principio, normalmente enfocados a la terapia grupal, sobre todo, pero también individual” (E1_1).

“Sobre esto [los trastornos de personalidad], se ha hecho un informe en el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi; entonces, el informe recomienda al final la puesta en marcha de programas específicos en cada territorio para abordar esto, basado en alguna de las dos técnicas]que han demostrado una mayor eficacia hasta ahora] [...] [pero esto supone] personal con dedicación casi exclusiva a esto, cosa que ahora mismo es económicamente impensable, y además hace falta un periodo largo de formación [...] y más luego una predisposición del profesional a aceptar un modelo de intervención con personas de estas características todo el rato, lo cual también tiene su complicación [...]. Bueno, con todo ese lío, Bizkaia y Álava han empezado un pilotaje y nosotros estamos a la expectativa del pilotaje, no porque seamos más listos, sino porque hemos sido más lentos” (E1_1).

Patologia duala, adikzioarekin lotutako nahasmendua eta gaixotasun mentala batera edo bata bestearen atzetik edukitzea da (Vega et al., 2015). *Patologia dualarentzako baliabide eta laguntza beharren liburu zuriak* dionez, zaila da gaixotasun psikikoari buruzko azterketa epidemiologikoetan hauen prebalentzia zehaztea, kategoria diagnostikoak detektatzeko sortuak izan direlako eta ez dituztela identifikatzen gaixotasunarekin batera ager edo bizi daitezkeen ezaugarri edo egoera patologikoak. Hala ere, patologia duala gaixotasun mentalen kasuen %20-%30ean dagoela estimatzen da, pronostiko txarrerako faktore bat izanik (Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión, 2002, cit. en Fundación Gizakia, 2012). Azkenik, adikzioen ondoriozko sintomak eta gaixotasunarenak bereiztea zaila denez, detekzioa eta ondorengo pertsona hauen artatze prozesua zaila da.

Dena den, Gipuzkoaren kasuan abantaila nagusi bat dago beste lurraldeekin alderatuz, adikzioen arretarako sarea eta buru osasun arazoaren arretarako sareak funtzionalki integratuak baitaude. Nahiz eta hau horrela izateagatik detekzioa eta diagnostikoa hobetuko dela pentsa daitekeen, pertsona hauek jasotzen duten arreta eta diagnostikoa sakonean aztertzea beharrezkoa da. Batetik, errehabilitazio baliabide gehienak ez ditu zuzenean Gipuzkoako Osasun Mentaleko sareak kudeatzen, ez gaixotasun mentalari zuzenduak ezta adikzioei zuzenduak daudenak ere. Hirugarren sektoreko erakundeek kudeatzen dituzte. Horregatik ohikoa izaten da bi edo hiru profesional taldek kasu berdinean parte hartzea. Bestetik, patologia duala artatzeko zehazki prestatutako unitate bakarra dago Gipuzkoan, Maldatxo eguneko errehabilitazio zentroa. Gainera zentro hau birmoldaketa prozesu batean dago, profil ezberdin gehiago artatu ahal izateko eta ondorioz, bereziki profil honetako pertsonak artatzeari utziko dio.

4. OARSOALDEA ESKUALDEAKO GAIXOTASUN MENTALAK DITUZTEN PERTSONEN BEHARREN AZTERKETA KUALITATIBOA

“[En la Unidad Especializada en Patología Dual] hemos atendido durante muchos años este perfil, pero con el propio envejecimiento de los usuarios no tenía sentido ya [...]. Por el tiempo, han ido entrando, digamos, en la zona de exclusión social y les atiende la gente de exclusión; por tanto, contábamos con doce plazas que, a veces, teníamos a tres y cuatro personas [...]. Seguiremos atendiendo a los que quedan de patología dual, pero vamos a mirar también de abrir el centro a otros perfiles” (E2_1).

Patologia duala duten pertsonen behar duten tratamenduari buruz, Gipuzkoako Osasun Mentaleko sarean, patologia psikiatrikoari adikzioari baino lehentasuna handiagoa ematen zaiola dirudi. Horregatik ez da beharrezkoa ikusten arreta espezializatua ematen duten unitateak sortzea, Osasun Mentaleko Zentroetan artatzen baitira bi diagnostikoak. Hala ere, errehabilitazio psikosozialeko zentroetan eta integrazio soziolaboraleko baliabideetan lan egiten duten pertsonen bai uste dute, patologia dualak dituzten pertsonen kasuak handitzen diren heinean, horientzat estrategia zehatza planteatzea beharrezkoa dela. Nolanahi ere, egia da ez dagoela baliabide berezi bat sortzeko eskaerarik eta proposamenek gehiago jotzen dutela profesional guztien arteko koordinazioa hobetzera eta horrelako kasuak artatzeko formakuntza eta gaitasunak hobetzea eskatzera.

“La realidad es que el consumo de tóxicos agrava la enfermedad mental; entonces, los estudios, la bibliografía, parece indicar que, en realidad, el tóxico solo ha sido un desencadenante de una estructura previa donde la psicosis ya estaba presente, ¿no? Desde esa perspectiva, los tratamos como psicosis, que además consumen, que además no se cuidan en la salud, que además comen mal, que además no tienen casa, pero el eje central del tratamiento es la psicosis, que para nosotros es lo realmente grave. [...]

O sea, para nosotros el diagnóstico principal no es patología dual, no, el diagnóstico principal para nosotros es uno siempre; otra cosa es que se le añada y además tenga una hepatitis, y además no sé, pero el diagnóstico es uno. [...] en ese sentido, son los centros de salud mental quienes abordan eso, quiero decir, la parte de consumos, como pauta de vida saludable que, de alguna manera, se refuerza también desde enfermería, eso que decíamos antes, ¿no? Y la parte psicótica, por decirlo así, es con el psiquiatra, pero es del mismo equipo” (E1_1).

“Nosotros cada vez tenemos más [personas con un] tema de consumo, no solo en el colectivo de enfermedad mental, pero bueno, sí que se añade a este colectivo. Entonces, esa es un poco nuestra problemática del día a día, pues el pautar bien, incluso, saber si hacemos de la mejor forma que pensamos si, igual, también sería adecuado hacer de otra forma que igual no se nos ha ocurrido, bueno pues un poco todo eso” (E2_3).

Azkenik, adikzioen sareko errehabilitazio baliabideen inguruan, pertsona batzuk diotenez ez dira batere anitzak eta patologia duala artatzeko ez dute malgutasun nahikorik. Hala ere, programa edo zentro hauek ez direnez ikerketa honen helburua, ez da informazio nahikorik bildu adierazpen hori egiaztatzeko. Dena den, gomendatzen da Gizakia eta Argia fundazioek argitaratutako *Buenas prácticas para la inserción social de personas con patología dual* dokumentua irakurtzea. Ikerketa horren emaitzak patologia duala duten pertsonen arretan EAEko hiru lurraldetan 2012an martxan zeuden praktika onen diagnostikoan eta identifikazioan oinarritzen dira.

“Solo en consumo [en problemas de abuso de sustancias], los recursos tampoco son un montón y son bastante, vamos, que se reducen a Proyecto Hombre y poco más, y hay poca flexibilidad, creo yo. No conozco mucho, pero pienso que hay poca flexibilidad en ciertos recursos, y más para estas personas [con trastorno mental grave]” (E1_5).

5 ONDORIOAK

Atal honetan, Oarsoaldean gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretari buruzko diagnostiko kuantitatibotik eta kualitatibotik ateratzen diren ondorioak bildu dira.

5.1 Azterketa bibliografikoari buruzko ondorioak

Txosten hau idazteko egin den literaturaren azterketatik ondorioztatu daiteke, gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta programen diseinuan 9 elementu kontuan hartzen badira, horiek, eraginkorragoak izateko aukerak dituztela:

- a) Pertsonen eskubideen errespetua eta sustapena.
- b) Pertsonan eta ahalduntzean oinarritutako plangintza.
- c) Bizi kalitatearen konstruktoa.
- d) Komunitarioaren papera arretan.
- e) Koordinazioa, dimentsio aniztasuna eta integralitatea arretan.
- f) Laguntza ereduak.
- g) Exijentzia baxua.
- h) Gizarte esku hartzea eta prebentzioa.
- i) Ebidentzian oinarritutako lana.

Bigarrenik, gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretak oinarri hartu behar dituen printzipioetatik haratago, bi gai nagusi daude kolektibo honen inklusioa eta gizarte integrazioa hobetzeko: estigmaren aurkako borroka eta bazterkeria egoera larrian dauden eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arreta berezitua.

Estigmaren aurkako lanen inguruko azterketatik ondorioztatu da, arazo honi era integralean aurre egingo dioten ekimenak diseinatu behar direla, dakarren gizarte bazterkeriaren zikloa bukatzeko. Horretarako, estigma ezabatzeko diseinatzen den edozein ekintzek, fenomeno hau osatzen duten hiru esparruak kontuan hartzea beharrezkoa da:

- ildo kognitiboa (estereotipoa)
- ildo emozionala (aurreiritzia)
- ildo konduktuala (diskriminazioa)

Nolanahi ere, ikusten da oraindik bide luzea dagoela egiteko, Salud Mental España (2015) konfederazioak orain dela gutxi atera zuen azterketak dion moduan. Estigma esparru ezberdinetan oraindik ere badagoela agerian utzi zuen: osasun arretan, hezkuntzak, komunikabideetan, gizarte zerbitzuetan, enpleguan, justizian eta familian, besteak beste.

Azkenik, bazterkeria egoera larrian dauden eta gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arretaren inguruan, espezializatutako dokumentazioaren azterketatik kolektibo honentzat bereziki arrakastatsua eta eraginkorra diren estrategiak identifikatu ahal izan dira:

- Arreta integrala eta zerbitzuen koordinazioa.
- Ingurune irekian eta lantalde ibiltariekin esku hartzea.
- Desinstituzionalizazio programak.
- Etxebitza lehenengo edo *Housing First* programak.

5.2 Azterketa kuantitatiboari buruzko ondorioak

Ikuspuntu kuantitatibo batetik, kontuan hartu behar da, neurketa zailtasunak daudela eta hemen jasotzen diren datuak gutxi gorabeherakoak direla. Nahasmendu mota asko, diagnostiko ezberdinak eta gaixotasunarekin lotutako estigmak, zaildu egiten dute datuen bilketa. Gainera, eskualdeari

5. ONDORIOAK

dagozkion datu bereiztuak ez daudelako, lurralde mailako datuetara jo behar izan da, gehienetan, Gipuzkoako datuetara.

Aipatu diren ñabardura horiek kontuan hartuta, egindako analititik atera diren ondorioak jarraian aurkeztuko dira.

5.2.1 Osasun mentaleko arazoaren eragina

Gipuzkoako biztanleriaren buru osasuna nahiko ona da, nahiz eta azken urtetan okertu egin den. Osasun egoeraren inguruko adierazle gehienekin gertatzen den moduan, emakumeen eta adineko pertsonen egoera biztanleria osoarena baino okerragoa da. Buru osasun arazoaren inguruan, datuek diote Gipuzkoako biztaleen artean, bostetik batek antsietate eta depresio sintomak dituela, nahiz eta kasu guztiak ez diren intentsitate eta larrialdi berdinekoak. Azkenik, Euskadiko Osasun Inkestak (2013) erakusten du biztanleriaren %5ak noizbait bere buruaz beste egitea pentsatu duela, azken hamabi hilabetetan hori pentsatu duen pertsonen kopurua %1.4a izanik.

5.2.2 Gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arreta

3.2 atalean erabili den eskema jarraituz, gaixotasun mentala duten pertsonen arreta hiru esparrutan banatzen da: osasun arreta, gizarte arreta eta arreta soziolaborala. Orokorrean, bildutako datuek erakusten dute gaixotasun mentalak dituzten pertsonaren arreta batez ere osasun sistemaren gain uzten dela – urtean ia 2000 pertsona artatzen ditu eskualdean -, gizarte zerbitzuen sareak Oarsoaldean 20 bat pertsona artatzen dituen bitartean.

Gaixotasun mentalak dituzten pertsonen **osasun arretari** dagokionean, ikus daiteke **Oarsoaldeko osasun mentaleko erreferentziako zentroan, Errenteriakoan, urtean zehar 2000 pertsona artatzen dituztela. Horietatik herena 45 eta 54 urte bitartean daude.** Nahasmendu neurotikoak eta psikotikoak dituzten pertsonak ia erdia dira, nahiz eta diagnostikatutako nahasmenduen artean genero ezberdintasunak nabari diren. Horrela, alkoholaren eta drogen ondoriozko nahasmenduen eragina handiagoa da gizonetan (%20 gizonetan, %5 emakumetan). Bien bitartean, nahasmendu neurotikoak emakumeengan eragin handiagoa dute (%36 emakumetan, %23 gizonetan).

Gizarte arretari dagokionean, 2017 bukaeran, Oarsoaldean 835 pertsonak zuten desgaitasun balorazioa gaixotasun psikiko batengatik. Hau desgaitasuna onartua duten biztanleria osoaren %16.4a da, lurralde osoan bizi diren biztanle guztien %1.16. **Gainera, datuek erakusten dute 2009tik gaixotasun mentalek duten eragina handitzen joan dela. Hala ere, gaixotasun mentalak dituzten pertsonentzako arreta sareko erabiltzaileen kopurua jaitsi egin da.** 2016ko abenduan 9 pertsona zeuden Oarsoaldean egoitzatan eta beste 9 eguneko zentroetan. Laburtuz, Oarsoaldeko gaixotasun mentalak dituzten pertsonen datuek argi uzten dute **pertsona horiek gehiago joaten direla osasun mentaleko zentroetara gizarte zerbitzuetara baino.**

Arreta soziolaboralari eta lan egoerari dagokionean, desgaitasuna duten pertsonen aktibitate tasa eta enplegu tasa kontuan hartuta, pentsatzen da gaixotasun mentalak dituzten pertsonena antzekoa izango dela, hau da, biztanleria arruntaren tasetatik behera egongo direla. Babestutako lan aukera ezberdinak dauden arren, kolektibo honen lan integrazioak – orokorrean desgaitasuna duten pertsonenak bezala – erronka bat izaten jarraitzen du. Babestutako enpleguari begiratuz gero, datuek diote lana duten bost pertsonatik bat gaixotasun psikikoa duten pertsonak direla, bai Enplegu zentro berezietan baita Zentro okupazionaletan ere. Euskadiko lan babestuaren elkartearen (EHLABE) arabera, 2016an Gipuzkoan gaixotasun mentalak dituzten 975 pertsona zeuden Enplegu Zentro Berezitan eta 227 Zentro okupazionaletan. **Ondorioz, gaixotasun psikikoa duten pertsonen lan egoerari buruzko datuek diote kolektibo honen lan integrazioak bultzada berria behar duela biztanleria orokorraren aktibitate eta enplegu tasara iritsi nahi bada.**

5. ONDORIOAK

Azkenik, generoaren ikuspuntutik, datuek erakusten dute gaixotasun mentalak dituzten emakumeek bazterkeria bikoitza jasaten dutela. Emakumeak Errenteriako Osasun Mentaleko Zentroan artatzen diren pertsonen %53 dira eta Oarsoaldeako gizarte zerbitzuen erabiltzaileen %11. Fedeaesen arabera, gaixotasun psikikoa duten emakumeen artean lautik batek familiak eragindako edo bikotekideak eragindako indarkeria jasan duela ezin dugu ahaztu. **Honek esan nahi du, bai osasun arloan baita gizarte zerbitzuen arloan aritzen diren profesionalek, genero ikuspegia txertatu behar dutela gaixotasun mentalak dituzten pertsonen arretan. Alderantzizko bidea ere egin behar da, genero indarkeriaren biktima diren emakumeen arretarako programatan gaixotasun mentalak dituzten emakumeen beharrak ere kontuan hartu behar dira.**

5.3 Azterketa kualitatiboari buruzko ondorioak

Diagnostiko kualitatiboari dagokionean, hurrengo ataletan azaltzen dena azpimarratu behar da.

5.3.1 Arreta eredua eta sistema

Gaur egun Oarsoaldean, eta Gipuzkoan orokorrean, beraien etxeetan bizi diren eta **gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta sistemaren muga nagusietako bat arreta integrala eta kalitatezkoa eskaintzeko baliabide komunitarioen eskasia da.** Arreta sarean, eskasia honako esparruetan nabaritzen da:

- Zentro okupazional eta integrazio soziolaboraleko programetan
- Etxez etxeko laguntza programetan
- Osasun Mentaleko Zentroek eskaintzen duten arreta psikiatriko eta psikologikoan.

Azken honen inguruan, arretaren intentsitatea eta jarraikortasuna aipatzen dira. Hala ere, pertsona batzuk azpimarratu dute benetako arreta komunitarioa edukitzeko, gaixotasun psikikoa duten pertsonak beste politika publikoetan ere integratu behar direla, hala nola, diru-sarrerak bermatzeko politikan eta etxebizitza politika publikoan. Baliteke, arreta komunitario hori indartzeko herriek sarean protagonismo gehiago behar izatea. Gainera, ikusi ahal izan da, baliabide komunitarioen eskasiak senideengan gehiegizko karga jartzen duela, inolako programa komunitarioetara joaten ez diren pertsonen zaintza eta jarraipena beraien gain geratzen baita.

Bigarren zailtasun bat, ereduaren ikuspegi orokorrak ezartzen du, ez baitago behar bezainbeste zuzendua epe luzerako zaintzara, kalteak gutxitzera eta exigentzia baxura. Kontua da, erreforma psikiatrikoaren ondoren baliabideak errehabilitaziorako eta pertsonak sendatzeko duten aukera gauzatzeko sortu zirela. Horren ondorioz, pertsona bakoitzaren egoera eta ezaugarriak ez dira kontuan hartzen eta gaur egun oraindik sintomatologia negatiboa eta kalte kognitibo eta funtzional dezentea duten pertsonak komunitatean jarraitzen dute, baina beraiantzat egokituta ez dagoen baliabiderik gabe.

Orokorrean, gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretari zeharkako ikuspegi gehiagorekin aurre egin beharko litzaioke ikusten da, non espezializatu gabeko gizarte eta osasun zerbitzuak ere integratu beharko diren.

5.3.2 Osasun sistema

Osasun sistemak berriz, erronka nagusi batzuk ditu hasieran planteatu zen errehabilitazioaren eta komunitarioaren ikuspegia guztiz martxan jartzeko. Sinbolikoa izan arren, azpimarratu behar da epe luzerako ospitale psikiatrikoak oraindik ere badaudela. Hala ere, gabezia larriena Osasun Mentaleko Zentroek duten gehiegizko lan karga da. Dirudienez, lan karga handi honen arrazoia langileria eskasia da, azken urtetan zentroetan laguntza eskaera handitu egin baita. Bestalde, arreta sareko beste eragileek osasun zentroi ekintzaleak izatea eskatzen diete, eta gainera etxez etxeko bisitak ohiko

5. ONDORIOAK

esku hartzeetan txertatzea nahi dute, ez larrialdi egoeretan bakarrik. Psikoterapiaren inguruko kritikak ere jaso dira, botiken osagarri gisa gutxi erabiltzen direla ikusten baita. Beste bi kritika ere jaso dira. Batetik senideei tratamenduan parte hartzea oztopotzen zaiela uste da, nahiz eta informazio iturri garrantzitsua izan eta gaixotasuna duenarentzat laguntza naturala izan. Bigarrenik, pertsona batzuk uste dute erabiltzen den estrategiak lehenetsia ematen diola gaixotasuna duena eusteari, sendatzeari baino.

Hala ere, arretan gabeziak daudela ikusirik, Osakidetzak azken urtetan ekimen ezberdinak jarri ditu martxan eguneko osasun mentaleko zerbitzuen kalitatea hobetzeko. Ekimen horien artean daude, besteak beste, jarraipen handiagoaren eta etxeko zerbitzuen sustapena, pertsonalizatutako erizaintza planak eta historia kliniko elektronikoa berritzea. Proiektu hauek, dudarik gabe, antzeman diren hutsuneak konpontzen lagunduko dute. Ekimen hauek orokorrean lehen mailako osasun arretan ere garatzen hasi beharko dira, batez ere kontuan hartzen bada gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen bizi itxaropena biztanleria orokorrarena baino laburragoa dela. Hala ere, zintzilik geratuko litzateke Osasun Mentaleko Zentroen gehiegizko lan karga konpontzea. Argi dago honek baliabide gehiago eskatzen dituela. Horrez gain, tratamenduari adherentzia baxua dioten edo bazterketa egoeran dauden pertsonak artatzeko formula berriak ere aurkitu behar dira.

5.3.3 Esparru soziorabiala

Esparru soziorabialari dagokionean, esan daiteke elkarriketatuko pertsonen honen inguruan egin den ahalegina aitortzen dutela. Hala ere, dauden integrazio laboreko programak gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen beharretara ez direla behar bezala egokitzen ikusi da. **Gabezia nagusien artean daude, lanaldi luzeegiak, ordutegien malgutasun falta, erakargarriak ez diren ekintzak eta orokorrean, esijentzia maila altua.** Baliabide zehatzei buruz hitz egiten bada, Zentro okupazionalak gehiago orekatu beharko luteke alderdi produktiboa eta ez produktiboa, dauden profil eta behar ezberdinetara egokitzeko. Gainera, aktibitateak dibertsifikatu beharko litzukete. Enplegu Zentro Bereziek berriz lana eta tratamenduak uztartzeko erraztasunak eman beharko litzukete. Hala ere, **horrelako programak martxan jartzea gaur egun ezinezkoa da dagokion dekretu autonomikoa ez delako oraindik onartu.** Lan mundu arrunteko integrazioari dagokionean, lehen mailako erronka izaten jarraitzen du eta aztertu beharko litzateke ea zergatik horretarako diseinatutako trantsizio programek, adibidez lagundutako lanak, ez duten behar bezalako emaitzarik lortu.

Gaur egun Oarsoaldean dauden mekanismo ezberdinen azterketa egiteko beharrezkoa da erakundeek (Eusko Jauraritzak, Aldundiek eta Udalek) baliabide ekonomikoak bideratze beraien aurrekontuetan. **Horrela, integrazio soziorabialako dinamikak gauzatu ahal izango lirateke, gaixotasun mentala duten pertsonen integrazioa lehenengo pausotik lan merkatu arrunteko integratzaile.**

5.3.4 Behar bereziak dituzten profila

Aurretik aipatu den bezala, arreta sarean badira beraien behar eta gaitasunetara egokitzen den laguntza aurkitzeko zailtasunak dituzten profila zehatz batzuk. Horien artean daude **adineko pertsonak, pertsona gazteak, bereziki 18 eta 25 urte artekoak, atzeritarrik eta nortasun nahasmenduak dituzten pertsonak.** Buruko gaixotasunak dituzten emakumei dagokionean, gehiengoak uste baldin badu ere ez dela arreta berezia behar duen kolektiboa, baliabideen sarbidean eta erabileran bai ikusten direla ezberdintasunak. Ezberdintasun horiek aztertzea komeniko litzateke. Azkenik, gaixotasun mentala duten emakumeen arretan garrantzitsua litzateke bi ideia kontuan hartzea. Batetik ikusten da, beste talde soziodemografikoekin alderatuz, indarkeria matxistaren aurrean zaurgarriagoak direla. Bestetik, emakumeen eskura jartzen diren baliabidetara gaixotasun psikikoak dituztenak gutxiago joaten dira.

5. ONDORIOAK

5.3.5 Zeharkako erronkak

Oarsoaldean gaixotasun psikikoa duten pertsoneri ematen zaien arreta hobetzeko zeharkako erronkak daudela ikusi da:

- arretaren indibidualizazioa handitu beharko litzateke.
- zaintzaren jarraitutasuna bermatu.
- zerbitzuen diseinuan eta errehabilitazio eta zaintza plantetan hartzen diren erabakietan parte hartzea sustatu eta ahalduz sakondu.

Arretaren indibidualizazioari dagokionean, erreferente gisa arituko den profesional bat ez edukitzea eta arreta baliabideen malgutasun eta aniztasun falta dira hori garatzeko oztopo nagusiak.

Arretaren jarraitutasunari dagokionean berriz, hiru esparrutan nabaritu dira gabeziak:

- zerbitzu komunitarioetatik osasun mentaleko zerbitzuetara gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen kasuen deribazioan.
- Arreta psikiatriko anbulatorioetara trantsizioa, larrialdi zerbitzuetatik, batez ere lehenengo ospitaleratze psikiatriko baten ondoren.
- Arreta goiztiarreko programen eskasia.

Tratamenduaren adherentzia baxua duten pertsonen arreta ere puntu kritikoa dela uste da, nahiz eta aurrerago aipatzen den moduan Osakidetza dagoeneko honen inguruan lanean ari den eta tratamendua uzten duten pertsonen tasa asko jaitsi den azken urtetan.

Azkenik, gizarte parte hartzeari eta gaixotasun psikikoa duten pertsonen ahalduzeari dagokionean, bai ikuspegi indibidualetik eta baita kolektibotik ere, gizartean estigma eta aurreiritziak oraindik egoteak ahalegin berezia eskatzen dute. Gaixotasun mentalen arazoak eta ondorioak ikusarazteko eta horien inguruan sentsibilizatzeko ahalegin handiagoa egin behar da. Bestetik, batez ere senideen elkarrekin eskatzen dute, sendatzean oinarritutako baliabideak sor daitezela. Horiek, honako esparruetan jarri beharko lukete arreta: gaixotasun psikikoa duten pertsonen parte hartzean eta elkar laguntzeko sareen eta taldeen indartzean. Gainera, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen beste erabiltzaileen sendatze prozesuan edo zerbitzuen diseinuan joka dezaketen aditu rola aitortzea ere eskatzen.

6 GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

6.1 Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen buruzko datu zehatzak biltzea

Txosten honen atal ugaritan aipatu da gaixotasun psikikoa duten pertsonen buruzko datuak biltzea zaila dela. Adibidez, pertsona hauen lan egoera aztertzeko orduan, kolektibo honi buruzkoak datuak desgaitasuna duten pertsona guztien datuetatik kalkulatu dira (3.2.3 atala). Gainera, lurralde mailako datuak erabili dira eskualdekoak ez daudelako. Honen ondorioz, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen egoera datu orokorretan lausotua geratzen da. **Horregatik ikusten da benetako egoera zein den jakiteko beharrezko datuen identifikazioa egin eta dagokion esparruan horiek bildu ahal izateko aldaketak aplikatzea.**

6.2 Arreta eredu erabat martxan jartzea

Aurretik aipatu den moduan, Gipuzkoako gaixotasun psikikoa duten pertsonen arreta ereduak ikuspuntu ezberdinak hartzen ditu oinarri. Diagnostiko honetan berriz, ikusi ahal izan da printzipio horiek aplikatzeko mugak daudela eta kasu batzuetan ereduaren aplikagarritasuna zalantzan jartzen dela.

Lehenik eta behin, eragile sozialak bat datoz, eredu komunitarioa martxan jartzeko Gipuzkoan baliabide nahikorik ez dagoela esatean. Gainera, lurraldean bizi diren gaixotasun psikikoa duten pertsonen estaldura eta kalitatezko arreta emateko ospitalez kanpoko baliabideak eskasak eta aniztasun gutxiak direla uste dute. 5.2.2 atalean esaten den moduan, azpimarratu behar da 2009tik gaixotasun mentalen eragina handitu egin den arren, gizarte zerbitzuen sareko baliabideen (eguneko zentroak eta egoitzak) erabiltzaile kopurua jaitsi egin dela. Horrelako zerbitzuen beharra zalantzan jarri gabe, datuek argi uzten dute eskualdean behar diren zerbitzu sozialen inguruko hausnarketa egitea beharrezkoa dela. Zehazki esparru hauetan nabari da gabezia:

- Zentro okupazionalen eta integrazio soziolaboraleko zerbitzuetan.
- Etxez etxeko zerbitzuan.
- Osasun mentaleko zentroetan ematen den arreta psikiatriko eta psikologikoan, jarraigoa eta maizago izan dadin.

Denbora-pasa eta denbora libreko zerbitzuen eskaintza mugatua dela ere esaten da eta gainera, eskaintza hori askotan ingurune eta ekintza normalizatuetatik at dagoela ikusten da. Asteburutan ez dago zerbitzurik, nahiz eta azken urtetan hori hobetzen joan den.

“De los distintos eslabones de la atención comunitaria que tenían que hacer frente [a la atención de las personas con enfermedad mental en el entorno comunitario], como es la inserción sociolaboral, como es la necesidad de cubrir unos mínimos recursos para que se pueda subsistir, como es establecer una dinámica de grupo comunitario para poder participar e introducir dentro de la sociedad, pues de eso no hay nada [...] entonces, ahí hay una desconexión de ese planteamiento inicial de abordar [el problema de la enfermedad mental] desde la comunidad, donde, al final, lo que pasa es que cuando estas personas tienen una situación donde se rompe un poco su situación de estabilidad, pues la única solución que hay es la farmacología” (E3_1).

“Gogoeta bat egiten orain dela urte bat eta piku edo pare urte bat, gai honen inguruan, zeren eta ikusi genuen beste komunitate autonomo batzuetan, Madril, besteak beste, errekursoetan handitu dutela, baina batez ere asko potentziatu dituztela etxez-etxeko

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

programak, eta bueno, ba egiten hasi gera saiakera bat horren inguruan. Orain dela urte eta erdi baldin bagenun presupuesto bat, hartzeko 20 kasu, orain esan dezakegu ibili gaitezkeela 45-50-50 kasu inguruan” (E1_2).

“¿Qué es lo que tiene mi hijo? Pues cada 2 o 3 meses, 15 minutos con el psiquiatra, y cada 2 o 3 meses, otros 15 minutos con el psicólogo ¿[A] uno y [a] otro, qué es lo que le[s] dice? Pues lo que quieren oír. ¿Por qué? Porque él piensa ‘yo, si le digo que estoy mal, igual me ingresa’, y en 15 minutos, no hay espacio para valorar la realidad, no hay espacio; entonces, lo único que hay es un control de la medicación” (E3_1).

Izan ere, egoera hau arreta sarearen ahultasun gisa identifikatu zen, 2015ean Gipuzkoako Foru Aldundiak egin zuen diagnostikoan. Bertan, txosten honen ondorio nagusietako batekin bat egiten duen ideia ere jasotzen da: kalitatezko arreta komunitarioren eredia lortzeko, **ez da nahikoa eguneko zerbitzuen plazak handitzearekin**, baizik eta **etxez etxeko zerbitzuen estaldura handitu behar da eta osasun mentaleko zentroen eta udal gizarte zerbitzuen inplikazioa bilatu behar da**, gaixoasun psikikoa duten pertsonen arretan.

Diagnostikoan zehar ikusi den moduan, udalek paper garrantzitsua joka dezakete gaixotasun psikiko larria duten pertsonen gertuko zerbitzuak eskaintzen. Gainera, zerbitzuetara sarbidea hobetuko litzateke, kolektibo honetako kideek ez baitute gustuko izaten ezagunak dituzten komunitate, espazio eta lekuetatik ateratzea. Izan ere, hau da eguneko arreta zerbitzuetara joateko antzeman den zailtasun nagusietako bat. Oinarrizko gizarte zerbitzuetatik azpimarratu da herrietan bertan dauden eta gizarte bazterketan dauden pertsonentzako eguneko zentroek (1.7) bereziki arrakasta lortu dutela. Baliabide hauek gaixotasun mentala dutenentzat egokiak direla esateko bi faktore daude: programen exigentzia baxua eta erabiltzailearen herri berdinean egotea.

“El SAD [Servicio de Atención Domiciliaria], que no es para enfermos mentales, sí que es verdad que recoge un gran peso para ese tipo de colectivo” (E1_5).

“Hay perfiles [de personas con trastorno mental grave] que encajan bien en [los recursos orientados a] la discapacidad, y hay otro tipo de perfiles que encajan mejor en los recursos dirigidos a la exclusión social. Y no estamos metiendo en recursos de exclusión a gente con enfermedad mental que no tenga un perfil de ese tipo, ¿eh? Quiero decir, que pienso que se puede jugar con las dos opciones; de hecho, creo que es lo que hacemos todos” (E1_5).

Etxez etxeko zerbitzuen gabeziaren ondorioen inguruan, honek bi arazo sortzen dituela ikusten da. Batetik familiek gehiegizko ardura hartzen dute, batez ere, dependentzia altua duten pertsonen kasuan. Bestetik, hutsunea sortzen da arretan eta horrek gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen egoera eta gaixotasunari lotutako sintomatologia okertu dezake. Izan ere, familiek sentitzen dute eguneko zentroetan pertsona hauek era jarraian ez badira artatzen, isolatu egin daitezkeela.

“Creo que ahí hubo un cambio en el modelo de atención psiquiátrica que se plantea la desinstitucionalización, pero no plantean luego los recursos dentro de la comunidad; el planteamiento es bueno, pero para eso tienes que tener recursos en la comunidad. La familia cumplirá ahí un trabajo importante, pero cada vez ese apoyo es menor” (E1_5).

Horrelako kasuak artatzeko, **familiek etxez etxeko zerbitzuak eta gizarte hezkuntzako zerbitzuak eskatzen dituzte**, zeinak erabiltzailearen gainbegiraketa egiteko figura profesional bat edukitzea ziurtatzen duten. Profesional horrek erabiltzailearen eguneroko errutina egituratu beharko luke eta berarentzat esanahia duen bizitza proiektua garatzen lagundu beharko lioke. Gainera, bai familiek eta baita arreta zerbitzuetan lan egiten duten pertsonen uste dute erreferentziatzeko profesional batekin kontaktu jarraia edukitzeak erabiltzailea arreta sarera gerturatu eta dagoeneko martxan dauden eguneko zerbitzuetara sarbidea erraztu dezakeela.

“[Los programas de atención domiciliaria] son programas con los que se consiguen muchas cosas, te quiero decir, que tenemos a personas que igual estaban aisladas en su casa, que no salían y que, bueno, van al centro de salud mental, pero no hay ahí un enganche, no quieren saber nada de hacer ningún tipo de actividad diurna. Entonces, pues bueno, poder ofrecer un servicio personalizado en su domicilio, pues joé, al final, la persona se va familiarizando con los profesionales, va cogiendo mayor confianza y, a veces, hemos conseguido que, de una situación muy, muy caótica, [...] la persona enganche en un centro de rehabilitación psicosocial, en un centro de día, incluso, que vaya a un piso tutelado, porque vivía con la familia y había agresiones y la convivencia era insostenible” (E2_2).

Hala ere, kontuan hartu behar da, osasun esparruko profesional batzuk ez daudela ados iritzi horrekin. Uste dute presio edo nahi sozial bat dagoela pertsona hauek eguneroko jarduera mantendu dezaten, nahiz eta hori osasun irizpideekin bat ez etorri. Ikuspuntu horretatik argudiatzen da pertsona batekin egiten diren esku hartzeak, ez direla neurtu behar egunerokotasunean aktibitate erregular mantentzen duen edo ez ikusita. Kasu batzutan, egoera psikiatriko egonkorra eduki eta sintomatologia negatiboa gutxitzea esku hartzearen eragin positiboa neurtzeko nahikoa dela diote. Nolanahi ere, argi utzi behar da kasu honetan eguneroko bizitzan egitura minimo bat eta erreferente batzuk jartzen dituzten zerbitzuak besterik ez dituztela eskatzen. Eskaera hau batez ere profil zehatz bateko pertsonentzat egiten da: gaur egun dauden eguneko zerbitzu orokorragoetara joaten ez diren edo joan nahi ez duten eta baldintza zorrotzegiak direla uste duten pertsonentzat, hain zuzen ere.

“En un momento determinado [las personas con trastorno mental grave] pueden necesitar una serie de recursos [de atención diurna], pero no sé, a veces, ni siquiera eso. Lo que pasa que las familias, evidentemente, siempre hacen demanda de recursos, porque ellos también..., te quiero decir, de repente tienen un hijo que tenían unas expectativas a nivel de una carrera universitaria, de tal, y de repente todo eso se rompe [...]. Pero la psicosis evoluciona hacia el deterioro, cognitivo y relacional; intentamos frenar eso, frenar eso, y luego, según como se establezca la cosa, ver, pero [...] muchos no quieren venir, muchos están en sus casas, la inmensa mayoría probablemente [de] los psicóticos lo pasaran en su casa, o paseando, los vemos en la calle” (E1_6).

“Da la sensación de que todos en esta vida tenemos que tener una estructura, pues sí hay que tener, ¿no?, eso nos da cierto [orden], pero las familias, muchas veces hacen toda su orientación a los hijos desde lo que ellos entienden que sería bueno para sus hijos, pero ahí muchas veces no está implicado el deseo de la persona, entonces hacen proyectos que son ajenos a esa persona, entonces, pues bueno...” (E1_6).

Beste bigarren ideia batekin ere adostasuna lortu da arreta sareko eragileen artean. Errehabilitazio psikosozialak izan behar du egiten diren esku hartze guztietan helburu eta helmuga nagusia.

Hala ere, gero eta nabariagoa da pertsona batzuen kasuan kalte funtzionalak ez duela atzera bueltarik eta beste batzuen kasuan, momentu zehatzetan ezin dutela edo ez dutela errehabilitazio psikosozialak bilatzen dituen helburuak lortzeko lana egin nahi.

Honek, dena den, ez du esan nahi pertsona horiek arretarik behar ez dutenik, baizik eta arreta ezberdina behar dutela. Kontua da, **horrelako egoerak ez onartzeak, sarean epe luzerako zaintzarako eguneko baliabideak, kalteak gutxitzekoak eta exigentzia baxukoak ez egotea ekarri duela**. Honek bi arazo sortu ditu. Batetik, badaude erabiltzaile batzuk, eguneko zentroetan eta zentro okupazionalatan egiten diren errehabilitazio psikosozialerako ekintzak erabiliko lituzketenak. Ez dira horietan sartzen ordea, exigentzia maila altuegia dutelako.

“Yo creo que [la atención diurna] tendría que ser más personalizada, lo que cada uno necesite. Es como en los recursos de rehabilitación sociosanitaria, en las unidades de día, pues hay pacientes que les viene muy bien ir de nueve de la mañana a las seis...,

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

pero claro, siempre es así, no pueden elegir y de alguna forma tenemos que justificar nosotros que mucha de esa gente pueda salir, pues yo que sé, que después de comer se vaya a casa..., y eso, yo creo que tendría que ser así” (E1_6).

“Para algunas cosas, les exigen más que lo que realmente les pueden exigir, o sea, no sé, a mí me parece que a cualquier persona con una dificultad nos costaría entender que le hagan trabajar a determinado horario laboral y sobrecarga de trabajo, y la mayoría de nuestros pacientes trabajan así, cuando llegan a trabajar, trabajan con unos horarios que a mí me parecen exagerados” (E1_6).

Bestetik, ondatzte funtzional garrantzitsua duten pertsonak ere badaude, exigentzia baxua duten zerbitzuetara joan beharko luketenak. Hala ere, beste batzuetan mantentzen dira ez dagoelako beraiei egokitutako besterik. Azken kasu honetan, gainera, dauden zerbitzuen funtzionamendurako oztopo dira, zerbitzu horiek ez baitaude prestatuta horrelako profila duten erabiltzaileentzat.

“Nosotros nos hemos encontrado con que tenemos usuarios que llevan un montón de años [con la enfermedad], que ya el deterioro es mayor, que hemos hecho ya lo que se podía. Y va a sonar un poco mal, pero para que me entendáis, lo que se podía trabajar con ellos ya se ha trabajado. Entonces, ahora estamos más en mantener y el objetivo sobre todo es el evitar el aislamiento, pues bueno tienen un enganche con el centro, acuden y nos quedamos con eso, ¿no? [...] [Entonces, lo que nosotros proponemos es] poder crear un único recurso para eso, es decir, no mezclar, ¿no?” (E2_2).

Arazo honen jatorria izan daiteke dauden baliabideak nahikoa anitzak ez izatea. Hala ere beste arazoi sakonago bat badago. **Gaixotasun mental larrien arretarako eredu ez dago behar bezain argi definitua.** Eredu horrek esku hartzeak errehabilitazio psikosozialean oinarritzea ekarri beharko luke, baina pertsonan zentratutako planifikazioa eta sendatzearen paradigma ere ezarri beharko lituzke, besteak beste. Desgaitasuna duten pertsonen eta adineko pertsonen arretan aspaldi aplikatzen diren estrategiak dira hauek eta nahiz eta arreta sareko zerbitzu batzuetan ezarri, Gipuzkoako gaixotasun mentalaren arretan ez dira erabat integratu.

Azkenik, arretan parte hartzen duten eragile guztiak ados daude hurrengo ideiarekin: kolektibo honen behar sozial, sanitario eta soziosanitarioek arretaren konplexutasuna handitzen dute eta gainera zaila da behar duten zaintzaren jarraitutasuna mantentzea. Hala ere, **oraindik hutsune garrantzitsuak daude biztanleria zati honen arretan.** Ereduaren sorrerako diseinuak azaltzen ditu hutsune horiek eta errebisio edo birformulazio batekin gutxitu ahal izango lirakeke.

“Diagnósticos claros de enfermedad mental hay pocos. Hay diagnósticos de salud mental y discapacidad; diagnósticos de salud mental y exclusión; diagnósticos de salud mental, exclusión y discapacidad; diagnósticos de salud mental y consumos. [...] Pienso que una persona con enfermedad mental puede trabajar [y ser atendida] aquí o allá, y en ambos casos tiene que haber equipos de apoyo que formen, que apoyen, que contengan y que puedan hacer que todo esté menos estigmatizado. Y eso es lo que a mí me parece que, evidentemente, no hay en estos momentos, no tenemos eso” (E1_5).

“Hemos hablado de sanidad, de servicios sociales, pero estas personas, como decimos, están en la comunidad y tocan todos los ámbitos [...]. Para mí, uno de los grandes problemas que vemos en colectivos es que hay muchas carencias en todos los sistemas que les tocan y que se quedan fuera un poco del trabajo, de la vivienda, no sé qué, quiero decir, que hay que tocar un poco todos los aspectos, no solo en uno u en otro, porque si no, no avanzamos” (E1_5).

Zentzu honetan zerbitzu ezberdinen koordinazioa beharrezkoa dela ikusten da. Horretan, **arreta sarean parte hartzen duten eragile guztiak bilduko dituen Eskualdeko buru osasunaren mahai bat sortzea** izan daiteke konponbidea. Mahai horretan egongo lirakeke udalak, aldundia, arreta

psikiatrikoko zerbitzuak, erabiltzaileak, gizarte zerbitzuak eta zerbitzu soziosanitarioak, juridikoak, segurtasun indarrak, hezkuntzako eragileak, Lanbide, garapen agentziak eta abar.

6.3 Esku hartzeak indibidualizatu

Esku hartzeen indibidualizazioa arreta sare guztian hutsuneak dituen esparrua da. Nahiz eta gero eta zerbitzu gehiagok egiten dituzten **arreta indibidualizatuko plangintzak**, eta gutxi batzuk, pertsonan zentratutako plangintzak erabiltzen dituzten, egia da esku hartzeak gehiago egokitu beharko liratekela erabiltzaileen beharretara eta nahietara. Zentzu honetan, bi zailtasun nagusi ikusi dira. Batetik kasu erreferente gisa arituko den pertsona baten falta nabari da eta bestetik dauden arreta baliabideen malgutasun eta aniztasun falta.

Erreferentearen figura polemikoa da gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan. Pertsona hauek gizarte eta osasun esparruko beharrak dituzte eta ondorioz lehenik eta behin planteatzen da, nork izan beharko lukeen erreferentea. Honen inguruan, eta arreta soziosanitarioko sarearen garapenaren faltan, Gizarte Zerbitzuen 12/2008 legeak ezartzen du ardua elkarbanatu behar dutela bi sistemek, baina ez du zehazten horretarako formula edo prozedura argirik eta esaten duen gauza bakarra da pertsona hauen arreta “bi sistemen parte hartzea edukiko duen programa edo esku hartze prozesuen bidez” egingo dela (Gizarte Politikako Departamentua Gipuzkoako Foru Aldundia, 2015).

Egoera honek zailtasun ugari ekarri ditu kasuen eguneroko kudeaketan eta sareko eragile ezberdinek beraien arteko akordioen edo elkarlan protokoloen bitartez konpondu dituzte. Nolanahi ere, **esku hartzeen indibidualizazioa lortzeko erreferente profesionaleren figura edukitzea tresna garrantzitsua litzatekela ikusten da**. Are eta gehiago, erabiltzaileen eta bere ingurukoek – sendeen edo pertsona garrantzitsuenen - parte hartzea handitzeko esku hartze horien planifikazioan.

Kasu askotan, batez ere osasun esparruan, paternalismoa eta kontserbadurismoa nabari dira gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen esku hartzeetan, non profesional batzuk oraindik ez dauden gaixotasuna kudeatzeari buruzko gaietan erabiltzaileen autonomiaren eta erabakitzeke ahalmena sustatzearen alde. Testuinguru honetan, pertsona batzuk azpimarratu dute bide gehiago sortu behar direla arreta plangintzetan erabiltzaileen nahiak eta itxaropenak kontuan hartzeko.

“Puede haber casos, y hay casos en momentos, en los que desde Hurkoa pensamos que es bueno para una persona no sé qué. Y nosotros somos más partidarios de darle autonomía y, en muchos casos, decirle, bueno, pues se pega un trompazo, que se lo pegue. Pero, también tendrán que vivirlo, ¿no? Y, por ejemplo, salud mental es más conservadora y es menos partidaria a veces de permitirle [a la persona] según que saltos al vacío, ¿no? Pues eso, por ejemplo, que vaya a vivir al domicilio, que se case, que tenga pareja, que tenga hijos, etc.” (E2_4).

Ideia honekin lerrotatuta, adibidez, Gipuzkoako Osasun Mentaleko sareak historia kliniko elektronikoa atal bat gehitu dio, non horrelako informazio jasotzen den. Oraindik asko erabiltzen ez den arren, osasun mentaleko sareko profesionalak elkarbanatzen duten ohiko informazioan aurretik aipatutakoa ere txertatzea da helburua. Arraztaloko kideek berriz haratago joan beharko litzatekela pentsatzen dute eta gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretarako zerbitzuek pertsonan zentratutako planifikazioan oinarritutako arreta eman beharko luketela uste dute. Erabiltzaileen nahiak eta itxaropena esku hartzeetan txertatu beharko lirateke, baita horien ingurune sozialak eta sendeek planifikazio horri egiten dizkieten ekarpenak ere.

“Una tendencia nueva que probablemente tiene que ver más con la teoría de la recuperación y casi del humanismo creo yo y que son los planes de atención basados en las necesidades y las fortalezas del paciente, ¿no? Hay como una negociación con el paciente, esto lo hemos empezado hace un año ¿eh? Quiero decir que realmente la experiencia es muy pequeña, ¿no? Pero bueno, hemos generado tres, nosotros los llamamos formularios y son partes de la historia clínica, donde se recogen contenidos

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

concretos, ¿no? Y están siempre visibles. Uno habla de las necesidades, el otro de las expectativas y el otro de las fortalezas, de lo que el paciente considera que son sus cosas buenas y sus cosas malas y de alguna manera cuáles serían sus prioridades de cambio en todo ese panorama que él mismo nos ha generado, ¿no?” (E1_1).

Zentzu honetan, senideen elkarrekin adierazi dute pertsonaren inguruneak tratamenduaren plangintzan duen parte hartzea, artatzen duen profesionalaren menpe dagoela, batez ere Osasun Mentaleko Zentroetan. Gaur egun zentro horietan artatzen dira erabiltzaile gehien eta gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen arretan funtsezkoak dira. Hala ere, profesionalak ohartarazten dute batzuetan senideekin lan egitea zaila dela. Batetik, erabiltzaileak ez badu senideen parte hartzea nahi, profesionalak ezin dute ezer egin horren inguruan. Bestetik, senideen parte hartzea beti ez da positiboa izaten, erlazio gatazkatsuak daudelako edo pertsonak gehiegi babestera jotzen dutelako. Honek erabiltzailearen sendatzean ez du laguntzen.

“Los cuidadores pues somos los que estamos allí, los que estamos a las duras y a las maduras, hay crisis, no hay crisis, haya lo que haya, pero lo que decíamos antes, la psiquiatría comunitaria no existe, no hay, y eso es lo que nosotros pedimos, que se pase de una psiquiatría en la que el psiquiatra es amo y dueño del enfermo, a una psiquiatría en la que todos los miembros que intervienen con esa persona [tengan un rol], [...] desde el psiquiatra, desde el psicólogo, desde la enfermera, desde las asistentes sociales, tanto del centro de salud mental como de los ayuntamientos, los familiares, los amigos, los centros sociales municipales que están en cada uno de los pueblos [donde vive la persona], pues que todos intervengan con esa persona y se coordinen” (E3_1).

“Sí, claro, es que no hay más remedio, no hay más remedio: algunas familias quisieran participar más y no les dejamos, otras quisieran [participar] menos y les obligamos, y luego con otras, pues más o menos nos ponemos de acuerdo. [...] es verdad que [las familias] son una parte fundamental, yo ahí no tengo vamos, ninguna duda ¿eh? Y que todo lo que tendríamos que hacer tendría que ir en línea de potenciar eso, ¿eh? Pero también hay otra parte contraria, que es aquella en la que el paciente te dice que no tiene ningún interés en que le digas [a su familia nada, un] paciente adulto no incapacitado y, por lo tanto, capaz civilmente. Pues tú, a callar, ni recibes a la familia, porque te ha dicho, que no le recibas y eso las familias no lo entienden” (E1_1).

“Sí que es cierto que también depende de cada centro de salud mental, o sea, que en algunos casos hay una mayor implicación, según con el profesional con el que nos encontremos [, pues las cosas son más fáciles o más difíciles]. O sea, yo entiendo que, por la Ley de Protección de Datos, [en el centro de salud mental] no pueden atender al familiar muchas veces, porque si la persona se niega, pues ahí son muy cuidadosos, y hay otros [casos] en los que ven que hay una necesidad o hay una situación de desprotección y entonces pues igual sí que hablan con la familia. Va a depender mucho del profesional, pero sí que es cierto que muchas veces las familias se acercan [a Agifes], porque dicen: ‘es que voy al centro de salud mental y nadie me explica, nadie me da pautas, nadie’. Bueno, entonces pues una labor importante de la asociación [es] orientar a las familias en esa situación” (E2_2).

Arreta indibidualizatua ezartzeko bigarren zailtasuna eguneko arreta zerbitzuen zurruntasuna eta aniztasun falta da. **Eguneko zerbitzuen eta zentro okupazionalen malgutasunaren inguruan**, bai sareko profesionalak eta erabiltzaileek esaten dute, egun erdiko lanaldia eskaini beharko litatekela. Horrela erabiltzaileek ordu gutxiago joan ahal izango lukete edo egun batzuetan ez joan, egunero joan beharrean.

“Problema asko ditugu eguneko zentroekin flexibilitatearekin eta dekretua, baina hori guk eta hirugarren adinekoak eta denak. Adibidez Donostian, Agifeseekin daukagun

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

hitzarmenaren barruan badaukagu zentro bat dala OTL-Benta Berri [aisialdi programa bat] eta hor joateko flexibilitate gehiago dago eta oso ondo dago hori, baino hor bakarrik daukagu, gainontzeko eguneko zentroetan jendea joan behar da goizeko getatik arratsaldeko 5ak arte, eta hori ere problema bat da, igual badago jende gaztea ez dana ona inkluso joatea astelehenetik ostiralera goizeko getatik arratsaldeko 5ak arte” (E1_2).

Dagoeneko azaldu den moduan, gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen ezaugarri berezietatik sortu da behar hau, bereziki sentsibleak baitira estresari eta gehiegizko estimulazioari. Zentzu honetan, etengabeko jarduna eskatzea eta erlazio sozialak eta pertsonalak etengabe kudeatu behar izatea ahalegin handia izan daiteke pertsona hauentzat. Bestetik, botiken eraginez, pertsona hauen aktibitate basala gutxitu egiten da eta lo egiteko eta atsedean hartzeko beharra handitu. Ezaugarri hauengatik ez da gomendagarria pertsona hauei gehiegizko aktibitatea exijitzea eta argi geratzen da, ez liratekela erabili beharko dependentzia egoeran edo desabantaila sozialean dauden beste pertsoneri zuzendutako eredu berdinak.

“Tampoco estoy de acuerdo con que mi hijo tenga que ir a un sitio de estos [un centro ocupacional], que tenga que madrugar tanto lo primero, eso es lo primero, porque con la medicación que tiene, tienen una metralla que les cuesta levantarse de la cama el doble, levantarse; luego, que ellos tengan la motivación para ir a trabajar, que no tiene la misma que nosotros; luego, que estés allí desde las ocho de la mañana hasta la una, algunos se quedan hasta las cuatro, las cinco de la tarde, eso es mucho para un enfermo así, es mucho tiempo fuera de casa y fuera de su espacio. O sea, que todas las cosas ya están organizadas, comedor, trabajo, un poco un espacio como para centro de recreo diríamos y tal, pero eso es mucho para unas personas que están enfermas, necesitan otra clase de apoyo, de trabajo, de estar más con ellos, no funciona” (E3_1).

“Nosotros tenemos pacientes que están en ocupacional porque no son capaces de aguantar un horario de ocho horas, de ocho de la mañana a cinco de la tarde. Yo creo que no se les debería exigir ese tipo de horario para que tengan un trabajo” (E1_6).

Zerbitzu horietan aldaketak egitearen onurak lirateke, batetik, programa berdinean pertsona gehiago artatzea eta bestetik, gaur egun sartzeko dauden baldintzak betetzen ez dituzten edo bete nahi ez dituzten pertsonen sarbidea bultzatzea. Pertsona horiek egiten diren esku hartzeak baliatu ahal izango lituzkete. Azkenik, maiz gertatzen den egoera bat konpondu ahal izango litzateke. Gaur egun, sendagilearen aholkuz edo aginduz, pertsona batzuk eguneko zentroetara edo zerbitzu okupazionalaletara egun erdiz joaten dira, baina beste plaza erdia ez du inork erabiltzen.

“Todos tienen que empezar con jornada completa, entonces lo que sí hacemos es, desde aquí, hacer un informe diciendo que para su proceso terapéutico sería adecuado que estuviera solo hasta las dos [es decir, jornada parcial], pero hay que hacerlo, o sea, lo tienes que justificar como una excepción [...]. Y eso condiciona, claro, pues a la hora de valoraciones, si no es capaz de aguantar pues una jornada completa, pues no ‘pasas de nivel’, yo creo que ahí sí que habría que ser más flexible” (E1_6).

Aldaketa hauek berriz zailtasunak ere badituzte. Batetik, zerbitzuen barne antolaketan aldaketak egin behar dira. Bigarrenik, eguneko arreta zerbitzuetako plazen hitzarmenak eta finantziazioa berrikusi beharko lirateke, bai programa horiek kudeatzen dituzten erakundeekin baita errehabilitazio psikosozialerako zentroen erabiltzaileekin ere, kostuaren zati bat bere gain hartzen baitute.

Azkenik, zerbitzuen malgutzeak kontuan hartu beharko luke pertsonen trantsizioa programa batetik bestera. Honen inguruan, Osasun Mentaleko Zentrotik aipatzen dute, erabiltzaileak zerbitzu batetik bestera pasatzeko prozesua gero eta zurrunagoa bihurtu dela. Honek, batzuetan, erabiltzaileak baliabide berrira egokitzea zailtzen du. Hala ere, elkarriketatu diren eguneko zerbitzuetako arduradunek aipatu dute, malgutasun neurriak hartzen direla. Adibidez, pertsona batek eguneko

errehabilitazio zentrotik zerbitzu okupazionalera joan behar duela proposatzen denean, bi zerbitzuak batera erabiltzea uzten zaio denbora batez.

“La verdad es que a lo largo del tiempo se ha ido perdiendo un poco esa capacidad un poco de hacerlo de forma un poco como con más tranquilidad, porque tuvimos un tiempo cuando los recursos eran, no sé, no tan programas, tan no sé qué, lo que hacíamos era un acompañamiento más al paciente. Entonces, ¿cómo era la historia? Muchos, pues llamábamos, pues había diferentes talleres prelaborales, talleres de no sé, y que iban, e incluso pues no los llegábamos a soltar de la unidad de día, pues iban dos días empezaban, yo qué sé, como si empezasen dos días en Gureak, y un día pues venían aquí un poco para ver nosotros ver qué dificultades tienen y había un seguimiento y tal, pero claro, de repente todas estas cosas, todo son compartimentos y este entra aquí y entra y ya está” (E1_6).

“Guk [eguneko errehabilitazio psiko-sozialetako zentroetan] batzuetan egiten dugu ba, astean hiru aldiz joan daitezela, edo goizez eta arratsalde ez, edo batzuetan ere badago jendea trantsitu horietan okupazionalen hasi direnak edo formakuntza bat egiten ari dira Gureak-en baina bazkaltzean eta arratsaldeko bi ordu horiek zentrorra bueltatzen dira. Saiatzen gara ahal dugun neurrian kriston flexibilitatea edukitzen, baina egia da, norbait ahal den egon ezkerro, programa barruan onartua badago, printzipioz, ba guretzako plaza hori du astelehenetik ostiralera eta hori da ordaindu behar duguna, naiz eta beste gauza bat egiten egon aldi berean” (E1_2).

Bukatzeko, arreta indibidualizatua ematea oztopatzen duen hirugarren elementua, **baliabideen aniztasun eta espezializazio falta da**. Alderdi hau arretaren kalitatearekin lotuta dago eta aurretik arreta berezia beharko luketen profilen atalean (5.3.4) landu da. Batez ere, honako profitez hitz egin da: pertsona gazteak (18-24 urte), adineko pertsonak (50-55 urte baino gehiago), emakumeak, atzeritarrak, gizarte bazterkerian dauden pertsonak eta azkenik, gaur egungo baliabidetara eta zerbitzutarra egokitzen ez diren diagnostikoa duten pertsonenak. Azken hauen artean daude nortasun nahasmenduak.

6.4 Zaintzaren jarraitutasuna bermatzea

Erabiltzaileei eragiten dieten arazoek zailtasuna, aniztasuna eta gehienetan antzematen den baliabideen eskasia direla eta, arreta integrala eta jarraitua ematea erronka bat izaten da edozein gizarte eta osasun arreta sistemarentzat. Hau gaixotasun psikikoa duten pertsonen arretan ere gertatzen da. Hori horrela, azken urtetan ahaleginak egin arren, biztanleria multzo honen arretan oraindik hutsuneak eta etenak badaude. Jarraian horietako batzuk azalduko dira.

Lehenengo zailtasuna, **zerbitzu komunitarioetan** —batez ere oinarritzko gizarte zerbitzuetan— **gaixotasun psikiko larrien detekzioa eta horiek osasun mentaleko zerbitzu espezializatuera bideratzea da**. Hori azaltzeko, oinarritzko gizarte zerbitzuetan bi arrazoi daudela diote. Lehenik eta behin, formakuntza falta dago eta gainera ez dago buru osasun arazoak artatzeko bereziki prestatutako talderik gizarte zerbitzuetan. Bigarrenik, profil jakin batzuetako pertsonak buru osasun zerbitzuetara iristeko eta bertan artatuak izateko ere arazoak daude.

Lehenengo arazoari begiratzen badiogu, **oinarritzko gizarte zerbitzuetako langileen formakuntza faltak detekzio goiztiarra oztopotzen du**, eta gainera, gaixotasuna baduela susmatzen bada, ez dago baliabide eta ezagutzarik kasua artatzeko. Horregatik, aurrerago aipatzen den moduan, oinarritzko gizarte zerbitzuek Osasun mentaleko zerbitzuen laguntza profesionala eskatzen dute, batez ere, oraindik osasun mentaleko zentrorra joaten ez diren baina balorazioa eta zentro horren esku hartzea behar duten kasuetan.

“Nos llegan un montón de casos que no sabemos cómo atender, no tenemos formación, las coordinaciones son como se puede con salud mental, hay muchísimas

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

cosas que obstaculizan, entre ellas la estigmatización, la confidencialidad de datos [...] alguien comentaba que, para cuando un caso sube arriba [al centro de salud mental], es decir, estás trabajando la conciencia, y dices ‘venga ya, puedes subir’, llamas y te dicen ‘no, el médico de cabecera, el volante, enfermería, valoración...’,y ahí, pues el caso, a veces, se pierde” (E1_5).

Zentzu honetan, bai senideen elkarrekin eta baita osasun mentaleko arreta saretik aipatzen dute beharrezkoa dela lehen mailako osasun arretako langileen formazioa hobetzea patologia psikiatrikoekin lotutako sintomatologiaren detekzioan. Protokolo bat diseinatzea ere beharrezkoa dela uste dute, lehen mailako arretatik arreta berezitura erabiltzaileak bideratzeko dauden irizpideak hain aldakorak izan ez daitezzen. Horrela gainera gaur egun kontsultetan bizi den saturazioa ekidingo litzateke, erabiltzaileak bideratzerako garaian irizpideak oker aplikatzea sahiestuz.

“Yo creo que la realidad es que tenemos mucha demanda asistencial, no de trastorno mental grave, sino de un general de todo lo que cubrimos y nos llega desde la atención primaria.” (E1_6).

Kasuak detektatzeko bigarren oztopoa, **zerbitzu espezializatueta bideratzeko dagoen prozedura da**. Horren arabera, familia medikuak baloratu behar du osasun mentaleko arretaren beharra ote dagoen, osasun sistemaren sarbide nagusia lehen arretako zerbitzuak direlako. Honek esan nahi du, lehen mailako osasun arretako profesionalak sintomak detektatu eta larritasuna baloratzeko gaitasuna eduki behar dutela. Zentzu honetan, Gipuzkoako Osasun Mentaleko saretik onartzen da lehen mailako arretako profesionalak jokatzeko duten rolak berebiziko garrantzia duela Osasun Mentaleko Zentrora iristen diren kasuen sailkatzean. Gainera ohartarazten da, adostutako eta era homogeneoan aplikatzen diren protokolo eta irizpideak behar direla. Hala ere aipatzen da, osasun mentaleko arazo larriak dituzten pertsonak Osasun mentaleko zentrora larrialdi zerbitzuen bidez iristen direla, beraz, gaixotasuna duenak hala nahi badu, ospitaleko bolanteari esker azkar iritsi daiteke Osasun mentaleko zentrora.

“Hay casos que ni tendrían que llegar a salud mental, entonces, esos casos son los que están sobrecargando también mucho la red salud mental y que los casos de trastorno mental grave que son, en realidad, los que necesitarían más [atención]. El estudio de los que [ya] se estaría viendo es más difícil, porque necesitan otro enganche, convencerles, y a veces ellos claro, como se identifican como enfermos, entonces, claro, todo eso requiere un trabajo desde atención primaria” (E1_6).

“Hay médicos de primaria que no soportan a un enfermo mental, no [lo] soportan, porque les pone a ellos mal, quiero decir, ¿eh?, entonces tienden a mandártelo urgente siempre. Y otros, en cambio, pues bueno, lo llevan de otra manera. Y otros incluso se pasan y se lo quedan demasiado tiempo [...], pero bueno, nuestro acuerdo con primaria es que, si detectan uno de estos casos [de trastorno mental grave], nos los manden ya, o sea, ya, no que piensen si le podrían poner no sé qué o hacer no sé cuántos, o sea, si ves a alguien delirando, con alucinaciones, mándanoslo urgente, ya está, ese es el acuerdo con ellos”(E1_1).

Dena den, oinarritzko gizarte zerbitzuetan esaten dute badaudela Osasun Mentaleko Zentrora joan nahi ez duten eta larrialdietara ere iristen ez diren pertsonak. Kasu hauek artatzeko bi behar nagusi aipatzen dira. Batetik, aholkularitza eta laguntza profesionala eskatzen da, bai erreferentziazkoa den Erretereriako Osasun Mentaleko Zentrotik edo Osasun mentaleko sareko beste zerbitzu batetik. Buru osasun arazoak tarteko dituzten kasuak detektatu eta kudeatzeko laguntza eskatzen dute. Bestetik, Osasun Mentaleko Zentrora kasu zehatz batzuk bideratzeko prozesu arinago bat beharko litzatekela diote, batez ere sintomatologia argia duten baina kontzientziarik gabeko pertsonen kasuan. Arreta berezituko sarean artatzen ditzuten arte, lagunduko dien inor ez duten pertsonak izaten dira gainera. Gipuzkoako osasun mentaleko saretik berriz esaten da, zailtasunak daudela horrelako

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

protokolo bat martxan jartzeko eta gogorarazten da lehen mailako arreta sareak horrelako koordinazio mekanismoak ezartzeko duen ardura.

“Realmente, no podemos establecer un protocolo, porque nosotros [los centros de salud mental], en realidad, no somos la puerta de entrada al sistema sanitario, eso está en el Decreto de Estructura Sanitaria. Entonces, el médico de cabecera tiene que tener conocimiento del caso y tiene que ser él quien valore la necesidad de atención especializada del paciente, no una trabajadora social, que no es sanitaria. [...] pero luego, todos nos conocemos en cada zona y ya sabemos las habilidades de cada uno: entonces, habrá trabajadores sociales que tendrán un ojo clínico de la de Dios, ¿no?, y si nos llama esta, o este, para ‘casa’, ¿no?” (E1_1).

Azkenik, hirugarren zailtasun bat dago horrelako kasuak artatu eta bideratzeko. Gaixoaren autonomia printzipioaren arabera, non eta pertsonak berak ez duen erabakitzen osasun mentaleko zerbitzuetara joan nahi duela, ez dago ezgaitze deklarazio judizialaz gain beste mekanismorik. Hau ordea prozesu luze eta konplexua da, erabiltzaileari eskubideak kentzen dizkiona eta kasu larrietan bakarrik aplikatzen dena. Egoera honek osasun mentaleko zerbitzuek oinarriko gizarte zerbitzuetara hurbildu behar dutela argi uzten du, gizarte zerbitzuetan kasuak detektatu eta horiek arreta sareko programekin kontaktuan jarri baitaitezke. Dena den, horretarako lurraldean zehar dabilen arreta psikiatrikoko lantalde ibiltaria beharko litzateke. Aurretik ikusi den moduan, gaixotasun mental larriak dituzten eta bazterketa arriskuan dauden pertsonak artatzeko ere balio izango luke.

“Yo creo que hay mucha gente, toda la gente que no va voluntariamente [a los servicios de salud mental] está perdida, fuera del radar, y con la excusa de la autonomía del paciente, el sistema se inhibe, y a mí me parece que es una irresponsabilidad” (E1_3).

“Veo que después hay otra montaña, no sé cuál, del iceberg, solo vemos la punta, está debajo, y muchísimo mal se encuentra... no diagnosticado, no concienciado, y que [hay gente que] está como un ciudadano más, que existen problemas de convivencia, familiares, y que a eso no se le pone el nombre de enfermedad mental; [estas personas] incluso al sistema médico, como el del ambulatorio, es que tampoco llegan, no estoy diciendo que no lleguen al centro de salud mental, es que no van ni al médico: es decir, hay mucha gente que no está [en los servicios de salud mental], entonces, es muy complicado el trabajo con ellos” (E1_5).

Arretaren jarraitutasuna hobetzeko bigarren esparrua, **lehenengo ospitaleratze psikiatrikoaren ondoren ematen diren alta kasuena da**. Aipatzen den moduan, osasun mentaleko zerbitzuekin lehenengo kontaktua larrialdien bidez dute pertsona askok. Nahiz eta gehiengoak sendagilearen aholkuari kasu egin eta tratamendua jarraitzeko familia medikuarenera joaten diren, badira hori egiten ez dutenak. Kontua da gaur egun familia medikuari eta osasun mentaleko zentroari ez zaiola berri ematen pertsona bat larrialdietako osasun psikiatrikoko zerbitzuetara joaten bada, 41/2002 oinarriko legea jarraituz (azaroaren 14koa, pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubide eta eginbideak arautzen dituena). Honen ondorioz, lehen mailako arretako sendagileak bere erabiltzailearen informazio oso garrantzitsua galtzen du eta ezin du berarekin kontaktuan jarri edo jarraipenik egin. Egia den arren informazio klinikoaren konfidentzialtasun klausulen eta gaixoaren autonomiaren printzipioaren arabera informazioa elkarbanatzeko erabiltzailearen baimena behar dela, dirudienez onuragarria izango litzateke baimen horiek sinatzea sustatzea. Gainera, komenigarria litzateke larrialdi zerbitzuek lehenengo ospitaleratzearen ondoren jarraipena egingo balute, gaixoak familia medikuarenera joan nahi ez duenean.

“Pero bueno, ahí hay casos que van bien, funcionan, y otros que también se pierden, porque no se les da el seguimiento del centro de salud mental. Que a mí me parece muy

importante, porque si se descuelga de allí, la única posibilidad que tenemos para otra vez reengancharle es que acuda al médico por otros motivos” (E1_5).

“Hay que asegurar que el paciente venga [a la consulta del centro de salud mental o atención primaria de salud], claro, ¿eso cómo se asegura? Pues malamente, [entonces] habría que asegurar entonces quizás que conozcamos al paciente antes de que salga del hospital y que lo podamos convertir en paciente ya, que él nos conozca, y que no sea tan invasivo luego el contacto, por ejemplo, ¿no?” (E1_1).

Hirugarrenik, arreta goiztiarreko baliabideak sustatu beharko lirateke. Izan ere, gaur egun dauden osasun mentaleko zerbitzu espezializatu gehienek gaixotasun psikiko baten diagnostikoa eskatzen dute erabili ahal izateko. Diagnostiko hori lortzeko berriz urtebete edo bi urte behar dira, sintomak egonkortu eta behin betiko diagnostikoa lortu arte. Denbora horretan zehar, erabiltzaileek Osasun Mentaleko Zentroko arreta besterik ez dute, eta eguneko zentroarena, baldin eta Osasun Mentaleko Zentroak horrelako zerbitzua badu. Nolanahi ere, bi zerbitzu hauek ez dituzte gaixotasunaren lehen fasean dauden profil honetako pertsonen beharrak betetzen. Batetik, osasun mentaleko zentroko kontsulten maiztasuna ez da behar bezain bestekoa; bestetik, eguneko unitatetan egiten diren esku hartzeak ez daude sendatze azkar bat kudeatzeko prestatuak. Pertsonak gaixotasunari buruz duen kontzientzia garatzea dute helburu eta bertako erabiltzaileek ondatze maila eta garapen maila ezberdinak dituzte. Honen inguruan, Gipuzkoako osasun mentaleko saretik uste da, leheneik eta behin zentzuzkoa litzatekela lehenengo pasarte psikotikoak artatzeko programa bat sortzea. Horrelako programen ezaugarriak dagoeneko azaldu dira 5.3.4 atalean.

Laugarrenik, zaintzaren jarraitutasuna bermatzeko **etxez etxeko programen erabilera sustatu behar da**, batez ere izaera soziosanitarioa duten eta etxean bakarrik bizi diren horiei zuzendutako zerbitzuen. Izan ere, elkarrizketatu diren zenbait partaidek azpimarratu dute adineko pertsonentzat sortu diren ekimen batzuk gaixotasun psikiko larriak dituztenentzat interesgarriak direla. Hau da Etxean ondo²³ proiektuaren kasua, zeina Gipuzkoan eta Araban egin zen frogra pilotu moduan 2012 eta 2014 artean. Zerbitzu hau beraie etxeetan bizi ziren adineko pertsonen zaintzarako programa pilotua izan zen, batez ere ahultasun eta dependetzia egoeran zeuden erabiltzaileentzat. Bere helburua pertsonan zentratutako planifikazioa adineko pertsonen etxez etxeko zerbitzuan aplikatzea zen, kasu bakoitzean koordinazio soziosanitarioa indartuz eta bakoitzaren beharren inguruko perspektiba zabalagoa kontuan hartuz. Etxeko lanetatik eta higienetik haratago joatea zen helburua, komunitatean parte hartzea errazteko langutza ematea, hain zuzen ere.

“En tercera edad, empezamos con el programa Etxean Ondo, no sé, y ahora nos estamos planteando el trabajar en [salud mental en] atención primaria, tanto en salud como en servicios sociales, con una actitud diferente, en el acercamiento al sujeto, en el modelo centrado en el individuo. Pienso que esto [el Programa Etxean Ondo] sería un ejemplo de modelo centrado en la persona y en las personas. Ahora ¿eso qué significa?, pues no solo en salud, sino en servicios sociales también, esto implica más personal..., y con lo que tenemos, es difícil” (E1_5).

²³ Etxean Ondo programaren helburua arreta integralaren eta pertsonan zentratutako arretaren eredia erabili eta egiaztatzea zen, etxean bizi diren eta ahultasun eta dependetzia egoeran dauden pertsonekin. Proiektuan jarraian azaltzen diren eragileek parte hartu zuten: Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Politikako Saila; Gipuzkoa eta Arabako lurralde osasun zuzendaritzak; Donostia, Tolosa, Oiartzun, Zarautz eta Irungo udalak (Gipuzkoa); Añanako Kuadrillako 10 udal (Araba); Arabako Foru Aldundia; herriei zegozkien Osasun mentaleko zentroak; etxez etxeko eta gertuko zerbitzuen hornitzaileak; Pilares para la Autonomía Personal Fundazioa.

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

tenemos, es difícil” (Oarsoaldeako osasun mentaleko zentroko profesionalak).

Gipuzkoan gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen arreta integrala eskaini ahal izateko azken gakoa, **kasuko erreferentearen figura da**. Gaur egun kasuen kudeaketarako mekanismoak martxan jarri dira, hala nola erakundeen arteko hitzarmenak sinatuz edo sareen arteko elkarlan eta koordinazio protokoloak ezarriz. Hala ere, kasu berdinean parte hartzen duten profesional ezberdinek ezin dutenez kudeatzaile bakarraren papera hartu, zaila izaten da ekintza guztiak lerrotatuta egotea. Nahiz eta horrelako egoerak ez diren maiz gertatzen, gertatzen badira, esku hartzeak oztopatzen dituzte eta arretaren kalitatea jaisten da.

“Yo creo que el tema de la coordinación es un tema que hay que seguir mejorándolo, porque sí que es cierto que, aunque hacemos todos ese esfuerzo, hay veces que sí que, a nivel profesional, sigue habiendo un poco gente que dice, pues este es mi paciente y no me gusta igual otro tipo de orientaciones que le puedan dar [a la intervención] otras personas u otro tipo de alternativas, entonces bueno, yo creo que hay que seguir un poco haciendo hincapié en que es un trabajo de todos” (E2_2).

Orain arte martxan jarri den koordinazio ekimen egituratuena Gureak Taldeak eta Gipuzkoako osasun mentaleko sareak dutena da. 2012an elkarlan protokola bat sinatu zuten, zeinak bi sistemetako profesionalen esku hartzeak koordinatzea ahalbideratu duten. Gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arretan parte hartzen duten beste eragileei dagokionean, profesionalen arteko koordinazio bideak ezarri gabe dauden arren, errehabilitazio psikosozialeko zentroetan, egoitzetan eta tutela zerbitzuetan koordinazioak ongi funtzionatzen duela uste da.

“Dentro de lo que es el protocolo hay reuniones periódicas, en el caso de [los] talleres, por ejemplo, de todos los talleres con el centro de salud mental de referencia [hay una reunión] haciendo un seguimiento de todas las personas que tienen firmado el consentimiento. Entonces, claro, son reuniones en las que ahí sí se habla, no de diagnóstico, pero sí de dificultades, de cómo podemos apoyar, [de] que está pasando, [pues] le estamos cambiando la medicación, le hemos subido, le hemos bajado y [es] lo que hace también que ante cualquier dificultad en el momento se pueda llamar y le dan cita [a la persona] ese mismo día. [Eso] está recogido dentro de lo que es el protocolo” (E2_3).

“Con los centros de salud mental, estamos muy conectados, porque ellos son los que llevan el tratamiento psiquiátrico y de enfermería, así como con otros agentes que también compartimos [pacientes], porque tenemos muchos pacientes que vienen a nuestro centro durante el día, pero que duermen en una unidad residencial de trastorno mental severo, entonces, están en otra institución, por lo que tenemos que tener una coordinación con los agentes que trabajamos” (E2_1).

Ez da horrela ordea oinarrizko gizarte zerbitzuekin. Osasun Mentaleko Zentroarekin dagoen koordinazio maila tokian tokiko adostasunaren eta dinamikaren arabera dago. Horrela, Oarsoalde eskualdean herri batzuetako gizarte zerbitzuak Osasun Mentaleko Zentroarekin biltzen dira kasuen jarraipena egiteko. Beste lekuetan berriz, koordinazioa, kasu bereziekin bakarrik egiten da. Gainera kontuan hartu behar da, osasun mentaleko zentroetan disziplina arteko taldeak daudela eta bertan gizarte langile bat egoten dela. Ondorioz, pertsona batzuk oinarrizko gizarte zerbitzuetara ez dira joaten, edo tramite puntualak egitera bakarriko joaten dira. Horrelako funtzionamendu motak batzuetan prozedurak arintzen dituen arren, beste batzuetan arreta zatitu egiten du, aldi berean Osasun Mentaleko Zentrora eta gizarte zerbitzuetara joaten baitira. Hau da beraz, sistemen arteko koordinazioa hobetzeko aukera ikusten den puntuetako bat.

Nolanahi ere, diagnostiko honek argi uzten du gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen arretan kasuko erreferentea izango den pertsona bat zehaztea ez dela erraza. Lau iritzi ezberdin ere entzun daitezke erreferentea nork izan beharko lukeen galdetzen denean:

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

- Lehenengo iritziaren arabera, kasuen kudeaketak beti Gipuzkoako osasun mentaleko sarearekin lotuta egon beharko luke, erreferentziako osasun mentaleko zentroa edo egonaldi ertaineko edo luzeko ospitaleratze unitateak, pertsona denbora luzez bertan baldin badago.
- Bigarren ikuspuntuaren arabera, erreferenteak beste muturrean egon beharko luke, gizarte zerbitzuen sisteman, hain zuzen ere. Zehazki, lehen mailako gizarte zerbitzuetan pertsonak etxez etxeko laguntza jasotzen duenean edo osasun mentaleko zentrorako kontsultetarako bakarrik joaten denean. Pertsona egoitza batean baldin badago berriz, bigarren mailako gizarte zerbitzuek kudeatuko lukete kasua.
- Hirugarren iritziaren arabera, erreferenteak pertsona horren arretan intentsitate eta jarraitutasun handiena duen zerbitzuan egon beharko luke. Horrela, adibidez, etxean bizi diren pertsonen erreferentea eguneko zentroan egongo litzateke, eta egoitza baliabidetan babestutako etxebizitza batera pasatzen direnean.
- Azkenik, laugarren proposamen dago. Erreferenteak sistema ezberdinean egon beharko luke pertsona bakoitzarentzat, dituen zailtasunen izaera kontuan hartuta. Hau da, gizarte ikuspuntuako arazoak baldin badira larrienak, gizarte ongizateko sistemak jarriko luke erreferentea, osasun arazoak baldin badira larrienak berriz, osasun sistemak. Egoerak normalean dinamikoak eta aldakorrak direnez, bi erreferente behar direla dirudi, sistema bakoitzeko bana, eta aldatzen joango lirateke kasuaren balorazioaren arabera. Rol hau beteko lukeen figura profesionalri buruz galdetuta, ez da bereziki bat aipatu, kontuan hartutako arretan psikologo, gizarte langile eta psikiatreek parte hartzen dutela.

Bukatzeko, eta zaintzaren jarraitutasunarekin zuzenki lotuta ez dagoen arren, arretaren kalitatean eragina duen beste faktore bat **arreta sarean parte hartzen duten eragile guztien formazioa (orokorra edo espezifikoa) hobetzeko beharra** da. Honen inguruan, diagnostiko guztian zehar, formakuntza behar ezberdinak detektatu dira eta zerbitzu batzuetatik momentu zehatzetan espezializatutako pertsonen laguntza behar dela ere esan da.

Eskaera hau batez ere udal gizarte zerbitzuek egiten dute, esparru orokorrago batean lan egiten dutenez eta historikoki gaixotasun mentalak bertan presentzia gutxi eduki duelako, ezagutza falta gehiena dagoen lekua baita. Udal eremuan gaixotasun psikikoekin lan egiten duten zerbitzuak hiru dira. Batetik, oinarrizko gizarte zerbitzuak. Bertan formakuntzak batez ere kasuen detekzioari eta kudeaketari buruzko kompetentzien ingurukoa izan beharko luke. Hala ere, behar gehiena koordinazio soziosanitarioko egiturak sortzea da. Lehen mailako arretan koordinazio soziosanitarioko taldeak edukiz gero, gizarte zerbitzuen eta osasun zerbitzuen artean balorazioak egin ahalko lirateke. Bigarrenik, etxez etxeko langileen beharrak daude. Hauek dependentzia egoeran dauden pertsonen zaintzari buruzko formakuntza jasotzen dute, baina ez gaixotasun psikikoak dituzten pertsonen ingurukoa. Azkenik, kontuan hartu behar da bazterketa arriskuan edo bazterketan dauden pertsonen eguneko edo gaueko arretarako zerbitzuetan ehuneko handi batek buruko gaixotasunekin zer ikusia duten arazoak dituela. Gainera, kasu honetan egoera larritu egiten da pertsonak askotan ez baitaude diagnostikatuak eta tratamendua ez baitute jarraitzen, horregatik, esku hartzea zaildu egiten da. Esparru honetan ere kolektibo honi arreta emateko langileria espezializatutako ere ez dago.

“A nosotros, muchas veces incluso nos han pedido desde ayuntamientos que, a las auxiliares [del Servicio de Ayuda Domiciliaria], sí, al final, son auxiliares las que van al domicilio, que les demos formación, porque igual tienen casos de enfermedad mental, y claro, pues no tienen formación para manejarlos” (E2_2).

Arreta sareko beste zerbitzuen inguruan, Buru Nahasmendu Larriko Unitate Egoitzetan (URTMS) nabari da behar gehiena, zerbitzu hauen kudeaketa, aurretik adineko pertsonekin lan egiten duten erakundeek hartu baituta. Ondorioz, baliabide horietan lan egiten duten pertsonak ez dute formakuntza berezirik. Honen inguruan, Gipuzkoako Foru Aldundiko Osasun Mentaleko eta Arlo Soziosanitarioko Ataletik diotenez, zailtasuna dago buru osasun arazoak dituzten pertsonen

arretarako zerbitzu berriak kudeatu nahi dituzten eta ahal dituzten esperientziadun erakundeak aurkitzeko. Horregatik, azpiegiturak edukitzeko, beste esparru batzuetan amore eman behar izaten dute. Integrazio soziolaboraleko zerbitzuen kasuan, aurretik aipatu den moduan, Gureakek protokola bat du Osakidetzarekin eta bertan, esparru formatiboa ere kontuan hartzen da. Kasu honetan, gai zehatza jorratzen dira, hala nola, suizidioaren prebentzia edo nortasun nahasmenduen kudeaketa. Nolanahi ere, azken adibide honek argi uzten du horrelako kasuak artatzeko behar den formakuntza eta trebakuntza jarraia eta aldakorra dela.

“Ekipoak horretarako formatu egin behar dira, eta gero, egia da, ez da ere unitate bat irekitzera noa eta etortzen zaizkizu 25 eskaintzen kriston unitateak, eta kriston kurrikulumak... ez da horrela, enkaxatu behar dugu ahal den tokian, ez badaukate esperientzia asko ba formatuko dira, gauza bat da zer den ideala eta beste gauza bat da konkretatzea [...] oportunitateak aprobetxatu behar dituzu eta gero saiatu horrekin aurrera joatea, porque ideala itxoiten egongo bagina ez genuen ezer egingo” (E1_2).

“Gurutze Gorriak esan zigun formazioko kurtso bat egiten zioaztela pertsonaleko trastornoari buruz eta orduen planteatu gendun, buelta bat eman genion, eta egitera goazena da Diputaziotik entitate guztiei, osasun mentalen lanean ari diren entitate guztiei eskaini, bidali pare bat pertsona formación de formadores bezala, gero zuek zuen sarera eta bueno ba lortuko bagenu urtean behin horrelako zerbait egitea, adibidez pertsonalitateko trastornoak oso gai potentea dira momentu honetan” (E1_2).

6.5 Gaixotasun mentalak dituzten pertsonen ahalduntzea eta gizarte parte hartzea

Gaixotasun mental larriak dituzten pertsonen gizarte parte hartzea eta ahalduntzea lortzeko hiru zailtasun nagusi daude. Lehenik eta behin, ezagutza faltak, aurreiritziek eta estigmak²⁴, kolektibo honi buruz dagoen ikuspegian eragina dute oraindik, eta honek bazterketa betikotzen du. Faktore hauei, gaixotasuna dutenengan ohikoak diren autoestigma eta isolamendurako joera gehitu behar zaie. Azkenik, **desgaitasunak dituzten beste pertsonen kasuan baino elkartegintza murriztagoa dagoela** ere azpimarratu behar da, gaixotasun mentalek dakarten apatia, botika psikiatriko batzuen erabilera eta senideen nekea dela eta.

“Es un colectivo que se queja poco. Siempre le suelo decir a la gente que tenemos que quejarnos nosotros por ellos. Es decir, pienso que, en personas mayores, las familias están acostumbradas a quejarse más, pero los individuos con trastorno mental grave [y] las familias se quejan poco, y me gustaría que lo hicieran más, porque eso también nos motivaría a nosotros a ofrecer cosas diferentes” (E2_1).

Gainera, kopuru txikiak eta kolektiboaren eskaera faltak, **gaixotasun psikikoa agenda sozialaren lehen mailan ez egotea** dakar:

“Nik pentsatzen dot pertsona hauek direla inbisibleak gizartean, hau da, pentsamendua preso daukate, zenbait momentutan krisialdian ezin dute pentsatu, ezin dute pentsatu, orduan hau kontutan edukin da, gaur egun zer garrantzi ematen zaion drogen menpekotasunari, *bullying*-ari, emakumearen enpoderamenduari [...]. Uste dot hau dala errealitate bat, gero eta jende gazteagoan ematen ari dena eta beste gaixotasun motatan, IESa adibidez edo alzheimerra. Esan nahi dot, gai horrek arruntak

²⁴ Ikus (Cazzaniga Pesenti & Suso Araico, 2015)

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

direla gaurko gizartean, badira hitzaldiak, badaude eguneak zaintzaileak zaintzeko, berriz buruko gaixotasunean hori ez dago saretua, hori egin behar dogu bakarka familiak, eta elkarte hauek sortu egin badira ba nolabait da familien indarrak batzeko” (E3_1).

Horren ondorioz konpromezu politiko gutxiago dago pertsona hauen ongizatearekin eta gehiago onartzen dira kolektibo honek jasaten dituen eskubideen urraketak, babesgabetasun juridikoa edo gizarte bazterkeria.

Bestalde, egindako elkarrizketetan argi geratu da oraindik aurreiritziak eta diagnostikoari lotutako estigma dagoela. Komunikabideek eta horiek zabaltzen duten irudi sozialak estigma hori mantentzen laguntzen dute gainera.

“El estigma, esta es una lucha constante que tenemos [...] la persona con trastorno mental grave es un individuo normal, que tiene su enfermedad, sus síntomas y limitaciones, y punto. [...] Pero bueno, coges cualquier medio de comunicación y cuando un enfermo mental ha cometido un delito, [el tratamiento informativo] no tiene nada que ver a si lo ha cometido otro sujeto o un enfermo digestivo. Es verdad también que a veces la persona con trastorno mental grave que comete un hecho delictivo lo realiza bajo los síntomas de la enfermedad; el hecho puede ser muy extravagante, llamativo y raro, pero eso no significa que sea más peligroso que los demás” (E2_1).

Gaixotasun psikikoaren inguruko, bere ezaugarrien eta ondorioen inguruko ezagutza falta horrek, gaixotasun psikiko larriak dituzten pertsonen aukerak mugatzen ditu, bereziki larria delarik lan integrazioaren eta parte hartzearen ikuspuntutik:

“No todo tiene que ser en talleres protegidos, tiene que ser en puestos normalizados, porque además son personas muy autónomas, inteligentes, [...] [algunas con] carreras y [...] capaces de hacer cosas. Seguramente no pueden aguantar unas jornadas muy largas, pero unas medias jornadas en un puesto, oye, harían perfectamente ese trabajo. [...] Luego, el tema social, si la sociedad lo mira bien: ¿cómo integras una persona que tiene una pinta un poco rara? Pues ahí también tenemos un camino que recorrer con las personas con enfermedad mental. Eso veo yo. Por ejemplo, vas a alquilar un piso para alguien y, según la pinta que tenga, pues te lo alquila más fácil o no” (E2_4).

“Tanto en los centros como en los programas de ocio, hay un día a la semana que está estipulado, que ellos así lo han elegido, que quieren ir al polideportivo, los que quieran acercarse. Entonces, ahí igual se ha tenido que reservar una sala para jugar a lo que sea, o se ha pedido permiso para utilizar las instalaciones, porque vamos un grupo tal y saben, ¿no?, que van personas con un problema de salud mental, y de hecho ellos nos exigen —que ahí tenemos nuestras discrepancias— que tienen que ir acompañados de un monitor, cuando nosotros queremos que sea algo que vayan por su cuenta, pero no nos dejan” (E2_2).

Muga guzti hauen aurrean, ikusi ahal izan da familien elkarteek eta gaixotasuna dutenen elkarteek, benetan **sendatzearen** kontzeptuan oinarritzen den arreta eskatzen dute. Arreta horrek besteak beste honakoan zentratu behar du:

- Gaixotasuna dutenei eta senideei irakatsi behar die gaixotasuna kudeatzeko gaitasunak garatzen.
- Berdinen arteko laguntzan.
- Indibidualizatutako planen testuinguruan autonomiaren sustepenean.
- Erabiltzaileen ahalduntzean eta esku hartzeen diseinuan eta baliabideen funtzionamenduan erabiltzaileen parte hartzean.

6. GAIXOTASUN PSIKIKOAK DITUZTEN PERTSONEN ARRETA SISTEMAREN ERRONKAK GIPUZKOAN

Ideia hauek dagoeneko arreta sareko zerbitzu batzuetan txertatu dira, **zeinak ahalduntzea zeharlerro gisa lantzen duten eta zerbitzuaren erdigunean jartzen duten**. Zentzu horretan, adibidez Agifesen Elkar Laguntzarako Programa dago, baita erakunde berdinak kudeatzen duen Club Soziala eta Fedeaefes elkarteak sortu duen parte hartze batzordea.

“En todos los programas [...] hay un espacio para ellos, tanto en los pisos, en los centros, en los programas de ocio, [un espacio] en el que hacen asambleas para que ellos —no están dirigidos por un profesional esa asamblea—, [...] puedan tener un espacio de hacer quejas, de proponer cosas nuevas, e incluso hay algunas actividades que ellos las eligen [...] esas actividades comunitarias las organizan ellos” (E2_2).

Hala ere, erabiltzaileen ahalduntzea eta parte hartzea beste zerbitzu askotan oraindik txertatzeke dago. Nahiz eta pausoak eman diren, oraindik ez dira esanguratsuak.

7 BIBLIOGRAFIA

- Agencia navarra para la dependencia. [Documento marco. Servicio de centros ocupacionales. Personas con discapacidad y enfermedad mental y exclusion social](#). Pamplona, 2009, 29 p.
- Aierdi, X., Oleaga, J. A., Moreno, G., Herrero, I., & Armiñano, I. A. de. (2009). *Perfil y necesidades de las personas sin hogar en Bizkaia*.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176>
- AONTAS The National Adult Learning Organisation. (2018). Training Programme for People with Disabilities Named Nationwide Winner in AONTAS STAR Awards. Retrieved March 30, 2018, from <https://www.aontas.com/knowledge/news/training-programme-for-people-with-disabilities-named-nationwide-winner-in-aontas-star-awards>
- Asociación Zubietxe & Fundación EDE. (2014). *Proyecto piloto para el acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social*.
- Aubry, T., Tsemberis, S., Adair, C. E., Veldhuizen, S., Streiner, D., Latimer, E., ... Kopp, B. (2015). One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatric Services*, 66(5), 463–469.
- Baumgartner, J. N., Silva, T. F. C. da, Valencia, E., & Susser, E. (2012). Measuring social integration in a pilot randomized controlled trial of critical time: intervention-task shifting in Latin America. *Cadernos Saude Coletiva*, 20(4), 436–439.
- Befrienders Dublin. (2018). Befrienders Dublin. Retrieved August 20, 2006, from <https://www.befriendingservice.com/>
- Bernad, R., Yuncal, R., & Panadero, S. (2016). Introducing The Housing First Model in Spain: First Results of the Habitat Programme. *European Journal of Homelessness*, 10(1), 57–86. Retrieved from http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/Disabilities/CivilSociety/AportacionesRAISFundación_05_IntroducingHFinSpain_Habitatprogramme.pdf
- Bouvet, C., Battin, C., & Le Roy-Hatala, C. (2015). Le modèle Clubhouse pour les personnes souffrant de troubles psychiques: Revue de littérature et expérience française. *Encephale*, 41(6), 477–486. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.09.001>
- Bretherton, J., & Pleave, N. (2015). *Housing First in England - an evaluation of nine services*. Retrieved from [https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing First England Report February 2015.pdf](https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing%20First%20England%20Report%20February%202015.pdf)
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe: Final Report. Bremen/Brussels: European Union Programme for Employment and Social Solidarity*.
- Cadena Ser. (2016). Bizkaia y Gipuzkoa se apuntan al “Housing First” para las personas sin hogar. Retrieved June 4, 2018, from http://cadenaser.com/emisora/2016/09/08/radio_bilbao/1473313861_620898.html
- Cazzaniga Pesenti, J., & Suso Araico, A. (2015). Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.” *Confederación Salud Mental España*, 7–112. <https://doi.org/M-33256-2015>
- Clubhouse International. (2010). *Clubhouses and Clubhouse Research Outcomes*. Retrieved from https://clubhouseandalucia.files.wordpress.com/2014/10/research-outcomes_2014-4.pdf
- Clubhouse International. (2018a). Clubhouse Directory. Retrieved June 16, 2018, from

7. BIBLIOGRAFIA

- <https://clubhouse-intl.org/what-we-do/international-directory/>
- Clubhouse International. (2018b). What Clubhouses Do. Retrieved June 16, 2018, from <https://www.clubhouse-intl.org/what-we-do/what-clubhouses-do/>
- Debelle, D. (2014). *Relais Social Urbain La Louvière, Rapport d'activités et d'évaluation 2014 La*.
- Departamento de Salud, G. V. (2018a). Conoce el Área Encuesta de Salud. Retrieved December 12, 2018, from <http://www.euskadi.eus/encuesta-salud/inicio/>
- Departamento de Salud, G. V. (2018b). Memorias de actividad anual de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. Retrieved December 1, 2017, from http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gksmeg01/es/contenidos/informacion/smeg_memorias/es_smeg/smeg_gipuzkoa.html
- Departamento de Salud, G. V., & Departamento de Empleo y Políticas Sociales. (2018). *Prioridades Estratégicas de atención sociosanitaria Euskadi 2017-2020*.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225.
- Felix, A., & Samuels, J. (2010). *Critical Time Intervention in Action: Serving Homeless Families*.
- Fraiz Alcubilla, T., Arginarena Ruiz, O., & De La Rua Madrazo, I. (2014). INTERVENCIÓN DESDE LA BAJA EXIGENCIA CON PERSONAS SIN HOGAR EN EL MUNICIPIO DE BILBAO. In *VI Congreso Estatal de Educación Social* (pp. 1–10).
- Fundación RAIS. (2018). Hábitat ¿Y si empazamos por la vivienda? Retrieved February 5, 2018, from <https://raisfundacion.org/habitat/>
- Gallego Sola, I. (2015). *Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas*. Universidad de la Rioja. Retrieved from http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001096.pdf
- Garay, M., Notario, E., Duque, J. M., Olaskoaga, A., & Uriarte, J. J. (2012). Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. *Zerbitzuan*, 179–190. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.52.12>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea. (2013). *Plan Estrategikoa 2013-2017*.
- Gizarte Politikako Departamentua Gipuzkoako Foru Aldundia. (2015). *DESGAITASUNA DUTEN PERTSONEI ETA EMATEN ZAIEN ARRETA EREDUA*. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4748796&info=resumen&idioma=SPA>
- Gorman, J. (2012). *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of employment services offered by the clubhouse model*. American University.
- Hänninen, E. (2012). *Choices for Recovery. Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms*. Retrieved from <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-694->
- Herman, D. B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L., & Susser, E. S. (2011). Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 62(7), 713–719.
- Herman, D., Opler, L., Felix, A., Valencia, E., Wyatt, R. J., & Susser, E. (2000). A Critical Time Intervention with Mentally Ill Homeless Men: Impact On Psychiatric Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 135–140.
- Housing First Belgium. (2013). *Mise En Place De L'Experimentation Housing First Belgium*. Retrieved

7. BIBLIOGRAFIA

- from <http://www.housingfirstbelgium.be/medias/files/hfb-mise-en-place-et-1eres-observations-2.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Defunciones por suicidios. Retrieved June 15, 2017, from <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=4325&capsel=4327>
- Jambrina, J. J. M. (2017). *El Modelo Avilés para la Implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario en España*. Universidad Autónoma de Madrid. <https://doi.org/10.1109/OFC.2005.192829>
- Johnsen, S., & Fitzpatrick, S. (2013). Turning Point Scotland's Housing First Project Evaluation: Final Report. *Edinburgh: Heriot Watt University*.
- Jones, K., Colson, P. W., Holter, M. C., Lin, S., Valencia, E., Susser, E., & Wyatt, R. J. (2003). Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 54(6), 884–890.
- Lako, D. A. M., de Vet, R., Beijersbergen, M. D., Herman, D. B., van Hemert, A. M., & Wolf, J. R. L. M. (2013). The effectiveness of critical time intervention for abused women and homeless people leaving Dutch shelters: study protocol of two randomised controlled trials. *BMC Public Health*, 13(1), 555.
- Martínez-Rodríguez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Revista de Ciencias Sociales*, Junio 2013(41), 209–231.
- Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2015). *Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020*. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>
- Mitchell, G., & Pistrang, N. (2011). Befriending for mental health problems: processes of helping. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 151–169.
- Morel, Palier, & Palme. (2015). TOWARDS A HUMAN INVESTMENT STATE: FUTURE-ABLE EDUCATION, SKILL FORMATION, AND ECONOMIC-FINANCIAL LITERACY AS PREREQUISITES OF SUSTAINABLE WELFARE SOCIETY. In B. Marin (Ed.), *The Future of Welfare in Global Europe*. Oxon Routledge.
- Mowbray, C. T., Woodward, A. T., Holter, M. C., MacFarlane, P., & Bybee, D. (2009). Characteristics of users of consumer-run drop-in centers versus clubhouses. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9112-8>
- Muñoz, M., Santos, E. P., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense.
- Obertament. (2013). Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. *Taula d'entitats Del Tercer Sector Social de Catalunya*, 26, 18. Retrieved from https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf
- Ophélie Martin. (2013). Acces to services by people with severe Mental Health Problems Who are homeless. Retrieved March 25, 2018, from <https://mhe-sme.org/access-to-services-by-people-with-severe-mental-health-problems-who-are-homeless/>
- Osakidetza. (2017). *Osakidetzaeren erronkak eta proiektu estrategikoak 2017 2020*.
- Osakidetza. (2008). *Guía de información general del hospital psiquiátrico de Álava*.
- Pérez, F., Almela Bernal, J., Aznar Martínez, A., Caballero Estebaranz, N., Canovas Conesa, J., Carcelén García, E., ... López Navarro, J. (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*.
- Pérez, G., Gotsens, M., Palència, L., Marí-Dell'Olmo, M., Domínguez-Berjón, M. F., Rodríguez-Sanz, M., ... Borrell, C. (2016). Protocolo del estudio sobre el efecto de la crisis económica en la mortalidad, la salud reproductiva y las desigualdades en salud en España. *Gaceta Sanitaria*,

7. BIBLIOGRAFIA

- 30(6), 472–476. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.018>
- Pleace, N., & Bretherton, J. (2013). Finding the Way Home: Housing-Led Responses and the Homelessness Strategy in Ireland (Dublin: Simon Communities of Ireland).
- Plotnick, D. F., & Salzer, M. S. (2008). Clubhouse costs and implications for policy analysis in the context of system transformation initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Salzer, Mark S.: Center for Mental Health Policy and Services Research, University of Pennsylvania, Department of Psychiatry, 3535 Market Street, 3rd Floor, Philadelphia, PA, US, 19104, Mark.Salzer@uphs.upenn.edu: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services and Department of Rehabilitation Counseling, Sargent College of Health and Rehabilitation Services, Boston University. <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.128.131>
- Red de salud mental de gipuzkoa. (2013). *Plan estratégico 2013 – 2017*.
- Rodríguez, P. R. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. *Papeles de La Fundación Pilares Para La Autonomía Personal*, (1).
- Rogers, C. R. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Paidós. Retrieved from <https://books.google.es/books?id=KEvpPQAACAAJ>
- SMES Europe. (2018). Santé Mentale et Exclusion Sociale. Retrieved March 26, 2018, from <http://www.smes-europa.org/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Samhsa. Retrieved August 20, 2006, from <https://www.samhsa.gov/>
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W.-Y., & Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87(2), 256–262.
- Tomita, A., & Herman, D. B. (2012). The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 63(9), 935–937.
- Vidal Fernández, F. (2015). Estrategias innovadoras para la inclusión social. *European Anti Poverty Network*, 1–31.
- World Health Organization. (2008). *Stigma: An International Briefing Paper*. Retrieved from http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422-Stigma_An_International_Briefing_Paper_2704.pdf
- Zalakain, J. (2013). Tendencias y prácticas innovadoras en inclusión social. Perspectiva internacional. *Lan Harremanak: Revista de Relaciones Laborales*, 29(29), 175–216. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4748796&info=resumen&idioma=SPA>