

03

Bazterketa-prozesu edo -egoeran eta gaixotasun mental larria duten pertsonekin egindako esku-hartzea

Bizkaiko Hirugarren Sektorearen
Behatokiko Taldea

bizkaiko hirugarren
sektorearen behatokia

2010eko abendua



3s_berrikuntza

Bazterketa-prozesu edo -egoeran eta gaixotasun mental larria duten pertsonekin egindako esku-hartzea

Bizkaiko Hirugarren Sektorearen
Behatokiko Taldea

2010eko abendua

Parte-hartzaileen ekarpenekin egindako dokumentuaren egileak: Rafael Lopez-Arostegi, Raúl Castillo eta Aritza Bergara.
Diseinu grafikoa: ST3 Elkartea
Imprimaketa: Berekintza

ISBN-13: 978-84-936634-4-5

Lege-gordailua: BI-3504-2010

Behatokiaren webgunean (www.3sbizkaia.net) dokumentu hau eta Behatokiaren gainerako argitalpenak eskura daitezke doan.

Horien bidez Hirugarren Sektorea hobetu nahi dugu. Hori dela eta, horiek ahal bezain beste hedatzea eskertuko genuke eta, aldi berean, baimena ematen dugu horiek banatu, kopiatu eta berrerabiltzeko, betiere, irabazi asmorik gabeko asmoz egiten bada eta ekintzaren egilea agerian uzten bada.

Aurkibidea

1. Sarrera	5
2. Gaia aukeratzea	6
3. Parte-hartzaileak eta asmoak.....	12
4. Metodologia.....	16
5. Errealitatea aztertzen	17
5.1. Nora ez gara iristen... eta nola egin dezakegu aurrera?.....	17
5.2. Nola bilakatu dira profilak?.....	20
5.3. Aldaketa sozialak	27
5.4. Zer baloratzen dute hartzaileek?	33
6. Gakoak diren gaiak eta lehentasunak	35
6.1. Gakoak diren gaiak	35
6.2. Lehentasunak, ekimenak eta proiektuak.....	39
7. Baliabideen azterketa	47
7.1. Baliabideen mapak	47
7.2. Hutsunean identifikatzea eta lankidetzeta-aukerak.....	54
8. Egungo errealitatea aldatuz: proiektuaren zenbait ideia, identifikatutako hobekuntzekin eta lehentasunekin lotuta.	55
Ebaluazio txiki bat.....	63
Eranskina. Baliabideen gida.....	64
Bibliografia	67
Erreferentzia bibliografikoak.....	69

1. Sarrera

Bizkaiko Hirugarren Sektorearen Behatokia hirugarren sektorean espezializatuta dago eta honako alor hauek jorratzen ditu: informazioa eta dokumentazioa, ikerketa aplikatua eta sustapena; irabazi-asmorik gabekoa eta independentea da, eta hirugarren sektorea sustatzea, berrikuntza sustatzea eta Bizkaiko erakundeen kudeaketa eta esku-hartzea hobetzea du helburu.

“3S Berrikuntza” bildumaren asmoa Hirugarren Sektoreko sare eta erakundeei (eta interesa duten beste agente batzuei) ikuspegiak, proposamenak eta tresnak eskaintzea da, esku-hartzea hobetzeko eta proiektu berritzaileak abian jartzeko, eta horiei esker, sortzen ari diren eta arretarik jasotzen ez duten behar sozialei erantzuteko.

Zure eskuetan duzun lan hau “Sorkuntza Lantegia” deitutakoaren hirugarren esperientziaren ondorioa da. Arazo sozial garrantzitsuei irtenbide berritzaileak emateko sortutako gogoeta-eremua da “Sorkuntza Lantegia”

2006an, lantegian “laguntzarik gabeko adin txikiko etorkinen egoera” landu genuen; 2008an, “nerabazaroko jokabide bortitzei erantzunak” eman nahi izan genizkien, eta hirugarren edizio honetan, bazterketa-prozesuaren eta gaixotasun mental larriaren arteko “nahasketa” lantzea erabaki dugu.

Lantegiaren helburu nagusia erakunde eta pertsona parte-hartzaileek erantzuteko alternatibak identifikatzea da, esku-hartze sozialaren eremuan, behar garrantzitsuei, sortzen ari diren beharrei edo arretarik jasotzen ez duten beharrei dagokienez.

Lantegian parte hartzeak, horrez gain, ahalbidetzen du parte-hartzaileek elkar ezagutzea edo elkar ezagutzen sakontzea, irizpideak eta jardunbide egokiak trukatzeko eta elkarrekin duten harremana gerora indartzea, beraz, askotan aurrerapena izaten da, abiapuntu estankoagoa izanik.

Oraingo honetan, 2010eko uztailean bi topaketa programatu gehituen, eta bertan, bazterkeriaren aurkako eremuan eta gaixotasun mentala duten pertsonen arreta ematen dieten eremuan lan egin duten erakunde eta instituzioekin lotura duten pertsonen parte hartu zuten.

Topaketak egin ondoren, saio horietako edukiak landu genituen eta parte-hartzaileei bidali genizkien, ekarpenak egin zituzten. Hemen aurkezten dugun argitalpen honek laneko saioetatik ateratako eta parte-hartzaileekin gero alderatutako ondorioak jasotzen ditu.

Gaixotasun mental larria duten eta bazterketa-egoeran dauden pertsonekin esku-hartzen dute nentzat erabilgarria izango dela espero dugu, eta txikia izanagatik ere, ekarpena egiteko asmoa du dokumentuak, pertsona horien bizi-baldintzak hobetzeko, gizarteratzeko aukerak handiagotzeko eta haiengan gaixotasunaren, estigmaren eta eragiten dieten bazterketa-egoera objektiboen efektu konbinatuak duen eragin izugarria murrizteko: enpleguaren edo okupazioaren bazterketa, etxebizitza, laguntza ez-formaleko sareak eta abar.

2. Gaia aukeratzea

Bazterketa-prozesu edo -egoeran dauden eta gaixotasun mental larria duten pertsonekin egindako esku-hartzea

Lehenik eta behin, modu operatibo eta laburrean, ezinbestekoa dirudi sormen-lantegiaren hirugarren edizio honen xedea lantzeko abiapuntu gisa ditugun kontzeptuak argitzea: bazterketa-prozesu edo -egoeran dauden eta gaixotasun mental larria duten pertsonekin egindako esku-hartzea.

Zer errealitateri eskaini nahi diogu arreta? Zeinetaz ari gara?

Bazterketa-prozesuan edo -egoeran dauden pertsonen

“Europar zabaltzen den bazterketaren kontzeptuan zailtasun-egoeren ikusmolde horren hiru arlo gako sar daitezke: egitura mailako jatorria, **dimentsio anitzeko izaera eta prozesu mailako izaera**, dinamikoa. Azterketa soziologikoaren Frantziako tradizioaren arabera (hortik sortu zen bazterketa terminoa), integrazio-galera sortzen duen **prozesu soziala da bazterketa**, diru-sarrerarik ez izateaz gain, lan-merkatutik urruntzea eta lotura sozialak ahultzea, parte-hartze sozialaren beherakada eta, beraz, eskubide sozialen galera ere sortzen du.” Fundación Foessa Fundazioa, 2008, 55. orrialdea.

Beraz, kontuan hartu behar dira:

- Gaixotasun mental larria duten pertsonak, bazterketa-egoera objektiboak dituztenak: etxebizitza, okupazioa eta enplegua, laguntzako sistema formalak (osasuna, zerbitzu sozialak...), baita parte-hartze sozialeko aukerak eta laguntza ez-formaleko sareak ere.
- Horrez gain, baita prebentziozko ikuspegitik eta osasuna eta txertaketa sustatzearen ikuspegitik, nahasmendu mental larriaren eta beste faktore batzuen ondorioz, bazterketa-arriskuan edo urrakortasun-egoeran daudenak ere.

Nahasmendu mental larria dutenak

Neuropsikiatriako Espainiako Elkarteak (AEN, gaztelaniaz) adierazten duen moduan:

“Osasun mentalaren eremuan, kronikotasun hitzak konnotazio oso negatiboak eta estigmatizatzaileak ditu; beraz, literatura espezializatuak orain NAHASMENDU MENTAL LARRIA (TMS, gaztelaniaz) erabiltzen du iraupen luzeko nahasmendu mental larriak eta ezintasun eta desgaitasun sozialaren maila aldakorra dakartenak izendatzeko.”¹

Funtzionamendu psikosozialeko ezintasun edo zailtasun horiek arazoak sortzen dituzte rol sozialak normaltasunez garatzeko, eta hainbat faktore eta oztopo sozialekin elkartuta (estigma, bazterketa soziala, arreta-baliabide eta euskarri sozial nahikorik ez izatea eta abar) desabantaila soziala eta marjinalizazioa sortzen dute: isolamendu soziala, langabezia, txirotasuna, etxebizitzarik ez izatea, bazterketa soziala.²

1 GISBERT, C. (Koord.), 2002, 5. orria.

2 GISBERT, C. (Koord.), 2002, 8. orria.

AENen arabera, irizpide tinkoak eta homogeneous falta dira gainera nahasmendu mental larria definitzeko, eta haren ustez, agian, «definizio adierazkorrena eta adostasun gehien lortu duena AEBko Osasun Mentaleko Institutu Nazionalak 1987an emandakoa (NIMH, 1987) izan daiteke. Hiru dimentsio hartu zituzten kontuan:

1. *Diagnostikoa*: Nahasmendu psikotikoak (organikoak ez) eta nortasun-nahasmendu batzuk sartzen ditu.
2. *Gaixotasunaren eta tratamenduaren iraupena*: Bi urte baino gehiagoko denbora.
3. *Ezintasunaren presentzia*: Jatorrian NIMHeK zehaztutako zortzi irizpideetako hiru gutxienez izateagatik zehaztu zen, baina gerora funtzionamendu orokorraren desgaitasun neurritzkoa edo larria izateagatik ordezkatu zituzten, GAFen bidez neurtuta (Global Assessment of Functioning APA, 1987); horiek lanerako, gizarterako eta familiarako funtzionamenduaren eragin neurritzkoa edo larria adierazten dute.³

Beste erreferentzia batzuek ere⁴ hiru dimentsio horietan jartzen dute arreta:

- a) *Diagnostikoa*. Batez ere, CIE-10⁵ sailkapenaren arabera psikosi funtzionalen bat duten pertsonak eta nortasun-nahasmendu batzuk sartzen dira.
- b) *Gaixotasunaren eta tratamenduaren iraupena*. Bi urte baino gehiagoko denbora.
- c) *Ezintasunaren presentzia*. Oro har, gehiago edo gutxiago, arlo hauetakoren baten edo hainbatean gabeziak dituzte: norbere burua zaintzea (higiene pertsonalik ez, ingurunea moldatzeko ezintasuna...), autonomia (dirua erabiltzeko ezintasuna, mendekotasun ekonomikoa eta lana gaizki egitea...), autokontrola (estres-egoerak moldatzeko ezintasuna, gaitasun pertsonalik ez izatea), pertsonen arteko harremanak (gaitasun sozialetarako ezintasuna...), aisialdia eta denbora libre (isolamendua, gozatzeko ezintasuna, motibazio- eta interes-gabezia...), funtzionamendu kognitiboa (arreta-zailtasunak, hautematea, kontzentrazioa eta informazioa prozesatzea).

Gaia aukeratzea justifikatzen duten arrazoiak

Gai hori aukeratzea hiru arrazoi nagusik justifikatzen dute:

1. Gaixotasun mentalen prebalentzia, nabarmena eta gero eta handiagoa dena, badirudi gerora ere hala izaten jarraituko duela, testuinguru soziala ikusita. Eragindako pertsonen eta haien familiartekoen bizi-kalitatean duen eragina ere oso handia da. Eta eragindako pertsonengan, familiengan eta gizartearengan, oro har, duen eragin ekonomikoa ere zabala, iraunkorra eta handia da.
2. Bazterketa sozialeko eta gaixotasun mentaleko prozesuen arteko harremana estua eta bi norabidetakoa da: gaixotasun mentala, bereziki bide luzea izanez gero, faktore eragile gisa ager daiteke edo bazterketa-prozesua indar dezake eta alderantziz.

3 GIBBERT, C. (Koord.), 2002, 5. orria.

4 Gizarte Ekintzarako Murtziako Institutua: [http://newweb2.carm.es/newweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCON TENIDO=3707&IDTIPO=100&RASTRO=c707\\$m3676](http://newweb2.carm.es/newweb2/servlet/integra.servlets.ControlPublico?IDCON TENIDO=3707&IDTIPO=100&RASTRO=c707$m3676)

5 Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena (CIE, gaztelaniaz). V. kapituluak: Nahasmendu mentalak eta jokabidearen nahasmenduak.

Etengabeko bazterketa-egoerak eta gaixotasun mental larria konbinatuz gero, haiek jasaten dituztenak muturreko egoeretan egoten dira.

3. Estigmari egindako eraginak, arreta jarraitua eta integrala eskaintzeko sistemen arteko lankidetzak (osasuna, zerbitzu sozialak, justizia, hezkuntza...) eta laguntza ez-formaleko sarea sustatzeak prozesu horiek eduki eta itzularaz ditzake.

Gero eta eragin handiagoa duen gaixotasun mentalaren prebalentzia garrantzitsua

«OMEk egindako azken azterketen arabera, gaixotasun neuropsikiatrikoek (hainbat nahasmendu bil-tzen dira izendapen horretan) populazio helduaren gutxi gora behera % 10eko metatutako prebalentzia puntuala zuten ⁶ (GBD⁷ 2000). Kalkulatu zutenez, **450 milioi lagun** inguruk gaixotasun neuropsikiatrikoak dituzte. Gaixotasunak hauek ziren: nahasmendu depresibo unipolarra, nahasmendu afektibo bipolarra, eskizofrenia, epilepsia, alkohol-kontsumoagatikoa eta substantzia psikoaktibo jakinen nahasmenduak, Alzheimer gaixotasuna eta beste dementzia batzuk, trauma osteko estresaren nahasmenduak, nahasmendu obsesibo konpultsiboa, panikoaren nahasmendua eta lehen mailako insomnioa.

Herrialde garatuetan eta garapen-bidean diren herrialdeetan inkestek frogatu dute banakoen **% 25 baino gehiagok nahasmendu mentalen bat edo jokabidearen nahasmenduren bat edo gehiago dituela** (Regier et al. 1988; Wells et al. 1989; Almeida-Filho et al. 1997)». OME, 2001, 23. orria.

Txostenean aipatutako prebalentzia puntualeko datu batzuk⁸

Nahasmendu depresibo unipolarra	Gizonezkoen % 1,9 eta emakumezkoen % 3,2 ⁸
Nahasmendu bipolarra	% 0,4
Eskizofrenia	% 0,4
Alzheimer eta beste dementzia batzuk	% 0,6 (60 urte baino gehiagoko arteko prebalentzia % 5ekoa da gizonezkoentzat, eta emakumezkoentzat, % 6koa, gutxi gorabehera).

Era berean, «Kalkulatu dutenez, 1990ean, nahasmendu mentalek eta neurologikoek gaixotasun eta lesio guztien eraginez galdutako guztizko AVADen ⁹ % 10,5ean izan zuten eragina. 2000. urtean ehuneko hori % 12,3ra igo zen, eta 2020rako % 15era iritsiko dela aurrez ikusi dute.

Ohikoenak (gehienetan ezintasun garrantzitsuenak eragiten dituztenak) nahasmendu depresiboak dira, substantzia psikoaktiboaren erabileraren ondoriozkoak, eskizofrenia, epilepsia, Alzheimer gaixotasuna, atzerapen mentala eta haurtzaroko eta nerabezaroko nahasmenduak. OME, op.cit, 25. eta 26. orrialdeak.

6 Prebalentzia-zifrak aldatu egiten dira gaixotasuna une jakinean duten (prebalentzia puntuala), epean zehar uneren batean duten (epearen barruko prebalentzia), edo norbanakoaren bizitzako uneren batean duten (bizitzan zehar izandako prebalentzia) pertsoneri buruz ari den kontuan hartuta. Kategoria jakin batean edo azterketa-xedean sartzen diren nahasmenduen arabera ere aldatzen dira. CIE-10. V. Kapituluaren sartutako nahasmendu guztiak, adibidez, sartzen diren ala ez kontuan hartuta.

7 GBD = Global Burden of Disease (Erikortasunaren Munduko Karga).

8 Gizonezkoen % 5,8k eta emakumezkoen % 9,5ek 12 hilabeteko epe batean episodio depresiboa izan dute (epe barruko prebalentzia).

9 AVAD (ezintasunaren arabera doitutako bizitza-urteak) osasun-galderaren neurri bat da; heriotza goiztiarraren eraginez galdutako bizitza-urte potentzialen kontzeptua hedatzen du (APP), eta otpimoa ez zen osasun-egoeretan galdutako (ezintasuna) bizitza «osasuntsuaren» urte baliokideak ere kontuan hartzen ditu.

Eta hazten ari den errealitatea ¹⁰

Azken urteotan, azterketa gehien arabera, gaixotasun mentalaren prebalentzia handiagotu egin da Europako testuinguruan eta faktore horren ondoriozkoa da, beste posible batzuen artean, gure ingurune hurbilenean, arreta emandako populazioaren etengabeko gehikuntza.

Arartekoaren 2000ko maiatzeko txostenaren arabera, Euskadin dauden eragin-datuak gure inguruneko Europako gizartearen antzekoak dira; beraz, kontuan hartzen da EAEn errolatutako populazioaren % 20-25 inguruk bere eguneroko bizitzan eta ongizatean eragina jasango duela ezgaitasuna sortzen duen gaixotasun mentalen bat eta/edo nahasmendu mental arinen bat izanda.¹¹ Gerora, 14. taulan ezartzen da % 15-20 inguruko nagusitasun teorikoaren oinarriaren gainean egindako beste estimazio bat.

	Komunitateko prebalentzia teorikoa	EAEn eragina jasaten duten pertsona kopuruaren estimazioa	EAEn ospitalez kanpoko zerbitzuetan arreta emandako pertsona kopurua (1998)	Arreta emandakoen ehunekoa
Psikosi afektiboak	2%	41.961	4.169	10%
Beste psikosi batzuk	0,8%	16.784	6.542	39%
Alkoholismoa	3%	62.941	3.928	6,2%
Beste toxikomania batzuk	2%	41.961	4.536	10,8%
Neurosia	10%	209.800	296.964	12,9%
Nahasmendu mentalak, guztira	% 15-20	315-420.000	64.523	% 15,4-20,5

* Arreta emandakoen ehunekoa: nahasmendu bakoitzerako arreta emandako pertsona kopurua nahasmendu horrekin Komunitatean daudela estimatutako pertsona kopuruaren artean zatituta ateratzen da, nahasmendu bakoitzaren prebalentziaren arabera, eta eragina jasaten duten ehun pertsonako arreta emandakoen ehunekoa lortzen da.¹²

Hamar urte geroago, 2008an, eta datu bera erreferentzia gisa hartuta, guztira 77.315 laguni eman zitzairen arreta Osakidetza ospitalez kanpoko osasun mentaleko gailuetan.

Ikus dezakegunez, zifra horrek urtez urte gora egin du, eta osasun-zerbitzuko memorien arabera, azken hamarkadan 12.000 lagun baino gehiagoko gehikuntza izan du.

1998	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
64.523	66.959	62.838	72.371	74.026	74.092	74.488	75.826	77.315

Ospitalez kanpoko laguntza-sarean Osakidetza /Euskal Osasun Zerbitzuak arreta emandako pazienteen guztizkoa. Iturria: Euskal Osasun Zerbitzuko urteroko jardura-memoretako datuetatik abiatuta bertan eginda. ¹³

10 OMEren arabera, gaixotasun mentala duten pertsonen kopurua bikoiztu egingo da datozen 20 urteotan. <http://antiguo.cermi.es/texto/cermi-es/006/reportaje.asp>

11 Arartekoa, 2000, 33. orrialdea

12 Arartekoa, 2000, 83. orrialdea

13 Interneten eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-oskoo28/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/memorias.html Kontsulta: 2010eko azaroak 24

Bizkaian, 2005ean, 17 urte baino gehiagoko 44.228 laguni eman zitzairen arreta ospitalez kanpoko osasun mentaleko sarean. Adinez txikiak direnak ere sartzen baditugu, 2000. urtean 39.886 lagun izatetik 2005ean 47.706 lagun izatera pasatu ziren.¹⁴

Bizkaiko ospitalez kanpoko osasun mentaleko zerbitzuko datuen arabera, “arreta gehien emandako patologia kasuen % 39 baino gehiago hartuta, neurotikoa izan ohi da, eta jarraian, nahasmendu zehaztugabeak eta diagnostikoa atzeratutakoak biltzen dituen talde handi bat dago, % 27 inguru biltzen duena. Horien atzetik, guztizkoaren % 17rekin, psikosia eta droga-mendekotasunak daude, bien artean % 14 osatzen dute.”¹⁵

Era berean, “emakumezko gehiago ikus daitezke, % 54 baino gehiago, eta populazio osoa baino altuagoa da, emakumezkoentzat % 51,5 ingurukoa baita [...]”¹⁶

Gaixotasun mentalari lotutako faktoreak

Nahasmendu mentalak eta jokabide-nahasmenduak nagusitzeari, agertzeari eta bilakatzeari lotutako faktoreak, aipatzen ari garen OMEren txostenaren arabera, txirotasuna, sexua, adina, gatazkak eta hondamendiak, gaixotasun fisiko larriak eta ingurune sozio-familiarra dira (ikus OME, op.cit, 39-46 orrialdeak).¹⁷

Adinari dagokionez, prebalentzia-zifrak azterketatik azterketara asko aldatzen diren arren, badirudi adinez nagusiak direnen % 10- % 20 inguruk arazo mentalen bat edo jokabide arazoren bat edo gehiago duela.¹⁸

Adinez nagusiak diren pertsonen artean ere prebalentzia handia ikusten da nahasmendu batzuetan, eta adinarekin handiagozko joera dute.

Sexuari dagokionez, txostenaren arabera, nahasmendu mentalen eta jokabidearen nahasmenduen prebalentzia orokorra ez dirudi sexuaren arabera bereizten denik, nahiz eta emakumezkoen artean herxura eta depresioa ugariagoak izan, eta substantzia psikoaktiboen erabilerekin lotutako nahasmenduak edo nortasun antisozialaren nahasmenduak gizezkoengan ohikoagoak izan. Ia azterketa guztiak erakusten dute depresioaren eta herxuraren nahasmenduen prebalentzia emakumezkoen artean, normalean, 1,5:1 eta 2:1 arteko proportzioarekin.

Baina guretzat interes handiena duen faktorea, lantegiaren helburua kontuan hartuta, ***bazterketa eta txirotasuna dira. Nahasmendu mentalen prebalentzia handiagoa da bazterketa- edo txirotasun-egoeran dauden lagunen artean.***

14 Bizkaiko ospitalez kanpoko osasun mentalean arreta emandako prebalentzia-datuak. 2005eko memoria. Interneten eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-smeb0006/es/contenidos/informacion/smeb_memorias/es_smeb_adjuntos/EPIDEMIOLOGIA_TRATADA.pdf Kontsulta: 2010eko azaroak 24

15 Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzua, 2005, 9. orrialdea.

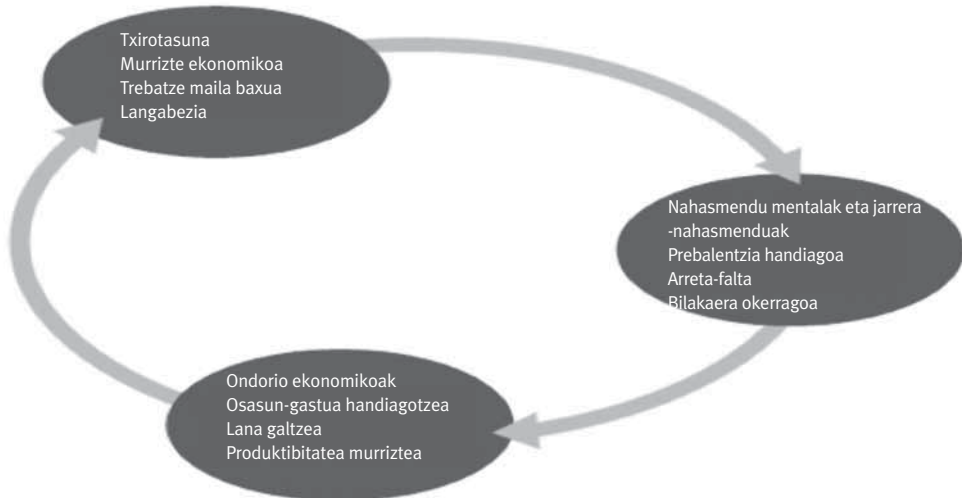
16 Osakidetza Euskal Osasun Zerbitzua, 2005, 5. orrialdea.

17 Ohartu txostenak ez diola erreferentziarik egiten migrazioaren gertakariari osasun mentalean eragiten duen faktore gisa, baina zalantzarik gabe, aurrerago aipatuko den moduan, kontuan hartu beharreko faktorea da.

18 Dena den, kontuan hartu behar da haurtzaroen eta nerabezaroen garapeneko zailtasun arruntak eta gaixotasun mentalaren arteko mugak garbi zehaztea ez dela erraza, eta estimazioak ez direla beti definitutako diagnostikoen oinarrituta egiten.

«Prebalentzia handiago horren azalpena izan daiteke txiroen artean nahasmendu mentalen kausak metatzea, baita gaixo mentalak txirotasunerantz jotzeko joera izatea ere. Txiroen artean prebalentzia handiago horren ardura bi mekanismo horietako zeinek duen eztabaidatu izan den arren, datuek adierazten dutenez, biek dute garrantzia (Patel 2001). (...) Txirotasunaren eta osasun mentalaren arteko lotura konplexua eta dimentsio anitzekoa da (1.4 irudia)». OME, *op.cit*, 14. orrialdea.

1.4 irudia. Txirotasunaren eta nahasmendu mentalen gurgil zoroa



«Estatu Batuetan egiaztatu zuten nahasmendu-arriskua handiagoa zela familia txiroenetako haurren, 2:1 proportzioaren arabera jokabide-nahasmenduetarako, eta 3:1 proportzioarekin nahasmendu komorbidoetarako (Costello et al. 1996). 15 azterketaren berrikusketa batean, goi mailako eta behe mailako kategoria sozioekonomikoen arteko nahasmendu mentalen prebalentzia orokorraren batez besteko proportzioa 2,1:1ekoa zen urtebeteko prebalentziarako, eta 1,4:1ekoa, bizitza osoko prebalentziarako (Kohn et al. 1998).

Ipar Amerikan, Latinoamerikan eta European egin berri diren azterketetan antzeko emaitzak ondorioztatu dituzte (Epidemiologia Psikiatrikoko OMEren Nazioarteko Partzuergoa 2000). (...) Nahasmenduen eboluzioa banakoaren egoera sozioekonomikoak baldintzatzen duela dioten frogak ere badaude (Kessler et al. 1994; Saraceno eta Barbui 1997). Hor zerbitzuekin lotutako aldagaiek esku har dezakete, esaterako, laguntzara sartzeko oztopoak». OME, *op cit.*, 39-40 orrialdeak.

«Bazterketa soziala dimentsio anitzeko arazoa da, eta hura osatzen duten arloek, ez badira gainditzen, gehienetan gaixotasuna okertzea eragin dezakete edo berreskuratzea zaildu dezakete. Bazterketa sozialaren eta desabantaila sozialen iturri nagusiak hauek dira: langabezia, txirotasuna eta etxerik ez izatea. Osasun mentaleko arazoak dituzten pertsonentzat, lehengora itzultzea oso lotuta dago enplegu bat, etxebizitza eta tratamenduak eta laguntza jasotzeko aukera izatearekin. Mental Health Europe, 9. orrialdea.

Arreta espezializatu egokiarekin, baliteke lagun asko berreskuratzea eta aurrera egitea komunitatean asegarria den bizitza-proiekturantz.

“Aldiz, arreta-gabezia izanez gero, gaixotasun mentala duen pertsonak % 50eko aukera du urtebetean beste agerraldi bat izateko, eta ehuneko hori % 80a iristen da hiru urteko epean. Arlo horrek, osasun- eta gizarte-kostuez gain, elementu sozial oso garrantzitsuak ditu: hondatze pertsonala, soziala eta familia-desintegrazioa.”¹⁹

Azken gogoeta

Emandako datu multzoak jakinarazten dizkigu datozen **hamarkadetarako osasun- eta gizarte-ekin-tzaren arloan ditugun erronka nagusietako batzuk zein diren:**

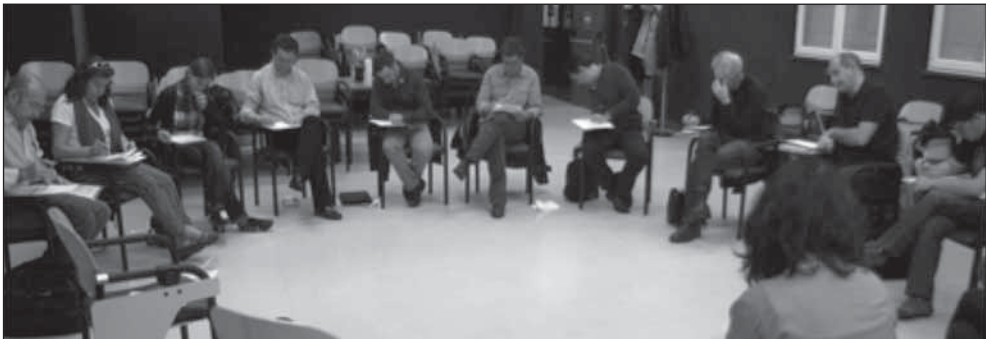
- prebentzioko, osasuna (mentala) sustatzeko eta arreta goiztiarra eskaintzeko tresnak garatzea eta gaixotasun mentala duten pertsonen gizarteratze-prozesuak sustatzea, oro har.
- Laguntzako (formal eta ez-formal, sozial eta sanitario) sistemak indartzea epe ertain eta luzera esku-hartzeak behar dituzten bazterketa-prozesu eta -egoeretan dauden eta gaixotasun mental larria duten pertsonentzat.

Bazterketa soziala eta nahasmendu mental larria batera gertatzea lantzeko zaila den errealitatea da, atzeraelikatu egiten da eta agerian uzten ditu sistemen eta politika sozialen mugak eta laguntzako sareen hutsuneak (formalak eta ez-formalak).

3. Parte-hartzaileak eta asmoak

Lehenik eta behin, eskerrak eman nahi dizkiegu lantegian parte hartu duten pertsona guztiei, izan duten lankidetzagatik eta interesagatik, eta batez ere, gaixotasun mentala duten pertsonekin, bazterketa-prozesuak eta -egoerak dituztenekin duten konpromiso eta pasioagatik.

Eskuetan duzun idatzia pertsona horien gogoetatik sortu da, aho batez, gogoetan, aztarnak eta irizpi-deak eman baitituzte, eta hemen jaso ditugu. Haiek dira benetan lana egin dutenak.



¹⁹ ARFES – PRO SALUD MENTAL (Gaixo Psikikoen eta Familiartekoen Errioxako Elkarte). Zer da gaixotasun mentala? Gaixotasunaren datu batzuk. <http://www.arfes.org/enfermedad/datos.htm>

Beste batzuetan bezala, jakintzak, ikuspegiak eta esku-hartze arloak biltzen saiatu gara, irakurketa zabala eta errealtatea islatzen duena egiteko asmoz, eta batez ere, bazterketa-egoeran dauden gaixotasun mental larridun pertsonen beharrei erantzuna emateari dagokionez hobekuntzak identifikatzeko.

Hauek izan dira parte hartu duten pertsonak eta erakundeak:

Sofía Abaitua	CEAR Euskadiko psikologoa
Pablo Ruiz	Bizitegi Elkarteko esku-hartzearen koordinatzailea.
Aitor Artaraz	Bizkaiko Tutoresa Institutuaren zuzendari-gerentea.
Jorge Uriarte	Etorkintza Fundazioko erizaina, osasun mentaleko espezialista.
Ana Fernández	Auzolan moduluko zuzendaritzako arduraduna.
María Isabel Larrinagakortabitarte	Bermeoko Ospitaleko Gizarte-langilea.
José María Duque	Bilboko Udaleko Gizarte Ekintza Saileko zuzendariordea.
Jose Antonio De la Rica	Osakidetzako osasun mentaleko eta psikiatriako laguntzako burua.
Itziar Barrenkua	Arartekoko bazterketa-egoeran edo -arriskuan dauden pertsonen arloko koordinatzailea.
Juan Antonio Tejero	Berritzegune zentraleko Hezkuntza Behar Berezien- Eskola inklusiboaren arduraduna. Eusko Jaurlaritzako Hezkuntza, Unibertsitatea eta Ikerketa Saila.
José Juan Uriarte	Bizkaian Osakidetzako osasun mentaleko arduraduna.
Jesús M ^a Bilbao	Langraizeko Espetxeko psikologoa.
Bienvenido Presilla	Argia Fundazioko zuzendari medikoa.
María José Cano	Fedeafes-eko gerentea eta aholkulari juridikoa
Itziar Ceballos	Avifes-eko gerentea.
Teresa Peña	BGLZ (Zigorak Betearazteko eta Gizarteratzeko Laguntza Zerbitzua)

Ikus daitekeenez:

- Hainbat arlo eta sistematako pertsonak izan ditugu: hezkuntzakoak, osasun arlokoak, judizialekoak, baita zerbitzu sozialetakoak ere.
- Esku-hartze eremuei dagokienez, hainbat mundutatik datozen ekarpenekin aberastu gara: espetxeak, osasun mentaleko zentroak, komunitate terapeutikoak, ospitale psikiatrikoak, aterpe- etxeak, harrera-etxeak eta trantsizio-etxeak, gizarteratzeko zentroak eta abar.
- Lanbideen arteko gurutzaketari esker, gainera, askotariko ikuspegia jaso izan dugu, bai gizarte -lanekoa, medikuntzako, zuzenbidekoa, psikologikoa edo hezkuntzako, besteak beste.

Dimentsio anitzeko lanketa hori (diziplina artekoa, sarean...), kasu jakin honetan ahalbidetu duenez haratago, ezinbestekoa dela uste dugu bazterketa-egoeran edo -arriskuan dauden eta gaixotasun mentala duten pertsonen beharrei erantzuteko garaian, gero eta konplexuagoa den gizarte-testu- inguru honetan.

Azkenik, EAPNk talde bat osatu du “osasun mentalari eta bazterketa sozialari” buruz; aktibo dago eta orain gutxi jardunaldi batzuk egin dituzte Asvar-ekin lankidetzan, “Osasun Mentala eta Bazterketa Soziala. EAEko erakunde sozialen eta osasun-erakundeen arteko topaketa” izenburupean.²⁰ Horretaz jakitun, EAPNrekin harreman estua izan dugu, eta lantegian talde horretako partaide batzuk izan ditugu, eta ondoren, EAPNri egindako lanaren ondorioak eman dizkiogu.

Aurkezpena

Sarrerako bi ariketaren ondoren (tolestutako txartela eta igogailua), presentazio-dinamikaren oinarria, oraingoan, pertsona batek beste bat aurkeztea izan zen, harekin aurretik lantegiko edukiari buruzko elkarrizketa informala izan ostean.

Ariketa horrek dagoeneko eman zituen emaitza batzuk, bikote bakoitzaren interesguneak gurutzatu baitziren. Adibidez, emaitza hauek:

- Lankidetzaren soziosanitarioaren praktikan aurreratu da, eta esperientziaren arabera, “bi sistemen koordinatutako lanaren batuketa bi baino askoz ere gehiago da”, baina, lankidetzaren praktika horretan aurrera egiten jarraitzeaz gain, beharrezkoa da hura kontzeptualizatzea. Uneotan, garrantzitsua litzateke baterako testuinguru kontzeptualak lantzea eta arreta soziosanitarioarekin lotuta eredu bat sortzea.
- Gaixotasun mentala duten pertsonen egoera oraindik ere oso zaila da espetze-eremuan, eta borondatezko lankidetzaren baina zerbait gehiago behar da horri aurre egiteko.
- Etorraren egoerak (migrazioak, harrera-gizartearen euskarririk ez izatea...) haien osasunean izan ditzakeen ondorioak kontuan hartzea ere beharrezkoa da.
- Egokiaz litzateke pertsonen lan egiteko gaitasuna legez aldatzeko erabakia hartzeko oinarri gisa hartzen diren prozeduren inguruan gogoeta egitea (eta “desgaitasun” horren erabilgarritasun erreala baloratzea beti, partziala edo erabatekoa izanik ere, eragina jasaten duen pertsonarentzat). Erabaki larria da eta prozedurak ekintza puntual eta erabaki hutsa baino gehiago izan beharko luke (erabaki hori mediku forentsearen balorazioan oinarrituta hartzen da gehien bat, eta tutore bat izendatuta amaitzen da). Gainera, tutoretza hartzeak ere ez du bateraezina izan beharrik familia-erantzukizun maila bat mantentzearekin, horrez gain, ez du esan nahi pertsona berari eragiten dioten erabakiak hartzen parte hartu ezin duenik ere.
- Hobe litzateke 24 orduz laguntza sanitario handiarekin eta denbora luzean egoitza-arreta behar duten pertsona guztiek arreta hori komunitate-testuinguruan jasotzea, ospitaleetan egonaldi luzeak saihestuz eta osasun-laguntza zehatza komunitate-ingurunean eskainiz, eta kasu bakoitzerako egokia den intentsitatearekin.
- Egokiaz litzateke lehen mailako arreta-zentroetan informazioa jasotzeko eta tratatzeko gaitasuna aprobeztatzeko, bai banako moduan, bai kolektibo gisa, kontuan izanik lehen arretako zentroak direla eta ziurrenik errealitatearen ikuspegi aberatsa dutela eta eskain dezaketela. Ildo berean, historia klinikoetan diagnostikoak gehitzeaz haratago, garrantzitsua litzateke erreferentzia-funtzioa egiten duenak, kasuaren koordinazio-testuinguruan, jasotzen duen

²⁰ http://www.eapneuskadi.net/index.php?option=com_content&view=article&id=1544%3Aqsalud-mental-y-exclusion-social-q-encuentro-entre-entidades-sociales-y-sanitarias-de-la-capv&catid=87%3Aformacion&Itemid=150&lang=es

informazioa jasotzea eta pasatzea, arreta emandako pertsonari buruzko ikuspegi osoa eskainiz.

- Euskadin dagoen baliabideen ezagutzak EAEtik kanpoko baliabideetara egiten diren deribazio batzuk eragoz ditzake.

Asmoak

Parte-hartzaileen asmoak ere hasierako bidea dira interesguneak eta hobekuntzako arloak identifikatzeko.

Adierazi ondoren, hiru ardatzen inguruan multzokatu ziren: a) eragina; b) topaketa eta kontrastea; c) errealitatea ezagutzea eta eguneratzea.

Eragina

Parte-hartzaileek gogoeta errealitatea hobetzera bideratu behar dela adierazi zuten, pertsonen bizitza-baldintzetan benetako eragina izateko asmoarekin, eta “ondorio praktikoak eta aplikagarriak lortzea, gaur egun detektatzen diren gabezia izugarriak hobetzeko”.

Beharrezkoa da: “Batera pentsatzea, errealitateari batera begiratzea, hobekuntzak proiektatzea”. “Osagarritasunetik irtenbideak pentsatzea, koordinatzea, sarean lan egitea” “Batzuetan, bateratzea. Batzuetan, dibertsifikatzea” (erantzunak beharretara egokitzeke), “Bide berriak irekitzea gaia lantzeko” (testuinguruko aldaketei erantzuteke).

Topaketa eta kontrastea

Horrez gain, topaketaren eta kontrastearen balioa ere nabarmendu zen; ikuspegiak osatu behar dira adierazi zuten, topaguneak bilatu eta baterako proposamenak egin osagarritasunetik, eta gainerako eragileen ekintzak gehiago ezagutuz eta norberak eta/edo zerbitzu bakoitzak eman zer eman dezakeen hobeto jakinez.

Beharrezkoa da: “Pertsonak eta erakundeak ezagutzea eta haiekin harremanetan jartzea”, “Parte hartzen duten eragileen, erabiltzaileen sistema sanitarioaren, hirugarren sektorearen, gizartearen... artean topaguneak bilatzea” “pertsonen kolektibo berarentzat (osasun mentala eta bazterketa soziala) baina ikuspegi desberdinetatik lan egiten dugun profesionalen ekarpenak partekatzea, gure lana hobeto garatzeko”.

Errealitatea ezagutzea eta eguneratzea

Azkenik, ezagutzak zabaldu ahal izateko eta eguneratzeko honelako eremuak izateko beharra adierazi zuten, esku-hartzen duten beste pertsona batzuekin kontrastea izateko.

Beharrezkoa da: “Beste ikuspegi batzuk ezagutzea eta eguneratzea. Beste ikuspegi batzuk izatea gaixotasun mentalari eta bazterketari buruz”. “Ikastea eta gure esperientzia partekatzea”.

Lantegia trukerako espazio puntuala da (batzuetan bakarra), baina espazio honetan proiektatutako asmoek zerikusi handia dute funtzionamendu arruntan bermatu nahi liratekeen ezaugarriekin.

Lantegian zehar, behin eta berriz aipatu izan da, egungo testuinguruan, sistemen arteko (osasun, gizarte-zerbitzu...) **lankidetz**a ezinbestekoa dela bazterketa-prozesuan edo -egoeran dauden eta gaixotasun mentala duten pertsonen beharrei erantzuteko. Bai pertsona bakoitzari erantzuteko (“kasuaren koordinazioa”), bai gizarte-beharren eboluzioari eta hartzaileen profilari erantzun egokiak emateko.

Asmoetan ikus daitekeen moduan, *koordinazioaz haratago joatea da helburua*: Informazio-trukea, sistemen artean pertsonak deribatzea, eta jarduera-protokolo bateratuak egitea, sistema bakoitzaren berezko jarduerak eta koordinazio-mekanismoak identifikatzeko, ... baino urrunago joatea.

Ezinbestekoa da *lankidetzaren praktikan aurrera egitea*, batera pentsatze, errealitateari batera begiratzea eta osagarritasunetik irtenbideak bilatzea, koordinazioa eta sarean lan egitea: “koordinazioa edo partekatutako kasuaren kudeaketa”, proiektuak eta zerbitzu sozio-sanitarioak sustatzea, sozio-judizialak, sanitarioak eta hezkuntzakoak eta abar.

Gaixotasun mentala duten pertsonen eragiten dieten bazterketa-prozesuak eta -egoerak konpontzeko erantzun egokiak emateko, ezinbestekoa da diagnostikoa partekatzea eta esku-hartze proposamen bateratuak egitea, baliabideak ezagututa eta bakoitzaren gaitasunak zein diren jakinda, eta arlo eta sistema ugarietako profesionalen interakzioa sortuta.

4. Metodologia

Sormen lantegietan erabilitako oinarritzko metodologia xehetasunez deskribatuta dago bilduma honetako lehen alean, eta Behatokiaren webgunean eskuragarri dago.

Aurreko edizioetan bezala, laneko eremu bat (lantegia) sortu nahi izan dugu, ikuspegi berritzailea hartu ahal izateko: landutako gaiaren gaineko ikuspegi berria, askatasunez eta lankidetzan osatutakoa, adierazpen- eta sormen-teknikak erabiliz.

Horretarako, gogoeta irekia bultzatu nahi izan dugu, ikuspegi eta praktiken trukea, parte-hartzaileen esperientzia oinarri hartuta. Horrela, pixkanaka eta taldean, azterketa-testuingurua osatu dugu (testuinguruaren bilakaera, profilak...), baita ekarpenetan oinarritutako esku-hartze proposamen zehatzak eta ondorio multzo bat ere.

Tekniken dagokienez, aurretik egin gabeko batzuk sartu ditugu, esaterako, adierazpen-baliabideak erabiliz errealitatea adierazteko mapak egin ditugu.

Beste batzuetan bezala, lana bi saiotan garatu dugu. Lehenengoan eduki asko bildu dugu, eta hauek hartu ditugu oinarri:

- Parte-hartzaileen aurkezpena eta haien asmoak identifikatzea.
- Erantzuteko gabeziak identifikatu ostean, hobekuntza-ekintzak formulatzea.
- Hartzaileen profilak eta haien bilakaera aztertzea, eta arreta berezia beharko luketenak zehaztea.
- Aldaketa sozialak eta osasun mentalaren arloan haiek beharretan duten eragina identifikatzea.

- Erabiltzaileek eurek jasotzen duten arretaren inguruan egindako balorazioa oinarri hartuta, bereziki zaindu behar diren arretaren arloak identifikatzea.
- Gakoak diren gaiak definitzea, orain arte egindako analisisa kontuan hartuta.
- Lehentasunak zehaztea eta haiekin lotuta proiektu eta ekimenak proposatzea.

Bigarren lan-saioan lehenengoan jasotakoa itzuli eta kontrastatu genuen, eta gero, dauden baliabideak aztertu genituen, mapak egiteko teknika oinarri hartuta, eta gainjartzeak, hutsuneak eta lan-kidetzarako aukerak identifikatu genituen. Azkenik, hobekuntzako lau arlo aukeratu genituen, eta horien inguruan, proiektuaren ideien eta haiek ezartzeko eman beharreko hasierako urratsetako batzuen lehen definizioa egin genuen.

Erabilitako metodologia eta saio bakoitzean egindako gogoeta-prozesua sakonago ezagutu nahi izanez gero, aktak ikus daitezke hemen: http://www.3sbizkaia.org/promo_semi.asp

5. Errealitatea aztertzen

5.1. Nora ez gara iristen... eta nola egin dezakegu aurrera?

Hona hemen parte-hartzaileek, emandako erantzunetan identifikatutako gabeziak oinarri hartuta, proposatutako hobekuntza-ekintzak:

- Osasun mentala pieza garrantzitsu gisa integratzea osasun-eredu guztietan, eta **osasuna sustatzeko eta gaixotasuna prebenitzeko ekintzak bultzatzea.**
- **Estigmari aurre** egitea helburu duten ekintzak bultzatzea, erradikaltasunez, kalitate eta ahalegin sozial gisa enpatian eragina duten etengabeko eta hurbileko kanpainen bidez.

Nahasmendu mental larriari lotutako estigma bazterketaren oinarritzko osagaia da, eta horrek mantentzen du oraindik ere zorotasunaren eta ezintasunaren diskurtsoa. Aurreiritziak egitean gizarteak eta erakundeek duten inplikazioan sakondu behar da, eta haien aurkako borrokan.

- **Baliabideak beharretara eta profiletara egokitzea:**
 - Zerbitzuen diseinua egokitzea, maila operatiboan (funtzionamenduan) eta haiek arautzen dituzten araudiak, malgutasuna sartuta (erreakzio-gaitasunik ez izatea).
 - Etengabeko egoitza arloko tresnak edo zerbitzu-gabeziak konpontzea, eta aldi berean, egoitza-gailuen sarea diseinatzea, iraunkortasun-denborari dagokionez intentsitate desberdinarekin, malgutasunez eta prozesuak eten gabe, bideak egitea ahalbidetu dezan.
 - Etxebizitza-proiektu autonomoagoetarako irtenbideak ahalbidetzea (autokudeatutako etxebizitzak), ibilbide egonkor baten ostean.
- Gaixotasun mental larria eta toxikoen kontsumoa duten gazteen kolektiboak dituen beharrei erantzuteko aukera emango duten alternatibak diseinatzea.

- **Arreta sanitarioari** dagokionez, beharrezkotzat jotzen da **etengabeko hobekuntza** lortu asmoz, arlo hauei arreta berezia jartzea:
 - Sare ez-formalaren bidez, batez ere familiaren bidez, “pazientearen” sintomatologia ezagutzea eta esperientzia entzutea eta kontuan hartzea.
 - Hitzorduetan maiztasuna eskaintzea eta denbora nahikoa ematea zer gertatzen zaion jakiteko, “pazienteak” zer nahi duen jakiteko.
 - Arreta sanitario malgua eta hurbilekoa ematen saiatzea, bai “pazienteari”, bai laguntzako sareari, kontuan hartuta ordutegiak eta espazio fisikoak ezin direla beti sistema zurrun baten parametroetara egokitu.
 - Anbulatorioetako arretan erantzun arinak eskaintzea, aldaketa azkarrak, une kritikoe-tan hitzordurik gabeko arreta eskaintzea eta abar.
 - Deskonpentsazio-une garrantzitsuetan ospitaleratzea ahalbidetzea, familiari une horietan etxean mantentzeko karga utzi gabe.
- Beste sistema batzuekin partekatuta, pertsona eta haren beharrak (integralak) eta praktika oinarri gisa hartuta, **trebakuntza bultzatzea**: eguneroko bizitzan izan daitezkeen egoerei aurre egitera bideratuta, baliabideen ezagutza fisikoa (testuinguruan) egotea eta haien funtzionamendu ezagutzea, laguntzea eta jarraipena, beste profesional batzuekin lankidetzaz izatea... eta ez tratamendu mediko-psiikiatriko soilak. Egokiaz litzateke zeharkako trebakuntza-programa bat sustatzea (sistema ugarietako profesionalak bideratuta), oso praktikoa, ezaugarri horiek dituen.
- **Zeharkako lana** eta “kasuaren kudeaketa partekatua” (edo “partekatutako kasuaren koordinazioa”) sustatzea zeharkako arreta jarraitua (arreta integrala) eta luzetarako arreta (bizitzan zeharreko arreta) bermatzeko bitarteko gisa, beharrezkoa denean.

Profesional eta eragile askok esku hartzen dugu, baina pertsona bakarra da. Beharrezkoa da esku-hartzeen zatikatzea gainditzea (esaterako, patologia dualak lantzean egiten ari diren bezala) eta bizi-ibilbidean eragiten duten arlo guztiak kontuan hartuko dituen arreta integrala sustatzea (bizi-historia eta asmoak, etxebizitza, egoera ekonomikoa, osasun fisikoa...).

“Zeharkako lana dugu erronka: sailen artean eta diziplina arteko ekipoen bidez. Beharrak arrazionalizatzen aurrera egin dugu: hezkuntza, osasuna, gizarte-zerbitzuak... Orain zeharka lan egin behar da. Erronka berria da”.

Iraupen luzeko gaixotasunak dituzten pertsonen beharrei erantzuteko garaian, oinarriko erronka izan ohi da zerbitzuak, modu koordinatuan, pertsonaren beharretan oinarritzea, denboran zehar haren eboluzioa aztertzea eta modu osatuan, arreta sanitario eta soziala eskaintzeko gaitasuna izatea, pertsona horiei berreskuratzeko egiazko aukerak eskaintzeko beharrezkoa baita.

Horretarako, ezinbestekoa da “kasuaren kudeaketa partekatua” (edo partekatutako “kasuaren koordinazioa”, gizarte-zerbitzuetako 12/2008 Legeko terminologia erabiliz) planteatzea eta osagai sanitarioa eta gizarte eta hezkuntzako osagaia duten esku-hartzeak bultzatzea, epe ertain eta luzera, zaintzen jarraitutasunaren filosofiarekin jarraituz. Eta “laneko eta harremanetarako egitura malgotu behar da, lotura duten beste eremu batzuetan, eta beste profesional batzuekin partekatzeko eta lan egiteko”.

Hori goitik behera egin daiteke edo, gerora erakunde edo antolaketa mailako jokabideak alda ditzaketen urratsak emateko prest dauden pertsona jakinen arteko topaketa eta lankidetzak bi-dez ere egin daiteke.

“Agian, pertsona bati arreta ematen dioten eragile ugarietarako koordinazio-espazio (ez dute nahitaez fisikoak izan beharrik) topatzeak susta dezake sormen hori, eta batzuetan gaindiezinak diruditen oztopoak gaindi ditzakete, gainera”.

Ezinbestekoa da beti, baina bereziki arlo batzuetan, espetxean edo kalean, esaterako, esku-hartzerako egokiena ez den testuinguruan eta bitartekoak nahikoak ez direnetan: a) argi eta garbi definitzea posible denaren irismena, pertsonaren testuingurua, egoera eta ezaugarriak kontuan hartuta, eta dituen baliabideak (mugak ezagutzea); b) lankidetzak eta aliantzak bilatzea kanpoan, espetxean egonez gero, edo kalea ez den espazio batzuetan, kalean egonez gero (ez etsi). Beraz, oro har, ezinbestekoa da egoera onartzearen eta norberaren mugen eta konformismoaren edo etsipenaren arteko oreka bat bilatzea.

- **Laguntzearen eta jarraipena** egitearen zeregina bultzatzea, tratamendu edo lantze puntualaz haratago, eta pertsonen gaitasunak sustatzea, eskaeraren unean dauden bakoitzaren gabeziatan edo hutsuneetan eta gabezia horri dagokion tratamenduan (puntuala) oinarritu beharrean.
- **Pertsonak prozesuan parte-hartze** handiagoa izan dezan bultzatzea, bizi-proiektu autonomoak izateko aukera izan dezan, eta izan daitezkeen komunikazio-oztopoak edo -zailtasunak gainditzeko esfortzua egitea. Legez ezinduta dauden pertsonen kasuan ere, “batzuetan ordezkatzen ditugun pertsona horiek kontuan hartu gabe erabakiak hartzen ditugu, eta hori akatsa da; gutxienez, informazioa eman beharko litzaieke”.
- **Familiei** emandako laguntza indartzea, baita haiekin lankidetzak indartzea ere: familia bakoitzarekin, bereziki, eta eragindako pertsonen eta familien elkarrekin, zerbitzuak eskaintzeaz gain, gaitasun mentala duten pertsonen eta familien parte-hartzerako bidea eta adierazpidea baitira.
- Erakunde eta instituzio garen neurrian, **dugun funtzio soziala eta esku-hartzearen helburua beti kontuan hartzea**: pertsonen laguntzea, haien autonomia-gabeziak konpentsatzea, behar dituzten euskarriak eskainiz, eta ahalik eta lagun gehienaren gizarteratzea sustatzea, ahal den bezain autonomia maila handienarekin bizi-proiektuak sustatuz.

“Pertsona batzuekin ez dugu benetako komunitateko gizarteratzea lortzen, ospitale batetik babestutako etxebizitza batera pasatzea lortzen dugu”. Batzuetan gehiago ezin da lortu, baina beste batzuetan...

- Horretarako, **parte diren komunitateekin baliabideen lotura kontuan hartu, zaindu, sustatu...** beharko genuke, kontuan hartuta “komunitateak” ere eraldatu egin direla testuinguruarekin loturak ezartzeko forma berriak bilatu nahian (“komunitateko baliabideak gara, eta batzuetan, komunitatetik urrundu egin gara; komunitate izatetik, besterik gabe, komunitatean egotera pasatu gara”). Batzuetan, lan hau egiteak lotura du pertsona jakinen gizarteratzeko aukerak sortzearekin, eta komunitate arloan eta horrekin lotuta baliabide jakinak kokatzeko aukerak izatearekin.

- Azken batean, funtsezkoa da pertsonak berreskuratzea bideratutako esku-hartzearen paradigma alda dadin sustatzea, **komunitateko bizitza-kalitatearekin eta parte-hartzeko ereduarekin koherentzian**. Berreskuratzea, komunitatean bizi-proiektu asegarria egiteko aukera gisa ulertuta (laguntza gehiagorekin edo gutxiagorekin), ia beti lor daiteke.

Paradigma-aldaketa horrek berekin dakar gaixotasun mentala duen pertsonarekiko **ikuspegi-aldaketa** ere; pertsona bihurtzen du bere bizitzaren protagonista, eta beraz, esku-hartzearen protagonista izango da. Eta arreta-sare edo sistemetatik pertsonarekin esku-hartzen dugun eragile guztiok dugun kokalekuaren **ikuspegi-aldaketa** ere bada; bideratzaile gisa jardungo dugu, modu proaktiboan eta lankidetzaz sustatuz, komunitatean beren bizitza-proiektua gara dezaten beharrezko laguntzak emanez.

Komunitate-ereduak, parte-hartze ereduarekin eta komunitateko bizitza-kalitatearekin koherentea izanik, printzipio hauek izatea du bereizgarri: autonomia, zaintzen eta laguntzaren jarraitutasuna, irisgarritasuna, arreta integrala, berdintasuna, berreskuratze pertsonala, ardurak hartzea, kalitatea.

Eredu komunitarioaren eta komunitateko bizitza-kalitatearen eta parte-hartze ereduaren arteko koherentzia ikus daiteke, esate baterako, hauek kontuan hartuz gero:

«Autonomia susta daiteke, hauei lehentasuna emanda:

- Esku-hartze terapeutikoak eta askatasuna hainbeste mugatzen ez duten laguntzazko lekuak.
- Komunitatean bizitzeko autosufizientzia hobetzen duten esku-hartzeak.
- Arlo positiboak eta pazientearen baliabide pertsonalak indartzen dituzten esku-hartzeak.
- Estigmaren, bazterkeriaren eta marjinalizazioaren aurkako borroka.
- Bizi diren komunitateko eta gailu «natural» eta sareetan pazienteak txertatzea.
- Zaintzaileei laguntza ematea, pazienteen autonomia areagotzeko familia barruan arreta ematen dietenentzat karga handiagoa izan ez dadin». EUSKO JAURLARITZA (2010), 11tik 17ra arteko orrialdeak.

5.2. Nola bilakatu dira profilak?

Pertsonen eragiten dieten aldaketa sozialak atzematen dira lehenengo, arreta ematen dieten baliabideen ikuspegitik, hartzaileen profiletako aldaketak, esaterako.

Hori dela eta, lana hasteko, tes-tuinguruan izandako aldaketak azterketarekin lotzea erabaki dugu, puntu hori eta hauek landuz:

- Gaixotasun mentala duten pertsonen profil teorikoaren (*zerbitzu-profilak*) eta profil errealen (*egungo profilak*) arteko bereizketa.
- Azken urteotako profiletan *erregistratutako bilakaera*.
- Eta sortzen ari diren profilak identifikatzea (argazkian, zutabearen atzean).



Egungo profilek agerian uzten dute hartzaileen profiletan aldaketa sozialek duten eragina (bazterketa-egoeren kronifikazioa eta urrakortasun-eremuaren hedapena, migrazio-fluxuak...); beraz, oraindik osatu gabe dauden baliabideen egokitzapenak behar dira. Egungo profilak, beraz, neurri handian, sortzen ari diren profilak ere badira.

A) Lehenengo eta behin, **zerbitzu-profilen, egungo profilen analisiarekin lotuta** nabarmendu beharreko arloak bildu ditugu. Parte-hartzaileek identifikatuta, arreta egokia jaso ez duten, arretarik jaso ez duten, bidean diren hobekuntzak, irizpideak eta abar dira.²¹ Zuzenean lotura duten aukeraturako testu batzuekin osatu ditugu ekarpenak.

Berritzegune

“Jokabidearen nahasmendu larriak” lantzeko modua sistematizatu eta hobetu nahi da, eta horretarako, hezkuntza-sistemak Osakidetzari “jokabidearen nahasmendu larriaren” definizioa egin dezan eskatzen dio, eta egoera mota horiek landu ahal izateko trebakuntza eskaini dezan, ikuspegi sanitario eta sozioedukatibotik, “patologizatu” gabe (ikusi geroago patologizazioari buruz eta eskaera eskuordetzaileei buruz egindako gogoeta), baina haiek lantzeko tresna egokiek.

Gizarte-testuinguruaren aldaketen ondorioz, gai hauek ere landu behar dira:

- **IKTen erabilera desegokia** duten jokabideak lantzea, esaterako, Internet bidezko eskola-jazarpena.
- Eta **immigrazioaren** errealitatearen erantzun egokiak emateko beharra: haur etorkinei eta haien familiei arreta ematea, arrisku-egoerak lantzea, beste erreferentzia kultural batzuk kontuan hartzea eta abar.

Oro har, eskola-haur etorkinen, hezkuntza-behar bereziak dituzten haurren eta abarren txertaketa ahalbidetzeaz gain, badirudi beharrezkoa dela eskola-testuinguru inklusiboa sustatzea, adin, sexu, jatorri, autonomia maila eta beste hainbat arlotako desberdintasunak biltzeko gai izango dena.

“Nerabeen artean, jokabide-arazoen igoera nabarmena gertatu da, bai gizonezkoen artean, bai emakumezkoen artean, eta maila sozial guztietan eta familia mota desberdinetan. Era berean, nahasmendu emozionalen igoera ere gertatu da, baina ez aurreko kasuan bezain nabarmena. Gazteen osasun mentalaren nahasmenduen eremua oso zabala da eta ezinezkoa da osotasunean lantzea. (...) proiektu honen hasierako diseinuan, nahiko berriak diren edo sozialki igoera kezagarriak dituzten arazoen adibide batzuk aipatzea erabaki genuen. (...): 1. Elikadura-nahasmenduak.. 2. Eskola-indarkeria. 3. Haurren eta gazteen suizidioa. 4. Isolamendu soziala eta depresioa. 5. Internet: isolamendu soziala, delitu-jokabideak.” Iturria: GONZALEZ, B; REGO, E., 2006, 1. orria.

²¹ Xehetasun gehiago nahi izanez gero, Behatokiko webgunean lehen saioko akta kontsulta dezakezu: www.3sbizkaia.org

CEAR

Migrazioarekin lotuta, deserrotze-egoerak, laguntza sozialaren gabeziak eta beste hainbat egoerak osasun mentalean izan dezaketean eragina nabarmendu zuten, hainbat ñabardurarekin: etorkinak, oro har, edo errefuxiatuak diren kontuan hartuta. Bestalde, **etorkinek, errefuxiatuek eta aberrigabeek** gero eta arrisku-egoera edo bazterketa-egoera gehiago izaten dituzte, eta horiek beren osasun mentalean ere eragina izan dezakete. Ezinbestekoa da gako hori azterketan sartzea, baita etorkinek prebentzio arloan eta laguntza mailan dituzten behar espezifikoak erantzuna eman ahal izateko ere.

“Espainian, etorkinen artean osasun-kontsultaren bigarren arrazoia izaten dira nahasmendu mentalak. Haien prebalentzia nabarmen altuagoa da etorkinetan Espainiako bertako biztanlerian baino. Beraz, osasun-arreta eskatu zuten Espainiako biztanleen artean % 20ko prebalentzia dagoen bitartean, etorkinen artean, % 50eko prebalentzia dago”. Iturria: ACHOTEGUI, J. 2009, 51. orrialdea.

“Immigrazioak dakarren bizitza-aldaketak dakartzan egokitzapen eta aldaketa ugariak beti estresa eta dolu-egoera sortzen duten arren, tentsio-egoera horiek denboran luzatzen direnean eta ugariak edo oso intentsuak direnean, bereziki nortasun ahulena dituzten pertsonen artean, desoreka psikikoak izaten dituzte azkenean”. Iturria: ACHOTEGUI, J., 2006, 46. orrialdea

Osakidetza (Bizkaiko Osasun Mentala)

Badirudi beharrezkoa dela testuinguru normalizatueta txertatzeko **zaitasunak dituzten iraupen luzeko gaixotasunak eta ospitalizazio luzeak** izaten dituzten pertsonentzat erantzun-alternatibak bilatzea. Baita **nahasmendu mental larria eta abusu toxikoen arazoak dituzten gazteentzako ere**, behin eta berriz ospitaleratuta, sistematik sartu-atera dabilzan eta arrisku-jokabideak dituzten gazteentzako. Bazterketa-arrisku handia duten pertsonak dira, “kroniko berrien” kolektibo bat osa dezakete azkenerako. Gainera, badago **ezintasun intelektuala eta lotutako nahasmendu mentala duen pertsona** talde bat ere, eta badirudi inork ez dituela nahi (kokapen-falta, zerbitzuen bazterketa).

Droga-mendekotasunak (Etorkintza)

Tratamendu-prozesuak jarraitzen ez dituztenei arreta eskaini behar zaie; izan ere, laguntzarik jasotzen ez badute, gero eta gehiago hondoratzen dira eta bazterketa-arazo larriak izaten dituzte azkenerako.

“Drogekiko adikzio-jokabideak dituzten pazienteen gizarte-bazterketarako arriskua larritu egiten da nahasmendu mentalarekin batera agertzen denean. Bestalde, nahasmendu mentala sendatzeko edo atzeratzeko eta drogak kontsumitzeko ohitura kentzeko aukerak murriztu egiten dira paziente horiei diagnostikorik egiten ez zaienean eta tratamendua osotasunean ematen ez zaienean”. Iturria: *AEPD, 2008, 3. orrialdea*.

Etterik gabeko pertsonak, bazterketa (Bizitegi)

Bi profilen egoerak bereziki kezkatzen gaitu, agian ez dira ari behar bezalako arreta jasotzen: **Autonomoak izan daitezkeen baina arreta jasotzen, komunitateko txertatzerik gertatu gabe, denbora asko daramaten pertsonen egoera da errealitate bat** (“egonaldi luzeko ospitalea balitz bezala, baina

etxebizitza batean”); eta bestea, berriz, **gaixotasun mental larriko arazoak dituzten gazteena, agerrialdi oso gogorrekin, droga-kontsumoaren arazoak**, inpulsibotasun handikoak, jokabide-nahasmenduak, lege-arazoak... ospitalean denbora luzea pasatu ondoren, Bizitegira etortzen dira eta **gero berriz kalera ateratzen dira, eta berriz ere ospitalera** (askotan Osakidetzak identifikatutako taldearekin bat datoz. Bizkaiko Osasun Mentala).

“Laurogeita hamarreko hamarkadatik aurrera, osasun mentaleko arazoak dituztenak % 21 eta % 59 artean izatera pasatu ziren, ehuneko oso desberdinak dira, baina gehiengoa % 50 inguruan kokatzen da, beraz, baliteke datu horrek osasun mentaleko arazoak dituzten etxerik gabeko pertsona kopurua gehitu izana adieraztea”. Iturria: Panadero, S., 2002, 113. orrialdea.

Bermeoko Ospitalea

Adierazi dutenez, **arreta jasotako pertsona asko egon litezke komunitatean laguntza soziosanitarioko maila desberdinekin** (bat dator Osakidetzak aipatutako lehen taldearekin. Bizkaiko Osasun Mentala).

Auzolan

Badago komunitate-ingurunean mantentze-programetan aspalditik parte hartzen duten pertsona talde bat, eta, zentzu positiboan, orekatuta daude, eta zentzu negatiboan, geldituta. Gainera, gizon etorkinen aldetik arreta-eskaerak sortzen dira, batez ere magrehtarren artean. Kasu hauetan, **Etor-kintzak** arreta emandakoen kasuan bezala, hainbat egoera izaten dira: paperik ez izatea, bazterketa-arazoak, arazo judizialak, kontsumo arlokoak...

Bilboko Udala

Aldi baterako egoitza-alternatibetara jotzen duten etxerik gabeko pertsona batzuek gaixotasun mentala dute, baina **zerbitzuak ez dira horien beharretara egokitzen**. Pertsona horietako batzuek, gainera, diagnostikorik eta tratamendurik ez dute.

Bizkaiko Tutoretza Institutua

Institutuak tutoretzan hartutako pertsonen komunitate mailako arreta-eredurantz doaz.

Historikoki, tutoretza duten pertsona gehienak instituzionalizatuta zeuden, baina gaur egun, Institutuak ordezkatzen dituen edo laguntza ematen dien pertsonen % 20-25 komunitate-ingurunean bizi da (autonomiaz, familiarterkoekin, pensio batean...). Tutoretza Institutuak hartzea bateragarria da familia-erantzukizun maila jakina mantentzearekin.

Pertsonaren gaitasunaren lege-aldaketari dagokionez aurrez ikus daitekeen eredu-aldaketak tutoretzaren kudeaketan konplexutasun handiagoa ekarriko du.

Argia Fundazioa

Bizitza independenteko proiektuetara bideratutako aurrerapen eskasa dago, beraz, zerbitzuak gainezka daude. Nola susta daiteke aldaketa hori?

Espetxea

Espetxean dauden eta gerora sortutakoa ez, baizik eta aurretikako profil psikiatrikoa duten pertsonak. Aurre egiten zaien egoerak marjinalizazio handikoak eta desegituraketa handikoak dira, bizi-historia defizitarioa dutenak, kanpoko laguntzarik gabe, hondamendi fisiko garrantzitsuarekin, droga-kontsumoa eta historia penal konplexua (delitu larriak, edo arinak, baina asko), batzuetan ezintasun intelektualarekin... Horiek ez ditu inork hartu nahi.

Espetxeak ez dirudi sozialki alternatiba egokiena denik, baina ez dira beste batzuk sortzen, eta ondorioz, hor egotera bultzatzen ditugu. Kolektibo horrekin esku-hartze programak garatzen dira (PAIEM), baina ez da ingurune egokia. **Pertsona batzuk espetxetik atera litezke**, baina praktikan ezin dira atera, egokitzapen-gabezia maila hori duten pertsonak hartzeko prestatutako baliabiderik ez baitago. Baliabide mota horiek sustatu behar dira.

“Espetxeratutakoen % 17,6k historia klinikoan espetxeratu aurretiko aurrekari psikiatrikoak dituzte (ez dira sartzen drogen mendekotasunaren edo abusuaren ondoriozko aurrekariak). Bestalde, espetxeratutakoen % 25,6k diagnostiko psikiatriko bat edo hainbat ditu jasota, drogen mendekotasuna edo abusua sartu gabe. Drogen mendekotasuna edo abusua sartuz gero, ehuneko % 49,6 arte igotzen da. Oharra: inkesta 64 zentrotan egin zuten, psikiatrikoak ez diren guztietan.” Iturria: Espetxeak, 2006, 6. orrialdea.

Osakidetza. Osasun Mentaleko Zuzendaritza

2010eko Osasun Mentalaren Estrategiak nahasmendu mental larrian eragina izan nahi du, eta bereziki, estigman eta gailuak sortzeko duen eraginean (ospitalean egonaldi luzeak...); horiek, azken batean, praktikan, pertsona batzuentzat behintzat, bazterketa-gailuak dira.

Arreta berezia eskaini behar zaie, gainera, **“kanpoan” geratzen diren kolektiboak**: Beren kabuz laguntzarik eskatu ezin dutenak eta koordinazio soziosanitarioaren ondoriozko arazoaren eraginez “inoren lurrean” gera daitezkeenak. Beraz, zenbait arlotan, erantzukizunak eta lankidetzaren eremuak argitzeko garaian aurrera egin beharko litzateke: Ezintasunak dituzten pertsonen arreta, espektro autistaren nahasmenduak dituzten pertsonena, alzheimerra duten pertsonena eta jokabide-nahasmenduak dituztenena edo adinez txikiak diren pertsonena, lehen mailako arretatik, besteak beste.

Arartekoa

Bazterketa-egoera larrian dauden pertsonak dira Arartekoa erakundearen lehentasunezko arreta jasotzen duten kolektiboetako bat. Kezka agertzen da **iristea lortzen ez den pertsona haiengatik**. Bazterketa-egoera larrian, gaixotasun mentalekin.. dauden pertsonak behar konplexuak dituzten herritarrak dira, komunikazio-zailtasunekin eta askotariko eskakizunekin, eta normalean, gehien bat, komunikazio-gaitasunak dituztenei eta eskaintzen zaion zerbitzua zein den behar bezala ulertzen dutenei ematen zaie arreta.

“Gainera, etxerik gabeko pertsonak, osasun-laguntza unibertsala eta doakoa duten herrialdeetan ere, zailtasun handiagoak dituzte osasun-sistemetera iristeko, hainbat egoera direla eta: - Gaixotasunak berak laguntza eskatzeko gaitasuna ken diezaiokete pertsonari gaixotasun mental kronikoetan, hainbat adikzioetan eta abar. - Txirrotasun-egoera; hainbat azterketak adierazten dute osasun-zerbitzuetara sarbide-indize txikiagoa dutela baliabide ekonomiko gutxien dutenek. Sistema, sarbide-baldintzak eta osasun-zerbitzuen antolaketa dela eta. Iturria: Arartekoa, 2006, 203. orrialdea

Avifes

Avifesen ere bat datoz sortzen ari diren profilak identifikatzean, baina gaineratu dutenez, gaixotasun mental larria duten pertsonen profila, bazterketa-egoeran egon ala ez, testuinguru sozialeko aldaketan ondorioz aldatzeaz gain, **gaixotasun mentala duten pertsonak “beren bizitzan zerbait gehiago nahi dutelako”** ere aldatu da. Gainera, laguntza ematen duten familiartekoek beste arreta mota bat eskatzen dute gaixotasun mental larria duten pertsonentzat eta beren bizitza bizitzeko eskubidea dutela diote, ematen duten laguntzak erabat baldintzatu gabe eta gizarteak errua egotzi gabe.

Horrez gain, adierazi dutenez:

- Gaixotasun mental larria duten pertsona gazteei dagokienez, batzuetan toxikoen kontsumoa dagoela eta beste batzuetan ezetz diote. Familiak **iraganean baino lehenengo jotzen dute laguntza eskatzera** eta horrek berekin dakar laguntza formalak behar dituzten gazteen kasu kopuru gehiago agertzea. Avifes, profil hori erantzuna emateko “gazteori programa” bultzatzen ari da.
- Gero eta gehiago diagnostikatzen dira **nortasun-nahasmenduak**, eta horiek lantzea, oinarri komunak izanik, esku-hartze klasikoarekiko nahiko desberdina da (ez dago medikazio espezifikorik).

B) Profilen bilakaerari dagokionez, oro har, parte-hartzaileen arteko iritziak bat zetozen bilakaerari dagokionez, eta batez ere, arreta-behar handiena duten profilak identifikatzean.

Berlaratutakoen artean deskribatutako profilen artean, nabarmendu beharrekoak dira batzuk, duten prebalentzia eta/edo beharretan duten eragina dela eta arreta berezia beharko bailukete, eta neurri handi batean, bat datoz sortzen ari diren edo arretarik jasotzen ez duten egungo profilekin.²² Hauek dira:

- **Adinekoek** lehen baino **familia-euskarri txikiagoa** dute, gizarte-aldaketen ondorioz.
- **Adineko pertsona etorkinak eta jokabide-nahasmenduak dituzten** adineko pertsonak, baita oraindik beren bizitza-proiektua hasi ez duten eta nahasmendu mental larria duten gazteak ere (ez dira lanean hasi, edo ez dute beren familia-nukleoa osatu eta abar).

22 Alderaketak egiteko, adieraz dezakegu SMESek (European Network for Homeless & Mentally Ill People) diana-talde hauek biltzen dituela:

- a) gaixotasun mentala duten eta behar bezalako laguntzarik ez duten pertsonak.
- b) gizartearekin harreman bideragarria galtzeko arriskua duten gazteak.
- c) alkoholarekiko eta drogekiko adikzioa duten pertsonak, espetxeratu ohiak.
- d) Utzi egin dituzte adineko pertsonak.
- e) egoitza-baimenik ez duten errefuxiatu eta etorkinak.

SMES Europa.Target of SMES Europa. Interneten eskuragarri: <http://www.smes-europa.org/> . Kontsulta: 2010eko azaroak 22

- **Komunitate mailan gailu egokiak egonez gero iraupen luzeko ospitaletik atera litezkeen nahasmendu mental larriko pertsonak.** Gaizki kokatutako pertsonak dira.
- **Nahasmendu mental larria eta toxikoez abusatzen duten pertsonak,** kroniko berri bihur daitezkeenak, horientzako arreta egokia eskaintzeko ere zerbitzuak egokitzea sustatu behar da.
- **Bizitza komunitate-ingurunean garatzen duten, baina benetako txertatze-aukerarik gabe zerbitzuetan gelditzen diren pertsonen egoera kronifikatzea** (“*ematen dugun erantzun bakarra egoera horiek eusteko leku gehiago sortzea da, baina pertsona horiek bizi-proiektuak garatzen aurrera egiteko aukerarik izan gabe*”).
- **Bazterketa-egoera larria duten pertsonak:** etxerik gabeko pertsonak, paperik gabeko etorkinak, delituak egin dituzten droga-kontsumitzaileak, espetxeratuak...
- **Zerbitzuekin loturarik ez duten pertsonak** edo etengabe sartu-atera dabiltzanak; haien beharrak identifikatu gabe daude.
- **Inoren lurrean dauden edo inork hartu nahi ez dituen pertsonak:** Nahasmendu mental larria eta ezintasun intelektuala duten pertsonak, eta espetxeratutakoak.

Profilen bilakaeran agerian geratzen da, ikus daitezkeen moduan, aldaketa sozialen eragina: Migrazio-fluxuak; pertsona batzuei eragiten dieten bazterketa-egoeren kronifikazioa; adinaren araberako profilen dibertsifikazioa (adinekoak, adinez nagusiak eta gazteak), jatorria (etorkina) edo autonomia maila (nahasmendu mental larria eta ezintasun intelektuala duten pertsonak, alzheimerra edo beste gaixotasun batzuk dituzten helduak edo adinekoak); laguntza sozial ez-formaleko sareak ahultzea eta abar.

Bestalde, lantegian planteatutako atzealdeko gaitako batek zerikusia du honekin: neurri txikiagoko edo handiagoko laguntza soziosanitarioarekin, inguruen normalizatueta beren bizitza garatzeko gaitasuna izan arren, nahasmendu mental larria duten asko ez dituzte komunitate-testuinguruan hartzen edo zerbitzuetan geldituta geratzen dira, ingurune sozialean txertatzeari dagokionez aurrera egin ezinik.

Hori dela eta, ezinbestekoa da benetan komunitatearen testuinguruan dauden zerbitzuak konfiguratzeko sakontzea; hain zuzen ere, egoitza-alternatiba hutsa eskaintzea baino gehiago egingo dutenak eta baliabideak izango dituzten zerbitzuak (programak, zerbitzuak, laguntza...), gaixotasun mental larria duten pertsonen loturak sor ditzaten, parte har dezaten eta aukera-berdintasunean goza dezaten komunitatean.

Gainera, esku-hartze sozialeko helburuetan errealistak izan behar dugu eta asmoak egokitu behar ditugu: aurrerapen txikiak egiten saiatu behar dugu eta jabetu behar dugu gaixotasun mental larria duten pertsonak direla eta askotan bazterketa-ibilbide luzea izan dutela.

Azkenik, nabarmendu beharrekoa litzateke bertaratutako batzuen “itzal-eremu” deitutakoa (iristea lortu ezin den pertsonak). Aipatu dutenez, garrantzitsua litzateke sistematikoki arlo hori lantzea: has-teko, itzal-eremua identifikatzea, eta horretarako, landu beharreko gai batzuk aipatu dituzte:

- Arretarik eskatu gabe, etxeetan bizi diren pertsonetik hutsune bat dago.

- Tratamenduaren borondatezko izaeraren gainean ere arreta jarri behar da, pertsona gehiago sartzeko. Hori dela eta, esku-hartze sozialaren eremutik hurbiltzeko estrategiak edo programak sustatu ohi dira, borondatezko txertatzea lantzeko.
- Horrez gain, zenbait taldetan, kultura-desberdintasunek zaildu egiten dute esku-hartzeren bat hastea (esaterako, ijito errumaniarren kasuan).

5.3. Aldaketa sozialak

Globalizazioa.

Osasun mentalaren eta gizarte-bazterketaren ikuspegitik, globalizazioarekin lotuta, hauek dira arreta gehien deitzen duten fenomenoak:

- *IKTen eragina harremanetan*, jokabideetan... Hezkuntzaren arloan cyberbullying-aren moduko fenomenoak adierazi dituzte, adikzio berriak eta haietatik datozen isolamendu sozialeko egoerak (Internet...) eta abar.
- *Immigrazioa*, deserrotzearen bizipena dakarrena, eta jatorrizko gizartean izandako rolak eta kulturarekin haustura, baita babes sozialeko sare murriztua ere, hasieran behintzat, eta horrek osasun mentalean aipatutako ondorioak izan ditzake.
- Arazo sozialen konplexutasun eta elkarren arteko harreman handiagoa, eta mundu mailan erabakiek eta hartutako jokabideek duten eraginaz gehiago jabetzea.
- *Urrakortasun-eremua handiagotzea*, hau da, bizitzako uneren batean bazterketa-arriskua eta prekaritate-egoera izan dezaketen pertsona kopuru eta mota (adinekoak, adinez txikiak, gazteak, emakumeak, etorkinak, ezintasunak dituzten pertsonak...). *Eta txirotasuna mantentzea eta pertsona batzuei eragiten dieten bazterketa-egoerak kronifikatzea*, baita oparotasun ekonomiko eta erabateko enpleguko garaietan ere.

Bi arlo horiek egungo krisi ekonomikoaren aurreko egoera dira eta, neurri batean, globalizazioaren eta aurreko krisietatik irteteko eredu onorio dira, baina arriskua dago egungo krisiak eta bertatik ateratzeko hartuko den estrategiak, kasu honetan, haiek indar ditzan.

Bazterketa-egoeran edo -arriskuan eta gaixotasun mentala duten pertsonen profila dibertsifikatzea.

Asko dira bazterketa-arriskuan edo -egoeran dauden eta gaixotasun mentala (larri edo arin) duten pertsonen profila dibertsifikatzeko eragina duten faktoreak.

- Bazterketa-egoeran edo urrakortasun-egoeran dauden pertsonen profila dibertsifikatzea, adinaren, sexuaren edo jatorriaren arabera, esaterako, eta urrakortasun-eremua zabaltzearen ondorioz.

- Eta adinak, sexuak edo jatorriak gaixotasun mental jakin batzuen prebalentzia handiagoan eragina izateko aukera, beste faktore batzuekin konbinatuta, esaterako, laguntza sozialaren gabezia. Gabezia horrek, gaur egungo testuinguruan, adinekoei, emakumez-koei, etorkinei eta adinez txikiei eragiten die bereziki.

Adinari dagokionez, bizitza-esperantza igotzeak (hori ez da beti bizitza osasuntsua izateko asmoekin lotuta egoten) gaixotasun mental batzuen prebalentzia handiagotzea dakar, eta adin batetik aurrera, mendekotasun-egoerak ugaritzea.

Mendekotasun-egoera horiek, gainera, adineko edo ezintasunak dituzten pertsona batzuen kasuan, prekariedade-egoerekin eta laguntza sozialaren gabezia-egoerekin konbinatzen dira: pentsio txikiekin eta laguntza sozialik gabe mendekotasun-egoeran dauden adinekoak, diru-sarrerara baxuekin egonik eta familiartekoak zahartzen ari zaizkien ezinduak eta abar.

Gaixotasun mentala duten gazteei dagokienez, urrakortasunaren eremua zabaltzeak nola eragiten dien aztertzean, lantegian aipatu zuten bezala, lanean hasi aurretik eta familia osatu aurretik eskizofrenia duten pertsonetan agerraldien izatea da adibide garbia. Gazteei eragiten dieten prekariedade-egoeren ondorioz, emantzipazio-adina atzeratzeak ondorio jakin hori du osasun mentalaren arloan.

Iraganean, pertsona horiek lan-jarduerara txertatzen ziren eta familia bat osatzen zuten agerraldia izan aurretik, eta babes horiek izan zitzaketan une horretan (bikotea, enplegua). Gaur, lanik edo bikoterik ez izatearen eragina, eta horien babesik ez izatearen eragina, gaixotasunaren ibilbidean, zalan-tzarik gabe, kontuan hartzekoa da.

Hautzaroaren kasuan, gurasoei eragiten dieten bizitza pertsonala, familia-bizitza eta laneko bizitza bateratzeko zailtasunek ere eragina dute familia-ordezkaritzako prozesuetan eta bakardade-egoerak eta haur eta gazteentzat arrisku-egoerak ugaritzen ari dira; horiek ziurrenik eragina izango dute haurtzaroan eta nerabezaroan jokabidearen nahasmenduak agertzearekin.

Saioetan, zenbaitek kontatu zuten bezala: *“Etxeetan bakarrik egondako orduak ugaritu egiten dira. Lehen beti egoten zen norbait etxean. Orain ez da gertatzen horrelakorik, eta agian, haur eta gazteen osasunean eragina du horrek (bakardadea, mugarik ez izatea, ez egoteagatik gero konpentsatu nahi izatea...). Etxean osasun mentaleko arazoak dituen pertsonak izan dezakeen babes mailan ere eragina izan dezake.”*

Hori adibide bat besterik ez da. Gaur egun, lan-merkatuak zuzenean edo zeharka osasun mentalean eta urrakortasun-egoerak ugaritzean izan dezakeen eraginaren eguneroko egoerak ugariak dira.

Sexuari dagokionez, parte-hartzaileen esperientzia oinarri hartuta, prebalentzia patologien arabera aldatzen dela esan daiteke. Gaur egun, gizonezkoek patologia larriagoak dituzte, aldiz, emakumezkoek beste patologia mota batzuk dituzte (herstura, depresioa, neurosia...). Laguntza eskatzeko eta zailtasunak adierazteko modua, eta eskatzen den laguntza mota, laguntza eskatzen den unea... desberdinak dira.

Dena den, gizonezkoen kolektiboa ugariagoa izanik, patologia larrienak, jokabidearen nahasmenduak, dituzten pertsonen profila ere dibertsifikatzen hasi da, sexuaren ikuspegitik, adinarenetik...

Espetxean ere, profila aurrekoarekiko aldatzen ari dela dirudi (gizonezkoa, heldua...), eta emakumezkoak hasi dira sartzen, gazteagoak, etorkinak... Ospitaleen arloan ere emakumezko gazteak ari dira sartzen, oso gaizkituta, eta gizonezkoak baino ere gazteagoak.

Bestalde, sexuaren eta adinaren moduko faktoreak ere gurutzatu egiten dira. Beraz, emakumezkoek bizi-itxaropen gehiago izateak adinarekin agertu ohi diren gaixotasunetan emakumezkoen prebalentzia handiagoa dakar (esaterako, dementziak). Gaixotasun mentala duten pertsonen edo mendekotasun-egoeran dauden beste pertsona batzuen zaintza beren gain hartuta (askotan urte askoz), emakumeen osasunean duen eragina ere oinarrizko beste arlo bat da.

Parte-hartzailek, horrez gain, **beste aldaketa sozial garrantzitsu batzuk** ere antzeman zituzten, globalizazioari lotuta ala ez, eta gaixotasun mentala duten pertsoneri eta haien bizi-baldintzei eragiten diete:

a) Lan-baldintza “berrien” eragina.

*Osasun mental onak lanerako gaitasuna eta produktibitatea areagotzen du, baina lan-baldintza eskasek, bereziki lankideen beldurrezko erasoia izanez gero, arazo psikikoak sortzen dituzte, gaixotasunagatiko bajak eta kostu altuagoak. Langileen % 28k lanean estresa duela dio. Norbanakoaren gaitasuna hobetzera eta estres-faktoreak murriztera bideratutako lan-eremuko esku-hartzeek osasuna eta garapen ekonomikoa sustatzen dute.*²³

Langabezia ugartzea, lehiakortasuna igo delako presioa areagotzea, lan-baldintzak malgutzea, prekaritate, bizitza pertsonala eta laneko bizitza bateratzeko zailtasun handia... horiek dira, besteak beste, gure komunitateetan osasun mentala okertzea eragin dezaketen faktoreetako batzuk.

Oinarrian, gainera, zaintzara eta ugalketara bideratutako zeregin eta jardueri buruzko produkzio-neurrien nagusitasuna ikus dezakegu.

b) Familia-ereduko aldaketak eta laguntza sozial ez-formala ahultzea.

*“Demografia arloan gertatutako eraldaketek (ugalkortasuna jaitea, heriotza-tasa murriztea, emakumezkoak etxetik kanpoko jarduera ekonomikora sartzeari) ethos patriarkalaren oinarri soziokulturalak higatzeko prozesu motela eta emakumezkoen irudi aldakorak sortzea eragin dute. Ingurune horretan, familia arloko adostasunak eta konponbideak ere aldatu dira, eta familiak Estatuarekin eta ekonomiarekin harremanak izateko duten modua ere aldatu da”.*²⁴

Berdintasun- eta askatasun-printzipioetan oinarritutako familia-eredu berriek berriz definitu dute familia osatzen duten kideen familia barruko kokapena, baita familiek beren ingurune sozialean duten kokapena ere.

Bizikidetzaren moduen dibertsifikazioa, zahartze-tasa altuak, familien neurria murriztea, emakumeak ordaindutako lana izateko eskubidea erabiltzea, migrazio-fluxuak areagotzea (familia-multzokatzearekin ala gabe), nazio arteko loturak dituzten familiak... Horiek dira gaur egun mendebaldeko gure gizarteetan familiek dituzten oinarrizko aldaketak.

²³ EUROPAKO KOMUNITATEEN BATZORDEA, 2005, 9. orrialdea.

²⁴ ARIZA, M. Y DE OLIVEIRA, O, 2001, 9. orrialdea.

Aldaketa horien zoriaren mende sortutako eraldaketetako bat eta esku-hartze eremu honetan gehien nabaritzen ari dena, *babes sozial ez-formala ahultzearekin* (familiarterkoak, lagunak, auzokoak...) lotuta dago; bertan eragiten du, gainera, zaintzarekin lotutako zereginetan gizonetako ardurarik ez hartzeko joera tradizionalak.

c) Rol eta testuinguru sozialen konplexutasun handiagoa eta eraldaketa

Duela hamarkada batzuk baino gizarte konplexuagoetan bizi gara, eta bizi-ibilbideak dibertsifikatzen ari dira.

Egiten ditugun rola ugari eta konplexuago bihurtu dira (guraso/ama, bikote, seme-alaba, langilea, kontsumitzailea...), baita aurre egin beharreko arazo sozial, familia mailako arazo eta laneko arazo ere.

Gainera, iraganean, ohikoa izaten zen pertsonak leku berean bizitzea eta lanbide bera izatea, familia, harremanak mantentzea bizitzan zehar. Baina gaur egun hori ez da betetzen. Bizitzan zehar hainbat aldiz aldatzen dugu lan-egoera, baita lanbidea ere, eta ohikoak da familia-nukleoa edo egoitza-lekua aldatzea ere.

Aldaketa horiek guztiek ezegonkortasun- eta ziurgabetasun-dosi handiak sortzen dituzte, eta batzuetan, horrek osasun mentalean eragina du.

d) Balio kultural eta paradigmatiko aldaketak

“Globalizazioa merkatuetako nazioartekotzearekin, mugak ezabatzearekin eta abarrekin gertatzen diren aldaketa sakonetatik abiatuta ulertu behar da, baina baita, aurretikakoa den norbanakoaren krisiaren, globalizazioaren aurretik hasi zen norbanakoaren krisiaren testuinguruan. Norbanakoaren krisia ez da guk globalizazio deitzen diogun horrekin batera gertatzen, aurretik baizik”.²⁵

Atal horrek eraldaketa-aukera zabala biltzen du. Ohikoenek gure ohiturekin dute lotura, baina baita sartzen dira oinarrizko eraldaketak ere, eta horiek gure balioetan, idealetan, pertsona eta gizarte gisa ditugun asmoetan eta abar eragiten dute.

Lantegian lotutako hainbat elementutan eragin zuten ekarpenak entzun ahal izan zituzten.

Lehenik eta behin, *gizarte-loturen hauskortasuna (likidezia) areagotzea*; horrek gizarteko estamentu guztietan du eragina, familiaren arloan eta sozializatzeko lehen mailako beste sare batzuetan (auzoak, lagunak...).

Bigarrenik, *indibidualismoa bakardade gisa eta norabide-galera gisa ulertuta* norberari interesatzen zaion, eragiten dion edo axola zaionaz haratago. Banakoaren gaindimentsionamendu hori izan daiteke topatzen ditugun dohakabetasun eta ondoez psikologikoaren maila altuak mantentzen dituzten funtsezko faktoreetako bat.

²⁵ SIERRA, H., 2004.

Osasun mentalean duen eragin garrantzitsua dela eta nabarmendutako beste faktore batek “*frustrazioarekiko tolerantzia baxuarekin, eta lorpen-asmoak igotzearekin*” **zuen lotura**. Beraz, aipatu zutenez, frustrazioarekiko tolerantzia-gaitasuna murrizten den bitartean, ia modu proportzionalan, pertsonak dituzten lorpen-asmoak gora eta gora doaz, hamarkada batzuetatik hona.

“Gurasoek ez dituzte seme-alabak hezten frustrazioarekiko tolerantzia izan dezaten, denbora gutxi pasatzen dute seme-alabekin, gero behar dutena baino gehiago emanda konpentsatzen diete... Pertsonak, bestalde, lorpenarekiko eta mugigarritasun sozialarekiko asmo handiak dituzte”.

Parte-hartzaileek, gainera, *jarrerazko moldatu ezina igo dela antzeman dute*. Hau da, barne gatazkak jokabideen bidez adieraztea, lehen hitzez edo sentimendu bidez adierazten zirenak.

Azkenik, eraldaketa horien guztien testuinguruan, erakundeek agintaritzak galtzeari egin zioten erreferentzia. Eta zehazki, eskolaren agintaritzak-galerari, eta familia-eskola harremanen krisiari. Belaualdi berrien trebakuntzari eragiten dionez, kezkarrienetako bat da.

e) Droga-kontsumoaren ereduaren izandako aldaketak eta drogak gaur egun gizartean duen lekua eraldatzea

“Drogak gure gizartean duen lekua zibilizazioaren benetako fenomeno da. Droga, izan ere, niaren berreraiketa da, aldi baterako eta fikzioan, bai, baina edonola ere, denbora batez, eta murriztapenen pisua arintzen du”.²⁶

Parte-hartzaileen iritziz, **droga-kontsumoaren ereduak aldatzeak**, besteak beste, erabiltzaile eta profesionalen pertzepzioen eta substantzien profileen aldaketa ekarri du, eta horrek berekin dakar esku-hartzeak eta haien helburuak berriz bideratu behar izatea (lehen kontsumoa uztera bideratzen ziren gehien bat).

Baina kontsumo-ereduaren aldaketaz gain, **droga benetako zibilizazio-fenomeno bihurtu duen eraldaketa soziala** ere ikus dezakegu. Testuinguru horretan, adikzio-prozesuen igoera orokorra eta adikzio moten eta aukeren igoera ikus daiteke.

f) Patologizazioa eta arreta emateko komunitate-ikuspegiaren galera

“2009ko apirilaren 14ko La Vanguardia Bartzelonako egunkariak argitaratutako informazioaren arabera, Lehen Mailako Arreta Zentroetako kontsulten % 30 osasun mentalaren ingurukoak dira: % 9,6 depresioa, % 7 herustura, % 6,6 fobiak, % 3,5 izu-krisiak eta % 3,2 substantzien abusua. Orain gutxi, Katalunian, maiatza amaieran, familia-medikuntzako Kataluniako elkar-tearen osasun mentaleko eta lehen mailako arretako VI. kongresua egin zuten. Bertan, agerian geratu zen azkenaldian kontsultetara joaten ziren bi pertsonatik bat ez zela gaixotasunagatik joaten, ondoez emozionalen batengatik baizik. Krisia eta aldaketa sozialak egongo lirarteke kontsulten jatorrian”.²⁷

²⁶ SIERRA, H., 2004.

²⁷ RAVENTÓS, S., 2009.

Lantegian zehar, hainbat parte-hartzaille bat etorri ziren eta eguneroko bizitzan izaten diren zailtasun batzuk patologizatzeko joera bat, ikuspegi diagnostikoaren gairik gabeko eta, ondorioz, estigma finkatzea identifikatu zuten.

“Osasun mentaleko zentroak lanez gainezka daude dohakabetasun-kasuak tratatzen, ez osasun mentalekoak”. “Eskumuturrean min duzulako medikuarengana joaten bazara hainbat aldiz, ezer ez duzula esango dizu. Aldiz, osasun mentalari dagokionez, norbaitek kontsulta egiten duenean, badi-rudi beti diagnostiko batek egon behar duela”. Eta batzuetan, diagnostiko bati beste bat gehitzen zaio, eta beste bat eta beste bat... Inoiz ez da aurretikakoa zalantzan jartzen. Izatekotan ere, beti bat gehitzen zaio.

Eguneroko bizitzaren “psikiatrizazio” edo patologizazio hori sistema baten zati da, eta sistema horretan gero eta eskaera eskuordetzaille gehiago egiten dituzte pertsonak eta familiek, erantzukizunak kanpoan jarri nahi baitituzte (baliabidean, sendagaien...).

Diagnostikoak egitea osasuneko profesionalen ardura eta eskuduntza denez, oinarritzakoa da medikuengan eragitea joera hori (diagnostikoa diagnostikoaren gainean) indar ez dezaten, eta gainerako eragileok ere ildo horretan lan egin dezagun.

Diagnostiko bat eta tratamendua eskaintzen den neurrian, familia lasaitu egiten da eta, zenbaitetan, ardurak gaintik kentzea ere sor daiteke. Arretan komunitateko ikuspegiak ken daiteke horrela, eta pertsonan oinarritutako ikuspegiak indartu daitezke, joera biologizistakoak.

Testuinguru horretan, ikuspegi egokitik egindako arreta-eskaerak ugaritu egiten dira (soziala, hezkuntzako, osasun arlokoa...), batzuetan muturreraino, baita babes formala indartzeko eskaerak eta ordezkartzarako ere. Eskaera horiek lotura dute babes ez-formaleko sareen eta komunitateko egituren ahultasunekin, gaixotasun mental larria duten pertsonak komunitate-testuinguruan txertatzeko eta kokatzeko zailtasunak areagotzen baitzaizkie.

Parte-hartzaileen iritziz, arretaren **ikuspegi komunitarioa galtzea** politika eta zerbitzuetatik ikuspegi hori sustatzen ez delako gertatzen da. Beraz, adibidez, ospitaleko eremuan “lehen ospitaleratzea gertatzen denean, batzuetan iraupen luzeagokoa izan dadin eskatzen da, pertsonak eta familiak benetako ideia egin dezaten gaixotasuna izateak zer aldaketa dakartzan eta onar dezaten, sendagaiak pertsona bakoitzarengan duen eragina ebaluatu ahal izateko, irteetan pertsona baliabide sozialen sarearekin konektatzeko eta abar”.

5.4. Zer baloratzen dute hartzaileek?



Proposamen metodologikoetako batean hartzaileen euren ikuspegian oinarritu nahi izan genuen arreta, jasotzen duten arretari eta baliabideei buruz duten ikuspegian.

Beraz, parte-hartzaileei eskatu genien baliabi-deak erabiltzen dituzten pertsonak emandako arretaren gainean zer balorazio adierazten duten adierazteko, pertsona edo familia erabiltzaileen hitzez hitzeko adierazpenak ahalik eta garbien islatuz.

Emaitzak sistematizatu egin ditugu, eta balorazio talde bakoitzaren azpian dauden “arlotan” edo “dimentsioak” identifikatzen saiatu gara. Hauek dira:

- a) Gaixotasun mentala duten pertsonak hau baloratzen dute:
 - **Lotura bat ezartzea;** askotan pertsonak ezar dezaketelotura bakarra da, familia-loturarik edo bestelakorik ez baitute.
 - **Entzuteko eta adierazteko espazio bat** izatea.
 - **Laguntza eta babesa,** bai laguntzaren eta erreferentziaren ikuspegitik, bai hobekuntzarako kontraste gisa.
 - Eguneroko bizitzako **oinarrizko motibazioa** eta **egunerokotasunaren errutina** ezartzea.
 - **Segurtasuna eta babesa.**
 - **Pertsona gisa onartzea, arreta pertsonala eta tratua ona.**
 - Norberaren bizi-ibilbidearen gaineko **ikuspegi eta kontrol autonomoa berreskuratzea.**
 - Gaixotasunaren oinarriko faktoreen gaineko **kanpoko kontrola.**
- b) Familiek hau baloratzen dute:
 - **Kontrastea, informazioa** eta, gurasoen kasuan, **falta direnean senitartekoa jasoko dutela eta arreta emango diela jakitearen ikuspegia.**
 - Senitartekoaren **bizi-ziklo osoan zehar** familiari emandako babes eta laguntza profesionala.
 - Profesionalen **gertutasuna.**
 - Egoera bera duten beste pertsona batzuk ezagutzeko eremuak izatea.
 - Hitza ematea, entzuteko aukera ematea (**partaidetza eta entzutea**).
 - **Programa espezifikoa izatea, haien hartzaileak familiartekoak direnak.**
 - Arreta-baliabide hartzaile gisa espazio bat izatea.

Parte-hartzaileek emandako hitzez hitzeko adierazpenak bildu ditugu jarraian eta haien kategorizazioa, ondoren. Kategorizatu ostean, aurkeztu berri dugun sailkapena egin genuen, eta balorazioa positiboa nahiz negatiboa izan arren, pertsonak baloratzen dituzten arloak berberak izatearen irudipena finkatu genuen.

IRITZI POSITIBOAK	IRITZI NEGATIBOAK, KRITIKAK ARRETARIK EMAN GABEKO BEHARRAK
<i>Lotura, familia-laguntzarik edo laguntza ez-formaleko beste sarerik ez dutenez, lotura alternatiboa.</i>	
“Zuek egon ezean, ez dut inor. Bizitzarekin dudana lotura”. “Nire familia zarete”. “Ez naiz bakarrik sentitzen”.	“Jarraitu egiten naute (ez iezadazu lagundu)”. Deskonfiantza. Inongoak izaten ez uztea, ezeren parte izaten ez uztea.
<i>Entzuteko eta adierazteko espazioa</i>	
“Entzun egin didazue” “Ulertzen nautela sentitzen dut”. “Entzun egiten didazu, nigatik kezkatzen zara”. Entzun, arreta, espazioa, adierazteko aukera, komunikatzeko aukera.	“Ez didazue ulertzen. Ez didazu entzuten. Ez didatela ulertzen sentitzen dut”. “Ezin duzue ulertu zer pasatzen dugun”. Kontatu ezin diren esperientziak.
<i>Babesa, laguntza, erreferentzia, kontrastea, laguntza, inplikazioa</i>	
“Oso babestua sentitu naiz”. “Gida, laguntza”. Konfiantza izateko eta iritzia eskatzeko norbaiten erreferentzia izateko beharra. “Lagundu egin didazu”. Pertsonalaren motibazioa / “niregatik kezkatzen zara”.	“Zer egin behar dudana agindu didate eta erabakiak kritikatu dizkirate, seme-alaba asko izan ditudala...” “Guztiek esaten didate zer egin behar dudana” “Nire bizitzan sartu nahi duen jende gehiegi dago” “Nik lan egin besterik ez dut nahi”. “Nire bizitza nirea da, ez zurea”. “Ez dut nahi inork zer egin behar dudana esaterik” “Nire espazioetan bizi nahi dut, tutoretzarik gabe”.
<i>Oinarizko motibazioa, egunez eguneko /eguneroko errutina.</i>	
“Joateak mugiarazten nau askotan”.	Mugatuta sentitzen dira. Ez dute itxaropenik ezintasunetik. Estigma. Ezintasuna.
<i>Segurtasuna, babesa</i>	
“Hemen lasai sentitzen naiz, gustura, babestuta, seguru”. “Zuekin lasai sentitzen naiz, gustura, babestuta,”.	
<i>Pertsona gisa onartzea, arreta pertsonala, tratua ona</i>	
“Onartuta, garrantzitsu, norbait sentitza”. “Pertsona”.	Banakako arreta terapeutiko eskasa. “Ez didate arreta eskaini nahi”. “Gaizki tratatu naute”.
<i>Norberaren bizi-ibilbidearen gaineko ikuspegi eta kontrol autonomoa berreskuratzea.</i>	
“Laguntza horiek gertatzen zaidanaren kontrola dudala sentitzen dut”. “Zuei esker aurrera egin ahal izan dut”. “Dudanaz eta bizitzen dudana gozatzera iritsi naithekeela ikusten dut”.	“Ez dakit nire gaixotasunak zer bilakaera izango duen eta non amaituko dudana” (ziurgabetasuna). “Konpondu, konpondu... gauza gutxi konpontzen duzue. “Ez duzu nire arazoa konpontzen”. “Joan-etorri asko”. “Etxebizitza bat eta lan bat nahi ditut”. “Dudana pentsioarekin ez zait iristen”. “Zertarako etorri behar dut?” “Gure kontura bizi zarete eta ez duzue ezer egiten”. “Egun osoan alde batetik bestera nabil eta inork ez dit ezer konpontzen.” Isolamendua eta inpotentzia aukera-gabeziaren aurrean. Haserrea eta amorrua: “nire arazoen arduradunak zarete”.
<i>Beste arlo batzuk</i>	
Medikazioarekiko jarrera egokia (gaixotasunaren oinarizko faktoreen gaineko kanpoko kontrola). Familiak: “azkenean jakin dezaket norbaitek bere kargu hartuko duela, ez da kalean geratuko” (familien etorkizunerako ikuspegiak); bere ahotsari lekua egitea (eragina jasaten duten pertsonen eta senitartekoen erakundeekiko) eta espazio propioak izatea (laguntzako baliabideak, entzuteko, informazioarako, kontraste profesionala eta beste familia batzuekin...) eta laguntza profesional hurbilekoarekin, bizitzan zehar...	Ospitaleko eremuan, batzuetan eguneroko bizitzako erregimeneko eskakizunak ez dira bat etortzen patologiarekin gabeziekin. Batzuetan zaila izaten da beste zerbitzu batzuetara bideratzea, egoera pertsonalagatik egin badaiteke ere. Arartekoa (herritarrek arlo horretan egiten dituzten keak): arreta emateko garaian atzerapen gehiegi eta arreta txarra gazteen eta hauren eremuan.

Zeharka eta oso zehaztu gabe izan arren²⁸, badirudi horrela eskuratu ahal izan ditugula gaixotasun mental larria eta haien familiek baloratzen dituzten eta baliabideak gaur egun lantzen ari diren arretaren inguruko arlo batzuk.

Zalantzarik gabe, esku-hartzearen oinarritzko arloak dira. Arlo horien gaineko gogoeta eginda, agian, hartzaileen beharrak ulertzeko eta profesionalengan, laguntzako sistemetan eta baliabideetan jarzen dituzten itxaropenen gaineko gure ikuspegia zabaldu ahal izango dugu, eta ondorioz, esku-hartzea hobetu.

6. Gakoak diren gaiak eta lehentasunak

Lehentasunezko profilak definitutakoan eta hartzaileen profiletan eta haien beharretan eragina duten testuinguru sozialeko faktoreen azterketa txiki bat egin ostean, beste urrats bat eman nahi izan genuen.

Horretarako, parte-hartzaileen ikuspuntutik gaixotasun mentala duten pertsonen beharrak lantzeko giltzarri diren gaiak identifikatzeko asmoa hartu genuen aintzat, identifikatutako profilak eta egindako testuinguruaren azterketa kontuan hartuta. Era berean, beharren hierarkia bat ezarri nahi izan dugu, lehentasun batzuk identifikatuta.



6.1. Gakoak diren gaiak

Parte-hartzaileek ekarpenetan bi gako mota aipatzen dituzte. Batzuek laguntza-sistema hobetzearekin lotura dute, eta besteek zuzenean gaixotasun mentala duten pertsonen beharrekin dute zerikusia.

Identifikatutako gaien eskema

Laguntza-sistema eta -sareekin lotuta

- Informazio-trukaketa eta koordinazioa hobetzea.
- Egokitzapena eta baliabideak malgutztea.
- Laguntzako sistema formalen iraunkortasuna (osasun-zerbitzuak, gizarte-zerbitzuak...) eta laguntza ez-formaleko sareei euskarria ematea.
- Esku-hartzeak integralak izatea.

Gaixotasun mentala duten pertsonen beharrekin lotuta

- Oinarritzko euskarriak: ostatua, eustea eta laguntza ematea, finkatzea, lotura, erreferentzia, pertsonak prozesuan parte-hartzea.
- Gizarteratzearen ikuspegia: Loturak, enplegua edo okupazioa batera sartzea, etxebizitza egonkorra, parte-hartze aktiboa gizarteratzeko ibilgailu gisa...

²⁸ Hartutako metodologia aberatasia izan da eta erabiltzaileek baloratzen dituzten arretaren dimentsioen kontzientzia handiagoa hartzeko aukera eskaintzen du, gaur egun profesionalak egiten duten beharren ebaluaziotik bereizita. Edonola ere, ahal den guztietan, etorkizunean komeniko litzateke hartzaileen zuzeneko parte-hartzea izatea, talde bat osatuta, elkarrizketa bidez eta abar.

A) Laguntza-sistema eta -sareekin lotuta

1 - Informazioa eta koordinazioa hobetzea.

Sarea osatzen dugun erakunde guztiok baliabide guztiak ezagutzea bermatu behar da, horien guztien gaineko informazio eguneratua eskuragarri izatea bermatuz.

Horrez gain, baliabide eta sistemen arteko (gizarte-zerbitzuak, osasun-zerbitzuak...) koordinazioa hobetzeko lan egin behar da, bereziki partekatutako kasuaren koordinazioari, edo kasuaren kudeaketa partekatuari, dagokionez.

Hori dela eta, garrantzitsua da kasuaren koordinazio-prozesuaren jabea zein den definitzea; horrekin zehaztuko da pertsona jakinaren arreta hobetzeko lankidetzan lan egitean azken erantzukizuna nork hartuko duen.

Bestalde, garrantzitsua da adieraztea baliabide eta sistemen arteko koordinazio eta kolaborazioaren ondorioz beti ez dela hobekuntza sortzen lan egiten dugun pertsona horientzat. Eta hala izan beharko luke. Horretarako, lan-prozesuak lankidetzan definitzea garrantzitsua da, osasun arloan, bizi-kalitatean eta beste hainbat arlotan pertsonentzat balioa erantsia eskaintzeko. Esate baterako, haurtzaroan nahasmendu mental larria duten pertsonen arreta ematen dieten hezkuntza-zentro terapeutikoen kasuan, eskola-curriculuma haien hezkuntza-beharretara egokitu da.

Gainera, “mistotzat” har litezkeen baliabideen definizioa landu behar da eta haien edukia, joera eta abar argitu behar da.

Koordinazioaren eta lankidetzaren arloan landu beharreko beste gai bat programazio-tresnei eta esku-hartzearen orientazioari buruzkoa da (diagnostiko-tresnei dagokiena ere izan daiteke).

Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemari, diagnostikoa egiteko tresna komunak izatea aurrez ikusi dute (fitxa soziala), baita esku-hartzearen orientaziorako ere (arreta pertsonalizatuaren plana).

Bestalde, lehen mailako arretaren eremuan plangintza-tresna bakarra lor ote daiteke, osasun-sistemarekiko eta gizarte-zerbitzuekiko edota beste sistema batzuekiko (enplegu-zentro bereziak...) komuna izanik, eta arreta eskaintzeko plan bakoitzean baliabide bakoitzaren arabera planifikatutako laguntzak sartuta (zaintza-plana, banakako laguntza-plana...)? Zer izango litzateke erreferentearen irudia kasu horretan?

Plan honek pertsonaren bizi-proiektua eta beharrezko laguntzak islatu behar ditu (tartean sartutako laguntza-sarea, formal nahiz ez-formalak, sozialak, sanitarioak...), pertsonak komunitatean bizi-proiektu asegarria egiteko aukera izan dezan.

Laguntzak pertsona bakoitzaren asebetetzera bideratzen dira, bizi-kalitatearen neurri ugarietara lotuta, baina baliabide bakoitzak (bizikidetzaren alternatiba, osasun mentaleko zentroa, okupazio-zentroa edo enplegu-zentro berezia, aisialdiko zerbitzua...) bere ekarpen jakina eta mugatua egin dezake.

Erreferentearen irudiak pertsonarekin joan behar du bere ibilbidean, ikuspegi integralarekin eta haren parte-hartzearekin, pixkanaka pertsonari ahalordeak emanez.

Bazterketa-egoeran dauden eta gaixotasun mental larria duten pertsonen kasuan, irudi hori gizarte-zerbitzuen sareko edo osasun-sareko zati izan liteke. Edonola ere, pertsonak behar bezalako lotura ezarri duen profesional bat izatea da garrantzitsua.

Ez dirudi erabat ezinbestekoa denik erreferentearen irudia beti profesional bera izatea. Aldiz, ezinbestekoa da eta batzuetan onuragarria alderdi guztientzat erreferentearen irudian aldaketak izatea. Esku-hartzearen kultura edo paradigma profesional bakoitzak orientazio berarekin garatzea da garrantzitsua, eta gertatutako aldaketen ondorioz erabiltzailearekin eta haren laguntza-sarearekin kontrastatzeko eta hitzartzeko prozesu egokia izatea.

2.- Egokitzapena eta baliabideak malgutzea.

Baliabideak malgotu behar dira beharretara egokitzeko, eta horrela, komunitate-ereduan aurrera egiteko (irisgarritasuna), zentroen ordutegiak egokitzeko sustatuz eta egonaldia malgutuz, ospitalizazio luzeko egoeran dauden pertsonen, esaterako, garai batzuetan (Gabonetan...) etxera joateko aukera izan dezaten.

3.- Laguntza ez-formaleko sareei laguntza ematea

Komunitate-ereduarekin koherentzian, ezinbestekoa da laguntza ez-formaleko sareei sustapena eta euskarria emateko gailuak sortzea, familiei arreta berezia emanez, eta horrez gain, komunitate-ingurunean borondatezko lankidetzak sustatzea.

Erantzun formalak ezinbestekoak dira, baina familia oinarrizko euskarri eta lotura da pertsonentzat eta txertatzeak sare soziala inplikatzeko eskatzen du.

4.- Zaintza formalaren nahiz informalaren, sozialaren eta osasun arlokoaren iraunkortasuna

Azkenik, ezinbestekotzat hartzen da sistemen iraunkortasunaz eta finantziarioaz gogoeta arretatsua egitea, bai gizarte-zerbitzuen sistemaz, bai osasun-sistemaz, zer eredu lortu nahi dugun definituta.

Laguntza-sareen eta -sistemen iraunkortasunari buruzko gogoetak gizarte-zaintzak, osasun-zaintzak eta abar hartu behar ditu aldi berean, laguntza formaleko nahiz ez-formalekoak, elkar osatu behar baitute.

Bestalde, zerbitzuak edo prestazioak finantziatzean ordaintzera derrigortutako pertsonen partaidetza edo “baterako ordainketa” da giltzarrietako bat.

Gai horrek gaixotasun mental larria duten pertsonen arreta ematearen arloan konnotazio bereziak ditu, eta bereziki eremu soziosanitarioan, baterako ordainketa egiteak gizarte-zerbitzuen sisteman eragina baitu pertsonak osasun-baliabideetatik gizarte-zerbitzuen baliabideetara eramatean, eta bereziki, egoitza-arreta behar duten baliabideen artean.

Beraz, baterako ordaintzarekin lotuta egindako planteamenduak, edozein izanik ere, bi sistemetan berbera izan behar du, baliabide mota batetik bestera pasatzea erabiltzailearen beharretara egokitzeak soilik baldintza dezan.

B) Gaixotasun mentala duten pertsonen beharrekin lotuta

Aipatu dugu gaixotasun mentala duten pertsonak eurek baliabideek asetzen dituzten eta ase ditzaketen beharren gainean zer iritzi duten: lotura, entzuteko eta adierazteko espazioak, babes, laguntza, erreferentzia, kontrastea, motibazioa, errutina, segurtasuna eta babes, pertsona gisa onartzea...

Eustea eta laguntzaz gain, erantzun formalek ostatu eta bizikidetzako alternatibak ere eskaintzen dituzte, normalean aldi baterako, eta horiek ezinbestekoak dira gizarteratze-prozesua aktibatze eta garatzeko.

Baina agian norberaren bizi-ibilbidearen ikuspegia eta kontrol autonomoa berreskuratzeko aukeraren (helburu hori kasu gutxi batzuetan lor daitekeela dirudi) eta gizarteratzeko benetako aukeren artean (enpleguaren edo okupazioaren bidez, etxebizitzarako sarbidea, pertsonen arteko harreman garrantzitsuen esfera handiagotzea eta abarren bidez) gertatzen den “gap” horretan dago zailtasunik handiena.

Komunitate-inguruneetan dauden bizikidetzak-alternatibetan bizi diren gaixo mentalentzat ere zaila gertatzen da.

Hori dela eta, erabiltzaileek gehiagotan adierazten dute beren itxaropenak ez daudela estalita.

Bestalde, horiekin esku-hartzen duten profesionalak ondorengo hauek identifikatzen dituzte giltzarri gisa.

1- Oinarrizko euskarriak.

- Ostaturik ez dutenei **ostatua** eskaintzea, bizi-euskarri gisa eta esku-hartzerako euskarri gisa, eta ahal den neurrian, gizarteratze-prozesuan barruan, **bizikidetzak-alternatiba** egonkorragoa eskaintzea.
- **Arreta eta laguntza** eskaintzea; horrek berekin dakar pertsonak sare sozial funtzionalera sarbidea izatea.
- **Epe luzerako esku-hartze sozioedukatiboa egitea**. Egitura mailako arazoa da, ez puntual edo koitunturala. Pertsona batzuei bizitza osoan lagundu behar zaie.
- **Esku-hartzeak osokoak izan daitezen sustatzea**. Profesional bakoitzak arretaren dimentsio ugari kontuan hartzea dakar (“medikuntzan ari banaiz osasun arloari bakarrik ez begiratzea, gizarte-lan edo gizarte-hezkuntzako lanbidea baldin badut, dimentsio sozialean gaixotasunaren eraginari ere arreta ematea”...). Adierazi den moduan, baliabideen arteko koordinazioa hobetzea dakar, bereziki kasuaren koordinazioari dagokionez.
- **Finkapena ahalbidetzea, lotura eraikitzea eta erreferentzia** izatea.

Ekintza-sistemak berak arlo horiek ahalbidetu behar ditu, laguntza formaleko egiturak sortuz (erreferentziatzko irudia), loturak sortzen lagunduz eta beste lotura batzuk, daudenean, ez-formalak, mantenduz. Era berean, jarraikortasun-irtenbiderik gabe, aldaketaren bat (esaterako, lege-egoeran, tutoretza hartzea, adibidez) egon delako soilik pertsona baliabi-

de batetik bestera joatea saihestu behar da, eta urrats hori lotura garrantzitsuak galtzea ez dadin izan saiatu behar dugu.

- **Pertsonak bere gizarteratze-prozesuan bertan** parte hartzea sustatzea.

2.- Gizarteratzea

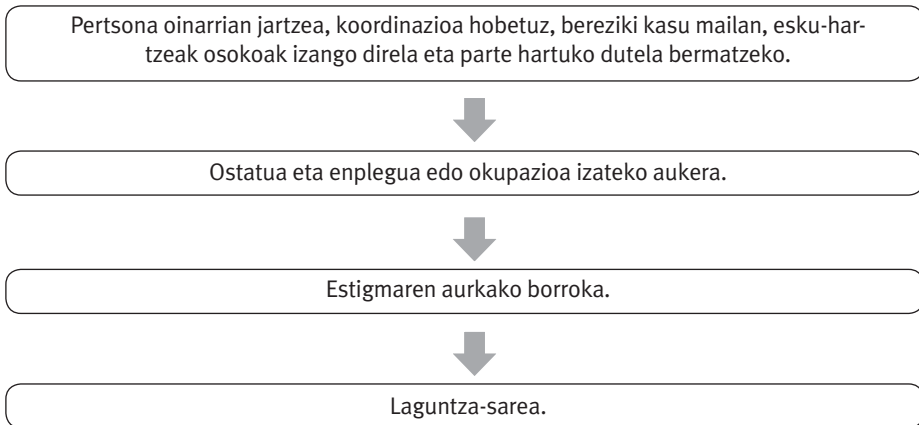
- Gaixotasun mentalak eta jokabide estigmatizatzaileak dituzten pertsonen bazterketa **sozialean eragitea**; izan ere, bazterketa horiek eragozten dute, neurri handi batean, txertatze-alternatibek funtzionatzea (komunitate-ingurunean baliabide jakin bat kokatzeko zailtasunak, ingurunearekin loturak ezartzeko zailtasunak...). Bestalde, pertsonak komunitatean **inklusio aktiboa** izan dezan sustatzea.
- **Enplegu edo okupazio bat lortzeko aukera erraztea**. Hori da arlo normalizatzaileenetako bat. «Gehien normalizatzen duena goizetan jaiki eta lanera joatea da, enpleguak ematen duen autoestimua, “status” hori izatea»
- Norberaren bizitza-proiektuarekin koherentea den **bizikidetzaren alternatiba** egonkorerrako sarbidea ahalbidetzea.
- **Gizarteratzeko ibilgailu gisa parte-hartze aktiboa sustatzea**. Enpleguaren edo okupazioaren, etxebizitzaren eta abarren bidez gizarteratzeaz gain, zerbitzuetako, aisialdiko jardueretako eta abarretako parte-hartzea kontuan hartuta. Gizarteratzeko ibilgailu gisa parte-hartzea balio gisa hartzen da berez, eta horrela, zeharkako elementua da gainerako jardueretarako.
- Azkenik, **behar sozialak irizpide izateari utzi eta eskakizunak ezartzeko joera sakontzeko arriskua ere aipatu dute**; horrek zenbait “sistematik” kanpo utziko lituzkete, eskakizun horiek bete ezin izango dituztelako (errolda, bizikidetzaren alternatiba izatea...).

6.2. Lehentasunak, ekimenak eta proiektuak

Parte-hartzaileek lehentasun hauek identifikatu zituzten:

- Komunitatean bizi-proiektu asegarrira garatzeko pertsonari beharrezko laguntza emateko koordinazioa hobetzea.
- Esku-hartzeak integralak izatea.
- *Pertsonak bere gizarteratze-prozesuan bertan* parte hartzea.
- Ostaturik eta enplegua edo okupazioa izateko aukera.
- *Estigmaren aurkako borroka*.
- *Laguntzako sarea indartzea*.

Gerora, lehentasuna emandako gako batzuk multzokatu genituen, oinarrizko lau elementutan:



Gai horietako bakoitzaren ganean, laneko taldeek abian jarri beharreko proiektuak eta ekimenak identifikatzera bideratutako gogoeta egin zuten. Gainera, bloke bakoitzerako ekimenak puntuatu genituen, lehentasunak ezarriz. Letra beltzez markatu ditugu ekimen bozkatuenak: **partekatutako kasuaren kudeaketa, ostatu-baliabideak handiagotzea, diskurtso politikoa eta soziala sortzea estigmarekiko eta arreta komunitarioaren programak sustatzea.**

A.- PERTSONALEHEN PLANOAN JARTZEA, BERE BIZI PROIEKTU AGARATZEN LAGUNDUZ, KOORDINAZIOA HOBETUZ ETA ESKU-HARTZEAREN OSOTASUNA ETA PERTSONAREN PARTE-HARTZEA SUSTATUZ

Parte-hartzaileen iritziz, “lankidetzaz” “diziplina artekotasuna”, “osotasuna, osokoa izatea” hitzak zehaztu behar dira.

Zer da koordinazioa hobetzea?

1. Baliabideen artean informazio-trukaketa handiagotzea.
2. Koordinazio ona ez da “gehiagizko koordinazioa”.
3. Oinarrizko irizpide bat prozesua nori koordinatzen duen, zuzentzen duen eta animatzen duen argitzea da.
4. ...

Koordinazioa hobetuta, helburu hauek lortu nahi dira:

- *Lehenik eta behin, pertsona lehen planoan eta erdigunean jartzea:* bere eskubideak eta erantzukizunak, nahiak eta itxaropenak, komunitatean duen bizi-proiektua.
- *Bigarrenik, esku-hartzeak osokoak izan daitezela sustatzea.* Arreta emateko gai naizen horri bakarrik ez begiratzea. Laguntza bere gain hartzen duenak orokortasuneko ikuspegia izan behar du.

- *Hirugarrenik, lidergoa argitzea eta arreta emateari dagokionez erantzukizunak mugatzea.* Bazueta ez dago argi arduraduna zein den hainbat behar daudenean.

Maila kolektiboan, osasun mentaleko arazoak eta kontsumo-arazoak dituzten eta indarkeria-biktima diren emakumeei zuzendutako programa edo esku-hartze bat egokitu behar denean, esaterako. Nork izango du lidergoa? Zer da garrantzitsuagoa: indarkeria-egoera, kontsumoa, osasun mentaleko arazoak? Edonola ere, ardura gehien nork duen eta lidergoa nork izango duen definituta eta horrela zeharkako arreta sustatuta, nola berma daiteke arreta?

Maila indibidualean, kasuen koordinatzaile edo kudeatzaileak izendatu behar dira, eta horiek izango dute “zaintzaren lider” jardura egiteko ardura, koordinazio-protokoloak ere ezarriz (nor elkartuko diren eta zer maiztasunekin).

Gaixotasun mentala duten pertsonak aurrera egiten dute, beste erritmo batekin, baina egiten dute, eta laguntza, trebakuntza eta abar behar dute. Garrantzitsua da erantzukizunak hartzea, gaitasunak garatzea... Eta hasieran behartu gabe, prozesuan aurrera egin ahala, lotura utziko duten unea presatzen jakitea ezinbestekoa da.

Ezinbestekoa da pertsonen parte-hartzea ere areagotzea beren plan indibidualetan (arreta pertsonalizatutako plana, PIR...). Pertsonengatik ari gara erabakiak hartzen eta gutxienez haiek kontuan hartu behar ditugu, erabakiak hartzeko prozesuan inplikatu eta, prozesu hori babestuz, euren gaitasunak indartu.

Pertsona lehen planoan jartzea da helburua. Bere erreferentzia zein izango den ere pertsonak erabakitzea planteatu da, eta hortik aurrera, sare bat sortzea. Baina plan bakarra egongo da eta helburuen arabera landu, bete beharreko helburu operatibo sinpleak formulatuz, haiek definitzeko zailtasunean ezkutatu gabe, aurrerapenak lortuz...

Ekimenak eta proiektuak

1. Partekatutako kasuaren kudeaketa.

“Kasuaren kudeatzaileak” definitzea eta profesional batek kasu bakoitzean erreferente gisa jardutea, zaintzen lidergoa hartuta eta esku-hartzea koordinatuz.

Erakunde arteko mailan (sozialak, sanitarioak...) bateratutako banakako planak izatea eta helburuen arabera lantzea, aurrerapenak/ibilbideak ebaluatzeko aukera ematen duten helburu operatibo errazak formulatuz.

Komeni litzateke errazenetik hastea, esate baterako, etxeko laguntzak (sozialak, sanitarioak...) artikulatuz, zaintza sozial eta sanitarioen baterako plan baten bidez, eta partekatutako kasu-erreferente (edo kasuaren arduradun) baten bidez.

Dinamika mota horiek garatzen hasiz gero, lankidetzarako urratsak emango genituzke, koordinazioaz haratago.

2. Gaixotasun mental larria duten pertsonekin esku-hartzearekin lotuta, orientazioak ezartzea edo koordinazioko protokoloa, arauak, prozesuak.... ezartzea.

Eta hitzarmenetan, kontratueta "kontratu-programetako" elementuetako bat izan dadila hau: zerbitzua ematen duen erakundeak koordinazio-protokolo bat izan dezala.

3. Gaixotasun mentala duten pertsonen arreta emateko edo txertaketarako prozesua diseinatzea, eragile ugarien rola argitzeko: Osakidetza, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistema, Justizia, Barne Saila, Hezkuntza, Enplegua, Etxebizitza eta administrazioaren hiru mailak, baita ekintza sozialaren eremuan, eremu soziosanitarioan, sozioedukatiboan, sozioraborean, soziojudizialean eta abarretan edo beste eremu batzuetan (etxebizitza, esaterako) parte hartzen duten Hirugarren Sektorere erakundeak ere.

B- OSTATURAKO ETA ENPLEGU EDO OKUPAZIORAKO SARBIDEA

Ostatua.

Bizitzeko leku bat eskuragarri izatea mugari bat da bazterketa-prozesuan eta esku hartzeko aukeretan.

Kaletik ezin da trebakuntzarik, lanposturik... lortu. Etxebizitzak mugak jartzen dizkio pertsonari, egonkortu egiten du.

Enplegua edo okupazioa

Laneko merkatuaren eskakizuna eta presioa dela eta, pertsona askok ezin dute erritmo hori jarraitu. Gizakiaren baldintza prekarioak eta ikuspegi merkantilistak ere (pertsonek beste dimentsio batzuk ez dituz kontuan hartzen) eragina dute pertsonen eta osasunaren gainean.

Enpleguari eta okupazioari dagokionez, gaixotasun mentala duten pertsona batzuek enplegurako sarbidea izan dezakete, eta izan ere izaten dute. Beste askorentzat, ordea, ezinbestekoa izango da okupazio-alternatibak sustatzea.

Pertsona guztiak erabilgarri sentitzeko beharra dute, bai ordaindutako lan batekin edo okupazio batekin. Neurri hori (enplegua, okupazioa...) inplikatzeko duten esku-hartzeak dituzte emaitza onenak, diferentzia handiarekin. Lanerako sarbidea da normalizazio-iturri nagusietako bat.

Eragile sozialekin elkarriketa ezarri behar da (sindikatuak, enpresak...) gaixotasun mentalak dituzten pertsonen enplegu- eta okupazio-eskubideari buruz.

Aktibazioa falta da, pertsona guztiak sozialki parte hartu ahal izan dezaten bideak bilatu beharko lirateke eta haien ekarpena bilatu, lan-merkatu ohikoan edo normalizatuan sartu ezin duten haien alternatibak bilatuz.

Esate baterako, laneko sarreraren errenta osagarria jaso ahal izan dezaten erraztuz, egonkortasun pixka batekin (ez enplegurako estimulu-programen testuinguruan soilik), edo baita, kasu jakin batzuetan, gizarte-babeserako eta gizarteratzeko oinarritzeko errenta eta sarrera osagarri bat (LGSren araberrako ehuneko jakin batera arte) ere.

Era berean, arreta handiagoa eman behar zaio gaixotasuna agertzean lanpostua dutenek "lanpostua mantentzeari". Laneko ezintasuna hartu daitekeen kasuetan ere kontuan izan behar da zailagoa dela beste lan bat bilatzen lehendik dagoena mantentzen baino, eta enplegua gizarteratzeko funtsezko

bidea dela. Hori dela eta, interesgarria litzateke enplegua duten pertsonak mantentzeko ahalbidetzeko lan-ildoak zabaltzea.

Diskurtso profesionalean “zu ondo egoteko lan egin behar duzu” esatetik “gizartean lekua topatu behar duzu” esatera pasatu gara. Ohiko lana izatea, aktibatze modu zehatza, estandarra da, eta ahal den guztietan lortu eta mantentzen saiatu behar da. Dena den, badira estandar horretan sartu ezin diren pertsona batzuk, eta hala ere, beste aktibazio-eredu batzuetan lekua izan dezakete, produktiboak izateko eta erabilgarri sentitzeko aukera izan dezakete. Aurrera egin dugu prestazioetarako eta zerbitzuetarako eskubideetan, baina gizarteratzen modu eraginkorrean aurrera egin behar dugu.

Ekimenak eta proiektuak

Ostatu eta bizikidetzako alternatibak

1. Eskakizun baxuko eta baliabide ekonomiko urriko pertsonentzako ostatu-baliabideak ugaritzea, gizarteratzeko laguntza-programei lotuta.
2. *Ostatu-egituretarako sarbidea ahalbidetzea*, bitartekariak ezabatzea eta etxebizitzarako sarbide-prozesuak ahalbidetzea, eta pertsonak bertan mantentzea.
3. *Miniegoitzaren proiektuak sustatzea* (Bizkaian bat dago, Argiak darama) ospitaleen alternatiba gisa.
4. *Espetxetik ateratzen diren pertsonentzat plazak ugaritzea (5 plaza SIDA Alavarako, 3ren orde)*.
5. *Aldi bateko denboraldiko egonaldirako egoitza-gailuren bat* sustatzea arnasketa ahalbidetzeko (gaiotasun mentala duten pertsonak eta laguntza-sarea), egoera batetik bestera pasatzeko eta abar.

Enplegua eta okupazioa

1. *Gaixotasun mentala duten pertsonak trebakuntza eta enplegua izateko eskubidea agendan sartzea eta helburuak finkatzea, ebaluatzea...*
2. *Lan-merkatuan eta enplegu-sisteman eragitea*, ikuspegi sozialetik garatzeko eta enplegu- eta okupazio-alternatibak sortzeko.
3. *Enplegurako edo okupaziorako trebakuntza-/kualifikazio-ekintzak sustatzea.*
4. *Gaixotasun mentala duten gazteentzat eta adinez txikiak diren pertsonentzat enplegurako trebakuntza eta hezkuntza-alternatibak ematea*, trebakuntza-ibilbideak, curriculumak eta abar egokituz.
5. *Pertsonen autonomia-prozesuak indartuko dituzten programak sustatzea, pertsonak sustatuz* (Sarrerak Bermatzeko Errenta, RGI, eta sarrera osagarri bat) eta abar.

Pertsonak beti baliabide jakin batzuetan betikotu ez daitezenean sustatzea egokia ote litzatekeen ere balora liteke (esaterako, ospitaleko alta bizkortzeko programen kasuan gertatzen den moduan), baina kontuan izan behar da, ikuspegi sozialetik bereziki, garrantzitsuen pertsonak autonomia-rantz egindako ibilbidea dela eta kasu bakoitzean laguntza egokiak eskuragarri izatea, eta ez baliabide batean denbora gehiago edo gutxiago egotea, behar duten laguntza baldin bada.

Prestazio ekonomikoak

1. Prestazio ekonomikoak ahalbidetzea (enplegurako sarbidea izateko, etxebizitzarako...) gizarteratzeko euskarri gisa eta ez harrerako eta eusteko egiturak sortuz soilik, laguntzen eskubidea onartzeari dagokionez aurrera eginez (prestazio gisa arautuz eta honen beste modu eraginkorrean bermatuz, ez aurrekontua agortu arte).

C.- ESTIGMAREN AURKAKO BORROKA

Estigmaren aurkako borroka izaten da presa gutxien duena, baina egia esan, agian horixe da garrantzitsuena.

Estigma da, neurri handi batean, komunitatean txertatzea eta txertatzeko estrategiak zailtzen dituen faktorea.

Ekimenak eta proiektuak

1. **Estigmarekin lotuta diskurtso politiko eta soziala** sortu beharko litzateke.

Kargu politikoek hezkuntza-rola dute, sentsibilitate sozial jakin bat susta dezakete, bereziki uste osoz eta lidergotzaz jokatzuz gero.

Komeni da diskurtsoa alderdi sozialetik ere egituratzea, eta bestalde, gizarte-komunikabideek saiatu beharko lukete gaixotasun mentalak dituzten pertsonen irudi positiboa transmititzen, kanpainen bidez eta haien eguneroko zereginen bidez. Komunikabideek (telebista, iragarkiak) errealak ez diren eredu sozialak ematen dituzte: ez dute errealitatea sartzen, ezta urrakortasun-egoeran, bazterketa-egoeran edo egoera zailean dauden pertsonen ikuspegia ere, besteak beste.

2. Hiritartasunaren ikuspegian aldaketak ahalbidetuko dituzten pertsonen gertuko esperientziak ahalbidetzea ere beharrezkoa da, gizartearekiko irekitzeko, hurbiltzeko eta harremanak izateko esfortzua eginez baliabide hauetatik: atea zabalik jardunaldiak eta beste ekintza batzuk, erakundeek ekarpen soziala ikus dadin, komunitatearekin duten lotura indartzeko eta estigmaren aurka borroka egiteko (informazioa, aisialdiko jarduerak eta bizikidetzak, ingurune pertsonen lankidetzak erakundean, erabiltzaileen parte-hartzea ingurunea hobetzeko jardueretan eta abar).
3. Horrez gain, ona litzateke erakunde eta profesionalek ere *komunikazio positiboa* bilatzea (pertsonak aurkeztean, falta dutena soilik adierazi gabe).
4. Eta *gaixotasun mentala duten pertsonen ekarpen soziala eta ekarpen horren hautemate soziala areagotzea bideratutako ekintzak sustatzea*, diskurtso utilitarista edo merkantilista erabili gabe (ekoizten duzuna balio duzu).

D.- LAGUNTZA SAREA

Laguntza sarea, dagoenean, gizarteratzeko funtsezko faktorea da.

Oso garrantzitsua da laguntza ez-formala sustatzea eta, aldi berean, familia-narriadura murriztea eta autozaintza bultzatzea, bai zaintzak jasotzen dituen pertsonarena, bai zaintzailearena.

Hainbat aldiz nabarmendu izan da lantegian zehar, gainera, gertutasuneko inguruneak edo baliabi-deak topatzeko zailtasuna (familia-inguruneak, laguntasunezkoak, komunitatekoak, aisialdiko eremuak...) egonaldi luzeko establezimenduetan dauden pertsonak erakundetik ateratzeko edo dagoe-neko komunitatean bizi direnak benetan gizarteratzeko.

Landu beharreko errealitate baten adierazpenak dira. Hori lantzeko, komunitate-eremuak sustatu eta indartu beharko dira, bizitokiarekin bat etorrira edo gabe, loturak ezartzea ahalbidetu diezaiei, harremanen sarea handiagotu dezaten, interesak gara ditzaten, ekimenetan parte har dezaten...

Horiek oinarritzko arloak dira gizarteratze maila handiagoa sortuko duten erantzunak artikulatu ahal izateko. Gizarte-sarea ezin da ordezkatu, erantzun profesionalak (formalak) ez dira nahikoak, pertsonen lotura afektiboak egin behar dituzte eta eremu informaleko erreferentzia pertsonalak izan behar dituzte, doakotasunetik (pentsatu, adibidez, gizarteko laguntza-sarerik ez duten etorkinetan: familiartekoak, lagunak...).

Ekimenak eta proiektuak

1. **Komunitateko arreta-programak sustatzea**, hurbiltasunezkoak, familia-narriadura murrizten laguntzeko: etxeko laguntza zaintzailearentzat eta hezkuntza arloko esku-hartzeak harremana ahalbidetzeko, gaixotasun mentala duen pertsonak autozaintzako ohiturak hartzea, batzuetan eguneroko borroka sortzen duena, eta zaintzaileek eurek ere ohitura horiek hartzea (taldekako jardueren bidez eta etxean beharrezkoa denean.

Programa mota horren sustapena giltzarria da arretarako komunitate-eredua indartzeko.

2. Familiak *arnas hartzeko* programak sustatzea, zaintzaileei laguntzeko. Horrelakoak garatuagoak daude adinekoei edo ezintasuna dutenei arreta emateko eremuan, baina ez hainbeste gaixotasun mentala duten pertsonen eta haien familiarteko zaintzaileei emandako arretari dagokionez.

E.- BESTE ARLO BATZUK

Dementzia duten adineko pertsonen eta haien familiartekoen beharrei erantzuna ematea.

Gero eta ugariagoa da errealitate hori. Gaixotasunaren hasierako egoerek alarma sor dezakete eta eragindako pertsonen isolamendua edo bazterketa soziala ekar dezakete.

Kasu horietan, beharrezkoa da:

- Komunitateko lana indartzea eta esku-hartzeak modu proaktiboan sustatzea, kasu horiek garaiz detektatuz, eta gaixotasunari, arreta-baliabideei eta abarri buruzko informazioa eskaintzea, familiarengan gaixotasunak eta ziurgabetasunak duen eragina murriztuz.
- Pertsona zaintzaileei laguntza handiagotzea (etxeko laguntza, eguneko zentroetarako sarbidea, arnasa hartzea...), helburua pertsonak etxean edo familiarteko baten etxean bizitzen jarraitzea baldin bada.

Eremu horretan kasuaren kudeaketa partekatua saia liteke, lehen esku-hartzeetatik, kasuaren koordinatzaile bat ezarritik eta informazio eta orientazio (sozial eta sanitarioa) hasierako jardura txikiak bultzatuz, etxeko laguntza eskainiz...

Izan ere, lehen arreta eskaintzen duten eragindako pertsonen erakunde batzuek hori egiten dute, gaitasunari buruzko informazioa ematen dute eta familiari orientazioa ematen diote familiartekoarekin egin beharreko harreman-pautei dagokienez, baliabideen inguruan eta abar; horrez gain, etxeko laguntza-programak, arnasa hartzeko aukera eta abar eskaintzen dizkiete.

Etorkinen beharrei erantzuna ematea.

Etorkinek deserrotze-egoera handiak eta haien rol tradizionalakiko haustura handia dute. Arlo horiek eta dituzten beste bazterketa-egoerak edo bazterketa-arriskuak (segurtasunik ez izatea, lan-prekarietatea...) edo laguntza ez-formaleko sarerik ez izateak, hasieran behintzat, eragin garrantzitsua du haien osasunean.

Emakume etorkinen kasua da horren adibide argia: egoera irregularrean, kontraturik gabe, etxeetan etxeko arreta-zereginak eta zeregin pertsonalak egiten, pertsona berarekin 24 orduz biziz, astean 6 edo 7 egunez, goiz, arratsalde eta gau..., eta osasun fisikoaren eta psikikoaren gainean egoera horiek duten eragina.

Bestalde, errefuxiatuek eta aberrigabeek duten egoerak, gainera, bazterketa-arrisku eta osasunerako arriskuen ikuspegitik agian are larriago egiten duten beste osagai batzuk ditu.

Gaur egungo testuinguruan, etorkinen ikuspegia integratu egin behar da eta profesionalak etorkinekin lan egitera gaitu egin behar dira, estrategia hauek hartzea sustatuz: a) osasuna sustatzeko estrategiak; b) arrisku-talde horretan espresuki eragiten duten prebentzio-estrategiak c) osasun mentalarekin lotuta izan ditzaketen zailtasun edo arazoak lantzeko estrategiak, ikuspegi normalizatu batetik (herritar guztiei zuzendutako gailuetan), baina kultura artekotasuna kontuan hartuta.

Programa eta zerbitzuen emaitzetan eragitea.

Ezinbestekoa da erantzukizun publikoko zerbitzu edo programei estaldura ematen dieten tresnen artean (hitzarmenak, kontzertuak, kontratuak...) eta erakundeek bete beharreko eskakizunen arteko konexioa hobetzea: hartzaileen profiletara egokitzea, helburu jakin batzuk definitzea eta lantzea, koordinazio-protokoloak eta abar.

Aurretik ere planteatu izan da autonomia-helburuak lortzea sustatuko duten sistemak hartzeko aukera, baita tresna horiei (hitzarmenak, kontzertuak, kontratuak...) koordinazio-protokoloak txertatzearen beharra ere, erakundeek bermatu beharko luketen eskakizun gisa.

7. Baliabideen azterketa

7.1. Baliabideen mapak

Gogoetaren zati honetan, bazterketa-prozesuan dauden eta gaixotasun mentalak dituzten pertsonekin eta haien familiekin esku-harzen ari diren baliabideen maparen adierazpen bisuala landu genuen.

Horrekin, batez ere, baliabideen artean gainjartzeak dauden aztertu nahi izan genuen, arreta-hutsuneak identifikatu eta, lankidetzak aukerak definitu.



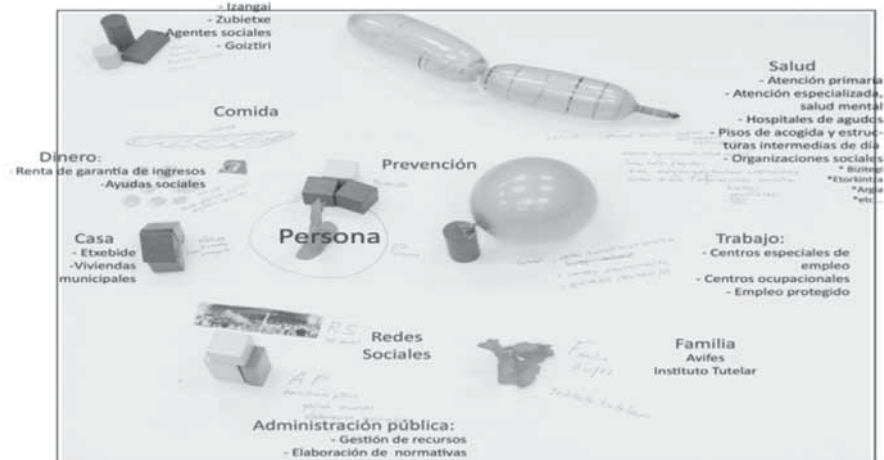
Taldeak prestatu ondoren, baliabideen maparen azterketa- eta adierazpen-ariketa sortzailea egiteko eskatu genien.

Baliabideen zerrenda eta deskribapen hutsa baino zerbait gehiago nahi genuen, arreta-erantzunen (koordinatuak eta sinergikoak, gutxi gorabehera) mapa horren gogoetak, irudipenak, sentipenak ere bildu nahi genituen.

Laneko dinamika eta emaitza edukietan eta adierazgarritasunean aberatsak izan ziren.

- Jarraian, egindako bi mapak aurkezten ditugu, adierazitako ikuspegiak eta egitean jarraitutako prozesua labur azalduta.
- Jarraian, identifikatutako lankidetzak aukerak eta hutsuneak aurkeztu genituen (ez genituen baliabideen arteko gainjartzeak adierazi).
- Eranskinean ikusi ahal izango duzu lantegian parte hartu duten erakundeei lotutako baliabideen deskribapen zehaztua.

Baliabideen mapa (lehen taldea):



Lehen mapa honetan, parte-hartzaileak saiatu ziren pertsonarekin lotuta (erdigunean, biribilduta) eta haren beharrekin lotuta (etxea, janaria, familia, lana, osasuna...) baliabideak eta eragileak kokatu ahal izateko ariketa sistematikoa egiten.

Bertan, pertsona eta haren beharretan oinarritutako esku-hartze ikuspegia sustatu behar zela adierazi zuten, oinarrizko beharren barruan hauek bereiziz:

- Elikadura, ostatua eta sarrera bermatua, bazterketa-prozesua leheneratzeko eta txertatze-prozesua abiatzeko ezinbesteko euskarriak baitira (janaria, etxea, dirua).
- Laguntza soziala, oinarrizkoa izanik ere, beti ez baitago bermatuta laguntza ez-formaleko sareetan ("sare sozialak": familia, lagunak, auzokoak...)-
- Osasuna eta lana edo okupazioa, gizarteratzeko beharrezko baldintza gisa, puxika moduan adierazten dira ("oxigenoa ematen baitute").

Diseinu horren arabera, pertsona guztiok behar ditugu euskarri multzo horiek (elikadura, ostatua, laguntza soziala, osasuna, lana edo okupazioa eta sarrera bermatua...) gure bizi-proiektua autonomiaz sustatzeko.

Hala ere, gaixotasun mentalak eta bazterketak euskarri horiek baldintzatzen dituzte, eta horretarako, bazterketa-prozesua leheneratzeko, beharrezkoa da gizarteratzea ahalbidetuko duten inguruneak baldintzak sortzea eta laguntzak ahalbidetzea, gizarteratzeko pertsonen gaitasunak sustatzeaz gain.

Gizarteratzeko pertsonetan eta inguruan baldintzak sortzea izaten da gaixotasun mentalen sustapeneko eta prebentzioko ekintzen helburu nagusia ere; horiek baliabide eta sistema ugarien artean lankidetzaz bidez sustatu behar dira.

Ondorengo elkarrizketan, mapan falta ziren gai batzuk landu genituen.

- Lehenik eta behin, aipatu beharrezkoa da mapan gizarte-zerbitzuen sistema ez dagoela adierazita. Agian oraindik sistema ez delako argi eta garbi identifikatzen behar jakin baten arretarekin; behar hori gaitasunak garatzea eta autonomiaz gizarteratzeko beharrezko euskarriak ematea izan daiteke. Edo agian gizarte-zerbitzuen sistematik, gero aipatuko dugun moduan, mapan adierazitako behar batzuetan eragina duelako: Pertsonaren gaitasunak garatzea, familiei laguntza ematea, okupazioa, ostatua aldi baterako eta esku-hartzerako euskarri gisa...
- Era berean, hezkuntza eta trebakuntza mapan behar gisa adierazi ez izana ere harrigarria da, baita sistemak edo hezkuntza- edo trebakuntza-baliabideak ere (enplegu-baliabideekin batera). Dena den, hezkuntza eta trebakuntza oinarrizko beharrak direla hartzen da eta, zalantzarik gabe, gizarteratzeko beste aukera bat eskaintzen du. Agian gaitasuna eta okupazioa emateko behar batzuk (okupazio-zentroak) gizarte-zerbitzuen sistematik lantzeak eragingo zuen hasieran ez txertatzea.
- Bestalde, ez dago sistema judizialari eta kartzelari egindako erreferentziarik ere, hurrengo mapan gertatzen ez den bezala. Hori, dena den, egokia dela dirudi honako hauek kontuan hartuz gero: Alde batetik, maparen oinarrian pertsonen beharrak (eta ez haien ibilbidea, hurrengoak egiten duen moduan) eta haiei eragiten dieten bazterketa-prozesuak leheneratzeko helburua

jarri da; eta beste alde batetik, kartzelak askatasunik ez duten pertsonen gizarteratze- eta sozializazio-ikuspegitik duen rola.

- Gizarte-zerbitzuetatik, zerbitzu sanitario edo soziosanitarioetatik eskaintzen diren etxebizitza-baliabideak, osatu- edo bizikidetzat-alternatibak ere ez dira sartzen.

Larrialdi-egoerei erantzuteko edo gizarteratzeko edo tratamendu-prozesuei laguntzeko aldi baterako alternatibek etxebizitza-beharra ez dute espezifikoki estaltzen, esku-hartzerako beharrezko aldi baterako euskarria ematen dute, besterik ez. Dena den, etxebizitza-merkatura sar-tzea errazteko esku-hartzeak ere badaude (higiezin enpresa soziala...), baita tutoretza txikia duten bizikidetzat-alternatiba egonkorak ere (partekatutako etxeak...); agian, horiek espezifikoki etxebizitza gisa har litezkeen baliabideen artean sar litezke.

Azkenik, esku-hartzeak osokoak izateari eta pertsona oinarri hartutako arreta etengabea sustatzeko beharrari dagokionez, azken urteotan pixkanaka erantzukizun publikoko hainbat sistema osatu dira behar/funtzio partikularrekin lotuta: hezkuntza, osasuna, gizarte-zerbitzuak (autonomiaz gizarteratzeko laguntzak eta gaitasunak garatzea)...

Behar bereziei erantzuna emateko sistemak konfiguratzeko eta sistema bakoitzaren berezko helburuaren behar bezalako mugaketa ere (helburua, hartzailak, zerbitzuak eta prestazioak) ezinbesteko urratsa da gizarte-sistemak eta –politikak finkatzeko eta konfiguratzeko prozesuan. Osasuna, hezkuntza, gizarte-zerbitzuak, laneko eta etxebizitzako gizarte-babesa, sarreren bermea...

Baina horrek ez du eragin behar ikuspegi eta jarduera estankoko hartzean. Ikuspegi zirkularrak, harremanen mailakoak, sistemakoak... hartu behar dira, pertsona oinarri hartuta, behar duen eta daukan laguntza formal eta informaleko beharretan oinarrituta.

Zentzu horretan, kasuaren koordinazio edo kudeaketako sistema egokia planteatzea da erronka, gaitasuna duen pertsona bizi-proiektuaren, eta beraz, esku-hartzearen protagonista nagusia izan dadin lortzeko asmoarekin koherentea izango dena, familiaren eta gainerako laguntza-sarearen (formal eta ez-formala) laguntzarekin.

Horretarako, gai izan behar dugu kasu bakoitzean beharrezko laguntzak artikulatzeko, osoko ikuspegiarekin, sistema bakoitzaren erantzukizun estankoez haratago eta alderdien borondate onaz gain, pertsona gisa.

Hori egiten saiatu ziren, neurri batean, bere garaian Oinarrizko Gizarte Zerbitzuetan eta Osasun Mentaleko Zentroetan, eta ezinbestekoa da berriz lantzea, sakonago, parte-hartzailen ustez.

Pertsonak bakarrik ezin duenean, erreferente izango den pertsona bat behar du, ahalik eta ondoen bizi-proiektua bideratzeko zereginean lagunduko diona, ordezkatu gabe, alderdi ugarietan: osasuna, lana, familia...

Laguntza-behar hori nabarmena da judizialki ezindutako pertsonen kasuan, baita gaitasun mental larria duten eta bazterketa-egoeran dauden pertsonen kasuan ere.

Mapan azaltzen diren beste arlo batzuek lotura dute eragile sozialekin (administrazio publikoak, hirugarren sektorea, laguntza ez-formaleko sareak) eta haien rola.

Administrazioak “ordena” bermatu beharko luke: Egiaz, baliabide-sistema egon dadin (sozialak, sanitarioak, hezkuntza arlokoak, trebakuntza-enplegu arlokoak...), erantzukizun publikokoak, babes ez-formala osatzeko eta indartzeko, eta pertsona guztiek gutxieneko euskarria izan dezaten, bertuta eta unibertsalza daitekeena, eta gizarteratzeko oinarrizko baldintzak izan daitezen (osasuna, trebakuntza...).

Sektore publikoak araudi mailako gaitasuna du, eta azken hamarkadetan, gizarte-sistema eta -politiken konfigurazioa eta finkapena ahalbidetzen ari da. Bide hori ez litzateke utzi behar.

Bestalde, kubo gisa adierazita egoteak, elkarren gainean jarritako piezekin, batzuetan jarduteko duen zurruntasuna sinbolizatu nahi du.

Hirugarren Sektoreak (Izangai, Zubietxe, Goiztiri, Avifes...) historikoki aldarrikatu izan du eta laguntzen ari da erantzukizun publikoko sistemak finkatzen eta konfiguratzeko, eta gainera, sentsibilizazioarekin lotutako oinarrizko funtzio sozialak egiten ditu, baita estigmaren aurkako borrokarekin, borondatezko lankidetzaren artikulazioarekin eta elkarrekiko laguntzarekin, familien laguntzarekin eta abarrekin lotutakoak ere.

Gaixotasun mentala duten eta bazterketa-egoeran dauden pertsonen arretari dagokionez, osasunaren, gizarte-zerbitzuen eta enplegu-trebakuntzako “sistemaren” arloan duten presentzia nabarmena da, eta arreta-sistemetan zeharkako lana egiten dute (osasuna, gizarte-zerbitzuak, trebakuntza-enplegua...), pertsonen beharrei erantzuna ahalbidetzera bideratuta, txertatze-prozesuan edo etengabe, beharrezkoa denean (jarraitua, zeharkakoa eta luzetarakoa, arreta emateko).

Laguntza ez-formaleko sareek zeregin funtsezkoa dute eta bereziki beharrezkoak dira maiztasun gehiegirekin gizarte-isolamenduari eta estigmari aurre egin behar dioten pertsonentzat Ahulduta dauden unean, arreta berezia eskaini beharko litzaieke.

Eskema honetan laburbil daiteke baliabideen azken mapa:

Sare sozialak

- Familia, lagunak, auzokoak eta abar

Jangela sozialak...

Etxebizitza-baliabideak

- Etxebide, udal-etxebizitzak.
- Bizikidetzeta-alternatiba egonkorak edo hirugarren sektoreko erakundeek sustatutako etxebizitzarako sarbide-tresnak (partekatutako etxeak, higiezin-enpresa soziala...). Etxebizitza-baliabide espezifikoak dira, ez dira esku-hartzea ahalbidetzeko aldi baterako alternatibak.

Baliabide ekonomikoak

- Sarrerak Bermatzeko Errenta (RGI) eta Etxebizitzaren Prestazio Ekonomikoa (PCV). Udal-laguntzak eta beste laguntza eta prestazio ekonomiko batzuk; horietako batzuek elikadura- eta/edo etxebizitza-beharrak asetzen dituzte.

Osasun-baliabideak

- Lehen mailako arreta, arreta espezializatua, osasun mentala, akutuen ospitaleak, harrera-etxebizitzak eta eguneko tarteko egiturak, hirugarren sektoreko erakundeen parte-hartzearekin: Etorkintza, Argia eta abar.

Trebakuntza- eta enplegu-baliabideak

- Enplegu-zentro bereziak, laneratzeko enpresa, babestutako enplegua.
- Hirugarren sektoreko erakundeen parte-hartzearekin: Caritas, Bizitegi, Agiantza, Goiztiri...

Gizarte-zerbitzuak

- Oinarrizko eta udaleko gizarte-zerbitzuak (aterpetxeak, hotzetik babesteko etxebizitzak...)
- Zentro okupazionalak, gizarteratzeko zentroak, etxerik gabekoentzat bideratutako kaleko programak...
- Hirugarren sektoreko erakundeen parte-hartzearekin: Caritas, Izangai, Zubietxe, Goiztiri, Bizitegi, Avifes eta abar...

Familiari laguntzeko baliabideak

- Avifes, Tutoretzako Institutua (ezintasuna duen edo ezintasun-prozesuan dagoen pertsonari arreta gehiago ematen dion arren).

Administrazio publikoak

- Baliabideen kudeaketa (zuzeneko kudeaketa bidez zerbitzuak ematea eta hornitzea), araudiak egitea...

Baliabideen mapa (bigarren taldea):



Mapa hau pertsonak bizitzan zehar egiten dugun ibilbide gisa dago konfiguraturata. Horretarako, laguntze gehiago edo gutxiago ditugu, une ugarietan, eta pertsona bakoitzaren beharren arabera.

Beraz, irteerako “laukitxoaren” alboan, jatorrizko familia dago. Gero, lehenengo topatzen dugun sistema edo sarea hezkuntza-sistema izaten da (haur-hezkuntza..., batxilergoa... goi mailako hezkuntza edo lanbide-hezkuntza) eta une horretatik, arreta emateko beste sare edo sistema batzuetatik beharrezko laguntzak konbinatzen dira: Gizarte-zerbitzuak (EISE eta Aldundia), Osasuna (Osasun Mentaleko Zentroa...) eta abar.

Gaixotasun mental larria duten pertsonekin esku-hartzeko ereduari dagokionez mapan hartutako ikuspegia parte-hartzeko eta komunitateko bizi-kalitatezko eredu baten arabera da.

Esku-hartzearen azken helburua eta helmuga bizi-kalitatea eta gizarteratzea edo emantzipazioa lorzea da, ahalik eta gehieneko autonomiarekin.

Hori dela eta, sare edo sistema ugari daude; gizarteak horiek hartu ditu gure bizi-ibilbidean laguntzeko, autonomiaz gizarteratzeko beharrezkoak diren aldi baterako euskarriak edo euskarri iraunkorrak eman diezazkiguten.

Hartutako ikuspegia, gainera, unibertsa da: guztiok behar ditugu autonomiaz gizarteratzeko laguntzak hainbat arlotan (osasuna, hezkuntza, gizarte-zerbitzuak...) eta horietako hainbat modu iraunkorrean, edo tarteka, baina modu jarraituan. Dena den, zirkuitu “normalizatuak” (berdez adierazitako pertsonak egindakoak) eta “ez-normalizatuak” daude.

Hirugarren Sektorereko erakundeek (Agiantza, Bizitegi, Izangai...) pertsonarekin lan egiten dute, batzuetan modu integralean, eta beraz, erantzukizun publikoko sistemekiko zeharka (gizarte-zerbitzuak, osasun-zerbitzuak, trebakuntzakoak-enpleguak...).

Etorकिन errealitateari emandako erantzuna (horiek ez zeuden gurekin batera irteerako laukitxoan) zeharka planteatu da, arreta emateko sistema normalizatuetan txertatuta. Arreta emateko sistema normalizatuak, herritar guztiengana bideratuta, desberdintasunetara egokitu behar dute, sexu, adin, jatorri edo autonomia mailako desberdintasunak kontuan hartuko dituzten ikuspegiak hartuta (genero-ikuspegiak, belaunaldi artekoak, kultura artekoak edo pertsona guztietarako diseinukoak).

Azkenik, taldeak oka-jokoaren irudia erabili du: ibilbidea ez da beti berbera izaten, pertsona bakoitzak bere ibilbidea izaten du, laukitxo desberdinak pasatzen ditu, urrats batzuk aurrera, beste batzuk atzera...

Kartzela ere badago (mapa honetan ageri da...), eta praktikan, pertsona “hainbat txandatan jokatu gabe” geratzen da. Horrekin lotuta, taldeak honako galdera hau ere egin du: osasunerako eta bizi-kalitatezko bide horretan, zer zeregin du sistema judizialak edo askatasuna kentzen duten zigorrek? Pertsona batzuek ez dute espetxea edo sistema judiziala baliabide gisa ikusten. Beste batzuek, gizarteak hartu duen baliabidea dela uste dute, baina egia esan bazterketa-tresna gisa eraturata dagoela (horregatik adierazten da, agian, “ibilbidetik kanpo” neurri batean).

Bateratzean, gainera, sistema judiziala oso zabal adierazita dagoela esan dute, eta lehen beste modu batera, beste mekanismo batzuekin konpontzen ziren gatazkak judizializatzeko prozesua aipatu dute.

Eskema honetan laburbil daiteke baliabideen azken mapa:

Ibilbidearen hasiera

- jatorrizko familia, laguntza-sareak, harrera-komunitateak eta abar.

Hezkuntzan eta gizartean eta hezkuntzan esku-hartze

- Hezkuntza-zentroak, Berritzeguneak, EISEak

Bazterketari eta etorkinei laguntzeko baliabideak (erakunde sozialak, Hirugarren Sektorea)

- Agiantza, Bizitegi, Izangai, Lagun Artean, Cáritas, Argia , CEAR, Bidesari eta abar.

Aldundiak

- Espezializatutako zerbitzuak, tutoretzapeko etxebizitzak, Tutoretza Institutua eta abar.

Osasun-sistema

- Ospitaleak, iraupen luzea, Osasun mentaleko zentroak eta abar.

Lan-merkatua

Sistema judiziala

- BGLZ, ALEZ
- Espetxeak

7.2. Hutsunean identifikatzea eta lankidetzaz-akuerak.

Hauek dira parte-hartzaileek **identifikatutako hutsuneak**:

- **Eredu** bat txertatu behar dela planteatu dute, batzuetan, gaixotasun mentala duten pertsonen **laguntzaile pertsonalaren funtzioa** izan dezan (autonomia sustatzeko helburu argiarekin).
- Ildo berean, **kasuaren koordinazio edo kudeaketako protokoloak** sakondu behar dira. Tutorea- ren irudia lan-ildo horiek txertatzeko bideetako bat izan daiteke, baina haien muga eta funtzioei buruzko adostasuna eta elkarrizketa egin beharko litzateke, tutore nor izan daitekeen eta nor ez erabakitzeke, baimendutako pertsonen autonomiari buruz eta abar. Europako herrialde batzuetan eredu hori gaixotasun mentala duen pertsonarentzat aurretik benetako erreferente dela adierazi dute, eta borondatez tutoretza-funtzioa hartu duela.
- Ostatu egonkorra izateko **baliabide-gabezia** dagoela adierazi dute. Gaur egun, egonaldi laburreko alternatibak eskaintzen dira, “eta hor gauzak ondo eginez gero, beste baliabide batera bideratzen dira, eta handik beste batera”. Alde batetik, baliabide batetik bestera pasatzeak ahalbidetzen du ardurak hartzeko prozesuari laguntzea, eskakizunak areagotzea... Beste alde batetik, kontuan izan behar da pertsonak nahiago dutela dauden lekuan egotea, inguruan dituzten pertsonekin egotea... Guztioi kostatzen zaigu harremanak egitea, lankide berri bat datorren bakoitzean...
- **Oso intentsitate baxuko baliabideak** izan behar ditugu.
- Beharrezkoa litzateke **laneratzeko helmuga gaintu** gabeko pertsonak aktibatzeke akuerak ugaritzea. Aisialditik haratago doazen baliabideak sustatzea, lana bilatzeko helmugarik gabe, okupazio-espazioak eskaintzea, autonomiaren eta bizimodu osasuntsuaren ikuspegitik.
- Bazterketa-egoeran dauden eta gaixotasun mentala duten pertsonentzat eskaintza osatuagoa eta integralagoa eskain dezaketean **aisialdiko baliabideak** sustatu behar dira.
- Zigorak betetzeko (askatasuna kenduta) dituzten pertsonentzat tratamendu-baldintza hobekak eskain ditzaketean **espetxeen alternatibaren bat** bilatzen saiatzea. Intentsitate oso altuko baliabidea beharko litzateke, eta euste handikoa, espetxe psikiatrikoen alternatiba gisa.
- Osasun mentaleko arazoei arreta emateko **espetxeke diziplina anitzeko ekipo** bat, drogen arloan dagoen moduan.

Hauek dira **identifikatutako lankidetzaz-akuerak**:

- **Espetxeetako esku-hartze baliabide eta komunitateko inguruneetan lan egiten duten erakunde- den arteko** lankidetzaz sustatzea. Batez ere, nahasmendu mental larria duten eta bazterketa-egoeran dauden pertsonekin espezifikoki lan egiten duten baliabide eta erakundeekin lankidetzaz egitea interesgarria izango litzateke. Lantegian komunitate mailako baliabideen ezagutza eta espetxeke eremuan lan egiten dutenentzat arlo horretan zabaltzen diren aukeren gaineko ezagutza handitu genuen. Deribazio-prozesuak egin ahal izateke koordinazioa handitu behar da.
- **Irteera-prozesuak arintzeko eta hobetzeko osasun mentaleko zentron eta ospitaleen arteko** lankidetzaz sustatzea (Bizitegi, Bilboko Udala eta Basurtuko Ospitalearen arteko lankidetzaz jarri dute adibide gisa).

- Osasun mentaleko sarearen eta **eskakizun baxuko zentroyen arteko koordinazio handiagoa ahalbidetzea**. Gaixotasun mentala duten pertsona asko dago baliabide mota horietan eta oso positiboa litzateke osasun mentaleko inguruneke zerbitzu espezializatuen laguntza izatea.
 - Hau izango litzateke modu koordinatuan lan litekeen beste ekimen zehatz bat: **tratamenduekiko atxikidura indartzearekin lotutakoa** (sendagaiak hartzeari dagokionez, bereziki); horretarako, tratamenduan dauden pertsonen (laguntza-sare formala eta ez-formala) erreferenteen lankidetzeta eta koordinazioa beharko litzateke, eta horretarako, azterketak eta proiektuak jarri beharko lirateke abian (sentsibilizazioa, koordinazioa...).
- Sendagaiak hartzeari uko egitea, ziurrenik, gaixotasun mota horiek dituzten pertsonentzat egonkortasun-gabeziaren oinarrizko elementu izan ohi da.
- **Tratamendu ambulatorioetan** sakontzen saiatzea, eremu judizialarekin lankidetzan. Gipuzkoan arlo horretan aurrera egiten ari diren ekimenak badaudela adierazi dute.
 - Azkenik, sistema judizialaren eta erakunde sozialen arteko lankidetzeta-aukerak aztertu dituzte, batez ere komunitate mailako ezarpena dutenena.

8. Egungo errealitatea aldatuz: proiektuaren zenbait ideia, identifikatutako hobekuntzekin eta lehentasunekin lotuta.

Bigarren saioa amaitzean, identifikatutako hobekuntzekin eta lehentasunekin lotutako proiektuen zenbait ideien zirriborroa egiteko proposamena egin zitzaizen parte-hartzaileei, betiere, lau alor nabarmenduz. Ariketa honen emaitzak jarraian ageri dira.

Hobetzeko alorra 1. Ostatu hartzeko aukerak ugaritzea: pentsio sozialak sortu edo sustatzea

Beharraren edo hobekuntzaren definizioa

Ostatua hartzeko alternatiba egonkorra eskainiko lirateke, denbora-mugarik izan gabe; horietan, pertsonak bizitzeko baldintza duinak eduki ahal izango dituzte. Lehendik dauden pentsio pribatuei emandako babesa ostatua hartzeko baliabide berriak sortzearekin batera egingo litzateke.

Ostatu-aukera horiek modu askean erabiltzeko zerbitzu komunak izan beharko lituzkete: sukaldea, garbitegia, espazio komunak eta abar. Hiri-eremuan egongo lirateke kokatuta eta 15 eta 20 plaza artean izango lituzkete.

Bata zein bestea familia-babes egokirik gabeko eta etxebizitza autonomo batean mantentzeko beharrezkoak diren baliabiderik gabeko (ekonomikoak, pertsonalak...) gizarte-bazterketa egoeran dauden eta gaixotasun mental larria duten pertsonen egongo lirateke zuzenduta.

Egitura finalista duen proposamena izango litzateke, hau da, pertsonak baliabide batetik bestera pasatzea saihestuko duen eta hazkunde-prozesuak hasi edo garatu ahal izateko oinarrizko segurtasun maila bermatuko duen etxebizitzaren alternatiba egonkorra, betiere, ostatua galtzeko beharrik erantzuna emanaz.

Gailu horiek martxan jarriz, erregimen honetan bizi daitezkeen pertsonak okupatutako baliabide kolektiboetan plazak libre geldituko lirateke.

Esku-hartzearen helburuak

- Etxebizitza egonkor (egonkortzea etxebizitzan) eta duinaren (duintzea) alternatibara sarbidea izatea.
- Oinarri egonkorra ahalbidetzea; hortik abiatuta, pertsonak hazkunde-prozesuan aurrera egiten jarraitu ahal izango dute.
- Elkarbizitzarako eta gizarte-harremanetarako espazioak sortzea.
- Harrerako baliabideen erabilera arrazionalizatzea, behar gehiago dituzten beste pertsona batzuentzat plazak libre uztea ahalbidetuz, eta horrela, sistemaren antolaketa hobetuz.

Eskakizunak, oztopoak eta antzeko esperientziak

- Proiektu honen garapenerako oinarrizko eskakizunak ostatuaren baliabidea kudeatzen duen pertsonaren eta hartzaile bakoitzarentzako erreferentziako pertsonaren arteko koordinazio onarekin du zerikusia.
- Proposamen honetan azpimarragarriena den oztopoetako batek inguruneak (bizilagunek...) izan ditzakeen kontrako erreakzioekin izango luke zerikusia; beharrezkoa izango litzateke hori aurreratzea, eta hala behar izanez gero, prebentzioz kudeatzea.
- Proposamena kontrastetik osatu ahal izango litzateke, antzeko esperientziak oinarri hartuta.

Zehazki, Nafarroako Gobernu Osasun Departamentuaren planari egiten zaio erreferentzia; bertan, “babestutako ostalariaren” irudia biltzen da.²⁹

Kasu honetan aipatzen den moduan, beharrezkoa da nolabaiteko zaintza edo hurbiltasuneko babesa eskaintzea, bai hartzaileei, bai pentsio pribatuetako jabeei, edo hala behar izanez gero, baliabideen jabeei.

Beste zerbaitekin al ginezake (banaka eta taldean) egoera honetara iristeko? Hobetzeko ekintzak.

Aurreko puntuan adierazitakoaz gain, hauek ere hartu beharko lirateke aintzat:

- Pentsio pribatuekin edo horrelako ezaugarriak dituen pentsioa kudeatzeko prest dauden pertsonekin harremanetan jartzea, baita sentsibilizatu eta orientatzea ere.

²⁹ Babestutako Ostalariak. Ostatu duina eta oinarrizko beharren estaldura ematen zaie autonomia maila oneko eta oso bizitza estilo independenteko gaixotasuna mentala duten pertsonari; pertsona horiek ez dute familia-babes egokirik eta baliabide ekonomikorik; horrela bazterte-prozesuak saihestuko dira.

Berrikusketa sistema malguarekin antolatuko da, osasun mentaleko saretik, Errehabilitazio Psikosozialeko Zentroek emandako babesetik eta esku-hartze soziokomunitarioko taldeetatik; horrela, aholkularitza eta babesa ere eskainiko zaie pentsioen jabeak diren pertsonari; aholkularitza honi buruzkoa izango da: erabiltzaileen tratamendua eta erabilera, eta egonaldian zehar gerta daitezkeen arazoei aurre egiteko modua.

Nafarroako Gobernu Ongizate, Kirol eta Gazteria Departamentua, 2005, 25. orrialdea.

- Instituzioek aipatutako pertsoneri ostatu egonkorreko aukerak eskaintzeko duten beharraz hitz egitea eta eskuragarri dauden baliabideak berriz ordenatzea; horrela, harrerako plazak libre geldituko lirateke eta ostatu-aukera egonkorrak eta iraunkorrak sortu ahal izango lirateke, pertsonen autonomia maila desberdinetara egokituta.
- Instituzioen eta gizarte-erakundeen bidez, baliabide mota hori sortzeko etxebizitza hutsak bilatzea.
- Babes maila eta mota desberdinekin errenta-ereduak diseinatzea, hartzailleek eta baliabide horiek zuzentzen dituztenek erdietsitako baldintzak eta konpromisoak hitzartuz. Errenta- eta konpromiso-ereduak ezarpenetik bil daitezkeen lege alorrak identifikatuz eta landuz garatuko dira.

Hobetzeko alorrak 2: Kasuaren kudeaketa partekatuta

Beharren edo hobekuntzaren definizioa

Pertsonaren beharrak eta pertsona horrek aurre egin beharreko egoerek arreta-sistema (osasun-sistema, zerbitzu sozialak...) bat baino gehiago eskatzen dituzten esku-hartzeak behar dituztenean, koordinatu eta informazioa trukatzearaz gain, baliabide desberdinen arteko lankidetzara ere bermatu beharko litzateke, helburu komunak oinarri hartuta, pertsonetan zentratuta, eta bere onarpena eta parte-hartzea izaten ahaleginduz.

Partekatutako kasuaren kudeaketak erreferentziarako profesional batek pertsonari laguntza ematea onartzen duela esan nahi du, betiere, osoko ikuspegitik eta esku-hartzea baliabide eta arreta-sistema desberdinetatik “artikulatzeko” gaitasunarekin.

Horrek, beste hainbat gauzaren artean, hauek eragin ditzake: elkarrizketa abiapuntu hartuta, adituekin eta hartzaillearekin berarekin, partekatutako helburuak definitzea, hartzaillean oinarrituta, baita beharrezkoak diren babesak ere, betiere, sistema desberdinetatik abiatuta eta ahalik eta autonomia handienarekin gizarteratzea errazteko helburuarekin.

Horrekin, batez ere, orientazio-prozesuak eta pertsoneri babesa ematea hobetu nahi dira, argitasunean eta osotasunean irabaziz. Eta bigarrenaz, eskuragarri dauden baliabideen erabilera hobetu nahi da.

Erreferente bat izatea oso garrantzitsua da. Ez da nahikoa gailuen sare bat sortzea, pertsonari gizarteratze-prozesuan lagundu behar zaio osoko ikuspegitik, eta batez ere, norbere autonomiarako babesak behar dituenean.

“Sare bikaina sor dezakegu eta erabiltzailearekin inor ez arduratu.”

Lankidetzara-protokoloak bultzatzea ere garrantzitsua da, baina batzuetan, protokoloek jarduerak mugatzen dituzte. Partekatutako kasuaren kudeaketak komunikazioa, malgutasuna eta autonomia eskatzen du erabaki profesionalak hartzeko.

Esku-hartzearen helburuak

- Erabiltzaileek arreta osatuagoa eta norbere beharretara (pertsonalizatua) gehiago egokitzen direnak izatea, beharrezko babesak gaituz, betiere, autonomiarekin gizarteratzeko (etxebizitzarako sarbidea, enplegua edo okupazioa, informazioa, harreman sozialak...) beharrekin lotuta partekatutako helburuen arabera.
- Erabiltzaileek eskuragarri dauden babesen gaineko informazio argia izatea eta esku-hartzearen helburuak, konpromiso pertsonalak, beharrezko eta jasotako babesak... definitu eta ebaluatu ahal izateko erreferentziatzko aditu bat izatea. (argitasuna eta sinpletasuna arretan).
- Lehendik dauden baliabideak errentagarri egitea, esku-hartzeen eraginkortasuna hobetuz, helburuak lortzen lagunduko duten adituen, baliabideen, sistemen... artean esku-hartze sinergikoak sustatuz, eta erakunde edo instituzioetan eta sistemetan eskuragarri dauden baliabideak ahalik eta gehien aprobetxatuz, bikoiztu gabe.
- Baliabide eta adituen artean ezagutza sustatzea; horrela, sinergiak sortzen, osoko erantzunak eta erantzun berritzaileak ematen... lagunduko dute.

Eskakizunak, oztopoak eta antzeko esperientziak

Zenbait oztopok hauekin du zerikusia: protokoloak gehiegi formalizatzearekin eta konplexuegiak izatearekin, babesik ezarekin edo testuinguru legal eta hierarkikoarekin, baliabideen eta sistemen artean informazio pertsonala trukatzeko oztopoekin; bestalde, batzuetan, norbere babesa bilatu nahi da, lan egiten ari garen pertsonen babesaren gainetik, eta hortik, jarduera koordinatua eta laguntza-jarduera zailtzen dituzten tirabirak, oztopo legalak... ezartzen dira.

Horrela, partekatutako kasuaren kudeaketa garatzeko, sistema argiak eta malguak, definitutako ardurak, aurreikuspen errealistak eta partekatutako kasuaren koordinazioa edo kudeaketa aukeratzeko duen euskarri "legala" eta hierarkikoa izatea derrigorrezkoa da; horiek, beste hainbat alorren artean, hauek bermatzen dira:

- Testuinguru formala izatea, nahikoa, baina malgua, erreferentziatzko adituaren eta hainbat baliabide eta sistematako adituen ekimena ahalbidetuko duena, mugatu gabe.

Testuinguru honek hauek eskaini beharko lituzke:

a) Euskarri legala: Partekatutako kasuaren kudeaketa garatzeko konpromisoa hartzen duten eta jarduera profesionalari eta erreferentziatzko adituari euskarri edo testuinguru legala eskaintzen dioten instituzio eta erakunde desberdinen arteko akordioak.

Gainera, kontuan izan behar dugu pertsona erabiltzaileari buruzko informazio-trukatzeak eta horrek baliabideen eta sistemen artean duen egoerak oinarri legala edo juridikoa izatea eska dezakeela.

b) Euskarri hierarkikoa: prozesu mota hau bermatu eta espazioak eta denborak erraztu behar dituzten arduradun politikoen eta teknikoen, gerenteen.. konpromisoa eta babesa.

Lankidetzaren protokolo argiak, errealistak eta konplexutasun handirik gabek bultzatzea, betiere, erabiltzaileei eta adituei testuinguruak eta jarraibideak eskaintzen dizkiotela bermatuz.

Protokoloak koordinazio hutsa baino haratagokoak izan behar duten arren, lankidetzaren irismenari dagokionez aurreikuspen errealistak ezarri behar dira, eta esate baterako, honela mugatu behar da: “partekatutako helburuak ezarri eta beharrezko babesak helburu horietan oinarrituta definitu, jarduerak urtean behin berrikusiz, erreferentziazko adituak hala eskatuta, eta erabiltzailea den pertsonaren bilakaerari eta horren egoerari dagokionez informazioa trukatu, egoki iritzi gero”.

Protokoloak errealismoarekin definitutako aurreikuspenetara egokitu beharko lirateke eta argi ezarri beharko lirateke erreferentziazko adituen eta gainerako adituen zereginak. Bestalde, adostuak, ezagutuak, praktikara eramanda eta partekatutako kasuaren kudeaketan parte hartu duten adituen eta bereziki erreferentziazko adituen parte-hartzearekin ebaluatutak izan behar dute.

- Esku-hartzen duten aditu guztien inplikazioa ere eskatzen da, ardurak onartzeko eta besteei emateko gaitasuna, lankidetzan aritzeko gaitasuna, norbere rola garatzekoa eta besteena onartzeko gaitasuna... Gainera, baliabideak zehatz ezagutu behar dituzte, batez ere, erreferentziazko adituek; izan ere, besteekin lankidetzan esku-hartzeak dinamizatzeko ere gaitu beharko lirateke.

Esperientziekin lotuta, Tutoretza Institutuaren esperientzia erabilgarria izan daiteke horrelako prozesuak diseinatu eta orientatzeko; izan ere, funtzio nagusietako bat tutoretzapeko pertsonentzako erreferente gisa jardutea eta kasu bakoitzean behar diren babesak aktibatzea da; ez dira zuzenean aktibatuko, arreta-baliabide eta –sistema desberdinen bidez baizik.

Beste zerbait egin al genezake (banaka eta taldean) egoera honetara iristeko? Hobetzeko ekintzak.

Aurreko puntuan adierazitakoaz gain, hauek ere hartu beharko lirateke aintzat:

- Adituek eta arreta-baliabideek eta -sistemek baliabideen ezagutza eta onarpena hobetzea, baita horren ekarpena ere.
- Arduradunak, politikariak eta teknikariak, gerenteak... partekatutako kasuaren kudeaketa edo koordinazioa sustatzearen onurei, eskakizunei eta garrantziari buruz sentsibilizatzea.
- Topagune fisikoak eta birtualak sortzea, eta baliabide eta aditu desberdinek koordinatzeko dituzten eskuragarritasunak sustatu eta erraztea.
- Ikaskuntza-dinamikak sustatzea, esperientziatik, kontrastetik, ebaluaziotik eta partekatutako kasua kudeatzeko protokoloak garatuko dituzten taldeak eratzetik abiatuta.
- Bilerak, elkarrekin egindako lana... errazteko tresnak (IKT) erabiltzea, betiere, kontuan izanda koordinazioak eskatzen duen denbora dela egon ohi den oztopoetako bat. Hala ere, horrek ez du eragingo presentziazko topaketa-uneak desagertzea, horiek ere beharrezkoak baitira (“bata bestearen aurpegia ikusita, komunikazioa errazagoa izan ohi da”).

- Talde sustatzaileak sortzea, osasun-sistemaren arduradunek eta zerbitzu sozialetakoek osatutakoak, beharrezko testuingurua sortzera zuzenduta daudenak, eta era berean, arreta-baliabide eta -sistemen eta partekatutako kasuaren kudeaketa-prozesua martxan jartzea erraztearen arteko elkartze rola izango luketenak.
- Eremu jakin batean lehen mailako arretaren alorrean partekatutako kasuaren kudeaketa en-
tseatzeko aukera ematen duen proiektu pilotu bat ere gauzatu beharko litzateke.

Hobetzeko alorrak 3: arreta komunitarioko programak

Beharraren edo hobekuntzaren definizioa

Gaixotasun mentala duten pertsonen eta beren familiartekoen arreta komunitarioari dagokionez, gabezia argia dago, bai osasun-sistemaren aldetik, bai zerbitzu sozialen sistemaren aldetik: etxez etxeko arreta, baliabideekin bitartekaritza-jarduerak, babesteko eta euskarri-funtzioko esku-hartzeak zaintzaileak diren familiartekoei zuzenduta, arnasa hartzeko zerbitzuak, heziketa-programak, programa kulturalak, aisialdikoak... horiek guztiek “desberdinen arteko” harremana erraztuko dute.

Ildo horretatik, gaixotasun mental larria duten pertsonen beren familia- eta gizarte-ingurunean egon ahal izatea ahalbidetuko duten jarduerak bultzatzea derrigorrezkoa dela dirudi, osasun-arreta egokia eta gizarte- eta familia-harreman normalizatuak bermatuz.

Esku-hartzearen helburuak

- Ingurunean egotea eta sare familiarak eta sozialak mantentzea.
- Norbere autonomia hobetu eta lantzea, erabakiak banaka hartzea babesten duen hurbileko ingurune euskarriarekin batera.
- Gaixotasun mental larria duten pertsonen eta beren familiartekoen bizitza-kalitatea hobetzea.

Eskakizunak, oztupoak eta antzeko esperientziak

Arreta-sistema desberdinen arteko lankidetzatik abiatua komunitate alorreko esku-hartzeak lankidetzeta-protokolo sinpleak ezartzea eskatzen du, baina horrez gain, arretako eredu komunitarioarekin koherenteak diren esku-hartzeak ahalbidetzeko bi sistemen lehen mailako arreta-taldeak sustatzea ere eskatzen du: partekatutako kasuaren kudeaketa, arreta soziala eta osasun-arreta etxebizitzan (etxerako bisitak, etxebizitzan babesteko zerbitzuak, telelaguntza...), familiartekoak diren zaintzaileei laguntza, komunitate-baliabideak ezagutzea eta horiekin lankidetzan jardutea, diziplina arteko lana eta abar.

Ildo horretatik, zenbait esperientzia kontuan izatea interesgarria izango litzateke.

Hasteko, elkarte-egitura eta batez ere AVIFES sustatzen ari den aisialdiko programak, familiartekoei emateko laguntza... aintzat hartu behar dira; aipatutako programak, batez ere, familiartekoei babesa ematearekin edo etxean arreta eskaintzearekin daude lotuta (“sendogarri programa”).

Osasun-sistematik eta zerbitzu sozialetatik arreta eskaintzeko komunitateko programak garatzeak aurretiazko esperientzia hauek aintzat hartu eta artikulatu beharko lituzke.

Zamudioko erietxean komunitateko arreta-taldearen esperientzia ere aintzat hartzen da. Madrilgo Komunitateak finantzaturako beste esperientzia bat ere aipatzen da, arreta eskaintzeko sistema mistoei buruzkoa, komunitatean pertsoneri arreta ematen dien (talde bakoitzak 30 pertsonari ematen dio arreta) hezitzaileek, psikologoek... osatutakoa.

Beste zerbait egin al genezake (banaka eta taldean) egoera honetara iristeko? Hobetzeko ekintzak.

- Konpromiso politiko, publiko bat hartzea eredu horren baitan bi sistemen (zerbitzu sozialak eta osasun-zerbitzuak) lehen mailako arreta-sareen artean arreta eta lankidetzak eskaintzeko ereduak sustatze aldera.
- Esku-hartze sozialeko eta osasun arloko adituak lehen mailako bi arreta-sareetatik, beste funtzioetatik (administrazio-funtzioak, prestazioen kudeatzea...) liberatzea eta taldeak arretako eredu komunitarioa garatzeko gaitzea, sistemen arteko lankidetzatik abiatuta.

Sistemen arteko lankidetzatik abiatuta, eredu honen garapena oso interesgarria eta beharrezkoa da arreta sozialari eta osasun-arretari lotuta, baita gaixotasun mental larria duten pertsoneri eta beren familiartekoei eta arreta mistoa behar duten mendekotasun-egoeran dauden pertsoneri lotuta ere.

- Etxez etxeko bisitak arreta-protokoloen baitan sartzea.
- Sentsibilizazio-, trebakuntza-, arreta-, arnaste- eta solidaritatearen sustatze-programen (boluntariora) bidez, zainketan familia- eta gizarte-inplikazioa sustatzea, batez ere, gizonezkoiei dagokienez.
- Hainbat ekintzaren bidez, hau da, sentsibilizazioa, trebakuntza eta iritzia sortzea, zainketaren kultura sustatzea: “Zaintzea ondo ikusia egon dadin edo balio bat izan dadin, dohain bat, sozialki aitortuta dagoen zerbait eta familia, bizilaguna... ez zaintzea estigma bat izan dadin”. Horrelako jarduerak sustatzea eta zainketa formaleko jarduerak ere aitortzea (profesionala).
- Zainketarekin, lehen mailako arretarekin... lotutako jarduerari eta profitei balioa eta aitortpen profesionala ematea.
- Laguntza sozial espezializatuko irudiak eta taldeak sortzea, hurbiltasuneko profilararekin (hurbiltasuna arretan, laguntza etxebizitzan) eta diziplina anitzeko lanaren osagai argiarekin.

Beharraren edo hobekuntzaren definizioa

Hobetzeko proposamenak ebaluazio-taldeak eta diziplina anitzeko esku-hartze taldeak sortzea ekarriko luke berekin, betiere, bizitegi- eta -ambulatorio-baliabideen artean kasuak deribatzeke, bi norabidetako izaerarekin.

Koordinazio-prozesu horien garapen efektiboak eta hobekuntzak pertsona bakoitzaren eta beren prozesuaren beharren esku-hartzea egokitzen hobetu lezake.

Esku-hartzearen egitura, alor eta une desberdinekin lotutako baliabideen artean lotura egokia mantentzeak malgutasun, bizkortasun handiagoa ahalbidetuko luke, eta azken batean, baita pertsona hartzailearen beharretara eta unean uneko tratamendura edo prozesura eta nola ez, bere bizitzako unera egokitzea ere.

Gainera, baliabideak hobeto aprobetxatzea eta pertsona-baliabidea hobeto egokitzea ahalbidetuko luke.

Ildo horretatik, bizitegi-baliabide gisa ulertzen dira tratamendu psikiatrikoko zentroak, espetxeak eta komunitate terapeutikoak.

Ambulatorio-baliabide gisa hartzen dira komunitate-testuinguruan kokatutako baliabide sozialak edo osasun-baliabideak, elkarbizitza-baliabideak izan ala ez.

Esku-hartzearen helburuak

- Erabilitako baliabidea modu eraginkorragoan egokitzea bizitzako eta tratamenduko unearen beharretara (pertsona erabiltzailearen eta tratamenduaren bizitzako unearen eta baliabidearen arteko egokitzapena maximizatzea).
- Tratamendu-bideen osoko diseinuaren alde egitea.
- Gaixotasun mental larria duten pertsonen bideetan blokeatzeak edo gelditzeak saihestea.
- Baliabideak optimizatu eta arrazionalizatzea.

Eskakizunak, oztopoak eta antzeko esperientziak

Maila politikoa edo gaitasunen banaketa oztopoa izan daiteke proiektua garatzeko (“nori fakturatuko zaio ohea, pertsona hori zigorra betetzen ari bada eta Osakidetzako erietxe batean baldin badago?”).

Erantzukizunak hartzeko akordio batzuetara iritsi beharko litzateke, bai ekonomikoak, bai teknikoak, eta kasu judizialean egon litezkeen oztopo legalak ebatzi beharko lirateke.

Bestalde, bizitegi-baliabide sanitario batetik baliabide komunitario sozial batera pasatzeak sistemen artean lankidetzatza-testuingurua ezartzea dakar berekin, betiere, deribazio-prozesuak errazteko; gainera, “baterako eragiketarekin” lotuta adierazi denaren moduko gaiak ebatzi dira.

Beste zerbait egin al genezake (banaka eta taldean) egoera honetara iristeko? Hobetzeko ekintzak.

- Aipatutako protokoloetan txerta daitezkeen pertsona hartzaileen erregistroa ezartzea.
- Tartean dauden antolaketen / baliabideen erregistro bat egitea eta prozesuaren etapa (tratamendu-unea) bakoitzerako egokienak diren baliabideak identifikatzea, tratamendu-bide malgua eta horiekin koherentea den baliabideen mapa ezarria.
- Antolaketa / baliabide horiek osatutako diziplina anitzeko taldea osatzea; talde hori hilero elkartu beharko litzateke tratamendu-bideak eta deribazio-bideak ezartzeko.
- Tartean dauden adituen artean koordinazioa sustatu eta kudeatzeko jarduerak aurrez ikustea.

Ebaluazio txiki bat

Amaitzeko, parte-hartzaileei lantegiaren ebaluazio txiki bat egiteko eskatu genien. Parte-hartzaileek adierazi zuten beren iritziz esperientzia positiboa izan dela, eta alor hauek nabarmendu dituzte:

- Adituen eta parte hartu duten sistemen aniztasuna (hezkuntza, osasuna, gizarte zerbitzuak...) eta bestalde, sistema judizialarekin lotutako parte-hartzaile gabezia (epailetza).
- Parte-hartzaileak diagnostikoan bat etortzea eta landutako gaien ikuspegi orokorra egitea.
- Pentsatu ahal izateko espazio zabal bat egotea; bertan, gainera, “ez dugu galtzeko ezer izango” (beste espazio batzuetan, kasuei buruzko erabakiak hartuko ditugu...).
- Behatokiko talde teknikoa sistematizatzeko ahalegina egitea (pentsatzeko ere liberatzen da). Eta dinamika berria, egituratua, sendoa eta bizkorra (lehen saioan oso sendoa eta bizkorra da, eta egitura ikustea eta lortu nahi zena lortzea zailtzen du une horretan).

Eranskina. Baliabideen gida

Jarraian ageri den “gida” sormen-lantegian modu presentzianean edo dokumentuari ekarpenak eginenez parte hartu duten baliabideak soilik kontuan hartuz konfiguratu da.

Hauek dira:

1. Osakidetza. Laguntza Psikiatrikoko eta Osasun Mentaleko Buruzagitza.
2. Osakidetza. Osasun Mentala Bizkaian.
3. Bermeoko Ospitalea.
4. Auzolan.
5. Berritzeguneak.
6. Justiziarekin lankidetzan jarduteko zerbitzuak ALEZ – BGLZ – BLZ.
7. Langraizeko espetxea.
8. CEAR Euskadi.
9. Bizitegi.
10. Tutoretza Institutua.
11. Etorkintza.
12. Elejabarri aterpetxea
13. Argia Fundazioa.
14. AVIFES.
15. FEDEAFES.
16. Arartekoa.

Oro har, baliabide koordinatuak eta elkar ezagutzen dutenak izan ohi dira, nolabaiteko xehetasunarekin, baina “lantegiaren” espazioa ere erabilgarria izan zen harremanak mantentzeko edo baliabideen artean loturak sendotzeko.

Bestalde, baliabideak bereizi eta nolabaiteko tipologia bat ezarri behar da:

- a) Baliabide espezifikoak, batez ere, alor edo sistema bati lotutakoak, eta gaixotasun mentala edo arrisku-faktoreak dituzten pertsonen erantzuten dietenak.

Osasun alorra: Osakidetzako laguntza psikiatrikoko eta osasun mentaleko buruzagitza, Bizkaiko Osasun Mentala, Bermeoko Ospitalea, Auzolan.

Hezkuntza alorra: Berritzeguneak.

Alor judiziala: Justiziarekin batera jarduteko zerbitzuak (ALEZ-BGLZ-BLZ), Langraizeko espetxea.

- b) Bazterketa-egoeran dauden pertsonen (droga-mendekotasuna, etorkinak, legez ezindutakoak edo ezgaitze-prozesuan daudenak) beharrei arreta ematera zuzenduta dauden baliabideak; pertsona horietako batzuek, gainera, gaixotasun mentala dute edo arrisku-egoeran daude: CEAR Euskadi (immigrazioa), Bizitegi (bazterketa), Tutoretza Institutua (ezintasuna), Etorkintza (droga-mendekotasunak).

Elejabarri aterpetxea kategoria honetan koka daiteke; beste erantzunak, ahal denean, udaleko zerbitzu sozialetatik ematen direla aintzat hartuz.

- c) Gaixotasun mentala duten pertsonen eta haien familiartekoen beharrei arreta ematera zuzenduta dauden baliabideak, horietako batzuk baztertze-prozesuan edo -egoeran egonik: AVIFES eta Argia Fundazioa. FEDEAFES bigarren mailako erakundea da, esku-hartze zuzeneko erakundeak batzen dituena.

Azkenik, Ararteko erakundeak, herritarrek eskubideak modu eraginkorrean gauza ditzaten sustatzera zuzentzen du jarduera, eta arreta berezia jarri nahi die ildo horretatik zailtasun handienak dituzten pertsonari. Horien artean, gaixotasun mentala duten eta bazterketa-egoeran edo -prozesuan dauden pertsonak daude.

Baliabide desberdinen deskribapenak, neurri batean, elkarren ezagutza, koordinazioa eta lankidetzaren ere estimula dezakeela espero dugu:

- alor edo sistema desberdinen baliabideen artean (osasuna, hezkuntza, zerbitzu sozialak, justizia...);
- egoeraren, jatorriaren edo bere ezaugarri batzuen arabera pertsonari zuzendutako baliabideen artean (etorkinak, bazterketa-egoeran daudenak, droga-mendekotasuna dutenak...); batzuetan, bat baino gehiago izan ohi dira.
- gaixotasun mentala duten pertsonari eta beren familiartekoei zehazki zuzendutako baliabideen artean, osoko arreta eta bizitzan zehar behar izan ditzaketen babesak eskaintzeko asmoarekin;
- horien guztien artean, pertsonak eta familiak edo elkarbizitzako unitateak eskatzen duen neurrian.

Ezinbestekoa da koordinazioko eta lankidetzako lau lerroak bultzatzea:

- Gaixotasun mentala duten pertsonen eta beren familiartekoen edo elkarbizitza-unitatearen ikuspegitik:
 - a) Gaixotasun- / osasun- eta bazterketa- / txertatze-prozesuei aldi berean aurre egiten dien pertsonen eta familien behar konplexuei erantzuna emateko;
 - b) eta pertsona eta familia bakoitzaren bideak edo egoerak hala eskatzen duen neurrian, sistemen eta baliabideen arteko bidea ahalbidetzeko.

Arretako osotasuna eta jarraikortasuna sistemen eta baliabideen arteko lankidetzaren arabekoa da.

- Eta baliabideen ikuspegitik, gainjarpenak eta hutsuneak saihestu, eta gaitasunak ahalik eta gehien aprobetxatzeko.

Behatokiaren webgunean (www.3sbizkaia.net) gida hau eskura daiteke doan.

Bibliografía

ACHOTEGUI, J. et al. Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. Norte de Salud Mental. 2009, 35. zk., 50-55 orr. Interneten eskuragarri: http://www.ome-aen.org/norte/35/norte_35_070_50-55.pdf. [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

ACHOTEGUI, J. La depresión en los inmigrantes extracomunitarios. Hemen: La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Bartzelona: Mayo Bun, 2002, 46-56 orr. Interneten eskuragarri: http://www.spcv.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=93 [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

ARARTEKO. Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave. Vitoria-Gasteiz: Ararteko, 2006. Interneten eskuragarri: <http://www.noticiaspsp.org/img/pdf/arartekosinhogar2006.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

ARARTEKO. Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV. Bilbao: Ararteko, 2000, Interneten eskuragarri: http://www.ararteko.net/recursosweb/documentos/1/1_17_3.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 8] ARFES – PRO SALUD MENTAL (Errioxako Gaixo Psikikoen eta Familiartekoen Elkarte). ¿Qué es la enfermedad mental? Algunos datos de la enfermedad. Interneten eskuragarri: <http://www.arfes.org/enfermedad/datos.htm> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

ARIZA, M.; DE OLIVEIRA, O. Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. Revista Papeles de Población, apirila-ekaina, 28. zk., 9-39 orr., 2001. Interneten eskuragarri: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11202802.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 19]

EUROPAKO KOMUNITATEEN BATZORDEA. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Brusela: Batzordearen Jakinarazpena, 14.10.2005 COM(2005) 484 amaiera, 2005. Interneten eskuragarri: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

EUSKO JAURLARITZA. Estrategia en salud mental para la CAPV (ESM-2010). Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza. 2010. Disponible en internet: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-oskoo28/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/mental/estrategiaSaludMental.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 29]

FUNDACIÓN FOESSA FUNDAZIOA. VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación Foessa, 2008.

GISBERT, C. (Koord.). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Neuropsiquiatriako Espainiako Elkarte, 2002. Colección Cuadernos Técnicos 6. zk. Interneten eskuragarri: <http://www.ome-aen.org/grupos/cuadernotecnico6rehabi.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

GONZÁLEZ, B. y REGO, E. Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. Madrid: Gazte-ria Institutua, 2006. Interneten eskuragarri: <http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.item.action?id=924477484&menuId=2023268717> [Kontsulta: 2010eko azaroak 23]

GIZARTE EKINTZAKO MURTZIAKO INSTITUTUA. Personas con enfermedad mental crónica. Perfil de atención en el área de servicios sociales. Interneten eskuragarri: <HTTP://NEWWEB2.CARM.ES/NE->

WEB2/SERVLET/INTEGRA.SERVLETS.CONTROLPUBLICO?IDCONTENIDO=3707&IDTIPO=100&RAS
TRO=C707\$M3676 [Kontsulta: 2010eko azaroak 23]

MENTAL HEALTH EUROPE. De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa. Madril: FEAFES, 2009. Interneten eskuragarri: http://www.mhe-sme.org/assets/files/mhe%20from%20exclusion%20to%20inclusion_spanish%20version.pdf
[Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

NAFARROAKO GOBERNUKO ONGIZATE, KIROL ETA GAZTERIA DEPARTAMENTUA. Programa de atención a personas con trastorno mental grave [Linean]. Iruñea: Nafarroako Gobernuko Ongizate Sozialaren Zuzendaritza Nagusiaren Kalitate Ebaluazioa eta Azterketa, 2005. Interneten eskuragarri: <http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/1a2478b3-2651-418b-89fa-b24bba5383co/152344/programatmg.pdf>
[Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

OSAKIDETZA. Presentación de las memorias de salud mental extra hospitalaria de Bizkaia 2004 y 2005. Bilbao: Osakidetza, 2005.

OSASUNAREN MUNDUKO ERAKUNDEA (OME). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Geneva: Osasunaren Munduko Erakundea, 2001. Interneten eskuragarri: Http://www.who.int/whr/2001/en/whro1_es.pdf
[Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

PANADERO, S. et al. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2003, 3. bol., 2. zk., 100–116 orr. Interneten eskuragarri: [http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones_pdf/2003-cuadernos%20psiquiatria%20\(30%20anos%20homelessness\).pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones_pdf/2003-cuadernos%20psiquiatria%20(30%20anos%20homelessness).pdf) [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

PATOLOGIA DUALEKO ESPAINIAKO ELKARTEA (AEPD). Proyecto para el estudio epidemiológico para determinar la prevalencia diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid. [Linean] Madril: Asociación Española de Patología Dual (AEPD), 2008. Interneten eskuragarri: http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSoli_PatologiaDual.PDF
[Kontsulta: 2010eko azaroak 23]

RAVENTÓS, S. Las políticas de prevención y promoción en salud mental son sólo una declaración de intenciones [en línea] Revista Sin Permiso 28. zk., 2009. Interneten eskuragarri: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=2670> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

SIERRA, H. Salud Mental y Fin de Siglo. 1998ko irailaren 27an Rafaela hirian emandako hitzaldia. [Linean] Rafaela: Monografiak, 2004 <http://www.monografias.com/trabajos/smenfins/smenfins.shtml> [Kontsulta: 2010eko azaroak 23]

SMES Europa. Target of SMES Europa. Interneten eskuragarri: <http://www.smes-europa.org/> .
[Kontsulta: 2010eko azaroak 23]

ZIGOR INSTITUZIOAK. Estrategia global de actuación en salud mental. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madril: Zigor Instituzioen Zuzendaritza Nagusia, Osasun Publiko Saila, 2006. Interneten eskuragarri: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

Erreferentzia bibliografikoak

Bibliografiarekin batera, gogoetarako abiapuntu gisa gauzatu zen edo gerora editatu arren landutako edukiarekin eta lantegian emandako ikuspegiarekin zuzenean konektatzen duen dokumentu-testuinguruaren lanketa eta proposamena diseinatzeko erreferentzia gisa balio izan zuten artikulak eta dokumentuak aurkezten dira hemen.

BIZITZA KALITATEAREN ETA KOMUNITATEAN PARTE HARTZEAREN EREDUA

BIZKAIKO FORU ALDUNDIA. GIZARTE EKINTZA DEPARTAMENTUA. Plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia (2010-2013). Bilbao: Bizkaiko Foru Aldundia. Gizarte Ekintza Departamentua, 2010.

ELORRIAGA, E; RESTREPO, W; ZULUETA, B.; MARTINEZ, N (laguntzailea). Modelo de apoyos individuales en Lantegi Batuak. Manual práctico. Loiu: Lantegi Batuak, 2010.

SCHALOCK, R.; VERDUGO, M.A. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, la salud y los servicios sociales. Madril: Alianza Editorial, 2003.

ESTIGMA

CRUZ, C. ¿Es posible disminuir el estigma asociado a la esquizofrenia? [Linean] Hemen: Simposium y Talleres WFSAD del Congreso Regional de Psiquiatría Mundial en Caracas (Venezuela, 2003ko urriak 1-4). Interneten eskuragarri: <http://espanol.world-schizophrenia.org/alianza/members/cecila.spanish.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17].

PEDERSEN, D. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan. Urtarrila-Ekaina 2005, VI. Lib., 1. zk., 3-14. Interneten eskuragarri: http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2005/1ESTIGMA_Y_EXCLUSION_SOCIAL_EN_LA_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

RUIZ, M.T. et al. Calidad de vida y esquizofrenia: estudio realizado con la población perteneciente a las asociaciones de salud mental de la comunidad autónoma de Madrid. Madril: AMAFE, 2008. Interneten eskuragarri: <http://www.feafes.com/nr/rdonlyres/484ee934-d100-4de9-b91a-f6a4e83282a9/22188/calidaddevidaesquifrenia.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

URIARTE, J.J. Violencia, Enfermedad Mental y Estigma [linean]. Psiquiatría Legaleko Espainiako Sozietatea, 2005. Interneten eskuragarri: <http://www.psiquiatrialegal.org/estigmaviolencia1.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

DROGA MENDEKOTASUNAK

GARCÍA-CABEZA, I.; et al. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. Trastornos Adictivos [Linean]. 2008, 10. lib., 1. zk., 32-41 orr. Interneten eskuragarri: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloid=13117593 [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

RODRÍGUEZ, R. et al. Diagnóstico dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales. Maracaibo, 2008, Ikerk. klin., 49. lib., 2. zk. 195-205 orr., Interneten eskuragarri: http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/47080/

SZERMAN, N. Patología Dual: protocolos de intervención. Madril: Brainpharma, 2009. Interneten eskuragarri: <http://www.brainpharma.es/descargas/folletopresentacionprotocolos.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

ESPARRU SOZIO-SANITARIOA

DOKUMENTAZIO ETA IKASKETA ZENTROA. Atención sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Bilbao: Ararteko, 2007. Interneten eskuragarri: http://www.ararteko.net/recursosweb/documentos/1/2_1357_3.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

OSASUN MENTALA ETA BAZTERKETA

MENTAL HEALTH EUROPE. The european commission community action programme to combat social exclusion (2002-2006). Good practices for combating social exclusion of people with mental health problems. [Linean] Brusela: Mental Health Europe, 2007. Interneten eskuragarri: <http://www.mentalhealth-socialinclusion.org/home.html> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

MORGAN, C. Social exclusion and mental health conceptual and methodological review. British Journal Of Psychiatry [Linean]. 2007, 191. zk., 477-483 orr. Interneten eskuragarri: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/191/6/477> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

SÁNCHEZ; J.M. Salud mental y exclusión social: visión y acción de FEFES. Madril: FEFES, 2010. Internetez eskuragarri: <http://www.imserso.es/interpresent1/groups/imserso/documents/binario/josmsmongevisinacnfeafes.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

SENZ, M. (Sartu Aholkularitza Soziala). Tendencias sociales e inclusión social. [Linean], Interneten eskuragarri: http://www.3sbizkaia.org/%5Cgestion%5Cgestion%5Carchivos%5Cbreves_gestion%5C_201007_ots_uztaila_E.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 19]

SUBIRATS, J.; ALFAMA, E.; OBRADORS, A. Ciudadanía e Inclusión Social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo. Laneko dokumentuak. 2009, 32. zk., 133-142 orr. Interneten eskuragarri: <Http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3049450> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

ESPETXEA ETA GAIXOTASUN MENTALA

FIGUERIDO, J.L. Salud Mental en los centros penitenciarios interconsulta psiquiátrica penitenciaria: diagnóstico diferencial y tratamiento del paciente preso. Hemen: I Foro sobre justicia social y penal. Salud mental y ejecución penal (Vitoria-Gasteiz, 2003ko apirilak 10-11). Vitoria-Gasteiz: Salhaketa, 2003, 12-22 orr. Interneten eskuragarri: <http://www.adecaf.com/altres/mesdoc/mesdoc/prisiones%20y%20salud%20mental.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

HERNÁNDEZ, M.; ESPINOSA, J. La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones. Presentado en la conferencia multilateral. [Linean] Madril: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2000, XXI. Lib., 75. zk., 93-101 orr. Interneten eskuragarri: <http://www.ome-aen.org/document/prision.htm> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

MORA, M^a. I. Enfermos mentales en las prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar. Sevilla: Andaluziako Giza Eskubideen Aldeko Elkarte, 2007. Interneten eskuragarri: <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=1374> [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

IKASTAROAK ETA JARDUNALDIAK

ASVAR. Asistencia a las personas inmigrantes y a las personas sin hogar afectadas por enfermedades mentales graves. [Linean] Bilbao: ASVAR, 2005. Interneten eskuragarri: <http://www.ome-aen.org/actividades/2005/vijornadaasvar.htm> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

BIZKAIKO FORU ALDUNDIA. GIZARTE EKINTZA DEPARTAMENTUA. 19. Topaketa: Salud Mental y Servicios Sociales. [Linean] Bilbao: Bizkaiko Foru Aldundia, 2009. Interneten eskuragarri: http://www.bizkaia.net/home2/temas/detalletema.asp?tem_codigo=457
Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

FEAFES. XVI Jornadas Estrategia en Salud Mental: un compromiso de participación. [Linean] Bilbao: FEAFES, 2009. [Interneten eskuragarri: <http://www.feafes.com/feafes/documentoselectronicos/capitulo15498/>] [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

IMSERSO. Jornadas Salud Mental y Exclusión Social en personas mayores. [Linean]. Madril: IMSERSO, Madril, 2010. Interneten eskuragarri: http://www.imserso.es/imserso_01/innovacion_y_apoyo_tecnico/formacion_especializada/accionesformativas2010/ponenciassaludmental/index.htm [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

PATOLOGIA DUALEKO ESPAINIAKO GIZARTEA. XI Jornada de Patología Dual. [Linean]. Madril: ANPD, 2009. Interneten eskuragarri: <http://www.patologiadual.es/xijornadas/programa.htm#ponencias>
[Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

OSASUN MENTALA

CALLE, C.P.; CARMONA, B.P. Representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena Emberachamí De Cristiania en el municipio de jardín Antioquia [Linean] Medellín: Bolívarko Artzapezpiko Unibertsitatea, Gizarte Zientzien Eskola, Psikologia Fakultatea, 2006, Interneten eskuragarri: <http://eav.upb.edu.co/banco/files/TESISsaludmentalemberachami.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 19]

FEAFES. Estrategia en Salud Mental una aproximación para su conocimiento y desarrollo. Madril: FEAFES, 2007. Interneten eskuragarri: <http://www.feafes.com/feafes/documentoselectronicos/capitulo6493/estrategia+en+salud+mental.htm> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

GUINEA, R. (Koord.) Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madril: FEARP, 2006. Interneten eskuragarri: <http://www.portalsaludmental.com/pdf/DOCUMENTO MODELO ATENCION EMGD.v3.def.pdf>
[Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

JANÉ-LLOPIS, E.; VAN ALST, S.; ANDERSON, P. Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa. [Linean]. Luxenburgo: Europako Komunitatea, 2005. Interneten eskuragarri: http://www.gencat.cat/salut/imhpa/du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf [Kontsultatu: 2010eko azaroak 8]

MARQUEZ, I.; et al. Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV. Bilbao: Ararteko, 2000. Interneten eskuragarri: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_17_3.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 17]

MONTERO, I. Salud mental. Género y salud [Linean] Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa. Trebatzaileak Osasuneko Genero Ikuspegian Trebatzeko Programa, 5. Modulua: Osasun Mentala. 22 orr. Interneten eskuragarri: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/o6modulo_o5.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 19]

SHEPHERD, G.; BOARDMAN, J.; SLADE, M. Hacer de la recuperación una realidad. [Linean] Sevilla: Osasuneko Andaluziako Zerbitzua, 2008. 26 orr. Interneten eskuragarri: http://www.1decada4.es/profsalud/recuperacion/hacer_recuperacion_realidad.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 8].

IMMIGRAZIOA ETA GAIXOTASUN MENTALA

ACHOTEGUI, J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Zerbitzuan, 2009, 46. zk. 163-171 orr. Interneten eskuragarri: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/migracion%20y%20salud%20mental.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

ASOCIACIÓ SOCIO-CULTURAL IBN BATUTA; EL SAPPPIR. (Servei d`atenció psicopatològica i psicosocial a immigrants i refugiats); FUNDACIÓ AVEDIS DANOVEDIAN. Encuesta de valoración de la calidad de la atención sanitaria psicosocial de los inmigrantes magrebíes (año 2002). Bartzelona: Sant Pere Claver - Fundació Sanitària, 2002. Interneten eskuragarri: <http://www.fhspereclaver.org/migra-salut-mental/catala/news/encuesta.htm> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

VILAR, E.; EIBENSCHUTZ, C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. Revista Gerencia y Salud. 2007ko uztaila-abendua, 6. zk. (13), 11-32. orr. Interneten eskuragarri: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v6n13/v6n13ao2.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

ETXEBIZITZARIK GABEKO PERTSONAK

AIERDI, X. (Zuz.) Estudio sobre el perfil y las necesidades de las personas sin hogar en Bizkaia. Bilbao: Bizkaiko Foru Aldundia, 2009. Interneten eskuragarri: http://www.bizkaia.net/home2/archivos/dpto3/temas/pdf/sintecho_final_opt_cas.pdf [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]

NEUROPSIKIATRIAKO ETA OSASUN MENTALEKO ASTURIASKO ELKARTEA. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria, 2003, 3. libur., 2. zk. Ejemplar dedicado a salud mental y población sin hogar. Oviedo: Neuropsikiatriako eta Osasun Mentaleko Asturiasko Elkarte, 2001- 2009 Interneten eskuragarri: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos3.2.pdf> [Kontsulta: 2010eko azaroak 8]