



Fedeafes

Buru gaixotasuna
duten pertsona
eta senide elkarteen
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental

EAEko **GIZARTE ETA OSASUN BALIABIDEEN ESKAINTZAREN ANALISIA**



Buru osasun arazoak dituzten pertsonen
beharren eta etorkizuneko erronken azterketa

Hurrengo elkarteen
laguntzarekin
landutako ikerketa:



Erakunde
laguntzailea:



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

ENPLESU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES



2019an argitaratua.

FEDEAFES sortutako ikerketa, Agifes, Asafes y Asasam entitateen laguntzarekin.
Ede Fundazioaren laguntza teknikoarekin.

Buru Gaixotasuna duten pertsona eta senide elkarten Euskadiko Federazioa (FEDEAFES)

Tres Cruces 14, Bajo Dcha · Polígono Arza · 01400 Laudio – Llodio Alava
www.fedeafes.org · fedeafes@fedeafes.org

Depósito Legal: BI-1029-2019



Fedeafes

Buru gaixotasuna
duten pertsona
eta senide elkarten
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental

Erabilera ez komertziala (by-nc): Eduki honetatik abiatuz beste lan batzuk sortzeko aukera dago, beti ere erabilera komertzialik ez badute. Jatorrizko txostena ere ezin da erabili helburu komertzialekin.

ESKERTZA

Agifes, Asafes eta Asasam elkarleen elkarlanari eta Ede Fundazioaren laguntza teknikoari esker Fedeafesek gauzatu duen ikerketa honetan, Euskal Autonomia Erkidegoan buru osasun arazoak dituzten pertsonei eskainitako baliabide soziosanitarioak aztertu ditugu.

Geure federazioaren parte diren erakundeetako profesionalei eskerrak eman nahi dizkiegu, baita proiektuaren fase ezberdinetan parte hartu duten pertsonei ere, hiru lurraldeetako osasun zein gizarte arloko profesionalei, alegia. Izan ere, pertsona horiei esker burutu ahal izan ditugu elkarriketa sakonak, mintegiak eta horietatik ateratako ondorioak.

Gainera, ikerketa honek buru nahasmendua duten pertsonen senitartekoen eta Fedeafeseko Lehen pertsonan batzordeko kideen partaidetza ere izan du.

Buru osasun arazoa duten pertsonek behar ugari dituzte, eta osasun eta gizarte arloetako profesionalek kalitatezko arreta ematearen erronkari ekin behar diote.

Buru nahasmendua duten pertsonei zuzendutako zerbitzu soziosanitarioen etorkizun hurbilari buruz hausnartzeko gauzatu dugu ikerketa.

Bukatzeko, Enplegu eta Gizarte Politiketako Sailaren laguntza ekonomikoa eskertu nahi dugu, ikerketa hau aurrera ateratzea ahalbidetu duelako.

M^a Ángeles Arbaizagoitia Telleria

Fedeafes-eko presidentea.

AURKIBIDEA

0.- AURKEZPENA	4
1.- SARRERA.....	5
2.- GAIXOTASUN MENTALA DUTENEN BEHARRIZANEI BURUZ	6
2.1.- Emandako aurrerapausoak.....	6
2.2.- Identifikatutako beharrak.....	7
2.3.- Lehentasunezko gizataldeak	13
2.4.- Erronka berriak	14
3.- GAIXOTASUN MENTALA DUTENENTZAKO EAE-N DAGOEN BALIABIDE-ESKAITZARI BURUZ	19
3.1.- Egungo eskaintzaren azterketa	19
3.2.- Baliabide-eskaintzaren kudeaketa	25
3.3.- Lurraldeen arteko ezberdintasunak.....	29
4.- ESKU-HARTZEKO EREDUARI DAGOKIONEZ	31
5.- ADMINISTRAZIO ETA GIZARTE-ERAKUNDEEKIKO KOORDINAZIOARI BURUZ	32
5.1.- Administrazio publikoekiko koordinazioa.....	32
5.2.- Gizarte-erakundeekiko koordinazioa.....	33
1 Eranskina. <i>Proiektuko parte hartzaileak</i>	35

O. AURKEZPENA

Lehen fase batean, Euskal Autonomia Erkidegoan buru nahasmendua duten pertsonak dituzten zerbitzuen mapa osatu genuen. Agiri honetan, mapa horren ikuspegi kualitatiboa eskaini nahi dugu Fedefesetik eta ikerketan parte hartu duten erakundeetatik. Fedefeseko elkarteek eskaintzen dituzten zerbitzuak aztertu genituen lehen fase horretan, prestazio eta zerbitzuen zorroan sartzen direnak eta bertan sartzen ez direnak ere.

Bigarren fase honetan, honakoak izan dira gure helburuak:

- Buru osasun arazoa duten pertsonen eta euren senitartekoen beharrak aztertu.
- Egunean eskaintzen diren baliabideetan gabeziak eta hobetu beharreko puntuak identifikatu.
- Hiru lurraldeetan ematen diren zerbitzuen konparaketa egin.
- Kolektiboaren arreta hobetze aldera, elementu arrakastatsuak identifikatu.

Fase honen garapenerako, hasiera batean eragile garrantzitsuekin 5 elkarrizketa sakon eta erdi egituratu burutu genituen.

Bigarren fase batean, mintegi bat antolatu genuen funtsezko kanpoko eragileekin eta Fedefesen dauden elkarteekin. Guztira, 34 pertsonak hartu zuten parte: osasun eta gizarte arloetako langileek, hiru lurraldeetako erakundeek eta erakunde horietako pertsonak eta senideek. Bertan, lehen fasean egindako zerbitzuen mapa aurkeztu zen eta asetzen ez diren beharrak identifikatu ziren. Era berean, Euskal Autonomia Erkidegoko baliabideen inguruan hausnarketa egin zen beharren asetzeari dagokionean, baita esku-hartzearen eremu ezberdinen eta indartu beharreko puntuen inguruan ere. Azkenik, kolektiboaren egoera hobetu dezaketen egitasmo berritzaileak identifikatu genituen.

Hirugarren fase batean Fedefeseko erakundeen mintegia antolatu zen, Asafes, Agifes eta Asasam elkarteetako eta Fedefeseko 15 pertsonekin. Bertan, aurreko mintegian kanpoko eragileek esandakoa kontuan hartuz, ondorioak ateratzea izan zen geure helburua.

Agiri honetan taldearen hausnarketak jasotzen dira, baita egindako elkarrizketa sakonetan jasotako informazioa eta mintegietatik ateratako ondorioak ere.

1. SARRERA

Gaixotasun mentala pairatzen dutenek, gaixotasunak sorrarazten dien nahasmena dela eta, ikasi behar izaten dute, batez ere informazioa erabiltzen eta ahalik bizi-kalitate hoberenarekin nola bizi. Horretarako erabakigarria da gune psikosozial bat edukitzea, han harremanak izateko, laguntza emozionala izateko eta gaixotasunak kaltetutako alor guztietan trebatzeko.

Era berean, gaixotasun mentala agertzean, familiartekoez ere samurra ez den ziurgabetasun- eta birmoldaketa-egoeran aurkitzen dira maiz. Hori dela eta, haiek ere informazioa behar izaten dute gaixotasun mentalak zer diren jakiteko; haien kudeaketa eta ulerbidea hobetzeko jarraibideak eskuratu behar izaten dituzte eta gaixotasun mentala pairatzen duen senidearekin bizitzean jarrera proaktiboa sortzeko laguntzak behar izaten dituzte.

Ildo horretan, edozein esku-hartzeren helburua izan behar du bizi-proiektu bat, integrala eta norbanakoari egokitua, lortzea gaixotasun mentala duen pertsonarentzat eta haren familiartekoentzat, etorkizunera begiratuko duena, ahalik integrazio eta normalizazio handienarekin, pertsona horien gaitasunak ahalik gehien sustatuz eta aintzat hartuz eta, azken buruan, haien bizi-kalitatea hobetuz.

Ildo horretan, Mendekotasun Legeak aurrerapauso ikusgarria ekarri zuen, gaixotasun mentala duten pertsonen hainbat eskubide aitortu baitzizkien. Baliabideen Arrazionalizaziorako Legearen ondorioz, ordea, alde batetik, mendekotasun-mailak murriztu ziren eta, bestetik, batik bat gaixotasun mentala duten pertsona asko biltzen zituen I. mailako mendekotasuna balioetsia zutenentzako zerbitzuak garatzeko proiektua desagertu zen. Horregatik, ez ziren martxan jarri gizatalde horrentzat landu asmo ziren zerbitzu asko (terapia okupazionala, errehabilitazio psikosozial/estimulatzaila eta aisia eta denbora libre).

Gauzak horrela, Gizarte Zerbitzuen Legea da lan-esparrua; eta legeak gizataldeei buruz hitz egiten ez badu ere, berariaz aipatzen du gaixotasun mentala duten pertsonen multzoa, eta ondorengo baliabide hauetan agertzen da espresuki:

- Gaixotasun mental kronikoa duten pertsonentzako zerbitzua edo eguneko zentroa, izaera soziosanitariokoa (2.2.1.)
- Zerbitzu edo zentro okupazionala (2.2.2.)
- Gaixotasun mentala dutenentzako egoitza-zentroak (2.4.3.)
- Bizimodu independentea egiten laguntzeko zerbitzua (2.7.2.1)

Ondorengo kapituluetan sakonago aztertuko dira gaixotasun mentala dutenek eta haien familiek dituzten beharrezkoak, azpimarra ipiniz une honetan behar bezala asetzen ez diren premietan, lehentasunetan eta etorkizuneko erronketan. Ondorengo atalean aztertuko dira zorro-dekretuaren baitako baliabideak, haien kudeaketa eta gaur egun lurraldeka dauden ezberdintasunak. Ondoren, esku

hartzeko eredia aztertuko da, eta azkenik sakonago behatuko da administrazio publiko eta gizarte-erakundeekiko koordinazioa.

2. GAIXOTASUN MENTALA DUTENEN BEHARRIZANEI BURUZ

Kapitulu honetan, gaixotasun mentala dutenek eta haien familiartekoen dituzten laguntza-premiei buruzko gogoeta egiten da. Hartarako, zehaztu egiten dira gaur egun behar bezala asetzen diren premiak eta erantzunik gabe geratzen ari direnak, edo hobetu behar liratekeenak. Halaber, aipatzen dira zein diren lehenetsuneko gizataldeak, eta epe ertainera edo luzera erantzun beharko diren etorkizuneko erronkak.

2.1. EMANDAKO AURRERAPAUISOAK

Komunitate-ikuspegiaren aldeko hautua egitea osasun mentaleko saretik

Komunitate-ikuspegiaren ildoan, osasun mentaleko sareren batean pausoka gutxitu egin da ospitale psikiatrikoetara bideratutako aurrekontua, haien plazak murriztuz eta komunitate-mailako baliabideetan inbertituz. Horrek ahalbidetu du finantzabideak areagotu gabe Komunitate Tratamendu Asetiboko (KTA) taldeak sortu ahal izatea, psikiatriko, medikuntzako, gizarte-lanetako eta erizaintzako profesionalez osatutako diziplina anitzeko lantaldeekin; arrakasta handia eta familien gogobetetasun-maila altuak lortzen ari dira, ospitaleratzeak gutxitu egin baitituzte eta hobeto artatuta sentitzen baitira.

Aurreko puntuan genioenarekin batera, komunitate-baliabideen sare bat sortzen ari da pixkanaka-pixkanaka, eta, horrela, pertsona horiek nor bere komunitatean integro daitezke eta egonaldi luzeko ospitale psikiatrikoak utz ditzakete.

Arreta psikiatrikoa hobetzea egoitza-zentroetan

Arreta psikiatrikoa hobetzea adinekoen egoitzetako psikogeriatrico unitateetan eta desgaitasuna dutenentzako egoitza-zentroetan. Gaur egun, psikiatriko profesionalen lantaldeak egoitza-zentroetan bizi diren eta gaixotasun mentalak eta demenziak dituzten pazienteak artatzen ari dira.

Gizarte-esparrutik Zorro Dekretua eta plan estrategikoak onetsi egin dira

Gizarte-esparrutik Gizarte Zerbitzuen Zorro Dekretua onetsi zen eta horrek erakunde-arteko akordioa ekarri zuen (Gizarte Politiketako Sailaren, Foru

Aldundien eta Eudelen artean). Halaber, plangintza-lan bat burutu da EAEko Gizarte Zerbitzuen Plan Estrategikoarekin, eta Arabako Foru Aldundiak eta Gipuzkoakoak plan estrategikoak landu dituzte; Bizkaikoak ez du plan estrategikorik egin.

Gizarte-entitateetatik bizi-kalitatearen eredurantz bideratu da arreta

Gizarte-entitateetatik bizi-kalitatearen eredurantz bideratu da arreta; horretarako, gizarte-entitateak aspalditik ari dira pertsonetikiko esku-hartzearen ikuspegiarekin lan egiten, pertsonen autonomiaren eta erabakimenaren aldeko hautua eginez; ildo horretan, Fedeafes elkarte-mugimenduak bizi-kalitatearen ereduari buruzko prestakuntzan eta ikerkuntzan inbertitu du.

Esku-hartzearen ikuspegia hedatzea

Bide batez, gaixotasun mentala duen oro ez da artatu behar osasun mentaleko baliabide zehatz baten bitartez; aitzitik, balioetsi egiten da zein den haren aurretiazko ibilbidea, non egokitzen den hobekien eta zein den bere nahia.

2.2. IDENTIFIKATUTAKO BEHARRAK

Bizi-kalitatearen eta pertsonak ardatz dituen plangintzaren ereduan aurrera egitea

Esku-hartzea gizatalde zehatzen inguruan egituratzen jarraitzen da eta ez pertsonen beharren inguruan. Ikusmoldea aldatu beharra dago, abiapuntutzat dugun ereduan pertsona batzuk ospitale psikiatrikotik irteten direnean egoitza-zerbitzuetara bidaltzen baitira. Eredu hori, ordea, ez da bateragarria bizi-kalitatearen eta pertsonak ardatz dituen plangintzaren ikuspegiarekin, hain zuzen ere pertsonen autonomia indartzeko eta pertsonak nork bere kabuz erabaki ahal izateko hautua egiten bada, haien gaitasunetan fedea eduki behar baita. Hala eta guztiz ere, aurrerapausoak eman badira ere, oraindik gaixotasun mentala duen pertsona-kopuru nabarmena dago egoitza-zentroetan. Horrekin bat eginik, baliabideen eskaintzak askoz malguagoa izan behar du, komunitate-ikuspegia duena eta aukeragarria, laguntza indibidualizatua egingo duten profesionalekin.

Gaixotasun mentalari atxikitako gizarte-estigmak sorrarazitako diskriminazioaren hesia apurtzea

Gaixotasun mentala pairatzen dutenenganako diskriminazioak iraun egiten du; «ezberdintasunarekiko», geure pentsamoldean «egokitu» ezin dugunarekiko aurreiritzian oinarritzen da eta, gehienbat, gaixotasun mentalaren ezagutza faltan izaten du sorburua.

Gaixotasun mentala dutenek beren osatze pertsonala eta gizarteratzea lortzeko gainditu behar izaten duten ezkutuko hesietako bat da oraindik ere estigmarena.

Gai hori lantzeak duen garrantziagatik, ahalegina egiten ari dira estigmari aurka egiteko lantalde bat sortzeko, lehenago adineko pertsonen gizataldearen inguruan egin zen modu bertsuan, herritarrak gaixotasun mentalarekiko sentsibilizatzeko lanketa bati ekinez.

Erronka horri aurre egiteko ezinbestekoa da gizartearen papera oro har eta hedabideena bereziki, estilo-gidaliburuak landuz gaixotasun mentala dutenen egoeraren, haien beharrianen, gaitasunen eta eskubide osoko herritar gisa duten paperaren inguruko transmisioa hobetu ahal izateko. Horrekin batera, nahitaezkoa dirudi gaixotasun mentalei atxikita dagoen estigma erazteko estrategia politikoak lantzea; Fedeafes euskal elkarte-mugimendua aspalditik ari da estrategia hori eskatzen, estigmari eta gaixotasun mentalari atxikitako diskriminazioari buruzko lan-mahai bat abian jarriz erakundeen artean, gaixotasun mentala dutenak gizarteratzeko ekinbideak azter eta planifika ditzan.

Gizarte- eta osasun-baliabideak pertsonen beharrianetara egokitzea

Osasun-arretaren eredia aldatzen ari da. Akutuen unitateetan ospitaleratzeke irizpideak aldatu egin dira eta egonaldi ertain eta luzerako deribazioa ere aldatu egin da ospitaleratzeen iraunaldia murriztuz. Norbait psikiatriako larrialdietan ospitaleratzen denean, tratamendua jaso ondoren, kasu askotan berehala itzultzen da egoitza-zentrorra edo bere etxera familiarekin, jokabidearen nahasmendu iragankorraren diagnosis jaso badu. Horren ondorioz, osasungintzaren esku-hartzea hain mugatua izanik, bizikidetzaren narriadura jazotzen da egoitza-zentroan edo familia-esparruan. Eta horrelako egoerak nahiko maiz gertatzen dira. Zergatia, nagusiki, osasun-protokoloko arazoetan datza, haiek agintzen baitute nortasun-nortasunaren nahasmendu nabaria agertu ezean jokabidearen nahasmendu iragankorra ebatzi behar dela, eta horrek esan nahi du pertsona hori egonkortu egin behar dela eta ordu batzuen buruan bere etxera edo egoitza-zentrorra bidaltzen dela. Horren eraginez, psikiatriako ospitaleratzeen kopurua oso baxua izaten da. Osasun-sistematik, ordea, horrelako kasuetan ez da bestelako arretarik eskaintzen (etxez etxeko arreta, laguntza eta koordinazioa), gizarte-baliabideei edo familiei laguntzeko.

Osasun-sisteman egiten ari den esku-hartzeko ereduaren berrantolamendu hori ez doa komunitate-baliabideen sare baten sorrerarekin parekatuta. Bere garaian komunitate-sare bat sortu bazen urte asko erakundeetan sartuta zeramatzaten eta profil jakin bat zuten pertsonak kanporatu ahal izateko, gaur egun gizarte-zerbitzuek ez dute eskaria asetzeko ahalmenik, eta eratzan ari ez diren koordinazioak eta laguntzak sortu behar lituzke osasun-sistemak.

Nortasunaren nahasmenduak eta kontsumoak dituzten pertsonen beharrei emandako erantzuna hobetzea

Gaur egun, arreta gehienbat testuinguru normalizatu batetik datozen eta nahasmendu mental kronikoa eta larria dutenengana bideratzen da. Baina, hala eta guztiz, profila aldatzen ari da. Orain osasun mentaleko atalera heltzen den jendea gehienbat nortasun-nahasmenduak eta kontsumoak (patologia dualak, beraz) dituzten pertsonak izaten dira, oso adin gaztekoak batzuetan, laneratze-prozesuak gauzatzeko zailtasun handiak dituztenak, eta egoitza-unitate soziosanitarioetan ere egokitzen ez direnak. Horren ondorioz, nortasun- eta jokabidearen nahasmenduak dituztenak, batzuetan, bazterkeria-egoeran dauden pertsonengana bideratutako baliabideetan artatzen dira, horrek dakartzan arazoekin.

Horri gehitu behar zaio gaur egun osasun-sistemak nortasunaren nahasmenetarako dituen baliabideak eskasegiak direla; nortasunaren nahasmenduen unitate bana jarri beharko litzateke abian osasun-esparruan lurralde historiko bakoitzean; eta, batez ere, profesionali prestakuntza eman behar zaie, nahasmendu horiek artatzeko orduan, profesionalen espezializazio-gabetasuna nabaritzen baita. Eta gizarte-esparruan, beharbada, ez dira berariazko baliabideak beharko, baizik pertsonak ardatz izango dituen diziplinarteko ikuspegi bat, erreferentziako profesionalak mantenduz.

Prebentzioa eta haur eta gazteekiko arreta indartzea

Gaixotasun mentala dutenen gizataldearekin lan egiten duten erakundeak eskoletan prebentzio-lan bat egiten ari badira ere, indartu egin behar da hori eta Hezkuntza Sailak inplikatu behar du horretan, ikastetxeetan osasun mentaleko lanketaren aitzindaria izan behar baita gehienbat, bai prebentzioari dagokionez baita kasuei heldu behar zaienean jokabidearen nahasmenduak edo gaixotasun mentalak dituzten adin txikikoak kausitzen direnean ere. Horregatik, Berritzeguneen bitartez diziplina anitzeko balioespenak egiteko beharra proposatzen da.

Haur-gazteen osasun mentalean lan egitea erabakigarria da, horren bidez gero bestelako nahasmendu batzuen garapena saihestu daitekeelako edo, dagokionean, gazteak norbere ingurumenean luzaroago eta hobeto artatuta eduki ahal izatea. Hala eta guztiz ere, horretarako egiten den ahalegina txikia da.

Era berean, jarraitutasun handiagoa behar da haurtzarotik heldutasun-arorako trantsizioan. Alor soziosanitarioa funtsezkoa da horretan, familiaren osotasunezko ikuspegia eduki eta esku-hartzea hein handiagoan antolatu ahal izateko.

Horrekin batera, nerabe kontsumitzaileen egoerari (patologia dualak) erantzun behar zaio, alkohola, kalamua eta beste droga batzuk hartzen dituzten nerabeekiko esku-hartze goiztiarra sustatu behar da, osasun mentaleko arazoak pairatzeko arriskua dakarrelako. Esku-hartze hori hainbat alorretan egin behar

da: hezkuntzan, gizartean, lehen arretan, osasun mentalean. Jada lantzen ari den erronketako bat da, alkohola eta adin txikikoen inguruko lanaren kasuan, adibidez (ez soilik osasun mentaleko saretik).

Gaur egun hiru arreta terapeutiko hezigarriko unitate daude EAEn (OETH), lurralde bakoitzean bat, Osasun eta Hezkuntza Sailen finantzaketarekin eta bi sailtako langileekin. Haietan, osasun mentalearekin zerikusia duten arazoak dituzten 16 urte arteko adin txikikoak artatzen dira eskolatze normalizatu batean ikasketak egin ezin dituztenean, urte eta erdiko denbora-mugapenarekin. Zentro horiek duten eskaria gero eta handiagoa denez, beharrezkoa da plaza-kopurua handitzea edo horrelako baliabide berriak sortzea.

Beharrezkoa izango litzateke osasun-sistematik haur eta gazteentzako eguneko ospitaleak sortzea hiru lurraldeetan, eta aldi berean lehen jazoera psikotikoetarako programak abian jartzea. Oraintsu abian jarri da Araban haur-gazteentzako eguneko ospitalea, eta beharrezkoa litzateke Gipuzkoan eta Bizkaian ere.

Arriskua dago jokabidearen nahasmenduak dituzten nerabeen kasuak auzibidetara eraman eta «adin txikiko arau-hausleak» direla ebazteko, horrek dakarren estigmatizazioarekin eta tratamendu egokirik ezarekin. Horregatik da garrantzitsua arreta sakontzea.

Garrantzizkotzat jotzen da berariazko ikuspegia eta irizpide homogeenak erabiltzea aisia eta denbora libreko baliabideetan.

Prebentzioa hainbat esparrutatik landu behar denez, garrantzitsua da alor horretan lan egiten duten profesionalen prestakuntza.

Adin txikikoen kasuan garrantzizkoa da, halaber, laguntza eta familiarekiko esku-hartzea; hori dela eta, gaixotasun mentala duten adin txikikoen familien arretarako programa bat lantzen ari dira Asafesen.

Laguntza-baliabideak eskaintzea gurasoekin bizi diren eta nahasmendu mental larria duten pertsona helduei

Garrantzitsua da etorkizuneko premiei aurrea hartzea beren etxeetan adineko gurasoekin bizi diren eta nahasmendu mental larriak dituzten pertsonen kasuan. Beharrezkoa da pertsona horiek beren komunitate-ingurunearekin lotzea eta beren etxeetan ahalik luzaroen egon ahal izan daitezen ahalduz, hartarako behar diren laguntzak eta baliabideak eman.

Egoitzetara eramatea beste aukerarik ez dagoen kasuetan, berariazko guneak sortu beharko dira adinekoen egoitzetan, aintzat hartu behar baita ibilbide desberdinak direla eta handiagoa eta egokiagoa izan behar lukeela eskaintzak. Edonola ere, helburua da pertsona horiek ahalik eta luzaroen egon daitezela beren etxeetan, behar dituzten laguntzekin, eta baliabideak eman behar zaizkie hartarako.

Gaixotasun mentalaren diagnosirik ez dutenei erantzuna ematea

Gizarte-zerbitzuetako profesionalen lantaldearen defizit funtsezkoena da osasun-sare espezializatuak ez dituela pazientetzat jotzen, gaixotasun mentala izan dezaketen arren, hartaz jabetzen ez direnak edo onartzen ez dutenak eta, bide batez, beren kabuz osasun mentaleko zentroetara joaten ez direnak. Era berean, gizarte-baliabideetako askok beharrezkoa dute gaixotasun mentalaren diagnosia.

Egoera horren ondorioz gaixotasun mentala duen hainbatek ez du behar lukeen tratamendu medikoa jasotzen eta ezin ditu erabili osasun-, gizarte-, prestakuntza-, lan-, okupazio- eta abarretako baliabideak. Ondorioz, ezin dute bere bizi-proiektu integrala garatu eta gizarte-bazterkerian murgiltzeko arriskua dute. Beharrezkoa dirudi horrelako kasuetan osasun-sistemak proaktiboagoa izatea eta pertsona horiengana hurbiltzea KTA lantaldeen edo ibiltarien edo kaleko psikiatriaren bidez, kasuaren arabera, eta gizarte-zerbitzuen partetik horrelako pertsonentzako lotura izan daitezkeen zenbait zerbitzu malgotu behar dira.

Gaixotasun mentala duten gazteentzako berariazko laguntza-baliabideak sortzea

Gaur egungo baliabideek (adibidez, eguneko zentroak edo errehabilitazio psikosozialekoak) ez diete erantzuten pertsona gazteei, adin nagusiagoko erabiltzaileengana bideratuta daudelako. Beraz, arreta goiztiarreko zentroak ere egon behar lirateke 18 urtetik gorakoentzat, haien beharrezanetara egokituta eta malgotasun gehiagorekin, harremana errazteko; eta baita gazteentzako beste laguntza-zerbitzu batzuk ere, mendekotasun-deklaraziorik eta gaixotasun mentalaren diagnosirik ez balute ere.

Zerbitzuetan genero-ikuspegia txertatzea

Federazioak berak landutako «*Gizon eta emakumeen arteko berdintasunari buruzko egoeraren diagnosia Fedefafesen*» azterlanak agerian ipini zuen gaixotasun mentala duten emakumeak ez daudela batere ahaldunduta, eta familiak gehiegi babesten dituztela. Ildo horretan, funtsezkoa da familiak sensibilizatzea, jabetu daitezen zein garrantzitsua den beren alaben parte-hartze soziala sustatzea, bereziki enplegua aintzat hartuz.

Bestalde, halaber, hauteman zen «*gaixotasun mentala duten pertsonen arretarako zerbitzuek eta programek batez beste artatzen dituzten gizonezkoen kopurua emakumeena halako bi dela*». Gainera, historikoki, itzarote-zerrendetan gizonak gehiago izan dira emakumeak baino; horren zergatia da emakumeek familian kokaleku erosoagoa eta funtzionalagoa aurkitu ohi dutela etxeko lanak eginez. Familiakin egiten den lana areagotu behar da gaixotasun mental larria duten emakumeek parte-hartze soziala areagotu dezaten, horrela emakumeen ahalduntzea zilegitzeko. Bereziki garrantzitsua da hori adineko pertsonen kasuan, ikusi baita emakumeek askoz gehiago luzatzen direla laguntza

eskatzeko. Usu, haien kasuak gizarte-zerbitzuetara heltzen direnerako oso kronifikatuta egon ohi dira.

Gizarte-zerbitzuei dagokienez, azterlan horretan ikusi zen ia zerbitzu guztiak gizonezkoentzat diseinatuta daudela, oso eredu maskulino bati jarraikiz, arau-alarrean ardaztuta, familia-kontziliazioa aintzat hartu gabe... Garrantzitsua da, beraz, zerbitzu mistoak diseinatzea, gizonezko zein emakumeei arreta indibidualizatua eskainiko dietenak.

Gero eta handiagoa den premia horri erantzun ahal izateko, garrantzizkoa da talde-lana egitea antzeko ezaugarriak dituzten emakumeekin; esate baterako, bakarrik bizi diren amekin. Halaber, garrantzitsua da terapia pertsonalizatuak aintzat hartzea.

Era berean, kontuan hartu beharko da nola diagnosietatik hala baliabideetako arretatik eratortzen diren datuak genero-ikuspegiaren arabera diskriminatzea, egoera horri buruzko ziurtasun handiagoak eduki ahal izateko.

Azkenik, patologia mentalak izan ditzaketen emakume haurdunen jarraipena eta ikerketa egiteko beharra mahaigaineratzen da, fetuarengan izan dezakeen eragina ezagutu ahal izateko, alternatibak bilatzeko eta amatasunari buruzko mitoaren inguruan prestakuntza eskaintzeko. Beharrezkotzat jotzen da osasun-sisteman psikiatria perinataleko unitateak sortzea nahasmendu mentalak dituzten eta haurdun geratzen diren emakumeei laguntzeko, jarraipen bat eta erditu ondoren eta haur-hazkuntzan laguntza psikologikoa izan dezaten. Beste autonomia-erkidego batzuetan emakume horientzat laguntza-zerbitzuak jarri dira abian.

Fedeafes-ek eta haren kide diren elkarteek ikertu duten beste alorra izan da «*Gaixotasun mentala duten emakumeen aurkako indarkeriari buruzko ikerketa*» azterlana, agerian ipini duena osasun mentaleko arazoak dituzten emakumeek indarkeriaren aurrean duten zaurgarritasun ikaragarria, eta horren zenbateko handia. Halaber, ikusarazten du indarkeria jasaten duten emakumeak artatzeko zerbitzuak, batez ere babes-etxeak eta laguntza psikologiko espezializatua, emakume horien beharrietara egokitu behar direla, eta zerbitzu horien eta osasun mentalekoen arteko koordinazio- eta laguntza-mekanismoak sortu behar direla.

Zerbitzuak eta esku-hartzea doitzea arazo anitzak dituzten kasuetarako

Ohiko hutsegitea izaten da ia zerbitzu guztiak desgaitasun bakarra dutenentzat diseinatuta egoten direla, edo bazterkeria-egoeran aurkitzen direnentzat, edo genero-indarkeria pairatzen dutenentzat, etab. Errealitatea, ordea, oso bestelakoa izan ohi da. Gero eta maizago aurkitzen ditugu gaixotasun mentalari gehitzen zaizkion bestelako arazo batzuk. Mendekotasun-maila altuak agertzen direnean, non gaixotasun mental bati gehitzen baitzaizkio beste arazo batzuk, demagun, gai toxikoen kontsumoa, GIBa, desgaitasun fisikoa edota psikikoa, genero- edota etxeko indarkeria, zailtasunak agertzen dira ez dagoelako egoera horietarako egokitutako baliabiderik.

Lan egiteko era aldatzea eskatzen du horrek, eta oso gai ezberdinetan espezializatutako pertsonen esku-hartzea, aurrerabidea ezingo delako izan berariazko hainbat tresna sortzea, baizik espezialitate ezberdinetako pertsonen tresna transbertsalak erabiltzea. Arazoa, funtsean, baliabideen gabezia eta hartarako prestakuntza faltan datza.

Profesional eta erabiltzaileen ratioa handitzea

El ratio de profesionales/personas usuarias en los servicios tanto sociales como sanitarios es reducido tanto en atención primaria como en atención secundaria. Las personas con enfermedad mental requieren de un tiempo de atención profesional y esto no es tenido en cuenta. Esta situación conlleva una merma en la calidad de la atención prestada dada la sobrecarga de trabajo que supone para las personas profesionales.

2.3. LEHENTASUNEZKO GIZATALDEAK

Beharrak ugariak badira ere, epe ertain eta luzeko esku-hartzean gizatalde hauek dira lehentasunezkoak:

- Adin txikikoak; arestian adierazi den moduan, haur eta gazteentzako prebentzioa eta arreta indartu behar dira, batez ere zailtasunak dituzten adin txikikoena, hau da, gazteen justizia-sistematik eta babesik gabeko haurren zerbitzuetatik datozenena. Gogoeta egin behar da gazte horien bizi-ibilbidearen inguruan, eta zein diren baliabiderik egokienak adin-nagusitasunera heltzen direnerako. Gizatalde horrentzat lan-ildo berriak jarri behar lirатеke abian, esate baterako, beren etxeetan, OETHeK kasurik larrienak baino ez baitituzte artatzen.
- Gaixotasun mentalaren diagnosirik gabeko 18 urtetik gorako gazteak. Zorro-dekretuak beti aipatzen du medikuaren diagnosiaren beharra, eta hori da une honetan arretari dagokionez agertzen den hutsunerik handienetako bat. Eskakizunak malgutu behar dira adin-tarte horietan, eta gazte horiekin harremanak finkatzeko gai izango diren baliabideak eduki behar dira.
- Nortasunaren nahasmendu larriak dituztenak, besteekin bizitzeko arazo serioak dituztenak eta egoitza-baliabidea pertsona horien profilerak egokitzen ez denean. Pertsona horiek artatzeko beste era batzuk aintzat hartu beharko lirатеke, *housingfirst*-a bezalako eredu alternatiboak erreferentziatzat hartuz, baina taldean bizi gabe.
- 50 eta 64 urte artekoak, baita hortik gorakoak ere, egoitza-baliabide bat behar dutenak baina autonomoak direnez edo I. mailako mendekotasun-

balioespena dutenez udaletako oinarriko gizarte-zerbitzuetan artatzen dituztenak. Egoera horren zergatia da egoitza baliabide (etxebizitza edo egoitza-zentro) nahikorik ez dagoela haientzat, eta adinekoentzako egoitza-zentro bat ez dela egokiena egoitzetako batez besteko adina 80/85 urtekoa izan ohi delako eta bertaratuek mendekotasun-maila altua dutelako. Garrantzitsua da azpimarratzea pertsona nagusien gizatalde hori batzuetan bere beharrak ase ezin dituen baliabideetan aurkitzen dela, edo baliabide horretarako egokiagoak liratekeen profilak dituztenen plazak hartzen dituztela. Alor horri buruz sakondu beharra dago eta haien beharrezanetarako egokiagoak izan daitezkeen berariazko baliabideak balioetsi.

- Norbere etxean bizi direnak eta eguneroko bizimoduko jardueretarako laguntza behar dutenak, hartara egoitza-zentro batera joan behar ez daitezen.
- Osasun mentaleko arazoak dituzten emakumeak, haien parte-hartze soziala areagotzeko; horretarako, genero-ikuspegia duten baliabideak beharko dira esku-hartzeko esparruetan, nola gizartekoetan hala osasunekoetan, genero-ikuspegia txertatuz esku-hartzean, genero-indarkeriako kasuetan arreta egokia aintzat hartuz; ildo horretan, Fedefeseko entitateak lanean ari dira jada berariazko tailerrak antolatuz eta entitateen barnean berdintasun-planak landuz.
- Gaixotasun mentala izan eta espetxeratuta daudenak. Lehenik eta behin esan behar da ez dela lekurik aproposena gaixotasun mentala duenarentzat; gehienak laguntza-gabezia eta bazterkeria sozialeko zioengatik egon ohi dira, eta baliabiderik ezagatik. Baliabideak behar dira pertsona horiek espetxeetan egon behar izan ez dezaten. Beste alderdi garrantzitsu bat da baliabide normalizatueta plaza lortzeko zailtasuna, eta horiek esleitzeko orduan bizkortasunik eza. Espetxean osatze-prozesuak lantzen dira baina ez bazaie erantzun bizkorra ematen presondegiz kanpoko laguntza-baliabideekin, oso zaila izaten da pertsona horiek aurrera egin ahal izatea, espetxea uzten dutenean.

2.4. ERRONKA BERRIAK

Aurrean ditugun erronka berriei ekiterakoan, aintzat hartu behar da lan egiteko erabili behar den esparru nagusia gizarteari oro har eta, bereziki, komunitateari dagokiona dela, eta bide batez esparru horietatik abiatuz landu behar direla aurrerabide-ildo nagusiak ere. Agertu den bigarren esparru garrantzitsua erakunde publikoei dagokiena da, bai udal-eskumenekoetan, bai foru-erakundeetan, eta horregatik ardura bat eskatzen zaie haiei arreta-hobekuntzak abian jarri ahal izateko. Hirugarren postuan agertzen dira gaixotasun mentala dutenekin lan egiten duten entitateak, eta proposatzen diren ekintzetan aitzindaritza eta betekizun bat beretu beharko dute haiek ere.

Epe ertain eta luzera, hainbat alorretan eman behar dira aurrerapausoak, demagun, suizidioen prebentzioan, etorkinei arreta eskaintzean eta beste zenbait zerbitzutan, esate baterako, kaleko arreta psikiatrikoan, gaixotasun mentala dutenen lan-gaitasunetan eta komunitateari laguntzeko programetan; eta aurrera egin behar da zerbitzuen baterako finantzaketan. Prebentzio-ildo horretarako, beharrezkoa da, halaber, Ertzaintzarekin eta udaltzaingoekin, Osasunarekin, Hezkuntzarekin eta Justiziarekin lan egitea.

Suizidioen prebentziorako esku-hartzeko ildoak indartzea

Indartu beharreko lan-esparrua da, orain arteko aurrerapausoak laburregiak izan direlako. Ildo horretan, azken urtean lortu den aurrerapen garrantzitsua izan da Euskadin Suizidioaren Prebentziorako Estrategia, Osasun Saila aitziandari dela erakunde-arteko eta sail-arteko lantalde bat eta beste jardule batzuk ere tartean direlarik. Bertan parte hartu dute Osasuneko ordezkariak, gizarte-zerbitzuetakoak (aldundien koordinakunde soziosanitarioak eta Eusko Jaurlaritzako Gizarte Zerbitzuetako Zuzendaritzak), eta familiarteko baten suizidioa jasan dutenen elkarteak. Halaber, parte hartu du Fedeafesek, Ertzaintzak, Hezkuntzak, etab. Garrantzizkoa da estrategia horretan aurrerapausoak ematea, osasun mentaleko arazoren bat duten pertsonen eragindakoak baitira suizidio gehienak.

Gaixotasun mentala duten etorkinentzako arreta hobetzea

Gaixotasun mentala duten etorkinen kopuruari buruz berriazko azterlanik ez badago ere, lehen jazoera psikotikoen programan kausitu da babesik gabeko adin txikiko immigrante asko daudela eta haien tratamendu medikoaren jarraipena bermatzea zaila dela, haietako asko bizitegi-bazterkeriako egoeran daudelako. Hizkuntza ezberdinen ezaguera duten profesionalak beharrezkoak dira diagnosis errazago egiteko eta hainbat ekinbide sustatzeko, esaterako, gaixotasun mentala eta immigrazioari buruzko berriazko prestakuntza lantzeko osasun mentalean ari direnekin, zenbait ulerbide kulturalen jakitun izan daitezten.

Kaleko psikiatriako arreta gehiago sustatzea

Gizarte Zerbitzuetako Zuzendaritzak eta Osasun Sailak gero eta interes biziagoa dute kaleko psikiatrian lan egiteko kale gorrian bizi direnekin, zenbatesten baita bizitegitik gabeko % 30ek gaixotasun mentala duela, erantsitako beste hainbat arazorekin batera: kontsumoak, patologia gehituak, etab. Ildo horretan, osasun-langileekin eta Ertzaintzarekin lanketa bat egiten ari dira bizitegirik gabeko pertsonak behar bezala artatzeko. Hala eta guztiz ere, Komunitate Tratamendu Asertiboko (KTA) lantaldeen zuzkidura eskasa da oraindik ere eta, gainera, kaleko psikiatriarik ez dago zenbait lurraldetan, esate baterako, Araban eta

Gipuzkoan, eta horregatik ez dira heltzen egoera horretan gaixotasun mentalarekin dauden askorengana.

Gaitasun soziolaboralak indartzeko apustu garbia egitea

Ildo horretan lan egiten jarraitu behar da oso garrantzizkoa delako lan-orientabidea alor okupazionalan, gazteengana iristea ahalbidetzen duelako. Lanaren ikuspegitik lan egin behar da, baina eskakizun-maila txikiarekin eta nahitaez laneratzearekin lotu gabe, pertsona ahalduntzeko aukera eman eta bere buruaz ikuspuntu aberatsagoa izan dezan. Garrantzitsua da joan-etorriko prozesuen malgutasuna alor okupazional horretan.

Komunitateari laguntzeko programak sustatzea

Badira etxebizitza eskueran dutenak baina bizitegian laguntzak behar dituztenak eguneroko bizimoduko hainbat jarduketa egin ahal izateko. Ildo horretan, Gipuzkoan, esate baterako, programa-pilotu bat lantzen ari dira eta haren baitan etxez etxeko hezitzaile talde batek laguntzen dio pertsonari eguneroko bizimoduko bere eginbeharrak egiten eta gizarteratzen. Badute, halaber, psikologo profesional baten sostengua.

Bestalde, erabakigarria da etxez etxeko laguntza-zerbitzuei gaixotasun mentala dutenen trataerarako prestakuntza ematea.

Halaber, eskatzen da etxebizitza-politiken barnean egon dadila trataera jakin bat gaixotasun mentala dutenekiko edo, baita ere, berariazko Laguntza Zerbitzua Etxean (LZE), helmuga izango bailitzateke bizimodu independentea edukitzeko «jauzia» egin ahal izatea.

Zerbitzuen baterako finantzaketan aurrera egitea

Lanean hasi beharra dago zerbitzuen baterako finantzaketan eta Egoitza Soziosanitarioen Unitateak (ESSU) bezalako zerbitzuentzat baterako finantzabideak bilatzen; une honetan, foru-aldundien gizarte-zerbitzuen esparrutik finantzatzen dira oso-osorik, eta Osasun Sailarekin batera finantzatuak izan behar lukete, adinekoen egoitzetako osasun-langileekin gertatzen den eran.

Zerbitzu soziosanitarioen baterako finantzaketan aurrerapausoak egin ahal izateko eragozpen nagusietako bat da Osakidetzakoan aldean zerbitzu pribatuek duten orduko kostu merkeagoa. Gainera, ezberdintasunak daude lurraldeen artean plazako kostuan, jabetzaren publikotasun edo pribatutasunaren arabera. Horrekin batera, bada preskripzio-arazo bat ere, hain zuzen ere normalean familiek eta gizataldearekin lan egiten duten elkarteek eskatzen dutena baino txikiagoa baita arreta-orduen zenbatekoa edozein osasun-zerbitzutan.

Aurre egin behar zaion beste erronka bat da koordainketak ekartzen duen galera gaixotasun mentala duenarentzat, guztiz doakoa den ospitale psikiatriko bat utzi eta miniegotza batean sartzen denean, dagokion koordainketari aurre egin beharrean aurkitzen baita.

Zerbitzu soziosanitarioen koordainketa ezarriz gero kontuan hartu beharreko beste gorabehera bat da gaur egun koordainketa era ezberdinean finantzatzen dela gizarte-zerbitzuetan eta osasun-sisteman. Hori dela eta, maila makroan, edozein aldundiren gizarte-zerbitzuek egiten duten guztizko koordainketa txikiagoa da osasun-sistemak egiten duena baino. Izan ere, gizarte-zerbitzuek koordainketaren % 50 finantzatzen du, eta zerbitzuaren guztizko kostuaren % 50 finantzatzen du Osasun Sailak, erabiltzaileak ez baitu ezer finantzatzen; eta modurik egokiena zein den hausnartu beharko litzateke. Gainera, komunitate terapeutikoetan ematen den beste arazo bat da Osasun Sailak oso-osorik finantzatzen dituela, eta pertsona horietako askok ez dutela laguntzarik; beraz, balioetsi beharko litzateke kasu horietan erabiltzaileak koordainketa bere gain hartu behar ote duen ala ez.

Nolanahi ere, Fedeafesekoek uste dute erabiltzaileek ez dutela ordaindu behar beren gaixotasuna, desgaitasuna edo mendekotasunagatik aukeraberdintasuna lortu ahal izateko jaso behar izaten duten laguntza.

Adin txikikoen gizataldearekin lan egitea prebentziotik abiatuz

Gizatalde horretan osasun mentalarekin zerikusia duten egoerak onbideratu ahal izateko nahitaezkoztat jotzen da osasunaren sustapenean lan egitea prebentziotik abiatuz. Horrek lagunduko luke esku-hartzeko prozesua bizkorragoa izan dadin.

Illo horretan bertan, garrantzizkoak izango dira osasun mentala sustatzeko politika zehatzak hainbat alorretan, esate baterako, erresilientzian, heziera onean, estresa murriztean... horretarako kontziliazio-politikak, erditze aurreko ikastaroak, arriskupeko haurdunaldien detekzioa, arreta goiztiarra eta, azken buruan, familien inplikazioa baliatuz. Horrek guztiak lagunduko du samurtzen gaur egungo egoera sozial estresagarriak, teknologien aurrerapenak eta haien ondorioak, herritar bezala sortzen diren espektatiba altuak eta errealitate sozial berrien aurreko erantzun argien gabezia.

Landa-eremuetan berriazko arreta hobetzea

Landa-eremuetako lana Arabako lurraldean aintzat hartu behar litzateke batik bat, Bizkaiko eskualde batzuetan, hala nola Enkarterrian, Urduñan edo Orozkon ere beharrezkoa bada ere. Era berean, Gipuzkoan ere badira bailara batzuk, esate baterako, Debagoiena edo Arrasate, arreta zehatza behar dutenak. Eskualde horietarako abian jarri behar lirateke laguntza-tratamenduko zerbitzu azkar batzuk, lurraldeen arteko malgutasun gehiagorekin, erabiltzaileek beren

bizigunetik hurbilen duten zentrora joan ahal izatea ahalbidetuz. Irispide horrek eskatzen du, halaber, garraibideak hobetzea, edo etxez etxeko garraioa, erabiltzaileak ez deserrotzeko. Azken helburu horretarako garrantzitsuak dira arreta-lantalde ibiltariak, lantalde espezializatuak lehen arretara hurbilduz.

Gaixotasun mentala dutenen zahartzearen arreta

Adinean aurrera joanda dauden eta gaixotasun mentala dutenak hirugarren adinekoentzako baliabideetatik kanpo geratu ohi dira puntuazio eskasa lortzen dutelako egoitza publikoetan sartu ahal izateko eta, aldiz, bizitegi-baliabideetan lehendanik aurkitzen diren pertsonak haietan jarraitzen dute ezin direlako kanporatu behin 65 urte bete dituztenean, Bizkaian gertatzen den moduan. Profesionalak *ad hoc* prestatuta ez egoteak zaildu egiten du gizatalde horren arreta; hala ere, Gipuzkoan, adibidez, bada psikogeriatriako baliabidea egoitzetan.

Egoera hori samurtzeko bi joera agertzen dira: batek, berariazko baliabideak (eguneko zentroak edo programa psikosozialak edo hezkuntzakoak) sortzearen aldeko hautua egiten du; besteak, haatik, hirugarren adinekoentzako baliabideak gaixotasun mentala dutenentzako egokitzearen alde egiten du, haietzako berariazko jardueren bidez.

Edonola ere, komunitate-ikuspegia aintzat hartuz, lagundu behar litzateke norbere etxean artatzea, zahartze aktiboaren aldeko korrontearen barnean txertatuz.

Gaixotasun mentala dutenen arretari buruz ikerketa eta berrikuntza lantzea

Gaixotasun mentalari buruzko berrikuntza eta ikerkuntza lantzea, haren eraginpean dauden pertsonen arreta hobetzeko, beharrianak planifikatzeko eta baliabide egokiak zehazteko, bai administrazio publikoetatik eta baita entitateetatik ere, ebidentziak oinarritzat hartuz.

Atal horren barnean jasotzen da hain zuzen ere gaixotasun mentala dutenek hartzen duten medikazioaren albo-ondorioak ikertzeak duen garrantzia, eta haren alternatiba izan daitezkeenak, esate baterako, laguntza psikologikoa. Lana edukitzea, kirola egitea, gizarte-laguntzako sare osasungarria edukitzea hautabide onuragarritzat jotzen badira ere, ezin da ahantzi kasurik larrienek medikazioa behar izaten dutela.

Beharrezkotzat jotzen da osasun mentaleko arazoak dituztenei buruzko ikerkuntzak eta berrikuntzak genero-ikuspegia edukitzea, arreta gizonetzkoen eta emakumeen beharrietara egokitu ahal izateko.

Nahitaezkotzat jotzen da teknologia berrietan prestatzea osasun mentaleko arazoak dituztenak artatzeko erabil daitezkeen tresnen alorrean berrikuntzak egiteko.

Elkar-laguntzako agentearen figura abian jartzea

Entitateek ordaindutako elkar-laguntzako agenteen lan-ildoak sustatzea, kideen laguntzaileen rola hartzen duten pertsonen gaitasuna bideratuz. Horrela, kontratazioaren eta berariazko prestakuntzaren bitartez haien figura ofizialdu ere egin daiteke. Ildo horretan, Gipuzkoan, Agifesen bitartez, proiektu pilotu bat lantzen ari dira, Bizkaian Argia Fundazioaren bidez bezala.

3. GAIXOTASUN MENTALA DUTENENTZAKO EAE-N DAGOEN BALIABIDE-ESKAINTZARI BURUZ

3.1. EGUNGO ESKAINTZAREN AZTERKETA

Oro har, administrazio publikoetan gizarte-zerbitzuetara bideratzen den aurrekontu-partida handitzen ari da pausoka, eta guztizkoaren ia % 50 izatera iristen ari da. Gaingiroki, gaixotasun mentala dutenengana bideratutako baliabide gehien duen lurraldea Gipuzkoa da. Hala eta guztiz ere, ez da orokorkerian erori behar, arreta jasotzen duten gizataldeen arabera baitoa hori. Horrela, adibidez, gaixotasun mentala duten adineko pertsonengana bideratutako Gizarte Zerbitzuetan Bizkaia izan daiteke eskaintza txikiena duena.

Gaixotasun mentala dutenentzako baliabideen eskaintzan dauden ezberdintasunei dagokienez, esan behar da Araban eta Gipuzkoan ez dagoela kaleko osasun-lantalderik, hau da, bestela Osakidetzaren sarera iritsiko ez liratekeen eta gaixotasun mentala dutenengana hurbiltzen diren profesional-lantalderik. Defizit garrantzitsua da hori. Horrekin batera, landa-eremuek arretamaila txikiagoa dutenez, gertatzen ari dena da gizarte-bazterkeriako jendemultzoak hiri handietan metatzen ari direla.

Oro har, zorro-dekretuan jaso dira zerbitzurik funtsezkoenak, baina ezin dira ahaztu oinarrikoak diren eta aintzat hartuta ez dauden beste batzuk, esate baterako, arreta psikologikoa ematea, edo aisialdia; eta ezinbestekoa da agerian jartzea eskaria eta haren balizko finantzabidea Osakidetzarekin hitzarmena eginez. Nolanahi ere, badira jasota dauden batzuk gaur egun abian ez daudenak. Hori da, hain zuzen, 2.3.1. Gaueko Zentroa, autonomia mugapenetik eratortzen diren beharrak artatzekoaren kasua.

Halaber, badira hainbat zerbitzu gaur egun beste zerbitzu batzuen barnean jasota daudenak, modalitate gisa; baina ager daitezke gauza berriak, legeak aurreikusten duen eran, bi urtez esperimentazio-aldian egon ondoren Zorro Dekretuan barne hartuta gera litezkeenak. Adibidez, bazterkeria egoeran daudenentzako *housingfirst* eredua zorroan barneratuta gera daiteke etorkizunean.

Horren harira, ezberdintasun-egoerak hautematen dira, ibilbide ezberdinak dituen norbait baliabide ezberdinetara heltzen baita. Esaterako, desgaitasun-

baliabide batera heltzen denak egonkortzeko joera izaten du, baina aldi baterako programen bidez heltzen da gizarteratzeko baliabide batera.

Jarraian, zerbitzu ezberdinak, bai udal-eskuduntzakoak direnak eta bai foru-aldundienak, aztertuko ditugu, azpimarratuz udal-eskuduntzakoek lanean jarraitu behar dutela hurbiltasunez, irisgarritasunez eta bizkortasunez, eta foru-aldundienak gardentasunez eta malgutasunez aritu behar dutela lehenik eta behin. Nolanahi ere, Zorro Dekretua hiru lurraldeetan homogeneizatzeko beharra aldarrikatzen da.

Udal-eskuduntzako zerbitzuak

Gizarte- eta hezkuntza-arloan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzua (1.3.)

Zerbitzua ez da berariaz gaixotasun mentala dutenei bideratua, eta horregatik gizarte-bazterkeriako arriskuan edo mendekotasun-arriskuan dagoena izateagatik jo dezakete pertsonak bertara. Udal mailako esku-hartze zerbitzu psikohezkuntzakoak eta psikosozialak funtsezkoak dira bazterkeria eta mendekotasunaren prebentziorako, eta gaixotasun mentala duten pertsona batzuen beharretara ere egokitu daitezke. Horregatik sustatu egin behar lirateke, pertsona horrek bere komunitate-esparruan jarraitzeko lagungarri izan daitezen.

Zaintzaileei laguntzeko zerbitzua (1.4.)

Zorro-dekretuak zaintzaileei laguntzeko zerbitzurako adin-mugapenik ezartzen ez badu ere, lurralde batzuetan, Araban, esate baterako, mendekotasuna duten 65 urte baino gehiagoko pertsonentzat mugatuta dago. Bide batez, ezin dute zerbitzu hori eskuratu gaixotasun mentala duten 65 urte baino gutxiagoko pertsonen gizarte-familia sareko kide diren zaintzaileek. Hala ere, Fedeafes elkarte-mugimenduko entitateetatik informazioa, orientabideak eta prestakuntza (Zorro Dekretuan zerbitzu horretarako aurreikusita dauden prestazioak) eskaintzen zaizkie gaixotasun mentala dutenak zaintzen dituzten pertsoneri.

Eguneko arreta-zerbitzuak (1.7.)

Eguneko arreta-zerbitzuak I. Mailako mendekotasun-egoeran edo -arriskuan dauden adinekoei begira edo gizarte-bazterkeriako egoeran daudenengana zuzentzen dira; beraz, gaixotasun mentala duten 65 urtez azpikoek gizarte-bazterkeriako egoeran dauden pertsona gisa lortu beharko lituzkete. Horrek mugatu egiten du horrelakoekin prebentzioa landu ahal izateko aukera, gizarte-bazterkeriako egoeran geratzera irits ez daitezen, batez ere landa-eremuetan; izan ere, adibidez, Arabako landa-eremuan gizarteratzeko gune bat dago, asteen

bi egunez (asteazken eta ostiraletan, 9etatik 13etara) soilik funtzionatzen duena, eta nabarmen eskasegia da gehienbat gaixotasun mentala dutenez osatutako gizatalde baten beharrianak asetzeko.

Tutoretzapeko bizitegi/etxebizitza-zerbitzuak bazterkeria-arriskuan daudenentzat (1.9.2.)

Gainerako zerbitzuekin gertatzen den moduan, ez daude gaixotasun mentala duten eta bizitegiarentzako alternatibaren beharra dutenengana bideratuta, eta horregatik gaixotasun mentala dutenek gizarte-bazterkerian egotearen bidez soilik lor dezakete horrelako baliabide bat. Gainera, horrelako baliabiderik ez dago Arabako zenbait landa-eremutan.

Adinekoentzako ostatu-zerbitzuak (1.9.3. eta 1.9.4.)

Une honetan badira bizitegi komunitarioak zenbait landa-eremutan gaueko zerbitzurik ez dutenak eta langile-ratio urriegia dutenak esleitzen zaizkien egitekoak burutzeko eta, aldi berean, baliabide horren erabiltzaileek dituzten premiak behar bezala artatzeko. Bestalde, intentsitate handiagoko beste zerbitzu batera bidaltzeak oso prozedura burokratiko luzeak sorrarazten ditu, eta horregatik, batzuetan, erabiltzaileak bizitegi alternatiboa aurkitu behar izaten du sare pribatuan, baldin eta bere egoera ekonomikoak horretarako aukera ematen badio. Bestela, baliabideko profesionalak eta kasuan kasuko Oinarrizko Gizarte Zerbitzuak aurre egin behar izaten diote baliabideak aurre egin diezaiokeen mendekotasun-maila baino handiagoa duen pertsona batek sorrarazten duen «zamari».

[Foru-aldundien eskumeneko zerbitzuak](#)

Mendekotasuna, desgaitasuna, bazterkeria eta babesgabetasuna balioesteko eta diagnostikatzeko zerbitzua (2.1.)

Mendekotasunaren balioespenak askotan ez die lagundu gaixotasun mentala duten pertsoneri, haiek lortu ezin dituzten eskubideak sorrarazten baititu, I. mailako mendekotasunean edo autonomotzat balioetsita daudenean. Horren zergatia da balioespena gehienbat mendekotasun fisikoari begira egin ohi dela, eta gaixotasun mentala dutenen balioespenerako beharrezko itemak ez dituela aintzat hartzen. Mendekotasun-balioespenaren gogortasuna oso kezu orokorra da gizatalde guztietan, hain zuzen ere asko eta asko direlako kanporatuta geratzen direnak. Nolanahi ere, behar-beharrezkoa da mendekotasun-balioespena gaixotasun mentala dutenek agertu ohi dituzten egoeretara egokitzea.

Halaber, desgaitasun-balioespenerako osasun mentalaren diagnosi-txosten bat behar izaten da, baina askotan pertsona horiek uko egiten diote osasun mentaleko zentrorra joateari eta horrek ezindu egiten die eskubidez legozkiekeen baliabideak eta prestazioak lortu ahal izatea. Edonola ere, garrantzitsua da baremazio horiek gaixotasun mentala ardatz duen ikuspegi batekin egitea, berariaz tresnen egokitzapenera bideratutako baliabideekin, eta profesional espezializatuen bitartez.

Azpimarratu behar da, bestalde, egonkortzat diagnostikatuta dauden eta aldaketa funtsezkorik aurreikusten ez zaien gaixotasun mentaleko kasuetan beharrezkoa izango litzatekeela desgaitasunaren berrikuspen jarraitua ez egitea.

Gaixotasun mental kronikoa duten pertsonentzako eguneko zerbitzua edo zentroa (2.2.1.)

Eguneko zerbitzu edo zentroi dagokienez, funtzionamendu-eredua aldatu egin behar dela irizten da. Gaur egun, gaixotasun mentala dutenentzako eguneko zentroak adinekoentzako zentroaren oso antzeko eredua du. Zorro-dekretuak, berez, «eguneko zerbitzua edo zentroa» aipatzen du eta, ildo horretan, pertsona bat joan daiteke zentrorra prestazio jakin batzuk (otordua, jarduketak egitea, etab.) jasotzera, baina ez du izan behar pertsonak egun osoa emateko zerbitzu bat. Horrek eskatzen du ereduak malguagoak eta dinamikoagoak izan daitezela, kopuruz nahikoak eta pertsonak ardatz dituen esku-hartzeko ereduaren ezagutza duten langileekin.

Bestalde, gaixotasun mentala eta desgaitasun fisiko handia duten 65 urtez azpiko pertsonentzako plazen beharra nabaritzen da eguneko zentroetan. Horrekin batera, ikusten dugu sare pribatuan gaur egun baliabideak ez daudela gizatalde hori artatzeko prestatuta, eta horregatik, pertsonak zerbitzuari lotutako prestazio ekonomikoa (ZLPE) jasotzeko eskubidea balu ere, baliabideak ez lituzke behar bezala aseko pertsonaren beharrianak.

Landa-eremuetan eguneko zentroetara joan ahal izatea ezinezkoa egiten da, baliabideak erabili ahal izateko garraibiderik ez dagoelako eta horrek sorrarazten duen kostua handiegia delako pertsona horien ekonomiarako. Hala eta guztiz ere, Zorro Dekretuak garraioa gizarte-zerbitzuen prestaziotzat jotzen du, zentrorra garraio publikoan joan ahal izateko zailtasunak dauden kasuetan.

Bestalde, osasun mentaleko saretik ahaleginak egiten ari dira Osasun Zentro bakoitzak jakin dezan zein eguneko zentroan dauzkan bertan artatzen dituzten pertsonak, taldeko esku-hartze mistoak egin ahal izateko.

Arabari buruz esan behar Aiaraldean ez dagoela horrelako baliabiderik eta beharrezkotzat jotzen dela.

Zerbitzu edo zentro okupazionala (2.2.2.)

Zentro okupazionalak hautu egokia dira laneratze-bidean murgiltzeko, baldin eta zentro okupazional horrek pertsonen gaitasunak eta nahiak oinarritzat hartzen

dituen joan eta etorriko ibilbidea badu. Horrek esan nahi du bertaratzen denak ez duela denbora guztian zentro okupazionalan egon behar, baizik aldi batzuetan pertsona horrek enplegu babestua edo enplegu arrunta laguntzekin izango duela, eta beste une batzuetan ezingo duela zentro okupazionalan egon eta eguneko zentro batean egongo dela. Eta ibilbideak osatzeko asmoa badugu, ibilbideak aurrerapausoak eta atzerapausoak edukiko ditu eta, beraz, oso malgua izan beharko du.

Halaber barne hartzen du garraio egokituaren prestazioa behar dela zentrorra garraio publikoan joateko zailtasunak daudenean, horrek ahalbidetuko bailuke zerbitzu hori landa-eremuetako pertsonengana hurbiltzea.

Atal soziorabial horren baitan, lan-eskaintza publikoan plazak erreserbatu egin beharko lirakeke eta gai-zerrenda egokitu. Era berean, prestakuntza egokitzeko eskakizuna ere hor dago, zehazki, profesionaltasun-ziurtagiriena. Horrekin batera, profesionalentzat eta lanpostu horietan lankide izango dituztenentzat prestakuntza landu beharko litzateke.

Halaber, garrantzizkoa da gaixotasun mentalekin arazoak dituzten pertsonen talentuak eta gaitasunak deskubritzeko guneak sortzeko ildoan lan egitea, lan-esparruarekin lotu ahal izateko.

Eskaintza urriegia da hiru lurraldeetan.

Gaixotasun mentala duten pertsonentzako egoitza-zentroa (2.4.3.)

Egoitza-zerbitzu edo -zentroei dagokienez, eskaintza publikoa urriegia da, 50 urte baino gehiagoko adina duten pertsoneri erantzuten diena, nagusiki, eta zerbitzuak ez daude prestatuta gaixotasun mentala duten pertsonen adinean aurrera egin ahal pairatzen duten gainbeherari aurre egiteko.

Testuinguru horretatik abiatuz, gaur egun eztabaidagai da zein den gizatalde horrentzat egoitza-arretako eredurik egokiena. Ildo horretan, gogoeta egin behar da ea egokia ote den gaixotasun mentala duen pertsona adinekoen egoitza batera joatea hartarako adinik ez duenean, edo aproposagoa ote den adinekoen egoitzaren batzuk eraberritzea gaixotasun mentala duten pertsonentzat, hain zuzen ere une honetan adinekoen egoitzetan narriadura fisiko nabarmena duten pertsona asko baitaude eta ez dirudi oso egokia denik horrelako egoitzetan egotea gaixotasun mentala duten pertsonak. Berez, gaur egun, gaixotasun mentalaz gain narriadura fisiko nabaria duenean bakarrik eramaten dira pertsona horiek adinekoentzako egoitza-zentro batera. Halakorik ez denean, lehendik artatzen zuen baliabidean mantentzen da pertsona, 65 urte baino gehiago izan arren.

Beste ohiko arazo bat da gaixotasun mentala dutenentzako zerbitzu batzuk ez dutela autonomia-maila baxuko pertsonak artatzeko gaitutako langile nahikorik; beraz, esan daiteke beharrezkoa dela egoitza-plazak sortzea gaixotasun mentala eta narriadura fisiko nabarmena duten 65 urtez azpiko pertsonentzat.

Arnasaldi-zerbitzua (2.5.)

Osasun mentalean ere egon behar luke, desgaitasuna duten pertsonen kasuan dagoen bezala, batzuetan arnasaldi-zerbitzu modura erabili behar izaten baitituzte aldi baterako azpiakutuen unitatean daudenen plazak.

Zenbait lurraldetan, Araban, esate baterako, zerbitzu hori lortzen da egoitza-baliabide pribatuen bidez zerbitzuari lotutako prestazio ekonomikoarekin (ZLPE), urtean 45 gauerako gehienera ere. Hala ere, Arabako Gizarte Zerbitzuetako Ikuskaritza Zerbitzu eta Erregistroak emandako ZLPERako ziurtagiria duten baliabide bakarrak adineko pertsonentzako egoitzak eta komunitate-bizitokiak dira. Gipuzkoan, arnasaldi-plaza bakarra dago, eta ez da nahikoa.

Ebazten da erabiltzaileek ez dituztela ezagutzen arnasaldi-zerbitzuetako plazak. Egoera hori samurtzeko, entitateetatik bertatik helarazi behar litzateke informazioa. Aldi berean, Federaziotik lan egin behar litzateke horrelako plaza gehiago eskatuz, eta gainbegiratu lehendanik badirenak horretarako erabiltzen direla, eta ez egoitza-plaza moduan.

Bizimodu independentea laguntzeko zerbitzua (2.7.2.1.)

Zerbitzu hori garrantzikoa da pertsonak beren komunitate-ingurunean mantentzeko, eta bizimodu independenterako lagungarria da. Zorro-dekretuan aintzat hartzen da bizimodu independentea babesteko zerbitzua gaixotasun mentala duten pertsonentzat eta, adibidez, Asasamek lantzen du Araban; baina kartsuago sustatu behar litzateke bere horretan onartuta egon dadin zorro-dekretuan. Halaber, zerbitzu horren alde Gipuzkoan egiten den hautua azpimarratu behar da.

Tutoretza-zerbitzua (2.7.2.3.)

Tutoretzak kudeatzeko zerbitzua hobetu daiteke. Tutoretza gehiegi daudela hauteman da eta haiek lotura zuzena dutela zenbait baliabide lortzearekin. Argitu behar da pertsona batek ezintasuna eduki dezakeela zenbait jarduketa egiteko baina ez beste batzuetarako; beraz, tutoretza bat eskatu baino lehen esku-hartzeko plan bat landu behar da, hain zuzen ere norbaitek ez badu zerbitzu edo baliabide jakin batera joan nahi, ezin baitzaio behartu.

Beste gai garrantzitsu bat da jarduteko gaitasuna aldatzeko prozeduretarako arauak berrikusi beharra, eta proposatu behar dira pertsonaren autonomia, borondatea eta lehenespenean errespetatuko dituen erabakiak hartzeko laguntza ahalbidetzen dutenak, eta argi eduki norbaiti jarduteko gaitasuna ezbaian jartzen zaionean nahitaezkoa dela jakitea zer lortu nahi den eta noraino.

Tutoretza-zerbitzuen esparruan beste jarduera-ildo bat izango litzateke pertsona babestuei laguntzea ahalbidetzen duten formula berritzaileen aldeko hautua egitea, Hitzarmenaren printzipioekin bat etorriz, ezgaitasun judizialaren beharrik gabe, adibidez, ondare juridiko babestuak kudeatuz edo antzeko formula juridikoak erabiliz.

LPPE-Laguntza Pertsonalerako Prestazio Ekonomikoa (3.1.1.)

Landa-eremu batzuetan zailtasun handiak daude prestazio hori lortzeko, eskatzen diren prestakuntza-baldintzak betetzen dituen profesionalik ez dagoelako.

3.2.- BALIABIDE-ESKAINZAREN KUDEAKETA

EAEEn dagoen eskaintzari dagokionez, defizit batzuk eta indartu beharreko hainbat osagai kausitu dira zenbait alorretan, esaterako, sartzeko prozedura eta baldintzetan, itxarote-zerrenden kudeaketan, baliabideetan plazak gordetzean, irisgarritasunean eta malgutasunean.

Sartzeko eskakizunak

Erabiltzen diren sartzeko eskakizunei dagokienez, berdintsuak dira hiru lurraldeetan:

- ✓ Osakidetzaren sareko osasun mentaleko zentro batean artatu beharra duten pertsonak¹.
- ✓ Gaixotasun mental larriaren diagnostia izatea
- ✓ Mendekotasuna izatea
- ✓ Diagnosti soziala duten pertsonak

Hautemandako defizitetako bat da gehiegizko prozedurena, kasua larregi zatikatzetik eratortzen dena (emakumea / babesa / desgaitasuna / haurtzaroa,...); horren ondorioa da batzuetan zenbait profil aintzat hartu gabe geratzen direla. Ildo horretan, interesgarria da Gipuzkoako funtzionamendudinamika, Batzorde Soziosanitarioa baitago, honako kide hauekin: Osakidetza, osasun mentaleko sareko langile soziala, Gipuzkoako Foru Aldundia, udalak eta Osasun-ordezkaritza. Batzorde horretan balioesten dira iristen zaizkien eskabideak, eta kasu bakoitza eztabaidatzen da, eskakizunak betetzeaz gain sareak haren beharrei aurre egin ote diezaiekeen. Ia kasu guztiei ematen zaie erantzuna, eta salbuespenezko kasu bakan batzuk soilik geratzen dira kanpoan². Bizkaian, ordea, hileroko bilerak egiten dira osasun mentaleko

¹Eskatzen diren baldintzei dagokienez, egokitzen jotzen da Osakidetza bezalako entitate publiko batek landutako diagnostikoa eskatzea.

² Nortasunaren nahasmendua duten pertsonak, oso jokamolde oldarkorrak dituztenak, lehendanik baliabideren batean barne hartu eta behar bezala funtzionatu ez dutenak, edo oso

sarearen, foru-aldundiaren desgaitasun-alorraren eta zerbitzuak kudeatzen dituzten gizarte-entitateen artean, eta kasuak behatzen dira. Funtsezkoa da koordinazio-mahai bat edukitzea kasuak balioesteko eta, batez ere, baliabideak esleitzeko; funtsezkoa da beti egin beharko direlako salbuespenak zenbait kasu lehenesteko, pertsonak, normalean, ez dutelako tasun bakarra edukitzen (bazterkeria, gaixotasun mentala, kontsumoak,...). Hortik aurrera, geratuko litzateke Araban Batzorde Soziosanitarioa berrabiarazteak duen garrantzia, urteak baitaramatza funtzionatu gabe. Beste gai interesgarri bat da zerbitzuak kudeatzen dituzten gizarte-entitateek batzorde horietan esku hartzea, jada Bizkaian egiten den moduan.

Bestalde, zorro-dekretuak, psikohezkuntzako arreta eta Zentro Okupazionalak ez bada, gutxienez I. mailako mendekotasuna izatea eskatzen die. Pertsona autonomoak artatzea ere garrantzizkoa da, baina baliabide gehiago bideratu beharko lirateke hartarako eta, gainera, udal-zerbitzuak indartu egin beharko lirateke.

Sartzeko prozedura

Sartzeko prozedura ezberdina da lurralde bakoitzean. Gipuzkoan, Osasun Zentroak berak edo, programa batzuetan, Oinarrizko Gizarte Zerbitzuetako langile sozialek egiten dute deribazioa; aldiz, Arabako Foru Aldundiaren kasuan zerbitzu edo gizarte-baliabidearen preskripzioa aldunditik bertatik egiten da, osasun mentaleko sareak egindako diagnosi soziala oinarritzat hartuz. Bizkaian, ordea, hileroko bilerak egiten dira osasun mentaleko sarearen, foru-aldundiaren desgaitasun-alorraren eta zerbitzuak kudeatzen dituzten gizarte-entitateen artean, eta kasuak lantzen dira. Hala eta guztiz ere, helburua da aldundia bera izatea sarrerako atea, osasun mentaleko sarearekin koordinazio estuan, eta koordinazio-mahaia erabiliz berezitasunak dituzten kasuetarako.

Bestalde, administrazioek sarrera-prozedurak hobetu egin behar dituzte, dokumentazioa sinpletuz eta erantzuteko denbora laburtuz.

Interesgarria litzateke norbait Sistemara heltzen denean kasuaren kudeatzailearen figuraren aldeko hautua egitea.

Plazak gordetzea

Plazak gordetzeari dagokionez, esan behar da ohikoa dela aldi batean plazak gordetzea. Horrela, esate baterako, Araban 6 hilabetez mantentzen da plaza norbaitek ospitaleratze psikiatrikoa egin behar izaten badu edo bizimodu autonomorako baliabide batera joaten bada, egoitza-zentrora itzuli nahi izango balu plaza ez galtzeko. Gipuzkoan, plaza gordetzeak, normalean, 3 hilabeteko epea edukitzen du, eta erabiltzaileak plazaren kostuaren ehuneko txiki bat

kontsumo aktiboak dituztenak, aurretiaz desintoxikazio-prozesua edo ospitaleratzea behar dutenak.

ordaindu behar izaten du. Alde horretatik, uste dugu pertsonak ez dutela ordaindu behar plaza gordetzeagatik, batez ere osasun-zioengatik gertatzen bada (ospitaleratzeak). Normalean, egonaldi luzeak direnean, pertsona ospitalean dagoen aldian, plaza hutsa baliabidean aprobetxatu egiten da arnasaldietarako.

Itxarote-zerrenda

Itxarote-zerrendaren kudeaketa ia egonkor badago ere zerbitzu guztietan, ikusi da itxaronaldi luze samarra dagoela egoitza-plazak lortu ahal izateko eta eguneko zentroetara joan ahal izateko gaixotasun mentala dutenentzat, bai gazteen kasuan eta baita helduen kasuan ere. Berez, gaur egun, lurralde historiko batzuetan bizileku pribatuak erabiliz erantzuten ari zaizkio bizitegi-premiari; baina horrelako zerbitzuek ez daukate profesional egokiak eta ez da gainerako baliabide publikoetako erabiltzaileei eskaintzen zaien Arreta Integraleko Plana lantzen halakoetan.

Bestalde, alde positiboetako bat da normalean zerrendak dinamikoak izaten direla eta ez kronologikoak, eta pertsonaren egoera lehenesten da ondorengo aldagai hauek aintzat hartuz:

- Mendekotasun-maila
- Gizarte-beharrizanak
- Ospitaleratzetik alta hartuta bizitegirik gabe egotea
- Bidali behar den egoitza-unitatearekiko bateragarritasuna

Esan behar da Araba dela bizitoki pribatuak erabiliz bizitegi beharrari erantzuten ari zaion lurralde bakarra.

Beste gorabehera garrantzitsu bat da itxarote-zerrenden gardentasuna, jendaurrekoak eta gizarte-entitateen ezagutzakoak izan behar baitute.

Irisgarritasuna

Oro har baliabideen irisgarritasun geografikoa egokia da. Hala ere, Araban zerbitzuak sustatu behar lirateke Arabako Errioxan eta Arabako Lautadan, garraio-zerbitzuarekin, hainbat udalerritan bizi direnek erabili ahal ditzaten; eta Gipuzkoan, Beasain aldean.

Baliabideen irisgarritasun fisikoari dagokionez, ikusitako arazoetako bat da gaixotasun mentala duten batzuen komorbilitate handia, eta zentro batzuetan dauden oztopo fisikoak.

Zerbitzuen irisgarritasun ekonomikoari dagokionez, koordainketak kezka sorrarazten du Familia Inguruneko Zaintzetarako zein profesionalak ez diren zaintzaileei laguntzeko Prestazio Ekonomikoa (FIZPE) (3.2.1.) gutxitu egiten duelako, beste gizarte-zerbitzu bat edo gehiago aldi berean erabiltzean. Horrekin batera, gizarteratze-alorraren mendekoak diren zerbitzuek ez dute

koordainketarik; gaixotasun mentala dutenentzako gizarte-zerbitzuek, ordea, bai. Gainera, gizarte-zerbitzuen sarean jarraitzen badute Diru Sarrerak Bermatzeko Errenta (DSBE) jaso dezakete, eta eskakizun-mailak altuagoak dira gizarteratzearen mendeko baliabideen aldean.

Horren guztiaren ondorioz baliteke gaixotasun mentala dutenak zenbait zerbitzutara ez joatea, batez ere pertsona gazteak direnean. Horri dagokionez, funtsezkoa da kasu bakoitzaren orientazio eta deribazio egokia egitea, aldeztatik aurretik lanketa bat eginez pertsonarekin eta haren familiarekin sareko edozein baliabidetara jo baino lehen.

Osasun mentaleko baliabideen erabilera mugatzen duen beste faktore bat da aurretiazko ibilbidea, batzuetan jazotzen baita pertsonak gaixotasun mentala izan arren kokapen egokiagoa duela gizarteratzeko baliabide batean.

Esan behar da, halaber, baliabideen hurbiltasuna garrantzizkoa dela gaixotasun mentala dutenak haietara joan daitezen, eta baliabideak ez zentralizatzea dakarrela horrek.

Malgutasuna eta jarraitutasuna

Oro har, sarea malgua da eta joan-etorriak egitea zilegitzen du, baina malgutasun horrek desagertzeko joera izaten du plaza bat esleitu behar denean edo denboraldi baterako ospitaleratze psikiatrikoa duenari plaza gordetzerakoan. Hala eta guztiz ere, batzuetan ez da egikaritzen, gaixotasun mentala duena ezegonkortzeko beldurratik. Ez da ohikoa laguntza-intentsitate baxuagoko baliabide baterantz aldaketak proposatzea, balizko birgaixotzeak ekiditeko. Ildo horretan, nolabaiteko protekzionismoa hautematen da. Bada pertsonak gaixotasun mentaleko egoitza-unitate batean babestuago egoten direlako uste zabala. Garrantzitsua da, beraz, autonomiaren sustapenaren ikuspegi batetik lan egitea eta komunitate-etxebizitza batera joanez autonomian aurrerapausoak eman ditzaten lortzea. Funtsezkoa da familiari ulertaraztea pertsonak eskubidea duela bizimodu independente batera igaro ahal izateko. Gailuetatik bertatik aurretiaz egindako lana funtsezkoa da familiak eta pertsonak berak aldaketa arrakastatzat har dezaten, eta uler dezaten porrot egiten badu ere ez dela ezer gertatzen, helburua beti izan behar duelako pertsonak ahalik bizitza osoena izatea.

Bestalde, zenbait kasutan, portaera disfuntzionalak agertzen direnean, garrantzitsua da barne-protokoloak ezartzea irizpide teknikoan arabera aplikatzen dadin malgutasuna esku-hartze bakoitzean, horrela eskumenekotasuna saihesten baita. Era berean, funtsezkoa da pertsonen eskubide subjektiboak zentroetako araudiarekin bateratzea, proportziorik gabeko neurriei uko eginez eta zehapen-neurrien ordezkotzat aukerak eskainiz. Halaber, ez dira kasuen ikuspegi subjektiboak tartekatu behar, estigmatizazioa dakarrelako horrek, eta irudimentsua izan behar da hartzen diren neurrietan.

3.3.- LURRALDEEN ARTEKO EZBERDINTASUNAK

Lurraldeen arteko desorekak

Lurralde bakoitzak bere historia du eta, beraz, ahalegin handiak egiten dira osasun mentaleko hiru sareek gutxieneko arreta komun batzuk eskain ditzaten. Gipuzkoan, osasun-arreta ia bere osotasunean itunpekoa da eta horregatik, koropilatsu samarragoa da, printzipioz, zenbait gai aldatzea. Bizkaiak, ordea, bere psikiatria-arretako eredia eraberritu egin du baliabideak publikoak zirelako. Aipatu behar ditugu Urduñako eta Orozkoko GMDPEk dituzten arretazailtasunak, Arabaren ondo-ondoko udalerrriak izanik, lurraldez hurbil egon arren, ezin dituztelako erabili jabetza publikoko hainbat baliabide, adibidez, bizitegi-programa edo Asasamen Zentro Okupazionala. Araban, egiteko handiena Gasteizen dago eta horrek asko baldintzatzen du zerbitzuen egituraketa. Halaber, kontuan izan behar da osasun mentalaren arreta ez dela lurralde historikoaren esparruan soilik egiten, eta mugakide diren eskualdeetako udalerriekiko koordinazioa ere beharrezkoa dela.

lido horretan, garrantzizkoa da osasun-sistematik argitzea nolako arreta eskainiko den eta zein diren artatuko diren profilak, eta gizarte-zerbitzuen partetik sistemaren beraren ahalmenari buruzko azterketa bat egitea. Eta elkarlanean egin behar da, gainera. Horrekin batera, epe luzerako baliabide soziosanitarioen mapa bat irudikatu behar da, eta agertzen ari diren profilen arabera eraiki ere, abian jartzeko konpromisoa hartuz eta erreaktiboki eraikitzeari uko eginez.

Maila ezberdinetako beste esparru batzuekin arretaren transbertsalitatea hobetzea

Hasteko, lehen eta bigarren mailako arreta-sareen arteko koordinazioa hobetu behar da, gaixotasun mentala duen pertsona bere etxean dagoenean.

Beste defizit aipagarrietako bat da osasun mentaleko profesionalekin egin beharreko koordinazioa. Koordinazioa, egon, badagoen arren, batez ere sareko langile sozialekin, lan asko geratzen da esparru soziosanitarioan aurrera egiteko. Hori dela eta, desadostasunak hauteman dira osasun mentaleko sareak darabiltzan irizpideen arabera pertsonen ospitaleratze psikiatrikoa justifikatzeko moduko ezegonkortasun-jazoerak dituztenean, batez ere nahi gabeko ospitaleratzeei dagokienez. Haatik, gizarte-zerbitzuen sareak ebatzen du egoera horretan ez dela pertsona artatzeko gai, eta aldi berean gerta litekeenaren erantzulea dela; eta funtsezko arazoa da hori. Esate baterako, adikzioen tratamenduari eta nortasunaren nahasmenduei buruz ari gara. Horrelako kasuetarako zenbait mekanismo egon beharko liriateke osasun

mentaleko saretik gizarte-zerbitzuei laguntzeko edo zenbait egoeratan esku-hartzeko (etxez etxeko arreta, koordinazioa eta laguntza).

Sistema judizialarekiko koordinazioak behar adinako erraztasunik ez duen arren, aurrerapauso garrantzitsua eman da kuradoretza partzialak hobetsi direnetik erabatekoen ordez; eta ildo horretako lanari eutsi egin behar zaio. Hala ere, komenigarria izango litzateke pertsonari laguntzea ahalbidetuko duten beste formula batzuk bilatzea, ezgaitasun judizialeko deklaraziora jo behar gabe.

Gaixotasun mentala duten pertsonen gaietan auzitegiak sentsibilizatzearen garrantzia planteatzen da, nahi gabeko ospitaleratzeak direnean, espetxe-zehapenen esparruan eta genero-indarkeriako auzitegiekin zerikusia dutenetan, gaixotasun mentalarekin arazoak dituzten emakumeak behar bezala artatzeko.

Lanbiderekin ez da koordinazio-arazorik izaten, kasuak banan-banan hartuz lan egiten bada ere eta ez lankidetzadynamika orokor batean.

Hezkuntzarekin aurrerapausoak ematen ari dira; bide batez, Gipuzkoan, soziohezkuntzako ezaugarriak izango dituen eguneko zentro bat lantzen ari dira, oraindik abian jarri ez bada ere.

Gobernamendu soziosanitarioa

2017-2020 estrategiak ³ aurreikusten zuen eran, gobernamendu soziosanitarioan aurrerapausoak ematen ari dira zorro soziosanitarioa sortzeko. Ildo horretan, eratu dira Arreta Soziosanitarioko Euskal Batzordea, lurraldeetako batzordeak, erkidego mailako koordinatzaileak, kasuetako erreferenteak... Gaur egun gizarte-zerbitzuetako zorro-dekretuan dauden baina etorkizunean zorro soziosanitarioaren dekretuan barneratuta gera daitezkeen eta, bide batez, Osasun Sailak finantzatzeko lituzkeen zerbitzuak hauek lirateke:

- Autonomia pertsonalaren mugapenatarako eguneko zentroa
- Zentro okupazionala
- Gaixotasun mentala dutenentzako berariazko egoitza-zentroak
- Arnasaldi-zerbitzuak
- Bizimodu independentea egiten laguntzeko zerbitzua

Halaber, zentro psikogeriatrikorik ez dagoen arren, egoitza-dekretuaren aldaketan sartuta daude unitate psikogeriatrikoak, egoitzen barnean.

Osasun-zerbitzuetan barne hartuko lirateke:

- Haur-gazteen eta helduen osasun mentaleko zentroak
- Egonaldi laburreko ospitaleratze-unitateak

³Euskadiko arreta soziosanitarioaren Lehentasun Estrategikoak 2017-2020.

- Eguneko ospitaleak
- Azpiakutuentzako egonaldi ertaineko unitateak.

Zerbitzuen finantziazioa

Finantziazio-eredu ezberdinak daude lurralde historiko bakoitzean. Hartara, Araban zerbitzuaren kostuaren arabera egiten da, haren guztizko zenbatekoa finantzatuz, plaza okupatuta badago nahiz ez badago. Haatik, zerbitzua egiten duen entitateari exijitzen zaio faktura guztiak justifika ditzala.

Beste lurralde batzuetan, ordea, plazako prezioa oinarritzat hartuz finantzatzen da, eta horren ondorioz plaza okupatuta dagoenean zenbateko jakin bat ordaintzen da, eta okupatuta ez dagoenean plazaren prezioaren ehuneko jakin bat ordaintzen da. Zentro batetik bestera plazen mugimendua bermatzeko garrantzitsua da hutsik geratzen diren plazak azkar okupatzea.

Zerbitzu soziosanitarioen finantzaketa orokorrari dagokionez, baliabide ekonomiko gehiago eskatzen dituzte bai osasun-sistemak baita gizarte-zerbitzuek ere. Arreta goiztiarrean asko aurreratu da ildo horretan, baina gainerako baliabideen finantzaketa hobetzen jarraitu beharra dago.

4.- ESKU-HARTZEKO EREDUARI DAGOKIONEZ

Gizataldearen arretan arrakasta lortzeko giltzarriak lotuta daude komunitate-ikuspegia txertatzearekin eta pertsonen gaitasunak berreskuratzearekin. Ildo horretan, hauek dira egitekoak:

Pertsonak ardatz dituen arreta-eredurantz aurrerapausoak ematea

Komunitate-ikuspegiak lehentasuna du. Helburu horrekin, ekimen berriak lantzen ari dira (komunitate-baratzak / osasun-zentroan zine-foruma,...) eta «*hau gurea da*» sinetsita aritzeko kultura sortzen ari da, norbanako bakoitzaren nortasuna errespetatuz betiere. Hala eta guztiz ere, oraindik lan-eskema mentalak aldatu eta, giltzarritzat, hurbiltasuna eta malgutasuna sendotu beharra dago. Pertsonak ardatz izango dituen arreta-eredu batean aurrera egin nahi bada eta, egiazki, gizarte-entitateek eta administrazioek burujabetasunean sinesten badute, lan egiteko era aldatu egin behar da esku-hartzeari ekiten zaion lehen unetik. Etorkizuneko erronka handiena paradigma aldatzea da eta pertsonak ardatz izango dituen eredua garatzea, arretaren maila guztietan haren presentzia areagotuz.

Zorro-dekretuak berak, prestazioei buruz hitz egiten duenean, zilegitzen du norbanakoari begira lan egitea, pertsonen premien araberrako aukera eginez. Administrazio publikoek pertsonarekin adostu egin behar dute haren arreta-plan indibidualizatua (API), eta alde bien artean erabaki behar dute nolako arazoak

dituen pertsonak eta nondik ekin behar dion; eta, aldi berean, zerbitzuak ematen dituzten hirugarren sektoreko entitateekin gogoeta egiteko pertsona horien beren helburuak lortzen laguntzeko moduari buruz, eta hiru alderdien arteko konpromisoa lortzen saiatuz. Aurrerapauso handiena da autonomiaren berreskurapena eta sustapena proiektu indibidualtzat hartzea, bizi-kalitatearen ikuspegi batetik. Adostutako plan-eredu bat eta kasuaren kudeatzailearen figura edukitzeak bizkorrago lortzen lagunduko luke.

Autonomia berreskuratu eta sustatzeko lana indartzea

Garrantzitsua da gaitasunen berreskurapena lantzea. Kontuan izan behar da gizarte-zerbitzuen sareak ez duela asistentziala izan behar, ezta paternalista ere, baizik eta berreskuratzailea, eta horretarako funtsezkoa da koordinazioa. Hortik abiatuta bizitza-planak lantzeko eredurantz joan behar da pertsonen nahiak eta gaitasunak aintzat hartuz, eta ez haien ahultasunak. Horrek eskatzen du jarduera psikosoziala lantzea, egin ezin dutenari begira ez egoteko soilik, egiteko gai direna ere aintzat hartzeko. Hau da, berreskurapenaren ikuspegitik, komunitate-jarduketaren bati ekin diezaiola baliabide normalizatu batean. Horrek, seguruenera, eskatuko du profesionalen ratioak areagotzea eta zerbitzuak ez bereiztea pertsonen gaitasunen arabera, betiere abiapuntutzat hartu behar baita hobekuntza-aukera bat badagoela; hobetzeko ahalegina egiten ez bada nekez egingo baita aurrera.

5.- ADMINISTRAZIO ETA GIZARTE-ERAKUNDEEKIKO KOORDINAZIOARI BURUZ

5.1.- ADMINISTRAZIO PUBLIKO EKIKO KOORDINAZIOA

Antolakunde sozialek eraiki dituzte, administrazioekin lankidetzan, gaur egun diharduten erantzukizun sozialeko zerbitzuetako asko eta asko. Lankidetzan hori kudeaketa-eredu mistoen bidez, lankidetzan-hitzarmenen bitartez gauzatu da, non alde biek elkarrekin eraikitzen baitute zerbitzua. Koordinazioari dagokionez egin beharreko hobekuntzen artean agertzen da lankidetzan soziosanitarioko protokoloak landu beharra, arautzeko nola koordinatu behar diren, zer informazio partekatu behar den eta langile guztiei berariazko prestakuntza partekatua emateko.

Kasuko erreferenteak izango diren langile profesionalak edukitzeak erraztu egiten du parte hartzen duen pertsonaren, haren familiaren eta harekin lan egiten duten baliabideetako profesionalen arteko koordinazioa jarraibide soziala bermatzeko. Gainera, nahitaezkoa izango litzateke elkarrekiko arreta-planak lantzea, eta haien inguruan ahalegina egitea, kasuan esku hartzen duten langileen artean parteka daitezen.

5.2.- GIZARTE-ERAKUNDEEKIKO KOORDINAZIOA

Gizarte-erakundeek aurrerapauso ikusgarriak eman dituzte gaixotasun mentala dutenen gizataldearekin lanean ari diren gainerako entitateekin koordinatzerakoan, antolakunde horiek duten lan egiteko era administrazioarena baino askoz bizkorragoa delako, eta beren ikuspegiarekin eta erabiltzaileekiko eguneroko harremanarekin osatu egiten direlako. Hala eta guztiz ere, aurrera egin behar da ondorengo alor hauetan:

Gizarte-erakundeetako profesionalen prestakuntza sakontzea

Gaixotasun mentala artatzeko ezagutza eduki behar da eta bizi-kalitatearen eta autonomiaren sustapenaren ikuspegitik lan egiteko gaitasuna edukiko duten profesionalak behar dira, arreta ezegoki batek arrisku garrantzitsuak sorraraz baititzake artatzen diren pertsonengan. Gizarte-entitateek beren lantaldeen prestakuntza sakondu egin behar dute gizataldearen arreta hobetzen jarraitzeko. Ildo horretan, Fedefeseko entitateak aspalditik ari dira lanean bizi-kalitatearen ereduaren arabera, eta prestatu egin dira eta prestatzen jarraitzen dute; halaber, bi ikerlan egin dituzte bizi-kalitatearen ikuspegiari buruz, haren hobekuntzak sakondu ahal izateko.

Beste gizatalde batzuekin lan egiten duten antolakunde sozialekin lankidetzari gehiago egin, modu transbertsalean

Gaixotasun mentala dutenekin lan egiten duten antolakunde sozialek aurrerapausoak eman dituzte gizatalde horrekin berarekin diharduten beste antolakunde batzuekin sarean lan eginez. Hala ere, harago joan behar dute eta ekin behar diote beste gizatalde batzuekin lan egiten duten antolakundeekiko lankidetzari, batez ere gizarteratzearen alorrean. Hala bada, osasun mentaleko saretik harreman estuagoa dute desgaitasunei buruzko lanketan ari direnekin gizarteratzeko entitateekin baino, batez ere bilera-dinamikak dituztelako haiekin kasu zehatzei buruz hitz egiteko. Berez, desgaitasunekoekin koordinazio estua edukitzeak zilegitzen du 0 mailako mendekotasun-balioespeneko gaixotasun mentala dutenak aldiaren mendeko egoitza-zentroetan eduki ahal izatea. Baina gizarteratzekoekin ez da gauza bera gertatzen, eta osasun mentaleko sareko profesionalak ez daude haien zentroei atxikita.

Komunitate-esparruko antolakundeekiko lankidetzari

Pertsonak ardatz dituen ikuspegitik abiatuta lan egin nahi bada, funtsezkoa da biztanle guztiak aintzat hartzen dituzten komunitate-testuinguruko beste erakunde batzuekin lankidetzan aritzea, ingurumen hurbilarekiko lotura errazteko, gaixotasun mentala dutenekin ari diren entitateek haietan parte hartuz.

Beren eskubideak gauzatu parte hartzea eta komunitate horretako kide izatea da beste lan-ildo bat gaixotasun mentaleko arazoak dituzten pertsonetara esku hartzea hobetze aldera. Ildo horretan, garrantzizkoa da ez nahastea komunitatearen jardueretan parte hartzea eta komunitate horretako kide izatea. Antolakundearen artean ohikoa da komunitate-zerbitzuak erabiltzea; baina gutxiago lantzen da komunitate-talde bateko kide izatea. Horrenbestez xedea ez da gaixotasun mentala dutenen gizataldeak komunitate-zerbitzuak erabiltzea baizik pertsona horiek komunitatearen jarduketetan aktiboki integra daitezela. Horrek ez du esan nahi komunitate-zerbitzuak erabiltzea onuragarria ez denik pertsona batzuentzat, harremana izateko era bakarra ere izan daitekeelako; baina eredu hori ez da hedatu behar pertsona guztietara berariazko talde moduan, eta helburua izan behar gaixotasun mentala dutenek bizilagun guztientzat zabalik dauden jarduketara kolektiboetan parte hartzea. Integrazio-eredu horrek eskatzen du profesional batek ahalegin handia egin behar duela laguntza eman eta taldearekiko lotura eratzeke, baina etorkizunean horrek ekarriko du pertsona hori bere ingurumenean luzaroago egotea.

Gizarte-antolakundearen eginkizun erreibindikatzaileraren indartzea

Antolakundeek sendotu egin behar dute beren aldarrikapen-eginkizuna, batzuetan hura murriztuta geratu baita, hein batean administrazio publikoarentzat garatzen eta kudeatzen dituzten zerbitzuengatik. Erakundeenganako kritika-lana sustatu egin behar dute eta gizataldearen beharrei erantzun dieten zerbitzu publikoak exijitu, zerbitzuak egiten dituzten entitate hutsak bihurtzeari uko eginez. Halaber, azpimarratu behar da iraganean bereizgarritzat izan zuten sentsibilizazio-lana berreskuratzeak duen garrantzia. Ildo horretan, esan behar da Fedefes elkarte-mugimenduko antolakundeek eta federazioak berak ere arreta nabaria ipintzen dutela aldarrikapen- eta sentsibilizazio-lanetan.

1 Eranskina. PROIEKTUKO PARTE-HARTZAILEAK

Talde eragilea:

RUTH ENCINAS. Agifes-eko kudeatzailea.

ROCÍO MATÍAS. Asasam-eko kudeatzailea.

ANA BELÉN OTERO, Asafes-eko kudeatzailea.

AMAIA ARBAIZA, Fedefes-eko proiektuen arduraduna.

M^a JOSÉ CANO, Fedefes-eko kudeatzailea.

Babes teknikoa:

ISABEL MASSA, Ede Fundazioa.

ARANTZA REMIRO, Ede Fundazioa.

Elkarrizketatuak

ARANTZA AIARZA Gipuzkoako Foru Aldundiko buru osasuneko eta giza-osasuneko saila.

MARIAN LARRINAGA Bizkaiko Buru Osasun Sareko Gizarte Lanen koordinatzailea.

EMILIO SOLA Eusko Jaurlaritzako Gizarte Zerbitzuko zuzendaria.

BEGOÑA MORAZA Arabako Foru Aldundiko Gizarte Ongizateko institutuko programa sektorialen koordinatzailea.

PALOMA ARANCETA Arabako Foru Aldundiko landa zonaldeko gizarte-langilea.

Kanpoko mintegietan parte-hartzaileak

ELENA AYARZA ARARTEKO-ko Haurtzaro eta Nerabezaro bulegoko arduraduna.

JOSE ANTONIO DE LA RICA Eusko Jaurlaritzako osasun saileko giza-osasuneko koordinatzailea.

AMAIA ARBAIZA , Fedefes-eko proiektuen arduraduna.

MARIA ANGELES LARRINAGA RSMB-ko Gizarte-laneko koordinatzailea.

GOTZON VILLANO Arabako Gizarte-laneko Elkargoaren presidentea Presidente eta RSMA-ko gizarte-langilea

NEREA LOIZANAGA Argia Fundazioko kudeatzailea.

PALOMA ARANCETA IFBS landa zonaldeko gizarte-langilea. Arabako Foru Aldundia.

ESMERALDA NUÑEZ IFBS Balioaniztasunen Gizarte Zerbitzuen teknikaria. Arabako Foru Aldundia.

BELÉN SASTRE IFBS Balioaniztasunen Gizarte Zerbitzuen teknikaria. Arabako Foru Aldundia.

EGUZKIÑE DE MIGUEL Arabako osasun mentaleko Sarearen zuzendari eta kudeatzailea.

LUCIA PEÑA Vitoria-Gasteizko udaleko gizarte-langilea.

ELENA REDONDO Vitoria-Gasteizko udaleko Komunitate ekintzeko zerbitzuaren burua.

MONICA FERNANDEZ Beroa Fundazioaren kudeatzailea.

MAITE ABAITUA Hogar Alavés-ko zuzendaria.

M^a ISABEL GARCIA Fedeafesko Lehenengo Pertsona Batzordeko kidea.

ADOLFINA DIAZ Miembro de la J.D. /Familiar de Fedeafes.

M^a ANGELES ARBAIZAGOITIA Miembro de la J.D. /Familiar de Fedeafes-eko zuzendaritza-batzordeko kidea eta senidea.

ROCIO MATIAS Asasam-eko kudeatzailea.

JOSUNE LARREATEGI Asasam-eko Zentro Okupazionalako psikologoa.

GURUTZE VILLANUEVA Asasam-eko gizarte-langilea.

ANA BELEN OTERO Asafes-eko kudeatzailea.

ANTONIO CARIDAD Asafes-eko prozesuen kudeatzailea eta terapeuta okupazionala.

ENDIKA MINGUELA Asafes-eko RAEP S.L.U. –ko koordinatzailea.

SUSANA MONTESINO Urkoa Fundazioaren Zaintza saileko arduraduna.

ONINTZA LASA Gizaide Fundazioaren Zuzendaria

RAQUEL LITAGO C.S.M.G.ko gizarte-langilea.

MERTXE AMUNARRIZ RODRIGUEZ C.S.M.G.ko gizarte-langilea.

XIXILI EGIGUREN PEREA C.S.M.G.ko gizarte-langilea.

VERÓNICA PAZOS Agifes-eko Programen kudeatzailea eta gizarte-langilea.

NEKANE AZUABARRENA Agifes-eko Programen kudeatzailea eta osasun psikologo nagusia.

MARÍA GÓMEZ DE SEGURA Agifes-eko Programen kudeatzailea.

IKER ARRIZABALAGA Agifeseke osasun psikologo nagusia.

Fedeafes-eko barne mintegian parte hartzaileak.

ROCIO MATIAS Asasam-eko kudeatzailea.

OIANE LARRAZABAL Asasam-eko zentro okupazionalako psikologoa.

GURUTZE VILLANUEVA Asasam-eko gizarte-langilea.

NAIARA GABIÑA Asasam-eko gizarte-hezitzailea.

ELENA ETXEBARRIA Asasam-eko osasun psikologo nagusia.

VERÓNICA PAZOS Agifes-eko Programen kudeatzailea eta gizarte-langilea.

IKER ARRIZABALAGA Agifeseke osasun psikologo nagusia.

RUTH ENCINAS Agifes-eko kudeatzailea.

M^a JOSE CANO Fedeafes-eko kudeatzailea.

AMAIA ARBAIZA Fedeafes-eko Programen kudeatzailea

ANA BELEN OTERO Asafes-eko kudeatzailea

ANTONIO CARIDAD Asafes-eko prozesuen kudeatzailea eta terapeuta okupazionala.

FATIMA ITURBE Asafes-eko gizarte-langilea.

YASHIRA FERNANDEZ Asafes-eko Orekako gizarte-hezitzailea.

MARINA GONZALEZ Asafes-eko Gizarte-heziketa praktikak.

