

NAFARROAKO PARLAMENTUKO

ALDIZKARI OFIZIALA

V. legegintzaldia

Iruña, 2003ko ekainaren 14a

57-1. ZK.

A U R K I B I D E A

G SAILA:

Txostenak, deialdiak eta Parlamentuko informazioa:

—“Nafarroako adimen-osasunaren arloko laguntza” txosten berezia, Nafarroako Arartekoaren Bulegoak
egina (2. or.).

(Txostena Aldizkari Ofizialeko bi aleetan argitaratuko da, 57-1 eta 57-2. zenbakidunetan.)

G SAILA:
TXOSTENAK, DEIALDIAK ETA PARLAMENTUKO INFORMAZIOA

“Nafarroako adimen-osasunaren arloko laguntza” txosten berezia, Nafarroako Arartekoaren Bulegoak egina

Nafarroako Parlamentuko Mahaiak, 2003ko martxoaren 10ean eginiko bilkuran, Eledunen Batzarrari entzun ondoren, erabaki hau hartu zuen, besteak beste:

1. “Nafarroako adimen-osasunaren arloko laguntza” txosten berezia, Nafarroako Arartekoaren Bulegoak egina, jaso izanaren berri ematea.

2.- Nafarroako Parlamentuko Aldizkari Ofizialean argitara dadin agintzea.

Iruñean, 2003ko martxoaren 12an

Lehendakaria: José Luis Castejón Garrués

“Nafarroako adimen-osasunaren arloko laguntza” txosten berezia, Nafarroako Arartekoaren Bulegoak egina

57-1 ZENBAKIKO AURKIBIDEA

1. SARRERA
2. ADIMEN-GAIXOTASUNA: DEFINIZIOA
 - 2.1. Krisi-esparrua
 - 2.2. Adimen-gaixotasuna eta biztanleria
 - 2.3. Bilakaera historikoa
 - 2.3.1. Kronikotasunaren eragina adimen-gaixotasunaren tratamenduan
 - 2.3.2. Erreforma Nafarroan
 - 2.3.3. Atzerakadaren arriskua
3. GAIXOA ETA BERE INGURUNEA
 - 3.1. Nafarroako Foru Komunitateko adimen-gaixoen ezaugarriak
 - 3.1.1. Sarrera
 - 3.1.2. Adimen-nahaste larriak
 - 3.1.3. Dementia-izaerako narriadura kognitibo gehikorra daukaten pertsonak.
 - 3.1.4. Drogazaleak, gaixotasun larriak (G.I.B.) dauzkatenak, seropositiboak.

3.1.5. Ezgaitu psikikoak –adimen atzeratua dutenak–, portaera-arazoak dituztenak.

3.1.6. Ezaugarri demografikoak

3.1.7. Familia-ezaugarriak

3.1.8. Lanbide-ezaugarriak eta ezaugarri ekonomikoak

3.1.9. Ezaugarri sozialak

3.1.10. Ezaugarri psikiatrikoak

3.1.11. Gaixotasuna eta marjinazioa

3.1.12. Osasun sare publikoaren erabilera

A Taula. Nafarroako adimen-osasuneko sarea-ren laguntza-jarduera, 1987/2000.

B Taula. Gaixoen banaketa adin-tartearen arabera

C Taula. Gaixoen banaketa programen arabera

D Taula. Larritasun txikiko adimen-nahasteak dituzten gaixoak

E Taula. Haur eta gazteen programako gaixoen bilakaera, diagnostikoaren arabera

F Taula. Drogamenpekotasunen programako gaixoen bilakaera

3.1.13 Nahaste psikiatrikoak dituen gaixoen ezaugarriekin zerikusia daukaten beste puntu batzuk.

3.1.14. Nahaste psikiatrikoak dituen gaixoen ezaugarri buruzko ondorioa

3.2. Gaixo kronikoentzako laguntza

3.2.1. Kronikoak

3.2.2. Errealitatearekin topo egitea

Taula: Adimen-gaixo kronikoak integratzeko jarduera-mailak. Bitartekoen baliabide eta helburuak

3.3. Familiaren esparruko trataera.

3.3.1. Nork zaintzen duen gaixoa

3.3.2. Zaintzailearen ezaugarriak

3.3.3. Zerbitzu publikoak eta autolaguntza-elkarteak

3.4. Sistema berriaren antolaketa. Gaixotasuna eta baliabideak

3.4.1. Eremu soziosanitarioa

3.4.2. Nafarroako Plan Soziosanitarioa

3.4.3. Arlo soziosanitarioko jarduera

3.4.4. Eskumen bereiztuak eta nahasiak

3.4.5. Adimen-gaixoen laguntza psikiatrikoa eraberritzeko ikusmoldeak: 2000ko Adimen-osasunaren Planerako oinarriak

3.4.5.1. Adimen-osasuneko sarearen osasun zerbitzuak

A Taula. Osasun etxeetako erabiltzaile eta kontsulten bilakaera.

A Grafikoa. Adimen-osasuneko erabiltzaileen sailkapena, 1988z geroztikoa, diagnostiko-taldeen arabera.

3.4.5.2. Osasun zerbitzuen eraberritzea

4. ADIMEN-NAHASTE KRONIKOA DUTEN PERTSONEI BURUZKO ZUZENBIDEKO ZENBAIT GAI

4.1. Sarrera: Adimen-osasunari buruzko zuzenbide esparrua

4.1.1. Estatuko eta Foru Komunitateko zuzenbide esparruak

4.1.2. Nazioarteko zuzenbide esparrua

4.2. Egoerak, zuzenbide zibilararen ikuspegitik

4.2.1. Gaitasungabetzea

4.2.2. Gaitasun juridikoa eta jarduteko gaitasuna

4.2.3. Gaitasungabetzearen kausak

4.2.4. Legitimazio aktiboa eta pasiboa

4.2.5. Prozedura

4.2.6. Epaia

4.2.7. Babes neurriak

4.2.8. Gaitasungabetzearen ondoriozko gaitasun-eza aldatzea

4.2.9. Informazioan oinarrituriko baimena

4.2.10. Internamendu psikiatrikoa

4.3. Egoerak, zuzenbide penalaren ikuspegitik

4.3.1. Egozgarritasuna eta egoztezintasuna

4.3.2. Erantzukizunean eragiten duten ingurua-barrak

4.3.3. Adimen-nahaste iragankorra

4.4. Lanbide-egoera

4.4.1. Zuzenbide esparrua

4.4.2. Ezgaitasunak kontzeptua

4.4.3. Ezgaitasun-maila eta minusbaliotasunen balioespena

4.4.4. Kotizaziopeko eta kotizazio gabeko pensioak

4.4.5. Minusbaliatuen gizarteratzeari buruzko Legea

5. OSASUN- ETA ERKIDEGO-BALIABIDEEN ARLOKO BEHARRIZANAK

5.1. Erkidego-laguntzaren arloko beharrizanak

5.2. Laguntza Soziosanitarioari buruzko foru planari aurkezturiko zuzenketetan zaintzaileek adierazitako beharrizanak

5.2.1. Egoitzen arloa

5.2.2. Arlo lanbidekoa-okupazionala

5.2.3. Aisialdiaren arloa

5.3. Osasun jardueraren arloko beharrizanak

5.3.1. Osasun jardueraren arloko beharrizanak

5.3.2. Osasun jarduerak

5.4. Baliabideak, Gizarte Ongizate, Kirol eta Gazteri Departamentuaren arabera

5.4.1. Gizarte zerbitzuen baliabideak eta jarduera ekonomikoa adimen-gaixoei dagokienez

5.4.2. Adimen-osasunaren arloko elkartegintza

5.4.3. Baliabideen bilakaera 2000/2002

5.4.4. Onuradunak

5.4.5. 2002an emandako dirulaguntzak

1. Taula. 2000ko baliabideak

2. Taula. 2001eko baliabideak

3. Taula: 2002ko baliabideak

5.5 Baliabideak, Osasun Departamentuaren arabera

5.5.1. Aurretiazko gogoetak

5.5.2. Azken bost urteotan adimen-osasunera bideraturiko baliabideak.

5.5.3. Haur eta gazteen adimen-osasuna

1. taula: Jardueraren bilakaera, zentro-motaren arabera

2. Taula: Ospitale psikiatrikoko giza baliabideak

1. Grafikoa: Langileria gastuak. 85-88 epeko datu orokorrak

2. Grafikoa: Funtzionamendu gastuak. 85-88 epeko datu orokorrak

3. Grafikoa: Transferentzia arruntak. 85-88 epeko datu orokorrak

4. Grafikoa: Finantza-aktiboak. 85-88 epeko datu orokorrak

5. Grafikoa: Inbertsioak. 85-88 epeko datu orokorrak

6. Grafikoa: 85-88 epeko aurrekontuak, guztira
7. Grafikoa: Adimen-osasuneko gastuen bilakaera

8. Grafikoa: Adimen-osasuneko etxeetan abegi egin zaien gaixo berrien kopuruaren bilakaera, programen arabera

9. Grafikoa: Adimen-osasuneko etxeetan abegi egin zaien gaixoen guztizko kopuruaren bilakaera, programen arabera

10. Grafikoa: 85-88 epeko hasierako aurrekontuak

11. Grafikoa: 85-88 epeko aurrekontu beteak

5.6. ELKARKIDE, S.L.k gaur egun kudeatzen dituen baliabideak

5.7. Adimen-gaixoei laguntzeko bideraturiko baliabideak

5.7.1. Sarrera

5.7.2. Baliabideak: Errealitatea eta beharrizanak

5.7.2.1. Zerbitzuen izaera

5.7.2.2. Kopuruen neurketa eta lehentasunen finkapena

5.7.3. Egoitzari dagokionez, beharrizanak eta baliabideak

5.7.4. Tutoretzari dagokionez

5.7.5. Etxez etxeko laguntzari dagokionez

5.7.5.1. Zerbitzuak

5.7.5.2. Kopuruen neurketa: Baliabideak

5.7.6. Arlo okupazionala

5.7.7. Bokazio eta lanbidearen arloa

5.7.7.1. Zerbitzuak

5.7.7.2. Kopuruen neurketa: Baliabideak

5.7.8. Aisialdiaren arloa

5.7.9. Laguntza ekonomikoen arloa

5.7.10. Familiari laguntzearen eta zaintzaile informalaren arloa

5.7.11. Egoitzaren arloan premiaz esku hartzeko Plana (Osasun Departamentua, 2000ko otsaila)

5.7.12. Arlo okupazionala, lanbidekoa, aisialdi-koa, etxez etxeko laguntzako, elkarri laguntza ematekoa, informaziokoa eta sentsibilizaziokoa berrantolatzea

5.7.13. Adimen-gaixoei laguntzeko osasun baliabideak garatzeko urte anitzeko Plan baterako oinarriak

5.7.14. Adimen-gaixoak barnean hartzeko estrategiak garatzea

5.7.15. Adimen-osasuneko sarearen osasun eskaintza berrantolatzea

5.8. Gaixotasun kroniko akutua dutenak
Dauden baliabideak eta behar direnak alderatzeko taula.

Egoitzen arloa

Arlo lanbidekoa-okupazionala

Dauden baliabideetarako itxaron zerrenda (2000. urtea)

Etxez etxeko laguntzako programa

ELKARKIDE, S.L. enpresaren baliabideak.

57-2 ZENBAKIKO AURKIBIDEA

6. ADIMEN-GAIXO KRONIKOEI NAFARROAN EMATEN ZAIEN OSASUN LAGUNTZARI BURUZKO AZTERLANA FAMILIARTEKOEN ETA GAIXOEN IKUSPEGIA

6.1. Azterlanaren nondik-norakoak eta metodologia.

6.1.1. Azterlanaren nondik-norakoak

6.1.1.1. Azterlanaren helburuak

6.1.1.2. Aztertu beharreko arazoa: Nafarroako adimen-osasuneko sistemaren puntu kritikoei buruzko azterketa

6.1.2. Metodologia

6.1.2.1. Eztabaida-mahaietan parte hartu duten zainzaileen ezaugarriak eta zaintzen dituzten gaixoenak

6.1.2.2. Zaintzaileen ezaugarriak

6.1.2.3. Gaixoen ezaugarriak

6.2. Osasun sistema.

6.2.1. Adimen-gaixoen mundu konplexua

6.2.2. Osasun laguntzari buruzko iritzia

6.2.2.1. Psikiatra eta psikoterapeuta lanpetuegiak

6.2.2.2. Familiari eta gaixoari emandako informazioa

6.2.2.3. Lehen sintomak eta haien trataera

6.2.2.4. Gaixoari azterketak eta diagnostikoa egin eta hura egonkortzeko epea.

6.2.3. Gaixotasun kronikoaren aldia

6.2.4. Adimen-gaixoen ospitaleratzea krisialdietan

6.2.5. Nahitaezko ospitaleratzearen prozesua

6.2.6. Ospitaleratzeetan baliabide eta zerbitzu guztiak koordinatu beharra

6.2.7. Laguntza osagarria: adimen-gaixoen beharrizanen multzoa

6.2.8. Gaixoen jarraipena ospitaleratzearen ondoren.

6.3. Laguntza soziosanitarioa.

- 6.3.1. Sarrera
- 6.3.2. Gizarte-bazterkeriaren eguneroko esperientzia
- 6.3.3. Akutuen unitatea
- 6.3.4. Gaixotasun-maila latza dutenentzako egoitzak
- 6.3.5. Familiaren edo sistema soziosanitarioren erdi-tutoretzako pisuak
- 6.3.6. Tutoretzako eta erdi-tutoretzako pisuen abantailak
- 6.3.7. Gaixo horientzako pisurik eskueran ez egotea
- 6.4. Adimen-gaixoa eta familia
 - 6.4.1. Sarrera
 - 6.4.2. Gaixoa eta familia
 - 6.4.3. Familiaren ikuspuntua: gaixoa, zama astun gisa
 - 6.4.4. Nork bere bizitza antolatzeko denborarik eduki ezina
 - 6.4.5. Zaintzailearen hondatze psikikoa
 - 6.4.6. Familiaren baitako harremanak okertzea
 - 6.4.7. Gaixotasuna jasaten duen familiartekoa-ren geroari buruzko kezka larria
 - 6.4.8. Familiaren bakardadea
 - 6.4.9. Arazo ekonomikoa
- 6.5. Adimen-gaixoen gizarteratzea Lana eta aisialdia
 - 6.5.1. Sarrera
 - 6.5.2. Lana
 - 6.5.2.1. Lanaren abantailak adimen-gaixoarentzat
 - 6.5.2.2. Gizarteak adimen-gaixoari eskaintzen dizkion lan-aukerak
 - 6.5.3. Lana eta aisialdia
 - 6.5.3.1. Adimen-gaixoen gogo-aldartea
 - 6.5.3.2. Gizarte-bazterkeriaren esperientzia
 - 6.5.3.3. Familiak aisialdi-jardueretatik espero dituenak
 - 6.5.3.4. Elkarteen zeregina
- 6.6. Informazioa eta prestakuntza
 - 6.6.1. Sarrera
 - 6.6.2. Informazioa
 - 6.6.2.1. Informazioaren beharra
 - 6.6.2.2. Informazioaren edukia
 - 6.6.3. Prestakuntza
 - 6.6.3.1. Prestakuntzaren beharra
 - 6.6.3.2. Zaintzailearen prestakuntzaren edukia
 - 6.6.3.3. Prestakuntzaren arloko eragileak

- 6.7. Administrazioa
 - 6.7.1. Sarrera
 - 6.7.2. Administrazioak ez du ezer jakin nahi adimen-gaixoen arazoari buruz
 - 6.7.3. Zerbitzuen arteko koordinaziorik eza
 - 6.7.4. Administrazioaren barnean pertsona hauen gaitasunei egokituriko lanpostuak sortzea
 - 6.7.5. Baliaezintasun pentsioen arazoa
 - 6.7.6. Administrazioa eta familientzako laguntza
 - 6.7.7. Administrazioa eta gizartearen ikusmolde-aldaketa
 - 6.7.8. Zerbitzuen deszentralizazioa eta haiek eskualdeetara hurbiltzea
- 6.8. Ondorioak
- 7. ADIMEN-OSASUNA: NAFARROAKO PARLAMENTUAN IZANDAKO EKIMENAK
 - Foru legeak
 - Foru dekretuak
 - Foru aginduak
 - Erabakiak
 - Ebazpenak
 - Jabeldurak
 - Osoko Bilkurako ahozko galderak
 - Batzordeko galderak
 - Idatzizko galderak
 - Gobernuaren agerraldiak Batzordeetan
 - Batzordeen lan bilerak
 - Foru lege proposamenak
 - Mozioak
 - Bazter utzitako, erretiratutako edo indargabeturiko parlamentu-ekimenak. Informazio-eskariak. Ebazpen eta mozioen betetzea
- 8. ADIMEN-GAIXOTASUNAREN ESTIGMA
 - Adimen-gaixotasuna, bazterketa-eragile
- 9. ONDORIOAK
 - 9.1. Eredua
 - 9.2. Sistemaren eraldaketa. Eraldaketaz geroztiko antolaketa
 - 9.3. Koordinazio administratiboa
 - 9.4. Eskumen administratiboak
 - 9.5. Plangintza
 - 9.6. Adimen-gaixoa
 - 9.7. Gaixo kroniko akutuak
 - 9.8. Adimen-gaixoentzako osasun laguntza
 - 9.9. Baliabideak
 - 9.9.1. Orokorrak

- 9.9.2. Osasun arloko langileak
- 9.10. Gaixotasuna eta marjinazioa
- 9.11. Laguntza ekonomiko eta okupazionala
- 9.12. Familia
- 9.13. Gizarte-larrialdiko egoeran dauden familiak
- 9.14. Zaintzaileen prestakuntza
- 9.15. Boluntarioak eta autolaguntza
- 9.16. Erkidego-zerbitzu berriak
- 9.17. Kontrola
- 9.18. Adimen-gaixotasunari aurre egiteko laguntzaren arloan erkidego-zerbitzuak eskuratze-ko eskubidea
- 9.19. Azken ondorioa
- 10. GOMENDIOAK
- 11. ERREFERENTZIAK

SARRERA

Orain dela gutxi "gaixotasunaren kostu ikustezine" eta gaixoak zaintzean familiek euren gain hartzen duten lan-zamari buruz eginiko txosten batek jotzen zuenez, familiak 100 ordutik 88 osasun-zainketetarako erabiltzen ditu. Aldiz, Espainiako osasun-sistemak 12 erabiltzen ditu. Bestalde, gure herrian urtero 100.000 etxeoandrek erabakitzen dute etxetik kanpo lan egiten hastea. Txosten horretan adierazten denez, osasun sistemak oso oinarri ahulak ditu, bi akatsen gainean egituratuta baitago: zerbitzu publikoen eskastasuna eta boluntario-erakundeen urritasun gorria. Bi arrazoi horiek direla-eta, familiak bere gain hartu du zainketa-eginkizun hori, noiz eta "familia" kontzeptua bera eboluzio-prozesu nabarmenean dagoenean.

Gaur egungo sistema aldatzeak ekarriko lituzkeen ondorio ekonomikoek (aurrekontuek % 70eko gorakada izanen lukete, gaur egun familiak egiten duen zainketa-lanaz arduratuko liratekeen langileei ordaintzeko, soil-soilik) ez digute ahaztaz behar hori dela "baliabiderik gutxien daukaten pertsona edadetuentsat", nahiz eta merkatuaren zati batek eginkizun horiek hartu ahal izanen lituzkeen. Pertsona horiei dagokienez, aipaturiko txostenak etorkizunari begira aurreikuspen goibela du: "arriskurik garestiena ez da hiltzearena, baizik eta aurrera begira erabateko menpekotasunean bizitzeko 20 urte izatea (...) izan ere, pentsio sistemaren oinarrian dagoen ideia da norbera bizi ahal izanen dela jasoko duen diruarekin; ideia zuzena, baldin eta pertsona osasuntsu badabil".

Ziur aski, aipamen hori da hobekien definitzen duena nola antolatua dagoen adimen-gaixoen

laguntza gure foru komunitatean. Horrez gain, esan genezake txosten hori –gure komunitateari ere aplika dakiokenean– orain dela hamar urte ere orain bezain zuzena izanen zela.

Nafarroako adimen-osasunaren lehen planak erreforma-prozesu aitzindari bat abiarazi zuen 1986an, zehaztasunez definitua eta helburuak nahiz beharrianak argi adierazten zituen. Harrezkero, azterlanik gehien gaia izan den gizataldea adimen-gaixoen da ziurrenik –ezau-garriak, beharrianak, baliabideen balioespena...–. Adimen-osasunak Nafarroan duen errealitatearen "erradiografia", beste autonomia erkidegoetan bezalaxe, ikuspegi ezberdinetatik aztertu da etengabe, eta aburu ezberdinak aintzat hartu dira, hala nola adimen-osasuneko sareko gizarte-langileen, familiarterako eta gaixoen elkarten eta aditu independenteenak edo administrazioak berak eginiko lanetan adierazitakoak. Gauza esanguratsua da hain zuzen ere foru administrazioaren baitan –eta, bereziki, osasunaz arduratzen den horretan– egin izana, azken urteotan, azterlan, plan, aurreproiektu, aurkibide eta organigrama gehien. Horietatik, gehienak bideratuta daude honakoen antolaketa berraztertzerako: adimen-gaixoei ematen zaien laguntzarena, erreforma psikiatrikoan aurreikusitako erkidego-zerbitzuen eta baliabideena. Alde batera utzirik Osasun Departamentuak, txosten berezi honen prestaketan zehar, erakundeen arteko lankidetzari buruz agertu duen ulermen bitxia –txostenez beteriko kutxak eta departamentuaren web guneari buruzko aipamenen zerrenda labur bat bidaltzea–, bidaltako zenbait agiri direla medio sakonki jakin ahal izan da, Departamentu horri eskatu zitzaizkion datuak ez baizik eta honako gai honen inguruan izan duen etengabeko jarduna: nola antolatu adimen-osasunaren arloko eskumen eta baliabideak.

Nafarroan adimen-gaixoei emandako laguntzari begirada orokorra emanez gero, zatiketa kroniko bat antzematen da herritar-multzo kopurutsu honek dituen beharrianen eta foru administrazioaren artean. Zatiketa horren erakusgarri dira baliabideen beharri buruzko iritzi ezberdinak, administrazioak berak bere baitan eskumenei dagokienez –nork zuzendu jarduerak, eta zuzendaritza hori zeri aplikatu– dituen barne-desadostasunak, gaixo horiei laguntza ematean gertaturiko koordinazio-gabeziak, Osasun Departamentutik zenbait programa prestatzea aintzat hartu gabe interesak eta eskumenak eta are herritarrek Gizarte Ongizate Departamentuari eginiko eskaerak, eta Laguntza soziosanitarioari buruzko foru Programa bat, "etxea txukuntzeko" asmoz jaioa, zeinak bere egileentzat ere, edukiei dagokienez eta etorkizunari begira, sinesgarritasunik ez baitauka

(eta ondorioz, orain dela ia bi urte ezarritako aurrekontu-dotazioa ez dauka).

Kontu horiek ez dira berriak adimen-gaixotasunari aurre egiten diharduten familiarteko, gaixo eta/edo profesionalentzat. Baina, nire ustez, beharrezkoa da horien berri ematea, horiekin osaturik baitago adimen-gaixoei bideraturiko erkidego-laguntzak pairatzen dituen arazoan azpitik datzan egoera, hots, herritarrek euren aurrean aurkitzen duten oztopoa, departamentu batzuen eta besteen eskumenen hariari jarraika harat-honat dabiltzanean. Horixe da, halaber, gaixoaren inguruneak familiaren eta gizartearen esparruetan bizitzen duen krisiaren arrazoia eta nahaste psikiatrikoei buruz gizartearen ulermenak pairatu duen atzerakadarena, eta historia hutsa besterik izan ez litzatekeen sistema asistentzial batera itzultzearen mehatxua ekartzen du, zeren eta gizalegearen aurkako sistema hura, gaixoak ospitale psikiatrikoetan uztearena, gaixo horiei laguntzeko zeregina daukaten pertsonen berritza ere erreferentzia gisa agertzen ari baitaie begi aurrean, nekearen nekeaz.

Nafarroako adimen-osasunari buruzko txosten berri bat egin beharrik ez zegoela esatera ere iritsi gitezke. Kopuruei buruzko datuek ez dute aldaketa nabarmenik izan, kontuan hartzen ez bada osasun etxeetan tratatzen diren gaixoen etengabeko gorakada. Nolakotasunari buruzko datuak berberak dira, nahiz eta iragandako denborak larriagotu egiten dituen. Osasun arloan 1986an eginiko erreformak aurreikusitako laguntza-egitura ez da aldatu. Haren aplikazioan izandako gabeziek iritzi negatiboa sortu dute ondorioak pairatzen dituen gizartearen baitan. Eskumen-esparruak ez du inolako aldaketarik izan, eta erreformaren oinarri ez-klinikoak –erkidego-baliabideen horniketarako, alegia– ez du oraindik ere behar adinako konpromiso politikorik lortu foru administrazioaren alde. Erreforma psikiatrikoak familiari esleituriko zereginak bere horretan dirau. Alabaina, gizartearen bilakaerak aldatu egin du familiak bere gain zamak hartzeko duen gaitasuna, eta gainerako gabeziek aurrekusi gabeko protagonista bihurtu dituzte familia horiek gaixoaren laguntzan; areago, esan liteke ia protagonista bakar bihurtu dituztela. Ikuspegi sozialetik, eritasunaren bilakaera orain dela hamasei urte aurreikusitako ildoari jarraitu zaio –konplexutasun handiagoa, gaixo kronikoek osaturiko gizatalde berria, patologia berriak, baldintzapen sozioekonomiko berriak...–. Hala eta guztiz ere, bilakaera horri aurre egiteko ez da plangintza egokirik egin.

Hori guztia dela-eta, Nafarroako Foru Komunitateko Arartekoaren txosten berezi honen bera-

riazko asmoetako bat zen ospitalez kanpo adimen-gaixoei ematen zaien laguntzari buruz dagoen informazio interesgarria biltzea; ikuspegi orokor bat eskaintzea, babesik gutxien daukaten gizarte-taldeetako baten eskubideen defentsatik abiatuta, gizarte-kontzientzia berri bat sustatze aldera, gaixo horien zaintzaileek egiten duten lanari bultzada emateko, eta gure erkidegoko administrazio publikoa ohartaraztea ezen txosten horiek eta horien berri izateak ez duela orain arte ekarri egoera hori samurtzeko neurririk.

Erakunde honetaraino iritsitako kexetan jadanik aipatzen zitzaizkigun eskumen-sakabanaketa, Gobernuko departamentuen arteko koordinaziorik eza eta adimen-gaixoei laguntza emateko oinarriko baliabiderik eza. Horregatik, txosten berezi honen bigarren helburua zen argi gehiago ekartzea administrazioen eta euren eskubideak defendatzeko beharra daukaten herritarren arteko harreman bizi baina ez beti errazeko zenbait eremutan esku hartzeko beharra aztertzeko.

Azterlan eta/edo txostenen ugaritasun hori, jasotako kexen azterketa sakona eta foru administrazioaren erantzuna material baliotsu eta erabilgarria dira arazoaren benetako larritasuna zehaztasunez agertzeko. Eta, txostenaren amaierako ondorio batzuk azpimarratzearen, beharrezkoa iruditzen zait adimen-gaioxentzako laguntzan zernolako ondoriotara iritsi den ondo jabetzea, haren hemenka eginiko ahaleginak ahaztu gabe. Gaixoen baldintzek eta tratamenduen eraginkortasunak “atzera ez egitearen” benetako arriskua dago, ekimen politikorik izan gabe iragandako hamasei urte hauen ondorio gisa, nahiz eta eskumenei buruzko eztabaidak sutsuak eta agian interesgarriak izan diren (baina nahiko antzuak gaioxentzat eta familiartekoentzat, ezertan gauzaturiko emaitzarik ez baitute izan). Era berean, beharrezkoa iruditzen zait gogoeta egitea 1986an hasitako eredu asistentziala arriskuan jartzeari buruz eta, batez ere, familia-ingurunearen porrotari buruz eta gaixo horiengandik hurbilen dagoen gizartearen eta haien beharrianak asetzeko erantzukizuna duen administrazioaren arteko hausturari buruz. Izan ere, “osasun fisikoarekin alderatuta, adimen-osasunari dagokionez ehun urteko atzerapena dauka, ikuspegi kliniko eta sozialetik begiratuta” dioen baieztapena egiantzeko bihurtu zaigu.

Egoera horren larritasuna agerian uzteko, esan beharrezkoa da gaixotasun neuropsikiatrikoak hirugarrenak direla garrantziaren ikuspegitik, gaixotasun infekzioso, kardiobaskular eta minbi-ziaren aurretik; garaiz aurreko heriotza eta ezgaitasuna eragiten dituztela maiz; biztanleen % 25-35ek nahaste psikikoak jasaten dituztela bizitzako

uneren batean, eta gaixoen % 22k soilik onartzen dutela gaixo daudela. Atariko datu oinarritzko batzuk dira horiek, txosten berezi honen edukia osatzen duten gai batzuen berri ematen dutenak; dena den, gaixo horientzako laguntzaren errealitatearen agerpen hutsa dira, bai eta foru administrazioak haien eskubiderik oinarritzkoenen errespetuan eta defentsan duen erantzukizunarena.

Erkidegoko kideen % 25-35ek nahaste psikikoak jasaten dituzte	
Zentro psikiatriko batera eramatea	0,5%
Adimen-osasunera bidaltzea	4%
Medikuak antzematea	10%
Gaixoak onartu egiten du gaixotasuna duela	22%

Adimen-gaixoen laguntza antolatzeako sistema aldatu beharra dago. Laguntza hori adimen-osasuneko etxeetan zentralizaturiko erantzukizuna da, baina osasun-etxe horiek gainezka daude eskariarekin, zailtasunak dauzkate laguntza-ematearen lehentasunak ezartzeko, mugak dauzkate kolektibo jakin batzuentzako programa zehatzak ezartzeko, eta joera agertzen dute eztabaida gutxien eragiten duten kasuak tratatzeko, jardura-protokolorik ezagatik eta, kasu batzuetan, espezialisten inertzia bera tartean dela.

Baliabide soziosanitarioak eskuratzea eskubide bat da eta, halakotzat, erkidegoko gaixo guztiek berdintasunez eskura ditzaten zaindu behar da, zerbitzu horietako gehienak kokatzen diren hiriburuari, Iruñari, lehentasunik eman gabe.

Gizartearen eta osasunaren alorren artean gertatu ohi den elkarregokitzerik ezaz gain, baliabide sozialak ere, erreforma psikiatrikoaren ondoriozko sistema berriaren oinarri direnak, falta dira. Mota horretako baliabide batzuk berriki sustatu izanak ezin du ezkutatu egiazko urritasuna, baliabide horien ezegokitasuna eta ekimen horiek entitate pribatuen bidez gauzatzeko joera. Horrela, tamalez, irekita gelditzen da osasun-zerbitzuak –unibertsalak– eta gizarte-zerbitzuak –nahierakoak– koordinatu eta hurbildu beharko lituzkeen zirkulua.

Herritarrek daukaten eskubidea da erreforma haren oinarri eta gidari, eta foru administrazioa erantzun politiko tinko eta kementsua ematera behartzen du, laguntza-sare osatua gauzatzeko, funtzionalki integratua, hizpide ditugun biztanleen bi beharrian-motak asetzeko, laguntza-emate horretan zeresana daukaten ente eta eragile guztien esku-hartzea bultzatzeko, erantzukizun publikoa bermatzeko, prozesuaren maila guztiei erantzuna emateko (bai gaixotasunari bai haren

ondorioei), zainketaren jarraitasuna bermatzeko, laguntza pertsonalizatu eta baliabidea beharriaz egokitzeko eta, azken batean, aurkako egoera ezabatzeko: alegia, beharrianak direla ezinbestean egokitzen zaizkienak dauden baliabideei; egiazko beharrianetatik, sistema publiko ororen antolaketa-egitura errentagarri eta eraginkorretik urrun dauden baliabide horiei.

Nafarroako Parlamentuari bidaltzeko egin den “Nafarroako adimen-osasunaren arloko laguntza” izeneko txosten berezi honek etengabe behar izan du, eta lortu du, nahaste psikikoak dituzten gaixoei laguntzen sutsuki diharduten gizarte-ekimeneko entitate guztien laguntza eskergarria. Entitate horiek, kasu batzuetan, foru administrazioarekin lankidetzan dihardute, eta, beste batzuetan, nor bere ekimen hutsez. Haien jarduera-eremua ezaguna eta zaila da; hori dela-eta, areagotu egin behar izaten dituzte euren ahaleginak eta sentiberatasuna, eta haientzat egunerokoa den errealitatearen azterketan sakontzera beharturik egoten dira. Familiarteko, zaintzaile, gizarte-langile, hezitzaile eta espezialista guztiek euren laguntza eman dute Arartekoak edo ikerketa-taldeak haiei informazioa, eztabaidetan aritzea edo iritzi pertsonala eskatu izan dien bakoitzean. Haien presentzia jarraia da txosten guztian zehar, ez eskertza-aipamenetan, baizik eta txostenaren oinarria bera osatzen duten aldetik.

Txostena egiteko, Nafarroako Unibertsitate Publikoak kanpotik emandako laguntza ere jaso dugu. Izan ere, Luis Sarriés soziologiako katedradunak zuzendu du dauden dokumentu ugarietarako erakunde horrek egin ziezaikeen ekarpenik egokien gisa behinola jo zena. Dokumentu horiek aberasgarri dira oro, baldin eta gure erkidegoan adimen-osasunerako ematen den laguntzan sakondu nahi bada. Horrela, NUPi eskatu zitzaion azterketa kualitatibo bat egin zezan, ikuspegi gaurkotua eskuratu ahal izan genezan bizipen kolektiboetarako, familiek jasaten duten zama gehigarriari eta desinstituzionalizaziotik datozen edo berriak diren gaixo kronikoen zuzeneko iritziari buruz. Azterlan horrek bere barnean biltzen zuen egileen objektibotasuna, baina baita lan-mahaian parte hartzen zutenen subjektibotasuna ere, askatasunez adierazia.

Ondorioei dagokien atala nahiko orokorra da, ezinbestean. Metodologikoki, nahiago izan da erakundearen oharrekin batera kanpoko datu eta informazio andana ematea; halatan, ondorioen laburpen horrek ikuspegi orokorra eskaintzen du gure erkidegoan adimen-osasunari ematen zaion laguntzak jasaten duen arazo orokorrari buruz; hau da, kasuistika gairatzen da, nahiz eta larria,

sozialki gogorra eta batzuetan are tragikoa den familia batzuentzat.

Azkenik, Parlamentuari igorritako txosten bereziak bederatzi gomendio jasotzen ditu, arazoaren muina nire ustez den puntua oinarritzat hartzen dutenak. Gabeziak neurgarriak dira, beharrianak ere halakoak direlako, eta, horrez gain, haien jatorria datu hutsetik edo norbanakoak eginiko kexaren egoera emozionaletik haratagokoa da. Erreformaren porrota edo arrakasta balioestean, kontuan hartu behar dira 1986tik hartutako erabaki politiko eta ekonomikoen segida eta Foru Komunitateko aurrekontuetan urtero aplikaturiko irizpideak, zeinak sortzen baitira, nagusiki, 1986tik aurrera herritarren adimen-osasunaren erantzukizuna izan duten jatorri politiko ezberdinetako Gobernuen sentsibilitatetik. Izan ere, informazioa arras da ezaguna, egiaztatua eta publikoki onartua, eta txosten berezi honetatik espero izatekoa da, bereziki, ez solidaritate-saio bat, baizik eta gaur egungo eta etorkizuneko administrazioei zuzenduriko erantzukizun-ohartarazpen bat, familiariek bizitzen duten dramak eta eskueran dagoen laguntzaren egoera nahasiak agerian uzten dituzten premiei berehalakoan erantzun beharri buruzkoa.

María Jesús Aranda Lasheras: Nafarroako Foru Komunitateko Arartekoa

2. ADIMEN-GAIXOTASUNA: DEFINIZIOA

“Adimen-gaixotasuna” kontzeptuak berak izandako bilakaeraren eta adimen-gaixotasunaren sorreran eragiten duten inguruabar berrien ondorioz, gaixotasun horren definizioa ezinbestean erlatiboa da gaur egun. Osasunerako Mundu Erakundeak (OME) 80ko hamarkadan adierazi zuen adimen-gaixotasun gisa hartu behar zela “adimen-funtzioen ageriko nahaste oro, ikuspegi klinikotik behar bezain zehatza argi definituriko eredu batekin alderatuta segurtasunez identifikatu ahal izateko, eta hain larria non lanbide-gaitasunaren edo gizarte-egokitzapenaren galera eragiten duen, ezin lan egitearen edo neurri judizial eta sozialak aplikatu behar diren heinean”. Harrezkero, gizarteak eta gaixotasunaren agerpena eragiten duten inguruabarrek izandako bilakaeraren ondorioz, definizio hori erlatibizatu egin da. Dena den, ezarri utzi ditu denboran zehar iraun duten ezaugarri batzuk, hala nola: eredu klinikoa, lanbide-gaitasuna, gizarte-egokitzapena, gaixoaren lanbide-bizitzan eragina izatea... kontzeptu horiek guztiek azken urteotan esanahi berri bat –eta betebeharrak berri bat– eman diote gaixo horientzako laguntzari.

Amerikako Psikiatria Elkarteak 1995ean honako definizio hau eman zuen adimen-nahasteari buruz: “ikuspegi klinikotik esanguratsua den sindrome edo eredu portaerazkoa eta psikologikoa, zeina loturik agertzen baita (esate baterako: funtzionamendu-arlo baten edo batzuen narriadura) hiltzeko edo mina, ezgaitasuna edo askatasun-gabezia pairatzeko arrisku nabarmenki areagotu bati. Sindrome edo eredu horrek ez du izan behar gertakari jakin bati (adibidez: maitatzen den norbaiten heriotza) ematen zaion erantzun kulturalki onartu bat soilik. Zergatia edozein dela ere, norbanako batengan azaleratzen den portaeraren, psikologiaren edo biologiaren arloko disfuntzio baten agerpentzat jo behar da. Ez portaera desbideratua (adibidez, politikoa, erlijiosoa edo sexuala) ez norbanakoen eta gizartearen arteko gatazkak ez dira adimen-nahasteak, non eta desbideraketa edo gatazkak disfuntzio baten sintoma ez diren”. Definizio horrek teknikoki aurrerapausoak eman zituen, gaixotasunak gaixoarentzat berarentzat dituen ondorioetan sakontzerantz, eta gaixotasuna hobeto ulertzeko (eta haren jatorriari buruzko manipulazioaren arriskua murrizteko) zenbait kontzeptu etiko eta sozial sortu zituen. Gaixotasunaren izaera pertsonala eta eragin soziala azpimarratzen ziren, OMEren hasierako irizpide zuhur haren gaineratik, zeinak balio izan baitzuen, funtsean, eragin teknikoak, soziala eta politikoa izan zuen eztabaida bat irekitzeko, eta hortik kontzeptuen eta laguntzaren erreforma zabal bati ekin eta eztabaida sakon bat hasteko, oraindik irekia zorrozki politikaren eta eskumenen arlokoak diren arrazoiengatik.

Adimen-gaixotasunaren kontzeptuak bilakaera bat izan du, nola ez, herri edo eskualde bakoitzaren gizarte-eraldakuntzarekin batera gertatua. Alabaina, bilakaera horretan unean uneko egoera historikoak eta kalteturiko pertsonen osasun-egoerak ere eragina izan dute.

Gaur egungo gizartearen ezaugarriek eragin nabarmena daukate gizartearen sektore batzuetan, bereziki gazteengan; izan ere, langabezira edo azpienpleguaren lan ziurgabera jaurtikiak dira (egoera bereziki larria gizatalde batzuen baitan). Hedabideek iragarri eta goraiapatutako garapen pertsonal eta sozialerako igurikapenak ere mugatu egiten zaizkie; igurikapen horiek gizarteak “balio berri” bihurtu zaizkigu, eta lortzen zailak badira ere kasu batzuetan, erabat ezinezkoak dira pertsona horietako batzuentzat. Ildo horretan, aipatu behar dira lirake, halaber –ustezko balio horien jatorria eta gizartearen ematen zaien garrantzia direla-eta–, elikadurarekin, jokoarekin edo legezko nahiz legez kanpoko gaiekiko mendekotasunarekin zerikusia daukaten baldintzak. Hain

zuzen ere, aipaturiko gai horiei dagokienez, alde-biko jarrera ziniko batez jokutzen da, batetik bizitza-estilo berri baten erakusgarri bailiran haien kontsumoa sustatzen baita, eta bestetik haien erabilera zigortu edo mugatu egiten baita.

Horrela, “adimen-gaixotasunaren definizioa ez da soil-soilik anomalia baten agerpenaren baitakoa, edo prozesu biologiko baten baitakoa, baizik eta gizarte-taldearen beraren aurre-determinazioaren baitakoa. Gizarte-talde horrek erabakitzen du taldeko zein kide dagoen gaixo, aurretiazko faktore batzuen arabera”¹. Hori horrela, adimen-gaixoen egoera eta administrazio publikoek haiei eman beharreko laguntza aztertzean berebiziko garrantzia duen hirugarren faktore bat dago –gaixotasuna bera eta laguntza-ahalmena beste biak direla: gaixoaren gizarte-ingurunea. Halakoa da horren garrantzia, non gaixoen tratamenduaren eraginkortasuna kontrolatzeko moduak ezartzean ere, “programak erkidegoan duen eragina”² aipatzen baita (Actas de especialidad psiquiátrica, 2002).

2.1. KRISI-ESPARRUA

Ajuriaguerrak³ esaten zuen: “adimen-gaixotasuna, misteriozkoa, zeina zigor, madarikapen, posesio eta beranduago gaixotasun lotsagarri gisa jotzen baitzen, gizakia animaliarengandik bereizten duen ezaugarria den adimena aldatzen duela, eta deskontrolak eragiten dion erregresioaren ondorioz animaltasunera hurbiltzen duena”.

Esparru honetan, gizarteak gaixotasun horri buruz duen ulermenak eta gaixoei eskaintzen dien arretak bi ezaugarri nagusi dituzte: alde batetik, gaixotasunaren fenomenoaren aurrean pasibotasun komenigarritzko jarrera bat dago, gaixotasuna estigma historikotzat ez baina sozialki ezegokitzat jotzen duena; bestetik, egoera horren aurrean nahita bilatzen da ezjakintasunean egotea; alegia, ez dago inplikaziorik, egoera horren eta bere hobetzearen arduradunak botere publikoak izatearen iritzitik abiatuta.

Pertsonaren eskubideak agerian urratzen dituzten cliché batzuk, medikuntzaren alorrean eragin-garritasun aski makalekoak, Nafarroako laguntza psikiatrikoaren erreformak baizik ez zituen hautsi –prozesu honetan aitzindari izan diren beste erkidego batzuetan gertatu bezala–. Erreforma horrek adimen-gaixotasunari eta, beraz, haren definizio

eta tratamenduari buruzko ikusmoldearen berrazterketa abiarazi zuen, bi ildotatik: gaixotasunerako laguntza medikoaren eskemari dagokiona eta gaixoa bere erkidegoaren ingurunean txertatua egoteari dagokiona; horiek jotzen baitira garrantzirik handieneko faktoretzat. Erreforma horren xedetan inplizitua zegoen adimen-gaixotasunaren kontzeptua sakonki berraztertzea, kontzeptu hori bere zentzurik zabalenean hartuz: medikoa, osasun-laguntzarena, soziala, gaixoak bere burua balioestearena–. Alderdi horietako askotan aurrerapenak izan diren arren, beste batzuetan ez dira lortu, eta hori da arrazoi nagusia adimen-gaixotasunaren kontzeptu berri baten araberrako osasun-laguntza erdiesteko prozesua amaitu gabe egoteko. Ereduaren aplikazioa amaitu gabe egotearen ondorioek krisi-esparru berriak ireki dituzte, batez ere familiarren eta gizartearen arloan, eta horien indarrez beste berrazterketa bat egiteko joera dago, jadanik gairidurik dauden irizpideetarantz bideratua. 80ko hamarkadan hasitako erreforma-prozesu guztiak familiarren esparruari ekarki dizkion ondorioak soilik izan dira gaixotasunak jendaurrean presentzia handiagoa izatera eramane dutenak –ez, ordea, nahitaez gizartearen interes handiagoa erakartzera–, zenbait ekimen politikori eta, batez ere, gaixoen edo gaixoen familiarren elkarrekin emandako urratsei esker. Uneotan elkarrekin horiek dira, medikuntza-arazoetan salbu, gaixoen errei-bindikazio, antolaketa eta laguntza egoera guztiek bat egiten duten gune bakarra.

Horrela, bada, erreforma bukatu gabe egotea, familiarren protagonismoa eta administrazioen ardura ez-guztizkoaren ondorioz elkarrekin duten ardura ordezkioa dira adimen-gaixotasunerako laguntza-esparruaren ezaugarriak, eta zalantzan jartzen dituzte bai haren definizioa bera bai bitarteko batzuen eta besteen komenigarritasuna gaixotasun honetarako. Hain zuzen, gaixotasun hau, bere adieretakoren batean, lehen munduko pertsonen % 30 inguruk pairatu dute euren bizitzan zehar, azterlan gehienek diotenez.

2.2. ADIMEN-GAIXOTASUNA ETA BIZTANLERIA

Oro har, biztanleen % 2k adimen-nahaste larria jasaten duela kalkulatu da, eta % 10etik 20rainoko multzoak nolabaiteko nahaste psikikoren bat daukalarik⁴, nahiz eta ehuneko horiek berdi-

(1) EAEko Arartekoa. Adimen gaixotasunaren erkidego-laguntzari buruzko txostena. 2000ko maiatza.

(2) F. Torres González eta beste batzuk.

(3) Ajuriaguerra.

(4) Mavreas eta laguntzaileak, 1986; Vázquez-barquero eta lag., 1987; Seva eta lag., 1991, EAEko 2000. urteko Arartekoaren txostenean aipatuak

nak ez izan landa edo hiri inguruneetarako, azterlan gehienetatik ondorioztatzen denez. Azterlan horiek gaixotze-tasaren ikuspegitik eginak daude; alegia, biztanleria jakin baten baitan gaixotasun bat jasaten duten pertsonen proportzioarenetik.

Nahaste psikikoen eragin orokorrari buruzko estimazioak askoz ere handiagoak dira adimen-gaixotasunen tasari buruz ezagutzen diren datuak baino. Horrela, esaten denez, trataturiko gaixo bakoitzeko beste 20 pertsona daude laguntza-sistematik kanpo. Izan ere, "ezkutuko gaixotze-tasa"¹ aipatu ohi da buruko edo bestelako minak, loaren nahasteak, urduritasuna, depresioa, nekea eta abar direla-eta medikuntza orokorreko kontsultetan tratatzen diren eta, hala ere, zerbitzu espezializatueteraino iristen ez diren pertsonen kopuru izugarria adierazteko. Hala eta guztiz ere, medikuntza orokorreko zerbitzuetara joaten diren etatik adimen-nahasteak dituzten 14 urtez gorako gaixokak % 24 dira, nahaste psikosomatikoak kontuan hartzen ez badira. Horiek kontuan hartzen badira, oinarrizko osasun laguntzako taldeen kontsultetan² hartutako osasun-arazoen % 30 eta 50 bitartekoak dira kopuruak. Alegia, oinarrizko osasun laguntzako zentroetara joaten diren pertsonen laurdenak, gutxienez ere, arazo psikikoren baten ondorioz jotzen dute bertara. Autonomia erkidego batzuek eginiko azterketetan adierazten da hartutako gaixoen %70-80 bitartean oinarrizko osasun laguntzatik datozela. Hala eta guztiz ere, egin diren azterlan epidemiologikoek adierazten dute tratatu gabeko kasuen erdiak baino gehiagok sintoma psikiatriko larriren bat izanen lukeela.

Datu horiek bereziki garrantzitsuak dira oinarrizko osasun laguntzaren esparruan horrelako arazoen sintomatologiari erantzuteko irizpiderik egokienak ezartzeko. Horiez gain, esan behar da ezen zerbitzu garatuak dauzkaten herrialdeetan, adimen-osasuneko informazio-zerbitzuetan erregistraturiko biztanleak adimen-arazoak dituzten biztanleen egiazko kopuruaren % 25 besterik ez direla³. OMEk berak ere uste du European adimen-nahasteek gorakada nabarmena izanen dutela, honakoekin zerikusia daukaten arazoien ondorioz: zahartzea, bizitza-estiloa (alkohola, jokabide arriskutsuak, indarkeria, estresa, portaera sexual arris-

kutsuak eta abar), egoera psikosozial kaltegarrietan egotea, lotura soziofamiliarren ahultzea, langabezia, mugikortasun geografikoa, gizarteak bazterturikoen gune gero eta handiagoak (marjinalak, etxerik gabeak, atzerriko etorkinak eta abar). Horrek agerian uzten du arretaz begiratu behar zaiola adimen-gaixotasunen kasuen bilakaerari, eta osasun-laguntza berri bat ere, osasun eta gizarte zerbitzuen eskaintza handiagoa eta anitzagoa izanen duena (zerbitzu horiek erreforma psikiatrikoaren oinarrian daude), beharrezkoa dela.

2.3. BILAKAERA HISTORIKOA

2.3.1. KRONIKOTASUNAREN ERAGINA ADIMEN-GAIXOTASUNAREN TRATAMENDUAN

Desinstituzionalizazio-prozesua, alegia, XX. mendeak aski aurrera egin arte nagusi zen eske ma psikiatrikoarekiko haustura, abiatu zen adimen-nahastei buruzko ikusmoldeak (haiek gaixotasun kronikoa izateari, gaixotasunaren genesiari eta hartan eragiten zuten faktoreei zegokienez) izan zuen bilakaerarekin batera.

Izan ere, joan den mendeko bigarren erdian zeuden baldintzak (bizitza-kalitate orokor hobea, kimioterapiaren eta antibiotikoen erabileraren arloko ikerketen aurrerakada eta, horien ondorioz, nahaste larri askoren desagertzea) ez dira batez ere honako beste errealitate honekin: gaixo kronikoen gorakada nabarmena⁴; horrek osasun eta gizarte zerbitzuen erabilera bikoitz handiagoa eta luzaroagokoa eragiten du.

Edonola ere, gaixotasunaren bilakaera ez dago gizartearenetik isolatua, eta gizartearenak gaixotasunarenean duen eraginak kronikotasun handiagoranzko joera ezartzen du: gaixotasun kronikoa gizartean agertzen da, arazo mediko baino, arazo sozioekonomiko⁵ gisa, eta loturak ditu gizarteko aldaketekin, osasunaren alorrean Estatuek daukaten jarrera ongileago batekin, eta talde txiro eta marjinatuen ugaritzearekin.

Erreforma-prozesua azaltzean (horrekin gaur egun arte iristen gara), Europako baldintzapen batzuk kontuan hartu behar dira⁶. Horrela, adimen-osasuna, bai European⁷ bai Espainian⁸,

(1) Goldberg eta Blackwell, 1970.

(2) Zuazo eta beste batzuk, 1990; Padierna eta lag., 1989; Markez, 1993; Pérez-Echevarría eta lag., 1993.

(3) Kramer, 1986.

(4) Pequinis, 1963; Espinosa eta beste batzuk, 1986

(5) Ararteko, 2000.

(6) E. Muñoz eta Torres eta beste batzuk.

(7) McKee et al, 1999; McKee eta Berman, 2000; Lehtinen et al, 2000.

(8) Adibidez, Treserras et al, 2000; AEN, 2000.

lehentasunezko helburuen artean agertzen da. Lehentasun horren alde egiten dute nazioarteko honako datuok:

1. Adimen-nahasteek daukaten izugarritzko pisu erlatiboa, bai gaixotasunaren guztizko kostuetan bai osasun-sistema nazionalak pairatzen duten zuzeneko kostuan. Eginiko estimazioen arabera, adimen-nahasteen ondoriozko kostua Produktu Nazional Gordinareneko % 3tik hurbil dago merkatu-ekonomia daukaten herrialdeetan¹.

2. Adimen-gaixotasunek munduko gaixotasunen arloan daukaten pisua. Esan beharrekoa da adimen-nahaste bakar bat, depresioa, ezgaitasunaren ondorioz doituriko bizitza-urte gehiagorekin loturiko bigarren kausa gisa agertzen dela 2020rako eginiko estimazioan.

3. Nahaste-multzoko horren eragin epidemiologikoa. Biztanleen % 20-30ek jasaten dituzte adimen-nahasteak euren bizitzan zehar. Nahaste horiek ezgaitasun-maila altuak, zerbitzuen erabilera ugaria eta familiarantzako zama astuna ekartzen dute.

4. Adimen-osasuneko zerbitzuek dituzten akats kronikoen zergatia historian zehar behar baino gutxiagoko finantzaketa jaso izana da, osasun-zerbitzu orokorrekin alderatuta.

Zenbait adituk medikuntzako zoko ahaztu gisa jotzen dute psikiatria, eta hagitz erakusgarri dira Australian eginiko azterlan klasiko bateko datuak². Horren bidez azaltzen zen nola, gaixotasun-zama antzekoarekin, eskizofreniaren zuzeneko kostuak bederatzi aldiz handiagoak ziren miokardio-infartuarenak baino, eta hala ere, beste gaixotasun horrek baino inbertsio apalagoa jasotzen zuen. Beste azterlan batek agerian uzten zuen nola, Erresuma Batuan erreforma psikiatrikoa egin zenean, adimen-osasuneko aurrekontuak eta laguntza-bitartekoak ia aldatu gabe mantendu ziren mende baten hiru laurdenetan zehar.

Azken urteotan, interes berri bat piztu da adimen-osasunaren inguruan eta, horren gauzatze gisa, European sustatu egin da³, eta inbertsio garrantzitsuak egin dira herrialde batzuetan, hala zerbitzuetan nola laguntza-sistemak ebaluatzeko programetan. Aldaketa horiek denboran bat egin dute familiararteko eta erabiltzaileen elkarteek

eginiko presio aipagarriekin eta adimen-osasunaren arloan ikertzeko funtsen handiagotze nabarmen batekin.

Hori horrela, 60 eta 70eko hamarkadetan erakunde psikiatrikoa berrantolatu beharra ikusi zen, eta, ikuspegi ezberdinak egon arren, bat zetozen ideia honetan: alegia, ospitaleko laguntza psikiatrikoan oinarrituriko sistemaren ordez erkidegoaren zerbitzuak aitzinean jartzen dituen eza zari behar zela. Behar adinako baliabide berri eta adimen-osasuneko erkidego-sare eratzearen helburua da ospitaleratzea saihestea. Ikuspegi psikiatrikotik isurtzen diren ikusmoldeen gainetik, aldatzeko nahiak eta horren oinarriek osagai ideologiko handi bat daukate, eta bete-betean aurka egiten zioten, baita informazio eta administrazio errepresioko garaietan ere, zegoen ereduari, zeinari eusten hamarkadak baitzeramatzaten jarrera kontserbadore zurruneak: elkarri kontrajartze hori gaur arte iritsi da, eta kaltetu nagusiak diren gaixo eta familiararteko nahiz profesionalen kezken azpian datza.

Prozesu horrek nazioartean ezaugarri bateratu batzuk izan zituen, bere osagai ideologiko handiaz gain:

1. Nahiz eta erreforma psikiatrikoaren abiapuntua adimen-osasuneko sistemaren egoera zaharritua den (XIX. mendeko ereduaren errota zegoen, orduko erakunde-zerbitzu berberekin eta biztanleen egiazko beharrezanetatik oso urrun zeuden inbertsioekin), erreforma psikiatrikoaren prozesuak ez zuen errealitatean zerbitzu batzuk beste batzuekin ordeztetik ekarri, baizik eta ezinbesteko erkidego-zerbitzu batzuk sortzea aurretik halakorik ez zegoen esparruetan. Aditu batzuen aburuz⁴, prozesu horrekin batera ospitale psikiatrikoak guztiz itxi diren ala eraldatu egin diren, hori benetan bigarren mailako datua litzateke, muinarekin alderatuta: adimen-osasuneko erkidego-sistema bat eratzea.

2. Horrela, ospitale-egoitzako zerbitzuak itxi dira ordezkiko erkidego-laguntzako sare bat guztiz ezarri aurretik, eta horrek erakusten du prozesuaren plangintzak ez duela izan, denboraren ikuspegitik, hurrenkera logikorik.

3. Erreforma-ereduaren arreta nagusia ezarri da gaixoen azpitalde murrizte baten –gaixo psiko-

(1) Lehtinen et al, 2000.

(2) Gavin Andrews (1985).

(3) Lehtinen et al, 2000.

(4) E. Muñoz, eta Torres eta beste batzuk.

tiko instituzionalizatuak—. Talde hori ez da adimen-gaixoen multzoaren erakusgarritzat jotzen, eta, era berean, ez ditu islatzen adimen-gaixo larrien multzoaren beharrikanak edo eskakizunak (adibidez: nortasunaren nahaste larriak, nahaste afektiboak, adimen-atzerapena, drogamenpekotasunak). Hain zuzen, gaixo psikotiko kroniko desinstituzionalizatuen azpitaldearentzako zerbitzuak ez dira nahikoak ezta gaixo kroniko berrien beharrikanak asetzeko ere.

4. Prozesu horretan, laguntzaren zati garrantzitsu baten gaineko erantzukizuna osasun-sektore publikotik lekuz aldatu da, behar bezalako baliabide-hornidurarik edo kostuei eta gizartearen ikuspegitik horrek dakartzan zamei buruzko azterlanik gabeko beste sektore batzuetara. Leku-aldatze hori, nagusiki, honako hauetara egin da:

a. Gizarte zerbitzuak. Gizarte zerbitzuek biztanle horien beharrikanari eta eskakizunei aurre egiteko finantzaketa eta ahalmen logistikoa gutxiago daukate, oro har.

b. Sektore pribatua. Italiako GNP azterlaneko lehen datuek adierazten dutenez, herrialde horretan eginitako erreforma-prozesuarekin batera, egoitza pribatuetan emandako laguntza psikiatrikoak gora egin du, eta haien kalitate-estandarrek zalan-tazakoak dira. Prozesu hori beste eritasun batzuen kasuan izandakoaren aurkakoa da¹.

c. Familiak. Familien zamari buruzko azterlanek adierazten dutenez, laguntzaren zamaren zati handi bat familiei helarazten zaie, nahiz eta kolektibo hori ez den laguntza-sistemez hornitzen.

Erreformaren muina da erkidego-laneko eredu asistentzial berri² baten ezarpena. Eredu horrek aitortzen du gaixoari banakako laguntza ematea beharrezkoa dela; laguntzak jarraitasun bat izan behar duela, ongi koordinaturiko bitartekoak dituen sare baten bidez, talde-lanaren bidez eta esku-hartze guztiak integratuz; familiari protagonismo handiagoa eman behar zaiola, giltzarri-izakerako euskarria eta espezialistentzat laguntzazkoa delako; eta gizartearen laguntzak nahaste psikikoen aurrean babesteko faktore gisa duen garrantzia ezagutu behar dela. Laguntzaren egitura berri horrek azpimarratzen du autolaguntzako taldeen eta erakunde paraprofesionalen eginkizuna. Bereziki aipatu behar da berriazko zerbitzuen bitartez emaniko eguneko laguntzak berebiziko

garrantzia duela, eta erkidegoko gaixo kronikoen-tzako laguntza-egituraren oinarria dela³.

Halaber, ezinbestekotzat jotzen da ikuskapen-maila ezberdinetakoak diren bestelako bizilekuak sortzea (etxebizitza babestuek edo errehabilitazio-programetarako egoitza txikiak) eta ahalegin tin-koa egitea laneratzearen arloan, horretarako zailtasunak dauzkaten kolektibo batzuei zuzenduriko ekimenen bitartez (enplegu babestua eta lanerako trebakuntza).

Azken batean, kontua da erkidegoaren adimen-osasunaren aldeko neurriak hartzea, haren kontrolaren mende, hark bere osasuna mantendu eta hobetzeko duen ardura sustatuz.

Esan liteke badela adimen-gaixotasunari buruzko "ikusmolde sozial" berri bat. Alde batetik, gaixoari zuzenduriko laguntzan gizarteak parte hartzen ez badu ez dagoelako adimen-nahasteak pairatzen dituztenentzako erkidegoaren baitako laguntza-eredu bideragarririk. Adituek adierazten duten bezala, adimen-gaioxoa ez instituzionalizatzeara zenbait faktoreren arabera da: batetik, familiaren laguntza eta babesa, eta bestetik, hura bizi den gizarte-taldearen tolerantzia eta txertaturik dagoeneko gizarte-sarearen aberastasuna⁴. Horrela, bereziki nabarmentzen dira txosten honen edo gure erkidegoan adimen-osasunari buruz egin diren beste batzuen oinarrian dauden bi alderdi: gizartearen parte-hartzea, taldearen inplikazioaren ikuspegitik eta, bereziki, helburu horretarantz aurrera egiteko administrazio publikoen bultzadaren ikuspegitik –jarrera irekia gizartearen baitako ezagutarazpen, mentalizazio eta lankidetzari dagokionez–, eta bitartekoen sarea.

Adimen-gaixotasunari buruz gizarteak eta, hark baino lehenago, administrazioek, ikusmolde berri bat izatearen behar horrekin loturik, badaude laguntzaren beraren arlokoak diren beste beharrikanak; horietako batzuk, arrazoi sozioekonomikoen ondoriozkoak, eta gizartearen portaera berri baten ondoriozkoak, beste batzuk: elikaduraren arloko nahasteak, geriatrari buruzko ikuspegi berria, egokitzapen-arazoak edo drogamenpekotasunak.

Prozesuak Estatuan izan duen bilakaerari so egiten badiogu, 1986ko Osasunari buruzko Lege Orokorrak erreformaren esparru juridikoa ezarri zuen, eta gaur egungo Osasun Sistema Naziona-

(1) GNP, 2000.

(2) Mayoral, 1989.

(3) Benet, 1981.

(4) Baca, 1992.

la sortu zuen. 20. artikuluan ezartzen zuen adimen-osasuneko zerbitzuen erkidego-izaera; gaixoez haiez baliatzeko daukaten eskubidea, publikoa, unibertsala eta doakoa; tarteko eta ospitalez kanpoko egituren indartzea (ospitale orokorretako unitateetan ospitaleratzea berariaz aipatzen da); errehabilitazio-zerbitzuak garatzea; eta bergizarteratzea. Legeak adostasun garrantzitsua lortu zuen ekitatearen eta gaixoen estigmatizazioa saihestearen aldeko konpromisoa hartuta zeukaten profesionalen artean, eta herritarrek parte har zezatela, familiartekoen eta erabiltzaileen elkarrean bitartez.

Aipatu beharrekoa da ospitale psikiatrikoetan ohe-murrizketa nabarmena izan dela, nahiz eta beste herri batzuekin alderatuta oraindik atzeratuta gabiltzan. Horrela, 1975ean 43.000 ohe zeuden 117 ospitale psikiatrikoetan (123 ohe 1.000 biztanleko), baina 1991n jadanik % 55era murriztu ziren, 23.282 ohe. Horrekin batera, ospitale orokorretan unitate eta oheen kopuruak gora egin zuen.

Ondoren izandako esperientziek frogatu dute erreforma psikiatrikoaren hasierako premisa haie-takoren bat (kostuen merkatzea kasu), gutxienez ere, arretaz aztertzea dela. Dena den, iritzi oso zabaldua da dioena erreforma abiarazi zuten argudio horietako batzuk beste ezeren gainetik jarrera politikoak izan zirela, atea irekitzea ahalbidetzeko, beharizan berrien sektorerik aurkakoenaren harresia apurtzeko.

Espanian, desinstituzionalizazio prozesuari mesede egin zion 80ko hamarkadan Estatuari buruzko ikusmolde moderno bati heltzeak, herritarren parte-hartze kritikoa handiagoa izateak eta Estatuak erantzukizun sozial eta ekonomikoak bere gain hartzeak. Horrez guztiaz gain, psikofarmakoak garatu eta banatu ziren.

Espanian, erreforma-prozesua bera, hertsiki hartua, 1985ean kokatu behar da, "Erreforma psikiatrikorako ministerio-batzordearentzako Txostena" deritzona argitaratu zenean, hain zuzen ere. Hala ere, lehenagotik gauzatuak ziren zenbait ekimen, hirurogeita hamarren hamarkadan, batez ere ospitale psikiatrikoen baldintzak hobetu eta kronikoen desinstituzionalizazioari ekitea helburu zutenak. Are gehiago: autonomia erkidego

batzuek (adibidez, Nafarroak¹ eta Madrilek²) erkidego-zerbitzuen planifikazioa hasia zeukaten jadanik.

Laurogeiko hamarkadaren hasieran, administrazioak ekimen bat gauzatu zuen, erakunde tekniko-administratibo eta kudeaketa-lanetarako batzuk ezartzeko ("Adimen-osasuneko Institutu" zeritzenak). Haien zeregina zen autonomia erkidego bakoitzean erreformaren zuzendaritza-lanez arduratzea. Errealitatean, Madril, Valentzia eta Andaluzian beste inon ez ziren eratu³. Haien egitekoa erabakigarria izan zen erreforma aurrera eramateko, batez ere Madril eta Andaluzian. Laurogeiko hamarkadaren erdialdetik aurrera, erreformen zuzendaritza, autonomia erkidegorik gehienetan, Osasun Departamentuen egitura hierarkikoan txertaturiko unitate tekniko-administratiboek egokitu zaie, zeinak zerbitzuburu-mailako teknikariek zuzentzen baitituzte. Teknikari horiek gaitasun exekutibo urrikoak edo gaitasunik gabekoak dira. Erreforma aurrera eraman ahal izateko eta, batez ere, haren garapena ebaluatu ahal izateko, ezinbestekotzat jotzen da gidalerroak egotea; adibidez, Adimen-osasuneko plan bat, zeinak erreformaren helburuak ezarri eta lehentasunen arabera antolatu, eta horiek garatzeko estrategiak zehaztuko baititu; edo, bestela, kalitate-estandarrik edo kreditatzerako betekizunak ezar daitezela. Adimen-osasuneko zuzendari bidalitako inkestaren emaitzen arabera, hamahiru erkidegotan daude kasuan kasuko parlamentuak onetsitako adimen-osasuneko planak, baina bost erkidego baino gutxiagotan soilik daude plan horiek gauzaturik haien aplikazio zehatza ahalbidetuko duten arauetan.

2.3.2. ERREFORMA NAFARROAN

Erreforma-prozesua 1986an hasi zen Nafarroan. Bertan bazegoen ospitale psikiatriko bat, gutxi gorabehera 1.000 ohe zituena, San Frantzisko Xabierkoa ospitalea hain zuzen, eta erakunde hori da gaixo psikiatrikoei laguntzeko zentro ia bakarra, 1983ra arte. Aldi berean, nahiz eta benetako koordinaziorik izan gabe⁴, gizarte-ongizatearen arloko zerbitzuen eta politikaren jarduna hasi zen. 1983ko Gizarte Zerbitzuei buruzko Legean gauzatu zen, aldi berean oraindik funtzionatzen zuelarik

(1) Muñoz et al, 1979.

(2) Muñoz eta Calve, 1983; Muñoz et al, 1983.

(3) E. Muñoz, eta Torres eta beste batzuk.

(4) Abaurrea, Astrain eta beste batzuk, 2001.

aipaturiko ospitale psikiatrikoak. Horrela, bada, gizarte-zerbitzuak kolektibo jakin batzuei laguntza ematen hasi zitzaizkien.

1986an Adimen-osasunari buruzko plana onetsi zen, eta horixe izan da, gaur egun arte, Nafarroan adimen-osasuna zaintzeko antolamendua-
ren esparrua ezarri duena. Horrek begi-bistan uzten zuen erkidego-laguntzako programarik eza, hala osasunaren nola gizartearen arloan. Gabezia hori aipagarria zen bai kantitatearen ikuspegitik bai programa horien egokitasunaren ikuspegitik.

1986ko Adimen-osasunaren planak osaturiko hasierako esparru hori abiapuntu gisa hartu zen adimen-gaixoentzako laguntzan aldaketak egiteko, araudi eta programa berriak sortu gabe. San Frantzisko Xabierkoa ospitale psikiatrikoa izen bereko zerbitzu psikogeriatriko bihurtzeko arauak eman ziren, eta horrek berarekin ekarri zuen "erretxe" ezaguna behin betiko ixtea. Hori guztia 13/1999 Foru Legearen bitartez egin zen. Erreforma-esparru horretan bertan, Adimen-osasunaren Zuzendaritza Nagusia azpizuzendaritza izatera pasa zen, Oinarrizko Osasun Laguntza eta Adimen-osasuneko Zuzendaritza Nagusian txertatua, eta lehen zeukan garrantzia galdu du.

Urtebete beranduago, 204/1999 Foru Aginduan oinarrituz, gaixo psikiatrikoei zuzenduriko laguntza-baliabideen sorrera arautu zen, eta lehen aldiz bereizi ziren osasun- eta gizarte-moduluak.

Urteotan, aurrerapausoak eman dira Gizarte Ongizatearen eta Osasunaren arloko koordinazioan, betiere adimen-osasunaren esparruan arlo horietako bakoitzak duen zeregina zehazteari dagokionez; horretarako arrazoi nagusia izan da erreformak ezarri utzi zituela eskumen-esparruak osasunaren eta ongizatearen arloetarako.

Koordinazio hori izan den bitartean, erreformaren ideiak bere koherentziari eutsi dio eta politika koordinatuen taxuketaren oinarri izan da. Politika horien helburua zen, erreforma horren helburu orokorrean gain, baliabideen birbanaketarako oinarria ezartzea:

- Osasun arloan gastu orokor txikiagoa egitea.
- Osasun arloko gastu txikiago horren aurrekontuak gizarte-zerbitzuen arlora bideratzea.
- Adimen-osasunaren arlo soziosanitarioak berariazko aurrekontua izatea.

2000n ere, Foru Agindu batek (5/2000) batzorde bat antolatu zuen Laguntza soziosanitarioari buruzko foru plana egiteko. Nafarroako Gobernuak hasierako onespina eman zion dokumentu horri urte horretako ekainaren 27an, eta geroago aldaketa batzuk sartu zitzaizkion¹.

Bestalde, Gobernuak eginiko Osasun planak gaixo kroniko larrientzako laguntza hobetu egiten du eta gertatzen den gehiegizko "patologia hutsal", oinarrizko osasun-laguntzako medikuek aztertu beharrekoa, ikertzen du (patologia larria eta osasun-azterketak, ordea, Adimen-osasunean egin behar dira).

Helburua da gaixo "hutsalen" beherakada lortzea. Gaixo horiek aztertzea errazagoa zaie espezialistei, baina beharrezkoa dute laguntza espezializatu anitzago bat. Gorantz doan patologia izan arren, planak hori antzeman egiten du, baina ez du konpontzen. Dena den, gaur egun lankidetzatza positiboa dago oinarrizko osasun-laguntzarekin.

Bestalde, Planak gaixo kronikoentzako laguntza gehitzea ezartzen du, eta planifikatu egiten du laguntza hori. Gaur egun ez dago halako planifikaziorik, batez ere irizpide ezberdinak daudelako adimen-gaixo kroniko larriak beharrezko duen kontsulta-segidaren estandar egokiari buruz. Halatan, laguntza espezializatuak itxaron zerrendan gauzaturiko presioa jasaten du.

2.3.3. ATZERAKADAREN ARRISKUA

Nahiz eta egia den erkidegoaren baitako psikiatriari eta desospitaleratze-politikari esker ziklo luze bat itxi dela duela hamarkada bat, eta psikiatriaren aurreikuspenetan ez direla agertzen beste garai batzuetan izaten ziren iraupen luzeko ospitaleratze haiek –arrazoi sozialak, medikoak eta ekonomikoak tarteko–, litekeena da beste arrazoi batzuk, ekonomikoak edo antolamenduari dagozkionak, ordezkotako sistema bat abiadura handiz bultzatzen ari izatea: "ate birakariarena". Horretan, gaixotasunaren kronifikazioa gehitu egiten da, baliabide psikosozialak murrizten dira edo balaztaren eragina pairatzen dute, gaixoaren "gizarte-inguruneak" haren aurkakoa izaten segitzen du, eta baliteke jadanik familiaren "zama" deritzonak azken batean bidea erraztea orain dela mende erdi bat erreformaren aurka egon zirenen "kontraerreforma" bati. Gaixoen laguntzarako beharrezkoak diren baliabideei buruzko erabaki politikoak berarekin dakarren "auzitan jartzeak" eta garatzen ari den ereduaren bilakaera ekonomiko-sozialari

(1) *Abaurrea, Astrain eta beste batzuk, 2001.*

buruz espezialistek eginiko oharrek izan duten oihartzun urriak osatzen dute arriskurik handiena, banakako kasuetan gertatzen diren familia-egoera larrien gainetik. Izan ere, "ospitaleetatik kanpoko instituzionalizazio" tankerako bat gorpuzten ari liteke une honetan. Zaintzaile baten hitzetan: "Eroetxea nire etxean bertan daukat orain".

Erreforma psikiatrikoari ekin zitzaionetik –Nafarroa prozesu horren aitzinean egon zen– hamabost urte igaro ondoren, bai Foru Komunitatean bai beste lurralde batzuetan ere, laguntza psikiatrikoaren oinarriko ardatzak ospitale psikiatrikoa izaten segitzen du, baliabide nagusi gisa erabilia. Sektore ezberdinetatik adierazten duten bezalaxe, etengabeko erronka da kalitatea hobetzea eta laguntza jasotzen duten pertsonen kopurua igotzea eta, aldi berean, horrek berarekin ez ekartzea esleituriko baliabideen gehikuntzarik, baizik eta dauden baliabideen optimizazioa lortzea, behar adinakoak direnean. Baina kalitateari dagokion erronka horren arriskua kostuak murrizteko irizpideetan datza, horien arabera hautatu eta finkatzen baitira lehentasunak eta, ondorioz, administrazioaren erabakiak. Osasunerako laguntzaren merkatzea –erreformaren hasierako une jakin batean argudio "politiko" gisa erabili ahal izan zena– ezin da erabili desinstituzionalizaziorako arrazoi gisa, zeren eta, desinstituzionalizazio hori esku-hartzearen eredu berriekin uztartzen ez bada, jendearen bazterketa eragiten baita, kostu/onuraren logikapean¹.

3. GAIXOA ETA BERE INGURUNEA

3.1. NAFARROAKO FORU KOMUNITATEKO ADIMEN-GAIXOAREN EZAUGARRIAK

3.1.1. SARRERA

Nahaste psikikoak dituzten gaixoen tratamenduari begira erreformak ezarritako printzipioetako bat da, aldi berean, horretarako egin ziren azterlanen ondorio nagusietako bat: adimen-gaixotasun kronikoak dauzkaten pertsonak berriazko beharizan sozialak dituzte, eta, oro har, dauden baliabideekin horiek ez dira asetzen. Haien eragina bai gaixoen bizi-kalitatean bai haien familietan nabaritzen da². Gaixoak erkidegoan pixkanaka berriro txertatzea lortu behar da haiei erkidegoaren baitatik lagunduz, gaixotasuna agertu aurretik gaixoak normaltasunez jarduten zuen gizarte-inguruneetik bertatik lagunduz. Alegia, pertsonaren eskubide

indibidualaren printzipioa, kolektiboaren gainetiko, haren integrazio eta babeserako erreferentzia bilakatu.

Kopuruei eta pertsonari dagozkien datuez eta datu sozialez gain, ezaugarri horrek osatzen du gure erkidegoan nahaste psikiatrikoak dituen gaixoaren ereduaren ezaugarri garrantzitsuenen multzoa.

Bestetik, erabilgarria da adimen-nahaste kronikoetarako laguntza soziosanitarioaren programan adimen-gaixoari buruz ematen den definizioa (sarearen erabiltzailea), arlo honi buruzko foru planean sartua dagoena. Horrela, "adimenekoen" taldean –halakotzat jotzen dira adimen-osasuneko sarearen erabiltzaile hein batean ohikoak direnak, portaera-arazoak, ezagutzari dagozkionak eta abar izateagatik–, zenbait multzo bereizi daude:

3.1.2. ADIMEN-NAHASTE LARRIAK

- Batez ere psikosiak, depresioak eta nortasun-nahasteak.

- Populazio nahiko gaztea (40 urte ingurukoa).

- Haien guraso eta anai-arrebekin bizi dira, eta autonomia nabarmena daukate –janzteko, higiene pertsonalerako, mugitzeko, diru-kontuak antolatzeko...–.

- Sozializazio-maila apalagoa.

- Beharrezkoa dute norbaiten gainbegiraketa.

- Beharrezkoak dituzte osasun-zainketak –psikiatria eta psikologia klinikoa–.

- Beharrezkoak dituzte gizarte-zainketak.

- Zerikusirik duen gaixotasun somatikorik ez dute agertzen.

- Bizi-itxaropen luzea dute.

- Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planean sarturiko "Adimen-nahaste kronikoetarako laguntza soziosanitarioaren programa" izenekoak lehentasunezko xede zuen biztanle-taldea da.

3.1.3. DEMENTZIA-IZAERAKO NARRIADURA KOGNITIBO GEHIKORRA DAUKATEN PERTSONAK:

- Batez ere zaharrak.

- Bilakaera gehikor eta azkarra mendekotasun eta hondamenerantz.

- Bizi-itxaropen apala.

(1) *Astrain, 1988.*

(2) *ANASAPS-Bartolomé de Carranza Fundazioa, 1997.*

- Maiz agertzen dira zerikusia duten gaixotasun somatikoak –geriatria–.

- Beharrezkoak dituzte osasun-zainketak –geriatrikoak eta psikiatria/psikologiako gutxiago–.

- Beharrezkoak dituzte ordezeko gizarte-zainketak.

- Hauek dira psikogeriatriako erabiltzaileak, adimen-gaixotasunak eta antzeko mendekotasun-arazoak dituzten hirugarren adinekoen multzo txikiago batez gain.

- Horrelako gaixoentzat beharrezkoak diren zerbitzuen izaerak (langile-ratioak, baliabideen taxuketa eta abar) haiek bereizten ditu adimen-nahaste larriak dituztenen kolektibotik, azken honetakoena adina edozein dela ere.

3.1.4. DROGAZALEAK, GAIXOTASUN LARRIAK (G.I.B. SEROPOSITIBOAK) DAUZKATENAK.

- Beharrezkoak dituzte osasun-zainketa handiak.

- Beharrezkoak dituzte ordezeko gizarte-zainketak.

- Goranzko bizi-itxaropena.

- Kolektibo txikia da, baina hazten ari da.

- Baliabiderik eza –Ororbiako aterpetxea (11 pertsonentzako tokia)–.

- Aipaturiko gaixoen kolektiboari tratamendu bereziak ematea.

3.1.5. EZGAITU PSIKIKOAK –ADIMEN ATZERTUA DUTENAK–, PORTAERA-ARAZOAK DITUZTENAK.

- Tarteko ezaugarriak, adimen-gaixotasunaren eta adimen-atzerapenaren artekoak.

- Instituzionalizazioaren aldeko eta aurkako jarrerak nahasirik.

- Kolektibo hau nahasirik agertzen da, alde batetik, “adimen-nahaste kronikoak” dituen taldearekin eta, bestetik, “adimen-atzerapena” duenarekin (sarritan pairatzen ditu portaera- eta nortasun-zailtasunak).

- Hasierako ezaugarri-multzo gehienbat klinikon honetan sakonduz, gaixo hauen bizimoduaren zenbait alderdi deskriba daitezke¹:

3.1.6. EZAUGARRI DEMOGRAFIKOAK

- Gaixoen % 47,4k 26 eta 35 urte bitarteko adina dute, eta guztizko kopuruaren batez beste-

ko adina 33 urtekoa da (adinak 21 eta 54 urte bitartekoak dira).

- % 55,3 gizonezkoak dira.

- 10 pertsonatik 9 ezkongabeak dira.

- Gehienak Nafarroan jaioetakoak dira (% 82).

- Soilik % 32k dituzte eskola-gradutatutik gorako ikasketak.

3.1.7. FAMILIA-EZAUGARRIAK

- % 76,3 bere jatorrizko familiarekin bizi da.

- Soilik % 26 bizi dira euren bikotekidearekin

- % 21 ez dira familiarekin bizi: Bakarrik bizi dira, pentsio batean (% 21), edo etxebizitza batean, beste pertsona batzuekin (% 2,6) edo erakundeetan (% 7,9).

- Inkestan parte hartu duten pertsonen adinak gora egin ahala, euren familiarekin bizi ez diren gaixoen ehunekoak gora egiten du.

- % 88,8 euren jabetzako edo alokaturiko etxe batean bizi dira.

- Gaixoen % 16 bizi dira 5 pertsona baino gehiagoko familia batean.

- Gehien-gehienek ez daukate seme-alabarik. Soilik % 5,2k dauzkate.

3.1.8. LANBIDE-EZAUGARRIAK ETA EZAUGARRI EKONOMIKOAK

- Haietako gehienak ez-aktiboak dira.

- % 79 langabezian daude, erretiratuak edo pentsiodunak dira, edo ez daukate lanik.

- % 50 pentsiodun gaitasungabetuak dira.

- Gaur egun % 18,4k soilik lan egiten dute (1997).

- Horietatik, lanpostu finkoa soilik % 10ek dute.

- % 52,6k iraganean lan egin zutela adierazi zuten.

- % 50ek 5 urte baino gehiago daramate lanbide-egoera horretan.

- Gaixoen % 26,3k ez du inoiz lan egin.

- % 18,4k ez du inolako dirusarrerarik.

- % 52,6k 65.000 pezeta (390,66 euro) edo gutxiago jasotzen dute.

(1) ANASAPS-Bartolomé de Carranza Fundazioa, 1997.

- Soilik % 10,5ek dauzka hilabetean 125.000 pezeta (751,27 euro) baino gehiagoko dirusarrera gehienekoak.

- 21-25 urteko adin-tartearen azpitik dauden gehienek (% 71,4k) ez dute inolako dirusarrerarik jasotzen.

- Kasuen bi herenetan dirusarrerak baliaezintasunaren edo gaitasunik ezaren ondoriozko pentsioetatik, oinarrizko errentatik edo erretirotik eskuratzen dira.

- Kasuen laurdenetan dirusarreraren jatorria gaixoaren lana bera da.

- Datu interesgarria delakoan (ikus familiarteko/zaintzaileen ezaugarriak) adierazi behar da familiarteko/zaintzaileen % 34k hilero dituzten batez besteko dirusarrerak 300 eurotik 600era bitartekoak direla (50.000 pezetatik 100.000ra bitartekoak).

- Kasuen % 56,5etan, batez bestekoa hilabete-ko 600 eta 1.200 euro bitartean dago, eta kasuen % 9,4k soilik gainditzen dituzte 12.000 euroak.

3.1.9. EZAUGARRI SOZIALAK

- Elkarrizketa egin zitzaien pertsonen % 8k bikotekidea zeukaten une hartan (1997).

- % 50ek bikotekidea izan zuten, baina jadanik ez daukate.

- % 41,2k esaten dute ez dutela inoiz izan bikotekiderik.

- Familiarteko/zaintzaileek eskainitako datuetatik ondorioztatzen da gaixoen bikotekidea izaten dutela haiek adierazi baino kasu gutxiagotan.

- Gaixoen % 36,8k diote gaur egun lehen baino lagun gutxiago dituztela.

- % 31,6k diote lehen baino lagun gehiago edo lehen adina lagun dituztela.

- Familiarteko/zaintzaileen datuek agertzen dute soilik % 15,8k dituztela lehen baino lagun gehiago.

3.1.10. EZAUGARRI PSIKIATRIKOAK

- Elkarrizketaturiko pertsonen bi herenek (% 60,5ek) gaixotasuna orain dela 10 urte baino lehenagotik pairatzen dute.

- % 21ek soilik pairatu du bost urte baino gutxiagoz.

- Eginiko diagnostiko guztietatik, % 85,7 eskizofreniakoak dira, eta gainerakoak bestelako nahasteak dira.

- Tratamendua: elkarrizketaturiko pertsonen % 76,3 kontsultara joan ohi dira eta badakite "tratamendua beharrezkoa dela". % 10,5 kontsultara joan ohi dira, baina laguntzarekin, eta % 7,9 ez dira euren gaixotasunaz jabetzen, eta horren sintomak kontrolatzeko gaitasunik ere ez dute; horrela, tratamendua hartzen segitzen dute, baina besteren ikuskaritzapean soilik.

- Gaixoen ia % 80 ospitaleratuak izan da arrazoi psikiatrikoengatik.

- Ospitaleratuak izan diren gaixoen % 65,6 ezinbestean ospitaleratu dira; batez beste, bi aldiz.

- Ospitalera eramateko maizenik erabili diren baliabideak hauexek dira: medikua, epaitegia, polizia eta Gizarte Laguntzako Polizia Unitateak.

3.1.11. GAIXOTASUNA ETA MARJINAZIOA

Nahaste psikikoak jasaten dituzten pertsona guztien artetik, oso kezagarria da "sendagarritasun"-estandarrak baliozkotzat jotzen ez dituztenen, osasun-tratamendua onartzen ez dutenen edo gai toxikoak kontsumitzen segitzen dutenen egoera. Kasu horien larritasunak, sendatu edo tratatzeko duten borondatea eta gaixo daudela ohar-tzen ote diren ala ez alde batera utzita, ez ditu estaltzen haien zama eta ondorioak gaixoak bizi direneko gizarte-ingurunean (kasu gehien-gehienetan, hiri-inguruneak eta bazterketa sozialeko eremuak).

Kasu batzuetan, gaixo horiek zainketa aringarri soilak eta gizarte-laguntza berezia behar dituzte eta, kasu guztietan, laguntza pertsonalizatua eta tolerantzia, eskainiriko jarraibide eta tratamenduak betetzeari dagokionez.

Talde hori osatzen dutenak gehienbat 40 urte-rik gorako pertsonak dira, bakarrik edo familia- eta gizarte-lotura eskasak dituztela bizi direnak, eta laneratzeko zailtasunak dituztenak, hein batean, hain zuzen euren adimen-nahasteen ondorioz. Horrez gain, oinarrizko beharrianak asetzeko zailtasunak izaten dituzte, pentsio baxuak edo gizarte-laguntzak izaten dituzte, etxebizitza hon-datuek edo ekipamendu eskasekoak, eta gizarte-isolamenduan etengabe murgildurik bizi dira. Bakarrik bizi diren pertsonak, euren beharrianei (elikadura, medikazio-kontrola, harreman pertsonalak, denboraren erabilera eta abar) ez dietenak beti egokiro aurre egiten.

Iruña aldean bizi dira, eta 300 pertsona baino gehiago dira. Behar bezalako bizileku iraunkorrik ez daukatenez gero, pentsioetan (behin-behinek-koz edo jarraian) bizi ohi dira, aterpetxeetan edo abegi-etxeetan; zailtasunik handieneko kasuetan,

leku publikoetan lo egiten dute (ezkaratzak, zubiak, kabinak...). Halaber, aipatu beharrekoak dira euren gurasoak zahartu ahala familiaren babesa galduz joan diren pertsonak, edo euren jabetzakoa den etxebizitza batean bakarrik bizi direnak, familiartekoren batek inoiz edo behin laguntzen diela.

Gaixo hauei, aurretiazko diagnostikoa izan nahiz ez izan, ez zaie osasun-laguntzarik ematen baldin eta ez badute eskatzen. Kasurik gehienetan, laguntza eta tratamendua behar duten arren, haien hondatze psikosozialak berak eragotzi egiten die osasun- edo gizarte-baliabideetara ohiko moduan hurbiltzea.

3.1.12. OSASUN SARE PUBLIKOAREN ERABILERA

- Gehien erabilitako baliabideak hauek dira:
- Adimen-osasuneko etxea (% 73,7)
- Familia-medikua (% 31,6)
- Kontsulta psikiatriko pribatua (% 18,4)
- Gaixorik gehienak (% 94,7) erregulariki joan ohi dira kontsultara
- Baliabide publikoetako mediku psikiatra, eguneko ospitalea eta ospitaleratze psikiatrikoko unitateak dira gutxien erabilitakoak (% 15,8).

Osasunbideak prestaturiko Adimen-osasunari buruzko 2001eko oroit-idazkian adierazten denez, urte horretan Nafarroako adimen-osasuneko etxeetan 91.954 kontsulta egin ziren (Foru Komunitateak guztira 559.248 biztanle ditu). Guztira, 17.249 gaixorekin izan zen harremana; horietako

3.954rentzat lehen aldia izan zen adimen-osasuneko etxe batera zihoazela. Gaixo eta urte bakoitzeko 5,3 kontsulta egin ziren, eta lehen bisita eta ondorengoen arteko erlazioa 22,3koa izan zen.

34.957 pertsona joan ziren kontsultara adimen-nahaste larrien ondorioz, eta batez bestekoa, gaixo eta urte bakoitzeko, 6,1 kontsultakoa izan zen. Haur eta gazteen esparruan (alegia, 16 urte eta hortik beherako adinak), 630 pertsona berri joan ziren kontsultara (guztira 6.730 izan ziren, kontsuluten guztizko kopurua 34.957koa izan zen, eta gaixo eta urte bakoitzeko batez beste 4,8 kontsulta egin ziren). Drogamenpekotasunen laguntzaren esparruan, guztira 12.177 kontsulta egin ziren, eta horietatik 248 izan ziren zerbitzu horietara lehen aldiz joaten ziren herritarrek eginikoak; gaixo/urte erlazioa 7,4koa izan zen, eta lehen kontsultaren eta hurrengoaren arteko erlazioa 48,1ekoa.

Azkenik, 31.384 kontsulta egin ziren. Horietatik, 1.589 lehen aldiz eginikoak izan ziren, larritsun txikiko adimen-nahasteetarako laguntzan, eta bertan gaixo/urte erlazioa 4,5ekoa izan zen.

Guztira, 2001ean gaixo berrien 3.520 kasu berriri erantzun zitzaion. Lehen adierazitako lau arloen artean, guztira 15.828 gaixok jaso zuten laguntza sare guztian.

Aipaturiko 2001eko txostenaren sarreran adierazten denez, adimen-osasuneko etxeetan egini-ko lehen kontsultek behera egin dute nabarmen, oinarrizko osasun-laguntzak beteriko "iragazki-eginkizunaren" ondorioz, haur eta gazteen eguneko ospitaleko lehen kontsultekin gertatu bezala, hein handi batean murriztu baitziren.

Nafarroako Adimen Osasuneko Sarearen laguntza-jarduera, 1987-2000

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	%2001-00
Adimen-osasuneko etxeak	5919	8304	10027	11036	11559	12073	12868	13877	15212	15651	15921	17000	17099	16996	17249	1,5
Erabiltzaileak, guztira	38031	57703	65011	72478	70976	72951	79296	82414	82204	84000	85268	86673	84288	85033	86333	1,5
Kontsulta indibidualak, guztira	40	40	40	40	40	40	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,0
Eguneko ospitalea	6392	7883	7085	8142	8784	9554	10090	10877	10811	10157	10269	10404	10040	10339	11000	6,4
Haur eta gazteen eguneko ospitalea																
Gaixoak						99	99	158	200	204	255	310	351	382	388	1,6
Kontsulta indibidualak, guztira						794	794	1694	2463	2511	3430	3549	3100	3327	3526	6,0
Larrialdiak	2205	2614	2612	3144	4779	5008	4781	4623	4379	5436	5268	5799	5474	5286	5993	13,4
Ospitale-unitate psi.																
oheak	59	55	58	58	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	0,0
Ospitaleratzeak	942	1029	1030	942	941	996	932	829	808	889	860	842	812	898	992	10,5
Egonaldiak	13797	14463	16220	17947	18603	18241	18332	18899	19519	18447	19239	19272	18729	19352	18220	-5,8
Batez besteko egonaldia	14,6	14,1	15,7	19	19,8	18,3	19,7	22,8	24,1	16,4	22,3	22,9	23,1	21,6	18,9	-12,5
Okupazio-i.	64,1	72	76,6	84,8	94,3	92,2	96,5	96,4	99	93,6	97,6	97,8	95	98,2	93,8	-4,5
Besteren ospitale eta zentroak (Ahizpa ospitalarioak.)																
Ospitaleratzeak									83	109	210	317	334	304	146	-52,0
Egonaldiak								3863	4668	4426	7447	8369	7682	8218	7957	-3,2
Batez besteko egonaldia									56,9	40	35,5	26,4	23	27	55	101,9
Errehabilitazio-klinika																
Egoitza-programa																
Oheak						32	32	32	32	30	30	30	30	18	16	-11,1
Egonaldiak						9286	9321	9734	9574	8330	10324	8367	8430	6227	1988	-68,1
Eguneko zentroa programa																
Egonaldiak		2807	2249	2565	2565	2704	2849	3415	3669	4014	4200	4065	3989	3489	5684	62,9
Terapeutikoak																
Egonaldiak																
Eguneko zentroa drogamenp.																
Egonaldiak		1139	1723	1981	2691	2667	2729	2382	2472	3409	4146	4272	3961	4042	4042	2,0
Zentro psikogeniatrikoa																
Egoitza-programa																
Errola (abenduak 31)	631	550	494	438	297	288	255	249	238	223	213	213	213	213	213	0,0
Egonaldiak	236405	214672	187300	165870	137648	95932	94229	90828	88931	83478	79500	75498	77745	75904	76027	0,2
Kontsultak	2842															
Dirusarrera berriak												6	35	28	11	-60,7
Eguneko zentroa programa												27	30	23	13	-43,5

GAIXOEN BANAKETA, ADIN-TARTEAREN ARABERA

ADIMEN OSASUNeko ZENTROAK						
	Gaixo berriak		Gaixoak, guztira		Nafarroako biztanleak	
	N	%	N	%	N	%
<= 15 URTE	577	14,6	1.139	6,6		14,3
> 65 URTE	450	11,4	2.736	15,9		17,4
HELDUAK (A5-65)	2.927	74,0	13.374	77,5		68,3
GUZTIRA	3.954	100,0	17.249	100,0	559.248	100,0

Gaurkoturiko biztanleriaren adinaren arabera daturik ez dago eskueran

GAIXOEN BANAKETA, PROGRAMEN ARABERA

PROGRAMAK	GAIXOAK, GUZTIRA		GAIXO BERRIAK	
	N	%	N	%
Lehentasunezko Laguntzako Programa, Adimen-nahaste larriak (NL)	5.735	33,2	1.053	26,6
Larritasun txikiko adimen-nahasteak (RE)	7.043	40,8	1.589	40,2
Haur eta gazteen programa (HG) (geroratuak ere barnean hartzen ditu)	1.041	8,1	630	15,9
Drogamenpekotasunen P. (DR)	1.649	9,6	248	6,3
Geroratuak (GE) / Errorea	1.421	8,2	434	11,0
GUZTIRA	17.249	100,0	3.954	100,0

LARRITASUN TXIKIKO ADIMEN-NAHASTEEN PROGRAMA (RE)

DIAGNOSTIKOAK	GAIXOAK, GUZTIRA		GAIXO BERRIAK	
	N	%	N	%
Distimia	921	13,1	86	5,2
Barne-hersturagatiko nahasteak	1.1975	28,0	476	30,0
Nahaste somatomorfoak	364	5,2	46	2,9
Egokitzapen-nahasteak	1.936	27,5	548	34,5
Beste nahaste neurotikoz batzuk	71	1,0	15	0,9
Zenbait faktore (ingurunea...)	1.103	15,7	279	17,6
Diagnostiko psikiatrikorik gabe	246	3,5	66	4,2
Bestelako diagnostikoak	239	3,4	67	4,2
Hasierako nahaste larritasun txikikoak ohikoak haurtzaroan eta nerabezaroan	188	2,7	9	0,6
GUZTIRA	7.043	100,0	1.589	100,0

Larritasun txikiko adimen-nahasteen programak barnean hartzen ditu adimen-osasuneko etxeetatik pasatako gaixo guztiak, baldin eta taulan jasotako diagnostikoak badituzte eta 16 urte baino gehiagoko adina badaukate.

HAUR ETA GAZTEEN PROGRAMA

DIAGNOSTIKOAK	GAIXOAK, GUZTIRA		GAIXO BERRIAK	
	N	%	N	%
Nahaste psikotikoak	45	3,2	26	4,1
Jokabide-nahasteak (oposizio larria, hiperzinetikoak...) Estereotipo-mugimenduen nahastea (tikak...)	205	14,6	77	12,2
Barne-hersturagatiko nahasteak (fobia soila, obsesio eta konpulsioak...)	132	9,4	49	7,8
Bestelako neurosiak	140	10,0	77	12,2
Agerpen fisikoak dituzten bestelako nahasteak (enuresia, enkopresia...)	58	4,1	27	4,3
Elikadura-jokabidearen nahastea (anorexia, bulimia...)	59	4,2	34	5,4
Garapenaren nahaste orokorrak (autismoa...)	18	1,3	3	0,5
Garapenaren nahaste berariazkoak (ikasketa-zailtasunak...)	22	1,6	8	1,3
Nortasunaren nahastea	5	0,4	2	0,3
Adimen-atzerapena	15	1,1	5	0,8
Zenbait faktore (ingurunea...)	235	16,8	1,4	16,5
Hautzaroko beste nahaste batzuk	92	6,6	32	5,1
Adikzioak	4	0,3	4	0,6
Suizidio-ahalegina	1	0,1	1	0,2
Bestelako diagnostikoak	18	1,3	12	1,9
Diagnostikorik gabe (diagnostiko psikiatrikorik gabe, edo, bestelako arrazoiak direla-eta, diagnostikorik gabe: behin bakarrik agertu da, eta abar)	39	2,8	24	3,8
Geroratua	299	21,3	139	22,1
GUZTIRA	1.401	100,0	630	100,0

Haur eta Gazteen Programak barnean hartzen ditu adimen-osasuneko etxeetatik pasatzen diren 16 urte edo gutxiagoko gaixo guztiak

DROGAMENPEKOTASUNEN PROGRAMA

DIAGNOSTIKOAK	GAIXOAK, GUZTIRA		GAIXO BERRIAK	
	N	%	N	%
Alkohol-kontsumoa	751	40,4	129	52,0
Opiazeo-kontsumoa (*)	839	45,2	64	25,8
Bestelako drogen kontsumoa	232	12,5	47	19,0
Ludopatiak (**)	35	1,9	8	3,2
GUZTIRA	1.857	100,0	248	100,0

(*) 208 opiazeo-kontsumitzaile daude zenbaturik, urtean zehar soil-soilik Opiazeoen Mantentze Programaren laguntza jaso dutenak. Ez dira erregistratu Adimen Osasuneko Kasuen Erregistroan.

(**) Barnean sartzen da ludopatia, Drogamenpekotasunen Foru Planean hala jasotzen delako.

Drogamenpekotasunen programak barnean hartzen ditu adimen-osasuneko etxeetatik pasatako gaixo guztiak, baldin eta taulan jasotako diagnostikoak badituzte eta 16 urte baino gehiagoko adina badaukate.

3.1.13. NAHASTE PSIKIATRIKOAK DITUEN GAIXOAREN EZAUGARRIEKIN ZERIKUSIA DAUKATEN BESTE PUNTU BATZUK.

“Gaixo psikiatrikoen gizarte-beharrizanentzako erantzuna 1999-2000” deritzon azterlanak, zeina oso maiz aipatua baita Nafarroako Gobernuko Osasun Departamentuak eskainitako dokumentuetan eta oinarri gisa hartua baita txosten honen puntu batzuetarako, zenbait datu eskaintzen ditu, ondorio modura, gaixoari edo hura bizi den inguruneari buruzko esanahi berezi bat daukatena. Komeni da kapitulu honen amaieran datu horiek azpimarratzea, familiak gaixo horri laguntza emateko duen oinarritzko euskarri izaeran sakondu aurretik.

Horrela, aipaturiko txostenak hauxe adierazten du:

- Gizarte-baliabideen esparruari dagokionez, inkesta egin zaien % 59k ez du baliabide horietatik ezein erabiltzen. Gehienek behar izaten dituzten baliabideak arlo okupazional eta lanbidekoak izan ohi dira; bigarrenik, egoitza-baliabideak, eta hirugarrenik, erkidegoan babesteko zerbitzuak.

- Gehienak euren gurasoekin bizi dira, horien etxean. Guraso horiek gero eta zaharragoak dira. Gero eta gehiago bizi dira bakarrik.

- Populazioaren ia erdiak begi-bistako ezgaitasun-maila dauka, larria edo oso larria. Ezgaitasun-

mailaren eta baliabide-beharraren artean lotura bat dagoela antzematen da: ezgaitasuna zenbat eta handiagoa izan, laguntza intentsiboagoa eta zainketa handiagoa eskaintzen dituzten eta izaera instituzionalagoa duten baliabideak dira egokitzat jotzen direnak. Alabaina, hain zuzen ere ezgaitasun oso larriak dituzten gaixoentzat eskatzen da baliabiderik gutxien.

- Bai ospitaleratzeetan esperientzia izan duten pertsonak, bai izan ez dutenek, batez ere baliabide okupazional eta lanbidekoak behar izaten dituzte. Ospitaleratzeak izan dituzten pertsonentzat eskatzen da gizarte-baliabide gehien, baina, bestetik, horietatik ere dira horrelako baliabideak gutxien erabiltzen dituztenak.

- Ez dago loturarik ospitaleratze psikiatrikoen maiztasunaren eta norberaren bizitzan estresa eragiten duten gertakarien artean.

- Ospitaleratzen diren pertsonarik gehienek ezgaitasun arinena jasaten dute. Ezgaitasun larria eta oso larria maiz agerturiko mailak dira, gaixotasunaren bilakaera-urteak gehitzen joan ahala. Alabaina, oso aipagarria da gaixotasuna agertu berri zaien pertsona ugari ezgaitasun larriak eta oso larriak pairatzen dituztela. Familiartekoren batekin bizi diren gaixorik gehienek ezgaitasun arinenak izaten dituzte; bakarrik bizi diren pertsonen % 40,6k, ordea, ezgaitasun larriak edo oso larriak jasaten dituzte.

3.1.14. NAHASTE PSIKIATRIKOAK DITUEN GAI-XOAREN EZAUGARRIEI BURUZKO ONDORIOA

Gaixoaren prototipoa¹ honela azalduz laburbil dezakegu: "pertsona heldua, gizona nahiz emakumea, ezkongabea, oinarrizko ikasketa-maila duena, bikotekiderik gabea, seme-alabarik gabea, familiarekin bizi dena, lanbidearen ikuspegitik ezaktiboa eta pentsio-hartzaile ezgaitua, iraganeko lanbide-esperientzia duena, pentsio baxua jasozten duena edo ekonomikoki familiaren mende dagoena, eskizofrenia diagnostikoa duena, gaixorik 10 urte baino gehiago daramatzana, eta sare publikoko adimen-osasuneko etxeetan tratamenduan dagoena 6 urte baino gehiagoz; ospitaleratze psikiatrikoren bat ere izan du, bere gaixotasunaz jabetzen da eta ez da gaixo psikikoen eta familiartekoen ezein talde edo elkartetako kide".

3.2. KRONIKOTASUNAREN TRATAERA

3.2.1. KRONIKOAK

"Adimen-gaixotasuna kronifikatzen hasten da hura pairatzen duen pertsonak eta bere inguruneak elkar arbuatzearen ondorioz. Elkar arbuatzearen prozesu horrek bakartzera eta marjinaziora eramaten du gaixoa. Kronikotasun-indizeak behar egin dezan, tolerantziaren atalaseak handitu beharra dauka, modu horretan gizartearen ezgaitasuna saihesteko". (Blasi R.)

Badago gaixo-talde bat, "korapilatuak daudena" esaten zaiona, anbulatorioetako laguntza-zerbitzuetara denbora luzez joan behar izaten duena. Pertsona horiek nahaste psikikoak daukate eta, beren krisialdiak gainditu eta gero, sintoma iraunkorrak, bizitzeko gaitasuna murrizten dituenak, izan ohi dituzte oraindik. Horiexek dira adimen-gaixo kronikoak.

Kolektibo hori osatzen dutenak honela bereiziko ditugu:

- Ero-etxeetatik gelditzen direnak: Hauek behar duten laguntza-maila ospitale edo babesturiko ingurune batean soilik jaso daiteke. "Desinstituzionalizazio zailekoak" taldekoak dira hauek; ospitalera itzultzen dira haien laguntza beste baliabide batzuetatik kudeatu nahi denean.

- Kroniko kanporatuak: "Ospitale psikiatrikoan oro har egonaldi luzeak egiten dituzten gaixoak, oheak murrizteko administrazio-politika berriengatik alta eman zaienak".

Gaixo horien bizi-kalitateari buruz gogor mintzatu izan dira zenbait; adibidez, Tauskyk hauxe dio: "tamalgarriagoa da haientzat eta haien ingurukoentzat aterpetxean izanen luketena baino".

Gaixo horien ezaugarriak honakoak dira, batez beste:

- Gizonezkoak
- 40 urtekoak
- Lan kualifikaturik gabekoak
- Zuzeneko familiarik gabekoak
- Diagnostiko ezberdinak dituztenak
- Baliaezintasun-errentak daukate.

- Porrot egin dute gizartera egokitze eginkizunetan

- Anbulatorio-zerbitzuen erabiltzaile kronikoak: Kroniko izatera iritsi diren gaixoak, ospitaleratze-beharrik gabekoak; "niaren eginkizun autonomoak gutxiutuak daukate neurri ezberdinetan, haien harreman-gaitasuna ilunduta dago, eta haien langaitasuna murriztua; giza harremanetatik ihes egiteko joera agertzen dute, eta jasaten duten gaixotasunetik bigarren mailako onurak lortzeko nahi oharkabekoa nabaritzen zaie". Talde honetakoak dira etxetik kanpo lan egiten ez duten etxeokandreak, gizarte- eta lanbide-maila baxukoak direnak eta nagusiki neurosi eta depresio neurotikoko diagnostikoak dauzkatenak.

- Gaixo kroniko heldu eta gazteak: Zenbait txostenek gogortasunez adierazten dute arriskua dagoela talde hau "psikiatriako arazo handia" bihurtzeko. Hauek dira "kroniko berriak" dei diezaiekegunak, desinstituzionalizazioaren ondoren sortuak, erreformaren aurreko ospitale psikiatrikoetan eta krisialdi ekonomiko batean zehar ospitaleratuak izan ez zirenak. Agertzen duten koadro klinikoa oso aldakorra da. Ezaugarri dituzte "gizartera egokitze defizit larriak" eta zerbitzuen erabilera "desegokia"; horrela, bada, zerbitzu horiei arretaren/lanaren gainkarga bat erakar diezaieketen. Haien hondamen psikosozialak identifikazio-ezaugarri argiak agertzen ditu:

- Ekimen-gaitasunaren beherakada handia; horren ondorioz, nor bere kabuz izandako gizar-te-jokabideak desagertu egiten dira.

- Edozein jardueratako errendimendua mantentzeko zailtasunak.

- Interesaren eta motibazioaren beherakada.

(1) ANASAPS-Bartolomé de Carranza Fundazioa, 1997.

- Gizartearengandik isolatzeko joera, eta berariaz egiten diote uko jendearekin egoteari.

- Eredu eta trebetasun sozialen galera.

3.2.2. ERREALITATEAREKIN TOPO EGITEA

Gaixo kronikoak oro har “gizarte-beharrizanak dituzten biztanle gaixotuak” definizioaren bitartez azaldu ondoren, nahaste psikiatrikoak dauzkaten pertsonentzako laguntzaren problematikaren gainean azken urteotan eginiko txostenetako zenbaitek arreta bereziz aztertzen dute zer-nolako garrantzia duen baliabide egokien gaur egungo edo beharrezko eskuragarritasunarekin erreforma psikiatrikoak sorturiko joerak eta helburuak kontrajartzeak.

Txosten berezi hau prestatzeko kontsultatu diren azken zazpi urteotako dokumentu gehienek behatzen dituzte erreformak eta bertan ezarrirako bitartekoen egokitasun edo desegokitasunak gaixo kronikoei ekarriko dizkieten ondorioak. Iritzia da ezen, alde batera utzirik laguntza hertsiki medikorako antolaketa eta erabiltzen ari diren bitartekoei dauzkaten ezaugarriak, krisirik larriena gorpuzten dela gaixo-multzo honen eta haiei laguntza emateko erantzukizunetako batzuk helarazi zaizkion hurbileko erkidegoaren gain. Dena den, gizartearen esparruan inondik ere bukatuak ez dagoen erreforma horrek administrazioaren arlotik kanpo jasanarazten duen presio guztia nozitzen ari direnak, azken batean, familiar-tekoak eta, hein batean, elkarteak dira.

Bestalde, baldin eta beharrizan sozialak dauzkaten adimen-gaixoei buruz hitz egiten bada, ez azterketa esperimenterako hautu gisa, baizik eta haien egoeraren prekaritatearen ondorioz, beharrezkoa gertatzen da baliabideen arloko ekintzak prestatzea, nahitaez prebentzioaren ildokoak izan behar dutenak, Nafarroan jadanik 1986tik ezarritako erreforma psikiatrikoko eta beste erkidego batzuetako arau-garapenetako printzipioei jarraituz. Eta, nagusiki, beharrizanak gero eta neurri handiagoan direlako gizartearen esparrukoak, baieztatu den bezalaxe; norbanakoaren eta familiarren esparrua gaintu eta gizartearen baitako bihurtzen dira; norbanako guztien multzora orokortzen dira, eta, horrela, beharrezko suertatzen da gizarteak erantzuna ematea. Beraz, gaixo hauei behar bezalakoa ez den laguntza ematea bazterketari atea irekitzea da, egiaztatuta dagoelarik, gainera, haien gizarteratzea gero eta bizkorkiago gauzatzen ari dela.

Horrela, bada, eskaturiko zerbitzu berriak hedatu, handitu eta/edo sortzeko eginkizunean foru administrazioak duen erantzukizunari buruzko abisuak munta bereziki garrantzitsua dauka. Garai batean ez bezala, zeinean laguntza psikiatrikoa gauzatzen baitzen internamenduetan eta/edo karitate-erakundeen ongintza-jardueran, eginkizun hori administrazioari helarazi zaio, erreforma psikiatrikoaren eta baita gizartearen aurreapenaren eraginez. Izan ere, administrazioa da beharrezkoak diren zerbitzuen arduraduna, Konstituzioak aitorturikoak diren eskubide batzuen ondorioz. Erantzukizun horren esparruan utzikieriaz jarduteagatik nora eta erro-errotik boluntarismoan oinarrituriko gizarte-ekimenen agerpen berrien egoera batera itzultzea, ez bedi ahaz, erantzukizun horri zuzenean ihes egitea da, erreformaren eta bere helburuen arteko lokarria etetea, eta, batez ere, gizartean dituen ondorio kuantitatibo eta kualitatiboak direla-eta, aipaturiko eskubideak urratzea.

Funtsean, gaixo kronikoentzako tratamendurako –gogoan izan bedi gaixo kronikoak ez direla multzo bereizgabe eta bateratu bat– beharrezkoa da zenbait faktore koordinatuko dituen jarduera, lehentasunezko helburu gisa gaixoari bere pertsona-izaera itzul dakion sustatzea, bere historia, bere “oroimen emozionala”, berreskuratu edo berreraikitzea, bere iraganeko gertakariak garrantzitsuenak berriro azaleratzea. Gaixoa orainaldira ekartzea¹ –dagoeneko finkatua dagoen esamoldea erabiliz–, bazterketa-arrisku oro saihestuz, erkidegoan dagokien tokia ere berreskura dezaten.

Kronikotasuna, denboran zehar luzatzen den laguntza eta zerbitzu-erabilera beharrezkoa egiten duen aldetik, laguntza-euskarri nagusia da eta, aldi berean, erronkarik handienetakoa adimen-osasuneko antolamenduari begira². Erantzukizun hori betetzeak berarekin dakar, lehen erantzukizunaren berezko betebeharrak gisa, gaixoaren harreman-esparruan jarrera-aldaketak sustatzearena, eginkizun terapeutikoak eta sozialak betetzen dituzten arteko barne gatazkak ebaztea, baliabideen kudeaketan eraginkortasunik handiena bilatzea eta administrazioak ahalegina egitea bere urruntasunetik giza adierazpide eta portaeren konplexutasunera hurbiltzeko.

Desinstituzionalizazioaren ondoko jardueraren ardatzetako bat da zainketen jarraitasuna, bi ikuspegitatik: gaixoaren bilakaeraren jarraipen etengabeko.

(1) Rendueles, 1986.

(2) Aparicio, 1991.

bea egitea –laguntza pertsonalizatua– eta egitura nahiz diziplinak elkarrekin erlazionatzea, gaixoak une bakoitzean dituen beharriaren arabera koordinaturik. Hala da garrantzitsua osasun-etxeak koordinatzea, laguntza psikiatrikoaren eta adimen-osasunarentzako laguntzaren ardatz gisa, nola den osasun-etxeak gainerako egitura tartekoekin (ospitaleratzea, familiak, oinarrizko laguntzako taldeak eta abar) koordinatzea. Laguntzaren osotasuna da erkidego-laguntzaren ideia, eta baliabideen koordinazioak ez badu bermatzen zainketen behar bezalako jarraitasuna eta, horrekin, gaixoarentzako laguntza integrala, kudeaketa publikoko adimen-osasuneko sareen¹ arazorik larrietako bat gertatzen da, eta hori areagotu egiten da zenbait enpresaren parte-hartzearekin, modu berean koordinatu behar baitute elkarrekin².

Gaur egun, koordinazio-jarduera hori familieren esparrura lekualdatu da. Bertan, gehiegizko erantzukizuneko postuetatik zaintzen da osasuna-

ri eta gizarteari dagozkien alderdien arteko erlazioaren funtzionamendua, eta horrek, sistemaren eraginkortasunaz gain –bere hutsuneengatik–, premia ekartzen du diagnostiko bat egiteko, erkidegoaren esparruan familiak duen zereginari buruz baino haratago, administrazioetako zerbitzuen –baliabideak eta guzti– eta gaixoaren gizarte-ingurunearen –laguntzak eta guzti– artean aurreikusitako erantzukizun-banaketak agertzen duen joerari buruz.

Adimen-gaixo kronikoentzako erkidego-laguntzaren sare egokiago bati buruzko koadroak³ beharrezko ditu osasun-sistema osatuko duten zerbitzuak, honakoen bidez emanak: adimen-osasuneko etxeak, ospitaleratze-unitateak, tarteko egiturak, eta gizarte-zerbitzu espezializatu edo orokorrak. Gainera, bestelako zerbitzuekin koordinatu beharrekoak dira; bereziki, enplegu eta prestakuntza zerbitzuekin.

ADIMENENKO GAIKO KRONIKOAK INTEGRATZEKO JARDUERA-MAILAK. BITARTEKOEN BALIABIDE ETA HELBURUAK

ZERBITZUAK-BITARTEKOAK

OSASUN ARLOKOAK	TARTEKOAK	SOZIALAK	ERKIDEGOKOAK
HELBURUAK Egonkortasun klinikoa Errehabilitazioa	HELBURUAK Errehabilitazioa bergizarteratzea	HELBURUAK Errehabilitazio eta bergizarteratzeko baliabideak bideratzea	HELBURUAK Bergizarteratzea
Adimen Osasuneko Etxea Eguneko ospitalea	Eguneko zentroa Lanbide-errehabilitaziorako zentroa Terapiarako etxebizitza Egoitza lagunduak Erdibideko etxea	Oinarrizko gizarte-zerbitzuak Tailer okupazionalak Babesturiko etxebizitza eta/edo pentsioa Laguntza ekonomikoak eta baliaezintasuna	Klub soziala, elkarteak Babestutako enplegua Enplegu normalizatua Etxebizitza normalizatua

Non oinarritua: Igartua eta beste batzuk, 1994.

(1) *Asociación Madrileña de Salud Mental, 1998.*

(2) *Repullo, 1988.*

(3) *Igartura eta beste batzuk, 1994.*

3.3. FAMILIAREN ESPARRUKO TRATAERA.

3.3.1. NORK ZAIINTZEN DUEN GAIXOA

Nafarroan, 5.500 familia baino gehiago bizi dira adimen-gaixo den familia-kide batekiko mendekotasun-lotura estua dutela. Erreforma psikiatrikoaren hasierako taxuketak pentsarazten du egoera hori aurreikusia zegoela eta hein batean onargarria zela, eta, ziur agertzeoak ziren eskasiei –prestakuntzakoak, ekonomikoak, sozialak...– erantzuna emateari begira, nahaste psikiatrikoentzako erkidego-laguntza emanen zela laguntza-egitura publikoak garatuz.

Adimen-gaixoaren familia-inguruabarrak agertzen diren biztanle-egoeraren ezaugarriak zehazteko, erabilgarriak –eta, xede honetarako, garrantzitsuak– dira Gobernuak onetsitako Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planak biztanle hauen inguruabar demografikoei buruz aintzat hartzen dituen datu batzuk:

- Nafarroako etxebizitzan % 38n bizi dira 64 urte baino gehiagoko pertsonak, eta horietatik ia erdietan (% 42n), bizikide guztiak 65 urte baino gehiagoko pertsonak dira.
- Ezgaitasunak dituzten pertsonen kasuan, % 80 (5etik 4) etxean bizi dira, eta soilik % 20 daude instituzionalizatuta.
- Pertsona bat, bere bizitzan zehar, 10,4 urtez egon daiteke ezgaitasun-egoeran; horietatik, 6,7tan ezgaitasuna iraunkorra izanen da, 2,9tan, aldi batekoa, eta 0,8tan instituzionalizatuta legoke (0,6 urtez gizonak eta 1,1 urtez emakumeak).

3.3.2. ZAIINTZAILEAREN EZAUGARRIAK

- Adimen-gaixo baten zaintzailearen ezaugarriak honakoak dira¹:
- Emakumea (% 75), ezkondua (% 73), gaixoaren ama (% 43), etxekoandrea (% 49), oinarrizko ikasketak dituen (% 73), eta batez beste 57 urtekoa (60 urte dituzte % 48k); familiaren dirusarrerak, batez beste, 1.200 euro (200.000 pta.) baino txikiagoak dira.
- Etxebizitza berean bizi da gaixoarekin (% 79). Harreman ona dauka berarekin, eta 4 urte baino gehiago daramatza (% 84) gaixotasunaren ondorioz bera zaintzen. Kasu askotan, 15 urte baino gehiago daramatza (% 29), eta astean 30 ordu baino gehiago ematen ditu gaixoa zaintzen (% 53).
- Gaixoaren eguneroko zainketan parte hartzen du, gaixoaren garbitasun pertsonalean (% 21,2), medikazioan (% 31,5), etxeko lanetan (% 36,5), erosketak egiten (% 33), janariak harentzat

prestatzen (% 48,3), astean behin zenbait lekutara joateko hari laguntzen (% 25,1), diruaren erabileran laguntzen (% 30,1), denboraren erabileran (% 32, astean behin edo bitan) eta administrazio-eginbeharretan (% 24,5 astean behin eta % 16,9 egunero).

- Pozez arduratzen da gaixoaz, eta betebeharrak gisa hartzen du (% 71). Kasu askotan horretara etsita dago, eta gaixoaren arazoetarako irtenbiderik ez dagoela pentsatzen du (% 71); baina kezkatutik bizi da, bera, zaintzailea, jadanik ez dagoenean gaixoak izanen duen geroagatik (% 63,3), eta gaixoak behar bezalako bitzita soziala ez izateagatik (% 33,6).

- Gaixoarekin duen harremanean, egunero (% 11,5) gertatzen da erne egon beharreko une bat, portaera aztoratu bat; % 11k astean behin aurre egin behar izan die suizidio saioei.

- Pentsatzen du bere osasunak okerrera egin duela gaixoa zaindu beharrendaren ondorioz (% 60). Maiz antsietatea izaten du (% 63,4), urduri, nekaz eta goibel sentitzen da (% 50 baino gehiago). Lasaigarriak eta antidepresiboak hartu behar izaten ditu (% 21), eta osasun- edo gizarte-arloko profesionalen laguntza behar izan du zainketa-eginkizunetan aritzearen ondorioz (% 30).

- Osoki edo hein batean egiten die aurre gaixoaren gastuei (% 51); batez bestekoa 240 eurokoa da (40.000 pta.), eta horrek aparteko gastua eginarazten dio (% 33).

- Gaixoa zaintzeak zaintzailearen lanbide-bizitzan eragin du (% 38), etxeko eginkizunetan (% 51) eta aisialdiko jardueretan.

- Familiako giroa tirabiratsua da, gaixotasuna ez dutelako ulertzen edo ukatu egiten dutelako (% 52), gaixoa zaintzearen ardura, guztiena dena, ez dutelako euren gain hartzen (% 21), haientzako denborarik ez daukatelako (% 17) edo gaixoari beldurra diotelako (% 13).

- Zaintzaileen herenak ez du inoiz oporrik, ez du bitzita sozialik, ez eta bere burua zaintzeko denborarik ere.

- Familian adimen-gaixo bat izateagatik kasu batzuetan gizarteak baztertuta sentitu da (% 17).

- Adimen-gaixotasunari aurre egiteko laguntza nagusia guraso, anai-arreba eta familiartekoei ematen dutena da.

- Zaintzaileen % 50ek ontzat jotzen du beste adimen-gaixo batzuen familiartekoei harremanak izatea, baina zaintzaileen % 1,6k bakarrik ditu harremanak.

- Zaintzaileen % 60k beste familiarteko batzuegana edo boluntarioengana jo dezake gehiegizko lana duenean. Baina % 40k soilik gauzatzen du aukera hori.

- Gaixoen % 30ek soilik jasotzen du bere gaitasuna tratatzeko berariazko zerbitzuen laguntza, azterketak egiteko kontsulta anbulatorioez gain.

- Aurre egin behar izaten die honelako problemei: itxaron zerrendak, gehiegizko burokrazia eta paperak, kontsulta-denbora mugatuak, jasotzen duen informazioaren argitasunik eza, profesionalak kontaktatzeko zailtasuna eta arreta-ordutegi desagokiak. Sentitzen du ezen profesionalak arazoak euren gainetik kendu nahi izaten dituztela, edo ez direla arazoan behar adina murgiltzen.

- Informazio gehiago behar izaten du gaixotasunaren pronostikoaz, krisi-egoeretan izan beharreko jokabideaz, eguneroko bizitzan gaixoari eman beharreko laguntzaz, gaixotasunaren izaera eta zergatiak, eskueran dauden baliabide eta prestazioez eta dituen eskubideez.

Foru administrazioak berak jadanik onartua daukanez¹, "aldaketa demografikoek krisi bat eragin dute gaur egungo laguntza informaleko eremuan, zeina tradizionalki familiaren esku egon baita, bere kideen zaintza eta laguntzaz arduraturik. Krisi horren zergatiak izan dira familien baitan gertaturiko aldaketak, hala nola seme-alaben kopuruaren beharrekada, emakumea laneratzea, etxebizitzaren tamaina txikiagotzea, guraso bakarrek familiak, familiako pertsonen mugikortasun geografikoa eta bizitza-azturen eta kontsumo-eremuan eraldaketak".

Planak berak ohartarazten duenez, "zaintzaileen laguntza-zereginak, garrantzi estrategikoa duen arren, ez du izan merezi duen aitorpena, ez eta sare formalaren behar adinako laguntzarik; horiekin saihestu eginen ziren gehiegizko zama fisiko eta psikikoko egoerak pertsona horietako askorengan, mendeko familiartekoa instituzionalizatze erabakia harrarazi dietenak, haren laguntza euren ardurapean hartzen segitzeko ezintasunaren ondorioz". Nahiz eta, ziurrenik, aipaturiko Planaren testuak ez duen onartzen administrazioak berak iraganean edo gaur egun izan duen edo duen erantzukizuna behar adinako, aurreikusiriko eta terapeutikoki ezinbestekoa den erkidego-sare bat garatzeko, familiek beteriko lanaren aitorpen

esplizitua gutxienez ere adi egoteko ohar bat zen. Bestelako gauza da planari aurreikusi zaion garrantzia.

Horrela, Nafarroako Gobernuak onetsitako dokumentuak adierazten zuen (8. orrialdea): "hala ere, laguntza informaleko krisiak ez du esan nahi atzerakada bat izan denik, baizik eta eraldaketa sakon bat gertatu dela. Trantsizio-prozesu horretan, familiak ez du menpekotasunaren zama bere gain hartzen segitu behar zaintzaileei laguntzeko berariazko politika bat garatzearen ondoriozko laguntzarik gabe". Dokumentu horrek aurrerago egiten du, eta esaten du beharrezkoa dela familia zaintzaileak "bere eskubide sozial eta indibidualak babesteko lege-esparru bat" ere izan dezala, erreforma psikiatrikoan ezarritakoaren ildotik, nahiz eta erreforma horretako xedapenetan ez zen ezin kasutan aurreikusten gobernuak gaixoen laguntza familiartekoen erantzukizuna izatea utziko zutenik. Horrela, Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planak agertzen duen helburu positiboa, adimen-gaixoak direla-eta familiek jasaten duten egoera berrantolatuzkoa, ulertu behar da ez erreforma horrek antolaturiko sistemaren funtzionamenduaren aldaketa gisa, baizik eta adimen-nahastea pairatzen duten herritar horien eskubideak defendatzean administrazio publikoek beteriko zereginaren berrikuspen autokritiko gisa.

Zenbait ahotsek azken hilabeteotan azpimarratu dute —erakunde honetara kexa indibidualak eta kolektiboak aurkezten ziren aldi berean— familiak berak ezabatu behar dituela, ahal den neurrian, "ezkortasun, etsipen, erruduntasun edo beldur" jarrerak, eta apustu egin dute familiartekoen beraiek aurrerapauso kualitatiboak eman ditzaten estigmatik eta gairitu gabeko aurreiritzi sozialak deuseztatzeko, horrela erantzuna eman dakion dituzten arazoaren aurrean nabaritzen den gizarte-ohartzunetik ezari eta adimen-gaixoak bai osasun-bai gizarte-sisteman biztanleria marjinetua eta lehentasun gutxiakoa bihurtzearen arriskuari —sala-tzen dutenez—; pertsona horientzako laguntzak oinarritua egon behar duela hertsiki ekonomikoak diren arazoietan eta arduradun den administrazioak aurrekontuetatik dirua eskuratu ahal izateko duen aukeran; eta emakumeak zaintzaile nagusi gisa duen zeregina handiagotu egin behar dela, emakumeak betetzen dituen eginkizunei dagokienez gizartearen lortu den aurrerapenari kontrajarri-rik.

(1) *Laguntza soziosanitarioari buruzko foru plana, 2000.*

Antzeko gogoeta bat egin zen jadanik 1987an¹, era berean datu zientifikoetan oinarriturik, hauxe iragarri zenean: familia bilakatu dela zerbitzu-ematearen iturri garrantzitsuen, eta etxebizitza, bestetik, laguntza- eta zainketa-zentro nagusi. Nahiz eta gizartean aldaketak izan diren eta familia-egiturak gorabeherak jasan dituen –batez ere, arrazoi sozioekonomikoak direla-eta–, bilakaera luzeko eskizofrenikoen % 60 inguru bizi dira euren familiartekoekin². Horregatik, gogoan izan arren komeni dela, helburu gisa, iraupen luzeko zainketak etxean bertan egitea, egia da, halaber, helburu hori lortzeko baldintzak ez direla beti betetzen.

Ingalaterran eginiko azterlan batek³ jotzen zuen ezen familiak eginiko esfortzu horren balio ekonomikoa 11.500 dolarrekoa zela urte bakoitzeko. Diru horren % 30 zuzeneko gastuak ziren, eta % 70, zeharkakoak (zainketaekin zerikusia zeukaten arazoan ondorioz familiaren dirusarrerak behera egitea).

Ezaugarri horiek dira –famiak adimen-gaioxarekiko ustekabeko eginkizun berri bat izatea, kostu horiek familiaren ekonomian daukaten eragina eta gehienbat emakumeari ezartzen zaion eginkizuna izatea– Nafarroan eta beste erkidego batzuetan egin diren azterlan guztiek gehien azpimarraturiko datuak; izan ere, ulertzen da ezen, Estatuak osasun-laguntzarako eskubidea bermatzen badu, gauza bera egin beharko lukeela osasun-laguntzaren eraldaketa baten ondoriozkoak diren zerbitzuen kasuan (zehazki, osasun-laguntza hedatzea, erkidego-laguntzara eta familia-gunearen parte-hartze aktibora).

Familiak dira, hain zuzen, erreforma psikiatrikoaren oinarrietako bat, eta aldatetarik gutxieneko faktorea osatzen dute. Hala eta guztiz ere, gaur egun adimen-gaioxentzako laguntzaren punturik ahulenetako bat gorpuzten dute:

- Nahiz eta erreformak jotzen zuen ospitaletik kanporatzea (“desinstituzionalizazioa”) prozesu baten zatitza, non erkidegoaren esparruak zeregin nagusia hartzen baitzuen, kontua da hasiera-hasieratik familia zela giltzarria gaixo hauek gizarteratu eta onbideratzeko asmoz erkidegoak egiten zuen ahaleginean.

- Erreformaren oinarriak berak familia kokatzen zuen erkidegoaren zeregin guztiaren zentroan.

- Baina, alde batetik, gaixo behar adinako bitarteko eta laguntza-euskarriz hornitzen zuen –efizienteak, 25 urteotan frogatu denez, eragin-kortasunez erabiltzen eta garatzen direnean–, eta, bestetik, familiaren inguruan laguntza-estrategia osatu bat sortzen zuen, familiaren zeregina gutxietsi gabe aukera ematen zuena familiaren protagonismo berri hura izan zedin:

- posiblea
- onartua
- sozialki komenigarria
- familiarentzat jasangarria

Tratamenduaren taxuketa berriaz geroztik igarotako urte hauen ondoren, esperientzia oso antzekoa izan da herrialde eta Espainiako autonomia erkidego guztietan, salbu eta Estatuaren gainerakoarekiko aurrerapen oso nabarmenak egin dituztenetan, hala nola Madrilen, Andaluziaren eta Euskal Autonomia Erkidegoan izandako esperientzia positibo batzuen kasuak.

Aurretik aipaturiko helburu horiek alboratzen joan dira, nagusiki, taxuturiko inguruneak ez delako eskura izan erreformak ezartzen zuen laguntza-egitura hura: alderdi soziosanitarioetara berriaz bideraturiko erkidego-zerbitzuen lorpena, gaixoari, amaierako helburua den aldetik, eta familiari, berehalako helburua eta sare horretako osagai den aldetik, laguntzeko egiazko politika gisa.

Familiari ondorioz ezartzen zaion “zama berriaren” arrazoi nagusiak dira juridikoki zerbitzu soziosanitarioak “ez-unibertsaltzat” taxutzea, alegia, irizpide politiko eta ekonomikoei loturikotzat; eta foru administrazioak borondate politiko tinkorik ez izatea, osasunaren eta gizarte zerbitzuen arloetako eskumenak eskuratu zituenetik, zerbitzu batzuetarako nahiz besteetarako –hots, gizarte- eta osasun-arlokoetarako– eskubidea berbera izatearen iritzia ikuspegi zabalago batez sustatzeko eta, horrela, erantzuna emateko Nafarroan 17.000 gaixo baino gehiagok osatzen duten biztanleriak jasaten duen egoera larriari. Familiak, berdin delarik zein den haien errealitate ekonomikoa eta/edo soziala, behartuta egon dira azken urteotan hiru eginkizun betetzera:

(1) Faedden et al.

(2) Wiedermann et al., 1994, EAEko Arartekoak aipatuak, 2000.

(3) Blasí, 1995.

- Nahaste psikiatrikoak jasaten dituen familiar-teko gaixoari laguntzea, familiaren esparruan integratuz; nahiz eta esan beharko litzatekeen familiarren esparru hori egokitu zaiela gaixoaren ezaugarri eta beharrezane.

- Administrazioari errebindikazioak helaraztea. Horren fruituak urriak izan dira: erreformaren printzipioetako beste bat, hots, adimen-gaixoari buruz gizartea kontzientziatzea lortzea, ez du garatu erantzukizuna duen administrazioak.

- Autolaguntza-egiturak eratzea, zeinak, kasurik gehienetan eta onenean, aurreikusiriko printzipio psikiatrikoaren asmo oneko ordezkotza baitira. Edonola ere, horrelako egiturak sortzen dira oro har administrazioak eta, zehazki gure kasuan, foru administrazioak honela jokatzuz sustatzen duen boluntarismotik: laguntza-multzo apal bat bideratzen du, bai familiei zuzenduriko banakako laguntzak, bai gaixoen eta zaintzaileen elkarrean bitartez helarazitako laguntzak. Laguntza horien kontrol- eta eraginkortasun-maila aztertzea litzateke.

Nafarroan, 1999an, ama eta arreba/ahizpek salatu zuten administrazioak adimen-gaixotasunari begira alderdi soziosanitarioetan zeukan jarre-rak erreforma psikiatrikoa "historiako osasun-erreformarik merkeena" izatea eragin zuela.

Alde batera utzirik zer-nolako ahalmen daukaten familiek zuzenki edo autolaguntza-elkarrean bitartez administrazioan eragiteko, ez da harrizkoa, gaixoarengandik hurbilen dagoen taldeak pairatzen duen presioaren agerri gisa, errebindikatu izana familiek eskubidea izatea administrazioarekiko askatasunez aukeratzeko ea euren gain hartuko duten ala ez tratamendu psikiatrikoan dituzten familiar-tekoak zaintzea (EUFAMI, Barzelonako konferentzia, 1995).

Adimen-gaioxentzako erkidego-laguntzaren gaur egungo eskaintzaren ezaugarri garrantzitsu bat, kezagarria izateagatik, hauxe da: aurreko garaiekin alderatuta gaixoen batez besteko adinak eta tipologia agertzen duen bilakaera ezberdina (populazio gazteagoa, nahaste-mota berriak, behar adinako eremu soziosanitario ordezkorik eza, baldintzapen sozioekonomikoak, helduak zahartu bitarteko familia-bizikidetasuneko eredu batera itzultzea...), eta gaur egun gaixoak zaintzeaz arduratzen direnen bizimoduaren bilakaera (bizitza luzeagoa, baldintza sozioekonomiko zaila-

goak...). Adinduak diren gaixo kroniko ugari, zeinek egokitzapen-gaitasun txikiagoa eta muga larriak baitituzte, normalki familia-esparru babesemaile batean ase ahal izan dituzte euren beharrezan. Horregatik, laguntza soziosanitarioaren esparruan helburu gisa gaixoak bere autonomia-mailarik handiena erdiestea duten ekintzekin batera, beharrezkoak dira beste ekintza batzuk, familien lana indartzekoak, hala tratamendu psikiatrikoaren ikuspegitik nola erkidego-tratamenduetatik.

3.3.3. ZERBITZU PUBLIKOAK ETA AUTOLAGUNTZA-ELKARTEAK

Azken urteotan, familiar-tekoen eta foru administrazioaren arteko elkarrizketa gauzatu da ahalik eta presio sozial handiena eta administrazioak bere nahierara ematen dituen ohiko laguntzen onarpena –kasu batzuetan, bi alderdien artean hitzartua– uztarturik. Aintzat hartu gabe laguntza horiek ez izatea doiturikoa eta aurreikusteko modukoa den aurrekontu-egoera batetik –batez ere, gizarte-ongizateari dagokionez –aterak; hori ez da txosten berezi honen xedea¹. Begi-bistakoa dirudi elkarte eta/edo partikularren ekimenez beharrezan horiei aurre egiteko bideraturiko aurrekontua ez dela inola ere behar adinakoa, adimen-gaixoei laguntzeko programak gutxienik arlorik ezinbestekoenetan neurri txikienean garatzeko ere; adibidez, laneratzea, oro har; edo egoitzetan emandako laguntza behar adinakoa eta, ahal dela, Nafarroan bertan eskainia izatea; edo gaixotalde jakin batzuentzako laguntza, haiek gizarte-bazterketa are handiagoan behin betiko amiltzea gobernuz kanpoko erakundeek edo boluntario-elkarrean soilik eragotzi baitute.

Edozein kasutan, elkarrizketa horrek (interesekoa, komenigarria den aldetik, baina eskasa, adimen-gaixoen eskubideen errespetuaren ikuspegitik) daukan arriskua da foru administrazioarena den erantzukizuna endekatzea, autolaguntzako kolektibo eta/edo elkarrean erantzukizun finantzatu bihurtzeraino. Nolanahi ere, protagonismoaldaketa horrek –zalantzazkoa, eraginkortasunaren ikuspegitik, eta arriskutsua, gaixoen eskubideen urraketa ekartzaren ikuspegitik– ez du samurtzen familiarren esparruak bizi duen arazoa.

Gaixo hauek beharrezko duten laguntza eta zainketak familian sortzen duten tentsioa autola-

(1) Erakunde honek aurkezturiko informazio eskaera dela eta Gizarte Ongizate, Kirol eta Gazteria Departamentuak eginiko txostena ikus bedi.

guntza-elkarteen bitartez bideratzea garrantzitsua da zaintzaileengan hain maiz agertzen diren egoera emozionalei edo autoestima-krisiei aterabidea emateko. Gure ustez, elkarte horien eta administrazioaren arteko lankidetzak bi alderdiei dagokien erantzukizuna da, bai eta hura familiarteko eta gaixoentzako laguntzetan gauzatzea ere, behar bezala zehaztu eta finantzaturiko jardueraprogramei jarraikiz. Kasu horretan, norberaren erantzukizunaren esparrua ez da bukatzen beste alderdiarena hasten den tokian. Administrazioak eta autolaguntza-taldeek elkarrekin topo egin dezakete langintza honetan, baina horrek ez du inola ere esan nahi administrazio publikoek adimen-gaixoei dagokienez gizarte-esparruan soil-soilik modu horretan jardun behar dutenik.

Esparru psikiatrikoan gaixoen laguntzaren beharrianak hein eta eraginkortasun handiagoz edo txikiagoz ase ondoren, garatzeke gelditzen da oraindik –garatzeaz ari gara, eta ez teorikoki planifikatzeaz– administrazioak, eta ez beste inork, bere eta ez beste inoren erantzukizunean oinarriturik eskaini behar duen baliabide-multzoa. De facto pribatizatuta bukatzen duten zerbitzu publikoen eraginkortasuna auzitan jartzeko asmorik izan gabe –hori ere ez da txosten berezi honen xedea–, nahitaez ohartarazi behar da ezen haiek beraiek ere gizarte-laguntzaren esparruan normalki aplikatzen dituztela planifikazio-irizpideak (giza baliabideak eta euren zerbitzuen finantzaketa orokorra barne). Beraz, zorrotasun are handiagoz jokatu behar dute administrazio publikoek, euren baliabideak erabiltzeko irizpideak zehaztu behar dituztenean, batetik, eta, bestetik, egiaztatzean ea baliabide haien helburuak betetzen ote dituen gastu sozialaren arloko inbertsio eraginkorren egiazko baldintzak, eta ez ote diren izanen soilik administrazioaren egiturekiko paraleloak diren antolaketa-egiturak garatzeko.

3.4. SISTEMA BERRIAREN ANTOLAKETA. GAIXOTASUNA ETA BALIABIDEAK

3.4.1. EREMU SOZIOSANITARIOA

Ikuspegi teoriko batetik, eremu soziosanitariotzat ezaguturikoa sortzen da oinarrizko eta ospitaleko osasun-laguntzaren eraldaketa kontzeptual eta praktikotik, eta, horrez gain, laguntzaren arloko alternatiben etorreratik; alternatiba horiek, sendaketarako ez ezik, gaixoaren zaintza eta autonomia erdiesteko ere badira (izan ere, gaixoak bestelako laguntzak ere behar ditu bere eguneroko bizitzarako).

Baina, egia izanik ere eremu horren ideiak begibistako alderdi positiboak dauzkala –izaera sozialeko beharrian berriak daudela antzeman izana eta

gaixoei laguntzeko dauden sistemak kritikoki berraztertzea–, haren aplikazioa eta/edo garapena konplexuagoa da. Haren taxuketak, zeina estrategikoki eta, beraz, planifikatuz lantzen zaila baita, gaixoarentzako bi laguntza-mota horien arteko eremu mugakide bihurtu du eremu soziosanitarioa: haren garapenean aurrerapausoak emateko egiazko borondaterik eza dela-eta, eskumenei dagokienez distantzia bat sortzen da, eta horren ondorioz, kasu batzuetan administrazioaren zati batetik ez da laguntzarik iristen –zenbaitetan, laguntzan benetako hutsuneak daude–; eta, beste batzuetan, gizarte-zerbitzuak administrazio publikoen nahierara emandako prestaziotzat jotzen dira –alegia, ez dira jotzen zerbitzu unibertsal gisa, osasuna kasu– eta, ildo horretatik, atea irekitzen zaie dirua egotea eta/edo lehentasun politikoa bezalako irizpideei. Eta eremu soziosanitarioan sarturiko funtsezko zerbitzu horietako batzuk kofinantzurik egoteak ez du ia eraginik izaten irizpide horietan.

Beti ere, gizarte- eta osasun-laguntzak eremu honetatik urrun egoteak zailago bihurtzen du nahaste psikikoak dituzten pertsonentzat beharrezkoa den laguntza integrala; horrela, pertsona horiek euren gaixotasunean zehar, une askotan tarteko eremu horretan murgildurik egoten dira, non zehazteke egoten baita eskumena, edo kasuan kasuko zerbitzua abiarazteke. Horrela, bada, osasunaren eta gizartearen arloak uztartzen dituzten zenbait arazori eskaintzen zaien hutsuneaz gain, kontuan hartu behar da herritarren desorientazioa, administrazioan barrena eginitako “txango” ezaguna, zenbaitetan informaziorik eta/edo konpromiso egokirik ezaren ondoriozkoa.

Arazo honekin zerikusia daukaten pertsona guztiek jadanik ezagutua eta barneratua daukaten ideiatik abiatuz, nola den adimen-osasuneko zerbitzu publikoen izaera bitarikoa dela, sakonki aztertzea da ea adimen-osasunaren arloko baliabide eta programen izaera ote den osasunaren arlokoa, gizartearen arlokoa ala bietakoa (soziosanitarioa); izan ere, sailkapen hori erabakitzeak, aipaturiko baliabideak eskumenen arabera logikaz esleitzera eramateaz gain, haien antolaketa, funtzionamendua eta finantzaketa ere erabakitzea ekar dezake.

Osasunaren ikuspegitik, ondoriozta daiteke Osasunari buruzko 1986ko Lege orokorrak (ikus bedi txosten honetan azterketa juridikoa egiten duen kapitulua) laguntza hori zorrotzki osasunaren arloan kokatzen duela, 20. artikulua ezartzen baititu adimen-osasunaren esparruko jardueraren oinarrizko lerroak. Alabaina, lege horrek berak, zeinak ezartzen baitu adimen-osasuneko jarduerak osasun-sistema orokorrean txertaturik egonen direla, berriaz aipatzen ditu aztergai dugun

kolektiboaren osasun- eta gizarte-arloetako beharriaz, eta zehazten du osasun-sistema orokorreko adimen-osasuneko eta laguntza psikiatriko zerbitzuek ardura izan behar dutela, zerbitzu sozialekin koordinaturik, oro har osasuna galtzearekin batera agertzen diren arazo psikosozialetarako laguntzaren gainean.

Ildo horretatik, osasun-arloko prestazioak antolatzeko urtarilaren 20ko 63/1995 Errege Dekretuak ezartzen duenez (4. xedapen gehigarria), osasun-galtze edo gaixotasun kasuetan agertzen diren arazo edo egoera sozialetan edo osasunaz bestelako laguntzaren arlokoetan eman beharreko laguntza hartuko da laguntza sozial gisa, eta betiere berrmatuko da zerbitzuaren iraunkortasuna, osasun- eta gizarte-arloetako zerbitzuak modu egokian koordinatuz.

Gizarte-zerbitzuen ikuspegitik, Konstituzioak haiei buruzko aipamen ugari jasotzen dituen arren (1.1 artikulua, 9.2, 38, 39, 40.1, 48, 49, 50, 148, 149.1.1 eta 149.1.17), haien kontzeptua zaila da zehazten eta mugatzen, Konstituzio Auzitegiaren doktrinak kontzeptu hori azaltzeko saiok egin baditu ere. Horrela, ekainaren 9ko 76/1986 epaiak adierazten duenez, "gizarte-laguntzaren nozioa ez du zehazten Konstituzioaren testuak; beraz, sorturik dauden kontzeptuetara jo behar dela ulertu behar da". Horregatik, Auzitegiak, indarreko legegian oinarrituz, ondorioztatzen du badela Gizarte Segurantzaren sistematik kanpoko den eta sistema horretan txertaturik ez dagoen gizarte-laguntza bat. Gizarte-laguntza hori sistema horren babesa eskuratzen ez duten giza taldeei zuzenduriko baliabide gisa agertzen da, eta Gizarte Segurantzarenak diren teknikez bestelakoak erabiliz jarduten du (haren ezaugarria da finantzatzen dela hartzaile edo onuradunek zergak ordaintzeko duten betebeharroritik at).

Adimen-osasunerako laguntzan, beraz, osasunaren eta gizartearen arloei dagozkien kontuak biltzen dira, eta administrazioak horiei erantzun behar die behar adina baliabiderek, erreforma psikiatrikoak ezarritako ildoei jarraituz eta Estatuko eta gure erkidegoko araudiek zehazturiko irizpideen arabera garatuz baliabide horiek.

3.4.2. NAFARROAKO PLAN SOZIOSANITARIOA

Nafarroako errealitateari buruzko ikuspegi batetik, Nafarroan erreforma psikiatrikoari ekin zitzaion erreforma horren ildoei jarraituz: hots, neurrien koherentzia eta politika koordinatuen taxuketa. Horrela, antolatu zen sistemak bilatzen zuen gastuak murriztea eta gastuetatik berreskuraturiko hori gizarte-zerbitzuen arloa bideratzea, adimen-osasunaren esparru soziosanitariorako berariazko aurrekontu bat gauzatzuz. Halaber,

erreformaren bitartez zehaztuta uzten ziren osasunaren eta gizarte-ongizatearen esparruetarako eskumen-eremuak, eta, koordinazio hura izan zen bitartean, erreforma gauzatu zen koherentziaren eta koordinazioaren printzipioak betierik.

Sistemaren krisia –Nafarroan, beste autonomia erkidego batzuetan bezalaxe– sortu zen osasunaren arloan behar adinako planifikaziorik ez egiteagatik eta arlo soziosanitariorako (gizarte-ongizatea) aurrekonturik ez izateagatik. Izan zen proposamenen bat, eskumen guztiak bereganatuko zituen fundazio bat eratzea, beste autonomia erkidego batzuetan egin bezala, baina azkenean proposamen hori bazter utzi zuen Nafarroako Parlamentuak.

Bestalde, adimen-gaixoen laguntzan zeresanik zuzenekoena daukaten bi departamentuen artean (osasuna eta gizarte-ongizatea) betidanik dagoen elkar-ulertzerik ezak ere (nahiz eta Laguntza Soziosanitarioari buruzko foru plana onetsi zenetik egoera horrek hobera egin duen) zerikusia dauka antzematen diren koordinazio-arazoekin. Arazo horiek kexetan gauzatzen dira eta, horrez gain, haustura kontzeptuala eta planifikatzeko ezintasuna eragiten dute.

Administrazioak berak behin baino gehiagotan adierazten duen bezala, eredia bera ez dago krisian; haren aplikazioak eragiten ditu kexa horiek.

3.4.3. ARLO SOZIOSANITARIOKO JARDUERA

Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planak (2000ko ekaina) hasieratik nabarmentzen du Nafarroan adimen-gaixoei zuzenduriko laguntzaren eredia funtsean sendatze-eredu bat dela, eta ez dela erantzuten pertsona horien beharriaz. Halaber, adierazten du oinarritzko laguntzaren eredia, "eskaeraren arabera" (sic), ez dela egokiena arazo kronikoak daukaten pertsonen laguntzeko, zeren eta, haien kasuetan, beharriaz, zalantzarik gabe, eskariak gainditzen baitituzte. Era berean, besteren menpeko pertsona zaharrei eta ezintasunen bat daukaten pertsonen laguntzeko baliabide-defizitari buruz ohartarazten du; baliabide instituzionalen indizea baxua da, bereziki demenzia daukaten gaixoen laguntzeko, eta erkidego-baliabideak, hala nola eguneko ospitaleak eta bategite, laguntza espezializatu eta oinarritzko laguntzarako programak, ez daude behar adina zabaldua.

Bestalde, aipatzen duenez, dauden baliabide instituzionalak ez daude behar adina definituta beharriaz-mota bakoitzean, eta horrek, baliabiderik ezarekin batera, nahasmenak eragiten ditu, bai erabiltzaileak non kokatu erabakitzean, bai finantzaketa-bideetan, eta bai osasun- eta gizarte-zerbitzuen artean eskumenak bereiztean ere. Era berean, adierazten du ez dagoela behar adinako

loturarik gizarte- eta osasun-baliabideen artean, eta, osasun-sistemaren barruan, laguntza espezializatuaren eta oinarritzko laguntzaren arteko koordinazioa ere ez dela ona.

Gaixoen bilakaerari dagokionez, hauxe esaten du: Gizarte Ekintzako Sistemako egoitza batzuetan, zeinak, kasu askotan, gaixotasun eta menpekotasunik gabeko pertsona zaharrei laguntzeko antolatua izan baitira, haien egoerak pixkanaka okerrera egin ohi duela, eta, horrekin batera, osasun-laguntza nabarmenki gehitu behar izaten dela.

Azkenik, beste akats batzuk antzematen ditu, laguntza-ereduarekin zerikusia daukaten gai batzuei dagozkienak, hala nola profesionalen berariazko prestakuntza eta beharrezkotzat jotzen diren profesional batzuen defizita.

Foru administrazioak (Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuak) 2001eko urrian esan zuen laguntza soziosanitarioaren xedea direla osasunaren eta gizartearen arloetako bi zainketa horien beharrezkoak, aldi berean agertuak, daukaten pertsonak eta/edo kolektiboak. Kolektibo horri dagokionez, laguntza soziosanitarioaren helburuak dira (hurrenkera honetan) erabiltzailea bidaltzea hari laguntzeko baliabiderik egokienera, behar den bakoitzean baliabide batetik bestera azkar bidalia izatea bermatzea eta behar adina dibertsifikaturiko eta hornituriko baliabide-sarea eskaintzea.

Hiru jarduera-ardatz horien inguruan egituratzen da Adimen-osasunari buruzko programa, giltzari gisa kalifikatua Nafarroako plan soziosanitarioan, eta lehentasunezko ezarpena duena. Lehentasunezko helburu gisa jotzen zen “epe labur eta/edo ertainean” abiaraztea “kolektiboarentzako laguntza-defizitak arintzeko baliabideak”. Horrela, ekintza-ildoak ziren: kolektibo horri mota ezberdinetako egoitza-plazak esleitzea (adimen-gaixotzako egoitza lagunduak –AGEL– eta etxebizitza funtzionalak); arlo okupazionalan zerbitzu-ematea eta baliabideak berrantolatzea; aisialdi-jarduerak egiteko laguntzari eustea eta onuradunen kopurua handitzea; adimen-gaixotasuna daukaten pertsonentzako etxez etxeko laguntza zehaztea; eta tutoretza gauzatzea erraztea.

Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planaren testuak berak (dokumentu horren hasierako onespina 2000ko ekainaren 27ko erabaki bidez egin zen) ohartarazten du alde handiak daudela, laguntza-mailari dagokionez, Ospitale Psikiatrikotik datozen gaixoen eta Nafarroako Komunitatean lagunduriko pertsonen artean, eta, horrela, bereziki azpimarratzen du adimen-gaixotasunak Nafarroan izan duen bilakaeraren –eta, bereziki, erreformaren aurretik eta ondoren laguntza hori emateko

ezarritako baliabideen– ezaugarririk garrantzitsuenetako bat: gaixo batzuen eta besteen bilakaera, horri buruzko atalean ikus daitekeen bezala.

Plan soziosanitarioak kolektibo berri horren agerpenari buruz ohartarazten du. “Kroniko berri” deitzen die, eta, adierazten duenez, ez dute internamendu luzerik behar izan, eta, haien gaixotasunaren hasieratik, desinstituzionalizazio-aroan bizi izan dira. Haien gainbehera psikosoziala honela deskribatu da:

1. Ekimen-gaitasunaren beherakada handia; horren ondorioz, nor bere kabuz izandako gizarte-jokabideak desagertu egiten dira.

2. Edozein jardueratako errendimendua mantentzeko zailtasunak.

3. Interesaren eta motibazioaren beherakada.

4. Gizartearengandik isolatzeko joera, eta berriaz egiten diote uko jendearekin egoteari.

5. Eredu eta trebetasun sozialen galera.

Bestetik, gogorarazten du 1986ko Adimen-osasunari buruzko Plana garatu dela historian izandako ero-etxearen eremu hori desagertzearaino, “baina aipaturiko planean ordezkari baliabiderik ez ezartzearen ondorioz, hutsune bat sortu da, adimen-gaixotasuna daukaten pertsonentzat eta haien familiarentzat negatiboak diren egoerak ekartzen dituen.” 17/1999 Foru Legeak behinolako psikiatrikoa Zentro Psikogeriatriko bihurtzen duela gogorazi ondoren, adierazten du lehen aldiz ezartzen dela izaera mistoko finantzaketa: “osasun-laguntza doakotzat jotzen da, baina egoitza-xedea duena araudian ezarritakoari egokitu beharko zaio”. Azkenik, 204/1999 Foru Agindua hartzen du adimen-nahaste kronikoa daukaten pertsonen minusbalioetasunekin zerikusia daukaten prestazioen aitopenearen jarraipen gisa, eta hartan ezartzen dira “bi zerbitzu-mota –aurretiaz arautu gabeak, eta egiazki beharrezkoak–”, adierazten duenez: egoitza lagunduko zerbitzuak, adimen-gaixotasuna daukaten pertsonentzat, eta pisu funtzionalak eta/edo tutoretzakoak, gaixo-mota horrentzat ere.

3.4.4. ESKUMEN BEREIZTUAK ETA NAHASIAK

Nafarroako plan soziosanitarioaren definizio-esparru horretan esan daiteke ezen erreforma psikiatrikoak, Nafarroan eta beste autonomia erkidego batzuetan, argiro marrazten zuela osasun eta ongizatearen arloen eskumen-esparrua, eta erreforma hari ekin zitzaiola bi arlo horien artean koordinazio-maila aipagarria erdietsita: oinarria zen politika koordinatuak taxutzea. Lehenago adierazi bezala, hura foru-lurraldean aplikatzeko oinarrieta-ko bat zen baliabideen birbanaketa, orduan zudenena eta beranduago gehitu beharko zirenean:

- Osasun arloan gastu orokor txikiagoa.
- Osasun arloko gastu txikiago horren aurrekontuak gizarte-zerbitzuen arlora bideratzea.
- Arlo soziosanitariorako (gizarte-ongizatea) berariazko aurrekontua izatea.

Hala eta guztiz ere, araudiaren eta erreforman aintzat hartutako aurrekariaren argitasuna eta gaurkotetasuna gorabehera, adimen-gaixoei laguntzeko gaur egungo sistema oro har baliabideetan defizitduna dela jo ohi da, gaixoei laguntzeko osasun-sarearen antolaketaren ikuspegitik kaskarra, eta erreformak finkaturiko irizpideak eta desinstituzionalizazioa aplikatzean porrot egin duela; izan ere, gaixoak ero-etxeetan tratatzen ziren garaia amaitu arren, antolaketaren eta bitartekoen ikuspegitik –bai arlo psikiatrikoan bai erkidegoarenean– behar adinako ordezkosaririk ez egoteak erakarri du gaur egun ematen den laguntzaren egitura desegokia izatea kontuan harturik gaixoen beharrianak, foru administrazioaren eskumenak, gaixoen eta/edo zaintzaileen elkarrean zeregina eta familiek, erreformaren irizpideen arabera, euren gain har dezaketzen zama.

Erreformaren funtsak zenbait unetan erakusten du bere etorkizunerako zeinen garrantzitsuak izanen ziren irizpide ekonomikoen gaineko erabaki politikoak –osasun-zerbitzuen doakotasunaren eta publikoen finantzaketaren arteko paralelismoa–, eta, jadanik orduan antzemanda hauxe izan zitekeela erreformaren ahulezietako bat, gaur egungo errealitateak erakusten du benetako haustura bat dagoela helburu haien eta haren aplikazioan azkenik hartu diren erabakien artean; batez ere, arlo honi dagokionez. Hain zuzen ere, horrexerri erantzuten ahalegintzen da 2000ko plan soziosanitarioa, laguntza psikiatrikoko sistemen antolaketarekin zerikusia duten beste gai batzuez gain.

Arrisku hori antzeman arren, biztanleria-gune batek bere eskakizunak helarazteko duen ahalmen handiago edo txikiagoak –hots, presio soziala– ez du ekarri behar erabaki politikoak –eta beraz, aurrekontu-aurreikuspenak– neurri handiago edo txikiagoan hartu ahal izatea adimen-gaixoen beharrianen –berriei nahiz historikoei– aurre egiteko Erkidegoaren bitartekoak ezartzerakoan. Gizartearen eta/edo administrazioarengandik babesik eza jasaten dutenek autobabeserako edo autolaguntzarako elkarrekin sortzeko izaten duten joera gauza ezaguna izateak ez du esan nahi hori konponbide onena dela jo behar denik administrazioek euren erantzukizunak onartzeko eragozpenak jartzen dituztenean. Kudeaketarako erantzukizun-eremu paraleloa, kontrolatu gabea, tratamenduekin koordinaturik gabea edo boluntarista hutsa utzikeriagatik eratzeak ekartzen du kaltetuen gain-

beheran sakontzea, eraginkortasun zalantzarikoa daukaten laguntza-sistemak finkatzea, eta adimen-gaixoei zuzenbideko subjektu diren aldetik eman behar zaien laguntza emateko administrazio publikoek daukaten erantzukizuna besteri ezartzea.

Nafarroako adimen-gaixoei dagokienez, eremu soziosanitarioa hazi egin da haien beharrianak gehitu egin direlako. Aipaturiko Laguntza soziosanitarioari buruzko foru plana inflexio-puntu teoriko bat izan zen, beharrianen buruzko azterketa xehekatutik sortu baitzen –barnean hartuta Osasun Departamentua eta Gizarte Ongizate Departamentua koordinatu beharra eta horiek nahitaez elkarrean menpean egotea adimen-gaixoei laguntzean–, baina plan horren garapenari buruzko datuek –garrantzitsua baino, garapen premiazkoa dela esango genuke– hari buruz zenbait pertsona edo kolektibok eginiko kritikak sendotzen dituzte, eta agerian uzten dute 1986koari bultzada emateko Adimen-osasunari buruzko Plan baten beharra, 1986koaren hutsuneak beteko dituen eta jarduerak eta eskumen-esparruak berrantolatuko dituen.

Aipaturiko planaren testuak gogorarazten duenez, “egiturazko zailtasunak ez dira soilik antolaketak politiko-administratiboaren ondoriozkoak, baizik eta neurri askoz handiagoan dautza bi zerbitzu-mota horien eginkizunari buruzko ikusmoldean bertan: osasun-zerbitzuak dohainikako eskubide unibertsaltzat legez jotzen badira ere, gizarte-zerbitzurik gehienak jotzen dira bitarteko batek emandako zerbitzutzat, sektore publikoak hain zuzen, bere “nahierara”, lehenetsun eta baliabide-eskuragarritasunaren arabera”.

Horregatik, zenbait kolektiboren eskaria plan soziosanitarioaren definizioetik jaiotzen da. Haien iritziz, plan horrek ez die behar bezala erantzuten pertsona horien beharrianen, askok ezgaitasun atzerazina jasaten baitute. Horretan oinarrituz, beharrezkoa iruditzen zaie legeak gizarte-zerbitzuei osasun-zerbitzuen izaera bera ematea; alegia, aurrerapausoak eman daitezela unibertsaltzat jo daitezela, gizarte-erantzukizunetik abiatuz eta beste irizpide ekonomiko batzuen gainetik hautaturik.

Azkenik, Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planak argiro zehazten ditu adimen-osasunaren alorrean jarduteko oinarritzko ildoak. Ildo horiek biltzen dituzte baliabideak antolatu, koordinatu eta arrazionalizatzearekin zerikusia duten beharrianen eta helburuak. Gai horiek guztiak interes berezikoak dira, behin eta berriro azpimarratzen den bezala.

1. “Medikuntzaren ikuspegi hertsiaeren ordezkosaririk edo osagarria izanen den esku-hartzea gauzatzea, laguntza-maila ezberdinen arteko ekintzak

koordinatuz eta zerbitzuak zaintzaren jarraitasuna bermatze aldera zuzenduz.

2. Osasunaren eta gizartearen arloetako arazo bat jasaten duten erabiltzaileentzako laguntzan diziplina anitzeko ikuspegia aplikatzea, horrela gaitasun funtzional, mugikortasun eta inguruarekiko harremanarekin zerikusia daukaten mendekotasunei erantzun ahal izateko.

3. Arreta bereziz arduratzea familiak ematen duen laguntzaz (zaintza-lanak egiten dituzten pertsonak zaintzea), eta, horretarako, kolektibo horrentzako zerbitzuen eskaintza osasun-laguntza oinarritzeko kokatzea.

4. Osasunaren eta gizartearen arloetako zerbitzu, baliabide eta programei jomuga berriak ematea, biztanleen beharrezko berriei egokituz. Horretarako, beharrezkoa da sektore arteko lankidetzak eta koordinazio estua. Gaur egun dauden zerbitzuen desegokitzapenak eta antolaketa ezak eragiten dute zerbitzu horiek behar ez den moduan erabiltzea.

5. Baliabideak eta zerbitzuak ezartzean irizpide argiak finkatu behar dira, zeren eta, baliabide eta zerbitzu horiek behar bezala erabiliz gero, onura aipagarriak lortzen baitira erabiltzaileari zuzenduriko laguntzaren kalitatearen eta erabilerearen kostuen aldetik.

Bestalde, azpimarratzekoa da Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planak "gaixotasunaz gain ezgaitasuna pairatzen duten" gaixo kronikoei buruz agertzen duen interesa (17. orria). Planak berak adierazten duenez, arreta sarritan bideratu izan da "identifikatzera ea pertsona bati prestazio jakin bat dagokion, haren beharrezko buruzko irizpen orokor bat egitera baino. Baldin eta zerbitzu hori ez badagokie, beste batera bidaltzen dituzte (beste baterantz deslari uzten dituzte, esanenez), itxaropena jarrita pertsonen zerbitzu, prestazio edo baliabideen labirintoan barrena nabigatzeko duten berezko gaitasunean".

2000ko ekainean foru administrazioak prestatu-riko planak berak agerian jartzen du gaixoen kolektibo batek jasaten duen egoera. Haien zatik, baliabide-urritasuna erabakigarria da nolako baliabide eskura dezaketen iriztean, zer-nolako kofinantzaketa-baldintzetan eta Espainiako zein lurraldetan; hau da, euren autonomia erkidegotik kanpo. Arartekoak jasotako kexek ildo honi heltzen diote. Ez da beharrezkoa txosten honen zati bat ematea Arartekoaren eta zerbitzu horien ardura duten administrazioen artean trukaturiko informazioa jasotzeko –ikus Nafarroako Arartekoaren urteko txostena, 2001 eta 2002 (prestatze-fasean) urteei buruzkoa–, zeren eta inkoherentzia deigarria somatzen baita Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planaren eta kexa

horiei Osasun edo Gizarte Ongizate Departamentuek emandako erantzunaren edo aipaturiko planaren aplikazioaren beraren artean.

Azkenik, plan horretan bertan jasota dagoen adimen-gaixoenentzako laguntza soziosanitarioari buruzko programak berariazko helburuak zehazten ditu gaixo horiekin gertatzen diren laguntza-defizitak arintzeko:

1. Kolektibo horri mota ezberdinetako egoitzetarako plaza-kopuru bat esleitzea, antzemandako beharrezko asetzeko adinakoa.

2. Arlo okupazionalerako zerbitzu-ematea berrantolatzea.

3. Arlo horretan baliabide-kopurua gehitzea.

4. Aisialdi-jarduerak egiteko laguntzari eustea eta haietan parte hartzen duten pertsonen kopurua gehitzea, jarduera haiek Nafarroako beste eskualde batzuetara hedatuz.

5. Adimen-gaixotasuna daukaten pertsonentzako etxez etxeko laguntza zehaztea eta Iruñean eta Nafarroako beste eskualde batzuetan gauzatzeko proiektu bat prestatu eta abiaraztea.

6. Beharrezko dauden pertsonen tutoretza-lanak egitea erraztea.

Adimen-gaixotasuna daukaten pertsonentzako gizarte- eta osasun-laguntzako programa honen barneko ekintzei dagokienez, planak zerrenda luze bat jasotzen du, eta horien berri emanen da, txosten honetan, dauden baliabideen eta gaixo nahiz zaintzaileek haiei buruz adierazitako iritzia- ren gainean diharduen atalean.

Ondorio gisa esan daiteke adimen-gaixoen erki- dego-laguntzaren alorrean dituzten beharrezko aurre egiteko xedearekin foru administrazioak egini- ko plana ongi kokatua zegoela Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planean, zeinaren bitartez arrazionaltasunaren arabera antolatu nahi izan zen osasun-arloaren planifikazioa, bai eta Gizarte Ongizatearen ardura den arlo soziosanitarioari buruzko eta xehetasun ekonomikoak ebaluatu ere. Onetsi zenetik, Arartekoak jasotako kexek eta txostenek agertzen dute herritar horientzako laguntzaren ardu- ra duten bi departamentu horien arteko koordinazio gaitasunari dagokionez egoera berak dirauela, eta, planak gorpuzten duen planifikazio-ahalegina egin delarik, laguntza-ereduaren krisiak bere horretan segitzen du. Horren arrazoia ez da ereduari buruzko erreferentzia teorikorik eza –ugariak eta ikuspegi ezberdinetatik eginak baitira; batez ere, foru adminis- trazioarekin lotura dutenetatik– edo, Gobernuaren planetatik ondorioztatzen den bezala, erreforma- eredu hori ikuspegi teoriko batetik auzitan jarri izana. Erreformaren funtsa –eta, areago, adimen-gaixoei

egokiro laguntzeko gaitasuna eta haien oinarriko eskubideen zaintza arduratsua ere— auzitan jartzen duena irizpide ekonomikoen gaineko erabakia da, kudeaketa ekonomikoa, baliabideena eta erantzukizunena egiteko xedez administrazioak —aipaturiko plana onetsi ondoren eta guzti— taxaturiko eredu.

Jadanik adierazitako arrazoiak —araudiak, antolaketa...—, arlo soziosanitariokoak, eta gaixo hauen laguntzari dagokionez gizarte-erreibindikaziorako dagoen nolabaiteko ahalmena, nahaste psikikoak dituzten gaixoen gizarte- eta osasun-esparruaren autokudeaketa bultzatzen ari dira, Gizarte Ongizate Departamentuak bere nahierara administratzen dituen laguntza ekonomikoen bitartez edo laguntza pribatuen bitartez gauzatua. Egoera horrelakoa izanik, ez dago protokolorik laguntzak kudeatzeko eta haien erabilera nahiz diruz lagundutako programen eraginkortasuna kontrolatzeko (erkidego- eta osasun-koordinazioko giro batean), eta profesionalek kritikatu egin dute sortzen dituen arrisku teknikoengatik (arrisku ekonomikoez gain).

Laguntza soziosanitarioari buruzko foru plana (eskumen ezberdinen bilgunea eta, batez ere, gaixo horientzako laguntzaren inflexio-puntua izan daitekeena) aplikatzeko baliabiderik eza gainditzeko da eskatuta emandako laguntzen bitartez (jokabide hori hirugarren adinekoentzako laguntzaren sistema gerentzian hobeto txertatuko litzateke Nafarroan jadanik dauden adimen-gaixoei zor zaien sisteman baino), eta ugariagoak eta elkarrengandik ezberdinagoak diren kasu berrietarako jarduera-irizpide gisa.

3.4.5. ADIMEN GAIXOEN LAGUNTZA PSIKIATRIKOA ERABERRITZEKO IKUSMOLDEAK:

2000KO ADIMEN-OSASUNAREN PLANERAKO OINARRIAK

“2000ko Adimen-osasunaren planerako oinarriak” izeneko dokumentuak, zeina Adimen-osasuneko Zuzendariordetzak egina baita (2000ko ekaina), gogorarazten du erreforma psikiatrikoak Nafarroan zenbait fase igaro dituela:

- 1987/1991: ospitalez kanpoko baliabideen garapena eta ezarpena eta ospitaleratze-unitateak tokiz aldatzea ospitale psikiatrikotik ospitale orokorretara.

- 1991/1995: adimen-osasunaren sarea sendotzen da eta osasun-sistema orokorrean txertatzen da —INSALUDen transferentziak, Osasunari buruzko Foru Legea, Osasunbidearen egitura...—, oraindik ere dirauen eredu bati jarraikiz: ospitaleratze psikiatrikoko unitateak ospitale/espezializatuan; gainerakoak —adimen-osasuneko etxeak, eguneko ospitaleak, ospitale psikiatrikoa— oinarriko laguntzari loturiko ospitalez kanpoko sare-

an; Lizarra eta Tuterako adimen-osasuneko etxeak, euren osasun-barrutian.

- 1995/1999: osasun-baliabideen garapena burutu zen —haur eta gazteena, errehabilitazioa— eta ospitale psikiatrikoa itxi zen; horrela, 1986ko Adimen-osasunari buruzko planeko xedapenak bete ziren osasun-arloan, eta, horrek “adimen-gaixoen gizarte-beharrizanen arazoa bere gordintasun osoan agertarazi du” (aipaturiko dokumentuko 3. orrialdea). Adimen-gaixoari laguntzeko gizarte-baliabideak ere planifikatu ziren eta adimen-gaixotasun baten ondoriozko minusbaliotasuna prestazio sozialaren xede gisa aitortu zen (apirilaren 6ko 13/1999 Foru Legea).

Haren iritziz, “oro har esan daiteke 1986ko Adimen-osasunari buruzko planaren xedapenak osasunaren arloan bete direla, baina ez, ordea, gizartearen arloan. 2000ko Adimen-osasunari buruzko plana prestatzean, ondorioztapen hori abiapuntu gisa hartu beharko litzateke”.

Jarraian, gogoeta egiten du (2000ko uztaila) ea nola elkarri uztartu aurreikusten den 2000ko adimen-osasunari buruzko plana eta laguntza soziosanitarioari buruzko foru plana (hilabete lehenago, 2000ko ekainean, onetsia, eta adimen-gaixotasunari kapitulu bat eskaintzen diona; hori “abantailatzat” hartzen da), eta ea posible den arlo soziosanitarioa barnean hartzen ez duen adimen-osasunari buruzko plan bat 2000rako egitea ala, alderantziz, aipaturiko plan soziosanitariotik adimen-gaixotasunari eskainitako kapitulua kendu eta 2000ko adimen-osasunari buruzko planera eraman behar ote den. Are gehiago, bi plan horiek elkarrekin bizi behar dutela suposatuz, hori erredundantziatzen jotzen zuen, eta arriskugarria zertzen adimen-osasunari buruzko planak plan soziosanitarioak baino xehetasun gehiago eta maila tekniko altuagoa izateari, eta are gairen batean bi plan horiek bat ez etortzeari. Halaber, gogoeta egiten zuen ea 2000ko adimen-osasunari buruzko plana “1986koaren ildoari jarraikiko ote zaion, zeinak gizarte-beharrizanak aipatzen zituen, baliabideak deskribatzen zituen, baina ez zuen baimenik eman horiek planifikatzeko.”

Geroago, Osasun Departamentuaren dokumentu horrek berak balizko adimen-osasunaren planaren —plan horrek 1986koa aldatu beharko zuen— helburu gisa aipatzen zituen jadanik Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planean (2000ko ekaina) aipaturiko batzuk, hala nola:

- Proposamenak lurraldearen eta antolaketaren ikuspegitik garatzeko irizpideak (dio: “Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planean —L.S.F.P.— aurreratzen dena oso disfuntzionala da”).

- L.S.F.P.aren alderdi kualitatiboak zehaztu beharra, hala nola egoitzen tamaina, babespeko pisuen izaera, apopilo-etxeak, etxez etxeko esku-hartzearen izaera...

- Urte anitzeko garapena –“aurkezturikoa (plan soziosanitarioa) presako plan bat da”–.

- Aurreko puntuen laburpen gisa ondorioztatzen da behar bezala zehaztu gabe daudela buruzagitzak, irizpide teknikoak eta kudeaketaren beharriak; kudeaketari buruz, galdetzen du ea egin behar ote den Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuaren bitartez, versus L.S.F.P. edo “koordinatzaile soziosanitario” deritzona. Bere iritziz, koordinaziorako bidea argitu ondoren, adimen-osasunari buruzko planak “esparru tekniko bat ezarri beharko luke, koordinatzaile soziosanitarioaren lana gidatzeko”.

- “Osasun-modulu/gizarte-modulu” eredua, Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planean inplizitua, hedatzea.

* “Gizarte-modulu/osasun-modulu” eredua garatzea esplizituki ezarrita ez dauden esparruetara, hala nola baliabide psikogeriatrikoak, edo portaera-arazoak agertzen dituen adimen-atzerapenerako laguntza. Ildo horretatik adierazten zuen ezen demenzia-arazoak eta horien antzekoak dituzten pertsonentzako osasun-laguntzak pentsarazi beharko lukeela ea arlo hau –Psikogeriatria– Adimen-osasuneko Zuzendariordetzaren jarraibide teknikoetan eta kudeaketakoetan sartu beharko ote litzatekeen. Egoera honetan –alegia, Osasun Departamentuaren kontrolik gabekoan– zeuden San Frantzisko Xabierkoa Zentro Psikogeriatrikoa –eguneko zentroa, egoitza-plazak dituena–, Ahizpa Ospitalariak kongregazioaren klinikak –eguneko zentroa eta egoitza-postuak– eta Altsasuko Josefina Arregi klinika –osasun-egonaldi laburrak–, gainerako eguneko zentroak –Altsasu, Iruña, Tuter...– eta egoitza-postu psikogeriatrikoak, Adimen-osasuneko Zuzendariordetzarekin harremanik gabe. “Ez dirudi luzaroan iraun dezakeen egoera denik”, zioen aipaturiko dokumentuak.

- “Osasun-modulua/gizarte-modulua” baino haratago:

- * Arlo soziosanitarioa lanbidearen arlora hedatzea.

- * Haur eta nerabeei dagokienez, hezkuntzaren arloa ere aintzat hartzea.

- * Alderdi kualitatiboak aintzat har daitezen aztertzea.

Laburbilduz, proposatzen zuen arlo soziosanitarioa 2000ko Adimen-osasunaren planean sartu ala ez sartzea, plan hori aprobetxatzea gizarte-eta osasun-planeko “Adimen-osasuna” atalari tratamendu berezia emateko –adibidez, (aipatzen zuen) bereizitako kudeaketa-tresna balizko bat–; edozein kasutan, egitasmo-fasean zegoen Adimen-osasunari buruzko plana aprobetxatzea plan soziosanitarioak jasotako edukirako irizpide teknikoak zehazteko; etxez etxeko laguntza giltzarri-izaerako eremutat jotzea –plan soziosanitarioko proposamen zehazgabeengatik eta erabiltzaileen eta antolaketaren ikuspegitik daukaten garrantziarengatik–; arlo psikogeriatrikoa adimen-osasuneko arlo soziosanitarioan modu sistematizatuan jasotzea ala ez; gizarte- eta osasun-arloa hedatzea adimen-osasuneko gaixoarentzako osasun-izaeraz bestelako laguntza-zerbitzu batzuetara –hezkuntza, lana, justizia/ordena publikoa...

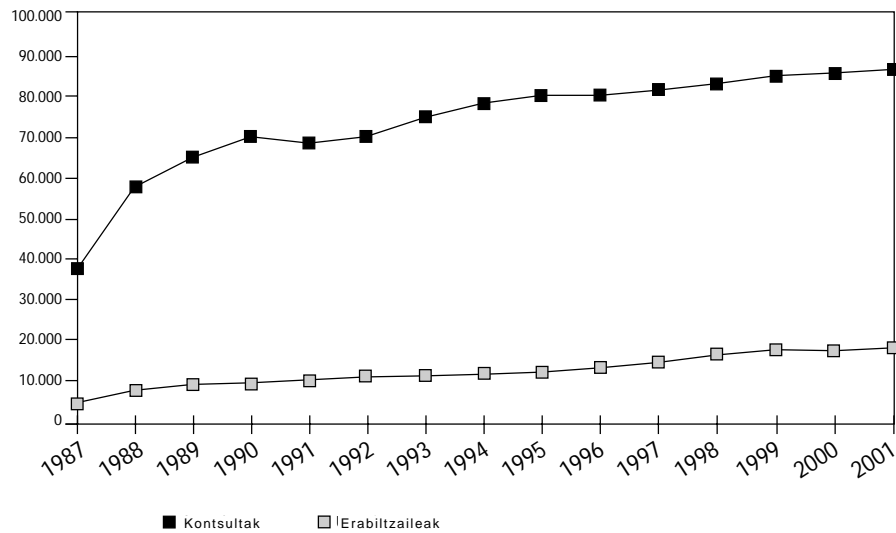
Beraz, adimen-gaixoentzako laguntzaren antolamendua administrazioaren baitan luze-zabal eztabaidaturiko gaia da, behintzat 2000. urteko Adimen-osasunari buruzko plan baten aukera sortuz geroztik. Dena den, aipagarriena da barne-gogoeta hori egin zela Laguntza soziosanitarioari buruzko foru plana onetsi ondoren. Plan horrek berezko egitura bat sortzen zuen bere garapen eta aplikaziorako, eta zuzendari bat izendatu behar zen, hura aplikatzeko eta foru administrazioko departamentuen esku-hartzea koordinatzeko erantzukizuna izanen zuena. Dokumentu horrek berak ere aurrerago ederki asko azaltzen zuenez, esku-hartze horrek osasunaren eta gizartearen arloa gainditzen zuen, eta beste esparru batzuetan bete-betean sartzen zen, hala nola lanbidearenean, kulturarenean...

3.4.5.1. ADIMEN-OSASUNEKO SAREAREN OSASUN ZERBITZUAK

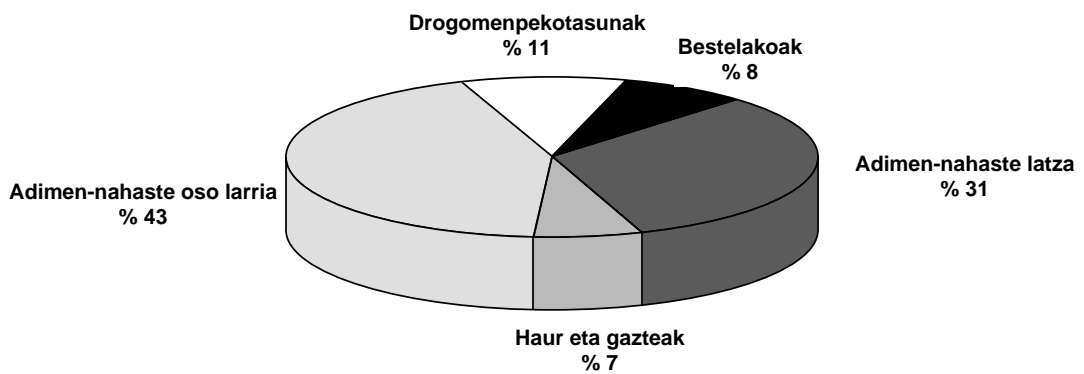
Adimen-osasuneko sarea eratu zenetik, erabiltzaile-kopuruak eta jarduera klinikoak gorakada erregularra eta etengabea izan dute –1988tik 1992ra, % 45eko hazkuntza izan zuen adimen-osasuneko etxeen erabiltzaileen kopuruak, eta gorakada hori % 431koa izan zen 1992tik 1998ra–. Giza baliabideak, ordea, ez dira bilakae-ra horren arabera gehitu. 2000ko Adimen-osasunaren Planerako¹ oinarriak.

(1) Adimen Osasuneko Zuzendariordetzaren txostena, 2000ko uztaila.

OSASUN-ETXEETAKO ERABILTZAILEEN ETA KONTSULTEN BILAKAERA



ADIMEN-OSASUNeko ZERBITZUETAKO 1988KO ERABILTZAILEEN SAILKAPENA, DIAGNOSTIKO-TALDEEN ARABERAKOA



A.N.O.L.: Adimen-nahaste oso larria.

A.N.L.: Adimen-nahaste latza.

Adimen-osasuneko zerbitzuen zehazgabetasunak azpimarratu ondoren –zehazgabetasun horien zergatia da tratatu beharreko gaixotasunen konplexutasun gero eta handiagoa eta protokolo klinikorik eza–, adimen-osasuneko sareari buruz esaten du bere ezaugarriak direla “erabiltzaileak bereganatu eta haiei eusteko duen ahalmena eta kronikotasunaren kudeaketa, bere jarduera nagusi gisa”, gainezka egotea, lehentasun-irizpiderik ez izatea eta zainketen jarraitasuna fisikoki ere eten izana: itxaron zerrendak daude ospitaleratze psikiatrikoko unitateen eta adimen-osasuneko etxeen artean iragateko, eta patologiaren arabera zirkuitu bikoitza izatearen zantzuak daude –adimen-nahaste latzak: horietan, erreferentzia nagusia ospitale-unitate psikiatrikoak dira, berrospitaleratze/ate birakari prozeduraren, larrialdien eta baita kontsulta anbulatorioen bitartez ere–”.

Adimen-gaixoei laguntza emateko ardua duen sarearen koordinazio-eredua Espainiako Arartekoaren txosten batean aztertu zen¹, “jarraitasun terapeutikoaren printzipioa” kontuan hartuz. Adimen-osasuneko Zuzendariordetzaren dokumentuaren (2000. urtea) egileen iritziz, Nafarroako ereduan “adimen-osasuneko etxeek, zeinek laguntza anbulatorioa ematen baitute, eta ospitale-unitateek, euren langile berekiak dituzte; halatan, jarraitasun terapeutikoaren printzipioa bi bitarteko horien arteko koordinazioaren bidez gauzatzen da”, eta hauxe diote: “Adimen-osasuneko Zuzendariordetzaren ahuleziaren argitan behatuz, Nafarroako egoerak bilakaera bat izan du, halako heinean non (...) ospitalez kanpoko eta ospitalez barneko bitartekoek zeinek bere aldetik baitihardute, bien arteko harreman egituraturik gabe”.

2000ko Adimen-osasuneko planaren helburuak taxutzean proposatzen zen “sare bat, eginkizun nagusitzat izanzen duena zenbait laguntza ezarriz aurre egitea adimen-nahaste latzei, eta aukera bat bilatzea herritarren egonezin emozionala kudeatzeko. Gaur egungo egoera kontrakoa da: alegia, egonezin emozionala kudeatzen duen sare bat, eta aukera bat bilatzen da adimen-nahaste latzei aurre egiteko”.

Azkenik, nahaste psikiatrikoak dituzten pertsonentzako laguntzaren errealitatean zehar “bidaia” luze bat egin ondoren, dokumentu horrek honako proposamen hauek egiten zituen:

- Arlo soziosanitarioa eta arlo psikogeriatrikoa aintzat hartzea; horrek adimen-osasunari buruzko

ikusmolde osatuago eta iritzi publikoari egokituago bat ahalbidetuko luke (izan ere, iritzi publikoak ez ohi ditu bereizi osasun- eta gizarte-zerbitzuak, eta dementzia-arazoak adimen-osasunaren esparruan kokatzen ditu). Beraz, 2000ko Adimen-osasuneko planaren helburu nagusia litzateke adimen-osasuneko zerbitzu integratuen sare bat eratzea. Errealitatean –dio–, 1986ko Adimen-osasuneko planak proposatzen zuen baina egitera iritsi ez zen gauza bera da.

- Adimen-osasuneko sarearen misioa zehaztea eta hura zerbitzuen bitartez egituratzea, adimen-osasuneko osasun-zerbitzuak laguntza espezializatuaren eredura hurbiltzeko xedez.

- Oinarrizko osasun-laguntzan bereiziriko kudeaketa-gune bat sortzea –Adimen-osasuneko Zuzendaritza edo bestelako bat–.

- Zentroetako lan egiteko moduan aldaketa kualitatiboak lortzea, erabiltzaile/kontsumitzailearen ikuspegitik antzemateko modukoak (plan indibidualizatua kasu larrietarako, zainketen jarraitasuna, kasuen kudeatzailea).

Txosten berezi hau amaitzean, ez dugu konstantziarik foru administrazioak 2000ko adimen-osasuneko plan jakanik aztertu hori onetsi izateari buruz. Plan horrek, “halaber, eta nahitaez, 86ko adimen-osasunari buruzko planaren berrikuspen bat izan beharko luke, eta (...) Osasunbidearen adimen-osasuneko gaur egungo sarearen zerbitzuen antolaketaren azterketa kritiko bat ere egin beharko luke, esleiturik dituen eginkizunen ikuspegitik edo, nahiago bada, gaixo/erabiltzaile/kontsumitzailearen ikuspegitik”.

Alabaina, 2000. urtea igarota (hura zen aipaturiko adimen-osasunari buruzko plana egiteko hasiera batean aurreikusi zen garaia), Foru Komunitateko administrazioak Osasunbidearen egitura birmoldatzeko zenbait dekretu onetsi zituen. Dekretu horiek modu batean edo bestean eragiten zioten Osasun Departamentuak adimen-gaixoen tzat ematen duen laguntzari. Azkenik, 2002ko azaroaren 22an, prentsurreko bidez foru dekretu bat aurkeztu zen, zeinaren bidez zerbitzu horiek berrantolatzen baitziren; horrela, Oinarrizko Osasun Laguntza eta Adimen-osasuneko Zuzendaritza Nagusia desagertu zen, eta soilik Oinarrizko Osasun Laguntzako Zuzendaritza Nagusia izena hartu zuen; bestetik, adimen-osasuneko zerbitzuak berregituratu egin ziren.

(1) Madril, 1991.

3.4.5.2. OSASUN SISTEMAREN ERALDAKETA

Oinarrizko Osasun Laguntza eta Adimen-osasuneko Zuzendaritza Nagusia izenari oraindik eusten dionak bere egituraren bidez balizko nahaste psikikoak antzematen eta haietarako laguntza eskaintzen eginiko lanaren eragina garrantzitsua izan da eta da, eta aurrerantzean ere badirudi garrantzia izanen duela, kontuan hartzen badira kasuen gorakada, nahaste-mota ezberdinak, tratamenduen eraginkortasuna eta baldintzapen sozialak. Osasun-etxeetara eta laguntza espezializatura joaten diren herritarrentzako laguntzak bere osotasunean jasandako eragin hori kezka aztertzen ari dira osasun-arloan, medikuntzako zerbitzuek gaixoei oro har eskaintako laguntzak pairatzen dituen aldaketengatik.

Ustezko kategoria bat, "gaixo hutsalak", hazten joan da azken urteotan, familiaren egituraren eraldaketa-prozesuen eta bestelako arrazoi sozial eta ekonomikoen ondorioz. "Gaixotasun hutsal" deritzon horri (alegia, egiazko ezein nahasteren ondoriozkoa ez den sintomatologia) eskaintako laguntza dela-eta, azken urteotan ugaritu egin da adimen-osasunaren arloan laguntza jaso duten pertsonen kopurua, eta, gauzak suertatu diren moduan, gaixo hauei lehentasunezko laguntza eman zaie, tratamenduetan zehar agertzen duten konplexutasun urriarengatik. Bi faktore horiek –"gaixo hutsalak" kopuruaren gorakada eta haiei arreta handiagoa eskaintzea– bat egitearen ondorioz, jadanik beharrezkoa zen adimen-osasunerako laguntzaren osasun-sistema berrantolatzea, irizpide gisa harturik gaixo horientzako laguntza, laguntza-ahalmena handitzea eta laguntza espezializaturako sustapen profesionala.

Nahiz eta 2000ko adimen-osasunari buruzko planak argirik ikusi ez zuen, beranduago onetsitako Nafarroako 2001/2005 Osasun Planak ezartzen zuen adimen-osasuneko laguntza espezializatuak arreta handiagoz tratatzea patologia moderatuak eta larrienak eta, bestalde, oinarrizko laguntzak kasu arinei (horietatik dira laguntza-ematearen kasu gehienak) aurre egitea.

Osasun Planaren xedapen horren eta beste arrazoi batzuen ondorioz¹, lehen foru dekretu bat izan zen, zeinaren bidez aldaketak egin baitziren Osasunbidearen egitura organikoan, adimen-osasuneko sarearen atal batzuetan. Berrikiago, Osasun Departamentuak publikoki aurkeztu zuen aipaturiko foru dekretuaren zirriborroa, "zeinaren

bidez Osasunbidearen menpeko adimen-osasuneko etxe eta laguntza-zerbitzuak berrantolatzen" baitziren. Foru Dekretu horrek printzipio gisa ezartzen zuen adimen-osasuneko sarea oinarrizko laguntzaketik bereizirik antolatuta egotea, laguntza espezializatuaren arloan autonomiaz kudeaturik, eta laguntza-prozesuaren kudeaketa klinikora bideraturik, 2002ko azaroan ezagutarazitako testuaren arabera.

Adimen-osasuneko sarean zuzendaritza tekniko bakarra eratzeaz gain (haren eginkizuna litzateke "adimen-osasuneko etxeetan lehentasunezko laguntza espezializatua izan behar duten adimen-nahaste larriak zehaztea, bai eta oinarrizko-laguntzako etxeen laguntza jaso behar dutenak"), oinarrizko laguntzako jarduerari gehitzen zien "adimen-gaixotasunaren diagnostiko goiztiarra"; adimen-osasuneko zerbitzuburuaren figura eratzea proposatzen zuen (haren ardura litzateke "ospitalez kanpoko adimen-osasuneko etxeen zuzendaritza, antolaketa eta kudeaketa"), bai eta "ospitalez kanpoko adimen-osasuneko etxeen baliabide-beharrizanak aztertu eta proposatzea" eta, jarraian, "Laguntza soziosanitarioari buruzko planarekin eta Gizarte Ongizate, Kirol eta Gazteria Departamentuarekin koordinatzea gizarte-presazioen arloan".

Oinarrizko osasun-laguntzak nahaste psikiatrikoak antzemateko eta, larritasun txikieneko kasuetan, tratatzeko, duen erantzukizuna eta egin duen lana jadanik aztertu izan dira² lehenago zenbait kasutan, kasuistikaren ikuspegitik (alegia, medikuntza-zerbitzuen erabilzaileren zer ehunekok dituen era desberdinetako adimen-nahasteak) eta zerbitzu horiek adimen-nahasteak antzemateko daukaten egiazko ahalmenaren ikuspegitik. Horrekin batera, adimen-gaixo kronikoei emandako adimen-osasuneko erkidego-laguntza ebaluatu da; horrenbestez, prozesu beraren ikuspegi osagarri gisa hartu dira –gaixo eta gaixotasunarena eta zerbitzuek gaixotasunaren bilakaerari egokitzeko daukaten ahalmenaren eraginkortasunarena–, horrek laguntza-zerbitzuen egitura, prozesuetan eta emaitzetan eragin nabaria izan behar baitu. Izan ere, une honetan, ebaluazio hori da, erkidego-zerbitzuen hedapenarekin batera, gairik interesgarrienetako bat –erronka, esan liteke– erreforma psikiatrikoa hasi zenetik.

Gogoraraztekoa da ezen, eginiko azterlanen arabera, gaixoen % 25 inguruk, hau da, familia-medikuek lagunduriko lautik batek, nahaste psiko-

(1) 63/2002 F.D., martxoaren 25ekoa.

(2) E. Álvarez Gálvez eta M.D. Crespo Hervás, 2002.

patologikoren bat agertzen dutela, batez ere depresioa edo antsietatekoa¹, eta oheburuko medikua izan ohi dela gaixo hauek gehienekin lehen harremana izaten duena. Hori dela-eta, onartua eta aintzat hartua izatea eta psikiatriaren arloko prestakuntza edukitzea oinarritzkoak dira mediku-gaixo harreman egoki bat ezartzeko eta oro har osasunez ondo ibiltzeko.

Hala eta guztiz ere, azterlan horiek agerian uzten dute oinarritzko osasun-laguntzan nahaste horiek behar baino gutxiagoan diagnostikatzeko direla, argi eta garbi. Baina diagnostiko hori gaixoaren bizitzatik hurbilen dagoen gunean ezartzeak dituen abantailak ere argi dauden arren, hori bezain garrantzitsua da familia-medikua gauza izatea patologia psikikoaren detekzio goiztiarra egiteko. Askotan, patologia horretarako ulerbidea duen bakarra osasun-etxeko medikua izaten da.

1996ko datuek jadanik ondorioztatzen zuten gizarte industrializatu modernoek honakoaz jabetu behar dutela: gutxienez ere, gizonezkoen % 57k eta emakumezkoen % 72k euren bizitzan zehar adimen-nahaste garrantzitsu bat jasanen dutela, eta larria izanen dela gizonezkoen % 6aren eta emakumezkoen % 15aren kasuan. Horregatik, garrantzitsua da ikustea nola antzematen eta tratatzen diren nahaste horiek lehen unetik, oinarritzko osasun-laguntzatik, betiere osasun-laguntza horrek gaixoarekiko lehen harreman-bide gisa jardun behar badu. Familia-medikuak –kontzeptu orokor gisa– egoera ukaezin bati aurre egin behar izaten dio: nahaste psikopatologikoak, ia beti mozorrotuak², oso maiz pairatzen dituzte kontsultara laguntza eske joaten diren gaixoek, nahiz eta normalki ez duten asmatzen euren eskaera ongi bideratzen.

Txosten berezi hau amaitzeko unean, oraindik ez da onetsi aipaturiko foru dekretu proiektua, Osasun Departamentuak proposaturikoa. Dena den, adimen-osasuneko zerbitzuen balizko erreforma bati buruzko proposamenak, egitekotan, puntu horiek –antzemate-gaitasun profesionala eta mota honetako gaixoek osasun-laguntza guztiaren zer neurri hartzen duten– aintzat hartu beharko lituzke. Larritasun ertain edo handiagoko gaixoei adimen-osasuneko saretik laguntzarik egokiena eman ahal izateko, lehen diagnostiko-akera oinarritzko osasun-laguntzan kokatuz, beharrezkoak dira, lehenik eta behin, giza baliabideak eta horiek trebatzeko inbertsioa. Kontrako kasuan, gaixorik larrienezko laguntza bereziki hobetu gabe, gerta daiteke ziur aski epe ertainean murriztea balizko gaixoen kopurua, zeinek euren ustezko arazo psikiatrikoetarako irtenbide bila oinarritzko laguntzara gehiago ez joatea erabakitzen duten, laguntzarik ez jasotzeagatik; hau da, iragazki bat sortzea “gaixo hutsal” horientzat, proposaturiko erreforma hartan oinarritzko osasun-laguntzara igorriak. Balizko adimen-gaixoen diagnostiko goiztiarraren garrantzia ez dator inola ere bat herritarrarekiko urrun dagoen oinarritzko osasun-laguntza baten ikusmoldearekin, edo oinarritzko osasun-laguntza adimen-osasuneko sarearen zama arintzera bideraturikotzat jotzen duen ikusmoldearekin (adimen-osasuneko sarea, nahikoa ez izanez gero, birmoldatu egin beharko litzateke, indartzeko).

Irizpide ekonomikoak osasun publikoko sistema baten kudeaketaren efizientziaren osagai dira. Baina haiek lehentasuna badute oinarritzkoak diren beste kontzeptu batzuen gain –hala nola zerbitzu publikoarena, adibidez–, horrek eragin saihestezina izaten du zerbitzu horien eraginkortasunean eta kalitatean.

(1) Golder DP. *Manual of the GHQ (England)*. NFER Publishing, 1978.

(2) E. Álvarez Gálvez eta M. D. Crespo Hervás, 2002.

4. ALDERDI JURIDIKOAK

4.1. SARRERA: ADIMEN-OSASUNARI BURUZKO LEGE-ESPARRUA

Ikuspegi juridikotik, adimen-gaixoari aitortzen zaion tokiak gai zibil, penal eta lanbidekoak ukitzen ditu. Aldi berean, geure buruari galdetuko diogu ea mesede ala kalte egiten zaion, legearen edo agian osasun publikoko politikaren helburuari buruzko gure ulermenaren arabera; hots, helburu hori gizartearen arloetan txertatzea ala bertatik baztertzea izatearen arabera. Gai eztabaidagarria, pertsona hauei ezartzen zaizkien ezaugarri atxikia: botoa eman eta testamentua egiteko gaitasungabetuak; egoztezinak dira eta, horregatik, delitu gisa definituriko gertakizun baten ez hain errudun; lan egiteko desgaituak, nahiz eta gutxieneko dirusarrera batzuk izateko eskubidea izan.

Gure ustez, biztanle hauen eskubideak eraginkorrak eta baliodunak dira berme batzuen babesaren duten heinean, eta gogoan izan behar da beti epaileen babes eraginkorren bitartezko eraginkortasun-printzipioa. Ildo horretatik, pertsona hauen eskubideek egoera konplexuak sortzen dituzte, diziplina ezberdinetatik aintzat hartuak izatera behartzen dutenak.

4.1.1. ESTATUKO ETA FORU KOMUNITATEKO ZUZENBIDE ESPARRUAK

Lehen aipamena Espainiako Konstituzioaren 14. artikuluan aurkitzen dugu, zeinak legearen aurrean berdinak izatearen eta edozein baldintza edo inguruabar pertsonal edo sozialen ondorioz ez diskriminatzearen printzipioa goratzen baitu. Bistan da xedapen horrek bere barnean hartu behar duela adimen-gaixotasun bat pairatzen duen pertsona oro.

Bestalde, 43.2 artikuluan Konstituzioak ezartzen du, zuzenbide-estatu sozial eta demokratiko bati dagokion moduan, botere publikoen eskumena dela osasun publikoa antolatu eta zaintzea, prebentzio-neurrien eta osasun prestazio eta zerbitzuen bidez. Halaber, esaten du legeak ezarriko dituela gai horretan guztiek dituzten eskubide eta betebeharrak.

1986ra arte (urte horretan onetsi zen gaur egun indarra duen osasunari buruzko lege orokorra), Espainiako antolaketa psikiatrikoa joan den mendeko ereduari jarraitzen zitzaion oraindik (alegia, ongintzako asilo-etxeen ereduari). Mendebaldeko herrialdeetan 60ko hamarkadatik aurrera hasitako erreforma psikiatrikoak oraindik bi hamarkada baino gehiago beharko ditu gure lege-dira iristeko. Horrenbestez, erreforma psikiatrikoa

Espainiara iritsi zen osasun-sistemaren erreforma orokorra egin zen garaian.

Adimen-osasuneko arazoak Osasun Sistema Nazionalean sartzeko zerikusia dauka bai adimen-gaixoei Konstituzioak eskubide osoko herritar gisa aitortzen dizkien eskubideekin, bai eta, beharrian berriei egokituriko osasun-laguntza eskaini ahal izateko helburuz, egiturak eraldatu beharrekin.

Horrekin lotuta, Osasunari buruzko Lege Orokorreko 6. artikulua ezartzen duenez, "administrazio publikoen erantzukizuna izanen da, besteak beste, osasuna eta osasun-hezkuntza sustatzea, osasuna galtzen den kasuetan osasun-laguntza bermatzea eta errehabilitazio funtzionalerako eta gizarteratzerako beharrezkoak diren ekintzak abiaraztea". Are gehiago; osasun-administrazioei dagozkien ekintzen artean jasotzen dira, espresuki, osasun-laguntza espezializatua, arrisku handiagoko populazio-taldeentzako laguntza-programak eta adimen-osasunaren sustapen eta hobekuntza. Jarduera horiek honako baldintza hauetan eginen dira: finantzaketa publikoa, estaldura unibertsala eta deszentralizaziora joko duen kudeaketa publikoa.

Bestalde, eta gaixoari aitorturiko eskubideei dagokienez, Osasunari buruzko Lege Orokorreko 10. artikuluan eskubide-zerrenda bat jasotzen du, osasun-prestazioei dagozkienak. Nahiz eta erabakitze ahalmena mugaturik izan edo, are gehiago, erabakiak hartu behar dituen pertsona beste bat izan, adimen-gaixoen eskubideen titularrak izaten segitzen du.

Ildo horretatik, Nafarroako esparruan, bereziki garrantzitsua da azaroaren 23ko Osasunari buruzko 10/1990 Foru Legea, zeinaren 5. artikulua Foru Komunitateko herritarren eskubideak zerrendatzen baititu. Bereziki garrantzitsua da "Gizarte Segurantzako erregimenen osasun laguntza izateko eskubidea, baita psikiatriaren osasun laguntza izateko ere". "Foru Komunitateko osasun-administrazioak beste zerbitzu osagarri gehiago ezarri ahal izanen ditu, aurretik horretarako programazio eta aurrekontu dotazio berezia izanda gauzatuko direnak, beren helburua arrisku bereziko faktoredun gizarte-taldeak babestea izanen dutelarik, lan osasuna bereziki kontuan hartuz".

Gogoan izan behar da adimen-osasunari buruzko oinarriko araua Osasunari buruzko Lege Orokorreko 20. artikulua dela, eta lege-mailako arau batean berariaz adimen-osasunari buruzkoa den aipamen bat sartzeko gauza egokia da. Arau horren egokitasuna eta zehaztasuna direla-eta,

hementxe jasoko dugu, horrela kokatu ahal izan dezagun, bere testuinguruan, adimen-gaixoaren gaur egungo egoera, gaixoa ospitaleetatik kanporatu eta bere erkidegoaren ingurunean txertatzearen aldeko joera argia duen araudi baten indarpekoa. Osasunari buruzko Lege Orokorreko 20. artikulua honela dio: "Oinarri gisa harturik adimen-osasunaren arloko ekintzak osasun-sistema orokorrean osoki txertaturik egotea eta adimen-gaixoa osoki parekatuta egotea osasun- eta gizarte-zerbitzuak behar dituzten gainerako pertsonei, osasun administrazio eskudunen jardura honako printzipio hauen arabera izan da:

1. Biztanleen adimen-osasuneko arazoetarako laguntza emanen da erkidegoaren esparruan, anbulatorio-arloko laguntza-baliabideak eta ospitaleratze partzialeko eta etxez etxeko laguntzako sistemak indartuz, ospitaleratze-beharra ahalik eta neurri handienean murrizteko. Arreta bereziz hartuko dira haur-psikiatriari eta psikogeriatrari dagozkion arazoak.

2. Baldin eta prozesu batzuek gaixoak ospitaleratzerara behartzen badute, ospitale orokorretako unitate psikiatrikoetan ospitaleratuko dira.

3. Adimen-gaixoaren arazoei laguntza integral egokia emateko behar diren errehabilitazio eta gizarteratze zerbitzuak sortuko dira, eta gizarte-zerbitzuekin behar bezala koordinaturik egon daitezten bilatuko da.

4. Osasun-sistema orokorreko adimen-osasuneko eta laguntza psikiatrikoko zerbitzuek barnean hartuko dituzte, halaber, gizarte-zerbitzuekin koordinaturik, oinarriko prebentzioari dagozkion gaiak eta oro har osasun orokorraren galerarekin agertzen diren arazo psikosozialetarako laguntza".

Foru Eraentza Birrezarri eta Hobetzeari buruzko Lege Organikoko 53, 54 eta 58. artikuluen arabera, Nafarroari dagozkio bere eskubide historikok zirela-eta osasun eta higienearen alorretan lege horrek indarra hartu zuenean zituen ahalmen eta eskumenak; barne osasunaren eta higiena eta gizarte-segurantzaren alorretan Estatuaren oinarriko legedia garatu eta betetzea; eta Estatuaren legedia betetzea farmazien eta farmazia-produktuen alorrean. Zehaztu behar da ezen, barne osasunaren oinarriez gain, Estatuaren eskumenak direla "osasunaren koordinazio orokorra" (Konstituzioko 149.1.16 artikuluan xedatzen denez) eta arlo horretan "goi-mailako ikuskaritza" egitea (LORAFNAko 53.3 artikulua).

Foru Komunitatearen esparruan, kontuan hartzekoa da adimen-gaixoaren eskubide eta askatasunak modu batera edo bestera bermatzen

dituzten arauen multzo bat, Hobetzetik bertatik hasita. Zerrenda agortzeko asmorik gabe, honako hauek aipa genitzake: 2001eko uztailaren 2ko erabakia, 2001-2005 eperako Nafarroako Osasun Plana onetsi zuena; apirilaren 6ko 13/1999 Foru Legea, "San Frantzisko Xabierkoa" Zentro Psikogeriatrikoaren funtzionamendu-erregimena arautzen duena; urtarrilaren 29ko 35/1999 Foru Agindua, haur eta gazteen adimen-osasuneko batzorde aholku-emaile teknika sortu zuena; eta ekainaren 11ko 129/1996 Foru Agindua, haur eta gazteen osasuneko adituen batzordea sortu zuena,.

4.1.2. NAZIOARTEKO ZUZENBIDE ESPARRUA

Kazakhstan Errepublikako hiriburu Alma-Atan 1978an eginiko Batzarrean (Osasunerako Mundu Erakundeak eta UNICEFek deiturik) Adierazpen bat sinatu zen, non helburu nagusi gisa aipatzen baitira "oinarrizko laguntza" kontzeptua sustatzea eta munduan osasunaren eta osasun-laguntzaren ikuspegitik zer-nolako egoera dagoen ebaluatzea. Batzar horretan osasun-arloko oinarriko laguntzaren definizio bat ezarri zen, gure ustez funtsezkoa dena, eta adostasun zabala lortu duena. Horrela, halako osasun-laguntzat jotzen da metodo eta teknologia praktikoa, zientifikoki frogatu eta sozialki onargarrietan oinarrituriko funtsezko osasun-laguntza, erkidegoko norbanako eta familia guztien eskueran ipinua, haiek osoki parte hartzen baitute, eta kostu jasangarria duena erkidegoarentzat eta herrialdearentzat, bere garapenaren epe guztietan, erantzukizun- eta autodefinizio-jarreraz.

Oinarriko osasun-laguntza osasun-sistema nazionalako osagaietako bat da (eginkizun nagusia betetzen du eta gune behinena da), eta erkidegoaren garapen sozial eta ekonomiko orokorrarena ere bai. Banakoak, familiak eta erkidegoak osasun-sistema nazionalarekin harremanetan jartzeko lehen maila da; osasun-laguntza pertsonen bizileku eta lantokietara ahalik eta hurbilen eramaten du, eta etengabeko osasun-laguntzako prozesu baten lehen elementua da (Alma-Ata, 1978, VI. puntua).

Alma-Atatik sorturiko ikusmolde berri horretatik abiatuta, osasun-sistema nazional bat eratu zen, oinarriko osasun-laguntzari arreta berezia ematen ziona. Horretarako beharrezkoa gertatuko da lege-esparru berri bat, eta horregatik onetsiko dira Oinarriko Osasun Egiturei buruzko 137/84 Errege Dekretua eta Osasunari buruzko Lege Orokorra, 1986koa.

Gaur egun, Estatuak berretsitako nazioarteko gomendio- eta arau-multzo zabala dago, adimen-

gaixoaren eskubide eta askatasunei buruzkoa. Horrela, aipatzekoak dira Gizakiaren Eskubideak eta Oinarrizko Askatasunak babesteko Europako Hitzarmena, edo zenbait gomendio, Europako Batzordeak, Nazio Batuek edo Europako Giza Eskubideen Auzitegiak emandakoak.

Europako Batasunaren esparruan gero eta sentsibilizazio handiagoa dago kolektibo horietarako, euren minusbalioetasunetarako laguntza emateko beharra ikusten denez. Horrenbestez, Europako Batasunaren Ituneko 3. artikuluko o) letrari jarraikiz, Batasunaren jarduerak ekarpen bat egin behar du osasunaren babes-maila handia lortzeko langintzan; bestetik, ituneko 129. artikulua arlo honetan berariaz ezartzen du Batasunaren eskumen ez-erabatekoa, zeinaren bidez Batasunak Estatu kideen arteko lankidetzaren sustatzen laguntzen baitu eta, beharrezkoa denean, Estatu horien jardueraren errazten baitu. Ildo beretik doaz irailaren 23ko 1786/2002/CE Erabakia, osasun publikoaren arloan Europako Batasunaren ekintza-programa bat (2003-2008) ezartzeari buruzkoa, 2000ko maiatzaren 16ko Komunikazioa, Europako Batasunaren osasun-estrategiari buruzkoa, edo 1999ko azaroaren 18ko Ebazpena, adimen-osasunaren sustapenari buruzkoa.

Arlo honetako baldintzei eta igurikimenei erantzun osoa emateko xedez, erabaki zen komenigarria zela osasuna zaintzeko Europako Batasuneko sistema bat ezartzea (Europako Parlamentuaren 1786/2002/CE Erabakia eta Kontseiluaren 2002ko irailaren 23ko Erabakia); izan ere, Europako Parlamentuak, Maastricht osteko osasun publikorako politikari buruzko bere Ebazpenean, azpimarratu zuen behar adinako eta behar bezalako informazioa edukitzeak duen garrantzia, osasun publikoaren arloan Europako Batasunaren ekintzak garatzeko oinarri gisa. Aintzat hartu beharreko adierazleetakoa bat adimen-osasuna izan zen. Halaber, komenigarritzat jo zen nazioarteko erakunde eskudunekin elkarlana areagotzea, Osasunerako Mundu Erakundea eta Ekonomi Lankidetzaren eta Garapenerako Erakundea barne, baita beste herrialde eta gobernuen kanpoko erakundeetako lankidetzaren ere.

Europako Batasuneko legediari so eginez, ikusten da Europako Batasuna ere, gizarte-bazterketaren aurkako borrokan, adimen-gaixo kronikoa gizarteratzearen aldera lerratu dela: Gizarte Gaitetako Ministroen Kontseiluak 1989ko irailaren 29an onetsirik ebazpenak gomendatzen du urratsak eman daitezela errazagoa izan dadin prestakuntza, enplegua, etxebizitza, osasun arloko laguntza eta zerbitzuak eskuratzea, eta Ekonomi eta Gizarte Batzordeak irizpen bat onetsi zuen

2002ko urriaren 7an, ezgaitasunak dauzkaten pertsonak gizarteratzeari buruzkoa. Bestalde, Europako Gizarte Fondoak gogoan izan ditu adimen-gaixoak, eta haientzako ordezkotako lanbideak eta arlo honetako profesionalen elkartrukea eta prestakuntza taxutu ditu bere programa batzuetan.

4.2. EGOERAK, ZUZENBIDE ZIBILAREN IKUSPEGITIK

Gaixo psikikoak direla-eta, badaude gizarterronka begi-bistako eta premiazkoak, batez ere familiaren egitura tradizionalaren aldaketari dago-kienez. Egoera horietan, erakundearen esku-hartzetarako hiru eremu daude:

1. Ekonomikoa: Estatuaren menpekoea. Sorospenak, medikuntza-laguntza, pentsioak (egoerak ezberdinak dira, kasuan kasuko autonomia erkidegoa zein den).

2. Soziala: Lanbide-neurriak, lan ordaindua familiarekin bateragarri egiteko xedea dutenak. Zenbait eredu daude: frantsesa edo suediarra, jaiotza-tasaren aldeko politikak egiten dituztenak, ama langileei zuzenduriko laguntzak emanez; alemana, kontserbadoreagoa, lanaren banaketa tradizionala sustatzen duena (gizonak kanpoan lan egitea eta emakumea etxekeandre izatea). Europako Batasunean, dena den, familiari laguntzeko neurri finantzarioak ugaritzen ari dira. Bestalde, Britainia Handiko eremuan, Estatuaren esku-hartzetza txikiena da familiaren esparruan (badirudi eredu hau ari dela Mendebaldeko Europan zehar zabaltzen, liberalismo ekonomikoaren eta pribatizazioaren ildotik).

Mediterraneoko herrialdeetan (Espainia, Portugal, Grezia), familiak oraindik garrantzi handia dauka ezgaituei laguntza emateko langintzan. Ikusi dugu botere publikoen esku-hartzetza urria dela, laguntzak eten egiten direla, arauak barreiatu daudela, era guztietako baliabideak falta direla, emakumearen figurak, laguntzaile gisa, garrantzi handiagoa duela, eta babes juridiko bereziaren beharrenda daudenen eskubideak defendatzeko autokonposizio juridikoko neurriak daudela.

3. Juridikoa: Ikuspegi juridikotik, Estatu familiarren arloan sartzen da familiareen eskubide eta betebeharrak arautzeko; batez ere, babes berezia behar duen pertsona bat baldin badago. Baina bai botere publikoak bai pribatuak beharrezkoak dira pertsona horientzako baldintzarik mesedegarrienak sustatzeko funtsezko oreka baterako. Aski da hemen Konstituzioko 10. artikulua gogoraraztea, non agerian uzten baita Estatu soziala: legegilea-

ren arabera, familiak autonomia izan behar du bere helburuak erdiesteko (Konstituzioko 27.3 artikulua, gurasoek eskubidea daukate egoki deriztoren hezkuntza izan dezaten haien seme-alabek).

4.2.1. GAITASUNGABETZEA

Gogoan izanik askatasuna (Konstituzioko 17. artikulua) eta osasuna, gutxitu fisiko, sentsorial eta psikikoentzako babes berezia eta guzti (Konstituzioko 43 eta 49. artikulua), eskubide konstituzionalak direla, pentsa daiteke urriaren 24ko 13/1983 Legea, tutoretza arloan Kode Zibila hein batean aldatzekoa, onetsi zela 1889ko arau horretako artikulua batzuk aldatu eta horrela Konstituzioari egokitzeko.

Gaixotasunaren edo adimen-urritasunaren ondoriozko gaitasun-eza maila ezberdinetakoa izan daiteke, eta zuzenbideak maila horiek aintzat hartu beharko lituzke; dena den, gaitasun-ezaren mailan oinarrituriko sailkapen horiek gogoeta egiteko balio izanen dute, eta ezin daitezke bihurtu kasu zehatz bakoitzaren behaketaren ordezko.

Bestalde, ikuspegi prozesaletik, 1983ko erreformak honako prozedura hauek ezarri zituen:

- Ezgaitasun-deklarazioa lortzeko jarraitu beharrekoa.
- Jadanik deklaraturiko ezgaitasuna aldatu edo itzultzeko jarraitu beharrekoa.
- Prozeduraren edozein egoeratan jarraitu beharrekoa, ustezko ezgaia babesteko asmoz epaileak egoki deritzen neurriak hartu ahal izateko.

Gaitasunik eza pertsona fisikoaren egoera zibil bat da, epaileak deklaratu, harengan biltzen bada legez tipifikaturiko ezaugarri bat. Gaitasunik ezaren ondorio nagusia da pertsona hark jarduteko duen gaitasuna mugatzen dela, eta, beraz, tutoretza edo kuratela ezartzen zaiola (Pedraz Gómez, 1994).

Gaitasungabetzearen helburua gaitasungabetua eta bere ondarea babestea da, Konstituzioko printzipioak betetzeko.

Kode Zibilaren 29. artikulua arabera, jaiotzak baldintzatzen du nortasuna, eskubide eta betebeharren jatorria. Nortasun hori heriotzak iraungitzen du (32. artikulua, Kode Zibila). Hala ere, azken muga horretara iritsi baino lehen, pertsonen eskubideak haien adimen-osasunaren egoeraren ondorioz mugatu daitezke. Zorionez, muga hori ezin da arbitrarioki ezarri; horrela, Kode Zibileko 199. artikulua xedatzen duenez, "inor ezin da gaitasungabe deklaratu, ez bada Legeak

ezarritako arrazoiak aintzat hartzen dituen epai judizialaren bidez". Artikulu hori Konstituzioko 9.3 artikulua aipatzen duen legezotasun-printzipioaren ondoriozkoa da.

4.2.2. GAITASUN JURIDIKOA ETA JARDUTEKO GAITASUNA

Gaitasun juridikotzat hartzen da eskubide eta betebeharren titular izateko gaitasuna, eta horrek ez du esan nahi horiek zuzenean erabiltzeko ahalmena dagoenik. Euren burua gobernatzeko ahalmena daukaten pertsonak soilik daukate ahalmen hori (200. artikulua, Kode Zibila).

Legedian agertzen den beste kontzeptu bat, jarduteko gaitasunarena alegia, ez da uniforme; adingabeak balio juridikoko egintza gutxi egin ahal ditu. Hurrengo mailak, adingabe emantzipatuarenak, jarduteko esparru handiagoa izanen du. Azkenik, jarduteko gaitasun erabatekoa adin-nagusitasunera iristean lortzen da. Alabaina, jarduteko gaitasun hori murriztu dakieke Kode Zibilean jasotako arrazoiaren eta prozeduraren arabera gaitasungabe deklaratuak izan diren pertsonen. Orduan esan ohi da pertsona hori gaitasungabetua izan dela, eta horrek berarekin ekartzen du jarduteko gaitasuna galtzea. Gaitasunaren erabateko mugaketa ez denean, gaitasungabea babesteko salbuespeneko neurri bat izan ohi da (Kode Zibileko 210. artikulua).

4.2.3. GAITASUNGABETZEAREN KAUSAK

Legedi zibilak gaitasungabetze-kausa gisa identifikatzen ditu "gaixotasun edo akats iraunkor fisiko edo psikikoak, pertsonari bere burua bere kabuz gobernatzeko eragozten diotenak" (200. artikulua, Kode Zibila). Legegileak ez du bereizketarik egiten gaixotasun eta akatsaren artean. Funtszkoa da iraunkorra izatea. Bestetik, legegileak ez du kausa fisiko edo psikikoetan ere sakontzen; izan ere, aintzat hartu behar dena da pertsonari esparru juridikoan bere burua bere kabuz gobernatzeko eragozten ote dion. Adingabeen kasuan, haiek gaitasungabetu ahalko dira soil-soilik haiengan gaitasungabetze-kausaren bat biltzen denean eta adin-nagusitasunera iritsi ondotik ere kausa horrek segituko duela zentzutasunez aurreikusteko denean.

4.2.4. LEGITIMAZIO AKTIBOA ETA PASIBOA

Gaitasungabetze-deklarazioa eskatzeko legitimizazio aktiboa daukate ezkontideak, horren pareko izateko egoeran dagoenak, ondorengoek, aurreko ahaideek edo ustezko gaitasungabearen anai-arrebek. Ustezko gaitasungabe jakin batzuk halakotzat deklaratuak ez izatea saihesteko, Ministerio Fiskalak, bere eginkizunen esparruan,

deklarazio hori eska dezake baldin eta lehenago aipaturiko pertsonarik existitzen ez bada edo ez badute halakorik eskatu.

Edozein pertsonak ahalmena dauka gaitasungabetzea eragin dezaketen gertakariak Ministerio Fiskalari jakinarazteko. Euren lanpostua dela-eta pertsona bat gaitasungabetzeko balizko kausa bat dagoela dakiten agintari eta funtzionario publikoek horren berri eman beharko diote Ministerio Fiskalari.

Legitimazio pasiboari dagokionez, legitimatua, gaitasungabetze-prozesuan, ustezko gaitasungabea izanen da, zeina prozesuan agertu ahalko baita bere defentsa eta ordezkaritza dituela (alegia, abokatua eta prokuradorea). Alabaina, kontraesan bat dago; izan ere, epaiak gaitasungabetzea onartzen badu eta, horrekin, gaitasungabetuak eginiko egintzen deuseztasuna deklaratzeko baldin badu, prozedura horren bera deuseztasuna ekarriko luke. Egoera bitxi hori saihesteko xedez, Prozedura Zibileko Legeak gaitasungabearen defentsari judizialaren figura ezartzen du; ez bada halakorik izendatzen, Ministerio Fiskala arituko da defentsari lanetan.

4.2.5. PROZEDURA

Prozedurari dagokionez, Prozedura Zibileko urtarilaren 7ko 1/2000 Legeko 753. artikulua araberara, prozesu hori ahozko prozesuaren trami-teen bidez gauzatuko da. Gaitasunari eta zarrasteltasun-deklarazioari buruzko demandez arduratzeko eskumena izanen du eskatzen den deklarazioak xede duen pertsona bizi den tokiko lehen auzialdiko epaileak.

Demanda aurkez dezakete lehen aipaturiko pertsonak. Adingabeak gaitasungabetzearen kasuan, gaitasungabetze hori eskatu ahalko dute guraso-ahala edo tutoretza daukatenek soilik.

Ustezko gaitasungabetua prozesuan demandatu suertatzen dena da. Ministerio Fiskalak du haren ordezkaritza, salbu eta Ministerio Fiskalak berak aurkeztu badu demanda; izan ere, kasu horretan, defentsari bat izendatzen da. Epaiak ustezko gaitasungabearen ahaiderik hurbilenei entzunen die, hura pertsonalki aztertuko du eta demandako eskaerak aintzat harturik beharrezkoak edo egokiak diren peritu-txostenak eskatzea eta legeek jasotako gainerako neurriak hartzea erabakiko du. Ez da inoiz gaitasungabetzeari buruzko erabakirik hartuko aurretik peritu-txosten medikoa, epaileak eskaturikoa, eduki gabe.

4.2.6. EPAIA

Epaiaren pertsona bat gaitasungabetzea erabakitzen bada, epai horrek gaitasungabetzearen

hedadura eta mugak zehaztu beharko ditu, eta, horrez gain, gaitasungabetuari aplikatuko zaion tutoretza- edo zaintza-erregimena. Halaber, internamendu-beharrari buruzko aipamena egingen du (Prozedura Zibileko Legeko 760. artikulua).

4.2.7. BABES NEURRIAK

Prozedura Zibileko Legeko 760.2 artikulua araberara, gaitasungabetzea deklaratzeko duen epaiak izendatuko du/ditu legeen araberara gaitasungabeari lagundu edo hura ordezkatu eta hura zaindu behar duten pertsona edo pertsonak.

Kode Zibileko 241. artikulua ezartzen du tutore izan ahalko direla euren eskubide zibil guztiez baliatzeko ahalmena daukaten pertsona guztiak, baldin eta gaitasungabetze-kausarik aplikatzeko ez bazaie. Halaber, irabazi-asmorik gabeko pertsona juridikoak —elkarte edo fundazioak— tutore izateko aukera ere aintzat hartzen da (242. artikulua, Kode Zibila); horrela, tutoretza-fundazioei aukera ematen zaie ezgaituez arduratzeko, haien familiarrekoak desagertzean edo haien gaineko ardura izaten segitu ezin badute.

Gaitasungabetuen pertsona eta ondasunak (edo soilik pertsona edo ondasunak) zaindu eta babesteari dagokionez, zaintza eta babes hori, bidezko den kasuetan, honako bitarteko hauek erabiliz gauzatuko da:

- Tutoretza (222-285. artikulua, Kode Zibila).
- Kuratela (286-298. artikulua, Kode Zibila).
- Defentsari judiziala (299-302. artikulua, Kode Zibila).

Tutoretza eta kuratelako karguei buruzko ebazpen judizialak Erregistro Zibilean inskribitu beharko dira, Kode Zibileko 218. artikulua araberara.

Tutorea arduratzen da gaixo gaitasungabetuaren legezko ordezkaritza. Gaitasungabetu horrek ez dauka balio juridikoko egintzarik egiteko gaitasunik. Horrela, gaixo gaitasungabetuak eginiko kalteak tutoreak ordaindu behar ditu, erantzule baita culpa in vigilando dela-eta, Kode Zibileko 1903. artikulua araberara, salbu eta bere karguari dagokion arduraz jokatu zuela frogatzen duenean; kasu horretan, ez du bere ondasunekin erantzuten, gaitasungabetuarekin baizik.

Auzitegi Gorenak 1981eko azaroaren 23an emandako epaiaren araberara, tutoreak, gaitasungabetuaren ordezkaritza duen aldetik (Kode Zibileko 267. artikulua), eginkizun erdi-publiko bat hartzen du, eta horregatik behartuta dago bere eginkizunei uko ez egitera. Beraz, tutoreak gaitasungabetua ordezkatu behar du geroago egin dai-

tezkeen epaiketa guztietan (Auzitegi Gorenaren epaia, 1986ko otsailaren 1ekoa). Tutorea hiltzen denean, familiartekorik hurbilenek tutore-aldaketa eskatu behar dute, eta hori askoz ere errazagoa da hasierako gaitasungabetze-prozesua baino.

Kuratelari dagokionez, hori gaitasun zibilaren mugatze partzial bat da, normalki ondarearekin zerikusia daukaten gaien arlokoa, eta mugak ezartzen dituena soilik egintza jakin batzuetan, haien balioa eta eraginkortasuna babesteko xedez, eta kuratela aplikatzen zaion pertsonari eragiten dioten ondorio subjektiboengatik deuseztatzeko aukerarik egon ez dadin (Auzitegi Gorenaren epaia, 1991ko abenduaren 31koa).

Kuratelak gaitasungabetze partzial bat ekartzen du, epai bidez zehazten diren egintzei buruzkoa soilik, eta normalki gauzatzen da ondasunak administratu edo haietaz xedatzeko gaitasungabetze batean.

Defentsari judizialak izanen ditu epaileak esleitzen dizkion ahalmenak, eta bere kudeaketa amaitu ondoren, eginiko lanari buruzko azalpenak eman beharko dizkio epaileari (Kode Zibileko 299. artikulua eta hurrengoak).

Kode Zibilak ere, 303 eta 304. artikuluetan, "izatezko zaintzailea" figura jasotzen du. Horrela, epaileak jakiten duenean badagoela izatezko zaintzailearen lanetan diharduen pertsona bat, eskatu ahalgo dio ustezko gaitasungabearen pertsona eta ondasunen egoeraren, bai eta horieki dagokienez izan duen jardueraren berri eman dezan. Egoki deritzen kontrol- eta zaintza-neurriak erabaki ahalgo ditu.

Urteetan zentro psikiatriko batean "erdi-abandonaturiko" gaixoaren kasuan, ulertzen da zentroa bera izanen dela haren izatezko zaintzailea, ez baita behar zaintzaile gisa berariaz izendatzea; gertatzen den egoera erreala da erabakigarri.

4.2.8. GAITASUNGABETZEAREN ONDORIOZKO GAITASUN-EZA ALDATZEA

Epai bidez gaitasungabetzen denean ere, epai hori indarrak gabe uzteko edo jadanik ezarritako gaitasun-ezaren heina aldatzeko beste demanda bat aurkez daiteke; horretarako ez da beharrezkoa adimen-gaixotasuna desagertzea, baizik eta, bakarrik, pertsonak bere burua ezin gobernatzea erakarri zuten inguruabarrak aldatzea (Prozedura Zibileko Legeko 761.1 artikulua). Inguruabar horiek gaitasungabetzearen ondoren behar dute gertatu. Beraz, gaitasungabetzea ebazpen itzulgarria da, eta hori garrantzi handiko ezaugarria da; izan ere, gaur egungo terapia psikiatrikoek pronostiko hobea ahalbidetzen dute adimen-gai-

xotasun jakin batzuen kasuan. Baldin eta, Prozedura Zibileko Legeko 753. artikulua arabera, pertsonen gaitasunari eta egoera zibilar buruzko demandak ahozko epaiketaren prozeduraren bitartez ebazten badira, gaitasun-eza aldatzeko demanda ere prozedura horri jarraikiz ebatzi beharko da. Epaiak pertsonaren gaitasuna erabakiko du eta, kasua bada, lehendik zegoen zaintza-erregimenaren iraungipena.

4.2.9. INFORMAZIOAN OINARRITURIKO BAIMENA.

Informazioan oinarrituriko baimena garrantzi handiko kontua da edozein pertsona gaixorentzat, horrek esan nahi baitu gaixoak tratamenduari onarpen soila ematen diola, tratatzen dion medikuarengandik informazioa jaso ondoren. Jurisprudentziak ezarri duenez (Auzitegi Gorenaren epaiak, 93-10-22koa, 94-1-17koa eta 94-4-25ekoa), "Medikuntzako profesionalaren betebeharretakoa bat, kasuko lex artis delakoaren osagai dena, da gaixoari edo, kasua bada, haren familiartekoei informazioa ematea jasaten duen gaixotasun edo lesioaren diagnostikoari buruz, horretarako tratamendutik espero izatekoa den pronostikoari buruz, horrek izan ditzakeen arriskekuei buruz...".

Informazioan oinarrituriko baimena psikiatriaren arloan ere aplikatzekoa da, salbu eta gaitasunik eza dagoenean nahi izan, ulertu eta jarduteko; kasu horretan, gizabanakoak ez dauka baimena emateko askatasunik, eta informazioa, horregatik, familiartekorik hurbilenei edo tutoreari helarazi behar zaie. Beraz, adimen-gaioxoa ez bada gauza tratamendu baten edo denboraldi baterako internamenduaren beharrari buruz erabakitzeke, gaixo horren ardura duten familiarteko, tutore, elkarte edo fundazioei eman beharko zaie egoeraren berri, haiek baimena eman dezaten.

4.2.10. INTERNAMENDU PSIKIATRIKOA

Ustezko gaitasungabe bat zentro psikiatriko batean internatzeko beharrezkoa izanen da epaileak aurretiaz baimena ematea, salbu eta, larrialdi bat dela-eta, neurri hori berehala hartzea premiazkoa denean (horren berri epaileari emanen zaio) eta, betiere, 24 orduko epean. Neurri hori berretsi egin beharko da gehienez ere hirurogeita hamabi orduko epean, epaileak ospitaleratzearen berri izan duenetik. Epaiak, pertsona aztertu eta epaileak berak izendaturiko fakultatibo baten irizpena entzun ondoren, baimena eman edo ukatuko du, eta gertakari berri emanen dio Ministerio Fiskalari.

Zentro psikiatriko batean interna daiteke pertsona, indarreko legediaren arabera, honela:

- Bere gogoz. Kasu honetan, gaixoak sinaturiko eskaera besterik ez da behar.

- Bere gogoz kontra. Kasu honetan mota hauek bereizi behar dira:

- * Presakoa; 24 orduko epean epaileari jakinarazi behar zaio;

- * Ez-presakoa; horretarako, beharrezkoa da epaileak aurretiaz baimena ematea.

- * Penala, kondenaren ordezkoko gisa edo gaixotzen diren presoentzat.

Gaioxo zentro psikiatriko batean uzteari buruzko araudiak zenbait arazo orokor sortu ditu, eta horiek Foru Komunitatean ere nabaritzen dira:

- Gaixo psikiatrikoen gorakada erakundeetatik kanpo, erakunde horiek legezko nahitaezko baldintzarik betetzen ez denean gaixoak ospitaleratzeari ezezkoa ematearen ondorioz.

- Lege hori aplikatu ahal izateko benetako azpiegiturarik ez egotea; adibidez, adimen-gaixoen garraio bideei (anbulantzia, trebaturiko langileak) buruzko araudirik ez egotea, kasu psikiatrikoak peritatzeko behar adina espezializaturiko auzitegi-medikuen eskasia, bai eta udaletako berariazko araudiena.

- Adimen-osasuneko profesionalen aurka aurkezturiko denuntzien gorakada, mehatxuak, derrigortzea, zaintza-eginkizuna ez betetzea bezalako delituekin zerikusia dutenak, eta horiei dagozkien erantzukizun zibil eta ekonomikoak. Gai hori mediku-gaixo harremanari eta tratamenduari kalte egiten ari zaie.

- Zuzenbide zibilak erabilitako "presa" kontzeptua ez dator bat ikuspegi psikiatrikotik "presa" den horrekin.

- Ospitaleratze psikiatrikoari dagokionez psikiatriko profesionalen erantzukizun zibil eta penalak zehazteko zailtasunak.

- Sekretu profesionalaren arazoa partzialki konpondu du Kode Penalaren eraldaketak, horri buruzko arauak eman baititu.

4.3. EGOERAK, ZUZENBIDE PENALAREN IKUSPEGITIK

4.3.1. EGOZGARRITASUNA ETA EGOZTEZINTASUNA

Azaroaren 23ko 10/1995 Lege Organikoaren bitartez indarra hartu zuen eta gaur egun indardun den Kode Penalak ez du egozgarritasuna zentzu positiboan definitzen, ordenamendu juridikoarentzat 18 urtez gorako pertsona oro egozgarri baita.

Beraz, egozgarritasuna alda dezaketen inguruabarrak deskribatzen ditu. Egozgarritasunaren definizio baten arabera, "erruduntasunerako gaitasuna" edo "errudun gisa jarduteko gaitasuna" litzateke (Rodríguez Devesa, 1990).

Kode Penaleko I. Tituluko II. Kapitulutik ("Erantzukizun kriminaletik salbuesten duten arrazoiak"), zehazki, 20. artikulutik, ondoriozta daiteke egozgarritasunaren kontzeptua dela gizabanakoak duen gaitasuna egintzaren ez-zilegitasuna ulertzeko edo ulermen horren arabera jarduteko. Kontzeptu hori elementu biologikoetatik ez ezik, arauekin loturiko elementu psikologikoetatik ere (egintzaren ez-zilegitasuna ulertzeko gaitasun intelektuala eta ulermen horren arabera jarduteko nahimen-gaitasuna) ondorioztatzea gaur egungo Kode Penalak aurrekoarekin alderatuta ekarritako berrikuntza bat da (Morales Prats, 1996).

Erabateko egozgarritasuna oinarrizko bi suposamendutatik abiatzen da: ezagutza eta borondate askea, zeinak bere egintzengatik erantzuteko adinako nortasun-garapena erdietsi duen pertsona orori aitortzen baitzaizkio.

Kanaria Handiko Las Palmaseko Probintzia Auzitegiko 1990eko martxoaren 20ko epaiaren arabera, "...Gaur egungo ezagutza psikologiko, psikiatriko eta soziologikoen ikuspegitik, begi-bistakoa gertatzen da ezen giza jokabidea, normala zein patologikoa, gizabanakoarena zein taldearena, ulergarria dela soil-soilik jokabide hori agertzen den inguru sozio-kulturalean aztertzen denean. Horrela, badirudi egozgarritasunaren kontzeptua ezin dela bere horretan ulertu, baizik eta biografia pertsonal baten barruan txertaturik, eta egitura sozial jakin bati loturik; hau da, sozializazio-prozesu luze baten ondorio gisa. Prozesu hori hasten da jaiotzean, eta bizitza guztian zehar jarraitzen du, arau ezberdinek, sozialek eta juridikoek, beharriak barneratzearekin; prozesu sozializatzaile horretan gertaturiko gorabehera oro, ahalmen intelektual eta nahimenekei eragin nahiz ez eragin, aintzat hartu behar da pertsona baten portaerari buruzko edozein balio-judizio egitean".

4.3.2. ERANTZUKIZUNEAN ERAGITEN DUTEN INGURUABARRAK.

Kode Penalak erantzukizunean eragiten duten inguruabarren zerrenda bat jasotzen du. Inguruabar horien jatorria psikologikoa edo biologikoa da. Kode Penaleko 20. artikulua arabera, erantzukizun kriminaletik salbuesten duten arrazoi horietako batzuk, adimen-gaixotasunarekin zerikusia daukatenak, honakoak dira:

- Egintzaren ez-zilegitasuna ulertzen uzten ez duen edozein anomalia edo ezaugarri, ulermen horren arabera jarduteagatik.

- Delitua egiteko asmoz bilatu ez den adimen-nahaste iragankorra, delitu hori egitea ez badu aurreikusitako edo aurreikustera beharturik ez bazegoen.

- Jaiotzatik edo haurtzarotik pertzepzio-arazoak jasatea, errealitatearen kontzientzia larriki eragiten dutenak.

- Beldur menderaezinak bultzata jardutea.

Erantzukizun kriminalaren aringarriak ere jasozten dira (Kode Penaleko 21. artikulua):

- Aurreko arrazoi guztiak, erantzukizunetik salbuesteko beharrezkoak diren baldintza guztiak betetzen ez direnean.

- Onetik ateratzea, itsualdia edo hein bereko gogo-egoera bat eragiterainoko indarreko arrazoi edo kitzikapenen ondorioz jardutea.

Laburbilduz, Kode Penalak delitu gisa kalifikaturiko egintza bat egin izana pertsona bati egotzi ahal izateko, baldintza-multzo bat bete behar du (Gisbert Calabuig, 1983):

- Gutxieneko heldutasun-egoera bat, ikuspegi fisiologikotik nahiz psikikotik.

- Egiten dituen egintzez guztiz jabetuta egotea.

- Borondatezkoatasunerako gaitasuna.

- Askatasunerako gaitasuna.

Aztertzen ari garen pertsonaren ezaugarriak, ospitalez kanpoko egoeran dagoen adimen-gaixotasunari dagozkionak, alderatzen baditugu Kode Penalak pertsona bat egozgarritzat hartzeko ezartzen dituen baldintzekin, baieztatu dezakegu zaila dela adimen-gaixotasuna diagnostikatu zaion pertsona bat heldutzat eta erabateko kontzientzia, borondate eta askatasunaren jabetzat jotzea. Hala eta guztiz ere, kasu batzuetan adimen-gaixotasuna aringarri edo salbuesle gisa balioesten da, eta erruduntzat jotakoak zentro psikiatriko batean betetzen du ezarritako zigorra.

4.3.3. ADIMEN-NAHASTE IRAGANKORRA

Adimen-nahaste iragankorra, bai inguruabar salbuesleen bai aringarrien artean aipatua, jurisprudentziak definitu izan du, eta honelaxe laburbildu du Gisbert Calabuigek:

- Zuzeneko eta erraz ikusteko moduko kausa baten ondoriozkoa izatea.

- Bat-batean edo, gutxienez, azkar agertu izana.

- Iraupen laburrekoa.

- Sendatzea ere azkarra izatea, erabatekoa eta ondorioz gabekoa, eta errepikatzeko aurreikuspenik ez egotea.

- Nahastea agertu zuen pertsonaren oinarri patologiko frogatu baten ondorioz sortu izana.

- Adimen-nahastearen intentsitateak erabateko ezintasuna eragitea egintzaren ez-zilegitasuna ulertzeko edo ulermen horren arabera jarduteko; beroaldi huts bat ez da nahikoa.

Burua nahasturik zuen unean delitu bat egin duen pertsonaren kasuan, haren tratamenduaren arduradun den fakultatiboaren txostenak zehaztuko ditu nahastearen intentsitatea eta jatorria. Adimen-nahastea berezkoa edo delitua egiteko asmoz berariaz bilatua izan daiteke.

4.4. LANBIDE-EGOERA

4.4.1. ZUZENBIDE ESPARRUA

Konstituzioko 49. artikulua arabera, "botere publikoek aurreikuspen, tratamendu, errehabilitazio eta gizarteratze politika egiten dute gutxitu fisiko, sensorial eta psikikoei dagokienez; beharrezkoak duten laguntza espezializatua emanen diete eta bereziki babestuko dituzte titulu honek herritarrei ematen dizkien eskubideak gozatu ahal izan ditzaten". Ildo horretatik, 49. artikulua argiro lotzen ditu osasunaren eta gizartearen arloko politikak, eta bien arteko koordinazioa eta koherentzia mantentzera derrigortzen du. Halaber, gauza nabaria da berdintasun-printzipioa urratu egin behar dela kolektibo horiei dagokienez (Arechederra, 1995). Diskriminazio negatiboa debekatu egiten da, baina ez ordea positiboa, ezgaituen eta ezgaitu ez direnen arteko aldea murrizteko xedez.

Integrazio-politika horri dagokionez, Konstituzioak (Konstituzioko 49. artikulua) ezartzen du botere publikoek zainduko dutela minusbaliatuak gizarteratuak egon daitezela.

Eskubide hori garatzen dute, halaber, Lanbide-arriskuen prebentzioari buruzko azaroaren 8ko 31/1995 Legeak, bere 25, 26 eta 27. artikuluetan; Gaitasunik gabeko pertsonen enplegua sustatzeari buruzko ekainaren 30eko 22/1992 Legeak; ekainaren 20ko 1/1994 Legegintzako Errege Dekretuak, zeinaren bitartez onesten baita, bigarren xedapen gehigarrian, Gizarte Segurantzaren Lege Orokorren testu bateratua; uztailearen 17ko 1368/1985 Errege Dekretuak, zeinaren bidez arautzen baita Zentro Bereziatan lan egiten duten minusbaliatuen lanbide-harreman berezia, geroago aldatua, martxoaren 12ko 427/1999 Errege

Dekretuaren bitartez; eta apirilaren 17ko 13/1982 Legeak, minusbaliatuen gizarteratzeari buruzkoak (geroago, hori garatzeko, 1451/1983 Errege Dekretua onetsi zen).

Azken lege horrek minusbaliatutzat jotzen du akats fisiko edo psikiko bat dela-eta egokitzeko edo gizarteratzeko ezintasuna duen pertsona. Lege horren babesean, eta kontuan izanik ezen politika pasiboak (sorospenak) ez direla aktiboak bezain interesgarriak, enplegu-zentro okupazionalak sortzen dira, eta kolektibo hau laneratzeko politikak egin daitezke.

4.4.2. EZGAITASUNAK: KONTZEPTUA

Gai honi buruzko irakurketa soil batek berak 1970eko maiatzaren 8ko Aginduaren bidez eginitako aurrerapausoak bezalakoak gogoan izatera behartzen du. Agindu hori zela medio, "subnormal" kontzeptua desagertu zen. Gaur egun, legediak "ezgaitu" edo "gutxitu" terminoak erabiltzen ditu. Lanbiderako mugak zehazteko eta prestazio jakin batzuk jasotzeko eskubidea ezartzeko, jasaten den gaitasun-ezaren mailaren arabera sailkapena egiten da, eta gaitasun-ez hori ulertzen da gizabanako batek autonomiaz bizi ahal izateko duen desabantaila gisa.

4.4.3. GAITASUN-EZAREN MAILAK ETA MINUSBALIOTASUNEN BALIOESPENA

Gizarte Segurantzari buruzko Lege Orokorrek, 136. artikuluan, kotizaziopeko eta kotizazio gabeko gaitasun-ezak bereizten ditu, nolakoa den pertsonaren lanbide-egoera. Kotizaziopeko modalitatean beharrezkoa da langile izatea eta, istripu bat edo gaixotasun bat izan ondoren, medikuaren alta jaso izatea; horrez gain, lan-ahalmena murrizten edo behin betiko deuseztatzen duten murriztapen anatomiko edo funtzional larriak eduki behar dira.

Legearen arabera, gaixotasun arrunt edo lanbidekoaren eta istripuaren kasuetan posible da aldi bateko gaitasun-eza, langileak osasun-laguntza jasotzen duen eta lan egiteko ezindua dagoen bitartean. Gehienez ere hamabi hilabeteko iraupena izanen du gaitasun-ezak, eta beste sei hilabetez luzatu ahal da baldin eta epe horretan medikuak sendaketaren ondoriozko alta eman dezakeela aurreikusten bada (128. artikulua). Langileei dagokienez, ezintasun iraunkorren deklarazioak ere arautzen ditu, ezintasunaren maila guztietarako (137. artikulua):

- Ezintasun iraunkor partziala
- Ezintasun iraunkor osoa
- Erabateko ezintasun iraunkorra
- Baliaezintasun handia

Lanerako ezintasun iraunkorren maila bakoitza erabakiko da lanerako ahalmenaren murriztapenaren ehunekoaren arabera, gogoan izanik interesdunak zein lanbideetan jarduten zuen edo zein lanbide-taldetan txertaturik zegoen.

Halaber, lanbide-arloaz kanpoko beste pertsona batzuen minusbaliotasun-egoera ere aintzat hartzen du, "kotizazio gabekoa" izeneko modalitatean (136.2 artikulua). Kasu horietan, minusbaliatuen kalifikazioa eta minusbaliotasun-mailaren balioespena egiten da, 1984ko martxoaren 8ko Aginduaren arabera, diziplina anitzeko lan-taldeen bitartez. Egoera horretan daude, Gizarte Segurantzari buruzko Lege Orokorreko 144. artikuluen arabera, hemezortzi urtetik gorako eta hirurogeita bost urtetik beherako direnak, egoiliarak, gutxienez ere % 65eko baliaezintasun-mailako minusbaliotasun edo gaixotasun kroniko bat dutenak eta Gizarte Segurantzari buruzko Lege Orokorreko 145. artikuluko irizpideen arabera behar adinako errentarik ez daukatenak. Urtarrilaren 8ko 4/1999 Errege Dekretuak minusbaliatu gisa hartzen ditu lanerako gutxienez ere % 33ko minusbaliotasuna daukaten guztiak (errendimendu-ahalmena), gaitasun fisikoa % 33 gutxitua daukatenak edo lanerako gaitasuna % 33 gutxitua daukatenak.

4.4.4. KOTIZAZIOPEKO ETA KOTIZAZIO GABEKO PENTSIOAK

Kotizaziopeko pentsioak Gizarte Segurantzari buruzko Lege Orokorreko 138tik 143.era artikuluek arautzen dituzte, eta bertan zehazten dira onuradunak, prestazio-motak, arauketa-oinarriak eta prestaziorako eskubideak barnean hartzen dituen beste elementu batzuk.

Kotizazio gabeko modalitateari dagokionez, lege horrek berak, 144tik 149.era artikuluetan, prestaziorako eskubidearen funtsezko elementuak arautzen ditu. Ildo horretan, azpimarratu beharrezkoa da pentsioaren zenbatekoa finkoa dela, eta bateragarria dela ordainduriko lanarekin (Gizarte Segurantzari buruzko Lege Orokorreko 147. artikulua). Pentsio horiek ez dira bizi artekoak; izan ere, noizean behin Gizarte Segurantzak haiei buruzko ikerketak egin ditzake, eta pentsio horiek kendu ere egin ditzake, baldin eta onuradunaren errenta hazi egin bada koefiziente jakin batzuk gainditu arte. Bestalde, minusbaliotasunaren ondoriozko beste prestazio batzuk bateragarriak dira kotizazio gabeko pentsioekin.

4.4.5. MINUSBALIATUEN GIZARTERATZEARI BURUZKO LEGEA

Minusbaliatuen Gizarteratzeari buruzko apirilaren 7ko 13/1982 Legeak jomuga bikoitza dauka,

aztergai dugun taldeari oso ongi aplika dakiokena:

A) Lan-sistema arrunt batean integratzea (normalizazioa).

B) Minusbaliatua produkzio-sisteman txertatzea.

A) Lan-sistema arrunt batean integratzea.

Ikus daitekeenez, minusbaliotasunak, adimen-gaixotasunak eta enpleguak elkarrekiko lotura nabarmena daukate. Legeak beharrezkotzat jotzen du enplegu bat lortzeko aukerak ahal den heinean orekatzea, bai minusbaliotasunik ez daukaten pertsonenak bai minusbaliotasunen bat jasaten dutenenak ere. Alabaina, langabezia eta lan bat eskuratu eta mantentzeko zailtasunak dira adimen-nahaste kronikoak dauzkaten pertsonetarik askok jasaten dituzten desabantaila sozial garrantzitsuenetariko bi, eta horrek nabarmenki oztopatzen du pertsona horiek gizarteari egokitu eta gizarteratzeko prozesua (Iraurgi, 1997).

Aipaturiko araudiari jarraikiz, adimen-gaixoen diren ezgaituak laneratzeko hiru esparru hauek daude: zentro okupazionalak, enplegu-zentro bereziak eta enpresa arrunta.

Zentro okupazionalak bideraturik daude minusbaliotasuna daukan pertsonaren lanbide-gaitasuna berreskuratzera, bokaziozko lanbiderako errehabilitazio-jarduerak eta programak eskaintzen dituzten baliabideak antolatuz. Zentro horietan, produkzio-jarduera bigarren mailako kontua da; helburu nagusia tratamendua da.

Garrantzia tratamenduari ematen dion ikuspegi hori aldatu egiten da zentro berezietan (enplegu babestuko zentro ere deitzen zaie) eta enpresa arruntean, non, begi-bistakoa da, produkzioa baita helburu nagusia. Dena den, kontuan hartu behar da lanbide-jarduera bat egiteak eragin normalizatzailerik handia duela adimen-gaixo kronikoarentzat, gizarteratu ahal izateko oinarritzko egitura bat ematen baitio (Iraurgi, 1997). Ildo horretatik, Langileen Estatutuak minusbaliatua babesten du 4. artikuluan, haren diskriminazioa debekatzen baitu esleitu zaion lana gutxieneko neurri batean egin dezakeen kasu guztietarako.

B) Minusbaliatua produkzio-sisteman txertatzea.

Bestetik, adimen-gaixoa enpresa batean kontratatzeke aukerari dagokionez, printzipioz urratzen gehiago, kontrol eta baldintza zorrotzagoak eskatzen dira pertsona minusbaliatu bat kontratatzeke minusbaliatua ez dena kontratatzeke baino, eta horrela jasotzen da Espainiako Konstituzioko 49.

artikuluan besteak beste adimen-gaixoa babesten duen edukia. Enpresaburuari dirulaguntzak ematen zaizkie, kontrataziorako pizgarri gisa. Neurri honen bidez asmoa da enpresaburuari eta gaixolari mesede egitea, zeren eta lanaldi osoko eta muga gabeko kontrataziorako pizgarria ematen baita. Lanaldi erdirako kontratua baizik ez bada egiten, dirulaguntza ere erdira murrizten da. Horrela, enpresaburuentzako dirulaguntzak eta Gizarte Segurantzarako kotizazioetarako hoberiak daude. Arlo honetan, kontuan hartu behar da 2002rako Estatuaren Aurrekontuen Legeak hoberiak ezartzen zituela lanbide-jarduerak egin ditzaketan langile minusbaliatuak kontratatzen dituzten enpresentzat; zehazki, eskatzekoa den Gizarte Segurantzako kuotaren % 75erainoko murriztapenak ezartzen zituen.

Aztergai dugun biztanleriari zuzentzen zaionean tratu mesedegarria duen beste kontratu-mota bat (diskriminazio positibo justifikagarriaren arloan sartuko litzateke tratu hori) trebakuntza-kontratua da; izan ere, 4 urterainoko iraupena izan dezake, minusbaliatuak ez diren langileentzat ezarritako 3 urteen ordean. Tratu mesedegarri hori honakoak ere agerian uzten du: adimen-gaixoa bide hau erabiliz kontratatzeke, ez da aintzat hartzen adin-muga; minusbaliatuak ez diren kasuan, ordea, 16tik 25 urterako adineko pertsonak kontratatu behar dira. Gainera, hoberia duen kontratu bat da.

Praktikaldiko kontratua ere mesedegarria da, epeak luzeagoak baitira minusbaliotasunik gabeko pertsonentzat ezarritakoak baino. Titulua lortu ondoren, probaldiari "egokitzapen-epea" deitzen zaio; hor ere ikus dezakegu legegileak izenak berak ere samurtu nahi izan dituela, adimen-gaixoen egoera berezietara egokitzeko.

Errendimendu-pizgarriak ezin zaizkie minusbaliatuei ezarri baldin eta haien kontrako suerta badaitezke. Are gehiago, errendimendu baxua izanik kontratatzea justifikatzen da, langileak lanetik alde egin baitezake errehabilitazio-, prestakuntza- eta beste ikastaro batzuetara joateko, inolako soldata-murriztapenik gabe. Ideia horretan gehiago sakonduz, lanaldi partzialeko lana oso egokia da tratamendurako denbora gehiago behar duten adimen-gaixoentzat. Aitzitik, aparteko orduak debekatuta daude.

Eskaintzen den beste aukera bat etxean jarduteko kontratua da. Hala ere, nahiz eta kasu batzuetarako egokia dirudien, gutxitu psikikoen kasuan kontratu hori debekaturik dago, beharrezkotzat jotzen baita pertsona horiek euren etxetik kanpo lan egitea eta profesional batek haien jarraipenaren gaineko ardura izatea (Enplegu-zentro berezietan lan egiten duten minusbaliatuen lan-harreman

berezia arautzen duen uztailaren 17ko 1358/1985 Errege Dekretua aldatzen duen martxoaren 12ko 427/1999 Errege Dekretuko 7.3 artikulua).

Adimen-gaixoa enpresako lan-arloan txertatzen denean, garrantzi handia dute banakako jarraipenak eta tutoretzak. Jarraipen hori egin behar zaie bai langile ezgaituari bai enpresaburuari, bien artean arazoak sortzearen kasurako.

5. OSASUN- ETA ERKIDEGO-BALIABIDEEN ARLOKO BEHARRIZANAK

5.1. ERKIDEGO-LAGUNTZAREN ARLOKO BEHARRIZANAK

Zaintzaileen % 12,7k etxez etxeko laguntza jasotzen du¹, % 20,5 aisialdi-zentro batera joaten da eta % 40,2 enplegu-zentro lanbideko/okupazional/berezi batera joaten da. Posible diren baliabideak direla-eta ikerketan zehar aipaturiko zerbitzu-zerrenda luzeari dagokionez, galdera egin zaienean ea zaintzaile gisa etorkizunean zerbitzu horietakoren bat behar izanen ote duten, % 80k baietz erantzun dute. Posible direnen artean honako hauei baieztatu aipagarria (hau da, beharrezkotzat jotzen direla) eman zaie: etxez etxeko laguntza (% 49), familia-aholkularitza (% 45,7), eguneko zentroak (% 38), aisialdi-klubak (% 47,4), lan-zentroak (% 43,4), eguneko ospitaleak (% 43), internamendu-zentroak (% 44,9), adimen-osasuneko etxeetako guardia-zerbitzuak (% 45,8). Baina, batez ere, hauei: krisialdi-erako laguntza (% 59) eta egoitzak (% 51,9). Eta horrek argi adierazten du zein diren beharrezko nagusiak erkidegoaren esparruan adimen-gaixoei funtsezko laguntza ematen dietenentzat.

Osasun-arloan, aipagarria da zaintzaileen % 26,3k adimen-osasuneko zerbitzuetako itxaron zerrenden arazoa azpimarratzen duela, eta, horrez gain, gehiegizko burokrazia (% 23,6), kontsultaren iraupen mugatua (% 23,4) eta laguntzarako baliabiderik eza (% 25,2). Kasu horietan, aski zabalduko (galdekatuen % 30) iritzia da langile espezializatuak ez direla arazoaz arduratzen, edo ez dutela behar adinako azalpenik ematen. Dena den, galdekatuen % 42,8k jotzen dute gaixoa tratatzen duten profesionalak ez dietela behar bezalako informaziorik ematen, eta % 65,5ek diote baietz, informazio-kontuetan behar bezalako zerbitzua jasotzen dutela.

Zaintzaileen elkarten ikuspegitik, adimen-gaixoen kolektiboarentzako laguntza Foru Lege baten bidez garatu behar da, Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planarekin egin ez bezala –izan ere, dokumentu hori Parlamentuan tramitatu gabe onetsi zuen Gobernu Kontseiluak–, halako moldez non Lege horrek zehaztuko baititu jardueraren eremua, lanabesak, erantzukizunak, baliabideak eta finantzaketa, bai eta Laguntza Plan Integrala garatzea ere (hiru urtean behin egitekoa), adimen-gaixotasuna daukaten pertsonentzat, lehenetsuneko arreta emanez gaixo kronikoei.

Familiartekoen kolektibo honek eskatzen du egoitza txikiak sor daitezela, foru administrazioaren zuzeneko erantzukizunaren azpian: 25 plaza finko, gehi 5 arinaldi-erako, Iruñean eta Iruñerrian (2), Erriberan, Iparraldean eta Erdialdean; 50 plaza tutoretzako pisuetan, Nafarroako eremuetan banaturik, eta horiek pixkanaka ugartzea eremu horietan, antzematen diren beharrezkoen arabera.

Laneko arloari eta okupazionalari dagokionez, jadanik 2000n honako hau eskatzen zuten: 150 plazako gehikuntza, une hartako itxaron zerrendaren arabera, zentro bereki edo itunduetako lanbaliabide eta baliabide okupazionalak; enplegu-programak garatzea, Nafarroako Enplegu Zerbitzuaren laguntzarekin, enpresa normalizatu-tan lanpostu bat hartzeko gaitasuna daukaten pertsonen eskaerari erantzuteko; eta Udaletako enplegu-programetan lanpostuak zuzenean errehabilitatzea, horretarako hitzarmenak sinatuz.

Aisialdiaren arloan abian zeuden programak pixkanaka gehitu behar ziren; hain zuzen ere, lokala, langile espezializatuak eta baliabide ekonomikoak berehalakoan lortu beharrezko programa hau kolapsatu du. Halaber, inolako ariketarik egin ez duten gazteei egokituriko gimnasia- eta kirol-programak garatzea (ariketarik ez egiteak beharrezko fisiko garrantzitsua eragiten du); aste-buru eta jai-egunetarako berariazko aisialdi-programak garatzea.

Azkenik, etxez etxeko laguntzaren arloari dagokionez, zaintzaileen iritziz premiazkoa da programa hori plan soziosanitarioak orokorki ezarritakoa baino haratago garatzea, hark Adimen-osasunarekin lotura izatea eta gaixo kronikoen leku-aldatzeetan erkidegoaren lagun egitea barnean hartzea.

(1) Bartolomé de Carranza Fundazioa, 2000.

5.2. ZAINZAILEEK AGERTURIKO BEHARRIZANAK LAGUNTZA SOZIOSANITARIOARI BURUZKO FORU PLANARI AURKEZTURIKO ZUZENKETETAN

5.2.1. EGOITZARI DAGOKIONEZ

Arlo honetan, zaintzaileen eskaera argi askoa da: egoitzak eskatzen dituzte (eta ez "ero-etxeetako ohe itxuraldatuak"). Hona hemen haien eskaerak, laburbildurik:

• Egoitza publiko txikiak sortzea	25 plaza finko 5 arinaldi-plaza Iparraldea Erdialdea	Iruña eta Iruñerria (2) Erribera
• Tutoretzako pisuak	50 plaza Eskualdeka gehitzea, beharrizanen arabera	Nafarroako eskualdeak

5.2.2. ARLO LANBIDEKOA/OKUPAZIONALA

• Plazak sortzea, 2000ko itxaron zerrendaren arabera, lanbidearen eta lanerako prestakuntzaren arloko baliabideetarako, zentro berekietan edo itunduetan: 150 plaza.

• Enplegu-programak, Nafarroako Enplegu Zerbitzuaren laguntzarekin, enpresa normalizatuetan lanpostu bat hartzeko gaitasuna daukaten pertsonentzat.

• Lanpostuak zuzenean erreserbatzea udal enplegu-programetan, hitzarmenak sinatuz.

5.2.3. AISIALDIAREN ARLOA

• Gaixo kronikoen leku-aldatzeetan erkidegoaren arloko lagun egitea barnean hartu behar du.

• Adimen-osasunarekin lotura.

5.3. OSASUN-JARDUERAREN ARLOKO BEHARRIZANAK

Arlo honetan sorturiko beharrizanen artean daude etengabeko laguntza, laguntza espezializatu eta biztanleentzat erreferentzia egonkorra koordinatu eta sortzearen arloko beharrizanak. Horrela, beharrezko jotzen dute gutxienez ere adimen-osasuneko hiru zentro irekitzea, arratsaldeetan larrialdiak tratatzeko; larrialdi psikiatrikoetarako erkidego-arloko esku-hartzerako talde bat sortzea; laguntza psikologikoa; portaera-ereduei

buruzko programa indibidualizatuak gaixoarentzat, zaintzaileentzat eta haien familientzat; gizarte, lanbide eta hezkuntzaren arloko errehabilitazio/integrazio prozesuen jarraipena; eta, azkenik, lanbide anitzeko lan-taldeak eratzea, jarduerak eta tratamenduak balioetsi eta ebaluatzeko oinarriko osasun-barrutien arabera edo, bestela, adimen-osasuneko oinarriko barrutika.

Laguntza espezializatuaz denaz bezainbatean, akutuen unitateak (egonaldi laburra, ertaina eta luzea) berregituratzea proposatzen dute; halaber, adimen-osasunaren arloko laguntzaileak eta erizainak trebatzea; espezialitate-konsultetan adimen-gaixoei lehenetsuneko laguntza ematea; eta adimen-osasuneko profesionalen plantillan neuropsikiatria eta neurobiologiaren arloko profesionalak hartzea.

5.3.1. OSASUN JARDUERAK

• Oinarriko osasun-laguntza/Adimen-osasuneko sarea	Sarea ordutegi guztian erabiltzea
– Etengabeko laguntza eta larrialdikoa	Gutxienez 3 adimen-osasuneko etxe irekitzea larrialdietarako (22ak arte)
	Erkidego-arloko eskuhartze taldea eratzea larrialdi psikiatrikoetarako
	Gaixoarentzako laguntza psikologikoa

	Zaintzaileentzako eta gaixoaren familiarentzako laguntza
	Portaera-ereduen programa indibidualizatuak, gaixoarentzat eta bere familiarentzat
	Gizarte, lanbide eta hezkuntzaren arloetako errehabilitazio/integrazio prozesuen jarraipena
	Jarduerak eta tratamenduak balioetsi eta ebaluatzeko lanbide anitzeko taldeak eratzea, oinarritzko osasun-barruti bakoitzean edo, bestela, oinarritzko adimen-osasuneko barruti bakoitzean.
- Laguntza Espezializatua	Akutuen Unitateak berregituratzea (egonaldi laburra, ertaina eta luzea)
	Adimen-osasunaren arloko laguntzaile eta erizainak prestatzea
	Adimen-gaixoei lehentasunezko laguntza ematea espezialitate-kontsultetan
	Neuropsikiatria eta neurobiologiaren arloko profesionalak hartzea adimen-osasuneko profesionalen plantillan.
- Laguntzaren antolamendua	Adimen-eskualdeen araberako antolamendua: tramiteak arintzea, prestakuntza eta informazio arina, bereziki kroniko gazteei dagokienez.

5.4. BALIABIDEAK, GIZARTE ONGIZATE, KIROL ETA GAZTERI DEPARTAMENTSAREN ARABERA

Foru administrazioaren aldetik behar adina egiaztaturiko datuak izatearren, txosten berezi hau egitean Gizarte Ongizate, Kirol eta Gazteri Departamentuari informazioa eskatu zitzaion Foru Komunitateko adimen-gaixoentzako laguntzan berak eginiko kudeaketa-lanaren honako atal hauei buruz:

1. Gizarte-zerbitzuen baliabideak eta jarduera ekonomikoa adimen-gaixoentzako laguntzari dagokionez

2. Elkartegintza:

- a. Gaur egungo egoera.
- b. 2000/2002 bilakaera.
- c. Giza Baliabideak.
- d. Onuradunak:

i. Adimen-gaixoen laguntza soziosanitarioaren arloan Nafarroako Gobernuarekin lankidetzan aritzen diren elkarte, erakunde edo entitateak

ii. Haietako bakoitzak jasotako dirulaguntzak, laguntzak edo ekarpen ekonomikoen bestelako motak

3. Lagundu eta errehabilitatzeko fundazioak eta elkarteak

4. Gizarte Ongizatearen berriarazko aurrekontua adimen-gaixoen laguntza soziosanitarioarako.

5. Haur eta nerabeen adimen-osasunari dagokionez:

- a. Definizioa, araudia eta ekintza-planak
- b. Datu epidemiologikoak
- c. Datu alderatuak
- d. Jarduera soziosanitarioa
- e. Beharrianak

Aipaturiko Departamentuak txosten bat bidali zuen, Ezgaitasunak dituzten Pertsonen Atalak prestatutikoa, eta handik honako datu hauek atera ditugu:

5.4.1. GIZARTE ZERBITZUEN BALIABIDEAK ETA JARDUERA EKONOMIKOA ADIMEN-GAIXOEI DAGOKIENEZ

• Egoitza-arloko baliabideak

- Hitzarmena, Jesusen Bihotz Sakratuaren Ahizpa Ospitalarien Kongregazioarekin (2000ko ekaina):

Egoitza lagunduko 42 plaza erreserbatu eta betetzea Iruñean eta Elizondon.

16 plaza pisu funtzionaletan, Iruñean eta Elizondon.

- Gaur egungo egoera (2002ko azaroa)

- Benito Menni Ospitalea (Elizondo):

30 plaza egoitza lagunduan.
10 plaza, adimen-gaixoentzako egoitza lagunduko izateko xedez psikogeriatrikoak birmoldatzearen ondoriozkoak.

- Aita Menni Klinika (Iruña)

10 plaza egoitza lagunduan.
Adimen-gaixoen (AGEL).

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuarentzako kostua betetako AGEL plaza bakoitzeko: 1.497,13 euro/hilabete/pertsona

Plaza-erreserbaren kostua: 1.197,70 euro/hilabete/erreserba

- Adimen-gaixoentzako tutoretzako pisuak

– Aita Menni Klinika (Iruña)

Adimen-gaixoentzako tutoretzako 2 pisu; bakoitza 4 pertsonarentzat da (8 plaza).

4 plaza, adimen-gaixoentzako tutoretzako pisua (AGTP) (Sarríes).

4 plaza, adimen-gaixoentzako tutoretzako pisua (AGTP) Ursua.

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuarentzako kostua betetako AGTP plaza bakoitzeko: 820,85 euro/hilabete/pertsona.

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuarentzako kostua AGTP plaza bakoitzaren erreserbategatik: 656,68 euro/hilabete/erreserba.

• SENDABIDE etxe babestuak

Emakumeentzako 2 etxe babestu, guztira 16 egoitza plaza dituztenak.

Etxe babestu 1 Iturrama, 8 plaza.

Etxe babestu 1 Egues, 8 plaza.

Etxe babestuetan, laguntza bat ematen zaio pertsona ezgaituari, plazaren kostua ordaintzeko. Laguntza hori aldatu egiten da, pertsona horren dirusarreraren arabera, eta urtean 1.850,50 euro bere nahieran erabil ditzan errespetatzen zaio.

• Apopilo-etxe babestuak

Pertsona partikularrak, gaixotasun-sintomatologiari dagokionez konpentsaturiko adimen-gaixotasuna daukaten pertsonen euren etxea pentsio gisa eskaintzen dietenak. 13 pertsona baliabide honetan

Laguntza ekonomiko bat tramitatzen zaie, pertsonaren dirusarreraren arabera, eta urtean 1.858,50 euro beren nahieran erabili ahal izatea errespetatzen zaie.

• Besteren zentroak

“Besteren Zentroak” kontusailaren kargura laguntza ekonomiko bat jasotzen duten pertsonak

69 pertsona.

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuarentzako kostua 720.214,14 eurokoa da. Pertsona horietako gehien-gehienek diagnostiko bikoitza daukate: adimen-ezgaitasuna eta adimen-gaixotasuna pairatzen dute. Haiei guztiei tramitatzen zaie gehienez ere pertsona bakoitzeko 1.522,47 euroko laguntza bat.

- Lanbide-baliabideak
- Elkarkide S.L.

bi zentro okupazional, adimen-gaixoentzat

Talluntxe: 40 plaza.

Aranzadi: 35 plaza.

2003ko maiatza.

Zentro okupazional berria gehitzea: 40 plaza.

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuaren dirulaguntza TALLUNTXErentzat: 261.875,30 euro.

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuaren dirulaguntza ARANZADIrentzat: 228.716,91 euro.

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuak Elkarkide S.L.ri emandako dirulaguntzaren guztizkoa: 490.592,21 euro

• Etxez etxeko laguntzako programa

Ekipo bat Iruñean.

• ANASAPS elkartea

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuak diruz lagundurikoa, urtean 120.202 euroekin.

Asmoa da 2003tik aurrera programa hori Adimen-osasuneko Zuzendariordetzaren menpekoa izatea, nahiz eta enpresa pribatu batek kudeatu ahalko lukeen.

• Aisialdiko programa

Ekipo bat Iruñean.

• ANASAPS elkartea

Ekipo bat Tuteran.

Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuak diruz lagundurikoa, urtean 103.338,33 euroekin.

• Aita Benito Menni Ospitalea (37 plazako unitate baterako kalkulatua; plaza horietatik 30 itunduak),

– Astelehenetik larunbatera: Goizez: 1 OLT/EDU
Arratsalde: 1 OLT/EDU
Gauz: 0,24 OLT/EDU

– Igande eta jai-egunetan: Goizez: 0,5 OLT/EDU
Arratsalde: 0,5 OLT/EDU
Gauz: 0,24 OLT/EDU

Gainera, honakoen zerbitzua izanen du:

Psikologoa (lanaldiaren 0,411)

Mediku-psikiatra (lanaldiaren 1,26)

Pisu funtzionalak kasuan kasuko egoitza psikiatriko lagunduen menpekoak izanen dira, eta zerbitzu psikiatriko, psikologiko eta erizaintzako hornidura egokia izanen dute. Osasun-zaintza lehentasunez pisu funtzionaletik at eskainiko den arren, “in situ” erizaintzako ikuskapen klinikoa egitea ere aurreikusten da. Ikuskapen hori egiten da gutxienez ere bi aldiz, aste eta pisu bakoitzean.

Ikuskapen hori osatzeko, honako zaintza hauek eskainiko dira zentro-egoitza psikiatriko lagunduan:

- Erizaintza psikiatrikoaren arlokoak: zaintzak zentroan (ordubete/egun/pisu)
- Psikologoa: laguntza emanen da zentroan (2 ordu/aste/pisu)
- Psikiatra: ikuskapena zentroan (1 ordu/aste/pisu)
- Larrialdiak (gauak eta asteburuak): erizain edo mediku batek larrialdietan esku hartzeko (etxean edo ospitalean) aukera 24 orduetan.

5.4.2. ADIMEN-OSASUNAREN ARLOKO ELKAR-TEGINTZA

- ANASAPS. Nafarroako Adimen-osasunerako Elkartea

Azken 15 urteotan eraginkortasunez lanean dihardu adimen-gaixotasuna jasaten duten pertsonen kolektiboarekin, adimen-gaixotasuna daukaten pertsonen eskaerei eta haien familiartekoei erantzutera bideraturiko programak taxutuz.

Egoitza nagusia:	Iruña. Ordezkaritza bat Tuteran.
Bazkideak:	728.
Giza Baliabideak:	14 langile, 8 pertsona boluntario
Baliabide materialak:	Iruña: 350 m ² ko lokala, Iruñeko Udalak lagatakoa. Tutera: 50 m ² ko lokala, alokairuan hartuta.

5.4.3. 2000-2002 BILAKAERA.

Lehenago aipaturiko baliabide guztiak.

5.4.4. ONURADUNAK

- Adimen-gaixotasunaren ondoriozko nahasteak dituzten pertsonak eta euren familiartekoak.
- Diagnostiko bikoitza daukaten pertsonak, adimen-ezgaitasuna eta adimen-gaixotasuna jasatearen ondorioz.
- Aurretik aipaturiko pertsonen familiartekoak.

Adimen-gaixoen errehabilitaziorako Nafarroako Gobernuarekin lankidetzan diharduen elkartea ANASAPS da.

5.4.5. 2002AN EMANDAKO DIRULAGUNTZAK

ANASAPS

Etxez etxeko laguntzako programa:	120.202,00 euro
Elkartearen gainerakoa:	174.455,22 euro
Guztira:	294.657,22 euro

Bestalde, badaude beste erakunde batzuk, hala nola Asociación Sin Fronteras, Emausko Traperoak, zeinek adimen-gaixoak ere hartzen baitituzte zaintzen dituzten pertsonen artean –ikuspegi sozialetik zailtasunak dituztenak guztiak–.

2000. URTEA

Baliabide materialak	Baliabide ekonomikoak	KOSTUAK, GUZTIRA	
		Beteak	Erreserba
Aita Menni Ospitalea (Elizondo)			
30 plaza AGEL	AGEL kostua NGOlarentzat: 233.000 hilabete/perts.		
AGELera eraldatzearen ondoriozko plazak	AGEL erreserbaren kostua NGOlarentzat 189.401 hilabete/perts.	83.880.000,00	68.184.360,00
Aita Menni (Iruña)			
12 plaza AGEL	Goiko berberak:	33.552.000,00	27.273.744,00
Adimen-gaixoentzako tutoretzako pisuak, Aita Menni (Iruña)			
16 plaza, guztira; 4 plaza, pisu bat (Sarries)	AGTP kostua NGOlarentzat: 127.750 hilabete/perts. AGTP erreserbaren kostua NGOlarentzat 102.199 hilabete/perts.	24.528.000,00	19.622.208,00
			Erreserba eta beterikoak, guztira 257.040.312,00
SENDABIDE etxe babestuak			
PLAZAK, GUZTIRA, Gizarteratzeak kudeatuta	Laguntza ekonomiko pertsonalizatua, dirusarreraren arabera	Pertsonalizatua Nahieran erabiltzekoa	?
Apopilo-etxe babestuak			
Pertsona partikularrek etxea pentsio gisa eskaintzen dute. Gizarteratzeak kudeatuta.	Gaixotasunaren arabera konpentsazioa Laguntza pertsonalizatua, dirusarreraren arabera	Gaixotasunaren ondoriozko konpentsazioa Pertsonalizatua Nahieran erabiltzekoa	?
Besteren zentroak			
85 pertsonak jasotzen dute laguntza	Kostua NGOlarentzat: 125.096.642 Laguntza individuala, guztiek 250.000 baino gutxiago		125.096.642,00 21.250.000,00
Adimen-gaixoentzako ELKARKIDE S.L. zentro okupazionalak			
Talluntxe, 40 plaza.	NGOlaren dirulaguntza 40.530.662 pta.		40.530.660,00
Aranzadi, 35 plaza.	NGOlaren dirulaguntza 35.696.821 pta.		35.696.821,00
Etkez etxeko laguntzako eta aisialdiko programa			
Etkez etxeko laguntza, ANASAPS (Iruña)	NGOlaren dirulaguntza 20.727.751		20.727.751,00
Aisialdia, ANASAPS (Iruña-Tutera)	NGOlaren dirulaguntza 12.032.266		12.032.266,00
	GUZTIRA, GUTXI GORABEHERA		512.374.454,00

AGEL: Adimen-gaixoentzako Egoitza Lagundua

AGTP: Adimen-gaixoentzako Tutoretzako Pisuak

	Etkez etxeko laguntza	Elkartearen gainerakoa	GUZTIRA
ANASAPSek 2000n jaso du	20.727.751	25.722.690,00	46.450.441,00

2001. URTEA

Baliabide materialak	Baliabide ekonomikoak	KOSTUAK, GUZTIRA	
		Beteak	Erreserba
Aita Menni Ospitalea (Elizondo)			
30 plaza AGEL	AGEL kostua NGOlarentzat: 242.553 hilabete/perts.		
AGELera eraldatzearen ondoriozko plazak	AGEL erreserbaren kostua NGOlarentzat 194.043 hilabete/perts.	87.319.080,00	69.855.480,00
Aita Menni (Iruña)			
12 plaza AGEL	Goiko berberak	34.927.632,00	27.942.192,00
Adimen-gaixoentzako tutoretzako pisuak, Aita Menni (Iruña)			
16 plaza, guztira; 4 plaza, pisu bat (Sarries)	AGTP kostua NGOlarentzat: 127.750 hilabete/perts.	6.381.984,00	15.320.304,00
12 Erreserba	AGTP erreserbaren kostua NGOlarentzat 106.391 hilabete/perts.		
		Erreserba eta beterikoak, guztira 241.746.672,00	
SENDABIDE etxe babestuak			
PLAZAK, GUZTIRA, Gizarteratzeak kudeatuta	Laguntza ekonomiko pertsonalizatua, dirusarreraren arabera	Pertsonalizatua Nahieran erabiltzekoa	?
Apopilo-etxe babestuak			
Pertsona partikularrek etxea pentsio gisa eskaintzen dute. Gizarteratzeak kudeatuta.	Gaixotasunaren arabera konpentsazioa.	Kompentsazioa, gaixotasunaren ondorioz	?
	Laguntza pertsonalizatua, dirusarreraren arabera	Pertsonalizatua Nahieran erabiltzekoa	?
Besteren zentroak			
75 pertsonak jasotzen dute laguntza	Kostua NGOlarentzat: 113.992.464		113.992.464,00
	Laguntza indibiduala, guztiek 251.519 baino gutxiago		18.863.925,00
Adimen-gaixoentzako ELKARKIDE S.L. zentro okupazionalak			
Talluntxe, 40 plaza.	NGOlaren dirulaguntza 43.572.385 pta.		43.572.385,00
Aranzadi, 35 plaza.	NGOlaren dirulaguntza 38.055.293 pta.		38.055.293,00
Etkez etxeko laguntzako eta aisialdiko programa			
Etkez etxeko laguntza, ANASAPS (Iruña)	NGOlaren dirulaguntza 23.300.000		23.300.000,00
Aisialdia, ANASAPS (Iruña-Tutera)	NGOlaren dirulaguntza 17.194.053		17.194.053,00
GUZTIRA, GUTXI GORABEHERA			496.724.792,00

AGEL: Adimen-gaixoentzako Egoitza Lagundua

AGTP: Adimen-gaixoentzako Tutoretzako Pisuak

	Etkez etxeko laguntza	Elkartearen gainerakoa	GUZTIRA
ANASAPSek 2001ean jaso du	23.300.000	29.026.906,00	52.326.906,00

2002. URTEA

Baliabide materialak	Baliabide ekonomikoak	KOSTUAK, GUZTIRA	
		Beteak	Erreserba
Aita Menni Ospitalea (Elizondo)			
30 plaza AGEL	AGEL kostua NGOlarentzat: 1.497,13 hilabete/perts.		
AGELera eraldatzearen ondoriozko 10 plaza	AGEL erreserbaren kostua NGOlarentzat, 1.197,70 hilabete/perts.	718.622,40	574.896,00
Aita Menni (Iruña)			
12 plaza AGEL	Goiko berberak	215.586,72	172.468,80
Adimen-gaixoentzako tutoretzako pisuak, Aita Menni (Iruña)			
16 plaza, guztira; 8 plaza, 2 pisu, 4 plaza Pisu 1 (Sarries), 4 plaza pisu 1 (Ursua)	AGTP kostua NGOlarentzat: 820,85 hilabete/perts. AGTP erreserbaren kostua NGOlarentzat 656,68 hilabete/perts.	157.603,20	126.082,56
SENDABIDE etxe babestuak			
16 plaza guztira Iturrama 8 plaza. Egues, 8 plaza	Laguntza ekonomiko pertsonalizatua, "dirusarreraren araberakoa. Nahierara erabiltzekoa 1.850,50 x 16 = 29.608,00	Pertsonalizatua Nahieran erabiltzekoa	?
			115.556,11
Apopilo-etxe babestuak			
Pertsona partikularrek etxea pentsio gisa eskaintzen dute.	Gaixotasunaren araberako konpentsazioa. Laguntza pertsonalizatua, dirusarreraren araberakoa	Kompentsazioa, gaixotasunaren ondorioz	?
Gaur egungo eskaintza 13 pertsonek osatzen dute.	Nahieran erabiltzekoa 1.858,50 x 13 = 24.160,50 urtean	Pertsonalizatua Nahieran erabiltzekoa	?
Besteren zentroak			
73 pertsonak jasotzen dute laguntza	Kostua NGOlarentzat: 720.214,14		720.214,14
	Laguntza indibiduala, guztiek perts. 1.522,47 baino gutxiago.		111.140,31
Adimen-gaixoentzako ELKARKIDE S.L. zentro okupazionalak			
Talluntxe, 40 plaza.	NGOlaren dirulaguntza 261.875,30		261.875,30
Aranzadi, 35 plaza.	NGOlaren dirulaguntza 228.716,91		228.716,91
Etkez etxeko laguntzako eta aisialdiko programa			
Etkez etxeko laguntza, ANASAPS (Iruña)	NGOlaren dirulaguntza 159.450,70		159.450,70
Aisialdia, ANASAPS (Iruña-Tutera)	NGOlaren dirulaguntza 183.421,03		183.421,03
		GUZTIRA, GUTXI GORABEHERA	512.374.454,00

AGEL: Adimen-gaixoentzako Egoitza Lagundua

AGTP: Adimen-gaixoentzako Tutoretzako Pisuak

	Etkez etxeko laguntza	Elkartearen gainerakoa	GUZTIRA	
ANASAPSek 2002an jaso du	159.450,70	215.280,29	374.730,99	handitzea barne

5.5. BALIABIDEAK, OSASUN DEPARTAMEN- TUAREN ARABERA

Foru administrazioaren aldetik behar adina egiaztaturiko datuak izatearren, txosten berezi hau egitean Osasun Departamentuari informazioa eskatu zitzaien Foru Komunitateko adimen-gaioxentzako laguntzan berak eginiko kudeaketa-lanaren honako atal hauei buruz:

1. Oinarrizko osasun-laguntzaren eta laguntza espezializatuaren arteko koordinaziorako Plana, adimen-osasunari dagokionez

2. Azken bost urteotan adimen-osasunera bideraturiko baliabideak

3. Adimen-osasunaren arloko laguntzarako Foru Komunitatean eskueran dauden baliabideak

4. Ospitalez kanpoko adimen-osasuneko sistema

- Ospitaleko eta ospitalez kanpoko laguntza psikiatrikoa

- Laguntzarako baliabideak eta jarduera

- Jarduera ekonomikoa

- Alderaketa beste zenbait autonomia erkidegorekin.

5. Ospitalez kanpoko adimen-osasuneko sare publikoa: Osasunbidea eta itunduriko zentroak

- Laguntzaren bilakaera

- Programen eta diagnostikoen araberrako jarduera

- Datu ekonomikoak eta kudeaketaren adierazleak

6. Gaixo kroniko larri berriak, azken hiru urteotan erregistratuak, eta haiek laguntzera bideraturiko baliabideak.

7. Adimen-osasunaren arloan diharduten espezialistak berritu eta profesionalki gaurkotzeko planak

8. Adimen-osasunaren arloko gaixoen eta/edo euren familiartekoen iritziaren berri izatea

9. Haur eta nerabeen adimen-osasunari buruz:

- Definizioa, araudia eta ekintza-planak

- Datu epidemiologikoak

- Datu alderatuak

- Jarduera soziosanitarioa

- Beharrianak

Osasun Departamentuak dokumentazio luzea bidali zuen, bai eta txosten bat ere, "NAFARROAKO ARARTEKOAREN ERAKUNDEAK 2002KO AZAROAREN 6AN EGINIKO INFORMAZIO-ESKAERARI BURUZKO TXOSTENA". Hona hemen txosten horren alderdirik aipagarrienak:

5.5.1. AURRETIAZKO GOGOETAK

Nafarroako 2001-2005 eperako Osasun Plana

Adierazitako informazio-eskaerari erantzuteko, sarrera gisa nahitaezkoa da Nafarroako 2001-2005 eperako II. Osasun Plana aipatzea, Nafarroako Gobernuak 2001eko uztailaren 2an harturiko erabakiaren bidez onetsia. Nafarroako 2001-2005 eperako II. Osasun Plan horrek (...), bere II. kapituluaren ("Adimen-nahastei buruzko proposamenak") Adimen-osasuneko sarearen gaur egungo egoeraren azterketa kritikoa egiten du, eta esku hartzeko zenbait estrategia eta helburu proposatzen ditu. Horretarako neurri batzuk (funtzionalak, antolaketakoak eta prestakuntzakoak) jasotzen ditu; hain zuzen ere, gaur egun ezartze-bidean dauden neurriak.

2001-2005 eperako Osasun Planean adierazitako proposamenen helburuak hauexek dira:

- Prozesu larriak pairatzen dituzten adimen-gaioxentzako laguntza eta zaintza hobetzea, prozesu klinikoan zehar etenik gabe.

- Adimen-gaixotasun larriaren ondoriozko nahasmenaren eragin soziala murriztea.

Oinarrizko osasun-laguntzaren eta laguntza espezializatuaren arteko koordinaziorako Plana, adimen-osasunari dagokionez

1.0. Osasun Planak adimen-osasunari buruz duen kapituluak proposatzen du bultzada eman behar zaiola adimen-osasuna oinarrizko osasun-laguntzarekin estu koordinaturiko laguntza espezializatuko egitura gisa antolatzeari. Proposatutako neurriak hauek dira:

- Adimen-osasuneko etxeetan lehenetsuneko laguntza espezializatua izan behar duten adimen-nahaste larriak zehaztea, bai eta oinarrizko osasun-laguntzako etxeetan tratatzekoak direnak ere.

- Koordinaziorako eta zainketaren jarraitasunerako prozedurak ezartzea adimen-gaixoen arloan, bai adimen-osasuneko sarearen osotasunean bai sare horren eta adimen-gaioxentzako oinarrizko laguntzako eta etxer etxeko laguntzako zerbitzuen artean.

- Adimen-osasuneko sarea oinarrizko laguntzako saretik bereizirik antolatzea, laguntza espe-

zializatuaren arloan autonomiaz kudeatua, eta laguntza-prozesuaren kudeaketa klinikora bideratua.

- Adimen-osasuneko etxeak organikoki eta funtzionalki berrantolatzea, Planaren helburuei egokituak egon daitezzen.

Neurri horiek ezartzeko asmoz orain arte eginkoia hauxe da:

Oinarrizko eta espezializaturiko laguntzak koordinatzeko planaren esparruan, (...) adimen-osasuna oinarrizko eta espezializaturiko laguntzak koordinatzeko 2. hitzarmenaren barruan sartu da (...) espezializatuaren aldetik.

2001eko uztailean beharrezko jarraibideak eman ziren, adimen-osasuneko etxeak arlo hauetan berrantolatzeko: gaixoen harrera, osasun arloko profesionalen nahiz arlo horretakoak ez diren profesionalen eginkizunak, fakultatiboak nahiz ez-fakultatiboak. 2002ko otsailean, adimen-osasuneko etxeek bereganatu egin zuten Osasunbidean laguntza espezializaturako dagoen kontsulta-antolaketa.

Koordinaziorako 2. Ituneko xedapenei jarraikiz, honako hauek egin dira:

Agenda elektronikoa ezarri eta, lehen kontsultei dagokienez, agenda hori oinarrizko osasun-laguntzako etxeen eskueran ipini. Gaur egun, agenda elektronikoa Iruñeko adimen-osasuneko etxe guztietan ezarria dago. Adimen-osasuneko lehen kontsultak jadanik egiten ari dira Burlata, Ermitagaña eta Donibaneko adimen-osasuneko barrutiei dagozkien oinarrizko osasun-laguntzako etxeetan. Aurreikuspenen arabera, 2003ko urtarrilaren 1erako hedaturik egonen da prozedura Alde Zaharreko eta Milagrosako adimen-osasuneko barrutietako oinarrizko osasun-laguntzako etxeetara, eta 2003n zehar gainerako osasun-etxeetara hedatuko da.

Oinarrizko Laguntza/Adimen-osasuna arloko bi hobetze-talde eratu dira, bata helduentzat eta bestea haur eta gazteentzat. Azken horri buruz hitz eginen dugu haur eta gazteei buruzko atalean. Helduentzako taldeak koordinazio-dokumentu bat prestatu du, "Oinarrizko Laguntza/Adimen-osasuna arloko Lan Gida" (horren kopia bat erantsi dugu), eta bertan laburbiltzen ditu adimen-osasuneko etxeetan izandako eginkizun- eta antolaketa-aldaketak, oinarrizko laguntzako osasun-etxeekin eginiko eginkizun-banaketa, eta oinarrizko laguntza/adimen-osasuna koordinatzeko eredu berria.

Oinarrizko laguntzako osasun-etxeak hitzordua emateko agenda elektronikoa bidezko eredu berria

hartzen ari diren heinean, oinarrizko laguntzako profesionaleri aurreko dokumentuaren aurkezpen pertsonalizatua egiten ari zaie, eta, horrekin batera, adimen-osasuneko profesionalen ardurapean, mediku eta erizainei interkontsultak eta aholkularitza- nahiz prestakuntza-saioak eskaintzen ari zaizkie. Aholkularitza eta prestakuntzari buruzko proposamen honetan, adimen-osasuna aitzindaria da, endokrinologia eta dermatologiako espezialitateekin batera. Orain arte, Burlatako barrutian egin da aurkezpena, eta Donibane eta Ermitagañako barrutietarako aurkezpena urtarrilerako dago aurreikusita. "Oinarrizko Laguntza/Adimen-osasuna arloko Lan Gida" delakoaren azken orrialdeetan erantsi dira Burlata eta Donibaneko barrutiei dagozkien oinarrizko osasun-laguntzako etxeei aholkularitza-lana egin eta laguntza emateko proposamenak.

Asmoa da adimen-osasuneko sarea Osasunbideko Laguntza Espezializaturiko Zuzendaritzari organikoki eranstea, epe laburrean.

5.5.2. AZKEN BOST URTEOTAN ADIMEN-OSASUNERA BIDERATURIKO BALIABIDEAK

Adimen-osasunaren arloko laguntzarako Foru Komunitatean eskueran dauden baliabideak

Eskaturiko informazioaren zatirik handiena eskueran dago, adimen-osasuneko sarearen jardueraren urteroko oroit-idazkietan. Azken bost urteotakoak doaz honekin batera (...) 2001eko oroit-idazkiaren zirriborroa (dokumentu hori inprentan baitago uneotan) ere erantsi dugu.

Drogazaleen Programako jardueraren oroit-idazkiak ere eskueran daude, Drogamenpekotasunei buruzko Foru Komunitateko planarekin lan-kidetzan eginak. Programa hori adimen-osasuneko sarearen laguntza-programetako bat da.

Adimen-osasuneko sarearen funtzionamendu eta antolaketari buruzko deskribapen bat eskuratzeko, erabilgarria izan daiteke 2001eko urriko dokumentu hau, zeinaren kopia erantsi baitugu: "Adimen-osasuna: egoerari buruzko txostenerako galdera-sorta. Nafarroako autonomia erkidegoa". Dokumentu hori Osasun Sistema Nazionalaren lurralde arteko Kontseiluaren ekimenez egin da. Zoritxarrez, ez dute, antza, autonomia erkidego guztiek erantzun; hori dela-eta, lurralde arteko Kontseiluak ez dauka Nafarroaren eta Espainiako gainerako autonomia erkidegoen baliabideak alderatzen dituen gaurkoturiko lanik.

Nafarroako II. Osasun Plana prestatu aurreko barne-dokumentazioa badago, non sakonkiago

jorrotzen baitira Adimen-osasuneko sarearen errealitatea eta gaur egun agertzen diren arazoetarako balizko alternatibak. "2000ko Adimen-osasunaren Planerako oinarriak" deritzon dokumentuaren kopia bat doa honekin batera. Barnean hartzen du beste autonomia erkidego batzuetako baliabideekin alderatzeko eginiko lan bat, nahiz eta, tamalez, Osasun eta Kontsumo Ministerioak 1998an argitaraturiko datuetan oinarriturik dagoen.

Gaixo kroniko larri berriak, azken hiru urteotan erregistratuak, eta haiek laguntzera bideraturiko baliabideak.

Adimen-osasuneko sareko jardueraren oroitidazkiek diagnostiko larriak adimen-nahaste larrien programan edo lehentasunezko laguntzaren programan sartzen dituzte. "Gaixo berriak" arloko datuak dira kasuan kasuko urtean diagnostikaturiko nahaste larriek buruzkoak.

Oroit-idazkietan agertzen dira gaixo horiek bideraturiko jarduerari buruzko taulak, adimen-osasuneko sektoreka eta baliabideka antolatutakoak. Kasu guztietan, baliabide, zerbitzu eta ekintza hertsiki osasun-arlokoak dira. Halaber, baliabide soziosanitarioak daude. Baliabide soziosanitarioei buruzko informazioa Nafarroako Gizarte Ongizatearen Institutuak emanen du.

Gogoan izan behar da gaixo horiek guztiak ez direla larriak euren gaixotasunaren pronostikoaren eta bilakaeraren ikuspegitik. Haietako askok hobera egingen dute, guztiz edo neurri batean, euren lehenagoko egoerarekin alderatuta. Kontua da, ordea, gehienbat ingurune horretan aurki daitezkeela gaixo kroniko larriak.

Gauza bera esan daiteke kronikotasunari buruz. Gaixo horiek guztiak ez dira kroniko bihurtuko nahitaez. Kronikotasuna eta larritasuna kontzeptu klinikoak dira, maila eta egoera ezberdinak onartzen dituztenak, eta kasuz kasu aztertu behar direnak.

Gizarte eta osasunaren arloko ikuspegi batetik adimen-osasuneko sareak berak eginiko zenbait estimazioaren arabera, une jakin batean adimen-osasuneko sareko erabiltzaile direnen % 3 dira ezgaitasunak eta epe ertain eta luzean beharizan sozialak izanen dituzten pertsonak, eta beharizan horiek ez asetzeak larriki oztokatzen du osasuntzatamenduaren jarraitasuna. Arazoa behatzeko beste modu bat da.

Nafarroako foru plan soziosanitarioak, Interneten (...) eskuragarri dagoenak, adimen-gaixoen gizarte- eta osasun-arloko beharizanekiko hurbilketa bat egiten du, eta Jarduera Plan bat proposatzen du.

Foru plan hori prestatu aurreko barne-dokumentazioa badago, non sakonkiago jorrotzen baitira adimen-osasuneko sarearen beharizanak gizarte- eta osasun-arloan, eta balizko alternatibak. "4-3- adimen-nahaste kronikoetarako gizarte- eta osasun-laguntzaren programa. 2000ko otsailaren 2a" izeneko dokumentua ere honekin batera doa. Dokumentuaren egilea Adimen-osasuneko Zuzendariorde da. (...)

1999ko martxoan Europako eskualdeen mintegi bat egin zen, Adimen-osasuneko Zuzendariordeak antolatutako, adimen-gaixo larriek emandako errehabilitazio eta integrazio psikosozialeko zerbitzuei buruzkoa. "Erakunde parte-hartzaileak aurkezteko zerrenda" delakoaren kopia bat erantsi dugu, Nafarroak esparru honetan dituen baliabideei buruzko argibideak eman ditzakeena, bere inguruan dituen Espainiako eskualdeetakoekin (Kantabria, Euskal Autonomia Erkidegoa, Errioxa, Aragoi) eta Frantziakoekin (Akitania) alderatuz gero.

Adimen-osasunaren arloan diharduten espezialistak berriak eta profesionalki gaurkotzeko planak

Adimen-osasuneko Irakaskuntza Batzordeak (zeina adimen-osasuneko sareko profesionalen ordezkariak osaturiko erakundea baita) proposaturiko etengabeko prestakuntzari buruzko dokumentazioa ere erantsi dugu, 1997tik gaur artekoa.

Nafarroako 2001-2005 eperako Osasun Planak proposatzen du, adimen-osasunaren arloan dituen helburuak erdiesteko asmoz, berriazko prestakuntza-plan bat egin dadila, hala adimen-osasuneko nola oinarritzko laguntzako profesionalen zuzendurikoa. Zehazki, hauxe proposatzen du:

- Oinarritzko laguntzako medikuntza eta erizaintzako profesionalen prestakuntza ematea depresioaren eta suizidioaren detekzio goiztiar oportunistaren arloan, adimen-patologia larrien diagnostiko goiztiarrean eta adimen-nahasteen kudeaketa terapeutikoan (farmakologikoan eta ez-farmakologikoan).

- Adimen-osasuneko sarean hitzarturiko praktika klinikoko gidalerroak ezartzea adimen-gaixotasun larrien tratamenduak normalizatzeko.

Berriazko prestakuntza-plan horri jarraikiz, adimen-osasuneko sareko psikiatriei eta oinarritzko osasun-laguntzako etxeetako mediku eta erizainei zuzenduriko prestakuntza-jarduerak sartu ditu Osasunaren Irakaskuntza, Ikerketa eta Garapen Zerbitzuak 2002ko Irakaskuntza Planean. Zerbitzu horrek eskainitako dokumentazioa eta aipaturiko ikastaroetako programa bana erantsi ditugu. Aipa-

turiko ikastaro horiek 2003an berriro egiteko asmoa dago, bai eta berariazko ikastaro bat, adimen-osasuneko sareko psikologo klinikoentzat.

Adimen-osasunaren arloko gaixoen eta/edo euren familiartekoen iritziaren berri izatea

Adimen-osasuneko zerbitzuen erabiltzaileen iritziari buruzko azterlan bat badago, metodologia zientifikoz egina, "Adimen-osasuneko zerbitzuen kalitatea" izenekoa. Horren kopia bat ere erantsi dugu. 1996an egin zen, eta 1995eko apirilaren 18tik maiatzaren 5era bitartean egin zen horretarako zelaiko lana.

Bada gaixoari erantzuteko zerbitzu bat, Adimen-osasuneko Zuzendariordetzan kokatua. Zerbitzu horren esku-hartzeak, gehienetan, terapeuta eta/edo osasun-etxez aldatzeko eskabideekin izan ohi dute zerikusia. Jasotako kexen gaia izan ohi da arlo soziosanitarioko baliabide eta zerbitzuetarako eskaerak arlo soziosanitarioko plaza hutsik ez egoteagatik onartu ezin izana; halaber, zenbait kexak zerikusia dute adimen-nahaste larrien jarraipen eta terapiaz arduratzeko kontsultetan zerbitzuak izandako berandutzekin eta adimen-osasuneko zerbitzuen arteko koordinazioan eginiko akatsek. Ziur aski, sistemaren puntu ahulak dira, erabiltzaileen iritzia aintzat hartuz, arlo soziosanitarioan erantzunik gabe utzitako eskaerak eta adimen-nahaste larrien jarraipen eta terapia-kontsultetan izandako berandutzak.

5.5.3. HAUR ETA GAZTEEN ADIMEN-OSASUNA

Definizioa, araudia eta ekintza-planak

1997ko ekaineko Haur eta gazteen adimen-osasuneko programan orokorki finkatuta daude. Programa hori Adimen-osasuneko Zuzendariordetzak egin zuen, haur eta gazteen adimen-osasunari buruzko adituen batzorde batek (ekainaren 11ko 129/1996 Foru Aginduz eratua) aholku emanda. (...)

Programan jasotako ekintza-proposamen ia guztiak gauzatu dira, Haur eta Gazteen Ospitale-ratzearen Azpiprograma Funtzionalaren definizioa izan ezik. Zehazki, honako hauek izan dira esku-hartze aipagarrienak:

A.1.1. Haur eta Gazteen Adimen-osasunaren Batzorde Tekniko Aholku-emailea eratzea. Osasun kontseilariaren urtarrilaren 29ko 35/199 Foru Aginduaren bitartez. Departamentuarterko instantzia bat da, koordinaziorako eta ekintza bateraturako, honako arlo hauetakoa: osasuna (pediatria

eta adimen-osasuna), gizarte-ongizatea eta hezkuntza (...). Departamentuarterko instantzia horrek orain arte lan hauek egin ditu:

A.1.1.1. Arreta-falta eta hiperaktibitatearen ondoriozko nahasteen arloan gaixoak bidali eta informazioa trukatzeko protokoloa. Horren kopia bat erantsi dugu. Hezkuntzaren (pedagogoa eta orientatzaileak), pediatriaren eta adimen-osasunaren arloko profesionali aurkeztu zitzaizen, 2002ko azaroan.

A.1.1.2. Lehen haurtzaroko (0-6 urte) arrisku psikosozial larriaren eta adimen-patologia latzaren kasuetan goiz detektatu eta jarduteko programa. Programa hori aurki aurkezteko asmoa dago.

A.1.1.3. Osasunbidearen eta Hezkuntza eta Kultura Departamentuaren arteko lankidetzahitzarmena, haur eta gazteen adimen-osasuneko "Natividad Zubieta" eguneko ospitalean programa terapeutiko eta hezkuntzako bat kudeatzekoa. (...) Ume autistei eta garapeneko nahaste orokortuak dauzkaten zuzenduriko programa baten funtzionamendua arautzen du. Programa hori osasunaren eta hezkuntzaren arloetako profesionalen lantalde misto batek eginikoa da.

A.1.2. Oinarrizko osasun-laguntza/adimen-osasuneko pediatriaren arloko lan-talde bat eratztea.

A.1.2.1. "Haur eta gazteen adimen-osasuna" gida prestatzea. Oinarrizko osasun-laguntzan eta adimen-osasuneko sarean jarduteko gida.

A.1.2.1. Oinarrizko laguntza/laguntza espezializatua koordinatzeko itunean adimen-osasuna sartu zenez geroztik, Osasunbidea/Nafarroako Osasun Zerbitzuko zuzendari kudeatzailearen azaroaren 28ko 1660/2001 Ebazpenaren bitartez batzorde bat eratu da, Osasunbideko Haurren adimen-osasunerako laguntzan koordinazioa hobetzeko. Aurreko taldearen lanei jarraipena eman die; bereziki, Jarduera Gida ezarri, hobetu, kritikatu eta abarri dagokionez.

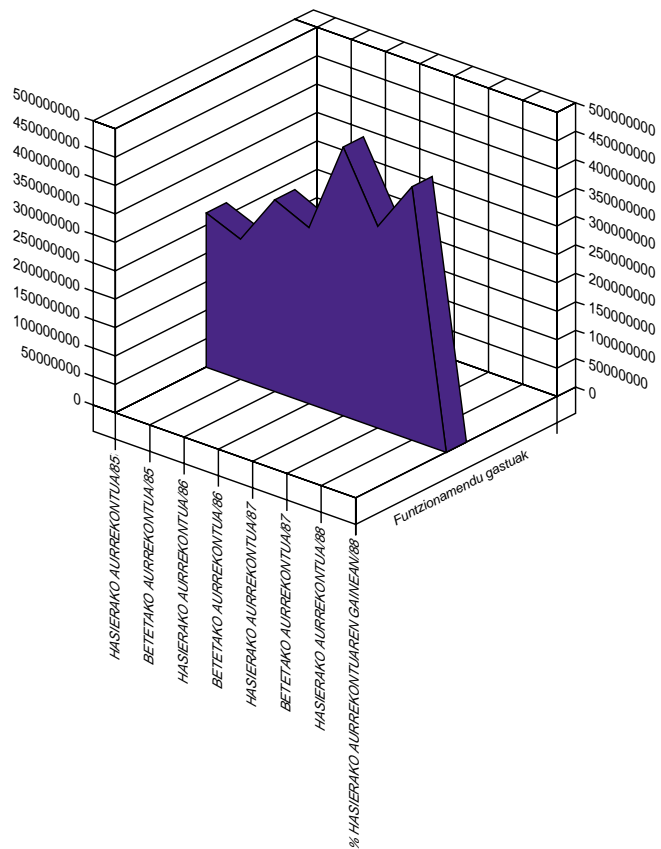
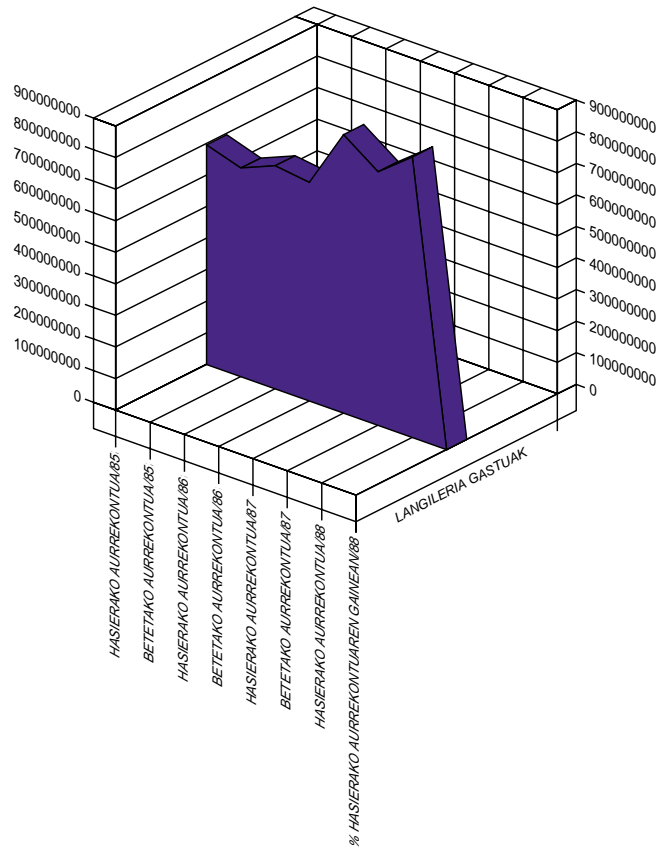
A.1.3. Haur eta gazteen adimen-osasunaren arloko prestakuntza-programa. Adimen-osasunaren arloko prestakuntzarako batzordeak antolatutako jardueren osagarri gisa, haur eta gazteen adimen-osasuneko eguneko ospitalean 6 hilabeteko errotazioa ahalbidetu die haur eta nerabeen tratamenduan prestakuntza berezi edo esperientziarik ez zeukaten adimen-osasuneko sareko psikiatrei –eta haien jatorriko zentroan ordezkatuak izan dira-. (...)"

Jardueraren bilakaera, zentro-motaren arabera

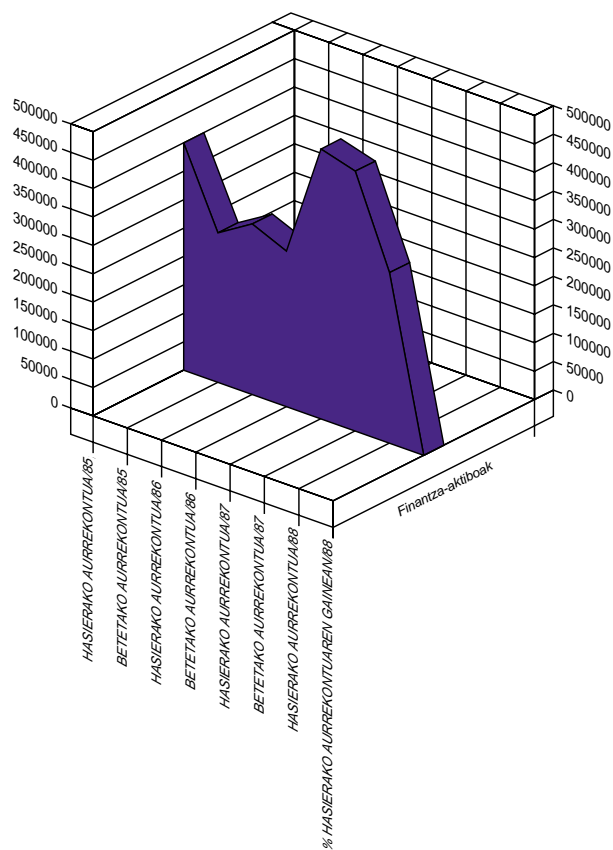
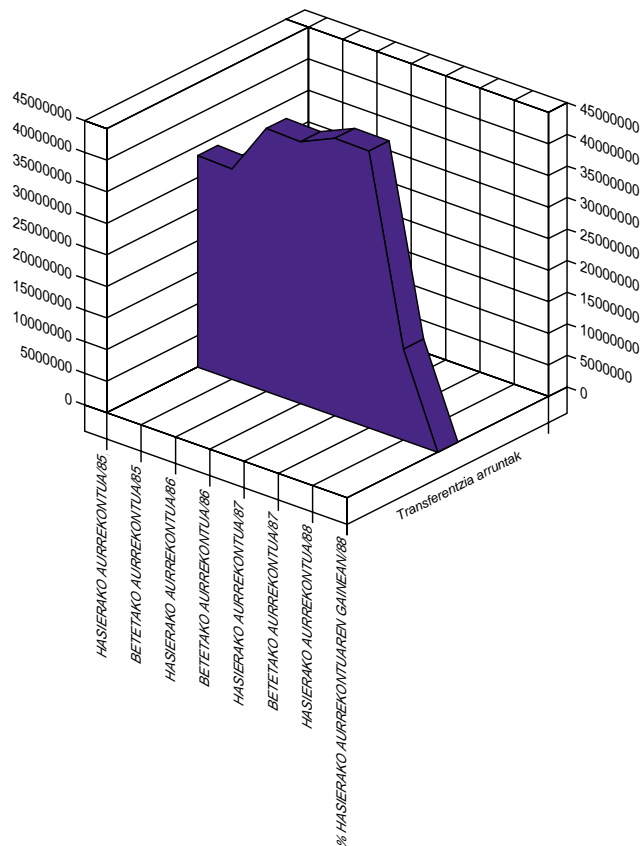
Nafarroako adimen-osasunaren sarea 1987-2001																
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% 2001/00
Adimen-osasuneko etxeak																
Erabiltzaileak, guztira	5.919	8.304	10.027	11.036	11.559	12.073	12.868	13.877	15.012	15.651	15.921	17.000	17.099	16.996	17.249	1,5
Kontsulta indibidualak, guztira	38.031	57.703	65.011	72.478	70.976	72.951	79.296	82.414	82.204	84.000	85.268	86.673	84.288	85.033	86.333	1,5
Eguneko ospitalea																
Plazak	40	40	40	40	40	40	50	50	50	50	50	50	50	50	50	0,0
Egonaldiak (7 h.)	6.392	7.883	7.085	8.142	8.784	9.554	10.090	10.877	10.811	10.157	10.269	10.404	10.040	10.339	11.000	6,4
Haur eta gazteen eguneko ospitalea																
Gaixoak							99	158	200	204	255	310	351	382	388	1,6
Kontsulta indibidualak, guztira							794	1.694	2.463	2.511	3.430	3.549	3.100	3.327	3.526	6,0
Larrialdiak	2.205	2.614	2.612	3.144	4.779	5.008	4.781	4.623	4.379	5.436	5.268	5.799	5.474	5.286	5.993	13,4
Osp. psi. u.																
Oheak	59	55	58	58	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	0,0
Ospitaleratzeak	942	1.029	1.030	942	941	996	932	829	808	889	860	842	812	898	992	10,5
Egonaldiak	13797	14.463	16.220	17.947	18.603	18.241	18.332	18.899	19.519	18.447	19.239	19.272	18.729	19.352	18.220	-5,8
Batez besteko egonaldia	14,6	14,1	15,7	19	19,8	18,3	19,7	22,8	24,1	16,4	22,3	22,9	23,1	21,6	18,9	-12,5
Okupazio-i.	64,1	72	76,6	84,8	94,3	92,2	96,5	96,4	99	93,6	97,6	97,8	95	98,2	93,8	-4,5
Besteren ospitale eta zentroak (Ahizp. Osp.)																
Ospitaleratzeak									83	109	210	317	334	304	146	-52,0
Egonaldiak								3.863	4.668	4.426	7.447	8.369	7.682	8.218	7.957	-3,2
Batez besteko egonaldia									56,9	40	35,5	26,4	23	27	55	101,9
Errehabilitazio-klínika																
Egoitza-programa																
Oheak						32	32	32	32	30	30	30	30	18	16	-11,1
Egonaldiak						9.286	9.321	9.734	9.574	8.330	10.324	8.367	8.430	6.227	1.988	-68,1
Eguneko zentroa programa																
Egonaldiak			2.807	2.249	2.565	2.704	2.849	3.415	3.669	4.014	4.200	4.065	3.989	3.489	5.684	62,9
Klínika terapeutikoak																
Egonaldiak					61.636	72.680	78.425	68.343	44.443	35.015	33.248	29.542	31.072	30.807	30.568	-0,8
Eguneko zentroak drogamenp.																
Egonaldiak		1.139	1.723	1.981	2.691	2.667	2.729	2.382	2.472	3.409	4.146	4.272	3.961	4.042	2,0	
Zentro psikogeriatricoa																
Egoitza-programa																
Errolda (abenduak 31)	631	550	494	438	297	288	255	249	238	223	213	213	213	213	213	0,0
Egonaldiak	236.405	214.672	187.300	165.870	137.648	95.932	94.229	90.828	88.931	83.478	79.500	75.498	77.745	75.904	76.027	0,2
Kontsultak	2.842															
Ospitaleratze berriak												6	35	28	11	-60,7
Eguneko zentroa programa												27	30	23	13	-43,5

OSPITALE PSIKIATRIKOA	ZENBAT		LANGILE MOTA		ZENBAT		LANGILE MOTA		%
	GUZTIRA 86. urtea	Funtziona. finkoa	Lan-kontrataduna Behin- behinekoa	%	GUZTIRA 87. urtea	Funtziona. finkoa	Lan-kontrataduna Behin- behinekoa	%	
A) FAKULTATIBOAK									
• Medikuak	9	6	1	2	9	5	2	2	2,05
• Barneko Mediku Egoiliarrak	5	-	-	5	6	-	-	6	1,37
• Bestelako goi-mailako titul.	4	3	-	1	8	4	-	4	1,83
Zati hau, guztira	18	9	1	8	23	9	2	12	5,26
B) ERIZAINAK									
• O.L.T.-E.U.D.	30	17	12	1	19	9	8	2	4,34
• Klinikako Laguntzaileak eta Zainketa eta Garbiketa Arduradunak	276	252	16	8	256	231	10	15	58,58
• Gizarte Laguntzaileak	5	5	-	-	4	4	-	-	0,91
• Bestelako erdi-mailako titul.	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Zati hau, guztira	313	276	28	9	279	244	18	17	63,84
C) OSASUN-ARLOAZ BESTELAKO LANGILEAK									
• Goi Mailako Tituladuna	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Erdi Mailako Tituladuna	2	-	2	-	3	-	3	-	0,68
• Administrazioa	10	8	2	-	11	6	2	3	2,5
• Langile kualifikatuak	34	30	2	2	31	28	2	1	7,09
• Langile ez-kualifikatuak	63	47	9	7	85	67	9	9	19,45
Zati hau, guztira	109	85	15	9	130	101	16	13	29,7
D) ZUZENDARITZAKO LANGILEAK	2	2	-	-	2	2	-	-	0,4
E) BESTELAKO LANGILEAK	8	4	-	4	3	3	-	-	0,6
GUZTIRA	450	376	44	30	437	359	36	42	100
%		83,5	9,7	6,6	82,1	8,2	9,6		

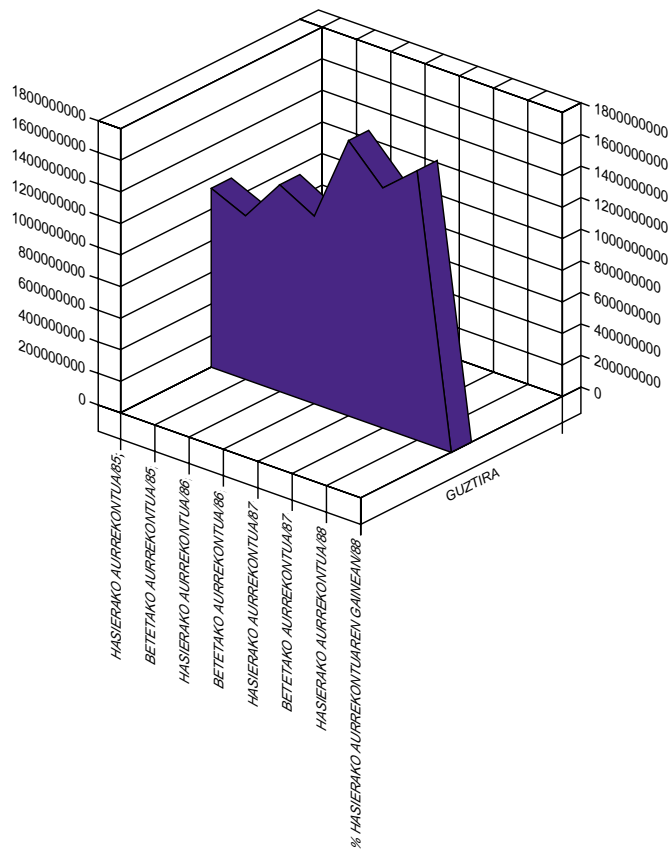
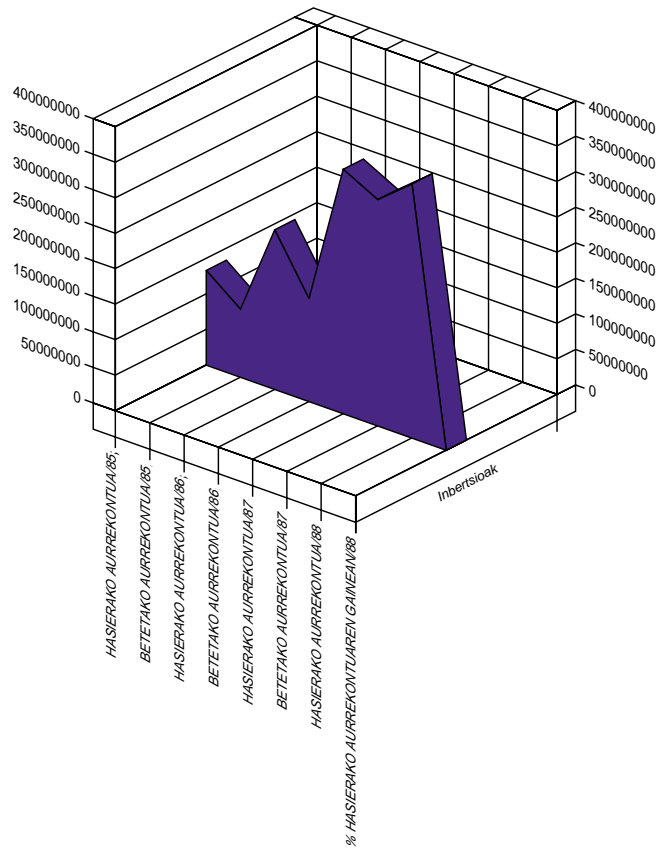
85-88 EPEKO AURREKONTUEI BURUZKO DATU OROKORRAK



85-88 EPEKO AURREKONTUEI BURUZKO DATU OROKORRAK



85-88 EPEKO AURREKONTUEI BURUZKO DATU OROKORRAK



Gastuen bilakaera adimen-osasunaren arloan (pezetak, milakotan)

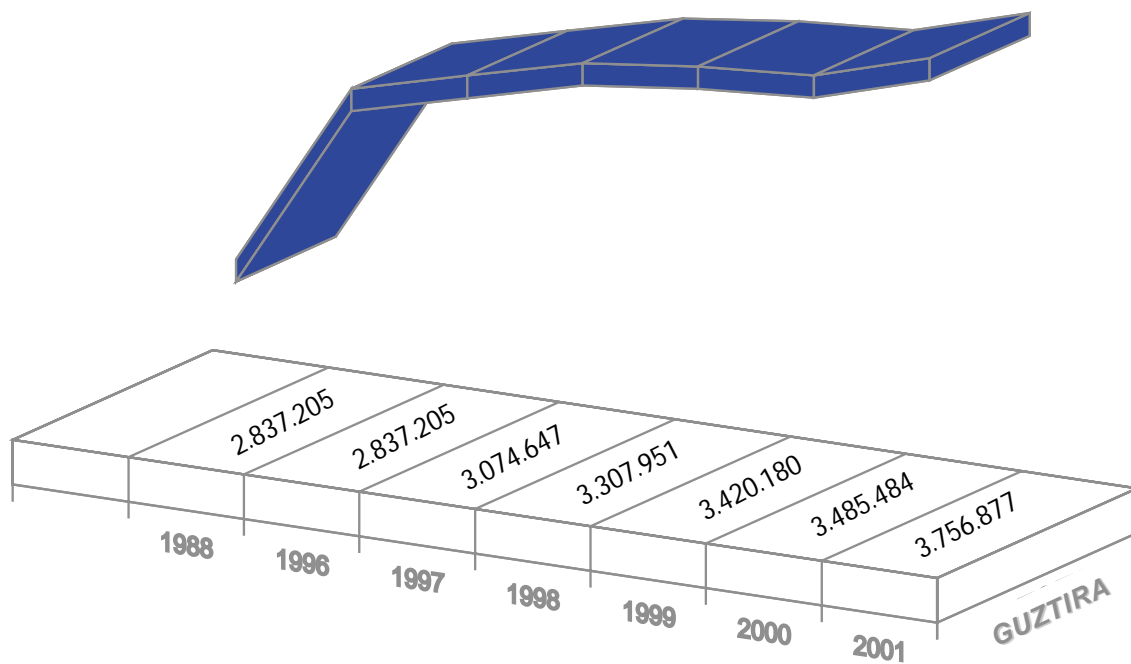
	1988	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Adimen-osasuneko etxeen sarea		492.379	507.879	549.044	574.138	569.129	596.211
Haur eta gazteen eguna						53.880	58.169
Eguneko ospitaleak		163.107	169.836	197.212	201.544	116.646	130.406
Akutuen ospitaleratze-unitateak:		553.410	577.170	578.170	561.870	580.560	569.999
Errehabilitazio-klinika						244.650	274.338
San Frantzisko Xabierkoa psikogeriatrikoa		1.373.403	1.456.067	1.530.273	1.596.561	1.384.942	1.437.980
Toxikomaniak		199.940	199.173	193.588	221.853	231.248	247.230
Itunduriko beste zentro batzuk		54.970	164.522	259.664	264.214	304.428	442.544
Guztira	1.360.000	2.837.205	3.074.647	3.307.951	3.420.180	3.485.484	3.756.877

Langile- eta funtzionamendu-gastuak kontuan hartu dira (I. eta II. kapituluak). Ez da kontuan hartu inbertsiorik.

Zentro itunduen artean Ahizpa Ospitalariak kontuan hartu da, 1996an; 1997an Josefina Arregi, eta 98tik aurrera Unibertsitate Klinika erantsi da.

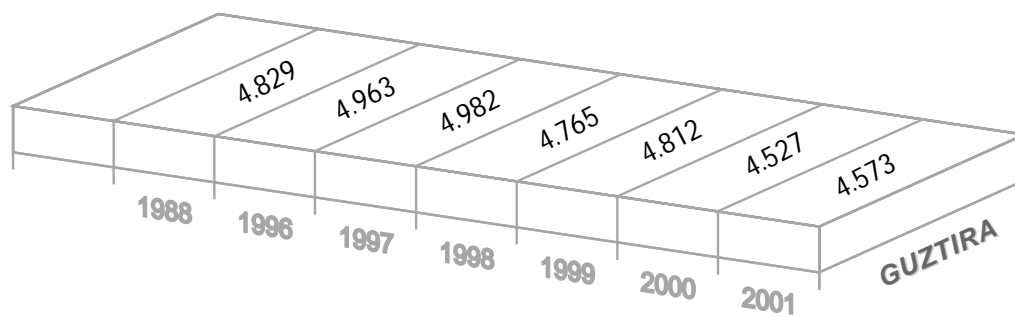
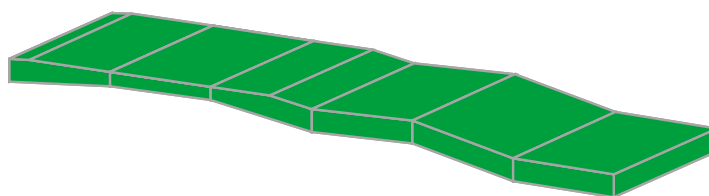
Azken urtean Ahizpa Ospitalarien arlo soziosanitarioa ere aintzat hartu da.

Tuterako eguneko ospitalea adimen-osasuneko etxeen sarean sartuta dago.



Adimen-osasuneko etxeetan abegi egin zaien gaixo berrien kopuruaren bilakaera, programen arabera

	1988	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nahaste larriak (Lehentasunezko Laguntza)				1.088	1.042	1.086	1.152
Larritasun txikiko nahasteak				1.839	1.727	1.848	1.729
Haur eta gazteen arloa				568	612	649	738
Drogamenpeketasunak				307	269	312	268
Diagnostiko geroratua				963	1.162	632	686
Guztira	4.829	4.963	4.982	4.765	4.812	4.527	4.573



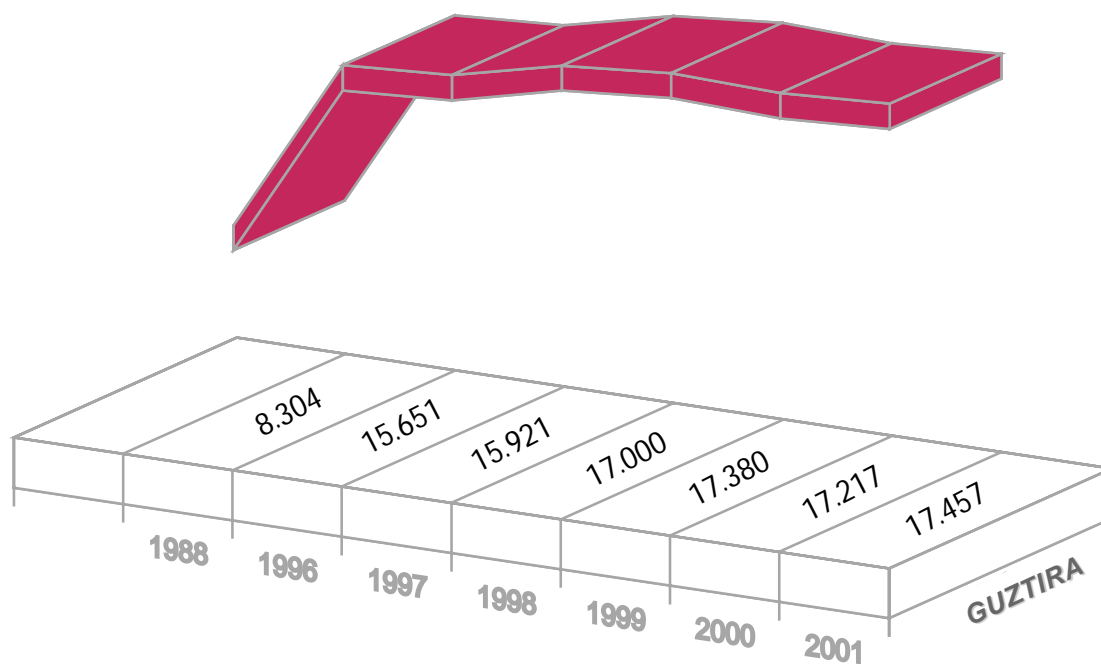
Adimen-osasuneko etxeetan abegi egin zaien gaixoen guztizko kopuruaren bilakaera, programen arabera

	1988	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nahaste larriak (Lehentasunezko Laguntza)				5.109	5.472	5.672	5.735
Larritasun txikiko nahasteak				7.201	7.406	7.155	7.043
Haur eta gazteen arloa				1.159	1.294	1.252	1.401
Drogamenpekotasunak				1.868	1.961	1.792	1.857
Diagnostiko geroratua				1.663	1.247	1.346	1.421
Guztira	8.304	15.651	15.921	17.000	17.380	17.217	17.457

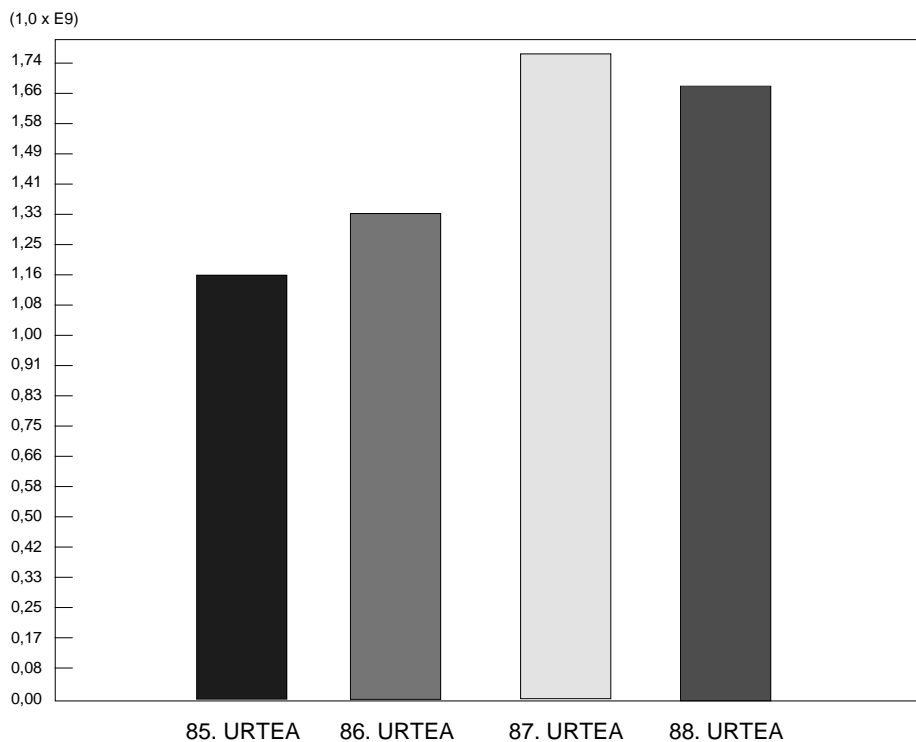
1999, 2000 eta 2001. urteetan kontuan hartu dira Erregistro Orokorrean kontabilizaturik ez dauden Metadona Programako gaixoak; hori dela-eta, datuak ez datoz bat oroit-idazkiko kopuruekin.

Jakinarazpenen atzerapenagatik, 2000ko oroit-idazkia prestatu zen osatu gabeko datuekin; horregatik, txosten honetarako datuak gaurkotu egin dira.

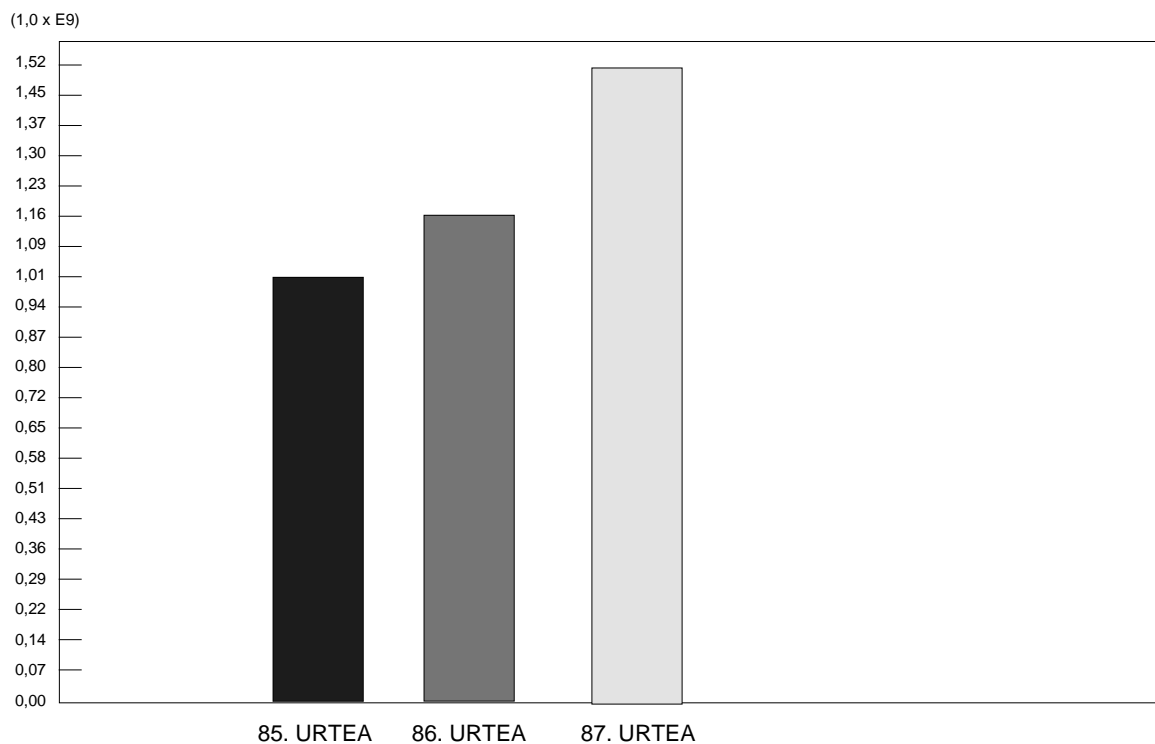
Programen araberako informazioaren ustiapena 1998an hasi zen.



85-88 EPEKO HASIERAKO AURREKONTUAK



85-88 EPEKO AURREKONTU BETEAK



5.6. ELKARKIDE, S.L.k GAUR EGUN KUDEATZEN DITUEN BALIABIDEAK

Elkarkide S.L. irabazi-asmorik gabeko zerbitzu-enpresa bat da, non oraintsu arte Nafarroako Osasun Psikikorako Elkarteak (ANASAPSek) % 50eko parte-hartzea izan baitu (beste % 50 bazkide-langileena zen, zeinak gaur egun sozietatearen osotasunaren titular baitira).

Honako zerbitzu hauek kudeatzen ditu:

• Aranzadi zentro okupazionala	35 plaza
• Talluntxe Zentro okupazionala	40 plaza
• Enplegu-zentro berezia	22 langile
• Enplegu-programa	14 langile
• Prestakuntza-programa	20 plaza
• Laneratze- eta jarraipen-programa, enpresa arrunt eta beste enplegu-zentro berezietarakoa	6 langile
• PLAZA OKUPAZIONALAK, GUZTIRA	75
• LANGILE MINUSBALIATUAK, GUZTIRA	36
• PRESTAKUNTZA-PLAZAK, GUZTIRA	20
• INTEGRAZIO-PLAZAK, GUZTIRA	6
• ELKARKIDEN PROFESIONALAK, GUZTIRA	19

5.7. ADIMEN-GAIXOEI LAGUNTZEKO BIDERATURIKO BALIABIDEAK

5.7.1. SARRERA

Azken zortzi urteotan (1986ko Adimen-osasuneko Planak indarra hartu zuenetik lehen 10 urteak bete zirenez geroztik) adimen-gaixoentzako laguntzaren arloko beharriaz buruz askotariko entitate, erakunde publiko eta elkarte prestaturiko azterlan, txosten eta plan ugariak baliabide horien benetako egoerari buruzko diagnostiko nahiko argia egiteko modua ematen dute, are kontuan harturik baliabide batzuk besteekiko lehenesteko irizpidea txosten edo balantze horren egileen baitan egon ohi dela batzuetan.

Dauden baliabideei buruzko ikuspegi orokor berriena "Adimen-nahaste kronikoentzako gizarte-eta osasun-laguntzako programa" delakoaren zirriborroan (2000ko otsaila) aurki dezakegu. Programa hori Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planaren osagaietako bat da (2000ko ekaina). Dokumentu horrek, halaber, dauden baliabideei buruzko informazioaren eta aurretiazko beste txosten batzuek deskribaturiko errealitatearen kontrajartzea ahalbidetzen du (aurretiazko txosten horiei balioespen ezberdina emanen zaie, haien kalitate metodologikoaren eta/edo alderdi kuantitatibo eta/edo kualitatiboaren arabera).

Dena den, bai honek bai gainerako txostenek uneoroko erreferentzia modura erabiltzen dituzte jatorri ezberdina baina ezaugarri komuna (hots, Foru Komunitateko adimen-gaixoen egoera aztertzeko ahalegin erabatekoa) daukaten bi txosten: Adimen-osasuneko sareko gizarte-langileek eta Bartolomé de Carranza Fundazioak (batzuetan ANASAPSekin bat eginik, azterlan horiek egiteko) eginkoak.

Dokumentu horietako lehena –"Gizarteratze plana ezartzeko proposamenak" (1997ko martxoa)– Adimen-osasuneko Zuzendariordetzarekin eta Gaixo Psikikoak Errehabilitatu eta Gizarteratzearen arloko adituen batzordearekin elkarlanean prestatu zen, eta erreferentzia-dokumentua izan zen aipaturiko "Adimen-nahaste kronikoentzako gizarte- eta osasun-laguntzako programa" taxutzeko. Bigarren azterlana –"Nafarroako adimen-gaixo kronikoen beharriaz soziosanitarioak"– Bartolomé de Carranza Fundazioak ANASAPSekin elkarlanean prestatuturikoa da, eta aurrekoaren osagarria da, "erabiltzaileen eta familiartekoen arloan alderdi kualitatibo eta subjektiboak dituen heinean", Adimen-osasuneko Zuzendariordetzaren beraren hitzetan.

Txosten hau egiteari begira foru administrazioak eskaintako informazio guztian, aipaturiko dokumentua –"Adimen-nahaste kronikoentzako gizarte- eta osasun-laguntzako programa"– da, ziur aski, dauden baliabideei buruzko ikuspegi osoa eta berriena duena, eta, horrez gain, horrelako txosten berezietako "urrats" logiko batzuk sinplifikatzen ditu, hala nola dauden baliabideei buruzko datuen eta beharrezkotzat jotzen direnen konbinazioa (baliabide horiek deskribatzen dituen iturria, adibidez). Horrela, bada, hurrengo orrialdeetan osoki jasorik dator erkidego-laguntzaren programari buruzko lan horren edukia. Aipatzekoa da hori lanerako proposamenetako bat izan zela, gerora, hortik abiatuturik, Nafarroako Gobernuak Kontseiluak onetsirik Laguntza soziosanitarioari buruzko foru plana egituratzeko.

5.7.2. BALIABIDEAK: ERREALITATEA ETA BEHARRIZANAK

5.7.2.1. ZERBITZUEN IZAERA

Ulermen-hurbilketa: Adimen-osasunari zuzendutako osasun-zerbitzuen eta osasun-izaeraz bestelako zerbitzuen –63/1995 Errege Dekretuak aitortutako osasun-prestazioetatik kanpokoak– integrazioa da. Osasun-izaeraz bestelako zerbitzu horiek beharrezkoak dira adimen-gaixo kronikoek –euren adimen-gaixotasunagatik ezgaituak/ minusbaliatuak– bizitza arruntera egokitzeko

dituzten arazoei aurre egiteko eta haien familia edo zaintzaile informalei laguntzeko, eta Gizarte Zerbitzuen arloko baimen, arau-hauste eta zehapenen araubideari buruzko maiatzaren 23ko 209/1991 Foru Dekretuan beste ezgaitasun batzuetarako zehazten direnen antzekoak dira: egoitza-zerbitzuak, okupazionalak, aisialdikoak...

Deskribapen-hurbilketa (Adimen-osasuneko sareko gizarte-langileen txostenean eta Bartolomé de Carranza Fundazioak eta ANASAPSek eginkoan oinarrituriko proposamena).

- Ostata eta egoitza-zerbitzuak:

- Egoitza psikiatriko lagundua (miniegoitza)
- Etxeak
- Pisuak
- Apopilo-etxeak

- Etxez etxeko laguntza/zaintzaileentzako laguntza:

- Ordezteak
- Lagun egitea
- Ikuskapena
- Gogoz kontrako ospitaleratze psikiatrikoetarako laguntza
- Autolaguntza, elkarri laguntzea, informazioa
- Familiak eta gaixoak

- Erkidegoan laguntzekoak:

- Beharrizan ekonomikoak
 - Garraioa, jangela
 - Diskriminazio positiboa
 - Baliabide okupazionalak
 - Lanbide-baliabideak
- Lanbide-heziketa, laneratzea
- Babestutako enplegu soziala
- Enplegu zentro bereziak
 - Aisialdia
 - Tutoretza-erakundea

Zerbitzu horiek bildu behar dituzte adimen-gaitasuna zaintzera bideraturiko osasun-zerbitzuak eta baliabidetik bertatik edo orokorrago diren beste batzuetatik emanak, horretarako koordinazio-estrategiak erabiliz. Bestalde, litekeena da erabiltzaile batek berak zerbitzu ezberdinak behar izatea (egoitza-zerbitzuak, aisialdikoak, lanbidekoak, osasun-arlokoak...); hau da, arlo soziosanitarioko zerbitzuen "sorta" bat, oso indibidualizatua. Horrek konplexuago bihurtzen du koordinazio-

estrategia, eta beste modu batera pentsatzera behartzen du (kasuen kudeaketa, baliabideen kudeaketa).

5.7.2.2. HURBILKETA KUANTITATIBOA ETA LEHENTASUNEN FINKAPENA

Adimen-osasuneko sareko gizarte-langileek eginiko azterlanak 1995ean adimen-osasuneko etxeetan 15.012 pertsona tratatu zirela detektatu du; 450 pertsonak (gutzizkoaren % 3k) euren osasun-tratamendua nabarmen baldintzatzen duten beharrizan sozialak zituzten. Azterlan horrek gutxieneko eduki batzuk besterik ez du hartzen; izan ere:

- Ez ditu barnean hartzen osasun-zerbitzuetan –ospitaleratze psikiatrikoko unitateetan, Errehabilitazioan, Psikiatrikoan– instituzionalizaturiko pertsonak, ez eta Gizarte Ongizateak Nafarroa barruan eta Nafarroatik kanpo artaturikoak.

• Larrialdi sozialeko egoerak antzematen ditu. Beharrizanak ugariagoak dira, eta haien banaketa desberdina da –piramidean; hau da, ugariagoak dira etxez etxeko laguntzarako, ostatu ez-instituzionalizaturako eta abarretarako beharrizanak (piramidearen oinarria, alegia) tutoretza zorrotzeko zerbitzu instituzionalizaturako (erpina) baino; hori horrela izan arren, azterlanak agertzen duena alderantzizko piramide bat da (tutoretza zorrotzeko zerbitzuetarako beharrizan ugariagoak, eta etxez etxeko laguntzarako eta abarretarako beharrizan urriagoak)–.

Dagoeneko zaharkituta gelditzen ari da azterlan hori, alderdi kuantitatiboetan, kualitatiboetan baino. Kolektiboan jende gehiago sartu da, bai kasu berrien ondorioz, bai zaintzaile informalaren egoerak okerrera egitearen ondorioz. Hurbilketa bat besterik ez izan arren, adimen-osasuneko etxeen erabiltzaileen gutzizko kopuruari (1998an 17.000 ziren) % 3 gehiago aplika lekiok; hau da, 500 pertsona baino gehiago, eta horiez gain konputan hartu beharrekoak dira N.G.O.I. eta Osasunbideko zerbitzu sozialen erabiltzaileei buruzko datu ezagunak.

Lehentasan ezartzeko zereginaren ikuspegitik, Osasunbidearen –Oinarritzko Osasun Laguntza eta Adimen-osasuneko Zuzendaritza (1998-1999 lan-plana)– dokumentuak eta gerora prestatutako lanek presako izaera esleitzen diete ostatu/egoitzaren arloari eta tutoretza-arloari.

Egoitza-arloari, hain zuzen ere, beharrizan sozial horixe delako gainerako zerbitzuak –osasun-arlokoak barne–, bizi-kalitatea eta baita gaitasunaren pronostikoa bera ere gehien baldintzatzen dituztenetako bat. Bestalde, behar

adinako eta behar bezalako egoitza-baliabiderik ez izateak larrialdi sozial handiko egoeran uzten ditu gaixoa eta bere familia. Azkenik, behar adinako eta behar bezalako egoitza-baliabiderik ez izateak beste baliabide psikiatriko batzuetako plazak –oso espezializatuak, “sanitarizatuak” eta garestiak– blokeatzen ditu, eta eragotzi egiten du osasun-arloko baliabide eta gastuen efizientzia egokia, baliabide horiek gainezka baitaude, besteak beste, izaera sozialekoak diren arazoan ondorioz.

Tutoretza-arloari, hain zuzen ere, familiaren laguntza urri edo deuseza, familiarteko edadetuak izatea edo gaixoak berak ezgaituak –baliodunak, baina etorkizun zalantzarriarekin– izatea sufrikario latza baitira gizabanakoarentzat eta familiarrentzat.

5.7.3. EGOITZARI DAGOKIONEZ, BEHARRIZANAK ETA BALIABIDEAK

“Gizarteratze plana ezartzeko proposamenak (1997)” dokumentuaren arabera, 228 izangai, zerbitzu-mota ezberdinen artean banatuak; honela:

• Adimen-gaixoentzako Egoitza Lagundua

Kontzeptua: tutoretza-maila handieneko egoitza-baliabidea; zainzaileak denbora guztian daude bertan, eta profesional fakultatiboek –psikiatrak, psikologoak– ere in situ egiten dute lan. Ez dago “egonaldi luzeetarako oherik”, ez baita existitzen “alta terapeutikoa” kontzeptua. Horrek ez du esan nahi ezinezkoa denik erakundetik ateratzea, bertatik “baja” ematea, tutoretza-maila apalagoko beste batera joateko; beharrezkoa da izaera ezberdineko egoitza-baliabideen artean ibilbidea erraza izatea.

Zerbitzuak: osasun-izaerako zerbitzuak dira oinarritzko laguntza medikoa, psikiatrikoa, psikologikoa eta erizaintzakoa. Halakotzat hartu behar dira minusbaliatuen eguneroko bizitzan beharrezkoak direnak (Osasunbideko erabiltzaileei familia-medikuntzan eskaintzen zaizkien antzekoak), bai eta berriaz adimen-gaixoei bideraturik dauden osasun-zerbitzuak, egoitza-programa baten antolamenduarekin bateragarriak baldin badira. Bazter uzten dira deskonpentsazio psikopatologikoen agerpenaren ondoriozko osasun-zainketak; horiek gauzatu beharko dira osasun-etxe egokiagoetan –ospitaleratze psikiatrikoko unitateak edo bestelakoak–, eta, krisitik ateratzean, gaixoa berriro egoitza-zerbitzura eramane beharko da.

Osasun-arlokoak ez diren zerbitzuak dira ostalua eta mantenua, lagun egitea, eguneroko bizitzaren ikuskapena eta laguntza soziala, jarduerak okupazionalak eta aisialdiko jarduerak.

Eredua: 30 plazako eredu estandar bat zehaztuta dago, eta osasun-arloko nahiz osasun-arloaz bestelako langileen ratioak horren araberrakoak dira. Eredu hori erabiltzen da Ahizpa Ospitalarieki hitzarmenaren zirriborroan, eta horren inspirazio-iturria da Osasunbideko gaur egungo Errehabilitazio Unitatean dagoen esperientzia.

Finantzaketa: Ahizpa Ospitalarieki hitzarmenean proposatu da, apirilaren 6ko 13/1999 Foru Legeari jarraikiz, osasun-modulu bat, Osasunbideari egoztekoa dena, eta gizarte-eredu bat, N.G.O.I.ri egoztekoa. Osasun-moduluan sartzen dira laguntza psikomedikoaren ondoriozko gastuak –medikua, psikiatra, erizainak, psikologoak, medikamentuak eta zuzenean osasun-arlokoak diren beste gastu batzuk–; gizarte-moduluan sartzen dira gainerako gastuak eta, nagusiki, zainzaileen, begiraleen, ostatuaren eta mantenuaren gastuak. Osasun-modulua dohainikakoa da Osasunbideko prestazioetarako eskubidea daukaten pertsonentzat. Gizarte-moduluak gastuetan parte hartzea ahalbidetzen du, baremoen arabera.

Baliabideak eskuratzea: Izangaiak baremoen arabera lehenestea: baremo soziala, klinikoa eta ezgaitasunarena.

Izangai-kopurua: Dokumentuak (erreferentzia: TS) 52 pertsona aurkitu ditu baliabide-mota hau eskuratzeko izangai direnak. Gainera, ondorengo hauek ere aintzat hartu beharrekoak dira:

- 70 pertsona inguru daude Nafarroatik kanpoko egoitza-erakundeetan, N.G.O.I.k diruz lagundurikoak. Gehienak horrelako baliabide bat eskuratzeko izangaiak dira.

- Ahizpa Ospitalarietan ere badaude (ez da kopururik adierazten) egoitza harturiko pertsonak, N.G.O.I.k diruz lagundurikoak.

- “San Frantzisko Xabierkoa” zentro psikogeriatrikoan gaur egun sarturiko pertsonen heren bat: +/- 70 pertsona. Horrelako ezaugarriak dituzten gaixoen ospitaleratze gehiagorik ez du onartzen. Ez dago asmorik pertsona horiek beste baliabide batzuetara eramateko.

- Errehabilitazio unitateko oheen % 50 inguru egoitza-izaerakoak dira (+/- 15). Aurki aldatuko dira egoitza-izaerako oherik gabeko Errehabilitazio Klinika batera.

- Ospitaleratze Psikiatrikoko Unitatean oheen % 10 inguru “egoitza” izaerako arrazoiak direla eta betetzen dira –batez besteko kopurua da, eta egoera aldakorra izan ohi da– (5-6 kasu).

- Caritasen egoitza-baliabideen –Nazaret eta abar– erabiltzaile-kopuru zehazgabe bat talde honetan sar liteke.

- Ulertu behar da ezen, “instituzionalizaturiko” pertsona horietatik guztietatik, “baliabide-katalogo” batean nekez bil daitezkeen egituretan daudela hamar. Hain zuzen, egitura horien izaera, zerbitzuak eta abar bestelakoa da (errehabilitazioa, klinika psikiatrikoa, psikogeriatrikoa, baztertuentzako laguntza, akutuen unitatea...). Gaur egun, baliabide gisa, ez dago “adimen-gaixoentzako egoitza lagundurik”.

• Tutoretzako etxe edo pisuak

Kontzeptua: tutoretza-maila ertaineko egoitza-baliabidea; zaintzaileak denbora guztian daude bertan, eta kanpoko profesional fakultatiboak erabiltzen dira (ahal dela, zentro normalizatuak, osasun-etxeetakoak eta adimen-osasuneko etxeetakoak).

Eredua: Sendabide enpresak gaur egun kudeaturiko adimen-osasuneko etxe babestuen antzekoa. Ahizpa Ospitalariekiko kontzertuaren zirriborroak pisu funtzionalen eredu bat zehazten du, non pisu funtzionalak berez etxe hauetan oinarrituriko aldaera bat diren: pisuak oinarri gisa dauka adimen-gaixoentzako egoitza lagundu bat, eta egoitza horretan kokatzen da langile-hornidura iraunkorra (24 orduko guardia barne), zeinak, halaber, ikuskapen-bisitak errazten baititu etxeetan; horrez gain, egunaren zati handi bat egoitzako tailer okupazionalak ematen da. Eredu estandarrak biltzen dituen ratioetan, zaintzaile-kopurua egoitzarako ezarritakoaren erdia da. Ahizpa Ospitalarien pisu funtzionalei dagokiena kontzertuaren zirriborroan agertzen da (ez da eranskin gisa gehitu).

Izangai-kopurua: Baliabide-mota honetarako izangai diren 81 pertsona aurkitu dira. Gainera:

- 23 pertsona Sendabideren etxeetan artatuak (8 gehiagorentzako edukiera daukate). Pertsona oso zaharrak dira, Ospitale Psikiatrikoko egoiliar ohiak, arazo oso handiak dituztenak mugikortasunaren arloan, bai eta ikuspegi mediko eta psikogeriatrikotik ere.

- Egoitza lagundurako izangai diren pertsonetako batzuek aukera daukate, entrenamendu-epe jakin bat igaro ondoren, etxeen eredu batera pasatzeko. Hori da Ahizpa Ospitalariekiko kontzertuko pisu funtzionalen lan-hipotesia.

• Erdi-tutoretzako edo babesturiko pisuak

Kontzeptua: tutoretza-maila apaleneko egoitza-baliabidea: ikuskapen-lana zaintzaileek egiten

dute (ez dira denbora guztian egoten), eta osasun-zerbitzu normalizatuak erabiltzen dira (adimen-osasuneko etxeak, osasun-etxeak)

Eredua: Gaur egun dauden adimen-osasuneko pisu babestuen antzekoa; gaixo kronikoen eguneko zentrotik ikuskatuak daude. Langile-ratioak hauek dira: lanaldi partzialeko 3 zaintzaile inguru, 30 bat plazatarako.

Izangai-kopurua: Dokumentuak (erreferentzia: TS) 53 pertsona aurkitu ditu baliabide-mota hau eskuratzeko izangai direnak. Puntu horretatik aurrera nabaritzen dira azterlanaren muga metodologikoak. Gogoan izan behar da ezen, mota horretako zerbitzua eskaintzen bada, azterlanak antzemandakoa baino eskari nabarmen handiagoa sorraraziko dela. Gehitu:

- 19 pertsona, eguneko zentrotik ikuskaturiko adimen-osasuneko pisu babestuetan. Ospitale Psikiatrikoko egoiliar ohiak dira, historia instituzional luzea daukatenak; gehienak oso edadetuak dira, eta haietatik ia guztiek pasa beharko lukete, epe labur edo ertainean, zahar-etxe batera. 3 pisu Nafarroako Gobernuaren Ondarekoak (15 pertsonako edukiera) dira; 3 alokatuak dira (edukiera: 15 pertsona).

• Apopilo-etxe babestuak

Kontzeptua: familia hartzaileen ereduari dago-kio. Hemen sartzen dira pentsioak edo familiak, euren etxean adimen-gaixo bat hartzen dutenak, epe labur, ertain edo luzerako. Haien egiteko nagusia ingurune normalizatu bat eskaintzea da eta, bestetik, familia-bizikidetasuneko portaerak bereganatu edo mantentzea errazten duten zaintza-motak (elikadura, medikazioa, ordutegi-diziplina...) bermatzen laguntzea. Etxeko nagusiak familiak eta erabiltzailearen bizi-kalitatea dira ikuskapenaren eta laguntzaren xede nagusia.

Eredua: gaur egun diharduten apopilo-etxeen kopuru murrizta eta lehenago jardunean aritutako kopuru handiagoa, adimen-osasuneko sareko etxeen ikuskapena eta jarraipena dutela. Nahiz eta Europako beste herri batzuetan (Belgikan, Austrian...) asko garatutako eta zabalduak diren eredu bat den, Nafarroan ez dago esperientziarik familia hartzaileekin. Giltzarri diren elementuak hauek dira: dirua –apopilo-etxeetako arduradunei ordaindu behar zaie, eta hori ez da beti posible, kontribuziorik gabeko pentsio bat izanda–, zerbitzuaren ikuskapena, eta apopilo-etxeetako ardura-dunentzako laguntza teknikoa.

Izangai-kopurua: Baliabide-mota honetarako izangai diren 12 pertsona aurkitu dira. Gainera:

- 7 pertsona daude apopilo-etxeetan, kronikoen eguneko zentrotik ikuskaturikoak.

- 14 pertsona daude antzeko araubidean –apopilo-etxeetan–, ELKARKIDE/ANASAPSen zentro okupazionalaletara joaten direnak.

- Apopilo-etxeetan dauden pertsonen kopuru aldakorra, gaur egun oso txikia. Horien ikuskapena adimen-osasuneko sareko gizarte-langileek egiten dute.

• Egoitzei buruzko atala amaitzeko

Adimen-gaixoentzat taxuturiko egoitza-zerbitzuen ezaugarriak adierazi ditugu eta zenbatekoei dagokienez hurbilketa bat egin dugu. Dena den, badago zerbitzu orokorragoetan sar daitekeen kolektibo bat (sar daiteke zuzenean edo zerbitzu horietan aldaketa txikiak eginez, profesionalak prestatuz, gainbegiraketa teknikoaren bidez).

Azken horien artean, aipatzekoak dira zahar etxeak eta adimen-atzerapeneterako egoitzak. Hemen arazoa izan ohi da jokabide-arazoak dituzten pertsonen eragiten duten eta/edo haien jatorriari buruzko etiketak –adimen-gaixoak– sortzen duen ezinikusia. Azpimarratzekoa da esparru geografiko jakin batean dauden era guztietako kasu eta baliabideak kudeatu behar direla pertsonen beharrezan araberako estrategia bati jarraikiz. Beharrezan horiek zehazten dira haien menpekotasun-maila, autonomia, sozializazioa eta abar aintzat harturik, eta ez haien jatorriaren etiketari –gutxitu psikiko, fisiko, edo zaharra izatea– begira. Bestela, gerta daiteke zerbitzuak gaizki erabiltzea eta mota bitxienetako baliabide espezializatuak garatzea –adibidez, adimen-gaixo zaharrentzako egoitzak, jokabide-atzerapenak dituztenentzako egoitzak–, ez direnak beti errazak teknikoki justifikatzen.

Beharrezan zehazteko, adimen-osasuneko sareko gizarte-langileen dokumentuko datuak erabili dira. Gogorarazi behar da muga batzuk dituen metodologia baten bidez lortuak direla, baina metodologia horrekin kasurik larrienak bildu direla. Langile ratioak, ereduak eta motak gutxi gorabeherakoak dira. Arrazoa izan daiteke Nafarroan ez dela existitzen erreferentzia-eredurik –egoitza psikiatriko lagundua– edo, bestela, existitzen direnek –etxeak, pisuak– lan egiten dutela ospitale psikiatrikoko gaixo ohiekin, jadanik edadetuak eta aurretiazko historia instituzionala daukatenak, gaur egungo ezgaitu gazte eta historia instituzionalik gabekoekin alderatuta desberdinak direnak. Mota bakoitzaren barneko mailakatzeak ere ezin dira baztertu –adibidez, egoitza lagundu bat sanitarizatuagoa eta zainduagoa egotea beste bat baino–. Hori guztia dela-eta, abiarazten diren

lehen zerbitzuek izaera pilotu argia izanen dute, eta haien funtzionamenduaren jarraipen xehekatua egin beharko da.

Gaur egun hedatuen dagoen egoitza-baliabidea –jatorrizko helbidea– erabiltzeko zailtasunak geroago jorratuko ditugu, etxez etxeko laguntzari buruzko atalean.

5.7.4. TUTORETZARI DAGOKIONEZ

Horren barnean sartu beharko liriteke adimen-gaixoen defentsa eta haien eskubideak zaintzea, haiek ez baitaude gaitasunik euren kabuz hori egiteko. Horretarako, gaitasungabetze-deklarazioa, tutoretza eta tutore-izendapena behar dira. Barnean hartuko lituzke asko zaindutako egoitza-baliabideen erabiltzaile gehienak –galdera da guztiak hartuko ote lituzkeen–.

Defendatu eta babestearen oinarritzko eginkizun horrez gain, horren garapena ere gogoan hartu behar da, zaintzaile jadanik zahartuak dituzten familien sufrikario eta kezka nagusietako bat arintzeko: “zer gertatuko zaio gu jadanik ez gaudenean?” Halaber, ezin ahaztekoak dira legez gaitasungabetuak izan ez arren gaitasunik gabeak diren gaixoak hartuko dituzten erakunde/zerbitzuen beharrezan; gaixo horiek zerbitzu hori behar dute euren burua gobernatu ahal izateko.

Zerbitzu juridikoak, sozialak eta ondarea kudeatzekoak, oso profesionalizatuak.

5.7.5. ETXEZ ETXeko LAGUNTZARI DAGOKIONEZ

5.7.5.1. ZERBITZUAK

Zerbitzuaren izaera: erabiltzailearen etxean bertan (berea edo bere familiarena) laguntza ematen duen zerbitzu bat da. Nahiz eta osasun-arloko ezaugarri batzuk izan ditzakeen –medikazioa, etxeetan esku hartzea psikologia klinikoko eta sozioterapiako prozedurak erabiliz–, edo, era berean, etxeko zerbitzuarenak eta ordezkapenarenak (lagunduaren aldeko ekintzak, nahiz eta berak hori berariaz nahi ez izan; adibidez, hari edo haren ordeze egin behar bat eginez, hirugarren adinaren kasuan egiten den bezala), adimen-osasuneko arazoak dituzten pertsonentzako “etxez etxeko laguntzak” berezko ezaugarriak ditu: neurri batean gaixoa ordeze dezake, baina ez da haren tokia osoki betetzen, eta autonomia zabala uzten zaio (heldu, erortzea eragotzi, zutik eutsi...) Egoera ezberdinak bereiz daitezke:

- Jarduera klinikoaren osagarri gisa, eguneko zentro edo ospitaleetara joan ohi diren gaixoak krisi-egoeretan daudenean, batez ere.

- Programa terapeutikoak edo errehabilitaziokoak etxera eramatea, (barnean hartuz familiak in situ prestatzea harreman-egoera jakin batzuk, jarduera instrumentalak eta eguneroko bizitza kudeatzeko).

- Mantentze-programak (bideraturik daude autonomia- eta sozializazio-trebetasunak sendotzera edo haien nariadura eragoztera). Zerbitzua honen muina osatzen dute, eta era ezberdinetako egoerak dituzte xede:

- Ostalua eman edo mantentzea –familiak, pentsioak–.

- Jarduera okupazional, lanbidekoak, aisialdi-koak eta bestelakoak erraztu edo mantentzea.

- Lagun egitea beharrezkoa duten bestelako jarduera batzuk.

“Laguntzailearen” ezaugarriak: Oro har, osasun-arloko langileek dituzten bestelakoak (baita programak izaera terapeutikoa duenean ere). “Erkidego-taldeak” garatzea, “Nafarroako adimengai kronikoen beharizan soziosanitarioak, 1996” dokumentuak proposatu bezala, eta “Gizarte Bazterkeriaren aurkako Planaren” (1998) zirriborroak, goi-mailako fakultatiboek osaturiko adimen-osasuneko taldeen errepikapena saihestu behar dute. Nagusiki, begirale/hezitzaileak eta (batez ere, autore batzuen ikuspegitik) terapeuta okupazionalak dira. Antzeko taldeak gizarte-langileek zuzendu ohi dituzte herrialde batzuetan –ikus Northumberlandeko esperientzia, Iruñean 1998ko abenduan aurkeztua–. Lanbide ezaugarriak ez datoz bat Espainiako gizarte-langileek dituztenekin. Esparru juridiko-administratiboa –kasuen kudeaketa, baliabide ekonomikoen kudeaketa– ere ez.

Zerbitzuaren hornitzaileak: Zenbait egoera pentsa daitezke:

- Argi dirudi zenbait osasun-zerbitzuek –adibidez, errehabilitazioan espezializatuek– horrelako zerbitzu bat izan behar dutela euren esku-hartzeak irauten duen denbora guztian zehar. Etorkizuneko errehabilitazio-klinikan “etxez etxeko laguntzako” zerbitzu bat jartzeko asmoa dago. Adimen-osasuneko etxeetan errehabilitazio-programak garatzean etxez etxeko esku-hartzea ere aintzat hartu beharko litzateke.

- Gainerakoan, batez ere mantentzera bideraturiko programen kasuan, gogoan hartu behar dira lurraldean zehar banaketa zabala lortu behar dela eta beharrezkoak direla beste osasun- eta gizarte-zerbitzu batzuekin koordinazio- eta lotura-estrategiak garatu behar direla. Nafarroan, egoeraren diagnostikoak oinarritzko gizarte-zerbitzuetan ipintzen du arreta. Zerbitzu horiek zabalkunde handia dute lurraldean, eta esperientzia daukate horrela-

ko eginkizunetan. Aipaturikoak bezalako profesionalekin talde horiek koordinatu eta, agian, indartzearen ildoari ekin beharko litzaioke.

- Arazo honen eraginpean daudenen elkarteetan lankidetzaren erabilera izan daiteke –autolaguntza, boluntarioak lortzea–; dena den, ANASAPSek gaur egun ematen duen zerbitzua izaera “profesionalagoa” dauka, antza, eta “Administrazioak bere gain hartzen ez” duen zerbitzen ordezko gisakoa.

5.7.5.2. KOPURUEN NEURKETA: BALIABIDEAK

Gizarte-langileen dokumentuak 30 pertsona detektatu ditu (...) Bestalde, dokumentu honek “lagun egite” programak beharrezko dituen populazio gisa identifikatzen duena hein handi batean pareka daiteke talde honekin (56 pertsona).

+/- 90 eskabide ANASAPSek Etxez etxeko laguntzako zerbitzuan 1999an zehar jasoak (99-X-31ko txosten/oroit-idazkia). Zerbitzua koordinatzaile batek eta etxez etxeko laguntzako 5 teknikarik eskaintzen dute. ANASAPSek zerbitzuen administrazio-laguntza daukate –administrari laguntzaile bat eta koordinatzaile bat–. Osasun eta Gizarte Ongizateak finantzatua. ANASAPSek eskaintako oroit-idazkiak aipamen ugari egiten ditu terapeutaekin zerkusi handia daukaten helburuei buruz, ziur aski egokiago leudekeen errehabilitazio-unitate batean, eguneko zentro batean... Ez du informaziorik eskaintzen jarduerak egin, metodologia edo esku-hartzaileen prestakuntzari buruz. Zerbitzuaren egokitasunari buruzko zalantzak.

Oinarritzko osasun-zerbitzuen esku-hartzearen kopuru zehazgabea, baina ez, ziur aski, arbuigarria. Sortzen diren arazoek (legezko mugez gain) zerikusia izan ohi dute zerbitzuaren izaerarekin –zeina, berez, ez baita hertsiki “etxeko zerbitzu” bat–, bestelako profesionalak prestatu eta, agian, hartearekin, eta bestelako osasun-baliabide batzuekin –adimen-osasuneko etxeak– eta baliabide soziosanitarioekin koordinatu eta lotzearekin.

5.7.6. ARLO OKUPAZIONALA

Funtsean, hemen bi zerbitzu sartzen dira: Mantentzekoak, lanbide-trebetasunak lortzeko zailtasunak eta lanbide-baliabide normalizatuak eskuratzeko aukera urriak dituztenei zuzenduak, eta bokazio/lanbide zirkuituko lehen gune gisa.

ELKARKIDeko talde teknikoak gaur egun honako hauek bereizten ditu: Mantentze Programa bat (erabiltzailearen autonomia eta bizi-kalitatea indartu eta mantentzea, lanbide-jardura normalizatuaren antzeko eginkizunen bitartez), Laneratze Programa bat (neurri handiagan zuzendurik dago lanbide-aurreko prestakuntza eta gaikuntzara, epe luze, ertain edo laburrean lane-

ratzeko ahalmena daukaten pertsonei zuzendurikoa) eta Beharrian Berezien Programa deritzona (autonomia gutxi, menpekotasuna eta asoziaturiko beste patologia bat –adimen-atzerapena eta abar– daukaten pertsonei zuzendua). Mantentze eta beharrian berezien programak mugagabeak dira denboraren ikuspegitik. Laneratzearenak muga batzuk ditu denboran.

Kopuruen neurketa. Baliabideak: Zentro okupazionalerako izangai diren 71 pertsona aurkitu dira. Gaur egun (2000ko otsaila) ELKARKIDE/ANASAPSek honako hauek dituzte:

- Aranzadi Zentroa, 35 plaza
- Talluntxe Zentroa, 40 plaza
- Epe laburrean, 30 plaza okupazional gehiago 2000rako. Proiektuak xedatzen duenez, “espezializatu” egingen dira, beharrian berezietan eta mantentzean:
- Gaur egungo itxaron zerrenda 23 pertsona ingurukoa da.

Ahizpa Ospitalariekiko kontzertuaren zirriborrok, halaber, tailer okupazionalak abiaraztea jasozten du. Izaera oso instituzionala dute –kasuan kasuko klinika psikiatrikoko instalazioetan bertan–, eta egoitza-baliabideen erabiltzaileei zuzendua daude –adimen-gaixoentzako egoitza lagundua eta pisu funtzionalak/etxe babestuak–

Caritasen zentro okupazionaletan adimen-arazoak dituzten pertsonen kopuru garrantzitsua dago –Nazaret, Betania–.

5.7.7. BOKAZIO ETA LANBIDEAREN ARLOA

5.7.7.1. ZERBITZUAK

Zerbitzuen izaera: gaia agortzeko asmorik gabe, eta zehazten zailak diren egoera nahasiak daudela onartuz:

Zentro okupazionala: lanbide-baliabideen lehen bitarteko gisa –erabiltzailearen egoera eta aukerak ebaluatzea–, lanbide-aurreko trebetasunetan entrenatzeko eta trebetasun horiek lortzeko. Prestakuntza/bokazio alderdia nagusitzen denean, prestakuntza/lanbide zentro bat dela esaten da.

• Prestakuntza/lanbide zentroa: Prestakuntza-zerbitzuak –kultura orokorra + askotariko lanbide-heziketa– + komunikazio, autokontrol, estresaren kudeaketarako trebetasunak ... (errehabilitazio-zerbitzuetatik hurbil + enplegua bilatu eta bokazioa orientatzeko teknikak. Batzuetan, aurretiazko urratsa izaten da jarraian aipatzen diren zentroerako.

• Prestakuntza-lantegiak: Denboran mugaturiko programak, lanbide-jarduera zehatzetara bide-

ratuak –adibidez, ERAGINTZA erakundearen (Bizkaia) tailerrak, lorezaintza, ostalaritza, enkoadernazioa eta abarrerako–.

• Enplegu-zentro berezia: lanbide-entrenamendurako zentroak. Lanbide-jarduera bat gauzatzen dute, eta lan-merkatu normalizatuan integratzea, laneratzea, da haien amaierako helburu “ideala”. Araubide juridiko berekia. Lanbide-alderdia –soldata– eta merkatuarena –produktibitatea, beste enpresa batzuekiko lehia... –.

• Babestutako enplegu sozialeko programak: Ezaugarri bereziak dauzkaten biztanleei zuzendua –marjinazioa, bazterketa, minusbaliotasunak–. Batzuetan, lan normalizatuak eskuratu ahal izateko “proba” modukoak.

• Laneratze edo laneratze normalizatuko programak: Jendeak lanbide-baliabide normalizatuak lortu eta haiek mantentzeko laguntza-neurriak.

5.7.7.2. KOPURUEN NEURKETA: BALIABIDEAK

Gizarte-langileen dokumentuak arlo okupazional eta lanbidekoen azter-eremu jarrai bat agertzen du. Zorrozki lanbideari dagokion esparruan, enplegu-zentro berezietarako 95 pertsona aurkitu ditu izangai, 60 pertsona enplegu sozial babesturako eta 66 pertsona laneratze programetarako. Estimazio modura, dokumentuak adierazten du enplegu sozial babestuko programetan parte hartzen duen jendearen % 50 direla nolabaiteko nahaste psikiko bat pairatzen duten pertsonak. “Nafarroako adimen-gaixo kronikoen beharrian soziosanitarioak (1996ko abendua)” izeneko dokumentuak lanbide-arloko eta arlo okupazionalen kontinuum hori bera du aztergai, baina lanbide-arloa azpimarratzen du. Egoera ezberdinak antzematen ditu: lanbide-jardueretan aritzerik nahi ez dutenetatik –gaixoak eta zaintzaileak– hasita (+/– % 20), aukera ezberdinak adierazten dituztenetaraino. Gehienek –zaintzaileen % 31,6k eta, batez ere, gaixoen % 55,3k– enplegu normalizatu aukeratzen dute.

Talluntxe enplegu-zentro berezia –10 plaza– ELKARKIDE enpresarena da. Halaber, lan-taldek jarraipena egiten die enplegu arruntean edo bestelako enplegu-zentro berezietan (Aspace...) diharduten 7 pertsonari; aldi baterako enplegu babestuaren programa (Iruñeko Udala, 14 plaza).

Drogazaleekin lan egiten duten elkarteek lanbide-arloari begiratzen dioten gizarteratze-programak garatzen dituzte (adibidez, Centro OASIS elkarteak enplegu arruntera bideratzeko programa soziolaboral bat dauka, lanbide-zailtasunak dituzten zenbait kolektibori zuzendurikoa, ez bakarrik

drogazaleei –25 pertsona artatu zituzten 99an–. Lagun egite eta ikuskapen eginkizunak betetzen dituzte. Gizarte Gaietako Ministerioaren, Iruñeko Udalaren eta Gizarte Ongizatearen finantzaketa. EUROLAND Fundazioa eratu berri dute, enplegu-zentro bereziak abiarazteko proiektuarekin –Europako finantzaketa, INTEGRA programa–.

Lanbide-ikuspegia argia da Emausko Traperoak bezalako erakundeetan –eskueran dagoen informazioaren arabera, adimen-arazoak dituzten erabiltzaileak % 40 lirakeke, estimazioei jarraikiz–. Caritasen tailerrek gehienbat izaera okupazionala daukate. Hezkuntza eta lanbide arloetako integrazioarako “Bidean” elkarteari dagokionez, minusbaliotasun psikikoa daukaten pertsonen lanbide-heziketan dihardu.

Ziur aski, arlo horretan dago beharrik handiena oro har biztanleria guztiari zuzenduriko baliabide normalizatueta jotzeko: prestakuntza-programak, lan babestua eta abar.

5.7.8. AISIALDIAREN ARLOA

Aisialdi-baliabideetarako izangai diren 227 pertsona aurkitu dira. Horietatik, % 68 autonomoak dira, baina % 67k zailtasunak agertzen dituzte euren sozializazio-mailan (ez daukate harreman sozial jarraitu ez eta muntadunik ere, edo ez daukate inolako harreman sozialik). Dokumentuak egoera desberdinak bereizten ditu:

- Baliabide normalizatuak eskuratzeko gaitasuna daukaten pertsonak. Erkidegoko baliabide normalizatuak laguntza eman beharko litzaieke, gaitasun hartzeko izangai diren taldeak sentsibilizatu, eta erkidego-baliabideekin koordinatu.

- Baliabide normalizatuak eskuratzeko entrenamendua beharrezkoa duten pertsonak. Gizarte-langileen dokumentuak zenbait estrategia iradokitzen ditu errehabilitazio, lagun egite eta boluntario-lanerako.

- Berriazko baliabideak behar dituzten pertsonak. Dela aldi baterako –entrenamendua– dela epe luzerako (gaixoen harreman sozialak sortu eta garatzen dituzteneko eta euren denbora olgeta-jardueretarako erabiltzen duteneko guneak).

ANASAPSen gaur egungo “Aisialdi eta Kultur Sustapeneko Zerbitzua” aipaturiko eredueta azkenaren arabera da. Bi programatan egituratuta dago:

- Jarduera Programa (Ikastaroak, Tailerrak, Trebetasunen Garapena, Jolas Jarduerak...)

- Oporrak, arinaldietarako irteerak eta ibilaldiak.

Hauek ematen dute zerbitzua: zerbitzuaren koordinatzaile batek (lanaldi osoa); jardueretarako 2 begiralek (lanaldi osoa); tailerretan diharduten 2 boluntariok, horren truke opari bat jasotzen dutenak. 30 boluntariok, jardueretan laguntzeko (batzuei gastuak ordaintzen zaizkie). Praktikan dauden langileak. Egunean batez beste 45 pertsona artatzen dira, eta, guztira, +/- 75 pertsona. Arduradunen ustez, bitarteko gehiago izanez gero, ordutegia luzatu ahalko lukete, eta +/- 100 pertsonari zerbitzua eman ahalko liekete.

• 6-7-8- ataletako laburpena

Azpimarratu behar da badagoela arlo okupazionala, lanbideko eta, ziur aski, aisialdi zerbitzuen kontinuum bat; zerbitzu horiek zailak dira bata bestetik bereizten, eta baliabide beretik edo antzekoetatik eman daitezke. Jarraitasun hori hobeto ikusten da “Nafarroako adimen-gaixo kronikoak...” dokumentuan; hain zuzen ere, haren ikuspegia erabiltzaile eta familiarrek beharrezkoak antzematearena baita. Adimen-osasuneko sareko gizarte-langileen dokumentuaren ikuspegia, zerbitzu-ematearena da gehienbat; horregatik, baliabide/bitartekoak zerranda bat agertzen du.

Praktikan, baliabide/bitarteko horiek modu ezberdinetan antola daitezke; horrela, posible da baliabide batek berak zerbitzu ezberdinak ematea –aisialdia, okupazionala, lanbide-heziketa eta lanbide-zerbitzuak–, alegia, Club House ereduak, herrialde anglosaxoiak eta Holandakoa; bestetik, enpresa bereko baliabide hornitzaileak modu ezberdinetan antola daitezke –adibidez, Bizkaiko Eragintzak zirkuitu bat proposatzen du: Prestakuntza Zentroak–Tailerrak–Enplegu Zentro berezia–. Beste ikuspegi batetik, ohikoa da Frantziako C.A.T. deritzen zerbitzu okupazionalak eta enpleguak txandakatzea, eta enpresa berak ostatu-zerbitzuak, pisuak eta etxe babestuak eskaintzea. Ziur aski, egokiena da egoera ezberdinak egotea eta horren arabera zehaztea programa-aukera, erabiltzaileak zirkuitu malgu bat izan dezan, geltoki ezberdinez osatua –estadio jakin bat (adibidez, okupazionala, aisialdia) denbora luzez ezin gaindituko duten pertsonak–.

Ziur aski, baliabide normalizatuak eta/edo ezgaitu, marjinatu eta abarren populazio zabalago bati zuzendurikoak erabiltzea arlo hauetan da garrantzitsuen eta, era berean, bideragarrien. Adibidez, prestakuntza-ekimenak, enplegu soziala...

5.7.9. LAGUNTZA EKONOMIKOEN ARLOA

Adimen-nahaste bat jasatearen ondorioz edo familian adimen-gaixo bat zaindu behar izatearen ondorioz sortzen diren aparteko gastuekin zerikusia izaten dute. Praktikan, osasun- edo gizarte-

arloko baliabide jakin batzuk lortu beharraren ondoriozko gastuak izan ohi dira.

Gizarte-langileen dokumentuak egoera honean bizi diren 35 pertsona aurkitu ditu; kontribuziorik gabeko pentsioak jasotzen dituzte edo ez daukate dirusarrerarik, eta konpartituriko pisu alokatuetan bizi ohi dira. Horrenbestez, dirulaguntzek funtsezkoak dirudite pentsioen edo babesturiko apopilo-etxeen multzoko baliabideak eskuratu ahal izateko. Gaur egun laguntza ekonomikoa jasotzen dute –gizarteratzekoa, kontribuziorik gabeko pentsioaren osagarria– ANASAPS/Elkar-kideren tailer okupazionala joaten diren pertsonen, zeinak apopilo-etxe babestuetan baitaude (+/- 14); Sendabideren etxe babestuetan daudenek (23) –ikuspegi horretatik, Sendabide apopilo-etxeetako zerbitzu gisa hartzen da, nahiz eta in situ diharduten teknikari soziosanitarioak izan, administrazioaren arduragabekeria oso zalantzarriko egoera batean (sic)– eta eguneko zentrotik ikuskaturiko pisu edo apopilo-etxeetan dauden pertsonetako batzuek.

Laguntza ekonomikoekin zerikusia daukate jangela eta garraiorakoek ere, aipaturiko txostenek detektaturikoak (8 eta 6 pertsona, hurrenez hurren), nahiz eta txosten horren metodologiaren ezaugarriak kontuan hartzekoak izan¹, emaitzetan daukaten eraginarengatik.

Beharrian soziosanitarioei buruzko dokumentuak kapitulu bat ematen du beharrian ekonomikoak aztertzeko. Detektatzen duenez, gaixoak zaintzaileen % 42ri aparteko gastu handiak ekartzen dizkie. Gastuak honela xehekatzen ditu: gastu hauei aurre egiteko laguntzak: etxea, oporrak, zentro pribatuetako egonaldiak, jangelak eta garraioa.

Nahiz eta beste ikuspegi batetik izan, hemen sar daitezke aisialdi, kultura, kirol eta abarreko baliabideak eskuratzeari begira eginiko “diskriminazio positiboko” eskaerak (sarrera merkeagoak, bonoak, lehentasuna...), zeinak ohikoak baitira familiartekoen eta erabiltzaileen bileretan –ikus adimen-osasunari buruzko ANASAPSen VIII. Informazio Jardunaldiak, 1999ko urriaren 5etik 7ra bitartekoak–. Bestalde, dokumentuak zentro lanbideko/okupazionalan ordainsari handiagoak izateko erreibindikazioak ere jasotzen ditu.

5.7.10. FAMILIARI LAGUNTZEAREN ETA ZAIN-TZAILE INFORMALEN ARLOA

Gizarte-langileen dokumentuak ez ditu beharri-zanak zenbatesten –adierazten duenez, kontuan harturiko 450 gaixoetatik, 300 bizi dira familiartekoren batekin, eta 127 ez dira autonomoak; azken horietatik, 91 bizi dira familiartekoren batekin–, baina ezaugarri hauekin xehekatzen ditu:

- Informazioa/Prestakuntza. Gaixotasunaren ezaugarriei, beharrezko dituen zainketa, baliabide eta prestazioei buruz. Adierazten du irakaskuntza-programak behar direla –famiaren prestakuntza–, lege-aholkularitza –obligazioak, gaixoaren eskubide/betebeharrak–, prozedura judizialak –internamendua, tutoretza–.

- Laguntza terapeutikoa. Adimen-osasuneko etxeei esleitua.

- Larrialdiko esku-hartzea edo krisialdia. Etxez etxeko esku-hartzeak, mantentzekoak –etxez etxeko laguntzaz aritzean deskribatuaren ildotik– eta krisialdietakoak –gogoz kontrako ospitaleraztearen kudeaketa barne–.

- Familiak emandako zainketa eta laguntza osagarriak diren neurriak –etxez etxeko laguntzaz aritzean deskribatuaren ildotik–.

- Famiaren ordezkari bat aurkitu beharra –famiaren arinaldietarako–. Laguntzeko esku-hartzeak, gaixoak eguneko zerbitzuak lor ditzan errazteko.

- Beharrian ekonomikoak –aurreko kapitulan deskribatuaren ildotik–.

- Famiaren zalantzei erantzun bat eman beharra –zerikusia du baliabideak eta tutoretzaren erakundea garatzearekin–.

Beharriaz buruzko dokumentuak ez du hainbestearinoko xehekapenik egiten. Azpimarratzen duena da informazio-beharrianak (hala gaixoarenak nola famiarenak), ekonomikoak eta zainketa-lanetan ordezkari zerbitzuak aurkitu beharra (krisialdietan, oporretan eta aisialdi-klubetan, nagusiki).

“Autolaguntza eta elkarri laguntzea” izeneko kapitulu bat dauka, bai gaixoei bai zainzaileei zuzendua, eta “Gogoz kontrako ospitaleratze psikiatrikoetan laguntza lortu beharra” deritzon beste bat ere bai; esan dezagun gai hori familiartekoen

(1) Adimen-osasuneko sareko gizarte-langileek eginiko txostenaren aipamen jarraia. Txosten hori lankidetzan egin zen gaixo psikikoen errehabilitazio eta gizarteratzearen arloko adituen batzordearekin, zeina 1996ko uztailaren 18ko Foru Aginduaren bidez eratu baitzen. Batzorde horretan honako arlo haueko ordezkariak parte hartzen zuten: adimen osasuna, osasun eta gizarte ongizate departamentuak, enplegua, ANASAPS, ANFAS, Caritas eta Argibide.

eta eragindakoen bileretan errepikatu ohi den horietako bat dela, eta legediak horretan baldintzapean handia ezartzen duela (Kode Zibila aldatzeko urriaren 24ko 13/1983 Legeko 211. artikulua).

“Laguntza soziosanitarioa” deritzon dokumentuak (Osasun Departamentua, 1988ko maiatza) zaintzaileen beharrianak azpimarratzen ditu, eta atal batean berariaz aztertzen du adimen-gaixoen zaintzaileen afera. Adierazten duenez, gaixoei zuzenduriko zenbait zerbitzuek eginkizunen bat bete dezakete zaintzaileentzat ere: “arinaldietarako” aldi baterako egoitza-zerbitzuak, eguneko laguntza (zaintzaileen lanaldiekin bateragarriak diren ordutegiak iradokitzen ditu), prestakuntza eta laguntza...

Atal honen laburpena:

Beharrianen eta egoeren askotariko multzoa da, hein handi batean aurreko zenbait atal –ostatua, etxez etxeko laguntza, aisialdia, beharrian ekonomikoak, tutoretzakoak...– errepikatu eta laburbiltzen dituztenak. Eskari batzuek zerikusia dute dagoeneko badauden osasun-zerbitzuekin –adimen-osasuneko sarea– eta gizarte-zerbitzuekin, eta horiei zerbitzu hobea eskatzen zaie, zuzenekoagoa eta norberaren beharren arabera; beste eskari batzuek bestelako izaera duten zerbitzuekin dute zerikusia, eta ezin dira profesionalen bidez eman –autolaguntza eta elkarren artekoa–.

Ziur aski, azken arlo hori da espezifikoa familiartekoen eta eragindakoen esparruko jardueren artean (zerbitzu hori ezin du beste inork eman), eta horixe da garatu beharko litzatekeena. Informazio-beharrianekin zerikusia izan dezakeen arren, kualitatiboki ezberdina da, eta ukituriko pertsonen arteko dinamikarekin zerikusia dauka (antzeko arazoak dauzkaten beste pertsonekin elkarteak). Garapen hori klub sozial batean gauzatu liteke, ANASAPSeko gaur egungo aisialdi-klubarekin zerikusia izan lezakeena. ANASAPSen baitakoa den edo harengandik independentea den gaixoen elkarte bat bereizirik ez egotea zailtasun bat izan daiteke. ANASAPSen estatusaren gaur egungo zehazgabetasuna –zerbitzu-hornitzailea, presio-taldea, elkarri laguntzeko taldea– beste zailtasun bat da (sic).

5.7.11. EGOITZAREN ARLOAN PREMIAZ ESKU HARTZEKO PLANA (OSASUN DEPARTAMENTUA, 2000KO OTSAILA)

2000. urtean zeuden baliabideen balantzea aztertzeke erreferentzia gisa harturiko dokumentu berberak baliabide horiek gehitzeko ekintzei buruzko proposamen bat jasotzen du bigarren

zatian. Osasun Departamentuak berak dokumentu horretan eginiko diagnostikotik ekintza-plan bat sortzen zen, Laguntza soziosanitarioari buruzko foru planari gerora gehitzeko proposamen gisa.

A. Ahizpa Ospitalariekiko kontzertua desblokeatzea.

2000. urtean zehar honakoak abiaraztea proposatzen zuen:

- 2 egoitza lagundu (Elizondon eta Iruñean, 30 eta 15 plazakoak, hurrenez hurren)
- 16 plaza pisu funtzional-etxean (bi pisu, bakoitza lau plaza dituen, bi egoitza lagundu horien inguruan).
- Honako kasu hauei aurre egiteko izan beharko luke:

1. Larrialdi sozialeko egoerak;
2. Izaera sozialeko ospitaleratzeak (ospitaleratze psikiatrikoko unitateak);
3. Ahizpa Ospitalarien zentroetan egoitza-xedetarako jadanik sarturiko pertsonak;
4. Nafarroatik kanpoko zentroetan sarturiko pertsonen ehuneko txiki bat (+/- 6);
5. Hurbil egotea bilatzen duten familien eskararak.

Akordioak berarekin ekarriko luke finantzaketa mistoko eredu bera (gizarte-modulua, osasun-modulua), honakoetarako:

1. Egoitza psikogeriatrakoetan 95 plaza (65 Elizondon eta 30 Iruñean)
2. Eguneko zentro psikogeriatrakoan 30 plaza (Iruñean).

Nahitaezko gisa ezartzen zuen "San Frantzisko Xabierkoa" Zentro Psikogeriatrakoan eredu bera gauzatzea (zentro berekia izateak ematen dizkion bereizgarriak errespetatuz).

B. Iruñean hirugarren egoitza lagundu bat abiaraztea (2000ko azken hiruhilekoan edo 2001eko lehenean).

• “San Frantzisko Xabierkoa” Zentro Psikogeriatrakoaren instalazioetan. Gaur egungo errehabilitazio-unitatean kokatuta egonen litzateke –30 plaza (2000. urtea)–, eta bere ardura izanen litzateke eguneko zentroak gaur egun ikuskatzen dituen pisu babestuen sareari laguntzea –edukiera: 30 plaza inguru–.

• Horren abiarazpena bat etorriko litzateke denboran errehabilitazio unitatearen leku-aldatzearekin –2000. urtearen amaiera/2001.aren hasie-

ra-. Errehabilitazio-unitatean gaur egun dauden 15 bat pertsonak bere gain hartuko lituzke. Ahizpa Ospitalarietako kontzertuan jasotako finantzaketa-eredu berbera (N.G.O.I./Osasunbidea). Ez dago behar adina langilerik: hitzarturiko zerbitzua. Arrazoi teknikoak direla-eta –egoitzaren tamaina, Iruñean kokatuta egotea– eta larrialdi sozialagatik –gaur egungo egoiliarrek zaintzeko, haien leku-aldatzeaz bestelako aurreikuspen ordezkorik ez dago–, lehentasuna dauka Ahizpa Ospitalarien zentroekin zerikusia duen edozein hedatze-proiekturen gainetik.

C. Etxe babestuen gaur egungo titularra den Sendabiderekiko kontzertua.

- Finantzaketa-eredu berbera (N.G.O.I./Osasunbidea). 24 plaza gehituko lituzke, eta 8 gehiago, enpresaren eskueran (guztira, 32).

- Dokumentuak ohartarazten du beharrezkoa dela Sendabidek bere egitura normalizatzea.

D. Egoitza-postu psikiatrikoa betetzen ari diren pertsona edadetuak egoitza-baliabide geriatriko edo psikogeriatrikoetara eramatea (norberaren beharizanen arabera).

- Epe laburrean, Sendabideko egoiliar ia guztiak +/- 6 pertsona, eguneko zentroak ikuskaturiko pisu babestuan.

- Epe ertainean, azken horiek guztiak.

Aurreko ekintzak, guztira

- 75 egoitza-plaza (guztizko kopuru garrantzitsua; horietatik, jadanik beteak daude +/- 30, errehabilitazio-unitateak, ospitaleratze psikiatrikoko unitateak, Ahizpa Ospitalarietako egoitza-plazak eta Nafarroara itzultzeko izangaiak direnak kontuan hartuta).

- 48 plaza etxeetan (Ahizpa Ospitalarien pisuak + Sendabide);

- 30 plaza inguru (eguneko zentroetako pisuak), etxe eta pisu babestuen artean banatze-koak.

- Oharrak:

- Adimen-osasuneko sareko gizarte-langileen dokumentuak aurkituriko beharizanak ez lirateke guztiz aseko. 52 egoitza-plaza, 81 plaza etxeetan...

- Foru Komunitatetik kanpo harturikoen itzule-
ra ez litzateke lortuko, baina gaur egungo egoera guztiz irauliko litzateke. Ez da aurreikusten aipatzeko moduko zailtasun tekniko edo enpresa-arlokorik, baina finantzaketaren eta aurrekontuen arlokoak, ordea, espero dira.

E. Tutoretza-maila apalagoko baliabide bat abiaraztea.

- Presako planean beharrezkotzat jotzen da tutoretza maila apalagoko baliabide bat abiaraztea, baliabide-multzoa zabaltzeko eta horrela eskaria soilik tutoretza maila handiko baliabideetara –dauden bakarrak izateagatik– zuzentzea saihesteko.

- Lehentasunezkoa da Elkarkide/ANASAPSen zerbitzu okupazionalen loturiko pisu babestuak abiaraztea –8tik 16 plazara bitartean–.

5.7.12. ARLO OKUPAZIONALA, LANBIDEKO, AISIALDIKO, ETXEZ ETXEKO LAGUNTZAKO, ELKARRI LAGUNTZA EMATEKO, INFORMAZIOKO ETA SENTSIBILIZAZIOKO BERRANTOLATZEA

Une hartan Elkarkide/Anasapsek hein batean ematen zituen zerbitzuak zituen aipagai. Zerbitzuen izaerari dagokionez, jadanik azpimarratu dugu aisialdiko/okupazional/bokazioko/lanbideko arloen artean bereizten zaila den continuum bat dagoela. Honako hauek egin beharko lirateke:

- Zerbitzuen izaera zedarritzea: zertan gauzatu diren, helburuak, esku hartzen duten profesionalen izaera, nori dauden zuzenduak, nola eskuratu, kalitateari dagozkion gutxienekoak, kreditazioa, ebaluazio-bitartekoak.

- Finantzaketa. Osasun-modulu/gizarte-moduluaren eredu arlo honetan nekez aplikatzekoa bide da.

- Koordinazioa/ lotura/ parte-hartzea osasun-, gizarte- eta bestelako –hezkuntza, lana– zerbitzuekin.

- Zerbitzu-hornitzaileen estatus juridiko/administratiboa eta administrazioarekiko harremanak.

2000. urtean, Adimen-osasunak bere dokumentuan adierazi zuen: “gaur egun nahasmen-egoera bat dago erabiltzaile eta ukituen elkarrearen –alegia, ANASAPSen–, zerbitzuak ematen dituzten profesionalen eta zerbitzuak ematen dituen enpresaren titularren artean. A N A - SAPSek zuzenean ematen ditu aisialdi zerbitzuak eta etxez etxe laguntza, eta zeharka, ELKARKIDEn bitartez (enpresa horretan ANASAPSek % 50eko parte-hartzea dauka –beste % 50a langileena da–), zerbitzu okupazionalak eta laneratzekoak. Gaur egungo egoera oso disfuntzionala da, eta honako hauek ditu ezaugarri: zailtasunak baliabideen kudeaketan eta zuzendaritza teknikoan, zerbitzu batzuen kalitate eta egokitasun zailagarria, eta alderdi etiko badaezpada koak erabiltzaileek zerbitzuak eskuratzeari eta profesionalak zerbitzuari atxikitzeari dagokionez”.

Hori dela eta, adierazten zuen gutxienez ere honako hauetan pentsatu beharra zegoela:

- Enpresa hauek administrazioarekin duten harremanean kontratu-ereduei hurbiltzea.

- Enpresa hornitzaileak eta ukituen elkarteak bereiztea: elkarte arduratuko litzateke elkarri laguntzeaz, informazioaz –elkarte horiek Gizarte Klub formula beregana dezakete, profesionalen atxikipena eta guzti– eta sentsibilizazioaz –presio-taldeen jarduerak barne–, eta enpresa hornitzaileen erantzukizuna litzateke hertsiki soziosanitariok diren zerbitzuak ematea.

Puntu horietako batzuk neketsuak zirela eta denbora behar izanen zutela jotzen zen arren, iradokitzen da esparru honetan gauzak argi uztea eta kontradikzio nahiz disfuntzioak gainditzea horrelako zerbitzuak garatu baino lehenago.

5.7.13. ADIMEN-GAIXOEI LAGUNTZEKO OSASUNAZ BESTELAKO BALIABIDEAK GARATZEKO URTEANITZEKO PLAN BATERAKO OINARRIAK

Horien barnean sartuko lirateke beharrianak aztertzea, zerbitzuak tipifikatzea, lurralde-banaketarako irizpideak, finantzaketa-bideak, ebaluazio-bitartekoak...

Urte anitzeko Plan horrekin batera, kudeaketa-eredu berriak ezarri beharko lirateke. Honako kontuan hartu behar da:

- Eman beharreko zerbitzuen izaerak kudeaketa-eredu oso malguak erabiltzera behartzen du, administrazioan ohikoak diren egoerez oso bestelakoak diren batzuetara egokitu beharra baitago (ordutegiak, profesionalen ezaugarriak... egoitza-zerbitzuetan, aisialdi-klubetako zerbitzuetan, etxez etxekoetan). Gainera, egoera batetik bestera alde handia egon ohi da. Logikoena da hornitzaile-multzo handi batekin kontzertazio-eredua lehenestea. Horrek ez du esan nahi arlo publikoak enpresa-ekimenetan sartu behar ez duenik (adibidez, lanbide, enplegu eta abarreko ekimenetan maiz asko beharrezkoa gertatzen da kapital-ekarpen garrantzitsu bat egitea. Espainian ohikoena da ekimen publiko edo parapublikoaren parte-hartzea; adibidez: IDEA (Iniciativas De Empleo Andaluzas, s.a.), FAISEMen –Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental–, Sevillako Diputazioaren eta ONCE Fundazioaren parte-hartzea ere baduena; LAVANINDU S.L. (Lavandería Industrial) Bizkaian, ERAGINTZA Fundazioaren parte-hartzea ere baduena... Nekez pentsa daiteke enpresaburu batek enpresa batean inbertsiorik eginen duenik adimen-gaixoei lana emateko... (sic)

- “Gizarte-modulua/osasun-modulua” metodo-logiak bere mugak dauzka. Beste administrazio batzuen parte-hartzea beharrezkoa duten zerbitzuak badaude –lana, hezkuntza–. Zerbitzu batzuk zailak dira zedarrizten.

- Adimen-osasunean, koordinazioaz gain ahallegin gehigarri bat egin beharra dago: baliabide berriak sortzea eta aurrekontu-beharrizan garrantzitsuak. Aurrekontu publikoek gain baliabide gehigarriak eskuratzeari begira pentsatzea nahitaezkoa da.

- Garapen-prozesu horrek buruzagitzat bat izan behar du, halakotzat jardunen duena.

- Garapen-prozesu horretan, erabiltzaile, ukitu eta abarren elkarteak integratu behar dira, erantzukizun konpartitua ereduari jarraikiz.

- Nahiz eta dokumentuak adierazten duen ezen, ziur aski, esandakotik ezer ez den soil-soilik adimen-gaixoen arloak berekia duen zerbait, komenigarritzat jotzen du honakoak kontuan hartzea:

- Adimen-gaixoen ezinikusia eta bazterketa eragiten dute arlo guztietan (...) salbu lanbide- eta familia-arrazoien ondorioz zuzeneko lotura dutenetan. Buruzagitzaren arazoa konpondu behar da.

- Baliabiderik eza eta/edo zerbitzuen zehazgabetasuna dira abiapuntuko egoera.

- Kudeaketa-eredu berriekin proba-saioak egiteko aukera bat da.

la Espainia guztian hartu da aintzat egoera hori, eta Fundazio-tankerako egiturak han-hemenka ugartu dira –ERAGINTZA Fundazioa Euskal Autonomia Erkidegoan, RAMÓN REY ARDID Fundazioa Zaragozan, SERRATE TORRENTE Fundazioa Huescan, FAISEM Andaluzian–, parte-hartze publikoa dutela, edozein dela ere tokian tokiko gobernuaren joera politikoa. Fundazio horiek kontratu-harremanak dauzkate ukituen elkarteekin, eta zenbait enpresa-ekimen bultzatzen dituzte, aurrezki-kutxen, beste fundazioen (ONCE Fundazioa, adibidez), eta Europako funtsen –INICIA proiektua Kantabrian– gizarte-ekin-tzarekin zerikusia daukatena.

Iradokizun gisa, antzeko zerbait abiarazi beharko litzateke Nafarroan (ikus Nafarroako adimen-gaixoa errehabilitatu eta gizarteratzeko Fundazioari buruzko zirriborroa, Osasunbideak 1998an prestatua).

5.7.14. ADIMEN GAIXOAK BARNEAN HARTZEKO ESTRATEGIAK GARATZEA

Batez ere, teknikoki posible izateagatik, "biztanleria zabalago bati zuzenduriko" zerbitzu normalizatueta har daitezkeen haiek.

Lehenago aipaturiko Osasun-baliabideen garapenerako urte anitzeko Planak ezarritakoaren estrategia osagarria, zeina derrigorrezkoa baita berariazko baliabideen garapena posible izateko. Zerbitzu normalizatuak koordinatu, lagundu, prestatzeko... bitartekoak egon beharko dira. Horrekin batera, adimen-gaixoen eta euren familien kolektiboak pairatzen dituen arazoei buruzko sentsibilizazio, informazio eta bestelako jarduerak egin beharko dira.

5.7.15. ADIMEN OSASUNENKO SAREAREN OSASUN ESKAINTZA BERRANTOLATZEA

Osasunbideak taxaturiko proiektuari jarraikiz. Proiektu horrek bi puntu ditu:

- Adimen-osasuneko etxeen osasun-eskaintza berrantolatu eta egituratzea. Lehentasuna ematea kasurik larrienei, eta laguntza-formatu indibidualizatua.

- Errehabilitazio-zerbitzu berariazkoak abiaraztea –Errehabilitazio Klinika–. Puntu horrek, hertsiki osasun-arlokoa izan arren, harreman estua dauka arlo soziosanitarioarekin.

- Zerbitzu soziosanitario berrietako askok Adimen-osasunaren laguntza teknikoak, mota ezberdinetakoa, behar izanen dute.

- Errehabilitazioaren arloko espezializazio sakona daukaten zerbitzuak –Errehabilitazio Klinika, adimen-osasuneko etxeetan errehabilitatzeko programak– garatzeak ez du inolako eragingarritasunik izanen baldin eta arlo soziosanitarioa ez bada nabarmenki garatzen.

5.8 GAIXO KRONIKO AKUTUAK

Medikuntza-laguntzaren ikuspegitik, beharizanik behinenak gaixo kroniko akutuentzako laguntzak agertzen ditu, ohe gutxiegi baitaude, argi eta garbi. Kroniko larri berrien kasu horietarako, ez-ospitaleratzea onargarria da oro har, baina 20/30 plazatarako beharra dago, haien laguntzarako eskueran behar adinako baliabide edukitzeari begira. Horixe da arazo nagusia, 2003. urtean, ospitale-baliabideei dagokienez.

Dauden baliabideak	Baliabide-mota	Plan soziosanitarioko aurreikuspena	2000. urtea	2001. urtea	2002. urtea	Sorturiko plazak	Izangaia/ Baliabideen eskaria
EGOITZARI DAGOKIONEZ	Egoitza lagundua (AGEL) (18-65 urte)		Iruña, 12 plaza	Iruña, 30	Iruña +28	Iruña 12 guztira	Baliabide-mota honetarako izangai diren 52 pertsona. Horrez gain: • 70 pertsona inguru daude Nafarroatik kanpoko egoitza-erakundeetan, N.G.O.i.k diruz lagundurikoak. Gehienak horrelako baliabide bat eskuratzeko izangaia dira. • Ahizpa Ospitalarietan ere badaude egoitza harturiko pertsonak (kopurua ez dago zehaztuta), N.G.O.i.k diruz lagundurikoak. • "San Frantzisko Xabierkoa" zentro psikogeriatricoan gaur egun sarturiko pertsonen heren bat: +/-10 pertsona. Horrelako ezaugarriak dituzten gaixoen ospitaleratze gehiagorik ez du onartzen. Ez dago asmorik pertsona horiek beste baliabide batzuetara eramateko. • Errehabilitazio unitateko oheen % 50 egoitza-izaerako dira (+/-15). Aurki aldatuko dira egoitza-izaerako oherik gabeko Errehabilitazio Klinika batera. • Ospitaleratze Psikiatrikoko Unitateen oheen % 10 inguru "egoitza" izaerako arrazoiak direla-eta betetzen dira –batez besteko kopurua da, eta egoera aldatkorra izan ohi da– (5-6 kasu).
	Egoitza Psikogeriatricoa (65 urte baino gehiago)		Elizondo, 30 plaza	30 Iruña Errehabilitazio Unitatea	Tutera 5	Elizondo 6 guztira	• Caritasen egoitza-baliabideen –Nazaret eta abar– erabiltzaile-kopuru zehazgabe bat talde honetan sar liteke.
	Eguneko egoitza psikogeriatricoa (65 urte baino gehiago)			Iruña 55			

Dauden ballabideak	Baliabide-mota	Plan soziosanitarioko aurreikuspena	2000. urtea	2001. urtea	2002. urtea	Sorturiko plazaak	Izangaiak/ Baliabideen eskaria
EGOITZARI DAGOKIONEZ	Pisu funtzionalak eta/edo tutoretzakoak (18-65 urte)			Iruña 4 Elizondo 4	Iruña +4 Elizondo 4		<p>Baliabide-mota honetarako izangai diren 81 pertsona aurkitu dira. Horrez gain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23 pertsona Sendabideren etxeetan artatuak (8 gehiagorentzako edukiera daukate). Pertsona oso zaharrak dira, Ospitale Psikiatrikoko egoiliar ohiak, arazo oso handiak dituztenak mugikortasunaren arloan, bai eta ikuspegi mediko eta psikogeriatrikotik ere. • Egoitza lagundurako izangai diren pertsonetako batzuek aukera daukate, entrenamendu-epe jakin bat igaro ondoren, etxeen eredu batera pasatzeko. Hori da Ahizpa Ospitalarietiko kontzertuko pisu funtzionalen lan-hipotesia. • Baliabide-mota honetarako izangai diren 53 pertsona aurkitu ziren. Gogoan izan behar da ezen, mota horretako zerbitzua eskaintzen bada, azterlanak antzemandakoa baino eskari nabarmen handiagoa sorraraziko dela. Gehitu: • 19 pertsona, eguneko zentrotik ikuskaturiko adimen-osasuneko pisu babestuetan. Ospitale Psikiatrikoko egoiliar ohiak dira, historia instituzional luzea daukatenak; gehienak oso edadetuak dira, eta haietatik ia guztiak pasa beharko lukete, epe labur edo ertainean, zahar-etxe batera. 3 pisu Nafarroako Gobernuaren Ondarekoak (15 pertsonako edukiera) dira; 3 alokatuak dira (edukiera: 15 pertsona).
	Etxe babestuek (SENDABIDE)		60 plaza	Iruña etxe 1 Egues 2 etxe	+ 14 plaza (birkokapenagatik) + 10 plaza tutoretzako pisuetan		

Dauden baliabideak	Baliabide-mota	Plan soziosanitarioko aurreikuspena	2000. urtea	2001. urtea	2002. urtea	Sorturiko plazak	Izangaiak/ Baliabideen eskaria
<p>EGOITZARI DAGOKIONEZ</p>	<p>Besteren zentroak</p>			<p>66 pertsona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Babesturiko apopilo-etxeak, 4 zentro • Aita Menni, zentro 1 • Zahar-etxeak, 13 zentro 			<p>Baliabide-mota honetarako izangai diren 12 pertsona aurkitu dira. Aurreko ataleko ohar berbera egin behar da (azterlanaren metodologian buruzko zalantzak). Horrez gain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 pertsona daude apopilo-etxeetan, kro- nikoen eguneko zentrotik ikuskaturiko- ak. • 14 pertsona daude antzeko araubidean –apopilo-etxeetan–, ELKARKIDE/ANA- SAPSen zentro okupazionalaletara joaten direnak. • Apopilo-etxeetan dauden pertsonen kopuru aldakorra, gaur egun oso txikia. Horien ikuskapena adimen-osasuneko sareko gizarte-langileek egiten dute.

Dauden balliabi-deak	Balliabi-de-mota	Plan soziosanitarioko aurreikuspena	2000. urtea	2001. urtea	2002. urtea	Sorturiko plazak	Izangaiak/ Baliabideen eskaria
ARLO LANBIDE-KOA ETA OKUPAZIONALAK ZIONALA	Zentro okupazionalak	<ul style="list-style-type: none"> • Iruña 30 pl. • Elizondo 10 pl. • Tuteran 10 pl. 	<ul style="list-style-type: none"> • ARANZADI: 35 plaza • TALLUNTXE: 40 plaza 	<ul style="list-style-type: none"> • ARANZADI: 40 plaza • TALLUNTXE: 40 plaza 			<p>Zentro Okupazionalerako izangai diren 71 pertsona aurkitu dira. Gaur egun (2000ko otsaila) ELKARKIDEN honako hauek ditu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aranzadi Zentroa, 35 plaza • Talluntxe Zentroa, 40 plaza • Epe laburrean, 30 plaza okupazional gehiago <p>2000rako. Proiektuak xedatzen duenez, "espezializatu" egiten dira, beharrian berezietan eta mantentzean</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gaur egungo itxaron zerrenda 23 pertsona ingurukoa da.
	Enplegu zentro bereziak						<p>Enplegu-zentro berezietarako 95 pertsona izangai, 60 pertsona enplegu sozial babesturako eta 66 pertsona laneratze programetarako. Estimazio modura, dokumentuak (adimen-osa-suneko gizarte-langileen txostenak, alegia) adierazten du enplegu sozial babestuko programetan parte hartzen duen jendeararen % 50 inguru direla nolabaiteko nahaste psikiko bat pairatzen duten pertsonak. "Nafarroako adimen-gaixo kronikoen beharrian soziosanitariak (1996ko abendua)" izeneko dokumentuak lanbide-arloa azpimarratzen du. Egoera ezberdinak antzematen ditu: lanbide-jardueretan arituzkerik nahi ez dutenatik –gaixoak eta zain-tzaileak – hasita (+/- % 20), aukera ezberdinak adierazten dituztenetaraino. Gehienek –zain-tzaileen % 31,6k eta, batez ere, gaixoek % 55,3k– enplegu normalizatu aukeratzeko dute.</p> <p>Talluntxe enplegu-zentro berezia –10 plaza– ELKARKIDE enpresarena da. Halaber, lan-taldeak jarraipena egiten die enplegu arruntean edo bestelako enplegu-zentro berezietan (Aspace...) diharduten pertsonen; aldi baterako enplegu babesturaren programa (Iruñeko Udala, 14 plaza).</p>

ADIERAZITAKO BALIABIDEETARAKO ITXARON ZERRENDAK (2000. urtea)	
Adimen-gaixoentzako Egoitza Lagundua (AGEL)	33 pertsona.
Pisu funtzionalak eta/edo tutoretzakoak, adimen-gaixoentzako.	7 pertsona.
Zentro okupazionala	58 pertsona.

ETXEZ ETXEKO LAGUNTZAKO PROGRAMA	
<ul style="list-style-type: none"> • Edukia 	<ul style="list-style-type: none"> • Lagun egitea eta hezkuntza • Adimen-gaixo larriei zuzenduriko laguntza espezializatua • Osasun-zerbitzuetatik at ematen da • Laguntzak zerikusia dauka gaixotasunarekin, familia/gaixo harremanarekin eta eguneroko bizitzarekin
<ul style="list-style-type: none"> • Zerbitzu-emailea 	ANASAPS, hein batean
<ul style="list-style-type: none"> • 2002ko aurrekontua (Gizarte- eta osasun-laguntzaren Foru Plana) 	<ul style="list-style-type: none"> • 240.405 euro (40 milioi pta.)

ELKARKIDE, S.L. ENPRESAREN BALIABIDEAK	
• Aranzadi zentro okupazionala	• 35 plaza
• Talluntxe zentro okupazionala	• 40 plaza
• Enplegu-zentro berezia	• 22 langile
• Enplegu-programa	• 14 langile
• Prestakuntza-programa	• 20 plaza
• Laneratze-programa eta jarraipena, enpresa arruntak eta bestelako enplegu-zentro bereziak	• 6 langile

- ITURRIAK: 1. Adimen-osasuneko sareko gizarte-langileen txostena
 2. Osasun Departamentuaren dokumentuak, lehenago aipaturikoak
 3. Gizarte Ongizate, Kirol eta Gazteri Departamentua



NAFARROAKO PARLAMENTUKO
ALDIZKARI OFIZIALA

HARPIDETZA
ORRIA

Izen-deiturak

Helbidea

Telefonoa *Hiria*

P. K. *Probintzia*

Ordaintzeko:

Dirua Nafarroako Kutxako 2054/0000 41 110007133.9 zenbakiko kontu korrontera igorri edo bertan sartu

HARPIDETZAREN PREZIOA ALDIZKARI OFIZIALA ETA BILKURA EGUNKARIA	IDAZKARITZA ETA ADMINISTRAZIOA NAFARROAKO PARLAMENTUA «Nafarroako Parlamentuko Aldizkari Ofiziala» Navas de Tolosa, 1 31002 IRUÑA
Urte bat 40,27 euro	
Aldizkari Ofizialaren aleko prezioa 1,02 »	
Bilkura Egunkariaren aleko prezioa 1,20 »	