



Arartekoaren ebazpena, 2012ko azaroaren 23koa. Horren bidez, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuari gomendatzen zaio nortasun nahasmendu larriak dituzten pertsonen arreta emateari lotutako neurri orokor batzuk eta eragindako gazte baten arretaren gaineko beste neurri berezi batzuk har ditzan.

Aurrekariak

1. 2012ko maiatzaren 10ean, erakunde honetan (...)k, haren semearen izenean eta ordeztu [(...), 22 urte], sustatu zuen kexa-idazkia jaso genuen, azken horri Basurtuko Ospitalean eman zioten arreta psikiatrikoa zela-eta.

Azaldutakoarekin bat eginez, apirilaren 6an (...) larrialdietan ospitaleratu zuten haren burua zauritu zuelako (mozketa bat eskumuturrean), Ajuriaguerra Buruko Osasuneko Zentroak bertara bidali baitzuen.

Horren harira, esan digu hurrengo egunean ospitaletik bota zutela *"beste gaixo bati eta erizain bati erasotzeagatik, akutuen unitatean ez baitago tratamenduko psikopatologia subsidiariorik"* (...) gertakari zenbakiari lotutako txostenak diotenaren arabera.

Kexagileak azaldutakoaren arabera, gaixoari alta eman zioten haren buruarentzat eta beste pertsonentzat arriskutsua den osasun arazo larria zuela argi zegoen arren. Izan ere, -adierazi du- dituen ideia paranoideen ondorioz, alta eman eta gutxira istilu bat eragin zuen bide publikoan pasatzen ari zen pertsona batekin (*"iseka egin ziola"* ziurtatzen zuen) eta poliziak esku hartu behar izan zuen.

Interesdunak salatu du ere, maiatzaren 10ean, haren buruari eraso egiteagatik (besoan mozketa bat) ospitale bereko larrialdietan ospitaleratu zutela sendatzeko eta psikiatraren arreta jasotzeko baina, helarazitako datuei jarraiki, "ihes egin zien" eta ordu gutxi batzuk geroago jazoera larri bat gertatu zen (Donostiarantz autobidetik ibiltzen zihoan) eta, berriro ere, poliziak esku hartu behar izan zuen.

Horrez gain, azaldu du. hurrengo egunean, maiatzaren 11n, ospitaleratu egin zutela berriro bere BOZak hala aginduta eta 2012ko maiatzaren 21era arte lokailu mekanikoen bidez lotuta egon zen. Data horretan alta eman eta Arabako Ospitale Psikiatrikoko Psikosi Immunearen Unitatean ospitaleratu zuten.





2. Kexagilearekin harremanetan jarri ondoren, eta agiri gehigarriak eskatu ostean (zehazki, Gaixoaren eta Erabiltzailearen Arreta Zerbitzuaren aurrean aurkeztutako aurretiko erreklamazioa, tratamendu asertibo komunitarioaren eskaera eta osasun administrazioak emandako erantzuna) eta kexaren eta interesdunak aurkeztutako agiriak zehatz-mehatz aztertu eta gero, maiatzaren 5ean Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuari informazio-eskaera bat bidali genion herritarrak emandako informazioa egiaztatzeko asmoz eta, hala, kexa honi behar bezalako tratamendua emateko.

Halaber, administrazioari arren eskatu genion, larrialdietako txosten medikoaren terminoetan [episodio (...)], zehazki honi dagokionez "*ezingo dute hurrengo hilabetetan hemen ospitaleratu*", zigor mota horri buruzko araudia jasotzen duen agiriaren kopia eta kasu horietan jarraitu behar den prozedurari buruzko informazioa helaraz ziezagun. Kontu horrek berebiziko garrantzia zuen guretzat, izan ere, osasun arreta jasotzeko eskubidean eragina eduki zezakeen.

3. 2012ko uztailaren 24an, Osakidetzako zuzendari nagusiak gure informazio-eskaera aintzat hartu zuen eta Basurtuko Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuak egindako txostena bidaliz erantzun zigun. Txosten horren edukia oso-osorik erantsi dugu Ararteko erakunde honek bideratutako esku-hartzerako aparteko garrantzia baitauka.

“El paciente citado presenta una historia compleja, que le ha llevado a una evolución difícil, con varios ingresos psiquiátricos y una amplia variedad de problemas sociales, relacionales y legales. En nuestra opinión el Sr. (...) padece un Trastorno Grave de la Personalidad, concretamente un Trastorno Antisocial de la Personalidad, que en diversos períodos se ha acompañado de crisis relacionadas con acontecimientos de su vida, combinados con uso de tóxicos y una capacidad cognitiva limitada. Los Trastornos Antisociales se caracterizan por la falta de un sistema de normas interiorizado que guíe la conducta de la persona, unido a una capacidad muy leve para la culpa y el remordimiento. Suelen poseer una baja sintonía con los sentimientos ajenos. A nivel conductual se implican con frecuencia en actividades que ponen en peligro el bienestar ajeno, cometiendo delitos con frecuencia al no sentirse limitados por las normas que nos obligan a los demás. Es necesario precisar que si bien hay más Trastornos Antisociales entre la población reclusa, existen numerosos delincuentes que no sufren problemas de este tipo, pues poseen una normativa interna muy clara que simplemente no coincide con la de la mayoría de la población. Es habitual que estas personas presenten problemas relacionales constantemente, precisamente por la falta de empatía y sintonía afectiva; así como por la desconsideración hacia deseos y necesidades ajenos.



El tratamiento fundamental de los Trastornos Graves de Personalidad no debería realizarse en unidades de hospitalización como la nuestra, teniendo estas un papel meramente auxiliar. El esfuerzo terapéutico central consiste en un trabajo ambulatorio de larga duración, basado en psicoterapia (existen diversos modelos utilizables) y un uso de psicofármacos juicioso y dirigido a síntomas. La hospitalización puede resultar necesaria para resolver una crisis puntual, pero nunca puede modificar los aspectos nucleares de la clínica del paciente y debe ser concebida siempre como elemento complementario en el tratamiento. A la hora del tratamiento, los Trastornos Graves de la Personalidad presentan dos limitaciones importantes. Por un lado la psicoterapia necesaria para tratarles correctamente exige que los pacientes entren en una relación significativa y prolongada con el terapeuta y eso es especialmente difícil para ellos. Por otro suelen presentar baja tolerancia a la frustración e impulsividad y ello les hace proclives a mal uso de los medicamentos y abuso ocasional.

El Trastorno Antisocial presenta además alguna dificultad específica que se añade a las ya citadas que son generales para todos los Trastornos Graves de la Personalidad. La dificultad para experimentar sentimientos de culpa y el manejo inadecuado de la agresión hace especialmente difícil el trabajo clínico con estos pacientes.

Un problema generalizado que afecta no solo al País Vasco es la insuficiencia de recursos para tratar a pacientes con Trastornos Graves de la Personalidad. Faltan dispositivos ambulatorios preparados para llevar a cabo esta tarea compleja y prolongada. En su momento nuestro equipo preparó un informe sobre el tema para Osteba (adjunto) proponiendo la creación de dispositivos tipo Hospital de Día que pudieran abordar este tema con la suficiente solidez. Posteriormente desarrollamos un proyecto de Hospital de Día (adjunto) para Trastorno de Personalidad, que inicialmente fue acogido muy positivamente por la Autoridad Sanitaria, diseñándose incluso las instalaciones apropiadas en unos locales de Bilbao (Txurdinaga) pertenecientes al Hospital de Basurto. Desafortunadamente todavía no ha sido posible proseguir con el proyecto planteado, aunque se ha mencionado públicamente desde la Autoridad Sanitaria la disposición a poner en marcha dispositivos de este tipo en un futuro próximo.

Esta situación de falta de recursos ambulatorios conlleva un uso excesivo de las Unidades de Hospitalización de Hospital General para estos pacientes. Unidades que como hemos mencionado no pueden desarrollar los tratamientos adecuados para esta patología. Enfrentados a esa situación decidimos poner en marcha un protocolo de atención a los pacientes con



Trastornos Graves de la Personalidad dentro de la Unidad de Hospitalización, con el fin de mejorar en lo posible nuestros cuidados y como mínimo reducir la posible yatrogenia¹ ligada al ingreso. El protocolo (adjunto) dirige la actuación de los profesionales en la Unidad, con el fin de dejar claros los objetivos del ingreso y también sus limitaciones y buscando la reducción de situaciones conflictivas. El protocolo incluye una serie de medidas a tomar en el caso de que las condiciones del ingreso no permitan el desarrollo del tratamiento. En dicho protocolo queda expresamente señalado que de ninguna manera se trata de sanciones sino de reconocer ante el paciente el hecho de que las condiciones que él aceptó al ingreso ha dejado de cumplirlas y señalarle a continuación que en consecuencia el tratamiento acordado no puede proseguir.

En el caso que nos ocupa, el incidente que da lugar a la expulsión del paciente de la sala se relaciona con agresiones por parte del mismo a otro paciente y a una profesional. En ese momento se valoró la posibilidad de que el paciente estuviera fuera del contacto con la realidad. Tras la exploración pertinente a cargo de la responsable de la Unidad de Hospitalización de Adultos, concluimos que el paciente podía en ese momento evaluar la realidad correctamente y que al agredir a otras personas hacía imposible el tratamiento.

La decisión de poner un límite al reingreso del paciente tiene que ver con mostrar al paciente que la conducta inapropiada, que pone en riesgo el bienestar de los demás y especialmente el de los demás pacientes ingresados, tiene consecuencias. Permitir la continuidad en la unidad de un paciente en ingreso voluntario y en contacto con la realidad que puede evaluar su situación adecuadamente no es beneficioso para el tratamiento de ese paciente, sino perjudicial. Un paciente de esas características precisa verse rodeado de un entorno que le aporta una estructura normativa que supla la normativa interna poco desarrollada que posee. Si una agresión no tiene consecuencias lo que estamos haciendo los profesionales es situarnos en una posición alternativa: o bien aceptar de forma masoquista las agresiones del paciente promoviendo que continúe sin tener en cuenta a los demás y a sus necesidades, o bien tomar una posición omnipotente actuando como si de verdad fuéramos capaces de tratar al paciente en cualquier situación. Ser masoquista daña al propio paciente, a los otros pacientes y al equipo. Ser omnipotente lleva a una ficción de un tratamiento que de hecho no existe.

Ese límite al ingreso se convierte en la práctica en una cuestión básicamente simbólica. Somos totalmente conscientes de la obligación de atender a

¹ Producción de efectos nocivos debido a la actuación médica y del personal sanitario en general.



nuestra población en sus necesidades sanitarias. De hecho, hemos atendido al paciente en varias ocasiones después de la expulsión de la sala y nosotros mismo somos quienes hemos gestionado el ingreso actual del paciente en la Unidad de Hospitalización (UPR) donde hoy se encuentra. La cuestión no es no atender al paciente, sino que le llegue el mensaje de que su conducta puede hacer imposible el tratamiento y si se llega a esa circunstancia hay que interrumpirlo o modificarlo. Cuando se dan esas circunstancias y le planteamos al paciente que, tal como habíamos acordado con él previamente el tratamiento no puede continuar en la modalidad actual y no va a ingresar en la sala en un tiempo, adoptamos las siguientes pautas:

- Obviamente, si el ingreso es necesario por diferente motivo el criterio no se mantiene y el paciente ingresa en la unidad como cualquier otro paciente.*
- Si el ingreso se hace necesario por el mismo motivo mantenemos al paciente en la unidad de observación en urgencias cuando es esperable una mejoría rápida de la crisis.*
- Si una mejoría rápida no es esperable, gestionamos el ingreso en otra unidad de hospitalización del entorno tras valorar el tema con los responsables de la misma. Esto es algo que todas las unidades hacemos en este y otros casos por diferentes motivos y que permite continuar con la atención que Osakidetza debe prestar, manteniendo unas mínimas condiciones que hagan posible el tratamiento. En ningún caso el paciente queda sin atención sanitaria.*

Uno de los motivos fundamentales del protocolo era reducir seriamente las sujeciones mecánicas que se utilizaban en la unidad de hospitalización. Este recurso puede tener sentido, en unidades de psiquiatría, medicina interna, infecciosos, urgencias, etc. para contener a un paciente en estado de agitación que puede causarse daño a sí mismo o a otros, que no puede controlar su conducta y cuando la medicación tranquilizante no es adecuada o no es suficiente. Sin embargo, dado que la sujeción es una experiencia penosa para el paciente y los profesionales debe reducirse al mínimo imprescindible. Desde la puesta en marcha del protocolo mencionado las sujeciones se han reducido drásticamente, prácticamente desapareciendo en los Trastornos Graves de Personalidad y quedando reducidas a un mínimo en pacientes fuera de la realidad y/o incapaces de controlar su conducta. Recientemente hemos presentado datos sobre este aspecto en el último Congreso de la Sociedad Española de Trastornos de Personalidad, donde fue acogido con gran interés. Estamos a la espera de realizar una publicación en una revista profesional con esta información.

Sintetizando esta información, se trata de un paciente con un grave





Trastorno de la Personalidad que a su entrada en la unidad acuerda una serie de condiciones que permiten el tratamiento. Una de esas condiciones es no agredir a los demás pacientes y al personal. El paciente agrade a otro paciente y a una profesional y es valorado minuciosamente por la responsable de la Unidad de Hospitalización de Adultos que considera que en ese momento el paciente es consciente y responsable de sus actos. Le explica que en esas condiciones el tratamiento no puede continuar y le invita a marcharse, advirtiéndole de que un reingreso en la misma unidad en las mismas condiciones no será posible en un tiempo. Después de esa situación le atendemos en varias ocasiones más, hasta llegar a gestionar su traslado a una unidad que permite una estancia más prolongada y una observación minuciosa en un entorno muy estructurado, que consideramos la mejor opción entre las posibles.

(...)”.

Osasun administrazioak bidalitako txostenarekin batera, *nortasun nahasmendu larriak dituzten gaixoak baliabideetan onartu eta sartzeko protokoloaren* kopia helarazi digute:

Aipatu protokoloak, besteak beste, honako gaiak ditu hizpide: nortasun nahasmenduak jorrazteko zailtasuna, halako nahasmenduak dituzten pertsonen arreta emateak dakarren konplexutasun handiaren ondotik presazko erabaki klinikoak saihesteko premia eta, harreman terapeutikoa apurtu ostean, adituak pairatzen duen samintasun, ondoeza eta lasaitasun sentazio anibalentea.

Halaber, bertan jarduteko urrats batzuk xedatzen dira, bai presazko arretari dagokionez bai ospitaleratze unitatean emandakoari dagokionez.

Jarraian, protokolo horren sarrerako aipamen bat gailenduko dugu herritar honek egindako kexaren azterketan duen garrantziagatik:

“Merece la pena destacar una característica interpersonal clave a la hora de entender el funcionamiento de sujetos con Trastorno Grave de la Personalidad en entornos sanitarios. La intensidad emocional que despliegan y su dificultad para percibir de forma simultánea aspectos positivos y negativos del otro (escisión) facilitan que el interlocutor -el clínico en este caso- se identifique a veces o reaccione con gran intensidad casi siempre ante el paciente y la posición en la que este le coloca. El resultado puede ser decisiones clínicas precipitadas y extremadas que pueden reflejar el malestar del profesional y actitudes defensivas por parte de este que no favorecen la mejor evolución del caso y promueven de hecho el final prematuro del tratamiento con la





consiguiente dificultad para reiniciar el proceso. Con frecuencia, tras la ruptura de la relación terapéutica, el profesional queda con una sensación de amargura y malestar, con los sentimientos ambivalentes de alivio al verse liberado de ese paciente conflictivo y malestar por el reconocimiento de la agresividad propia expresada en el encuentro con el paciente; agresividad con frecuencia inevitable pero que nunca debiera manifestarse a través de las decisiones clínicas”.

4. Behin familiari informazio hori emanda, azken horrek haren ikuspegia helarazi digu, alegia, haien ustez, ospitaleko psikiatria zerbitzuak ez zuen arretarik eman. Halako problematika konplexuaren aurrean haien semeari laguntza emateko dituzten zailtasunak eta osasun administrazioaren arreta edukitzeko premia nabarmendu dituzte.

Horrez gain, familiak dio, egia bada (...)ek errealitateari aurre egiteko eta gainontzekoekin harremanetan egoteko zailtasunak dituela, aldi goiztiaragoetan esku hartu behar izan zela eta, hala, espetxean emandako denbora saihestuko zatekeela, ondorio larriak ekarri baitizkio.

Semea egun dagoen Psikosi Immunearen Arabako Unitatean izaten ari den hobekuntzarekin oso pozik daude eta baliabide horretan aurretik sartu behar izan zela adierazten dute.

Osasun administrazioak haren protokoloan aipatzen dituen harreman terapeutikoa apurtu ondorengo samintasun, ondoeza eta lasaitasun sentazioei dagokienez, familiak pairatzen duen sufrimenduari buruzko gogoeta helarazi digu (inoiz ez da planteatu seme hori bakarrik, haren airera, uztea; sufrimendu egoera horren ondotik amak, adibidez, depresioa dauka), baita erakundeen laguntza desagertuz gero izango duten bakartasuna ere.

Gogoetak

1. Espainiako Konstituzioko 43. artikulua **osasuna babesteko eskubidea** onartzen du eta ezartzen du botere publikoei dagokiela osasun publikoa antolatu eta babestea prebentziozko neurrien eta beharrezko prestazio eta zerbitzuen bitartez.

Manu horrek osasuna babesteko eskubidea jasotzen du, honako hauek barne hartzen dituen prestazio eskubide bezala: **gaixotasun baten aurreko laguntza**



jarduera, osasun publikoa prebenitu eta babesteko araubide nahikoa bermatzeko jarduera eta herritarren osasun hezkuntzarako jarduera.

Konstituzio manu horrek lege positiboak, praktika judiziala eta **botere publikoen** jarduera ditu hizpide; azken horiek, gainera, eduki guztietan eraginkor izan dadin beharrezko jarduera guztiak burutu **behar** dituzte.

2. Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorrak, buruko osasuna jorratzen duen III. kapituluan (20.1 artikulua), osasun sistema orokorrean buruko osasunari lotutako jarduera guztien erabateko integrazioa eta buruko gaixotasunak dituzten pertsonak osasun eta gizarte zerbitzuak behar dituzten gainontzeko pertsonekin parekatu ostean, osasun administrazio eskudunei eskatzen die haien jarduera **eremu komunitarioko esku-hartze printzipiora** egokitu dezaten, ospitaleratzeko premia gehienekora gutxituko duten eta haurren eta gazteen psikiatriari lotutako arazo horiek bereziki kontuan hartuta ambulatorioko laguntza baliabideak eta neurri bateko ospitaleratze sistemak eta etxeko arreta sustatuz.
3. Osasun Sistema Nazionalaren kohesioari eta kalitateari buruzko maiatzaren 28ko 16/2003 Legearen 7. artikularekin bat etorriz, *“el **catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud** tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención; se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos; el catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, **atención especializada**, atención sociosanitaria, **atención de urgencias**, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario”*.

Osasun Sistema Nazionaleko **zerbitzu komun**en **zorroa** ezartzen duen irailaren 15eko 1030/2006 Errege Dekretuak 1995eko aurretiazko errege dekretuan jasotako prestazioak eguneratzen ditu eta horiek zehazten ditu, eta lehen mailako arretaren zerbitzu zorroan eta arreta espezializatuan haurren eta gazteen **buruko osasun**aren arloko atal espezifikoak gehitzen du. Bertan, hitzez hitz hauxe aipatzen da: *“detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las*



intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas sanitarias”.

Errege dekretu horren *Arreta espezializatuaren zerbitzu komunen zorroari* buruzko III. ERANSKINAK barne hartzen ditu **nortasun nahasmenduen arretarako diagnosi eta terapia prozedurak** agindu edo eman eta, hala badagokio, betetzea.

4. Arauzko testuinguru horretan, ulertzen dugu osasun administrazioak gure iritzi bera duela, alegia, arazoa ez datza arauzko erantzuna ez ematean, baizik eta baliabiderik ez edukitzean. Horregatik, beharrezkoa da osasun politikaren diseinuak erantzuna eman diezaien hizpide ditugun premiei, plangintzarako hainbat baliabideetan dagoeneko jasotako gomendioak kontuan hartuz.

Erreforma Psikiatrikorako 1985. urtean Ministerioaren Batzordeak egindako txostenak -horrek buruko osasunaren laguntza paradigma berrirako bidea eman zuen- haurren eta gazteen buruko osasuna laguntza eremuak barne hartutako izaera iraunkorreko programen zati garrantzitsutzat jotzen zuen, autonomia erkidego bakoitzari programa horiek haien premien eta lehentasunen arabera garatzeko aukera emanaz.

Osasun Sistema Nazionaleko buruko osasunaren estrategia, Osasun Sistema Nazionaleko lurraldeen arteko batzordeak 2006an onartutakoa, haurren eta gazteen buruko osasunaren arretari lotutako hainbat ondorio ateratzen ditu eta ondoriook data hartan geunden egoerara hurbiltzen gaituzte:

- Kalitatezko errehabilitazio eta gizarteratzerako giza eta egitura baliabideen hornidura eskasa.
- Berriazko tarteko baliabide gutxi egotea edo ez egotea –adibidez, eguneko ospitaleak edo krisi uneetan esku hartzeko unitate komunitarioak-.
- Erantzukizun terapeutikoak eskolako eremura, sektore pribatuko adituetara eta, bereziki, familiaren ekimenetara desbideratzea.
- Medikalizazio garrantzitsua eta denbora gutxiago kontsumitzen duten eta profesionalen trebetasun eta inplikazio gutxiago behar duten tresna farmakologikoak bakarrik erabiltzeko joera, esku-hartze psikoterapeutikoak beharko lituzketen nahasmenduei arreta emateko.
- Praktika klinikoaren aldakortasuna, handiago buruko osasunean beste eremu batzuetan baino.

lido estrategikoen betetze-mailari buruzko ebaluazio txostena, bi urte geroago eta 2011n argitaratutakoa, ***Estrategia berria 2009-2013 aldirako*** agirian jaso





zen. Agiri horretan aipatzen da adierazitako erronka batzuk bete zirela, gai asko jorratzeke bazeuden arren; horien artean profesional espezializatu eta kalitatezko errehabilitazio eta gizarteratzerako baliabide nahikoak ez egotea nabarmentzen zen.

Horrez gain, ebaluazio txosten horrek buruko osasunaren arloan autonomia erkidego bakoitzaren baliabideak biltzen ditu eta horien azterketak agerian jartzen du, alde batetik, aparteko hetereogenotasuna eta, beraz, kasuan kasuko arreta erduetan ikuspegi eta intentsitate desberdintasuna eta, bestetik, zerbitzuen eskaintzan adierazitako desberdintasunak egon badaudela, azken urteotan baino gutxiago badira ere.

Aipatu txostenean adierazten da Aragoiko Autonomia Erkidegoan nortasun nahasmenduetarako unitatea bat egon badagoela eta bertan eremuko psikiaterek bidalitako gaixoak ospitaleratzen dituztela. Gutxi gorabehera bi hilerako ospitaleratze itxiaren erregimenean, izaera dinamikoko, kognitiboko, farmakologikoko, berhezkuntzako, sozialeko eta familiako laguntzako "murgiltze terapeutikoa" izenekoaren protokoloa aplikatzen da. Ospitaleratzeko aldia gaintu ostean, gaixoa bi urterako baliabide batean –errehabilitazio psikosozialeko zentroa- erregimen irekian dago eta bertan familiaren, gizartearen eta errehabilitatzailearen segimenduekin jarraitzen da. Halaber, aipatzen da Madrilgo Autonomia Erkidegoan mota honetako unitate espezifiko bat dagoela.

5. Osasun Publikoari buruzko urriaren 4ko 33/2011 Lege Orokorraren hitzaurrean hauxe adierazten da: *"nuevas realidades que atender que nos recuerdan que una sociedad avanzada debe pensar en la población del futuro, sin esperar a solucionar los problemas cuando sus servicios sociales y sanitarios ya no puedan dar respuestas"*. Halaber, hitzarmen horretan xedatzen da egoera horiek *"conviven con otras que no por más antiguas están del todo resueltas"* eta horien artean buruko osasuna aipatzen da.

Batez ere **Nortasun nahasmenduak jorratu Euskal Autonomia Erkidegoko buruko osasunaren sarean** ebaluazio txostena oinarri hartuta (OSTEBAk 2007. urtean argitaratutakoa) ditugun datu epidemiologikoei jarraiki, nortasun nahasmenduen prebalentzia eskuragarri dauden estatistika ofizialek biltzen dutena baino handiagoa izan daiteke. Gizarte eragin handia bereganatzen ari den eta **bereziki gure gazteei eragiten dien** arazo bat da.

Horrek, aurreko gogoetetan adierazitako oinarri juridikoa gehituz gero, euskal osasun administrazioak **berariazko arreta programak gara ditzan** eskatzen du, sektore arteko esku-hartze terapeutikoa oinarri hartuta eta egiaztatutako





eraginkortasunarekin, laguntzaren kalitatea eta, ondorioz, aipatu nahasmenduak dituztenen eta haien familien bizi-kalitatea hobetzeko asmoz.

Hala, euskal osasun administrazioak behar bezala artatu behar ditu nortasun nahasmenduak dituzten pertsonak, gehienetan, gazteak eta, horretarako, berriazko baliabide aproposak behar ditu –bederatzigarren gogoetan aipatuko ditugu-.

6. **Eragindako gaztearen** egoerari dagokionez, osasun administrazioak gure informazio-eskaerari emandako erantzuna ikusirik (ebazpen honen hirugarren aurrekarian hitzez hitz aipatu dugu), ondorioztatzen da Basurtuko Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuaren ustez nortasun nahasmendua duen gaztea botatzea – apirilaren 7an erregistratutako izapidea- **helburu terapeutikoekin** egin zela eta **haren tratamenduaren baitan** izan zela.

Hala, administrazioak hauxe esan zuen: *“de ninguna manera se trata de sanciones sino de reconocer ante el paciente el hecho de que las condiciones que él aceptó al ingreso ha dejado de cumplirlas y señalarle a continuación que en consecuencia el tratamiento acordado no puede proseguir”.*

Psikiatriak egindako **balorazio tekniko-medikoak** ez zuen gomendatzen unitatean egon zedin –eragindakoa prest zegoen bertan egoteko eta haren gurasoek hori nahi zuten-, uste baitzuten *“tras la exploración pertinente a cargo de la responsable de la Unidad de Hospitalización de Adultos, concluimos que el paciente podía en ese momento evaluar la realidad correctamente y que al agredir a otras personas hacía imposible el tratamiento”.*

Txosten horrek irizpide tekniko-medikoei erantzuten **badie ere** –horien izaera kontuan hartuta, **erakunde honi ez dagokio balorazioa egitea-**, pentsa daiteke, baliabide egoki bat egonez gero, libre egotearen arabera jardungo zatekeela eta segur aski tratamendua jarraituko zatekeela, eten beharrean.

Ez dugu tresnarik xedatzeko une hartan gazteak egoera behar bezala baloratu zezakeen edo, bestalde, agerraldi psikotiko bat jazo ahal izateko aukeraren ondotik unitatean egon zedin gomendatu behar ote zen. Horrez gain, ezin dugu baloratu ospitaletik bota izanaren egokitasuna; esan zaigun moduan, tratamendu jakin baten baitan egin baitzen eta, guri esandakoarekin bat, xede terapeutikoak aintzat hartuta.

Zalantzarik gabe hilabete geroago zerbitzu berean arreta eman izanak, euste mekanikoak jarri izanak eta, azkenean, 10 egun geroago aipatu zerbitzutik Gasteizko Psikosi Immunearen Unitatera bidali izanak –bertan ospitaleratuta



dago-, gazteak duen **nahasmenduaren larritasunaren** berri ematen digu, aipatu unitatean egon baino lehen **gurasoek pairatzen zuten arrazoizko kezka** ulertu eta justifikatzeko bidea eman digu, baita **osasun administrazioari** adierazi **azken une horretan mahaigaineratutako arazoari erantzuna eman ziola** ere.

Dena den, hori guztia ez da traba **osasun zentroaren kudeaketa hobetzeko** egokitasuna adierazterakoan, hain zuzen, baliabidetik botatzeko egoeren aurrean –hizpide dugun kasua, adibidez-.

Hala, egokia izango zatekeen interesdunari eta haren familiari kanporatzearen izaera (terapeutikoa) eta aipatu berri dugun kanporatzearen iraupena gehiago zehaztea. Alta emateko txostenean aipatzen da *“no podrá volver a ingresar en los próximos meses”* eta hori nahasia eta zalantzazkoa da, are gehiago osasun arreta jasotzeko eskubideari eragin diezaiokeela kontuan hartuta. Ildo horretan, halaber, egokia izango zatekeen kanporatzearen eremua mugatzea, zehazki zer zerbitzutara mugatuko zatekeen adieraziz.

Gure iritziz, mota horretako neurrien ondorioak ez lirateke kautelazko xedeak betetzeko ezinbestekoa baino gehiago luzatu behar eta, edozelan ere, proportzionaltasun printzipioarekin bat etorri behar dira.

Neurri mota horiek ezin diete eragin interesdunei konpontzeko oso zailak edo ezinezkoak diren kalteak, ezta legeek babesten dituzten eskubideen urratzeak ere -adibidez osasun arreta jasotzeko eskubidea-, eta arretaren jarraitutasuna bermatu behar da beti.

7. Aurretik adierazitakoa guztiz bat dator erakunde honek aipatu psikiatria zerbitzuan erregistratutako **indarkeria ekintzen** gainean duen **berriazko gaitzespen argiarekin**.

Lanaren Nazioarteko Erakundearen jarraipenekin bat etorriz, osasun arloko profesionalak dira zerbitzuen sektoreko erakunde publikoen eremuan eraso edo indarkeria ekintzak pairatzeko arrisku gehien duten pertsonak.

Aipatu erasoek edo indarkeria ekintzek horiek pairatzen dituztenen duintasuna eta eskubideak larriki urratzen dituzte eta mehatxuak dira osasun erakundeak eraginkorrak izan daitezen eta arrakasta eduki dezaten. Zalantzarik gabe, gure herri-administrazioek prebentzio eta babes neurriak sakondu behar dituzte gure osasuna zaintzen laguntzen duten lana egiten duten pertsonari dagokienez.

Hala, **herritarrek eremu guztietan onartuta dituzten eskubideen baliatzea** gailendu behar dugu eta, **aldi berean, aipatu herritarrei eskatu haien**





betebeharrak konplitu ditzaten; horien artean osasun zerbitzuak behar bezala erabiltzea eta bertako langileei errespetuz zuzentzea daude.

Gaixoeak eragindako indarkeria egoerak jorrazteko ikuspegi bikoitz hori kontuan hartuta –**egora horiek pairatzen dituztenak babestu eta horiek eragiten dituztenei osasun arreta ematen jarraitu-**, hartuko diren neurriak osasun langileen mesetan izateaz gain (lan-arriskuak murriztu), muga zeharkaezina urratu edo hautsi duela onartu behar duen gaixo erasotzailearen mesedetan ere izango dira.

8. Basurtuko Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuak bere baitan duen **nortasun nahasmendu larria duten gaixoak zentroan onartu eta bertan egoteko protokoloa erabilera handiko tresna** bat da, laguntzarako irizpideak batu, arretaren kalitatea hobetu, praktika kliniko onaren alde egon eta osasun arloko profesionalen eginkizuna erraztea xede dituen. Hala, gure ustez, protokolo hori egiteak eta aplikatzeak esan nahi du praktika ona dela herritarren buruko osasun premiei arreta emateko eremuan.

Horrez gain, badirudi aplikazio hori **euste mekanikoen erabilera murrizt dadin** laguntzen ari dela².

Hala ere, hizpide dugun kasuan, ez ditugu datu nahikoak adierazteko aipatu protokoloa behar bezala aplikatu zela. Izan ere, ez dirudi gaixoari mugen eta horiek apurtzearen ondorioen berri argi eta garbi emateari buruz protokolo horrek ezartzen dituen baldintzak jazo zirenik (protokoloaren sarrera); gaixoari eta haren ingurukoei egoera klinikoari, aurretiko eboluzioari, tratamenduari, etab. lotutako informazioa itzultzeko “hezkontza” izeneko esku-hartzei buruz (protokoloaren 1.b.ii.1 atala); gaixoari eman behar dituen urratsak, egin behar

² Tratamendu terapeutikoak ukatzeko askatasuna, pertsonaren autodeterminazio askearen adierazpen gisa, Espainiako Konstituzioko (EK) 1.1 artikuluan jasota dago, askatasuna ordenamendu juridikoa baino harago doan balioz jotzen duena, eta horrek banakoak (gaixoak), haren interesen eta lehentasunen arabera, aurkezten zaizkion aukeren bizi-aukeren artean hautatzeko aintzatespena dakar -oinarritzat hartutako printzipioa-.

Borondatearen aurkako barneratzeak eta dagokion euste mekanikoen erabilerak askatasunerako oinarritzeko eskubideari eragiten dio (EKko 17.1 artikulua); horregatik, neurri horiek hartzea eta ondoriozko eskubide hori murriztea modu mugatuan egin behar da, azken baliabide gisa eta dagokion baimen judizialaren bidez (Prozedura Zibilaren Legeko 763. artikulua², Giza Eskubideen eta Biomedikuntzari buruzko 1997ko Hitzarmena, Oviedo Hitzarmen bezala ezagututakoa eta buruko gaixotasunak dituzten pertsonen babeserako printzipioak eta buruko osasunari arreta emateko hobekuntza xedatzen dituen Nazio Batuen 1991ko abenduaren 17ko 46/119 Ebazpena, baita ezgaitasunen bat duten pertsonen eskubidei buruzko 2006ko bileraren 25. artikulua inguruan Espainiari ezgaitasunen bat duten pertsonen eskubideen gainean egindako batzordearen gomendioa ere).

Informazio eta agiri klinikoaren arloan gaixoaren autonomia eta eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen 41/2002 Legearen 9.2 artikulua baimen informatuaren mugak hizpide dituen haxe dio: *“cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”*.



dituen izapideak eta noiz egin behar dituen azaltzen dizkion "aholkua" izenburupean jasotako esku-hartzei buruz (protokoloaren 1.b.ii.3 atala); gaixoak eta haren ingurukoek ospitaleratze unitateko arreta xedeen inguruan duten ezagutza mailari buruz (2.d) edo familiarekiko harremanari buruz (2.f) eta familiak altaren eta jarraitu beharreko urrats terapeutikoen gainean duen ezagutza mailari buruz (2.h).

9. Kexa hau izapidetzearen ondotik, agerian jarri da berriz ere euskal osasun publikoan **nortasun nahasmendu larrien gaia jorrazteko berariazko baliabide bat behar dela.**

Gure informazio-eskaerari erantzunez Basurtuko Psikiatria Zerbitzuak egindako erantzunaren edukiak aukera ematen du adierazteko nortasun nahasmendu larriari emandako ospitaleko arreta gaixo mota horien prozesu terapeutikoen barruko elementu laguntzaile bat baino ez dela eta aipatu prozesuaren oinarritzko alderdia dela esku-hartze psikoterapeutikoak eta sintoma jakinak artatzeko psikofarmakoen zentzuzko eta unean uneko erabilera bat barne hartzen duen arreta anbulatorio luzea eta intentsiboa.

Gure laugarren gogoetan adierazi genuenez, estatuan egon badaude nahasmendu mota horien berariazko arretari lotutako hainbat esperientzia.

OSTEBAK 2007. urtean argitaratutako *Nortasun nahasmenduak jorrazte Euskal Autonomia Erkidegoko buruko osasunaren sarean* ebaluazio-txostenean, dagoeneko aipatu dugun horretan, gomendatzen zen nortasun nahasmenduen laguntza, prestakuntza eta ikerketa unitate pilotu bat sortzea, horrelako nahasmenduetarako arreta hobetzeko ezinbesteko tresna gisa.

2011n, Legebiltzarrean, Osasun eta Kontsumo sailburuak esan zuen proiektu hori abian jarri nahi zuela eta berehala egitea eragozten zuten zailtasun ekonomikoak aipatu zituen.

Jasotako herritarren kexak, osasun arloko profesionalekin egindako kontrasteak eta hainbat elkartek (horien artean FEDEAFES eta OME) emandako informazioa ikusirik, Ararteko erakundeak Eusko Legebiltzararentzako 2009ko urteko txostenean agerian jarri zuen aipatu baliabidea behar zela eta ordutik urtero-urtero jakin nahi izan du Osasun eta Kontsumo Sailera zuzenduz proiektua benetan praktikan abian jarri ote den, osasun administrazioak urrats aipagarriak eman ez baditu ere.

2011ko abenduan sailak gure galderari erantzuna eman zion hauxe esanez : *"Proiektu hau oraindik analisi fasean dago, bideragarria den zehazteko".*





EAEko buruko osasunaren estrategiak ekintza-proposamen zehatzak jasotzen ditu (4.1. helburu zehatza, 1. lehentasuna; 4.4 helburu zehatza, 2. lehentasuna; 4.5 helburu zehatza, 2. lehentasuna) nortasun nahasmenduen arretaren esparruan. Horien inguruko informazioa ere eskatu genuen eta, erantzunik jaso ez dugunez, ondorioztatzen dugu oraindik ere ez direla aurrerapauso esanguratsuak erregistratu.

Zalantzarik gabe, laguntza unitate pilotu hori sortzea (ospitaletik kanpoko zentro komunitario gisa) premiazkoa eta beharrezkoa da, baita berariazko problematika honetan profesionalak prestatzea ere.

10. Horrez gain, aurtengo martxoan **estatuko defentsa erakundeek** urteko bilera ospatu zuten, oraingo honetan buruko osasun arazoak dituzten pertsonen eskaintakoa. Arartekoak gazteen eta helduen buruko osasunari buruzko tailerra koordinatu zuen. Gaiak eragiten digun interesa kontuan hartuta, ahoz batez onartutako adostasun agiriaren **nortasun nahasmenduei** buruzko atala hitzez hitz adieraziko dugu:

“II.10.- Aipamen berezia nortasun nahasmenduen inguruan

Nortasun nahasmenduek (haurrengan eta nerabeengan eragin argia) jorrazteko errazak ez diren osasun arazoak dakartzate, diagnosia egitearen zailtasuna eta gaixoei tratamenduarekiko duten lotura falta kontuan hartuta.

Aipatu zailtasunei gehitu behar zaie gaixo mota horiei arreta emateko benetako biderik ez dagoela, ezta berariazko arretarako ospitaletik kanpoko zentro komunitariorik ere, eta horrek bidea ematen du esateko nahasmendu horiek dituzten haurrei eta gazteei ematen zaien egungo arreta guztiz defizitariora dela.

Egoera horren ondotik honako neurri hauek premiaz hartu behar dira:

- *Nahasmendu mota horiei arreta egokia eman, osasun publikoan eragindako pertsonak diagnostikatu, horiekin lan egin eta psikologiaren eta gizartearen arloan errehabilitatzeko programak eta baliabideak ezarriz.*
- *Osasun publikoaren sarean nortasun nahasmenduaren diziplina anitzeko tratamendu integralerako unitate espezifikoak ezarriz –bereziki, mugako nahasmenduari dagokionez-, beharrezkoa den kasuetan ospitaleratzea bermatuz.*



- *Prozesu terapeutikoak behar bezala bideratuko dituzten jarduera-protokoloak abian jarri.*
- *Justifikatu gabeko aldakortasuna saihesteko aukera emango duten praktika klinikoen gida integratuak egin.*
- *Nahasmendu horiekin lan egiten duten profesionalak behar bezala prestatu.*

Horregatik guztiagatik, otsailaren 27ko 3/85 Legeak –erakunde hau sortu eta arautzekoak- 11 b) artikuluan araupeturikoarekin bat eginez, ondoko hau eman da:

86/2012 GOMENDIOA, azaroaren 23koa, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuari zuzendutakoa, honako hau egin dezaten:

1. Abian jar dezatela EAEn nortasun nahasmenduetan espezializatutako unitatea, lehendik aurreikusita zegoena, eguneko zentro/eguneko ospitale modalitatean.
2. Basurtuko Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuak duen nortasun nahasmendu larriak dituzten gaixoak baliabideetan onartu eta sartzeko protokoloa betetzeko neurrien hartzea areagotu dezaten, bereziki, gaixoari eta haren familiari informazioa emateari lotutako alderdiei dagokienez.
3. Protokolo mota horiek ospitaleratze psikiatrikoko unitateak dituzten EAeko gainontzeko ospitaleetan zabaltzeko aukera aintzat har dezaten, horretarako baliabideak ezarriz eta profesionalak prestatuz.
4. Kudeaketa bermatzaileago batera eramango duten neurriak har ditzaten xede terapeutikoak dituen kanporatze prozeduren esparruan.
5. Nortasun nahasmenduak dituzten familiek nola jardun behar duten hizpide duen erabateko informazioa bermatzeko mekanismo egokiak susta ditzaten.
6. Gaixoari Psikosi Immunearen Unitatean alta eman ondoren, eragindakoak tratamendu asertibo komunitario egokiaren tratamendua, hark eta familiak behar bezalako laguntza sarea edukitzeko asmoz, hasteko aukera kontuan har dezaten.

