



EUSKADIN SUIZIDIOA PREBENITZEKO ESTRATEGIA

EUSKADIN SUIZIDIOA PREBENITZEKO ESTRATEGIA



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2019

Lan honen bibliografia-erregistroa Eusko Jaurlaritzaren Bibliotekak sarearen katalogoan aurki daiteke:
<http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>

Argitalpena

1.a, 2019 ko apirila

Ale-kopurua

1200 ale

©

Euskal Autonomia Erkidegoaren Administrazioa
Osasun Saila

Internet

www.euskadi.eus

Argitaratzailea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseinua eta maketazioa

Colectivo Verbena

Zuzendaritza, koordinazioa eta prestaketa

Osasun Saila, Eusko Jaurlaritza eta Osakidetza

Imprimaketa

Xxxxxxxx

Lege gordailua

VI 250-2019

AURKIBIDEA

I. ZATIA. SARRERA	7
1. Jokabide suizidaren epidemiologia	8
1.1. Jokabide suizida munduan	8
1.2. Jokabide suizida Europan	9
1.3. Jokabide suizida Espainiako estatuan	10
2. Jokabide suizidaren eta haren prebentzioaren inguruko ebidentzia	12
2.1. Jokabide suizidari lotutako faktoreak	13
2.2. Jokabide suizidaren prebentzioaren inguruko ebidentziak	15
II. ZATIA. EAE-KO EGOERAREN ANALISIA	23
3. Arau- eta plangintza-esparrua	20
4. Jokabide suizidaren epidemiologia EAEn	21
4.1. Ideia suizida	21
4.2. Suizidio-ahaleginak	23
5. Prebentziorako eskuragarri dauden baliabideak eta ekimenak	37
5.1. Osagai askoko esku-hartzeak	37
5.2. Ikerketa	37
5.3. Jokabide suizidaren inguruko informazioa eta kontzientziazioa	39
5.4. Bitarteko hilgarriak eskuratzeko aukera murriztea	39
5.5. Larrialdiak eta lehen esku-hartzea	39
5.6. Hezkuntza-esparrua	40
5.7. Gizarte-zerbitzuen sistema	40
5.8. Lan-esparrua	40
5.9. Osasun-esparrua	41
5.10. Postbentzioa	42
5.11. Kalteberatasun-egoeran dauden kolektiboak	42

III. ZATIA. PREBENTZIO ESTRATEGIA **45**

6. Printzipioak	46
7. Helburuak	48
7.1. HELBURU OROKORRA	48
7.2. HELBURU ZEHATZAK	48
8. Jardun arloak eta neurriak	48
8.1. Estrategiaren koordinazioa eta jarraipena	49
8.2. Zaintza epidemiologikoa eta ikerketa	49
8.3. Informazioa eta kontzientziazioa	50
8.4. Bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna	51
8.5. Larrialdiak eta lehen esku-hartzea	52
8.6. Ingurune komunitarioa	53
8.7. Osasun-esparrua	55
8.8. Postbentzioa	59
8.9. Kalteberatasun-egoeran dauden kolektiboak	60
9. Estrategiaren hedapena eta ebaluazioa	61
9.1. Estrategiaren hedapena	61
9.2. Estrategiaren ebaluazioa	69

Eranskinak **79**

1. eranskina. Lantaldea	80
2. eranskina. Nazioarteko eta Estatuko esparru arauemailea eta plangintzakoa	83
3. eranskina. Jokabide suizidaren faktoreak	87
4. eranskina. Jokabide suizidaren prebentzioaren inguruko ebidentzia	94
5. eranskina. Arau- eta plangintza-esparrua EAEn	105
Erreferentziak	109

I. ZATIA. SARRERA

1. JOKABIDE SUIZIDAREN EPIDEMIOLOGIA

1.1. JOKABIDE SUIZIDA MUNDUAN

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) osasun publikoaren arloko lehenetsuntzat hartu du suizidioa. 2013-2020 aldiko Osasun Mentalari buruzko Ekintza Planean, estatu kideek konpromisoa hartu zuten suizidioen tasa nazionalak 2020rako % 10eko proportzioan murrizteko¹ (2. Eranskina).

Egindako kalkuluen arabera, 800.000 pertsona inguruk egiten dute beren buruaz beste, hau da, pertsona batek 40 segundoko. Gainera, zifra hori 20 aldiz handiagoa da ahalegienen kasuan. Zehazkiago, 2016. urtean 793.000 pertsona hil ziren munduan beren buruaz beste eginda, eta horrek 100.000 biztanleko 10,5eko tasa ematen du urtean².

Datu horiek oso kezagarriak dira, batez ere kontuan hartuta maiztasun horrek azken 60 urteetan % 50eko igoera izan duela³ eta, aurreikusitakoaren arabera, 2020. urtean beren buruaz beste egingo duten pertsonak milioi eta erdi izango direla eta, beraz, tasa beste % 50eko proportzioan igoko dela⁴.

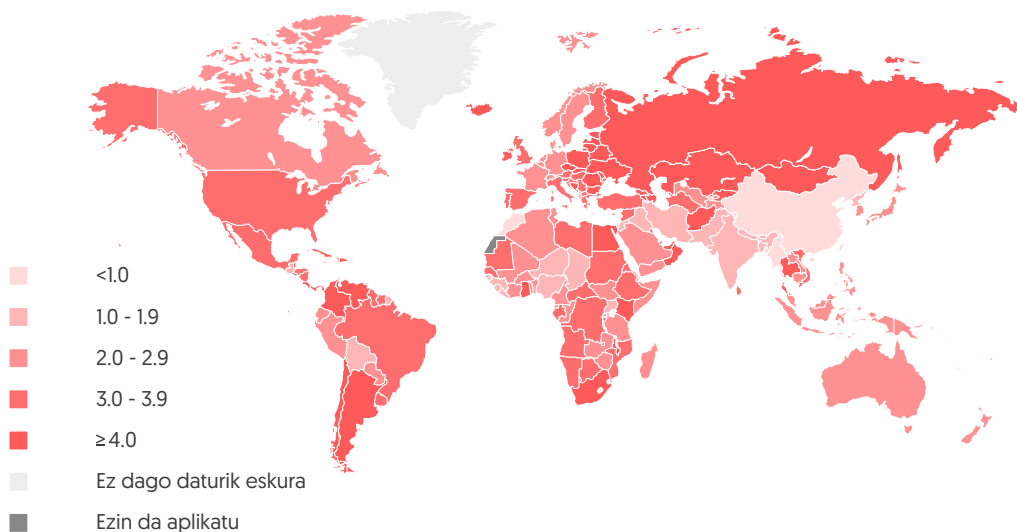
2000tik 2012ra bitarte munduko biztanle kopuruak gora egin badu ere, suizidioen kopuruak % 9ko jaitsiera izan du. Aldi horretan, adinaren arabera estandarizatutako suizidioen tasa globalak % 26ko jaitsiera izan du (% 23 gizonen kasuan eta % 32 emakumeen kasuan), Afrikan, ekialdeko eskualde mediterraneoan eta Ameriketako Estatu Batuetan izan ezik⁵. Azken herrialde horretan, Gaixotasunen Prebentzio eta Kontrolerako Zentroak 1999tik 2016ra bitarte egindako azterlan epidemiologiko bat argitaratu zuen, eta, bertan jasotzen denez, urteko suizidioen tasak % 30eko gorakada izan du 25 estatutan, eta heriotzen bigarren arrazoia da 15-34 urteko gazteen kasuan⁶.

Erregistro-prozeduretan mugak badaude eta suizidioaren kuantifikazioan akatsak ager badaitezke ere⁷, esan daiteke 2016. urtean heriotzen bigarren arrazoia izan zela 15-29 urteko gazteen kasuan, trafiko-istripuen ondoren. Hala ere, suizidioen tasa handiagoa da adinekoen kasuan, batez ere 70 urtetik gorakoen kasuan³.

Sexuari dagokionez ere, alde esanguratsuak agertzen dira, gizonen tasa emakumeenaren bikoitza baita ia; zehazki, 2016. urtean, gizonen eta emakumeen arteko ratioa 1,8 izan zen. Herrialderik aberatsenetan, hiru gizonek egiten dute beren buruaz beste emakume bakoitzeko (1. irudia)⁸.

Alde horiei dagokienez, Payne, Swami eta Stanistreet-ek⁹ jenero-ikuspegian oinarritutako berrikuspen bibliografiko bat egin ondoren argudiatu zuten, faktore indibidualak, bizitzaren historiak, aldagai sozial eta komunitarioek eta lan-baldintzek, jeneroaren eraikuntza sozialaren galbahetik pasatu ondoren, eragina dute suizidioarekin lotutako jokabideetan.

1. irudia. Suizidioen gizon/emakume ratioa, adinaren arabera estandarizatua, 2016. Iturria: OME, 2016.



Metodoari dagokionez, suizidioen % 20 inguru pestiziden bidezko autointoxikazioaren ondorioz gertatzen dira, diru-sarrera txiki eta ertainak dituzten herrialdeetako landa-eremuetan. Diru-sarrera handiak dituzten herrialdeetan, aukeratutako metodoa urkatzea da kasuen % 50etan. Haren atzetik, su-armen erabilera dago (kasuen % 18tan)¹⁰.

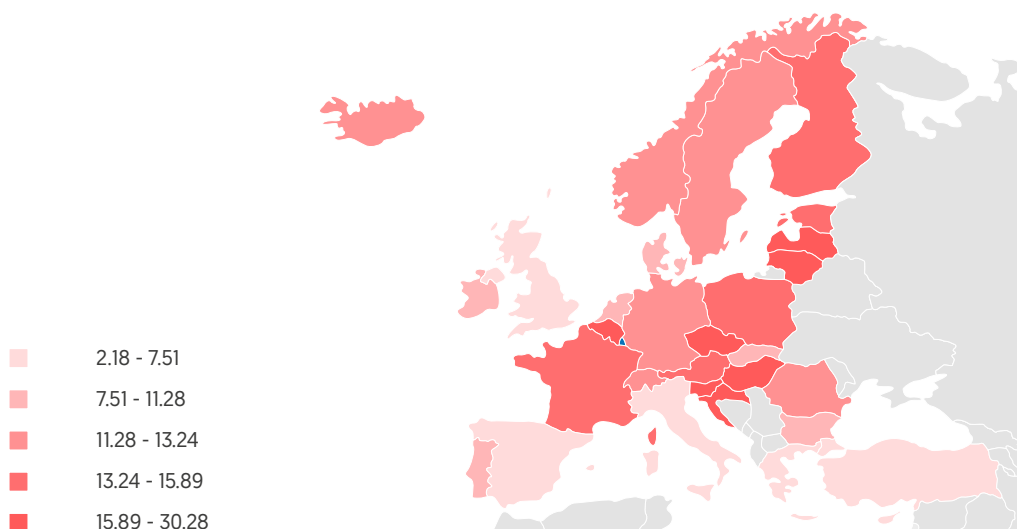
Datuek, halaber, aldeak agertzen dituzte emakumeek portaera suizidan (heriotzarekin amaitzen den portaeran zein bestelakoan) erabilitako metodoen eta gizonen erabilitakoen artean. Zenbait egilek diotenez, gizonen metodo aktiboagoak era bortitzaagoak erabiltzeko joera dute (su-armak, adibidez), baina kultura-faktoreei lotuta egon litezkeen aldeak ikusi dira herrialdeen artean^{11,12}.

Ekonomia Lankidetzeta eta Garapenerako Erakundea (ELGE) osatzen duten herrialdeak soilik kontuan hartuta, suizidio-prebalentziak % 30eko beherakada izan du 1990etik 2015era bitarte, eta % 40tik gorakoa Islandian, Letonian eta Hungarian. Espainiak suizidio-tasa konstanteak agertzen ditu, eta txiki samarrak, ELGEko gainerako herrialdeekin alderatuta¹³. Eskuragarri dauden 2016ko azken datuen arabera, 100.000 biztanleko suizidio-tasarik handienak Lituania, Korea, Letonia eta Esloveniakoak dira, eta zifra bereziki handiak agertzen dituzte (26,7, 25,8, 18,1 eta 18,1, hurrenez hurren). Tasarik txikienak, berriz, Turkia, Grezia eta Israelekoak dira (5 heriotza baino gutxiago 100.000 biztanleko)¹⁴.

1.2. JOKABIDE SUIZIDA EUROAPAN

Europar Batasunak ere lehentasunezko erantzuna behar duen arazotzat hartzen du suizidioa. 2009. urtean **Europako Parlamentuak osasun mentalari buruz emandako Ebazpenak** (2008/2209(INI)) eta, geroago, 2013ko **Osasun eta Ongizate Mentalerako Ekintza Bateratuak** suizidioaren prebentziorako sektore arteko programak aplikatzeko eskatu zieten estatu kideei (2. Eranskina). OMEren arabera, 2016. urtean Europako batez besteko suizidio-tasa gordina 15,4 suizidiokoa izan zen 100.000 biztanleko. Espainia batez besteko horren azpitik dago, 8,7ko tasarekin. Europar Batasuneko (EB) herrialdeak soilik kontuan hartuta, suizidioen tasak beheranzko joera duela ikus daiteke (% 20 inguru 2000-2013 aldian). Europako Estatistika Bulegoaren (Eurostat) arabera, 100.000 biztanleko 10,91 heriotzako tasa estandarizatua kalkulatu zen 2015. urtean. Tasarik txikienak hegoaldeko herrialdeetakoak dira, hala nola Italia, Grezia, Txipre eta Espainiakoak (2. irudia).

2. irudia. 100.000 biztanleko suizidio-tasa estandarizatu. EB, 2015. urtea. Iturria: Eurostat, 2015.



1.3. JOKABIDE SUIZIDA ESPAINIAKO ESTATUAN

Estatuan, jokabide suizidari aurre egitea eta arrisku-taldeen suizidio-tasak murriztea **Osasun Sistema Nazionalaren 2006ko Osasun Mentaleko Estrategiaren** eta haren 2009-2013 aldiko eguneratzearen helburu nagusien artean zeuden (2. Eranskina).

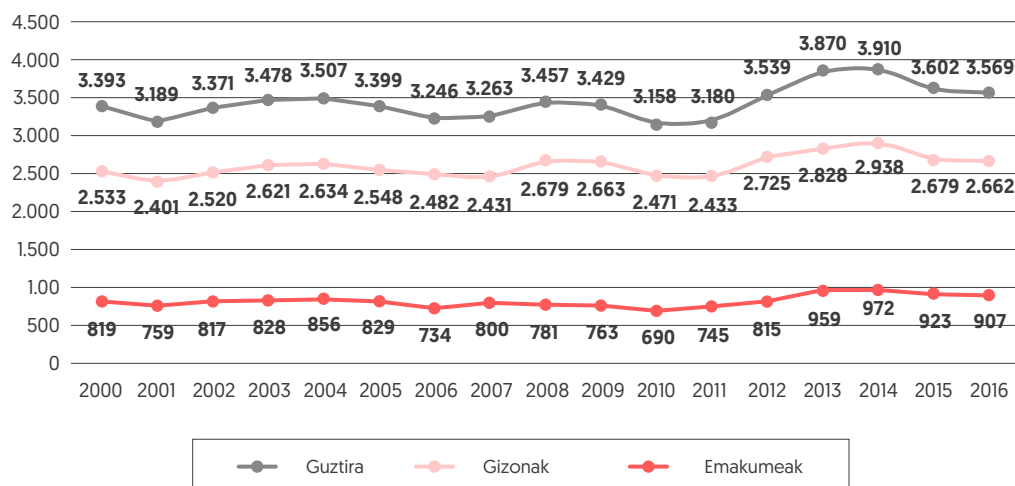
2016. urtean, 3.569 suizidio gertatu ziren Espainian (10 suizidio egunean, batez beste), hau da, suizidio bat 2,5 orduko. Suizidioa heriotzen lehen kanpoko arrazoia da Espainian; zehazki, trafiko-istripuen ondorioz gertatutako heriotzen bikoitza dira, eta jenero-indarkeriak eragindako heriotzak baino 80 aldiz gehiago¹⁵.

Adierazi beharra dago EINek 2013tik aurrera izandako igoerari buruz aipatzen duena. Adierazten duenez, zifra horiek ezin dira 'zorrotz konparatu' aurreko urteetakoekin. Izan ere, Madrilgo Auzitegiko Institutu Anatomikoaren datuak eskuratu ahal izan dira, eta horrek nabarmen aldatu du erkidego horretan (eta, beraz, guztizkoan) suizidioen ondorioz gertatutako heriotzen kopurua. Aldakuntza metodologiko hori gabe, igoera % 2,7 izango litzateke.

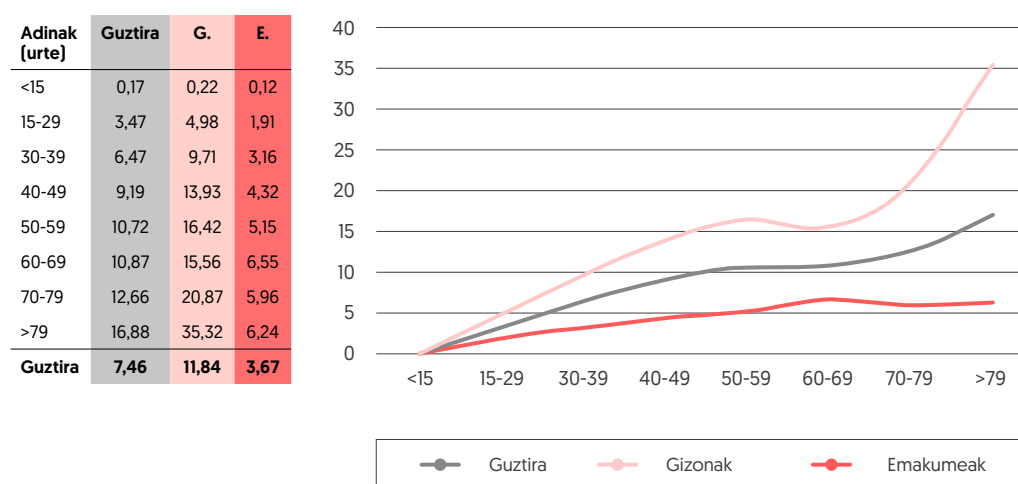
Sexuari dagokionez, suizidioen prebalentzia nabarmen handiagoa da gizonezkoen kasuan emakumezkoen kasuan baino (% 74,6 eta % 25,4, hurrenez hurren). 2015eko datuekin alderatuta ikus daitekeenez, suizidioen kopuruak (3.569) % 0,9ko beherakada izan zuen, eta joera hori are handiagoa izan zen emakumeen kasuan (% 1,7ko beherakada emakumeen kasuan, eta % 0,6koa gizonen kasuan). Azken 16 urteetan (2000-2016 aldian), antzeko joera ikusi da bi sexuetan. 2011tik 2014ra bitarte, kasuen kopuruak gora egin zuen, eta 2014an erregistratu zen kopururik handiena. Urte horretatik aurrera, suizidioen kopuruak era esanguratsuan egin du behera, eta egonkortu egin da 2015an eta 2016an (1. grafikoa), oraindik urtean 3.500 kasu baino gehiago erregistratzen badira ere.

Tasak adinaren arabera aztertuz gero, datu garrantzitsu bat ikus dezakegu: 15-29 urteko gazteen kasuan, suizidioa heriotza guztien bigarren arrazoia da, tumoreen atzetik (2. grafikoa). Suizidioaren arriskuak gora egiten du adinean gora egin ahala, batez ere gizonen kasuan, suizidioen tasak nabarmen egiten baitu gora 70 urtetik gorako adinean. Nolanahi ere, burututako suizidioen kopururik handiena (kasu guztiak kontuan hartuta) 40-59 urteko adinean agertzen da.

1. grafikoa. Espainiako suizidioen kopurua, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



2. grafikoa. Espainiako suizidioen tasa, adinaren eta sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.

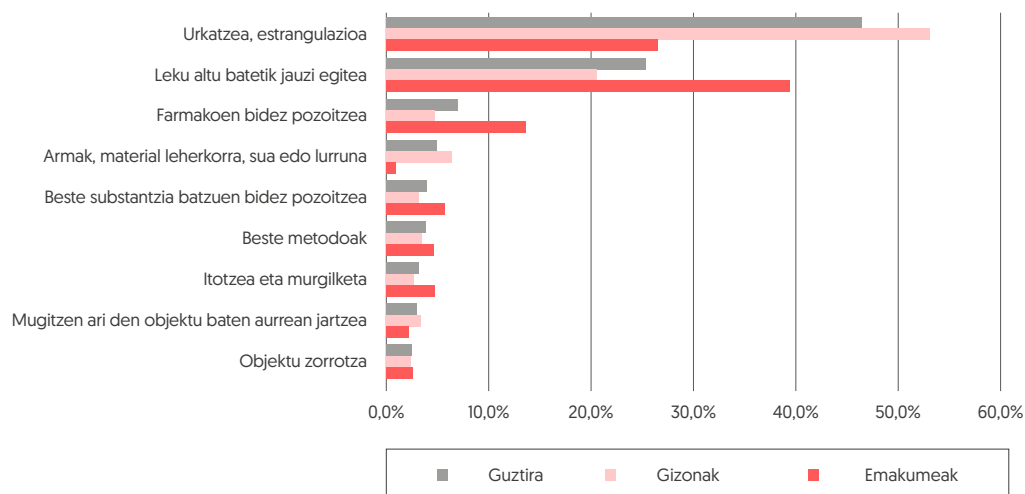


Metodorik erabiliena desberdina da sexuaren arabera. Gizonen % 50ek baino gehiagok urkatzea aukeratzen dute, eta emakumeen ia % 40k, berriz, amiltzea. Farmakoen eta beste substantzia batzuen bidezko pozoidura maizago agertzen da emakumeen kasuan, eta su-armen erabilera, berriz, gizonen kasuan (3. grafikoa).

Autonomia-erkidegoei dagokienez, Estatuan suizidioen batez besteko tasa 100.000 biztanleko 7,46 suizidiokoa dela kontuan hartuta (4. grafikoa), Galizia eta Asturias nabarmentzen dira, 11,8 eta 10,89ko tasekin, hurrenez hurren. asarik txikienak, berriz, Madrilgoa (aurretik esan besala, kontuan hartu behar da autonomia erkidego honetan 2013ra arte ego den datuen jakinarazpen eskasa) (4,73), Kantabriakoa (6,34) ea Gaztela-Mantxakoa (6,35) dira.

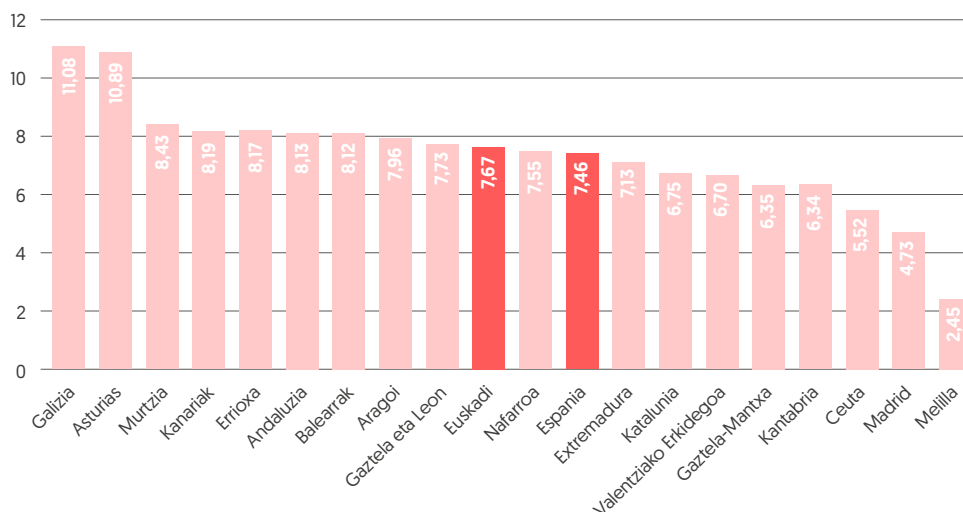
Azkenik, gaineratu beharra dago Espainiako suizidio-ahaleginak 100.000 biztanleko 50-90era iristen direla urtean¹⁶. Metodorik ohikoena sendagai bidezko intoxikazioa da. Zehazki, intoxikazio akutuen urteko intzidentzia 100.000 biztanleko 28koa da ospitalez kanpoko ingurunean¹⁷, eta 100.000 biztanleko 170ekoa ospitale-ingurunean¹⁸.

3. grafikoa. Espainian suizidatzeko erabilitako metodoak, sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



4. grafikoa. Espainiako suizidioen tasa, Autonomia Erkidegoaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.

12



2. JOKABIDE SUIZIDAREN ETA HAREN PREBENTZIOAREN INGURUKO EBIDENTZIA

Jokabide suizida konplexua da, askotariko eta elkarri lotutako arrisku-faktore eta arrazoi biologiko, psikologiko, sozioekonomiko eta/edo kulturei lotuta baitago. Faktore horiek maila indibidualak, pertsona artekoak, komunitarioak eta sozialak hartzen dituzte eraginpean, eta, gainera, aldatu egin daitezke denborarekin.

Arrazoi horiek guztiak direla eta, suizidioaren prebentzioak ikuspegi jarraitua eta integrala behar du, baina malgua ere bai, hainbat esparrutako esku-hartzeak bilduko dituen. Azken urteotan, areagotu egin da jokabide suizidari aurrea hartzeko edo haren inpaktua murrizteko esku-hartze eraginkorren inguruan eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikoa.

OMEk adierazi duenez, jokabide suizidaren prebentziorako edozein erantzun eraginkorren oinarrietako bat lotuta dago, alde batetik, jokabide horren inguruko faktoreen identifikazio zuzenarekin, eta, bestetik, suizidioaren prebentziorako ekintzak eta estrategiak (eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikorik onenean oinarrituak) abiaraztearekin. Esku-hartzeak diseinatzean jenero-ikuspegia txertatzea oso garrantzitsua da, eta hasi dira horretarako ekimen zehatz batzuk sortzen^{9,19}.

2.1. JOKABIDE SUIZIDARI LOTUTAKO FAKTOREAK

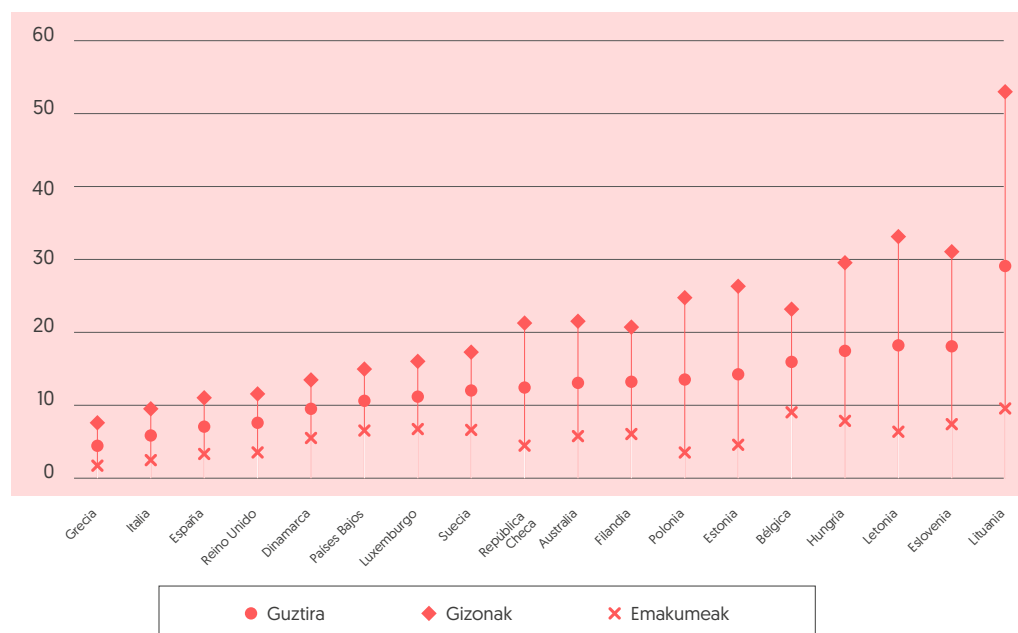
Arrisku-faktore, faktore bizkortzaile, faktore babesle eta alerta-seinale batzuek eragina dute pertsona baten suizidalitatean. Arrisku-faktoreak indibidualak, soziofamiliarak eta testuinguruaren araberakoak izan daitezke (1. taula). Faktore indibidualen artean, osasun mentaleko arazoak eta aldez aurreko suizidio-ahaleginak suizidioa burutzeko arrisku-faktorerik garrantzitsuenetakoak dira. Osasun mentalari lotutako arazoak egin-dako autopsia psikologikoen % 90etan agertzen dira²⁰, eta aldez aurreko suizidio-ahaleginen kasuan, arriskua gainerako biztanleengan baino 100 aldiz handiagoa izan daiteke²¹.

Hala ere, azterlanek adierazten dutenez, beren buruaz beste egin duten pertsonen % 30ek baino ez zuten jaso osasun mentaleko profesionalen aldez aurreko tratamendu bat. Beraz, bereziki beharrezkoa da suizidioaren prebentziorako beste osasun-zerbitzu edo zerbitzu komunitario batzuk barnean hartzea²². Adina eta sexua ere faktore garrantzitsutzat hartzen dira. Adibidez, burututako suizidioen tasarik handiena 65 urtetik gorako gizonena da (eta, bereziki, 75 urtetik gorakoena)^{23,24}; zehazki, gizonen tasa emakumeena baino 2-4 aldiz handiagoa da^{25,26} (3. Eranskina). Gizonen suizidio-tasa emakumeena baino 2-4 aldiz handiagoa da, eta azpimarratu beharra dago zenbait herrialderen kasua. Lituanian, adibidez, gizonen tasa emakumeena baino 6 aldiz handiagoa da (5. grafikoa).

Arrisku-faktore horiek ezagutzea eta ebaluazio klinikoetan sistematikoki txertatzea bereziki garrantzitsua da, eta arriskuaren erabilera optimizatzeko aukera ematen du (adibidez, tratamendu espezifikoak eskain dakizkieke sexu-abusuen, haurtzaroko tratatu txarren eta abarren aurrekariak dituzten pertsonen).

13

5. grafikoa. Gizonen eta emakumeen suizidio-tasa, adinaren arabera estandarizatua. EB, 2015. urtea. Iturria: ELGE, 201627.



1. taula. Jokabide suizidaren arrisku-faktoreak. Iturria: geuk landua.

ARRISKU-FAKTOREAK	INDIBIDUALAK	· Osasun mentaleko arazoak	· Depresio-nahasmendua · Nahasmendu bipolarra · Eskizofrenia · Elikadura-nahasmendua · Substantzien abusua · Hiperaktibitateak eragindako arreta-defizita
		· Faktore psikologikoak eta nortasun-ezaugarriak	· Itxaropenik eza · Perfekzionismoa · Inpulsibotasuna
		· Aldez aurreko suizidio-ahaleginak eta ideia suizida	
		· Gaixotasun fisikoa, min kronikoa edo desgaitasuna	
		· Faktore genetikoak	
		· Adina (nerabeak eta adinekoak)	
	· Sexua		
	SOZIOFAMILIARRAK ETA TESTUINGURUAREN ARABERAKOAK	· Familiaren suizidio-historia	
		· Babes soziofamiliarrik eza eta diskriminazioa	
		· Maila sozioekonomikoa eta lan-egoera	
· Bitarteko hilgarriak eskuratzeko erraztasuna			
· Indarkeriarako esposizioa, egoera traumatikoak edo abusuak			
· Laguntza bilatzeko aukera zailtzen duten kultura-oztopoak edo estigma			
· Osasun-sistema baliatzeko oztopoak			

14

Faktore bizkortzaileak une jakin batean estres handia eragin eta ekintza suizida bizkortu dezaketen gertaerak edo egoerak dira. Gizonezkoen kasuan, estresore mota batzuk gaixotasun somatikoekin, pertsona arteko gatazkekin, finantza-arazoekin, lan-arazoekin, familia-arazoekin, langabeziarekin edo familiako osasun-arazoekin lotuta daude. Emakumezkoen kasuan, berriz, eraginik handieneko estresoreak nahasmendu mentalak, pertsona arteko gatazkak eta hurbileko pertsonen galera dira²⁸ (3. Eranskina). Etxebizitza galtzea eta utzaraztea ere suizidio kopuru handiagoarekin lotu dira²⁹.

Alerta-seinaleek pertsonak suizidio-arrisku handiagoa izan dezakeela adierazten dute. Pertsona batzuen bizitzaren etapa jakin batzuetan normalak izan badaitezke ere, zaindu egin behar dira arrisku-faktoreak dituzten pertsonen kasuan. Seinale horiek fisikoak, portaerari lotutakoak edo hitzezkoak izan daitezke. Besteak beste, honako hauek aipa daitezke: nork bere burua abandonatzea, gizarte- eta familia-isolamendua, ausarkeria handiko portaerak eta espero ez diren beste jokabide batzuk, hala nola utzitako asmo batzuk betetzea, pertsonarentzat baliotsuak diren gauzak oparitzea eta ezohiko agurrak egitea, pertsona ikusteko azken aukera balitz bezala (3. Eranskina).

Aitzitik, **faktore babesleek** jokabide suizidaren aurka babesten dute (2. taula). Faktore indibidualak izan daitezke (gizarte-trebetasunak, arazoak konpontzeko gaitasuna, inpulsibotasunaren autokontrola, autoestimua handia, aurre egiteko estrategia egokiak eta erresilientziarako gaitasuna)³¹. Balioak eta arauak ere garrantzitsuak dira, hala nola norberaren bizitzaren balioa, itxaropena eta baikortasuna³¹. Kanpoko faktoreen artean, honako hauek azpimarra daitezke: osasun-bitartekoaren eskuragarritasuna, gizarte- eta familia-sare egokia, parte-hartze soziala eta bere buruaz beste egiteko metodo hilgarriak eskuratzeko aukera urriak³². Suizidioaren edo nahasmendu mentalen ezagutza eta agerikotasun sozial handiagoa dakarten eta laguntza bilatzeko aukera errazten duten gizarte- eta kultura-faktoreak ere garrantzitsuak dira (3. Eranskina).

2. taula. Jokabide suizidaren faktore babesleak, bizitzako etaparen arabera. Iturria: honako honetatik aldatua: *Mental Health Commission Australia*³³.

ADIN TXIKIA	<ul style="list-style-type: none"> · Ongizate fisikoa, emozionala eta psikologikoa garatzea · Harreman onak eta afektuzkoak izatea · Aurre egiteko trebetasun eraginkorrak eskuratzea · Familiaren eta komunitatearen babes zabala izatea · Atxikimendu onuragarria garatzea
ESKOLA-ADINA	<ul style="list-style-type: none"> · Autoestimua, komunikazioa eta aurre egiteko jarrera bultzatzea · Familiarekin, ikaskideekin eta, oro har, komunitatearekin babes-harremanak garatzea · Eskola-jardueretan, hezkuntza-jardueretan eta jolas-jardueretan parte hartzea · Segurtasun pertsonala sustatzea eta muga egokiak ezartzen laguntzea · Erreferentzia positibo bat bilatu eta edukitzea
HELDUARO	<ul style="list-style-type: none"> · Norberaren osasun eta ongizatea zaintzeko gaitasuna izatea eta babes-baliabideak baliatu ahal izatea · Harreman pertsonal eta sozial egokiak sortu eta mantentzeko tresnak edukitzea · Emozio edo arazo zailei aurre egiteko trebetasuna izatea · Era independentean bizitzeko eta helburu pertsonalak lortzeko trebetasunak garatzea · Eskolatik lanerako edo ikasketetarako trantsizio arrakastatsua egiteko baliabideak izatea
LAN-ETAPA	<ul style="list-style-type: none"> · Nortasun sendoa izatea, norberaren bizitza garatzeko eta kontrolatzeko zentzuarekin. · Etengabeko ongizatea eta osasuna bilatzeko jardueretan parte hartzea. · Familian eta gizartean harreman eta ardura sakonagoak edukitzea · Etxean, lanean edo komunitatean ekarpen esanguratsua egiteko edo lidergoa agertzeko aukerak izatea · Finantzak egonkor, enplegua eta etxebizitza segurua edukitzea
ADIN HANDIA ETA ZAHARTZAROA	<ul style="list-style-type: none"> · Jarduera mentala, fisikoa eta soziala egitea · Ekarpnag egiteko eta familiak eta komunitateak baloratzeko aukerak izatea · Osasun-arazoak eraginkortasunez kudeatu ahal izatea eta osasun-zerbitzuak baliatu ahal izatea · Lanetik eta familia-erantzukizunetatik erretirorako trantsizio positiboa izatea · Finantza-segurtasuna, etxebizitza segurua eta gizarte-babesa edukitzea · Aldaketari edo galerari era positiboan aurre egiteko ideia eta balio errotuak izatea

2.2. JOKABIDE SUIZIDAREN PREBENTZIOAREN INGURUKO EBIDENTZIAK

Ebidentzia zientifikoak iradokitzen duenez, ekintza batzuk eraginkorragoak dira arestian aipatutako arrisku-faktoreei aurre egiteko eta jokabide suizidaren agerpena eta eragina murrizteko. Garatu diren eta literaturaren babesa duten neurriak hiru talde nagusitan banatuta daude: **prebenitzeko, esku hartzeko eta jarraipena egiteko neurriak**^{34,35} (3. taula). Neurri horietatik abiatuta, zenbait herrialdek jokabide suizida prebenitzeko eta hari aurre egiteko estrategiak garatu dituzte, biztanleria bakoitzaren premiak eta ezaugarriak kontuan hartuta (4. Eranskina).

2.2.1. PREBENTZIO-NEURRIAK

Prebentzio-neurriak unibertsalak, selektiboak eta adieraziak izan daitezke. **Prebentzio unibertsaleko** neurriak oro har biztanle guztiei edota arrisku indibidualaren arabera identifikatu ez den populazio oso bati (nazio, eskualde edo erkidego bateko populazioari, adibidez) zuzenduta daude. Estrategia horien helburuak honako hauek dira: osasun-arretaren eskuragarritasuna sustatzea, nahasmendu mentala prebenitzeko eta osasun mentala sustatzeko ekintzak bultzatzea (hala nola alkoholaren kontsumoa murriztea, suizidatzeko arrisku handiagoarekin lotuta baitago³⁶), suizidatzeko bitarteko hilgarrien eskuragarritasuna mugatzea (neurri eraginkorra izan da metodoa oso hilgarria den, erraz eskura daitekeen eta suizidio kopuru esanguratsu bat eragiten duen kasuetan^{20,37}) eta hedabideek informazio arduratsu bat sustatzea, suizidioa goraipe ez dadin eta pertsona kalteberak imi-

tatzeko asmoagatik beren buruaz beste egiteko arriskua areagotu ez dadin³⁸ (4. Eranskina). Komunitatean, funtsezkoa da eskola-esparruan, lan-esparruan, kolektibo kalteberekin eta abar osasun mentala sustatzeko jarduerak egitea. Neurri horien artean, honako hauek aipa daitezke: haurtzaroan eta gaztaroan emozioak eta gizarte-trebetasunak kudeatzeko programak, gurasotasun positiboko programak, ohitura osasungarriak sustatzeko programak eta zaintzaileentzako laguntza psikosoziala. Prebentzio selektiboko neurriak zenbait ezaugarritan oinarrituta (adina, sexua, lan-egoera, aurrekari pertsonalak edo familiakoak eta abar) jokabide suizida agertzeko gainerako biztanleek baino arrisku handiagoa duten biztanle taldeei zuzenduta daude. Pertsona horien artean, traumak edo abusuak jasan dituztenak, gatazkak edo hondamendiak bizi izan dituztenak edota beren buruaz beste egin duten pertsonen senideak daude³⁹. Prebentzio-ekintza horiek kalteberatasun-egoeran dauden kolektibo horiei bereziki zuzendutako suizidioaren prebentziorako programen bidez egiten dira⁴⁰, eta ingurune komunitarioan gauzatu ohi dira. Ekintza horien artean, hezkuntza-esparruko prebentzio-programak (suizidatzeko ahaleginak eta pentsamenduak murrizteko eraginkortasuna agerian utzi dutenak) gara daitezke⁴¹, edota gizarte-eragileen prestakuntza eta trebakuntza (estigma murrizteko eraginkorrak) bultzatzea daiteke. Hala ere, jokabide suizidari buruzko ezagutza zabaldu eta beren buruaz beste egiteko arriskuan dauden pertsonak identifikatzeko eta haiei laguntzeko jarrerak eta konfiantza hobetu daitezke⁴² (4. Eranskina). Prebentzio adieraziko neurriak, berriz, suizidatzeko arriskua iradokitzen duten zantzuak edo arrisku horri neurri handian lotutako gaixotasun bat (hala nola nahasmendu mental batzuk edo gaixotasun fisikoak) izateagatik oso kalteberak diren pertsona jakin batzuei zuzenduta daude³⁹. Esku hartzeko ekintzak askotarikoak dira, hala nola osasun-arloko agenteekin (espezializazioa dutenekin edo orokorrekin) pertsona horien jarraipena egitea edota nahasmendu mentalak hobeto identifikatu eta kudeatzea³⁹. Neurrikerik eraginkorrenen artean, honako hauek aipa daitezke: lehen mailako arretaren profesionalak eta hornitzaileak babesa ematea arrisku hori detektatu eta hari aurre egiteko gaitasuna hobetu dezaten⁴³, lehen mailako arretan eta larrialdi-zerbitzuetan detektatzeko programa edo tresna espezifikoak sortzea (horren eraginkortasuna agerian geratu da helduengan eta trebakuntza egoki baten ondoren⁴⁴), arrisku handia duten pertsonen senideak/zaintzaileak trebatzea, eta informazioaren eta komunikazioaren teknologietan (IKT) oinarritutako arreta- eta laguntza-programak abian jartzea⁴⁵ (4. Eranskina).

2.2.2. ESKU HARTZEKO ETA JARRAIPENA EGITEKO NEURRIAK

Esku hartzeko neurriak argi eta garbi identifikatuta eta normalean suizidatzeko ideia-ri, plangintzari edo ahaleginei lotuta dagoen arrisku-egoera bat bizi duten pertsonen zuzenduta daude. Neurri horiek honela sailkatuta daude: kasuen identifikazioa, eta eta suizidatzeko arriskuaren eta askotan oinarrian dagoen nahasmendu mentalaren tratamendu espezifikoak. Neurri eraginkorrenen artean, tratamendu farmakologikoak edo psikoterapia daude. Tratamenduaren kasuan, klopapina eta litioa suizidioaren aurka eraginkorrak direla egiaztatuta da, eta eraginkortasun hori nahasmendu mentalean dituzten ondorioetatik bereizita egon liteke. Nolanahi ere, patologia afektiboa edo psikotikoa duten pazienteengan arriskua murrizteko gomendatzen dira. Bestalde, depresioaren diagnostikoa duten helduengan, antidepresiboen bidezko tratamendua suizidatzeko arrisku txikiagoarekin lotu da. Gainera, farmako berri batzuen erabilera (ketaminarena, adibidez) ideia eta jokabide suizida murrizteko itxaropentsua dela dirudi³⁷. Era berean, suizidatzeko arriskua espezifikoak lantzen duten psikoterapia mota batzuk arrisku handia duten pertsonen kasuan eraginkorrak direla dirudi, eta espezifikoak ez diren psikoterapien bano emaitza hobekak lortu dituzte⁴⁶. Suizidioaren prebentziora emaitzarik onenak eman dituzten modalitateen artean, terapia dialektiko-konduktuala (TDK), suizidioaren prebentziora bideratutako terapia kognitibo-konduktuala (TKK-SP) edo arazoak konpontzeko terapia aipa daitezke⁴⁷. Bestalde, laguntza-ingurune jakin batean errazago orokortu daitezkeen esku-hartze “laburreko” modalitate batzuk beren eraginkortasunaren ebidentzia metat-

zen ari dira, eta prebentzio-tresna gisa gomendatzen hasi dira arriskua duten pertsonen kasuan. Horien artean, bitartekoak eskuratzeko aukeraren kontrolari eta segurtasunari lotutako plan indibidualizatuak edo laguntzarik ezaren edo zerbitzuen arteko trantsizioen kasuan ezartzen diren harreman laburrak aipa daitezke⁴⁸. **Jarraipena egiteko neurrien** bidez, arreta luzea eta etengabea ematen zaie jokabide suizida duten pertsonari. Neurri horien artean, oso garrantzitsua da komunitatearen babesa jasotzea eta senideek, lagunak edo beste baliabide komunitario batzuek parte hartzea (pertsonak aldizka ikuskatzea eta tratamenduarekiko atxikimendua sustatzea)³⁴.

2.2.3. PREBENTZIO-PROGRAMAK

Munduan, diziplina anitzeko hainbat programa garatu dira. Haietako bat, European Alliance Against Depression (EAAD) izeneko, depresioaren eta suizidioaren arriskuan oinarritutako esku-hartze proiektu bat da, eta hainbat esparrutako esku-hartzeak biltzen ditu (biztanleria oro har, osasun-esparrua, esparru komunitarioa, komunikabideak eta abar). Espainian, Bartzelonako Dreta de l'Eixample barrutian hasi zen aplikatzen, baina, geroztik, beste leku batzuetan ere egin dira EAADaren ereduaren oinarritutako prebentzio-programak, hala nola Sabadellen edo Gipuzkoan. Programak bere eraginkortasuna utzi du agerian, eta, 2007tik 2009ra bitarte, suizidio-ahaleginen tasa orokorra (helduak eta gazteak biltzen dituen) % 30eko proportzioan murriztu du Vallés Oriental eskualdean⁴⁹. Sabadellen aplikatu zenean, antolamendu-aldaketak eta lehen mailako arretaren eta espezializatuaren artean lankidetzan jarduteko aldaketak bultzatu, eta lehen bisitaldietarako itzarote-zerrendak desagertu ziren. Halaber, espezialistarengana bideratutako kasuen kopurua handitu, depresioaren aurkako sendagaien preskripzioa % 3ko proportzioan gehitu eta depresioaren ondoriozko laneko bajak % 10,4ko proportzioan murriztu ahal izan ziren. Era berean, Zero Suicide Alliance programa osasun-ingurunean jokabide suizidaren arretaren kalitatea hobetzeko ikuspegi sistematiko batean oinarrituta dago. Programa hori funtsezko kontzeptu gisa txertatu zen Ameriketako Estatu Batuetako Suizidioaren Prebentziorako 2012ko Estrategia Nazionalean, eta herrialde horretako Suizidioaren Prebentziorako Ekintza Nazionaleko Hitzarmenaren (Action Alliance) lehentasun bihurtu da. Programa hori arretaren kontzeptu holistiko batetik abiatuta garatzen da, eta osasun-sistemetan beharrezkoak diren zazpi elementu identifikatzen ditu:

- Sistema osoan kultura-aldaketa bat zuzentzea, suizidioen kopurua murrizteko konpromisoa hartzeko.
- Profesionalak beharrezkoak diren gaitasunak eta trebetasunak eskuratzeko trebatzea.
- Suizidatzeko arriskuan dauden pazienteak prozedura proaktibo eta zorrotzen bidez identifikatzea.
- Suizidatzeko arriskuan dauden pertsona guztien jokabide suizida kudeatzeko zainketa-plan bat erabiltzea.
- Jokabide suizidaren inguruko esku-hartze bat egitea eta, horretarako, ebidentzian oinarritutako tratamenduak erabiltzea.
- Zerbitzuen arteko trantsizioa ziurtatzea, eta, horretarako, laguntza-harremanak erabiltzea eta zerbitzuen artean arretarekin jarraitzeko prozesuak hobetzea.
- Politikak eta prozedurak etengabeko hobekuntzako prozesu baten bidez hobetzea.

Programa hainbat eskualde eta herrialdetan ezarri da, eta 200 osasun-erakunde baino gehiagotara iritsi da. Adibidez, Nashville-n (Tennessee), programa ezarri eta 20 hilabetez, suizidioen tasa % 65eko proportzioan murriztu zen (31tik 11ra 100.000 biztanleko), eta 440.000 dolar aurreztu ziren urtean, larrialdietako bisitaldiak eta ospitalizazioak murriztu izanaren ondorioz⁵⁰.

3. taula. Jokabide suizida prebenitzeko, esku hartzeko eta jarraipena egiteko neurriak. Iturria: honako hauetatik aldatua: Scott 2012⁵¹, Beautris 2013⁵², Hirji 2014⁵³, OME 2014⁵⁴.

NEURRIAK		
PREBENTZIOA	UNIBERTSALA	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioa prebenitzeko programa nazionalak lantzea. · Bitarteko hilgarriak eskuratzeko aukera murrizteko politikak inplementatzea. · Komunikabideentzako estilo-gidaliburuak lantzea. · Osasun mentalaren, substantzien kontsumoaren ondoriozko nahasmenduen eta suizidioaren inguruan sentsibilizatzeko zabalkunde-kanpainak egitea eta mito faltsuak desagerraraztea. · Osasun mentala sustatzeko politikak inplementatzea. · Alkoholen eta beste substantzia batzuen kontsumoa kontrolatzeko politikak inplementatzea. · Gizarte-ongizatea eta enplegua hobetzeko politikak inplementatzea. · Emozioak eta gizarte-trebetasunak kudeatzeko eta ohitura osasungarriak sustatzeko esku-hartze sozial komunitarioko programak sustatzea.
	SELEKTIBOA	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioaren prebentziorako zentroak sortzea. · Gizarte-eragileak prestatu eta trebatzea. · Suizidioaren prebentziorako programa komunitarioak lantzea. · Eskola-garaiko suizidioaren prebentziorako programak lantzea. · Haur eta gazteen ongizatea sustatzeko programak lantzea. · Lantokian suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Espetxeetan suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Segurtasun-indarretan (polizia, militarrek eta abar) suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Landa-eremuetan suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Alkoholen eta drogen gehiegizko erabilera saihesteko programak lantzea. · Gurasoentzako babes- eta euskarri-programak sortzea
	ADIERAZIA	<ul style="list-style-type: none"> · Osasun-zerbitzuetako eta gizarte-zerbitzuetako profesionalak prestatu eta trebatzea. · Lehen mailako arretako profesionalei eta hornitzaileei babes ematea. · Arrisku handia duten pertsonen senide, zaintzaile edo lagunei trebakuntza eta babes ematea. · Arreta- eta babes-zerbitzuak abian jartzea (telefono-lineak). · Webean oinarritutako arreta- eta babes-programak abian jartzea (txatak, foroak, webguneak, telelaguntza). · Postbentziorako arreta-programak eta arreta-zerbitzuak garatzea.
ESKU-HARTZEA	KASUEN IDENTIFIKAZIOA	<ul style="list-style-type: none"> · Lehen mailako arretan pazienteak detektatzeko programak/tresnak sortzea. · Larrialdietan pazienteak detektatzeko programak/tresnak sortzea. · Larrialdiaren edo ospitaleko altaren ondorengo jarraipena eta etengabeko harremana abian jartzea.
	NAHASMENDU EZAGUNETARAKO TRATAMENDU ESTANDARRA ETA SUIZIDIOAREN ARRISKURAKO ESPEZIFIKOA	<ul style="list-style-type: none"> · Farmakoterapia [antidepressiboak, antipsikotikoak, litioa]. · Suizidioaren prebentziorako psikoterapia kognitibo-konduktuala. · Psikoterapia dialektiko-konduktuala. · Beste psikoterapia batzuk, askotarikoak / konbinatuak. · Bitarteko indibidualizatuak eskuratzeko aukeraren kontrolari eta segurtasunari lotutako planak lantzea. · Terapia elektrokonbultsiboa. · Esku-hartze psikosozialak. · Ospitalizazioak, suizidioaren arriskua espezifikoki landuta. · Zainketa intentsiboak. · Neurokirurgia.
JARRAIPENA	EPE LUZERAKO TRATAMENDUA ETA LAGUNTZA	<ul style="list-style-type: none"> · Harreman laburrak laguntzarik ezaren eta zerbitzuen arteko trantsizioen kasuan. · Etengabeko jarraipen eta harremani eustea. · Tratamenduari atxikitzeko programak lantzea. · Aldizkako motibazio-elkarrizketak egitea. · Berriz ospitaleratzeko aukera baloratzea.
	ETENGABEKO ARRETA ETA LAGUNTZA	<ul style="list-style-type: none"> · Komunitatean babesteko eta laguntza bilatzeko giroa sustatzea. · Epe luzeako terapia (erresilientzia, aurre egiteko estrategiak, indarren eraikuntza). · Zerbitzuak emateko eta kasuak kudeatzeko ereduak sortzea.

II. ZATIA. EAE-KO EGOERAREN ANALISIA

3. ARAU- ETA PLANGINTZA-ESPARRUA

Jokabide suizida eta haren prebentzioa jasota daude Euskadiko osasun-arloko egungo estrategia eta jardun-jarraibideetan. Adibidez, 2010eko Euskadiko Osasun Mentaleko Estrategiaren⁵⁴ arabera, osasun mentala balio bat da, eta, biltzen dituen prebentzio-ildoen artean, arrisku-taldeetan depresio eta suizidioen tasak murrizteko ekintza espezifikoak egitea eta ebaluatzea dago. Era berean, Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020⁵⁵ dokumentuan, gaixotasun mentala diagnostikatuta duten eta/edo arrisku-faktoreak dituzten pertsonen kasuan suizidioari aurrea hartzeko neurriak protokolizatzeko eskatzen da, paziente horiei arreta egokia bermatzeko. Dokumentu horrek suizidioei lotutako heriotza-tasa gizonen kasuan % 10eko proportzioan eta emakumeen kasuan % 5eko proportzioan murrizteko helburua ezartzen du 2020. urterako (5. Eranskina).

Ildo horretan, Osasun Sailaren 2017-2020 aldiko jarraibide estrategikoetan⁵⁶ (osasun-sistemaren jasangarritasunari eta modernizazioari buruzko jarraibidean, zehazki), beharrezkotzat hartzen da Osakidetzako telefono bidezko arreta-zerbitzuak (Osasun Aholkuak) jarraipen ez-presentzialeko programak sustatzea, suizidioaren prebentziora zuzendutakoak barne.

Bestalde, Osakidetzaren erronka eta proiektu estrategikoak 2017-2020⁵⁷ dokumentuan adierazten denez, suizidioaren prebentziorako protokoloa neurri handiagoan zabaldu behar da (lehtasunezko prebentzio-programetako bat baita), eta jokabide suizidari ekiteko eta aurrea hartzeko oso garrantzitsua da lehen mailako baliabide, baliabide espezializatu eta ospitale-baliabide guztien koordinazio integrala.

20

Pazientearen Segurtasun Estrategiak (2017-2020)⁵⁸ larrialdi-eremuetan segurtasuna lantzeko helburua planteatzen du, ospitaleko larrialdietako zerbitzuak (larrialdi orokorrrak, pediatriakoak eta osasun mentalekoak) eta lehen mailako arretako zerbitzuak (etengabeko arretako guneak –EAG–) barnean hartuta. Estrategia horren aurrekari gisa, Osakidetzak “10.000 kontrako gertaera murrizteko kanpaina” jarri zuen abian 2010. urtean. Kanpaina horren esparruan, dokumentu baten bidez landu zen suizidioaren prebentzioa. Dokumentu horrek suizidioaren prebentzioa hobetzeko beharrezkoak ziren 7 estandar zehaztu zituen pazienteen arretan.

Bestalde, osasun mentalerako 2017-2010 aldiko Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren Lehtasun Estrategikoetako⁵⁹ bat zera da, agente sozial, sanitario eta komunitarioekin lankidetzan xede-kolektiboen (nahasmendu mentala duten pertsonak eta beste kolektibo batzuk, indarkeria matxistaren biktimak diren emakumeak eta abar) arretarako laguntza-ibilbide soziosanitarioak zehaztea, kolektibo bakoitzaren premiei erantzun integral eta koordinatu bat eman dakien, zainketen jarraitutasunean oinarrituta eta baliabideen kudeaketa eraginkor bati begira (5. Eranskina).

Azkenik, 2015. urtean, suizidioaren prebentzioa landu beharreko lehtasunezko 10 gaietako bat zela adierazi zuen Euskadiko Osasun Mentalari buruzko Euskadiko Aholku Batzordeak. Lantalde bat sortu zen, eta talde horrek Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) suizidioaren prebentzioa hobetzeko jardun-jarraibideen proposamen bat biltzen zuen dokumentu bat landu zuen 2016. urtean. Dokumentu hori prebentzio-estrategia honen abiapuntu eta inspirazio-iturrietako bat izan da.

4. taula. EAEko arau-esparrua eta plangintza-esparrua. Iturria: geuk landua.

ARAU- ESPARRUA	<ul style="list-style-type: none"> · 3/1979 Lege Organikoa. · Osasun Antolamenduari buruzko Legea (8/1997). · 12/2008 Legea, abenduaren 5koa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa. · 69/2011 Dekretua, apirilaren 11koa, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren funtzioak, osaera eta oinarrizko funtzionamendu-jarraibideak arautzen dituenak. · 147/2015 Dekretua, uztailaren 21ekoa, Euskadiko Osasun Sisteman pertsonen eskubideei eta betebeharreri buruzko Adierazpena onartzen duena.
PLANGINTZA- ESPARRUA	<ul style="list-style-type: none"> · EAEko Osasun Mentaleko Estrategia 2010. · Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020. · Jarraibide estrategikoak. · Osasun Saila 2017-2020. · Osakidetzaren erronkak eta proiektu estrategikoak 2017-2020. · Pazientearen Segurtasun Estrategia 2020. · Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren Lehentasun Estrategikoak 2017-2020.

4. JOKABIDE SUIZIDAREN EPIDEMIOLOGIA EAEN

4.1. IDEIA SUIZIDA

Euskadiko Osasun Inkestak (EAEOI)⁶⁰ 1997. urteaz geroztik baloratzen du ideia suizida osasun mentalaren parametroaren barruan, honako item hau erabiliz: “Inoiz pentsatu al duzu benetan zure buruaz beste egiteko aukeran?”. Inkestek, halaber, aurreko 12 hilabeteetan ideia suizidarik izan duten galdetzen diete pertsonen.

EAEOI-2018ko datuen arabera, EAEko biztanle guztien % 3,1ek pentsatu dute noizbait beren buruaz beste egitea. Ehunekoak Gipuzkoako % 3,2tik Arabako % 2,8ra bitartekoak dira. Emakumeen prebalentzia gizonena baino handiagoa da (% 3,3 eta % 2,8, hurrenez hurren). Adin-taldeak kontuan hartuta, ehunekorik handienak 45-64 urteko pertsonen kasuan erregistratu ziren (% 4,2), eta, batez ere, emakumeen kasuan (% 5,1).

Bestalde, gizarte-klasea kontuan hartuta, klaserik behekoeneko (V) pertsonen prebalentzia izan zen handiena (% 5), aurreko gizarte-klaseko (IV) pertsonen ia bikoitza. Hala ere, ideia suiziden prebalentziaren eta maila sozioekonomikoaren arteko alderantzizko erlazioa beste urte batzuetan baino zehaztugabeagoa da (5. taula).

Aurreko hamabi hilabeteetako ideia suizidei dagokienez (zifra horrek suizidatzeko arrisku handiagoa iradoki lezake), biztanleen % 1,1ek adierazi zuten azken urtean beren buruaz beste egiteko aukeran pentsatu zutela, eta ehunekoak antzekoak izan ziren gizonen eta emakumeen kasuan. Prebalentziarik handienak 15-24 urteko pertsonenak (% 2,6) eta ≥ 75 urtekoenak (% 2,5) izan ziren. Oso deigarria da, nolana ere, aldi horretan beren buruaz beste egitea pentsatu zuten Arabako 15-24 urteko emakumeen zifra bereziki handia (% 5,4).

Datu horiek 1997. urteaz geroztik egindako inkestetan izan duten bilakaera aztertzean ikus daitekeenez, biztanleria orokorraren ideia suiziden batez besteko prebalentzia % 4,1 izan da. Zifrarik handiena 1997koa da (% 5), eta txikiena, berriz, 2018koa (% 3,1); 2013. urtean, gora egin zuen zertxobait, eta % 4,4ra iritsi zen (5. taula). Kasu guztietan, emakumeen prebalentziak gizonenak baino handiagoak izan dira.

5. taula. Ideia suiziden prebalentzia. Guztira eta sexuaren arabera. 1997- 2018. Iturria: EAEIOI-1997, 2002, 2007,2013 eta 2018.

URTEA	GUZTIRA	EMAKUMEAK	GIZONAK
1997	% 5	% 5,4	% 4,6
2002	% 3,9	% 4,5	% 3,3
2007	% 4,1	% 4,4	% 3,9
2013	% 4,4	% 5,1	% 3,6
2018	% 3,1	% 3,3	% 2,8

Bestalde, salbuespen gutxi batzuekin, ideia suiziden prebalentziarik handienak gizarte-klaserik behekoetan erregistratu dira (6. taula).

Adinari dagokionez, ideia suizidak 15-24 urteko gazteen kasuan behera egin duela ikus daiteke. Lehen inkestetan prebalentziarik handienak 25-44 pertsonenak izan baziren ere, talde horren zifrak nabarmen txikiagoak izan dira 2018. urtean (6. grafikoa).

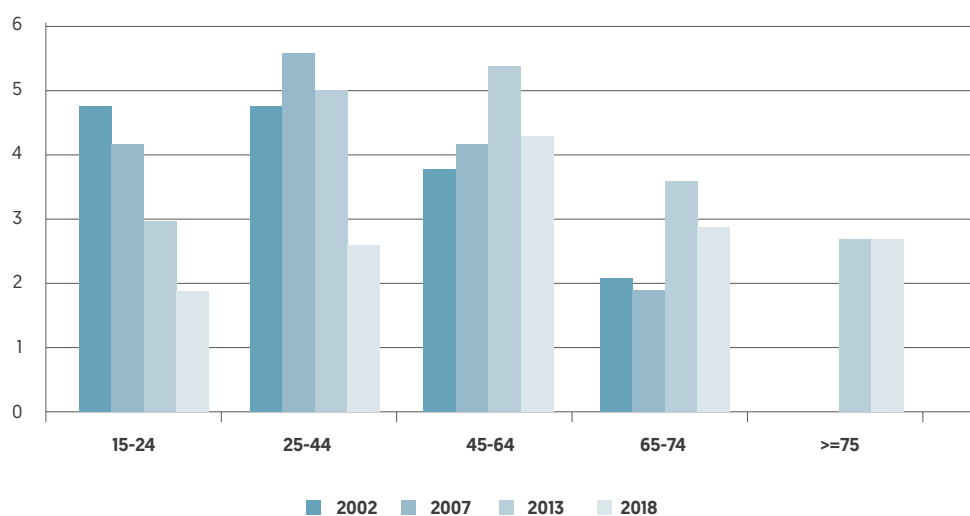
Datuak lurraldearen arabera aztertzean ikus daitekeenez, 2002. urteko inkestaren salbuespenarekin, Gipuzkoak izan ditu ideia suiziden zifrarik handienak, bai gizonenak, bai emakumeenak, oro har aldeak oso handiak izan ez badira ere.

6. taula. Ideia suiziden prebalentzia, adinaren arabera estandarizatua, sexua eta gizarte-klasea kontuan hartuta, 2002 eta 2018. Iturria: EAEIOI-2002 eta 2018.

URTEA	SEXUA	I	II	III	IV	V
2002	Guztira	% 3,7	% 2,8	% 4,0	% 4,0	% 5,0
	Emakumeak	% 3,8	% 4,4	% 4,1	% 4,7	% 4,7
	Gizonak	% 3,6	% 1,0	% 3,8	% 3,2	% 5,3
2018	Guztira	% 2,9	% 2,2	% 3,2	% 2,7	% 5,0
	Emakumeak	% 3,6	% 2,2	% 3,5	% 2,5	% 5,2
	Gizonak	% 2,3	% 2,2	% 2,8	% 2,8	% 4,5

22

6. grafikoa. Ideia suiziden prebalentzia, adin taldeen arabera, 2002- 2018. Iturria: EAEIOI-1997, 2002, 2007,2013 eta 2018.



Oharra: 65-74 urtekoen tartean agertzen diren 2002ko eta 2007ko zifrak \geq 65 urtekoen tarte errealarari dagozkio.

Unibertsitateko hezkuntza-esparruan, Universal Azterlana: Unibertsitatea eta Osasun Mentala⁶¹ izeneko azterlanak Espainiako unibertsitateko biztanleriaren ideia eta ahalegin suizidak ikertzen ditu. Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) 650 ikasle inguruko lagin batekin lortutako behin-behineko datuek erakusten dutenez, ideia suiziden kopurua handia da unibertsitateko gazteen kasuan, eta alde txiki bat dago sexuen artean. Zehazki, gizonen % 34,7k adierazi dute noizbait izan dutela ideia suizida bat, eta zifra hori % 39,2ra iritsi da emakumeen kasuan.

4.2. SUIZIDIO-AHALEGINAK

Suizidio-ahaleginei buruzko informazioa EAeko jokabide suizidei buruzko ezagutzan hutsunerik handienak dituen arloetako bat da. Arrazoiak askotarikoak dira, eta kodetze-jardunbide heterogeneoei lotuta daude sarritan. Ondoren, bildutako datuak azalduko ditugu.

Osasun Sailak erregistratutako datuen arabera, 2013tik 2017ra bitarte suizidio-ahalegin gisa kodetutako diagnostikoa zuten pertsonen Osakidetzako ospitaleetako larrialdietan emandako alden kopurua 125 izan zen, eta urteko batezbestekoa, berriz, 25. Kopuru hori espero zena baino askoz txikiagoa da, literaturan islatutakoari jarraikiz. Zehaztu gabeko arrazoiengatik hartutako farmakoek eta produktu kimikoek eragindako intoxikazioen diagnostikoak barnean hartzen baditugu, kopurua 1.415era iristen da (283 kasu urtean), eta zifra hori ere espero zena baino txikiagoa da. Emaitzek islatzen dutenez, kodetze diagnostikoaren inguruko jardunbideak hobetu egin behar dira testuinguru horretan.

Osakidetzaren Datuen Gutxieneko Oinarrizko Multzoko (DGOM)⁶² datuen arabera, **suizidio-ahaleginen ondorioz ospitaleratutako** pertsonak 59 izan ziren Osakidetzako ospitale guztietan. Kasu gehien izan zituen ospitalea Donostiako Unibertsitate Ospitalea izan zen (suizidio-ahaleginen ondorioz ospitaleratutako guztien % 49), eta, haren atzetik, Arabako Unibertsitate Ospitalea (% 29), Galdakaoko Unibertsitate Ospitalea (% 7) eta Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea (%5) geratu ziren. Sexuari dagokionez, gizonen ehunekoa emakumeenaren bikoitza izan da (suizidio-ahaleginen ondoriozko ospitalizazioen % 66,67 eta % 33,33, hurrenez hurren). Adinari dagokionez, kasuen ehunekorik handiena 45-59 urtekoen taldean agertzen da (guztien % 36,8). Sexua ere kontuan hartuz gero, ehunekorik handienak dituzten taldeak 45-59 urteko gizonena (ospitaleratutakoen % 42) eta 15-29 urteko emakumeena (kasuen % 31,58) dira. Azkenik, azpimarratu beharra dago “suizidio-ahalegina” alden % 54,39tan agertzen dela diagnostiko nagusi gisa; gainerako kasuetan, berriz, bigarren mailako diagnostiko gisa agertzen da.

2006. urtean argitaratutako ‘**Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria**’ azterlanean, suizidioaren eta hainbat aldagai kliniko eta soziodemografikoren arteko lotura aztertzen da umorearen nahasmenduaren diagnostikoa zuten eta 1990-2000 aldian Gasteizko Santiago Ospitalean ospitaleratu ziren pazienteen lagin batean. Azterlan horren arabera, umorearen nahasmendua zuten pazienteen artean suizidio-ahaleginak egin zituztenen ehunekoa hirukoitza izan zen aldi horretan, eta batez besteko egonaldi txikiagoak izan zituzten. Datuen arabera, umorearen nahasmenduen arrisku-faktore nagusiak honako hauek dira: familiako aurrekari psikiatrikoak, alde aurreko ospitalizazio bat gutxienez (% 95), alde aurreko ahaleginen historia (% 50), drogen kontsumoa eta ospitale-altaren uea. Azterlanak suizidio-ahaleginen aurrekariak dituzten paziente afektiboen ospitalizazioak aurrekaririk ez dutenenak baino laburragoak direla ondorioztatzen du, eta altaren aurretik eta ondoren suizidio-arriskuaren ebaluazio sistematiko bat egitea eta ospitalizazioa luzatzearen edo arriskuaren prebentziorako eraginkorrak diren beste neurri batzuen (hala nola altaren

ondorengo tratamendu espezifikoko programa baten) eraginkortasuna baloratzea gomendatzen du⁶³.

Estudio descriptivo de pacientes atendidos o atendidas en un hospital general tras tentativa suicida en Gipuzkoa izeneko azterlanak 2013ko urritik 2014ko urrira bitarte Donostiako Unibertsitate Ospitalean suizidio-ahaleginagatik zaindutako 190 pazienteen profil kliniko eta soziodemografikoa aztertu zuen, eta, ondorioztatu zuenez, paziente horien % 60 ospitaleratu behar izan ziren. Laginaren ezaugarriarik ohikoenak honako hauek izan ziren: emakumea, 35-44 urtekoa, langabea, diagnostiko psikiatriko depre-siboaren aurrekariekin eta alde zurrerako suizidio-ahaleginen eta ospitalizazio psikiatrikoen aurrekaririk gabe. Suizidio-ahaleginei gehien lotutako sintomak itxaropenik eza eta inpultsibotasuna dira. Ahaleginaren larritasuna, errepikapena edo ospitaleratzeko premia alde zurrerako ospitalizazio eta ahaleginen aurrekariekin lotu ziren. Gehien erabilitako autolesio-metodoa sendagai bidezko intoxikazioa izan zen⁶⁴.

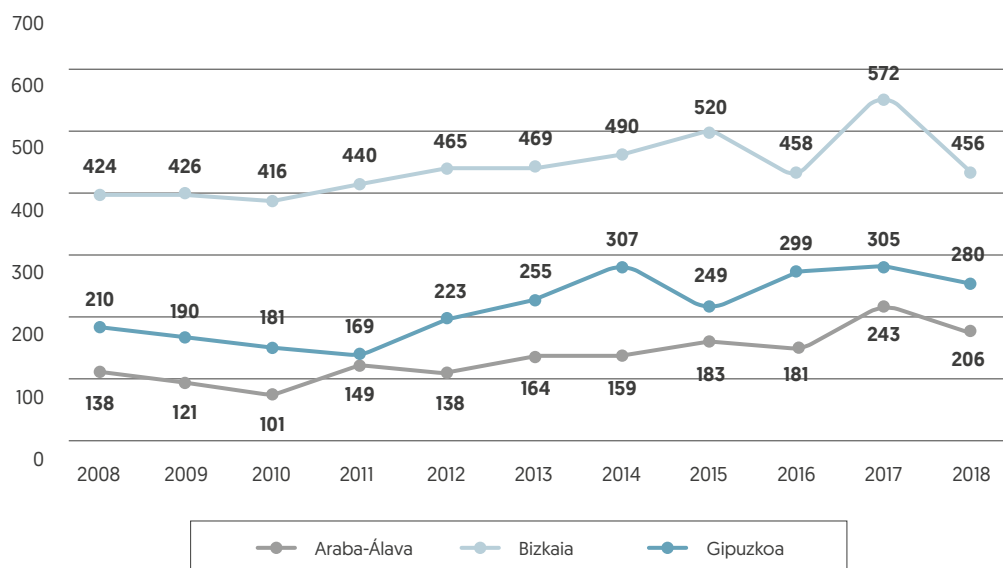
EAAD Gipuzkoa proiektua lurralde horretako hainbat eskualde-ospitalean aplikatzen da 2015. urteaz geroztik. Lehen 2 urteetan, programak 96 pazienteren 114 suizidio-ahalegin erregistratu zituen guztira. Paziente haien % 39,6 gizonak ziren, eta % 60,4 emakumeak. Batez besteko adina 42 urte izan zen. Laginean parte hartu zutenen % 13,5 adingabeak ziren. Metodori erabiliena sendagai bidezko intoxikazioa izan zen (ahaleginen % 76,1etan). Amiltzea, berriz (hau da, EAEn burututako suizidioetan gehien erabilitako metodoa), kasuen % 4,5etan erabili zen. Ospitaleko altaren ondoren, pazienteen % 89k jarraipen bat hasi edo berriz egin zuten Osakidetzako osasun mentaleko zentro batean. Paziente horien % 26 borondatzeko alta edo alta administratibo gisa erregistratu ziren 12 hilabete geroago. Kasuen % 11,4tan, suizidio-ahalegin berri bat erregistratu zen aldi berean.

24

Hezkuntza-esparruan, Universal Azterlana: Unibertsitatea eta Osasun Mentala azterlanaren behin-behineko emaitzen arabera, ikasleen laginean agertzen diren ahaleginen ehuneko oso txikia da (emakumeen % 3 eta gizonen % 0,3). Azterlan horrek eskaintzen duen beste datu garrantzitsu bat autolesio ez-suizidei buruzkoa da (emakumeen % 14rengan eta gizonen % 10engan agertzen dira).

Ertzaintzak 2008. urtetik 2018ko azaroaren 5era bitarte erregistratutako suizidio-ahaleginen kopurua aztertuz gero, azken 10 urteetan ia aldatu ez den joera bat ikus daiteke hiru lurralde historikoetan (7. grafikoa).

7. grafikoa. Ertzaintzak 2008ko urtarriletik 2018ko azaroaren 5era bitarte erregistratutako suizidio-ahaleginen kopurua. Iturria: Ertzaintzaren datu-basea.



4.3. SUIZIDIOA EAEN

1985. urtean, Gipuzkoako suizidioak aipatzen zituzten lehen artikulu zientifikoetako bat argitaratu zen. Azterlan horren emaitzek agerian utzi zuten gizonen suizidioen kopurua emakumeen suizidioena baino handiagoa zela. Suizidioen kopururik handiena 45-70 urtekoen taldean erregistratu zen. Egoera zibilari dagokionez, ezkonduak lagineko guztien % 40,8 ziren, eta ezkongabeak, berriz, % 34,6. Beraz, ez dago alde handirik bien artean. Metodori erabilienak honako hauek izan ziren: urkatzea (kasuen % 30,6tan), su-armak (% 22,4tan) eta amiltzea (% 10,2tan). Azkenik, alde aurreko psikopatologia laginaren % 34,7tan agertzen da⁶⁵.

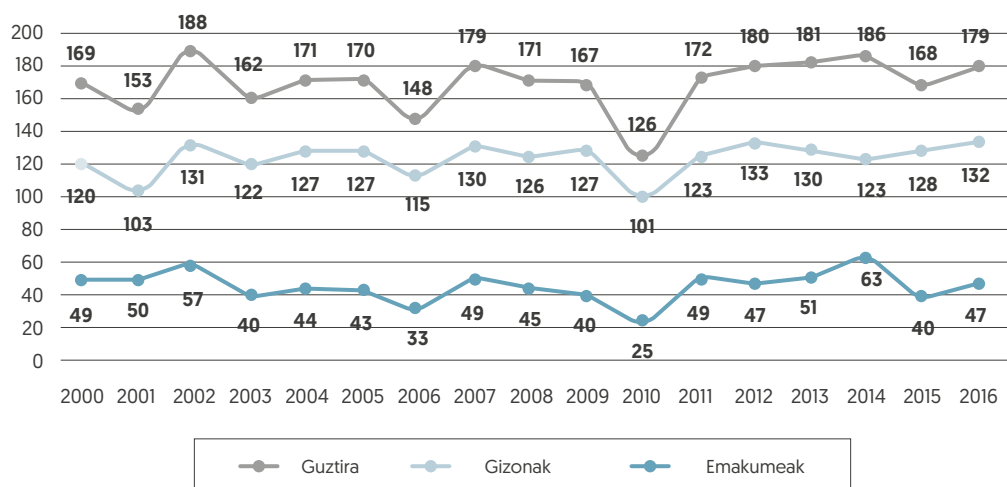
EINen datuen arabera, 2016. urtean 179 suizidio gertatu ziren EAEn, hau da, suizidio 1 2 egunean behin, batez beste, eta horrek 100.000 biztanleko 7,67ko tasa ematen du (8. grafikoa eta 9. grafikoa). Azken 10 urteetako datuak aztertzean ikus daitekeenez, urtean 169 suizidio gertatu ziren batez beste (188tik 126ra bitarte). Oro har, aldi horretan egonkortasunerako joera bat izan dela esan daiteke, azken 5 urteetan suizidioen kopurua tarte horren goiko muga kokatu bada ere.

Datuak sexuaren aldagaia kontuan hartuta aztertzean ikus daitekeenez, 2016. urtean suizidioen prebalentzia nabarmen handiagoa izan zen gizonen kasuan emakumeen kasuan baino (% 73,7 eta % 26,3, hurrenez hurren). Ehuneko horiek egonkor samarrak izan dira azken 10 urte hauetan. Gizonen suizidioen zifrak historikoki (2010. urteko beherakada salbuetsita) ohikoak izan direnen antzekoak izan dira. Emakumeen suizidioen zifrak, berriz, ohikoak baino handiagoak izanik ere, 2014ko gehieneko historikoaren azpitik daude (8. grafikoa). Tasek egonkor samar jarraitu dute: 100.000 biztanleko 4 suizidio inguru emakumeen kasuan, eta 12 inguru gizonen kasuan (9. grafikoa).

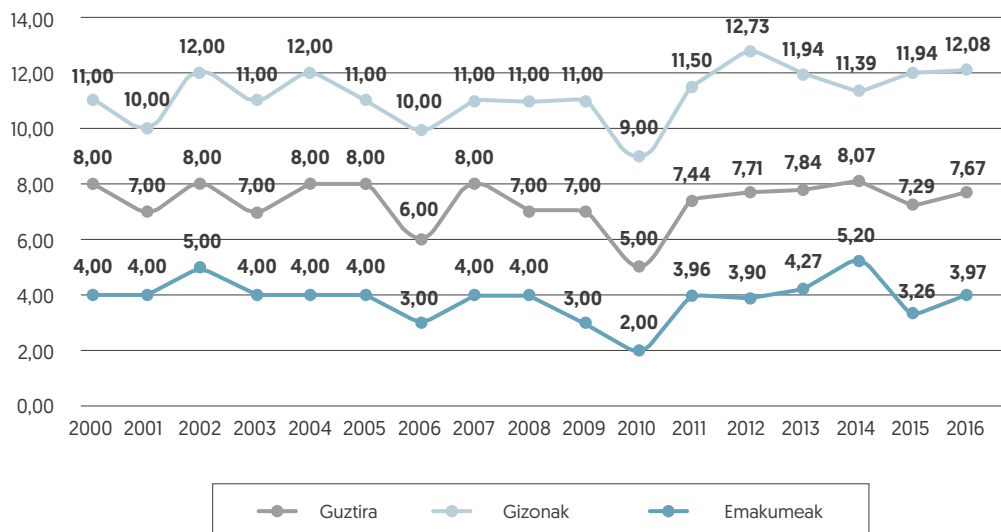
Adinari dagokionez, suizidioen guztizko kopurua handiagoa da 40-49 urtekoen taldeetan, batez ere gizonen kasuan (10. grafikoa), baina populazio-banaketa kontuan hartzen badugu, suizidioaren arriskuak adinarekin gora egiten duela ikus dezakegu, batez ere gizonen kasuan. Izan ere, gizonen suizidioen tasak nabarmen egiten du gora 70 urteko eta 80 urteko adinetik aurrera (11. grafikoa).

Beste heriotza-arrazoi batzuk ere kontuan hartuta, suizidioa heriotzen lehen kanpoko arrazoa da 15-49 urteko pertsonen kasuan, eta bigarren arrazoi absolutua (tumoreen atzetik) 15-29 urtekoen kasuan.

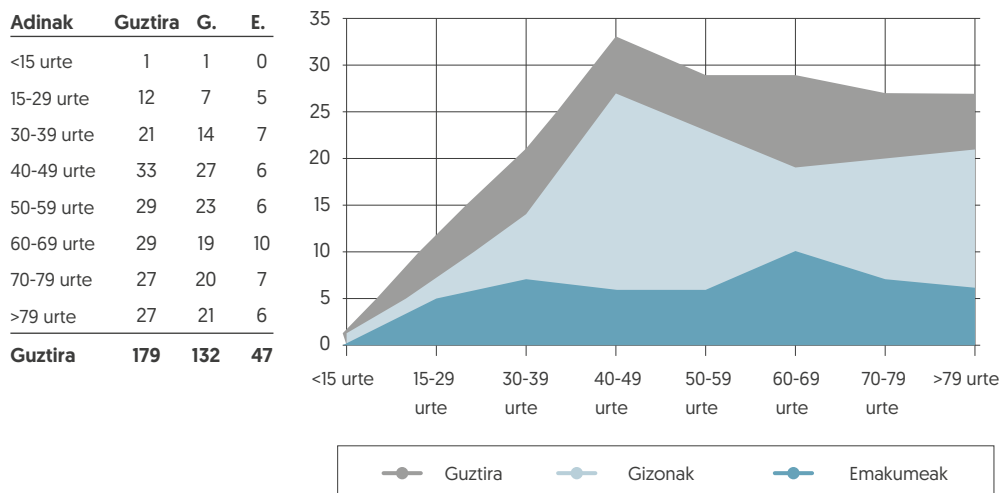
8. grafikoa. EAeko suizidioen kopurua, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



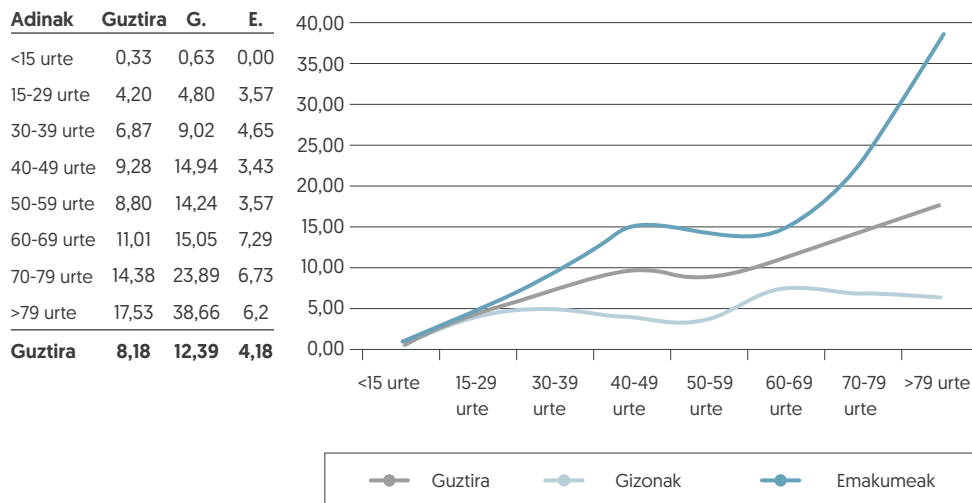
9. grafikoa. 100.000 biztanleko suizidio-tasak EAEn, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



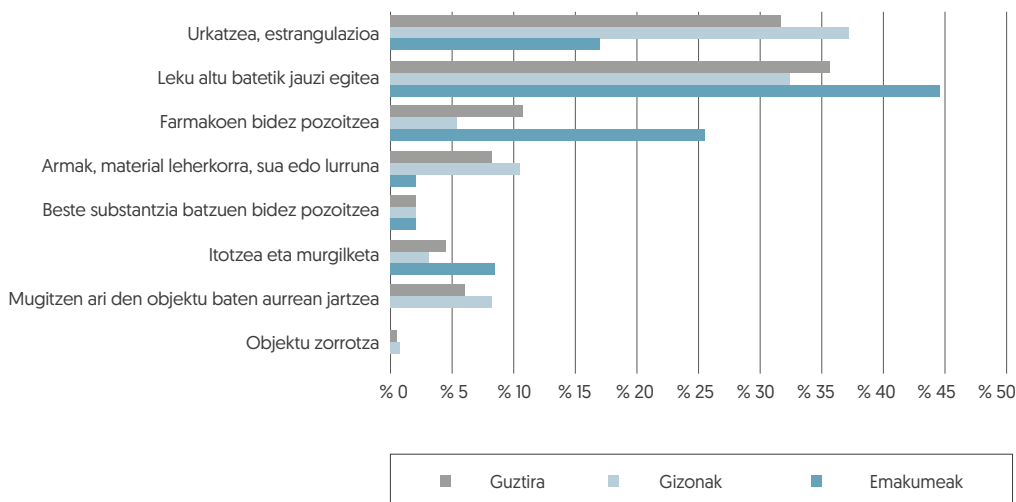
10. grafikoa. EAEko suizidioen kopurua adinaren eta sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



11. grafikoa. EAeko suizidioen tasa, adinaren eta sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



12. grafikoa. EAEn suizidatzeko erabilitako metodoak, sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



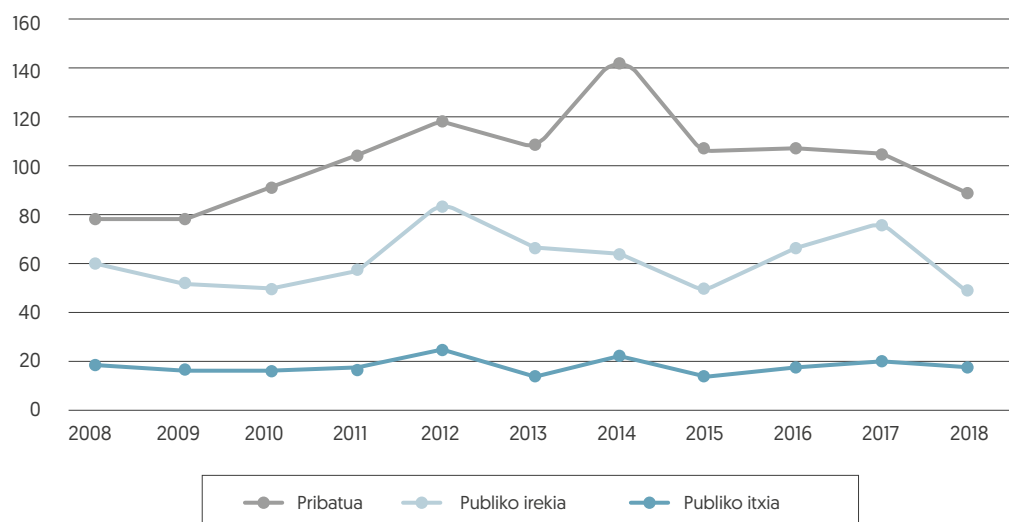
Ertzaintzaren datu-basearen arabera, 2008tik 2018ko azaroaren 5era bitarte, erregistratutako suizidio gehienak leku pribatu batean gertatu ziren (% 56). Zehazki, suizidioen % 80 eraikin-bloke bateko etxebizitzan gertatu ziren, % 5 landetxean/baserrian, eta % 4 finkako patioan. Aire zabaleko leku publikoetan gertatutako suizidioak kasu guztien % 34 izan ziren. Zehazki, % 65 hiri barruko bide publikoan gertatu ziren, % 8,4 trenbide-eremuetan, eta % 8,1 landa-eremuetan. Suizidioen % 10 leku publiko itxietan gertatu ziren. Kasu gehienak, nolanahi ere, osasun-zentroetan, hoteletan eta tutoretza/laguntzako zentroetan gertatu ziren (% 20, % 16 eta % 15, hurrenez hurren) (7. taula eta 13. grafikoa).

7. taula. Lurralde Historiko bakoitzeko suizidioen kopurua, lekuaren arabera, 2008ko urtarriletik 2018ko azaroaren 5era. Iturria: Ertzaintzaren datu-basea. Oharra: Leku pribatua (etxebizitza, txaleta, finka, landetxea, trastelekua, ibilgailu propioa eta abar). Leku publiko irekia (hiri barruko bide publikoa, errepidea, parkea, hondartza, tren, metroa, barneko urak eta abar). Leku publiko itxia (hotela, osasun-zentroa, tutoretza/laguntzako zentroa, adinekoen egoitza, taberna, jatetxea eta abar).

LURRALDE HISTORIKOA	LEKUA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	GUZTIRA
Araba	Pribatua	3	3	11	2	5	4	9	8	8	2	8	63
	Publiko irekia	2	5	3	5	4	3	3	2	6	4	3	40
	Publiko itxia	6	4	2	2			5		1	1	2	23
Bizkaia	Pribatua	26	38	31	43	43	28	38	38	36	47	35	403
	Publiko irekia	20	16	19	24	30	20	24	23	21	37	23	257
	Publiko itxia	3	7	4	2	7	4	8	5	6	10	8	64
Gipuzkoa	Pribatua	50	38	50	60	71	78	96	62	64	58	47	674
	Publiko irekia	37	31	29	30	49	45	38	26	40	34	23	382
	Publiko itxia	10	6	10	13	18	10	9	9	10	9	8	112
Guztira		157	148	159	181	227	192	230	173	192	202	157	2018

28

13. grafikoa. EAeko suizidioen kopurua, gertatzen den lekuaren arabera, 2008ko urtarriletik 2018ko azaroaren 5era. Iturria: Ertzaintzaren datu-basea.



4.3.1. SUIZIDIOA ARABAN

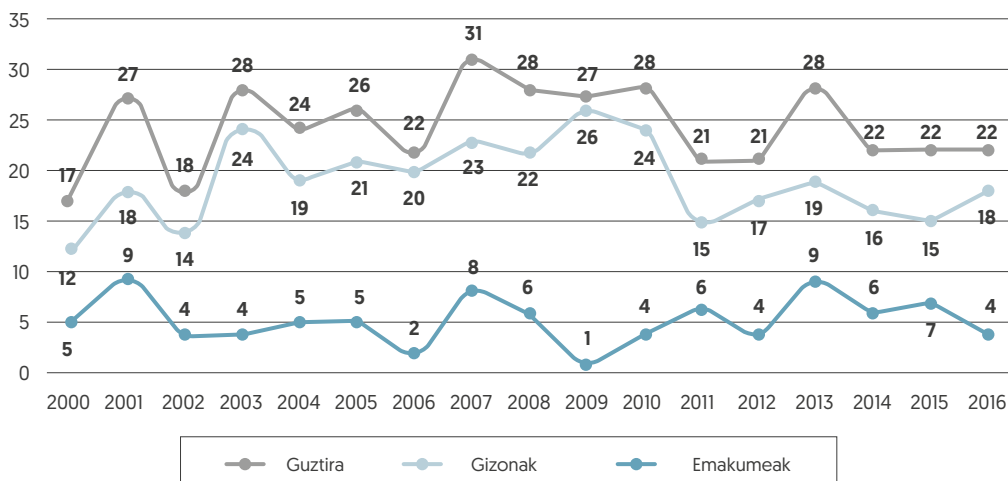
2016. urtean, 22 suizidio gertatu ziren Araban, hau da, suizidio 1 17 egunean behin, batez beste. Suizidioen ehunekoa askoz handiagoa da gizonen kasuan emakumeen kasuan baino (% 81,8 eta % 18,2, hurrenez hurren). Datu horiek 2015. urteko datuekin alderatuz gero, ez da alde handirik ikusten suizidioen guztizko kopuruari dagokionez, baina, sexua kontuan hartuta, alde handiak agertzen dira: gizonen kasuan, % 20ko gorakada gertatu zen, eta emakumeen kasuan, berriz, ia % 43ko beherakada. Egoera zibilarri dagokionez, ezkonduen ehunekoa % 50era iristen da, eta ezkongabeena, berriz, % 27,3ra. Ez dago alderik sexuen artean.

Antzeko joera bat ikus daiteke azken 3 urteetako kasuen guztizko kopuruari dagokionez, egungo balioak 2007ko gehieneko historikoa baino % 29 txikiagoak badira ere. Gizonen kasuan, 2014an kasuek zertxobait behera egin ondoren, 2016. urtetik aurrera gora egin dutela ikus daiteke, 2009ko gehieneko historikora iritsi ez badira ere. Emakumeen kasuan, berriz, 2015ean kasuek zertxobait gora egin ondoren, ia erdira jaitsi ziren, 2009ko gutxieneko historikotik urrun geratu badira ere, eta aipatu beharra dago urte horretan erregistratu zela gizonen kopururik handiena (14. grafikoa). Gizonen tasak egonkor samarrak izan dira azken urte hauetan (10-11 suizidio 100.000 biztanleko), eta emakumeen tasek, berriz, behera egin dute: 5 suizidio 100.000 biztanleko 2013an, eta 2 suizidio 100.000 biztanleko 2016an (15. grafikoa).

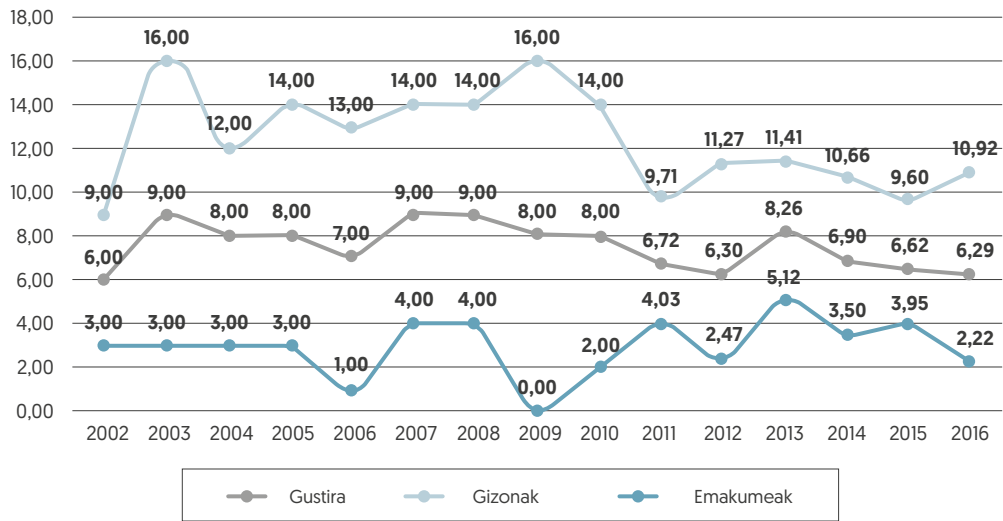
2016ko suizidioen kopurua aztertzean ikus daitekeenez, suizidioaren arriskuak gora egiten du adinarekin, eta batez ere gizonen kasuan, suizidioen tasa nabarmen igotzen baita 60 urteko adinetik aurrera (16. grafikoa). Erabilitako metodoa desberdina da sexuaren arabera. Emakumeen % 50ek farmakoen bidez pozoitzea aukeratu dute, % 25ek amiltzea, eta beste % 25ek, berriz, itotzea eta murgilketa. Gizonen kasuan, berriz, % 56k urkatzea aukeratu dute, % 17k amiltzea, eta beste % 17k su-armak erabiltzea (17. grafikoa).

29

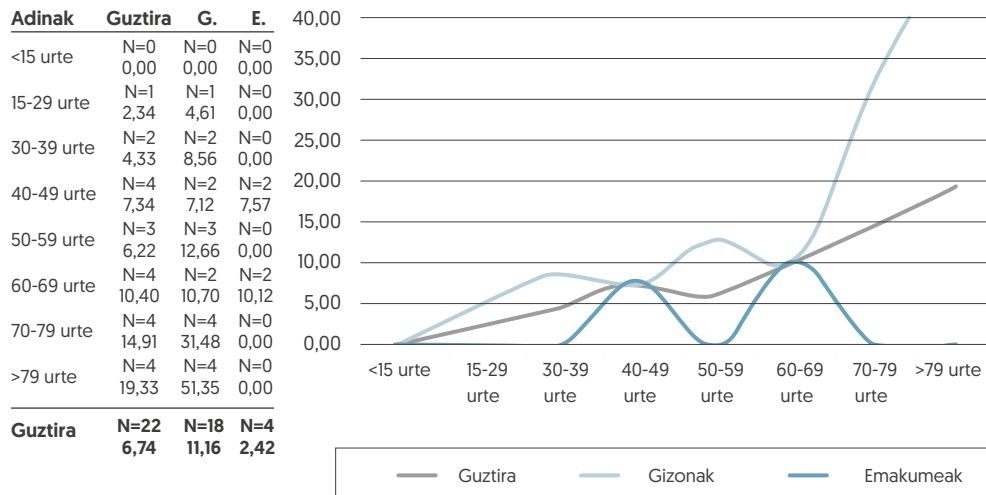
14. grafikoa. Arabako suizidioen kopurua, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



15. grafikoa. 100.000 biztanleko suizidio-tasak Araban, sexuaren arabera, 2002-2016. Iturria: INEbase, 2017.

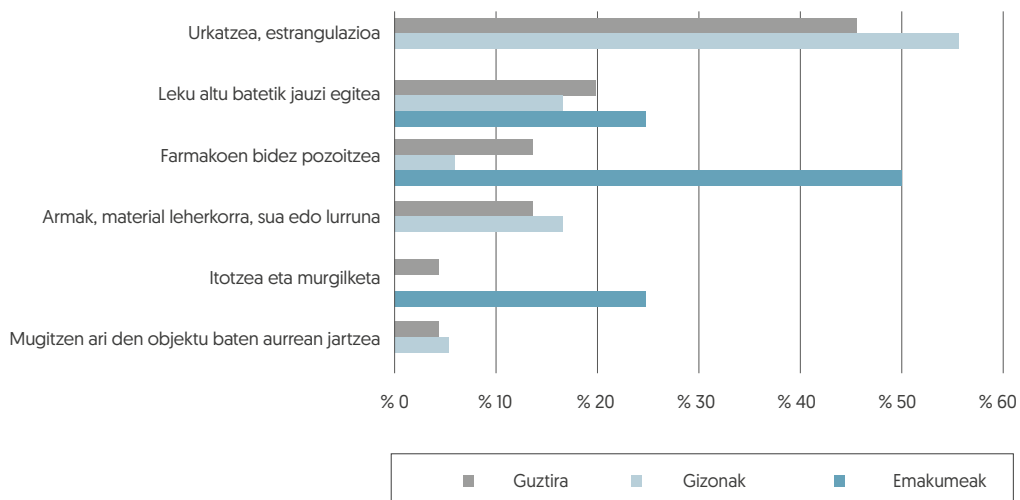


16. grafikoa. Suizidioen kopurua eta tasa Araban, adinaren eta sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



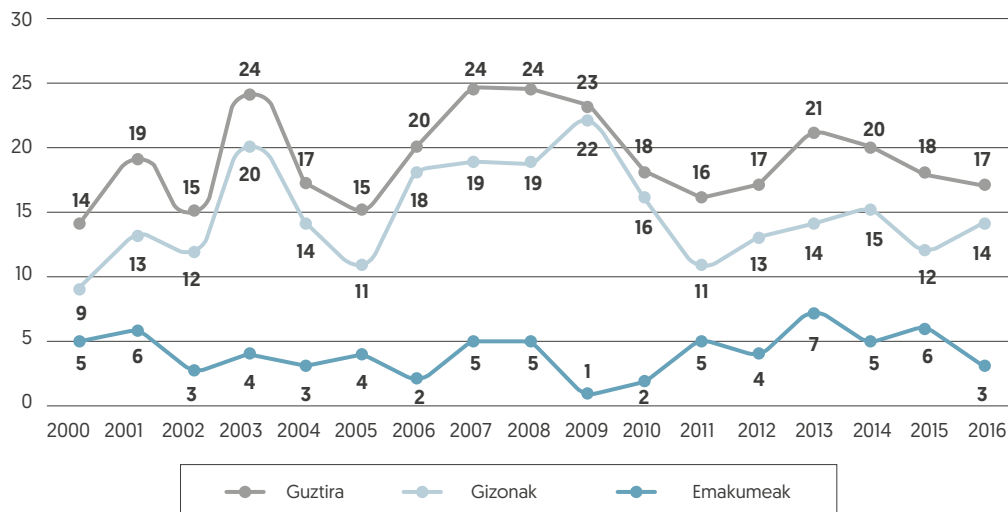
30

17. grafikoa. Araban suizidatzeko erabilitako metodoak, sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



Gasteizen, kasuen guztizko kopuruak % 19ko beherakada izan du 2013. urteaz geroztik, sexuaren arabera joera desberdina izan bada ere: emakumeen kasuan, kasuen kopuruak % 57ko beherakada izan du, eta gizonen kasuan, berriz, 2015ean % 14ko beherakada izan ondoren, 2016an % 17ko gorakada izan zuen, eta 2013ko balioetara itzuli zen (18. grafikoa).

18. grafikoa. Suizidioen kopurua Gasteizen, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



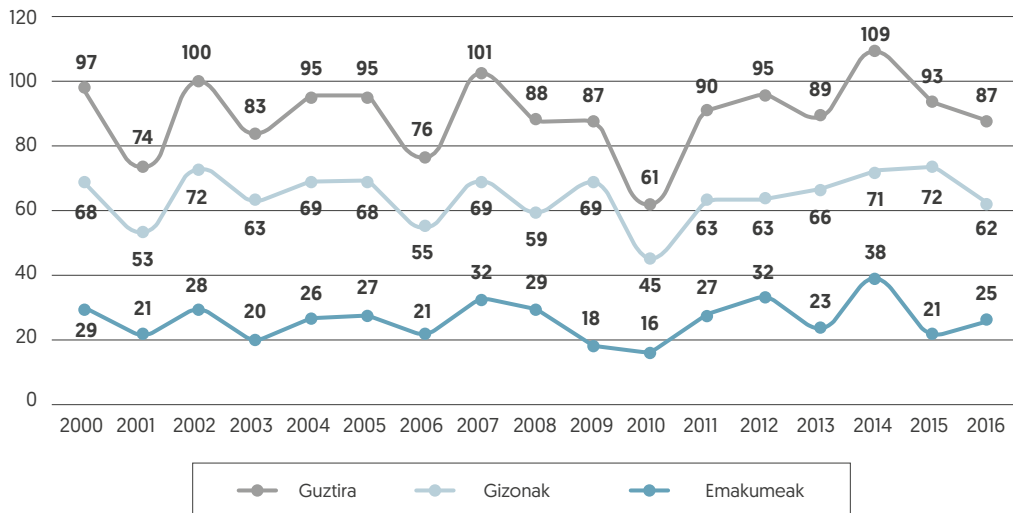
4.3.2. SUIZIDIOA BIZKAIAN

EINen datuen arabera, 2016. urtean 87 suizidio gertatu ziren guztira Bizkaian, hau da, suizidio 1 4 egunean behin. Suizidioen kopurua askoz handiagoa da gizonen kasuan emakumeen kasuan baino (% 72 eta % 28, hurrenez hurren). Datu horiek 2015. urteko datuekin alderatuz gero, kasuen guztizko kopurua % 7 txikiagoa dela ikus daiteke, baina sexua kontuan hartuta, alde handiak agertzen dira. Emakumeen kasuan, % 19ko igoera agertzen da, eta gizonen kasuan, berriz, % 14ko jaitsiera. Egoera zibilar dagokionez, ezkongabeen ehunekoa % 45era iristen da, eta ezkonduena, berriz, % 29ra.

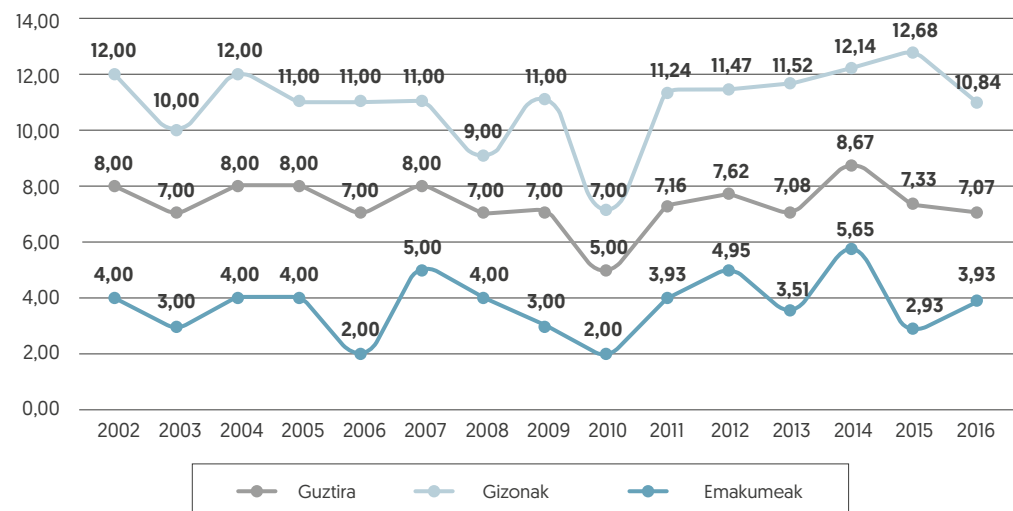
Ikus daitekeenez, kasuen guztizko kopururik handiena 2014an erregistratu zen (109 kasu), eta % 20ko beherakada izan du harrez geroztik (19. grafikoa). Aldi horretan, % 13ko beherakada izan da gizonen kasuan, eta % 34koa emakumeen kasuan. Tasek egonkor jarraitu dute azken urte hauetan: 100.000 biztanleko 11-12 suizidio gizonen kasuan, eta 3-4 emakumeen kasuan (20. grafikoa).

2016ko suizidioen kopurua aztertuz gero, 60 urteko adinetik aurrera suizidioaren arriskua adinarekin areagotu egiten dela ikus daiteke. Bi sexuetan gertatzen da, baina esanguratsua da gizonen kasuan. Ikusten denez, halaber, arriskua esanguratsua da 40-49 urteko gizonen kasuan, 100.000 biztanleko tasa 19,05era iristen baita (21. grafikoa).

19. grafikoa. Bizkaiko suizidioen kopurua, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



20. grafikoa. 100.000 biztanleko suizidio-tasak Bizkaian, sexuaren arabera, 2002-2016. Iturria: INEbase, 2017.

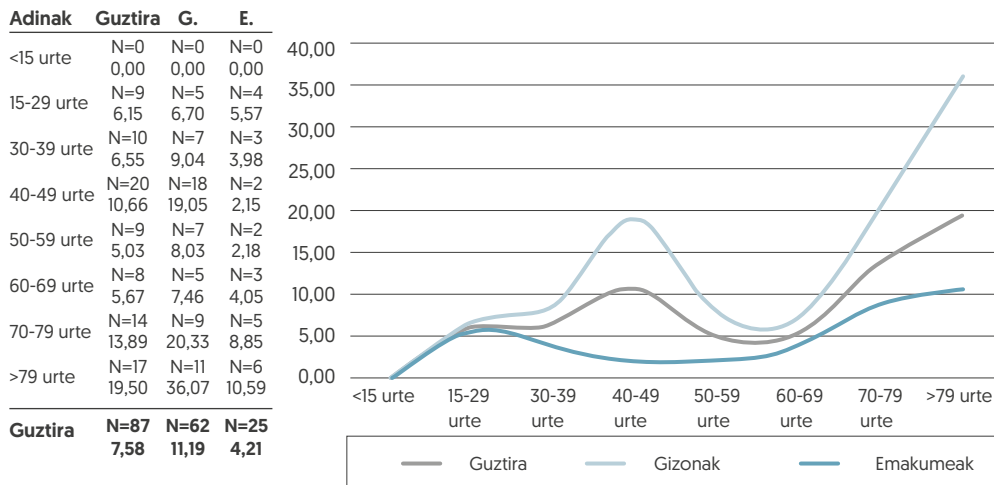


32

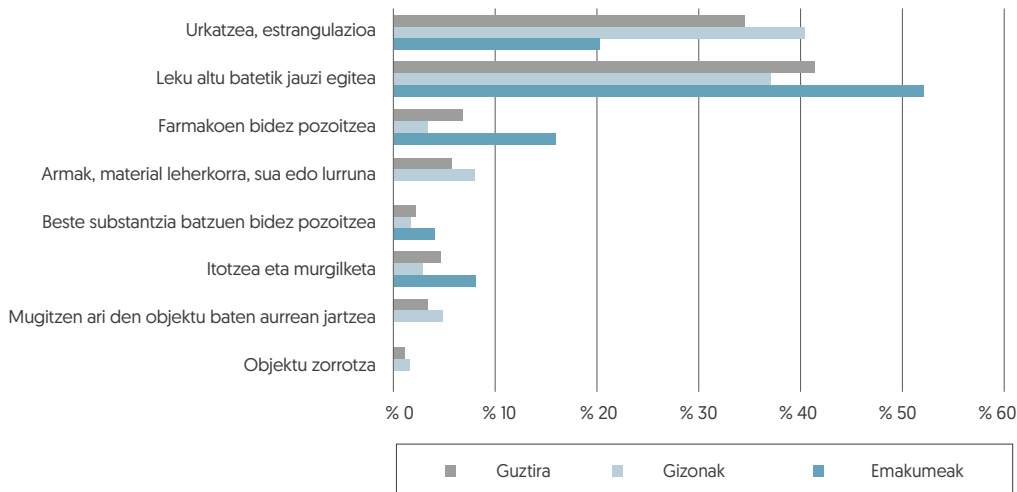
Erabilitako metodoa ere desberdina da sexuaren arabera. Emakumeen % 52k leku altu batetik jauzi egitea aukeratu dute, % 20k urkatzea, eta % 16k farmakoekin pozoitzea. Gizonen kasuan, % 40k urkatzea aukeratu dute, eta % 37k amiltzea (22. grafikoa).

Bilbon, kasuen guztizko kopuruak % 27ko beherakada izan du 2014. urteaz geroztik. Emakumeen kasuan, beherakada % 39ra iritsi da, 2015etik 2016ra bitarte 3 kasu gehiago izan badira ere. Gizonen kasuan, berriz, beherakada % 16ra iritsi da aldi berean.

21. grafikoa. Suizidioen kopurua eta tasa Bizkaiian, adinaren eta sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.

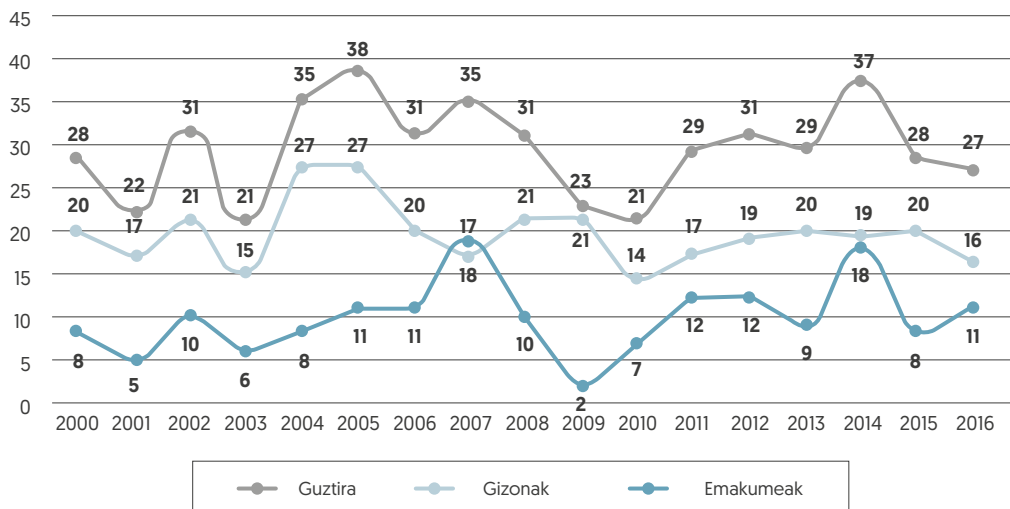


22. grafikoa. Bizkaiian suizidatzeko erabilitako metodoak, sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



33

23. grafikoa. Bilboko suizidioen kopurua, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



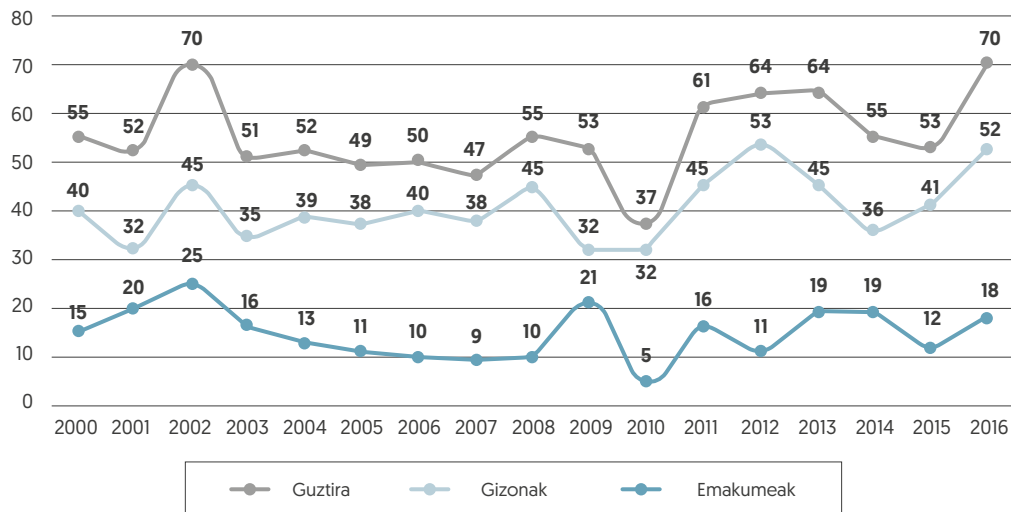
4.5.6. SUIZIDIOA GIPUZKOAN

EINen datuen arabera, 2016. urtean 70 suizidio gertatu ziren guztira, hau da, suizidio 15 egunean behin. Gizonen kasuen ehunekoa emakumeen kasuena baino handiagoa da (% 74 eta % 26, hurrenez hurren). Datu horiek 2015. urtekoekin alderatzean, kopuruak bi sexuetan gora egin duela ikus daiteke (% 27ko gorakada gizonen kasuan, eta % 50ekoa emakumeen kasuan). Ezkongabeen kasuak % 43ra iristen dira, eta ezkonduenak % 39ra. Alderdi horretan, ez dago alderik sexuen artean.

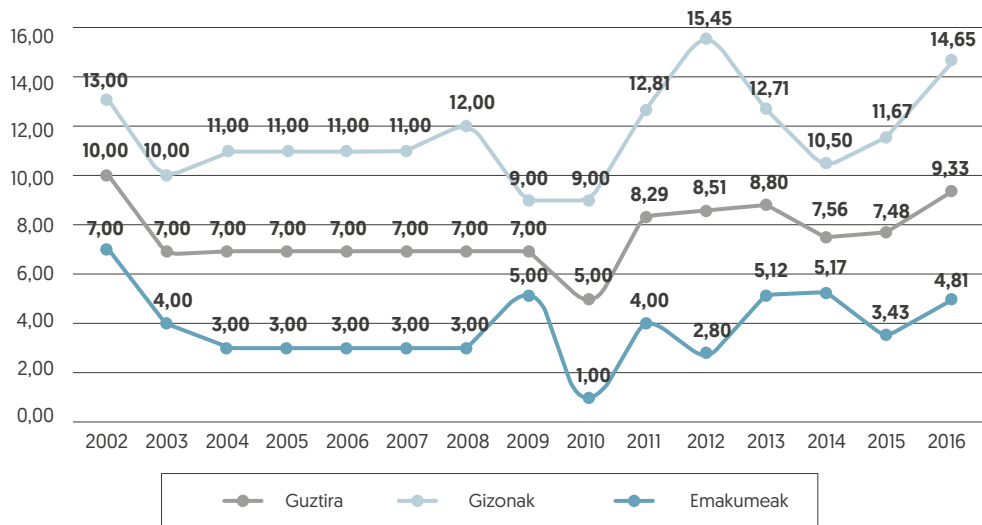
Suizidioen guztizko kopuruak gehieneko historikoetan kokatu dira, eta 2002ko zifretara iritsi dira. Gizonen kasuan, kasuen kopuruak % 45eko gorakada izan du 2014. urteaz geroztik, baina 2016ko balioak 2012ko gehieneko historikoaren azpitik geratu dira (53 kasu 2012an). Emakumeen kasuan, berriz, suizidioen kopurua 2009ko gehieneko historikoaren azpitik dago oraindik (21 kasu 2009an) (24. grafikoa). Tasak aztertzean ikus daitekeenez, kopurua 100.000 biztanleko 7 kasutik 9ra igo da 2014tik 2016ra bitarte. Igoera handiagoa izan da gizonen kasuan, kopurua 100.000 biztanleko 10-11 kasutik 14-15era igo baita aldi berean. Emakumeen tasek egonkor jarraitu dute (4-5 suizidio inguru 100.000 biztanleko) (25. grafikoa).

2016ko datuak aztertzean ikus daitekeenez, suizidioaren arriskuak gora egiten du adinarekin, batez ere gizonen kasuan, haien suizidio-tasak nabarmen egiten baitu gora 40 urteko adinetik aurrera (baita 80 urteko adinetik aurrera ere). Emakumeen kasuan, gora egiten du 40-60 urteko adinean, baina behera egiten hasten da 80 urteko adinetik aurrera (26. grafikoa).

24. grafikoa. Gipuzkoako suizidioen kopurua, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



25. grafikoa. 100.000 biztanleko suizidio-tasak Gipuzkoan, sexuaren arabera, 2002-2016. Iturria: INEbase, 2017.

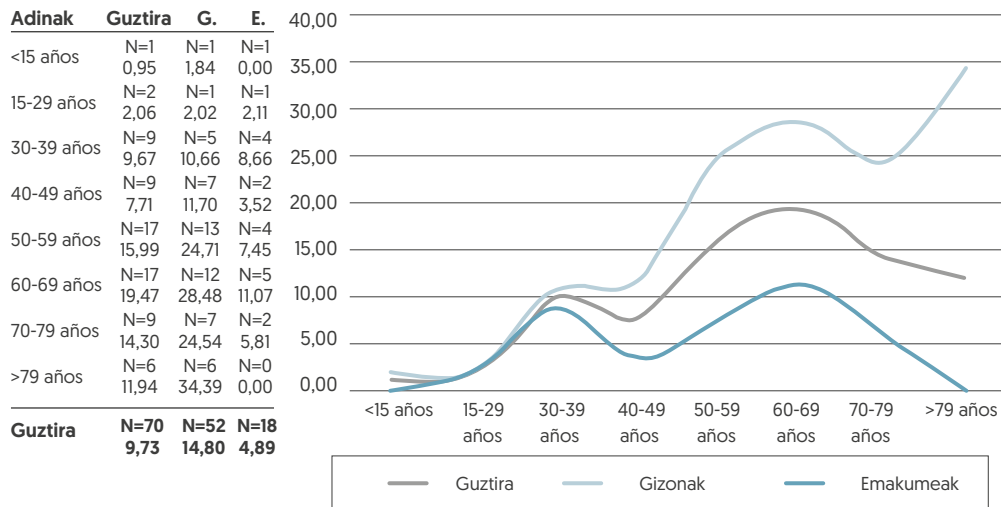


Metodorik erabiliena amiltzea izan da bi sexuetan (% 39tan emakumeen kasuan, eta % 33tan gizonen kasuan). Emakumeen kasuan, bigarren metodorik erabiliena farmakoen bidez pozoitzea izan da (kasuen % 33tan), eta hirugarrena, berriz, urkatzea (% 17). Gizonen kasuan, berriz, urkatzea kasuen % 27tan aukeratu da, eta su-armak erabiltzea kasuen % 12tan (27. grafikoa).

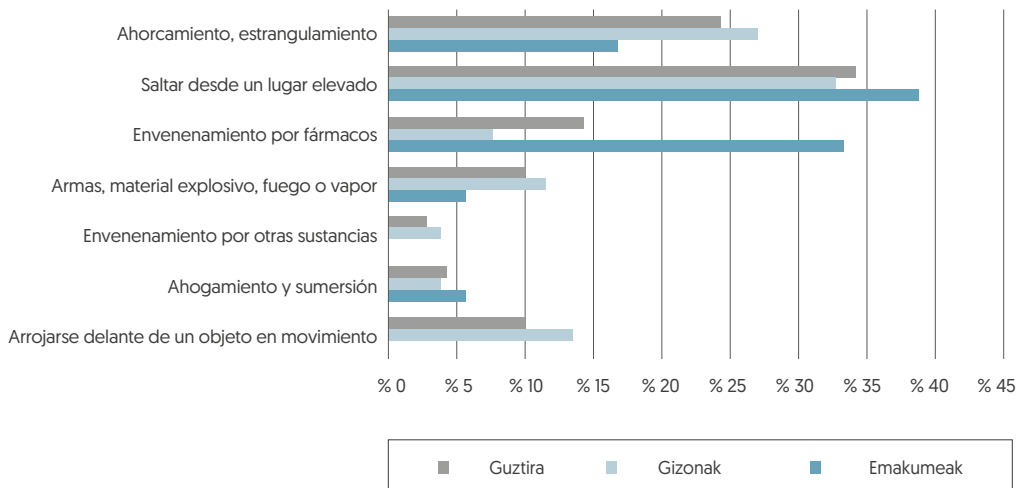
Donostian, kasuen guztizko kopuruak % 7ko igoera izan du 2014. urteaz geroztik, baina 2001eko gehieneko historikotik urrun dago oraindik (19 kasu 2001ean). Gizonen kasuan, suizidioen kopuruak egonkor jarraitu du 2012. urteaz geroztik, 10-11 kasurekin (2014ko salbuespenarekin, urte horretan 8 kasu izan baitziren). Emakumeen kasuan, berriz, kasuen kopurua 3-7 izan da aldi berean (28. grafikoa).

Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak (GOMS), Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutuarekin (AMEI) lankidetzan, azterlan bat egin zuen Gipuzkoako 2004-2014 aldiko suizidioen mapa lantzeko. 639 suizidioen lagin batean oinarrituta, suizidioen banaketa geografikoa aztertu zen, besteak beste. Suizidio-tasarik handienak Beasaingo osasun-barrutian (9,73/100.000 biztanle eta urteko) eta Egiakoan (Donostia) (8,73/100.000 biztanle eta urteko) identifikatu ziren, eta txikienak, berriz, Zarauzko osasun-barrutian (5,26/100.000 biztanle eta urteko) eta Ondarretakoan (Donostia) (5,39/100.000 biztanle eta urteko). Halaber, erabilitako metodoak aztertu ziren, adinaren arabera. Murgilketa aukeratu zuten pertsonen batez besteko adina izan zen handiena (66 urte). Aitzitik, substantzien bidezko intoxikazioa aukeratu zuten pertsonen batez besteko adina txikiena izan zen (43 urte). Halaber, kasuen denbora-banaketa aztertu zen, eta ez zen patroi zehatzik identifikatu ahal izan (urtaroaren arabera, hilabetearen arabera eta abar). Bestalde, azterlanari esker, arrisku handiko hiru leku edo hotspot identifikatu ahal izan ziren. Haietatik, bi babestuta daude gaur egun.

26. grafikoa. Suizidioen kopurua eta tasa Gipuzkoan, adinaren eta sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.

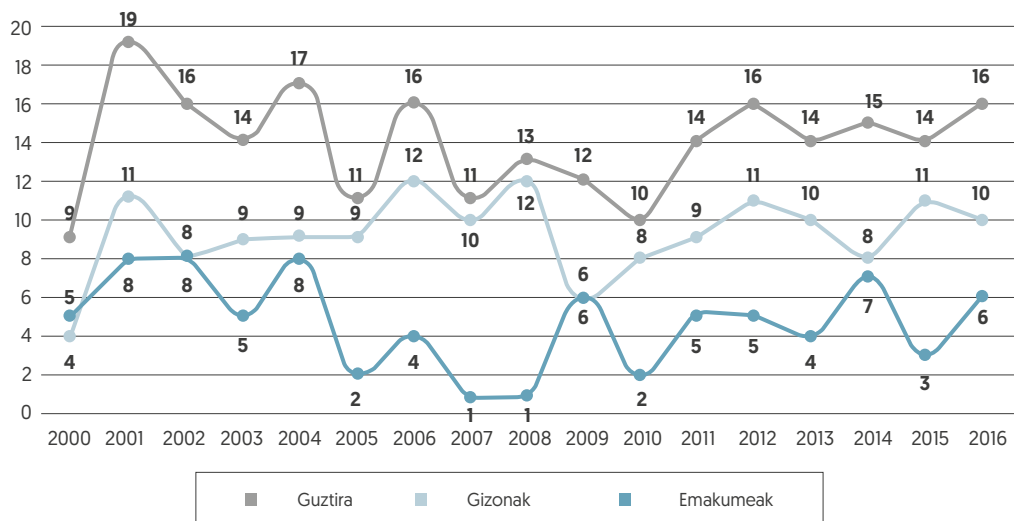


27. grafikoa. Gipuzkoan suizidatzeko erabilitako metodoak, sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



36

28. grafikoa. Donostiako suizidioen kopurua, sexuaren arabera, 2000-2016. Iturria: INEbase, 2017.



5. PREBENTZIORAKO ESKURAGARRI DAUDEN BALIABIDEAK ETA EKIMENAK

Azken urte hauetan, jokabide suizidari aurrea hartu eta aurre egiteko, ikerketarako edo postbentziorako hainbat ekimen eta ekintza egin dira EAEn. Jardun horiek osasun-esparruan egin dira funtsean, baina beste eremu batzuetan ere bai, hala nola hezkuntza-eremuan, gizarte-zerbitzuen eremuan eta larrialdietako eta lehen esku-hartzeko zerbitzuen eremuan. Halaber, baliabide eta ekimen ugari ez dute esplizituki jasotzen suizidioaren prebentzioa beren helburuen artean, baina helburu hori txertatzea bideragarria eta eraginkorra izan liteke. Atal honetan, bi ekimen mota horiek daude jasota.

5.1. OSAGAI ASKOKO ESKU-HARTZEAK

2013. urtean, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea (GOMS) Depresioaren Aurkako Europar Sareak (EAAD) garatutako eredu aplikatzen hasi zen lurralde horretan. Testuinguru horretan, honako jardura hauek egin dira:

- Suizidioaren inguruko sentsibilizazio- eta informazio-kanpainak, herritar guztiei zuzenduak, hainbat osasun-eskualdetan (ESIetan), informazio-kartelak eta informazio-triptikoak zabaltzea eta informazioa tokiko komunikabideen bitartez zabaltzea barne.
- Suizidio-arriskuaren identifikazioko eta lehen mailako esku-hartzeko gizarte-eragi-leak (gatekeeper izenekoak) sortzeko prestakuntza osasun-arlokoak ez diren profesionalentzat, gizarte-langileak, farmazialariak, hezitzaileak, apaizak, poliziak eta abar barnean hartuta. Orain arte, 400 profesional bako gehiagok jaso dute prestakuntza.
- Komunikabideek suizidioaren prebentzian betetzen duten zereginaren inguruan sentsibilizatzeko eta informatzeko hitzaldi-solasaldiak. Komunikabideetako profesionalekin eta komunikazioaren arloko unibertsitateko edo unibertsitateaz kanpoko ikasleekin. Urteko saioak egin dira Deustuko Unibertsitatean (2014. urteaz geroztik) eta UPV/EHU (2018an). 200 pertsona bako gehiagok parte hartu dute.
- Suizidio-arriskuan dauden eta eskualde-ospitaleetan arreta jaso duten pazienteen jokabide suizidaren prebentzioa, osasun mentaleko zentroekiko koordinazioa, informazio-sistemak eta tratamenduekiko atxikimendua hobetzeko ekintzak barnean hartuta. 150 suizidio-ahalegin aztertu dira.

37

5.2. IKERKETA

Hainbat ikerketa-proiektu egin dira jokabide suizidaren EAeko epidemiologiari buruzko ezagutza eta abian jarritako prebentzio-neurri batzuen eraginkortasuna hobetzeko, lan guztiak argitaratu ez badira ere. Hona hemen adibide batzuk:

- 1996. Europako jokabide parasuizidei buruzko azterlan multizentrikoa, OMEk sustatua. Azterlana Donostia Unibertsitate Ospitalearen parte-hartzearekin egin zen, eta suizidio-ahaleginen epidemiologiei buruzko ezagutza hobetzea zuen helburu⁶⁶.
- 1997. EAeko Osasun Inkestak (EAEOI) inkestatutako herritarren ideia suiziden ebaluazioa biltzen du. Aldagai hori 2002., 2007. eta 2013. urteetako inkestetan ere jaso zen.
- 1998. Bizkaiko suizidioei buruzko azterlana: arrisku-faktoreak; Bizkaiko suizidioen arrisku-profila aztertu zuen, etorkizunean suizidioaren prebentziorako plan bat diseinatzeke oinarri gisa.
- 2006. Ospitaleratutako pazienteen jokabide suizidaren arrisku-faktoreei buruzko azterlana. Osasun-arretaren analisia. 1990-2000 aldian umorearen nahasmenduare-

kin Santiago Ospitalean ospitaleratuta egon ziren pazienteez osatutako lagin baten profil klinikoa eta soziodemografikoa aztertu zuen⁶³.

- 2014-2018. UNIVERSAL proiektua: Unibertsitatea eta Osasun Mentala. Nazioarteko ekimen honetan, Espainiako 5 unibertsitatek parte hartu dute, eta, haien artean, Euskal Herriko Unibertsitateak (UPV/EHU) eta Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak. Proiektuaren bidez, osasun mentalari eta suizidioaren arriskuari lotutako faktoreak identifikatu nahi dira unibertsitateko ikasleengan⁶¹.
- 2014. Suizidioa EAEn ikerketa-proiektuak 2013an EAEn gertatutako suizidioen eta suizidio-ahaleginen analisia egiten du, Ertzaintzak jasotako datuetan oinarrituta.
- 2014. Jokabide suizida telemedikuntza-tekniken bidez prebenitzeko azterlana (1. Fasea). Suizidio-ahalegin berrien prebentziorako programa baten eraginkortasuna aztertzen du protokolo baten barruko telefono bidezko jarraipen-programa baten bidez. Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak, Arabako Unibertsitate Ospitaleak eta Galdakaoko Unibertsitate Ospitaleak parte hartu dute.
- 2015. Gipuzkoako suizidioen mapa (1. fasea). Gipuzkoan 2004-2014 aldian burututako suizidioak (banaketa geografikoa eta denbora-banaketa barne), profil soziodemografikoak eta erabilitako metodoen profilak aztertzen ditu. Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutuak (AMEI) eta Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak parte hartu dute.
- 2016. Suicidio y desempleo: Barakaldo 2003-14 azterlanean, suizidioiek Barakaldon izan duten bilakaera eta suizidioen ondoriozko heriotzen arrisku handiagoari lotutako aldagai klinikoak eta/edo soziodemografikoak aztertzen dira⁶⁷.
- 2016. Estudio descriptivo de pacientes atendidos o atendidas en un hospital general tras tentativa suicida en Gipuzkoa (2016) izeneko azterlanak 2013ko urritik 2014ko urrira bitarte Donostia Unibertsitate Ospitalean suizidio-ahaleginagatik zaindutako 190 pazienteen profil kliniko eta soziodemografikoa aztertu zuen⁶⁴.
- 2017. Suizidioa eta inflamazioa telemedikuntzaren bidez prebenitzeko proiektua (2. fasea). Protokolo baten barruko iraupen luzatuko telefono bidezko jarraipen-programa baten eraginkortasuna aztertu eta inflamazio-parametroetan duen eragina ebaluatzen du. Arabako Unibertsitate Ospitaleak, Galdakaoko Unibertsitate Ospitaleak eta Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak parte hartu dute.
- 2018. SU2 proiektua: Bizkaiko suizidioen inguruko metodologia eta lokalikazioa. Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareak Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutuarekin batera egindako ikerketa-proiektua; arrisku-faktoreak eta arrisku-profilak deskribatzea (Bizkaiko suizidioen ohiko lekuak identifikatuz) eta autopsia psikologikoaren tresna sartzea du helburu.
- 2018. Gipuzkoako suizidioen mapa (2. fasea). 1. faseko helburuak zabaltzen ditu, eta profil klinikoen eta osasun-erabilerako profilen analisia eta 2015eko suizidioei buruzko informazioa eskaintzen du.
- 2018. Gipuzkoako suizidioen erregistroa. Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutuak aztertu dituen suizidio-kasuetan agertutako interes epidemiologiko bereziko aldagaien erregistro sistematikoa egiten hasi da, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareakiko lankidetzaren barruan.
- Depresioa duten eta suizidatzeko berehalako arriskuan dauden pazienteengan sudur barneko esketamina erabiltzeari buruzko nazioarteko saiakuntza kliniko ausazkotu multzentrikoa; Basurtoko Unibertsitate Ospitaleak parte hartu du.

Gainera, ekimen gehigarri ugari identifikatu dira, hala nola:

- Arabako Unibertsitate Ospitalean nahasmendu bipolarrari, depresioari eta psikosiarri lotutako suizidioari buruz landutako ikerketa-artikuluak, psikosietarako terapia

psikologikoen berrikuspen sistematikoa, suizidio-ahaleginen bat egin duten paziente guztien jarraipena egiteko telefono-deien bidezko azterlan unizentrikoa eta suizidioaren prebentziorako bottom up proiektuak.

- Aidatu-Euskal Suizidologia Elkarteak landutako ikerketa sozialak.

5.3. JOKABIDE SUIZIDAREN INGURUKO INFORMAZIOA ETA KONTZIENTZIAZIOA

- Osasun Eskola webgunea Osakidetzak osasunaren inguruan duen online zabalkunde-tresna nagusia da, eta suizidioari eta haren prebentzioari buruzko atal espezifiko bat du 2014. urteaz geroztik.
- Osakidetzako profesional batzuek herritarrak depresioaren eta suizidioaren inguruan informatu eta sentsibilizatzeko hitzaldiak eman dituzte, Gipuzkoako Medikuen Elkargoaren eta Etika, Humanismo eta Zientzia Elkarrizketak izeneko zabalkunde-ekimenaren laguntzarekin, besteak beste.
- Ertzaintzak suizidioari eta haren prebentzioari buruzko informazioa zabaldu du komunikabideetan, eta suizidioaren prebentzioari buruzko jardunaldi, hitzaldi eta ikastaroetan lagundu du.
- Hainbat erakundek eta, bereziki, elkarte zibilek (hala nola Biziraun eta Aidatu elkarteek) EAEko jokabide suizidari buruzko ikastaroak, jardunaldiak eta tailerrak egin dituzte, komunikabideetan agertu dira, eta jokabide suizidaren inguruko edukiak zabaldu dituzte sare sozialetan.

5.4. BITARTEKO HILGARRIAK ESKURATZEKO AUKERA MURRIZTEA

- Ertzaintzak arma behin-behineko aldi batez kentzeko prozedura bat du jokabide-nahasmendu bat identifikatzen den kasurako, eta suizidioaren arriskua murriztea du helburu, besteak beste.
- Gipuzkoako suizidioen mapari esker, lurralde historiko horretan suizidatzeko erabilitako metodoen profila eta hotspot edo arrisku handiko lekuen kopurua ezagutu ahal izan dira.

39

5.5. LARRIALDIAK ETA LEHEN ESKU-HARTZEA

- Polizia eta Larrialdietako Euskal Akademiak (PLEA) jokabide suiziden aurrean jarduteko prestakuntza ematen die EAEko segurtasun publikoko sistema osatzen duten kolektiboek (Ertzaintza, udaltzaingoak, aguazilak, Prebentzio Zerbitzua, Suteen Prebentzio eta Itzalketako eta Salbamenduko Zerbitzua eta abar). Prestakuntza kolektibo horietan sartzeko ikastaroetan eta etengabeko prestakuntzarako programan sartuta dago.
- Ertzaintzaren irrati eta telefoniako operadoreek (Ardatz-CMC) biktimei eta/edo senideei telefono bidezko arretan zein larrialdi-jardunetan (bide publikoan edo bizilekuetan) laguntza emateko baliabideei buruzko telefonoen eta webguneen zerrenda bat dute.
- 2014. urteaz geroztik, Osakidetzaren telefono bidezko arreta-zerbitzuko (Osasun Aholkua) profesionalak prestakuntza espezifiko jasotzen dute, eta duela gutxi suizidio-ahalegin bat egin duten pazienteen telefono bidezko jarraipenean parte hartzen dute. Ekimena ikerketa-proiektuen testuinguruan kokatuta dago.
- 2016. urteaz geroztik, Ertzaintzak krisi-egoeretan negoziatzen adituak diren profesionalen talde bat dauka, eta suizidio-ahaleginen ondoriozko larrialdi-egoeretan ere

negoziatzen dute.

- Eusko Jaurlaritzak indarkeriari eta/edo tratu txarrei lotutako egoeren aurrean herritarrei laguntza eta orientazioa eskaintzeko zenbait telefono ditu. Adibidez: Haurtzarorako eta Nerabegarorako Laguntza Telefonoa (Zeuk Esan) edo Emakumeen aurkako Indarkeriaren Biktimentzako Telefono bidezko Arreta Zerbitzua (SATEVI).
- Gipuzkoan, suhiltzaile-kidegoak lankidetzan hasi dira Psikologiako Elkargo Ofizialarekin, larrialdietako jarduna lantzeko.

5.6. HEZKUNTZA-ESPARRUA

- Jazarpen-egoerak prebenitzeko eta ikasleekin esku hartzeko (jazarpena jasaten dutenekin zein eragiten dutenekin), Hezkuntza Sailak Bizikasi ekimena garatu du.
- Laguntza-mailen eta hezkuntza-mailen arteko lankidetzaren esparru orokor bat landu da, eta osasun-arloa eta hezkuntza-arloa koordinatzeko prozedura bakarra zehaztu da, bi aplikazio-esparrurekin: esparru psikopedagogikoa eta esparru klinikoa (6 urtetik beherakoentzat eta gorakoentzat).
- Euskal Herriko Unibertsitatean (UPV/EHU), Arreta Psikologikorako Zerbitzuak (APZ) ongizate psikologikoa hobetzen laguntzen die ikasleei, irakasleei eta administrazio eta zerbitzuetako langileei.
- EAAD proiektuaren barruan, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak lankidetzan dihardu Berritzegune laguntza-zerbitzuarekin, Hezkuntza Saileko profesionalen suizidio-arriskuaren identifikazioko eta lehen esku-hartzeko prestakuntza eskaintzeko.

5.7. GIZARTE-ZERBITZUEN SISTEMA

40

- Enplegu eta Gizarte Politiketako Sailak betiON plataforma telematikoa dauka. Plataforma horren bidez, etxeko estaldura soziosanitarioko eskaintzen die mendekotasuna, desgaitasuna edo nahasmendu mental larria duten adinekoei. Zerbitzu horrek suizidio-arriskua identifikatzeko eta lehen esku-hartzea egiteko protokolo bat landu du, telelaguntzaren bidez jarduteko moduko arriskuak bat baita.
- Esparru komunitarioari dagokionez, udaletako gizarte-zerbitzuen eta Osakidetzaren lehen mailako arreta-zentroen arteko koordinazio soziosanitarioko protokoloak daude, pertsonen premiei batera erantzun ahal izateko. Protokolo horien bitartez, eta beharrezkotzat hartzen den kasuetan, Osasun Mentaleko Sarera jo daiteke. Larrialdi-egoerei erantzuteko, 112 telefono-zenbakia dago.
- Foru Aldundiek interkontsultak eta/edo Osasun Mentalerako deribazioak ezartzen dituzte Egoitzetako Arreta Psikiatrikoko Programaren bitartez.
- Donostiako Udalak jokabide suizidaren prebentzioaren inguruko prestakuntza eskaini die gizarte-zerbitzuetako profesionalen.
- EAAD proiektuaren barruan, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak lankidetzan dihardu Gipuzkoako Foru Aldundiarekin, babesik gabeko adingabeentzako egoitza-harrerako sareko profesionalen suizidio-arriskuaren identifikazioko eta lehen esku-hartzeko prestakuntza eskaintzeko.

5.8. LAN-ESPARRUA

- Lan-esparruan, Ertzaintzak laguntza psikologikoa eskaintzen die eskatzen duten agente guztiei, baita laguntza psikologikoko zerbitzua (debriefing) ere, zerbitzuaren barruan esperientzia traumatikoak bizi izanez gero.
- Arabako Foru Aldundiak lan-arriskuak kudeatzeko sistema integral bat landu eta ezarri du. Bertan, zentroetako arrisku psikosozialen ebaluazioa hartzen da kontuan.

- 2016. urteaz geroztik, Osakidetzak arrisku psikosozialen ebaluazioa egiten du bere erakunde guztietan.
- EAAD proiektuaren barruan, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak lankidetzan jardun du desgaitasuna duten pertsonekin lan egiten duen irabazi-asmorik gabeko Gureak enpresa-taldearekin, bertako profesionalei suizidio-arriskuaren identifikazioa eta lehen esku-hartzeko prestakuntza eskaintzeko.

5.9. OSASUN-ESPARRUA

- Osasun-zerbitzuek (Osasun Mentaleko Sareak eta Osakidetzako Larrialdi Zerbitzuak, funtsean) hainbat laguntza-ekimen garatu dituzte: jarduteko gidak, protokoloak edo programa pilotuak. Hona hemen adibide batzuk:
 - Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak, Zero Suicide nazioarteko ereduari jarraikiz, suizidatzeko arriskua duten pazienteentzako zainketa-plan bat garatu du. Plan horretan, pazientearentzako arretaren fase guztiak daude zehaztuta (arriskuaren identifikazioa, ebaluazioa eta esku-hartzea). Plana fase pilotuan aplikatzen ari da, eta eskuragarri dagoen ebidentzian eta profesionalen arteko adostasunean oinarrituta landu da.
 - Galdakaoko Unibertsitate Ospitaleak pazientearen segurtasunerako protokolo bat dauka, saihesteko modukotzat hartutako ondorio kaltegarriak –eta, haien artean, suizidioa– murrizteko. Honako hauek biltzen ditu: suizidioaren prebentzioa ospitaleratutako pazienteen kasuan, altaren ondorengo suizidioaren prebentzioa, medikazio egokia, komorbilitatea/diagnostiko duala eta gorabeheraren ondorengo azterketa. Osabide Global-ek ospitaleratuta dauden pazienteen suizidio-arriskua edo beren buruari erasotzeko arriskua adierazten duten alerta batzuk ezarri ditu, eta erizaintza-zainketen hiru maila ezarri dira. Halaber, ospitalizazio-unitateen eta osasun mentaleko zentroen artean jarduteko irizpideak landu eta adostu dira.
 - Basurtoko Unibertsitate Ospitalean, triaje-protokolo bat dago larrialdi-zerbitzuan, baita ospitaleratutako pazienteen suizidio-arriskurako protokolo bat ere. Protokolo hori ospitale horretako egonaldi laburreko unitate psikiatrikoan ospitaleratuta dauden eta suizidio-arrisku akutua duten paziente guztiei aplikatzen zaie.
 - Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleak, Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESIarekin, Barakaldo-Sestao ESIarekin eta Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarearekin batera, larrialdi-zerbitzuko esku-hartze guztiak erregistratzeko plan pilotu bat jarri zuen abian (keinu autolitikoa eta ideia autolitikoa). Plan horren barruan, guardiako psikiatraren irizpideari jarraikiz, suizidatzeko arriskuan zegoen paziente ospitaleratu egiten zen, edota osasun mentaleko zentrorira eraman eta arreta eskaintzen zitzaion lehen 48 orduetan. Erregistroa Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko dokumentazio klinikoko zerbitzuarekin planifikatu zen, eta horretarako kode espezifiko bat sortu zen larrialdien historian.
 - EAAD proiektuaren barruan, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak hiru eskualde-ospitaleetan arreta jaso duten pazienteen jokabide suizidaren prebentziorako protokolo bat jarri du abian. Honako hauek hartzen ditu barnean: larrialdietako mediku orokorrenzako prestakuntza-saioak, ospitale eta anbulatorioetako suizidio-ahaleginen erregistro partekatua, bisitaldi anbulatorioetako gehieneko epeak eta pazienteen telefono bidezko jarraipen protokolizatua.
 - Lehen mailako arretan, osasun mentaleko zerbitzuarekin koordinatzeko protokoloak landu dira prebalentziarik handieneko nahasmenduak (antsie-

tatea, depresioa eta alkoholaren abusua) dituzten pazienteentzako arretaren arloan.

- Osasun-arloko profesionalentzako prestakuntzaren eta ezagutzen eguneratzearen ikuspuntutik, hainbat ekimen identifikatu dira:
 - Osakidetzak jokabide suizidaren prebentziorako eta esku hartzeko hainbat prestakuntza-ikastaro egin ditu lehen mailako arretako, osasun mentaleko eta larrialdietako profesionalentzat.
 - Galdakaoko Unibertsitate Ospitalean, profesionalentzako saio klinikoak egin dira, psikiatria-zerbitzuan zein beste zerbitzu batzuetan, arreta eman zaien pazienteen suizidio-arriskua detektatu eta prebenitzeko.
 - Basurtoko Unibertsitate Ospitaleak terapia dialektiko konduktualari buruzko prestakuntza-programa espezifikoa bat landu du Deustuko Unibertsitatearekin lankidetzan, eta Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) Medikuntza Fakultateko Irakasgunearekin elkartuta dago. Halaber, depresio errefraktarioaren tratamenduei buruzko aldizkako eguneratze-jardunaldiak egiten ditu.

5.10. POSTBENTZIOA

- Biziraun elkarteak bizirik dirauten pertsonentzako laguntza eta euskarria sustatzen ditu eta horretan parte hartzen du.
- Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritzak, suizidioen kasuan, Gurutze Gorriko gizarte-zerbitzuetako boluntarioak bidal ditzake bizilekuetara, hurbilekoei edo senidekoei laguntzeko.
- Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarean suizidatzeko arriskuan dauden pazienteentzako garatu den zainketa-planaren barruan, postbentzio-protokolo bat dago, suizidatzen diren pazienteen senide eta kideentzako arreta hobetzeko.

42

5.11. KALTEBERATASUN-EGOERAN DAUDEN KOLEKTIBOAK

- Osasun Mentaleko arazoak dituzten Pertsonen eta Senideen Elkarteen Euskadiko Federazioak (FEDEAFES) espetxean dauden eta gaixotasun mentala duten pertsonekin esku hartzeko Ateak Zabaldu proiektua garatzen du. Programan sartzean, suizidio-arriskua ikertzen da.
- Galdakaoko Unibertsitate Ospitaleak jokabide suizidaren inguruko prestakuntza-ekintza batzuk egin ditu Senideen eta Gaixotasun Mentalaren Bizkaiko Elkarteko (AVIFES) profesionalekin.
- EAAD proiektuaren barruan, Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareak lankidetzan dihardu Gipuzkoako Foru Aldundiarekin, babesik gabeko adingabeentzako egoitzaharrerako sareko profesionalei suizidio-arriskuaren identifikazioko eta lehen esku hartzeko prestakuntza eskaintzeko.
- Bilboko Udalak, Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarearen esku-hartzearekin batera, kaleko psikiatria-programa bat landu du.
- Ertzaintzaren 'Prebentzioa komunikazioaren bidez landuz' programaren barruan, besteak beste bullying-ciberbullyingari buruzko solasaldiak eta hitzaldiak ematen dira eskola-esparruan. Halaber, adinekoen kalteberatasun espezifikoa lotutako gaiak lantzeko hitzaldiak ematen dira egoitzetan. Ertzaintzak, halaber, landa-ingurunerako programa espezifikoa bat dauka.
- Espetxeek suizidioen prebentziorako Esparru Programa bat dute, eta pertsona sartzen

den unean edo arriskua detektatzen denean jartzen da abian. Bestalde, EAEko espetxeetarako osasun-laguntza Osakidetzari transferitu izanari esker, euskal osasun-zerbitzuko profesionalak Buruko Gaixoaren Arreta Integralerako Programan (PAIEM) eta jokabide suizidaren detekzio eta prebentziorako programan sartu dira pixkanaka. Bi proiektu horiek Espetxeetako Zuzendaritza Nagusiak jarri zituen abian.

- Basurtoko Unibertsitate Ospitalean, arrisku handiko biztanleria psikiatrikoari, haur eta gazteen nortasunaren nahasmenduei edo elikadura-nahasmenduei lotutako programa espezifikoak daude.

III. ZATIA. PREBENTZIO ESTRATEGIA

6. PRINTZIOAK

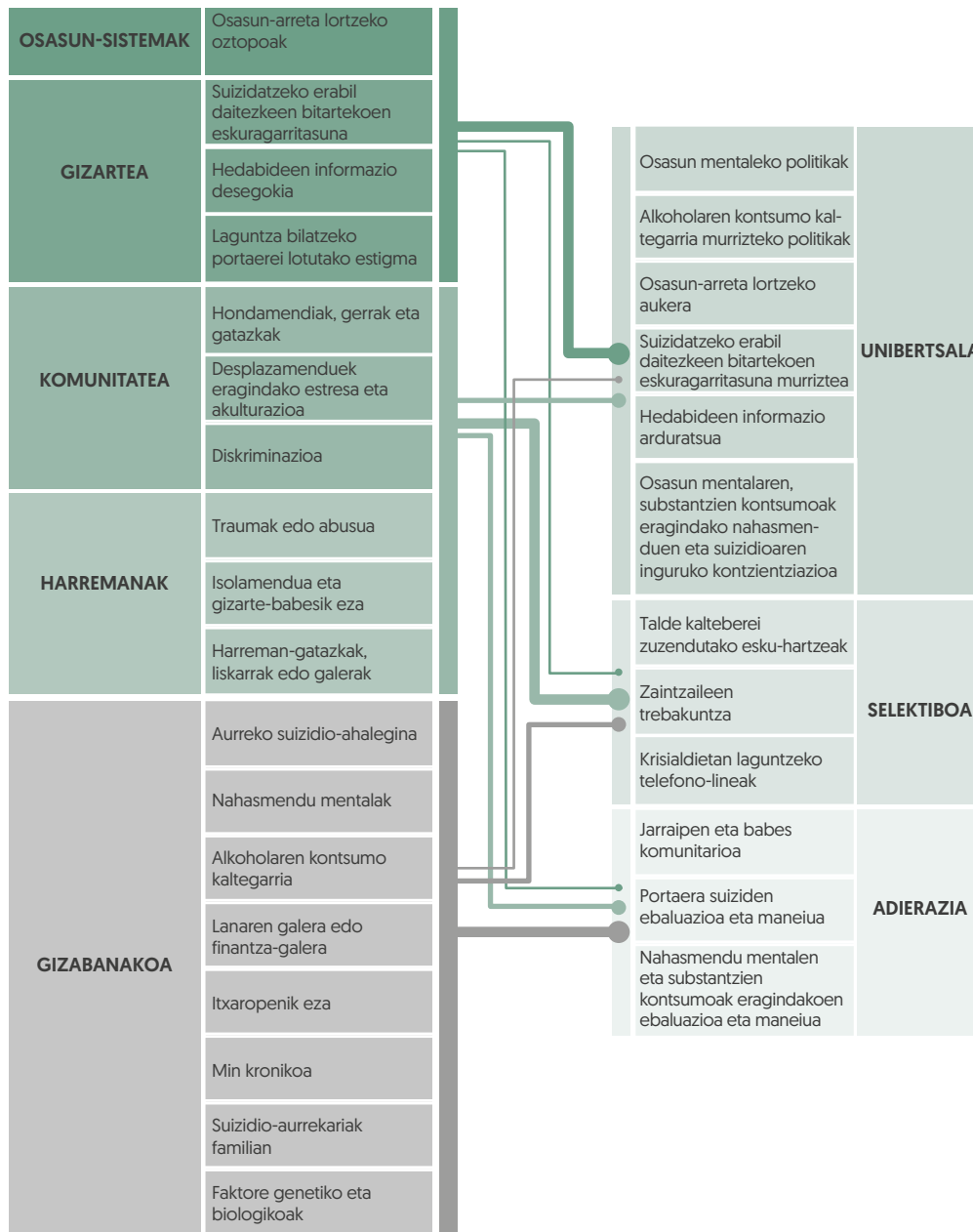
Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategia honako printzipio hauetan oinarrituta dago:

1. **Pertsonarentzako babes-ingurune seguru baten sustapena.** Jokabide suizidaren prebentzioa errazten duen giro indibidual, sozial eta kultural bat sortzea eta horri eustea funtsezkoa da suizidioaren prebentzioaren ikuspegi estrategikoan. Estrategiak euskal gizartearen beste lorpen batzuk izan behar ditu oinarri, hala nola:
 - **Kultura-balio positibo eta solidarioen sustapena:** jokabide suizidaren prebentzioaren barruan, euskal gizartearen inklusio, parte-hartze sozial eta elkartasun handiagoa sustatzeko eta kolektibo kalteberen eta/edo jokabide suizida agertzeko arriskurik handiena dutenen diskriminazioa, marjinazioa edo estigma desagerrarazteko ekintzak egin behar dira.
 - **Jokabide osasungarrien sustapena, osasun-hezkuntzan emozioen kudeaketa txertatuz:** osasun mentalaren sustapenaren eta jokabide suizidaren prebentzioaren barruan, autoestimua, erresilientzia, harreman pertsonaletarako gaitasunak eta trebetasun sozial eta emozionalak sustatzera bideratutako ekintzak egin behar dira.
 - **Politika eta araudi publikoetan suizidio-arriskuaren prebentzioa txertatzea:** osasun mentala eta jokabide suizidaren prebentzioa hobetzeko, jokabide suizidaren aurrean babestuko duten ekintzak bultzatzeko eta arrisku-faktoreak (isolamendua, bidegabekeria, baliabideen eskurazintasuna eta abar) txikiagotzeko zeharkako politikak sustatuko dira.
2. **Prestakuntza.** Inplikaturako profesionalen eta agenteen prestakuntza eta trebakuntza oinarritzakoa da jokabide suizidari eraginkortasunez ekiteko gaitasunen eskuratzeko bermatzeko. Horren helburua jokabide suizidaren prebentziorako eta esku-hartzearen parte hartzen duten diziplina anitzeko taldeen gaitasunak sendotzea da. Suizidioaren prebentziorako lotutako prestakuntza eta trebakuntza aldizkakoa izango da, eta ebidentzia zientifikoan eta eskuragarri dauden jardunbiderik onenetan oinarrituko da. Nolanahi ere, esku-hartzearen fase guztietarako diziplina anitzeko talde kohesionatuak osatuko dira.
3. **Protokolizazioa.** Suizidatzeko arriskuan dauden pertsonen zerbitzuak eskaintzeko protokoloak garatu eta inplementatu behar dira, inplikaturako agenteen arteko lankidetzak eta erantzuteko ahalmena sustatzen dituzten tresnak baitira. Era horretan, EAEn suizidioaren prebentziorako inplikaturako dauden profesionalen eta agenteen artean komunikazio eraginkor bat ezartzeko erantzukizun partekatua bat eta lankidetzak-arreta bat sortuko dira. Gainera, zerbitzu psikosantitario, sozial eta komunitarioen arteko koordinazioa sendotuko da.
4. **Integraltasuna.** Jokabide suizidaren prebentzioak inplikaturako sektore eta agente guztiak hartzen ditu eraginpean. Hortaz, eman beharreko erantzunak sektore guztiak inplikatzeko, suizidatzeko arriskuan dagoen pertsonari eta haren familiari erantzun eraginkor eta integral bat emateko.

Proposatutako estrategiak EAEn suizidioek eragindako morbiditate murrizteko eta arriskuan dauden pertsonentzako eta haien familientzako arreta hobetzeko egin beharreko ekintzak deskribatzen ditu. Estrategiak sektore publikoa zein pribatua hartzen ditu kontuan, eta suizidioaren prebentziorako diziplina anitzeko esku-hartzeari lotutako ikuspegi bat dauka (soziosantitarioa). Ikuspegi horren bidez, alde batetik, arriskuan dauden pertsonen laguntza bilatzea eragozten dieten oztopoak hautsi nahi dira, eta, bestetik, informazio gehiago, laguntza hobea eta esku-hartze goiztiarra eskaini nahi da.

Estrategiak, nolanahi ere, OMEk suizidioaren prebentziorako gomendatutako osasun publikoaren ereduari eta ikuspegiari jarraitzen die (3. irudia).

3. irudia. OMEk suizidioaren prebentzioaren inguruan duen ikuspegia. Iturria: OME, 2014³⁴.



7. HELBURUAK

7.1. HELBURU OROKORRA

Jokabide suizidak (ideiak, ahaleginak eta suizidioak) EAEn duen intzidentzia, prebalentzia eta eragina murriztea, osasun publikoaren ikuspegiari jarraituko dion eta ekintzetan eta planteamenduetan jenero-ikuspegia kontuan hartuko duen prebentzio, esku-hartze eta postbentzioko sistema bateratu eta eraginkor baten bidez.

7.2. HELBURU ZEHATZAK

1. EAEn jokabide suizidaren ikerketa, ezagutza eta zaintza epidemiologikoko sistema sendo bat diseinatu eta ezartzea.
2. Herritarrak jokabide suizidaren eta haren prebentzioaren inguruan sentsibilizatu eta informatzea.
3. Administrazioen, gizarte-zerbitzuen, enpresen eta beste agente batzuen inplikazioari esker, komunitateak arrisku-egoeran dauden pertsonak identifikatzeko eta haiei lehen laguntza emateko aukera hobetzea, eta era eraginkorrago eta koordinatuago batean lan egitea, komunitateak prebentzio-zerbitzu hobeak eskaintzeko.
4. Arrisku-egoeran dauden pertsonen suizidioari eta jokabide suizidari aurrea hartzeko osasun-arretako eta/edo gizarte-arretako zerbitzuak eskaintzea.
5. Postbentzioaren bidez, sistemak pertsona maite baten suizidioak eraginpean hartutako zaintzaileei, familiei eta komunitateei laguntza ematea.

48

8. JARDUN ARLOAK ETA NEURRIAK

Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategia 9 jardun-arloz osatuta dago. Arlo bakoitzak jokabide suizidan inplikaturako agenteek jokabide horri aurrea hartzeko, ekiteko eta esku hartzeko hainbat neurri edo ekintza biltzen ditu.

1. Estrategiaren koordinazioa eta jarraipena.
2. Zaintza epidemiologikoa eta ikerketa.
3. Informazioa eta kontzientziazioa.
4. Bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna.
5. Larrialdiak eta lehen esku-hartzea.
6. Esparru komunitarioa.
 - 6.1. Hezkuntza.
 - 6.2. Gizarte-zerbitzuen sistema.
 - 6.3. Lan-esparrua.
 - 6.4. Familia-esparrua.
7. Osasun-esparrua.
 - 7.1. Osasun-esparru orokorra.
 - 7.2. Lehen mailako arreta.
 - 7.3. Osasun mentala.
 - 7.4. Ospitale orokorra.
 - 7.5. Farmazia komunitarioa.

8. Postbentzioa.
9. Kalteberatasun-egoeran dauden kolektiboak.

8.1. ESTRATEGIAREN KOORDINAZIOA ETA JARRAIPENA

8.1.1. HELBURUAK

- Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategiaren garapena bermatzea.

8.1.2. NEURRIAK

- **1. neurria. Estrategiaren Koordinazio eta Jarraipen Batzordea sortzea.** Suizidioaren prebentzian inplikaturako erakunde guztietako ordezkariak osatuta egongo da, eta estrategian aurreikusitako ekintzen garapenaren inplementazioa, monitorizazioa eta sustapena zuzentzeaz arduratuko da.
- **2. neurria. Urteko jarraipen-txostena egitea.** Aldi horretan egindako jarduera, lortutako emaitzak eta hurrengo urterako aurreikusitako ekintzak eta emaitzak deskribatuko ditu.

8.2. ZAINZA EPIDEMIOLOGIKOA ETA IKERKETA

8.2.1. HELBURUAK

- Zaintza-sistemak eta EAEko suizidioaren prebentzian informazioa bildu, aztertu eta aplikatzeko duten baliagarritasuna hobetzea.
- Ikerketa epidemiologiko, klinikoa eta soziala sustatzea, jokabide suizidaren inguruko ebidentzia eta prebentzioa hobetzeko.

8.2.2. NEURRIAK

- **3. neurria. EAEko Suizidioaren Behatokia sortzea.** Independentea edota beste batzuetan txertatua (etorkizuneko Osasunaren Behatoki batean, adibidez) eta beste batzuekin koordinatua (Gazteen Euskal Behatokiarekin, adibidez). Honako ardurak izango ditu: jokabide suizidari buruzko informazio-sistema bat (edo Datuen Gutxieneko Multzoa) zehaztu, ahalbidetu eta monitorizatzea, Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutuarekin, Eustatekin, Ertzaintzarekin, SOS-Deiak zerbitzuarekin, Osakidetzarekin eta abarrekin koordinatuta zaintza epidemiologikoa egitea eta erregistratzea, egoerari buruzko txostenak eta jarduteko gomendioak egitea, eta EAEko suizidioaren prebentzian buruzko ikerketa koordinatzea.
- **4. neurria. Jokabide suizidari buruz ikertzeko estrategia bat lantzea.** Euskadiko Suizidioaren Behatokiak ezagutza hobetzeko identifikaturako premietatik abiatu beharko da, jokabide suizidari buruzko informazio eta ezagutza epidemiologiko, klinikoa eta sozial zabalagoa ematen laguntzeko, jenero-desberdintasunak eta kalteberatasun-egoeran dauden taldeak bereziki kontuan hartuta, prebentzio-estrategiaren esparruan egiten diren jardunei ebidentzia handiagoa emateko.
- **5. neurria. EAEko suizidioen erregistro bat sortzea.** Tresna berria izango da gure ingurunean. Gaur egun suizidioek eragindako heriotzei buruz eskuragarri ez dagoen informazio garrantzitsua bilduko du (lanbide-kategoria eta abar). Erregistroa auzitegi-medikuek heriotza horien kasuan sistematikoki bilduko duten informazioan oinarrituta sortuko da, EAEko adikzioei buruzko informazio-sistemaren ereduari jarraikiz (“heriotza-tasaren adierazlea”). Informazioa helarazteko mekanismo bizkorrak erabili beharko lituzke, tokiko erreferenteekin, kalitateko ebaluazioa eta postbentzioko esku-hartze proaktiboa bultzatzeko.

- **6. neurria. EAEko suizidio-ahaleginen erregistro bat sortzea.** Osasun-zerbitzuetan zaindutako jokabide suizidari buruzko informazio fidagarria eta baliozkoa bildu beharko du, eta erabaki klinikoak eta osasun-plangintzari lotutakoak hartzen lagunduko du. Gainera, ezinbesteko baliabidea da arazo horri buruzko ezagutza epidemiologikoa hobetzeko. Erregistroaren garapena estrategia honetan deskribatutako beste neurri batzuen (hala nola suizidio-arriskuaren kodea) aplikazioari lotuta egongo da.
- **7. neurria. Autopsia psikologikoak egitea.** Behatokiak identifikatutako interes bereziko profilen kasuan egingo da (hala nola adingabe, gizon heldu eta abarren kasuan), eta burututako suizidioei buruzko informazio kliniko eta forentsearen kontrastea eta elkarrekiko kontsulta gaitzen eta ahalbidetzen duen mekanismoa izango da.
- **8. neurria. Suizidioaren prebentzioa sartzea ikerketarako laguntzen lehentasunezko lerrotzat instituzio publikoetan.** Ikerketa funtsezkoa da jokabide suizidari buruzko ezagutza zabaltzeko eta proposatutako prebentzio-ekintzei eraginkorra-koak izateko beharrezkoa den ebidentzia emateko.

8.3. INFORMAZIOA ETA KONTZIENTZIAZIOA

8.3.1. HELBURUAK

- Herritarrek jokabide suizidaren inguruan duten kontzientziazioa eta ezagutza hobetzea; adibidez, arriskuan dauden pertsonak identifikatzeko gaitasuna areagotzea.
- Suizidatzeko arriskuan dauden pertsonen laguntza bilatzeko aukera sustatzea.
- Komunikabideak suizidioaren prebentziorako tresnen eta baliabideen hedatzaile eta informatzaile gisa inplikatzeko.
- Sare sozialak zabalkunde-tresna gisa erabiltzea, gazteenekin bereziki.

50

8.3.2. NEURRIAK

- **9. neurria. Urtero sentsibilizazio-kanpainak egitea, jokabide suizidarekin lotutako egunetan.** Herritarrei zuzenduta egongo diren eta estigma murrizteko eta suizidioaren gaiaren inguruko elkarrizketa publikoa eta kontzientzia areagotzeko helburua izango duten kanpainak sortu eta abian jarriko dira. Alde batetik, Suizidioaren Prebentzioaren Munduko Eguna (irailaren 10a) EAEko kontzientziazio sozialaren urteko mugari bihurtzea eta faktoreen (arrisku-faktoreen, alerta-seinaleen eta faktore bizkortzaileen) identifikazioa erraztuko duten eta jokabide suizidaren prebentziorako balio sozial positiboak eta erresilienteak (babes soziala) azpimarratuko dituzten erreferentziazko komunikazio-ekintzen bidez (kanpainak, ekitaldiak eta abar) garrantzi publikoa ematea proposatzen da. Gizarte-kontzientziazioko jarduerak, egun nagusi horretatik kanpo, urte osoan jarraituko du. Horretarako, gaiarekin zerikusia duten beste egun seinalatu batzuen inguruko ekimenak egitea proposatzen da: Bizirik dirautenen Eguna (azaroko hirugarren larunbata), Osasun Mentalaren Munduko Eguna (urriaren 10a), Depresioaren Munduko Eguna eta abar.
- **10. neurria. Jokabide suizidari eta horren prebentziorari buruzko informazio-web bat sortzea.** Jokabide suizidari eta haren prebentziorari buruzko informazio kontrastatua eta kalitatekoa, arriskuan dagoen pertsona batek nora jo dezakeen jakiteko orientazioa eta gomendatutako entitate eta erakundeen beste webgune batzuetarako intereseko estekak eskainiko ditu. Webguneak edukiak kontsultatu eta zabaltzeko erreferentziazko gune bihurtzea eta sare sozialen bitartez ekimenak (herritarrei, arriskuan dauden pertsonen, esparru soziosanitarioko eta hezkuntza-esparruko profesionalei eta komunikabideei zuzenduak) sustatzea izango du helburu.
- **11. neurria. Hedabideentzako orientazio-gida bat argitaratzea eta hedatzea.**

Suizidio-kasuak arduraz lantzeko gomendioak bilduko dituen gida bat egingo da. Erreferentziazko dokumentuetatik abiatuta (OMErenak eta abar), gidak dokumentu horien edukia EAEko errealitatera egokituko du, eta tresna eraginkor bat eskainiko du suizidioak prebenitzeko eta estigma desagerrarazteko pedagogian aurrera egingen laguntzeko, informazioa emateko eskubidea eta betebeharra kaltetu gabe. Gida EAEko funtsezko hedabideetara zabaltzeko lan aktiboa egingo da; adibidez, profesionalentzako tailerrak edo mahai-inguruak egin litezke.

8.4. BITARTEKO HILGARRIETARAKO ESKURAGARRITASUNA

8.4.1. HELBURUAK

- Hilgarriak izan daitezkeen EAEko leku eta bitartekoetarako eskuragarritasuna ezagutu eta mugatzea.
- Hori ezinezkoa denean, zaintza-baliabideak, laguntza-baliabideak edo beste disuasio-neurri batzuk abian jartzea.
- Alkoholaren eta/edo substantzien abusuaren eta jokabide suizidaren arteko loturaren inguruko kontzientziazioa areagotzea eta biztanlerian alkohol-kontsumoa murrizteko ekimenekin lankidetzan aritu.

8.4.2. NEURRIAK

- **12. neurria. EAEko suizidioen mapa bat egitea.** Erabilitako metodoen profila eta hotspot edo arrisku handiko eremuak ezagutzea ahalbidetuko du.
- **13. neurria. Hotspotetan hesiak instalatzea.** Sarbidea eragotz daitezkeen hotspotetan arkitektura-hesiak instalatzea. Ezinezkoa den leku publikoetan, disuasio, zaintza eta laguntzako tresnak instalatzea, organismo eskudunekin koordinatuta (MetroBilbao, Renfe, Euskotren Tranbia eta abarrekin).
- **14. neurria. Hilgarriak izan daitezkeen beste bitarteko batzuen gaineko kontrola areagotzea.** Honako kasu hauetan:
 - a. Farmakoak agindu, eman eta biltzean, farmazia-bulegoekin koordinatuta.
 - b. Su-armak eduki eta zaintzean, armak erraz eskura ditzaketen kolektiboan (segurtasun-indarrak, ehiztariak eta abar), nahasmendu depresiboei lotutako medikuaren bajaren edota edozein alerta-seinaleren kasuan bereziki. Adibidez, armak zaintzeko protokoloak ezar litezke.
 - c. Pestiziden eta beste substantzia toxiko hilgarrien kasuan, landa-eremuetan.
- **15. neurria. Biztanlerian alkohol-kontsumoa murriztera bideratutako neurriak** (Osasun Planean, Adikzioen Planean, Adikzioen gaineko Arreta Integralari buruzko Legean, Euskadiko Adingabeak eta Alkohola programan eta antzeko helburua duten ekimenetan aurreikusitakoak) aplikatu daitezkeen sustatzea, eta arrisku-taldeak alkohol-kontsumoaren eta portaera suizidaren arteko loturaren inguruan kontzientziazteko premia bereziki azpimarratzea.

8.5. LARRIALDIAK ETA LEHEN ESKU-HARTZEA

8.5.1. HELBURUAK

- Krisialdi suiziden kasuan, larrialdi-zerbitzuen eta lehen esku-hartzeko zerbitzuen arteko jardunak koordinatzea.
- Larrialdietako eta lehen esku-hartzeko profesionalei krisi eta arrisku suizidei eraginkortasunez aurre egiteko tresnak eskaintzea.
- Suizidio-arriskuaren susmoa dagoen kasuen identifikazioa eta osasun-eremurako deribazioa bultzatzea.

8.5.2. NEURRIAK

- **16. neurria. Jardun-protokolo integratua sortzea, krisialdi suizidetako lehen esku-hartzeko profesionalentzat.** Protokolo horrek laguntzaren jarraitutasuna ziurtatu beharko du, eta honako hauek inplikatuko ditu gutxienez:
 - a. SOS-Deiak telefono bidezko arreta-zerbitzua.
 - b. Osakidetzaren Emergentziak erakundearen telefono bidezko arreta-zerbitzua eta esku-hartzeko profesionalak.
 - c. Ertzaintza.
 - d. Udaltzaingoa.
 - e. Suhiltzaile-kidegoak.
 - f. Beste batzuk, hala nola gizarte-zerbitzuak eta babes zibila.

Protokoloak honako hauek hartu beharko lituzke kontuan:

52

- a. Deitzen duten pertsonentzako eta arriskuan dauden pertsonentzako telefono bidezko arreta.
 - b. Krisialdi suiziden in situ arreta.
 - c. Burututako suizidioen ondorengo lehen postbentzio esku-hartzea senideentzat.
 - d. Informazioa erregistratu eta helaraztea, eta, beharrezkoa izanez gero, arrisku-kode bat sortzea, Euskarri-Zutabe aplikazioetan eta Emergentziak-Osakidetzaren erakundearen integratua.
 - e. Postbentzio-arreta krisialdi suizidetan esku hartzen duten profesionalentzat.
- **17. neurria. Sistematizatzea lehen esku-hartzeko eta larrialdietako profesionalentzako prestakuntza, krisialdi suizidetako eta lehen laguntza psikologikoetako esku-hartzearekin lotutakoa, etengabeko prestakuntzako programen barruan.** Helburua zuzenean jarduteko prestaketa egokia lortzea eta krisialdi suizidak identifikatzen eta haien intentsitatea murrizten jakitea da. Halaber, burututako suizidio baten kasuan, hildako pertsonaren familiarekin eta hurbilekoekin lehen harremanak eraginkortasunez ezartzen jakin beharko da.
 - **18. neurria. Osakidetzako Osasun Aholkua zerbitzuari ahalmena ematea jokabide suizidekin lotutako kontsulta ez-premiazkoen telefono bidezko arretan buru izateko.** Horretarako, suizidioaren aurka laguntzeko telefono baten antzeko funtzioak bete beharko ditu. Osasun Aholkuko profesionalen trebakuntzari esker, erantzun eraginkorra eman ahal izango da esku-hartze presentziala beharrezkoa ez den egoeretan. Zehazki, zalantzak argituko dituzte eta jarduteko jarraibideak eskaintzen lagunduko dute, detektatutako suizidio-arriskuaren arabera. Suizidio-ahalegin baten kasuan, bizirik dirautenentzako telefono bidezko arreta eskainiko da.

- **19. neurria. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea egun eskuragarri dauden herritarrari laguntzeko eta hura orientatzeko telefonoe-tan.** Adibidez, Haurtzarorako eta Nerabezarorako Laguntza Telefonoan (Zeuk Esan) eta Emakumeen aurkako Indarkeriaren Biktimentzako Telefono bidezko Arreta Zerbitzuan (SATEVI), estaldura soziosanitarioa bizilekuan ematen duen 'BetiOn' plataforma telematikoaren, Itxaropenaren Telefonoaren eta abarren protokoloen antzeko proposamenei jarraikiz.
- **20. neurria. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea kolektibo kalteberenganako lehen esku-hartzeko eta larrialdietako profesionalen esku-hartzeetan.** Adibidez, etxeko indarkeriaren eta jenero-indarkeriaren kasuetan, landa-ingurunean, adinekoengan eta nerabeengan.

8.6. INGURUNE KOMUNITARIOA

8.6.1. HEZKUNTZA

8.6.1.1. Helburuak

- Suizidio-arriskua dagoen kasuetan identifikazio goiztiarra eta lehen laguntza erraztea.
- Hezkuntzaren sektoreko profesionalen suizidatzeko arriskuan dauden gazteak behar bezala identifikatzeko eta haiekin esku hartzeko tresnak eskaintzea.
- Suizidio-arriskuaren susmoa dagoen kasuen osasun-eremurako deribazioa bultzatzea.

8.6.1.2. Neurriak

- **21. neurria. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko ekintzak ikastetxeetan sartzea, EAEn dauden erreferentziatzeko proiektuen esparruan.** Garrantzitsua da hezkuntza-eremuan edo eskola inklusiboaren esparruan programak abian jartzen jarraitzea (hala nola Bizikasi proiektua), eta programa horietan suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko ekintzak txertatzea, arrisku handiko taldeak ardatz hartuta (bullyingaren biktimak diren nerabeak eta gazteak nagusiki) eta ikaskideekin eta familiarekin egin beharreko lana barnean hartuta. Komenigarria izango litzateke, adibidez, bullyingaren kasuetan epe ertain eta luzerako prebentzio-ahalmenarekin jarduteko protokolo bat izatea.
- **22. neurria. Jarduna protokolizatzea ikastetxeen esparruan identifikatutako suizidio-arriskuen aurrean, Eusko Jaurlaritzako Hezkuntzaren eta Osasun Mentalaren arteko lankidetzaren esparruan.** Bi erakundeen arteko lankidetzaren esparrua oinarritzat hartuta, suizidio-arriskuaren kasuetan jarduteko protokolo bat landuko da.
- **23. neurria. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea arrisku-taldeekin bereziki diharduten irakasleen etengabeko prestakuntzan.** Adibidez, ospitaleko eta etxeko hezkuntza-arretarako eta arreta terapeutiko-hezigarriarako zentroetan. Helburua nahigabetuta dauden eta/edo suizidatzeko arrisku handia duten haur eta gazteak garaiz identifikatzeko gai izatea da, eta, horretarako, jokabide suizidari aurre egiteko tresna eta trebetasun egokiak emango zaizkie.
- **24. neurria. Unibertsitatearen ingurunean pertsona erreferenteak hautatzea eta prestatzea, suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoan laguntzeko eta orientatzeko.** Pertsona horiek hezkuntza-komunitatearen laguntza-premia edo laguntza-eskaera orori erantzuteko laguntza-baliabide gisa jardungo dute.

8.6.2. GIZARTE-ZERBITZUEN SISTEMA

8.6.2.1. Helburuak

- Gizarte-zerbitzuen sistemak suizidio-arriskua dagoen kasuetan identifikazio goiztiarra eta lehen laguntza erraztea eta postbentzioa eskaintzea.
- Laguntzeko beste profesional eta baliabide batzuekiko (osasun-arlokoak eta/edo komunitarioak) koordinazioa hobetzea.
- Gizarte-zerbitzuen sistemako profesionaleri arrisku-egoerak identifikatzeko eta haiei heltzeko beharrezkoa den prestakuntza ematea.

8.6.2.2. Neurriak

- **25. neurria. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea, oro har, biztanlerian eta, zehazki, kolektibo kalteberetan, gizarte-zerbitzuen sisteman jasotako jardun-protokoloen barruan.** Adibidez, koordinazio soziosanitarioko, osasun-arloko tokiko sareetako, gizarte-arreta espezializatuko eta/edo udalen osasun-planetako protokoloak. Hainbat jardun-esparrutako profesionalen arteko koordinazio eraginkorra bultzatuko da, eta BetiON zerbitzuak landutakoen antzeko proposamenei jarraituko zaie. Zerbitzu horrek suizidioaren prebentziorako duen prozedura hiru jardun-jarraibidetan antolatuta dago: prebentzioa, detekzioa eta jarraipena.
- **26. neurria. Suizidio-arriskuaren balorazioa eta jarraipena etorkizuneko historia soziosanitarioan sartzea.** Historia soziosanitarioan suizidio-arriskua sartzean, bi sektoreen arreta eta jarraipen hobea bermatuko da.
- **27. neurria. Suizidio-arriskua detektatzeko, esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa eta haren postbentzioa barne hartzea gizarte-zerbitzuen sistemako profesionalen etengabeko prestakuntzan (bai arreta komunitarioan, bai espezializatuan).** Garrantzitsua da kolektibo bereziki kalteberetako pertsona taldeei laguntzen dieten profesionalak suizidio-arriskuaren detekzioan eta lehen mailako arretan eta postbentzio esku-hartzean espezifikoki prestatzea.

54

8.6.3. LAN-ESPARRUA

8.6.3.1. Helburuak

- Lan-eremuan suizidio-arriskuaren kasuak garaiz detektatzeko eta lehen laguntza emateko aukera bultzatzea, arrisku handiagoari lotutako lanbideetan bereziki (segurtasun-indarrak, osasun-arloko profesionalak eta abar).
- Laneko osasunaren arloko profesionaleri suizidatzeko arriskuan dauden pertsonak behar bezala identifikatzeko eta haiekin esku hartzeko tresnak ematea.
- Lan-inguruneetan osasun mentalari lotutako arazoaren estigmaren desagerraraztea eta laguntzaren bilaketa sustatzea.

8.6.3.1. Neurriak

- **28. neurria. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzeko protokoloak zehaztea arrisku handiagoarekin lotutako lanbideetan.** Adibidez, langileen aldizkako osasun-azterketetan edo ebaluazio psikosozialean suizidio-arriskua kontuan hartzea.
- **29. neurria. Suizidio-arriskuan esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea lan-osasuneko profesionalen eta funtsezkoak diren bestelako agenteen (adibidez: erdi-mailako arduradunak) etengabeko prestakuntzan.** Arriskurik handiene-

ko profesionalekin lan egiten dutenen kasuan bereziki, laneko zailtasun emozionalen, arrisku-faktoreen, faktore bizkortzaileen edo alerta-seinaleen identifikazioa eta detekzio goiztiarra hobetzeko. Halaber, lan-inguruneetan osasun mentalari lotutako arazoan estigmaren desagerraraztea eta laguntzaren bilaketa sustatzeko.

- **30. neurria. Lanbide-kategoriaren aldagaia jokabide suizidari buruzko estatistiketan sartzea (idea, ahalegina eta suizidioa).** Horren bidez, EAEn jokabide suizidari lotutako arriskurik handiena duten lanbide-profilak ezagutu ahal izango dira, eta hori lagungarria izango da sentsibilizazio eta prebentzioko ekintzak zehazteko.

8.6.4. FAMILIA-ESPARRUA

8.6.4.1. Helburuak

- Herritarren eta profesionalen trebakuntza eta sentsibilizazioa hobetzea, familia-esparruan suizidioaren prebentzioan laguntzeko.

8.6.4.2. Neurriak

- **31. neurria. Lankidetz-esparru egonkorra ezartzea Eusko Jaurlaritzako Familia Politikako eta Aniztasuneko Zuzendaritzarekin, Familiei Laguntzeko Erakunde arteko IV. Planean jasotako neurrietako batzuk gauzatzean suizidioaren prebentzioa sartzeko asmoz⁶⁸.** Adibidez, familia-bitartekaritzako programak garatzean, emakumeei jaiotza inguruko aldiak laguntzeko baliabideetan, kolektibo kalteberei zuzendutako gurasotasun positiboa sustatzeko programetan (lehen eta bigarren mailako arretako gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartze eta esku-hartze psikosozialeko zerbitzuaren bitartez) edota haur eta nerabeen arrisku digitalen prebentziorako proiektuetan.

8.7. OSASUN-ESPARRUA

55

8.7.1. ESPARRU OROKORRA

8.7.1.1. Helburuak

- Suizidioaren prebentzioa osasun-arloko profesionalen gaitasun gisa txertatzea, eta erakunde guztietan prebentzio-ekintza eraginkorragoa ahalbidetzeko baliabideak abian jartzea, erakunde bakoitzaren berezitasunak kontuan hartuta.
- Sistemaren barruan arrisku-egoeran dauden pertsonen identifikazioa errazteko mekanismoak ezartzea, eta Osakidetzako zerbitzuetan –bereziki– eta osasun-zerbitzuetan –oro har– zerbitzu batetik bestera igarotzean zainketen jarraitutasuna bermatzea.
- Osasun-arloko profesionalak suizidatzeko arriskuan dauden pertsonen zuzendutako esku-hartzea hobetzeko trebatzea.

8.7.1.2. Neurriak

- **32. neurria. Osakidetzan, Suizidio Arriskuaren Kode bat sortzea, historia kliniko elektronikoa (Osabide Global) integratua.** Beste autonomia-erkidego batzuetan dauden kodeen antzekoa izango da, arriskuan dauden pazienteen identifikazio eta jarraipen hobea ahalbidetuko du osasun-sistema publikoaren barruan, eta gutxieneko arreta-irizpide batzuk zehaztuko ditu. Halaber, osasun-arloko informazio-sistemaren barruan osasun-jarduera suizidio-arriskuarekin lotzeko aukera emango du. Honako hauek bildu beharko lituzke gutxienez:
 - a. Arrisku-egoeran dagoen pazientearen Osabide Globaleko identifikazio-kodea (historia kliniko elektronikoko beste alerta batzuen antzekoa).

b. Pazientearen ebaluazioa eta jarraipena, osasun mentaleko zerbitzuaren bidez (ahal bada), edota lehen mailako arreta-zerbitzuaren bidez (arriskuak jarraitzen duen artean).

c. Zainketa jarraitutasunaren bermea, honako hauek barnean hartuta:

- Laguntza-ibilbideak eta zerbitzuen arteko gehieneko deribazio-epeak zehaztea.
- Osakidetzaren Osasun Aholkua izeneko telefono bidezko arreta-zerbitzuan profesional erreferente bat identifikatzea, 36. neurrian zehaztutakoari jarraikiz.

Abian jartzeko, suizidio-ahalegin baten ondorioz osasun-sistemeekin harremanetan jartzen diren pertsonen aplikatuko zaie lehen fase batean, eta suizidio-arriskuari lotutako beste egoera kliniko batzuetara zabalduko da geroago.

- **33. neurria. Suizidioaren prebentzioa sartzeari Osakidetzako erakunde sanitario integratuen (ESI) programa-kontratueta.** Urtero berrikusi eta ebaluatuko da, Estrategia honetan osasun-esparruarekin zerikusia duten neurriak kalitate-irizpideekin abian jartzen direla bermatzeko.
- **34. neurria. Suizidioaren prebentzioa sartzeari Osakidetzako Pazientearen Segur-tasun Estrategiako ekintza-jarraibide gisa.** Suizidioaren prebentzioa osasun-sistema osoan zeharka aplikatu beharreko segurtasun-alderdi gisa txertatzeko, segurtasun-gorabeheren kudeaketa integrala egiteko, eta haien analisia eta ikaskuntza bermatzeko, gertaera kaltegarrietan oinarrituta.
- **35. neurria. Suizidioaren prebentzioa eta postbentzioa sartzeari osasun-arloko profesionalentzako etengabeko prestakuntzako programetan (batez ere, Lehen Mailako Arretan, Larrialdi Orokorretan, Osasun Mentaleko sareetan eta ospitale orokorretako Osasun Mentaleko zerbitzuetan diharduten profesionalen zuzendutako).** Gomendatutako birziklatze-aldizkakotasun bat zehaztuko da (3 urtean behin, adibidez), eta profesional horien oinarritzako gaitasun gisa baloratuko da. Helburua, nolana ere, honako hau izango da: egoera kliniko behar bezala ebaluatzeko eta heriotza-arriskua ahal den neurrian murriztuko duen esku-hartze bat ezartzeko gai izatea, eta, ildo horretan, zerbitzuen arteko deribazioak era koordinatuan egiten jakitea eta profesionalen suizidioaren aurrean agertzen dituzten jarrera negatiboak aldatzea. Prestakuntzak, halaber, postbentzioari eta suizidioaren ondoriozko doluari lotutako alderdiak hartuko beharko lituzke kontuan.
- **36. neurria. Osakidetzaren Osasun Aholkua telefono bidezko arreta-zerbitzuari egiteko nagusia ematea, osasun-mailen eta osasun-zerbitzuen artean igarobidean dauden suizidio-arriskupeko pazienteen laguntzeko eta zainketei jarraitutasuna emateko tresna den heinean.** Neurri horren barruan, segurtasun-zerbitzuetan, larrialdi-zerbitzuetan eta lehen mailako arretan detektatu diren, larrialdi-zerbitzuetan eta ospitale-zerbitzuetan alta jaso duten eta Osasun Mentalera (edo, zerbitzu horrekiko lotura ezartzen den arte, beste osasun-zerbitzu batera) deribatzen dituzten suizidio-arriskupeko pazienteen jarraipen proaktiboa hartzen da kontuan. Neurri horrek Osakidetzako mailak eta zerbitzuak hartzen ditu eraginpean, baina pazienteen osasun-zerbitzu pribatu edo itunduen eta zerbitzu publikoen arteko trantsizioetan laguntzeko eta zainketei jarraitutasuna emateko funtzio hori zabaltzeko aukera balora liteke.
- **37. neurria. Gida bat lantzea suizidio-arriskua duten pazienteentzako eta haien hurbileko pertsonentzako.** Arrisku-faktoreei, faktore bizkortzaileei, alerta-seinaleei eta krisialdi suizida bat agertzen denean eskuragarri dauden baliabide eta tresnei buruzko informazioa emateko gida bat landuko da.
- **38. neurria. Profesionalentzako gida bat lantzea suizidio-arriskuan dauden pazienteen laguntza-beharren eta osasun-sisteman horri heltzeko eskuragarri**

dauden tresnen inguruan. Gida horrek arrisku-faktoreei, faktore bizkortzaileei, alerta-seinaleei, baliabideei, profesionalen arteko komunikazio hobeari eta suizidio-arrisku bat agertzen denean eskuragarri dauden tresnei buruzko informazio kliniko eman behar du, ebidentzian oinarrituta. Gida horrek ebidentzian oinarritutako, erraz erabiltzeko moduko eta historia kliniko elektronikoan txertatu beharreko laguntza-tresna zehatzak bildu beharko lituzke.

8.7.2. LEHEN MAILAKO ARRETA

8.7.2.1. Helburuak

- Lehen mailako arreta-zerbitzuetan suizidioaren prebentzioa hobetzea, eta arriskuan dauden eta suizidio-arrisku handiagoari lotutako patologiengatik (mentalak edo bes-telakoak) joaten diren pertsonen identifikazio goiztiarrari garrantzi berezia ematea.
- Lehen mailako arretako profesionalek suizidio-arriskua identifikatzen den kasuetan egiten duten esku-hartzea babestea.

8.7.2.2. Neurriak

- **39. neurria. Suizidio-arriskuaren ebaluazioa sartzea arrisku berezia duten patologien (hala nola depresioaren) inguruko Osakidetzaren Lehentasunezko Eskaintza ebaluatzeko adierazle gisa (lehen mailako arretan garatu beharreko Euskadiko Osasun Planean lehenetsitako gaixotasunen prebentzio eta esku-hartze osoa bilduko duena).** Suizidio-arriskuaren ebaluazioa sistematikoki egin behar da suizidio-arriskua eragin dezaketen patologietan, hala nola depresio-kasuetan, mina edo ezintasun funtzionala dakarten gaixotasun kronikoetan eta dolu-kasuetan.
- **40. neurria. Historia kliniko elektronikoan (Osabide), suizidio-arriskua moneiatzen laguntzeko tresnak sartzea.** Adibidez, detektatutako arriskuaren araberako gomendioak emango dituen suizidio-arriskuari buruzko “anezka” informatikoa edo baliokidea.
- **41. neurria. Suizidio-arriskua ebaluatzeko oroigarriak sartzea suizidio-arrisku handiko patologietan erabili ohi diren tresnetan.** Oroigarri horiek profesionalaren lana erraz dezakete; adibidez, historia kliniko elektronikoan dauden formulario espezifikoen, Zainketa Aringarrien Plan Indibidualizatuan eta abar.

57

8.7.3. OSASUN MENTALA

8.7.3.1. Helburuak

- Osasun mentaleko zerbitzuek suizidioaren prebentzioa hobetzea, eta pazientearen arretaren fase guztietan (arriskuaren identifikazioa, ebaluazioa eta ondorengo esku-hartzea, jarraipena eta koordinazioa, informazioaren erregistroa eta emaitzen analisia) ebidentzian oinarritutako erantzun bizkor bat bermatzen saiatzea.
- Paziente baten suizidioaren kasuan, senideentzako eta/edo inplikaturako profesionalentzako arreta hobetzea (postbentzioa).
- Osasun mentaleko profesionalei jokabide suizidaren inguruan esku hartzeko pres-takuntza-baliabideak eta laguntza-baliabideak eskaintzea.

8.7.3.2. Neurriak

- **42. neurria. Osasun mentaleko erakunde edo zerbitzu bakoitzean, ebidentzia zientifikoan oinarritutako suizidio-arriskurako zainketa-plan bat zehaztu eta aplikatzea.** Osakidetzaren kasuan, Zainketa Plana Osabideren prozesuen kudeaketa

integralerako etorkizuneko tresnaren bidez egituratuko litzateke, eta honako hauek hartuko lituzke kontuan, adibidez:

- a. Suizidio-arriskuaren baheketa unibertsala (lagundutako pertsona guztiak, bisi-taldi guztietan).
 - b. Arriskua identifikatzen zaien pazienteei zuzendutako Segurtasun Plan Indibi-dualizatua.
 - c. Harreman laburrak arriskupeko pazienteen laguntzarik ezaren eta trantsizioen kasuan.
 - d. Suizidio-arriskurako esku-hartze psikoterapeutiko espezifikoak, ahal bada.
 - e. Postbentzioa (senide eta profesionalen zuzendutako jardunak).
 - f. Segurtasuneko eta ingurumen-auditoriako neurri espezifikoak ospitale-unitateetan.
- **43. neurria. Suizidio-kasuetako gertaeraren ondoko diziplina anitzeko berri-kuspenera erakunde bakoitzean.** Suizidatzeko arriskua duten pertsonen zuzendutako arretan eta esku-hartzean eta arretaren antolamenduan hobetu beharreko arloak identifikatzeko.
 - **44. neurria. Suizidio-arriskua duten pazienteen arreta-prozesuan familia sartzea.** Ahal denean, komenigarria da senideak edo hurbileko pertsonak sartzea, jokabide sui-zida eta suizidio-arriskua agertzen duten pertsonentzako laguntza terapeutiko gisa.
 - **45. neurria. Suizidio-arriskua duten pazienteenganako arreta azkarra ahalbi-detzea, agenden kudeaketa hobetuta.** Hitzorduak suizidio-arriskua duten pazien-teekin esku hartzeko protokoloan ezarritako denboraren arabera zehaztuko dira.

8.7.4. OSPITALE OROKORRA: LARRIALDI OROKORRETAKO ZERBITZUAK ETA BESTELAKO OSPITALE-ZERBITZUAK

58

8.7.4.1. Helburuak

- Suizidio-arriskua duten pertsonen identifikazioa erraztea, ospitalera arrazoi horren-gatik edo beste batengatik joan diren kontuan hartu gabe.
- Larrialdi orokorretako zerbitzuetan eta beste ospitale-zerbitzu ez-psikiatriko batzue-tan, suizidio-arriskuaren inguruko esku-hartzea hobetzea.

8.7.4.2. Neurriak

- **46. neurria. Historia kliniko elektronikoan (Osabide) sartzea egoera kliniko susmagarriak, larrialdi orokorretako eta/edo ospitalizazioko medikuak suizi-dio-arriskua ebaluatu beharrekoak.** Egoera kliniko susmagarrietan (hartutako far-mako jakin batzuk, traumatismoak eta abar) larrialdietako zerbitzuetara iristen di-ren eta/edo ospitaleratzen diren pazienteak baloratu egin behar dira, agertzen duten suizidio-arriskuaren norainokoa ezagutzeko.
- **47. neurria. Ahalegin baten ondorioz joaten den pazientearen edo suizi-dio-arriskua duela susmatzen den pazientearen segurtasunari buruzko alder-diak protokolizatzea.** Suizidio-arriskua duten eta adierazitako unitateetan arreta jaso duten pazienteen segurtasuna bermatu beharko da, eta, horretarako, adibidez, leku seguruak eta gehieneko itzarote-denborak identifikatuko dira, hilgarriak izan daitezkeen bitartekoak eskuratzeko aukera murriztuko da, etengabeko laguntza aholkatuko da eta abar. Halaber, erabakiak hartzen laguntzeko tresnak garatuko dira (arriskua ebaluatzeko egiaztapen-zerrendak, Osabiden alde aurretik idatzi-tako dokumentua eta abar), eta loturako erizaintzarekiko, lehen mailako arretako medikuekiko eta Osasun Mentaleko Sarearekiko koordinazioa protokolizatuko da, larrialdietako esku-hartzearen ondoren pazienteen hitzordua ziurtatzeko.

8.7.5. FARMAZIA KOMUNITARIOA

8.7.5.1. Helburuak

- Farmazia-bulegoan suizidio-arriskuaren kasuen identifikazio goiztiarra eta lehen laguntza eta osasun-sistemako laguntza-zerbitzuekiko koordinazioa hobetzea.
- Farmaziako profesionalak trebatzea, suizidio-arriskuko egoerak identifikatzen eta egoera horien aurrean jarduten jakin dezaten eta, ahal bada, bitarteko hilgarriak eskuratzeko aukera murriz ditzaten.

8.7.5.2. Neurriak

- **48. neurria. Farmazia komunitarioaren eta osasun-sistemaren arteko lankidetzaprotokoloak ezartzea.** Farmazia komunitarioak suizidio-arriskua duten pertsonak identifikatzeko zeregina sustatuko dute, eta osasun-arretarako deribazioa erraztuko dute. Halaber, deribaziorako irizpide batzuk eta osasun-sistemarekin komunikatzeko mekanismo batzuk bildu eta segurtasun-neurri batzuk proposatuko beharko lituzkete (farmakoak emateko moduari lotutakoak, adibidez). Ekimena, nolana ere, beste autonomia-erkidego batzuetan hainbat egoera klinikotan aplikatzen diren eredu baliokideetan oinarrituta egon liteke.
- **49. neurria. Suizidio-arriskuan esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea farmazia komunitarioko profesionalen etengabeko prestakuntzan.** Farmazia-erloto profesionaleri arrisku-faktoreen, egoera bizkortzaileen eta suizidio-arriskuaren alerta-seinaleen inguruko ezagutzak emateko, eta berehalako arriskuaren egoerak detektatzeko gaitasuna sendotzeko, beharrezkoa izanez gero bitarteko hilgarriak eskuratzeko aukera mugatu ahal izan dezaten.

8.8. POSTBENTZIOA

59

8.8.1. HELBURUAK

- Berehalako postbentzioan esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea.
- Bizirik dirauten pertsonak (profesionalak barne) gizarte-zerbitzuetatik eta osasun-zerbitzuetatik beren premien arabera laguntza eta erantzuna jasoko dutela bermatzea.
- Bizirik dirauten pertsonen elkarrekiko laguntzako baliabideak eta zerbitzuak babestea.
- Profesionalak suizidioaren ondoriozko doluan trebatu eta prestatzeko aukera bultzatzea.

8.8.2. NEURRIAK

- **16. neurria.** Suizidioaren berehalako postbentziorako protokolizazio bat behar da, bizirik dirauten pertsonen (profesionalak barne) lehen erantzun bizkorra eta egokia emateko eta, beharrezkoa denean, kasuak banakako eta taldeko babes- eta laguntza-baliabideetara deribatzen. Gomendio hori, nolana ere, krisialdi suizidei lotutako lehen esku-hartzeko profesionalentzako jardun-protokolo integratuaren ezauzgarriak eta edukia deskribatzen dituen 16. neurrian txertatu da.
- **17., 27. eta 35. neurriak.** Berehalako postbentzioa eta suizidioaren ondoriozko dolua lehen esku-hartzeko, lehen mailako arretako, osasun mentaleko eta larrialdi orokorretako profesionalen eta gizarte-eragileen etengabeko prestakuntzako arlo gisa txertatu beharko lirateke, suizidio baten ondorioz pertsona maite bat galdu duten pertsonen laguntza eta/edo babes- eta laguntza-zerbitzuetara behar bezala deribatzen jakin dezaten. Gomendio hori, nolana ere, inplikaturako profesionalen etengabeko prestakuntzari lotutako 17., 27. eta 35. neurrietan txertatu da.

- **50. neurria. Instituzio publikoetatik, bizirik dirautenen asoziazionismoa sustatzea eta babestea.** Para promover y facilitar la formación de grupos de supervivientes y fomentar su actividad como recurso de ayuda mutua. Bizirik dirautenen taldeak osatzeko aukera sustatu eta errazteko, eta haien jarduera elkarri laguntzeko baliabide gisa bultzatzeko.
- **51. neurria. Bizirik dirautenentzako arreta Osakidetzako zerbitzugintzan sartzeta.** Bizirik dirauten pertsoneri, laguntza- eta euskarri-zerbitzu osagarri gisa, banakako eta/edo taldeko psikoterapia-zerbitzu bat eskaintzea, dolu zailen kasuak bereziki azpimarratuta.

8.9. KALTEBERATASUN-EGOERAN DAUDEN KOLEKTIBOAK

8.9.1. HELBURUAK

- Arrisku handiko taldeetan edo talde kalteberetan suizidio-arriskua murriztea.
- Kalteberatzat hartutako kolektiboetako pertsoneri laguntza-baliabideak eskuratzeko aukera erraztea.
- Jokabide suizidaren inguruan esku hartzean eta hari heltzean, kalteberatzat hartutako kolektiboetako pertsonen premia berezien arabera erantzuna ematea.

8.9.2. NEURRIAK

- **52. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea haur eta nerabeen biztanlerian.** Suizidio-arriskua baloratzea eta hari ekitea, eta eskola-jazarpena, sexu-abusua edo tratu txar fisikoak jasan dituzten haur eta nerabeei jarraipen berezia egitea.
- **53. neurria. Indarkeria-kasuetan jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea.** Suizidio-arriskua baloratzea eta hari ekitea, eta indarkeriaren biktimak izan daitezkeela ikusten den kasuen edota dagoeneko egoera hori detektatu den kasuen jarraipen berezia egitea. Halaber, tratu txarren emalea hartu behar da kontuan. Adibidez, etxeko indarkeriaren eta jenero-indarkeriaren biktimen kasuan, jokabide suizida detektatu eta tratatzeko kontrol-jarraibide batzuk txerta daitezke egungo arreta-protokoloan.
- **54. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea zaharren eta gaixotasun kronikoak, terminalak, desgaitasuna, mendekotasuna edo bakardadea dituzten pertsonen biztanlerian.** Gaixotasun kronikoak, gaixotasun terminalak edo desgaitasuna dituzten, bakarrik dauden edota gizarte-loturarik ez duten adinekoen suizidio-arriskua baloratzea eta hari ekitea, landa-ingurunea bereziki kontuan hartuta.
- **55. neurria. Espetxeetan jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea.** Barne Ministerioaren 2014. urteko Suizidioaren Prebentziorako Esparru Planari jarraituko zaio, eta arreta berezia eskainiko zaie espetxearen barruan arriskurik handiena duten taldeei (nahasmendu mental larria dutenei, adibidez).
- **56. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea sexu-orientazioaren eta/edo jenero-identitatearen ondorioz diskriminazioa jasaten duten pertsonengan.** Suizidio-arriskua baloratzea eta hari ekitea, beren ez-augarriengatik bullyinga, diskriminazioa, estigma eta tratu txarrak jasan dituzten pertsonak bereziki kontuan hartuta.
- **57. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea etxerik gabeko pertsonengan.** Etxerik ez duten pertsona askok osasun mentalari eta adikzioei lotutako arazoak dituzte, eta, horregatik, oso garrantzitsua da prebentziorloko esku-hartze espezifiko komunitarioak egitea, suizidio-arriskuaren detekzioa zein osasun mentaleko zerbitzuak baliatzeko aukera erraztu eta egokitzeke.

9. ESTRATEGIAREN HEDAPENA ETA EBALUAZIOA

Emaitzen hedapena eta ebaluazioa estrategiaren funtsezko alderdi bat da. Horretarako, plangintza **garbi eta errealista** bat, ekintzen **kontrola eta jarraipena** egiteko egitura sendoak eta emaitzak **ebaluatzen** ahalik eta **esparrurik osatuena eta arinena** behar dira, erabakiak ongi eta bizkor hartzen laguntzeko.

Kontuan hartu behar da **estrategia hedatzea bereziki zaila dela**. Izan ere, gizarte osoa inplikatzeko du zeharka, eta agente eta sektore asko koordinatu behar dira. Inplementazioaren zientziak frogatu duenez, jardunbiderik onenak aukeratzea ez da nahikoa emaitza onak lortzeko, jardunbide horiek behar bezala inplementatu behar baitira, aplikatu behar diren testuinguru zehatzaren arabera.

Bestalde, suizidioaren prebentzioa **erronkatzat** hartu behar da **emaitzen ebaluazioaren ikuspegitik**. Erreferentziatzeko tasak txikiak dira, eta, beraz, aldaketa txikiek (datuen bilketan egindako hobekuntzek edo estrategiaren garapenez kanpoko faktoreen aldaketek, adibidez) eragin handia izan badezakete ere, horrek ez du adierazten esku-hartzeen ondorio erreal positibo edo negatibo errealik. Gainera, onartu beharra dago suizidioaren prebentziorako estrategiek **aplikazioaldi** luzea behar izaten dutela eragin nabarmena izateko, esku-hartze askoren eta suizidioaren fenomenoaren beraren izaera eta konplexutasuna dela eta. Horregatik, oso garrantzitsua da egin beharreko lana ebaluatzean hainbat adierazle mota erabiltzea.

Honako hauek dira hedapena arrakastatsua izateko **funtsezko faktoreak**:

- Inplikaturako erakundeetako arduradunek lidergo sendoa eta agerikoa izatea.
- Inplikaturako pertsonak trebatu eta motibatzea, eta egin beharreko jardueraren ibilbide-orri garbi bat ematea.
- Egindako lanaren etengabeko jarraipena, ebaluazioa eta doikuntza egitea, aldez aurretik zehaztutako ebaluazio-esparru batean oinarrituta.
- Inplementatzeko baliabide nahikoak izatea.

61

9.1. ESTRATEGIAREN HEDAPENA

9.1.1. DENBORA TARTEA

Estrategiaren konplexutasuna eta askotariko faktoreak kontuan hartuta, 5 urteko denbora tarteak ezarri da berrikuspen orokorra egiteko. Berrikuspen horrek strategiaren hedapena eta inplementazioari lotutako arrakasta-faktoreak eta porrot-faktoreak ebaluatu beharko ditu, eta beharrezkoak diren zuzenketa operatibo eta estrategikoak proposatu.

9.1.2. GAINBEGIRATZEKO MEKANISMOAK

9.1.2.1. Estrategiaren Koordinazio eta Jarraipen Batzordea

- **Egitura:** Suizidioaren Prebentziorako Euskadiko Estrategiaren Koordinazio eta Jarraipen Batzordea Osasun Mentalari buruzko Euskadiko Aholku Batzordearen ekimenez eratutako organo bat da, strategiaren lehen neurria betetz. Osasun Saileko Osasuneko sailburuordeak zuzenduko du, eta berak egingo du deialdia.
- **Osaera:**
 - a. **Presidentea:** Osasuneko sailburuordea. Osasun Mentalari buruzko Aholku Batzordeko presidentea.

b. Idazkaria: Osasun Mentalari buruzko Aholku Batzordeko idazkaria.

c. Batzordekideak:

- Osasun Saileko Osasun Publikoaren zuzendaria.
- Osasun Saileko Plangintza eta Antolamenduko zuzendaria.
- Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko zuzendariordea.
- Segurtasun Saileko ordezkari 1, sailburuak izendatua.
- Hezkuntza Saileko Hezkuntza Berriztatze zuzendaria.
- Udal-esparruko ordezkari 1, Eudelek izendatua.
- Bizkaiko Foru Aldundiko ordezkari 1, Gizarte Ekintzako diputatuak izendatua.
- Arabako Foru Aldundiko ordezkari 1, Gizarte Ekintzako diputatuak izendatua.
- Gipuzkoako Foru Aldundiko ordezkari 1, Gizarte Ekintzako diputatuak izendatua.
- Justizia Saileko Justiziako zuzendaria.
- Biziraun elkarteko ordezkari 1.
- FEDEAFESeko ordezkari 1.

d. Estrategiaren koordinazioa: Batzordeko idazkari teknikoa.

• **Funtzioak:**

- a. Estrategia honetan bildutako neurrien zehaztasuna eta aplikagarritasuna zaintzea, erantzunkidetasunean oinarrituta eta erakunde-eremu bakoitzeko eskumen-esparruaren arabera (9.1.3 atala).
 - b. Adierazitako sektoreek Estrategia honetan bildutako neurrien ebaluazioa eta jarraipena iradokitako adierazleei jarraikiz egin dezaten sustatzea (9.2 atala).
 - c. Estrategiaren helburuak eta adierazleak monitorizatzea eta beharrezkotzat hartzen diren doikuntzak proposatzea.
 - d. Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategiaren emaitzak ebaluatzea eta urteko jarraipen-txosten bat egitea.
 - e. Azpibatzerde espezializatuen sorkuntza proposatzea, bildutako neurriak hedatzearen konplexutasunaren eta inplementazio espezifikokoago baten premiaren arabera.
- **Bileren aldizkakotasuna:** Batzordeak urtean lau bilera egingo ditu gehienez (hiru hilean behin), eta bi bilera gutxienez (sei hilean behin).

62

9.1.2.2. Urteko jarraipen-txostena

Batzordeak landuko du. Aldi horretan egindako jarduera, lortutako emaitzak eta hurrengo urterako aurreikusitako ekintzak eta emaitzak deskribatu behar ditu. Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategiaren Ebaluazio eta Jarraipen Batzordea osatzen duten pertsonen txosten hori zabalduko dute beren eragin-esparruan.

9.1.3. HEDAPEN-PLANA ETA ARDURADUNAK

Estrategiaren konplexutasuna eta egin beharreko ekintzen kopuru handia dela eta, ongi antolatutako lan eraginkor bat egitea ahalbidetuko duen hedapen-plan bat zehaztu behar da. Ildo horretan, neurri bakoitzak izan dezakeen eraginari lotutako irizpideak, neurrien hedapenaren epe laburrerako bideragarritasuna eta alde aurretik beste neurriren baten garapenean oinarritzeko premia hartu dira kontuan. Edonola ere, neurri guztiak beha-

rrezkoak direla eta lehenbailehen hedatzeko ahalegina egin behar dela aitortzen da. Era berean, neurri bakoitza zer erakundek edo organismok garatu beharko lukeen proposatu behar da, eta Batzordeari egindako aurrerapenaren berri eman behar zaio (8. taula).

- **A multzoko neurriak:** lehen urtean hasi beharko lirateke hedatzen.
- **B multzoko neurriak:** ahal bezain laster (eta bigarren urtean gehienez) hasi beharko lirateke hedatzen.
- **C multzoko neurriak:** ahal bezain laster (eta hirugarren urtean gehienez) hasi beharko lirateke hedatzen.
- **D multzoko neurriak:** ahal bezain laster (eta bosgarren urtean gehienez) hasi beharko lirateke hedatzen.

9.1.4. HEDATZEKO BALIABIDEAK

Neurriak hedatzeko baliabideen inplementazioa, estrategia gisa, jokabide suiziden inguruan erakunde-eremura eta gizarte-eremura zabaldu beharreko lehenespen eta sentsibilizazioaren barruan kokatzen da. Erakunde eta instituzioek, beren barne-dinamikaren barruan, lehenetsun berriak txertatzeko eta, beharrezkoa izanez gero, haien finantzaketa espezifikorako antolamendu-baliabideak izan ohi dituzte.

Sektoreen artean laguntza- eta arreta-prozesuak berriz diseinatzea, prestazio espezifikoak sendotzea edo profesionalak prestatzea dakarten neurri horiek inplementatzeko, ohiko tresnak irmo kudeatu ahal izango dira antolamendu-maila handietan, antolamendu-maila txikitara eramateko. Neurri batzuk egun abian dauden proiektu orokorrago batzuetan txertatu ahal izango dira, hala nola Suizidioaren Behatokia Osasunaren Behatoki Globalean, edota hainbat esparrutako erakunde-planekiko sinergiak. Azkenik, neurri batzuek ad hoc finantzaketa beharko dute. Prebentzio-neurriak eta laguntza-esparru hertsitik kanpokoak izango dira batez ere, eta bitarteko hilgarriak eskuratzeko aukerari edo sentsibilizazio-kanpainei lotuta egongo dira. Nolanahi ere, Jarraipen eta Ebaluazio Batzordeak bultzada garbia eman beharko du neurri horiek eragin-esparru guztietan inplementatu eta lehenesteko (8. taula).

8. taula. Neurriak, hedapenaren, erakunde-esparruaren eta arduradunen arabera.

NEURRI MOTA	NEURRIA	ERAKUNDE-ESPARRUA	ARDURADUNA
A MULTZOKO NEURRIAK	3. neurria. EAEko Suizidioaren Behatokia sortzea.	<ul style="list-style-type: none"> Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila. Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza. Osasun Saila. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentalari buruzko Aholku Batzordea.
	10. neurria. Jokabide suizidari eta horren prebentziari buruzko informazio-web bat sortzea.	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Integrazio Asistentzial eta Kronikotasun Zerbitzua [IAKZ]. Osasun Eskola. 	<ul style="list-style-type: none"> Integrazio Asistentzial eta Kronikotasun Zerbitzuko [IAKZ] arduraduna.
	16. neurria. Jardun-protokolo integratua sortzea, krisialdi suizidetako lehen esku-hartzeko profesionalentzat.	<ul style="list-style-type: none"> Ertzaintza Udaltzaingoak. Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritza [LAEMZ]. Osakidetzako larrialdiak. Foru- eta udal-suhiltzaileak. 	<ul style="list-style-type: none"> Ertzaintzaren Zuzendaritza. Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritza. LAEMZ. Osakidetzako Emergentzien Gerentzia. Suhiltzaileen zuzendaritzak.
	22. Neurria. Jarduna protokolizatzea ikastetxeen esparruan identifikatutako suizidio-arriskuen aurrean, Eusko Jaurlaritzako Hezkuntzaren eta Osasun Mentalaren arteko lankidetzaren esparruan.	<ul style="list-style-type: none"> Hezkuntza Berritzatzeko Zuzendaritza. Hezkuntza Saila. Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza. Osakidetza. Batzorde Mistoa [Osasuna – Hezkuntza]. 	<ul style="list-style-type: none"> Hezkuntza Berritzatzeko Zuzendaritza. Berritzegune Nagusiko arduraduna. Osakidetzako Osasun Mentalaren koordinazioa.
	32. neurria. Osakidetzan, Suizidio Arriskuaren Kode bat sortzea, historia kliniko elektronikoan [Osabide Global] integratua.	<ul style="list-style-type: none"> Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza.
	34. Neurria. Suizidioaren prebentzioa sartzeko Osakidetzako Pazientearen Segurtasun Estrategiako ekintza-jarraibide gisa.	<ul style="list-style-type: none"> Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritza. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Pazientearen Segurtasun Estrategiako arduraduna.
	35. neurria. Suizidioaren prebentzioa sartzeko osasun-arloko profesionalentzako etengabeko prestakuntzako programetan [batez ere, Lehen Mailako Arretan, Larrialdi Orokorretan, Osasun Mentaleko sareetan eta ospitale orokorretako Osasun Mentaleko zerbitzuetan diharduten profesionalen zuzendutako].	<ul style="list-style-type: none"> Etengabeko prestakuntza. Osakidetzako Zuzendaritza Nagusia. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetzako etengabeko prestakuntzako arduraduna.
	36. neurria. Osasun Aholkua telefono bidezko arreta-zerbitzuari egiteko nagusia ematea, Osakidetzako mailen eta zerbitzuen artean igarobidean dauden suizidio-arriskupeko pazienteen jarraipena egiteko tresna den heinean.	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetzako larrialdiak. Osasun Mentaleko sareak eta psikiatria-zerbitzuak. Ertzaintza. Udaltzaingoak. Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritza [LAEMZ]. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Aholkuko arduraduna. Osasun Mentaleko sareen zuzendaritza medikoak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuetako burutzak. Ertzaintzaren Zuzendaritza. Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritza. LAEMZ.
	40. neurria. Historia kliniko elektronikoan [Osabide], suizidio-arriskua maneiatzen laguntzeko tresna sartzeko.	<ul style="list-style-type: none"> Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetzako Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza.
	42. neurria. Osasun mentaleko erakunde edo zerbitzu bakoitzean, ebidentzia zientifikoan oinarritutako suizidio-arriskurako Zainketa Plan bat zehaztu eta aplikatzea.	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuak. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareen zuzendaritza medikoak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuetako burutzak.
50. neurria. Institutuzio publikoetatik, bizirik dirautenen asoziazionismoa sustatzea eta babestea.	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza. Osasun Saila. Gizarte Zerbitzuen Zuzendaritza. Enpleguko eta Gizarte Politiketako Saila. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza. Gizarte Zerbitzuen Zuzendaritza. Foru Aldundiak. Udalak. 	

NEURRI MOTA	NEURRIA	ERAKUNDE-ESPARRUA	ARDURADUNA
B MULTZOKO NEURRIAK	4. neurria. Jokabide suizidari buruz ikertzeko estrategia bat lantzea.	· Ikerketa eta Berrikuntza Sanitarioko Zuzendaritza.	· Ikerketa eta Berrikuntza Sanitarioko Zuzendaritza.
	5. Neurria. EAEko suizidioen erregistroa sortzea.	· Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. · Justizia Administrazioako Zuzendaritza. · Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutua. · Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza. · Osakidetza.	· Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. · Osasunaren Behatokiko arduraduna.
	6. neurria. EAEko suizidio-ahaleginen erregistroa sortzea.	· Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. · Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza. · Osakidetza.	· Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. · Osasunaren Behatokiko arduraduna.
	9. neurria. Urtero sentsibilizazio-kanpainak egitea.	· Eusko Jaurlaritza. · Bizirik dirautenen elkarteak. · Profesionalen elkarteak.	· Estrategiaren Koordinazio eta Jarraipen Batzordea. · Elkarteetako arduradunak.
	12. neurria. EAEko suizidioen mapa bat egitea.	· Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. · Justizia Administrazioako Zuzendaritza. · Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutua. · Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzaren Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza. · Osakidetza. · Ertzaintza. · Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritza [LAEMZ]. · Foru- eta udal-suhiltzaileak.	· Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. · Osasunaren Behatokiko arduraduna.
	17. neurria. Sistematizatzea lehen esku-hartzeko eta larrialdietako profesionalentzako prestakuntza, krisialdi suizidetako eta lehen laguntza psikologikoetako esku-hartzearekin lotutakoa, etengabeko prestakuntzako programen barruan.	· Etengabeko prestakuntza. · Osakidetza Zuzendaritza Nagusia. · Polizia eta Larrialdietako Euskal Akademia.	· Osakidetza Zuzendaritza Nagusia. · Polizia eta Larrialdietako Euskal Akademiaren Zuzendaritza Nagusia.
	18. neurria. Osakidetza Osasun Aholkua zerbitzari ahalmena ematea jokabide suizidekin lotutako kontsulta ez-premiazkoen telefono bidezko arretan buru izateko.	· Larrialdiak. · Osakidetza.	· Osasun Aholkuko arduraduna. · Osakidetza Emergentzien Gerentzia.
	24. neurria. Unibertsitatearen ingurunean pertsona erreferenteak hautatzea eta prestatzea, suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoan laguntzeko eta orientatzeko.	· Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea [UPV/EHU]. · Hezkuntza Saila.	· Unibertsitateetako Zuzendaritza / Errektoretza.
	26. Neurria. Suizidio-arriskuaren balorazioa eta jarraipena etorkizuneko historia soziosanitarioan sartzeko.	· Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua.	· Autonomia Erkidegoko koordinazio soziosanitarioa.
	31. neurria. Lankidetzaren esparru egonkorra ezartzea Eusko Jaurlaritzako Familia Politikako eta Aniztasuneko Zuzendaritzarekin, Familiei Laguntzeko Erakunde arteko IV. Planean jasotako neurrietako batzuk gauzatzean suizidioaren prebentzioa sartzeko asmoz.	· Eusko Jaurlaritzako Familia Politikako eta Aniztasuneko Zuzendaritza.	· Eusko Jaurlaritzako Familia Politikako eta Aniztasuneko Zuzendaritza.

NEURRI MOTA	NEURRIA	ERAKUNDE-ESPARRUA	ARDURADUNA
C MULTZOKO NEURRIAK	33. neurria. Suizidioaren prebentzioa sartzeari Osakidetzako erakunde sanitario integratuen (ESI) programa-kontratueta.	<ul style="list-style-type: none"> Aseguramendu eta Kontratazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila. 	<ul style="list-style-type: none"> Aseguramendu eta Kontratazio Sanitarioko Zuzendaritza.
	41. neurria. Suizidio-arriskua ebaluatzeko oroigarriak sartzeari suizidio-arrisku handiko patologietan erabili ohi diren tresnetan.	<ul style="list-style-type: none"> Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariorde. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetzako Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariorde.
	43. neurria. Suizidio-kasuetako gertaeraren ondoko diziplina anitzeko berrikuspenera erakunde bakoitzean.	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuak. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareen zuzendaritza medikoak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuetako buruzak.
	49. neurria. Suizidio-arriskuan esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzeari farmazia komunitarioko profesionalen etengabeko prestakuntza.	<ul style="list-style-type: none"> Farmazia Zuzendaritza. 	<ul style="list-style-type: none"> Farmazia Zuzendaritza. Autonomia Erkidegoko koordinazio soziosanitaria.
	51. neurria. Bizirik dirautenentzako arreta Osakidetzako zerbitzugintza sartzeari.	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko Sareak (OMS). Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuak. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko Sareetako zuzendaritza medikoak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuetako buruzak.
D MULTZOKO NEURRIAK	8. neurria. Suizidioaren prebentzioa sartzeari ikerketarako laguntzen lehenetsuneko lerrotzat instituzio publikoetan.	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Investigación e Innovación Sanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Investigación e Innovación Sanitarias.
	13. neurria. Arrisku handiko lekuetan edo hotspotetan hesiak instalatzea.	<ul style="list-style-type: none"> Diputaciones Forales. Gobierno Vasco. EUDEL. 	<ul style="list-style-type: none"> Comisión de Coordinación y Seguimiento de la Estrategia. Coordinación sociosanitaria autonómica.
	14. neurria. Hilgarriak izan daitezkeen beste bitarteko batzuen gaineko kontrola areagotzea.	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Colegio de Farmacéuticos. Ertzaintza. Policías locales Dirección de Agricultura y Ganadería del Departamento de Desarrollo Económico e Infraestructuras. 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Farmacia. Dirección de la Ertzaintza. Dirección de Agricultura y Ganadería. Dirección de Coordinación de Seguridad
	15. neurria. Biztanlerian alkohol-kontsumoa murriztera bideratutako neurriak aplikatu daitezkeen sustatzea.	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Salud Pública y Adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Salud Pública y Adicciones.
	25. neurria. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzeari, oro har, biztanlerian eta, zehazki, kolektibo kalteberetan, gizarte-zerbitzuen sisteman jasotako jardun-protokoloen barruan.	<ul style="list-style-type: none"> Comisiones Sociosanitarias. OSIs. Osakidetza. Redes locales de salud. Dirección de Salud Pública. Departamento de Salud. Tercer sector. EUDEL. Ayuntamientos. Diputaciones Forales. 	<ul style="list-style-type: none"> Responsables de los protocolos de coordinación sociosanitaria. Coordinación sociosanitaria autonómica.
	29. neurria. Suizidio-arriskuan esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzeari lan-osasuneko profesionalen eta funtsezkoak diren bestelako agenteen (adibidez: erdi-mailako arduradunak) etengabeko prestakuntza.	<ul style="list-style-type: none"> Osalan. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Osalan. Coordinación de Salud Mental de Osakidetza.
	30. neurria. Lanbide-kategoriaren aldagaia jokabide suizidari buruzko estatistiketan sartzeari (ideia, ahalegina eta suizidioa).	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Dirección de Administración de Justicia IVML. Subdirección de calidad y sistemas de información de la DAS. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Responsable del Observatorio de Salud.
	37. neurria. Gida bat lantzea suizidio-arriskua duten pazienteentzako eta haien hurbileko pertsonentzat.	<ul style="list-style-type: none"> Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. SIAC. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Presidencia del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. Responsable del SIAC.

NEURRI MOTA	NEURRIA	ERAKUNDE-ESPARRUA	ARDURADUNA
D MULTZOKO NEURRIAK	38. neurria. Profesionalentzako gida bat lantzea suizidio-arriskuan dauden pazienteen laguntza-beharren eta osasun-sisteman horri heltzeko eskuragarri dauden tresnen inguruan.	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentalari buruzko Euskadiko Aholku Batzordea. IAKZ. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentalari buruzko Euskadiko Aholku Kontseiluaren Presidentetza. IAKZko arduraduna.
	44. neurria. Suizidio-arriskua duten pazienteen arreta-prozesuan familia sartzea.	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuak. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareen zuzendaritza medikoak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuetako burutzak.
	45. neurria. Suizidio-arriskua duten pazienteenganako arreta azkarra ahalbidetzea, agenden kudeaketa hobetuta.	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuak. 	<ul style="list-style-type: none"> Osasun Mentaleko sareen zuzendaritza medikoak. Ospitale orokorretako psikiatria-zerbitzuetako burutzak.
	46. neurria. Historia kliniko elektronikoan [Osabide] sartzea egoera kliniko susmagarriak, larrialdi orokorretako eta/edo ospitalizazioko medikuak suizidio-arriskua ebaluatu beharrekoak.	<ul style="list-style-type: none"> Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza. Osakidetza. 	<ul style="list-style-type: none"> Kalitatearen eta Informazio Sistemen Zuzendariordetza.
	52. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea haur eta nerabeen biztanlerian.	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Foru Aldundiak. Udalak. EUDEL. Hezkuntza Saila. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Foru Aldundiak. Udalak. Hezkuntza Saileko Zuzendaritza.
	53. neurria. Indarkeria-kasuetan jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea.	<ul style="list-style-type: none"> Ertzaintza Udaltzaingoa. Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritza [LAEMZ]. Osakidetzako larrialdiak. Emakunde. 	<ul style="list-style-type: none"> Ertzaintzaren Zuzendaritza. Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritza. LAEMZ. Osakidetzako Emergentzien Gerentzia. Emakundeko Zuzendaritza.
	54. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea zaharren eta gaixotasun kronikoak, terminalak, desgaitasuna, mendekotasuna edo bakardadea dituzten pertsonen biztanlerian.	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Foru Aldundiak. Udalak. EUDEL. Ertzaintza. Udaltzaingoa. Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritza [LAEMZ]. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Udalak. Foru Aldundiak. EUDEL. Ertzaintzaren Zuzendaritza. Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritza. LAEMZ.
	55. neurria. Espetxeetan jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea.	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Espetxe-erakundeak. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Espetxeko Zuzendaritza.
	56. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea sexu-orientazioaren eta/edo jenero-identitatearen ondorioz diskriminazioa jasaten duten pertsonengan.	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Elkarteak / Hirugarren sektorea. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza.
57. neurria. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea etxerik gabeko pertsonengan.	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Foru Aldundiak. Udalak. EUDEL. 	<ul style="list-style-type: none"> Osakidetza. Foru Aldundiak. Udalak. EUDEL. 	

9.2. ESTRATEGIAREN EBALUAZIOA

Estrategia honen azken helburua eta, hortaz, lortu nahi den emaitza nagusia da jokabide suizidaren tasak murriztea. Hala ere, lehen azaldu denez, fenomeno honen konplexutasuna eta gauzatu beharreko esku-hartzeak direla-eta, ez da aurreikusteko modukoa emaitza hori epe laburrean lortzea. Horregatik, beharrezkoa da tarteko emaitzen eta prozesuaren adierazle batzuk izatea, strategiaren hedapena eta horrek adierazitako alderdien aniztasunean duen inpaktua ebaluatu ahal izateko. Gainera, ebaluatzailea monitorizatu beharreko funtsezko alderdietarantz bideratzeko aukera emango duten adierazle gutxienerako multzoa zehaztu da.

9. taulan espero diren emaitza nagusiak eta beraien adierazleak erakusten dira.

Neurri guztiak, xede duten jardun-arloekin eta dagozkien tarteko emaitzen eta prozesuaren adierazleekin batera, 10. taulan xehatzen dira.

Estrategia honen adierazle gutxienerako multzoa 11. taulan adierazten da.

9. taula. Estrategiaren emaitza nagusien araberako adierazleak..

EMAITZA NAGUSIAK	ADIERAZLE NAGUSIA	ADIERAZLE GEHIGARRIAK	INFORMAZIO-ITURRIA
Suizidio-tasak murriztea biztanleria orokorrean eta talde kalteberetan.	<ul style="list-style-type: none"> Suizidioen urteko tasa estandarizatu biztanleria orokorrean (guztira, eta sexuaren, adinaren, maila sozioekonomikoaren, lurralde historikoaren eta lanbidearen arabera). Suizidioen urteko tasa estandarizatu talde kalteberetan (eskuragarri badago). 		<ul style="list-style-type: none"> EUSTAT. Suizidioen erregistroa.
Suizidio-ahaleginen tasak murriztea biztanleria orokorrean eta talde kalteberetan.	<ul style="list-style-type: none"> Suizidio-ahaleginen urteko tasa biztanleria orokorrean (guztira, eta sexuaren, adinaren, maila sozioekonomikoaren eta lurralde historikoaren arabera). Suizidio-ahaleginen urteko tasa talde kalteberetan (eskuragarri badago). 	<ul style="list-style-type: none"> Oso metodo z zhiilgarriekin egindako suizidio-ahaleginen %-a. Hurrengo 12 hilabeteetan suizidio-ahalegina berriro egiten duten pertsonen %-a. 	<ul style="list-style-type: none"> Suizidio-ahaleginen erregistroa.
Ideia suizidaren prebalentzia murriztea biztanleria orokorrean eta talde kalteberetan.	<ul style="list-style-type: none"> Ideia suizidaren prebalentzia biztanleria orokorrean (guztira, eta sexuaren, adinaren, maila sozioekonomikoaren eta lurralde historikoaren arabera). Ideia suizidaren prebalentzia talde kalteberetan (guztira, eta sexuaren, adinaren, maila sozioekonomikoaren eta lurralde historikoaren arabera). 		

10. taula. Jardun-arloak, neurriak eta tarteko emaitzen eta prozesuaren adierazleak

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
1. Estrategiaren koordinazioa eta jarraipena.	1. Euskadin Suizidioa Prebenitzeko Estrategiaren Koordinazio eta Jarraipen Batzardea sortzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Batzardea sortzea eta abian jartzea. · Batzardearen bileren aktak.
	2. Urteko jarraipen-txostena egitea.	<ul style="list-style-type: none"> · Jarraipen-txostena argitaratzea.
2. Zaintza epidemiologikoa eta ikerketa.	3. EAEko suizidioaren behatokia sortzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Behatokiaren jardueraren urteko memoria. · Jokabide suizidari buruzko informazio-sistema edo gutxieneko datuen multzoa.
	4. Jokabide suizidari buruz ikertzeko estrategia bat lantzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Jokabide suizidari buruz ikertzeko estrategia sortzea. · Finantzatutako ikerketen kopurua.
	5. EAEko suizidioen erregistro bat, sexuen arabera, sortzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioen erregistroa sortzea. · Erregistratutako suizidioen urteko kopurua (guztira/lurraldeka). · Guztizkoaren gainean erregistratutako suizidioen %-a. · Erregistroan jasotako suizidioen %-a, aldagaien % >70 osatuta.
	6. EAEko suizidio-ahaleginen erregistro bat, sexuen arabera, sortzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-ahaleginen erregistroa sortzea. · Erregistratutako suizidio-ahaleginen urteko kopurua (guztira/ospitaleka). · Erregistratutako suizidio-ahaleginen urteko %-a esperotakoekiko (literatura) (guztira/ospitaleka).
	7. Autopsia psikologikoak egitea.	<ul style="list-style-type: none"> · Egindako autopsia psikologikoen kopurua. · Suizidioen %-a autopsia psikologikoarekin (guztia / lurraldeka / lehenesten interes-taldeka).
	8. Suizidioaren prebentzioa sartzeko ikerketarako laguntzen lehenesten zerbitzuak instituzio publikoetan.	<ul style="list-style-type: none"> · Jokabide suizidaren ikerketa lehenesten den deialdien kopurua. · Finantzatutako ikerketen kopurua.
	9. Urtero sentsibilizazio-kanpainak egitea, jokabide suizidarekin lotutako egunetan.	<ul style="list-style-type: none"> · Egindako kontzientziazio-kanpainen kopurua. · Suizidioaren prebentziorako adierazitako egunetan egindako jardueren kopurua. · Oroitzapenean inplikaturako erakundeen kopurua.
3. Informazioa eta kontzientziazioa.	10. Jokabide suizidari eta horren prebentziora buruzko informazio-web fidagarri bat sortzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Webgunea sortzea eta abian jartzea. · Web-orri instituzionalen eta sare sozialen bitartez hedatutako berri, dokumentu eta abarren kopurua. · Hedapen eta sentsibilizazioko webgaren erabilgarritasunaren kopurua eta erregistratutako bisitaldien kopurua.
	11. Hedabideentzako orientazio-gida bat argitaratzea eta hedatzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Gida argitaratzea. · Jokabide suizidari buruzko estilo-gidari atxiki zaizkion hedabideen kopurua.

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
4. Bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna.	12. EAEko suizidioen mapa bat egitea.	<ul style="list-style-type: none"> · EAEko suizidioen mapa lantzea. · Ondorioen eta gomendioen txostena. · Identifikatutako arrisku handiko lekuen edo hotspoten kopurua.
	13. Arrisku handiko lekuetan edo hotspotetan hesiak instalatzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Sarbide mugatua duten arrisku handiko lekuen edo hotspoten kopurua.
	14. Hilgarriak izan daitezkeen beste bitarteko batzuen gaineko kontrola areagotzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Ekintzen kopurua honako hauen gaineko kontrola areagotzeko: gaindosiaren kasuan hilgarriak izan daitezkeen farmakoen agintzea, ematea, hartualdiak eta metaketa. · Su-armen kontrola areagotzeko ekintzen kopurua. · Pestiziden eta bestelako toxiko hilgarrien erabilera mugatzeko gauzatutako ekintzen kopurua.
	15. Biztanlerian alkohol-kontsumoa murriztera bideratutako neurriak aplika daitezen sustatzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Alkohol-kontsumoa murrizteko neurrien kopurua.
5. Larrialdiak eta lehen esku-hartzea.	16. Jardun-protokolo integratua sortzea, krisialdi suizidetako lehen esku-hartzeko profesionalentzako.	<ul style="list-style-type: none"> · Protokoloa argitaratzea. · Protokoloaren bidez arreta emandako pertsonen kopurua. · Protokoloa aplikatzen den egoeren %-a.
	17. Sistematizatzea lehen esku-hartzeko eta larrialdietako profesionalentzako prestakuntza, krisialdi suizidetako eta lehen laguntzetako esku-hartzearekin lotutakoa, etengabeko prestakuntzako programen barruan.	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jarduera horietan parte hartzen duten inplikaturako profesionalen kopurua. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea.
	18. Osakidetzako Osasun Aholkuari ahalmena ematea jokabide suizidekin lotutako kontsulta ez-premiazkoen telefono bidezko arretan buru izateko.	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jarduera horietan parte hartzen duten inplikaturako profesionalen kopurua. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea. · Jokabide suizidarekin lotutako arrazoi batengatik Osasun Aholkuarekin harremanetan jartzen diren pertsonen kopurua eta deien guztizko %-a.
	19. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea egun eskuragarri dauden herritarrari laguntzeko eta hura orientatzeko telefonoetan.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartu duten herritarrari laguntzeko eta hura orientatzeko telefono-bitartekoen kopurua.
	20. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea kolektibo kalteberenganako lehen esku-hartzeko eta larrialdietako profesionalen esku-hartzeetan.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskua eta horren eratorriak dituzten kolektibo kalteberetako pertsonen kopurua. · Jardun guztien gaineko %-a.

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
6. Ingurune komunitarioa. 6.1 Hezkuntza	21. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko ekintzak ikastetxeetan sartzea, EAEn dauden erreferentziako proiektuen esparruan.	<ul style="list-style-type: none"> · Egindako prebentzio-programen kopurua. · Prebentzio-programetan parte hartzen duten pertsonen kopurua.
	22. Jarduna protokolizatzea ikastetxeen esparruan identifikatutako suizidio-arriskuen aurrean, Eusko Jaurlaritzako Hezkuntzaren eta Osasun Mentalaren arteko lankidetzaren esparruan.	<ul style="list-style-type: none"> · Protokoloa lantzea eta hedatzea. · Suizidio-arriskua duten pertsonak bideratzeko protokoloetara atxikitako ikastetxeen %-a. · Protokoloaren bidez arreta emandako pertsonen kopurua.
	23. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea arrisku-taldeekin bereziki diharduten irakasleen etengabeko prestakuntzan.	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jardura horietan parte hartzen duten inplikaturako profesionalen kopurua. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea.
	24. Unibertsitatearen ingurunean pertsona erreferenteak hautatzea eta prestatzea, suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoan laguntzeko eta orientatzeko.	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jardura horietan parte hartzen duten inplikaturako profesionalen kopurua. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea. · Laguntzako pertsonak arreta emandako jardunen kopurua.
6. Ingurune komunitarioa. 6.2 Gizarte-zerbitzuen sistema.	25. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea, oro har, biztanlerian eta, zehazki, kolektibo kalteberetan, gizarte-zerbitzuen sisteman jasotako jardun-protokoloen barruan.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa barne hartzen duten koordinazio soziosanitarioko protokoloen eta toki-sareen kopurua. · Protokoloen arabera identifikatu diren suizidio-arriskupeko pertsonen kopurua.
	26. Suizidio-arriskuaren balorazioa eta jarraipena etorkizuneko historia soziosanitarioan sartzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren balorazioa eta jarraipena egotea historia soziosanitarioan. · Historia soziosanitarioaren bidez suizidio-arriskuaren balorazioa eta jarraipena egin zaizkien pertsonen kopurua. · Suizidio-arriskuan dauden pertsonen jarraipena egiteko jardunen kopurua.
	27. Suizidio-arriskua detektatzeko, esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa eta haren postbentzioa barne hartzea gizarte-zerbitzuen sistemako profesionalen etengabeko prestakuntzan (bai arreta komunitarioan, bai espezializatuan).	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jardura horietan parte hartzen duten inplikaturako profesionalen kopurua. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea.

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
6. Ingurune komunitarioa. 6.3 Lan-esparrua.	28. Suizidio-arriskua identifikatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzeko protokoloak zehaztea arrisku handienarekin lotutako lanbideetan.	<ul style="list-style-type: none"> · Protokoloa lantzea eta hedatzea. · Zehaztutako protokoloetara atxikitako lantokien %-a. · Suizidio-arriskua detektatzen den azterketa medikoen edo ebaluazio psikosozialekoen kopurua. · Protokoloaren arabera bideratutako pertsoneko kopurua.
	29. Suizidio-arriskuan esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzeko lan-osasuneko profesionalen eta funtsezkoak diren bestelako agenteen (adibidez: erdi-mailako arduradunak) etengabeko prestakuntzan.	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jardueraren horietan parte hartzen duten inplikaturako profesional eta agenteen kopurua. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea.
	30. Lanbide-kategoriaren aldagaia jokabide suizidari buruzko estatistiketan sartzeko (ideia, ahalegina eta suizidioa).	<ul style="list-style-type: none"> · Lanbidearen aldagaia jokabide suizidari buruzko estatistiketan sartzeko. · Suizidioen kopurua eta %-a lanbide-kategoriaren arabera.
6. Ingurune komunitarioa. 6.4 Familia-esparrua	31. Lankidetzaren esparru egonkorra ezartzea Eusko Jaurlaritzako Familia Politikako eta Aniztasuneko Zuzendaritzarekin, Familiei Laguntzeko Erakunde arteko IV. Planean jasotako neurrietako batzuk gauzatzean suizidioaren prebentzioa sartzeko asmoz.	<ul style="list-style-type: none"> · Eusko Jaurlaritzako Familia Politikako eta Aniztasuneko Zuzendaritzarekin ezarritako lankidetzaren neurrien kopurua.

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
7. Osasun-esparrua. 7.1 Lan-esparrua.	32. Suizidio-arriskuaren kode bat (SAK) sortzea, Osabide Globalean txertatuta.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren kodea (SAK) sortzea. · SAKeen sartutako pazienteen kopurua. · Suizidio-arriskuaren kodea dute identifikatutako pazienteen %-a paziente guztiekiko. · Osasun Mentalean jarraipena duten SAKeo pazienteen %-a. · Osasun Mentalarekin harremana izan duten SAKeo pazienteen %-a. · Osasun Mentalera bideratu arte SAKeen gomendatutako denbora edo denbora gutxiago eman duten pazienteen %-a.
	33. Suizidioaren prebentzioa sartzeko Osakidetzako erakunde sanitario integratuen (ESI) programa-kontratuetan.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioaren prebentzioa sartzeko programa-kontratuen kopurua eta %-a.
	34. Suizidioaren prebentzioa sartzeko Osakidetzako Pazientearen Segurtasun Estrategiako ekintza-jarraibide gisa.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioaren prebentzioa sartzeko Pazientearen Segurtasun Estrategiako ekintza-jarraibide gisa. · Suizidio-arriskuarekin zerikusia duten pazientearen segurtasuna ziurtatzeko neurrien kopurua.
	35. Suizidioaren prebentzioa sartzeko Osakidetzako profesionalentzako etengabeko prestakuntzako programetan (batez ere, Lehen Mailako Arretan, Larrialdi Orokorretan, Osasun Mentaleko sareetan eta ospitale orokorretako Osasun Mentaleko zerbitzuetan diharduten profesionalen zuzendutako).	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jardura horietan parte hartzen duten inplikaturako profesionalen kopurua. · Suizidioaren prebentziorako prestakuntza jasotzen duten erakunde bakoitzeko laguntzako profesionalen %-a. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea. · Gomendatutako aldizkakotasunaren arabera birziklatzen diren erakunde bakoitzeko laguntzako profesionalen %-a. · Suizidioaren prebentzioa profesionalaren oinarriko kompetentzia gisa sartzeko.
	36. Osasun Aholkuari egiteko nagusia ematea, Osakidetzako mailen eta zerbitzuen artean igarobidean dauden suizidio-arriskupeko pazienteen jarraipena egiteko tresna den heinean.	<ul style="list-style-type: none"> · Osasun Aholkutik suizidio-arriskuagatik jarraipena duten pertsonen kopurua. · Osasun Aholkuarekin harremanen bat izan duten SAKeen sartutako pazienteen %-a.
	37. Gida bat lantzea suizidio-arriskua duten pazienteentzako eta haien hurbileko pertsonentzako.	<ul style="list-style-type: none"> · Gida argitaratzea eta hedatzea.
	38. Profesionalentzako gida bat lantzea suizidio-arriskuan dauden pazienteen laguntza-beharren eta osasun-sisteman horri heltzeko eskuragarri dauden tresnen inguruan.	<ul style="list-style-type: none"> · Gida argitaratzea eta hedatzea.

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
<p>7. Osasun-esparrua. 7.2 Lehen mailako arreta.</p>	<p>39. Suizidio-arriskuaren ebaluazioa sartzea arrisku berezia duten patologien lehentasunezko eskaintza ebaluatzeko adierazle gisa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arrisku berezia duten patologien %-a, lehentasunezko eskaintzaren adierazle gisa arrisku horren ebaluazioa sartu dena. · Patologia kalteberetan suizidio-arriskua ebaluatzeko adierazlearekin lotutako lehentasunezko eskaintza betetzearen %-a. · Suizidio-arriskuan dauden identifikatutako pazienteen kopurua.
	<p>40. Osabiden, suizidio-arriskua maneiatzen laguntzeko tresnak sartzea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Osabiden laguntza-tresna sartzea. · Tresna erabili den jardunen kopurua.
	<p>41. Suizidio-arriskua ebaluatzeko oroigarriak sartzea arrisku handiko patologietan erabili ohi diren tresnetan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Arriskuaren ebaluazioa sartzen duten egungo formularioen kopurua. · Arriskua ebaluatzeko oroigarriak erabili diren jardunen kopurua.

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
7. Osasun-esparrua. 7.3 Osasun Mentala.	42. Osasun Mentaleko erakunde edo zerbitzu bakoitzean, zehaztea eta aplikatzea ebidentzia zientifikoan oinarritutako suizidio-arriskurako zainketa-plan bat.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskurako zainketa-plan bat zehaztu eta aplikatu den Osasun Mentaleko erakundeen %-a. · Zainketa-plan batean sartutako pazienteen kopurua Osasun Mentaleko erakunde bakoitzaren guztizkoaren gainean. · Zainketa-plan batean sartuta dauden SAKeo pazienteen %-a. · Suizidio-arriskurako zainketa-planean sartuta, hura uzten duten pazienteen %-a.
	43. Suizidio-kasuetako gertaeraren ondoko diziplina anitzeko berrikuspina erakunde bakoitzean.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-kasuetako gertaeraren ondoko diziplina anitzeko berrikuspina egiteko protokolo bat duten Osasun Mentaleko erakundeen %-a. · Gertaeraren ondoko berrikuspina egiten den erakunde bakoitzeko pazienteen suizidio-kasuen %-a. · Egindako berrikuspenen ondorioekin urteko txosten bat egiten duten erakundeen %-a. <p>Ebaluatzeko erabil litezkeen beste adierazle batzuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> · SAKeo sartutako pazienteen urteko suizidio-tasa. · SAKeo sartutako pazienteen urteko suizidio-ahaleginen tasa. · Larrialdietako zerbitzuetatik Osasun Mentaleko zentroetara bideratzen diren eta suizidio-ahaleginak izan dituzten pazienteen %-a. · Suizidio-arriskuagatik arreta jaso ondorengo 12 hilabeteetan suizidioa burutu duten pazienteen %-a. · Zainketa-planean sartuta egon ondorengo 12 hilabeteetan suizidioa burutu duten suizidio-arriskuko pazienteen %-a. · Zainketa-plana utzi ondorengo 12 hilabeteetan suizidioa burutu duten suizidio-arriskuko pazienteen %-a. · 1 urte baino lehen alta klinikoa duten zainketa-planean sartutako suizidio-arriskuko pazienteen %-a. · Suizidio-arriskua duten pazienteen artean suizidio-ahalegin gehiago dituztenen %-a.
	44. Suizidio-arriskua duten pazienteen arreta-prozesuan familia sartzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskua duen pazientearenganako esku-hartzean familia sartu den jardunen kopurua.
	45. Suizidio-arriskua duten pazienteenganako arreta azkarra ahalbidetzea, agenden kudeaketa hobetuta.	<ul style="list-style-type: none"> · Hitzorduak emateko batez besteko denbora. · Osasun Mentalera bideratu arte SAKeo gomendatutako denbora edo denbora gutxiago eman duten pazienteen %-a.
7. Osasun-esparrua. 7.4 Ospitale orokorra: larrialdi orokorretako zerbitzuak eta bestelako ospitale-zerbitzuak.	46. Osabide Globalean sartzea egoera kliniko susmagarriak, larrialdi orokorretako eta/edo ospitalizazioko medikuak suizidio-arriskua ebaluatu beharrekoak.	<ul style="list-style-type: none"> · Osabide Globalean suizidio-arriskuko egoera kliniko susmagarriak identifikatzea. · Suizidio-arriskua ebaluatzen den egoera kliniko susmagarriko pazienteen %-a.
	47. Ahalegin baten ondorioz joaten den pazientearen edo suizidio-arriskua duela susmatzen den pazientearen segurtasunari buruzko alderdiak protokolizatzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Protokoloa lantzea eta hedatzea. · Segurtasun-protokoloa duten pazienteen kopurua. · Suizidio-arriskua duten arreta emandako paziente guztien gaineko %-a.

JARDUN-ARLOAK	NEURRIA	ADIERAZLEAK
7. Osasun-esparrua. 7.5 Farmazia komunitarioa.	48. Farmazia komunitarioaren eta osasun-sistemaren arteko lankidetzaren protokoloak ezartzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Protokoloa lantzea eta hedatzea. · Suizidio-arriskua duten pertsonen kasuetarako lankidetzaren protokoloetara atxikitako farmazien %-a. · Protokoloaren arabera arreta emandako pertsonen kopurua.
	49. Suizidio-arriskuan esku hartzeko eta hari heltzeko egitekoa sartzea farmazia komunitarioko profesionalen etengabeko prestakuntzan.	<ul style="list-style-type: none"> · Gauzatutako prestakuntza-jardueren kopurua. · Prestakuntza-jardura horietan parte hartzen duten inplikaturako profesionalen kopurua. · Prestakuntza-jarduerak ebaluatzea.
8. Postbentzioa.	50. Institutio publikoetatik, bizirik dirautenen asoziazionismoa sustatzea eta babestea.	<ul style="list-style-type: none"> · Bizirik dirautenen asoziazionismoa sustatzeko eta/edo babesteko ekintzen kopurua. · Elkarrekin babestuta bizirik dirauten pertsonen kopurua.
	51. Bizirik dirautenen arreta Osakidetzako zerbitzugintzan sartzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Senitartekoei edo hurbilekoei postbentzio-zerbitzuak eskaintzen dizkieten Osakidetzako zentron kopurua. · Osakidetzako postbentzio-zerbitzuetan arreta eman zaient eta bizirik dirauten pertsonen kopurua. · Profesionalentzako postbentzio-zerbitzuak dituzten Osakidetzako zentron kopurua. · Postbentzio-programetatik arreta emandako profesionalen kopurua.
9. Kolektibo kalteberak.	52. 52. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea haur eta nerabeen biztanlerian.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren arabera baloratutako haurren kopurua eta guztizkoaren gaineko %-a.
	53. 53. Indarkeria-kasuetan jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren arabera baloratutako genero-indarkeriako kasuen kopurua eta guztizkoaren gaineko %-a.
	54. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa zaharren eta gaixotasun kronikoak, terminalak, desgaitasuna, mendekotasuna edo bakardadea dituzten pertsonen biztanlerian.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren arabera baloratu diren eta gaixotasun kronikoa, desgaitasuna, mendekotasun edo bakardadea duten pertsonen kopurua eta guztizkoaren gaineko %-a.
	55. 55. Espetxeetan jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren arabera baloratutako espetxeetako pertsonen kopurua eta guztizkoaren gaineko %-a.
	56. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea sexu-orientazioaren eta/edo genero-identitatearen ondorioz diskriminazioa jasaten duten pertsonengan.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren arabera baloratutako pertsonen kopurua eta guztizkoaren gaineko %-a.
	57. Jokabide suizida detektatzeko eta hari heltzeko egitekoa hobetzea etxerik gabeko pertsonengan.	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidio-arriskuaren arabera baloratutako etxerik gabeko pertsonen kopurua eta guztizkoaren gaineko %-a.

11. taula. Adierazleen gutxieneko multzoa.

ADIERAZLEAK	ITURRIA
1. Suizidioen urteko tasa estandarizatua biztanleria orokorrean (guztira, eta sexuaren, adinaren, maila sozioekonomikoaren, lurralde historikoaren eta lanbidearen arabera).	<ul style="list-style-type: none"> · INE. · EUSTAT. · AMEI. · Ahaleginen erregistroa. · Suizidioen erregistroa.
2. Suizidio-ahaleginen urteko tasa biztanleria orokorrean (guztira, eta sexuaren, adinaren, maila sozioekonomikoaren, lurralde historikoaren eta ospitalearen arabera).	
3. Hurrengo 12 hilabeteetan suizidio-ahalegina berriro egiten duten pertsonen %-a (guztira, eta sexuaren, adinaren, maila sozioekonomikoaren, lurralde historikoaren eta ospitalearen arabera).	
4. Larrialdietako eta lehen esku-hartzeko protokoloaren barruan arreta emandako pertsonen kopurua eta arreta emandako pertsona guztien %-a.	
5. Jokabide suizidarekin lotutako arrazoi batengatik Osasun Aholkuarekin harremanetan jartzen diren pertsonen kopurua eta kontsulten guztizko %-a.	
6. Hezkuntzaren esparruan detektatu diren eta arriskupeko pertsonentzako protokoloaren barruan arreta eman zaien pertsonen kopurua.	
7. Historia soziosanitarioaren bidez suizidio-arriskuaren balorazioa eta jarraipena egin zaizkien pertsonen kopurua.	
8. Farmazia komunitarioaren eta osasun-sistemaren arteko lankidetzaprotokoloaren barruan arreta eman zaien pertsonen kopurua.	
9. Suizidio-arriskuaren kodean (SAK) sartutako pazienteen kopurua.	
10. Osasun Mentalean jarraipena duten SAKeo pazienteen %-a.	
11. Osasun-zentroarekin harremanen bat izan duten SAKeo pazienteen %-a.	
12. Osasun Mentalera bideratu arte SAKeo gomendatutako denbora edo denbora gutxiago eman duten pazienteen %-a.	
13. Suizidio-arriskurako zainketa-plan batean sartuta dauden SAKeo pazienteen %-a.	
14. SAKeo sartutako pazienteen urteko suizidio-tasa.	
15. SAKeo sartutako pazienteen suizidio-ahaleginen tasa.	
16. Patologia kalteberetan suizidio-arriskuari buruzko ebaluazioarekin lotutako lehenbaitzako eskaintza betetzearen %-a.	
17. Suizidioaren prebentziorako prestakuntza jaso duten erakunde bakoitzeko laguntzako profesionalen %-a.	

ERANSKINAK

1. ERANSKINA. LANTALDEA

1. KOORDINAZIOA

- **José Antonio de la Rica Giménez.** Osasun Mentaleko eta Laguntza Psikiatrikoko koordinatzailea. Osakidetza.
- **Andrea Gabilondo Cuéllar.** Psikiatra. Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza.
- **José Andrés Martín Zurimendi.** Osasun Mentalari buruzko Aholku Batzordeko idazkaria. Galdakaoko Unibertsitate Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuko burua. Barrualde-Galdakao ESI. Osakidetza.

2. PARTE-HARTZAILEAK

- **Nerea Antía Vinós.** Kudeaketa Estrategikoko aholkularia. Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza. Osasun Saila.
- **Esther Astola Garro.** Koordinatzaile soziosanitarioa. Arabako Foru Aldundia.
- **Arantxa Ayarza Azurza.** Lurralde-koordinatzaile soziosanitarioa. Osasun Mentaleko Atalaren eta Arlo Soziosanitarioaren arduraduna. Gipuzkoako Foru Aldundia.
- **José Luis Balenziaga Muñoz.** Familia-medikua eta Landako osasun-zentroko lehen mailako arretako unitateburua. Barrualde-Galdakao ESI. Osakidetza.
- **Eva Bilbao Garmendia.** Biziraun – Maite dugun norbaiten suizidioak minutako pertsonen elkarteko presidentea.
- **Cristina Blanco Fernández de Valderrama.** Aidatu – Euskal Suizidiologia Elkarte-ko presidentea.
- **María José Cano.** FEDEAFES – Buru gaixotasuna duten pertsona eta senide elkar-teen Euskadiko Federazioko kudeatzailea.
- **Boni Cantero.** Gizarte Zerbitzuetako koordinatzailea. Vitoria-Gasteizko Udala.
- **Luis Javier Echevarría González de Garibay.** Osasun Erregistroen eta Informazioaren Zerbitzuko arduraduna. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila.
- **Iñaki Eguíluz Uruchurtu.** Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuko burua, Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESI. Osakidetza.
- **Edorta Elizagarte Zabala.** Psikiatria Zerbitzuko burua. Arabako Ospitale Psikiatrikoa. Arabako Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza.
- **Agustín Erkizia Olaizola.** Biziraun – Maite dugun norbaiten suizidioak minutako pertsonen elkar-teen sortzailekidea.
- **Izaskun Eskubi Goienetxe.** Eskola Inklusiboaren eta Hezkuntza Laguntzako Bereziazko Premien arduraduna. Berritzegune Nagusia. Hezkuntza Saila.
- **Ainara García Alcalá.** Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritza (LAEMZ). Segurtasun Saila.
- **Jon García Ormaza.** Psikiatra. Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza.
- **Mercedes García Plazaola.** Basauriko Espetxeko zerbitzu medikoa. Osakidetza.
- **Alberto Santos Gartzia Garmendia.** Kazetaria. Komunikazioa – Osasun Saila.
- **Ana María González-Pinto Arrillaga.** Ikerketa Zerbitzuko burua. Arabako Unibertsitate Ospitalea. Araba ESI. Osakidetza.

- **Patricia Insúa Cerratani.** Psikologoa. Euskal Herriko Unibertsitatea (EHU).
- **Álvaro Iruin Sanz.** Euskadiko eta Nafarroako Psikiatria Elkarte. Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sareko zuzendari kudeatzailea. Osakidetza.
- **Peio López de Munain López de Luzuriaga.** Gizarte Politiken eta Osasun Publikoaren Saileko zinegotzi ordezkaria. Vitoria-Gasteizko Udala.
- **Benito Morentín.** Auzitegiko Patologiako zerbitziburua. Auzitegi Medikuntzako Euskal Institutua – AMEI.
- **Fernando Mosquera Ulloa.** Zuzendari medikoa. Arabako Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza.
- **Iñigo Pombo Ortiz de Artiñano.** Gizarte Ekintza Saileko zinegotzi ordezkaria. Bilboko Udala.
- **Imanol Querejeta Ayerdi.** Psikiatra. Donostiako Unibertsitate Ospitalea. Donostialdea ESI. Osakidetza.
- **Sandra Ranea Galán.** Ertzaintzako Suizidioaren Prebentziorako Lantaldeko koordinatzailea.
- **Elena Redondo Hermosa.** Ekintza Komunitarioaren zerbitziburua. Vitoria-Gasteizko Udala.
- **Ander Retolaza Balsategui.** Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza. Psikiatria Komunitarioaren eta Osasun Mentalaren Elkarte (OME-AEN).
- **Raquel Roca Castro.** Osasun Aholkuko gainbegiralea. Emergentziak – Osakidetza.
- **Ángel Ruiz de Pellón.** Psikologo klinikoa. Donostiako Unibertsitate Ospitalea. Donostialdea ESI. Osakidetza.
- **Eduardo Ruiz Parra.** Psikiatriako Medikuntza Ataleko burua. Bilbo-Basurto ESI. Osakidetza.
- **Aitziber San Román Abete.** Gizarte Ekintzako zinegotzi ordezkaria. Donostiako Udala.
- **Emilio Sola Ballojera.** Gizarte Zerbitzuetako zuzendaria. Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila.
- **María Jesús Velasco Pérez.** Larrialdiei Aurre Egiteko eta Meteorologiako Zuzendaritza (LAEMZ). Segurtasun Saila.
- **Iñaki Zorrilla Martínez.** Psikiatra. Arabako Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza.
- **Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laradogoitia.** Ebaluazio eta Orientazio Zerbitzuko burua. Bizkaiko Foru Aldundia.

3. ELKARGO PROFESIONALAK ETA PERTSONA ADITUAK

- **Arabako Psikologoen Elkargo Ofiziala.**
- **Gipuzkoako Gizarte Langintzaren Elkargo Ofiziala.**
- **Bizkaiko Farmazialarien Elkargo Ofiziala.**
- **Miguel Gutiérrez Fraile.** Osasun Mentalari buruzko Euskadiko Aholku Batzordeko kidea.
- **Izaskun Landaia Larizgoitia.** Emakunde – Emakumearen Euskal Erakundeko zuzendaria.
- **Diego Palao Vida.** Osasun Mentaleko zuzendari exekutiboa. Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

- **Ainhoa Perea.** Berdintasuneko teknikaria. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza.
- **Carlos José Pereira Rodríguez.** Osasun Mentalari buruzko Euskadiko Aholku Batzordeko kidea.
- **Víctor Pérez Sola.** Institut de Neuropsiquiatria i Addicions-eko zuzendaria. Hospital del Mar.

AHOLKULARITZA TEKNIKOA

Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.

- **Andoni Anseán Ramos.** Proiektuko zuzendaria.
- **Silvia Fort Culillas.** Proiektuko teknikaria.
- **Ingrid Muñoz Mayorga.** Proiektuko teknikaria.

2. ERANSKINA. NAZIOARTEKO ETA ESTATUKO ESPARRU ARAUEMAILEA ETA PLANGINTZAKOA

1. OSASUNAREN MUNDU ERAKUNDEA

2012ko maiatzean, Osasunaren 65. Mundu Batzarrak WHA65.4 ebazpena eman zuen, nahasmendu mentalen munduko kargari eta sektore sanitario eta sozialaren erantzun integral eta koordinatuaren beharrari buruzkoa, hain zuzen. Osasun mentalaren gaineko ekintza integralerako 2013-2020 plana adostu zuen 66. Batzarrak, 2013ko maiatzeko WHA66.8 ebazpenaren bidez. Plan horrek ikuspegi integrala eta sektore anitzekoa du, zerbitzu sanitarioak eta sozialak koordinatzen baititu, eta arreta berezia jartzen du sustapenean, prebentzian, tratamenduan, errehabilitazioan, arretan eta suspertzean. Suizidioaren prebentzioa da lehentasun garrantzitsuetako bat, eta helburutzat ezarri da haren tasa % 10 jaitea 2020. urterako. Era berean, herrialdeei eskatzen zaie suizidioaren prebentziorako estrategia nazional integralak landu ditzaten, kolektibo kalteberei arreta berezia jarrita⁶⁹.

OMEren Eskualde Bulegoaren Europa 2013-2020 ekintza-planak bere helburuen artean du, baita ere, suizidio-tasak murriztea. Horretarako, beste ekintza batzuen artean, proposatzen du suizidioaren prebentziorako strategiak garatzea eta abian jartzea, ebidentziarik egokiena barne hartuta eta ikuspegi unibertsala konbinatuta batez ere talde kalteberak babestuko dituzten jarduerekin⁷⁰. Erronken artean aipatzen du depresioa duten pertsonen diagnostiko goiztiarra sustatzea eta suizidioari aurrea hartzea, komunitatean oinarritutako esku hartzeko programak eta zerbitzuak abiarazita, hala nola larrialdietako eta laguntza psikologikorako telefono-lineak⁷¹.

83

2. EUOPAR BATASUNA

2008an, **Europako Batzordeak Osasun Mentalerako eta Ongizaterako Europako Ituna** landu zuen, lehentasunezko 5 arlo hauetan ardaztuta: osasun mentala gazteen artean eta hezkuntzan; depresioaren eta suizidioaren prebentzioa; osasun mentala adinekoen artean; gizarteratzea eta estigmaren aurkako borroka sustatzea; eta lanleketan osasun mentala sustatzea. Suizidioaren prebentziorako, ekintza garrantzitsutzat proposatzen ditu, besteak beste, honako hauek: bitarteko hilgarrietarako sarbidea murriztea; arrisku-faktoreak gutxitzeko neurriak hartzea; suizidatzen saiatu denari eta maite duen norbait galdu duenari laguntzeko mekanismoak eskuragarri jartzea.

2009an, Itunak berekin ekarri zuen **Osasun Mentalari buruzko Europako Parlamentuaren Ebazpena** —2008/2209(INI)—⁷². Ebazpen horretan, giza duintasuna babesteko neurritzat hartzen da depresio- eta suizidio-kasuen kopurua murriztera bideratutako politikak lantzea. Funtsean, estatu kideei eskatzen die suizidioaren prebentziorako sektore arteko programak aplikatu ditzaten, batez ere gazte eta nerabeei zuzendutakoak; eta eskatzen die, baita ere, profesionalentzako berariazko prestakuntza-ikastaroak abian jarri ditzaten, suizidio-arriskuaren ezagutza eta horri aurre egiteko moduak hobetzeko neurritzat.

Ondoren, 2013an, **Osasun eta ongizaterako baterako ekintza** (The Joint Action for Mental Health and Well-being) sortu zen. Horren helburua da Europa-mailan osasun mentalerako politiketan ekiteko esparru bat eraikitzea. Ekintza 5 arlo hauetan ardazten da: lanleketan osasun mentala sustatzea; eskoletan osasun mentala sustatzea; depre-

sioaren eta suizidioaren aurkako ekintzak sustatzea eta osasun elektronikorako ikuspegiak abian jartzea; nahasmendu mental larriak dituzten pertsonentzako arreta komunitarioa eta sozialki inklusiboa lantzea; eta politika sektorial guztietan osasun mentalaren integrazioa sustatzea.

3. ESTATUAREN ESPARRUA

1978ko Konstituzioak⁷³, 43. artikuluan, honako hau dio: “Osasuna babesteko eskubi-dea aitortzen da”; “Botere publikoei dagokie aurreneurrien bidez eta beharrezkoak diren zerbitzu eta prestazioen bidez osasun publikoa antolatu eta babestea”. Era berean, 50. artikuluan, botere publikoei dagokienez, hau esaten du: “ongizatea bultzatuko dute gizarte-zerbitzuen bidez, beraien arazo bereziei kasu eginez, osasunari [...] dagokienez”.

Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorrak⁷⁴ 70. artikuluan eta hurrengoetan jasotzen du Estatuak eta autonomia-erkidegoek osasun-planak onartuko dituztela euren eskumenen esparruan; eta, osasun-plan integratuari buruzko 74. artikuluan ezartzen du dokumentu bakarrean bilduko direla Estatuaren eta autonomia-erkidegoen planak eta baterako planak, osasunaren arloko koordinazio orokorreko irizpideak kontuan izanda.

6. artikuluan ezartzen du osasun-administrazio publikoek “biztanleen osasuna eta hezkuntza egokia sustatzera” bideratu behar dutela. Era berean, honako hau jasotzen du: “bermatzea abiarazten diren osasun-ekintzak gaixotasunen prebentziora bidera daitezela; berrmatzea osasun-laguntza osasuna galtzen den kasu guztietan; eta sustatzea pazientearen errehabilitazio funtzionala eta gizarteratzea lortzeko beharrezko ekintza guztiak”.

Osasun mentalari dagokionez, Legearen 20. artikuluan ezartzen da administrazio publikoek, euren osasun-zerbitzuen eta kasuak kasu eskumena duten organoen bidez, osasun mentalaren sustapena eta hobekuntza sustatuko dutela. Zehazki, honako hau dio: “biztanleriaren osasun mentaleko arazoetarako arreta esparru komunitarioan egingo da, eskuragarri dauden laguntza-baliabideak maila anbulatorioan bultzatuta eta ospitalizazio partziala eta etxeko arreta sustatuta, ospitalizazio-beharra ahalik eta gehien murriztu ahal izateko. Osasun-sistema orokorraren osasun mentaleko zerbitzuek eta arreta psikiatrikokoek, halaber, estali egingo dituzte (gizarte-zerbitzuekin koordinatuta) lehen mailako arretarekin lotutako alderdiak eta, oro har, osasuna galtzeak berekin dakartzan arazo psikosozialetarako arreta.

16/2003 Legeak⁷⁵, maiatzaren 28koak, Osasun Sistema Nazionalaren (SNS) Kohesioari eta Kalitateari buruzkoak, konfiguratu egiten du osasun-administrazio publikoen koordinazio- eta lankidetzak-ekintzetarako esparru legala, bakoitzari dagozkion eskumenak baliatuta. Horrela, ziurtatu egingo dira ekitatea, kalitatea eta gizarte-partaidetza Osasun Sistema Nazionalan, baita horren elkarlan aktiboa ere osasunaren esparruko desberdineriak murrizteko. 7. artikuluan ezartzen du Osasun Sistema Nazionalaren prestazioen katalogoek helburu dutela “bermatzea baldintza oinarritzakoak eta komunak arreta integrala eta jarraitua lortzeko, arreta-maila egokian. Osasun Sistema Nazionalaren prestazioetat hartuko dira herritarrei zuzendutako osasunaren arloko prebentzio-zerbitzuak edo zerbitzuen multzoa, diagnostikokoak, terapeutikoak, errehabilitaziokoak eta osasuna sustatu eta mantentzera bideratutakoak”.

12. artikuluan zehazten du lehen mailako arretak jarduera hauek biltzen dituela: “osasunaren sustapena, osasun-heziketa, gaixotasunaren prebentzioa, osasun-laguntza, osasunaren mantentzea eta leheneratzea, eta errehabilitazio fisikoa eta gizarte-lana”. Haren jardun-esparruaren barruan dago osasun mentalerako arreta, arreta-zerbitzu espezializatuekin koordinazioan.

14. artikulua honela definitzen du laguntza soziosanitarioa: “gaixoei —oro har, gaixo kronikoei— zuzendutako zainketen multzoa; gaixo horiek, euren ezaugarriak eta/edo egoera direla-eta, osasun- eta gizarte-zerbitzuen baterako jardun sinergikoaz balia daitezke, haien autonomia areagotzeko, dituzten mugaketak eta/edo sufrimenduak arintzeko eta gizarteratzea errazteko”.

1030/2006 Errege Dekretuak⁷⁶, irailaren 15ekoak, Osasun Sistema Nazionalako ohiko zerbitzuen zorroa eta berori eguneratzeko prozedura ezartzen duenak, zehazten du lehen mailako arretan osasun mentalerako arreta zerbitzu espezializatuekin koordinatuta egin behar dela; eta bere baitan hartzen dituela “osasun mentalaren prebentzio eta sustapeneko jarduerak; egokitzapen-nahasmenduak, adikzio-jokabideak, portaera-jokabideak eta bestelako nahasmendu mentalak detektatu, diagnostikatu eta tratatzea, eta, lehen mailako arretaren ebazpen-ahalmena gaindituz gero, osasun mentaleko zerbitzuetara bideratzea”. Nahasmendu mental larria eta luzarokoa duten pertsonen jarraipen koordinatuta egin behar da osasun mentaleko zerbitzuekin eta gizarte-zerbitzuekin.

Bestalde, arreta espezializatuak bere baitan hartzen ditu “laguntza-jarduerak, jarduera diagnostikoak, terapeutikoak eta errehabilitaziokoak eta zainketakoak, baita osasunaren sustapenekoak, osasun-heziketakoak eta gaixotasunaren prebentziokoak ere, baldin eta, horien izaeragatik, komeni denean arreta maila horretan egitea”. Osasun mentalerako arretak beharrezko laguntza-jarraitutasuna bermatuko du, eta barne hartzen ditu “prebentzio-jardunak eta osasun mentala sustatzekoak, osasuneko edo osasunaz kanpoko beste baliabide batzuekin koordinatuta”. Gauza bera gertatzen da honako hauen diagnostikoarekin eta tratamenduarekin: “nahasmendu mental akutuak, kronikoak, adikzio-jokabideak, gizarte-arriskuko edo -bazterketako egoeren ondoriozko osasun mentaleko nahasmenduak”. Gainera, bere baitan biltzen ditu pazientearekin lotutako pertsonentzako informazioa eta aholkularitza, zaintzaile nagusiarentzako batik bat.

39/2006 Legeak⁷⁷, abenduaren 14koak, autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzkoak, helburu hau du: “mendetasun-egoeran dauden pertsonen laguntzea eta beren autonomia pertsonala garatzeko duten eskubide subjektiboak berdintasunez erabiliko dela bermatzeko oinarritzko baldintzak arautzea”. Desgaitasun intelektuala edo gaixotasun mentala duten pertsonen dagokionez, mendekotasun-egoera baloratzeko baremoak neurtzen du pertsonaren gaitasuna bere kabuz eguneroko bizitzako oinarritzko jarduerak egiteko, baita horiek gauzatzeko laguntza- eta gainbegiratze-beharra ere.

33/2011 Lege Orokorrak⁷⁸, urriaren 4koak, Osasun Publikoari buruzkoak, helburu hau du: oinarriak ezartzea biztanleriak ahalik eta osasun-maila handiena lortu eta mantendu dezan, administrazio publikoek antolatutako jardueren bidez eta gizartearen partaidetza-rekin; gaixotasunari aurrea hartzeko eta, baita ere, pertsonen osasuna babestu, sustatu eta leheneratzeko, bai esparru indibidualean, bai kolektiboan, ekintza sanitario, sektorial eta zeharkakoen bitartez. Ondorioz, herritar guztiek eskubide hauek dituzte: eraginkortasunez parte hartzea osasun publikoko jardunetan; osasun publikoko jardunak berdintasun-baldintzetan gauzatea, inolako diskriminaziorik gabe; eta euren duintasuna eta intimitate pertsonala eta familiakoa errespetatuak izatea, osasun publikoko jardunetan parte hartzeari dagokionez.

3.1. OSASUN SISTEMA NAZIONALAREN OSASUN MENTALEKO ESTRATEGIA

Suizidioaren prebentzioa da honako hauen helburu nagusietakoa: Osasun Sistema Nazionalaren Osasun Mentaleko Estrategia (ESM-SNS)⁷⁹ —2006ko abenduaren 11ko Lurralde arteko Kontseiluak onartu zuen— eta Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun

Ministerioak landutako haren 2009-2013 aldiko eguneratzea (MSPSI)⁸⁰.

ESM-SNSEk eskatzen du berariazko ekintzak gauzatu eta ebalua daitezen arrisku-tal-deetan suizidio-tasak murrizteko. Ekintza horien artean, honako hau gomendatzen du: “prebentziozko esku-hartzeak egitea —lehentasunez, berariazko lantegietan— eta prebentziorako gaitasunetan trebatzea ingurune hauetako bakoitzean: ikastetxeak, espetxeak eta adinekoentzako egoitzak”.

Saioak egin badira ere, estrategia hori eguneratu gabe dago oraindik. Osasun Sistema Nazionalaren Lurralde arteko Kontseiluak ez zuen azken proposamena onartu 2016ko apirilaren 14an egindako bileran. Egun beste proposamen bat ari dira lantzen, eta 2019an zehar onartuko dutela espero da.

3.2. SUIZIDIOAREN PREBENTZIORAKO ESTRATEGIA OSASUN SISTEMA NAZIONALEAN

2017an, Diputatuen Kongresuak legez besteko proposamen bat onartu zuen suizidioaren prebentziorako Estatuaren plan baten inguruan. Proposamena Unión del Pueblo Navarro (UPN) alderdiak aurkeztu zuen, baina ez du jarraitutasunik izan harrezkero; desgindako Unión Progreso y Democracia (UPyD) alderdi politikoak 2014an aurkeztutako legez bestelako antzeko beste proposamen batekin gertatu bezala.

Bestalde, 2018an Osasun Sistema Nazionalen suizidioaren prebentziorako estrategia bat iragarri du Osasun, Kontsumo eta Ongizate Ministerioak. Nolanahi ere, ministerio horren arduraduna ordezkatzek berekin ekarri zuen ekimena bertan behera uztea, eta arlo horretako jardunak Osasun Sistema Nazionalaren hurrengo estrategian txertatuko direla iragarri zuten.

3. ERANSKINA. JOKABIDE SUIZIDAREN FAKTOREAK

1. ARRISKU-FAKTOREAK

Arrisku-faktoretzat hartzen da pertsona batek biztanleria espezifiko batean duen ezaugarri neurgarria, aztertzen ari den egoeraren (kasu honetan, arriskua) aurretik datorrena eta balio duena biztanleria banatzeko arrisku erlatiboan oinarritutako taldeetan⁸¹, arrisku handiko nahiz txikiko taldeetan. Jokabide suizidaren arrisku-faktoretzat ulertzen dira pertsona baten suizidalitatean eragina duten faktoreak. Faktore horiek indibidualak, soziofamiliarak eta testuinguruaren arabekoak izan daitezke.

1.1. FAKTORE INDIVIDUALAK

Faktore indibidual edo pertsonaletan sartzen dira osasun mental eta fisikoko arazoak eta nortasun-ezaugarriak (adibidez, pertsona baten gaitasuna inguruabar zailak maneiatzeko, emozio zailak maneiatzeko edo estresari aurre egiteko).

1.1.1. Osasun mentaleko arazoak

Nahasmendu mental bat egotea da suizidatzeko arrisku-faktore nagusietakoa: burututako suizidioen inguruan autopsia psikologikoaren bidez egindako azterlanen arabera, subjektuen % 90ek nahasmendu mentala zuten²⁰. Hala, nahasmendu mentalei dagokienez:

- **Depresio-nahasmendu** bat egoteak berekin dakar suizidio-arriskua 20 aldiz handiagoa izatea biztanleria orokorrarekiko^{7,82}. Arrisku handiagoa dago nahasmendu hori 30 eta 40 urte arteko adinean hasten denean⁸³. Depremitutako pazienteen % 80 inguruk unerren batean ideia autolitikoa dute. Horrek adierazle egokia ematen du azpiko nahasmenduaren bizitasuna zein den jakiteko⁸⁴.
- **Nahasmendu bipolarra** duten pazienteen % 20 eta % 58 artean suizidatzen saiatzen dira⁸⁵. Suizidabilitatea (ideia suizida / suizidio-ahalegina) % 54koa da forma mistoetarako, eta % 2koa, berriz, forma hutsetarako^{86,87}.
- **Eskizofrenia** duten pertsonengan, suizidio-arriskua 30-40 aldiz handiagoa da biztanleria orokorrean baino, eta, zenbatespenen arabera, % 25-50eko tartean suizidio-ahalegin bat egingo dute bizitzan zehar^{7,82}. Eskizofrenia duten pertsonen artean, suizidioaren batez besteko adina 33 urte da⁸⁸.
- **Elikadura-nahasmendua** (EN) duten pazienteek, % 25 eta % 38 arteko tartean, jokabide autolitikoak dituztela diote^{89,90}. Elikadura-nahasmendua duten pertsonen artean, autolesioen prebalentzia % 25 eta % 55 artekoa da⁹¹. Suizidatzeko arriskua 4,7 aldiz handiagoa da elikadura-nahasmendua dutenen artean, zortzi aldiz handiagoa anorexia nerbiosoa dutenen artean eta 5 aldiz handiagoa bulimia nerbiosoa dutenen artean⁹².
- **Substantziez abusatzen** duten pertsonen artean, suizidio-arriskua 8,5 aldiz handiagoa ere izan daiteke alkoholaz abusatzen dutenen artean⁹³, eta 13,5 aldiz handiagoa opioideak kontsumitzen dutenen kasuan⁹⁴. Alkohola edo beste substantzia batzuk kontsumitzearen ondoriozko nahasmenduak suizidioen % 25 eta % 50 artean daude⁹⁵, eta suizidio-arriskua areagotu egiten da alkoholaren edo beste substantzia batzuen kontsumoarekin batera bestelako nahasmendu psikiatrikoak daudenean³⁴.
- **Hiperaktibitateak eragindako arreta-defizita (HEAD)** duten 5 eta 24 urte arteko gizonek ia hiru aldiz probabilitate gehiago dituzte suizidioaren ondorioz hiltzeko.

Izan ere, HEADak, itxuraz, handitu egiten du komorbiditateen (adibidez, jokabidearen nahasmendua eta depresioa) larritasuna⁹⁶.

1.1.2. Aldez aurreko suizidio-ahaleginak eta ideia suizida

- Aldez aurreko suizidio-ahaleginak dira hura burutzeko arrisku-faktore nagusia. Izan ere, halakoetan, suizidio-arriskua biztanleria orokorrarena baino 100 aldiz handiagoa da²¹.
- Suiziden % 50ek suizidio-ahalegineko aurrekariak dituzte⁹⁷. Suizidio-ahalegin batek % 32 handitzen du ondorengo ahalegin baten arriskua²¹.
- Ahaleginaren ondorengo lehen sei hilabeteen barruan, eta lehen urtean zehar ere, arriskua 20-30 aldiz handitzen da⁷.
- Pazientearen suizidabilitate-aldiaren larritasuna eta hilgarritasuna etorkizuneko suizidio-arriskuaren faktore iragarle bat dira⁹⁸.

1.1.3. Faktore psikologikoak eta nortasun-ezaugarriak

- Nerabeen artean, ezegonkortasun emozionalaren faktoreak 2,3 aldiz ugartzen du suizidatzeko arriskua⁹⁹.
- Itxaropenik eza garrantzi handiko beste faktore bat da: jokabide suizida duten pazienteen % 91k adierazten dute^{83,100}.
- Perfekzionismoaren bila nor bere buruari eta kanpotik eragindako presioak agertzen dira ideia suizida izateko eta suizidatzen ahalegintzeko joera duten pertsonen nortasun aurremorbiduan¹⁰¹. Suizidio-arriskuaren iragarle garrantzitsua izan daitezke goi-estandarrek betetzea eskatzen den kolektiboetan; adibidez, militarren artean.
- Inpultsibotasuna arrisku-faktore garrantzitsua da, batez ere nerabezaro goiztiarrean⁷. Ekintza inpultsibo errepikatuen eraginez, suizidiorako joera eta ideia duen pertsona bat adituagoa, ausartagoa eta gaitasun handiagokoa bilaka daiteke suizidioarekiko eta, hortaz, suizidioa hobeto planifikatzeko gai izan daiteke¹⁰².

88

1.1.4. Gaixotasun fisikoa edo desgaitasuna

- Gaixotasun fisikoa suizidioen % 25etan agertzen da, eta % 80tan adineko pertsonen artean⁸³.
- Ideia suizida nahiko maiz agertzen da GIBaren ondoriozko infekzioa duten pazienteen artean. Suizidio-arriskua areagotu egiten da diagnostikoa jaso eta hurrengo sei hilabeteetan eta sintomak agertzen diren unean¹⁰³.
- Esklerosi anizkoitza duten pazienteen artean, hilgarritasun-tasak bikoitza dira, gutxi gorabehera, biztanleria orokorraren aldean; eta arriskua handiagoa da gizon gazteen artean eta diagnostikoaren ondorengo lehen urteetan¹⁰⁴.

1.1.5. Faktore genetikoak

- Asoziazio bat aurkitu da polimorfismo genetikoaren eta jokabide suizidaren artean. Emaiza sendoenetan, honako aldaera hauekiko asoziazioa dela adierazten da: TPH1-rs1800532¹⁰⁵, SLC6A4-5-HTTLPR¹⁰⁶, COMT-rs4680¹⁰⁷ eta BDNF-r6265¹⁰⁸.
- Ideia suizidari dagokionez, bi markatzaile asoziatu dira modu esanguratsuan. Biak GRIA3 eta GRIK2 geneen baitan daude eta glutamatoaren errezeptore ionotropikoak kodetzen dituzte⁷.

1.1.6. Adina

- Nerabezaroan eta gaztaroan, suizidio-tasak altuagoak dira haurtzaroan baino —% 6 eta % 2,3, hurrenez hurren—¹⁰⁹.
- 65 urtetik gorako gizonek eta —bereziki, 75 urtekoek— dute suizidio burutuaren tasa altuena^{24,110}.
- Suizidio-ahaleginak sarriagoak dira 15-24 urte arteko emakumeen artean. Ondoren datoz 25-34 eta 35-44 urte artekoak. Gizonen artean, berriz, tasa altuenak 25-34 urte artean daude, eta, jarraian, 35-44 eta 15-24 urte artean¹¹¹.
- Ideia suizidaren tasa altuagoa da gazteenen artean¹¹². Gutxi gorabehera, % 1etik % 20ra bitartekoak dira zifrak^{113,114,115}.

1.1.7. Sexua

- Emakumeen artean, ideia suizidaren eta suizidio-ahaleginaren tasak 3-4 aldiz altuagoak dira gizonen artean baino. Burututako suizidioa, ordea, 2-4 aldiz altuagoa da gizonen artean^{25,26}.
- Gizonen artean suizidio-arrisku erlatibo handiena eskizofrenia da, eta, jarraian, nahasmendu afektiboa eta substantzien abusua. Emakumeen artean arrisku handiena substantzien abusua da, eta, jarraian, nahasmendu afektiboa eta eskizofrenia¹¹⁶.
- Faktore sozioekonomikoetarako, gizonen artean, lotutako arrisku handiena da kualifikazio txikiko lana, lorpen akademiko baxua eta soldata-sarrera txikia izatea. Emakumeen artean, arriskua faktore hauekin lotuta dago: langabezia egotea, hezkuntza-maila baxua izatea eta diru-sarrera txikiak izatea¹¹⁶.

1.2. FAKTORE SOZIOFAMILIARRAK ETA TESTUINGURUAREN ARABERAKOAK

89

Faktore soziofamiliarren baitan daude beste pertsona batzuekiko harremanak eta parte-hartzea —pertsona horiek izan daitezke, adibidez, familia, lagunak, lankideak eta, oro har, komunitatea—, eta pertsona bat bere ingurune sozialeko partaide izatearen sena. Testuinguruaren arabera faktoreetan sartzen dira faktore politikoak, inguruneak, kulturalak eta ekonomikoak, pertsonaren bizi-kalitatean laguntzen dutenak.

1.2.1. Familiaren suizidio-historia

- Aitaren edo amaren jokabide suizidaren arriskupean dauden adingabeak lau aldiz joera handiagoa dute suizidio-ahalegin bat izateko arrisku horren pean ez daudenen aldean¹¹⁷.
- Amaren suizidio-ahalegina lotuta dago suizidatzeko asmoz autolesionatzeko arrisku hiru aldiz handiagoarekin¹¹⁸, ahalegin anitzen arrisku handiagoarekin¹¹⁹ eta adin goiztiaragoetan suizidatzeko ahaleginak egiteko joerarekin¹²⁰.
- Familiako kide baten suizidio-ahalegina bizi izan duten nerabeek joera handiagoa dute marihuana kontsumitzeko, alkohol-kontsumo arriskutsuak izateko, suizidatzeko ideiak eta ahaleginak izateko, borroketan sartzeko eta itxaropenik ezaren sentimendu handiagoa edukitzeko¹¹⁷.

1.2.2. Babes soziofamiliarrik eza

- Jokabide suizida sarriagoa da ezkongabeen, dibortziatuen, bakarrik bizi direnen edo laguntza sozialik ez dutenen artean (batez ere gizonen artean), galeraren (banantzea, dibortzioa edo alarguntza) lehen hilabeteetan⁷.

- Gizon ezkongabe eta dibortziatuen eta emakume dibortziatuen artean, suizidio-tasak hiru aldiz altuagoak dira gizon eta emakume ezkonduen artean baino¹²¹.
- Gizon dibortziatuen artean, % 25ek ideia suizida izan dute, gizon ezkonduen % 9ren aldean. Gizon ezkonduen % 2 besterik ez dira suizidatzen saiatu, gizon dibortziatuen % 9ren aldean¹²².

1.2.3. Maila sozioekonomikoa eta lan-egoera

- Langabezia suizidio-arrisku handiagoarekin lotzen da. Hala, suizidio-arriskua bi edo hiru aldiz areagotzen da gertaera estresagarriak daudenean; esaterako, lana galtzean edo erretiroa hartzean¹²³.
- Luzaroko langabeek suizidio-ahalegin gehiago dituzte, eta berriro suizidatzen saiatzeko arrisku handiagoa ere¹²⁴.
- Enplegu ezegonkorrak, itxura batean, inpaktu nabarmena du 25 eta 34 urte arteko pertsonen suizidioan, eta inpaktua handiagoa da hogeita hamar eta inguruko gizonengan¹²⁵.

1.3. FAKTORE BABESLEAK

Faktore babesleek portaera suizidaren aurkako babesak ematen dute, eta pertsona baten faktore indibidualak edota ingurune soziofamiliarren eta testuinguruaren arabera faktoreei erreparatuta kontuan hartu ohi dira. Faktore indibidualen baitan sartzen dira gizarte-trebetasunak, arazoak ebazteko gaitasuna, inpultsibotasunaren autokontrola, autoestimua handia, aurre egiteko estrategia egokiak eta erresilientzia-ahalmena³⁰. Balioak eta arauak ere garrantzitsuak dira, hala nola norberaren bizitzaren balioa, itxaropena eta baikortasuna³¹. Kanpoko faktoreen artean, aipatzekoak dira osasun-bitartekoetarako irisgarritasuna, gizarte- eta familia-sare egokia izatea, gizartean parte hartzea eta suizidio-metodo hilgarrietarako eskuragarritasuna murriztea³².

90

1.3.1. Faktore indibidualak

1.3.1.1. Arazoak ebazteko gaitasuna

- Arazoak ebazteko gaitasunak tresna edo baliabideak jokatzen du itxaropenik eza-
ren egoerak sortzen direnean¹²⁶.
- Arazoak modu positiboan ebaztean ardaztutako aurre egiteko estrategiek eragin ne-
gativoa izan dezakete suizidio-ahaleginarekiko¹²⁶.

1.3.1.2. Autokontrola eta aurre egiteko gaitasuna

- Autokontrola kognitibo eta emozionalerako gaitasunak eta pentsamendu positiboak
erraztu egiten dute erresilientzia suizidio-ahaleginen aurrean¹²⁷.
- Jokabidearen, pentsamenduaren eta emozioen gaineko autokontrola lotuta dago au-
rre egiteko gaitasunarekin eta suizidio-ahaleginekin¹²⁸.

1.3.2. Faktore soziofamiliarak eta testuinguruaren arabera

1.3.2.1. Osasun-zerbitzu-erako eskuragarritasuna

- Burututako suizidioen % 69tan, lehen mailako arretako medikuarekin kontsulta
egon da azken urtean¹²⁹.
- Suizidioen % 52tan eta suizidio-ahaleginen % 53tan, lehen mailako arretako medi-
kuarekin harremanetan jartzen dira haien aurreko zortzi asten barruan.

- Suizidatzen ahalegindu direnek lehen mailako arretako medikuari kontsultatzen diote aurreko hilabeteen; batik bat, depresioengatik (% 64), droga-abusuagatik (% 57) eta egokitzapen-nahasmenduengatik (% 77)¹³⁰.

1.3.2.2. Bitarteko hilgarriarako eskuragarritasuna murriztea

- Oso hilgarriak diren suizidio metodoen eskuragarritasuna eta erabilera murriztea lotu egin da suizidio-tasak % 30 eta % 50 artean jaistearekin¹³¹.

1.3.2.3. Laguntzako gizarte-sarea

- Laguntzako gizarte-sare bat egoteak beharrezko gizarte-babesa eman dezake, eta horrek eragina du suizidio-tasa txikiagoa lortzeko¹³².
- Gizarte-laguntza suizidio-ahaleginen arrisku txikiagoarekin lotzen da¹³³. Joera hori erabakigarria izan daiteke sintomatologia depresibo handiko pertsonentzat¹³⁴.

1.3.2.4. Familia-harreman onak

- Eragina handiagoa da nerabeen artean. Eragin babesle bat aurkitu da gurasoekin harreman ona dagoenean¹³⁵.
- Batez ere, suizidatzen ahalegintzeko probabilitate txikiagoa aurkitu da guraso-par-taidetza handiagoa dutela diotenen artean. Halakotzat ulertzen da laguntza emozio-nala, konpromisoa, erantzukizuna eta irisgarritasuna¹³⁶.

1.3.2.5. Sinesmen eta jardun erlijiosoak

- Sinesmen erlijiosoek eragin babeslea izan dezakete suizidioaren aurka: suizidatzeko probabilitatea txikiagoa da afiliazio erlijioso bat dagoenean¹³⁷.
- Eragin babesle hori lotuta dago komunitate erlijioso batzuek ematen duten euskarri sozial eta integratzailearekin, eta ez hainbeste konfesioen zigor-ondorioarekin¹³⁸.
- Suizidioarekiko objektio morala bizitzeko arrazoi bihur daiteke, eta erakutsi du askoz ere handiagoa dela hilgarritasun txikiko suizidio-ahaleginak egin dituztenen artean, hilgarritasun handiko saioak egin dituztenen aldean¹³⁹.

91

1.4. FAKTORE BIZKORTZAILEAK

Badira gertaera batzuk une jakin batean estres handia eragin eta ekintza suizida bizkor-tu dezaketenak. Batzuk komunak izan daitezke adin-talde guztietan, eta beste faktore bizkortzaile batzuk sarriagoak dira bizitzaren etapa batzuetan beste batzuetan baino¹⁴⁰.

1.4.1. Bizi-gertakari estresagarriak

- Bizi-gertakari estresagarrien eragin handia dago suizidio bat burutu edo suizidio-ahalegin bat egin aurreko hilabeteetan, aurreko hilabeteen batez ere^{141,142}. Horiek sarriagoak dira gizonen artean²⁸.
- Gizonen kasuan, estresore motak gaixotasun somatikoekin, pertsona arteko gatazkekin, finantza-arazoekin eta banantzearekin lotuta daude²⁸.
- Emakumezkoen kasuan, berriz, eraginik handieneko estresoreak nahasmendu mentalak, pertsona arteko gatazkak eta hurbileko pertsonen galera dira²⁸.
- Familia-arazoak eta laneko zailtasunak arrisku-faktoreak dira burututako suizidio-rako, bai gizonen artean, bai emakumeen artean²⁸.
- Gazteen kasuan, pertsona arteko gatazkak, galerak, zailtasun ekonomikoak, banantzea eta lege-gatazkak daude¹⁴³.

- Adinekoen artean, eragina izan dezakete arazo medikoek, isolamendu-egoerek, bakardadeak eta erretiroak²⁸.

1.4.2. Itxaropenik eza

- Pisu handieneko faktoreetakoa da: jokabide suizida duten pazienteen % 91k itxaropenik eza adierazten dute Beck-en eskalan⁷.
- Itxaropenik ezaren mailek suizidio-ahaleginekin lotura handiagoa dute depresio-neurriekin baino¹⁴⁴.

1.4.3. Jazarpena (bullying)

- Jazarpenak (edo bullyingak) ondorioak ditu batez ere haurren eta gazteen osasun mentalean. Frogatuta dago eskola-jazarpena lotuta dagoela ideia suizidarekin (2,79ko probabilitatea) eta suizidio-ahaleginarekin (2,66ko probabilitatea)¹⁴⁵.
- Zenbatetsi da gazteen % 15 eta % 35 artean cyberbullyingaren biktima izan direla¹⁴⁶.
- Cyberbullyinga jasan dutenen autolesionatzeko probabilitatea 2,35 aldiz handiagoa da, jokabide suizidak izateko probabilitatea 2,10 aldiz handiagoa, suizidatzen ahalegintzeko probabilitatea 2,57 aldiz handiagoa eta ideia suizida izateko probabilitatea 2,15 aldiz handiagoa¹⁴⁷.

1.4.4. Tratu txar fisikoa eta sexu-abusua

- Nerabeen kasuan, burututako suizidioak sei aldiz sarriagoak dira haur-abusuaren biktima izan direnen artean¹⁴⁸.
- Lehen abusua jasatean pertsona zenbat eta gazteagoa izan, are eta suizidio-ahalegin gehiago egingo ditu¹⁴⁸.
- Nerabezaroan abusu fisikoak jasan dituzten haurrek arrisku handiagoa dute depresio-sintometarako, ideia suizidarako, alkoholaren abuserako eta, etorkizunean, euren seme-alabekiko eta emaztearekiko abusu fisikorako¹⁴⁸.

1.4.5. Genero-indarkeria

- Bikotekidearen aldetik genero-indarkeria (batez ere, sexu-abusua) jasaten duten emakumeek arrisku zazpi aldiz handiagoa dute ideia suizidarako^{149,150}.
- Bikotekidearengandik erasoak jasateko arriskuan dauden emakumeek probabilitate nabarmen handiagoa dute bizitzan zehar suizidio-ahaleginak egiteko¹⁵¹.
- Indarkeriaren inpaktuak osasun mentaleko arazoak sorraraziko ditu, hala nola trauma osteko estresaren nahasmendua, antsietatea eta depresioa^{152,153}; eta horiek, era berean, ideia suizidarako arrisku-faktoreak dira⁸³.
- Asoziazio bat aurkitu da erasotzailearen eta suizidioaren artean: Espainian, erasotzaileen % 21,9k suizidio-ahalegin bat egin zuten eta % 16,4k suizidioa burutu zuten euren bikotekidea erail ondoren¹⁵⁴.

1.4.6. Sexu-identitatea ez onartze

- Gizonen kasuan, homosexualitatea ez onartzea ideia eta jokabide autolitikoa areagotzearekin lotzen da¹⁵⁵.
- Homosexualen suizidio-ahaleginen kopurua biztanleria orokorrarena baino 5-10 aldiz handiagoa da^{156,157}.
- Gizonezko homosexualen artean, 6 aldiz ere handiagoa da gizonezko heterosexualen artean baino¹⁵⁸.

- Emakume lesbianen suizidio-ahaleginerako arriskua 2 aldiz handiagoa da emakume heterosexualekiko¹⁵⁸.

1.5. ALERTA-SEINALEAK

Alerta-seinale batek lagundu dezake pertsona bat suizidio-arrisku handian dagoela aditzera ematen. Seinale horiek hitzezkoak, fisikoak edo portaerakoak izan daitezke. Alerta-seinaleek ez dute zertan suizidio-arriskua berekin ekarri, baina adierazgarritzat balio dute ezohiko moduan agertzen badira edo asko badira. Gainera, aditzera eman dezakete norbait bere buruaz beste egiteko pentsamendu larriak izaten ari dela eta, are, hori nola egin planifikatzen egon litekeela. Horrelako seinaleak laguntza eskatzeko zantzu bat izan daitezke eta aukera eman diezaiekete familiari, lagunei eta profesionalei esku hartzeko eta, potentzialki, pertsona suizidatzea edo autolesionatzea saihesteko.

1.5.1. Seinale fisikoak eta portaerakoak

- Irudia, itxura, jantzia eta higiene pertsonala ez zaintzea.
- Kexa fisiko iraunkorrak (adibidez, min kronikoa).
- Izan ditzakeen nahasmendu mentalen sintomak larriagotzea.
- Argaltzea edo gizentzea jateko gogoa galtzeagatik edo areagotzeagatik.
- Gizarte- eta familia-isolamendua.
- Ausarkeria handiko eta arriskuko portaeretan parte hartzea; itxuraz, pentsatu gabe.
- Asmo bat betetzea.
- Testamentua idaztea.
- Ezohiko agurrak egitea, pertsona azken aldiz ikusteko aukera balitz bezala.
- Alkoholaz edo bestelako drogez abusatzea.
- Lo-patroi ezohikoak izatea: lorik ez egitea edo beti lo egotea.
- Gogo-aldartean aldaketa biziak izatea: bat-bateko zoriontasun-sentimenduak izatea tristura- edo depresio-aldi luze baten ondoren.
- Autokritika, autoumiliazioa.
- Pertsonarentzat preziatuak edo baliotsuak diren gauzak oparitzea.
- Dirua justifikaziorik gabe edo neurritz kanpo gastatzea.
- Agur-oharrak idaztea.

93

1.5.2. Hitzezko seinaleak

- Itxaropenik ezaren sentimenduak adieraztea: nire bizitza osoa alferrik izan da; borrokatzeaz nekatuta nago.
- Bere buruarekiko gorrotozko, amorruzko adierazpenak egitea: ez dut ezertarako balio; zama bat naiz mundu osoarentzat.
- Harrapatuta egotearen sentimenduak adieraztea, irtenbiderik ez balego bezala: gauzak ez dira inoiz hobetuko; nire arazoak ez du konponbiderik.
- Esatea bizitzeko arrazoirik ez duela edota bere bizitzak ez duela zentzurik edo helbururik: bizitza hau nazkagarria da; nire bizitzak ez du zentzurik.
- Heriotzaz, hiltzeaz edo bere buruaz beste egiteaz hitz egitea (bereziki, hori ezohikoa denean norbaitengan): jakin nahi nuke nolakoa izango litzatekeen bizitza hilda bano; ez dut bizitzen jarraitu nahi.

4. ERANSKINA. JOKABIDE SUIZIDAREN PREBENTZIOAREN INGURUKO EBIDENTZIA

Hiru motatako prebentzio-estrategia daude jokabide suizidaren arrisku-faktoreei aurre egiteko: prebentzio unibertsala, prebentzio selektiboa eta prebentzio adierazia.

1. PREBENTZIO-NEURRIAK

1.1. PREBENTZIO UNIBERTSALA

Prebentzio unibertsaleko neurriak biztanleria osoarengana iristeko diseinatuta daude. Estrategia horien helburua da osasun-arretaren eskuragarritasuna sustatzea; osasun mentala prebenitzeko ekintzak bultzatzea (hala nola alkoholaren kontsumo kaltegarria murriztea); suizidatzeko bitarteko hilgarrien eskuragarritasuna mugatzea; eta hedabideek informazio arduratsua sustatzea:

- **Bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna murriztea.** Metodo zehatz baterako eskuragarritasuna murrizteak suizidio-tasa beheratu dezake; batez ere, metodoa oso hilgarria, zabalki eskuragarria eta suizidio gehienek arrazoia bada^{20,37}. Ebidentzia indartu egin da, bereziki analgesikoen kontrolari eta amiltzearen ondoriozko heriotzako hotspotetarako irisgarritasuna mugatzeari dagokienez¹⁵⁹. Beste herrialde batzuetan abiarazitako neurriek erakusten dute hildakoen kopurua murriztu egiten dela. Adibidez, metroaren plataformetan atek instalatu ondoren, suizidioaren ondoriozko heriotzak murriztu dira¹⁶⁰; pestizidak kontsumitzearen ondoriozko suizidioak gutxiagotu dira haien erabilerarako erregulazioen ondoren¹⁶¹; eta gauza bera gertatu da su-armen ondoriozko suizidioekin, haiek erosteko erregulazioak abian jarri ondoren¹⁶².
- **Hedabideen jakinarazpen arduratsua.** Suizidioari buruzko informazioa argitaratzean, hedabideen jardunbide desegokiak suizidioa gorestera irits daitezke, eta imitazioaren ondorioz suizidio-arriskua areagotu dezakete pertsona kalteberen artean³⁸. Bada neurri eraginkor bat, informazioaren arloko sentsazionalismoa saihesteko estilo-gidak lantzarekin lotuta dagoena³⁸. Garrantzitsua da, halaber, hedabideekin lan-kidetzan prebentzian lan egitea³⁷. Besteak beste, datu zehatzak eman behar dira laguntza non bilatu eta non aurkitu jakiteko, historia pertsonalen inguruko informazioa emateko eta bizitzan egoera zailei edo pentsamendu suizidei nola aurre egiteko¹⁶³.
- **Sentsibilizazio publikoko kanpainak.** Kanpainak hobetu egiten dute publiko orokorraren ezagutza suizidioaren inguruan, eta neurri batean lagundu egiten dute depresioa eta bestelako gaixotasun mentalak dituzten pertsonen gizarte-onarpen hobe lortzen, lagungarriak baitira estigma eta mito faltsuak murrizteko¹⁶⁴. Badirudi kanpainak eraginkorragoak direla suizidioaren prebentzio-estrategia baten barruan daudenean, eta ez, ordea, bereizitako kanpaina gisa¹⁶⁵.
- **Alkoholaren kontsumo arriskutsua kontrolatzeko politikak abian jartzea.** Suizidio-arriskua handiagoa da alkoholismo-arazoak dituzten pertsonen artean, edari alkoholikoak noizean behin kontsumitzen dituzten edo inoiz kontsumitzen ez dituzten pertsonen artean baino³⁶. Alkoholaren kontsumo arriskutsurako murrizketak lagungarriak izan daitezke biztanleria orokorrean eta maila indibidualean suizidioa prebenitzeko. Murrizketek neurri hauek dakartzate berekin, besteak beste: alkohola

kontsumitu ahal izateko legezko gutxieneko adin bat ezartzea eta zero tolerantzia izatea alkoholaren eraginpean gidatzeari dagokionez²⁰.

1.2. PREBENTZIO SELEKTIBOA

Prebentzio selektiboaren xede dira ideia edo portaera suizidak garatzeko arriskuan dauden pertsonak edo biztanleria-azpitaldeak. Programak diseinatuta daude jokabide hori agertzeko arriskua prebenitzeko. Hona eraginkorrenzat frogatu diren neurrietako batzuk:

- **Prebentzio-programa komunitarioak garatzea.** Prebentzio-programa komunitarioek osasun mentalekin lotutako estigma txikiagotu dezakete eta lagungarriak izan daitezke suizidio-ahaleginak murrizteko⁴⁰.
- **Eskola-esparruan prebentzio-programak garatzea.** Eskola-esparruan programak garatzeak lagundu egiten du jokabide suizidaren arrisku-faktoreak eta alerta-seinaleak hobeto ezagutzen, eta erakutsi du eraginkorra dela suizidio-arrisku handiko ikasleak identifikatzeko garaian¹⁶⁶. Hezkuntza-esparruak ingurune aproposa eskaintzen du haren prebentzioan. Esparru horretan garatutako programek suizidio-ahaleginak eta -pentsamenduak murriztu ditzakete⁴¹. Programa batzuek detektatu dute prebentzio-programetan (batez ere, aurre egiteko eta laguntza gehiago bilatzeko estrategietan oinarritutako programetan) parte hartzen duten ikasleek probabilitate % 40 txikiagoa zutela suizidio-ahalegin bat egiteko programa horietan parte hartzen ez duten ikasleek baino¹⁶⁷. Arrisku handia duten nerabeen artean, trebakuntza eta laguntza sozialean oinarritutako prebentzioko eskola-programak eraginkorrak dira suizidioaren arrisku-faktoreak murrizteko eta haren aurkako babes-faktoreak hobetzeko¹⁶⁸. Frogatu da, baita ere, programak ezartzeak areagotu egiten dituela ikasle eta irakasleen arteko loturako portaerak (tutoretzak); eta hori mesedegarria izan daiteke laguntza bilatzeko portaera proaktiboak bultzatzeko.
- **Gizarte-eragileak prestatu eta trebatzea.** Frogatu da gizarte-eragileak trebatzea (horien artean daude irakasleak eta eskolako bestelako langileak, lider komunitarioak, polizia, suhiltzaileak, militarrek, lider erlijioso eta espiritualak, giza baliabideetako langile eta kudeatzaileak, etab.) eraginkorra dela estigma txikiagotzeko, jokabide suizidaren inguruko ezagutza areagotzeko, eta suizidio-arriskuan dauden pertsonak identifikatu eta horiei laguntzeko jarrerak eta konfiantza hobetzeko⁴².
- **Lan-esparruan prebentzio-programak garatzea.** Esparru honetan, garrantzitsua da lanlekuan helburu hauek lortzen lagunduko duen kultura sortzea: ongizate mentala sustatzea, pertsonak nahasmendu mentala izateko arriskua prebenitzen laguntzea edo ager daitezkeen osasun mentaleko arazoak hobeto maneiatzen laguntzea¹⁶⁹.

95

1.3. PREBENTZIO ADIERAZIA

Prebentzio adieraziak helburu ditu suizidio-arriskuan identifika daitezkeen biztanleak. Estrategiak eta ekintzak banaka edo taldeka garatzen dira, arrisku-faktoreak murrizteko eta babes-faktoreak hobetzeko helburuarekin. Itxaropen handieneko ekintzen artean, honako hauek daude:

- **Lehen mailako arretaren profesionali eta hornitzaileei babesa ematea.** Depresio-nahasmenduei hobeto heltzeko profesionalak trebatzeak suizidioak murriztu ditzake, eta emaitzak hobeak lortzen dira emakumeen eta adineko helduen artean. Gaikuntza horrek bere baitan hartu behar du arrisku-faktoreak eta alerta-seinaleak identifikatzeko trebakuntza. Lehen mailako arreta suizidioaren prebentziorako fun-Çtsezko zerbitzua da: azterlanek erakutsi dutenez, suizidatu nahi duen pertsona batek probabilitate handiagoa du lehen mailako arretako mediku bat bisitatzeko osasun mentaleko profesional bat bisitatzeko baino^{170,171}. Ebidentziak aditzera ema-

ten du familiako medikuen aldetik depresioa detektatzen eta suizidio-arriskua ebaluatzen hobetzea osagai garrantzitsua dela suizidioaren prebentzioan¹⁷².

- **Arrisku handia duten pertsonen senideak/zaintzaileak trebatzea:** suizidio-arriskuan dauden nerabeen gurasoei emandako laguntza eraginkorra da haien jokabide suizidak murrizteko eta osasun mentala hobetzeko.
- **Informazioaren eta komunikazioaren teknologietan (IKT) oinarritutako arreta-eta laguntza-programak abian jartzea:** depresioa eta antsietatea tratatzeko Internet bidezko autolaguntza-programak baliagarriak dira arreta presentzialaren osagarri gisa¹⁷³. IKTak erabiltzea oso lagungarria da suizidio-ahaleginak egin dituzten pertsonen jarraipena egiteko tresnatzat.

2. ESKU HARTZEKO NEURRIAK

Esku hartzeko neurriak nahasmendu diagnostikatua eta/edo ideia eta portaera suizida dutenei daude zuzenduta. Osasun mentalaren nahasmendua arintzera edo nahasmendu horren sintomak edo ondorioak murriztera bideratuta daude. Esku-hartze eraginkorren artean, honako hauek daude:

- Lehen mailako arretan eta larrialdi-zerbitzuetan detektatzeko eta identifikatzeko programa edo tresna espezifikoak sortzea: lehen mailako arretan eta larrialdi-zerbitzuetan, bahetzeko tresnek eraginkortasun egokia erakutsi dute pertsona helduengan, trebatutako profesionalek erabiltzen dituztenean bereziki. Larrialdietan baheketan lehen urrats garrantzitsu bat da suizidio-arriskua edo osasun mentaleko premiak dituzten pazienteak identifikatzeko. Hurrengo urrats kritiko bat da pazienteak behar bezala sailkatzea esku hartzeko premiaren arabera, identifikatutako premietan oinarritutako arreta afektiboa emateko¹⁷⁴. Larrialdi-zerbitzuetan, suizidioa prebenitzeko programen eraginkortasunaren inguruko ebidentziak itxaropen handiak ematen ditu. Izan ere, frogatu da zerbitzu horretan hasten den arretak jokabide suizida murrizten duela eta tratamenduarekiko atxikipena errazten duela¹⁷⁵. Larrialdi-zerbitzuetan, suizidio-arriskuaren ebaluazioa lagungarria izan daiteke pazienteen osasun mentalera deribatu behar den edo pazienteak ospitalizazioa behar duen jakiteko. Larrialdi-zerbitzuetako esku-hartze laburrak —barne dela bitarteko hilgarrietarako (su-armak, sendagaiak, etab.) eskuragarritasuna— eraginkorrak izan daitezke kontuan izanda ingurunea zein den eta larrialdi-zerbitzuek etorkizunean suizidio-ahaleginak prebenitzen laguntzeko zein bitarteko dituzten (suizidio-ahalegin baten ondorioz larrialdi-zerbitzuetara doan pertsona batek hurrengo hiru hilabeteetan beste suizidio-ahalegin bat egiteko arriskua du)¹⁷⁶; horrela, suizidio bat saihesteko¹⁷⁷. Dena den, funtsezkoa da suizidio-arriskupean dauden pazienteen segurtasuna ziurtatzeko neurriak ezartzea. Izan ere, oro har, burututako suizidioen % 2 eta % 6 artean ospitalizazio-unitateetan izaten dira¹⁷⁸.
- Tratamendu farmakologikoak. Depresiorako sendagaien bidezko tratamenduak txikiagotu egiten du ideia eta jokabide suizida¹⁷⁹. Sertralina ematea ideia eta jokabide suizida ez-emergentea murriztearekin lotzen da³⁷. Ketamina lotu izan da ideia suizidaren tratamendu potentzialki eraginkor eta azkarrarekin, depresioaren hobekuntza kontuan hartu gabe³⁷. Gainera, aurkitu da klozapina eraginkorra dela eskizofrenia duten pazienteen artean jokabide suizidak murrizteko¹⁸⁰, eta litioa itxaropen handikoa dela gogo-aldartearen nahasmenduak dituzten pazienteengan¹⁸¹.
- Psikioterapiako esku-hartzeak eta ikuspegi psikosozialak. Ikuspegi kognitibo-konduktualeko esku-hartzeak erantzun egokia dute jokabide suizidaren murrizketan, suizidio-ahaleginen errepikapenean eta autolesioetan, pertsona helduen eta adine-

ko helduen artean¹⁸². Psikoterapia, bere modalitate guztietan, bereziki eraginkorra da arrisku handia duten pertsonentzat; adibidez, mugako nortasun-nahasmendua dutenentzat edo suizidio-ahalegin baten ondoren larrialdi-zerbitzu batean ospitale-ratuta dauden pazienteentzat¹⁸³. Terapia dialektiko-konduktualean (TDK) eta terapia kognitibo-konduktualean (TKK) oinarritutako esku-hartzeek jokabide eta ideia suizida murrizten lagundu dezakete. Arazoak ebazteko terapia, halaber, itxaropen handiko terapia motatzat hartzen da, nahiz eta oraingoz ez duen behar adinako ebidentziarik²⁰.

3. JARRAIPEN-NEURRIAK

Jarraipen-neurriek zerikusia dute gaixotasun mental kronikoak eta larriak edo jokabide suizidak dituzten pertsonen arreta jarraitua eta luzarokoa emateko erabiltzen diren mota honetako programekin: psikologia eta hezkuntzakoak, psikoterapeutikoak eta laguntzakoak. Horien artean, eraginkorrak direla erakutsi dute jarraipenak eta laguntza komunitarioak. Bereziki gomendagarria da jarraipena maiz egitea. Horren barruan sar daiteke telefono bidez harremanetan jartzea edo bisitaldi laburrak egitea (informalak edo formalak), etengabeko harremana ezarri eta sustatzeko. Era berean, oso garrantzitsua da komunitatearen babesa jasotzea eta senideek, lagunak edo beste baliabide komunitario batzuek parte hartzea (pertsonak aldizka ikuskatzea eta tratamenduarekiko atxikimendua sustatzea)³⁴.

4. JOKABIDE SUIZIDA PREBENITZEKO NAZIOARTEKO ESTRATEGIAK

Jokabide suizida prebenitzeko garatutako estrategiek erakunde hauen (besteak beste) gomendioak baliatu dituzte: Osasunaren Mundu Erakunde (OME)³⁴, Gaixotasunen Prebentzio eta Kontrolerako Zentroa (CDC)¹⁸⁴ edo *Black Dog*⁴³ izeneko Australiako institutua.

97

Biztanleriaren behar eta ezaugarriei erreparatuta, garatutako estrategiak elementu nagusi hauetan ardatzu dira:

1. **Zaintza:** suizidio-ahaleginei eta burututako suizidioei buruzko datuen erregistroaren kalitatea eta espezifikotasuna areagotzea. Ikerketa epidemiologikoa oinarritzkoa da helburu hauetarako ebidentzia bat emateko: jokabide suizidaren arazoak duen hedadura hobeto ulertzea, arrisku handiko taldeak identifikatzea eta suizidioa prebenitzeko ekintzen eraginak monitorizatzea¹⁸⁵. Horretarako, beharrezkoa da kalitate handiko erregistroak izatea. Izan ere, suizidioaren ondoriozko heriotzak eta suizidio-ahaleginak jakinarazteko sistema zehaztugabeek eta/edo osatugabeek galaz egiten dute ondoren esku-hartze egokiak garatzea¹⁸⁶. Jokabide suizida zaintzeko sistema zehatzik gabe, ia ezinezkoa da suizidioei buruzko bizi-estatistika egokiak eta eguneratuak lortzea eta prebentzio-programa bat eraginkortasunez ebaluatzea¹⁸⁷. Frogatuta dago suizidio-ahaleginak eta burututako suizidioak datu-bilketako prozedura estandarizatuen bidez ikertzea eraginkorra dela jokabide suizidaren inguruko ebidentzia eta ezagutza zabaltzeko. Informazio hori esku-hartze zehatz baten eraginkortasuna ebaluatzeko erabil daiteke ondoren^{188,189}.
2. **Ingurune babesleak sortzea:** lotuta dago suizidatzeko bitartekoen eskuragarritasuna eta irisgarritasuna murriztearekin; alkoholaren gehiegizko kontsumoa murrizteko politika komunitarioekin; eta hainbat gizarte-inguruetan (lanlekuak, ikastetxeak, etab.) suizidio-arriskuan dagoen pertsona baten aurrean erantzun prosozialak sustatuko dituzten politika eta balio kulturalak indartzearekin.
3. **Hedabideak:** hedabide inprimatuetan, irrastian eta sare sozialetan jokabide suizidaren inguruko informazio arduratsuaren alde egiteko bitartekoak sortu eta

komunikazio-gidak abiaraz daitezzen sustatzea. Hedabideek zeregin garrantzitsua bete dezakete suizidioaren prebentzioa sustatzeko. Suizidioaren inguruko komunikazio arduratsua lagungarria izan daiteke suizidioari buruzko informazio objektiboa eta erabilgarria emateko¹⁹⁰, eta imitazioaren ondoriozko suizidio-arriskua minimiza dezake¹⁹¹. Hedabideentzako orientazio-gidak erabiltzeak lagundu egiten du, era berean, suizidioen eragina eta tasa murrizten^{192,193}.

4. **Gizarte-eragileak prestatzea:** jokabide suizidaren prebentzian eta hari heltzean inplikaturako eragile emergente guztientzako aldian behingo prestakuntza-programa integralak sortu eta mantentzea. Eragile horien artean daude gizarte-zerbitzuak, polizia, irakasleak, erlijiosoak, lankideak, eskolakideak, laguntzako telefono-lineak, etab. Sarritan, suizidio-arriskuan dauden pertsonen denbora bat hartzen dute osasuneko profesional bati laguntza eskatzeko, edo ez diote laguntzarik eskatzen ere¹⁹⁴. Gizarte-zerbitzuen sistemak, biztanleria orokorrari ez ezik, suizidiorako bereziki kalteberak diren kolektiboei ematen die arreta, zerbitzu eta programa espezifikoen bitartez. Zerbitzu eta programa horietako gehienek ez dute osasuneko langile propiorik. Hortaz, prestakuntza eta osasun-sistematikiko koordinazioa garrantzi handikotzat hartzen dira. Profesional horien prestakuntzak bidea ematen du arriskuan dauden pertsonen ezagutzak, jarrerak eta gaitasunak identifikatzeko, arrisku-maila zehazteko eta, ondoren, tratamendua jaso dezaten pertsona horiek bideratzeko. Itxaropen handiko emaitzak erakutsi dituzte biztanleria espezifikoei egokitutako programek¹⁹⁵. Ikusi da, era berean, gizarte-zerbitzuen edo komunitatearen jarraipena eta laguntza eraginkorrak direla berriki alta emandako pazienteen artean suizidiok eta suizidio-ahaleginak murrizteko¹⁹⁶; batik bat, gizarte-babesik ez dutenen eta lehen jasotzen zuten arretarik gabe bakartuta senti daitezkeen artean.
5. **Prestakuntza eta babes lehen mailako arretan:** lehen mailako arretako medikuek jokabide suizida detektatzean oinarritutako babes-programak izan behar dituzte. Prestakuntza ardaztu behar da, besteak beste, arrisku-faktoreak, faktore babesleak eta alerta-seinaleak hautematean, eta arriskuan dauden pazienteei arreta emateko eta estigma txikiagotzeko tresnak erabiltzean. Osasun-profesionalen prestakuntzak, pertsona suiziden tratamenduan konfiantza profesionala areagotzeaz gainera, segurtasuna ematen du arriskua ebaluatzeko eta ideia suizida zuzenean baloratzeko susmoa dagoen pertsonengan¹⁹⁷.
6. **Zerbitzuen eskuragarritasuna:** zerbitzu integraletarako eskuragarritasun handiagoa sustatzea jokabide suizidarekiko pertsona kalteberentzat, eta esku-hartze eta arreta egokia galaraziko duen edozein oztopo ezabatzea. Horiek zerikusia dute osasun mentaleko arazoak dituzten pertsonentzat eskuragarri dauden baliabideen kopuru baterako sarbidearekin, estaldurarekin eta bermearekin.
7. **Zaintetaren kalitatea:** arretaren eta esku-hartze klinikoen kalitatea hobetzea, eskuragarri dagoen ebidentzia zientifiko hoberenean oinarrituta. Ikusi da bereziki garrantzitsua dela esku-hartze psikosozialetara jotzea.
8. **Krisialdian esku hartzea:** bermatzea komunitateak gaitasuna izan dezan krisialdiei esku-hartze azkarrekin, koordinatuekin eta aproposekin erantzuteko. Larrialdietako eta lehen esku-hartzeko profesionalak (poliziak, suhiltzaileak eta bestelako sorosleak) erantzuten lehenak izan ohi dira norbait krisialdi suizida batean dagoenean¹⁹⁸. Beraz, erabakigarria da profesionalak norbait suizidio-arriskuan noiz dagoen jakitea eta krisialdi suizida baten bizitasuna murrizteko gaitasunak izatea. Ebidentziak dio entzute errukitsua eta enpatia direla tresnarik eraginkorrenetakoak¹⁹⁹. Horregatik, jokabide suizidaz haratago, garrantzitsua da beste abilezia batzuetan prestatu eta trebatzea (hala nola komunikazio eraginkorrean), krisialdian dagoen pertsonaren egoera arintzeko.

Abilezia indibidualak ez ezik, OMEk nabarmendu egiten du, era berean, lehen esku-hartzeko profesionalen eta tokiko babes-zerbitzuen arteko lotura sendoak behar direla jokabide suizidaren aurreko esku-hartzea errazteko²⁰⁰.

9. **Arriskuan dauden pazienteen jarraipena:** suizidio-ahalegin baten ondoren pertsonenganako arreta hobetzea garrantzitsua da etorkizuneko ahaleginak eta litekeen heriotza murriztu ahal izateko. Suizidio-ahalegin bat egin duten pazienteekiko aldizkako harreman laburretan datza jarraipen eraginkorra. Suizidio-arriskua txikiagotzeko, ezinbestekoa da mailen eta zerbitzuen artean pazienteen jarraipena egitea²⁰¹. Suizidatzen ahalegintzeko edo suizidatzeko arriskua handiagoa da ospitaleko alta edo larrialdi-zerbitzuetako arretan alta hartu eta lehenengo hilabetean²⁰². Suizidio-ahalegin baten ondoren larrialdi-zerbitzuetan arreta jasotzen dute pazienteen % 70 ere ez dira inoiz lehen jarraipen-hitzordura joaten. Hortaz, frogatu da arrisku handiko pertsonekin jarraipen-harremana izatea (adibidez, deien bitartez, etab.) oso eraginkorra dela suizidio-arriskua txikiagotzeko eta zerbitzuen arteko trantsizioa errazteko.
10. **Kolektibo kalteberetan jokabide suizida detektatzea eta hari heltzea:** pertsona talde batzuek biztanleria orokorrak baino suizidio-arrisku handiagoa dute. Adibidez, paziente psikiatrikoek, haurrek, nerabeek eta adinekoek arrisku handieneko taldeetakoak dira. Ondorioz, tratamendua hobetzeak (ospitalizazio psikiatrikoa barne dela) potentzial prebentiboa du^{20,37}. Frogatu da telefono bidezko laguntza edo harreman eta laguntza emozionaleko bestelako moduak eraginkorrak direla ideia eta arrisku suizida arintzeko¹⁷². Haur eta nerabeen artean, azterlan batzuen arabera, arazoak ebazteko, estresari aurre egiteko eta erresilientzia areagotzeko gaitasunak bultzatu egiten ditu faktore babesleak jokabide suizidaren aurka²⁰. Adineko pazienteen artean, badirudi esku-hartze psikofarmakologikoen murriztu egiten dituztela suizidio-ahaleginak, komunitatean oinarritutako programak garatzeak bezala. Gainera, itxuraz, minbizia duten pertsonen zainketa aringarriak emateak txikiagotu egiten du suizidioen eragina¹⁷².
11. **Postbentzioa:** suizidioak eragindako pertsonen erantzuna eta zainketa hobetzea eta suizidioak eta suizidio-ahaleginek eragindako pertsonen jarraipen-laguntza egokia ematea. Postbentzioko esku-hartzea suizidio-arriskurako probabilitate txikiagoarekin lotu da²⁰³, baita depresio-maila^{204,205} eta antsietate-maila²⁰⁴ baxuagoekin ere. Bizirik dirauten pertsonen doluan babesteak lagundu egiten du suizidioaren inpaktuarekiko duten kontzientzia hobetzen eta suizidioaren inguruko estigmari aurre egiten. Beraz, komeni da postbentzio-baliabideak eta horietarako eskuragarritasuna maximizatzea, hasiera batetik laguntzarik nahi ez dutenak baina aurrerago agian laguntza hori behar izango dutenak identifikatuta ere²⁰⁶. Oro bat, ebidentziak aditzera ematen du lehen esku-hartzeko eta larrialdietako profesional horrek dakarren erronka. Izan ere, agertokia kontrolatu beharra dute, ikerketa bat egingo dela ziurtatzeko, familiei suizidioaren inguruko informazioa emateko, etab. Horregatik, hori ere kontuan hartu beharko litzateke gomendioak egiteko garaian²⁰⁶.
12. **Ikuskapena eta koordinazioa:** gobernantzaren eta ikuskapenaren erakunde arduradun bat sortu eta erabiltzea, eta ikerketa, trebakuntza eta zerbitzugintza sustatu eta koordinatzea jokabide suizidari erantzuteko. Ebaluazioa eta jarraipena suizidioaren prebentziarako plan edo estrategia ororen baitan daude, eta hura garatzean egindako aurrerabideari buruzko informazioa ematen dute. Informazio hori baliaigarria da emaitzak epe labur, ertain eta luzera monitorizatzeko, beharrezko aldaketak sartzeko eta etorkizuneko plangintza eta baliabideen esleipena bideratzeko²⁰⁷. Bidea ematen du plan edo estrategia eta horren neurriak planifikatu eta administratzeko modua hobetzeko, ikaskuntza sustatuko duten

asoziazio integratzaileak eta ekintzak ezartzeko eta etengabe hobetzeko.²⁰⁸

13. **Kontzientzia hartzea eta estigma murriztea:** informazio publikoko kanpainak egitea, osasun-metalerako zerbitzuak erabil daitezen sustatzeko eta suizidioei aurrea hartzeko aukera dagoela eta gizarteak horretan lagundu dezakeela ulertarazten laguntzeko. Suizidioaren inguruko kontzientziazio-kanpainen helburua da arriskua detektatzeko gaitasuna areagotzea, laguntza bila dadin bultzatzea, estigma murriztea eta suizidioaren arrazoiei eta arrisku-faktoreei buruzko ulermena hobetzea. Horrelako kanpainak bereziki egokiak dira laguntza bilatzea saihestu ohi duten arriskupeko pertsonengana heltzeko. Biztanleria orokorrean arazo horren inguruan informatzeko eta ezagutza areagotzeko eraginkorrak direla erakutsi dute²⁰⁹. Garrantzitsua da kanpaina horiek beste estrategia batzuekin batera egitea; suizidio-tasak murrizteari dagokionez ez baitute inpaktu handirik erakutsi bakarrik egin direnean.
14. **Laguntza ekonomikoa indartzea:** segurtasun finantzario indartzean ardatzea, lana galtzearekin edo bat-bateko arazo finantzarioekin lotutako zailtasun ekonomikoa eta estresa murrizteko. Gainera, etxebizitzaren arloko egonkortasunean laguntzeko politikak ezarri behar dira segurtasun-gabezia finantzarioko garaie-tan premia duten pertsona kalteberentzat^{29,207}.

12. taulan, gure inguruneko herrialdeek garatutako jarraibide eta neurrien adibide nabarietako batzuk agertzen dira.

12. taula. Suizidioaren prebentziorako jarraibide estrategikoak herrialdeka. Iturria: geuk landua.

HERRIALDEA	ILDO ESTRATEGIKOAK	EZARRITAKO NEURRI BATZUK
AUSTRALIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suizidioaren prebentzioaren ebidentzia eta ulermena hobetzea. 2. Erresilientzia indibiduala eta autolaguntzarako gaitasuna garatzea. 3. Komunitatearen erresilientzia eta gaitasuna hobetzea suizidioaren prebentzioan. 4. Suizidioaren prebentziorako ikuspegi koordinatua ezartzea. 5. Suizidioaren prebentziorako jarduera espezifikoak eskaintzea. 6. Suizidioaren prebentzioan kalitate-estandarrak abiaraztea. 	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioaren prebentziorako jarduerak eta esku-hartzeak identifikatzea, baita jokabide suizidan hark duen inpaktua eta garrantzia ere. · Alerta-seinaleen, arrisku-faktoreen eta faktore babesleen inguruko ebidentzia hobetzea. · Suizidioaren ebidentzia indartzea, azterlan sistematiko, luzetarako eta diziplina anitzeko bidez. · Ebidentzia hobetzea, bizirik dirautenen beharrak identifikatzeko eta haiei heltzeko. · Suizidioaren ondoriozko heriotzetarako erregistro estandarizatuko sistema nazional bat sortzea. · Erresilientzia indibidualerako eta komunitariorako gaitasunak eskuratzen laguntzeko programak sustatzea. · Suizidioaren prebentzioan funtsezko zeregina duten profesionaleri laguntzea. · Ongizate emozionalak, nahasmendu mentalek eta suizidioaren prebentzioak duten garrantziaren inguruan kontzientziatzeko programak garatu eta sustatzea. · Toki-komunitateetan jardunbide egokiak garatu eta truka daitezen sustatzea. · Komunitateak trebatzea suizidioarekin lotutako alerta-seinaleak eta arrisku-faktoreak identifikatzeko eta horiei erantzuteko. · Eskolen, lanlekuen eta bestelako ingurune garrantzitsuen ahalmena baliatzea arriskuan dauden pertsonak identifikatzeko eta horiei babesa emateko. · Zerbitzuen arteko baterako tresnak eta protokoloak garatzea. · Zerbitzu komunitarioak koordinatuta egiten laguntzeko baliabideak eta tresnak diseinatu eta abian jartzea. · Osasun-zerbitzuak eskuragarri ez dituzten arrisku handiko biztanleengana iristeko programa berritzaileak garatu eta sustatzea. · Suizidatzen saiatu diren pertsoneri eta haien familiei laguntzeko sistemak garatzea. · Laguntzeko jarraibideak eta tresnak abian jartzea, arrisku handiko taldeekin elkarreraginean jardun ohi duten lehen lerroko langileen trebetasunak hobetzeko. · Baliabideen alta eta komunitatearen laguntza garatu eta planifikatzea. · Suizidioaren prebentziorako estandar nazional espezifikoak garatu eta sustatzea. · Suizidioaren prebentzioan eraginkortasunez lan egiteko beharrezko abileziak eta trebakuntza identifikatzea. · Suizidioaren prebentziorako ekimenen ebaluazio sistematikoa sustatzea. · Ebaluazioaren eta ikerketaren zeregina sustatzea, suizidioari buruzko ebidentzia areagotzeko eta etengabeko hobekuntzan laguntzeko.

HERRIALDEA	ILDO ESTRATEGIKOAK	EZARRITAKO NEURRI BATZUK
<p>ESTATU BATUAK</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familiak eta komunitatea ahalduntzea. 2. Prebentzio-zerbitzu klinikoak eta komunitarioak sustatzea. 3. Tratamendua eta sostengu-zerbitzuak. 4. Zaintza, ikerketa eta ebaluazioa. 	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioaren prebentziorako aurrera egiteko itun publiko-pribatuak garatu eta mantentzea. · Suizidioaren prebentziorako sartzeko balioetan, kulturean, lidergoan, eta suizidioaren prebentziorako jarduerari laguntzeko erakundeen lanean eta programetan. · Krisian esku hartzeko egokitzapen-estrategietan lagunduko duten mezu positiboak areagotzea. · Ezagutza zabaltzea alerta-seinaleen eta krisian dauden pertsonak laguntza- eta zainketa-zerbitzuekin harremanetan jartzeko moduaren inguruan. · Suizidioari buruzko informazio arduratsuari heltzen dioten politikak eta jardunbideak garatu eta abian jartzen dituzten hedabideak adoretu eta aintzatestea. · Lehen laguntzetako eta krisian arreta emateko langileentzat protokoloak eta programak garatu eta abian jartzea, suizidio-arriskua lankidetzan kudeatu eta jakinarazteko estrategia eraginkorrak abiarazteko moduaren inguruan. · Suizidio-arriskuan dauden pertsonen elkarreraginean diharduten hornitzaileak adoretzea bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna errutinatzat ebalua dezaten. · “Zero suizidioen” helburua ezartzea arriskuan dauden pazienteen populazioei zerbitzuak eta babesa ematen dizkieten arreta medikoko eta laguntza komunitarioko zerbitzuetan. · Suizidio-arrisku handiena duten pertsonentzat ebaluazio, esku-hartze eta arreta eraginkorrerako bidezko eskuragarritasuna sustatzea. · Larrialdietako zerbitzuen arteko lankidetzak eta lankidetzak espezializatua garatzea, altako arretarako hautabideak emateko eta altaren ondoren jarraipen azkarra sustatzeko. · Paziente guztiengan ideia eta jokabide suizida ebaluatzea. · Politikak eta prozedurak erabaki eta abian jartzea suizidio-arriskua ebaluatzeko, segurtasuna sustatzeko eta jokabide suizidak murrizteko, osasun mentaleko eta/edo substantzien abusuak eragindako nahasmendurako arreta jasotzen duten pazienteen artean. · Suizidio-ahaleginetatik bizirik dirautenak inplikatzeko komunitateko laguntza- eta tratamendu-zerbitzuetan. · Jokabide suizidari buruzko erregistro- eta datu-txostenen aurkezpena hobetzea. · Inkesten eta informazioa biltzeko bestelako tresnen kopurua areagotzea, eta horietan sartzeko biztanleriaren jokabide suizidei, arrisku-faktoreei eta abarri buruzko galderak. · Suizidioaren prebentziorako esku-hartzearen eraginkortasuna ebaluatzea. · Beste herrialde batzuetan suizidioaren prebentziorako estrategiak nola abiarazten diren aztertzea, efizienteenak eta eraginkorrenak izan daitezkeen egitura motak identifikatzeko. · Suizidioaren ondoriozko erikortasuna eta hilgarritasuna murriztean estrategiak duen inpaktua eta eraginkortasuna ebaluatzea.

HERRIALDEA	ILDO ESTRATEGIKOAK	EZARRITAKO NEURRI BATZUK
IRLANDA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jokabide suizidarekiko eta osasun mentalarekiko ulermena eta jarrera hobetzea. 2. Tokiko komunitateei laguntzea suizidioari aurrea hartzen eta erantzuten. 3. Lehentasunezko taldeetan esku-hartze espezifikoko gauzatzea. 4. Suizidio-arriskua duten pertsonentzako zerbitzuen eskuragarritasuna eta integrazioa hobetzea. 5. Suizidioarekiko kalteberak diren pertsonentzako zerbitzu seguruak eta kalitate handikoak ziurtatzea. 6. Bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna murriztu eta mugatzea. 7. Zaintza, ebaluazioa eta ikerketa hobetzea. 	<ul style="list-style-type: none"> · Osasun mentala sustatzeko komunikazio-kanpaina koordinatuak egitea. · Osasun mentaleko zerbitzuen eta sartzeko eta bideratzeko mekanismoen berri ematea. · Jokabide suizidarekin lotutako estigma murrizteko kanpainak egitea. · Web-orriak erabiltzea jokabide suizidaren inguruan jardunbide egokiak hedatzeko eta behar bezala informatzeko. · Erakunde komunitarioei jarraibideak, protokoloak eta trebakuntza ematea suizidioaren prebentzio eraginkorraren inguruan. · Ingurune komunitarioetan osasun mentala sustatzeko programak egitea arrisku handiko taldeentzat. · Suizidioaren prebentzioa sartzeko politika, plan eta programa nazionalen garapenean. · Zerbitzuen arteko jardunbide-protokoloak garatzea. · Lehen lerroko (lehen mailako arretako) profesionalen trebakuntza ematea. · Alkohol-kontsumoaren abusuari dagokionez, esku-hartze goiztiarrekiko eta prebentzioko programak abiaraztea. · Eskoletan prebentzioko politikak eta programak abiaraztea. · Egunean 24 orduko eta astean 7 eguneko zerbitzu koordinatua eta uniforme ematea, lehen mailako arretatik osasun mentaleko zerbitzuetaraino arreta-protokoloak izango dituenak. · Zerbitzuetan balorazio uniforme ematea, ezarritako gidaren arabera. · Oinarri psikosozialeko esku-hartze eskuragarriak eta uniformeak ematea, bai lehen mailako arretan, bai arreta espezializatuan. · Suizidioaren prebentzio-zerbitzuetarako kalitatezko estandarrak garatzea. · Ebidentzian oinarritutako tresnen, bitartekoen, jarraibideen eta protokoloen biltegiak garatzea. · Osasun mentalean jokabide suizidari erantzuteko prozedura uniforme ematea garatzea. · Profesionalekin lan egitea sendagaiak modu desegokian ematen diren kasuak murrizteko. · Arrisku handiko kolektiboen jokabide suizidaren ezaugarriei buruzko informazioa biltzea. · Jokabide suizidaren inguruko kalitate handiko datuak bildu, analizatu eta hedatzea. · Bikaintasun-zentroekin itunak egitea jokabide suizidaren ebaluazioan eta ikerketan laguntzeko.

HERRIALDEA	ILDO ESTRATEGIKOAK	EZARRITAKO NEURRI BATZUK
<p>ERRESUMA BATUA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arrisku handiko taldeetan suizidio-arriskua txikiagotzea. 2. Talde espezifikoan osasun mentala hobetzea. 3. Bitarteko hilgarrietarako eskuragarritasuna murriztea. 4. Suizidioak eragindako pertsonen informazioa eta laguntza ematea. 	<ul style="list-style-type: none"> · Kalitate handiko zerbitzu eskuragarriak ezartzea, osasun mentaleko arazoak dituzten pertsonen artean suizidio-arriskua txikiagotzeko. · Larrialdietako, lehen mailako arretako, bigarren mailako arretako, ospitale- eta komunitate-arretako, eta ospitale-altako zerbitzuen arteko protokoloak hobetzea. · Bigarren eta lehen mailako arretako zerbitzuen arteko komunikazioa hobetzea; autolesioko episodio baten ondoren larrialdi-zerbitzuetara jotzen duten pertsona askok lehen mailako arretako euren medikuari kontsulta egiten baitiote geroxeago. · Egoki eta eraginkortasunez ebaluatzea pertsona kaltebera guztiak, haien identifikatzeko eta laguntza-zerbitzu aproposetara bideratzeko. · Depresioa errutinizat ebaluatzea arreta pertsonalizaturako plangintzaren barruan. · Suizidioaren inguruan kontzientziatzea eta pertsonak trebatzea beren baitan edo besteengan suizidioaren alerta-seinaleak ezagutzeko eta horiei erantzuteko. · Suizidatzeko metodo eta leku berri eta ezohikoei adi egotea, erantzun ahal izateko. · Babes emozional eraginkorra eta egokia ematea suizidioaren ondorioz doluan dauden edo eraginpean dauden familiei, dolu-prozesuan laguntzeko, larritasun emozionalari aurrea hartzeko eta suspertzen laguntzeko.

5. ERANSKINA. ARAU- ETA PLANGINTZA-ESPARRUA EAEN

1. ARAU-ESPARRUA

3/1979 Lege Organikoak²¹⁰, Euskal Herriaren Autonomia Estatutuarenak, abenduaren 18koak, osasunaren arloan legegintza garatzeko eta legeria betearazteko eskumenak ematen dizkio Autonomia Erkidegoari: “horretarako, lehen aipatu diren gaiekin lotutako zerbitzu guztiak antolatu eta kudeatu ahal izango ditu bere lurraldean, eta osasun eta gizarte-segurantza arloko erakunde, entitate eta fundazioen gainbegiratzea egingo du”.

Antolamendu Sanitarioaren 8/1997 Legeak²¹¹ osasuna babestu eta zaintzeko euskal herritarrek duten eskubidea gauzatzea ahalbidetzen dituen jardunak mugatzen ditu. Legearen 2. artikulua honela dio: “Euskal aginte publiko guztien lehentasuneko zeregina da, izan, jarduera sozio-ekonomikoko sektore bakoitzean osasuna sustatzea eta indartzea, bizitza-ohitura osasungarriari adre emateko, arrisku-faktoreak kentzeko, ondorio negatiboen intzidentzia ezabatzeko eta bere izaeragatik dagokion leku nagusiaren gainean sentsibilizatu eta kontzientziatzeko”.

Era berean, Eusko Jaurlaritzari eskumen hau esleitzen dio: “Euskadin osasunaren instituzio-eremu hori jagotea, bai gomendioak bideratuz edo egokituz jotzen dituen neurriak hartuz, sektore-politika guztietan kontuan har daitezela zaintzeko, eta bai ekintza sanitario hutsen osagarri diren diziplina anitzeko ekintza positiboen diseinua emanez, biztanleriaren osasun-mailan etengabeko hobekuntza lortzeko”. Horretarako, honako hau ezartzen du: “Gizarte-zerbitzuetan eskumena duten administrazio publikoekin lankidetzan aritzeko beharrezko bideak ezarriko dira, gaixotasunen edo osasun-galeren prozesuetan biltzen diren arazoak edo gizarte-egoerak etenik gabe atenditzen direla garrantzatzeko”.

3. artikuluan, Euskal Administrazio Sanitarioari esleitzen dio osasun publikoaren babes orokorra, prebentzio-neurrien, osasuna sustatzeko neurrien eta osasun-prestazio indibidualen bidez. Era berean, zeregin hau dagokio: “baliabide-dispositibo egokia garrantzatzeko, hots, izaera publikoz ziurtatutako prestazioak emateko baliabide-dispositibo egokia garrantzatzeko, batez ere titularitate publikoko baliabideen dotazio, mantenimendu eta antolamendu-hobekuntzaren bidez”.

5. artikulua bidez, Euskadiko Osasun Sistema sortzen da, “biztanleriaren osasun-maila mantentzea, berreskuratzea eta hobetzea helburu duela; sistema hori Euskadiko Autonomi Elkarteko baliabide sanitario publikoek modu integralean eratzen dute”.

Gizarte Zerbitzuei buruzko abenduaren 5eko **12/2008 Legeak**²¹² honako helburu hau du: “Euskal Autonomia Erkidegoaren eremuan gizarte-zerbitzuen prestazioak eta zerbitzuak jasotzeko eskubidea sustatu eta bermatzea, eta, horretarako, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistema unibertsal bat arautu eta antolatzea”. Osasun mentalaren kasuan, 46. artikulua honela dio: “talde batzuek beste batzuek baino gehiago beharko dute arreta soziosanitarioa”; “baliabide soziosanitario hutsak eta atal bereziki soziosanitarioak sor ditzakete, beste baliabide edo atal zabalago batzuen baitan”; “Gizarte-arloko eta osasun-arloko lana hobeto koordinatzeko eta bateratzeko, beharra dutenei ahalik eta zerbitzurik onena eskaintzearren, sinergia indartzearren eta baliabideak hobeto erabiltzearren”. Koordinazio soziosanitarioa, eta, bereziki, arreta pertsonalizatuaren koordinazioa, “esku-hartzeko programa edo prozesuen bitartez antolatuko da, eta sistema bietako zerbitzuek parte hartuko dute horietan, artatzeek jarraipena izan dezaten zainduz”.

Apirilaren 11ko **69/2011 Dekretuak**²¹³ xede hau du: Gizarte Zerbitzuei buruzko abenduaren 5eko 12/2008 Legearen 46.6 artikulua aplikatu eta garatuz, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseiluaren eginkizunak, osaera eta oinarrizko funtzionamendu-jarraibideak arautzea. Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua da Erkidegoan Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren eta Euskadiko Osasun Sistemaren arteko lankidetzeta eta koordinazioa egituratzen duen organoa. Oro har, Kontseiluaren helburua da koordinazio soziosanitarioaren arloko erabaki politikoen, arauzkoen, ekonomikoen, antolamenduko eta asistentzialen orientazioa eta jarraipena. Era berean, haren egitekoen artean, honako hau dago: “Foru Aldundietan eta udaletan izan beharko diren koordinazio-bideen sorrera eta funtzionamendua sustatzea eta babestea”. Hala: “Bide horiek lurralde-mailako kontseiluen, batzordeen eta izaera mistoko bestelako erakundeen birtartez gauzatuko dira, lehen mailako eta bigarren mailako arretan koordinazio soziosanitarioa sustatzeko eta ahalbidetzeko helburuarekin, baita diziiplina arteko lanaren esparruan eta erabiltzaileekiko esku-hartzearen ibilbideen diseinuan ere”.

147/2015²¹⁴ Dekretuak, uztailaren 21ekoak, Euskadiko osasun-sisteman pertsonen Eskubideei eta Betebeharrei buruzko Adierazpena onartzen duenak, helburu du haien eskubide eta betebehar guztiak zehaztea eta horiek bete daitezen zaintzeko ardura duten zerbitzuak arautzea. Zehazki, pazienteek edo erabiltzaileek eskubide hauek dituzte, besteak beste: “Begirunez eta zuzentasunez artatua izateko eskubidea, segurtasun- eta konfiantza-giro batean”; “Bere osasunari buruz eskura dagoen informazioa jasotzeko eskubidea, [...] ulertzeko moduan eta unean uneko egoerari eta gaixoaren gaitasunari egokituta”; “esku-hartze terapeutiko oro gaixoak edo erabiltzaileak askatasunez eta borondatez baimena emanda egitea”; “Tratamenduari uko egiteko eskubidea, horrek osasunari kalte egiten badio ere edo hiltzea eragin badezake ere, legeak zehaztutako kasuetan izan ezik”; eta “arriskuak hautemateko eta prebenitzeko mekanismo egokien bidez segurtasun klinikoa izateko eskubidea”.

106

EAEko osasun-sistemaren antolamenduari eta kudeaketari dagokionez, erabiltzaileek eskubide hau dute: “Osasun-sistema eraginkor bat izateko eskubidea, biztanleriaren osasunaren beharretara egokituta dagoena, osasun-baliabide publikoen eskuragarritasuna, eraginkortasuna eta erabilera efizientea eskaintzen dituena, eta ebaluazioko sistemak eta etengabe hobetzekoak dituzten laguntza-kalitatea bermatzeko mekanismo profesionalak dituena”.

Osasun-politika espezifikoei lotuta, pazienteak edo erabiltzaileak eskubide hauek ditu, besteak beste: “osasun publikoko politikak garatzeko eskubidea” eta “Kolektibo ahuletako pertsonentzat babes espezifikoko protokoloak edo programak jarraitzeko eskubidea”.

2. PLANGINTZA-ESPARRUA

2.1. EAEKO OSASUN MENTALEKO ESTRATEGIA 2010

EAEko 2010eko Osasun Mentaleko Estrategiak⁵⁴ osasun mentala baliotzat ulertzen du. Horren arabera, ikuspegi tradizionalaren enfasia aldatu behar da, hau da, nahasmendu mentalean ardaztua dagoena osasun mentalaren sustapena aintzat hartuko duen ikuspegi berri batera aldatu behar da. Besteak beste, helburu hau du: euskal administrazioetako instituzioen arduradunak aholkatu, informatu eta sensibilizatzea bideratutako ekintzak formulatu, gauzatu eta ebaluatzea, berriazko mundu-egunetan (osasun mentala, suizidioaren prebentzioa) parte har dezaten.

Prebentziorako jarraibide gisa, Estrategiak arrisku-taldeetan depresio- eta suizidio-tasak murrizteko ekintza espezifikokoak egin eta ebalua daitezen bultzatzen du. Horretarako, lehenetsutako ekintzatzat proposatzen ditu honako hauek:

- “Komunikazio-politika koherentea” izatea, hau da: “erakunde- eta informazio-eremuek suizidio-tasak osorik eta arduratsu erabiltzea” eta ematea “erantzun profesional egituratua ikuspegi klinikotik”.
- “Eskaintza preferentea garatzea Lehen-Mailako Atentzian, depresioaren diagnostikoari eta tratamenduari dagokionez”.
- “Depresioaren atentzioko gida klinikoa prestatzea lehen-mailako atentzian (geraera osoen atentzia, psikofarmakoen erabilera, psikoterapia)”.
- “Lehen-mailako familiarren eta arrisku-egoeran (zaindaria) dauden prebentzio-ekintzak garatzea: depresio-sintomen detekzio goiztiarra”.
- “Orokortzea talde-esku-hartzeen praktika egoki moduan planteatzea, arrisku-talde espezifikoez (aurretik suizidio-saiakerak izan dituzten pazienteak)”.

2.2. EUSKADIKO OSASUN POLITIKAK 2013-2020

2013-2020 Osasun Plana⁵⁵ gida dokumentu bat da EAEn osasunaren arloko politikak garatzeko. Gaixotasun mentalari dagokionez, gaixotasun hori duten pazienteentzako arreta egokia ziurtatzeko ekintzat, honako hauek zehazten ditu planak:

- “Nork bere buruz beste egitea prebenitzeko neurriak protokoloan ezarri, bai gaixotasun mentala duten eta/edo arrisku-faktoreak dituzten pertsonengan aplikatzeko, bai erkidego-mailan aplikatzeko, betiere genero-ikuspegia kontuan hartuta”.
- “Tratamendu-plan indibidualizatuen (TPI) garapena eta hobekuntza jarraitu”.
- “Nahasmendu mental larri eta luzeetan, erkidegoaren eremura begira jarri laguntza-prozesua”.
- “Osasun Mentalaren eta Lehen Mailako Arretaren arteko koordinazioa hobetu”.

Planak suizidioei lotutako heriotza-tasa gizonen kasuan % 10eko proportzioan eta emakumeen kasuan % 5eko proportzioan murrizteko helburua ezartzen du 2020. urterako. 2017ko Planaren emaitzei buruzko urteko txostenak²¹⁵ honako hau uzten du agerian: 15 eta 29 urte arteko mutilen artean suizidioaren ondoriozko heriotza-tasan helburua jaitsi bada ere (7,1 vs 4,6), eta helburua lortzeko joera badago ere, nesken artean okerrera egin da oinarri-egoerarekiko (1,6 vs 3,7).

107

2.3. ILDO ESTRATEGIKOAK. OSASUN SAILA 2017-2020

Dokumentu honetan jasotako ildo orokorrek Osasun Sailaren ekintza gidatzen du 2017-2020 aldirako, eta ardatz nagusi du EAEn bizi diren pertsonen osasunean eta bizi-kalitatean emaitzak hobetzea. Ardatz hori 2013-2010 Osasun Planean ezarrita dago. Dokumentuaren ildoan artean —zehazki, suizidioaren arazoarekin lotuta—, osasun sistemen iraunkortasunari eta modernizazioari buruzko ildoan honako hau adierazten da: “Osasun Aholkua” zerbitzuaren bitartez, “paziente kronikoen jarraipen-programa ez-zuzenak —telefono-zerbitzua— eta beste programa espezifiko batzuk indartuko dira (suizidio-prebentzioa eta beste zainketa aringarri batzuk, besteak beste)”⁵⁶.

2.4. OSAKIDETZAREN ERRONKAK ETA PROIEKTU ESTRATEGIKOAK 2017-2020

Osasun Sailak ezarritako ildo estrategikoak dira Osakidetzaren ardatz nagusiak, herritarren osasunean esku hartzen duten beste agente batzuekin edo herritarrekin beraiekin koordinatuta jardunak ezartzeko beharri erantzuteko, haien parte-hartze aktiboa helburu dela betiere. Ildo horien artean dago Osakidetzaren modernoagoa eta euskal gizartearekiko konpromiso handiagokoa eraikitzearen erronka. Zehazki, osasuna sustatzeko

eta gaixotasunari aurrea hartzeko erronkatzat, helburuetako bat da “suizidioari aurrea hartzeko protokoloa zabaltzea”.

Era berean, laguntzaren arloko integrazioaren eta kronikotasunaren erronkaren aurrean, “lehen mailako baliabideen eta espezializatuko eta ospitaleko baliabideen koordinazio integrarean” sakontzearen alde egiten da, psikiatrian gorantz egiten ari diren patologiei —hala nola elikadura-portaeraren nahasmenduari (EPN)— eta suizidioaren prebentzioari heltzeko⁵⁷.

2.5. PAZIENTEAREN SEGURTASUN ESTRATEGIA 2020

Pazientearen Segurtasun Estrategiaren (2017-2020)⁵⁸ baitan jasotzen dira Pazientearen segurtasunaren arloko ekintza- eta proiektu-ildoak, Euskal Osasun Sistemak erabateko lehentasuntzat bultzatutakoak pertsonen osasunari eta sistemaren iraunkortasunari eusteko. Zehazki, osasun mentalarik dagokionez, helburutzat planteatzen da “pazientea okerririk egin gabe identifikatzeko mekanismo eta prozedura espezifikoak garatzea Osasun Mentaleko egonaldi ertain-luzeko unitateetan” ospitaleratutako pazienteentzat, baita “horien erabilera homogeneizatzea ere zerbitzu-erakunde ezberdinetan”, kasu horietan faktore estigmatizatzaile bat ekar lezaketan elementuak saihestuta. Era berean, helburutzat hartzen da larrialdi-eremuetan segurtasunari heltzea, ospitaleko larrialdietako zerbitzuak (larrialdi orokorrak, pediatriakoak eta osasun mentalekoak) eta lehen mailako arretako zerbitzuak (etengabeko arretako gunek –EAG–) barnean hartuta.

2.6. EUSKADIKO ARRETA SOZIOSANITARIOAREN LEHENTASUN ESTRATEGIKOAK 2017-2020

Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren Lehentasun Estrategikoak 2017-2020⁵⁹ helburu hauekin sortuak dira: koordinazio-proiektuei lehentasuna ematea eta etorkizuneko jardunak bideratzea, herritarren behar soziosanitarioei erantzuteko. Zehazki, osasun mentalean lehentasun eta helburuetako bat zera da, agente sozial, sanitario eta komunitarioekin lankidetzan xede-kolektiboen (desgaitasuna duten eta/edo mendekotasun-egoeran dauden pertsonak, bazterketako eta babesgabatasuneko egoeran dauden pertsonak, premia bereziak dituzten haurrak, nahasmendu mentala duten pertsonak eta beste kolektibo batzuk, indarkeria matxistaren biktimak diren emakumeak eta abar) arretarako laguntza-ibilbide soziosanitarioak zehaztea, kolektibo bakoitzaren premiei erantzun integral eta koordinatu bat eman dakien, zainketen jarraitutasunean oinarrituta eta baliabideen kudeaketa eraginkorrari begira.

ERREFERENTZIAK

- 1 Osasunaren Mundu Erakundea (OME). Deskribapen-oharrak-Suizidioa. [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <https://bit.ly/2Hdc1vE> [2018ko irailaren 1ean].
- 2 Osasunaren Mundu Erakundea (OME). Suizidio-tasak 100.000 biztanleko. [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <https://bit.ly/2ofaXAK> [2018ko irailaren 1ean].
- 3 El Mundo. Suicidios: la epidemia del siglo XXI. [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <https://bit.ly/2QETqOP> [2018ko irailaren 1ean].
- 4 Anseán-Ramos, A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2. edizioa. Madril: Salud Mental España Fundazioa; 2014.
- 5 Osasunaren Mundu Erakundea. Amerikarako Eskualde Bulegoa. Suizidioaren prebentzioa. Agindu globala. Washington, 2014.
- 6 Stone DM, Holland KM, Bartholow B, Crosby AE, Davis S and Wilkins N. Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: Lesioen Prebentzio eta Kontrolerako Zentro Nazionala, Gaixotasunen Kontrol eta Prebentziorako Zentroak. Atlanta. 2017.
- 7 “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” gidako lantaldea. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madril: Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa. Galiziako Osasun Teknologiak Ebaluatzeko Agentzia (avalia-t); 2012. Praktika klinikoan gidak Osasun Sistema Nazionalan: Avalia-t 2010/02.
- 8 Osasunaren Mundu Erakundea (OME). Suizidioaren prebentziorari buruzko txostena, 2014 [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <https://bit.ly/1t3hxUw> [2018ko irailaren 1ean].
- 9 Payne S, Swami V, Stanistreet D. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*. 2008 Mar;5(1):23-35.
- 10 Osasunaren Mundu Erakundea (OME). Suizidioak: datuak eta zifrak, 2018. [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <https://bit.ly/2Hdc1vE> [2018ko irailaren 1ean].
- 11 Canetto SS, Lester D. Gender, culture, and suicidal behavior. *Transcultural Psychiatry*, 1998; 35(2):163-190.
- 12 Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br. J. Psychiatry*. 2000; 177:484-5.
- 13 ELGE. Health a Glance - OCDE Indicators 2017. OECD. Paris: 2018. [Internet]. Honako honetan eskuragarri: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en [2018ko irailaren 1ean].
- 14 ELGE (2018), Suicide rates (indicator). [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <http://dx.doi.org/10.1787/a82f3459-en> [2018ko irailaren 1ean].
- 15 Salud Mental España Fundazioa. Suizidioaren Behatokia. Suizidioen datuak, 2016. [Internet] Honako honetan eskuragarri: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/> [2018ko irailaren 1ean].
- 16 Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(1):25-31.
- 17 Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008; 20:32831.
- 18 Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusint Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An Med Interna*. 2004 ;21(2):628.
- 19 Suicide Prevention Resource Center. Preventing suicide among men in the middle years: recommendations for suicide prevention programs. Waltham, MA: Education Development Center, Inc; 2016.
- 20 Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-74.
- 21 Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression and attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 1973;130(4):455-459.
- 22 Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M and Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2003; 33:395-405.
- 23 Pearson JL, Conwell Y. Suicide in late life: challenges and opportunities for research. *Int Psychogeriatr*. 1995;7(2):131-136.
- 24 Kennedy GJ, Tanenbaum S. Suicide and aging: international perspectives. *Psychiatr Q*. 2000; 71:345-359.
- 25 Lester D. Suicidal behavior in men and women. *Ment Hyg*. 1969;53(3):340-345.
- 26 Earls F. Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences. *Psychiatr Dev*. 1987;5(1):1-23.
- 27 OECD/EU Health at a Glance: Europe 2016- State of Health in the EU Cycle. OECD. Paris: 2016. [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en> [2018ko irailaren 1ean].
- 28 Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatr Scand*. 1992a;86(6):489-494.

- 29 Fowler KA, Gladden RM, Vagi KJ, Barnes J, Frazier L. Increase in suicides associated with home eviction and foreclosure during the US housing crisis: findings from 16 National Violent Death Reporting System States, 2005-2010. *Am J Public Health*. 2015;105(2):311-31.
- 30 McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychological Medicine*. 2006;36(1),45-55.
- 31 Bobes-García J, Giner-Ubago J, Saiz-Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela. 2011.
- 32 Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega N, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86 (9), 703-709.
- 33 Government of Western Australia. Mental Health Commission. Suicide Prevention 2020. Together We Can Save Lives. [Internet] Honako honetan eskuragarri: <https://www.mhc.wa.gov.au/about-us/strategic-direction/suicide-prevention-2020-together-we-can-save-lives/> [2018ko irailaren 1ean].
- 34 World Health Organization. Preventing Suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014
- 35 Gordon, R. An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*. 1983; 98:107-109.
- 36 Murphy GE, Armstrong JW, Hermele SL, Fischer JR: Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36:65-69.
- 37 Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, Hegerl U. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. *Crisis*, 2011, 32(6), 319-333.
- 38 Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9 (1):123-138.
- 39 Osasunaren Erakunde Panamerikarra. Jokabide suizidaren prebentzioa. Washington: Osasunaren Erakunde Panamerikarra, 2016.
- 40 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Psychological Therapies in the Community Setting for the Prevention and Management of Suicides: Clinical Evidence. Rapid Response. Report No.: Project Number: RB0357-000. Kanada. 2011.
- 41 Balaguru V, Sharma J, Waheed W. Understanding the effectiveness of school-based interventions to prevent suicide: a realist review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2013, 18, 131-139.
- 42 Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis*. 2013;34(3):164-82.
- 43 Black Dog Institute. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning and monitoring. Australia. 2016.
- 44 O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013;158(10):741-54.
- 45 Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32-41.
- 46 Esther L Meerwijk, Amrita Parekh, Maria A Oquendo, I Elaine Allen, Linda S Franck, Kathryn A Lee Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3: 544-54.
- 47 Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014, 47, 186-194.
- 48 National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe. Washington, DC: Education Development Center, Inc. Washington. 2018.
- 49 Parra Uribe, I. Estudio de seguimiento a 5 años de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria del Vallés Occidental Este. Comparación de las características psicopatológicas con los suicidios consumados. *Doktorego-tesia*. Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa, 2017.
- 50 Olson R. Aiming for Perfection: The Zero Suicide Movement. Center for Suicide Prevention. Info Exchange. Article 23.
- 51 Scott A, Guo B. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2012.
- 52 Beautrais AL, Larkin GL. Suicide Prevention. En Knifton L, Quinn, N (Eds.) *Public Mental Health: Global Perspectives*. McGraw-Hill. 2013, pp. 59-70
- 53 Hirji M, Wilson M, Yacoub K, Bhuiya A. Rapid Synthesis: Identifying Suicide-prevention interventions. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 30 June 2014.
- 54 Eusko Jaurlaritza – Osakidetza/Euskal Osasun Zerbitzua. EAEko Osasun Mentaleko Estrategia. OME – 2010.

- 55 Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskadiko Osasun Politikak 2013-2020.
- 56 Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Ildo estrategikoak, 2017-2020.
- 57 Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Osakidetzaren erronkak eta proiektu estrategikoak 2017-2020.
- 58 Eusko Jaurlaritzaren Osakidetzaren Pazientearen Segurtasun Estrategia 2020.
- 59 Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila. Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren Lehen Estraategia 2017-2020. Bi sistema, xede bakarra: pertsonak.
- 60 Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Osasun Inkesta. [Internet]. Honako honetan eskuragarri: <http://www.euskadi.eus/encuesta-salud/inicio/> [2018ko irailaren 1ean].
- 61 Blasco MJ, Castellví P, Almenara J, Lagares C, Roca M, Sesé A, Piqueras JA, Soto-Sanz V, Rodríguez-Marin J, Echeburúa E, Gabilondo A, Cebrià A, Miranda-Mendizábal A, Vilagut G, Bruffaerts R, Auerbach R, Kessler R, Alonso J. On behalf of the UNIVERSAL study group. Predictive models for suicidal thoughts and behaviors among Spanish University students: rationale and methods of the UNIVERSAL (University & mental health) project. *BMC Psychiatry*. 2016;16:122.
- 62 Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Euskadiko Arreta Espezializatuari buruzko Datuen Gutxieneko Oinarriko Multzoaren (AE-DGOM) Erregistroa, 2018.
- 63 López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Osasun Saila, Eusko Jaurlaritzaren, 2007. Txosten-zenbakia: Osteba D-07-02.
- 64 Pellón Ruiz A. Estudio descriptivo de pacientes atendidos en un Hospital General tras tentativa suicida en Guipúzcoa. Osasun Mentaleko Ikerketaren Hastapenei buruzko Masterraren amaierako lana. 2016. Kantabriako Unibertsitatea. 2016.
- 65 Aparicio Basauri V. El suicidio: un estudio de Gipuzkoa. *Espainiako Neuropsiquiatria Elkartearen aldizkaria*. 1985;(V): 0/3.
- 66 Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989- 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93(5): 327-38.
- 67 García Ormaza J. Suicidio y desempleo: Barakaldo 2003-2014. Tesis Doctoral. Departamento de Neurociencias de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).
- 68 Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskal Autonomia Erkidegoko Familiei Laguntzeko Erakunde arteko IV. Plana 2018-2022 aldirako. Familietan inbertitzea, haurtzaroen inbertitzea. [Internet] Honako honetan eskuragarri: <https://bit.ly/2Eh4peF> [2018ko abenduaren 1ean].
- 69 Osasunaren Mundu Erakunde. Osasun mentalararen inguruko ekintza integralerako planaren proiektua 2013-2020. Batzorde Exekutibo. 132. bilera. EB132/8, 2013ko urtarrilaren 11koa. Aztergaiaren zerrendako 6. puntua.
- 70 World Health Organization. Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Denmark: 2015.
- 71 World Health Organization. Regional Office for Europe. Regional Committee for Europe. Health 2020 policy framework and strategy. Sixty-second session. Malta, 10-13 September 2012.
- 72 Europako Parlamentuaren Ebazpena, 2009ko otsailaren 19koa —2008/2209(INI)—. [Internet] Honako honetan eskuragarri: <http://www.europarl.europa.eu> [2018ko irailaren 1ean].
- 73 Espainiako Konstituzioa. Estatuko Aldizkari Ofiziala. *Gaceta de Madrid*, 1978ko abenduaren 29koa, 311 zk., or.: 29313-29424.
- 74 14/1986 Legea, apirilaren 25koa, Osasuneko Lege Orokorra. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 1986ko apirilaren 29koa, 102 zenbakia, or.: 15207-15224.
- 75 16/2003 Legea, maiatzaren 28koa, Osasun Sistema Nazionalaren Kohesioari eta Kalitateari buruzkoa. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 2008ko maiatzaren 29koa, 128 zenbakia, or.: 20567-20588.
- 76 1030/2006 Errege Dekretua, irailaren 15koa, Osasun Sistema Nazionalaren ohiko zerbitzuen zorroa eta berri eguneratzeko prozedura ezartzen duena. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 2006ko apirilaren 16koa, 22 zenbakia, or.: 32650-32679.
- 77 39/2006 Legea, abenduaren 14koa, autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzkoa. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 2006ko abenduaren 15koa, 299 zenbakia, or.: 44142-44156.
- 78 33/2011 Legea, urriaren 4koa, Osasun Publikoari buruzkoa. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 2011ko urriaren 5koa, 240 zenbakia, or.: 104593-104626.
- 79 Osasun eta Kontsumo Ministerioa. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madril: 2007.
- 80 Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa. Estrategia en Salud Mental 2009-2013. Madril: Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa; 2011.
- 81 Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54:337-343.

- 82 Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
- 83 World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, 2002.
- 84 Montgomery SA, Montgomery D. Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord.* 1982;4(4):291-298.
- 85 Lester D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 1993;27(2) :117-121.
- 86 Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, et al. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry.* 1994a;151(4):530-536.
- 87 Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, et al. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry.* 1994 ;151(9):1312-1315.
- 88 Allebeck P, Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatr Scand.* 1990b;81(6):565-570.
- 89 Unikel C, Von Holle A, Bulik CM, Ocampo R. Disordered eating and suicidal intent: The role of thin ideal internalisation, shame and family criticism. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(1):39-48.
- 90 Sansone RA, Sansone LA. Self-harm behavior and eating disorders. En P. L., Swain, ed. *Eating disorders: New research.* New York: Nova Publications; 2005. p. 1-17.
- 91 Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(4):409-21.
- 92 Suokas JT, Suvisaari JM, Grainger M, Raevuori A, Gissler M, Haukka J. Suicide attempts and mortality in eating disorders: a follow-up study of eating disorder patients. *General Hospital Psychiatry.* 2014;36(3), 355-357.
- 93 Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology.* 2001;30(1):154-162.
- 94 Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug & Alcohol Dependence.* 2004;76(Suppl.): S11-S19.
- 95 Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):303-16.
- 96 James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand.* 2004 Dec; 110(6):408-15.
- 97 Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C. Mortality among recent purchasers of handguns. *N Engl J Med.* 1999;341(21):1583-1589.
- 98 Lecubrier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *Eur Psychiatry.* 2001;16:395-399.
- 99 McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepson R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: a literature review. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008.
- 100 Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Mar;113(3):180-206.
- 101 Smith MM, Sherry SB, Chen S, Saklofske DH1, Musquash C, Flett GL, Hewitt PL. The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *J Pers.* 2018 Jun;86(3):522-542.
- 102 Joiner TE, et al. "The psychology and neurobiology of suicidal behavior." *Annu. Rev. Psychol.* 2005. 56: 287-314.
- 103 Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mental health: suicidal behavior systematic review. *Psychol Health Med.* 2011;16(5):588-611.
- 104 Feinstein A, Pavisian B. Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler.* 2017 Jun;23(7):923-927.
- 105 Bellivier F, Chaste P, Malafosse A. Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2004;124B:87-91.
- 106 Clayden RC, Zaruk A, Meyre D, Thabane L, Samaan Z. The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry.* 2012.
- 107 Kia-Keating BM, Glatt SJ, Tsuang MT. Meta-analyses suggest association between COMT, but not HTR1B, alleles, and suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2007;144B:1048-53.
- 108 Zai CC, Manchia M, De Luca V, Tiwari AK, Chowdhury NI, Zai GC, et al. The brain-derived neurotrophic factor gene in suicidal behaviour: a metaanalysis. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2012;15(8):1037-42.
- 109 Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practice.* 1996, 3, 25-36.
- 110 Pearson JL, Conwell Y. Suicide in late life: challenges and opportunities for research. *Int Psychogeriatr.* 1995;7(2):131-136.
- 111 Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93(5):327-338.

- 112 Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Lyness JM, Cox C, Caine ED. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1999; 7:289-296.
- 113 Callahan CM, Hendrie HC, Nienaber NA, Tierney WM. Suicidal ideation among older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44:1205-1209.
- 114 Linden M, Barnow S. IPA/Bayer research awards in psychogeriatrics. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Aging Study. *Int Psychogeriatr*. 1997; 9:291-307.
- 115 Lish JD, Zimmerman M, Farber NJ, Lush DT, Kuzma MA, Plescia G. Suicide screening in a primary care setting at a Veterans Affairs Medical Center. *Psychosomatics*. 1996; 37:413-424.
- 116 Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2011 Feb;72(4):608-16.
- 117 Cerel J, Frey LM, Maple M, Kinner DG. Parents with suicidal behavior: Parenting is not always protective. *J Child Fam. Stud*. 2016; 25:2327-2336.
- 118 Geulayov G, Metcalfe C, Heron J, Kidger J, Gunnell D. Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: Results from the avon longitudinal study of parents and children (alspac) birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53:509-517.
- 119 Jeglice L, Sharp IR, Chapman JE, Brown GK, Beck AT. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Arch Suicide Res*. 2005; 9:135-146.
- 120 Lieb R, Bronisch T, Hofler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: Findings from a community study. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1665-1671.
- 121 Griffiths C, Ladva G, Brock A, Baker A. Trends in suicide by marital status in England and Wales, 1982-2005. Office for National Statistics.
- 122 Meltzer H, Lader D, Corbin T Et al. Non-fatal suicide behaviour among adults aged 16-74 in Great Britain The Stationery Office: London, 2002.
- 123 Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completes suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med*. 2008; 13:243-56.
- 124 Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(1): e51333.
- 125 Kim C, Cho Y. Does Unstable Employment Have an Association with Suicide Rates among the Young?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(5), 470.
- 126 Elliott JL, Frude N. Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide Prevention*. 2001; 22(1):20-26.
- 127 Everall RD, Altrows KJ, Paulson BL. Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling & Development*. 2006;84(4):461-471
- 128 Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, Jurkovic GJ. Protective factors against suicide attempt risk among African-American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*. 2005;36(1-2):109-121.
- 129 Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry*. 1998; 173:462-474.
- 130 Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(2):109-113.
- 131 Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *Am J Prev Med*. 2014 Sep;47(3 Suppl 2): S264-72.
- 132 Hoppe SK, Martin HW. Patterns of suicide among Mexican Americans and Anglos, 1960-1980. *Soc Psychiatry*. 1986;21(2):83-88.
- 133 Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 2002;11(5):465-476.
- 134 Donald M, Dower J, Correa-Vélez I, Jones M. Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(1):87-96.
- 135 Kidd S, Henrich CC, Brookmeyer KA, Davidson L, King RA, Shahar G. The social context of adolescent suicide attempts: Interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(4):386-395.
- 136 Flouri E, Buchanan A. The protective role of parental involvement in adolescent suicide. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*. 2002;23(1):17-22.
- 137 Dervic K, Oquendo MA, Currier D, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster B psychopathology? *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(4):620-625.
- 138 Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal; 1982.
- 139 Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1084-1088.

- 140 Anseán-Ramos A. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2. edizioa. Madril: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2014.
- 141 Adam KS. Environmental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behaviour. En: Blumenthal SJ, Kupfer DJ (eds.). Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990, 39-96.
- 142 Yufit RI, Bongar B. Suicide, stress, and coping with life cycle events. En: Maris RW, Berman AL (eds.). Assessment and prediction of suicide. New York: The Guilford Press; 1992.
- 143 Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998; 6:122-126.
- 144 Dyer JA, Kreitman N. Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1984; 144:127-133.
- 145 Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jan;46(1):40-9.
- 146 Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res*. 2010;14(3):206-21.
- 114 147 John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, Hawton K. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(4), e129.
- 148 Navío-Acosta M., Villoria-Borrego L. 6. kapitulu: Factores de riesgo de la conducta suicida. Hemen: Anseán-Ramos. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2. edizioa. Madril: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2014.
- 149 Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*. 2009;24(8):1398-1417.
- 150 Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165-1172.
- 151 Cavanaugh CE, Messing JT, Del-Colle M, O'Sullivan C, Campbell JC. Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior among Adult Female Victims of Intimate Partner Violence. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2011; 41(4),372-383.
- 152 Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(3):305-311.
- 153 Hedtke KA, Ruggiero KJ, Fitzgerald MM, Zinzow HM, Saunders BE, Resnick HS, et al. A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(4):633-647.
- 154 Víctimas mortales por violencia de género. Madril: Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa; 2011.
- 155 Remafedi G, Farrow JA, Deisher RW. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*. 1991; 87:869-875.
- 156 Fenaughty J, Harre N. Life on the seesaw: A qualitative study of suicide resiliency factors for young gay men. *Journal of Homosexuality*. 2003;45(1):1-22.
- 157 Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):876-880.
- 158 Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. En: Feinleib M (ed.). Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Washington DC: Department of Health and Human Service. 1989;3:110-142.
- 159 Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Van Heeringen C, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59.
- 160 Law C.K. et al. Evaluating the effectiveness of barrier installation for preventing railway suicides in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*. 2009;114(1-3):254-262.
- 161 Gunnell D. et al. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(6):1235-1242.
- 162 Ludwig J., Cook P. J. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention. *Act Jama*. 2000, 284(5):585-591.
- 163 World Health Organization. Preventing suicide. A resource for media professionals. Update 2017. Geneva, 2017.
- 164 Dumesnil H, Verger P. Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatr Serv*. 2009; 60:1203-13.
- 165 Torok M, Calear A, Shand F, Christensen H. A Systematic Review of Mass Media Campaigns for Suicide Prevention: Understanding Their Efficacy and the Mechanisms Needed for Successful Behavioral and Literacy Change. *Suicide Life Threat Behav*. 2017.

- 166 Stewart Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2006.
- 167 Asetline RH, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*. 2004, 94, 446-451.
- 168 World Health Organization. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
- 169 Business in the Community. Reducing the risk of suicide: a toolkit for employers. [Internet] Dsponible en: <https://bit.ly/2AlhO1X> [2018ko urriaren 10ean]
- 170 Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, Solberg LI. Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*. 2014;29(6), 870–877.
- 171 Luoma JB, Martin C E, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*. 2002; 159(6), 909–916.
- 172 Leitner M, Barr W, Hobby L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behavior: A systematic review. Edinburgh, UK: Scottish Government Social Research, 2008.
- 173 Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. *Med J Aust*. 2010;192(11 Suppl): S4-11.
- 174 Babeva K, Hughes JL, Asarnow J. Emergency Department Screening for Suicide and Mental Health Risk. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(11):100.
- 175 Newton AS, Hamm MP, Bethell J, Rhodes AE, Bryan CJ, Tjosvold L, et al. Pediatric suicide-related presentations: a systematic review of mental health care in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2010;56(6): 649-659.
- 176 Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the Safety Planning Intervention with Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(9):894–900.
- 177 Betz ME, Boudreaux ED. Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Annals of emergency medicine*. 2016;67(2):276-282.
- 178 Busch KA et al: Clinical features of inpatient suicide. *Psych Annals*. 1993;23(5): 256-262.
- 179 Moller HJ. Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(6):329-43.
- 180 Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011;25(2):129-143.
- 181 Dolgin E. The ultimate endpoint. *Nat Med*. 2012; 18(2):190-193.
- 182 Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2015; 39:58-70
- 183 O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2013;158, 741-754.
- 184 National Center for Injury Prevention and Control (CDC). Prevención del suicidio: paquete técnico de políticas, programas y prácticas. Atlanta, Georgia. 2017.
- 185 U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS, September 2012.
- 186 Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention, Improving National Data Systems for Surveillance of Suicide-Related Events. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014;47(3), Supplement 2:S122-S129.
- 187 World Health Organization. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 188 De Leo D, Milner A, Wang X. Suicidal behavior in the Western Pacific Region: characteristics and trends. *Suicide Life-Threatening Behavior*;2009, 39(1):72-81.
- 189 Agerbo E, Sterne JA, Gunnell DJ. Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. *Social Science and Medicine*. 2007;64(2):451-461.
- 190 World Health Organization. Preventing suicide. A resource for media professionals. Update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
- 191 Fu KW, Yip PS. Estimating the risk for suicide following the suicide deaths of 3 Asian entertainment celebrities: a meta-analytic approach. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;70(6):869-878.
- 192 Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative Suicide on the Viennese Subway. *Soc Sci Med*. 1994;38(3):453-457.
- 193 Mercy J, et al. Is Suicide Contagious? A Study of the Relation between Exposure to the Suicidal Behavior of Others and Nearly Lethal Suicide Attempts. *Am J Epidemiol*. 2001;154(2):120-127.

- 116
- 194 Mathieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high-risk population. *Ment Health Subst Use*. 2013;6(4):274–86.
- 195 Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC public health*. 2013;13(1):463.
- 196 Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32–41.
- 197 Oordt MS, Jobes DA, Schmidt SM. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39(1), 21-32.
- 198 NCIS. Intentional Self-Harm Fact Sheet: Emergency Services Personnel. National Coronial Information System; 2015.
- 199 Lancaster PG, Moore JT, Putter SE, et al. Feasibility of a web-based gatekeeper training: Implications for suicide prevention. *Suicide and life-threatening behavior*. 2014;44(5):510-523.
- 200 WHO. Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
- 201 Hogan MF, Grumet JG. Suicide Prevention: An Emerging Priority for Health Care. *Health Affairs*. 2016;35(6).
- 202 Knesper DJ. Continuity of care for suicide prevention and research: suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from an emergency department or an inpatient psychiatry unit [Internet]. Waltham (MA): Education Development Center; 2010.
- 203 Visser Victoria S, Comans Tracy A, and Scuffham Paul A. Evaluation of the effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Journal of Community Psychology*. 2014; 42(1), 19-28.
- 204 Pfeffer Cynthia R, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41(5), 505-13.
- 205 Constantino Rose E, Sekula Kathleen L, Rubenstein Elaine N. Group Intervention for Widowed Survivors of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31(4), 428-441.
- 206 National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings: Postvention. Evidence review for interventions to support people bereaved by suicides. Draft, February 2018.
- 207 Centers for Disease Control and Prevention. Developing an effective evaluation plan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
- 208 Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morb Mortal Weekly Rep*. 1999; 17(48):1–40.
- 209 Sogaard A, Fonnebo V. The Norwegian Mental Health Campaign in 1992. Part II: changes in knowledge and attitudes. *Health Education Research*. 1995;10:267-278.
- 210 3/1979 Lege Organikoa, abenduaren 18koa, Euskal Herriaren Autonomia Estatutuarena. Estatuko Aldizkari Ofiziala, 1979ko abenduaren 22koa, 306 zenbakia.
- 211 Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren Legea. 8/1997 Legea, ekainaren 26koa. EHAA, 138 zk. (1997-07-21).
- 212 12/2008 Legea, abenduaren 5koa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa. Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria, 2008ko abenduaren 24koa, 246 zk., or.: 31840-31924.
- 213 69/2011 Dekretua, apirilaren 5koa, Arreta Sozio-sanitarioko Euskal Kontseiluarena. Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria, 2011ko apirilaren 11koa, 70 zenbakia.
- 214 147/2015 Dekretua, uztailaren 21koa, Euskadiko Osasun Sisteman pertsonen eskubideei eta betebeharrari buruzko Adierazpena onartzen duena. Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria, 2015eko abuztuaren 4koa, 146 zk.
- 215 Eusko Jaurlaritza – Osasun Saila. Osasun Plana 2013-2020. Emaitzen urteko txostena 2017.