

Zaintzailearen problematika eta menpekotasunaren aurrean adimen lateralaren tekniken aplikazioa

(Application of the techniques of lateral intelligence facing the problem of health workers)

Ojanguren Ulacia, Juan A.

Alde Zaharra Osasun Zentroa. Esterlines, 12. 20003 Donostia

BIBLID [1989-2012 (2009), 10; 41-61]

Jaso: 2009.04.06

Onartu: 2009.10.15

Garai berrietako aldaketa sozialen testuinguru aurrean, Osasun Erakundeak adierazle sozio-sanitario berriak antzeman ditu. Adierazle hauek zahartzarora, menpekotasuna, zaintzaileen gainkarga eta hauek suposatzen duten jasangarritasun soziala dira. Arau egokiak behar dira arazo hauen identifikaziorako eta erabilera zuzena egiteko. Lateral Adimenak zaintzailearen higadura bezalako adierazle soziosanitario berriei ekiteko lan ideia berriak ekartzen dituzten metodologiak sustatzen ditu (CREA).

Giltza-Hitzak: Zaintzailearen higadura. Adimen laterala. Jasangarritasun soziala.

Ante los cambios sociales de la Nueva Era, la Sanidad Pública toma conciencia de nuevos indicadores sociosanitarios como Envejecimiento, Dependencia, Sobrecarga laboral del Cuidador y su repercusión en sostenibilidad social. Se precisan pautas adecuadas para identificación y manejo de estos problemas emergentes. La inteligencia Lateral promueve metodologías (CREA) con nuevas ideas para abordar indicadores como el Desgaste del cuidador informal.

Palabras Clave: Sobrecarga del cuidador. Inteligencia lateral. Sostenibilidad social.

Face aux changements sociaux de l'Ere Nouvelle, la Santé Publique prend conscience de nouveaux indicateurs socio sanitaires tels que le Vieillesse, la Dépendance, la Surcharge de travail du soigneur et sa répercussion dans la durabilité sociale. On a besoin de règles adéquates pour l'identification et la gestion de ces problèmes émergents. L'intelligence Latérale favorise des méthodologies (CREA) avec de nouvelles idées pour aborder des indicateurs tels que l'Usure du soigneur libre.

Mots Clé : Surcharge du soigneur. Intelligence latérale. Durabilité sociale.

SARRERA

XXI. mendeko ezagutzaren gizarteak osasunaren ikuspuntu biopsikosozial baterantz egin du eta, ondorioz, adierazle soziosanitario berrien errealitateaz jabetzeko bidean, hauen artean, zahartzearen, menpekotasunaren eta lan gainkargaren gorakada zaintzaile informaletan.

Garai berrietako aldaketa sozialen testuinguru honetan, osasun publikoa arreta anbulatoriorantz jasaten ari den biraketak errealitate gainerakorrei eta jasangarritasun sozialei heltzeko beharra ekarri du, hauen artean menpeko pazientearen familiarrek eta arduradunek jasan behar duten zamaren gorakada nabarmena. Hau horrela izanda, zaintzailearen gainzama eta desgastea askotan ohargabe pasatzen dira LMAko profesionalarentzat.

LMAtik asistentziatzeko koordinazioa planifikatzeak zaintzaileari eta menpekoari laguntza anbulatorizatzea dakar, era honetan, ospitaleko diru sarrerak gutxituz. Jasangarritasuna LMAren ebazpen handiago batetik pasatzen da.

Arau egokiak behar dira arazo soziosanitario honen identifikaziorako eta erabilera zuzena egiteko. LMAren alorrean diagnostia (detekzioa) berebizikoa da, zaintzaileek beren pazienteak berme osoarekin zaintzeko behar duten laguntza jaso dezaten, era berean, zaintzailearen, menpeko pertsonaren eta gastu ekonomiko gainerantsiaren desoreka ekidinez.

Garai berriko Lateral Adimenak Zaintzaile informala higidura edo Bournout¹ bezalako adierazle soziosanitario berriei ekiteko lan ideia berriak ekartzen dituzten metodologiak sustatzen ditu (CREA).

1. BOURNOUTEN KONTZEPTUA: ZAINZAILAREN HIGADURAREN SIDROMEA

Zainketa Informala, edo ez profesionala, harreman pertsonala edo mertzenarioa duzun menpeko pertsonari laguntza emateko egintzan datza. Zaintzailearen gainzama², honen esperientziarekin (CIE-10) erlazionatutako estresore fisiko, psikologiko, emozional, sozial eta ekonomikoari egiten zaion dimentsio anitzeko erantzuna da³.

Hauek dira osatzen duten faktoreak: akitze emozionala, despertsionalizazioa eta asmo pertsonalen gauzatze eskasa⁴.

2. BOURNOUTEN GAILENTZEA ETA BIZI-BALDINTZAK

2.1. Eusko Jaurlaritza inkesta 2006: "Zainketa informala Euskadin" (1.076 inkesta)

Lotura – Ikasketak - Adina

"Zaintzaile informala Euskadin 2006", **Eusko Jaurlaritzaren azterketa** : Euskal familien %9k menpeko kide bat dauka. Kasuen %92,7an familiak zaintzen ditu. %73 alabak edo bikoteak. %5,3 enplegatuek (%2,8 etorkinak).

Zaintzailearen profila: emakumea, 48 urteko batezbestekoa (40-59), oinarriko ikasketak (%10 unibertsitate ikasketak eta %3 ikasketarik gabe). Kasuen %60an bere aukera izanda eta %21,2an familiaren erabakia.

Arretaren batezbesteko luzapena 6 urtekoa da, intentsitate handikoa. %72 eguneroko lana eta % 36,8 egunean 8 orduetik gorakoa.

Menpekoaren profila: %62 emakumeak, %20 bakarrik bizi da (70-90 urte). Gizonak bikotean bizi dira, emakumeak bakarrik, edo egoitzetan, edo seme-alabekin.

Zaintzailean duen eragina:

- *Osasunaren alorrean:* %80k ondorio negatiboak jasaten ditu osasunean, aisialdian eta lanean. %26ko eragina osasunean.
- *Lan eremuan:* %20k lanarekin bateraezintasuna, %50ek denbora libre gutxiago. %34k beren burua abandonatzea.
- *Eremu sozialean:* errekonozimendu eskasa ikusten dute, laguntza instituzionalaren gutxika-gutxikako gorakadarekin.

Zaintzailearen trebakuntza: %80 prestakuntzarik gabe. %60k beharrezkotzat jotzen du.

Zaintzaileen kolektiboaren arazo nagusia zera da, lan egoera erregularra eta osasun arazoak.

2.2. Beste erkidegoetan

“Las personas mayores en España“ (IMSERSO) txostena eta CIS delakoak egindako pertsona helduen bizi-baldintzei buruzko 2007ko inkestaren arabera:

- *Zaintzailea:* emaztea (%84), alaba (57%), adina 58 urte.
- *Arduraldia:* pazientea zaintzen 54 hilabete, egunero 12 orduetik gorako arduraldiarekin (astean 84 ordu).
- *Familiarteko atsedena:* 6 orduko batezbesteko loa egunean. 1,6 ordu jarduera pertsonaletarako, eta orubete eta 30 minutuko atsedena.
- *Baliabide eskuragarri buruzko informazioa:* %5ek ez ditu eguneko zentroak ezagutzen, %52k aldi baterako egonaldiak, %75k ez daki gaueko egonaldiak daudenik ere eta %16k ezta telesorospena dagoenik ere.
- *Hezkuntza trebakuntza:* %61ek ez ditu psikoterapia programak ezagutzen eta %42k ez du sekula programa psikohezitzaile bati buruz hitz egiten.

3. EZAUGARRI SOZIOLOGIKOAK

Lan esparru soziosanitarioari eta lan estresoreei estekatuta, zaintzailearen osasunarentzat kontuan hartzekoak diren **aldagai (edo adierazle) sozialetan hiru aldaketa talde nagusi** adierazi dira:

1. Presio emozional eta mentalean deribatzen duen arretan gainkarga handiagoa.
2. Emakumea lan merkatuan sartu izana eta rol aldaketa.
3. Enplegu egoera prekarioak, aldi baterako enpleguak, lanegun luzeak eta legezko erregulazio eskasekin.

Gastu publikoa

Osasun sistemetako Europako Behatokiaren arabera, Espainiar Estatuak BPGren %20,1 gastatzen du gizarte babesan, Europako batezbestekoa %27,3koa izanik. Erkidegoka, Kanarietako 113€tik, Euskal Autonomi Erkidegoko 455ra.

Menpekotasunaren legea: Zera espero da, legea indar guztiarekin indarrean jartzen denerako, 8 urte inguru, honekin erlazionatutako 300.000 enplegu inguru sor daitezkeela.

4. ZAINZAILAILEAREN HIGADURAREN ONDORIOAK

Familia homeostasian (Jackson, 1917), elkarrekiko harremanean (Parson eta Baley, 1955) mugitzen den sistema bat dela onartuz, zera ondorioztatzen dugu, ez dagoela zaintzailearen arazoa bakarrik, familiarena baizik, hori osotasun baten parte delako eta bere jokabidea familiako beste kideetara konektatuta dago era dinamiko batean⁵.

Baliteke zaintzailearen gainzama motak, objektiboak (egiten dituen lanak) eta subjektiboak (bere lana nola sentitu edo antzematen duen) bere harremanetan proportzionalak ez izatea⁶.

Lan ondorio larriak: 1) Asegabetasuna eta lan eremuaren narriadura. 2) Lan kalitatearen gutxitzea. 3) Lan absentismoa. 4) Lanera birmoldaketa. 5) Jarduera profesionala bertan behera uztea.

Familiako ondorio latzak: 1) Inkomunikazioa. 2) Etsaigoa. 3) Familia haustea.

Ondorio pertsonalak: 1) Konpentsatzaileak ez diren lanetik kanpoko jardueren gorapena. 2) Gizarte isolamendua.

Ondorio psikikoak: 1) Herstura. 2) Depresioa. 3) Jokabide suizida. 4) Legezko drogekin gehiegikeriak⁵.

5. BOURNOUTAREN OINARRIZKO ALTERAZIOAK

1. *Ahitze emozionala*: energia galera, neke fisiko eta psikikoa¹³.
2. *Despersonalizazioa*: jarrera negatiboak, urruntze emozionala, suminkortasuna.
3. *Errealizazio profesionalean porrota*: ezintasun, autoestimazio baxua eta eraginkortasun ezarekin erlazionatutako errealizazio pertsonal pobrea.

6. BOURNOUTAREN ARRISKU ALDAGAIK

1. *Adina*: gero eta zaharragoa, orduan eta higidura handiagoa.
2. *Sexua*: %75 feminizazioa: emakumeak lan pilaketa handiagoa jasaten du.
3. *Nortasuna*: inplikazio emozional handiagoa, orduan eta urrakortasun handiagoa (eragina).
4. *Etnia eta Kultura*: kultura mailak, laguntza eskatzeko jokabidea baldintzatzen du.
5. *Trebakuntza eza*: entrenamendu gutxiago, hauskortasun handiagoa⁷.
6. *Osasun aurrekinak*: inmigrazio gaixotasunak (tuberkulosia, desnutrizioa, osasun mentala).
7. *Lanaren errekonozimendu soziala* eta familiarra.
8. *Gizarteratzea eta marginazio soziala*
9. *Norberari moralki exigitzea*: ni/huraren arteko kontraesanak.

7. ZAINZAILAREN HIGADURAREN ADIERAZLE KLINIKOAK

1. *Somatikoak*: dispepsia, anorexia, buruko minak.
2. *Sistemikoak*: nekea, pisuaren aldaketa.
3. *Jokabidezkoak*: gizarte isolamendua, zirtzilkeria.
4. *Kognitiboak*: kontzentratzeko arazoak, pentsamendu zirkularra.
5. *Emozionalak*: lorik ez, zinismoa, suminkortasuna.
6. *Menpekotasunak*: toxikoak.
7. *Pentsamendu zirkularra*: judizioaren blokeoa, balioesteko gaitasunaren galera.
8. *Inpotentzia eta erru sentimendua*: segoerak kontroletik ihes egiten du eta efektu iraunkorrik gabeko lana.
9. *Dietaren aldaketa*.

8. CREA METODOLOGIA ZAINZAILAREN GAINKARGAN LMA-TAN

CREA metodologiak (adimen laterala) "Programa ideal" deituriko arazoak konpontzeko programa standartzatua sortu du. IDEAL letra bakoitzak operazio orokorrak definitzen dituen akrostikoa da (I-D-E-A-L):

I: Arazoa identifikatu.
D: Arazoa definitu.
E: Estrategiak aztertu.

A: Arazoari ekin.
L: Lorpenak

8.1. Identifikazio fasea

Arazo gisa aztertu behar den egoeraren identifikazioa:

Zer lortu nahi da?: laguntza integrala, egokia eta eraginkorra eskaintzea, LMAn zaintzaileak duen arazo soziosanitarioaren aurrean.

Arazoaren soluzioaren onurak:

- *Pazientearentzat:* bere arazo soziosanitarioaren konponketa edota hobekuntza.
- *Sanitate profesionalarentzat:*
 - Gizarte Zerbitzuekin komunikazio kanaleen garapena.
 - Staren eraginkortasuna eta koordinazioa.
- *Osasun zentroarentzat (LMA):*
 - *Jarduera uniformeetako irizpideak.*
- *Euskal Osasun Zerbitzuarentzat (Osakidetza):*
 - Bere gizarte helburuen lorpena.

8.2. Arazoaren definizio fasea

8.2.1. Parametroak ezarri

Informazioa lortu, aztergai den arazoaren osagarriak bidebanatuz. **Atributu zerrenda** tresnarekin hasiko gara:

1. Subjektu pazientea.
2. Subjektu eskatzailea.
3. Arazoaren sailkapena edo maila.
4. Jarduketa prozesua.
5. Ekipo sanitarioaren koordinazioa.
6. Zaintzailearen eskaeraren natura.
7. Konponketarako beharrezkoak diren giza-baliabideak.
8. Baliabide materialak.
9. Lehen mailan arreta ordutegia.

Aztergai den arazoa egoera dinamiko bat denean, informazio estrategia osagarri bat zera da, SIX AND SIX delakoa: Zer, Zergatik, Noiz, Non, Nor edo Nork (+ eta -).

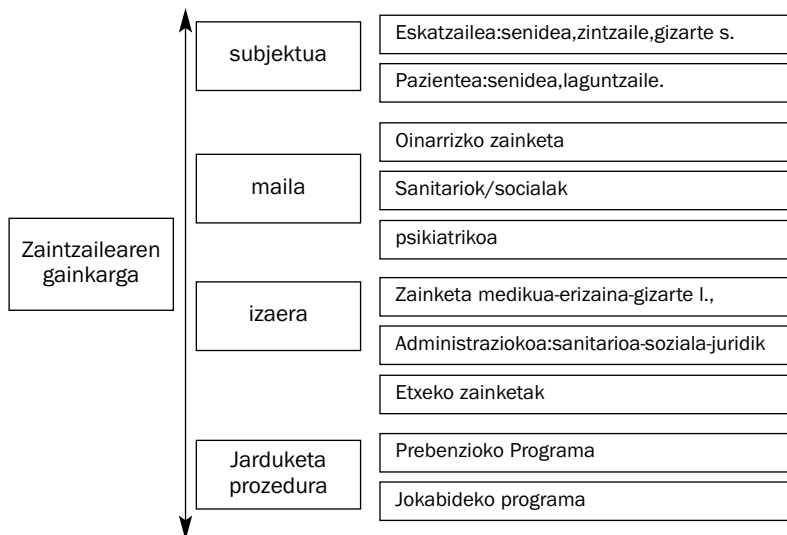
1. Irudia. Six and Six

GALDERAK	POSITIBOA (+)	NEGATIBOA (-)
ZER?	Zaintzaren eskaera	Eskaera ez dago /ez sanitarioa bezala
ZERGATIK?	Ezkatzaileak osasun arazoa duela uste du	T.S. sanitarioa dela ez du onartzen
NOIZ?	Lmaz -ren lan jardunean	Sarritan lan ordutik kampora behar da
NOLA?	Lmaz-eri zuzenean edo gizarte laguntzailearen bitartez	Solamenduak, ezjakintasanak, nobedadea eskaera eskasa darama
NON?	Kokapen ugariak	Pazientearen isiltasuna, sarritan dagokien sektoretik kampo kokatuta
NORK?	Pazienteak, mendekoak, senideak, gizarte-laguntzaileak	Prozesutik kanpo dagoen jendeak, elkarte publiko zein pribatuak

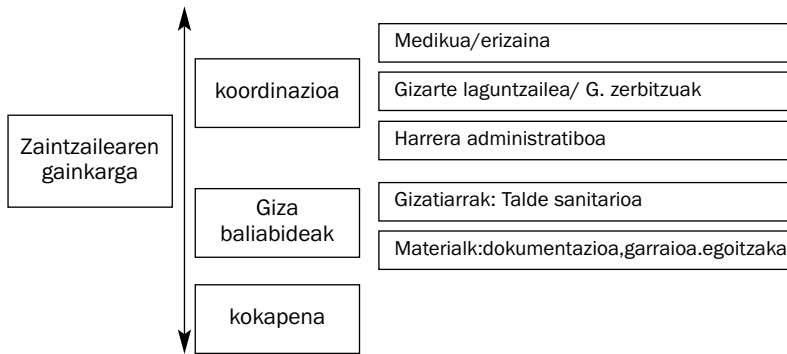
Jarraian, bi tresnekin lortutako elementuen artean, aztergai den arazoaren aribunagusietako batzuk aukeratu ditugu:

1. Arreta soziosanitarioaren subjektua.
2. Zaintzailearen eskaeraren sailkapena, edo maila.
3. Zaintzailearen eskaeraren izaera.
4. Jarduketa prozedura.
5. T.S-aren koordinazioa.
6. Giza-baliabideak.
7. Baliabide materialak/administratiboak.
8. Kokapena.
9. Emaizak.

2. Irudia. Zaintzailearen gaitzarga



2. Irudia. Zaintzailearen gainkarga



8.2.2. Informazioaren kudeaketa

8.2.2.1. Informazioa antolatu

Aztergai den arazoaren parametroak definitu ondoren, informazio hori “taula” edo “koadro” bidez antolatzen dugu. Koadroek arazoa definitu, sarrera puntuak eta landu beharreko arloak ikustea ahalbidetzen digute: Subjektuaren parametroa aurkeztuko dugu esenplu gisa.

3. Irudia. TS-aren jarduketa, sujetu zaintzailearen arabera

SUBJEKTUA	Zaintzaile familiarra	Zaintzaile barnekoa	Zaintzaile kampokoa	Laguntzaile auxiliarra
Harrera (BAE)	Eskaria jaso Datuak kodifikatu TS-ri jakinarazi	Eskaria jaso Datuak kodifikatu TS-ri jakinarazi	Eskaria jaso Datuak kodifikatu TS-ri jakinarazi	Eskaria jaso Datuak kodifikatu TS-ri jakinarazi
Medikua	Informazioa jaso Balorazioa/ saillkapena TS.ri jakinarazi Ekipoa martxan jarri	Informazioa jaso Balorazioa/ saillkapena TS.ri jakinarazi Ekipoa martxan jarri	Informazioa jaso Balorazioa/ saillkapena TS.ri jakinarazi Ekipoa martxan jarri	Informazioa jaso Balorazioa/ saillkapena TS.ri jakinarazi Ekipoa martxan jarri
Erizaina (OLT)	Deia jaso Lagundu Talde-lana	Deia jaso Lagundu Talde-lana	Deia jaso Lagundu Talde-lana	Deia jaso Lagundu Talde-lana
Gizarte Laguntzaile (GL)	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana TSrekin eta GZ batera lan egin	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana TSrekin eta GZ batera lan egin	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana TSrekin eta GZ batera lan egin	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana TSrekin eta GZ batera lan egin
Gizarte Zerbitzuak (GZ)	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana Administrazio- araudia aplikatu	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana Administrazio- araudia aplikatu	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana Administrazio- araudia aplikatu	TSren eskaria edo zuzenean jaso Elkarlana Administrazio- araudia aplikatu

8.2.2.2. Informazioa sintetizatu

Parametroen hierarkizazioa bisualizatzen duten **Mapping** tresnak erabiliko ditugu **Mapa Kontzeptualak eta Organigramak**).

8.2.3. Alternatibak eragin

Hiru tresna aukeratuko ditugu: **Brainstorming-irizpide anitzeko matrizea-Checkl List delakoa**.

Brainstorming:

1. Esku-hartze programa.
2. Bournouten prebentziorako irizpideak.
3. Psikiatria zerbitzu bereziak, zaintzailearen Bourmontarentzat.
4. Zaintzailearen lege erregulazioa.
5. Respiro programaren zabalpena.
6. LMAK eta Gzen arteko koordinazioa arbitratu.
7. FMaren esku-hartze indibiduala.
8. Gzek Osakidetzarekin konexiorik gabe egiten dute lan.
9. Osakidetzak itunak sinatzen ditu erakunde pribatu/Gurutze Gorria/Cáritas, GKEekin.
10. Guardiako medikuak autonomia ebatzen du.

Matrize irizpide anitza

Estrategia honekin, baliozko iragazki edo irizpide bat aplikatuko diegu, sortu-tako alternatibei.

4. Irudia. Irizpideak

Ideaia	Arreta medikua	Psiko-terapia	Arreta integrala	Arreta izaerana	Arreta maila	Erabaki eraginkorra	Erabaki azkarra	Arreta T.S.batera	Gutzit-koa
Jokabide programa	4x4	4x4	4x4	4x4	4x4	4x4	4x4	4x4	
Irizpidea	4x4	4x4	4x4	4	4x4	4x4	4x4	-	
Psikiatria	1x4	4x4	1x4	3x4	2x4	-	-	1x4	
Legezatu	-	-	-	-	2	-	-	-	
Respiro Serbitzuak	2	2	3	3	2	2	2	-	
ESrekin koordinatu	3	3	4	4	4	4	4	3	
Medikua banakoa	2	2	-	2	3	3	-	2	
Zerbitzu aparteak	1	1	1	2	1	1	-	-	
Zerbitzu itzartuak	1	1	2	2	2	-	-	1	
Guardiako Medikua Soilik.	1	-	-	1	2	2	-	-	

Bere ebaluaketarako, alternatiba ezberdinei puntuaketa bat emango diegu, balore irizpideei egokituta eta hoberen ebaluatu direnek lehentasuna izango dute: 1) *Esku-hartze programa* eta 2) *Zaintzailearen B eskariaren arabera Prebentzio Irizpideak*.

Check-List

TS-aren eta Baliabideen inguruko ideien zeruertza zabalduko ditugu, “CRE-ANDOME” akrostikoaren bidez irekitzen den tresna honekin eta aztertzen ari garen arazoaren konponketarako alternatiba, edo eratorritako esku-hartze lanak ekartzen ditu.

5. Irudia. Check List

AKROSTIKOA	GALDERA	ZER EGINA/JARDUERA
Konbinatzea	T.S.-ak koordinatzea? (BAE-OLT-MF-GL)	LMAZeko T.S.-ko kideak definitzea. TS-an BAEko kide bat izendatzea.
Berrantolatzea	G.Z-rekin komunikazioa? T.S.-an lan-ordutegi desberdinak?	G.L. G.Zrekin koordinatu Lan-orduak egokituta
Erabilera berriak aztertzea	LMAZ eko T.S.-guztientzako dokumentazio eta programa komuna? “mobil” berezia zaintzailearen mailan?	LMZ-enPrograma hitzartuta- “mobil”bat edukitzea zaintzailerako.
Etekin ateratzea	Maletinenan Programa komuna edukitzea?	Prebenziarako eta jokabiderako Programak diseinatzea
Ez	Ez jarduera individualistari. Ez heziketa eskasari.	Lan koordinatua diseinatu. T.S. birziklatu
Erraztea	Arreta sanitarioarako programa esku-liburu gisa? Eskaria erantzutzeko telefono-linea propioa?	Jokabiderako programak esku-liburu formatuan. Zaintzailearen mailan telefono-linea jartzea.
Alderantzizko ordena	Edozein arazoetan jarduera egin behar du T.S.-ak?	T.S.-ko kideek eskaera aztertzea, elkarrekin edo bata bestearen ondoren.
Aldatzea	Jarduerako irizpideak irekiak? T.S.-ak autokritika adostu behar du?	T.S.aren programak aldiro aztertzea. T.S.-a bileratu aldiro jarraibideak argitzea.
Harremanak aztertzea	G.Z.publikoekin komunikazioa? Osakidetzan Zaintzailearen zerbitzu bat eskatzea?	GLren bitartez GZkin komunikatu- Paziente zaintzaleari arreta eskaintzeko zerbitzu Osakidetzari Eskatzea-

Brainstorming, Irizpide Anitzeko Matriza eta Check List estrategiekin, gure arazoaren parametro guztiak ikusten ditugu (zaintzailearen higadurari arreta) eta honen aurrean ditugun alternatibak: subjektuaren arabera baliabideak, mota eta gauzatzen den tokia, ekipo sanitarioek LMaren ordutegian duten denbora eta ordutegi aukera modu erantsian ebaluatuz.

8.3. Estrategien esplorazioa eta aukeren ebaluazioa

Fase honetan, jasotako *informazioa* eta balizko *alternatibak* aztertzen ditugu *lehentasunak aukeratu eta estrategia egokiak aukeratzeko*. Bi operazio hauetarako, “votación sobre opciones” tresnaz baliatuko gara.

6. Irudia. Aukeren inguruko Bozketa

AUKERAK	BALORAZIOA
1 Esku-artze integraleko prozedura.	10
2 Zaintzaile informalaren prebenzio irizpiden ekarpena egin	9
3 Psikiatriako zerbitzuak bournout mailan espezializatuak.	7
4 Zaintzailearen lanpostua legezatu.	5
5 “Respiro” programak areagotu.	6
6 Ekipo Sanitarioa koordinatua.	9
7 Familiako medikuaren jokabide indibidualista.	0
8 Gizarteko erakunde pribatuekin hitzarmenak egin.	4
9 Erakunde autonomoak soilik zaintzailearen arduradunak.	3
10 Guardiako medikuak solik behar den garaian.	0

Estrategien esplorazioaren azken ondorioak

Proposatutako alternatiba ezberdinen aurrean, ondorengo estrategiak jarraitzeko erabakia hartuko dugu: 1) T.S.-arekin koordinatutako esku-hartze integraleko prozedurak adostu (**Esku-hartze Programa**) eta 2) Zainketa informalaren Bournotaren Prebenzio irizpideen ekarpena egin (**Prebenzio Programa**).

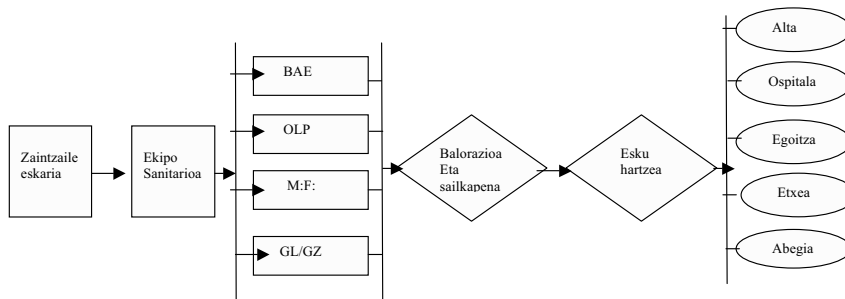
Lehentasuna duten estrategia hauek era eraginkorrean erantzuten diete beti, Baren eskaeraren arazoaren parametro guztiei: subjektua-maila-izaera-prozedurak-koordinazioa-giza-baliabideak eta materialak-kokapena.

8.4. Ekin

Aldez aurretik, LMAko zaintzailearen eskaeraren egoera arazo bezala *identifikatu* dugu, ondoren, lortutako informazioa *antolatu* dugu, *alternatibak sortzeko*. Azkenik, *Lehentasunak* jarri ditugu eta jarraitu beharreko *estrategiak* aukeratu. Orain, *Ekin* egingo dugu.

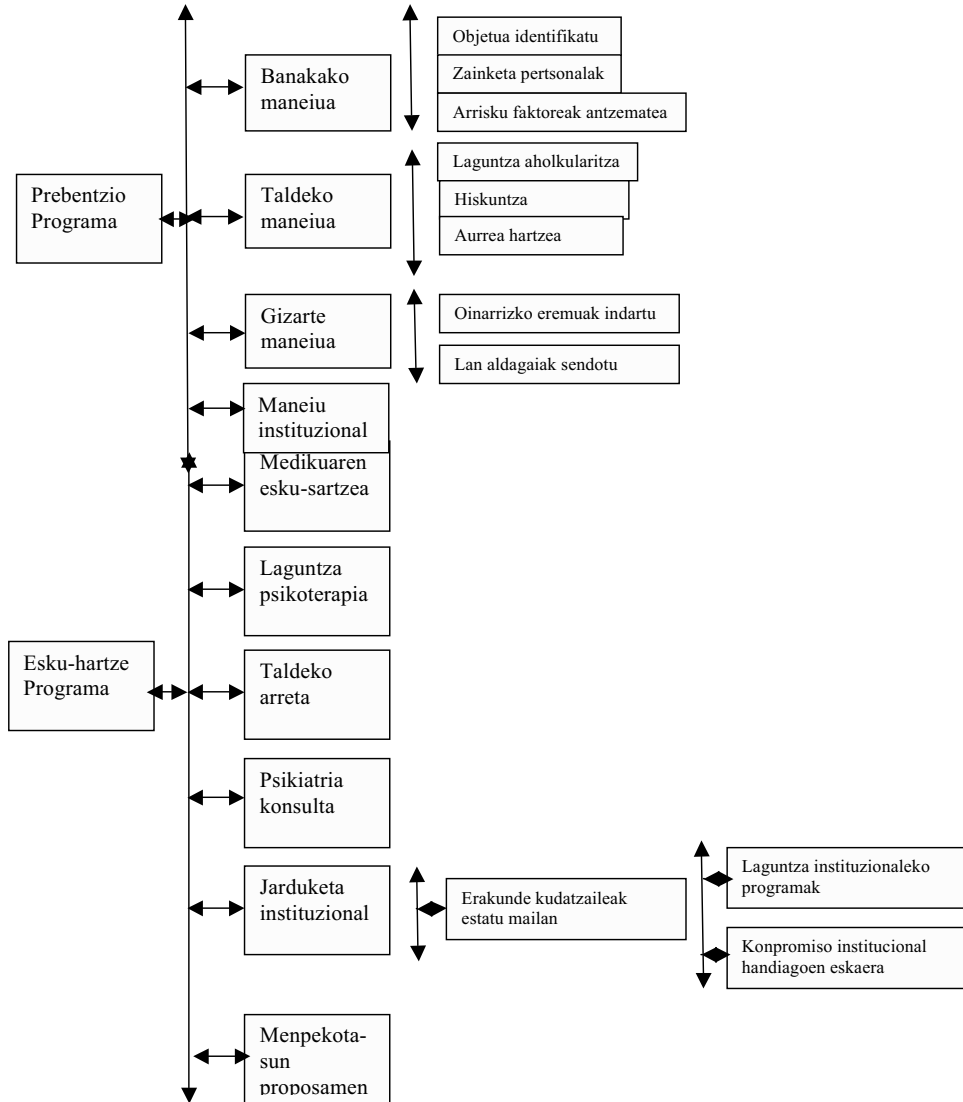
8.4.1. LMA-N, esku-hartze sekuentzia, zaintzailearen eskaeraren aurrean

7. Irudia. Esku-hartze sekuentzia, zaintzailearen eskaeraren aurrean



8.4.2. LMAZen jokabide sekuentzia zaintzailearen eskaeraren aurrean

8. Irudia. LMAZen jokabide sekuentzia zaintzailearen eskaeraren aurrean



8.4.3. Prebentzio programa

Prebentzio jarrera, maila Indibidualean-Taldekoan eta Terapeutikoan egokitzapen eta aldaketa egokiak egitean datza.

8.4.3.1. Banakako maneia

1. Objektua identifikatu

Zaintzailearen higaduraren ebaluazioak MB-larekin egiterakoan (Maslach Bournout Inventory galdeketa), aldagai batzuk eta zorrotzasunaren arteko lotura erakutsi du:

- Zaintzailean eragin handieneko eremuak identifikatzen dituzten galderak egin: zer da pazientearen zaintzan gehien arduratzen duena? Zaintzaren zein alde da zailagoa?
- Zaintzaile lana dela eta, alde ekonomikoa aztertu (absentismoa, gastu gehigarriak).
- Duen gizarte babesa aztertu.
- Familiaren errealitatean bere singularitatea aztertu: familia arazo bat jorratzen ari gara, ez pertsonala.
- Bere lanetan eragina izan dezakeen muga fisiko, nahiz emozionalen bat dagoen galdetu.
- ZARIT-en zaintzailearen osasunaren inguruko galdeketa⁸.
- Hautemandako estresaren inguruko galdeketa⁹.

2. Zainketa personalak

- Osasunaren sustapenerako neurrien zabalpena: RESPIRO programak, ordezkapenak...
- Atsedean eta zaintza pertsonalen beharra gogoratu¹⁰.
- Isolamenduak ekidin: laguntza edo jarduera taldeetan partaidetza.
- Lanetik kanpoko nortasuna mantendu (beste zeregin batzuetarako gaitasuna mantentzen du)¹¹.

3. Arrisku Faktoreak Antzematea. Zaintzaile Txarraren Profila¹²

- Zaintzailearen papera ez onartzea, bere ardurari uko eginez.
- Pazientearen menpekotasun ekonomikoa eta egoitzakoa.

- Farmako, alkohol, drogen kontsumoa.
- E psikiatrikoan aurrekariak, edo nortasunaren alterazioak.
- Harreman sozial pobreak.
- Elkarrizketetan jarrera areriotso eta susmotsua.
- Laguntza medikuei eta komunitateko laguntzari uko egitea.
- Egoeraren kontrolaren galerako gertakariak.
- Bikotea edo seme-alabekiko aurretiko indarkeria historiak.

8.4.3.2. Zaintzailearen higaduraren taldeko maneia

1. Laguntza Aholkularitza ST-aren aldetik (AAC-GL-OLT-FM)

- Behar handiko uneetan komunikatzeko prestasuna.
- Jarrera terapeutikoak sinplifikatu.
- Zaintzailearen kotsultak eta itxaron denbora zehaztu.
- Zaintzailearen aukeraketa irizpideen definizioa.
- Langilearen eskubideei errespetua eta birkokapena.
- Komunitate zerbitzuen inguruan informatu eta egokienak direnetara bideratu.

2. Hezkuntza

Banakako maila gainditzen duten antolatutako ahalegin kooperatiboak behar dira, horretarako:

Taldeko Bilerak eta taldeko jardueren diseinua, ST-ko arduradun batekin, gaitasunean, medikamenduetan, alerta-seinaleetan, teknika egokietan eta abarretan trebatzeko.

3. Aurrea hartzea

- *Jarduketa protokoloak* instrukzio zehatzak eta epe luzerako prebentzio estrategiak eta zaintzak definitzeko.
- *Langile sanitario profesionalaren* trebakuntza, zaintzaile "informalaren" arretan.
- *Programa psikoterapeutiko indibidual, nahiz taldekakoen garapena.*

8.4.3.3. Zaintzailearen higaduraren gizarte maneia

1. Oinarrizko Eremuak Indartu

Osasun taldeak), adostutako estrategiekin, kolaborazioarekin eta instituzioen, bere eremu nagusiak indartzera bideratzen du:

- Bizitza pribatua: ezinbestekoa, familiarekin harremana mantentzea.
- Bizitza soziala: aisialdi eta komunitateko jarduera atseginei heldu.
- Adiskidetzat harremanak partekatutako laguntza gisa.
- Familia antolaketaren barruan:
 - Arduren banaketa erraztu.
 - Aisialdia ez kutsatu.
 - Familiarekin komunikazio egokia erraztu.
 - Arduraduna edo liderraren kolaborazioa bilatu.

2. Zaintzailearen Ongizatearen Lan Aldagaiak (iragarleak) Sendotu

- Aukeraketa irizpideak berriz definitu.
- Lanpostuaren borondatezko aukeraketa. Asetasuna estresaren moderatzailea da.
- Lanordu eta aisialdi denboraren arteko oreka. 2-4 aisialdi ordu osasun hobearekin erlazionatzen da¹⁰.
- Elikadura, loa eta ariketa fisikoa errespetatu.
- Familian singularitasuna sendotu.

8.4.3.4. Maneiu instituzionala

- Egokitzapenak egiteko, pertsona-lan eremua harremanaren azterketa egokia.
- Hezkuntzan birziklapena: instituzioen hezkuntza jarraitua (LMA-n).
- Lanpostuetan aldaketa egokiak egin.
- Ordutegietan malgutasuna.
- Eremu juridiko-sozialean, babesaren hobekuntzarako proposamenak.

8.4.4. Esku-hartze programa

8.4.4.1. LMA-n medikuaren esku-sartzea

- Egoera fisikoa hobetzeko, neurri higieniko-dietetikoak eta ariketa fisikoa.

- Arrisku faktoreen jarraipena: adikzioak, polimedikazioa. Gehiengoa, droga legalekin medikatzen da (alkohola, kafeina, lasaigarri, analgesiko, homeopatia...).
- Patologia mediku larri edo kronikoaren diagnosi eta ebazpena: Txosten medikua Alta egokia bada.
- Jarraipena eta kontrola, behar badu.

8.4.4.2. LMA-n laguntza psikoterapia jarduketa

- Konplikatuak ez diren prozesuetan, laguntzarako psikoterapia (aipamena).
- Laguntzarako psikoterapia eta espezialistekin kolaborazioa, prozesu konplikatuetan.
- Tratamendu farmakologiko espezifikoa: antsiolitikoak 1. mailan eta depresioaren aurkakoak, 2. mailako aukera bezala. (European CNS Advisory board of management of stress).
- Adostutako hitzordu indibidualak laguntza emozionalerako, sentimenduak espreatzeko, errua kentzeko prozesuetarako.
- ST-ek babestutako auto-laguntzarako taldeak: zaintzaileari komunikazio bide bat eta beste zaintzaileekin elkar harremana ahalbidetzen dizkiote.

8.4.4.3. Taldeko arreta LMA-n

LMAen “Taldeko esperientzien” garapena, “topaketa espazio komun” bat ezarriz, ST-ko kide batekin koordinazioa (laguntzailea, edo OLT). Kideak etxetik etxeko arreta programaren bidez gerturatzen dira, edota FM-ak edo OLT-ak bideratu ondoren, edo irratian, edo tokiko telebistetan zabalpena izan duten kanpainen bidez.

8.4.4.4. LMA-ko psikiatria kontsultan esku-hartzea

Jarraipena eta kontrola mediku psikiatraren eskutik, kasu konplikatuetan, edo LMA-n erantzun eskaseko kasuetan. Bournouta ez da gaixotasun mentala, baina arazoak bai (antsietate patologikoa eta depresioa).

Farmakoterapia berezia (hasierako antsiolitikoak eta depresioaren aurkakoak, bigarren mailako aholku gisa.

8.4.4.5. Jarduketa instituzionala

1. Erakunde kudeatzaileak estatu mailan

Estatuko Osasun Sistema kudeaketa erraldoiaren alorrean, batuketa “Lurralde arteko Kontseilua” delakoaren bidez esku-hartzen du.

Mesokudeaketaren bidetik, ardura nagusia administrazio autonomikoen gain gelditzen da (eremu kudeatzaile bakar batean kokatua).

Mikrokudeaketan kalitatezko medikuntza bat sustatu behar da, profesionalaren lana errekonozituz, berrikuntza sustatuz.

2. Laguntza Instituzionaleko Programak

Programen edukia:

1. *Familiaren Hezkuntza*: eremutan banatutako hitzaldi teoriko-praktikoak (medikuntza, erizaintza, psikogeriatria, legeak, giza-baliabideak...).
2. *Laguntza psikologikoa*: terapia banakako sesioak, egoera berrietara egokitu eta soluzioak aztertzeko.
3. *Laguntza taldeak*: komunikazio eta elkar harreman aukera ahalbidetzen dute. Bere helburuak, informazioa partekatzea, eta gatazken konponketan trebetasunak ikastea dira.
4. *Egoitzetan arreta*: urtean hilabeteko egonaldiak, osorik, edo zatika.
5. *Eguneko zentroak*: asteburutan... hilean asteburu bat.
6. *Laguntza teknikoak*, pazienteak bere habitatean mantentzea errazteko. **Etxea egokitzeak**, menpeko pertsonetan, bertan jazotzen diren istripuen %77 prebenitzea dakar eta %90ean murrizten du kolektibo honen etxerainoko laguntza.
7. *Babes ekonomikoa*, hilabetero aplikagarria, familiaren diru sarreraren arabera.

8.4.5. Menpekotasun modu jasangarrian jorratzeko proposamena

Helburua: Zahartzeak ez luke Euskal Herrian, zein espainiar Estatuan menpekotasun handiagoa ekarri beharrik, hau da, menpekotasun arazoaren nagusitasuna txikiagoa izan liteke (pertsona adindu gehiago egongo dira, baina baliteke hain dependienteak ez izatea).

Arazoa: Ganorazko prebentzio/esku-hartzeen azterketan eta ikasketan planteatu beharreko gaia zera da, zergatik existitzen diren hain alde handiak, hau da, zeintzuk dira pertsona adindu zehatz batzuek menpekotasun arazoak garatzea eta beste batzuk ez garatzeko arrazoiak.

Proiektua: Zahartzarora osasun egoera hobean heltzea ahalbidetzen duten faktoreak aztertu, etorkizunean indartu, horrela menpekotasunaren gastua murrizteko.

Estrategia: kuestio honen erantzuna, arazoarekin berarekin erlazioan ututako aldagai edo adierazleak ebaluziotik etor daitezke. Menpekotasunarekin erlazio-

natzen diren adierazle nagusiak Adina, Hezkuntza maila eta Errenta dira: biztanleri kohorte zaharrenak, hezkuntza maila gutxienekoak eta diru sarrera eskasak dituztenak dira, nagusitasun handiagoz menpekotasun handien duten kolektiboak, modu erlatiboan begiratuta.

Erlazionatutako beste aldagai batzuk: aurkitutako aldagaiak (adina eta estatus sozio-ekonomikoa) gutxi aztertu diren beste aldagai batzuen isla direla (adibidez, bizimodu osasungarrien egokitzapena, terapietara sarbidea, gaixotasun jakin batzuk eragiten dituzten ondorio ezgaikorrek gutxitzeko zerbitzuen eskaintza...).

Ondorioa: Sektore publikoak (Osakidetza eta Gizarte Zerbitzuak) eta LMAk orokorrean eskaini dezakeen erantzuna ebaluatu eta aztertzea gomendatzen da, populazioaren zahartze progresiboan bizi kalitatea hobetu eta menpekotasuna hobetzea bilatzen duten aldagai soziosanitario jakin batzuen alde egitea eta guzti hau osasunaren alorreko gastu egoki eta nahikoarekin.

Jarrera praktikoa: menpekotasunaren prebentzioa lortzea posible da, osasunaren sustapenerako aplikazio eta zabalpen neurriekin. Hauen artean:

1. Nagusiki, bizi-ohiturak aldatu.
2. Profesionalen trebakuntza, adierazle soziosanitario berrien arabera.
3. Jarduerak sektore artean planifikatu.

“Menpekotasun adierazleen” azterketa estrategia hauen artean, adibide praktikoa bat, Albaceteko Ospitale Unibertsitari batena, FRADEArena da (fragilidad y dependencia en Albacete 2008-2010), 1.200 pertsonen ingurukoa, Lehen Arretako Zuzendaritzako Irakasleen Unitatearekin elkarlanean.

8.5. Lorpenak

1. Lan honen helburua zera da, adierazle soziosanitario berri baten inguruko gogoeta, kasu honetan, menpekotasun gorakorrari lotutako Zaintzailearen higaduraren Sindromea.
2. Prebentzio eta Esku-hartze Programetan aholkatutako alternatibak aplikatuz, Menpekotasunaren eta Zaintzaile informalairen prebentzian baiezta-tzen da, pauso hauen bidez:
3. Arriskuan dauden pertsonak antzematerako kontrolak (menpekoak edota zaintzaileak).
4. Zaintzailearen sindromea eta sindrome geriatrikoak jorratu eta ondo maneiatu.
5. Medikazioa eta menpekoen eta beren zaintzaileen jarraipena.
6. Azkenik, LMAtik arretaren koordinazioa planifikatzeko beharra nabarmen-tzen da. Jasangarritasuna LMAn ebazpen maila handiagoa izatetik pasa-

tzen da, kalitatezko arreta ematen jarraitzeko eta osasun arloko profesionalak dira XXI. mendeko ezagutzaren gizartean eman diren aurrerapausoen faktore garrantzitsuena.

9. ONDORIOAK

1. Gogoeta hau, hasteko, XXI. mendeko ezagutzaren gizartean, **adierazle sozio-sanitario gainerakor eta itzulezin bati erantzuna ematen** saiatzen da eta Europar Komunitateen Komisioak dioenarekin bat egiten du. Honek "gizartean eta lan munduan ematen ari diren aldaketei nola egokitu (2002-2006) lanean prebentzioaren kultura indartzea proposatzen du, *hezkuntza, sentsibilizazioa eta aurre hartzearen* bidez, berrikuntza teknikoekin, nahiz gizartearen garapenarekin harremana duten adierazle gainerakorren bidez.
2. Bigarrenik, **menpekotasuna prebenitzearen aldeko** apustua egiten du. Zahartze aktibo baten alde egiten dugu; osasun fisikoa, mentala, soziala barruan dituen kontzeptu bat eta emaitza hauek dituenak: gaixotasun eta ezintasunak jasateko probabilitate baxua, gaitasun fisiko eta kognitibo handia eta gizartean bizitze aktibo bat mantentzea.

Lorpen honetarako ezinbestekoa da LMA eta Osasun Komunitarioa bultzatzeko koordinatutako politika soziosanitarioen diseinua, bizi-ohitura osasungarriak sustatzeko estrategia indartsu eta eraginkorrak bultzatzen diztute eta, osasun arloko profesionalen trebakuntza jarraitu eta baliabideak, menpeko pazientearekiko eta zaintzaile informalekiko arreta erabakitzailea lortzeko.

3. Hirugarrenik, berehalako estrategiaren alorrean, LMAko osasun taldeak menpekoaren eta bere zaintzailearen ehun sozialean eragiten du, ondorioz, oinarritzko taktikak LMAtik sare naturalaren babesa sustatzea izan behar du, gertueneko osasun maila den heinean eta gertutik ezagutzen duelako.

Zaintzaileek osatzen duten sare naturalak (nahiz familiakoak edo enplegatuak izan), menpekotasunaren beharrak atenditzen ditu. Sare hau arreta soziosanitarioaren bilbaturan baliabide nagusienetako bat da, horregatik, gauzatzen diren programen sujetu eta objektu gisa kontuan hartu behar da.

4. Azkenik, "zaintzailearen zaintzaile" informala eta gaixo dependientearena den profesional sanitarioari laguntza eraginkorra ematea, profesional sanitarioaren¹⁵. Laguntza eraginkorra ematea kontuan hartzea sistema publikoen antolaketaren egitura eta "eraginkortasunaren" gehiegizko kontrolak profesional sanitarioaren higaduran indar berezia egin dezake.

Planteamendu hau erraz justifikatzen duen premisa nagusia zera da, kalitatezko zerbitzu bat eskaintzen jarraitzeko, osasun publikoko profesionala, gizartean osasun sistemak aurrera egiteko faktore nagusia diren konbikzioa eta nabaritasuna izatea.

BIBLIOGRAFIA

1. GOLEMAN, D. *La practica de la Inteligencia emocional*. Barcelona. Kairos, 1999.
2. MASLACH, C.; JACKSON, E. Maslach "Bournout" Inventory. Palo Alto CA. In: *Consulting Psychologist Press*, 1986.
3. MASLACH, C. *Bournout: The cost of garing* New York. Prentice-Hall Press, 1982.
4. MINGOTE ADAN, J.C.; MORENO JIMENEZ, B.; GALVEZ HERRER, M. "Desgaste profesional y salud de los profesionales:revisión y propuestas de prevención". In: *Med Clin (Barc)* 2004; 123 (7): 265-270.
5. MARTIN DIEZ, Gloria. "Grupos de apoyo para familiares cuidadores de personas mayores dependientes". *Gizarteku*. Mitxelena artes graficas sl, 2005; 1-67.
6. KASUYA, Richard T.; MD POLGAR, Richard T.; BAILEY FNP, Patricia et al. "Sobrecarga y desgaste profesional del cuidador". In: *Posgraduate Medicine*, vol 9, nº 2, 2003; 59-63.
7. GANDARA, Jesus; FUERTES, Jose Carlos. *El arte y la tecnica de la comunicación eficaz*. Cap 5. Madrid: Master Line, 1999.
8. BROWN, LJ; POTTER, JF; FOSTER, BG. "Caregiver burden should be evaluated during geriatric assesment". In: *JAM Geriatri doc*, 1990; 38 (4); 455-460.
9. ROBINSON, BC. "Validation of a caregiver strain Index". In: *J Gerontolo*, 1983; 38 (3); 344-348.
10. DE SILVA, H.; DANIEL, E.; PEREZ, A. "Estudio del sindrome del desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de unn Hospital General". In: *Actas Esp Psiquiatria*, 1999; 27: 310-320.
11. MINGOTE ADAN, J.C.; MORENO JIMENEZ; GALVEZ HERRER, B.M."Desgaste profesional y salud de los profesionales:revisión y propuestas de prevención". In: *Med Clin (Barc)*, 2004; 123 (7); 265-270.
12. MORALES SANTOS, Angel. "Adineko pertsoneri tratu txarrak emateari aurrea hartzeko jarraibideak". In: *Gizaurre 4*. Gizarte Politikorako Departamentua. Gipuzkoa Foru Aldundia, 2004-09-04.
13. CIGARAN, M.; MORENO, R.; PEÑACOBIA, A.; LOSADA, C.; FERNANDEZ, M. "Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con dependencia". In: *Programa Cuidar Cuidandose*. Iº Premio Caja Madrid de Investigación Social sobre Dependencia, 2007; DM, 5-12-2007.
14. ALONSO LOPEZ, Fernando. "Adaptación funcional de la vivienda en la población mayor y discapacitada: necesidades, programas y prácticas". In: *DM*, 2007; 5-12.
15. MINGOTE ADAN, JC.; PEREZ CORRAL, F. *El estrés del médico*. Madrid: Diaz Santos, 1999.

AKRONIMOAK

LMA: Lehen Mailako Arreta

LMAZ: Lehen Mailako Arreta Zentroa

FM: Familia Medikua

GZ: Gizarte Zerbitzuak

GL: Gizarte Laguntzailea

OLT: Erizaina

BAE: Harrera Administratiboa

E.S. / T.S.: Ekipo Sanitarioa / Talde Sanitarioa

OME: Osasunerako Mundu-Erakundea