



**Galdakao-Usansoloko
Unibertsitate Ospitaleko ikuztegian
sei tona arropa garbitzen dira egunero**



ADITUAK



BERRIKUNTZA



OSASUNTSU BIZI



UNIBERTSITATETIK

2 _AURKIBIDEA

3 _ARESTIAN

4-5 _GEURE ZERBITZUAK
Ikuztegia, ospitaleek funtzionatzeko ezinbesteko zerbitzua

6-7 _ADITUAK
Txomin Zabala • Pneumologoa

8-9 _BERRIKUNTZA
Iker Martin • Erizaina

10-11 _OSASUNTSU BIZI
Dementzia duten pazienteen zaintzaileentzako tailerra

12-13 _EUSKARA OSAKIDETZAN
Sara Lizeaga • Osakidetzako traumatologoa, Donostialdeko ESIan

14-15 _UNIBERTSITATETIK
Ibabe Villalabeitia • Kirurgia Orokorreko eta Digestio-aparatuko medikua

16-17 _JARDUNALDIAK
Berdintasunerako eredu berriak

18 _JAKINBIDE
Bikotekideak eta etxeko lanak

19 _DENBORA-PASAK / ESTILO LIBURUAN BARNA

Erdian...

tiitaxoren aholkuak



OSAKIDETZAKO EUSKARA ZERBITZU KORPORATIBOAK SARI BAT JASO DU EUSKARAZ BAI TXILL! KANPAINAGATIK



HizKELan

Laneki Lanbide Heziketa sustatu eta hobetzeko elkarteak Osakidetzako Euskara Zerbitzu Korporatiboa saritu du, urriaren 14an Gasteizko Francisco de Vitoria BHIan antolatutako X. Hizkelan jardunaldian. *Euskaraz bai txill!* kanpainaren bidez Lanbide Heziketan euskara bultzatzea izan da sariaren zergatia.

2024ko martxoan abiatu zenetik, *Euskaraz bai txill!* kanpaina unibertsitatean zein lanbide heziketan izena emateko garaietan egiten da, Berritzeguneekin, EHUKo Medikuntza eta Erizaintzako Fakultatearekin eta osasun ikasketak eskaintzen dituzten Lanbide Heziketako zentroekin koordinatuta.

Kanpainak bideo bat du oinarri, euskarri batzuen birtartez (mugikorrentzako euskarriak, kartelak...) zabaltzen dena. Bertan, bi gazteren elkarriketan, zenbait gai azaltzen dira: osasun asistentzian pazientearen hizkuntzak duen garrantzia, euskararen ezagutzaren balioa Osakidetzako lanpostu eta hautaketa prozesu batzuetan, baita etorkizunean osasun publikoan lan egin nahi dutenentzat euskaraz ikasteak izan ditzakeen abantailak ere. Euskarriak eta bideoa DBHko, Batxilergoko, Lanbide Heziketako eta EHUKo zentroetan zabaltzen dira, azoketan, ate irekien jardunaldietan eta horrelakoetan.

OSAKIDETZA. Araba kalea 45, 01006 Vitoria-Gasteiz.
Tel.: 945 00 63 43 • osatuberri@osakidetza.eus

Erredakzio-kontseilua:
Gontzal Lopez eta Amaia Beitia.
Egiletza, banaketa eta koordinazio lanak:
Bidera Zerbitzuak (Berría Taldea).
Tirada: 5.000 ale.
Lege-gordailua: SS 1472-2011 / ISSN 2254-450X.



Harpidetu zaitez!

Jaso **Osatuberri**ren buletin digitala zure posta elektronikoa, hamabostean behin.
osatuberri@osakidetza.eus

IKUZTEGIA, OSPITALEEK FUNTZIONATZEKO EZINBESTEKO ZERBITZUA

Sei tona inguru garbitzen dira egunero Osakidetzako Galdakao-Usansoloko Unibertsitate Ospitaleko ikuztegian. 06:45etik 21:00etara, etengabe arropa zikina garbi bihurtzen du 40 pertsona inguruko talde batek desinfekzio kimikoaren bitartez: langileen uniformeak, ohe-arropak, kirofanoko pijamak, kamisoiak... Galdakao, Urduliz eta Gernikako ospitaleen lentzeriaz arduratzen da Osakidetzako zerbitzu hau.

Ez dago atsedeenik ikuztegian. Etengabe pilatzen da arropa zikina ospitaleko zakuetan: izarak, ohe-atorrak, langileen uniformeak... Guztiak ospitaleak martxan jarrai dezan beharrezko elementuak eta, beraz, garbigailu industrialek atsedeenik gabe biratzen dute eraikinaren harrerako solairuan. «Guk arropa guztia kontaminatua balego bezala tratatzen dugu, ez dago erro-

re marjinarik», dio Mari Carmen Duran zerbitzuko arduradunak. «Sartzen den guztia zikina da, eta ateratzen den guztia garbi eta kimikoki desinfektatua egoten da».

Izan ere, bi eremutan banatuta dago ikuztegia: arropa zikina jasotzen den gunea eta arropa garbia ateratzen dena. Bi aldean artean banaketa zorrotza dago. Sarbideak eta langileen mugimenduak kontrolatuta daude kutsadura gurutzaturik ez izateko.

PROZESU LUZEA ETA ESKULAN HANDIKOA

Zakuetan eta kaiola metalikoetan iristen da arropa zikina ikuztegiara logeletak, kirofanotik edota sukaldetik. Ezer baino lehen, zakuak pisatu egin behar dira; ondoren, 200 kilogramoko lau garbigailuetan sartzeko. Arropa ez da eskuz bereizten, zikin dagoen bitartean: zakutik sokaren korapiloa askatu eta zuzenean sartzen da. Horrek langileen segurtasuna bermatzen du.

«Ikuzmakinak bete eta garbiketa-zikloa egiten denean, eskuz atera behar dugu arropa guztia eta sailka banandu» dio arduradunak. Arropa garbiaren esparruan, orga handietatik bikoteka atera eta eskuz sailkatzen dituzte arropak; arropa laua alde batetik, eskuoihalak eta kamisoiak beste alde batetik eta mantak, ohe-estalkiak, zorroak eta beste azkenik. Ezinbestekoa da mota bakoitzarekin zabalik eta luzatuta pila desberdinak egitea, anabasarik ez eratzeko. Bananduta dagoenean, berri, oraindik bustita daudela, automatikoki tolesten dira lisatu-makinen bidez. Baina tapakiak, zakuak eta ohe-atorrak, esaterako, lehorgailuetan sartzen dira, lehenik, eta toleste-makina automatikotan, gero.

Hala ere, mendia handiegia denean, eskuek makinak ordeztzen dituzte berriro. «Prozesu luzea da eta eskulan asko behar izaten da arropak alde batetik bestera mugitu, zabaldu eta makinetan sartzeko. Eskaera handia denean, makinaren lana eskuz egiten dugu prozesua azkartzeko», dio Mari Carmenek.

ARROPA LAUA ETA ARROPA FORMADUNA: BI MUNDU BEREIZI

Ikuztegian bi arropa mota nagusi bereizten dira: arropa laua eta arropa formaduna. Lehenengoan, oheko arropak sartzen dira: izarak, toallak, koltxak... Arropa formadunak, berri, ospitaleko langileen uniformeak dira: kasakak, galtzak, txabusinak, bai eta ebakuntza-geletako jantziak ere. Hauek banaketa- eta kontrol-sistema digitalizatu



Mari Carmen Duran, Ikuztegi Zerbitzuko arduraduna.

«ESKAERA HANDIA DENEAN, MAKINAREN LANA ESKUZ EGITEN DUGU PROZESUA AZKARTZEKO»

SOLAIRUETARA BANATZEA

Banatzea da lanaren bigarren partea: arropa garbia ospitaleko solairu guztietara eramaten dute goizero bi langilek. Arropa formaduna beheko solairuko arropa-karruseletara eramaten da, eta langileek goizero jaso dezakete uniforme txipduna txartelarekin.

Ebakuntza geletan, ordea, arropa-mugimendua ohikoagoa izaten denez, armairu automatizatuak dituzte, eta identifikazio-txartelarekin jaso ditzakete hor ere jantziak.

Galdakao-Usansoloko, Gernika-Lumoko eta Urdulizko Alfredo Espinosa ospitaleetako arropa garbitu eta banantzeaz gainera, Barrualde-Galdakako ESiko 72 zentroetako jantzien koordinazioaz arduratzen da Ikuztegia.

Bi txandatan egiten dute lan: 22-24 pertsona goizez, eta hamalau inguru arratsalde. Lan-karga ez da izaten beti konstantea, baina gorakadak oso ohikoak dira. «Gripe garaian, adibidez, bolumena izugarri igotzen da».

IKUZTEGIA EZINBESTEKO

Arlo guztien talde-lana guztiz beharrezkoa da. «Guk funtzionatuko ez bagenu, ziurrenik, ospitalea gelditu egingo litzateke», dio Duranak. Izara garbirik gabe, ez dago oherik prest. Uniformerik gabe ere ez dago asistentziarik. Arropa kirurgikorik gabe, berri, ez dago ebakuntzari. Beraz, ikuztegia ezinbestekoa da.



“Hilkortasuna aurreikus dezaketen faktoreak”

Arnas-aparatuaren erdi-mailako zainketa unitateetan (AEZUetan), ospitaleratutako pazienteen hilkortasunean eta pronostikoan eragiten duten faktoreak aztertu ditu Txomin Zabalak bere tesian. Osakidetzako pneumologoa da Galdakao-Usansolo Unibertsitate Ospitalean, kanpo-kontsultak egiteaz gain, bertako AEZUan egiten du lan. Hori izan da ikerketaren ardatz nagusia, eta ikerketak erakutsi du posible dela pazienteen bilakaera aurreikustea zenbait aldagai kliniko aztertuz.

2006. urtean sortu zen Osakidetzako lehenengo Arnas Aparatuaren Erdi Mailako Zainketa Unitatea (AEZU) Galdakao-Usansolo Unibertsitate Ospitalean. Tesiaren bidez, Txomin Zabalak azterketa sakona egin du unitate indartzeko tresna gisa. Gainera, euskaraz idatzi eta defendatutako tesia da, arlo horretan oraindik oso urria den zerbait, eta medikuntzako terminologia zientifikoa euskaraz garatzeko urrats garrantzitsua izan da.

Zer dira arnas aparatuaren erdi-mailako zainketa-unitateak eta zergatik dira horren garrantzitsuak?

Arnas patologia larriak dituzten pazienteak artatzeko eremu espezializatuak dira AEZUak, erdi-mailako zainketa-unitateak; ospitalizazio arruntaren eta ZIU Zainketa Intentsiboko Unitatearen tarteko eremuak dira logistikoki. Unitate horietan, monitorizazioa edo arnas euskarri ez-inbaditzaile bat behar duten pazienteak artatzen dira; esaterako:

aireztapen mekaniko ez-inbaditzailea eta sudur-kanularen bidezko fluxu altuko oxigenoa behar dutenak. Unitate hauek existituko ez balira, ZIUan egongo lirateke pazienteak; beraz, AEZUak garrantzitsuak dira, pazienteek zainketa espezializatu bat izatea ahalbidetzen dutelako, familiartekoen bisita zabala-goak, pribatutasun handiagoa, inguru atseginagoa eta aurrezpen ekonomikoa.

Osakidetzan, Galdakaoko AEZUa izan zen lehenengoa, 2006. urtean, eta bakarra izan da ia pandemia garai arte. Orain, Covid-19aren ondorioz, gehiago dira, garai horretan ZIUak ez kolapsatzea eragin baitzuten. Gaur egun, badira beste zenbait ospitaletan ere; esaterako, Gurutzetan, Txagorritxun eta Basurtun.

Tesiaren abiapuntua izan da unitate horien inguruan ez zegoela informazio nahikorik. Zer hutsune ikusi zenuen, eta zer ikertzea erabaki zenuen?

Unitate horien sorrera askotarikoa eta heterogeneoa izan da mundu osoko osasun-sistemetan. Ez dago AEZU estandarizaturik. Kontrara, ZIU baten inguruan hitz eginez gero, adibidez, jakina da zer den eta nolako azpiegiturak dituen, baina, AEZUen kasuan,

TXOMIN ZABALA Pneumologoa



askotarikoa da. Beraz, informazio gutxi dagoenez eta Galdakaoko kasua aitzindaria izan denez Espainiako Estatuan, gaia ikertu nahi izan dugu aprobeitatzeko guk informazio nahikotxo geneukala eta hori azter genezakeela.

«ALDE BATETIK, PAZIENTEEN HILKORTASUNA AZTERTU DUGU, ETA HILKORTASUN HORI AURRESAN DEZAKETEN FAKTOREAK BILATZEN JARRI DUGU FOKUA TESIEN BATEZ ERE»

Azterketa deskribatzaile bat egin dugu ospitalizazio mota horretan hamar urtez izan den hilkortasun tasaren eta pronostikoaren gainean. Alde batetik, pazienteen iraupenarekin lotutako faktore nagusiak identifikatu ditugu eta, beste alde batetik, AEZUen jardunaren garrantzia azpimarratu dugu, osasun-sistemaren efizientziaren eta kalitatearen aldetik.

Zein izan dira aurikuntza nagusiak?

Alde batetik, pazienteen hilkortasuna aztertu dugu, eta hilkortasun hori aurrean dezaketen faktoreak bilatzen jarri dugu fokua tesian batez ere. Paziente bat AEZUan ospitaleratzten denean bere bilakaera edo pronostikoa txarragoa izango dela iragar dezakeen aldagairik ba ote dagoen ikertu dugu. Aldagaiak izan daitezke pazientearen oinarritzko egoerari buruzkoak, analitikan edo bizi-konstanteetan detektatutakoak. Ikerketan hamaika aldagai ikusi ditugu, bilakaera txarra izan daitekeela aurreikus dezaketenak. Horiek identifikatuta, zentra gaitezke tratamendu zorrotzago bat eta monitorizazio jakin bat jartzen, eta zerbait egin hilkortasun edota pronostiko txar hori ekiditeko.

Beste alde batetik, aztertu ditugu Galdakaoko AEZUan 10 urtez ospitaleratutako pazienteen ezaugarriak. Azterketa deskribatzaile bat egin dugu pazienteen ezaugarriak kontuan izanik (ezaugarri klinikoak, generoa...).

Azkenik, azpi-analisi bat egin dugu aztertuz ea larrialdietara doazen pazienteen pronostikoa txarragoa den AEZUan ospitaleratzean atzerapenak gertatzen direnean. Ikusi dugu baietz, eta horrek fokua jartzen du unitate horien garrantzian; izan ere, bertan dauden pazienteak monitorizatuta eta tratamendu espezifikoak jasotzen ari direnez, horrek onurak dakartza haien bilakaeran.

Ikerketa egin ondoren, zure aburuz, zer aldatu beharko litzateke AEZUetan?

Tesia egiteko orduan konturatu gara ez dagoela arnas-aparatuaren erdi-mailako zainketa unitateetan estandarizazio bat ezaugarri eta azpiegituren aldetik; beraz, nahiz eta tesiaren ondorio zientifiko bat ez izan, uste dugu ona litzakeela estandarizazio bat lortzea. Osakidetzak mailan beste AEZU batzuekin kontaktuan jartzen hasi gara, guztiok antzeko lana egiteko.

Bestalde, arlo zientifikoan, eskala bat garatu daiteke hilkortasuna aurrean dezaketen aldagaiekin, eta larrialdietan edota ospitaleratzekoan aplikatu. Horrela, paziente bat ospitaleratzten denean parametro horiek neurtuta, larritasun edo pronostikoa sailka genezake, eta horren arabera erabaki ZIUra, AEZUra edota ospitalizazio arruntera bidali beharra dagoen. Azken finean, eskala horrek arnas-patologia larria duten pazienteen larritasuna sailkatzeko balio dezake eta eskala garatzeko bidean gaude.

Tesia, euskaraz eta gaztelaniaz idatzi, eta euskaraz defendatu duzu. Zerk bultzatu zaitu horretara?

Hautu politikoa izan da. Hasieratik izan nuen euskaraz egiteko ideia, eta garatzeko orduan konturatu naiz ze hitz gutxi dagoen medikuntza arloan; hitz batzuk neuk erabaki behar izan nitut, Euskaltzaindiak edo Elhuyarrek ez zituztelako jasota. Beraz, hori ikusirik erabaki nuen ekarpena egingo niola euskarari zientzia eta medikuntza arloan. Gainera, gaur egun dena digitalizatuta dagoenez, sarean egon daiteke, eta, bi hizkuntzatan idatzita dagoen heinean, erraza da terminoak nola euskaratu ditudan identifikatzea.

Zer esango zenieke beste osasun-profesionalei edo ikertzaileei euskaraz ikertzea animatzeko?

Uste dut erakundeetatik, euskararen sustapenean pauso gehiago eman beharko liratekeela gure arloan; gainera, euskaldunak garenok egin dezakegu ahalegin bat, eta medikuntza euskaraz egin. Horrela, euskaraz bizi ahalko dugu gure ofizioa bai pazienteekiko eta bai profesionalon artean. Esate baterako, Galdakaoko Ospitalea oso euskalduna da, eta pazienteekin askotan egiten dugu euskaraz, baina, tamalez, profesionalen artean termino medikoak beti ehuneko ehuneko gaztelaniaz erabiltzen ditugu. Beraz, jendea euskara tekniko erabiltzen hastera animatu nahiko nuke, zaila den arren, saiatzera; guk ahalegin hori eginda lortuko dugu pixkanaka medikuntza euskaratzea.

“Pausoz pauso, haurrak seguruago

Haurren Checklist Kirurgikoaren proiektua jada martxan jarri da Osakidetzako ospitale guztietan, haur pazienteen segurtasuna eta arreta klinikoaren kalitatea hobetzeko helburuarekin. Ekimen horrek oinarri du ideia sinple baina eraginkor bat: ebakuntza kirurgikoetan parte hartzen duten profesional guztiek urrats jakin batzuei jarraitzea, prozedura bakoitzaren aurretik, bitartean eta ondoren, funtsezko datuak eta segurtasun neurriak egiaztatzeko. Horri esker, gerta daitezkeen akatsak eta arriskuak saihestu nahi dira, eta koordinazioa sendotu medikuen, erizainen, anestesisten eta gainerako langileen artean.



IKER MARTIN
Erizaina

Nazioarteko praktikak eta Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) gomendatutako segurtasun-protokoloetan inspiratuta dago proiektua, baina haurren arreta bereziaren beharretara egokituta. «Haurrak ez dira helduen ‘bertsio txikiak’: haien egoera fisiko, emozional eta komunikatiboak arreta berezia eskatzen du», adierazi du Iker Martin Osakidetza Donostiako Unibertsitate Ospitaleko erizain eta proiektuko koordinatzaileak. Horregatik, Haurren Checklist Kirurgikoa tresna egokitua eta malgua da, adin-tarte bakoitzaren errealitatea kontuan hartzen duena.

Gainera, ekimen horrek ez du soilik osasun-profesionalen lana errazten; familiei ere lasaitasuna eta konfiantza ematen die, jakinik euren seme-alaben ebakuntza prozesua protokolo zorrotz baten arabera egiten dela. Haurren Checklist Kirurgikoa, beraz, urrats garrantzitsua da, pazienteen segurtasuna lehenesten baitu osasun-arretaren eten-gabeko hobekuntzaren mesedetan.

Zer da Haurrentzako Checklist Kirurgikoa?

Kontrol-zerrenda bat da, balio duena interbentzio kirurgikoen segurtasuna

hobetzeko eta saihestu daitezkeen gertaera kaltegarriak murrizteko. Galdetegi bat da, funtsean, segurtasun arloko galdarak dakartzana kirurgiaren aurretik, bitartean eta ondoren betetzeko. Galderak tutoreen edo gurasoen aurrean egiten zaizkie pazienteei. Horrela, paziente pediatrikoak ez badira gai horietako galdera bati bere kabuz erantzuteko, tutoreek erantzun dezakete.

Nolako ekarpena egiten du kontrol-zerrendak ebakuntzetan?

Ebakuntza-gelara sartu aurretik, kirurgia-taldeko kide guztiak tutore eta pazientearekin biltzen gara, eta segurtasun-galdetegi horretan parte hartzen dugu. Ebakuntzaren zonaldea markatzen dugu, paziente osasun-egoera optimoan dagoela ziurtatu, eta ohiko medikazioa hartzeari buruzko kontsulta egiten diogu. Halaber, azken 15 egunetan, aho-hortzak eta arnas bideak nola izan dituen galdetzen dugu, anestesia prozesuan arazorik ez izateko. Neurri horiei esker, kirurgian saihestu daitezkeen arriskuak murrizten ditugu, baina, horrez gain, arretaren kalitatea hobetzen dugu,

talde kirurgikoko kideak ezagutzeak lasaitasuna ematen baitie pazienteei eta haien tutoreei.

Zergatik eta nola garatu da proiektu hau?

Paziente pediatrikoak, dituen ezau-garriegatik, arrisku potentzial eta gaitasun jakin batzuk ditu helduekin alderatuz. Gure egunerokoan erabiltzen genituen zenbait tresna helduentzat prestatuta zeudela ohartu ginen. Hala, ebakuntza-gelan urteak eman dituen Osakidetzako profesional-talde batek erabaki genuen tresna bat sortzea, pediatriako biztanleriara egokituko zena. Horrela sortu zen Haurrentzako Checklist Kirurgikoaren ideia.

Noiz sortu zen?

Haurren Checklist Kirurgikoaren proiektua Donostialdeko ESIan hasi zen garatzen 2017an. Bertan, Donostiako Unibertsitate Ospitalera egokitutako kontrol-zerrenda bat sortu zen 2019an, Osakidetza osora zabaltzeko asmoz. Urte askotako lanaren ondoren, aurtengo abuztuan sare osoan ezarri da, eta, gaur egun, Osakidetzan egiten diren 14

urtetik beherako pazienteen ebakuntza guztietan erabiltzen da.

Nork parte hartu zuten proiektua sortzeko fasean?

Talde kirurgikoko ordezkariak parte hartu genuen: anestesistek, zirujauak eta erizainak. Diziiplina anitzeko talde bat sortu genuen: Donostialdeko ESIko eta Ezkerraldea Enkarterri-Gurutzetako ESIko profesionalak, pediatriako bloke kirurgiko espezifiko bat duten Osakidetzako bi zentroek eta kirurgia pediatrikoko espezialitateek osatua. *Bottom up* proiektu baten barruan, Osasun Saileko Biogipuzkoa Osasun Ikerketarako Institutuarekin lankidetzan, ikerketa multizentriko bat egin genuen gure tresnaren eraginkortasuna erakutsi zena. Lortutako emaitzak Osakidetzako Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzari aurkeztu ondoren, horiek sare osoan erabiltzea erabaki zen.

Zein dira proiektuaren onuradunak?

Alde batetik, gure osasun-sistema da onuradunetako bat oro har, segurtasun-arriskuak gutxitzen baitira eta, aldi berean, erabiltzaileek hautematen duten

«GALDETEGI BAT DA, FUNTSEAN, SEGURTASUN ARLOKO GALDERAK DAKARTZANA KIRURGIAREN AURRETIK, BITARTEAN ETA ONDOREN BETETZEKO.»

kalitatea handitu egiten baita. Bestalde, profesionalen segurtasuna areagotzen da, tresna hau berariaz baliozkotua eta sortua baita Pediatriaren arloan dihardutenentzat. Eta, azkenik, eta garrantzitsuen, gure haurrak dira onuradun nagusiak, ahultasun-une batean babesten baititugu gure zaintzekin.

Zer-nolako arriskuak identifikatu dituzue, eta nolako neurriak pentsatu dira horiek arintzeko?

Ikerketaren emaitzek erakutsi zuten askotan paziente pediatrikoak ez zela gai segurtasun-galderei erantzuteko ebakuntza-gelara sartu aurretik. Gurasoei kontatzea arisku hori murrizten dugu.

Gainera, lehen azaldu dudaz bezala, pediatriako populazioaren berariazko arriskuak kontrol-zerrendan txertatzeak (hortzen mugikortasuna, arnas sintomak, ohiko medikazioa hartzea...), modua ematen du bestelako kontrol-zerrenda unibertsalek pediatriako populazioan detektatzen ez dituzten arrisku potentzialak detektatzeko.

Asmorik bada proiektua beste eremu batzuetan zabaltzeko?

Gaur egun, tresna eta funtzionalitatea hedatzeko lanean ari gara, baina ari gara hala berean aztertzen proiektua nola hedatu Osasun Sistema Nazionalako beste ospitale batzuetara. Gainera, gure ustez, zabaltzea kontrol-zerrenda kirurgia esparrutik kanpoko beste eremu batzuetara ere. Paziente pediatrikoek parte hartzen duten eta ekitntza anestesikoak edo prozedura inbaditzaileak egin behar diren kasuetara, adibidez. Garrantzitsuen da kontuan izatea gure lanaren helburua: ahultasuneari dauden haurrak babestea eta zaintzea. Gure ospitaleetatik pasatzea izan dadila haien artean eta familientzat ahalik esperientziarik atsegina.

DEMENTZIA DUTEN PAZIENTEEN ZAINZAILLEENTZAKO TAILERRA

Osakidetzak tailerrak prestatu ditu Donostialdeko ESIn, demenzia dutenak zaintzen dituztenentzat. Hilero tailer bat egingo dute, zaintzaileek behar duten informazioa eduki dezaten eta paziente eta zaintzaileen egunerokoa errazagoa izan dadin.

Euskal Autonomia Erkidegoan, 37.000 lagunek demenzia motaren bat jasaten dute. Fermin Moreno Osakidetzako Donostiako Unibertsitate Ospitaleko neurologoak eta programaren koordinatzaileetako batek azaldu du demenzia ez dela bakarrik pazienteari eragiten dion gaixotasuna, baizik eta «familiar ere eragiten dion gaitz bat». Normalean, familia da demenzia duen paziente horren kargu egiten dena; senitartekoak zaintzaile bihurtzen dira, eta ez dira lan errazak izaten: fisikoki dakarren gainkarga ez ezik, osasun mentalean eragina du, eta kasu askotan bakardadea ekartzen du. Hori ikusirik, zaintzaileei laguntzeko sortu dira tailer hauek: informazioa eskaintzen diete zaintzaileei, besteak beste zaintza emozional eta praktikoari buruz, baina baita gaixotasunaren beraren inguruan ere.

Morenok azaldu du kontsultan gaixotasuna eta tratamendu batzuk azaltzen zaizkiela paziente eta zaintzaileei, baina batzuetan ez dela posible gai guztiak behar adina tratatzea eta horretarako sortu direla tailerrak.

Informazioa eskaintzeaz gain, tratamendu medikoetan oinarritzen ez diren tresnak ere ematen dituzte. Morenok aipatu du kontsultan jasotzen den informazioa dela azken finean diagnostiko klinikoak egiteko erabiltzen dena. *Kontsultan batzuetan deserosoa egiten zaio zaintzaileari pazientearen aurrean hura nola dagoen azaltzea, baina garrantziko da profesionalak informazio hori jasotzea. Horregatik ere azaltzen zaie familia eta zaintzaileei diagnostiko klinikoak ez direla izaten guztiz zehatzak.* Bestalde, jokabide-arazoak eta egoera zailak modu ez-farmakologikoan kudeatzeko jarraibideak ere ematen zaizkie.

NOLA DAUDE ANTOLATUAK TAILERRAK?

Sei tailer dira guztira, eta hilean tailer bat egiten da, egunean bi aldiz: goiz-eguerdietan eta arratsaldean. Tailer bakoitzean, Osakidetzako Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Neurologia Unitateko profesional batek edo gehiagok parte hartzen dute. Lehenengo tailerrean, demenzia zer den azaltzen du Fermin Moreno neurologoak: «Demenzia ez

da zahartzea, eta demenzia denak ez dira alzheimerra; beste demenzia mota gehiago daude». Horrez gain, pazienteei egiten zaizkien proben nondik norakoak azaltzen dizkie Morenok zaintzaileei, eta prozesuak nolakoak diren, baita tratamenduak ere. Bigarren tailerra Mikel Tainta neurologoak eramaten du, eta jokabide-arazoen kudeaketa jorratzen da. Taintak argitu du tailer horren hasiera nahiko teorikoa dela: «Jokabide-arazoak zer diren azaltzen dugu, zein diren ohikoenak eta zergatik azaltzen diren, baita nola kudeatu ere».

Hirugarren tailerra jokabide-arazoon kudeaketaz da. Tailerraren bigarren zatia Myriam Barandiaran neuropsikologoak ematen du. Barandiaranek aipatu duenez, jokaera-arazo horietara gerturatzeko jarraibideak azaltzen zaizkie zaintzaileei, baita aztoratuta dagoen pertsona batekin hizkuntza ez-berbala nola erabili eta nola gerturatu ere. Norbere burua zaintzeko jarraibideak ematen zaizkie zaintzaileei: estresa nola gestionatu, doluaren prozesuari nola aurre egin. «Eskura ditugun teknika ez-farmakologiko guztiak» azaltzen zaiz-

TAILERRAK ESKAINTZEN DUEN INFORMAZIOA EZ DA PAZIENTEEN ONGIZATERAKO BAKARRIK, ZAINZAILEEK JASATEN DUTENA KUDEATU ETA LAGUNTZA-SISTEMA BAT EDUKI DEZATEN ERE BAI.

kie, nahasmendu horiek kudeatu eta ahal den heinean saihesteko. Laugarren tailerra gizarte-langile Montse Lacarena da: zer-nolako laguntza eman dezaketen eta nola eskatu azaltzen du.

Bosgarren tailerra, berriz, Alazne Gabilondo neurologoak eta Idoia Mendiburu erizainak ematen dute. Dementziaren fase aurreratuetan barneratzen dira. Gabilondok alde teorikoa azaltzen du: noiz den demenzia aurreratu, nolako arazoak agertzen diren fase horretan, eta nola sumatu eta zaindu. Mendiburuk, berriz, gaixoa etxean dagoenean sor daitzekoen egoerak nola kudeatu azaltzen

die zaintzaileei: bazkariak nola egokitu, aulkian edo ohean egon behar badu paziente etxean nola moldatu, pardelak nola aldatu ohean dagoela, ohea nola egin paziente bertan badago, postura aldaketak...

Azkeneko tailerra irekia da. Antolatzaileretako asko bertaratzen dira, eta zaintzaileen galderei erantzuten diete. Galderen arabera bideratzen da tailerra; batzuetan, gai jakinetan geratzen dira, eta beste batzuetan askotariko gaiak jorratzen dituzte.

ZAINZAILÉEN ZAINZA

Tailerrak eskaintzen duen informazioa ez da pazienteen ongizaterako bakarrik, zaintzaileek jasaten dutena kudeatu eta laguntza-sistema bat eduki dezaten ere bai. Barandiaran doktoreak azpimarratu du normala dela zaintzaileek haserrea eta amorrua sentitzea; ohikoa da erreakzio horiek agertzea, eta sentimendu horiei aurre egiteko jarraibideak ematen zaizkie tailerretan. Normala da horrelakoetan gaizki sentitzea, pazientearekiko erresuminduta egotea ere bai. Azken batean, zaintzaileek deskarga emozional

bat behar dute, eta tailerrak horretarako espazio seguru bat eskaintzen du.

Zikloak sei tailerrekoak dira, eta urtean bi ziklo egiten dituzte. Antolatzeko garaian, zaintzaileek eskura izatea hartu dute kontuan. Izan ere, tailerretara bertaratzeko, pazienteak beste norbaitekin utzi behar dituzte, edo eguneko zentro batean. Horregatik, hilean behin egiten dira, eta tailer berdina goizean eta arratsaldean: zaintzaileek aukera gehiago izan dezaten bertaratzeko.

Gainera, doakoa da izen-ematea, eta ez dago tailer guztietara joan beharrik, ezta ordena zehatz batean ere. Gabilondok aipatu du zaintzaile batzuk azkeneko tailerretan bertaratzen hasten direla, eta ondoren lehenengoetara joaten direla. Morenok argi utzi du: «Ireikia dago bakoitzak nahi dituen tailerretara apuntatzeko». Zaintzaile bakoitzak bere ahalen eta beharren arabera erabaki dezake. Osasun-zentroetan tailerrei buruzko informazio-orriak eta kartelak daude, eta bertan dagoen QRaren bidez izena eman daiteke.



Tailerretan parte hartzen duten profesioaletako batzuk (ezkerretik hasita): Alazne Gabilondo neurologoa, Maria Ucin erizaina, Idoia Mendiburu erizaina, Fermin Moreno neurologoa eta Myriam Barandiaran neuropsikologoa.

“Euskalduna naiz, euskaraz bizi naiz eta pazienteei euskaraz bizitzen laguntzen diet”

SARA LIZEAGA
Osakidetzako
traumatologia,
Donostialdeko ESlan

Sara Lizeaga Osakidetzako traumatologia da Donostiako Unibertsitate Ospitalean, eta hasieratik aritu da boluntario Itzulbide proiektuan. Testu klinikoetan espezializatutako itzultzaile neuronala da Itzulbide, eta batik bat euskaratik gaztelarrera itzultzen du historia klinikoaren sistema informatikoan. Une honetan pilotaje fasean dago Donostialdeko ESlan.

Itzulbidek ahalbidetzen du historia kliniko testuak euskaraz idaztea asistentziaren jarraitutasuna bermatzuz. Osabide sistema informatikoan, interfazeen, botoi bat agertzen da, eta bertan klikatuta, euskaraz ez dakiten profesionalak gaztelaraz ikus dezakete itzulpena. Proiektua Osakidetzaren 2. Euskara Planean jarri zen martxan, eta orain Donostialdeko ESlan probatzen ari dira, proba pilotu gisa.

Zer da zuretzat Itzulbide?

Euskara normalizatzeko tresna bat da, urrats garrantzitsu bat osasun-sisteman hizkuntza-berdintasunera iritsi ahal izateko, geroako asistentzia ziurtatu behararren inguruko beldurrak kenduta.

Itzulbideren funtzio nagusia euskaratik gaztelaniara itzultzea da. Guk euskaraz idazten dugu, eta atzetik datorrenak euskaraz ez badaki, testua itzul dezake eta guk idatzitakoa ulertu.

Tresna horrek lasaitasuna ematen du osasun-langileen eta paziente euskaldu-

nen arteko harremanak idatzizko esparrura ere eramateko, eta, alde horretatik, harremana sendotzen eta arretaren kalitatea hobetzen laguntzen du.

Nolako izan zen proiektuaren sorruntza eta garapena?

2017an sortu zen Itzulbide proiektua, Osakidetzaren eta EHUko Informatika Fakultateko Ixa taldearen elkarlanari esker. Lehenengo fasea 2017-2021 izan zen; sistema neuronala elikatzea zen helburua, corpusa sortzea, eta horretarako testu elebidunak sortu behar genituen, esaldi laburrak, euskaraz eta gaztelaniaz. Orduan, pandemia etorri zen, eta dena bertan behera geratu zen. Baina bitarte horretan adimen artifizialaren eta informatikaren alorra gehiago garatu zen, eta aurrerapauso horiek lagungarriak gertatu ziren gerora.

Bigarren fasea 2023an hasi zen. Orduan paragrafoak eta garapen-orriak ere itzultzen hasi ginen, baita txosten kliniko batzuk ere, ahal genuen hei-

nean, askotan ez baitzen bideragarria 30-35 paziente ikusi eta guztien txosten klinikoak bi hizkuntzetan idaztea. Fase horretan, lehenik euskaraz idazten genuen, Itzulbidek itzuli egiten zuen, eta gero ziurtatu behar genuen itzulpena ondo eгина zegoela. Hiztegi eta terminologiarekin ere elikatu zen sistema; urte batzuk lehenago beste kide batzuek eta

nik sortutako Traumatologiako Hiztegia sartu zuten adibidez. Eta, horrela, 2023-2025 artean Itzultzailea ondo zebilela ziurtatu eta prototipoa baliozkotu zen.

Azkenik pilotajea etorri da. 2025eko maiatzean Donostialdeko ESko Osabide Global sistema informatikoan txertatu zuten itzultzailea, eta orduantxe hasi ginen.

Prozesu osoan 139 boluntario aritu gara, medikuak, erizainak eta farmazialariak; guztira, 32 espezialitatetako profesionalak.

Nolako izan da zure esperientzia boluntario gisa?

Aspaldi nabil historia klinikoan euskaraz idazteko boluntario-lanetan. 2013. urtearen inguruan, gure ospitalean Alta Txostenak Euskaraz mugimendua sortu zen, eta parte hartu nuen. Txosten kliniko batzuk egin genituen, bai euskaraz bai gaztelaniaz, eta horiek Itzulbideren corpusa irauli ziren gero. Ondoren, Itzulbiden hasieratik aritu naiz. Lan handia egin dugu, eta, horri esker, gaur egun segurtasunez idatz daiteke euskaraz eta gure hizkuntza gero eta presentago dago historia klinikoan.

Egunerokoan, aldaketarik sumatu duzu?

Bai. Niri oso arrotza egiten zitzaidan paziente batekin dena euskaraz hitz egin ondoren gaztelaniaz idatzi behar izatea. Baina horrela egiten genuen, eta horregatik, maiatzean pilotajea abian jarri zenean, kosta egiten zitzaidan euskaraz idaztea, urte mordo daramatzen historia klinikoan gaztelaniaz idazten. Bat-batean horri buelta eman behar diozu. Baina ohitura kontua da. Gaur egun, txipa aldatuta, oso gustura nago aldaketarekin. Euskalduna naiz, euskaraz bizi naiz eta pazienteei euskaraz bizitzen laguntzen diet, naturaltasunez. Hasieran, lan handia dirudi, baina praktikarekin errazagoa da, hobekuntzak ikusten dira. Lankideak animatu nahi ditut pauso hori ematera.

«ITZULBIDE EUSKARA NORMALIZATZEKO TRESNA BAT DA, URRATS GARRANTZITSU BAT OSASUN-SISTEMAN HIZKUNTZA-BERDINTASUNERA IRITSI AHAL IZATEKO, GEROKO ASISTENTZIA ZIURTATU BEHARRAREN INGURUKO BELDURRAK KENDUTA»

Nola doa pilotajea zure inguruan?

Hasieran egin nuen lehenengo gauza zerbitzuko kideentzako saio kliniko bat prestatzea izan zen. Astero edukitzen ditugu saio klinikoak, eta interesgarria iruditzen zitzaidan Itzulbideren inguruan hitz egitea ezertan hasi aurretik. Zergatik? Banekielako zenbait profesionalek testu bat euskaraz topatu eta ez zutela jakingo zer egin testu horrekin. Hori komunikatu beharra zegoen, nire

zerbitzuan jende asko baitago euskaraz ulertzen ez duena, eta, gaizki-ulerturik, haserretik-eta sor ez zedin, saio klinikoak antolatu nuen. Bertan azaldu nuen hemendik aurrera tresna bat dagoela paziente euskaldunekin euskaraz egiten dugunok testuak euskaraz idazteko eta euskaraz ez dakitenek testua itzulita edukitzeko. Funtzionamendua ikus zezaten, Itzulbide zer zen aurkeztu eta erakutsi egin nien.

Pilotajea momentuz ondo doa, oso erraz erabiltzen da: botoi bati eman eta segituan daukazu itzulpena. Hasierako bat zen itzulpenak txarrak izatea. Sortze fasean, adibidez, konturatu ginen huts batzuk egiten zituela, baina ez larriak. Generoarena zen bat. *Paziente* hitza gaztelaniaz femeninoa edo maskulinoa izan daiteke, eta holakoak ez zituen beti ondo bereizten. Dena den, akats horiek antzeman ahala, sare neuronala entrenatu eta konpondu egiten ziren. Eta orain oso ondo dabil, itzulpenak kalitatezkoak dira, onak eta erabat ulergarriak. Ondo landutako proiektua da.

Etorkizunari begira, zein da hurrengo pausoa?

Itzulbide bezalako proiektuak oso garrantzitsuak dira, eta zabaltzea eta erabiltzea falta da. Gaur egun, historia klinikoan badira elementu batzuk ele bitan (baimen informatuak eta abar), baina pauso gehiago eman behar dira Osabide guztiz euskaratuta egoteko. Eta profesional euskaldunoi dago-kigunez, euskaraz idatzi nahi dugu. Dena den, bide luzea dago oraindik. Momentuz proba pilotuan gabiltza Donostialdeko ESlan. Egia esan, ondo funtzionatzen ari da, baina kontuan hartu behar da gurea erakunderik euskaldunenetako bat dela eta agian gehiago kosta daitekeela beste ESI batzuetara hedatzea. Hala ere, oinarria jarrita dago: corpusa, sistema neuronala eta proiektua bera. Gauzak egiten ari gara eta aurrera goaz, baina zuhurtziaz jokatzeko jarraitu behar dugu, irizpideak adostuz eta komunikazioa ondo landuz.

Eta pazienteei begira?

Pazienteak beraien hizkuntzan artatuak izatea nahi dugu. Haiek nahi badute, historia klinikoan euskaraz idatzi nahi dugu; beraien eskubidea da, eta, gainera, komunikazioa errazten badu, konfidantza eta segurtasuna ematen badie, horrek guztiak gure asistentziaren kalitatea hobetzen du.



IBABE VILLALABEITIA
Kirurgia Orokorreko eta
Digestio-aparatuko medikua

“Ikasleei transmititu nahi nien ikerketaren mundua bateragarria dela eguneroko lan asistentzialarekin”

Osakidetzaren Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean dihardu Ibañe Villalabeitia medikuak, Kirurgia Orokorreko eta Digestio Aparatuko Zerbitzuan, eta aztertu du obesitatearen arloan gastrektomia bertikalaren teknikak nolako emaitzak dakartzan epe luzera, eta zein diren faktore prediktiboak. Emaizta onak lortu dituzte bai pisu galeran baita komorbiditateen hobekuntzan. Paziente askoren kasuan, diabetesa, esaterako, sendatu egin zen, eta, beste batzuenan, hiru-lau farmako behar bazituzten, farmako kopurua jaitsi egin zen.

Obesitatea da gaur egungo osasun-arazo nagusietako bat, eta kirurgia bariatrikoa da erabiltzen diren tratamenduen artean eraginkorrena; zehazki, gastrektomia bertikala da gehien erabiltzen den teknika. Medikuntzako gradua amaitzean hasi zen Villalabeitia gastrektomia bertikala sakonago ikertzen. Zenbait azterlan argitaratuak ditu, eta gaur egun tesia aurkezteko lanean dabil.

Zer da gastrektomia bertikala eta zertan lagundu dezake?
Gastrektomia bertikala gaur egun gehien erabiltzen den teknika bariatrikoa da, eta izaera murriztailea du. Urdailak izatez zahato baten itxura du, eta teknika horren bitartez, hodi moduko forma estu batera murrizten da, urdailaren zatirik handiena kenduz. Obesitatea duten pazienteetan egiten da, ikusi baita kirurgia dela gaur egun obesitatea tratatzeko epe luzerako tratamendurik eraginkorrena, nahiz eta azkenaldian farmako berriak eta bestelako tratamenduak agertu diren. Gastrektomia bertikala teknika eraginkorra da, konplikazio-tasa txikia du eta ez du digestio-aparatuen anatomia nabarmen aldatzen. Horrek aukera ematen du, pazienteak etorkizunean bigarren interbentzio kirurgiko bat behar izanez gero, beste teknika kirurgiko batzuk aplikatzeko.

2017an, obesitatean eta kirurgia bariatrikoan jarri zenuen fokua

«KIRURGIAREN ARLOA OSO GOGOKOA DUT ORO HAR, ETA GEHIENBAT HORI LANDU, IRAKURRI ETA IKERTU DUT. BERAZ, HORI DA MOMENTU HONETAN INTERES GEHIEN SORTZEN DIDANA; ZENBAT ETA GEHIAGO IKERTU, ORDUAN ETA GEHIAGO GUSTATZEN ZAIT»

gradu-amaierako lanean. Zergatik erabaki zenuen gai hori lantzea?
Medikuntzako bosgarren urtea amaitu ondoren, graduak azken urtean, kirurgia orokorraren bidea hartu nuen. Irakasle on bat izan nuen, eta banekien gradu-amaierakoa berarekin egin nahi nuela; hala, harengana jo, eta aipatu zidan zein gai jorratzen zituen berak eta nolako kirurgiak egiten zituen. Kirurgia bariatrikoan espezializatuta zegoen, eta nik momentu horretan ez nekien asko horren inguruan. Uda horretan, gaiarekin zerikusia zuten irakurraldiak egin nituen, eta, interesgarria iruditu zitzaidanez, kurtsoa hasi zenean, bide horri ekitea erabaki nuen. Azken batean, irakasleak sartu ninduen mundu honetan, gradu-amaierakoa honi buruz egitea ez espero arren.

«Gastrektomia bertikala obesitate morbidoan, sindrome metabolikoan duen eragina» jarri diozu izena lanari. Zertan datza, eta nolako emaitzak lortu nahi zenituen?
Laburrean esanda, ikusi genuen obesitatea duten pazienteek beste patologia asko dituztela, hala nola diabetesa, hipertentsioa, kolesterola, sindrome metabolikoa... Hori aintzat harturik, gure helburua zen kirurgia egin eta epe laburrera ikustea nolakoak ziren emaitzak bai pisuaren galeran bai patologia horien hobekuntzan eta sendakuntzan. Eta emaitzak, bai pisu galerari eta bai komorbiditateari zegokienez, hau da, diabetesa, hipertentsioa, kolesterola, loaren apnea buxatzailearen sindromea, oso onak izan ziren. Hala ere, interesgarriena izan zen emaitza horiek luzera begira aztertzea; eta, hala, beste zenbait lan egin ditugu geroztik.
Medikuntzako gradua amaitu ondoren, MIR azterketa prestatu nuen, eta kirurgia gogokoa izanik, aukera izan nuen ikasketak egin nituen ospitalean bertan espezialitatea hasteko. Zortea

izan dut, espezialitatea ospitale berean egiteak ikerketarekin aurrera jarraitzeko aukera eman baitzigun.
Horrela hasi zineten, beraz, bigarren ikerketan pazienteen 2011-2020 arteko emaitzak aztertzen.
Berriz ere tutorearekin elkartu nintzen, kirurgian jada egoiliar nengoenean, erabaki genuen aurretiazko lanaren azterketa 3 urtera eta 5 urtera luzatzea eta paziente kopurua bikoiztea. Emaiztak esanguratsuak izan ziren, eta publikatu egin genuen IFSOk (International Federation for the Surgery and Other Therapies for Obesity) antolatutako mundu-mailako kongresu batean.

Nolako emaitzak ekarri ditu bigarren ikerketa horrek?
Bost urtera, epe laburreko emaitzak bermatu genituen: bai pisuaren porzentajea eta bai komorbiditatearen hobekuntza. Paziente askoren kasuan, diabetesa, esaterako, sendatu egin zen, eta, beste batzuenan, hiru-lau farmako behar bazituzten adibidez, bakarrarekin gelditu ziren. Emaizta horiek hainbat kongresutan aurkeztuta, beste arlo batzuk landu ditugu geroztik.
Ospitalean, beste irakasle eta ikasle batzuekin eta gradu-amaierako beste lan batzuekin kontrastatuz, nabaritu genuen emaitzak ez zirela berdinak paziente guztietan. Konturatu ginen ez zirela hain onak emakume zaurgarrietan, maila sozioekonomiko apala zutenengan... Beraz, faktore biopsiko-sozialek zuten eragina aztertu genuen. Gure helburua izan zen nomograma prediktibo bat egitea, test moduko bat, pazienteei kirurgia egin baino lehen kontsultan pasatzeko. Horrela, kalkula daiteke kirurgiak porrota izateko zenbateko arriskua duen, eta horren arabera-ko jarraipen zehatzagoa egin, paziente bakoitzera moldatuta.

Duela urtebete argitaratu zenuten lana, zertan ari zarete orain?
Emaizta horiek berretsi eta estrapolatzeko, ikerketa multizentrikoa egin beharko genuke, baina oraingoz ez gara hasi, beste ikerketa-arlo batzuk ditugulako aldi berean. Besteak beste, COVID-19 pandemiaren inguruan operatutako pazienteetan egoerak nola eragin zuen aztertzen gabiltza, esaterako. Horrez gain, kirurgia egin zaien pazienteek luzera gastu ekonomiko txikiagoa eragiten dutela ikusi da; beraz, etekin ekonomikoa ere aztergai dugu. Adar bat baino gehiago lantzen dihardugu.

Ikerketa asko argitaratu dituzu, beti gai horren inguruan?
Bai, kirurgiaren arloa oso gogokoa dut oro har, eta gehienbat hori landu, irakurri eta ikertu dut. Beraz, hori da momentu honetan interes gehien sortzen didana; zenbat eta gehiago ikertu, orduan eta gehiago gustatzen zait. Hala ere, ateak beti irekita ditut beste arlo eta gai batzuk jorratzeko.
Gainera, pazienteek asko eskertzen dute euren gaixotasuna ikertzea. Nahiz eta obesitatea gaixotasun gisa aitortua izan, 1948tik OMEren arabera, gaur egun oraindik estigma sozial handia dago, eta populazio zabal batek ez du gaixotasun bezala ulertzen. Horregatik, paziente asko baztertuak edo gaizki ulertuak sentitzen dira. Oso garrantzitsua da obesitatea gaixotasun bezala ikertzea eta kirurgiaren bidez irtenbide bat izan dezaketela erakustea.

Osasunaldiko 4. jardunaldian parte hartu duzu, gradu-amaierako lanak ikusgarriago egitea helburu duen egitasmoan, OEE Osasungoa Euskaldundutako Erakundeak antolatuta. Nola erabaki zenuen jardunaldietan parte hartzea?
Gradu-amaierakoa aurkeztu nuen, eta hortik ateratako beste lan eta artikulua batzuk ere aurkeztu nituen, ikasleek ikus zezaten gradu-amaierako lan bat unibertsitateko lan bat baino gehiago izan daitekeela eta posible dela ikerketa baten hasiera izatea. Nire tesiko zuzendaria EHUKo irakaslea da, eta unibertsitatetik gonbidapen bat jaso genuen. Oro har, urtez urteko lanak aurkeztu dira, baina nire aurkezpeneren helburua bestelakoa zen: erakutsi nahi izan dut gradu-amaierako lan batetik hasita ikerketa-lerro ugari sor daitezkeela eta tesi bat egiteko aukera ere badagoela.
Gonbidapena jaso nuenean, asko poztu nintzen batez ere ikasleak animatzeko modua ikusi nuelako. Gogoratzen naiz gradu-amaierakoa egin nuenean nire ordutegia tutoreak esan zidala lan honekin jarraituz gero, urte batzuetara tesia egiteko aukera izango nuela; ikasle zabiltzanean, ohikoa da pentsatzea hori ezinezkoa dela eta zortea duten pribilegiatu batzuek soilik lortzen dutela. Eta, azken batean, horixe transmititu nahi izan diet ikasleei: ikerketaren mundua bateratu daiteke gure eguneroko lan asistentzialarekin, eta, gainera, lortutako emaitzak pazienteentzako lagungarriak dira, gure eguneroko aktibitate klinikoan asistentzia hobea eskaintzen baitugu.



BERDINTASUNERAKO EREDU BERRIAK

Osakidetzako Donostialdeko ESlak IV. Berdintasun Jardunaldia antolatu du azaroaren 7an, Berdintasunerako Eredu Berriak izenarekin.

Osakidetzako Donostialdeko ESlak IV. Berdintasun Jardunaldia antolatu zuen azaroaren 7an, Berdintasunerako Eredu Berriak izenarekin. Gai ugari jorratu zituzten jardunaldian: generoak osasunean duen eragina, maskulinitate-kutxa, pertsona zaurgarriari osasun-zerbitzuetan ematen zaien arreta... Donostialdeko ESlako Berdintasun Batzordea arduratzen da jardunaldi hauek antolatzeaz. Maitena Larrañaga eta Angela Alejos dira batzordeko erreferenteak eta haien lanaren fruitua izan da jardunaldia. «Berdintasunaren bidean pausoak ematen jarraitzeko» helburua adierazi du Larrañagak. Bertara joandako entzuleek aurretik hiru infografia jaso zituzten, eta horien inguruko galderak erantzun zituzten hizlariak.

Hauak izan ziren jardunaldiko edukiak: Emakunderen txostenaren aurkezpena (*Maskulinitate kaxa Euskal Autonomia Erkidegoan: Maskulinitatearen eraikuntza, jarrerak eta inpaktua Euskal Autonomia Erkidegoko biztanlerian*); *Hausnarketa* soziosanitarioa: *begirada intersektional bat* mahai-ingurua; eta gogoetarako hiru foro: lehena *Erantzukidetasuna*, bigarrena *Generoa eta osasuna* eta hirugarrena *Egoera zaurgarrian diren kolektiboak*. Jardunaldiari amaiera emateko, Gotzone Mirandak, Osakidetzako Berdintasuneko eta Parte-hartze-ko Zerbitzuko buruak, Mari Luz Esteban antropologo eta idazlearen poema bat irakurri zuen.

Mahai-inguruan, Ainhoa Zabaleta, Osakidetzako pediatra, eta Iñigo Lamar-ka, Arartekoa izandakoa, egon ziren hizketan eta Maialen Berridi familia-medi-kuak moderatu zuen. Zabaletak aipatu zuen osasunean hainbat faktorek eragin dezaketela: adina, sexua, generoa, bizi-

modua, erretzailea izatea, kirolaria, bi-
zitokia, lan-baldintzak, ikasketa-maila,
balio sozialak, eta abar. Zabaletak azal-
du zuen osasunaren baldintzatzaile oso
garrantzitsua dela generoa. Generoa eta
sexua ezberdindu beharreko kontzep-
tuak dira: sexua biologikoa da, jaiotzetik
duguna. Haren arabera, hormona eta
sistema immunitario ezberdinak eduki-
ko ditugu. Generoa, berriz, konstrukt-
sozial bat da: gizarteak asmatutako kon-
tzeptu bat. Emakume izateko parametro
eta arauak gizarteak ezarri ditu, baita gi-
zon izatekoak ere.

batetik, normaltzat hartzen den sinto-
matologia hori ez dutenez, gerta daiteke
behar bezala diagnostikatuak ez izatea.

Beste kontzeptu bat ere jarri zuen
Mendiak mahai gainean: liken esklero-
soa. Gaixotasun kroniko bat da, batez
ere genitalean eta uzki-inguruan ager-
tzen dena: larruazala mehetu, zuritu
eta zimurtu egiten du, eta ondorioz azal
hori atrofiatu egiten da. Entzule guztiei
bota zien galdera Mendiak: nork daki zer
den liken eskleroso atrofikoa? Ez zuten
askok eskua altxatu, eta Mendiak berak
aitortu zuen ez dagoela ikerketa askorik
horren inguruan.

Zergatik ez da ezaguna gaitza? Men-
diak argi dauka: batez ere menopausia-
ondoko emakumeek jasaten dutelako.
Hiru arrazoi aipatu zituen. Lehenik, orain
dela gutxira arte menopausia tabu bat
zen; ez zen horri buruz hitz egiten. Nola
hitz egin zezakeen emakume batek geni-
taletan gertatzen ari zenaz? Pentsaezina
zen. Bigarrenik, menopausiaz hitz egitea
tabua izanik, lotsagatik, ez zuten liken
esklerosoaren inguruan hitz egiten. Lo-
tsa eta tabuaz gain, Mendiak hirugarren
arrazoi bat ere eman zuen, azpimarra-
garriena: emakume bat menopausiara
iristen denean, gizarteak utzi egiten dio
emakume eta pertsona bezala ikusteari.
Gizartearentzat duen balioa galdu egi-
ten du menopausia duen emakumeak.
Esan bezala, gaitza ez da oso ezaguna;
ez dago ikerketa askorik haren inguruan,
baina menopausia-ondoko 100.000
emakumek jasaten duten gaitza da. Gai-
nera sintomak leuntzeko tratamenduak
egon arren, ez dago gaitza sendatzerik.
Sintomak hauek dira: hazkura, erresu-
mina, mina, alde genitala eta uzki-ing-
urua lehortzea. Mina handia da, eta sexu
harremanak edukitzea galarazten du.
«Ezpain handi eta txikiak desagertu egi-
ten dira» azaldu zuen Mendiak, «klitoriak
fimosia jasaten du, baginaren kanala es-
tutu egiten da; ondorioz, ezinezkoa da
penetrazio-bidezko sexu-harremanak
edukitzea eta azala esklerotiko geratzen
da, orbaindua».

EGOERA ZAURGARRIAN DIRENEN ARRETA
Generoak sortzen dituen desberdinta-
sunak areagotu egiten dira jende zaur-
garriaren kasuan. Jendea askotariko
arrazoiengatik gerta daiteke egoera
zaurgarrian: adina, migrazioa, gaixota-
sun arraroak, LGBTIQ+ kolektiboaren
parte izatea, pobrezia... Biztanleen
% 7k du mendetasun-maila aitortua,
eta mendekotasunik ez duten gizonen
eta mendekotasuna duten emakumeen
arteko soldata arrakala % 29,4koa da.
Etixerik ez duten emakumeen % 24,8k



Ezkerretik hasita: Clara Sánchez, Edurne Lizarazu eta Pilar Mendia.

sexu-erasoak jasan ditu, eta gehienak
kanpotarrak dira. Desiratu gabeko ba-
kardadeak Espainiako biztanleriaren
% 44ri eragiten dio; hauek dira bakarda-
de horren arrazoi nagusiak: migrazioa,
enplegua galtzea, zaintzailea izatea,
dolua eta banantzea. Ainhoa Solla fami-
lia-medikuak moderatu zuen foro hori,
eta Ainara Berasaluze eta Maider Gezala
gizarte langileak izan ziren hizlariak.

Berasaluze homofiliaren kontzeptuaz
jardun zen. Jendeak antzekotasuna
dutenengan konfiantza gehiago duela
argudiatuz azaldu zuen zergatik den zai-
la ezberdinagoak direnek lanpostu ga-
rrantzitsuak lortzea (zuzendari postuak,
adibidez).

Bestalde, etxerik gabe direnak arta-
tzeko zailtasunak aipatu zituen Berasa-
luzek. Laguntza hartzea onartu eta zita
bat izan ondoren, zaila izaten da haiekin
kontaktuan jartzea, askok ez baitute sa-
kelakorik. Beste batzuek hizkuntza-zail-
tasunak dituzte: ez dute euskara edo
gaztelania ulertzen, eta interprete bat
behar dute.

Gogoeta-forotik eskakizun bat egin
zuten Berasaluzek eta Gezalak: gizar-
te-langileek osasun-zentroekin batera lan
egitea, jende zaurgarriari errazago eta
azkarrago laguntzeko.

ZER DA MASKULINITATE-KUTXA?
Konstrukt-
teoriko bat da (Reina So-
fia zentroa, 2022), gazteek genero-arau
tradizionalekiko zer pentsatzen duten
azaltzeko erabiltzen dena. Gizonak no-
lakoa izan behar duen, agindu tradizio-
nalei kasu gehiago eginez gero, kaxaren
barruan egongo da pertsona; agindu
horiek gutxiago jarraituz gero, kaxaren
erdialdetik urruntzen joaten da. Ema-
kunderen aholkulari eta Gizonduz-eko
koordinatzaile Ander Bergarak azaldu
zuen kontzeptua Emakunderen txoste-
na aurkeztean. Txostenaren azterketa

egiteko 15-65 urte arteko jendeak hartu
du parte, EAEko biztanleek duten pen-
tsaera orokorra islatzeko.

Gizonak gutxiago aritzen dira zain-
tza-lanetan (senideengatik eszedent-
zien ehuneko txiki bat baino ez dute
eskatzen gizonak); horrek erakusten du
genero-estereotipoek jarraitzen duela
mugatzen gizonen txostenak autozaintza
eta erantzukidetasunean duten rola.
Antzietatearen eta depresio-sintomen
prebalentzia handiagoa da emakumeen
arteak gizonen artean baino, adin-tarte
guztietan (Eustat, 2023). Emakunderen
txostenaren arabera, hamarretik sei gi-
zonek diote sekula ez dutela arazorik
eduki osasun mentalaren aldetik, ema-
kumeen bikoitzak.

Euren burua maskulinitate-kutxan
ikusten duten gizonen kopuruak
emakumezkoena hirukoizten duen
arren, kopurua txikia da: gizonen %
6,9 eta emakumezkoen % 2,2. Hala
ere, aipatzekoa da ohiko maskulinita-
tearen baieztapenetatik urrutien jarri
diren gizonak adin-tarte zaharrenean
daudenak izan direla eta gazteenek pen-
tsamendu tradizionalagoak dituztela.
Emakumeak kontuan hartuz gero, ordea,
maskulinitate-kutxatik at jarri dute bere
burua gehienek adin-tarte guztietan.

Erantzukidetasuna lantzeko, jardun-
aldiaren aurretik *work cafe* bat anto-
latu zen, eta Donostialdeko ESlako 26
profesionalek parte hartu zuten. Jardun-
aldian, Maitena Larrañagak eta Ander
Lizarralde hitz egin zuten horri buruz.
Bertan jorratutako gaien artean, berdinta-
sunak gaur egun dituen erronka eta
oztopoak, erantzukidetasuna eta karga
mentala agertu ziren. Lana banatzeko
eta ez epaitzeko beharra azpimarratu
zuen Lizarralde, eta hori lortzeko ba-
lioak, oreka, komunikazioa eta hezkun-
tza behar direla ondorioztatu zen *work
cafe*an.



Bikotekideak eta etxeko lanak

Gure inguruan, etxeak dakartzan lanei buruz amaigabeko elkarrizketak, baka-
rriketak, solasaldiak eta ika-mikak en-
tzun izan ditugu, eta, sarri, parte-hartzai-
leak ere izan gara.

Gure kontsultetan, gure bikote-taile-
rretan, emakumeekin egiten ditugun
lanetan une oro agertzen da gai hori,
gehienetan izugarrizko haserreak ekar-
tzen dituelako familian eta bikotekideen
artean. Denak ere gaia bideratu nahian
dabiltza, irtenbidea bilatzea ez baita iza-
ten bide samurra.

Etxean bizi garenean, gurasoek sarri
etxeko lanei dagozkien arauak ezartzen
dituzte. Eurek bideratzen dituzte etxeko
barrak, eta seme-alabei ezartzen diz-
kigute ardurak. Hor hasten dira norbera-
ren lehen ika-mikak eta desadostasunak
gurasoen kontra. Baita seme-alaben ar-
tean ere haserrea pizten da desberdin-
tasunak nabariak direla sentitzen dute-
nean. Ez da lan erraza.

Etxetik kanpora bizitzera goazenean,
normalean lehen astean ezartzen dituz-
te etxekideek etxeko arauak, eta, horren
barruan, etxeko lanei dagozkienak. Hori
ere ez da izaten lan erreza, eta sarri ika-
mikak dakartza.

Interesgarria iruditzen zait bikoteki-
dearekin bizitzera goazenean zein gu-
txitan partekatzen ditugun denbora eta
espazioa etxeko lanei dagozkien bete-
beharretan, norberaren nagikeriari, gu-
rari, espektatibei, lehentasunei... Jakin
badakigunean norberaren familian eta
bestelako lagunekin bizi izan denean
zelako haserrealdiak ekartzen dituzten

Gehienei ez zaie etxeko lanak egitea
gustatzen, gehienei derrigorrezko beha-
rrak iruditzen zaizkie, gehienek ez dute
dirurik beste batzuen eskuetan lan hori
uzteko, gehienek uste dute tontakeria
bat direla eta erraza izango dela bide-

ratzea. Baina esperientziak esaten digu
zelako buruko minak, kexuak eta abar
dakartzaten.

Zerk ez digu lagunduko ados jartzen?

- Norberak pentsa dezake bere lehentasunak eta moduak hobeak direla bikotekidearenak baino.
- Iskanbilak ez sortzearen, hasieran, bikotekideari uzten dizkiegu kudea-
ketaren modua eta bidea, norbera ados ez egon arren.
- Batzuetan, ez dugu aintzat hartzen bikotekidearen iritzia.
- Etxeko lanen gaia huskeriatzat har-
tzen dugu.
- Norberak pentsatzen du ez dago-
kiola etxeko lanak egitea.
- Norberak uste izaten du bikoteki-
dea etxean dagoelako (gaixotaldian,
langabezian, umeak zaintzen-haz-
ten) etxeari dagozkion lan guztiak
egin behar dituela.

Zerk lagunduko digu?

- Konturatu behar dugu bakoitzak garbitasunaren eta ordenaren ingu-
ruan irizpide batzuk dauzkala.
- Bi pertsona batzen direnean ohi-
koena izango da gai horri buruz lehentasun desberdinak izatea.
- Negoiazioa lagungarria izango da
desberdintasunak samurtzeko eta
lana aurrera eramateko.

- Hanka sartzea bidezkoa da.
- Etxeko lana lana da, eta norberaren etxetik kanpora egiten duen lanaren modukoa da.
- Bakoitzak errazago kudeatzen/ bideratzen ditu betebeharrak batzuk baino.
- Adostu behar da bakoitzari gehien eta gutxien gustatzen zaizkion bete-
beharrak, eta horren arabera bide-
ratu nork zer egin.
- Bikotekideak batzuetan ez daki etxeko gauza batzuk egiten, eta ikaste prozesua behar izango du; beraz, pazientzia.
- Bikotekideak zer edo zer egiten badu bere moduan egingo du; be-
raz, ez da bidezkoa kritikatzeko ibil-
tzea.
- Inork ez ditu egingo etxeko lanak guk egiten ditugun moduan. Ez dago konparatzerik.
- Etxeko lanen haserrearen atzean bestelako haserreak daude. Etxeko lanei buruz berba egitea errazagoa da.
- Berdintze sistema bat bideratzea ezinbestekoa izango da harremana bera ere leuntzeko. Hau da, asko-
tan ezinezkoa da batek %50 eta la-
gunak beste horrenbeste betetzea. Baina eraiki daiteke konpentsazio sistema bat.
- Batzuetan, ez da izaten ideia txar-
ra gure poltsikoko zati bat etxeko laguntza jasotzeko ematea. Beste leku batetik kendu behar izango da, baina, beharbada...

Etxeko lana denon lana da, etxea gure habia delako. Zaindu dezagun, beraz, gure etxea, geure burua.



HIZKI-ZOPA (Bagabiga & Dueso)

Aurki itzazu hizki zopa honetan zortzi loreen izenak. Hitzak norabide guztietan azaltzen dira.

G	A	T	E	L	O	I	B	R	Z
I	O	A	S	H	A	R	A	X	I
U	L	H	N	L	N	E	M	A	K
R	O	A	A	K	O	R	G	R	L
H	I	K	H	R	X	E	A	X	A
P	D	D	I	T	R	Z	N	T	M
O	A	U	F	A	A	O	I	H	E
R	L	E	N	X	K	P	S	A	N
O	G	I	L	E	X	A	N	A	A
H	O	R	K	I	D	E	A	A	X
A	H	K	I	X	E	D	R	L	O
K	R	A	B	E	L	I	N	A	X

ESTILO LIBURUAN BARN

MARRAREKIN ALA MARRATXORIK GABE?

- a) 1- behin-betiko
2- behin betiko
- b) 1- arrain mota
2- arrain-mota
- c) 1- sodio-kloruroa
2- sodio kloruroa
- d) 1- zuzendari-gerentea
2- zuzendari gerentea



Adibide eta azalpen gehiago
estilo liburuan bertan.

ERANTZUNAK

Hizki-zopa
gladioloa, kala, bioleta, arrosa, krabelina
ziklamena, geranioa, orkidea.
Osakidetza Euskarazko Estilo Liburua, 45-46 orr.
a) 2; b) 1; c) 2; d) 1.

ZIBERSEGURTASUNA

KAIXO!

UTZIKO DIZKIDAZU ZURE KREDENTZIALAK? TXOSTEN BATZUETARA SARTU NAHI NUKE.

Osakidetza

BAI, JAKINA, FIDATZEN NAIZ ZUREKIN. HEMEN DITUZU NIRE ERABILTZAILE IZENA ETA PASAHITZA.

ENE!

TXOSTEN BAT BERRIKUSI BEHAR NUEN, ETA HORI EGIN BEHARREAN, NAHI GABE, ERREZETA BAT ONETSI DUT.

KAIXO!

IKUSI DUGU ZURE KONTUA ERABILI DUTELA BAIMENDUA EZ ZAUDEN MEDIKAZIO BAT ERREZETATZEKO.

NOLA?

EZIN DUT SINETSU! NIK EZ DUT NIRE ESKUMENETIK KANPOKO EZER ONETSI ETA.

Osakidetza

EZ HARRITU NIRE LANKIDEA IZAN BADA, NIRE KREDENTZIALAK UTZI NIZKION ETA.

ZURE KREDENTZIALAK BESTE NORBAITI EMANDA, KONFIANTZAZKOA IZANDA ERE, SEGURTASUN ARLOKO ARAUA URRA DEZAKEZU.

BALIO DIEZAZULA HONEK HEMENDIK AURRERA KREDENTZIALAK INORTXORI ERE EZ EMATEKO.

ONGI DA.

BEHAR DIREN NEURRIAK HARTUKO DITUT NIRE KREDENTZIALAK BABESTEKO.

Osasun Eskola, orain, + da

Online informazioa
eta prestakuntza,
zure neurrira

Zure osasuna zaintzen
ikastea da zure
bizi-kalitatea
hobetzeko lehen urratsa

Konektatu zure osasunarekin





tiritatxo

Pediatraren aholkuak haurrentzat eta familientzat

32 2025 • IRAILA-URRIA



ARNAS APARATUA



tiitatxo ren aholkuak

ARNAS APARATUA

HARTU ETA BOTA, HARTU ETA BOTA,
HARTU ETA BOTA...

ETENGABE EGITEN DUGU, BAINA
ERREPIKATZEAREN ERREPIKATZEZ,
AHAZTU ERE EGITEN ZAIGU
ARNASA HARTZEN ARI GARELA.
FALTA ZAIGUNEAN, ORDEA, A ZER
ESTUASUNA!

Etzan
lurrean. Jarri bi es-
kuak sabelaren gainean.
Hartu arnasa azkar-azkar hamar aldiz
jarraian, geratu gabe. Hartu eta bota, hartu
eta bota...
Nola sentitu zara?
Orain, hartu arnasa poliiiki, sakon.
Bete ongi birikak, puztu sabela. Eta botaaaa,
astiro. Errepikatu beste hamar aldiz...
Eta, oraingoan, nola sentitu zara?

ZABALTZEAN,
KANPOKO AIREA
BARRURA SARTZEN DA,
ETA GORPUTZ OSOAN
SAKABANATZEN DA.
ARNASALDI BAKOITZEAN
BI BASOKADA AIRE
SARTZEN DIRA
BIRIKETARA.

BI PUXIKA HANDI
BEZALAKOAK DIRA GURE
BIRIKAK. AZPIAN DUTEN
MUSKULU INDARTSU BATI
ESKER, ZABALDU ETA
ESTUTU EGITEN DIRA.

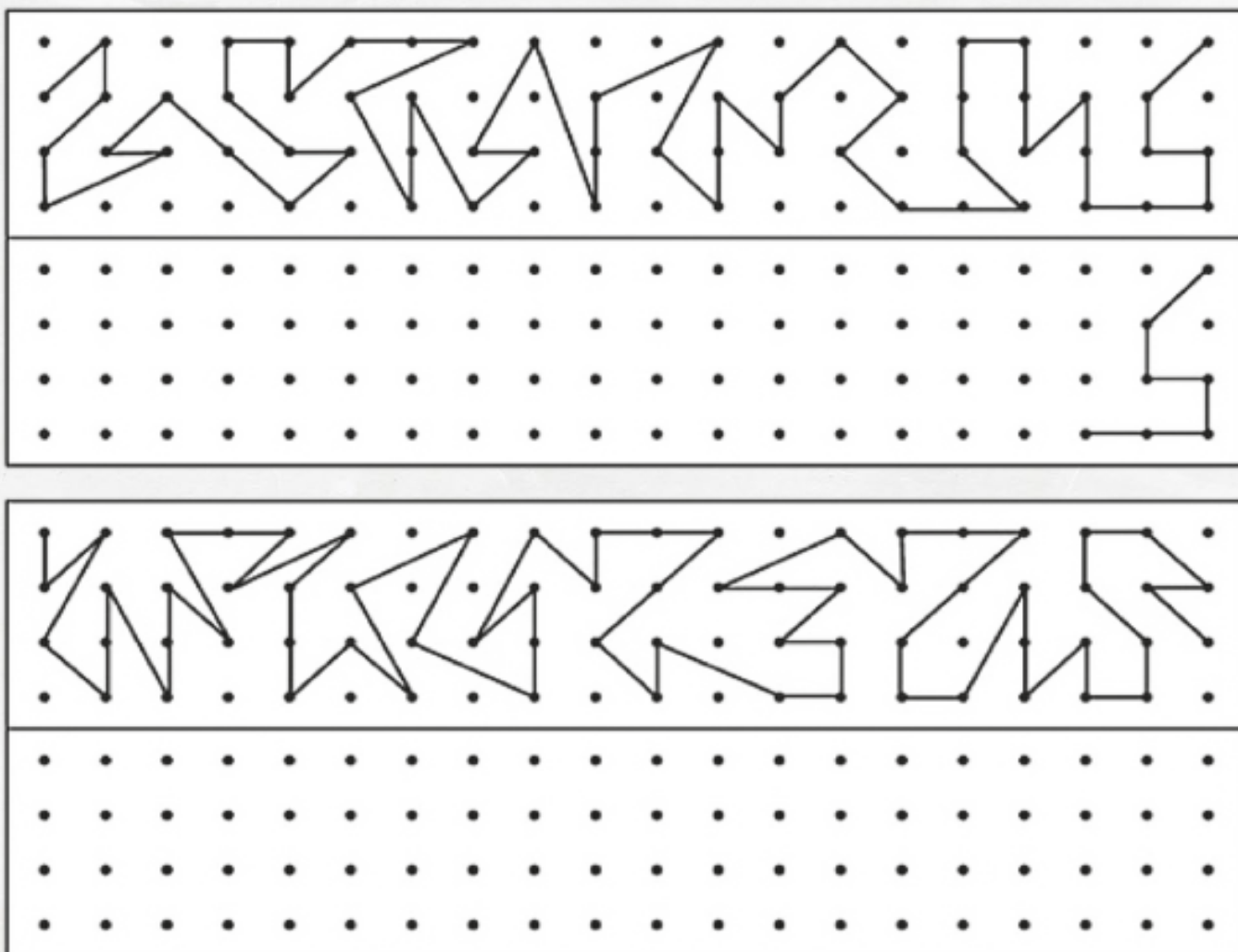
ESTUTZEN
DITUGUNEAN,
BERRIZ,
FUUUUUUUUUUUUU
KANPORA BOTATZEN
DUGU GORPUTZ
BARRUAN SORTU
ZAIGUN GAS
KUTSAKORRA.

'DIAFRAGMA'
IZENeko MUSKULUAK
SALTAKA EGITEN DUENEAN,
ZOTINA GERTATZEN DA.
KIKA-KIKA... KIKA-KIKA...
ZUK ERE EZ AL DITUZU
EGITEN SALTO TXIKIAK
ZOTINKA ARI ZARENEAN?

DENBORA-PASAK

PUNTUAK LOTU

Puntuak lotuz, kopiatu goian duzuen marrazkia.



Irrien Lagunen edo iRRiA aldizkariaren
inguruko informazio gehiago nahi izanez gero,
deitu 902 820 806 telefonora edo
bisitatu www.irrienlagunak.eus webgunea.