



Entrevista al Dr. Miquel H. Bronchud, cap de la Unitat d'Oncologia

## "Hem creat un precedent a Europa"

La Unitat d'Oncologia, encapçalada pel Dr. Miquel Hernández Bronchud, ha estat pionera a Europa en la difusió dels Protocols d'Oncologia a través d'Internet. La nova web, creada des del nostre Hospital i dissenyada pel Col·legi de Metges de Barcelona, rep visitants d'arreu del món. La informació sobre els quatre tipus de càncers més comuns es pot trobar, en castellà i català, a l'adreça [webs.comb.es/hggonc](http://webs.comb.es/hggonc).

Comencem per allò més bàsic: què són els Protocols d'Oncologia?

Els Protocols d'Oncologia són unes guies clíniques orientatives de diagnòstic, tractament i segui-

ment de les quatre patologies tumorals més prevalents al nostre entorn: el càncer de mama, el de còlon i recte, el de pròstata i el càncer de pulmó. Són patologies que, conjuntament, ocupen entre el 60 i el 80 per cent de l'activitat oncològica del nostre entorn.

Quins són els objectius que es volen assolir introduint aquesta informació a la xarxa?

L'objectiu principal és fer públiques les nostres guies d'actuació per tal que siguin comprensibles per als metges de la primària i per fomentar la participació de l'usuari.



Integrants de la Unitat d'Oncologia.

••(Continua a la p. 2)

## Unitat de Curta Estada

A principis del mes d'octubre va iniciar la seva activitat la Unitat de Curta Estada, una experiència pilot a la qual

s'han destinat 16 llits de la Unitat de Cirurgia. Aquesta unitat funciona de dilluns a les 7 del matí a divendres a les 10 del vespre, i s'hi ingressen aquells malalts que s'han d'operar i que es preveu que necessitaran un període d'hospitalització mínim de 24 hores i màxim de 5 dies.

Aquest nou servei està pensat per a aquells malalts que s'han de fer intervencions quirúrgiques de baixa complexitat, proves diagnòstiques invasives o bé tractament del dolor. Es tracta d'operacions quirúrgiques de totes les especialitats (cirurgia general, otorinolaringologia, oftalmologia,

cirurgia maxil·lofacial, cirurgia vascular, traumatologia o ginecologia), excepte les que es fan per via d'urgència, les que requereixen un ingrés inferior a 24 hores –que es tracten a la Unitat de Cirurgia Sense Ingrés (UCSI)– o les més greus, que són ateses a la Unitat d'Hospitalització d'Aguts. Per mitjà de la coordinació de tots els serveis i de la planificació quirúrgica, a través de la qual es programa cada intervenció per al dia més adient tenint en compte la durada de l'hospitalització, es pretén aconseguir la màxima optimització en l'ocupació dels llits.

Un dels principals objectius d'aquest programa és que el pacient només estigui hospitalitzat el temps indispensable, de manera que es trobi fora del seu mitjà habitual durant el mínim període possible i amb la finalitat d'evitar així les incomoditats i les distorsions que provoca en la vida familiar un ingrés hospitalari. Amb aquesta organització, els pacients poden ingressar el mateix dia de la intervenció, no cal fer-ho el dia abans. D'aquesta manera, el pacient guanya en comoditat –en poder preparar-se i dormir a casa la nit anterior a la intervenció–,

•••(Continua a la p. 3)

L'efecte 2000  
p 4

Comissió  
de Mortalitat  
p 6

Apropar-se a Egipte  
p 7





(Ve de la p. 1) ••

Entrevista al Dr. Miquel H. Bronchud, cap de la Unitat d'Oncologia

## "Hem creat un precedent a Europa"

### de Bat a Bat

Director

Camil Escànez

Redactora en Cap

Júlia de Diago

Consell de Redacció

Carme Barbany

Marisa Camacho

Mariví Cobo

Consol Fusté

Iván García

Marina Molins

Col·laboradors

Esther Almansa

Rosa Corredera

Joan Costa

Anna M<sup>a</sup> Marquès

Dr. Àngel Serrano

Carme Tusquellas

Assessoria i Assistència

Redaccional

Carme Goikoetxea

Disseny

Simó Calvo

Etiquetatge i embossament

Residents del Centre Geriàtric

Alhora, els protocols podrien ajudar en la detecció precoç del càncer. En aquest sentit, s'hauria de demanar un esforç a l'Administració perquè ens proporcionés les eines necessàries per facilitar aquesta detecció precoç, íntimament lligada al percentatge de mortalitat.

D'altra banda, també he rebut cartes de felicitació de l'EORTC, l'Organització Europea de Recerca del Càncer, amb seu a Brussel·les, interessada en la nostra informació des del punt de vista de la gestió.

Troben que és una bona eina per harmonitzar i consensuar les actuacions a Europa i també com a mitjà de control de costos del procés assistencial. D'aquesta manera, el que hem fet és crear un precedent a Europa.

**Així, doncs, sou pioners a Europa en la introducció dels Protocols d'Oncologia a Internet. Com va sorgir la idea?**

L'any passat, durant la commemoració del 75è aniversari de l'Hospital, vam fer una Jornada d'Oncologia oberta a la primària de la comarca del Vallès Oriental. Aquesta trobada va ser exitosa quant a resposta i profit, i s'hi va fer palès l'interès dels metges de

la comarca a entendre una mica què fem amb els seus pacients afectats de càncer. Com que els protocols són complicats i difícils d'explicar en poques paraules, vàrem decidir exposar-los al públic fent servir la tecnologia d'Internet per facilitar aquesta informació. Crec que hem de fer un esforç entre tots per apropar la medicina primària i l'hospitalària, sobretot perquè no es creïn buits que després pateix el pacient, el qual es troba de vegades entre els uns i els altres.

**En aquest sentit, a qui es dirigeix la informació?**

Sobretot als metges de primària. Els serveix per saber què fem amb els seus pacients i per formular preguntes concretes. Al mateix temps, s'estimula una millor dinàmica de comunicació i coresponsabilitat entre metges de primària, metges d'hospitalària i els mateixos pacients com a clients. També és bo per als malalts oncològics que participin en aquesta activitat per tal que puguin decidir unes opcions o unes altres a partir d'unes recomanacions.

S'ha de dir que els protocols són complicats, perquè cada patologia se subdivideix en grups de pronòstic segons la tipologia, grandària, afectació, etc. dels càncers i segons el tipus de tractament. És per això que hem fet servir un llenguatge tècnic però, alhora, comprensible.

**A més dels protocols, quina altra informació podem trobar a la vostra web?**

Tenim també una explicació del funcionament de la Unitat d'Oncologia de l'Hospital General de Granollers, amb els horaris i les funcions que tenim els integrants d'aquest equip. També hi trobem un resum de la biografia de les tres infermeres, els tres

metges especialistes i l'administrativa que formem part de la Unitat d'Oncologia. A més a més, hem aprofitat per fer un resum de la història de l'Hospital com a promoció de la institució. M'agradaria recordar que tot allò que trobeu a la web és el resultat d'un esforç multidisciplinari, de manera que són protocols consensuats, i jo el que he fet és limitar-me a la coordinació dels diferents serveis implicats, és a dir, Cirurgia General, Urologia, Ginecologia, Cirurgia Toràctica, Radiologia, Anatomia Patològica i Oncologia.

**Es renova la informació que apareix a la web?**

Hem pensat a actualitzar els protocols cada dos anys, tot i que, per exemple, si surten nous medicaments els anem incorporant a la pàgina web. A banda, i això és una primícia per al dBaB, tenim previst ampliar els protocols dins l'àmbit de suport psicològic. El nostre interès és afegir un treball que estem fent conjuntament amb una psicooncòloga sobre la qualitat de vida en el pacient oncològic, tant des del punt de vista de la mesura objectiva com en la vessant de donar un suport psicològic al pacient, que en aquests casos és molt vulnerable a la depressió, l'ansietat, l'angoixa, els problemes personals...

**Sembla que la iniciativa ha tingut èxit. Teniu constància de quanta gent entra a la vostra pàgina?**

Segons la Unitat d'Internet del Col·legi de Metges de Barcelona, que ha dissenyat la nostra pàgina web, hi ha moltes entrades de persones de països estrangers tan llunyans com Colòmbia, Veneçuela o Mèxic. També tenim constància d'entrades de països europeus.

dBaB

### I també un llibre

El Dr. Hernández Bronchud és un dels principals editors del llibre *Principles of Molecular Oncology*, que, com el seu nom indica, serveix per il·lustrar els principis de l'oncologia molecular. L'objectiu és explicar als metges clínics els coneixements biològics que són rellevants per a ells. Els estudis del Dr. H. Bronchud sobre biologia molecular –és màster en Bioquímica per la Universitat de Cambridge– i la seva dedicació professional posterior l'han fet coneixedor de tot el procés en matèria oncològica, des del laboratori fins a la clínica. En aquesta edició participen uns 40 autors de 7 països europeus i d'Estats Units, i es distribuirà a uns 40 països. Es tracta d'un llibre avalat científicament: està introduït pel Dr. Donnall Thomas, premi Nobel de Medicina pel descobriment del trasplantament de moll de l'os, i pel professor d'Oxford Sir David Weatherall, pioner en l'aplicació de la genètica a la clínica.



*(Ve de la p. 1) ...*

## Unitat de Curta Estada

disminueix l'angoixa que sempre significa un ingrés hospitalari i millora la qualitat de la convalescència, que el pacient pot fer en el seu entorn habitual, a casa seva.

A més d'aquestes millores en la qualitat de l'estada dels malalts a l'Hospital, amb aquesta nova organització també es pretén aconseguir una optimització dels recursos. Un dels primers efectes de la posada en marxa d'aquesta unitat és la disminució de la llista d'espera, ja que en augmentar la rotació dels llits també augmenta la possibilitat d'ingressos. El fet de tenir una unitat destinada a fer un tipus d'intervencions determinat ajuda a millorar l'organit-



*Els pacients resten un màxim de cinc dies a la Unitat de Curta Estada.*

zació de l'hospitalització convencional, ja que permet tenir més llits disponibles per a altres patologies. Un altre dels avantatges d'aquest sistema és que, en disminuir la durada dels

ingressos, també es redueixen les possibilitats de patir una infecció intrahospitalària. Finalment, també s'aconsegueix optimitzar els recursos humans i materials, en reduir la despesa que repre-

senta mantenir en funcionament tots els serveis d'una unitat durant el cap de setmana. En el primer mes de funcionament de la unitat hi han passat 128 malalts, dels quals 34 han estat operats de traumatologia, 26 de cirurgia, 17 d'otorinolaringologia, 12 han fet tractament del dolor, 11 han ingressat per sotmetre's a proves diagnòstiques invasives, 9 han estat operats d'urologia, 9 de cirurgia vascular, 5 de ginecologia i 4 d'oftalmologia, amb un ingrés que provenia de la UCSI.

Carme Tusquellas  
Cap d'Infermeria de la Unitat de  
Cirurgia  
Carme Barbany

## la Residència

# D'excursió a Bigues

El 1999 ha estat un any especial. No només era el darrer d'aquest segle, sino que ha estat l'any dedicat mundialment a la gent gran. Per aquest motiu, la celebració del quinze aniversari del Centre Geriàtric, el passat 29 de setembre, tenia un altre caire. Així doncs, aprofitant l'avinentsa, l'equip va suggerir de fer la sortida anual al mes d'octubre.

El lloc escollit, a petició d'alguns residents, va ser Bigues, que, a causa de les seves instal·lacions, ens permetia un reconeixement de l'entorn més proper i, al mateix temps, afavoria el contacte amb la natura. D'aquesta manera, vam assolir tres objectius: conèixer el medi on viuen algunes espècies autòctones de plantes i aus, gaudir d'un dia al camp i potenciar les relacions humanes entre residents, familiars i personal assistencial.

S'havia programat una visita als jardins i a la granja d'animals, on es podien veure aus i cavalls, i després un dinar de germanor. Aquestes previsions es varen acomplir, però, a més a més, un cop arribats al lloc de destí ens esperava una sorpresa: vàrem poder fer la verema. Els més intrèpids van tenir l'oportunitat de trepitjar i premsar el raïm.

A l'hora de dinar ens va acompanyar l'actuació de l'estudiantina Carpanta, que ens va fer passar una molt bona estona.

"Ha estat un dia d'esbarjo ben aprofitat", pensàvem a quarts de sis de la tarda, quan arribàrem a Granollers.

Anna M<sup>a</sup> Marquès  
Animadora Terapèutica



*El grup que va visitar Bigues.*





# Confidencialitat i confiança

No sé si és del tot encertat, però voldria començar fent una pregunta molt senzilla que, tanmateix, no em sembla del tot inútil des de la meua situació d'"usuari" dels serveis sanitaris: podem continuar tenint plena confiança en els professionals de la salut?

Parlar de la confidencialitat en l'àmbit de tot allò que suposa la relació clínica pot tenir perspectives diferents. Segurament, el professional de la sanitat –sigui quin sigui el seu nivell– ho analitzarà d'una manera i la persona usuària del servei "ho viurà" de manera diferent. És amb tota la intenció que dibuixo dues actituds diferents, en parlar del professional de la sanitat i de la persona malalta, quan es posa damunt la taula el tema de la confidencialitat.

Un dels desigs i necessitats més viscuts per l'usuari és poder dipositar una confiança plena en els diferents professionals sanitaris que "li toquin" en els moments de la vida que la salut no li funciona. No hi ha dubte que no en totes les situacions de malaltia el nivell de confiança esperat serà el mateix, però sí que sempre tens necessitat de poder descansar i estar tranquil interiorment, perquè tot allò que "confies" al metge o a qualsevol professional sanitari és un assumpte "plenament personal" que només sabem "ell(a) i jo".

A l'usuari, avui dia, això li queda una mica (o molt) desdibuixat per la senzilla raó que, en les situacions complexes, ha de passar per diferents reconeixements de diferents professionals que li pregunten moltes coses i les apunten a les fitxes-expedients. Malgrat tot, sempre hi ha la necessitat d'un punt de referència "tranquil·litzador" que et doni total confiança i a qui

puguis explicar-ho tot perquè així tens la seguretat que la intimitat està garantida i que "tot el que et passa –dit d'una manera una mica grollera– no serà objecte de mercadeig". És en aquest sentit que crec que la persona usuària dels serveis sanitaris entén la confidencialitat, que per a ella sempre anirà lligada a la confiança.

Des de la perspectiva dels professionals de la salut, possiblement la qüestió és més complexa, sobretot si es té en compte la necessitat que hi ha avui dia, en l'exercici de la medicina, d'una "transversalitat" entre els diferents agents de la salut que intervenen en una mateixa situació. Tampoc no podem oblidar un component que cada dia més entrarà en joc i que és el perfeccionament i la implantació de les noves tecnologies de la comunicació, les quals permeten disposar de dades i coneixements no solament amb molta rapidesa, sinó també sense que ningú no ho sàpiga.

Crec que abordar el tema de la confidencialitat per part dels professionals de la salut demana, en primer lloc, una actitud fonamentada des d'una visió de les exigències que suporten el respecte a la persona, i crec també que no aniria malament que els professionals de la salut, a l'hora de reflexionar sobre aquestes qüestions, deixessin de banda la seva condició de "professionals" i se sentissin "usuaris" –ja que, sense cap mena de dubte, un dia o un altre ho seran–, i llavors possiblement això els ajudarà no solament a reflexionar sobre el fet de la confidencialitat, sinó també a prendre una postura determinada.

Joan Costa  
Comitè d'Ètica Assistencial

# Arriba

L'arribada de l'any 2000, l'anomenat canvi de segle, ha generat i genera moltes planes a diaris i revistes, tertúlies i notícies a la ràdio o a la televisió, des de profecies referents a l'acabament del mil·lenni –més o menys catastrofistes– fins al famós efecte 2000 en la informàtica, passant per tots els esdeveniments programats arreu per rebre el nou mil·lenni. Ara, quan som a les acaballes del 1999, ens bombardeja la informació referida a l'efecte 2000: sobretot, cal prevenir les conseqüències negatives que pot tenir en una pila de serveis el canvi del primer dígit de l'any, ens diuen mitjans d'informació, administracions públiques, empreses... Però, què és l'efecte 2000? Com ens pot afectar en la nostra vida quotidiana? I a l'Hospital, què pot passar? Per tal d'aclarir tot això, hem parlat amb Francesc Moya, director de Sistemes d'Informació del nostre centre.

## Què és l'efecte 2000?

Amb el nom d'"efecte 2000" es coneix la disfunció per la qual qualsevol peça d'equipament que disposi d'un microprocessador d'aplicacions (software), o fins i tot de hardware, i que utilitzi informació horària pot deixar de funcionar correctament en passar de l'any 1999 al 2000. Per una raó històrica de capacitat d'emmagatzematge de dades, en confeccionar els primers programes informàtics tan sols es van utilitzar els dos darrers dígits de l'any. Això ha provocat que, en arribar l'any 2000, si no s'ha intervingut per tal de solucionar-ho, la màquina no



# el 2000!

pugui saber si els dígit 00 corresponen a l'any 1900 o bé al 2000. Aquest problema afecta bàsicament programes que fan entrades, sortides i emmagatzematge de dates i que les utilitzen per fer càlculs. Un cas molt clar en el nostre centre pot ser el càlcul que es fa de l'edat dels pacients a partir de la data de naixement.

A més del problema de l'ambigüitat dels dígit, es dona la circumstància que l'any 2000 és bixest. En principi, són anys de traspàs els anys que són múltiple de 4, excepte si també ho són de 100. L'any 2000, però, és una excepció perquè, si bé és múltiple de 100 i no li tocaria ser-ho, ara és múltiple de 400 i això fa que ho sigui. En ser una excepció de l'excepció, els programes que no hagin contemplat tota la casuística poden generar problemes el 29 de febrer.

## Què pot afectar?

El problema afecta de forma global els sistemes informàtics i tot equip que incorpori dates o en el qual se n'hi introdueixin, a més de qualsevol equip que tingui xips que continguin o tractin dates. Això vol dir que pot afectar les aplicacions informàtiques corporatives, departamentals o d'ús personal, així com instal·lacions i maquinària (ordinadors personals, faxos, mòdems, caixers automàtics o electrodomèstics com la televisió, el vídeo, el microones, el forn, etc.).

L'efecte 2000 té com a característiques específiques que no es pot evitar, la data de

termini és inamovible i això vol dir que totes les actuacions s'han de fer abans que acabi l'any i per tant cal haver-lo previst amb temps, ja que si es deixa tot per a darrera hora es podrien produir bloqueigs per manca de recursos.

**Se sap amb certesa què pot passar? Es poden preveure totes les complicacions?**

Crec que, a hores d'ara, hi ha una gran conscienciació social, fruit de la gran quantitat d'informació que ens ha arribat a través dels mitjans de comunicació, i que totes les empreses, institucions i altres organitzacions han fet les seves previsions i han aplicat els recursos necessaris per tal de minimitzar l'efecte 2000. Això vol dir que, en cas que hi hagi incidències, s'han previst mesures per tal de resoldre-les, com per exemple reforçar els serveis.

Crec que podem estar tranquils, però no podem dir amb certesa absoluta que no passarà res perquè tots depenem de tots, és com una cadena, i el que s'ha creat és una xarxa basada en la confiança on cadascú s'ha fet responsable de preveure i pal·liar les possibles conseqüències de l'efecte 2000 en el seu camp d'actuació.

## Com es prepara l'Hospital?

Des de l'Hospital hem estat i som conscients de la proximitat del canvi de data a 1 de gener del 2000 i del seu conseqüent impacte en la continuïtat del servei a causa dels problemes potencials que es puguin presentar. En aquest sentit, ens estem preparant



*Toni Navinés, Albert Riera, Francesc Moya i Tina Blanco, integrants del Servei d'Informàtica.*

sense angoixa, però alhora sense baixar la guàrdia, per poder estar preparats davant qualsevol efecte intern o extern.

Per tal de treballar el tema, es va crear una Comissió, presidida pel director general del centre, a partir de la qual es va elaborar i executar un pla d'accions i un pla de contingència.

El pla d'accions comprèn cinc subprogrames: el sistema d'informació hospitalari, els equipaments d'ofimàtica, l'equipament electromèdic, les instal·lacions i els proveïdors de consumibles i subministraments energètics crítics. En cadascun d'aquests apartats s'ha realitzat un inventari dels equipaments, l'avaluació i el control de tots els elements inventariats per tal de conèixer si podrien patir l'efecte 2000, contactes amb els proveïdors per demanar les certificacions corresponents, les actuacions que han calgut per adaptar els elements que no complien els requisits i les comprovacions pertinents.

A més, s'han definit unes mesures addicionals per a les dates més crítiques, que són la nit del 31 de desembre del

1999 a l'1 de gener del 2000 i el 29 de febrer del 2000.

**El Servei d'Informàtica deu haver fet un esforç important.**

Sí, tot el procés significa un gran esforç dels professionals del departament, amb una feina que ja es va iniciar l'any 1998. En aquest sentit, les accions en el sistema d'informació hospitalari i en els equipaments d'ofimàtica s'han fet amb recursos propis i s'han dut a terme amb la col·laboració de tots els professionals de l'Hospital, ja que han estat els mateixos usuaris finals qui han certificat el comportament del sistema simulant dates de l'any 2000. A més, cal pensar que el pla d'accions no finalitza fins al març de l'any 2001 i que, quan hagi passat el 31 de desembre, la feina no s'aturarà, sinó que caldrà continuar treballant.

**Per acabar, creus que hem de témer incidències la nit del 31 de desembre, com per exemple en el subministrament d'energia, en les comunicacions, en els sistemes d'informació de caixes i bancs, etc.?**

Crec que hem d'estar tranquils, però no serà sobrer tenir una espelma a prop.

dBaB



# La Comissió de Mortalitat

Des de fa anys, als hospitals s'estan introduint eines per tal de millorar l'efectivitat i qualitat assistencial que s'ofereix en aquestes institucions. Una d'aquestes eines són les comissions tècniques, entre les quals figura la Comissió de Mortalitat.

L'activitat hospitalària comporta la major part de vegades la curació dels malalts ingressats i, amb això, un augment de la supervivència de la població, que s'aconsegueix amb la utilització de procediments diagnòstics més efectius i complexos i amb una millora dels mitjans terapèutics. Això comporta també l'aparició de noves malalties, precisament derivades d'aquestes actuacions (patologia iatrogènica), que poden, en ocasions, provocar o avançar la mort.

En ser la mortalitat una conseqüència o el producte final d'un procés més o menys llarg, representa un valor d'anàlisi molt important per tal d'avaluar l'assistència hospitalària. Al nostre Hospital, per aquest motiu, funciona des de fa temps aquesta comissió.

## Objectius

La finalitat bàsica de la Comissió de Mortalitat és l'anàlisi del procés assistencial dels pacients que moren a l'Hospital. Entre els seus objectius destaca la revisió dels casos de mort per analitzar-ne la causa i determinar si aquesta era evitable, mitjançant l'estudi de les anotacions de la història clínica i només a través d'elles. Conèixer la taxa de mortalitat general de l'Hospital i dels diferents serveis, per comprovar la desviació de la norma, però tenint en compte el tipus de malalts i la patologia que pateixen, també forma part de les tasques de la Comissió. Un tercer aspecte és el seguiment de la correlació clinicopatològica mitjançant la comparació entre els diagnòstics realitzats en vida i els resultats de l'estudi anatomopatològic de l'autòpsia, ja que, malgrat els importants avenços en els mitjans de diagnòstic, en ocasions es produeixen discrepàncies diagnòstiques. S'avaluen també les mesures assistencials i de suport clínic i psicològic, i es tenen en compte els riscos d'exploracions cruentes i

d'intervencions quirúrgiques. Un punt important és la detecció de problemes estructurals, de coordinació i d'organització. Finalment, un aspecte rellevant és identificar els problemes de documentació.

## Composició

Aquesta comissió és informativa i assessora, sense cap mena de capacitat de decisió. Està formada per professionals mèdics de diferents serveis que no actuen com a representants d'aquests serveis, sinó que són elegits per la preparació i els coneixements de què disposen en una especialitat mèdica concreta.



*Els membres de la Comissió de Mortalitat es reuneixen periòdicament per analitzar diferents casos de mort.*

Els membres pertanyen tant a serveis clínics com a serveis quirúrgics i centrals (Medicina Interna, Geriatria, Pediatria, Cirurgia, Traumatologia, Anestesiologia, Urgències, Radiologia i Anatomia Patològica). També hi participa personal d'infermeria, ja que s'analitza tot el procés assistencial, des de l'ingrés fins a l'èxitus, i no només aspectes diagnòstics i terapèutics, per la qual cosa la seva visió i opinió és bàsica i important.

La Comissió de Mortalitat de l'Hospital funciona des de l'any 1993, i els seus membres es renoven periòdicament. Està presidida pel Dr. Albert Vives i els seus membres són: el Dr. Santiago Capell (que s'hi ha incorporat recentment en substitu-

ció del Dr. Jordi Cuquet), la Dra. Rosa Cuckierman (s'ha incorporat en lloc del Dr. Juan Pedro D'Este), el Dr. Antoni Ibáñez (s'ha incorporat en lloc del Dr. Luis Iriando), el Dr. Romà Julià, el Dr. Josep Martínez, el Dr. Germà Morlans, el Dr. Xavier Pruna, la Sra. Montserrat Rodoreda, el Dr. Àngel Serrano i la Dra. Amalia Zuasabar.

## Metodologia

Se celebren reunions periòdiques on es discuteixen casos seleccionats segons uns criteris establerts, com ara pacients que han mort en el postoperatori immediat o que tenien baix risc d'èxitus a l'ingrés, morts inesperades o malalts procedents de serveis amb mortalitat molt baixa o nul·la, però també es poden seleccionar casos aleatòriament. Se segueix una metodologia d'estudi reglada que s'ajusta a uns passos determinats, com són: de primer, lectura del cas i després ampliació de la informació obtinguda, revaloració del cas, i posterior elaboració de les disfuncions identificades. En aquesta tasca es pretén ser com més objectiu millor (basant-se en la documentació escrita) i es fa de

manera anònima (no se citen dates, ni protagonistes ni serveis). Un cop acabat l'estudi, es lliura un informe a la Direcció on s'indiquen, si es creu oportú, suggeriments amb relació al cas. La finalitat bàsica d'aquest escrit ha de ser la d'identificar punts de millora utilitzables pels diferents responsables de les àrees assistencials i de suport a fi i efecte de servir els objectius de qualitat dels processos assistencials que estem aplicant al nostre centre. En cap cas no és una comissió destinada a identificar casos concrets i denúncies personalitzades.

Dr. Àngel Serrano



# Apropar-se a Egipte

semblances

El Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya organitzà, per a aquest any, un viatge a Egipte. Ja n'ha organitzat d'altres amb anterioritat i tots han tingut dues vessants: la turística i la de coneixement social del país.

Parlar d'aquest país no és feina fàcil; suposo que coincidiran amb mi en aquesta opinió totes aquelles persones que hagin tingut l'oportunitat d'anar-hi, i em consta que aquest any molts dels nostres companys han escollit aquest país com a destí de les seves vacances.

Egipte, país mil·lenari, té una història i una cultura socioeconòmica molt arrelades al riu, el Nil, símbol de vida. Poder gaudir de la navegació per aquest riu, amb el creuer o amb falua, contemplant l'activitat que es fa als camps, els pobles, la gent, la vegetació a la ribera i, de rerefons, el desert és una experiència inoblidable que t'omple d'energia i de vida, com la que dona el Nil. Si només amb la contemplació ja es gaudeix, quan t'hi introdueixes més a fons, coneixent diferents famílies en el seu hàbitat i amb els seus costums, les sensacions són encara més gratificants. L'hospitalitat d'aquestes famílies ha estat excepcional, a l'igual que la de la resta d'egipcis que hem tingut l'oportunitat de conèixer.

En una de les zones que vam visitar, Gurna, vam viure una experiència molt interessant, ja que vam tenir l'honor de visitar una mastaba, tomba de nobles, que és habitada actualment per una família. Es tracta d'una tomba excavada a la roca. Aquest habitatge no disposava de gaire mobiliari; el terra era el de la mateixa muntanya però, contràriament al que podríem pensar, es respirava netedat en l'ambient. La família ens explicava el gran conflicte que vivien amb el govern egipci, que els havia construït uns habitatges en allò que han anomenat "el nou Gurna", i ens deia que ells no estan d'acord a deixar aquell habitatge que han anat heretant de generació en generació només perquè el govern està interessat en l'explotació d'aquestes tombes. Mentre escoltàvem les explicacions, ens van oferir te amb menta i la típica pipa d'aigua per fumar. Tant sí com no, el fill de la casa ens va obsequiar amb unes còpies autèntiques d'escultures, treballades per ells, que són dignes d'estar en qualsevol museu.

Els nens i nenes d'aquesta zona confeccionen unes nines i uns camells amb roba que venen als turistes. La finalitat d'aquesta venda és la d'aconseguir diners per comprar material per a l'escola.

El públic, al qual tot ciutadà té accés de forma gratuïta (qualsevol que desitgi millors serveis haurà d'anar a la resta d'opcions); el semiprivat; hospitals per a militars i familiars de primer grau; i, finalment, hospitals de la policia. Evidentment, poca gent pot permetre's pagar per obtenir l'assistència que li hauria de correspondre per dret propi.

L'Hospital Behman és el primer centre psiquiàtric privat d'Egipte dedicat a l'atenció de malalts psíquics i drogodependents. Com a dada remarcable en el tema de drogodependències cal dir que en un any únicament ha atès cinc persones amb problemes d'àlcohol i que no ha atès cap malalt portador de VIH; no obstant això, en tot Egipte només hi

ha declarat 300 casos de sida. La població total és de 64 milions. Aquest hospital va ser fundat a l'octubre de 1940 pel doctor Benjamin Behman. Situat als afores del Caire i allunyat de la multitud angoixant de la capital (17 milions de persones poblen els seus carrers), és un complex arquitectònic format per diversos pavellons, tallers, etc. El personal de la institució està compost per 8 psiquiatres i psicòlegs, 4 treballadors socials, 20 infermeres, personal de manteniment, administratius i diferents especialistes en tallers, entre d'altres.

L'ingrés a l'hospital es realitza a petició de la família del malalt. Si aquesta no el pot portar al centre,

el metge el visita al seu domicili i determina si el cas és perillós per a la família i per a la societat, i aleshores fan un ingrés forçós. El preu de l'estada no és massa costós, segons ens comenta la cap de Treball Social del centre. L'hospital té convenis amb empreses privades que l'ajuden econòmicament.

La treballadora social dirigeix i revisa totes i cadascuna de les activitats realitzades pel pacient. Aquestes activitats es fan amb la finalitat de preparar la reintegració normal del pacient en la vida quotidiana, així com per fer-li comprendre que hi ha una vida alternativa a l'infern que ha viscut fins a l'ingrés en el centre.

La tasca de la treballadora social comença en el moment que el malalt ha ingressat al centre. Reeducar i dirigir tant el malalt com la seva família és la funció més important. A Egipte, la treballadora social realitza les tasques de tres professionals diferents a Espanya: la d'educadora social, la de treballadora familiar i les pròpies. Quan el malalt es considera rehabilitat i surt de l'hospital, haurà de passar controls regulars.

En aquest escrit no m'agradaria deixar de banda la magnificència del patrimoni cultural egipci, des de la monumentalitat de les necròpolis de Gizeh, Sakkara, la Vall dels Reis i els temples dedicats als déus i faraons (Abu Simbel, Kom Ombo, Karnak, Philae, Luxor) fins al detall de les pintures i els gravats de tombes i temples on es barregen imatges de la dualitat vida/mort.

De tot això, n'hem pogut gaudir gràcies a la professionalitat dels nostres guies: Míriam Ruiz, assistenta social del Col·legi, Francesca Berenguer, egiptòloga, i Osman Korkar, filòleg i gran coneixedor de la cultura del seu país. D'ells hem après a estimar aquest país mil·lenari, fascinant, màgic i emblemàtic: Egipte.

Esther Almansa  
Assistent Social



*L'Esther Almansa a Egipte.*

L'escolarització és obligatòria i gratuïta a partir dels 6 anys.

No em digueu que una acció com aquesta no ha de ser recompençada. Quins nens i nenes dels nostres barris perdrien hores del seu temps confeccionant i venent aquestes nines per obtenir material escolar?

## El sistema sanitari

Continuant amb els aspectes socials vull fer referència a la visita a l'Hospital Behman, hospital psiquiàtric privat situat al Caire, que va posar de manifest quin és el sistema sanitari del país. Aquest sistema comprèn diferents vies d'accés amb diversos models: el

ha declarat 300 casos de sida. La població total és de 64 milions.

Aquest hospital va ser fundat a l'octubre de 1940 pel doctor Benjamin Behman. Situat als afores del Caire i allunyat de la multitud angoixant de la capital (17 milions de persones poblen els seus carrers), és un complex arquitectònic format per diversos pavellons, tallers, etc. El personal de la institució està compost per 8 psiquiatres i psicòlegs, 4 treballadors socials, 20 infermeres, personal de manteniment, administratius i diferents especialistes en tallers, entre d'altres.

L'ingrés a l'hospital es realitza a petició de la família del malalt. Si aquesta no el pot portar al centre,



# les golfes

## Solució dels MOTS ENCREUATS número 31

H: 1. Osteomalàcia. D.- 2. Feixuguesa. Ric.- 3. Tret. Àlgebra. S.- 4. Aptes. Aina. Mac.- 5. Lear. A. Oest. Ts.- 6. Mn. Nora. T. Raim.- 7. Otiatria. Anca.- 8. Siam. Illencs. D.- 9. Cn. Emblemàtica.- 10. Oa. Nàoades. Al.- 11. P. atoS. nraC. aP.- 12. Iol. Trag. Atri.- 13. M. Traició. Ros.- 14. Danae. S. Roderà.  
V: 1. Oftalmoscopi. D.- 2. Serpentina. Oma.- 3. Tieta. Ia. Al. N.- 4. Externament. Ta.- 5. Ou. S. Ot. Maó. Re.- 6. Mga. Arribista.- 7. Aula. Ailla. Ris.- 8. Legió. alednaC.- 9. Asenet. Emergir.- 10. Cabàs. Nasa. Oo.- 11. I. R. Tract. Ca. D.- 12. Aram. Ànsia. trE.- 13. I. Àtic. Claror.- 14. Desesmada. Pisa.

## Escudella barrejada

Número 32

Del dret i del revés, recte i de través, podeu trobar 20 companys de treball.

Per MTS

UFZ EHCNASO INEGUE  
SOBOLALLIVLEBAS I  
SMSNITRAMNEMRACM<sup>a</sup>  
RVOÑOREMAI ROTCIV  
ZIPPACJOSOFERNANDEZ  
AAMKJSOTFRAMESOJE  
ICASBZEPOLLEUNAM  
DOCUNTI AJLEINADO  
ACEPSARROPANA OJG  
NNMHFTGIUPORUTRA  
IEURAUCSAPANAUJL  
LMAAERRALSOLRACE  
ERJKSAÑAMOINOTNA  
DAOGIRTACSICNARF  
ACEMAZIRAILLECARA  
ETNEROLLSO IDEMER

## Targeta falsa

Número 32

Sembla un senyor fill de mare italiana però...és una senyora filla de l'Aragó.

AGUSTÍN ARAGÓN CHITACCI

## Solució a l'ESCUDELLA BARREJADA número 31

Jaume ARAGONÉS, Catalina BLANCO, Manuel CALDERÓN, Luís COT, Jordi ESQUIUS, Albert GARCÍA, Olga GÓMEZ GARCÍA, Montserrat GRAU, Cristina HERRERA, Aranzazu JIMÉNEZ, Rafa MIR, Rosa PRAS, Xavi PRUNA COMELLA, Rosa RÍO VÁZQUEZ, Mercè RUIZ ALONSO, Miguel SEBASTIÀ, Anna M<sup>a</sup> SOLER SENDRA, Dolors SURINACH, Rafael VILALTA.

Us recordem que sortejarem un llibre entre tots els encertants de cadascun dels passatemp. Podeu dipositar la solució a la bústia que trobareu al costat de la Unitat d'Atenció al Client. Data límit per entregar els resultats de "Les Golfes 32": 20/01/00.

## Mots encruats

Número 32

H: 1. Conjunt de moviments contràctils del tub digestiu.- 2. Instrument agrícola que permet d'obrir soles a terra. Relatiu al cisma.- 3. Acció de ramassar. Nitrògen. Títol del sobirà de Pèrsia.- 4. A favor de. El timoner és qui el maneja. Violent, fortíssim.- 5. Un alemany. Un peix o un estil, diguem-ne, musical. Minva.- 6. Cinquanta. Glaçada. Serpent no verinosa.- 7. Cinquanta. Conjunt de cosins. Consonant repetida.- 8. Vocal repetida. L'oncle d'Amèrica. Un rar molt rar. Oest.- 9. Ni tu ni ell. Títol nobiliari per sota del de marquès. Habitaven la península abans de l'arribada dels romans.- 10. En aquell lloc. Est. Conjunt de roques d'un indret. Sud.- 11. (Al rev.) Sortir en castellà. Un. Jo en voldria una de màgica.- 12. Gos. Farem passar el fil pel forat de l'agulla.- 13. Natural del Laci. Paradís terrestre. Arbre de la família de les ulmàcies.- 14. Vocal. La mateixa. (Al rev.) Les flors de les dalieres. Clorur sòdic.

V: 1. Obrir i tancar els ulls. Article o nota musical.- 2. Tresor públic. Energia produïda pel vent.- 3. Nom d'home. Nom de lletra. Fang que deixa la pluja als camps.- 4. En castellà, mig bitlet de tren. Màgia negra. Un romà.- 5. Fan vestits a mida. Oxigen. Consonant. La mateixa.- 6. Creu. Secreció salival exagerada. Vocal repetida.- 7. Que té forma de campana. Colorant blau obtingut de diferents plantes.- 8. Platja de Venècia. Nom comú de les diverses espècies d'insectes caracteritzades pel color de les ales amb taques més fosques disposades com un escaquer. Bilis.- 9. (Al rev.) Fa giravoltar els pollastres. Una ala que no pot volar. Relativa a les ovelles.- 10. Nou-cents noranta-nou. Del revés té cinc dits. Relatiu als laics. Cinc-cents.- 11. Pallol en el qual hom guardava la pólvora i les municions d'artilleria en els antics vaixells de guerra.- 12. Consonants. Famos el seu carnaval. "Los del Volga" són famosos per la seva melodia.- 13. Agafant amb la mà una rama i movent-la al llarg d'aquesta, fer-ne desprendre les fulles, flors, etc. Consonant. Motiu melòdic d'una composició musical.- 14. Acció de caçar. Ramat de bestiar de peu rodó. Cinquanta.

Marina Molins

# el rebost

## Ingredients (per a 6 racions)

- Oli d'oliva
- 600 g de filet de llenguado
- 1 ceba mitjana, trossejada ben petita
- julivert fresc trinxat
- 100 g de bolets frescs tallats a làmines
- pebre negre
- 60 ml de vi blanc sec
- 1 cullerada de margarina
- 1 cullerada de farina
- 125 ml de llet desnatada

## Recepta de cuina cardiosaludable

# Llenguado al forn amb bolets

## Preparació

Preescalfeu el forn a 175°C. Unteu una safata que pugui anar al forn amb una mica d'oli. Renteu el peix i eixugueu-lo bé. En una paella antiadherent salteu la ceba, el julivert i els bolets, remenant-ho constantment fins que la ceba s'hagi estovat. Aboqueu aquesta barreja sobre la meitat dels filets, que hauréu salpebrat i col·locat al fons de la safata. Poseu la resta del peix a

sobre, aboqueu-hi el vi i afegiu-hi una cullerada de margarina.

Poseu la safata al forn durant 15 minuts. Retireu-la i aboqueu el líquid en una paella on hauréu posat la farina i la llet. Deixeu-ho coure, remenant constantment, fins que la barreja s'espesseixi. Aboqueu la salsa sobre el peix i poseu-lo al forn 5 minuts més.