

Hem estrenat noves unitats

Entre els últims dies de juny i els primers de juliol, algunes unitats d'Hospitalització ja es van traslladar a les seves noves ubicacions, és a dir, a l'edifici nou.

La primera unitat que s'hi va traslladar va ser Medicina Interna, que ho va fer el 29 de juny. Els 32 llits de la 6a planta nova (C) van ser ocupats per malalts provinents de la 6a planta vella (B) i de la Unitat de Curta Estada. La 6a planta B va mantenir encara 14 llits oberts durant el mes de juliol. Amb aquest canvi, queda definitivament tancada la Unitat de Curta Estada.

El 6 de juliol es va obrir la nova Unitat Materno-Infantil a la 3a planta del nou edifici i es va tancar l'antiga. L'obertura d'aquesta Unitat ha comportat la desaparició del niu, de manera que ara mare i fill estan en contacte les 24 hores del dia des del moment del naixement. L'antiga planta es rehabilitarà per situar-hi la Unitat de Pediatria.

L'11 de juliol van ser els pacients de Traumatologia i Cirurgia Ortopèdica els que es van traslladar a la nova Unitat, a la 4a planta de l'edifici nou. A la planta que ha quedat buida, s'hi han dut a terme reformes per tal d'instal·lar-hi els malalts de Geriatria. Al Centre Geriàtric, la Unitat de Convalescència s'ha ampliat fins a 20 llits des de l'1 d'agost.

Durant el mes d'agost es van tancar els 14 llits que restaven a la 6a planta B, i s'aprofità aquest període per fer-hi una sèrie de reformes per tal d'equiparar les instal·lacions i el confort d'aquesta zona als del nou edifici.



El bon humor va estar present en el trasllat a les noves unitats.

Trasllat de la Unitat d'Hospitalització de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

El dia 11 de juliol, el Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia vam fer el trasllat a la nova àrea d'hospitalització.

Uns dies abans d'aquesta data, tot el personal d'infermeria de la unitat vam organitzar-

nos per tal que tot estigués a punt i es pogués fer el canvi en les millors condicions possibles. Vàrem començar a arranjant les habitacions dels malalts, el control d'infermeria, la sala d'exploracions, la cuina,... a fi

de preparar tot el necessari per a l'acolliment del malalt. També vam passejar-nos pel nou espai físic per tal d'anar-nos-hi familiaritzant.

En arribar el dia, i tal com
 ●●● (Continua a la p. 2)

El perquè de la Unitat Materno-Infantil p.3

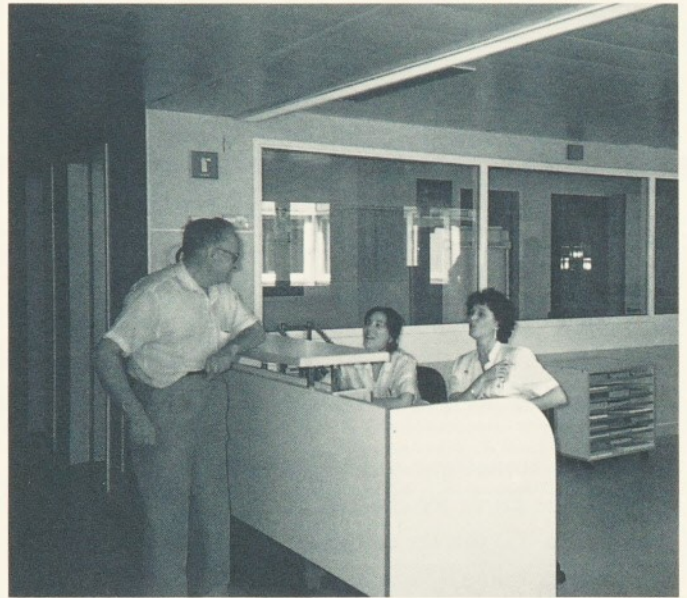
El MIR a debat pp.4, 5 i 6

La depressió en el vell p.7

El trasllat a la nova Unitat de Medicina Interna

Haviem d'estrenar la nova Unitat de Medicina Interna i vam començar a reunir-nos per tal de programar com s'hauria de fer el trasllat per tal que comportés el mínim de trasbals tant per pacients i familiars com al personal i a la resta de serveis de l'Hospital. Vam pensar que seria bo aprofitar que la Unitat de Curta Estada s'havia de tancar (ara ja definitivament, no com abans, que es feia durant els períodes de vacances) per traslladar els pacients a la nova Unitat. I així ho vam fer. Sabíem que, si volíem que les coses anessin bé, hauria de ser amb el nostre esforç, que hauríem de treballar de valent, però la satisfacció de la feina ben feta ens va empènyer a plantejar-nos un treball en equip, amb la col·laboració de tot l'equip mèdic i d'infermeria.

Uns dies abans, vam anar pensant en tot el que s'havia de fer, en la feina que es podia avançar durant els dies anteriors al trasllat, en els serveis que havien de col·laborar amb nosaltres... En definitiva, vam intentar que tot quedés lligat per tal de fer el trasllat de la forma més àgil i més còmoda possible. Vam procurar que el dia abans els malalts i els seus familiars ja sabessin quina era la seva nova habitació, i els



vam aconsellar que recollissin les seves coses i les tinguessin a punt per l'endemà. A tots els feia una certa il·lusió estrenar habitació.

El dia 29, a les 10 del matí, un cop els malalts ja havien esmorzat i cobert les seves necessitats bàsiques i els havia vist el metge, vam començar a traslladar els 20 pacients de la 6a B a la 6a C. Un cop allà, les infermeres els van donar la benvinguda, els van ajudar a instal·lar-se, i el metge els va tornar a visitar. Havent dinat, van ser els pacients de la Unitat de Curta Estada els que es van traslladar a la 6a C; aquests sí que van trobar una gran di-

ferència en les noves habitacions!

Tots, malalts i personal, ens vam haver d'habituar a les noves instal·lacions. Ens feia il·lusió estrenar un lloc nou, però alhora ens feia tristor deixar l'anterior, sobretot l'Hospital de Dia, perquè sabem que no hi tornàrem més.

Equip d'Infermeria de Medicina Interna

de Bat a Bat

Director
Camil Escánez

Redactora en Cap
Gemma Carbonell

Consell de Redacció
Carme Barbany
M. Dolors Dalmau
Consol Fusté
Coral Gómez
Marina Molins
Cristina Serra

Col·laboradors
Equip d'Infermeria de Medicina Interna
Pilar Ruera
Dr. Artur Puig
Carme Jurado
Amalia Rodríguez
Dra. Pilar de Azpiazu
Eulàlia Guix

Assessoria i Assistència Redaccional
Josep Díaz

Disseny
Simó Calvo

Trasllat de la Unitat d'Hospitalització de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (continuació)

(Ve de la p. 1) ••• s'havia planificat, vam començar al punt de les 10 del matí a traslladar a la nova àrea d'hospitalització els malalts ingressats. Un equip d'infermeria els donava la benvinguda alhora que els acomodava a la seva nova habitació i els informava dels diferents canvis que aquest fet comportava.

El canvi es va fer de manera ordenada, àgil i tranquil·la, donant seguretat al malalt i a la família, amb la finalitat que no fos en cap moment un trasbals

per a cap d'ells i que es poguessin seguir els horaris de costum.

Tant els malalts com els seus familiars van elogiar el mètode emprat i el tracte personalitzat, com també els nous espais.

Ara, passats uns dies d'aquella data, podem assegurar que per a tots els implicats, el canvi ha significat en gran mesura una millora del confort i del benestar.

Si encara hi ha al centre alguna persona que no coneix

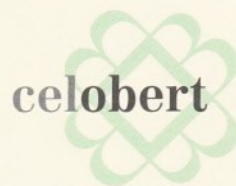
la nova unitat, no cal dir que pot venir quan vulgui a visitar-la. Hi és convidat.

Volem agrair la seva col·laboració a totes les persones que d'una manera o altra han participat en el trasllat.

Gràcies a tothom.

Pilar Ruera i Durán
Cap d'Infermeria Unitat COT

El perquè de la Unitat Materno-infantil



El mes de gener del 1993, UNICEF presentava a Barcelona el projecte Hospital Amic dels Nens, una iniciativa conjunta de l'UNICEF i l'OMS, sorgida l'any 1990 i promoguda per Nacions Unides per mitjà de les seves agències: UNICEF, UNESCO i FAO.

La finalitat d'aquesta declaració és la de promoure a nivell mundial el benestar materno-infantil des del naixement i d'afavorir l'alletament matern com a primer benefactor de la salut del nen.

Als països occidentals, la majoria de nens neixen en institucions sanitàries i no en l'àmbit domèstic i dins el clan familiar. Això ha fet que, durant anys, els nadons i les mares estiguessin a cura de personal sanitari diferent i en dinàmiques assistencials que massa sovint anaven en contra de que mare i fill poguessin establir el primer contacte afectiu de manera intensa i espontània des del moment de néixer.

Els horaris rígids i els torns del personal, propis de les institucions sanitàries, l'habilitació de *nurseries* per tenir a tots els nadons sota vigilància i cura del personal sanitari, van portar com a conseqüència l'abandonament progressiu de l'alletament matern i la inseguretat i el neguit de moltes mares que en tornar a casa amb el seu fill desconeixien quasi tot d'ell: com respirava, com es movia, com es comportava quan tenia gana o anava brut, cada quant tenia gana.

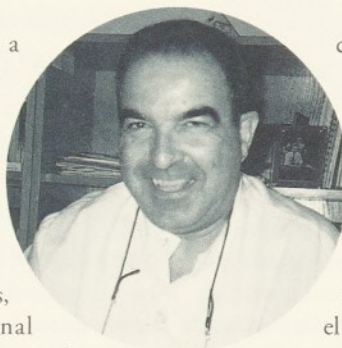
Aquells centres sanitaris que vulguin reconduir aquesta situació i ser reconeguts

per l'OMS-UNICEF com a Hospital Amic dels Nens han de comprometre's a complir 10 requisits que van des de tenir una política escrita vers l'alletament matern i donar suport a les mares que vulguin alletar els seus fills, fins a disposar de personal preparat per fer aquesta tasca i facilitar la cohabitació mare-fill les 24 hores del dia.

Conèixer la mare des del primer moment

A partir del reconeixement mutu establert des del primer moment mitjançant el contacte pell a pell, de l'olor de la mare i de la seva veu, del sabor de la seva llet i de les carícies de les seves mans, el nadó coneix des del primer moment la seva mare: la persona que millor el pot cuidar i alimentar.

El nostre centre des de sempre ha vetllat per mantenir el vincle materno-filial i ha promogut l'alletament matern, fins i tot ha estat pioner en iniciatives en aquest sentit, com ho va ser la creació al nostre hospital del primer banc de llet materna que fun-



Dr. Artur Puig.

cionà al país l'any 1979. Les noves instal·lacions han permès, per fi, poder avançar en aquesta línia, i precisament per aquesta causa es va crear la Unitat d'Hospitalització conjunta Materno-Infantil. El nadó s'ofereix a la mare en el moment de néixer i ja no se separa pràcticament d'ella. Les llevadores, el personal de la planta Materno-Infantil, el personal d'hostaleria, els metges..., en resum, tot el personal i els responsables de la institució hauríem de ser conscients de la gran responsabilitat que tenim en la consecució del benestar materno-infantil i la promoció de l'alletament matern com a primer benefactor de la salut del nen tal com diu l'OMS.

Ha arribat el moment que entre tots aconseguim pas a pas complir els 10 requisits necessaris per poder sol·licitar de l'UNICEF que el nostre centre, l'Hospital General de Granollers, sigui declarat Hospital Amic del Nens.

Dr. Artur Puig

Director del Servei de Pediatria

Carros de cures *Herman Muller*

El control dels estocs al servei de la qualitat assistencial



Els nous carros de cures "Herman Muller".

Darrerament, la Infermeria d'aquest centre ha realitzat una sèrie de canvis notoris en el sistema de treball. Actualment funciona per equips. Això significa que a cada un d'ells li és assignat un nombre determinat de pacients, i d'aquesta manera ofereix una assistència molt més integral i personalitzada; tot això deriva en una millora de la qualitat assistencial, que és l'objectiu primordial de l'Hospital.

L'obertura de les noves àrees d'hospitalització ha permès disposar de material adient que facilita la nostra tasca. Un exemple d'això és l'actual carro de cures, denominat de "Herman Muller", del qual disposa cada equip d'infermeria.

Aquest carro, totalment desmuntable, fàcil de manipular, senzill i pràctic gràcies al material amb què està fabricat, consisteix en una "L" a la qual podem incorporar una sèrie de calaixos de diferents colors, cada un dels quals conté el material

necessari per cobrir qualsevol procediment d'infermeria, a més de la incorporació del sistema unidosi de medicació. Tot això comporta una sèrie d'avantatges a l'hora de treballar en equip. Ens dona plena autonomia per actuar, facilita l'organització de la feina segons les prioritats, evita desplaçaments innecessaris al control i en definitiva representa un estalvi important de temps.

El sistema Herman Muller permet tenir un estoc reduït, fer un seguiment adient del consum i una rotació correcta dels estocs, la qual cosa evita caducitats. Està estandarditzat per a totes les plantes, fet que facilita l'adaptació al personal suplent, com també al propi que fa la rotació per les diferents unitats del Centre, i agilita la tasca assistencial.

Carme Jurado
Amalia Rodríguez

El sistema MIR

El Consell de Redacció del dBaB ens vam proposar organitzar una taula rodona com una forma d'impulsar la participació de diverses persones de l'Hospital en el periòdic. El tema que vam triar per discutir en aquesta ocasió va ser el sistema MIR per a la formació d'especialistes, en el sentit més ampli, és a dir, tant de l'examen pròpiament dit com del període de formació que es duu a terme a l'Hospital. Per parlar-ne, vam voler convidar persones que tinguessin experiències i punts de vista diferents respecte d'aquest tema.

Van participar a la taula rodona el Dr. Josep M. Campos, cap del Servei de Cirurgia General de l'HGG, des de l'any 1981, responsable d'un servei amb acreditació docent des del 1983; el Dr. Ferran Nonell, metge adjunt de Medicina Interna a l'Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma; va fer el MIR a l'HGG, després d'haver estat treballant 6 anys com a metge adjunt de Medicina Interna, sense el títol d'especialista; és vocal de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Medicina Interna; la Dra. Imma Cañas, R3 al Servei de Medicina Interna de l'HGG; el Dr. Josep M. Ibáñez, cap d'estudis de la Comissió de Docència de l'HGG i metge oto-rinolaringòleg i el Dr. Joan Carles Martín, metge adjunt de cirurgia pediàtrica de l'Hospital del Sagrat Cor i metge de guàrdia del Servei de Pediatria de l'HGG.

Què en penseu del sistema MIR com a formador d'especialistes?

FN: Jo dividiria el tema en tres parts. La primera és la via d'accés, la segona és la formació en si mateixa, i l'altre aspecte, que és tan important com els altres, o potser més, és l'avaluació, tant del metge que fa el MIR com del centre on ha rebut la formació.

JMI: Fa poc temps es van celebrar les Jornades de les Comissions de Docència de Catalunya, i una de les coses que van quedar clares entre tots els assistents és que ningú no dubtava de la validesa del sistema MIR per a la formació d'especialistes.

JMC: Cal que hi hagi un sistema per formar els especialistes, i després es pot parlar del sistema a emprar. Una altra cosa és la massificació de les facultats de Medicina. El problema és que la selectivitat es fa al final de la carrera, i això és molt greu, ja que quan acabes tens poques opcions de reorientar la teva vida.

FN: La necessitat del MIR va néixer fa uns anys per la progressiva complexitat que havia anat adquirint la feina de metge, i alhora també per l'augment molt important del nombre de persones que estudien medicina. Un cop implantat el sistema, queda el tema justícia-equitat: tothom té dret, en principi, a una formació especialitzada. Però, quin sistema s'utilitza per a aquest accés? La via d'accés al MIR (examen test) mediatitza el pla d'estudis de l'estudiant. Quan un fa la

carrera de medicina no estudia per ser metge, sinó que es prepara per aprovar el MIR. Això li impedeix adquirir la competència professional suficient com per fer la seva feina en el moment que es llicencia.

JMI: La via MIR és la més objectiva.

JMC: Segons la meua experiència, la persona que ha aprovat el MIR està més formada; hi ha diferència entre la persona que ve amb el MIR aprovat i la que no l'hi té.

IC: Jo estic d'acord amb el que ha dit en Ferran. Avui es formen molts metges i ha



"Cal adequar els programes de formació a les necessitats canviants".

Dr. Josep M. Ibáñez

d'haver-hi un sistema per accedir a la formació especialitzada que sigui just. En el que no estic d'acord és en el tipus d'examen, perquè estudies per treure la millor nota possible. Potser caldria canviar-lo, fer un altre tipus de preguntes, ser una mica més clínic.

JMI: Probablement el test d'elecció múltiple no és el correcte, però s'ha de fer un garbellament, sigui com sigui.

JCM: Estic d'acord que el MIR és una bona via de formació, no hi ha cap dubte. Però justament és un fet que la majoria d'hospitals estan funcionant amb metges que no tenen el títol d'especialista. Jo estaria d'aquesta banda. Considero que sóc un metge especialista en cirurgia pediàtrica atès que he estat set anys de la meua vida en un centre acreditat, i el fet que no tingui el títol és un tema administratiu, burocràtic.

JMC: Aquest hospital, si necessita un



metge adjunt de cirurgia haurà de ser MIR, perquè així ho demana la institució.

JCM: La precarietat laboral fa que hi hagi una insolidaritat entre els diferents metges. Hi ha el conflicte dels MESTO (Metges Especialistes Sense Titulació Oficial), que està a nivell de les Corts, però hi ha molts interessos interposats. Els MIR han bloquejat sempre qualsevol intent que surti alguna ordre ministerial perquè aquest grup obtingui un títol oficial. Es planteja una situació de clara injustícia, perquè si ara anem a fer prevaler els que han fet el MIR però continuem oblidant aquesta bossa que es va acumulant i entrem en un mercat lliure europeu, què passa amb els metges de fora?, a ells se'ls donarà la convalidació i als d'aquí no?

FN: Hi ha dues qüestions: la primera, valorar el MIR en si mateix, i la segona el



"Com a metges, el que ens ha de preocupar és la competència clínica".

Dr. Ferran Nonell

conflicte d'interessos entre els que tenen el títol i els que no el tenen. El tema justícia és molt difícil de tractar, perquè cadascú valora la justícia segons la seva subjectivitat. Però si ens haguéssim de posar d'acord, podríem dir que el sistema de selecció del MIR és el menys injust.

a debat

JCM: D'aquesta manera, però, el que no té el títol no té ni l'opció de poder sol·licitar un lloc de treball. Que es prengui el barem que el que té el títol MIR tingui una puntuació i que el que no el té, en tingui una altra. S'ha de fer una cosa estructurada, i a partir d'aquí que s'analitzi cada especialitat cas per cas, però que hi hagi l'opció. Ara com ara aquesta opció no existeix. Aquest és el problema.

JMC: Si una persona no té el títol, hi ha dos aspectes. Un és la formació, ja que en principi la garantia és per la que té el títol. De l'altra banda, hi ha l'aspecte legal, jurídic. Si ara contracto un especialista en



"Cal trobar una solució per als MESTO".

Dr. Joan Carles Martín

cirurgia general que no té el títol, quan operi jo en seré el responsable. Si aquesta persona té algun problema de tipus legal hauré de respondre'n jo. En aquesta situació, és claríssima l'opció d'agafar algú amb títol. Una altra cosa és que dintre del Servei de Cirurgia General hi hagi una persona que no té el títol, però que jo sàpiga que està ben formada. Aleshores sí que puc respondre per ella.

JCM: El problema és que aquesta persona no podrà estar contractada en un altre centre perquè no hi seràs tu que el coneixes i que en pots respondre.

IC: Referent a la llei per donar el títol a especialistes que no han fet el MIR, jo sé que hi ha molta gent que no l'ha fet, el MIR, que ha estat uns anys en un Hospital, que penso que està ben formada i que segurament mereix el títol. Però si ara a tothom que ha fet quatre anys en qualsevol centre públic o privat, com diu la llei, i que després hagi fet x hores de formació en un curset se li dona el mateix títol que a una altra persona que ha fet el MIR, no ho veig just. Sé que s'ha de donar una sortida, però ha de ser una sortida molt objectiva i valorar moltes coses.

JCM: I jo sóc el primer d'anar en contra que es doni el títol a una persona no qualificada.

FN: He intentat fer un esquema per intentar lligar tots els temes: accés, formació, avaluació, competència final, i tots conflueixen en el mercat laboral. Tots

estariem d'acord que si hi hagués feina per a tothom probablement gran part d'aquest problema no existiria.

Com s'ha de portar a la pràctica un programa de formació MIR perquè sigui un bon programa. De què depèn?

JMI: Fonamentalment dels formadors i dels que es formen. El sistema és vàlid, però és rígid, poc flexible i poc representatiu de les necessitats actuals. Hi ha molts aspectes de la medicina, per exemple el vessant epidemiològic, que no està contemplat dins els programes de formació. S'han d'adequar els programes a les necessitats canviants.

JMC: En primer lloc, la predisposició de la persona que va a fer una especialitat ha de ser bona. Després el centre i els formadors han de col·laborar i ajudar. I finalment, s'han de tenir els mitjans per poder donar aquesta formació.

IC: Estic d'acord que és molt important la motivació que tingui el Resident, l'autoformació. Però també ho és el programa de formació que hi hagi. El programa que tenim ara és bo, encara que una mica antiquat, però si no hi ha una comissió de docència adequada i unes persones que es preocupin perquè això es porti a la pràctica, és com si no existís. Un altre tema és



"La formació ha de ser adequada i l'avaluació, homogenia".

Dra. Imma Cañas

la pressió assistencial en un hospital com aquest, que fa que els residents tinguem prou feina amb el dia a dia i no ens quedi temps per estudiar ni per publicar.

FN: En aquest país hi ha prop de 200 centres en els quals es dona formació per especialitats mèdiques. Hi ha uns mínims que s'han de complir, uns mínims generosos, però és molt difícil que la formació que es fa en els diferents centres sigui homogènia. Quan un internista surt d'un hospital comarcal aquí a Catalunya, jo penso que des del punt de vista de la pràctica clínica diària surt més ben preparat que un metge que surti d'un hospital de tercer nivell. Això és la cara de la moneda, i la creu és que el Resident de l'hospital comarcal ja adquireix una càrrega de responsabilitat assistencial molt gran, cosa que no ha de ser així.

JMI: Aquí entra el conflicte assistencial/docència. Un hospital que es vol dir



"El problema és que la selectivitat es fa al final de la carrera".

Dr. Josep M. Campos

docent ha d'entendre que ha de solucionar el problema de la pressió assistencial a part dels Residents.

FN: I això crea una paradoxa, que és la següent: per poder accedir a un lloc de treball, fins ara, es tenia en compte el currículum, tenien molt valor les publicacions, la tesi doctoral i les beques d'investigació, quan en realitat el lloc de treball del metge no és aquest, sinó que és veure malalts. Com demostra un metge format en un hospital comarcal, amb una competència clínica contrastada, la seva vàlua per damunt dels metges que sobre el paper tenen més publicacions? La resposta la tindrem d'aquí a uns mesos, amb el sistema d'avaluació de la competència clínica que s'està elaborant. I ara podem passar al tema de l'avaluació. Ara com ara, no existeix una avaluació real, pel fet d'entrar a fer el MIR ja tens el títol. S'està parlant d'imposar un sistema d'avaluació continuada, semblant al que es duu a terme al Quebec (Canadà), amb molt bons resultats.

Podríem parlar de competència.

FN: El Dr. Ramon Pujol, a la seva tesi doctoral, va comparar la competència clínica entre un grup de metges que l'any 1982 es van presentar a l'examen MIR i el van aprovar, i un altre grup que no havent tret el MIR van fer un altre tipus de formació i estaven treballant com a especialistes. El resultat va ser que la competència global dels metges que van accedir al sistema MIR va ser superior als que no hi van accedir. On va haver-hi més diferències a favor dels MIR va ser en la resolució de casos, en la valoració del currículum i en la prescripció farmacèutica. Els aspectes en què els grups eren més similars van ser la motivació personal i la satisfacció professional.

JMC: Em crida l'atenció la satisfacció professional. Potser que la societat comenci a pensar com valora aquests professionals.

FN: El mercat laboral modula tots els problemes dels quals estem parlant. Com a metges, el que ens ha de preocupar és la competència clínica.

JMC: Però la satisfacció professional és important, perquè si un metge no està en bones condicions ●●● (Continua a la p. 6)

(Ve de la p. 5) *** mal podrà prendre decisions que vagin d'acord amb la seva responsabilitat.

IC: Sobre la insatisfacció, a part del mercat laboral, hi ha el tema que molta de la gent que fa el MIR té una plaça que en realitat no és la que volia.

JMC: Es possible que hi hagi metges a l'atur que podrien haver estat excel·lents si haguessin pogut arribar a formar-se. Per acabar, cadascú podria fer una última reflexió.

JMI: El sistema MIR és actualment l'únic vàlid que hi ha, encara que s'ha d'adaptar als temps actuals. D'altra banda, s'haurà de buscar una solució al conflicte que hi ha amb els MESTO.

JCM: Sí al sistema MIR, però primer s'ha de resoldre el problema que tenim actualment.

IC: S'ha de lluitar perquè la formació sigui l'adequada. L'avaluació dels Residents ha de ser homogènia entre tots els centres.

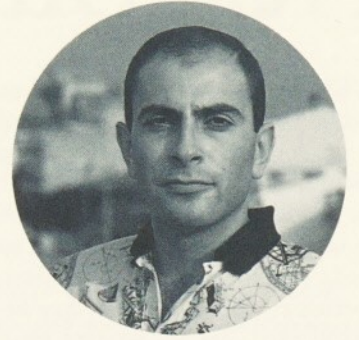
FN: Cal tenir metges tan competents com sigui possible, i l'únic programa que ho afavoreix és el MIR, encara que se n'han de retocar alguns aspectes, com l'accés i l'avaluació.

JMC: El sistema MIR em sembla bé, però la selectivitat s'ha de fer abans de començar la carrera, i no pas després.

Carme Barbany

Una visió diferent

El Dr. Eudald Balcells va decidir marxar fora del nostre país per fer l'especialitat. La seva experiència ens ofereix una visió diferent sobre el sistema MIR.



Per què vas marxar?

Vaig optar per una formació especialitzada a Anglaterra donada la meva decisió de cursar Cirurgia Ortopèdica com a especialitat i no voler esmerçar una part molt important de temps i d'esforços per aconseguir una classificació al MIR que em garantis formació en un centre docent d'alt nivell.

El contrast de les possibilitats docents entre un país i l'altre, la racionalitat del seu sistema de selecció i de formació, i una mica de ganes de veure noves formes d'organització van fer que em decidís a fer les maletes.

En el meu cas concret, també va tenir-hi un paper important a l'hora de decidir-me el tenir molt clara l'especialitat que volia fer i que Anglaterra sigui reconeguda precisament per ser un dels països líders pel que fa a Cirurgia Ortopèdica.

Com estàs?

Enfeinat. L'organització del NHS (Sistema Nacional de Salut) dóna un entorn

molt competitiu al metge en formació que, entre altres coses, renova contracte cada sis mesos i a l'hora de promocionar s'han d'anar superant exàmens.

La pròpia vida hospitalària també està molt monitoritzada i els serveis solen tenir auditories setmanals de control de qualitat. D'altra banda, però, el metge en formació té, ja per contracte, garantida una sèrie de drets que permeten que l'educació estigui protegida, els hospitals dediquen bona part de temps i pressupost a la docència -i, en general, l'entorn està dissenyat per continuar la formació.

Quines perspectives tens?

Una vegada conclusos satisfactòriament els diferents períodes de formació al Regne Unit, el títol d'especialista és reconegut a tots els països membres de la Comunitat Econòmica Europea. Si la situació és favorable aleshores, penso tornar a casa.

L'Hospital de Granollers, per la docència i la recerca

La Universitat de Barcelona i la Fundació Hospital/Asil de Granollers institucionalitzen la seva col·laboració

Tal com vam avançar en el número de maig-juny del "dBaB", el 6 de juny passat Antoni Caparrós, rector de la Universitat de Barcelona, i Josep Serratusell, president del Patronat de la Fundació Hospital-Asil de Granollers, van signar un concert de col·laboració amb objectius docents, assistencials i de recerca.

Aquest acord institucionalitza i amplia a totes les Ciències de la Salut les relacions que fins ara hi havia entre la Facultat de Medicina i alguns professionals mèdics que n'eren professors associats.

Pel que fa a la docència, el concert vol facilitar la màxima utilització dels serveis i dels recursos

humans i materials de l'Hospital de Granollers a la docència universitària a nivell de pregrau i postgrau, com també cooperar en el manteniment i en la qualificació dels professionals de la salut al més alt nivell. Que la docència i la recerca serveixin per millorar la qualitat assistencial com a Hospital Associat a la Universitat és l'objectiu assistencial del concert. En relació amb la recerca, aquest acord vol potenciar-la, tot coordinant les activitats d'ambdues institucions per tal d'optimitzar els recursos.

Gairebé la totalitat dels serveis de l'Hospital participaran en les activitats docents compreses en el conveni, que tindrà una durada de cinc anys.

Els ensenyaments de Medicina que preveu l'acord són les pràctiques clíniques de 4t i 5è curs de Medicina (Medicina, Cirurgia i Especialitats Quirúrgiques, Radiologia) i pràctiques clíniques d'Obstetrícia i Ginecologia. Pel que fa a Farmàcia, es portaran a terme pràctiques tutelades de Farmàcia Hospitalària. Els estudiants d'Infermeria de 2n i 3r curs faran pràctiques hospitalàries de l'àrea d'Infermeria Mèdico-quirúrgica.

Comissió Mixta Universitat-Hospital/Asil de Granollers

L'acord estipula la constitució d'una Comissió Mixta Universitat-Hospital/Asil de Granollers.

Aquesta Comissió Mixta té, entre d'altres, les funcions de vetllar per l'aplicació correcta del concert, fixar els objectius específics de desenvolupament, proposar el nombre de places de professor associat que s'hauran de cobrir amb personal de l'Hospital de Granollers i supervisar el rendiment pedagògic teòric i pràctic dels ensenyaments concertats.

La signatura d'aquest acord és una clara mostra de la voluntat del Patronat i de la Direcció de l'Hospital de Granollers de potenciar la docència i la recerca, activitats sense les quals el nostre Hospital no podria ser mai l'Hospital de referència que vol arribar a ser.

dBaB

Trastorns afectius en psicogeriatria

La depressió en el vell

La depressió en el vell és un dels problemes més importants de la Salut Pública en aquest grup d'edat.

S'estima que un 15% de la comunitat d'edat superior a 65 anys presenta símptomes depressius. La prevalença de depressions greus en el vell és d'un 3%, la depressió en l'atenció primària és d'un 5%, i en pacients asilats representa entre un 15% i un 25% (NIH Consensus Conference, 1992).

Clínicament la depressió es caracteritza per la presència de símptomes com tristesa, pèrdua de l'interès per l'entorn i per la pròpia persona, pèrdua de les il·lusions, idees de mort... També s'acompanya de símptomes físics com sensació de cansament, pèrdua o augment de la gana, insomni o somnolència, i d'altres que poden confondre's amb d'altres patologies: cefalees, artràlgies, dolor abdominal, etc. En les depressions més greus poden aparèixer símptomes que anomenem de tipus delirant, com són les idees de culpa, de ruïna, de perjudici, o de suïcidi.

La malenconia involutiva descrita per Kraepelin (1921) és el trastorn depressiu característic en l'edat avançada amb unes manifestacions clíniques diferencials: primera manifestació depressiva després dels 50 anys, agitació més gran, insomni, hipochondria, i somatitzacions. En aquest grup,

un 20% tenen antecedents genètics de depressió i sempre és considerat com un quadre depressiu greu.

Els trastorns adaptatius amb estat d'ànim depressiu són la causa més freqüent de consulta en pacients ambulatoris. Aquests manifesten decaïment, tristesa, pèrdua de les il·lusions (anhedonia), alteracions de la son, anorèxia... En aquestes depressions sempre hi ha un factor desencadenant viscut com a estressant pel pacient, que no és capaç de presentar un canvi de conducta adaptativa. Els símptomes que presenten poden ser semblants a les depressions més greus, però l'expressivitat de la malaltia i el nivell d'adaptació a les activitats de la vida diària és ben diferent: mantenen la seva activitat encara que sigui carregosa i manifesten els símptomes en recordar el fet concret (Pujol, 1995).

El diagnòstic de depressió és sempre clínic. Per diferenciar-ho d'altres malalties físiques haurem d'utilitzar exploracions complementàries. Actualment encara no disposem de proves específiques, genètiques o bioquímiques per arribar al diagnòstic de depressió. Altres exploracions com són els tests psicomètrics ens serviran per objectivar els símptomes depressius i poder quantificar-los, o per valorar possibles símptomes inicials de



Dra. Pilar de Azpiazu.

la farmaciola

demència, que clínicament es poden confondre. Cal recordar que les depressions en el vell poden ser el primer símptoma de demència i que la depressió pot presentar símptomes de demència (pseudodemència depressiva) que desapareixen en millorar la depressió.

Actualment el tractament de la depressió ens ofereix múltiples possibilitats terapèutiques. Els antidepressius clàssics encara són vigents i possiblement tant o més eficaços que els més nous. Però en aquests pacients que, en general, presenten pluripatologia, de vegades no és possible l'administració d'aquests fàrmacs pels efectes adversos que tenen i haurem de seleccionar detingudament el tractament en cada cas.

La investigació continuada en el descobriment de noves molècules ha donat lloc a nous antidepressius que, en general, intenten disminuir els efectes secundaris millorant la qualitat de vida del pacient depressiu, que en molts casos haurà de fer un tractament per tota la vida o a llarg termini.

Possiblement, el tractament personalitzat sigui la clau perquè els pacients depressius, encara que siguin vells, tornin a gaudir de viure.

Dra. Pilar de Azpiazu

Metge adjunt del Servei de Geriatria

l'aula **B** Curs d'animació de la gent gran

Els estudis estadístics demostren que la població té tendència a envellir i que cada vegada seran més necessàries persones qualificades per millorar les condicions de vida de la gent gran.

L'Hospital farà, el proper mes d'octubre, un curs d'"Animació de la gent gran" amb la col·laboració del Servei de Foment Econòmic de l'Ajuntament de Granollers. El curs consta de 250 hores, 100 de les quals són pràctiques. Està adreçat a dones

aturades, majors de 25 anys que fins ara, i per raó del seu caràcter, han estat al costat de la gent gran però mai se'ls ha valorat la feina realitzada.

D'aquesta manera, es vol aconseguir que la societat reconegui la seva tasca, ja que tenen la formació específica necessària per ajudar i motivar a les persones ancianes a viure el seu procés d'envelliment, en les millors condicions de vida possibles, en les seves dimensions físiques, psíquiques i sòcio-culturals.

Gràcies, companys

Tots sabem que els comiats són tristos i més quan són per sempre. Però la meua família i jo vàrem tenir la sort de tenir-vos al costat, al llarg del viatge que feia la mare. Gràcies sobretot a la gent de l'Hospital de Dia que, en tenir més experiència, ens anaven orientant a cada pas, ens aconsellaven sobre el que havíem de fer, i ens ajudaven no sols professionalment sinó compartint sentiments i fent que, a poc a

poc, ens adonéssim de tot el que necessitàvem, perquè la mare fes el camí, sense descurar-se de res. Hem trobat a cada moment una mà, una paraula que ha fet que la llum s'anés apagant molt lentament, sense que ens fes gaire mal.

Tinc molta sort de poder treballar amb tots vosaltres. Gràcies.

Coral Gómez i Gómez

B la finestra **B**

l'agenda

Recordem que l'horari del Banc de Sang per donacions és de 09.00 a 19.30 h. tots els dies de la setmana.

Cursos mes d'octubre

"Acompanyament en els processos de morir i de la mort"

Dies: 30 i 31 d'octubre
6 i 7 de novembre

Dirigit a: diplomats i auxiliars d'Infermeria, metges, tècnics especialistes sanitaris, auxiliars sanitaris.
Objectius: actualitzar els coneixements sobre el procés de morir i de la mort.

Aconseguir millorar la qualitat d'assistència i una millor coordinació dins els equips assistencials.

Professorat: Sra. Teresa Piulachs, infermera. Directora de DOMO, Escola d'Ensenyament Superior d'Infermeria.

"Curs de relació d'ajuda per a diplomats d'Infermeria"

Durada: 7 tallers d'octubre/95 a abril/96

Dirigit a: diplomats d'Infermeria
Objectius: Establir criteris clars respecte a la naturalesa de l'atenció d'Infermeria.

Potenciar el desenvolupament personal.

Adquirir habilitat en el maneig de la relació d'ajuda a l'atenció d'Infermeria.

les golfes

Solució als mots encreuats número 6

H: 1. Màquina escurabutxaques.- 2. Enutjar. Coi. Ru.- 3. Lioneses. Mduat.- 4. irraM. Cabe. MX.- 5. Tribals. roP. Ea.- 6. Ed. Nia. cimiuQ.- 7. Atifells. Sió. U.- 8. F. Arbitre. Iee.- 9. Arna. Ai. Nadons.- 10. Via. Crucis. T.- 11. Osmi. Iogurtera.- 12. Riells. Ini. Ram.- 13. Ibn. L. canyaM. E.- 14. Rítmic. L. Ara. N.
V: 1. Mèlit. Afavorir.- 2. anirreT. Risibi.- 3. Quotidianament.- 4. útnaB. Fra. IL. M.- 5. jiemaneB. Lli.- 6. Nas. Liliacis. C.- 7. arE. Saltiró. C.- 8. E. Sc. Sr. Ugial.- 9. Sc. Arc. Encuny.- 10. Combois. Airina.- 11. uidepmI. Dst. Ar.- 12. R. U. Ioio. Erma.- 13. Arameu. Entra.- 14. Butxaques. Amén.

Solució a l'escudella barrejada Número 6
PILAR DE AZPIAZU, MIGUEL BERRUEZO, MARGARITA CARMONA, MARIA FE CODINA, JAUME FREJO, JORDI GENDRE, CORAL GOMEZ, RAFAEL GRADOS, ARTURO HERRERO, DOLORES HOYOS, ROSA LARA, M. PAU NUALART, DOLORES RECHE, ESTER RODRIGUEZ, ELOISA RUDA, SANDRA SERRANO, NURIA SOLER, ALEJANDRO YUNTA, PILAR ZAMBRANO, AMALIA ZUASNABAR.

Solució de la targeta falsa número 6
M. CARMEN SOLANA SALINAS

Guanyadors per sorteig, entre les solucions correctes de "Les Golfes" del número 6:
Mots encreuats: Quim Bosch.
Escudella barrejada: Teresa Subirats
Targeta falsa: M. Carmen Solana

Us recordem que sortejarem un llibre entre tots els encertants de cadascun dels passatges. Podeu depositar la solució a la bústia que trobareu al costat de la Unitat d'Informació i Atenció a l'Usuari.

Data límit per entregar els resultats de "Les Golfes 7": 30 / 10 / 95

Escudella barrejada

Número 7

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

R U F I R O D R I G U E Z A P R
J O S E F I N A S A N C H E Z O
E S C A R M E T E R R A D A S J
S O N I C A N O R G R A N A D O
U R N S O T N A S R A L I P P R
S R U S E V I V T R E B L A L D
B A R P U R I P E R E Z L N T I
E B I S A B E L R A M O S I R C
R A A C D M P O L R M S I R G A
N N S E D L A C L A O L B A P N
A I A J O S E P P A L A U S N O
B L L L P E R E B R O B I S E S
E I A R E R R A C E M R A C I A
Q U T E R E S A S U B I R A T S
R Q U I Z A P E D N I U Q A O J
S A L V A D O R A R M E N G O L

Mots encreuats

Número 7

H: 1. Política econòmica dirigida a protegir l'economia d'un estat, defensant els seus productes de la competència estrangera.- 2. Part de la zoologia dedicada a l'estudi del os dels animals. Sud. Covador.- 3. Persona que es dedica a fer llits. Sofre. Ara doblat.- 4. Diferents romans. Riuen fàcilment aquestes.- 5. Les vocals de l'Ovidi. La primera. Famosa novel·la de Saint-Exupéry.- 6. Doncs mira ha perdut la rodoneta. Deia que el fi justifica els mitjans.- 7. En castellà, conducta amb un metge. Forat gros d'una bóta. L.- 8. Un cotxe de Sant Sebastià i un de Lleó. Està. Seguit de la Vall, poble de la Vall de Boí, amb una bonica (per fora) església romànica.- 9. Consonant repetida. Fer buits en un metall, especialment l'argent, i omplir-los amb una mena d'esmalt negre.- 10. Rosada. Demana confirmació. Gos. Malament quan està enarrit.- 11. Es fa tant l'orni que ni ho sap. Espècie de lilit a bord. Bots.- 12. Lletges de Salamanca. Furtaré. Un.- 13. Mitja deessa egípcia. El seu símbol és Y. Fem servir a l'americana. Mig miler.- 14. Comença l'abecedari. E. Forat o ranura en forma de trau. Jo bé i?

V: 1. Trastorn metabòlic de les neurones del sistema nerviós central amb pèrdua de substància grisa.- 2. Famós conjunt contemporani dels Beatles que ha tornat a actuar fa poc.- 3. Estudi del conreu de l'olivera. La segona per als nens.- 4. Sencer. I bo. Aquella tan repetida. La deessa egípcia sencera.- 5. Antiga Terrassa. Natural de Letònia. La més repetida.- 6. Cent tres. Mastegar.- 7. Vaixell d'origen sarraí emprat als segles XIV i XV. No arriba a tenir ofici.- 8. Un. Facultat de ser eloqüent. Oest.- 9. Panda, polar... Exhibiria i faria goig. Però no val.- 10. El punt cardinal que faltava. (Al rev.) Sortides. Molt adequat per un miratge.- 11. Anglicisme, està de moda. Convicta. Porten, sovint, al darrere els serenos.- 12. I tant! Tots ho farem i malament si no arribem a fer-ho.- 13. Contemporània del 2 vertical a la qual agradava la nota la. (Al rev.) Estava. Altra vegada la repetida.- 14. Article plural. (Al rev.) D'una alçada considerable. Allò que resta d'un tot després de sostreure'n una o més parts.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														

Targeta falsa

Número 7

Sembla una senyora molt gran però és un senyor molt fraternal

MARINA MOLES MOLGRAN

Marina Molins

el rebost

Cuina mediterrània Tomàquets a la provençal

Ingredients:

4 tomàquets madurs però durs (tots de la mateixa mida)
2 escalunyes o una ceba mitjana
4 grans d'all
Julivert, sal, oli i pa ratllat

Talleu els tomàquets per la meitat, si són grossos, o únicament escapceu-los perquè s'aguantin, si no ho són. Saleu-los i deixeu-los una estona de cap per avall, perquè treguin suc.

Peleu i piqueu molt petites les escalunyes o la ceba. Piqueu també els alls i el julivert.

Poseu la ceba a coure lentament en un cassó amb una cullerada d'oli. Quan es comenci a enrossir, afegiu-li l'all i el julivert, doneu-hi un parell de voltes i retireu-ho del foc.

Poseu els tomàquets en una plàtera que pugui anar al forn, untada amb una mica d'oli. Repartiu el sofregit per sobre els tomàquets i espolseu-hi el pa ratllat.

Poseu la plata al forn, ja calent, uns 15 minuts. La durada de la cocció pot variar, segons com siguin els tomàquets de madurs.