

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
de la Fundació "La Caixa"

**"LES COMPETÈNCIES DELS SUPERVISORS/ES:
QUÈ SOM, QUÈ FEM, QUÈ VOLEM"**



AUTORS

Bifet Gatus, Trini

García Miravet, Antonio

Guerrero Moreno, Nicolás

Roca Cortés, M^a Teresa

Fornells Viloca, Mireia

07 JUL. 2004

Treball dirigit pels professors:

Esteve Pont

Montserrat Teixidor

José Tejada

Comissió avaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretari
Concepció Ferrer	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentat en data: 23 de Juny del 2004

Acceptat en data:

Està prohibida qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part dels autors

ÍNDEX

AGRAÏMENTS	5
INTRODUCCIÓ	7
JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI.....	12
OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ.....	13
VIABILITAT DE L'ESTUDI.....	14
1ª PART: MARC TEÒRIC I CONTEXTUAL DE REFERÈNCIA.....	15
Capítol 1. REVISIÓ HISTÒRICA	15
1.1. HISTÒRIA DE LA INFERMERIA.....	15
1.2. HISTÒRIA DE LA SUPERVISIÓ	21
1.2.1. DEFINICIONS I MODELS DE SUPERVISIÓ:.....	25
Capítol 2. COMPETÈNCIES.....	32
2.1. USUARI I FAMÍLIA.....	40
2.2. FORMACIÓ CONTÍNUA I DOCÈNCIA	43
2.3. LIDERATGE.....	50
2.4. EQUIP D'INFERMERIA.....	61
2.4.1. COMUNICACIÓ.....	62
2.4.2. MOTIVACIÓ I SATISFACCIÓ.....	68
2.5. GESTIÓ DE CURES	76
2.6. SERVEIS DE SUPORT.....	83
Capítol 3. CAPACITATS.....	96

2ª PART: MARC EMPÍRIC	104
Capítol 4. PLANTEJAMENT I DEFINICIÓ DEL PROBLEMA	104
4.1. HIPÓTESI DE TREBALL.....	105
4.2. VARIABLES.	105
4.3. METODOLOGIA	107
4.4. TEMPORALITZACIÓ DEL TREBALL D'INVESTIGACIÓ.....	108
Capítol 5. RECOLLIDA I ANÀLISI DE LES DADES.	109
5.1. QÜESTIONARI	113
5.2. ENTREVISTA.....	114
5.3. RESULTATS DE LES ENTREVISTES A LES CAPS D'INFERMERIA	117
5.4. RESULTATS DE LES ENQUESTES	117
5.4.1. ANÀLISI ESTADÍSTIC.....	122
5.4.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL	131
Capítol 6. CONCLUSIONS	190
Capítol 7. PROPOSTES DE MILLORA I NOVES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ	
7.1. PROPOSTES DE MILLORA	197
7.2. NOVES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ.....	198
BIBLIOGRAFIA.....	199
ANNEXES.....	207
CARTES PRESENTACIÓ QÜESTIONARI	207
ESQUEMA ENTREVISTA CAPS D'INFERMERIA.....	209
QÜESTIONARI COMPETÈNCIES SUPERVISORS/ES	210
VALIDACIÓ QÜESTIONARI	217

AGRAÏMENTS

A les nostres famílies, per la confiança, els ànims, els consells, el recolzament i, sobretot, per la seva gran paciència i estimació.

A Maribel Ramírez, per la seva inestimable ajuda i la inesgotable paciència que ha fet possible l'elaboració de aquest treball.

A Carlos Lozano, per la seva important i desinteressada col·laboració en l'anàlisi estadístic.

Als nostres tutors Montserrat Teixidor, Esteve Pont i José Tejada, per haver sabut transmetre, a més dels seus coneixements, una metodologia de treball. Tant les seves crítiques i suggeriments com el seu estímul i recolzament en tot moment, han estat fonamentals en aquest treball.

A l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona, pel suport que ens van donar durant aquest temps. Especial menció al Sr. Jesús Montori, per la seva amabilitat i compressió.

A l'Hospital de Santa Maria de Lleida i a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, que han confiat des d'un començament en els resultats d'aquest treball de recerca.

A la resta d'Hospitals: Josep Trueta de Girona, Verge de la Cinta de Tortosa i l'Arnau de Vilanova de Lleida, per haver col·laborat amb nosaltres, oferint-nos la possibilitat de realitzar aquest estudi de recerca.

A tots els autors de la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria: demarcació pilot de Barcelona, que amb la seva investigació ens han facilitat el plantejament d'aquest treball i la seva elaboració.

I a totes aquelles persones que d'alguna manera han col·laborat en aquest treball, donant-nos el suport que necessitàvem.

INTRODUCCIÓ

A l'any 1991 i en el marc de les "III Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería", Mariona Creus (1991) ja definia que al parlar de la supervisió calia tenir en compte la realitat dels nostres hospitals, doncs de sempre ha estat molt heterogènia i condicionada, com no, per tota una sèrie de factors com:

- La mida dels centres (Comarcals, Ciutats Sanitàries, etc.).
- Administració de la que depèn el centre.
- Titularitat administrativa.
- Entorn geogràfic i població a la que atén.
- Cultura de l'organització i antiguitat de la mateixa.
- Disponibilitat pressupostaria, problemàtica socio-laboral.
- Nivell de desenvolupament de l'organització.
- Objectius de la direcció de l'hospital.
- Nivell d'autonomia i d'implantació de la direcció d'infermeria.
- I per acabar quantitat i qualitat del personal d'infermeria.

Sí que és cert que, a més de tots aquests factors, hi ha elements comuns en totes les institucions que han esdevingut des de sempre la raó d'ésser de les supervisions, per exemple:

- Garantir cures d'infermeria adequades i sota els estàndards d'una bona qualitat assistencial.

- Afavorir i mantenir les bases i tots els instruments necessaris perquè l'equip d'infermeria pugui desenvolupar bé la seva tasca.
- Aconseguir una bona relació entre qualitat-cost i eficàcia-eficiència.
- Gestió de recursos.

Si fem una anàlisi retrospectiva al llarg de la història o l'origen de la supervisió, molts infermers/es destaquen l'existència de 3 etapes:

- La **primera etapa** podríem dir que és quan es produeix el naixement de les supervisions, responent a la necessitat de tenir un responsable de la institució en cada una de les unitats o serveis d'infermeria que es responsabilitzi de feines més quotidianes: organització de les persones, neteja i ordre de la unitat, detectar problemes de manteniment, control de la llenceria i material i, com no, que col·labori amb l'estament mèdic. Podem dir que en aquesta etapa les cures d'infermeria són una de les tantes funcions o feines que se li atribueixen però no precisament la més reconeguda. En relació al que s'esperava de la supervisió normalment es seleccionava a una religiosa o a una persona fidel, dòcil, bona administradora, capaç de complir i aplicar la normativa, que fos capaç de suplir deficiències organitzatives de quantitat i/o de qualitat de personal sense evidenciar-ho gaire.
- La **segona etapa** s'inicia en el moment en que les organitzacions, a conseqüència de la restricció econòmica, es comencen a preocupar dels costos, rendiments i pressupostos.

És a partir d'aquest moment en que es comencen a analitzar els costos, quan a la supervisió se la converteix en un instrument de gestió econòmica dins de l'organització. Les supervisions es veuen immerses en un món pel que no han estat preparades i a més no disposen d'instruments de gestió que els hi faciliti

la seva feina; han de començar a fer informes sobre consums, estocs, estudis de carregues de treball, etc.. Durant aquesta etapa, la dificultat de posicionament de les supervisions dins de les organitzacions i dels seus propis equips és evident, doncs reben pressions per tots costats, tant de l'organització, com de l'equip i també pel propi pacient i família. És en aquesta situació que les supervisions adopten diferents actituds. Podríem parlar de:

- Les que es converteixen en la tradicional "governanta".
 - Les que es converteixen en apaga focs de la unitat.
 - Les que no prenen mai cap decisió i sempre s'amaguen darrera "M'ho manen així".
 - I per acabar les que es comencen a formar, preocupades per les noves funcions que se'hi atribueixen.
- La **tercera etapa** ens ve donada pel reafirmament de la infermeria com a professió, per la potencialització del rol autònom dins de l'equip assistencial i multidisciplinar. És en aquest moment quant la gran majoria de les supervisions i direccions d'infermeria reivindiquen el seu paper professional com a gestores de cures, identificant a l'organització i a l'administració com instruments per optimitzar les cures d'infermeria. Els seus esforços van adreçats cap a la planificació, previsió i estandardització de les cures per evitar omissions, improvisacions i errors. És l'etapa en que es comença a parlar de les supervisions com a líders que han d'aprendre i aconseguir que els equips d'infermeria es formin i creixin com a tals, adquirint la maduresa professional i laboral que els distingirà d'altres professions.

També és l'etapa en que la gran majoria d'infermers/es comencen a introduir-se i a treballar dins del món de la docència i la recerca, entenent-ho realment com a funció pròpia.

Un cop feta aquesta petita revisió històrica de les funcions i el rol que les supervisions han estat desenvolupant durant anys, podem veure que el perfil professional d'aquestes, des de la primera etapa fins ara, ha anat canviant, sobretot pel que fa a les seves competències. Ara bé, també és cert que el canvi sofert en el sentit de competències de les supervisions o comandaments intermedis podem dir que no és directament proporcional al temps que ha transcorregut des de les reflexions i anàlisis que hem comentat al principi, fetes per la Sra. Creus, ja que tots aquells factors condicionants lligats a la realitat de cada hospital continuen existint i existiran sempre.

Continuant amb el tema de la investigació, no podem obviar la definició de competències segons el CCECS (Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut) i la Comissió d'Infermeria, feta en 1997: "Aquell conjunt d'habilitats, actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment". Aquesta definició implica la capacitat per dur a la pràctica els coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de la professió d'infermeria, al servei de la resolució i prevenció d'un problema de salut.

Així doncs, aquesta definició fa clarament referència a un "saber fer", el qual es pot estructurar com a mínim en 3 grans dimensions:

1. Conceptuals o pensament crític (coneixements, presa de decisions, anàlisi, formulació de problemes, etc.).
2. Interpersonals (valors, actituds, etc.).
3. Tècniques (destreses, habilitats tècniques, etc.)

La importància que té el fet de definir les competències de qualsevol professió i estament, és perquè es converteixen en una eina clara per poder reivindicar l'autonomia professional i per plantejar-nos, entre d'altres aspectes, uns nivells de

formació (pre-grau, post-grau, 3r. nivell i formació contínua) adequats a allò que tothom espera de la infermeria i els seus comandaments com a responsables finals de la gestió i de l'actuació del nostre col·lectiu dins del sistema sanitari.

Fent referència al llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya veiem que, quan es parla de competència professional i gestió, queda molt clar que la definició, certificació inicial i rectificació periòdica de les competències dels diferents professionals de les organitzacions i sistema sanitari juntament amb la competència de cada professional, són element cabdals per a la "garantia social de la qualitat de les actuacions".

En el cas de la nostra professió, Infermeria, parlarem sempre de qualitat i excel·lència de les cures.

PROPÒSIT

El nostre propòsit, a l'igual que el del grup de treball que va realitzar el Projecte de Competències de la Professió d'Infermeria, és poder aconseguir que aquest treball d'investigació no es converteixi:

- "Ni en un tractat massa teòric, que tan sols contingues aspectes filosòfics no del tot coincidents amb la realitat d'una professió forçosament canviant i en constant adaptació a la societat a la que es dirigeix".
- "Ni en un simple llistat de tasques que donaria lloc a una visió extraordinàriament reduccionista de la realitat".

Voldríem aconseguir descriure les competències dels supervisors/es, responent a les necessitats i/o expectatives dels diferents col·lectius implicats d'una manera més directa amb la figura i el rol dels supervisors/es.

Un cop definides, el nostre propòsit és que pugui arribar a ser una marc referencial estandaritzat de competències dels supervisors/es en l'àmbit hospitalari actual, sotmès a la reflexió i adaptació als canvis que es produeixen a nivell de gestió en el món sanitari.

JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

Vivim en un món on la societat està canviant d'una manera ràpida i constant, on s'evidencia l'existència d'un gran caos en tots els nivells i on els valors humanistes a vegades es donen per inexistents.

Aquesta visió tan competitiva de la societat afecta de ple a les organitzacions: l'autoritat o jerarquització de les empreses necessiten cada cop més de líders potents per a poder dur a terme tots els canvis i així assolir els seus objectius

El món sanitari està inclòs en el sector terciari, sector de serveis, on cada cop més es demana que es sigui més efectiu i eficaç, oferint la màxima qualitat d'atenció als seus clients; és per això que aquesta necessitat de líders potents també es fa necessària en el sector sanitari. En el camp de la infermeria, a aquests líders les direccions els anomenen de moltes maneres diferents, però en definitiva creiem que de tots s'espera el mateix, alhora que creiem se'ls hi atribueixen competències diferents segons la direcció d'infermeria de cada centre.

L'any 1966, a l'Hospital de Sant Pau de Barcelona, es crea la figura del supervisor/a com a comandament intermedi, sent el màxim responsable del funcionament de la seva àrea. Des de llavors la figura del supervisor/a d'infermeria ha acaparat moltes funcions o tasques que a vegades no li han deixat fer-ne unes

altres, les quals, sense ànim de menysprear, potser eren més importants pel creixement de la professió.

Hem de dir, però, que com a grup objectivem que encara ara hi ha una mancança en l'apartat on es parla d'establir una clara definició de les funcions, competències i jerarquies pel bon funcionament i desenvolupament de la professió, doncs en el cas de la supervisió no hi ha un marc de competències clar i unificat per a totes les institucions.

OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ

Objectiu general

- Validar les competències, subcompències i capacitats dels supervisors/es com a comandaments intermedis en la direcció d'infermeria en l'àmbit hospitalari.

Objectius específics

- Conèixer l'opinió que tenen les caps d'infermeria vers el que fan i el que haurien de fer els supervisors/es i quines capacitats se'ls hi valora.
- Conèixer l'opinió que tenen els infermers/es vers el que fan i el que haurien de fer els supervisors/es i quines capacitats se'ls hi valora.
- Conèixer l'opinió que tenen els caps de servei vers el que fan i el que haurien de fer els supervisors/es i quines capacitats se'ls hi valora.
- Conèixer l'opinió que tenen els propis supervisors/es vers el que fan y el que creuen que haurien de fer o ésser les seves competències i capacitats.

VIABILITAT DE L'ESTUDI

Ens trobem amb la dificultat de que els centres hospitalaris on havíem d'anar a donar els qüestionaris estan separats geogràficament entre ells en més de cent quilometres de distància, per tant havíem d'estructurar i planificar-ho tot molt bé abans d'anar-hi.

Deixarem els qüestionaris als hospitals, i després d'un període de temps anirem a recollir-los. Pensem que per aquest motiu pot haver un percentatge bastant elevat de no contestats, això ho mitigarem agafant com a mostra tota la població dels diferents hospitals que col·laboren en el treball d'investigació, d'aquesta manera obtindrem una mostra del tot significativa.

Una altra dificultat que podem tenir és la resposta del col·lectiu mèdic, doncs no sabem si s'implicaran gaire en el treball, ja que, tot i no semblar tenir una relació molt directa amb la seva disciplina en realitat sí la té, amb el càrrec que ocupen professionalment i amb la seva funció assistencial.

Una altra dificultat potencial és que els infermers/es, en comptes de valorar el càrrec de supervisor/a, facin una valoració del seu supervisor/a. Aquest motiu pot ser una traba en relació a la sinceritat a l'hora de contestar i al nivell de resposta dels infermers/es assistencials.

1ª PART: MARC TEÒRIC I CONTEXTUAL DE REFERÈNCIA

Capítol 1. REVISIÓ HISTÒRICA

1.1. HISTÒRIA DE LA INFERMERIA

Des de sempre la professió d'infermeria ha estat dedicada a tenir cura de les persones i acompanyar-les en aquelles situacions de salut en que no poden sortir-se'n per elles mateixes. L'espècie humana sempre ha tingut persones que no s'han pogut valer per elles mateixes i han tingut la necessitat d'alguna persona que tingui cura d'elles, per tant podríem dir que la infermeria existeix des de l'inici de la humanitat.

La història de la infermeria es podria dividir en dos moments importants.

1. **Etapa pre-professional**, que aniria des de les cultures antigues fins a finals del segle XIX i que té una etapa obscura basada en la tradició oral i una tradició escrita que arranca en la infermeria monàstica i que es basa en l'estudi de les regles monàstiques, els reglaments d'hospitals i els primers manuals d'infermeria.

En segles passats les cures d'infermeria les oferien i realitzaven voluntaris amb escassa formació, en general dones de distintes ordres religioses. Durant les Croades, per exemple, algunes ordres militars de cavallers també oferien serveis d'infermeria, la més coneguda va ésser la dels "Caballeros Hospitalarios" (també coneguda pels "Caballeros de San Juan de Jerusalén").

En països budistes els membres de l'ordre religiosa Shanga han estat tradicionalment els encarregats de les cures sanitàries.

En Europa, sobretot després de la Reforma, la infermeria va ser considerada amb freqüència com una ocupació de baix estatus, adequada només per a qui no pogués trobar un treball millor, a causa de la seva relació amb la malaltia i la mort i l'escassa qualitat de les cures mèdiques de l'època.

És en els primers monestirs on es comença a regular la infermeria, que inicialment es centra en la cura als propis monjos i després s'obre a la societat. Les regles dels monjos establien ja per escrit els principis de la infermeria i fonamentaven l'ajuda al malalt des del "a mí me lo hacéis", de l'evangeli (Mat. 25, 46) de tal forma que es converteix en principi i màxima per a l'infermer/a monàstic.

És en la segona meitat de l'Edat mitjana quan la infermeria arriba a un relleu i reconeixement social més ampli. L'Església surt dels monestirs per cristianitzar Europa a través de les "Ordenes Mendicantes". Una d'elles, fundada per l'espanyol Domingo de Guzmán, es diversifica i dona cabuda no només a religiosos, sinó que incorpora a laics en la denominada "Orden Tercera" que, seguint els mateixos principis doctrinals, s'obren a les necessitats socials, sobretot a l'atenció als malalts en els seus propis domicilis.

L'aparició d'aquests grups representa ja una aproximació al professional, doncs el treball que realitzen és reconegut i reclamat socialment, de tal manera que van donar resposta a les necessitats socials sobretot en moments de malaltia i en les grans epidèmies.

Van apareixent indicis d'estructuració de les tasques a l'hora de la cura cap als malalts i també es van definint competències sobre l'infermer/a que no es responsabilitzava de pacients i duia la responsabilitat de la infermeria.

Així es recopila i apareix ja en 1269 en el llibre de Humberto de Romans de OFFICIIIS ORDINIS PRAEDICATORUM, publicat amb posterioritat a Roma (1889). En aquest llibre, en el seu capítol 27 "acerca del oficio del enfermero", comença a definir qui és i ho expressa així: "El enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos y de la enfermería". Defineix el professional i el seu camp d'acció; diu, a més de les qualitats que ha de posseir, la seva competència en quant a l'ofici i en quant a la cura del malalt i de la infermeria; parla sobre les cures i coneixements que ha de tenir, sobre els remeis terapèutics i de la relació i tracte amb els malalts; estableix una atenció personalitzada i una jerarquitització de l'ofici d'infermer/a, parlant d'un infermer/a que duu la responsabilitat de la infermeria i un altre al que se li assignen malalts en concret.

Es descriu a l'infermer/a com "expert": no el limita a realitzar una tasca rutinària, efectua una atenció integral a la persona com a ésser individual.

2. **Etapla professional** que, tot i iniciar-se en el segle XIX, comença realment a principis del segle XX amb l'aparició de programes formatius que propicien el gran desenvolupament d'un cos propi de coneixements teòrics.

La infermeria moderna va començar a mitjans del segle XIX. Un dels primers programes oficials de formació per a infermers/es va començar en 1836 en Alemanya, a càrrec del pastor protestant Theodor Fliedner. Per aquell temps altres ordres religioses van oferir també formació d'infermeria de manera reglada a Europa, però l'escola de Fliedner és digna d'esment per haver-se

format en ella la reformadora de la infermeria britànica Florence Nightingale. La seva experiència li va brindar l'ímpetu per a organitzar la infermeria als camps de batalla de la guerra de Crimea i més tard establir el programa de formació d'infermeria en l'hospital Saint Thomas de Londres.

L'arribada de les escoles d'infermeria de Nightingale i els heroics esforços i reputació d'aquesta dona van transformar la concepció de la infermeria a Europa i van establir les bases del seu caràcter modern com a professió formalment reconeguda.

Florence Nightingale, en la seva inquietud per treure la infermeria de la seva rutina "...no només significa l'administració de medicaments i cataplasmes...", realitza una sèrie d'observacions que la porten a reconèixer el valor peculiar de la cura del malalt "...ha de significar l'ús adequat d'aire fresc..., i tot això amb la menor despesa d'energia vital per al malalt", tractant de demostrar-ho tot amb dades estadístiques, cosa que la porta a definir la infermeria com "posar al malalt en les millors condicions perquè la naturalesa actui". Per tot això F. Nightingale va considerar que "la infermeria és una vocació que requereix subjectes aptes i intel·ligents als quals cal remunerar per la qualitat del seu servei".

De gran rellevància per a la professió ha estat l'aportació de Virginia Henderson amb la seva definició de la funció pròpia de l'infermer/a, prou coneguda i adoptada en 1961 pel Consell Internacional d'Infermeria.

En Espanya el Moviment Reformista, centrat en la figura de Concepción Arenal, promou la reforma dels Hospitals i amb ella la reforma de la infermeria, centrada en l'assistència, la cura i la dimensió pràctica de la professió. Es treballa per l'establiment d'una infermeria laica amb una formació que anirà

cristal·litzant amb el pas del temps (Siles González). Entre els anys 1860-1870, estant a Anglaterra Federico Rubio i Gali, eminent cirurgià, i sent testimoni de l'esdeveniment de la creació de l'Escola de F. Nightingale, al seu retorn al nostre país fundarà en 1896, en el Institut Terapèutic a Madrid, la Primera Escola d'Infermeria a Espanya (Hernández Martín i Pineda García). L'Escola es defineix "como centro donde formar enfermeras diplomadas que puedan prestar sus servicios a los enfermos, aprendiendo cuanto corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico". Els senyals d'identitat de la mateixa són el "bienestar para el paciente y el bien hacer de las alumnas"

Serà un pas important perquè després, en 1915 i a instància de la Congregación de las Siervas de María, s'aprovi "oficialment" el temari per a l'ensenyament de la professió d'infermeria (RO 7 Maig 1915).

S'aprova la Llei de Bases de la Sanidad de 1944 que cristal·litzarà en la creació del Instituto Nacional de Previsión de la Seguridad Social, els avanços de la medicina i el desenvolupament hospitalari faran necessària l'aparició d'un personal més tècnic que respongui a les necessitats sanitàries del moment. Per això, en 1953 es gesta la unificació d'aquestes tres carreres que existeixen a Espanya: practicants, matrones i infermeres i s'estableix el pla de formació i la creació de les Escoles d'Ajudants Tècnics Sanitaris que formaran els infermers/es amb vista a la demanda sanitària i social (RD 4 Desembre 1953).

Com podem veure, en el desenvolupament de la nostra professió s'ha passat per diverses etapes en les que la tecnificació dels processos assistencials han predominat a l'atenció a les persones, esbiaixant fortament la finalitat de la professió infermera. Això ha estat succeint simultàniament amb l'aparició dels hospitals amb alta tecnologia i l'hospital centrista com a eix vertebrador del sistema sanitari.

Com molt bé queda reflectit en el projecte de Competències de la Professió Infermera, és imprescindible recuperar l'equilibri entre la tecnificació dels processos que ho requereixen i els aspectes més relacionals que componen el que avui entenem per "tenir cura de les persones", activitat específica i pròpia de l'infermer/a tant quan treballa de manera individual com quan forma part dels equips de salut. Per a totes les professions sanitàries és el ciutadà/usuari/pacient/client l'objectiu de referència de la seva raó de ser professional, fent-se necessària la col·laboració efectiva entre tots aquests professionals i el client. A partir d'aquí, queda explicitat que el ciutadà/família/client és l'eix central del sistema i que és cabdal la col·laboració dels professionals per tal de donar resposta a les seves necessitats.

Conclourem aquesta part amb la definició d'infermeria que fa el grup de treball d'infermeria en el projecte de competències de la professió d'infermeria. Per aquest grup la infermeria es defineix i caracteritza per:

- "Ser un professió de serveis, que proporciona cures d'infermeria aplicant els coneixements i tècniques específiques de la seva disciplina; es basa en el coneixement científic i es serveix del progrés tecnològic, així com dels coneixements i les tècniques derivades de les ciències humanes, físiques, socials i biològiques".
- "Actuar centrant-se en l'atenció a la persona, la família i la comunitat."
- "Tenir en compte a la persona com a subjecte d'emocions, relacions socials i estar vinculat a un sistema de valors personals."

- “Acceptar la responsabilitat i ostentar l'autoritat necessària en la prestació directa de les cures d'infermeria. Per tant el professional exerceix de forma autònoma la infermeria en el si d'un equip de salut (entès aquest com a lloc d'intercanvi i anàlisi de l'activitat dels professionals per aconseguir una assistència integral i integrada).
- “Tenir un sòlid compromís amb la societat per tal de donar una resposta ajustada a les seves necessitats. La infermeria ajuda a les persones, família i grups a determinar i aconseguir els seu potencial físic, mental i social contribuint a la millora de la qualitat de vida. Aquestes activitats les desenvolupa en el marc d'una societat en canvi permanent i es veu influenciada per un conjunt de factors socials, econòmics, culturals i polítics.”

1.2. HISTÒRIA DE LA SUPERVISIÓ

A Espanya la creació del primer hospital amb una estructura sanitària jeràrquica i organitzada va tenir lloc a Mèrida per iniciativa del bisbe Mazona, i s'organitza en funció de les normes que San Isidoro de Sevilla preconitza.

De totes maneres no hi ha dades molt precises sobre l'organització dels directius en aquest hospital i sobre l'organització assistencial, es parla que treballen infermers/es i mèdics.

Hi ha dades més precises sobre l'organització en els monestirs que coincideix amb la seva expansió, on qui dirigeix la infermeria és el pare infermer/a i qui atenen als malalts són els frares si els malalts són homes i monges en el cas de que siguin dones.

Les primeres dades bibliogràfiques que ens parlen de responsables d'infermeria en els centres hospitalaris ens remunten a l'any 1540 a l'hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, on les sales depenen de religiosos (del pare o de la mare segons sigui una sala d'homes o de dones) i en funció d'això disposen de les figures de l'infermer major o de la infermera major. És a partir del reglament de 1869 que, a part del cos mèdic, podem identificar tres grups relacionats amb l'administració de cures als malalts: els membres de les comunitats religioses, els criats que actuen sota la seva direcció anomenats infermers/es i els practicants, podem dir que s'inicia la història dels comandaments d'infermeria en els hospitals amb una sèrie de competències concretes i molt definides.

El departament o direcció d'infermeria, tal com l'entendem a l'actualitat, en aquells temps estava format pel Prior, Infermers o Infermeres Majors seleccionats pel Prior i la MIA ("Muy Ilustre Administración") com a responsables màxims dels departaments d'homes i dones, dels quals depenien respectivament els infermers/es de secció o de sala encarregats de l'atenció directa als malalts, amb l'ajuda dels criats.

En quant a les funcions i/o competències que tenien descrites, podem veure que no hi ha grans diferències amb les que actualment duem a terme els càrrecs intermedis en els nostres centres, ens referim a:

- Distribuïen els "Hermanos" i infermers/es per cobrir tots els serveis.
- Seleccionaven els criats.
- S'encarregaven de controlar la conducta del personal i dels malalts.
- Calculaven i demanaven el número i varietat de racions que necessitaven per la seva sala.
- Eren els responsables de l'equipament de cada servei, portaven el registre del material i realitzaven l'inventari.

- Supervisaven la neteja de les sales.
- Controlaven que els malalts o els infermers/es o els practicants/es no tiressin material i roba bruta al terra.
- Controlaven que els malalts estiguessin decentment als seus llits i no anessin d'un a l'altre, ni se'l refessin ells mateixos.

En resum, eren els responsables directes de tota la activitat i el bon ordre de la seva sala, així com també eren responsables del personal sanitari que hi havia.

Si fem una revisió de com han evolucionat o han canviat els sistemes de gestió hospitalària, i seguim l'esquema realitzat per la senyora Elvira Guilerà, podríem arribar a classificar diferents etapes històriques. En un intent de classificació, la Sra. Guilerà en 1986 estableix tres etapes molt marcades pels canvis tan radicals que es van succeir, però a partir dels anys 80 i 90 creiem que en podríem afegir una quarta.

La descripció d'aquestes etapes, és:

- Fins a 1963, etapa classificada com a prehistòrica, caracteritzada per la quasi inexistència d'un criteri generalitzat d'organització d'infermeria en els hospitals.

En aquesta etapa, destaca la presència d'infermeria bàsicament no professionalitzada.

Els hospitals funcionaven en la seva majoria gràcies a l'existència de les ordres religioses, les quals tenien tot el poder, i a la utilització de les capacitats laborals dels alumnes de les escoles d'Ajudants Tècnics Sanitaris.

- L'any 1963 és considerat l'any 0. A Oviedo, l'Hospital General d'Astúries impulsa i estableix una organització estructurada d'infermeria, inspirada en el model anglès. Destaca la presència d'infermeria professionalitzada amb un alt compromís i una utilització intensa dels alumnes de les escoles de formació d'A.T.S.. S'observa una forta lluita per obtenir una clara diferenciació de la gestió d'infermeria en relació amb la gestió i dependència mèdica. És en aquest centre on s'institucionalitza de manera definitiva la figura del supervisor/a com a comandament intermedi, és el màxim responsable del bon funcionament de la seva unitat, s'estableix una organització matricial.
- En 1966 a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es produeix un procés de canvi important. El Dr. Soler Durall i la infermera Adela Simón, que havien estat els responsables de l'organització de l'Hospital General de Astúries a Oviedo, tenen la tasca d'organitzar l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau .

El resultat de la seva acció davant del Departament d'Infermeria va ser no solament la introducció de programes de formació i la creació dels llocs de Cap d'Infermeres, Supervisors/es d'Unitats, Supervisors/es Generals, Infermeres i Auxiliars (aquests llocs eren ocupats per concurs oposició) sinó que, potser el més important, va ser l'alt nivell professional que van aconseguir a pesar dels pocs mitjans disponibles, amb autonomia d'acció i autoritat, augmentant el nivell de qualitat, la qual cosa va fer que la infermeria fos altament respectada pels altres estaments.

- 1971. "Revolució dels alumnes". En Valdecilla i en Basurto i ràpidament seguida pel Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, els alumnes de les escoles d'A.T.S., es neguen a la reglamentació de les seves pràctiques en funció de les necessitats de l'hospital i reivindiquen la planificació de les mateixes amb criteri i horari docent. L'acceptació d'aquestes reivindicacions

per part de les diferents autoritats obliga a un canvi de l'organització dels departament d'infermeria. S'incrementen les plantilles, es planteja la necessitat de pensar en una organització a partir dels recursos, no independentment d'aquests i provoca un canvi important en quant a horaris, salaris, festius, etc.. Aquí s'inicia una nova etapa que va entrar amb força i es va formar un model derivat de l'anterior etapa, però on s'incorporen criteris diferencials d'organització i gestió, tal com diu la Sra. Guilera es pot dir que va ser l'etapa d'or de la gestió.

- Per últim, podríem dir que és a partir aproximadament dels anys 80 que s'objectiva la necessitat de la formació del comandaments intermedis com a tal i sorgeixen cursos de supervisió, formació de formadors, conducció d'equips, etc., fins arribar a l'oferta formativa actual. Arran d'aquesta formació i de la importància que cada cop més adquireix la gestió tant dels recursos humans com dels materials per l'increment desmesurat dels costos en l'atenció sanitària, els organigrames dels departaments d'infermeria de la majoria dels centres hospitalaris comencen a canviar, deixant de tenir una estructura verticalitzada per una d'horitzontal, suprimint càrrecs intermedis i donant-los-hi més competències relacionades amb la gestió i direcció dels seus serveis o àrees; la figura del supervisor/a d'unitat que feia tasques de gestió però alhora molta tasca assistencial dins del seu horari laboral, canvia per la figura del comandament intermedi actual on pràcticament solament fa de gestor amb moltes més competències envers els equips, les cures, serveis de suport, formació, etc.

1.2.1. DEFINICIONS I MODELS DE SUPERVISIÓ

Per arribar a comprendre el significat de supervisió i l'abast del terme, anirem fent aproximacions a diferents continguts.

En primer lloc fent menció al significat que es deriva de l'estructura verbal de la paraula supervisar. Vol dir "mirar per sobre". És a dir, supervisar fa referència a l'acte d'observar o estudiar quelcom amb una visió global i sobre tot amb una certa distància.

Les definicions de supervisió, des del seu inici i al llarg del temps, han anat canviant. En un principi només se li adjudicaven funcions de vigilància, control i avaluació, actualment trobem altres definicions les quals han anat evolucionant al igual que el sistema sanitari.

Segons Burton Bruechnener (1994), la supervisió és un "procés educatiu i cooperatiu, que té com a objectiu principal el millorament del servei, a través del més ampli desenvolupament gradual de cadascun del seus membres".

Margaret Willianson (1994), fa una definició molt més amplia en quant a les competències a dur a terme pel supervisor/a o comandament intermedi. El defineix com un "procés dinàmic d'orientació, capacitació, mitjançant el qual els treballadors directament responsables de l'execució d'alguna activitat o projecte específic reben, en el marc institucional del seu exercici professional, l'ajut d'un altre responsable designat per aquest fi de cara aconseguir un millor aprofitament dels seus coneixements, habilitats i perfeccionament de les seves aptituds, per executar les seves tasques d'una forma més eficient i amb una satisfacció cada vegada més gran per ells i la institució".

Un cop analitzades les dues definicions, trobem elements comuns. Podríem dir que la supervisió és l'activitat o conjunt d'activitats que desenvolupa una persona a l'assignar i/o dirigir el treball d'un grup de professionals, per aconseguir d'ells la seva màxima eficiència amb satisfacció mútua. Ho hem de dur a terme exercint la nostra tasca amb lideratge i tenint sempre en compte la potencialitat de les

persones que han d'exercir el comandament intermedi, dependrà de la institució a la que pertany i també del desenvolupament i les capacitats creixents pròpies, com del seu equip. Així doncs, en l'exercici professional del comandament podem distingir tres models diferents de supervisió:

- **Supervisió individual:** Anomenada "Model tutorial". Històricament és el primer model de supervisió que es va implantar. Aquesta supervisió s'ha d'adaptar a les necessitats del professional i del servei, per la qual cosa els continguts han de ser flexibles. És important desenvolupar temes com la funció de recolzament o suport, la funció de l'aprenentatge i la funció administrativa o de control de gestió; sense oblidar mai l'anàlisi relacional entre professional–usuari, i entre professional–institució.
- **Supervisió d'equip:** En la supervisió d'equip, tots els professionals formen part d'un equip de treball, amb un projecte comú resultat del esforç col·lectiu i la interacció personal entre ells.

Els seus avantatges són:

- més enriquidora, més oportunitats d'aprenentatge.
- et permet compartir experiències.
- els professionals es poden recolzar entre ells.

I els seus inconvenients:

- crear un sentiment de rivalitat entre professionals.
- els temes a tractar han de ser d'interès col·lectiu i, per tant, pot ser menys adaptable i sensible a les necessitats individuals.

- **Supervisió peer-group:** No existeix la figura del supervisor/a com a tal. Pot ser útil amb professionals molt experimentats, hàbils i amb destresa per treballar en grup i amb la maduresa suficient per ser autocrítics.

Revisada la bibliografia existent (Aguilar M.J., 1994; González M.S. i Nieto M.J., 1991) prèvia a la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria (Teixidor M., Pont E., Ferrer C, Martínez D., Martí N., Cruz R., Vila E., 2003), es caracteritza a la supervisió de la següent forma:

- “És un procés sistemàtic: Una bona supervisió ha de complir certs requisits formals”.
- “De control: Perquè les activitats de supervisió s'apliquen a l'utilització adequada dels recursos humans, tècnics, materials etc., en termes de cost-benefici i cost-efectivitat”.
- “De seguiment: Es tracta de garantir que les activitats es realitzin en el temps i de la manera prevista”.
- “D'avaluació: Implica valorar el mèrit i el treball que algú està desenvolupant”.
- “D'orientació: Una de les finalitats de la supervisió és guiar el treballador en el seu treball, indicant-li o suggerint-li, la forma en que pot millorar la qualitat de la seva tasca o augmentar el seu nivell de satisfacció personal”.

- "D'assessorament: Pretén ajudar a utilitzar de la forma més eficaç possible els coneixements i habilitats del professional, aprofitant l'experiència del supervisor/a".
- "De formació: És una forma d'aprenentatge a partir de la reflexió crítica sobre la pròpia pràctica i permet detectar aspectes on sigui necessari un reciclatge o una millora de la formació específica professional".
- "De caràcter administratiu: Té components administratius en tant que forma part de la gestió de programes i serveis".
- "De caràcter educatiu: Té elements educatius en quant que millora i ajuda als treballadors a desenvolupar la seva tasca, fent-los més competents. En tota relació interpersonal, es donen processos de caire educatiu, per tant l'educació és un element transversal a la funció de supervisió".
- "De relació a diferents nivells: Té un component relacional i de comunicació interpersonal molt important".
- "D'autoritat dins l'organització: El rol i funció del supervisor/a, està reconegut dins l'organització i implica sempre un grau de jerarquia; sense aquesta "superioritat jeràrquica" el procés de supervisió no seria tan eficaç per a la bona marxa de l'organització, ja que li mancaria responsabilitat davant la pròpia institució i els treballadors".

- “De millora del rendiment del personal: Una avaluació del personal, entenent per rendiment la suma de competències, habilitats, i destreses que un treballador ha de posseir per la millora de les seves tasques, inclou la pròpia satisfacció personal en el lloc de treball. Per tant la supervisió, entesa com avaluació del rendiment en el concepte més integral, és un mecanisme que garanteix la qualitat dels serveis”.

Fent una anàlisi comparativa del que ha estat la història de la supervisió (fins aproximadament els anys 80) en l'actualitat, veiem que les funcions i/o competències dels supervisors/es no són les mateixes. El canvi radical en les competències de la supervisió ve marcat per l'inici de la formació dels comandaments d'infermeria en tots els nivells jeràrquics, això ha comportat una delegació per part de les direccions en diferents aspectes:

- Gestió de recursos humans i materials.
- Gestió de temps.
- Formació / Docència / Investigació.
- Reconeixement del lideratge i autoritat amb els equips.
- Autonomia en la capacitat de gestió de les cures d'infermeria, entenent les cures no sols com un procés tècnic del curar, sinó des de la visió de la relació existent entre usuari/família-professionals-institució, on implícitament es reconeix la competència del supervisor/a com la persona que ha d'arribar a aconseguir la satisfacció tant dels clients externs com dels interns.

Una altra de les competències, a la que en l'actualitat se li està donant molta rellevància ja que tothom està d'acord de que les institucions les formen les persones que hi treballen, és la de tenir i adquirir capacitats i habilitats relacionals.

Aquesta competència, creiem que és de les més importants dins del funcionament de les institucions hospitalàries, ja que els supervisors/es som el nexa entre les direccions i els professionals assistencials.

És a partir de la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria (Teixidor M., Pont E., Ferrer C., Martínez D., Martí N., Cruz R., Vila E., 2003), que sorgeix en el marc de la Generalitat el decret que referència i descriu la justificació del lloc de treball els objectius i les activitats permanents a l'igual que les competències generals, específiques i les capacitats que la supervisió ha de du a terme en el desenvolupament del seu rol, i és en aquest marc de referència establert que nosaltres basem el nostre estudi d'investigació intentant validar aquelles competències i subcompetències que per la nostra experiència professional creiem les més adients en el nostre àmbit d'actuació.

4

Capítol 2. COMPETÈNCIES

En aquest món de treball en plena evolució es fa evident que el que realment marca la diferència entre les empreses deriva tant dels treballadors (les persones que realitzen el treball) com de la definició del treball en sí.

En els propers anys les empreses que vulguin triomfar seran aquelles que sàpiguen alliberar el seu potencial, és a dir, el que posseeixin per si mateixes: el seu Equip Humà, els seus Mètodes i els seus Sistemes.

S'han de definir molt meticulosament les capacitats i competències de cada lloc de treball en aquest món immers en un canvi continu, ja que en un futur les competències seran especialment importants perquè seran la base o els fonaments de l'èxit de les persones en el desenvolupament de determinades funcions i en diferents situacions. És per aquest motiu que les organitzacions es crearan o es formaran al voltant de les persones (tenint en compte a les persones).

Es donarà molta més importància als llocs de treball com elements essencials de les organitzacions, la qual cosa dóna a entendre un altre cop l'interès i la importància de les competències.

Si s'utilitza a les persones com elements per crear les organitzacions, aquestes les formarem en base al que aquestes persones aporten: les seves competències

L'origen del terme competència des del punt de vista etimològic el trobarem en el verb llatí "competere" (trobar-se, anar a cercar una cosa d'una altra), també podem trobar accepcions com "respondre a, correspondre", "estar en bon estat", "ser suficient".

En castellà existeixen dos verbs que, encara que provenen del mateix verb llatí "competere", es diferencien significativament entre sí; aquests són "competer" i "competir" donant lloc ambdós al substantiu competència i a l'adjectiu competent.

Pompeu Fabra, defineix en el Diccionari General de la Llengua Catalana, les següents paraules com:

- **Competir:** Pertànyer en virtut d'un dret. // Lluitar, esforçar-se, emular-se dues o més persones, per aconseguir el mateix objecte.
- **Competència:** Dret de decidir, sia en virtut d'un reconegut coneixement de la matèria; capacitat legal; el fet d'entendre pregonament d'una matèria. // Rivalitat d'interessos entre persones que persegueixen el mateix objecte; esforç per aconseguir allò a que un altre també aspira.
- **Competent:** El qui té competència en una matèria. // Pertanyent a algú en virtut d'un dret.

El Diccionario de la Real Academia de Lengua Española defineix aquests termes de la següent manera:

- **Competir:** Dicho de dos o más personas. // Contender entre sí, aspirando unos y otros con empeño a una misma cosa. // Dicho de una cosa: igualar a otra, análoga en la perfección o en las propiedades.

- **Competencia:** Incumbencia. // Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. // Atribución legítima a un juez u otra autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto.
- **Competente:** Que tiene competencia // Que le corresponde hacer algo por su competencia // En la primitiva iglesia, catecúmeno ya instruido para su admisión al bautismo.

La Nueva Enciclopedia Larousse els defineix:

- **Competir:** Contendir dues o més persones per aconseguir la mateixa cosa. // Igualar una cosa a una altra en la seva perfecció e les seves propietats..
- **Competència:** Disputa o “contienda” entre dos o més subjectes sobre alguna cosa. // Rivalitat, oposició entre dues o més persones. // Incumbència. // Aptitud, idoneïtat.
- **Competent:** Bastant, oportú, adequat. // Es diu de la persona a qui competeix o incumbeix alguna cosa.

Vers les diferents accepcions, Prieto realitza una anàlisi vers les mateixes en l'àmbit socio-laboral:

- La competència com autoritat: Conjunt de realitzacions, resultats, línies d'actuació i objectius (consecucions) que es demanen al professional. Aquesta accepció seria com atribució o incumbència, estant lligada a la figura professional (activitats i funcions).
- La competència com capacitació: Grau de preparació, saber fer, coneixements i habilitats d'una persona com resultat de l'aprenentatge. La competència podria considerar-se com qualificació, referida bàsicament a la formació necessària per tenir la competència professional desitjada, la que permet “ser capaç de”, “estar capacitat per a”.

- La competència com suficiència o mínims claus pel “bon fer”, competent i competitiu: finalitat que s’ha de sobrepassar per accedir o mantenir-se en una ocupació satisfactòriament.
- Pont (2001), ens defineix la competència com:
 - “Autoritat: Legitimitat per actuar”.
 - “Capacitació: Nivell de coneixement i destresa suficient”.
 - “Competició: Pugna amb els rivals o competidors”.
 - “Qualificació: Senyalització social adequada”.
 - “Incumbència: Pertinència, adequació a un lloc de treball que inclou certes responsabilitats”.
 - “Contextualització: Adequació a l’entorn i al context”.
 - “Cultura: Coherència amb l’expectativa de l’organització. Competència com a reflex de la cultura organitzacional. En certa manera, una persona competent és aquella que se sap manejar bé respecte a les claus culturals. En aquest sentit, la competència com a cultura està pròxima, i fins i tot forma part, de la competència com a contextualització”.

La competència es refereix a les funcions, tasques i rols d’un professional per poder desenvolupar-se correctament en el seu lloc de treball, afirmació que no està exempta de problemàtica des del punt de vista de formació:

- Qui està legitimat per establir les competències professionals?
- Quins tipus de competències existeixen?
- Com es desenvolupen?

Les competències al·ludeixen a:

- “La competència resulta d’un saber fer. Però perquè la competència es construeixi és necessari poder i voler fer” (Le Boterf 1996).

- “La competència cultural, al·ludeix, a la possibilitat de conèixer, analitzar i interpretar l’entorn i els seus canvis amb vista a, tenint-los en compte, il·luminar l’exercici de les pròpies funcions.” (Pont 2001)
- “Són repertoris de coneixements que alguns dominen millor que uns altres, lo que els fa eficaços en situacions determinades.” (Levy-Leboyer 1997).
- “Aquests comportaments són observables en la realitat quotidiana del treball i igualment en situacions de test. Posen en pràctica, de manera integrada, aptituds, trets de personalitat i coneixements adquirits” (Levy-Leboyer 1997).
- “Són resultats d’experiències dominades gràcies a les actituds i als trets de personalitat que permeten treure partit d’elles” (Levy-Leboyer 1997).
- “Saber combinatori... cada competència és el producte d’una combinació de recursos: per construir les seves competències, el professional utilitza un doble equipament: l’equipament incorporat a la seva persona (sabers, saber fer, qualitats, experiència,...) i l’equipament de les seves experiències. Les competències produïdes amb els seus recursos s’encarnen activitats i conductes professionals adaptades a contextos singulars” (Le Boterf 1997).
- “Les competències poden consistir en motius, trets de caràcter, conceptes d’un mateix, actituds o valors, contingut de coneixements, o capacitats cognitives o de conducta: qualsevol característica individual que es pugui demostrar que diferencia d’una manera significativa, entre els treballadors que mantenen un desenvolupament excel·lent dels adequats, o entre els treballadors eficaços i ineficaços” (Hay Group 1996).

La dificultat de definir les competències creix amb la necessitat d'utilitzar-les ja que és un concepte en canvi constant.

La competència comporta un conjunt de coneixements, procediments i actituds combinats, coordinats e integrats, això vol dir que l'individu ha de "Saber Fer" i "Saber estar" per l'exercici professional i, dominats aquests dos sabers, el fan "Capaç d'actuar" amb eficàcia, tenint en compte que ser capaç i ser competent són dues coses diferents.

Les competències només són definibles en l'acció. Tenir capacitats no significa ser competent, ja que per ser competent és necessari posar en joc tot el repertori de recursos.

Segons Levy-Leboyer (1997) existeixen tres maneres de desenvolupar les pròpies competències:

- "Abans de la vida activa, en la formació prèvia".
- "Durant la vida activa, a través de cursos de formació".
- "Mitjançant la vida activa, pel mateix exercici de l'activitat professional".

En conseqüència s'haurà de tenir en compte que les competències són fruit de l'experiència, però s'adquireixen a condició de que estiguin presents les aptituds i els trets de la personalitat.

Fer referència a les competències i a més als sabers i els coneixements, intentar confeccionar llistes d'aquelles i aquestes i fer una avaluació de tot això en el pla individual, ha permès comprovar que l'experiència és formativa i que les competències es poden adquirir al llarg de tota la vida.

La noció de competència s'utilitza cada cop més. Normalment diem aptituds, interès i trets de personalitat, però cada vegada és més freqüent que el lloc de treball vingui definit en termes de competència.

Les competències difereixen de les característiques individuals, que són les aptituds i els trets de personalitat. Perquè es desenvolupin, es requereix la presència de qualitats específiques juntament amb el pas per experiències de formació.

Els mètodes tradicionals d'anàlisi del lloc s'ocupen de les aptituds i els trets de personalitat, o de les activitats de treball, però no es refereixen mai a les competències que constitueixen el vincle entre elles.

En la recerca d'un sistema de referència de competències molts gestors de recursos humans s'han elaborat ells mateixos les llistes, però la major part d'aquestes són inèdites. Alguns han estat citats per autors de llengua anglesa que proposen repertoris sota la denominació de "Competències Genèriques" o també de "Supracompetències". A continuació podem veure 5 exemples:

- La primera llista establerta per Thorton y Byham intenta reunir totes les competències necessàries pels llocs de comandament d'alt nivell.
- La segona llista, proposada per Dulewicz es refereix als comandaments intermedis.
- La tercera ha estat elaborada pel servei de recursos humans d'Électricité et Gaz de France.

- La quarta ha estat elaborada per Lafargue i Coppée per a la qualificació dels seus comandaments.
- La cinquena reproduïx dues de les seccions d'avaluació utilitzades per Bouygues per caracteritzar els seus comandaments: responsabilitat actual i qualitats de fons.

La identificació de les competències requerides representa una etapa essencial de les avaluacions i de les decisions basades en les competències:

- Cap lloc de treball té un contingut fix en el temps.
- Una mateix lloc de treball pot ser ocupat de diferent manera per individus diferents.
- Un mateix nom del lloc, per exemple "Súper", en una mateixa empresa, pot correspondre a competències diferents perquè l'entorn i la situació són desiguals.

A continuació detallem les competències que nosaltres entenem com a més importants en el rol de la supervisió hospitalària:

- usuari i família.
- formació continuada i docència.
- lideratge.
- l'equip d'infermeria.
- gestió de cures.
- serveis de suport.

2.1. USUARI I FAMÍLIA

En l'actualitat, i en tots els àmbits del sistema sanitari, els canvis en la seva organització s'han fet tenint en compte que el centre de tota atenció és l'individu. Les persones estan integrades en un entorn familiar i social que són el suport afectiu i relacional en qualsevol aspecte de salut i malaltia.

La prestació de les cures precisa d'una bona interrelació professional que faciliti l'adequada i necessària continuïtat de les mateixes. Com a disciplina, els infermers/es som els responsables de les cures de l'usuari que es troba en un procés de salut / malaltia, ajudant-lo de diferent manera ja sigui en la seva curació o en la seva adaptació al seu nou entorn. Quan parlem de salut / malaltia, tenir cura significa actuar al costat dels afectats i la seva família. Entenem que la família és una part molt important i decisiva en l'acompanyament, en la presa de decisions i acceptació d'aquestes, alhora que en la seva rehabilitació. És per això que quan parlem d'atenció integral hem de tenir en compte a la família, no només com a "cuidadors" informals sinó com una peça clau en tota atenció sanitària.

Avaluar la satisfacció dels pacients que estan ingressats en l'hospital fa temps que s'ha convertit en un dels indicadors de qualitat a tenir en compte per poder valorar el treball que els professionals d'infermeria fan dia a dia.

En totes les empreses contínuament es parla de la satisfacció del client com quelcom important, donant-li un pes específic dintre de l'empresa. Ens trobem contínuament, per exemple en propagandes d'empreses a través d'Internet: "La missió suprema de tota empresa ha de ser el major nivell de satisfacció pels seus clients i usuaris, doncs aquests, amb les seves compres, permeten que l'empresa segueixi existint i creixent, generant de tal forma beneficis per als seus integrants (propietaris, directius i empleats). I diem "ha de ser" i no "és", ja que moltes

empreses no s'han adonat d'aquest fet encara. Capficades en una orientació al producte o a la venda, deixen totalment de costat les reals necessitats i desigs del consumidor”.

Malgrat que un hospital té moltes diferències significatives amb altres tipus d'empreses, pensem que es pot aplicar aquesta afirmació i no estariem gaire desencaminats. Què seria d'un hospital si els usuaris decidissin no “comprar” els seus productes?. Cada dia més la gestió dels hospitals i dels centres de salut està enfocada a vendre millor el producte, es tracta de que els professionals siguem més eficients, que l'usuari percebi que se l'està ajudant, no només que es produeixi la seva curació, si no que se'l tracti com un ésser humà, amb respecte, que no se'l sobreprotegeixi i a la vegada que se li doni tota la informació que ell pugui rebre en cada moment.

Serà des d'aquest punt, amb tota la informació i amb tota l'honestedat possible, que l'usuari i la família podran decidir i prendre les decisions que més els hi convinguin.

Les cures infermeres requereixen de la col·laboració de diverses persones. Els familiars ofereixen sovint, dintre del domicili o fora d'ell, una cura que engloba activitats tal com l'ajuda en les cures personals, la preparació de medicaments i les accions d'ordre afectiu (estar present, escoltar, anticipar-se a les necessitats). Leininger sosté que la cura humana és essencial per a la supervivència dels pobles, per al creixement dels éssers humans, per a la recuperació i la promoció de la salut.

Tradicionalment, les famílies han ofert als seus membres cures diverses segons les experiències de vida. Amb el desenvolupament de la ciència mèdica, el lloc de

la cura ha estat gradualment el centre hospitalari, reemplaçant així el personal sanitari a la família durant l'hospitalització.

En els últims vint anys, el sistema de salut està en transformació, es produeix un gir de situació, retornant a les famílies la responsabilitat de la seva salut i de les seves cures. L'infermer/a reconeix els coneixements i les habilitats dels membres de la família i les té en compte quan els acompanya en les seves experiències de salut. Els professionals i els membres de les famílies treballen en complementarietat. D'altra banda, l'infermer/a gestor té valors, actituds i comportaments que tradueixen una visió distinta i específica de la gestió de les cures.

Meleis i Jennings sostenen que la gestió de les cures s'exerceix no només en funció de teories administratives o prestades d'altres disciplines, sinó igualment en relació a concepcions pròpies de la disciplina infermera; és la cura de la persona, centre del servei infermer/a, que ho exigeix.

Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. (1996) defineixen que "la gestió de les cures és un procés heurístic dirigit a mobilitzar els recursos humans i els de l'entorn amb la intenció de mantenir i afavorir la cura de la persona que, en interacció amb el seu entorn, viu experiències de salut."

El rol de l'infermer/a gestor consisteix llavors en donar suport al personal "cuidador", compromès en els processos de canvi i de cures centrades en les experiències de salut dels clients o usuaris. Està cridada a crear els mitjans favorables per l'aplicació de les cures als usuaris, afavorint així l'eficiència i eficàcia de les mateixes, alhora que augmenta el nivell de satisfacció d'infermers/es responsables del procés d'atenció.

Segons V. Henderson s'identifiquen tres nivells en la relació de l'infermer/a amb el pacient, classificats des d'una relació molt depenent a una relació completament independent. L'infermer/a com substitut, l'infermer/a com ajuda cap al pacient i l'infermer/a com companyia. Pacient i família són considerats com una unitat.

2.2. FORMACIÓ CONTÍNUA I DOCÈNCIA

- Definició de formació contínua de l'OMS (1975) assumida pel Consell Internacional d'Infermeria (CIE): "El procés d'ensenyament-aprenentatge actiu i permanent, que s'inicia quan finalitza la formació bàsica, i que està destinat a actualitzar i millorar la capacitat d'una persona o grup, en front a l'evolució científica-tecnològica i les necessitats socials. Ha de correspondre, a més, als interessos i aspiracions dels individus, per al seu desenvolupament personal".
- Un comitè d'experts de l'OMS al 1976 defineix la formació contínua com: "la formació que segueix un professional després de finalitzar la formació bàsica o qualsevol formació d'especialització, amb la finalitat de mantenir i/o millorar la competència professional. La formació per promocionar-se en la carrera professional o d'especialització es contempla com part de la formació contínua. Tampoc s'han de confondre els termes de formació contínua i reciclatge. Aquest últim consisteix només en l'adquisició de nous coneixements que es desenvolupen en l'àmbit científic i tècnic de les respectives disciplines i implica iniciatives que interessen a nivell de sector i/o especialitat. La formació contínua és el procés dinàmic de desenvolupament global de la professionalitat, no només és l'àrea de cognició (saber) si no també de l'àrea d'habilitats pràctiques (saber fer) i l'àrea afectiva o de les actituds (saber ser), va dirigida a les necessitats reals de la pràctica i es correlaciona amb la qualitat de les prestacions dels serveis sanitaris".

- Definició de la formació contínua en infermeria, segons M. Duvillard (1985), assumida pel Comitè d'Experts que van elaborar el document Formació Contínua en Infermeria, publicat per la secretaria General del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya: "La formació contínua de l'infermer/a segueix a la seva formació de base i tota formació complementaria posterior, dirigida a una qualificació professional superior. La formació contínua persisteix al llarg de tota la carrera professional amb la finalitat essencial d'ajudar l'infermer/a a desenvolupar-se personalment i a mantenir i millorar la qualitat dels seus serveis professionals, sigui quina sigui la seva funció o el sector de salut on exerceixi la seva professió".

Dins del món econòmic-empresarial, cada vegada més la formació contínua es considera com una part de la formació global que les empreses han de proporcionar als seus treballadors, tenint en compte que teòricament hauria d'existir una ensenyança introductòria, una orientació, una formació en servei i programes educatius més específics, com potser, en el cas de la sanitat, la formació de supervisores, caps de servei, directius, etc.

Cadascuna de les parts o peces que formen part d'aquest engranatge global de la formació, té uns objectius específics, així doncs:

- La formació introductòria és un breu adoctrinament sobre la filosofia de l'empresa.
- L'orientació és un aprenentatge individual on s'expliquen i es descriuen les característiques i responsabilitats del nou lloc de treball.

- La formació en servei és tota aquella ensenyança que s'imparteix en el mateix lloc i durant el treball amb la finalitat de millorar el rendiment i la satisfacció del treballador en el lloc actual de treball.
- La formació contínua inclou totes aquelles activitats d'aprenentatge planificades i preferiblement consensuades, que van més enllà del programa d'educació bàsica d'infermeria i estan dissenyades per proporcionar els coneixements, la capacitat i les aptituds i actituds que permeten la millora de la pràctica professional d'infermeria. Dit això podem establir que la formació contínua inclouria l'exposició i aprenentatge de nous mètodes de treball per garantir la correcta prestació i qualitat de les cures d'infermeria, establint estàndards i criteris de resultats de la pràctica professional.

Els objectius de la formació contínua són innumerable dins del món laboral, doncs la seva implantació, organització i desenvolupament dins de les empreses, incloses les sanitàries, són un factor de creixement, motivació, implicació i compromís professional tant per part del treballador com per l'empresa que és qui gaudirà més directament dels resultats d'aquesta formació. Mitjançant la formació contínua i l'experiència de cada professional d'infermeria podrem arribar a comptar en les diferents empreses sanitàries amb infermers/es experts amb els quals podrem garantir pràctiques avançades en infermeria basades en la reflexió, buscant l'excel·lència en totes les intervencions infermeres derivades de les diverses dimensions del seu rol.

Com diu Teixidor, M. (2000) "La formació ha de passar d'un enfocament centrat en l'acumulació de coneixements a un enfocament que s'interessi en l'adquisició de processos, d'aptituds intel·lectuals i socials, com l'anàlisi, la resolució de problemes, la presa de decisions, el judici i el pensament crític, en el camp dels processos d'intervenció."

“Les direccions d’infermeries dels diferents centres docents i assistencials, són les responsables i a la vegada uns elements estratègics molt importants per a la professionalització de l’infermer/a, ja que en funció de les seves decisions poden afavorir o dificultar la formació, innovació i el reciclatge tant dels nous professionals d’infermeria com dels que estan exercint des de fa temps la professió. És responsabilitat també de les direccions d’infermeria la política de cures del seu centre, per tant ha de garantir una política de formació contínua que estigui d’acord amb el projecte professional que vol promoure” (Teixidor, M., 2000).

Basant-nos en aquest punt de vista i tenint clar que la formació és una eina de motivació professional pel col·lectiu, si realment l’objectiu de la formació és buscar la implicació i aconseguir un compromís professional que ens aportï un valor afegit en la qualitat de les cures, hem de tenir en compte l’opinió i les necessitats que els professionals expressen en la programació—organització i realització d’aquesta formació contínua. Fent una revisió de com estan organitzats la majoria dels departaments d’infermeria dels diferents centres assistencials, és al comandament intermedi a qui li recau la responsabilitat de saber detectar, canalitzar i aconseguir aquest objectiu en relació a la formació.



El comandament intermedi, atenent al seu rol de líder facilitador del seu equip, és qui ha de saber detectar les necessitats dels professionals al seu càrrec en el desenvolupament de l’exercici de la professió en el seu lloc de treball, qui ha de participar en la definició de polítiques de recerca, investigació i docència en l’àmbit propi de la professió i estimular la implicació dels diferents membres del seu equip en tots aquests aspectes i a la vegada ha de col·laborar en l’elaboració de protocols, plans de cures, trajectòries etc.. és a dir en les diferents eines existents en els centres per tal de garantir que les cures que com a professionals donem als

nostres clients, siguin cures responsables i de qualitat basades, com sempre defensa la Sra. Teixidor, en la pràctica reflexiva i que estiguin centrades a la persona en tots els aspectes bio-psico-socials.

Fins aquí hem intentat introduir en quatre pinzellades què és la formació contínua, el perquè considerem important que n'hi hagi i quin paper hi juga el comandament intermedi, etc., és per això que ara parlarem de la docència.

Docència segons La Monica, E. (1994) "la finalitat de la docència és facilitar conductualment l'aprenentatge. Aprendre és una experiència intrínseca del receptor. Denota integració de coneixement, actituds i experiència en el passat i present d'una persona".

Definició de Docència, segons la Gran Enciclopèdia Larousse: "Acció i efecte d'ensenyar", "Sistema i mètode de donar instrucció", "Cadascun dels graus o rames de l'organització escolar i universitària".

És a l'agost de 1977, amb motiu de la publicació en el B.O.E. del R.D. 2188/77, que el Consell Nacional d'Infermers/es convoca una assemblea d'infermers/es docents creant una comissió d'estudis amb l'objectiu d'elaborar les directrius del Pla d'Estudis de Diplomats en Infermeria. Cal destacar que, per primera vegada, eren els infermers/es els que dissenyarien el Pla d'Estudis amb el que es formarien els futurs professionals. Aquesta comissió va definir doncs les funcions que hauria de complir el diplomata en infermeria, en varen definir 4, però ara solament parlarem de la funció docent, doncs és el tema que ens ocupa. Van definir la funció docent, com : "El diplomata en infermeria ha de contribuir a la formació dels diferents nivells del personal d'infermeria i a l'educació sanitària de l'individu, la família i la comunitat".

Amb el pas del temps i amb l'evolució i canvi que ha anat experimentant la infermeria des de la seva inclusió com a carrera universitària, veiem que la funció docent ha quedat més limitada en tot allò que fa referència amb els alumnes de les Escoles d'Infermeria, amb la preparació dels futurs professionals ja sigui com professors titulars o com professors associats dels diferents centres hospitalaris on aquest alumnes van a fer les pràctiques.

Parlar de docència, vol dir parlar d'implicació, de repte, de responsabilitat i coherència, tenir visió de futur, etc... Com diu Teixidor, M. (2000) "Es tracta d'un repte de la innovació en la formació". Caldrà definir, com molt bé defensa la Sra. Teixidor, diferents aspectes com poden ser:

- "La necessitat de promoure i desenvolupar estratègies de formació que garanteixin un treball cooperatiu.
- Desenvolupar intervencions formatives que permetin l'actualització professional i el desenvolupament personal, tot preparant per l'autogestió de la pròpia formació i orientant als alumnes en el disseny del seu projecte professional.
- Afavorir la mobilitat dels professors i estudiants en l'àmbit internacional.
- S'haurà de connectar la Universitat i les Institucions Sanitàries, no sols buscant l'harmonització teoria-pràctica sinó també amb finalitats de recerca i de solució de nous problemes.
- Possibilitar la formació de segon i tercer cicle universitari en les titulacions dels diferents professionals de la salut.

- El desenvolupament de l'avaluació de competències professionals amb criteris de resultats, la posada en marxa de processos de revisió i recertificació de les competències i la creació d'agències d'avaluació professional."

Per poder aconseguir tots o gran part d'aquests aspectes, no cal dir que és importantíssim que les intervencions formatives s'han d'establir i dur a terme conjuntament per infermers/es docents i assistencials. És a partir d'aquest punt, que ja podem començar a definir quin és el paper de les direccions d'infermeria, per tant també dels supervisors/es i de les diferents Institucions Sanitàries.

Els supervisors/es han de ser el fil conductor entre les escoles d'infermeria i les unitats on van els alumnes, i per tant futurs professionals, a exercir les seves pràctiques clíniques; són les persones que han de garantir que a les unitats els alumnes seran benvinguts, que no seran ma d'obra per treure'ns feina i prou, sinó que els infermers/es veuran en ells uns futurs companys als quals acompanyaran, formaran i introduiran des del principi en el món assistencial.

Teixidor, M. (2000) diu que "Les direccions competents han de facilitar, incentivar i reconèixer la funció docent dels infermers/es en actiu, a tots aquells professionals que estan compromesos en el desenvolupament de la professió, han de crear oportunitats i donar suport al creixement individual i col·lectiu, potenciant la dedicació en les pràctiques i en la innovació, ja que sense la seva col·laboració aquest repte no es pot aconseguir. És imprescindible doncs, que els infermers/es assistencials disposin d'espai, temps institucionalitzat, formació i recursos que facilitin la seva labor en aquest camp, perquè solament així podrem arribar a aconseguir infermers/es competents en la pràctica reflexiva i que hagin assolit les diferents dimensions del rol de l'infermer/a".

2.3. LIDERATGE

Stogdill (1974) observa amb encert que "hi ha tantes definicions diferents de lideratge com persones han intentat definir el concepte".

Abordaven la qüestió de lideratge com un nucli de processos de grup (Cooley i Knickerbocker). La idea de que el lideratge fos un signe de personalitat també va seduir alguns teòrics: Bingham, Kilbourne, Allport i Bennis contemplaven el lideratge com l'art d'induir consentiment, i en aquesta mateixa línia, Shartle i Tannenbaum, Weschler i Masarik el consideraven com un exercici d'influència. Kooontz i O'Donell el conceptualitzaren com una forma de persuasió.

Nombrosos teòrics, com Cattell i Urwick per exemple, han observat que els líders són instruments per la consecució d'objectius. Altres especialistes en conducta de les organitzacions s'han plantejat el lideratge com un efecte interactiu (Merton).

El líder utilitza processos de comunicació per influir en les activitats d'un individu o grup de cara a aconseguir un objectiu o objectius en una situació concreta i singular; la conducta del líder influeix en la seva actuació en relació amb els membres del seu equip. És líder qualsevol persona del sistema de cures de salut que exerceix una influència sobre els altres.

La literatura posa de manifest dues categories de lideratge: la teoria clàssica de l'organització (TCO) i la teoria no clàssica de l'organització (TNCO). Abans de 1950, la TCO era la norma, la TNCO, que evoluciona a partir de les crítiques a la primera, constitueix la base de les pràctiques contemporànies de Gestió.

Teoria clàssica de l'organització: Es basa en una sèrie de premisses delimitades per McGregor i conegudes globalment com la teoria X sobre la naturalesa humana.

Aquestes són:

- Trobar desagradable el treball
- No ser ambiciós i preferir ser dirigit
- No resoldre de manera creativa els problemes de l'organització
- Estar motivat per factors fisiològics i de seguretat
- Requerir coacció i un control estricte per assolir els objectius

A partir d'aquestes premisses, les organitzacions dissenyaven una estructura de lideratge que contrarestés els perfils del individu per poder assolir els objectius institucionals. Les organitzacions tradicionals estaven dotades d'un poder decisorí centralitzat, tenien forma de piràmide en les qüestions de jerarquia i control. Als treballadors se'ls deia el que havien de fer i no era necessari que pensessin.

L'estil de lideratge utilitzat amb aquests empleats era autocràtic. Quan els líders tracten els treballadors com si fossin robots o no tinguessin capacitat per pensar, aquests comencen a comportar-se com si aquestes afirmacions fossin reals.

Teoria no clàssica de l'organització: Com a contrapartida a la teoria X sobre la naturalesa humana, McGregor (1966,1960/1985) proposa les premisses de la teoria Y:

- Quant les condicions són favorables, l'empleat considera que el treball és quelcom natural com el joc.
- El personal s'autodirigeix per a la consecució dels objectius de l'organització.
- El treballador és creatiu en la resolució de problemes.

- Està motivat a tots els nivells de la jerarquia de Maslow: fisiològiques, de seguretat, socials, d'estima i d'autoactualització.
- S'autocontrola si està convenientment motivat.

Les organitzacions no clàssiques, dissenyen l'estructura de lideratge de forma que els treballadors siguin capaços de créixer dins l'organització; i s'arribi a fer realitat les premisses de la teoria Y.

La teoria Y permet que els responsables de l'organització descobreixin el que motiva als empleats i els ofereixin un estil de lideratge adequat que estimuli el seu creixement dins el marc institucional. De fet, alguns individus poden requerir un control estricte, per tant en aquesta situació resultarà pertinent un estil autocràtic de lideratge. Altres necessitaran el recolzament dels líders i un estil democràtic de comportament. Per tant les premisses de la teoria Y permeten, que els líders responguin a les necessitats dels individus que formen l'organització, mentre treballen per aconseguir els objectius d'aquesta.

La conducta del líder reflexa les necessitats del grup davant un problema o objectiu particular. Si es modifica el grup o l'objectiu, serà necessari tornar a valorar i dissenyar l'estil de lideratge.

Estils de lideratge

La conducta del líder pot qualificar-se en autocràtica, democràtica i liberal o "laissez-faire".

- **Conducta autocràtica:** En general els líders autocràtics són persones dures i autoritàries que prenen les decisions unilateralment. Insisteix en que l'única persona que té la raó és ell, no permet discussions lògiques ni de cap mena i

utilitza sempre els mètodes i objectius que ell mateix ha dissenyat o seleccionat.

La persona que utilitza el lideratge directiu, es considera amb una posició d'autoritat i espera que els seus seguidors respectin i obeeixin les seves instruccions. Pot escoltar suggeriments, però no necessàriament s'hi deixarà influenciar. Sap el que vol aconseguir i creu conèixer la millor manera de fer-ho, no estimula l'incentiu individual ni col·labora amb els membres del grup.

El lideratge directiu no és la millor manera de dirigir, però en ocasions de crisis o d'urgència, quan el grup no té temps de decidir el pla d'acció, pot ser necessari.

Hem de pensar que el lideratge ha de combinar la justícia amb la fermesa, l'amabilitat amb la seguretat, el respecte per l'individu amb el poder sobre ell.

- **Conducta democràtica:** El líder democràtic dóna més importància al companyerisme.

Aquesta forma de liderat està basada en la informació als treballadors dels propòsits generals i progressos de tota l'organització, i la relació pròpia que tenen dins d'aquesta cada persona se li fa sentir que té una important contribució per realitzar. El líder guia els treballadors per seleccionar els objectius, i decidir un pla eficaç per aconseguir-los. Els permet que prenguin certes decisions per si mateixos, encara que els orienta i recolza; per tant tenen més sensació de llibertat i més satisfacció.

Un bon líder exerceix el seu lideratge de tal manera que els seus seguidors no perceben que existeix. El líder demòcrata treballa amb les persones, no

mitjançant el domini, sinó utilitzant la persuasió i els suggeriments. Quan més èxit tingui amb la utilització de les relacions humanes, més gran serà la seva influència com a líder.

L'objectiu principal del líder és orientar el grup en la direcció correcta, ha de decidir quin camí serà el més adequat perquè el grup avanci de manera constant. En tot cas, el lideratge adequat ha d'aconseguir resultats compatibles amb els objectius de l'organització sense importar l'enfocament que s'utilitzi.

El lideratge eficaç origina diferents resultats, esperit de cooperació i entusiasme, que té com a base bones relacions humanes; treballadors capacitats i ben entrenats, i una organització eficaç que pot aconseguir els seus objectius.

- **Conducta liberal o "laissez-faire":** Els líders liberals mantenen un control molt lax sobre els seus subordinats.

Components de la conducta del líder

Els teòrics de la Gestió distingeixen dos components bàsics en la conducta del líder, encara que s'anomenen amb termes diferents. Un d'ells es relaciona amb la complementació del treball, mentre que el segon entronca amb el comportament interpersonal. Hersey i Blanchard els qualificava de "conducta de tasca" i "conducta de relació". Tannenbaum i Schhmidt els definien com "ús d'autoritat pel líder" i "àrea de llibertat pels subordinats", mentre que Blake i Mouton utilitzaven els termes "interès per la producció" i "interès per la persona".

L'estil conductual del líder mai és exclusivament un component o un altre, sinó que suposa una combinació de tots dos elements, amb un pes específic cadascun d'ells. A mesura que disminueix la conducta de tasca, augmenta la conducta de

relació, amb qualsevol estil hi ha sempre un factor de comportament referent al treball i un altre de comportament de relació.

La **conducta de tasca**, fa referència a l'intent del líder d'organitzar i definir els papers i activitats dels membres del grup. Suposa enunciar un objectiu i definir el que es farà, com, quan, i on es farà, i qui serà el responsable de tasques específiques. La conducta de tasca implica una comunicació unidireccional: el líder diu al subordinats el que cal fer per aconseguir un objectiu.

La **conducta de relació**, es caracteritza per una comunicació bidireccional, en la que és respon a les necessitats del grup, demanant opinions, idees, dissenys.

Iniciatives: Les activitats del grup i les discussions són intervencions de consideració. La consideració suposa crear una confiança entre els membres del grup, amb un tracte de respecte i afecte entre ells.

Aconseguir un equilibri entre les dues conductes de tasca i de relació és una meta que s'ha de proposar el líder per poder donar estabilitat, seguretat i confiança al seu equip per tal d'arribar assolir conjuntament els objectius proposats.

No hem de perdre de vista que la persona que assumeix un lideratge ha d'estar disposada a acceptar les responsabilitats que aquest càrrec comporta, ha de conèixer les persones, ha d'identificar les necessitats i diferències de cadascun com a individu. Ha de poder ajudar a satisfer les seves necessitats, serà permissiu d'acord amb les diferents capacitats, actituds, sentiments i emocions dels membres del seu equip.

Aplicació de les tècniques de lideratge en infermeria

El procés de Gestió o direcció és el marc en el que s'enquaden totes les activitats del líder, per tant podem identificar quatre funcions de Gestió, íntimament relacionades amb el lideratge: planificació, organització, motivació i control.

- **Planificació.** Aquesta etapa implica la identificació de problemes, l'establiment i especificació d'objectius a curt i llarg plaç, el desenvolupament d'aquests objectius i l'elaboració d'un pla perquè es puguin aconseguir. La planificació és un mitjà per implicar en les accions a tots els participants d'un sistema, de forma que els membres del grup operin conjuntament per la consecució d'un objectiu determinat. La planificació és la primera i més important de les etapes del procés de Gestió.

Cal planificar i organitzar el propi treball. Coordinar totes les activitats de manera que es realitzin en el temps adequat i de manera correcta.

- **Organització.** Aquesta part del procés implica posar en marxa tots els recursos del sistema (personal, capital, i equipament) per aconseguir un objectiu. Es defineix com una etapa d'integració de recursos. El desig d'un líder d'infermeria és comptar amb tots els empleats i tots els elements situacionals del sistema implicats en la realització d'un objectiu particular i organitzar-los de manera que el grup treballi en conjunt per la seva consecució. Sabrà donar instruccions d'una manera clara i breu, serà el responsable de determinar que la tasca s'ha realitzat de manera adequada.

La coordinació de les activitats en el grup és una part necessària del lideratge d'infermeria. És fonamental mantenir informats a tothom de les activitats de la sala i de l'hospital, també és necessari informar al superior de tot el treball que es realitza amb l'equip.

La coordinació es baixa en un bon plantejament i en l'ús de les capacitats de cada persona i els recursos que es trobin en l'hospital i en la comunitat que ens envolta.

- **Motivació.** La motivació és un factor essencial en la determinació del nivell de rendiment dels empleats i la qualitat dels objectius aconseguits (Hersey i Blanchard). Els directius han d'establir sempre objectius que siguin superiors als aconseguits anteriorment pels empleats, però sense oblidar que aquests objectius estiguin per sobre de les capacitats de les persones que intenten aconseguir-los.

Estimularà la col·laboració i participació de l'equip. Fomentarà la cooperació entre companys. El grau de resposta que existeixi dependrà de la relació i actitud que tingui el líder de cara al seu equip.

La cooperació s'afavoreix quan l'individu sap el que s'espera d'ell, se'l manté informat del seu progrés i és estimulat a la superació mitjançant l'elogi i la crítica constructiva hàbilment realitzat pel líder. L'equip ha de saber que el líder confia plenament en ell. Fomentar les relacions humanes estimula la cooperació i la lleialtat.

La participació pot tenir varies formes, depenen dels desigs i capacitats de les persones.

- **Control.** Aquest últim component del procés de Gestió i lideratge, implica establir mecanismes d'avaluació contínua. Hersey i Blanchard opinen que el control s'aconsegueix mitjançant retroalimentacions periòdiques i exàmens de seguiment que permetin comparar els resultats amb els plans establerts i introduir els canvis pertinents i necessaris. Els sistemes de control de qualitat,

les auditories de cures als pacients, la fluïdesa d'informació, són exemples d'aquesta fase del procés.

El control és un aspecte de la Gestió sotmès a mites i interpretacions erronis. Normalment es relaciona control amb "manipulació", "rígides", "severitat", "autocràcia", "opressió". El control no té perquè ser cap d'aquestes coses, si no al contrari: és un aspecte essencial de les funcions de direcció. Ja que el responsable vitalitza els recursos d'un grup per aconseguir un objectiu, ha de respondre en última instància de les actuacions dels seus subordinats. Un líder eficaç no aconsegueix tot ell sol, al contrari, guia al grup a la consecució d'unes metes i avalua el que està succeint en moments cronològics determinats. Les interpretacions errònies del concepte "control" deriven de comunicacions verbals i no verbals del líder al llarg de tot el procés. Convé exercitar aquest paper de "control" en un entorn pràctic amb la fi d'assegurar una percepció precisa de les intencions pròpies.

El lideratge comporta també observació, saber observar el grup i el seu treball, és una de les grans responsabilitats. És necessari observar l'assistència que rep el pacient de manera individual i global. Per aconseguir-ho necessitarà observar no només la realització del treball físic si no també les manifestacions d'aquells aspectes abstractes que inclouen emocions i comprensió.

No solament ha de saber observar correctament, també ha d'aprendre a valorar les seves observacions. La valoració ha de ser un fenomen continu, analitzant tant el positiu com el negatiu per poder millorar en els aspectes més febles.

Per poder jutjar amb justícia, ha de tenir uns objectius ben definits i contacte directe amb el seu personal i el treball que desitja valorar, si no difícilment podrà disposar d'eines en que basar el seu judici.

Després de conèixer l'eficàcia de l'assistència de la seva unitat i on necessita millorar, caldrà que es plantegi nous objectius, altres projectes, reorganitzarà els recursos i iniciarà de nou el treball. El lideratge mai ha de ser estàtic, quan es sustenta en adquisicions anteriors deixa de ser lideratge.

Tot i diferenciats, els quatre elements del procés mantenen una estricta interrelació. Quan un líder planifica el pla també contempla estratègies per organitzar, controlar i motivar els recursos.

El líder és el que impulsa, no sols que les coses es facin bé perquè convenen a l'organització i que siguin atractives per les persones que treballen, si no que busca que les persones actuïn per motivació transcendent, el líder està preocupat per desenvolupar el sentit de la responsabilitat en el seu equip, que siguin capaços de moure's pel sentit del deure. La dimensió del lideratge implica la capacitat de percebre les necessitats reals de les persones.

Els líders no neixen, es fan a través d'esforços personals, a través d'un procés en el que van adquirint la difícil capacitat de moure's pels altres, per sobre del seu propi egoisme. Significa utilitzar el poder en benefici de tots per sobre del propi.

L'altra cosa que un líder pot fer per millorar la unitat de la seva organització, és ensenyar als seus subordinats el valor de les seves accions i les conseqüències d'aquestes sobre els altres.

Un altre aspecte a tenir en compte és l'exemplaritat, tal com sigui el comportament del líder, serà el dels seus subordinats. L'exemplaritat és la condició necessària per aconseguir autoritat, i aquesta és la força del líder. L'autoritat és la capacitat que té una persona per influir eficaçment a motivacions internes d'altres persones.

L'autoritat està basada amb la lliure acceptació, per part de qui obeeix, de les ordres que formula la persona que posseeix autoritat. Solament l'autoritat és capaç de fer que algú sigui obeït en sentit estricte.

L'autoritat és allò que les persones donen a qui els dirigeix, és un signe de reconeixement de la qualitat de líder per part dels que estan al seu càrrec. Un líder guanya autoritat en la mesura que va utilitzant el seu poder correctament. De la mateixa manera que és perd autoritat quan es fa un ús inadequat del poder, quan no s'utilitza el poder si és necessari, o amb un ús inútil del poder.

Estem immersos en una societat canviant, creixent tant a nivell cultural com a nivell econòmic, competitiva en tots els aspectes. Per tant les organitzacions necessiten líders potents al capdavant, per poder engegar nous projectes, aconseguir noves fites. Líders competents, eficients, organitzadors, però per damunt de tot amb talent humà, tacte, sensibilitat i fermesa; que transmetin convicció, expressin confiança, es posicionin en situacions difícils, manifestin els seus valors i emfatitzin la importància del compromís, així com les conseqüències ètiques de les decisions, despertant d'aquesta manera orgull i lleialtat. Han de saber transmetre entusiasme i una visió atractiva del futur, suggerir noves formes de pensar i de fer les coses, animar a expressar les pròpies idees, tractar els altres com persones, tenir en compte les necessitats, les aspiracions i les habilitats dels altres, i, per damunt de tot, saber escoltar atentament.

Decàleg del lideratge (Kron 1973)

Un bon líder ha de:

1. Buscar continuament nous coneixements.
2. Establir una fita i continuar realitzant esforços per aconseguir-la.
3. Estar disposat acceptar responsabilitats.
4. Generar iniciativa i entusiasme.

5. No perdre el sentit del humor.
6. Defensar la seva professió, ser un membre actiu d'ella.
7. Preocupar-se més pels altres que per ell mateix.
8. No jutjar els altres abans d'hora.
9. No perdre mai el domini d'ell mateix.
10. Refusar l'autosatisfacció.

2.4. EQUIP D'INFERMERIA

Pompeu Fabra, en el seu diccionari, definia la paraula EQUIP com "un grup de persones organitzat per a un objecte determinat".

Fruit d'aquesta definició i de l'evolució històrica que ha sofert tant l'organització, formació, direcció, desenvolupament i creixement dels diferents equips de treball als diferents àmbits laborals, hem volgut aclarir que en aquest apartat quant parlem d'equip d'infermeria nosaltres ens referim a tots els membres que treballen junts amb un mateix objectiu i que depenen tant funcionalment com jeràrquicament del mateix comandament intermedi.

Segons molts autors, l'estil de direcció d'equips, per tant, la relació d'aquest equips amb el seu comandament intermedi, normalment ve^u marcat pel guió personal de cada comandament i pel guió de la institució sanitària, nosaltres creiem que hi ha un tercer factor molt important que també intervé de manera molt decisiva en l'aplicació o adopció d'un model, aquest és el comportament individual de cada membre de l'equip, a l'igual que el comportament de grup del propi equip.

Pont, E. (2001), en el seu article "Les competències de la direcció", ja parla de la importància de dedicar un espai de reflexió en totes les organitzacions, a la

problemàtica que pot sorgir amb relació a la funció directiva i l'organització per equips de treball. Ens recalca que el treball en equip és molt més que una moda. Pont, en aquest article, ens parla de les diferents competències que ha de tenir un directiu, sigui quin sigui els seu nivell de responsabilitat dins de l'organització en relació amb el seu equip.

“Una organització del treball per equips comporta necessàriament dotar els equips de la capacitat d'autoregular-se i autoadministrar-se. Per això, a més de les imprescindibles competències per treballar en equip, caldrà tenir en compte la capacitació i formació en competències dels seus membres, especialment quan en el liderat i la funció directiva dels equips pot tendir un caràcter situacional, sotmès a les contingències.” (Pont 2001).

“L'exercici de la direcció d'infermeria es produeix dins d'un marc filosòfic i conceptual de les cures; per això el mateix model que inspira l'actuació dels professionals en la seva relació amb els usuaris ha d'impregnar la relació entre la direcció i els equips professionals, cosa que significa, d'alguna manera, que la direcció ha de ser competent per traduir una filosofia de cures en una cultura organitzativa” (Pont 2001).

Vist tot això, no cal dir que quedar molt clar que en la tasca de direcció d'equips, es fonamental la formació i l'exercici de la competència comunicativa.

2.4.1. COMUNICACIÓ

Entenem per comunicació “tot allò que passa entre dos o més ments. Com que la conducta és allò que perceben els altres, tota conducta és comunicació i tota comunicació produeix conductes” (Shannon i Weaver 1949)

Davis i Newstrom (1985) defineixen la comunicació com “la transferència d'informació i l'enteniment entre dues persones, és un pont entre individus”.

Jonson (1986) considera el concepte com un medi perquè una persona envii un missatge a un altre, a l'espera d'una resposta

Finalitats de la comunicació:

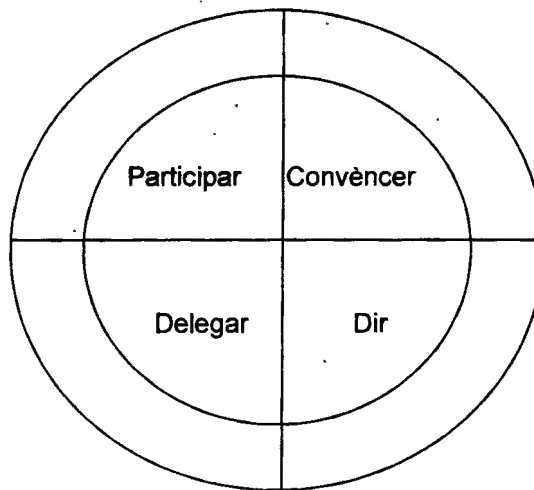
- El directiu ha de ser capaç de comunicar de manera eficaç.
- Formar i construir el pont d'aquesta comunicació, per tal d'afavorir el treball en equip.
- Segons Hewitt (1981), hi ha unes finalitats específiques que s'utilitzen de manera dependent, aquestes són:
 - Aprendre o ensenyar quelcom.
 - Influir en el comportament d'algú.
 - Expressar sentiments.
 - Explicar la pròpia conducta o clarificar la de l'altre.
 - Relacionar-se amb els altres.
 - Abordar un problema.
 - Aconseguir un objectiu.
 - Reduir la tensió o resoldre un conflicte.
 - Estimular l'interès per un mateix o per els altres.

Com es comuniquen els directius:

“Dir, convèncer, participar, delegar, escoltar i proporcionar i rebre retroalimentació”.

- LB₁: Elevada estructura i baixa consideració: Correspon a “dir”, caracteritzada per la comunicació unidireccional, definint el paper del subordinat (què, com, quan i a on). El directiu guia i estructura.

- LB₂: Elevada estructura i elevada consideració: "Convèncer" caracteritzada per la comunicació bidireccional i recolzament socioemocional. El directiu persuadeix.
- LB₃: Elevada consideració i baixa estructura: "participar"; tant el directiu com l'equip comparteixen les decisions per tant es tracta d'una comunicació bidireccional on el directiu reforça, anima i tranquil·litza.
- LB₄: Baixa consideració i baixa estructura: "delegar"; la supervisió és mínima perquè l'equip mostra tenir capacitat, disposició i seguretat per desenvolupar les estratègies per aconseguir els objectius.



Típus de comunicació

- **Comunicació Vertical Descendent:** La línia és del superior al subaltern. És una comunicació directiva i ajuda a coordinar les activitats dels diferents nivells de la jerarquia indicant al treballador el què ha de fer i donant-li informació.

És necessari un adoctrinament per tal d'influir en les actituds i conductes.

Les formes comuns són: manuals per el treballador, fulls de descripció de feines, entrevistes de valoració de la feina, assessorament a treballadors, sistema d'altaveus, cartes, memoràndums, missatges entregats en les nòmines, cartells, butlletins murals, taulons d'informació, sindicat...

- **Comunicació Vertical Ascendent:** Com a conseqüència de les noves formes de gestió, on es prioritza la participació dels treballadors en la presa de decisions i en la delegació d'autoritat, podem afirmar que aquest tipus de comunicació proporciona el mitjà de motivar i satisfer al personal.

El supervisor/a anota la informació i la transmet al cap (nivell superior). És important aquest tipus d'informació per donar una solució eficaç als problemes.

Els mitjans són: Conversacions cara a cara, política de portes obertes, reunions del personal, comissions especials, informes escrits, avaluació del desenvolupament, procediments de queixes, enquestes sobre actituds, bústies de suggeriments, assessorament, cadena de comandaments, informadors, sindicats...

- **Comunicació Horitzontal:** Entre departaments, s'utilitza per coordinar activitats; aquesta augmenta a mesura que augmenta la interdependència. Són els comitès, conferències i reunions per facilitar la comunicació horitzontal.
- **Comunicació Diagonal:** Entre individus o departaments que no estan en el mateix nivell de jerarquia. És una comunicació informal, utilitzada en grups d'staff; aconseguix la comunicació multidireccional.

- **Rumor:** És un tipus de comunicació informal, es transmet molt més ràpid, augmentant la velocitat quan aquest és recent, quan afecte al treball del personal i si implica a persones conegudes.

Aquesta comunicació està sotmesa a una desvirtualització degut a: acostuma a estar fragmentada i incompleta, s'implica la importància personal de l'emissor i, al tenir un caràcter informal, no té línies oficials de responsabilitat.

Obstacles de la comunicació

Com a emissors cal tenir en compte els raonaments, els missatges mal expressats, la claredat i precisió, l'estructura sintàctica, l'organització d'idees, les paraules utilitzades, el filtratge de la informació, la comunicació no verbal (expressions facials, posturals), la confiança o desconfiança que inspirem.

Cal tenir present que els receptors tenen unes preferències i prejudicis, per tant tenen una percepció selectiva que queda afectada per els valors, actituds i suposicions. Es presenta una informació segada quan el receptor es centra en la opinió que té de l'emissor i del significat que esperava trobar en la informació.

Els missatges d'escalons superiors es solen considerar com a missatges autoritaris malgrat que aquests no ho siguin, així l'acceptació d'aquest serà major quan major sigui l'escaló d'on provenguin.

Tampoc hem d'oblidar els símbols de posició ja que incrementen la distància psicològica; pressions de temps, distància física, complexitat organitzativa, la temperatura, el soroll, instal·lacions de materials (sales de junta, cafeteria informal) i les instal·lacions tècniques (telèfons, altaveus...).

Millorament de les comunicacions

- Tenir idees clares abans de ser expressades: propòsit del missatge i finalitat.
- Considerar les metes i actituds dels receptors.
- Determinació de la forma de comunicació escrita, verbal, gestual, el missatge cara a cara ajuda a clarificar el missatge, així com afavoreix la retroalimentació. La finalitat d'aquesta és augmentar la comprensió comú sobre comportaments, sentiments i motivacions; facilitar el desenvolupament d'una relació oberta i confiada entre les persones i proporcionar informació relativa als afectes de la conducta individual sobre els altres; poden ser verbal i no verbal. Les característiques de la retroalimentació, són:
 - Descriptiva més que avaluativa.
 - Específica més que general.
 - Té en compte tant les necessitats del receptor com de l'emissor.
 - Està dirigida a comportaments sobre els que el receptor pot actuar.
 - És sol·licitada i no imposada.
 - És oportuna.
 - Intenta garantir una comunicació clara.
- Tenir en compte l'ambient i el moment de donar la informació per obtenir el major impacte.
- El missatge ha de ser organitzat, amb paraules senzilles, estil clar i frases curtes; fer servir redundàncies, repeticions i la presentació de diferents maneres.
- Saber escoltar amb sentiment de respecte, no jutjant i deixant clar que la informació serà degudament utilitzada, sense anar en contra del personal.

- Escolta activa, és a dir, estar disposat a comprendre els nostres interlocutors, no només a entendre la informació que ens donen, sinó també les actituds i els sentiments que els acompanyen.
- Comunicacions estrictes: La formulació té major cura, estalviem temps, diners i poden conservar-se com a registres legals i fonts de consulta. La comunicació escrita tant pot ser descendent com ascendent i horitzontal. És imprescindible que la comunicació escrita contesti: de qui, que, quan, a on i perquè.

Després d'aquesta revisió sobre la comunicació, també creiem cabdal fer una revisió de la motivació i satisfacció, doncs són elements claus per a que un equip es desenvolupi i creixi com a tal, si ho aconseguim de ben segur que transmetrem als usuaris una seguretat i una confiança mútua en la relació usuari – família que aportaran un valor afegit a les cures d'infermeria proporcionades, que ens facilitarà la consecució de l'excel·lència en les cures d'infermeria.

2.4.2. MOTIVACIÓ I SATISFACCIÓ

Entenem la motivació com "l'estat intern que ens indueix a fer alguna cosa que ens proporcionarà una certa satisfacció, cal aclarir que la motivació de tota persona s'activa quan aquesta percep una necessitat no satisfeta, entenent aquesta com una carència concreta en un moment determinat" (Pérez Gorostegui, E., Rodrigo Moya, B., Saavedra Robledo, I.)

Estudiant la motivació dins de les organitzacions, trobem diferents teories. A principis de segle es pensava que la motivació del treballador es reduïa a un interès purament econòmic i un vincle entre el treballador i l'empresa purament contractual. No és fins als anys 20 on s'introdueix el concepte de relacions humanes, però totes basades en el desenvolupament psicològic humà del propi jo (Rodríguez Porras J.M. 1990).

La teoria administrativa tradicional es basa en la teoria "X" de McGregor enfocant les necessitats primàries, fisiològiques i de seguretat de Maslow i reforçant-lo amb la teoria monísta; segons Herzberg aquesta teoria ajuda a la satisfacció d'algunes de les necessitats d'higiene però no dona motivació, ja que considera com a motivadors del treball: la realització, el creixement, la responsabilitat, el progrés, el reconeixement i el treball en sí, així doncs, la satisfacció en el treball té una resposta positiva, desenvolupa les habilitats i millora el rendiment dels treballadors. Herzberg descriu com a factors d'higiene: el salari, beneficis, status, seguretat laboral, la supervisió o les relacions interpersonals; d'aquí que no els consideri motivadors ja que no milloren les actituds ni el rendiment dels treballadors, si no que prevenen la insatisfacció i la baixa moral

Els nous sistemes administratius es basen en la teoria "Y" de McGregor, on les necessitats secundàries de Maslow (amor, estimació i realització personal) són més importants pel personal que es centren en cobrir l'autonomia, responsabilitat, logro, reconeixement, diversitat en el treball i l'esforç per la realització personal; aquesta s'aconseguirà si coincideixen les metes del propi individu amb les de l'empresa (Argyris) però sense descartar el reforç positiu (Skinner).

Així doncs podem dir que el sistema modern d'administració és aquell en que tant l'empresa com els treballadors participen en la presa de decisions, d'objectius i de plans fomentant la descentralització.

Amb això queda clar que la funció del comandament intermedi serà ajudar el seu equip a que creixi com a tal, promocionant les destreses i els interessos dels membres d'aquests per tal d'afavorir les metes del grup i com a conseqüència la de l'empresa.

En el següent quadre es mostra el paral·lelisme entre la jerarquia de necessitats de Maslow i la T. De la motivació-higiene (manteniment) de Herzberg (JA Perez 1979).(Veure figura nº 1).

Models de Necessitats prioritàries de Maslow		Model de Motivació- Manteniment de Herzberg
Autoactualització realització personal	FACTORS DE MOTIVACIÓ	Treball en sí Logro d'objectius. Possibilitat de creixement. Responsabilitat.
Estima rang social		Progrés. Reconeixement
Necessitats socials de pertinença	FACTORS DE MANTENIMENT	Rang social. Relació amb els supervisors/es. Relació amb els col·legues. Relació amb els subordinats. Qualitat de supervisió.
Seguretat Indemnitat		Política i administració de la organització. Seguretat laboral. Condicions de treball.
Necessitats fisiològiques		Salari

Figura nº 1. Quadre de la motivació-higiene (manteniment) de Herzberg.

Pérez López (1979) formula en la seva teoria, un esquema sobre la motivació humana la qual explica el què és una organització. Tenint present que tota acció

humana es realitza en un entorn i que genera conseqüències, podem afirmar que existeixen tres classes de motivacions:

- **Motivació extrínseca:** La persona es mou per les conseqüències que vol arribar (salari) degut a la reacció de l'entorn en virtut de l'acció executada.
- **Motivació intrínseca:** La persona es mou per les conseqüències que espera que es produeixi en ell, l'acció executada (La satisfacció del treball ben fet).
- **Motivació transcendent:** el subjecte es mou per les conseqüències que espera que produeixi la seva acció en un altre o altres subjectes presents en l'entorn (ajudar a un company de feina). Aquesta implica major llibertat i major qualitat motivacional.

Tots aquests tipus de motivacions tenen unes característiques:

- Intenció del subjecte (els objectius propis).
- Anàlisi de l'estructura de la realitat: L'entorn.
- Tant la motivació intrínseca com l'extrínseca impliquen la teoria de Herzberg sobre els factors higiènics i els motivadors en el treball.
- La motivació transcendent, té convergència amb la voluntat del sentit de Frank i amb les tendències transitives de Lersch.

Així doncs podem dir que la motivació del subjecte guarda una estreta relació amb el rendiment de la persona en l'empresa suposant que l'individu sàpiga què és el que el motiva i en quina intensitat, d'aquí sorgeix la teoria de les expectatives, formulada per Vroom (1964) :

- "Tot esforç es realitza amb l'expectativa d'un cert èxit (Esforç-Rendiment).

- L'obtenció del rendiment esperat, tindrà unes conseqüències atractives per a ell, ja siguin conseqüències extrínseques (paga, aprovació per l'equip, elogi del seu cap, promoció...) com intrínseques (sentiment d'èxit, sentiment de la pròpia autoestima...).
- Valor subjectiu de cada resultat, ja que aquest ve determinat per les necessitats de la persona.
- La motivació per fer una acció és tant major quant major sigui el producte de les seves expectatives”.
- La relació entre esforç i rendiment depèn de les habilitats del subjecte (coneixements i capacitats) com de la percepció del lloc de treball (què s'espera d'ell?).
- Nivell equitat esperat.
- Incentius o al·licients extrínsecs.
- Incentius o al·licients intrínsecs: Implicació en la feina, identificació amb els objectius de l'organització.
- Nivell d'aspiració.
- Conducta dels treballadors en l'organització. Els treballadors han d'obtenir satisfacció per romandre en l'empresa, desenvolupar les seves funcions del lloc de treball per tal d'obtenir quantitat i qualitat, aquest esforç ha de ser per sobre del mínim; el treballador ha de prendre la iniciativa, innovar i cooperar”.

Ja situats en les diferents motivacions de la persona queda aclarir què pot fer un directiu per tal de motivar al seu personal, basant-nos en diferents teories podem afirmar que:

- Cal evitar en la major part possible la diferència entre els objectius de la empresa i el de l'individu, ja que aquesta afavoreix la insatisfacció, la tensió, el conflicte i l'apatia dels treballadors (T. d'energia psicològica de Argyris).
- Clarificació entre els resultats desitjats i el treball que s'ha de realitzar (T. de les expectatives de Vroom).
- Reforç positiu (T. reforç positiu de Skinner). Proporcionar oportunitats per el creixement individual, delegar responsabilitats i l'animació de resoldre problemes (T.X i T. Y de McGregor i T. Z).
- Fomentar l'estímul a través de mitjans com la formació contínua i projectes especials (T. motivació intrínseca de Edward L. Deci).
- El sistema de recompenses (psicològiques, socials i financeres) entre els diferents membres de l'equip han de ser el més justes possibles (T. de la justícia de Jo Stacy Adams).
- Fomentar la comunicació i les relacions d'ajuda en l'equip (T. de la direcció participativa de Likert).
- Satisfacció laboral: Cal tenir present que les dones posen major èmfasi en les condicions laborals, horaris, tranquil·litat, supervisió i aspectes socials del treball, mentre que els homes, donen major importància al

salari, l'oportunitat de promoció, la direcció i polítiques de la organització i l'interès per la feina a desenvolupar.

- Les fonts de satisfacció identificades en infermeria són; el sentit de la realització, el reconeixement, el desafiament en el treball, la responsabilitat, el potencial progrés, autonomia, autoritat, entorn laboral agradable, horaris convenients i planificació de plantilla adequada.

Cal tenir present que amb una bona motivació del personal, es disminueixen costos, s'augmenta la qualitat, es gasta menys temps per obtenir un objectiu, el personal ho percep com una vivència positiva i augmenta la satisfacció (La Monica, E., 1994)

La satisfacció laboral és un dels ítems que el supervisor/a ha de vigilar que es doni, ja que la insatisfacció produirà l'absentisme i canvis de personal augmentant els costos i el temps de producció (disminució de la productivitat).

Com a fonts d'insatisfacció en infermeria, es detecta:

- Mala planificació i comunicació.
- Explicacions inadequades de les decisions que afecten al treball.
- Càrrega de treball que afecti negativament a la seva qualitat.
- Manca de personal.
- Metges poc cooperadors.
- Obligacions alienes a la infermeria.
- Supervisors/es mal capacitats.

Un comandament intermedi no pot motivar el seu equip de manera directa però sí pot conservar i fins i tot intensificar la motivació de cada membre de l'equip augmentant la satisfacció:

- Fent-los saber que es valora l'esforç: escoltant-los i agraint la col·laboració
- Delegant activitats, no responsabilitats finals de la tasca delegada.
- Fer que en el treball que desenvolupen hagin de mostrar les seves aptituds, que adquireixin noves habilitats o que millorin les que tenen.
- Mostrar confiança en la capacitat de cada persona, confinant-li la responsabilitat que cadascú pugui tenir.
- Promocionar ascensos i donar oportunitats per superar-se en el treball.

Apart d'aquestes competències fins ara anomenades i dels diferents factors que ens facilitaran i milloraran la relació existent entre el comandament i el seu equip, creiem que hi ha una sèrie de subcompetències que estan englobades en aquest apartat com són la gestió dels recursos humans, entenen com a gestió no sols planificar les festes i cobertures, ni gestionar els horaris entès únicament com a compliment d'aquests, sinó que creiem que el comandament intermedi és la figura dins de l'equip de direcció que ha de vetllar i lluitar perquè la dotació de personal del seu equip sigui l'adequat per poder oferir unes cures de qualitat i centrades sempre en la persona, que ens permeti la individualització de les cures i a la vegada aquestes cures siguin fruit d'una pràctica reflexiva.

Gestionar horaris, no es tracta únicament de fer complir l'horari al nostre equip, sinó de saber gestionar temps, canvis d'horaris en fer activitats per tal de millorar la qualitat de l'atenció, horaris pensats sempre en els usuaris de l'organització i no pensats pel bé de l'organització en sí i pro, etc.

Voldríem acabar fent dues reflexions pròpies:

- el comandament intermedi no és bo per si mateix, sinó que és el seu equip qui el fa bo i potser també a l'inrevés.

- A les institucions les fan créixer i les fan bones les persones que la formen.

És per aquests dos motius que la direcció d'equips, les relacions interpersonals en una empresa són factors decisius pel seu bon funcionament i pel seu prestigi.

2.5. GESTIÓ DE CURES

"La professió infermera on es combinen, el saber, el saber fer i el saber ser, es defineix com la professió del curar (cuidar)", Téllez, G. (1998).

Curar, segons el diccionari d'en Pompeu Fabra, vol dir, "Tenir cura (d'alguna cosa), esp. tenir la cura mèdica (d'un malalt, d'una malaltia, d'un mal), emprar les cures i els mitjans necessaris per a la seva guarició."

Domínguez, C. (1986), en el seu article "Sociología, cuidados de enfermería y salud", ja ens deixa molt clar que infermeria ha de fer un canvi referent a la seva manera d'entendre que vol dir curar, motivat sobre tot pel postulat de l'O.M.S., "Salud para todos en el año 2000". La nova orientació de les cures cap a la salut i no la malaltia, i el fet cada cop més reconegut de que el procés salut-malaltia és el resultat de les relacions de la persona amb el medi, amb els grups i estructures socials a les que pertany, i de la mateixa persona i la seva capacitat d'adaptació, ens porta a redefinir el concepte de curar. Curar doncs, des del punt de vista relacional entre la sociologia i infermeria, vol dir "Fer amb", no "Fer per" o "Fer a".

El concepte tenir cura, com definidor de la tasca de les infermeres i generalment com sinònim de la pròpia acció de la professió infermera com hem vist en la part d'història d'infermeria, es desglossa en quatre funcions: l'assistencial, la docent, la

investigadora i l'administrativa. Ara bé, com ja va dir Henderson, totes aquestes funcions, són funcions complementaries de la funció principal o finalitat fonamental de la disciplina infermera, que és curar.

És a dir, totes les activitats que realitzem en l'atenció de les necessitats dels clients dels serveis de salut, són de forma genèrica cures d'infermeria, ja sigui la realització d'una tècnica (assistencial), el promoure estudis i investigacions per millorar, generar i aprofundir en el coneixement de l'ésser humà en les intervencions de pràctica quotidiana cercant respostes a les necessitats de benestar, confort, seguretat, etc. I l'autonomia de la persona (investigadora), el desenvolupament de programes d'educació (docent) o el maneig de recursos (administrativa), si bé d'acord amb alguns llocs de treball, els infermers/es es poden sentir més vinculats a desenvolupar més àmpliament una funció o una altra en aquest context de complementarietat a la funció principal, curar; que com hem dit anteriorment és l'eix de la nostra activitat professional.

Teixidor, M. (2004), en una anàlisi vers el nous reptes en ciències de la salut, avala el fet de que no hi ha economia en el món que pugui suportar un creixement il·limitat del cost sanitari, ens parla de la necessitat d'una òptima relació entre costos i resultats, tots plegats hem de millorar en la gestió, fent el millor amb els recursos disponibles. Per poder aconseguir aquest objectiu, és important que tots els professionals sanitaris treballem a partir d'una visió multidisciplinar i amb un mateix objectiu, aquest objectiu ha d'estar centrat en la persona. Aquest fet, implica que tant el client com tot l'equip de professionals sanitaris, hem d'adquirir el compromís de la participació i col·laboració durant tot el procés, amb la part de responsabilitat que correspon a cadascú dels integrants d'aquest equip. Referent als diferents professionals sanitaris, no cal dir que el treball en equip, com diu la Teixidor, M. (2004), "requereix ineludiblement l'excel·lència professional de cada membre del seu àmbit disciplinar. La cooperació consisteix en crear valor i

requereix uns objectius comuns, l'assumpció de la responsabilitat com a grup, una comunicació sincera, el respecte mutu i les aptituds individuals. El seu èxit no depèn únicament de l'empatia, sinó també del respecte, la tolerància i d'un projecte de treball en equip de la institució, dels professionals i dels ciutadans. En aquest sentit infermeria aporta l'excel·lència de les cures”.

Tot aquest canvi cultural, dins del món sanitari, exigeix per part del col·lectiu d'infermeria l'acceptació i interiorització del Rol autònom.

Tal com defineixen Riopelle L. i Teixidor, M. (2002), “El rol professional de la infermera engloba dues dimensions, el rol autònom i el rol de cooperació. La infermera executa aquests dos rols al costat de les persones i de les seves famílies, ajudant-les a viure situacions de salut, de pertorbació de la salut o de final de vida. S'entén per **rol autònom** el que integra el conjunt de competències i actuacions —és a dir, coneixements, destreses, actituds i valors- associades al servei específic que ofereixen els professionals de la infermeria en la seva pràctica professional de les cures. Aquest rol es basa en la presa de decisions que depenen exclusivament de la iniciativa de la infermera i es guia pels valors humanistes i ètics del fet de cuidar. Una altra dimensió del rol és la **cooperació**, que integra les intervencions que la infermera desenrotlla en complementarietat amb la resta dels membres de l'equip multidisciplinar. La cooperació implica no sols els membres d'un equip interdisciplinar, sinó també la persona que necessita les intervencions dels professionals i aquelles altres que constitueixen la seva referència.

En molts països s'ha acceptat i evidenciat que la resolució d'un procés no depèn exclusivament dels diagnòstic i del tractament mèdic, sinó també de les respostes de la persona a cada situació. Infermeria és qui, en l'exercici del seu rol autònom i mitjançant el procés de cures, identifica problemes, formula diagnòstics

d'infermeria i posa en marxa totes aquelles activitats necessàries per tal de donar resposta a les necessitats de la persona. Conscients doncs, de la influència que tenen les cures d'infermeria en la resolució de tots els processos, els models d'infermeria com a marcs de referència, els diagnòstics d'infermeria, els protocols, plans de cures estandaritzats, la gestió per resultats i, últimament, les guies clíniques o trajectòries clíniques s'han convertit en noves eines de gestió, substituint els mecanismes tradicionals i formant part de l'estructura sanitària per procurar la rentabilitat dels pressupostos sanitaris.

Fent un repàs a totes aquestes eines abans esmentades i per ordre de com les anirem definint, queda clar un altre cop l'evolució que hem fet infermeria en quant al cos de coneixement propi i en relació a la interiorització i formalització en la nostra pràctica diària del nostre rol autònom.

Els protocols sorgeixen als anys 50 però no és fins la dècada dels vuitanta que es comencen a estendre, sobretot en l'àmbit de la salut pública, com a l'eina materialitzada del mètode d'anàlisi de decisions. D'entre les múltiples definicions de protocols que podem trobar en la bibliografia, la que al nostre semblà s'adiu més per la nostra activitat assistencial és la que parla "d'acord previ d'un grup de professionals vers quina és la conducta a seguir davant d'una situació determinada per realitzar una assistència correcta". Els protocols de cures, són pautes detallades que orienten l'infermer/a per tal d'intervenir en una situació seleccionada. Els protocols de cures, en el seu moment, van ser una eina que va obligar els professionals a unificar criteris, a unificar objectius terapèutics entre els diferents membres de l'equip assistencial d'aquells moments i es va convertir en un bon registre de totes les activitats d'infermeria (en la majoria dels protocols d'aquells temps eren activitats pertanyents al rol de vigilància i col·laboració).

Als protocols li segueixen en l'evolució del temps els plans de cures estandaritzats. El pla de cures és un document escrit que dirigeix de manera ordenada i contínua les activitats d'infermeria. El pla de cures estandaritzat sorgeix de l'evidència clínica de que la majoria de les cures a impartir a una persona amb qualsevol procés poden ser les mateixes, és per això que es comencen a elaborar aquestes eines de treball infermer/a on es contemplen els tres rols d'infermeria, encara que no amb molta profunditat, doncs solament hi queden registrades les activitats d'infermeria. Aquest pla de cures ha de ser un instrument dinàmic i flexible, que permeti l'adaptació contínua de les cures a la nova situació de la persona.

En efecte, per a l'infermer/a assistencial individualitzar un pla de cures estandaritzat li reporta menys temps que elaborar un pla nou i complert per a cada persona. El pla de cures estandaritzat, per a molts autors són una de les unitats de cures més adients per a mesurar el que molts gestors anomenen el producte infermer.

Apareix també la gestora de casos Bower, K. (1996) identifica la gestió de casos com "un sistema clínic que es centra en la responsabilitat d'una persona o grup identificats amb la missió de coordinar l'atenció al pacient a través d'un episodi o d'un continu en l'atenció; negociació, obtenció i coordinació dels serveis o recursos necessaris pels pacients i famílies en situacions complexes; garantir i facilitar l'obtenció de la qualitat en els resultats, tant a nivell clínic com de costos; intervenir en els punts crucials pels pacients individuals; dirigir i resoldre situacions que tenen un impacte negatiu de qualitat-cost i crear oportunitats i sistemes per la consecució de resultats".

Per finalitzar tot aquest apartat solament ens resta parlar de les trajectòries clíniques. La finalitat d'aquestes és aconseguir unes cures de qualitat, mitjançant pràctiques centrades en els resultats i en la col·laboració de tots els implicats en

aquest procés d'atenció. Com diu Teixidor, M. (2002), "s'utilitzen per coordinar, planificar, entregar, controlar i revisar l'atenció de forma concurrent per part dels membres de l'equip multidisciplinar. Integrant l'anàlisi de les variacions que permetin comparar l'estat de la persona en relació al previst en la trajectòria, així com identificar, dirigir i resoldre les variacions individuals i de grup. La detecció de les variacions és fonamental, ja que permet, a pesar de l'estandarització, personalitzar les cures, obliga a una pràctica en col·laboració i requereix pensament crític".

Totes aquestes eines de treball, des dels protocols fins a les trajectòries clíniques, ens han de permetre la individualització, integració i globalització de les cures a la persona durant tot el procés i en cada situació. Això comporta una exigència per part del sistema a l'infermer/a d'un alt grau de capacitació i d'anàlisi reflexiu en totes aquelles activitats de la pràctica diària. Exigeix un alt grau de preparació per poder assolir aquest pensament crític en el camp dels processos d'intervenció, de la mateixa manera que requereix temps per poder atendre a la persona, doncs darrera de cada contacte amb la persona, de cada intervenció professional, hi ha quelcom intangible i invisible a nivell de quantificació, que en definitiva és el que ens permetrà personalitzar i humanitzar l'assistència i, per tant, donar cures de qualitat. Totes aquestes eines han d'estar enquadrades en un marc conceptual de referència infermera.

Pont, E. i Teixidor, M. (2003), defineixen Marc de Referència com "Grup d'aspectes que tenen una relació entre ells i reflecteixen la naturalesa de les tasques a realitzar en l'àmbit d'una funció. Permet identificar els valors que l'inspiren, contribueix a identificar el domini en el qual s'ha de desenvolupar una funció, les competències a desenvolupar, les activitats que s'han de dur a terme i la responsabilitat que implica".

“Un marc de referència ha d'identificar els atributs i valors, la seva estructura ha de ser senzilla i ha de permetre la flexibilitat i la creativitat. Permet clarificar el que proposa per un lloc de treball una institució i és un marc pel treball de la infermeria doncs clarifica els valors i principis de l'organització. Aquest marc de referència ha d'emmarcar-se en la naturalesa de les cures infermeres”.

“La direcció d'infermeria ha de tenir clar quin projecte professional vol desenvolupar en el seu centre. Actualment, se'ns demana a les direccions un repte difícil que és donar cures de qualitat, vigilant i tenint en compte els costos” (Teixidor, M. 2003).

Hem de creure en que un bon registre, una redacció rigorosa dels plans de cures, ens ajudaran a donar a conèixer el treball dels infermers/es als equips directius dels centres, i desafiar els gerents, fent-los-hi veure que els infermers/es som una peça clau dins del món sanitari actual on preval la relació eficàcia-eficiència.

Els comandaments intermedis som els que hem de vetllar perquè aquests registres no provoquin una reducció de plantilles (sistematització igual a menys feina), sinó que hem d'instar que a través d'aquesta sistematització és més fàcil la individualització i integració de les cures, aconseguint que realment la persona sigui el centre de l'atenció. Però això, que dit així sembla no res, obliga als infermers/es a interioritzar realment el seu rol autònom, a desenvolupar un sentit crític a partir de la pràctica reflexiva en les cures, a saber combinar l'alta tecnologia amb la proximitat, senzillesa en el contacte, etc. i totes aquestes competències requereixen temps i formació. No hem de permetre que aquestes eines, que estem dient ens ajuden a crear l'excel·lència de les cures, se'ns girin en contra en quant a l'alta direcció, ja que aquesta potser que solament estimin la part mesurable de les cures ofertes, però no valorin la part invisible, qualitativa i no mesurable de cada contacte amb la persona i família És una de les fites del

comandament intermedi i la direcció d'infermeria que les institucions creïn i adoptin sistemes de gestió i organització de les cures, que facilitin una adequada dotació de recursos humans que facilitin i permetin la pràctica reflexiva i la personalització de les cures.

Alhora, els comandaments intermedis hem d'aconseguir que tots els membres de l'equip participin, opinin, elaborin, etc. segons el grau de maduresa professional, en la definició dels objectius de la unitat. Si aconseguim aquesta implicació el bon tarannà que es crea com a equip també es transmet en l'assistència i donen un valor afegit a l'atenció de la persona.

Ara bé, això no vol dir que com a comandaments no tinguem que vetllar i identificar les males pràctiques per part de qualsevol membre de l'equip, les quals un cop identificades també són competència nostra: saber-les reconduir amb formació, supervisió, etc. depenent sempre del tipus de professional del que es tracti.

Finalitzarem dient que, dins de la gestió de cures, també és competència del comandament intermedi realitzar una bona gestió dels llits, coordinant les altes, trasllats i ingressos de la seva unitat.

2.6. SERVEIS DE SUPORT

L'organització hospitalària, tal com es contempla actualment és molt complexa, amb els anys s'ha passat d'una organització totalment centrada en la funció sanitària assistencial a una organització centrada amb un únic objectiu: donar una atenció integral, segura, i de qualitat emmarcada als condicionats econòmics traduïts en valors d'eficàcia-eficiència al individu, família i/o comunitat. Aquest

objectiu és comú en tots els nivells assistencials, ara bé, donat el tema que ens ocupa nosaltres ens centrarem únicament al món hospitalari.

A nivell funcional i operatiu, dins dels hospitals i a trets generals, podem diferenciar tres tipus de serveis, la relació dels quals és molt decisiva per poder oferir i donar un servei de qualitat als nostres clients. Com hem dit anteriorment, avui en dia els nostres clients, donat que ja tenen garantida l'assistència sanitària, ens reclamen cada cop més d'altres tipus de serveis la funció dels quals és afavorir que no manqui de res (material, medicació, tecnologia, etc.) i garantir al màxim la comoditat i l'atenció personalitzada des del moment que entren en els nostres centres.

Així doncs podem definir els tres tipus de serveis com:

- **Serveis Clínics:** Els que agrupen als diferents especialistes que atendran directament als clients en els seus processos assistencials. Són els serveis on es diagnostica, es tracta i es rehabilita els clients que han ingressat en el centre.
- **Serveis Centrals:** Són aquells que col·laboren amb els clínics en el diagnòstic i/o tractament, ho solen fer mitjançant procediments instrumentals, d'imatge o analítics (endoscòpia, radiologia, laboratoris, medicina nuclear, radioteràpia, rehabilitació, ...).
- **Serveis Generals:** Fan referència a totes aquelles prestacions de tipus hotel·ler, s'anomenen així per la similitud que hi ha amb els serveis que ofereixen els hotels. Aquestes prestacions són: bugaderia, admissió, cuina, neteja, i després d'altres de més específiques com manteniment, compres o magatzem i farmàcia.

Un cop definits els tipus de serveis ens centrarem amb els generals o anomenats també de suport, doncs el bon funcionament d'aquests són un factor clau en la percepció de comoditat, qualitat i, com no, de satisfacció dels nostres clients.

El **Servei de Manteniment** és el responsable de la conservació adequada de les unitats i els elements com l'aigua, electricitat, calor, oxigen i d'altres instal·lacions pel correcte funcionament de l'hospital, porta a terme un conjunt d'activitats amb la finalitat de conservar l'immoble, equips, instal·lacions, etc. en condicions de funcionament segur, eficient i eficaç per no retardar, allargar o interrompre l'activitat assistencial en els diferents serveis clínics, centrals i de suport.

Al llarg de la història el concepte de manteniment ha anat evolucionant des d'un manteniment preocupat per la reparació urgent a un manteniment encaminat a millorar la fiabilitat de les instal·lacions i els diferents equipaments.

En el congrés internacional de l'OCDE en 1963 es va definir el manteniment com "la funció empresarial que s'encarrega del control constant de les instal·lacions i equips, així com del conjunt de treballs de reparació i revisió necessaris per garantir el funcionament regular i el bon estat de conservació de les instal·lacions productives dels serveis dels establiments".

El manteniment de les instal·lacions i equips de llarga durada es pot realitzar de dues maneres diferents:

- Una manera serà preventiva o programada, que consisteix en establir controls destinats a detectar les possibles errades potencials, servei programat i revisions planificades, més la substitució de peces avariades o amb probabilitats de possibles avaries.

- Una altra, no programada, d'actuació immediata, serà quan un equip o instal·lació falla.

La repercussió directa en la funció assistencial de qualsevol avaria o problema tant en la infraestructura dels edificis, instal·lacions o aparells, subratlla la importància d'un correcte funcionament, una ràpida resolució dels problemes i un màxim nivell de seguretat

Els fonaments operatius que s'han de tenir en compte per a dur a terme el manteniment de les instal·lacions i edificis han d'estar basades en la implantació d'una enginyeria o departament de manteniment amb uns circuits clars, eficaços i coneguts per tothom, de manera que solament per la seva aplicació puguem aconseguir un correcte control, estat de conservació, funcionament i condicions de servei de les instal·lacions, equips,... per poder aconseguir uns objectius bàsics de seguretat, econòmics i confort tant pels clients externs com pels interns.

Un cop revisat el que seria aquest servei de suport, solament ens queda definir quina seria la competència del comandament intermedi en aquest apartat, la qual cosa se'ns fa difícil doncs podríem dir que a nivell bibliogràfic no hi ha res escrit, exceptuant el resultat obtingut a la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria" (2003), on es ressalta com activitat finalitzada que el comandament ha "d'assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització segon les necessitats dels serveis" i la subcompetència "fer el seguiment i l'avaluació dels circuits de suport". A banda d'aquests aspectes, també creiem en la importància que té la participació del comandament alhora d'establir circuits tant pel que fa al manteniment programat o preventiu com pel d'actuació immediata.

El **Servei de Compres i Magatzem** té un pes específic important per a la interrelació que hi ha entre aquest servei i les diferents unitats assistencials; del bon funcionament d'aquest servei en depèn en molts casos la qualitat, rapidesa i resolució de molts entrebancs que sorgeixen en el dia a dia en l'atenció dels nostres clients. Com hem dit anteriorment l'hospital és una institució complexa no solament per la infraestructura, si no també per la seva organització, és per això que per poder complir el seu objectiu principal o la seva missió, necessita d'un bon suport en relació a tot lo relacionat amb el material fungible i no fungible necessari i imprescindible.

És en el magatzem on s'emmagatzemen tots els articles o materials adquirits pel consum hospitalari. Aquest servei ha de saber en tot moment el que té en estoc i ha d'estar en disposició de facilitar informació detallada dels diferents productes. També és funció del magatzem el control dels material que mouen, conserven, custodien i manipulen les diferents unitats.

Arran del creixement desmesurat de la despesa sanitària, no solament pel model que hi havia anteriorment als centres que era el d'assignar uns recursos econòmics a una sèrie de necessitats sense cap tipus de planificació, sinó també per la gran varietat i diversitat de productes existents en el mercat, a l'any 1987 es publica el R.D. 521 amb la finalitat de regular l'estructura i el funcionament de les institucions sanitàries gestionades pel INSALUD. Aquest reglament respecte a la gestió de subministres, potencia la gestió hospitalària, canviant el terme d'administrar pel de gestionar, incidint directament en el tema dels subministres. Una bona gestió d'aquests suposa entre moltes d'altres coses, planificar, determinar objectius, conèixer perfectament els mitjans disponibles, valorar i prioritzar les necessitats i controlar la gestió realitzada.

S'ha de tenir en compte que no es tracta d'estalviar per estalviar, si no de realitzar les despeses necessàries d'acord amb una sèrie de paràmetres prèviament determinats.

Les competències del comandament intermedi en relació a aquest servei pot dependre molt de l'organització de cada centre, per exemple de si existeix una comissió de compres on infermeria hi està present, de si hi ha un supervisor/a que a través del seu càrrec com a responsable de qualitat o higiene pot incidir en les compres del diferents materials, etc. També, com hem dit abans, creiem que el comandament intermedi ha de participar en l'elaboració dels diferents circuits en relació a aquest servei.

Si fem referència a la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria (2003), podem dir que les úniques activitats observades són:

- "Gestionar el material inventariable de la unitat".
- "Gestionar el material fungible de la unitat".
- "Identificar els recursos materials necessaris per al bon funcionament de la unitat".
- "Verificar el material subministrat".
- "Gestionar el consum de la unitat".
- "Assegurar a la unitat els estocs de material fungible i inventariable".
- "Cercar el material en préstec a d'altres unitats o manteniment".
- "Coordinar, negociar i fer acords amb els serveis de suport".

El **Servei de Farmàcia** fins fa pocs anys era exclusivament un servei de suport, ara bé en alguns centres comença ja a funcionar com una unitat productiva final, ja que fan atenció i educació sanitària directament als clients del centre envers tot el que està relacionat amb medicació, nutrició enteral i parenteral, etc..

Com a servei de suport, que és el tema que ens ocupa, té diversos objectius:

- Proporcionar la medicació a les diferents unitats tant assistencials com centrals del centre.
- Avaluar els problemes derivats de la utilització dels fàrmacs
- Proposar les millores necessàries a la fi d'aconseguir una correcta prescripció i administració terapèutica.
- Reduir al màxim els riscos de la utilització dels medicaments.

Com podem veure, és un servei integrat en l'organització hospitalària, que té com a missió garantir la qualitat, el suport i el màxim benefici vers els processos fàrmaco-terapèutic als clients del centre, col·laborar i donar suport als clínics en la presa de decisions fàrmaco-terapèutiques, assumint un paper important al servei de tots els professionals sanitaris i clients, ajudant a prescriure millor i de la forma més adient que s'administri el medicament de la millor manera i que el client obtingui el màxim benefici del seu tractament i tot d'una manera ràpida, segura i eficaç a un cost el més racional possible.

Les unitats d'infermeria són els clients interns més afectats pel funcionament d'aquest servei, és per això que infermeria té un paper molt important i decisiu a l'hora de crear circuits, impresos, decidir presentacions dels medicaments, horaris...

En molts centres la veu d'infermeria ja està representada en les comissions de farmàcia (encara en molt desavantatge amb els metges en quant al nombre de components de la comissió), en d'altres per la presència d'infermeria en la mateixa farmàcia hospitalària, però sí és cert que, per l'afectació tant directa que té aquest servei amb el treball d'infermeria, hauríem de tenir més competència en les decisions que es prenen a nivell hospitalari.

Fins i tot en aquest cas, creiem que la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria (2003), en relació al servei de farmàcia, es podria ampliar en quant a les competències que atribueixen als comandament intermedis en aquest aspecte.

A l'informe d'aquest projecte es parla de :

- "Gestionar problemes de provisió de medicaments".
- "Assegurar una bona administració i control d'estupefaents".
- "Verificar el material subministrat".
- "Gestionar el consum de la unitat".

Referent a totes aquelles prestacions anomenades per la gran majoria com "Hoteleres", que són obligatòries per part del centre i que estan totalment interrelacionades amb la funció assistencial i clínica dels clients del centre hospitalari, és important dedicar-hi també un espai i atribuir-li la importància que tenen, ja que cada cop més són les que, a banda de com es solucioni el procés pel qual atenem els clients, tenen una influència molt directa en el grau de satisfacció i en la valoració a nivell de qualitat que es fa del centre.

Així doncs hem de parlar del servei de neteja, cuina, bugaderia, administració i arxiu.

Actualment en la gran majoria dels centres hospitalaris i empreses el **Servei de Neteja** es contracta a empreses privades del sector formalitzant-se un contracte en el qual hi ha descrits tots els requisits a nivell d'higiene i asèpsia dels diferents serveis assistencials. Això comporta implícitament haver de realitzar un control més exhaustiu en tots aquests aspectes i també una major lentitud a l'hora de prendre decisions per solucionar els diferents problemes que puguin sorgir.

En aquest cas són els supervisors/es d'higiene o les infermeres higienistes del centre qui tenen la major competència envers els controls, protocols a efectuar i seguir, poder en quant a marcar requisits en relació al contracte amb l'empresa, poder en quant a quina decisió o solució pot ser la millor a cada problema, etc. Aquests infermers/es han de tenir una bona relació amb tots els comandaments del centre i també amb tot el personal assistencial, a fi que la seva feina sigui més precisa i fiable, aportant un valor afegit de qualitat a l'assistència que oferta el centre hospitalari.

L'única activitat observada als comandaments intermedis en la Proposta per a un referencial per la funció de supervisor/a d'infermeria (2003) és, "Gestionar amb el responsable de la neteja".

Parlar del **Servei de Cuina**, equival a parlar de la nutrició, ja que qui manipula els aliments i prepara les dietes de tots els clients dels centres és el servei de cuina tant sigui privat com del propi centre. Això ens obliga primerament a deixar clar la importància que l'estat nutricional del client té en qualsevol procés patològic.

De tothom és conegut que un bon estat nutricional ens afavoreix la recuperació de la malaltia. Afavoreix la resposta a la medicació i d'altres tractaments, millora la resposta immunològica i per tant millora la qualitat de vida del individu.

D'acord amb la importància de l'estat nutricional, hem de parlar també de la importància que té el fet de que l'alimentació que proporcionem als clients sigui correcta i equilibrada, i que aquesta hagi estat preparada i servida en les màximes condicions d'higiene i tingui una bona presència a la vista.

Abans de l'existència de les dietistes com a professionals independents, en la majoria dels centres aquesta competència de vetllar per l'estat nutricional del

client, de vetllar per la bona presència de les dietes, el fet de tenir en compte les preferències alimentaries dels pacients, de controlar les condicions higiènico-alimentàries en tot el procés de preparació i emplatat de les dietes era funció de totes les infermeres assistencials, assumint la màxima competència el comandament intermedi de cada unitat o servei.

Actualment amb la presència de les dietistes el paper d'infermeria ha quedat exclusivament en la personalització de les dietes, tenint en compte les preferències i intoleràncies als aliments dels nostres clients, i en el control de les condicions més hoteleres com són presència de la dieta, estat de la cobertura, estat de les safates de l'emplatat i valorar si el pacient menja o no.

Aquesta funció de control no deixa de tenir la seva importància en quant que pels nostres clients, pel fet moltes vegades d'estar sotmesos a règims, la bona presència, olor, varietat i personalització de les dietes fan que siguin més atractives i acceptin més el seguir el regim marcat pel clínic.

El Servei de Bugaderia és un departament de serveis indirectes que proporciona roba neta i planxada a tots els clients del centre, externa i interns.

Ens proporciona la roba neta a les diferents unitats assistencials del centre, sent el responsable de l'intercanvi de roba bruta per roba neta i tenint en compte els estocs de roba de cada unitat.

Normalment és un servei que està infravalorat respecte a d'altres serveis de suport degut a que la roba encara hi ha molts professionals sanitaris que no la contempen com part integrant de la higiene dels malalts i per tant del tractament.

Per poder garantir el màxim confort als malalts, hem de poder canviar la roba del llit cada cop que calgui, les vegades que sigui necessari i amb rapidesa, sense trigar. Això suposa que la dotació de roba de llit a les unitats ha de ser l'adequada, la qual cosa suposa la implantació d'un circuit de distribució i reposició de roba neta entre la bugaderia central i cada unitat que funcioni correctament i garanteixi sempre els mínims. Igualment també és molt important establir els mecanismes adequats perquè la roba bruta, sovint contaminada, arribi a la bugaderia en perfectes condicions de manipulació.

El Servei d'Admissions d'un hospital té per objecte efectuar l'ingrés dels pacients de forma ràpida i ordenada en els diferents serveis de l'hospital i portar-ne el registre.

També és qui gestiona la programació dels nostres clients per tots els serveis assistencials del centre, programació que ha de ser ràpida, eficaç i sense entrebancs burocràtics.

El **Servei d'Arxius** d'històries clíniques, a part de la recollida de les dades clíniques, ordenar correctament l'episodi o expedient i intercalar els diversos resultats per integrar-los, fa la distribució i recollida de les històries a les diferents unitats assistencials.

Generalment als hospitals hi ha un arxiu únic i centralitzat, l'objectiu del qual és tenir localitzada tota la documentació clínica del client, tenir el control de sortides i devolucions de les històries, codificació, elaboració, control i explotació sistemàtica del sistema d'informació clínica, supervisió d'històries clíniques i estudis de control de qualitat de la documentació. Per tots aquest motius es fa necessària una relació normatitzada i estreta entre els serveis i l'arxiu.

En relació a aquests quatre serveis, a nivell bibliogràfic no hem trobat cap article, llibre, etc. on es relacionin aquests serveis amb la infermeria. El que si volem ressaltar, és que en un estudi realitzat a nivell de tota Espanya, on s'analitzen els factors que influeixen en les decisions de la contractació externa de quatre dels serveis generals (neteja, bugaderia, alimentació i manteniment), queda reflectit que és a Catalunya on hi ha una major contractació externa. En aquest estudi també és fa referència a la importància d'establir diferents sistemes de control i també de la importància de definir persones responsables o assignar responsabilitats a diferents càrrecs de l'empresa en relació a fer un seguiment exhaustiu dels diferents serveis contractats, ja que aquestes empreses solen reduir costos a expenses de la qualitat (pèrdua d'eficiència).

Com a conclusió, podríem afirmar que la qualitat assistencial és el resultat de la unió de tots els components que intervenen directa o indirectament en la atenció al client en l'hospital. Així doncs no solament es valora l'acte assistencial (coneixements i tecnologia) que sempre serà el principal per a la majoria dels professionals, si no que també se'ns valora pel que el client percep, que és l'aspecte humanitari de l'assistència, en el que influeixen des del tracte al client i família, a la informació donada, als aspectes relacionats amb l'ambient i l'hosteleria. El client i la seva família acostumen a donar més valor a aquest segon component de l'atenció, ja que és el que perceben, per això se li denomina qualitat aparent o percebuda.

L'atenció sanitària és la part principal del producte sanitari, però a més, hem de tenir en compte una sèrie de components que donen un valor afegit i sense els quals ni és un bon producte ni donem un bon servei. Aquests components són:

- Accessibilitat.
- Entorn, que inclou les característiques de l'edifici i locals, amplitud, comoditat, ambient, mobiliari, decoració, menjar.

- Organització general, logística, emplaçament, magatzem i subministres, i manteniment.

És per tots aquests motius que creiem que l'activitat principal que té el comandament intermedi en relació a tots els serveis de suport, com surt a la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria (2003), és "Coordinar, negociar i fer acords amb els serveis de suport" tenint sempre en compte la singularitat de cada centre".

Capítol 3. CAPACITATS

Parlem de capacitat en el sentit d'aptitud susceptible de desenvolupament, no necessàriament innata, que es manifesta no com una potencialitat teòrica sinó en el moment de l'actuació pràctica. Per tant el principal criteri per conèixer la capacitat d'una persona és l'eficàcia de l'acció realitzada en condicions diverses.

Qualsevol executiu eficaç per obtenir l'èxit en el seu entorn laboral ha de posseir tres classes de capacitats: capacitat tècnica, capacitat humana i capacitat intel·lectual:

- **Capacitat tècnica.** Implica el coneixement i el domini d'algun tipus d'activitat específica, especialment la que es refereix a mètodes, processos, procediments o tècniques. Suposa un coneixement especialitzat, capacitat analítica dins l'especialitat i facilitat en el maneig dels instruments i tècniques que són pròpies de la disciplina concreta.
- **Capacitat humana.** És la capacitat d'un executiu per treballar amb eficàcia com membre d'un grup i per crear un esforç de cooperació en l'equip que dirigeix.

Aquesta capacitat es demostra en la forma en que un individu percep els seus superiors, els seus iguals i els seus subordinats, i en la forma que actua al respecte.

La persona que posseeix una capacitat humana molt desenvolupada, és conscient de les actituds, opinions i suposicions que té respecte a altres persones o grups; sap veure les avantatges i limitacions dels seus sentiments. Accepta l'existència d'altres punts de vista, opinions diferents a les seves, i per això està capacitada per comprendre el que altres persones volen dir amb les seves paraules i la seva conducta. Està també capacitada per comunicar als demés, a cadascun en el seu propi context, el que vol dir més enllà del seus actes.

Una persona d'aquestes característiques s'esforça per crear un entorn d'aprovació i seguretat, en el que els subordinats se sentin amb llibertat per expressar les seves opinions sense por a la censura o al ridícul, motivant-los a participar en la planificació i execució de tot allò que els afecta directament.

Perquè aquesta capacitat sigui eficaç, s'ha de donar d'una manera natural, inconscient i contínua, quedant reflectida en totes les accions de la persona.

- **Capacitat intel·lectual.** Saber contemplar l'empresa com un tot, i la captació de tots els elements de la situació que tenen importància per ella.

En la pràctica aquestes 3 capacitats estan íntimament relacionades, fins al punt de no saber determinar on comença una i acaba l'altre. Encara que en tots els nivells de direcció tenen importància les tres classes de capacitats, variarà la prioritat de cadascuna d'elles en funció del nivell de responsabilitat en cada cas.

En nivells mitjos, la capacitat humana i intel·lectual permet compensar la falta de formació en els aspectes tècnics; la capacitat essencial per aconseguir una direcció eficaç és que a tots els nivells de jerarquia existeixi una gran qualitat humana.

En nivells de responsabilitat més alts, la capacitat més important és la intel·lectual, en aquests nivells la capacitat tècnica va perdent progressivament importància, per tant és lícit pensar que en comandaments intermedis es necessiten qualitats humanes i tècniques prioritariament.

Durant molt de temps s'ha pensat que la capacitat de comandament era inherent a una determinada classe d'individus escollits, parlem de líders nats. Sens dubte és cert que hi ha gent que d'una manera natural o innata posseeix per determinats aspectes de la vida una gran capacitat. Però les investigacions indiquen que les persones amb gran aptitud i capacitat poden millorar-la mitjançant la pràctica i la formació, i les persones que no tenen capacitat també poden millorar el seu rendiment i la seva eficiència amb l'aprenentatge.

Aquesta concepció suposa aprendre practicant. Cada persona aprèn de manera diferent, però el desenvolupament de les capacitats d'una persona s'han de fer mitjançant la pràctica i relacionant tot allò que s'aprèn amb l'experiència i la preparació personal de cadascú.

Perfil del comandament intermedi:

Cal destacar la doble vessant o dimensió del perfil d'un bon comandament intermedi :

- per una part, les capacitats i condicions tècniques que implica aquest càrrec.
- per altra, les qualitats humanes que exigeix aquest tipus de tasca.

Per raons didàctiques, classifiquem les característiques del perfil del comandament en 4 tipus, relatius a :

- Coneixements que ha de tenir
- Experiència que ha adquirit prèviament
- Habilitats i destreses tècniques que ha de dominar
- Qualitats personals i actituds que ha de tenir com a persona.

Coneixements:

Sense ser exhaustius, podríem enumerar alguns dels coneixements que ajuden a la tasca de supervisió :

- una bona cultura general
- una solida cultura professional
- tenir una bona preparació metodològica i tècnica
- conèixer bibliografia actualitzada, del seu camp d'intervenció
- coneixements metodològics i tècnics d'avaluació de programes i rendiment del personal
- formació en temes relacionats amb: relacions humanes, comunicació, dinàmica de grups i organitzacions
- especialització en el seu camp d'intervenció professional

Experiència:

Un professional que desitgi ser comandament intermedi però que només tingui coneixements teòrics, tindrà moltes més dificultats per arribar a ser un bon comandament.

Quan parlem d'experiència, ens referim al treball realitzat professionalment, tractant de millorar els serveis, sense caure en la rutina i d'una forma creativa.

Per ser supervisor/a és convenient haver exercit prèviament algunes de les següents funcions :

- Treball professional directe amb els usuaris.
- Experiència de treball en equip.
- Experiència de treball en un camp semblant al que supervisa.
- Treball amb alguna responsabilitat en la organització/elaboració i/o direcció/Gestió de projectes.

Habilitats i destreses tècniques:

Les habilitats i destreses tècniques són molt útils per un comandament intermedi, ja que gran part de la seva tasca específica haurà de recolzar-se en elles. No totes les persones tenen les qualitats naturals que exigeixen cadascuna d'aquestes habilitats; però per sobre de no tenir aquesta "predisposició", fomentant (intel·lectual i pràcticament) moltes d'elles es pot assolir un nivell acceptable per ser un bon comandament.

Les més importants i significatives són:

- Tenir una visió de conjunt dels problemes en els que s'actua, el comandament ha de saber situar i contextualitzar cada problema o circumstància particular, en la situació general.
- Capacitat analítica, perquè en molts casos el comandament haurà d'orientar al professional en el plantejament correcte el problema.
- Capacitat de síntesi, per intentar ajudar a diferenciar el que és important del que és superficial, sintetitzant els elements més significatius de cada problema.

- Saber fer preguntes, per estimular la reflexió del professional i clarificar les seves idees i plantejaments.
- Capacitat d'analitzar amb imparcialitat les situacions de treball que ocasionen tensions, controlar reaccions agressives i la manca de delicadesa, les actituds despectives i iròniques. També ha de ser objectiu intentant que no influeixin en el treball els prejudicis.
- Capacitat d'escolta activa, que permet captar les necessitats i expectatives personals.
- Capacitat per comprendre els problemes de la gent i dels professionals.
- Preparat i amb capacitat per establir bones relacions humanes .
- Habilitats comunicatives, tant a nivell interpersonal com de grup.
- Tenir destresa en el maneig de tècniques grupals.
- Ser organitzat, sabent orientar el seu treball en funció de criteris d'eficàcia i eficiència, en un esforç de canvi constant.
- Capacitat d' "ensenyar a fer", amb habilitats en el maneig de tècniques docents i capacitat didàctica per transmetre coneixements, habilitats, procediments i estils d'actuació.

Qualitats personals i actituds:

Quan parlem de qualitats humanes, fem referència a les actituds i comportaments vitals, a la manera de ser, de fer i d'actuar, sobre tot aquells que tenen incidència

en les relacions interpersonals. En aquestes qualitats i actituds, s'han d'insertar els coneixements, experiència i destreses tècniques. La fórmula ideal per un bon comandament podria ser "Una adequada combinació entre l'innat i l'adquirit".

Dit en altres paraules, un comandament "és" (ha de tenir condicions personals innates) i "es fa" (ha d'adquirir una preparació teòrica, pràctica i tècnica).

Enumerarem algunes qualitats i actituds que ajuden a ser un bon supervisor/a:

- **Maduresa emocional:** ser una persona positiva, amb capacitat per expressar-se i per escoltar. Tenir autodomini i control de si mateix, discreció.
- **Realisme i entusiasme:** analitzar les possibilitats de canvi de persones i situacions amb sentit de la realitat: no serveix de res plantejar qüestions que no es poden dur a terme; però ha de ser entusiasta i transmetre el seu entusiasme.
- **Iniciativa i creativitat:** és necessari ser creatiu i amb iniciativa per motivar els altres a millorar noves estratègies i formes de treball, fins i tot quan l'entorn no és del tot favorable.
- **Modèstia i disponibilitat:** ha de ser accessible, proper amb la gent del seu entorn; confiar en ells, reconeixent els mèrits dels altres quant sigui necessari, fins i tot estar obert i aprendre d'altres professionals.
- **Sensibilitat i respecte pels companys,** tractant els professionals amb tacte i paciència.

- **Cordialitat i capacitat de lideratge.** Un comandament que no tingui qualitats innates per a les relacions humanes tindrà dificultats per realitzar la seva tasca. El desenvolupament d'habilitats comunicatives, l'exercici de destreses tècniques amb " escolta activa" i millorar la capacitat d'empatia, ajuden i poden millorar les deficiències personals.
- **Actitud científica, pensar i actuar d'acord amb uns principis,** l'actitud científica implica una actitud d'humilitat i respecte davant els plantejaments diferents als propis, una actitud oberta permanent per les innovacions, sent capaç d'enriquir-se de tots els professionals, assumint que ningú està en possessió de la veritat.

2ª PART: MARC EMPÍRIC

Capítol 4. PLANTEJAMENT I DEFINICIÓ DEL PROBLEMA

Els comandaments intermedis estan sota la pressió de les demandes de l'equip mèdic i l'equip d'infermeria de la unitat que lideren per una banda i de la direcció d'infermeria per una altra. Això fa que cada grup professional percebi les competències de la supervisió sota la seva pròpia visió, sense que hi hagin unes competències comunes.

Tot aquest enrenou causa desconcert al comandament intermedi i pot, a la llarga, causar desmotivació, despersonalització, burnt-out i desacreditació del rol professional que desenvolupen, si les competències del comandament intermedi no queden ben definides podríem arribar a l'extrem de que cada unitat sigui un "Regne de Taifas", ens pot conduir a que la direcció d'infermeria es converteixi en una família boja i no en un equip cohesionat i amb un objectiu comú.

És per aquest motiu i després de conèixer la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria Teixidor M., Pont E., Ferrer C, Martínez D., Martí N., Cruz R., Vila E. (2003) que basant-nos en ella i prenent-la com a marc de referència per a l'elaboració d'aquest treball hem decidit portar a terme aquest treball, per tal de poder descriure unes competències generals i representatives de tota Catalunya dins de l'àmbit hospitalari, tenint present la visió que tant l'equip mèdic, l'equip d'infermeria i caps d'infermeria tenen dels supervisors/es, així com també hem tingut present la pròpia visió dels comandaments intermedis.

4.1. HIPÓTESI DE TREBALL.

Les competències del supervisor/a varien segons la visió dels diferents estaments: caps d'infermeria, caps de servei, infermers/es assistencials i els propis supervisors/es.

4.2. VARIABLES.

- Variable Independent: subjectes que valoren.
- Variable Depenent: competències dels supervisors/es.
- Variables Intervinents:
 - Gènere.
 - Edat.
 - Titulació.
 - Anys d'obtenció títol universitari.
 - Anys d'experiència professional.
 - Torn de treball.
 - Tipus de contractació.
 - Servei on treballa.
 - Antiguitat en el servei.
 - Tasca professional.
 - Formació en gestió.
 - Antiguitat en càrrec de responsabilitat.
 - Servei on desenvolupa el càrrec de responsabilitat.
 - Formació específica pel càrrec els últims 2 anys.

VARIABLE	FUNCIÓ	DEFINICIÓ OPERATIVA	CONTROL	INSTRUMENT DE MESURA	ESCALA MESURA
Subjectes	Independent	Diferenciem entre quatre estaments de l'organització hospitalària	Estadístic	Qüestionari i entrevista en profunditat	Quantitativa Qualitativa
Competències	Depenent	"Saber fer"	Estadístic	Qüestionari i entrevista	Qualitativa
Gènere	Intervinent	Home / Dona	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa Dicotòmica
Edat	Intervinent	Anys d'edat	Estadístic	Qüestionari	Quantitativa
Titulació	Intervinent	Categoria títol professional	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Any Obtenció títol	Intervinent	Any títol universitari	Estadístic	Qüestionari	Quantitativa
Anys d'experiència	Intervinent	Anys totals treballats	Estadístic	Qüestionari	Quantitativa contínua
Torn de treball	Intervinent	Matí, Tarda, Nit, Corretorns,...	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Tipus contractació	Intervinent	Situació laboral	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Servei on treballa	Intervinent	Hospitalització, Quiròfan, Serveis centrals, UCI,.....	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Antiguitat en el servei	Intervinent	Temps treballat amb continuïtat al servei actual	Estadístic	Qüestionari	Quantitativa
Tasca professional	Intervinent	Infermer/a, infermer/a amb responsabilitat,....	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Formació en gestió	Intervinent	Estudis específics en gestió	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa Dicotòmica
Antiguitat càrrec responsabilitat	Intervinent	Temps treballat en el càrrec	Estadístic	Qüestionari	Quantitativa
Servei on desenvolupa el càrrec	Intervinent	Hospitalització, Quiròfan, Serveis centrals, UCI,.....	Estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Formació específica en els últims 2 anys	Intervinent	Estudis específics realitzats en els darrers 2 anys	Estadístic	Qüestionari	Quantitativa

4.3. METODOLOGIA

Àmbit: l'estudi es realitzarà en cinc hospitals diferents de Catalunya:

- Hospital Verge de la Cinta de Tortosa (Tarragona).
- Hospital Universitari Josep Trueta de Girona.
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.
- Hospital Universitari Arnau de Vilanova i Hospital Santa Maria, ambdós de Lleida.

Disseny: l'estudi es farà mitjançant l'anàlisi descriptiu transversal, ja que volem saber l'opinió de diferents nivells jeràrquics d'infermeria i dels caps de servei vers les competències dels comandaments intermedis/supervisors/es d'infermeria en l'àmbit hospitalari.

Població d'estudi: seran tots els caps d'infermeria, tots els caps de servei, tots els supervisors/es i tots els infermers/es dels cinc hospitals abans esmentats. Amb un total de 5 caps d'infermeria, 107 supervisors/es, 1.826 infermers/es i 96 caps de servei.

Població per centres:

- Hospital Josep Trueta de Girona: 25 supervisors/es, 408 infermeres i 17 caps de servei.
- Hospital Verge de la Cinta de Tortosa: 18 supervisors/es, 144 infermers/es i 12 caps de servei.
- Hospital Arnau de Vilanova: 26 supervisors/es, 376 infermers/es i 16 caps de servei.
- Hospital Santa Maria de Lleida: 4 supervisors/es, 105 infermeres i 8 caps de servei.

- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona: 34 supervisors/es, 793 infermeres i 43 caps de servei.

Instruments: serà mitjançant qüestionari, entrevista en profunditat i sistema informàtic SPSS.11.

4.4. TEMPORALITZACIÓ DEL TREBALL D'INVESTIGACIÓ.

	Febrer 2003	12 Maig 2003	Octubre 2003	Novem. 2003	Desem. 2003	Febrer 2004	Març 2004	24 Maig 2004	Juny 2004
Presentació Projecte	→								
Aprovació Projecte		→							
MARC TEÒRIC									
1r. Esborrany								→	
2n Esborrany									→
MARC EMPÍRIC									
Indicadors.			→						
Instruments			→						
Mostra			→						
Recollida Informació									
- H. Sta. Maria				→					
- H. Arnau de Vilanova					→				
- H. Sant Pau						→			
- H. Verge de la Cinta							→		
- H. Josep Trueta							→		
Anàlisi Informació									→
Entrega del TREBALL									→

Capítol 5. RECOLLIDA I ANÀLISI DE LES DADES.

Alhora de decidir sobre els instruments que hauríem d'utilitzar per fer la recollida de les dades que ens plantejàvem a la hipòtesis i en les variables del disseny empíric del treball, vam decidir utilitzar dos instruments diferents: per a les caps d'infermeria, com que la població/mostra era petita, vam fer una entrevista en profunditat i per a la resta de mostra vam decidir utilitzar un qüestionari. Donat que en la recerca bibliogràfica realitzada no vam trobar cap qüestionari adient a la nostra investigació vam elaborar-ne un que recullis dades personals, dades sobre la activitat professional, dades sobre formació i finalment vam demanar que fessin una valoració de les competències i subcompetències del qüestionari i també de les capacitats, a través d'una escala numèrica, basant-nos en les competències i subcompetències que van definir Teixidor M., Pont E., Ferrer C, Martínez D., Martí N., Cruz R., Vila E. (2003) en la Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria.

Per poder-lo utilitzar havia de ser validat i ho vam fer a través del sistema de jutges. Aquests, per decisió del grup, van ser 3 professors del màster i experts en investigació, 3 experts en investigació de l'Hospital de Sant Pau, 1 expert en investigació de l'Hospital Santa Maria i 3 companyes del màster que estan ocupant càrrecs d'infermeria.

Els jutges han estat:

- Sra. Montserrat Teixidor Freixa, diplomada en infermeria, directora de l'E.U.I. Santa Madrona i del Màster en Administració i Gestió en Infermeria.
- Sr. Esteve Pont Barceló, doctor en Ciències de l'Educació, professor titular de l'Àrea de Didàctica i Organització de l'Educació del Departament de Pedagogia Aplicada de la U.A.B. i en el màster és el responsable del Disseny, Coordinació Pedagògica i acció tutorial dels projectes d'investigació.
- Sr. José Tejada Fernández, doctor en Ciències de l'Educació i llicenciat en Psicologia, catedràtic de l'Àrea de Didàctica i Organització de l'Educació del Departament de Pedagogia Aplicada de la U.A.B. en el departament de Pedagogia Aplicada de la U.A.B: i en el màster és professor d'Estadística, Investigació i el tractament informàtic per ordinador, exerceix també la tutoria en els treballs d'investigació.
- Sr. Francesc Abella Pons, doctor en Psicologia, psicòleg als Serveis de Salut Mental i Toxicomanies de l'Hospital Santa Maria i professor associat de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.
- Sra. Roser Cadena Caballero, diplomada en infermeria, llicenciada en Psicologia, màster en Administració i Gestió d'Infermeria per l'E.U. Santa Madrona, màster en Direcció d'Institucions Sanitàries per la Fundació Dr. Robert i sots-directora d'infermeria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.
- Sra. Ramira Soto Soto, diplomada en infermeria, màster en Anàlisi i Conducció de Grups per la U.B. i cap de formació continuada de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.
- Sr. Ignasi J. Gich Saladich, llicenciat en medicina i cirurgia, metge del servei d'Epidemiologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

- Sra. Silvia Chópita Urtueta, diplomada en infermeria, supervisora de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.
- Sra. Carme Graboleda Poch, diplomada en infermeria, coordinadora d'infermeria del Servei d'Atenció Primària de Girona.
- Sra. María de la Luz Pino Roque, diplomada en infermeria, supervisora Clínica Barceloneta S.A. de Barcelona.

Un cop sotmès al procés de validació el qüestionari revisant univocitat, pertinença i importància de cadascuna de les preguntes i realitzant les modificacions pertinents, donem el format definitiu al qüestionari per poder iniciar la recollida de dades als diferents hospitals.

Creiem oportú fer una breu descripció dels diferents centres hospitalaris on hem realitzat l'estudi, ja que a l'hora de valorar el grau de participació i interpretar i entendre els resultats i conclusions és bo conèixer el tipus de centres on hem realitzat la recollida de dades:

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

És un centre hospitalari de tercer nivell i està situat a Girona ciutat, pertany a l'Institut Català de la Salut (ICS) i forma part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). És l'hospital de referència de les comarques gironines i té la responsabilitat d'oferir assistència especialitzada a una població de 531.476 persones segons el cens de 1998.

Segons dades de desembre de 2002, compta amb 412 llits, 11 quiròfans, 50 sales de consulta externa.

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

És un centre hospitalari de segon nivell i està situat a la comarca del Baix Ebre, pertany a l'ICS i forma part de la XHUP. És l'hospital de referència de les comarques del Baix Ebre i Montsià.

Segons dades de desembre de 2002, compta amb 211 llits, 7 quiròfans, 54 sales de consulta externa.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

És un centre hospitalari de segon nivell i està situat a la comarca del Segrià, pertany a l'ICS i forma part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). És l'hospital de referència de Lleida i de la Franja d'Aragó, té la responsabilitat d'oferir assistència especialitzada a una població de 350.000 persones .

Segons dades de desembre de 2002, compta amb 422 llits, 11 quiròfans, 50 sales de consulta externa.

Hospital Santa Maria de Lleida

És un centre hospitalari de segon nivell i està situat a la ciutat de Lleida, comarca del Segrià, pertany a la XHUP des que va ser transferit per la Diputació de Lleida a l'empresa Gestió de Serveis Sanitaris i ofereix assistència a la població de referència comarca de la Noguera i L'Urgell, en dependència de l'àrea d'assistència de la regió sanitària de Lleida i de la Franja d'Aragó.

Segons dades del maig de 2004, compta amb 155 llits, 5 quiròfans, 20 sales de consulta.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital de tercer nivell, de titularitat privada però concertat amb l'ICS, situat l'Eixample dret de Barcelona, d'alta tecnologia, centre de referència en determinades patologies i fortament orientat a la comunitat, formada per més de 450.000 persones en la seva àrea d'influència directa.

Segons dades del maig de 2004, compta amb 673 llits, 19 quiròfans, 250 sales de consulta.

5.1. QÜESTIONARI

Un cop definit el qüestionari, el primer que vam fer va ser sol·licitar als diferents hospitals que hem citat anteriorment la voluntat de participar en l'estudi. Hem de dir que l'hospital Joan XXIII de Tarragona ens va fer saber que "no era el millor moment" i llavors vam incloure, prèvia autorització, l'hospital Verge de la Cinta de Tortosa.

Abans de presentar el treball als diferents departament implicats, també vam demanar l'autorització per escrit als corresponents Departaments d'Infermeria i Directors Assistencials per poder passar els qüestionaris en el centres.

En tots els centres, a excepció de l'hospital Josep Trueta de Girona, vam fer una presentació del treball i del qüestionari als supervisors/es, abans d'iniciar la recollida de dades amb l'objectiu d'implicar-los en l'estudi, ja que el tema d'investigació és sobre aquest col·lectiu, i així aconseguir una major acceptació dels qüestionaris per part del tots els subjectes de la mostra i obtenir una bona resposta.

Durant el mesos de novembre i desembre del 2003, vam passar els qüestionaris als dos hospitals de Lleida, amb una bona participació; en el mes febrer del 2002, iniciem la recollida de dades tal com hem dit anteriorment a l'hospital de Sant Pau i en el mes de març ho fem també al Verge de la Cinta de Tortosa. En ambdós hospitals també hem obtingut una bona resposta. Vam anar a l'hospital Josep Trueta de Girona al més de març, prèvia acceptació de l'avantprojecte presentat per nosaltres a la unitat de recerca i investigació d'aquest centre. Ha estat l'únic centre que no ens va deixar fer la presentació del treball, ja que ens van dir que se'n encarregava la unitat de recerca de distribuir els qüestionaris i vetllar tant per la resposta com per la recollida. La resposta ha sigut molt baixa, creiem que el motiu ha estat el fet de no deixar-nos presentar l'estudi, no hi ha hagut cap mena de relació amb el personal del centre i s'ha convertit en quelcom molt impersonal i del propi centre, no d'uns companys que et demanen col·laboració,

Per tal de garantir l'anonimat en la recollida del qüestionaris, vam dipositar urnes en els vestuaris dels centres i/o en les diferents unitats, segons la idoneïtat i infraestructura de cada centre.

5.2. ENTREVISTA

L'entrevista és una eina que ens permet obtenir dades relatives a la persona que estem entrevistant, però també ens permet, mitjançant l'observació, saber si la persona creu realment en el que diu, alhora ens permet també explorar dimensions no previstes.

El disseny de com dur a terme l'entrevista i el seu posterior buidatge d'anàlisis ha estat orientat pel treball realitzat a la Proposta per a un referencial per a la funció

de supervisor/a d'infermeria Teixidor M., Pont E., Ferrer C, Martínez D., Martí N., Cruz R., Vila E.(2003).

A les caps d'infermeria del tots els centres, donat que la mostra era petita, ens vam proposar, com a instrument de treball, realitzar una entrevista en profunditat, que ens permetés copsar l'opinió i la visió que tenen dels comandaments intermedis/supervisors/es i, a la vegada, ens permetés conèixer quines competències i funcions els hi atribueixen cadascú d'ells i si aquest reconeixement o delegació de funcions/competències està relacionat amb el tipus de direcció que es dur a terme en els diferents centres, tenint sempre en compte els tipus d'hospital que estan dirigint.

La metodologia que hem seguit per realitzar les entrevistes, ha estat:

- Determinar quines persones del grup realitzaran l'entrevista; creiem que és molt important que sempre siguin les mateixes per garantir al màxim la fidelitat al guió preparat. Hem de dir que per tal de garantir l'objectivitat totes les entrevistes les van dur a terme les mateixes dues persones del grup, a excepció de l'entrevista a la seva cap d'infermeria.
- Vam preparar el guió o esquema a seguir en totes les entrevistes, procurant abans de començar l'entrevista en si, establir una relació cordial i distesa amb la persona entrevistada.
- Al contactar amb les diferents caps d'infermeria per demanar la col·laboració i poder realitzar l'entrevista, vam notificar que aquesta seria gravada, el temps previst de duració, la garantia d'anonimat, el compromís de deixar-los llegir la transcripció i que els resultats els fariem públics.

- Entre els diferents membres del grup vam parlar de la importància de que l'entrevista es dugués a terme en una ambient agradable i de transmetre la sensació de no tenir presa.
- Vam consensuar aspectes com:
 - . Intentar afavorir la reflexió de la persona entrevistada.
 - . La importància de mantenir una actitud d'escolta activa.
 - . No formular judicis.
 - . Intentar afavorir l'expressió al llarg del diàleg de la persona entrevistada a través de l'expressió verbal i no verbal dels entrevistadors.
 - . Evitar actituds que poguessin fer sentir a la persona entrevistada com si se l'examinés.
- Referent a les categories d'anàlisi emprades per al buidat de les entrevistes, es van determinar les següents.

1. Experiència i formació de les caps d'infermeria
2. Valoració de la figura del supervisors/es
3. Competències del supervisors/es
4. Sistema per accedir al càrrec
5. Sistema d'avaluació dels supervisors/es
6. Mobilitat dins l'organització
7. Formació específica dels supervisors/es
8. Distribució del temps de treball
9. Finalitat del lloc de treball. Gestió/ assistència
10. Valor afegit dels supervisors/es

Taula 1. Categories d'anàlisis de les entrevistes.

5.3. RESULTATS D'ENTREVISTES A LES CAPS D'INFERMERIA

Aquesta anàlisi ha estat efectuada pels membres del grup de treball que han realitzat les entrevistes a les caps d'infermeria.

1. Experiència i formació de les caps d'infermeria

Vam iniciar l'entrevista amb aquest tema per que creiem que la formació i la gestió de les caps d'infermeria té una incidència molt directa en la visió que aquesta pot tenir dels diferents càrrecs del seu departament, en el nostre cas els supervisors/es. Depenent d'aquesta formació i del seu bagatge com a gestora, ben segur que la capacitat de delegar, la visió i la seva seguretat en l'estil de direcció que dur a terme, serà molt diferent.

Totes les caps d'infermeria havien estat ocupant càrrecs de supervisors/es abans d'accedir a la direcció, fins i tot dos en tenien experiència com a directores en d'altres centres.

En quant a la formació específica en gestió i administració d'infermeria, quatre de les entrevistades tenen títols de mestratge, sols hi ha una cap que no té formació específica en aquest nivell.

2. Valoració de la figura del supervisor/a

Totes coincideixen en remarcar que és una peça clau dins de l'organització dels hospitals, imprescindible per liderar, coordinar i gestionar totes les cures i activitats d'infermeria. Està considerat com un vincle d'unió entre els equips d'infermeria assistencials i la direcció, ressaltant en tot moment el seu paper facilitador i conductor d'equips, amb la finalitat d'assolir el creixement dels mateixos, adquirint la maduresa professional que els porti cap a la pràctica reflexiva de les cures amb total autonomia.

3. Competències del supervisors/es

Quan plantegem el tema de les competències ens trobem amb respostes variades, no obstant ressalten bàsicament la importància del "ser líder" i tenir competències comunicatives i relacionals.

Es comenta la importància de la formació, docència i investigació en relació al que fa detectar mancances dins dels diferents membres dels equips, que a la participació activa i directa en la realització dels tres temes esmentats.

Atorguen al rol del supervisor/a la responsabilitat de transmetre il·lusió, entusiasme i esperit de superació en la realització de les tasques infermeres.

En relació a la gestió de cures, diuen que els supervisors/es han de ser capaços de sensibilitzar i transmetre al seu equip el concepte d'assistència integral sempre tenint present que els objectius han d'estar sempre centrats en la persona / família / comunitat.

Una de les entrevistades anomena com a premissa el compartir els objectius institucionals.

4. Sistema per accedir al càrrec

En quant al sistema d'accés al càrrec de supervisor/a, en dos dels hospitals es fa mitjançant una convocatòria, es valora l'experiència, currículum, mèrits i antiguitat.

En dos hospitals més fins i tot s'exigeix la presentació d'un projecte.

Sols en un hospital es segueix un procés de selecció interna i es selecciona com a càrrec de confiança.

En el que si que coincideixen tots els centres, és en que ha de tractar-se d'una persona que cregui en el projecte que té la direcció del centre i que ha de compartir, transmetre i assolir els objectius institucionals.

5. Sistema d'avaluació dels supervisors/es

En tres dels hospitals de l'estudi s'avaluen els supervisors/es mitjançant el sistema d'objectius, encara que tots coincideixen en que a nivell funcional no es porta a terme correctament. La periodicitat de l'avaluació varia en cada centre.

En els altres dos centres no existeix cap mena d'avaluació quantitativa.

6. Mobilitat dins l'organització

En el tema de la mobilitat dels supervisors/es pels diferents serveis de l'hospital, tornem a tenir respostes molt variades. Tres caps pensen que és positiu per l'organització que en els equips hi hagi mobilitat, però sempre defensant que el temps mínim de permanència en una unitat o servei sigui de 4 anys, ja que sinó és molt difícil poder valorar les capacitats i habilitats d'aquest supervisor/a per poder dur a terme els objectius marcats i per poder adquirir una relació de confiança i generar il·lusió i motivació en el seu equip.

Una de les caps d'infermeria està d'acord amb la mobilitat però únicament entre els serveis d'hospitalització, quan parlem de serveis centrals (Rx, quiròfans, etc.) creu que ha de tenir una sèrie de coneixements tècnics molt específics que fa més difícil i poc operativa la mobilitat per aquests tipus de serveis.

Una altra cap, opina que la polivalència i la mobilitat comporta implícitament menys implicació amb els equips, creu que val més un supervisor/a expert en el seu servei ja que dona seguretat i pot controlar més quasi totes les situacions que

un altre que no tingui aquesta experiència, per tant es va definir com no partidària de la mobilitat dels supervisors/es.

7. Formació específica dels supervisors/es

Referent a la formació dels supervisors/es, totes les caps coincideixen en que és un requisit imprescindible per a la maduresa professional del supervisor/a. Tots coincideixen en que és tant o més important la formació en quant a tècniques i habilitats en conducció d'equips, pressa de decisions, temes de negociació, resolució de conflictes, etc. que l'específica en gestió i direcció.

En dos dels centres que formen part de l'estudi, promouen i financen entre els seus comandaments els mestratges en gestió i administració d'infermeria.

8. Distribució del temps de treball

Referent a la distribució del temps de la jornada, s'assumeix que en els hospitals no existeix el que podríem anomenar com a jornada tipus, ja que generalment gira al voltant de les necessitats, incidències i activitats excepcionals de les unitats.

9. Finalitat del lloc de treball. Gestió/ assistència

En quant a si solament ha de fer tasques de gestió o també ha de fer assistencial, totes coincideixen en que ha de dedicar més temps a l'organització, planificació i avaluació de les cures, gestió de recursos humans i materials, motivar els equips i liderar-los. Ara bé, una de les caps d'infermeria subratlla que si les unitats són petites i té temps, pot ser positiu que dediqui part del seu temps a fer assistència.

Totes les caps d'infermeria assumeixen que moltes vegades, sigui pel bon funcionament del servei o bé per cultura institucional, els supervisors/es assumeixen o dediquen molt de temps a tasques que no els pertocuen directament.

10. Valor afegit dels supervisors/es

Totes coincideixen en que els supervisors/es, com a comandaments intermedis, aporten un valor afegir en del desenvolupament del seu rol dins de l'organització.

Afirmen que és una figura que fa possible tenir una visió global, la qual cosa facilita la conducció i canalització dels diferents elements organitzatius, estructurals i relacionals, tant a nivell de grup com individuals.

5.4 RESULTATS DE LES ENQUESTES

5.4.1. ANÀLISI ESTADÍSTIC

Per a l'anàlisi de la informació hem utilitzat el programa estadístic SPSS PC.

Per a una millor compressió dels resultats presentem les dades seguint l'estructura del qüestionari.

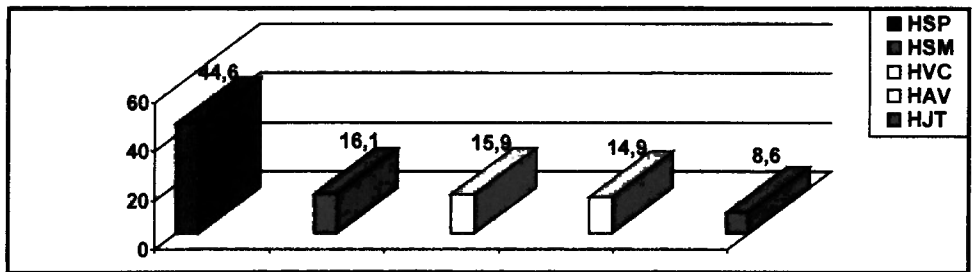
S'ha realitzat una primera anàlisi descriptiva de cadascuna de les respostes del qüestionari (523) i una segona anàlisi on comparen proporcions en el cas de variables qualitatives i mitjanes en el cas de variables quantitatives a través del següents grups:

- Subjecte (infermer/a supervisor/a cap de servei)
- Gènere (home/dona)
- Edat (en intervals)
- Anys d'experiència (en intervals)
- Torns de treball (matí/tarda/nit/corretorns/rodat/caps de setmana)
- Formació específica en gestió (si/no)

Tots els gràfics que reproduïxen comparacions entre variables presenten diferències estadísticament significatives, amb una probabilitat d'error inferior al 5% ($P < 0,05$).

DADES PERSONALS DELS ENQUESTATS

Del total de la mostra (N= 523) la **distribució per hospitals** és del 44,6% en l'Hospital de Sant Pau de Barcelona (HSP), el 16,1% de l'Hospital de Santa Maria de Lleida (HSM), el 15,9% de l'Hospital Verge de la Cinta de Tortosa de Tarragona (HVC), el 14,9% en l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida (HAV) i el 8,6% en l'Hospital Josep Trueta de Girona (HJT).



Gràfic.1.- Distribució per hospitals

Observem que la proporció de personal que ha respost en relació a la plantilla que hi treballa es manté, a excepció del HAV i HJT, on el grau de participació ha estat més baix.

La distribució dels **professionals** que han participat en l'enquesta són infermers/es en un 84,5 %, un 9,8% supervisors/es, i un 5,7 % caps de servei. Com veiem es manté la mateixa distribució dels professionals que hi ha als centres de treball.



Gràfic.2.- Professionals

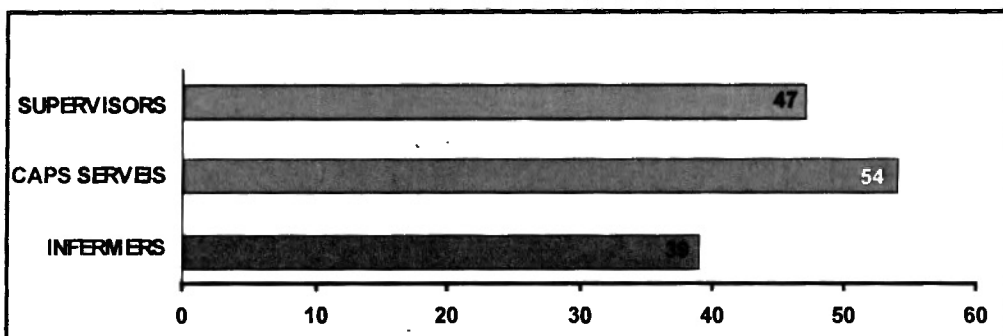
Analitzant el **gènere** dels professionals que responen a la enquesta trobem que un 85,1 % són dones i un 14,9 % són homes.



Gràfic.3.- Gènere

L'edat mitjana dels professionals de la mostra és de 41 anys (Dt de 9,6), tenint en compte que el mínim d'edat és de 21 anys i el màxim de 69 anys (aquest correspon a un cap de servei).

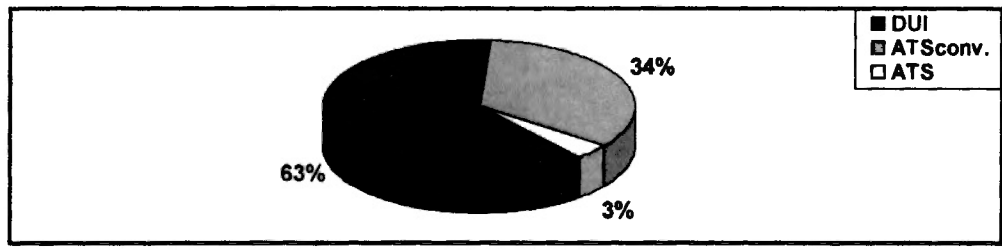
La mitjana d'edat dels infermers/es és de 39 anys, la dels caps de servei és de 54 anys i la dels supervisors/es de 47 anys. Observem que és una distribució d'edat d'acord a la situació laboral i de comandament que veiem sovint.



Gràfic.4.- Mitjana d'edat dels professionals

ACTIVITAT PROFESSIONAL

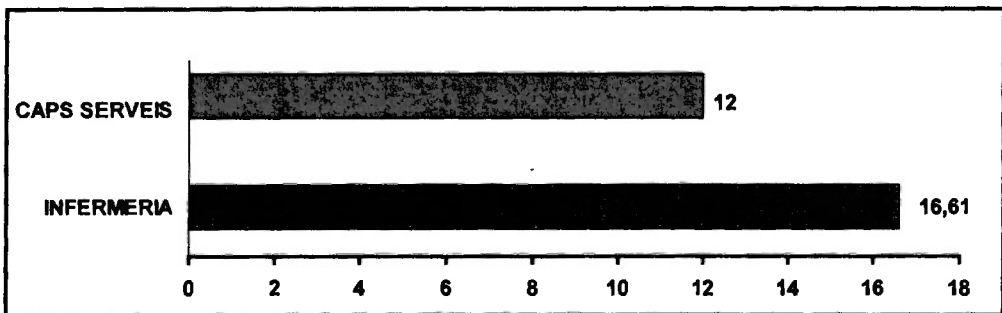
En el col·lectiu de **professionals d'infermeria** ens trobem que un 62,2% són DUI, un 34,4% són ATS convalidats i un 3,5% ATS.



Gràfic.5.- Professionals d'infermeria

La mitjana dels anys d'experiència dintre del grup de professionals d'infermeria és de 16,61 anys, (Dt. 9,1a.), i més del 73% té més d'11 anys d'experiència.

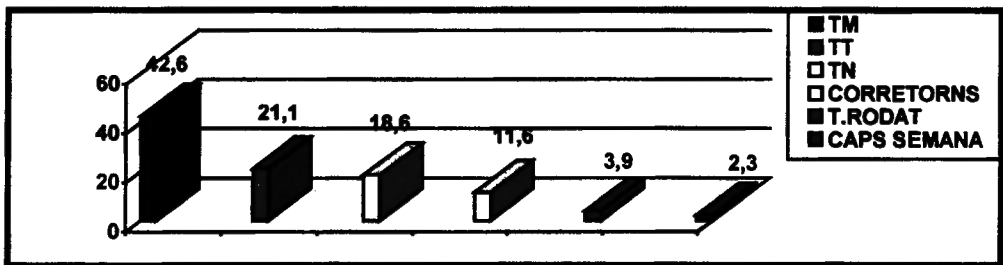
La mitjana d'anys d'experiència dels caps de servei es situa al voltant dels 12 anys, amb una Dt. 9,3a i una antiguitat mínima d'un any i màxima de 30 anys.



Gràfic.6.- Mitjana anys d'experiència

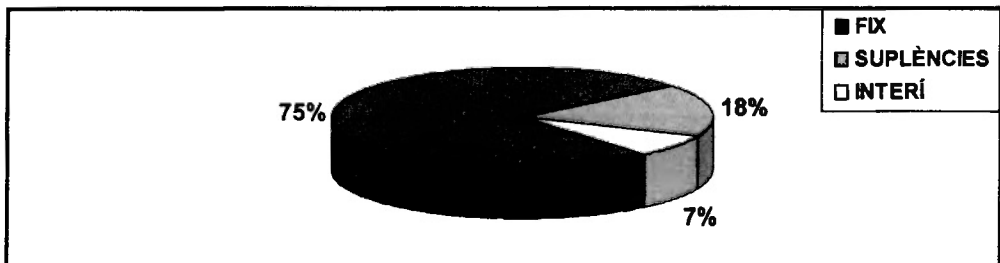
L'antiguitat dels infermers/es i supervisors/es dintre del servei actual es de 9,57 anys (Dt. 7,9), amb el mínim d'un any i un màxim de 34 anys.

El torn de treball que ha contestat majoritàriament ha estat el de matins amb un 42,6%. El torn de tarda ha contestat en un 21,1%, el de nits en un 18,6%, suplents/corretorns en un 11,6%, els de torn rodat en un 3,9% i els cangurs/caps de setmana un 2,3%.



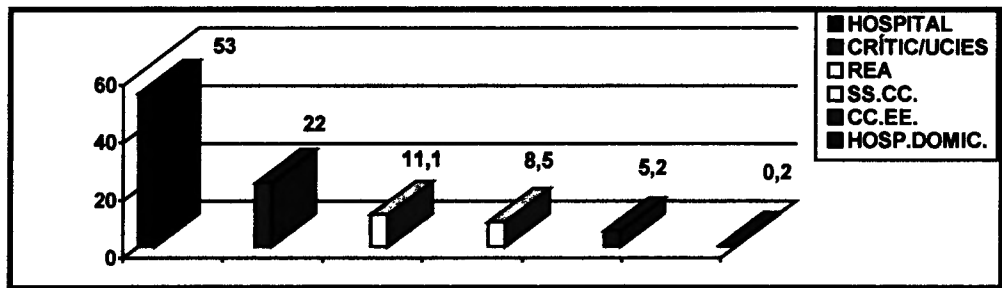
Gràfic.7.- Torns de treball

El tipus de contractació fix és d'un 74,3 %, suplències en un 17,3% i interí un 7,1%.



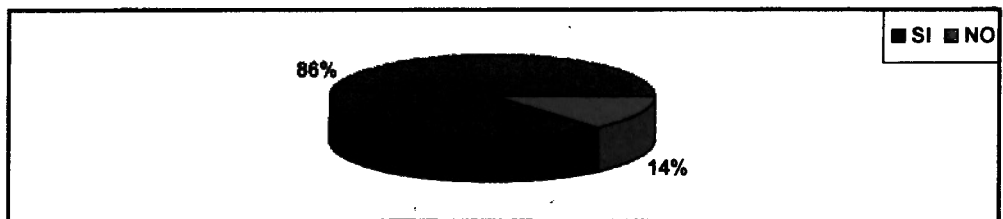
Gràfic.8.- Tipus de contractació

El lloc de treball més representat és el d'hospitalització amb un 53%, crítics/urgències amb un 22%, Quiròfans/REA amb un 11,1%, Serveis Centrals amb 8,5%, Consultes Externes amb un 5,2% i hospitalització domiciliària amb un 0,2%.



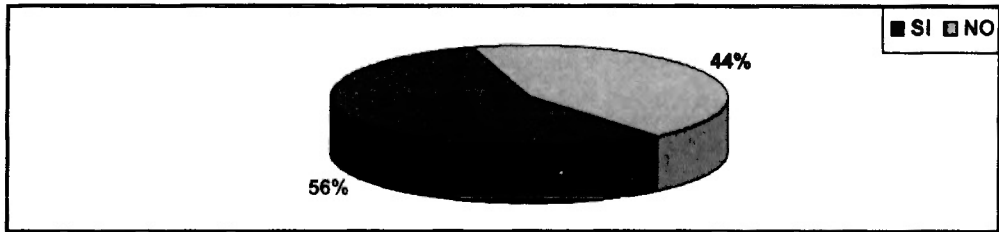
Gràfic .9.- Llocs de treball representats

En quant a si per ser un bon supervisor/a també s'ha de ser un bon infermer/a assistencial, els professionals d'infermeria diuen en un 86,4% que sí, en canvi un 13,6% opinen que no. No trobem diferències significatives entre l'opinió dels supervisors/es i els infermers/es ($P > 0,05$).



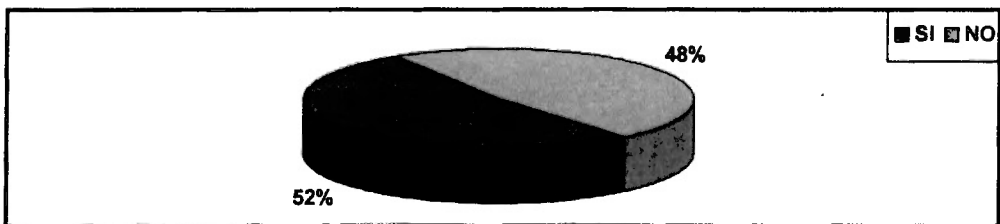
Gràfic.10.- Per ser bon supervisor/a ha de ser bon infermer/a assistencial

Un 56,5% creu que la mobilitat dels supervisors/es pels diferents serveis és positiva per a l'organització en canvi un 43,5% pensa que no; malgrat que més de la meitat (58%) dels infermers/es pensen que seria positiu per a l'organització i menys de la meitat dels supervisors/es (43,8%) pensen que seria positiu, estadísticament no trobem diferències significatives.



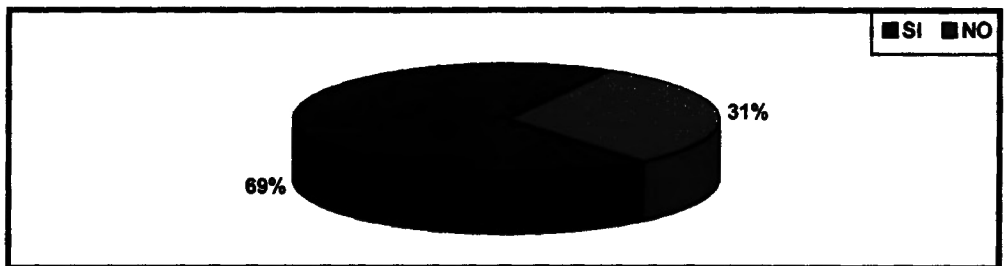
Gràfic.11.- La mobilitat del supervisor/a és positiva per a l'organització

Un 52,2% diu que la mobilitat dels supervisors/es pels diferents serveis pot ser positiva pels equips, mentre que un 47,8% ens diu que no.



Gràfic.12.- La mobilitat del supervisor/a és positiva per l'equip

Un 69,2% pensen que si no existís la figura del supervisors/es en les organitzacions es provocaria una distorsió assistencial i un 30,8% pensen que no.



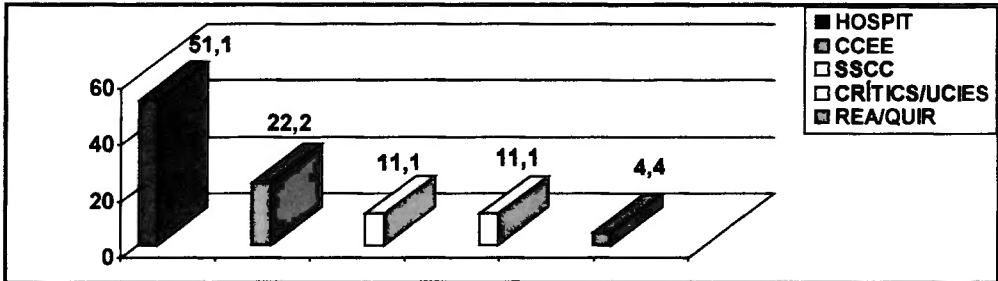
Gràfic.13.- La falta de supervisors/es provocaria distorsió assistencial

Un 31,1% dels enquestats tenen formació específica en gestió i un 68,9% no.



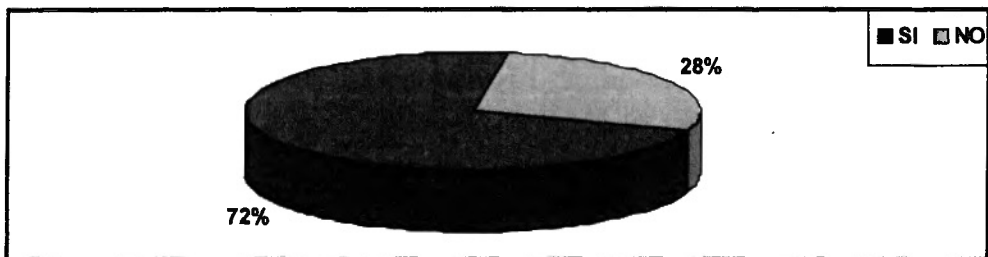
Gràfic.14.- Formació en gestió

Del total de supervisors/es enquestats la **distribució dels serveis on els supervisors/es desenvolupen la seva tasca** és la següent: el 51,1% Hospitalització, el 22,2% CCEE, l'11,1% SSCC, 11,1% Crítics/Ucies i el 4,4% Quiròfan/ REA.



Gràfic.15.- Distribució dels serveis on els supervisors/es desenvolupen la seva tasca

Un 72% dels supervisors/es ha realitzat una **formació específica pel càrrec que ocupen**, mentre que un 28% no ha fet cap formació.



Gràfic.16.- Formació específica pel seu càrrec

5.4.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

1.- Tenint en compte l'edat-grups professionals, podem dir que hi ha diferències significatives entre les mitjanes d'edat dels tres grups ($P < 0,05$).

2.- Comparant l'edat amb el gènere, trobem que hi ha diferències significatives en la mitjana d'edat entre homes (46 a.) i dones (40 a.). ($P < 0,05$).

3.- Ni els anys d'experiència professionals ni el tenir formació específica en gestió o no tenir-la, no mostren diferències significatives sobre si un supervisor/a ha de ser un bon infermer/a assistencial.

4.- La mobilització del supervisor/a és bona per l'organització:

Que siguin homes o dones tampoc dona diferències significatives en el fet de que la mobilització del supervisor/a sigui bona per l'organització, de totes maneres val la pena constatar que un 58 % de les dones pensen que seria bó, en contra del 46 % dels homes.

Observem que per segments d'edat no hi ha diferències significatives en l'opinió sobre si és positiva la mobilitat del supervisor/a per a l'organització. Fem especial esment en que el grup que majoritàriament opina que aquesta mobilitat seria bona per a l'organització són els que porten d'1 a 5 anys d'experiència, i els que pensen que no seria bona són els que porten de 6 a 10 anys d'experiència a l'organització.

El fet de que tingui o no formació específica trobem que no hi ha diferències significatives.

5.- És positiu pels equips la mobilitat dels supervisors/es:

Tenint en compte el que pensen els professionals hi ha diferències significatives entre el que opinen els supervisors/es i els infermers/es: els supervisors/es pensen en un 64,6% que no es positiu pels equips la mobilitat i els infermers/es pensen que no es positiu en un 54% ($P < 0,05$).

Tenint en compte el que pensen **homes i dones** no hem trobat diferències significatives entre ells, malgrat que les dones pensen en un 53,7% que sí en contra del 39,6% dels homes que diuen que sí.

No trobem diferències significatives quan comparem per grups d'**anys d'experiència**, tot i que es manté que el grup d'1 a 5 anys és el que ho pensa en un 62%. No hi ha diferències significatives entre el personal que té formació específica del que no la té vers l'opinió de si la mobilitat dels supervisors/es pot ser positiva pels equips. ($P > 0,05$).

6.- Sense la figura del supervisor/es es produiria una distorsió assistencial:

Troblem diferències significatives entre el que pensen **infermers/es i supervisors/es**; malgrat que tots dos col·lectius pensen que sense la figura del supervisor/a es produiria una distorsió assistencial, els infermers/es ho pensen en un 67,1 % i els supervisors/es ho fan en un 88 %.($P < 0,05$). No trobem diferències significatives entre el que pensen **homes i dones** del col·lectiu professional d'infermeria. Valorant per **anys d'experiència** no trobem diferències significatives en el que pensen i tampoc tenint en compte si ha fet o no **formació específica en gestió**. Tant uns com altres pensen que provocaria una distorsió assistencial.

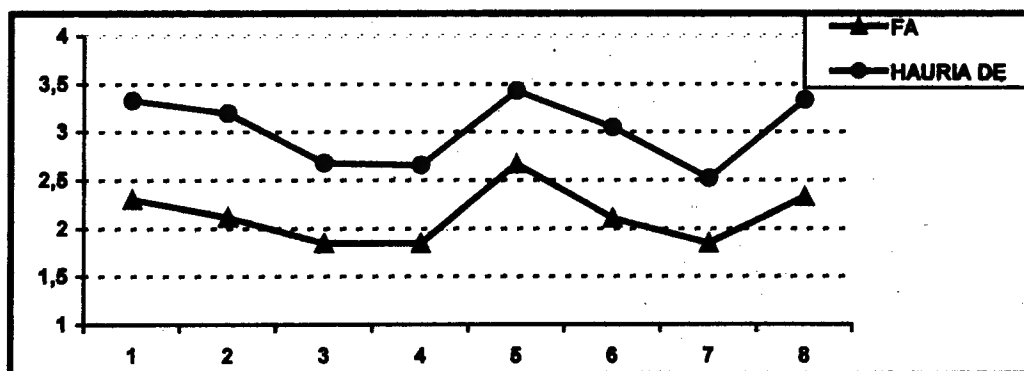
7.- Tenir formació específica en gestió:

Un 78 % dels supervisors/es tenen formació específica en gestió, mentre que dels infermers/es només la tenen un 25,6 %, és una diferència estadísticament significativa. ($P < 0,05$). En canvi no trobem diferències significatives entre **homes i dones** alhora de tenir formació en gestió. Valorant la formació en gestió per **anys d'experiència** trobem diferències significatives entre ells. ($P < 0,05$). Es constata que el percentatge de professionals que tenen formació en relació a l'experiència augmenta.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL DE COMPETÈNCIES

USUARI I FAMÍLIA

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER	Sign.
1. Avaluar satisfacció usuari.	2,30	3,33	.00
2. Avaluar satisfacció de la família.	2,12	3,20	.00
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1,85	2,68	.00
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1,85	2,66	.00
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	2,67	3,43	.00
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	2,11	3,05	.00
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	1,85	2,52	.00
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals-usuaris- família.	2,33	3,34	.00

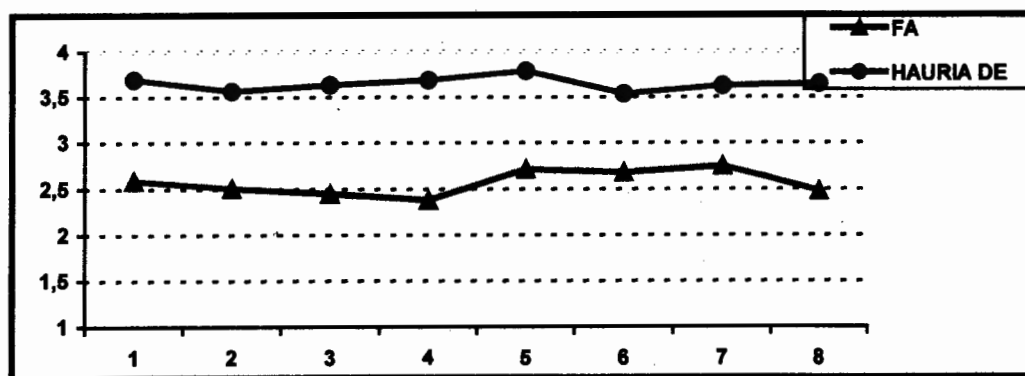


Gràfic.17.- Usuari i família

De totes les subcompetències analitzades (3) *implicar a l'usuari en la presa de decisions*, (4) *implicar a la família en la presa de decisions* i (7) *realitzar educació sanitària* opinen que els supervisors/es no ho fan i coincideixen que no les ha de realitzar. En totes les subcompetències hem trobat diferències significatives entre el que Fa y el que Hauria de Fer un supervisor/a ($P < 0,05$).

FORMACIÓ CONTINUA I DOCÈNCIA

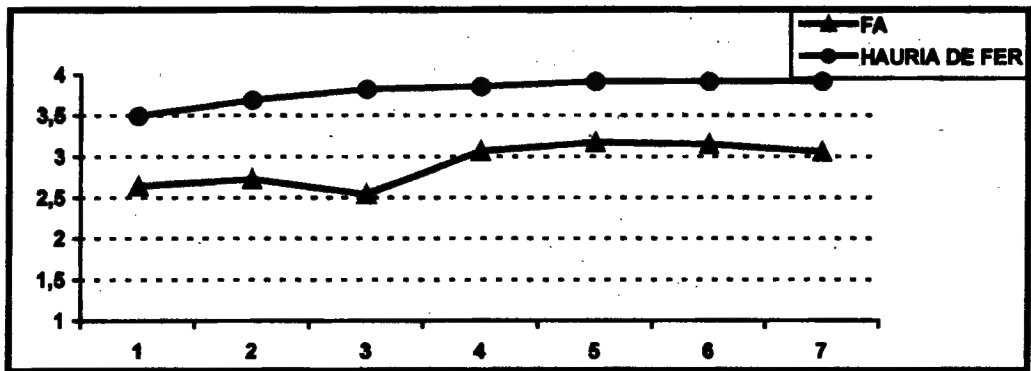
	QUE FA	QUE HAURIA DE FER	Sign.
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	2,59	3,70	.00
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	2,51	3,57	.00
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	2,45	3,64	.00
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	2,38	3,69	.00
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	2,72	3,79	.00
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	2,68	3,54	.00
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	2,75	3,63	.00
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standars de qualitat.	2,48	3,65	.00



Gràfic.18.- Formació continua i docència

En les subcompetències de **Formació Continua**, (3) *estimular l'identificació de resultats*, (4) *assegurar l'orientació als professionals* i (8) *saber implicar a l'equip en la detecció i integració* opinen que no ho fan prou, tot i que tothom opina que els supervisors/es que les haurien de fer gairebé sempre. Hem trobat diferències significatives entre el que Fa y el que Hauria de Fer un supervisor/a a totes les subcompetències ($P < 0,05$).

LIDERATGE	QUE FA	QUE HAURIA DE FER	Sign.
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	2,65	3,50	.00
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	2,73	3,70	.00
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	2,55	3,83	.00
4. Coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei.	3,07	3,86	.00
5. Capacitat d'escoltar.	3,18	3,92	.00
6. Capacitat de dialogar.	3,15	3,92	.00
7. Capacitat de comunicar informacions.	3,06	3,92	.00

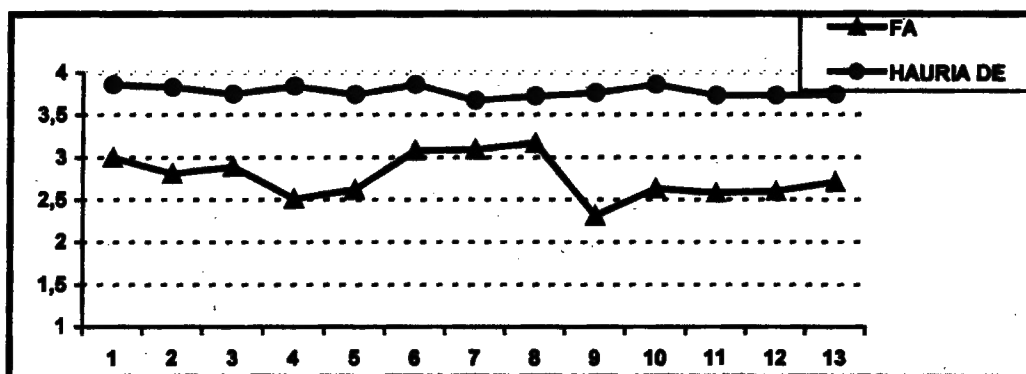


Gràfic.19.- Lideratge

Trobem diferències significatives en totes les subcompetències de Lideratge entre el que Fa i el que Hauria de Fer un supervisor/a ($P < 0,05$). Els enquestats opinen que ho fan però que Haurien de Fer-ho molt més.

L'EQUIP D'INFERMERIA

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER	Sign.
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	3,00	3,86	.00
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	2,81	3,83	.001
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	2,89	3,75	.00
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	2,51	3,84	.00
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	2,62	3,74	.00
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	3,08	3,86	.00
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	3,09	3,67	.00
8. Gestionar horaris.	3,17	3,72	.00
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	2,31	3,76	.001
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	2,63	3,86	.043
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	2,58	3,73	.00
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	2,60	3,73	.00
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	2,71	3,74	.00

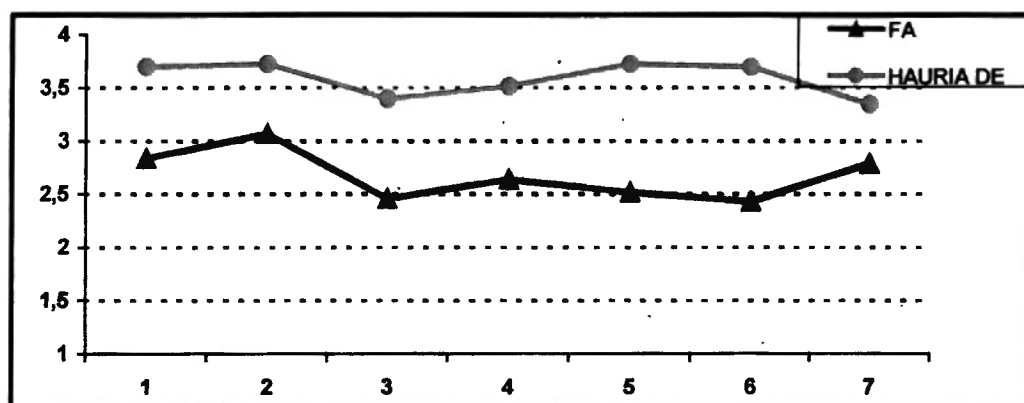


Gràfic.20.- L'equip d'infermeria

Hem trobat diferències significatives entre el que Fa i el que Hauria de Fer un supervisor/a en totes les subcompetències ($P < 0,05$). En (4) *avaluar la satisfacció dels professionals* i *desenvolupar estratègies de motivació* és on hi ha més diferències.

GESTIÓ DE CURES

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER	Sign.
1. Garantir l'execució de protocols.	2,84	3,70	.00
2. Prendre consciència del rol propi en l'organització.	3,07	3,73	.00
3. Proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria.	2,46	3,40	.00
4. Garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures.	2,64	3,52	.00
5. Planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat.	2,52	3,73	.00
6. Integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males practiques professionals.	2,43	3,70	.00
7. Coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats.	2,79	3,35	.00

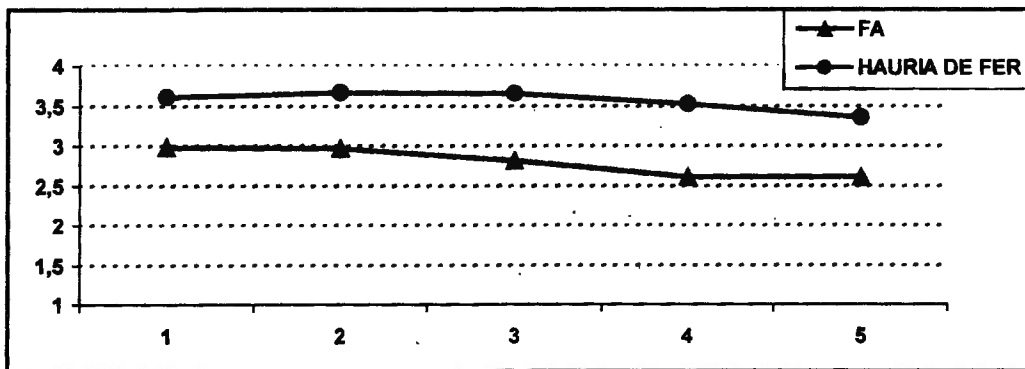


Gràfic.21.- Gestió de cures

Hi ha diferències significatives entre el que Fa y el que Hauria de Fer un supervisor/a en totes set subcompetències ($P < 0,05$). En (3) *proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria*, (5) *planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat* i (6) *integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males pràctiques professionals* tenen constància de que ja ho fan però pensen que caldria desenvolupar-les més.

SERVEIS DE SUPORT

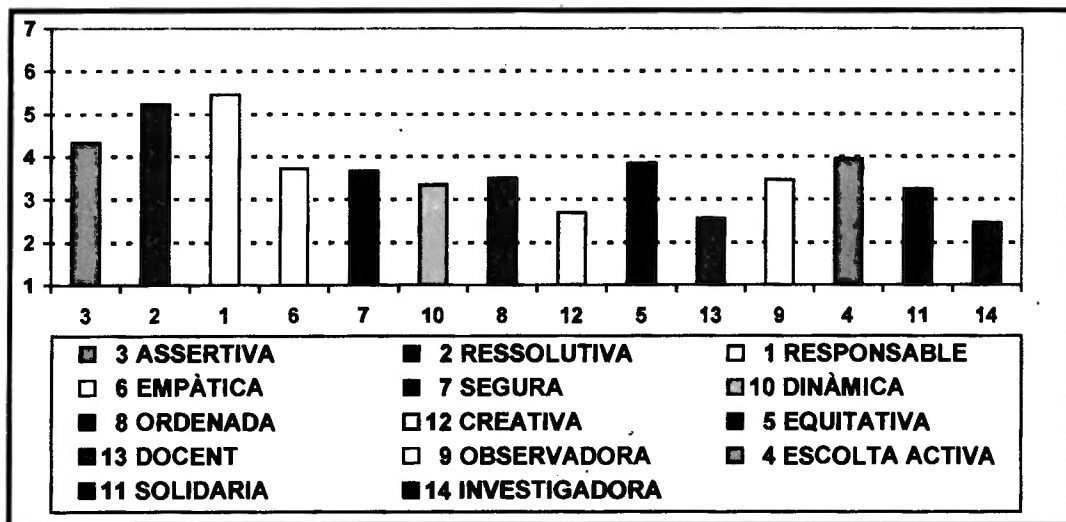
	QUE FA	QUE HAURIA DE FER	Sign.
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	2,99	3,62	.00
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	2,97	3,67	.00
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	2,82	3,66	.00
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	2,61	3,53	.00
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	2,62	3,36	.00



Gràfic.22.- Serveis de suport

Hem trobat diferències significatives entre el que Fa i el que Hauria de Fer un supervisor/a en les cinc subcompetències definides dintre dels **Serveis de Suport** ($P < 0,05$). A la subcompetència (4) *fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport* i (5) *negociar amb proveïdors per garantir els recursos* opinen que ho fan però que ho haurien de fer molt més.

CAPACITATS	ORDRE D'IMPORTANCIA
1. Responsable	5,45
2. Ressorolutiva	5,24
3. Assertiva	4,33
4. Escolta activa	3,94
5. Equitativa	3,83
6. Empàtica	3,72
7. Segura	3,66
8. Ordenada	3,50
9. Observadora	3,46
10. Dinàmica	3,34
11. Solidaria	3,24
12. Creativa	2,70
13. Docent	2,56
14. Investigadora	2,46



Gràfic.23.- Capacitats

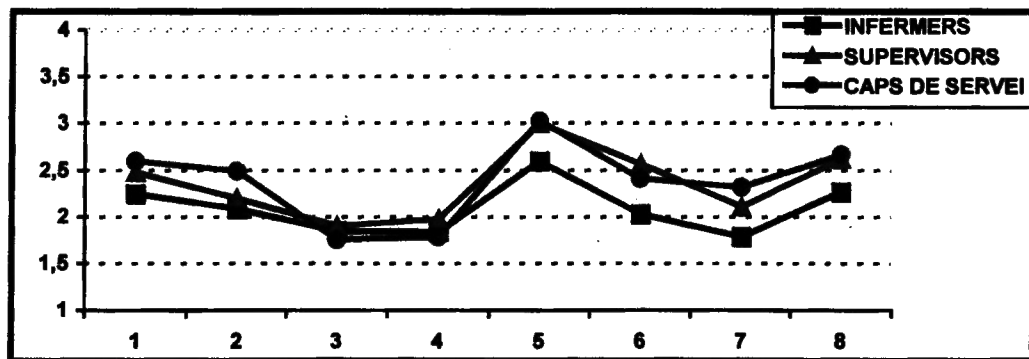
Consideren que la responsabilitat, la resolució de problemes, l'assertivitat, l'escolta activa, el ser equitatiu, l'empatia i la seguretat són les set capacitats més valorades en un supervisor/a.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL EN FUNCIÓ DEL PROFESSIONAL

USUARI I FAMÍLIA

FA

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Avaluar satisfacció usuari.	2,25	2,48	2,60	.058	
2. Avaluar satisfacció de la família.	2,09	2,20	2,50	.077	1<3
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1,85	1,91	1,76	.796	
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1,84	1,98	1,79	.597	
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	2,60	3,00	3,03	.003	1<2,3
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	2,03	2,57	2,41	.001	1<2
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	1,79	2,11	2,32	.004	1<3
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família.	2,27	2,62	2,67	.011	1<2,3



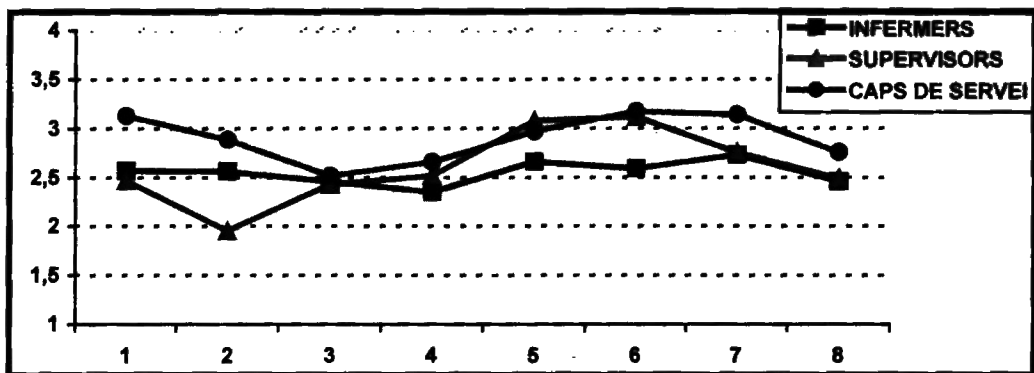
Gràfic.24.- Usuari i família real segons professionals

Troben diferències estadísticament significatives comparant els grups professionals en les següents competències: la (5) *saber garantir la seguretat dels usuaris* els tres grups professionals pensen que ho fan. (6) *Fomentar l'educació sanitària al pacient i família* els supervisor/a són els que li donen més força a que ho fan. (7) *Realitzar educació sanitària al pacient i família* els tres grups pensen que ho fan poc son els infermers/es els que opinen que els supervisors/es afavoreixen i estimulen poc les relacions entre els professionals i els **Usuari i Família**.

FORMACIÓ CONTINUA I DOCÈNCIA

FA

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	2,57	2,47	3,13	.007	1,2<3
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	2,55	1,96	2,89	.000	2<1,3
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	2,45	2,43	2,52	.921	
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	2,35	2,52	2,66	.170	
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	2,66	3,08	2,97	.009	1<2
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	2,59	3,12	3,17	.000	1<2,3
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	2,73	2,76	3,14	.087	
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standards de qualitat.	2,46	2,49	2,76	.278	



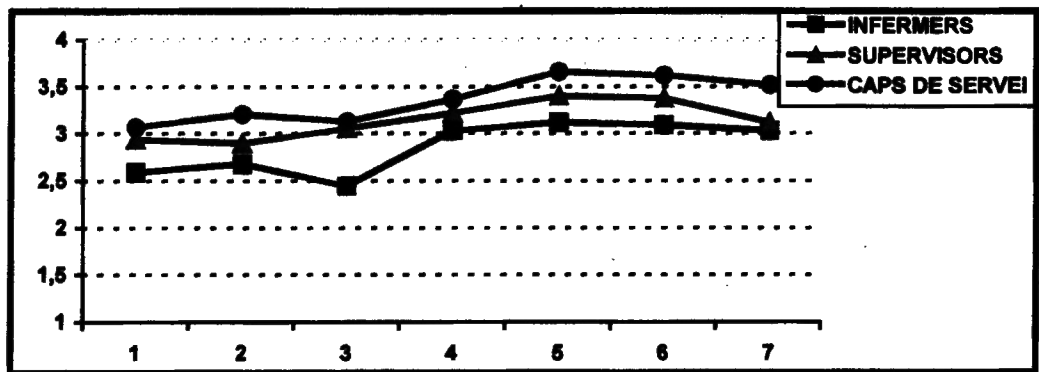
Gràfic.25.- Formació continua i docència real segons professionals

Hi ha diferències significatives en les subcompetències (1) *elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat*, (2) *participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions*, (5) *facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades* i (6) *col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en pràctiques*. (1) *Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat* el cap de servei és el que opina que més ho fa. En (2) *participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions* és el supervisor/a el que diu que ho fa menys . En (5) *facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades* el que diu que ho fa més es el supervisor/a. En (6) *col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en pràctiques* el que diu que menys ho Fa és l'infermer/a.

LIDERATGE

FA

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	2,59	2,94	3,07	.003	1<3
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	2,68	2,90	3,21	.006	1<3
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	2,45	3,06	3,13	.000	1<2,3
4. Coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei.	3,03	3,22	3,37	.086	
5. Capacitat d'escoltar.	3,12	3,40	3,66	.002	1<3
6. Capacitat de dialogar.	3,09	3,38	3,62	.002	1<3
7. Capacitat de comunicar informacions.	3,03	3,12	3,52	.020	1,2<3



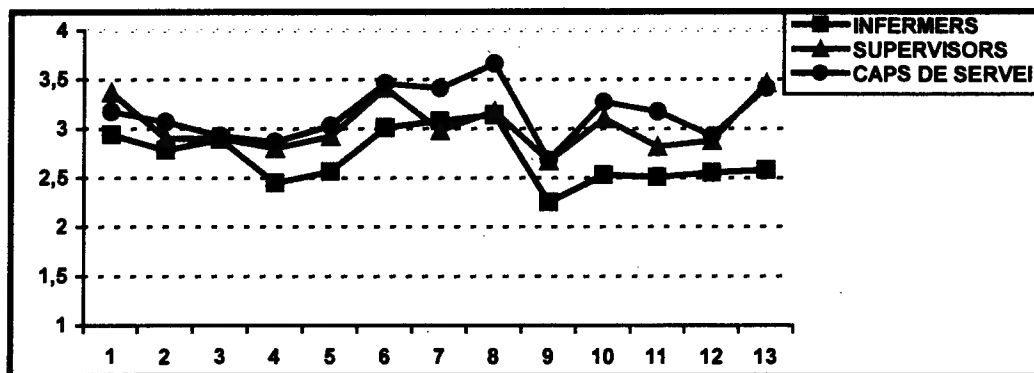
Gràfic.26.- Liderat real segons professionals

Llevat de la subcompetència (4) *coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei*, a la resta trobem diferències significatives entre tots els grups professionals. Tots pensen que els supervisors/es ho fan, sent els infermers/es els que opinen que ho fan menys contràriament a l'opinió dels caps de servei.

L'EQUIP D'INFERMERIA

FA

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	2,94	3,37	3,17	.005	1<2
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	2,78	2,90	3,07	.192	
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	2,89	2,90	2,93	.964	
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	2,45	2,80	2,87	.007	1<3
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	2,55	2,92	3,03	.001	1<2,3
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	3,01	3,41	3,45	.001	1<2,3
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	3,08	2,98	3,41	.107	
8. Gestionar horaris.	3,14	3,18	3,66	.023	1,2<3
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	2,25	2,67	2,68	.001	1<2,3
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	2,53	3,10	3,27	.000	1<2,3
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	2,51	2,82	3,17	.000	1<3
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	2,55	2,88	2,93	.019	1<2,3
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	2,58	3,46	3,41	.000	1<2,3



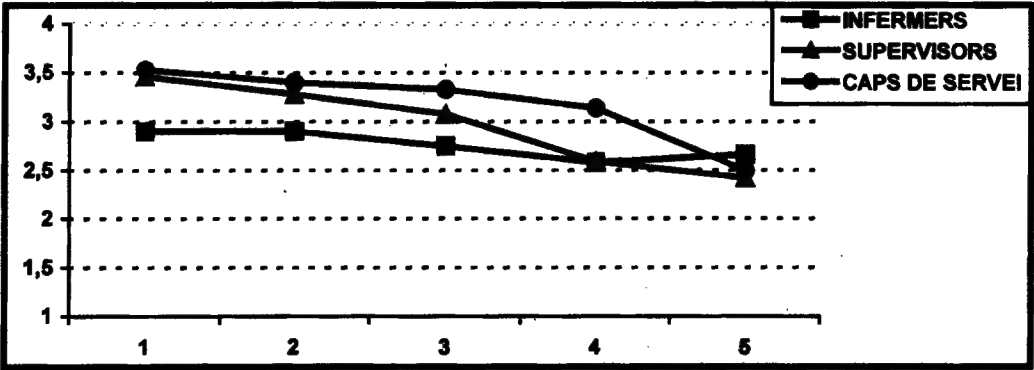
Gràfic.27.- Equip d'infermeria real segons professionals

Menys a les subcompetències (2) *saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip*, (3) *avaluar l'activitat dels professionals* i (7) *saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria* en la resta hi ha diferències significatives entre els grups professionals, ens trobem que majoritàriament els infermers/es són els que opinen que els supervisors/es ho fan poc i els caps de servei els que diuen que ho fan més.

SERVEIS DE SUPORT

FA

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	2,90	3,46	3,53	.000	1<2,3
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	2,90	3,28	3,40	.002	1<2,3
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	2,75	3,08	3,33	.001	1<3
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	2,58	2,59	3,14	.009	1<2,3
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	2,66	2,42	2,50	.271	



Gràfic.29.- Serveis de suport real segons professionals

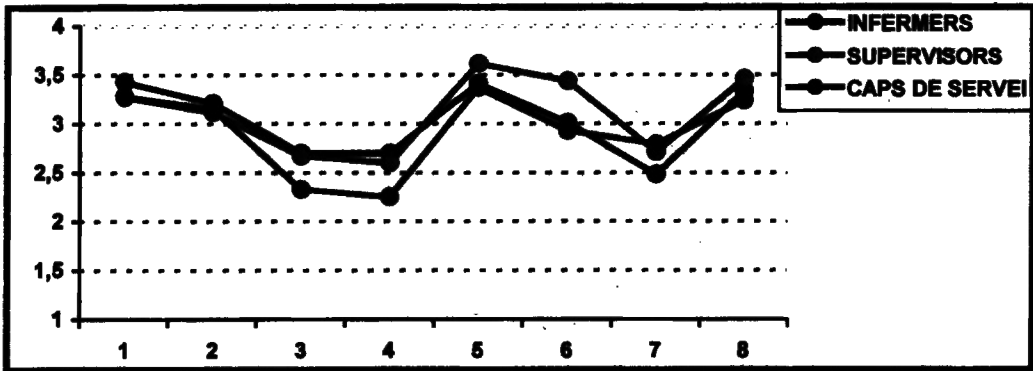
A les subcompetències (1) *coordinar els recursos materials i medicació de la unitat*, (2) *assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització*, (3) *coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat* i (4) *fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport* trobem que hi ha diferències significatives entre els diferents professionals, on els caps de servei opinen que ho fan més, bàsicament per damunt dels infermers/es.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL EN FUNCIÓ DEL PROFESSIONAL

USUARI I FAMÍLIA

HAURIA DE FER

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Avaluar satisfacció usuari.	3,34	3,27	3,28	.785	
2. Avaluar satisfacció de la família.	3,21	3,12	3,15	.788	
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	2,70	2,67	2,33	.269	
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	2,70	2,60	2,25	.114	
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	3,41	3,62	3,37	.210	
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	3,01	3,44	2,93	.027	1,3<2
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	2,48	2,71	2,79	.236	
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família.	3,33	3,46	3,24	.521	



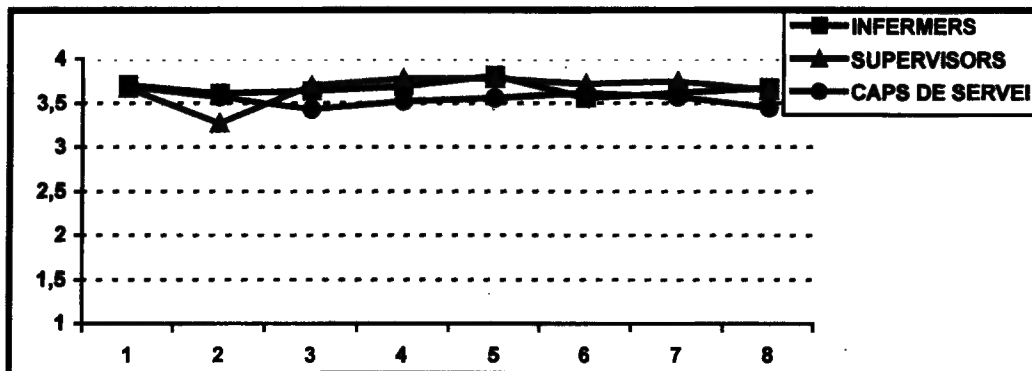
Gràfic.30.- Usuari i família ideal segons professionals

És en la subcompetència (6) *fomentar l'educació sanitària al pacient i família* on trobem diferències significatives, els supervisors/es opinen que ho Haurien de Fer més per sobre del que opinen els infermers/es i els caps de servei.

FORMACIÓ CONTINUA I DOCÈNCIA

HAURIA DE FER

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	3,71	3,67	3,69	.889	
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	3,61	3,27	3,57	.004	2<1,3
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	3,64	3,70	3,43	.129	
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	3,69	3,78	3,52	.118	
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	3,81	3,78	3,55	.013	3<2,1
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	3,55	3,72	3,62	.298	
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	3,62	3,75	3,57	.330	
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standars de qualitat.	3,67	3,65	3,45	.118	



Gràfic.31.- Formació contínua i docència ideal segons professionals

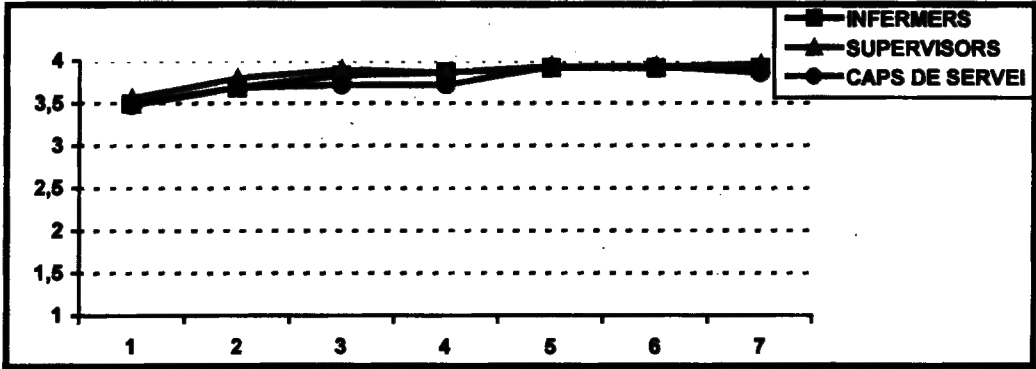
En les subcompetències (2) *participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions* i (5) *facilitar la participació dels*

professionals en les intervencions formatives adequades són les úniques que trobem diferències significatives; (2) *participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions* és la subcompetència que els infermers/es i els caps de servei pensen que més haurien de fer els supervisors/es; (5) *facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades*, els infermers/es i supervisors/es creuen que l'haurien de potenciar més a diferència del que opinen els caps de servei.

LIDERATGE

HAURIA DE FER

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	3,50	3,56	3,48	.845	
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	3,69	3,80	3,69	.367	
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	3,83	3,90	3,72	.187	
4. Coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei.	3,87	3,86	3,72	.120	
5. Capacitat d'escoltar.	3,92	3,94	3,93	.850	
6. Capacitat de dialogar.	3,92	3,94	3,93	.914	
7. Capacitat de comunicar informacions.	3,92	3,96	3,86	.332	



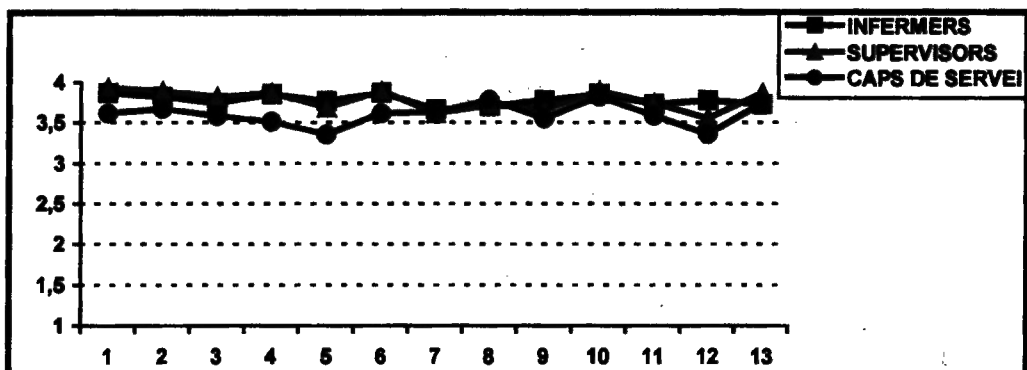
Gràfic.32.- Lideratge ideal segons professionals

No trobem diferències significatives en cap de les subcompetències de **Lideratge**, tots els grups pensen que ho han desenvolupar molt més.

L'EQUIP D'INFERMERIA

HAURIA DE FER

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI	Sign.	Difer.
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	3,87	3,94	3,62	.001	3<1,2
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	3,83	3,90	3,68	.065	
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	3,75	3,83	3,59	.141	
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	3,86	3,87	3,52	.000	3<1,2
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	3,77	3,69	3,36	.000	3<1,2
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	3,87	3,90	3,62	.005	3<1,2
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	3,67	3,62	3,64	.839	
8. Gestionar horaris.	3,71	3,72	3,79	.828	
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	3,78	3,67	3,56	.024	3<1
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	3,86	3,90	3,83	.731	
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	3,73	3,75	3,59	.331	
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	3,78	3,56	3,36	.000	3<1
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	3,73	3,87	3,75	.237	



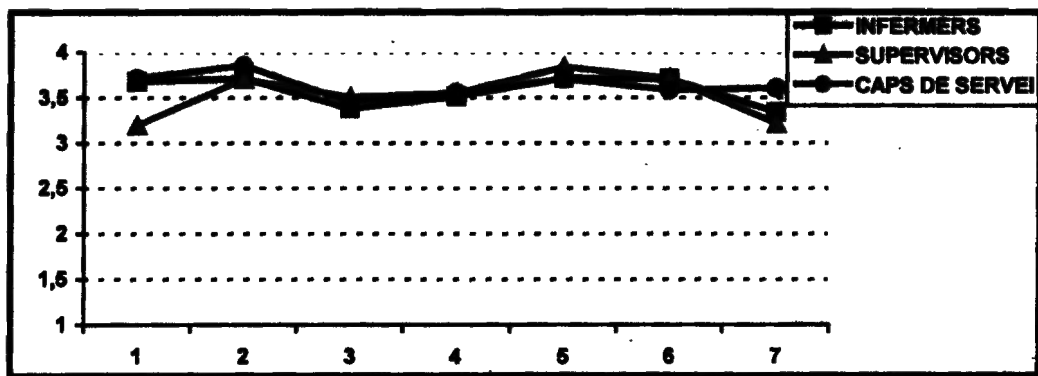
Gràfic.33.- L'equip d'infermeria ideal segons professionals

Les subcompetències (1) *donar suport als professionals en la resolució de problemes*, (4) *avaluar la satisfacció dels professionals*, (5) *assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats*, (6) *planificar els recursos humans de la unitat*, hi ha diferències significatives, els infermers/es opinen per sobre dels caps de servei que ho haurien de potenciar molt més (9) *desenvolupar estratègies de motivació* i (12) *fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals* també hi han diferències significatives entre el que opinen els infermers/es en relació als caps de servei, sent els infermers/es els que creuen que ho haurien de realitzar-ho molt més.

GESTIÓ DE CURES

HAURIA DE FER

	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Garantir l'execució de protocols.	3,68	3,82	3,72	.238	
2. Prendre consciència del rol propi en l'organització.	3,72	3,71	3,86	.340	
3. Proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria.	3,38	3,51	3,46	.551	
4. Garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures.	3,52	3,56	3,56	.891	
5. Planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat.	3,72	3,84	3,71	.372	
6. Integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males practiques professionals.	3,71	3,72	3,59	.485	
7. Coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats.	3,34	3,22	3,61	.236	



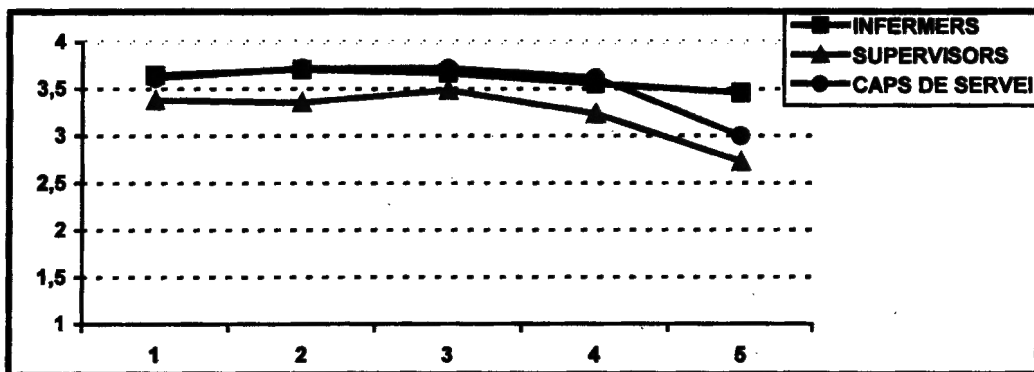
Gràfic.34.- Gestió de cures ideal segons professionals

No trobem diferències significatives entre els grups quan parlem de les subcompetències de **Gestió de cures**, tothom pensa que Hauria de Fer totes les subcompetències.

SERVEIS DE SUPORT

HAURIA DE FER

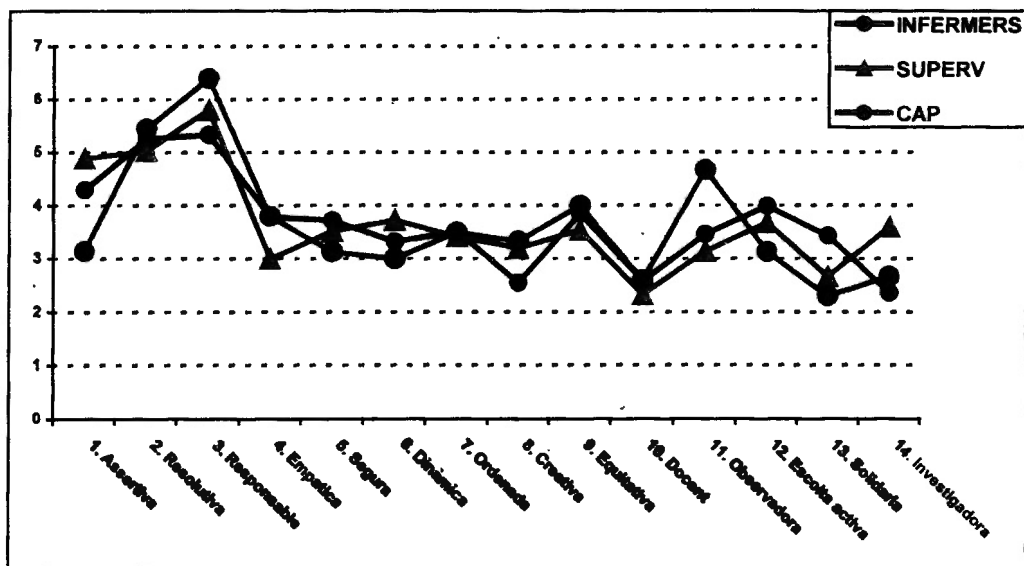
	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	3,65	3,38	3,62	.023	2<1
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	3,71	3,36	3,72	.002	2<1,3
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	3,67	3,49	3,72	.144	
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	3,56	3,24	3,62	.016	2<1,3
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	3,46	2,73	3,00	.000	2,3<1



Gràfic.35.- Serveis de suport ideal segons professionals

Troben diferències significatives en les subcompetències (1) *coordinar els recursos materials i medicació de la unitat*, els supervisors/es opinen que haurien de fer per sota de l'opinió dels infermers/es. (2) *Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització*, (4) *fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport* els infermers/es i caps de servei creuen que Haurien de Fer-ho molt més. (5) *Negociar amb proveïdors per garantir els recursos*, els infermers/es opinen que ho Haurien de Fer més en contra de l'opinió dels supervisors/es i caps de servei.

COMPARACIÓ CAPACITATS	INFERMER 1	SUPERVISOR 2	CAP DE SERVEI 3	Sign.	Difer.
1. Assertiva	4,29	4,89	3,14	.078	
2. Resolutiva	5,26	5,03	5,45	.688	
3. Responsable	5,34	5,81	6,40	.011	1<3
4. Empàtica	3,79	3,00	3,80	.189	
5. Segura	3,72	3,52	3,13	.456	
6. Dinàmica	3,32	3,73	3,00	.609	
7. Ordenada	3,51	3,42	3,50	.977	
8. Creativa	2,55	3,20	3,33	.259	
9. Equitativa	3,85	3,54	4,00	.709	
10. Docent	2,58	2,33	2,60	.895	
11. Observadora	3,46	3,14	4,67	.190	
12. Escolta activa	3,99	3,68	3,13	.361	
13. Solidària	3,43	2,67	2,30	.127	
14. Investigadora	2,36	3,60	2,67	.228	



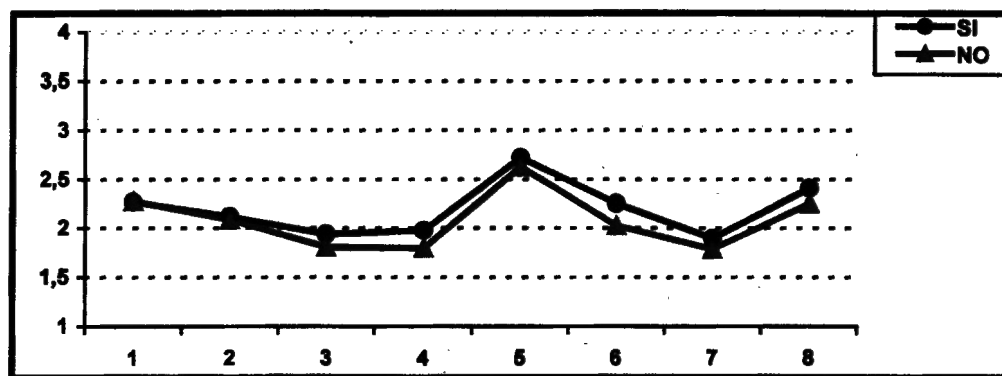
Gràfic.36.- Capacitats segons professionals

Únicament hem trobat diferències significatives en la capacitat responsable en la que els caps de servei opinen per sobre i amb molta diferència en relació a l'opinió dels infermers/es.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL EN FUNCIÓ DE LA FORMACIÓ

USUARI I FAMÍLIA

FA	SI	NO	Sign.
1. Avaluar satisfacció usuari.	2,27	2,28	.970
2. Avaluar satisfacció de la família.	2,12	2,09	.778
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1,94	1,81	.151
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1,98	1,80	.054
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	2,72	2,63	.381
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	2,25	2,03	.034
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	1,90	1,79	.225
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família.	2,41	2,25	.118

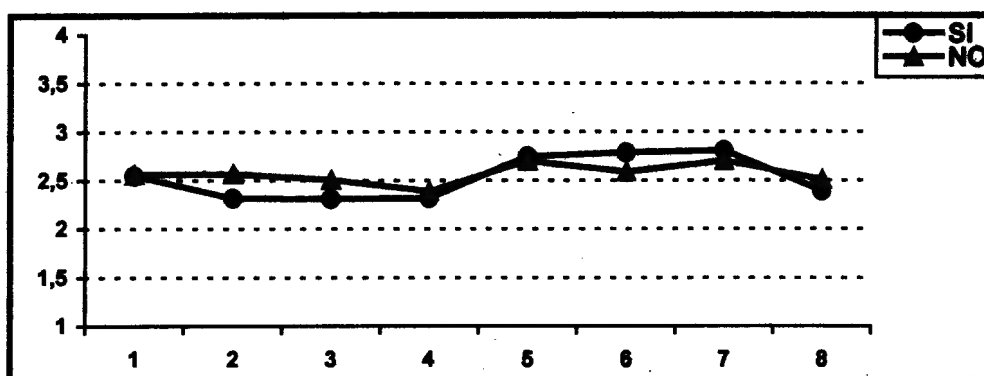


Gràfic.37.- Usuari i família real segons formació.

Únicament hem trobat diferències significatives en la subcompetència (6) *fomentar l'educació sanitària al pacient i família*, en el que, els que tenen formació opinen que el supervisor/a l'ha de realitzar en contra dels que no tenen formació.

FORMACIÓ CONTINUA I DOCÈNCIA

FA	SI	NO	Signif.
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	2,55	2,56	.936
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	2,32	2,57	.020
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	2,31	2,51	.035
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	2,32	2,39	.482
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	2,75	2,70	.645
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	2,79	2,59	.050
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	2,81	2,70	.230
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standars de qualitat.	2,39	2,51	.188



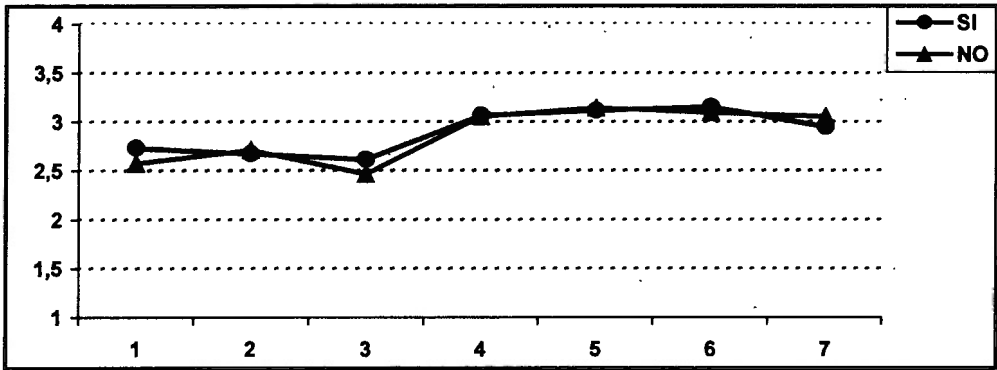
Gràfic.38.- Formació continua i docència real segons formació

Troben diferències significatives en les subcompetències (2) *participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions* i (3) *estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures* on els que han fet formació opinen que ho fan poc en contra dels que no la tenen. A la subcompetència, (6) *col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en pràctiques* hi ha tendència a la significació, sent els que tenen formació els que opinen que ho duen més a terme.

LIDERATGE

FA

	SI	NO	Signific.
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	2,74	2,58	.791
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	2,68	2,72	.978
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	2,62	2,47	.119
4. Coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei.	3,07	3,05	.840
5. Capacitat d'escoltar.	3,12	3,15	.724
6. Capacitat de dialogar.	3,16	3,10	.521
7. Capacitat de comunicar informacions.	2,95	3,06	.243

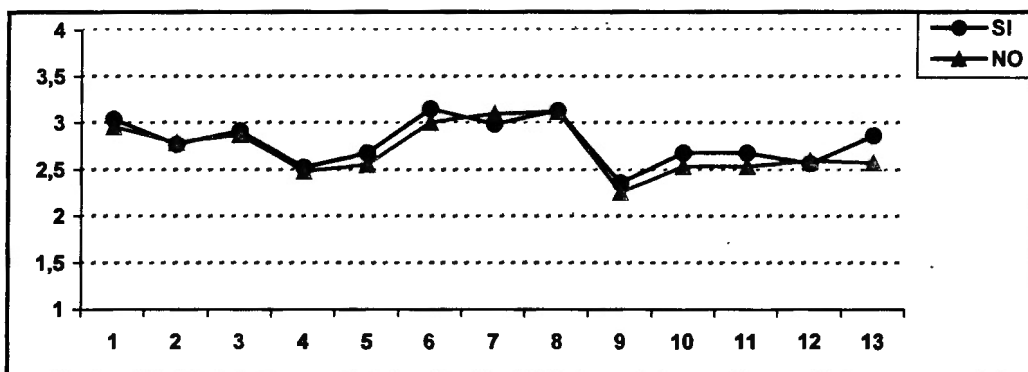


Gràfic.39.- Lideratge real segons formació.

No hem trobat diferències significatives en cap de les competències entre tindrà o no formació, tant uns com els altres opinen que totes les subcompetències es fan. Caldria ressaltar que les subcompetències (4) *coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei* (5) *capacitat d'escoltar*, (6) *capacitat de dialogar* i (7) *capacitat de comunicar informacions* la opinió es que es fan bastant.

L'EQUIP D'INFERMERIA

FA	SI	NO	Signific.
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	3,05	2,96	.336
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	2,77	2,80	.701
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	2,92	2,88	.606
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	2,53	2,48	.618
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	2,68	2,56	.196
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	3,16	3,01	.121
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	2,99	3,11	.198
8. Gestionar horaris.	3,14	3,13	.961
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	2,36	2,26	.330
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	2,68	2,54	.137
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	2,68	2,54	.659
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	2,57	2,60	.792
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	2,87	2,58	.007



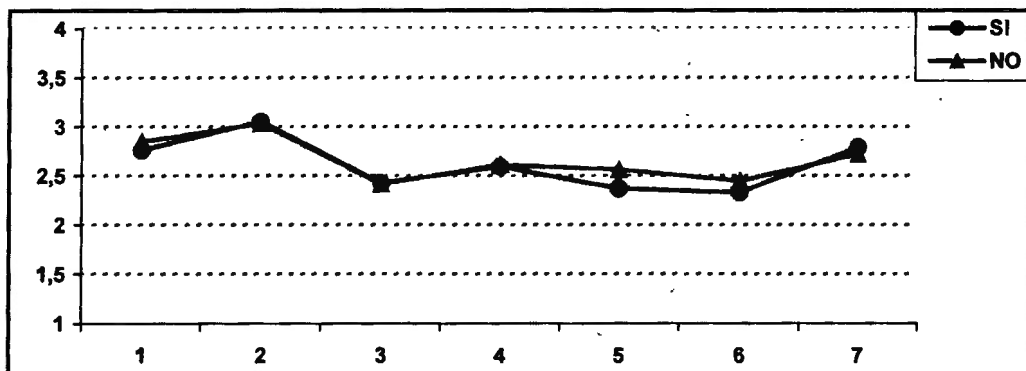
Gràfic.40.- L'equip d'infermeria real segons formació.

Trobem diferències significatives en la subcompetència (13) *enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció* on els que han fet formació pensen que ho fan més que els que no l'han fet. Destaquem que les competències (6) *planificar els recursos humans de la unitat* i la de (8) *gestionar horaris* son les que uns i altres pensen que ho fan molt.

GESTIÓ DE CURES

FA

	SI	NO	Signific.
1. Garantir l'execució de protocols.	2,76	2,85	.354
2. Prendre consciència del rol propi en l'organització.	3,06	3,04	.762
3. Proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria.	2,43	2,42	.914
4. Garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures.	2,60	2,62	.900
5. Planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat.	2,37	2,57	.048
6. Integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males practiques professionals.	2,33	2,45	.240
7. Coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats.	2,79	2,73	.624

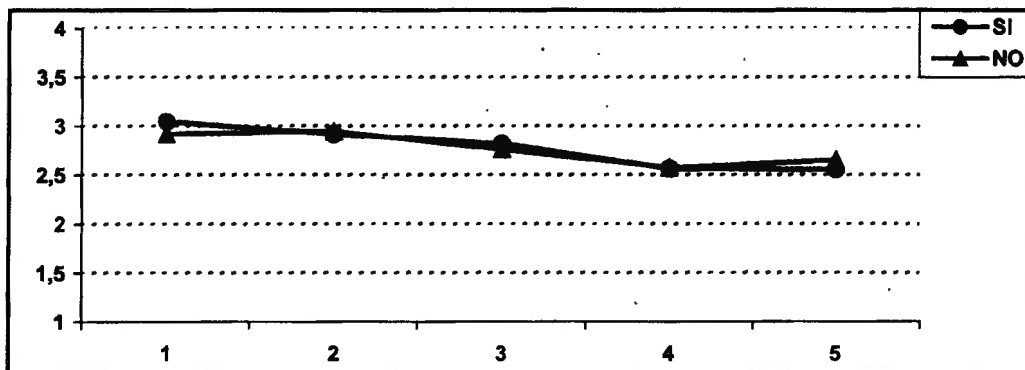


Gràfic.41.- Gestió de cures real segons formació.

En la subcompetència (5) *planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat* hi ha diferències significatives entre els que han fet formació i els que no l'han fet, són els que no han fet formació els que opinen que ho fan discretament i els altres que ho fan poc.

SERVEIS DE SUPORT

FA	SI	NO	Signif.
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	3,05	2,92	.196
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	2,92	2,95	.712
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	2,82	2,76	.514
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	2,57	2,58	.935
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	2,56	2,66	.349



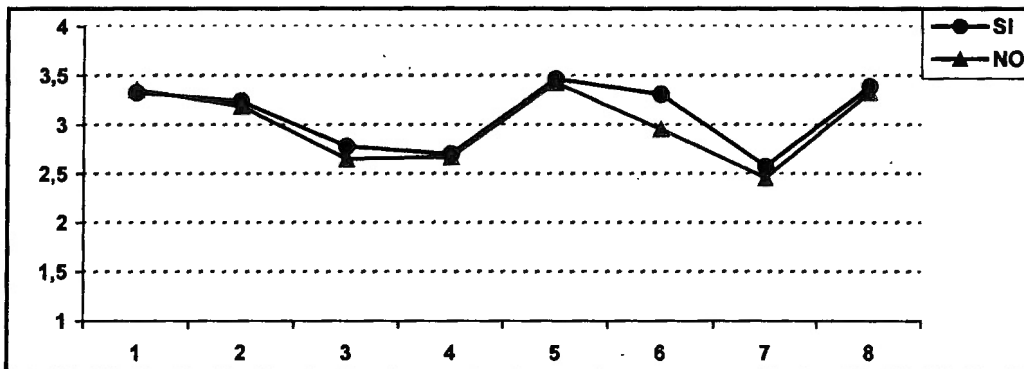
Gràfic.42.- Serveis de suport real segons formació.

No trobem diferències significatives entre els que han fet formació i els que no l'han fet a la valoració de la competència **Servei de Suport**. Les subcompetències que els dos grups ressalten que ho fan bastant son (1) *coordinar els recursos materials i medicació de la unitat*, (2) *assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització* i (3) *coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat*.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL EN FUNCIO DE LA FORMACIÓ

USUARI I FAMÍLIA

HAURIA DE FER	SI	NO	Signif.
1. Avaluar satisfacció usuari.	3,33	3,36	.960
2. Avaluar satisfacció de la família.	3,25	3,20	.946
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	2,78	2,66	.141
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	2,71	2,68	.466
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	3,47	3,43	.863
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	3,31	2,96	.100
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	2,58	2,46	.641
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família.	3,39	3,33	.727



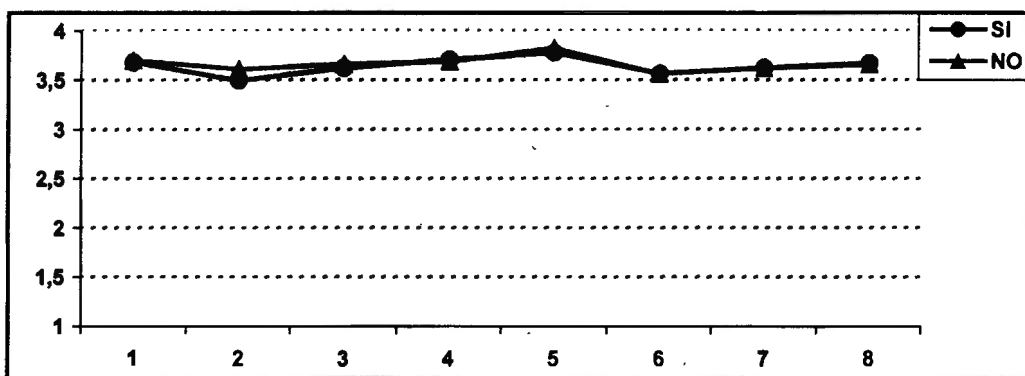
Gràfic.43.- Usuari i família ideal segons formació.

No hi ha diferències significatives en el que Haurien de Fer els supervisors/es entre els que han fet o no formació en la competència **Usuari i Família**. Les subcompetències que opinen que Haurien de Fer molt son (5) *saber garantir la seguretat dels usuaris* i (8) *afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família*. Veiem com hi ha una tendència a la significació entre els dos grups en la subcompetència (6) *fomentar l'educació sanitària al pacient i família* i son els que han fet formació els que pensen que ho Haurien de Fer més.

FORMACIÓ CONTINUA I DOCÈNCIA

HAURIA DE FER

	SI	NO	Signif.
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	3,69	3,71	.685
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	3,50	3,62	.130
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	3,63	3,67	.491
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	3,72	3,70	.617
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	3,78	3,83	.284
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	3,57	3,57	.949
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	3,63	3,63	.960
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standars de qualitat.	3,68	3,67	.862



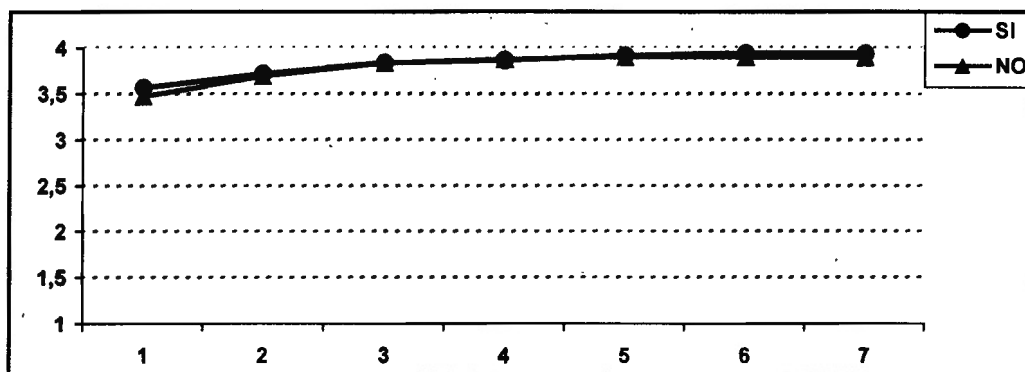
Gràfic.44.- Formació continua i docència ideal segons formació.

No hem trobat diferències significatives entre els dos grups, els que tenen o no formació, ambdós opinen que totes les subcompetències Haurien de Fer-se amb més intensitat.

LIDERATGE

HAURIA DE FER

	SI	NO	Signif.
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	3,57	3,48	.239
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	3,73	3,70	.606
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	3,84	3,84	.979
4. Coneixement, anàlisis i avaluació del funcionament del seu servei.	3,87	3,88	.614
5. Capacitat d'escoltar.	3,93	3,91	.560
6. Capacitat de dialogar.	3,95	3,91	.117
7. Capacitat de comunicar informacions.	3,95	3,91	.211



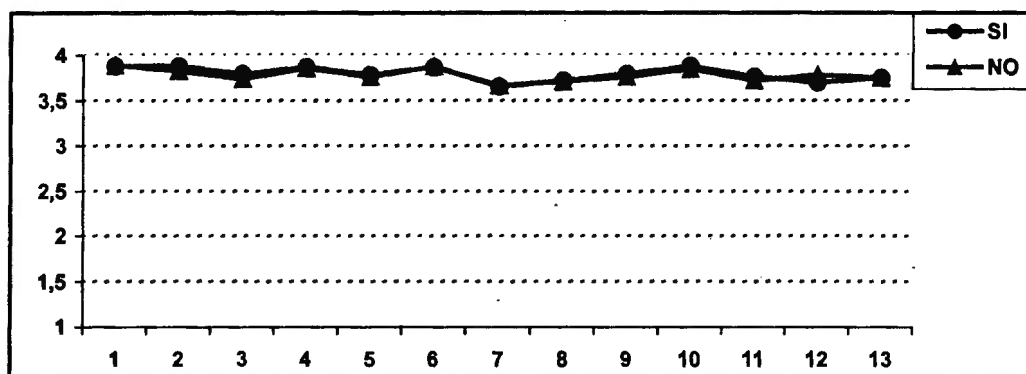
Gràfic.45.- Lideratge ideal segons formació.

No hi ha diferències entre el que opinen que Haurien de Fer els supervisors/es per part dels que tenen formació i dels que no la tenen, el que diuen es que les subcompetències de **Lideratge** les han de desenvolupar molt més.

L'EQUIP D'INFERMERIA

HAURIA DE FER

	SI	NO	Signif.
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	3,86	3,89	.468
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	3,88	3,83	.100
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	3,80	3,74	.238
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	3,87	3,86	.757
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	3,79	3,76	.534
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	3,87	3,88	.839
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	3,66	3,67	.886
8. Gestionar horaris.	3,72	3,71	.879
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	3,80	3,77	.504
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	3,88	3,85	.505
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	3,77	3,72	.412
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	3,70	3,79	.135
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	3,75	3,75	.913



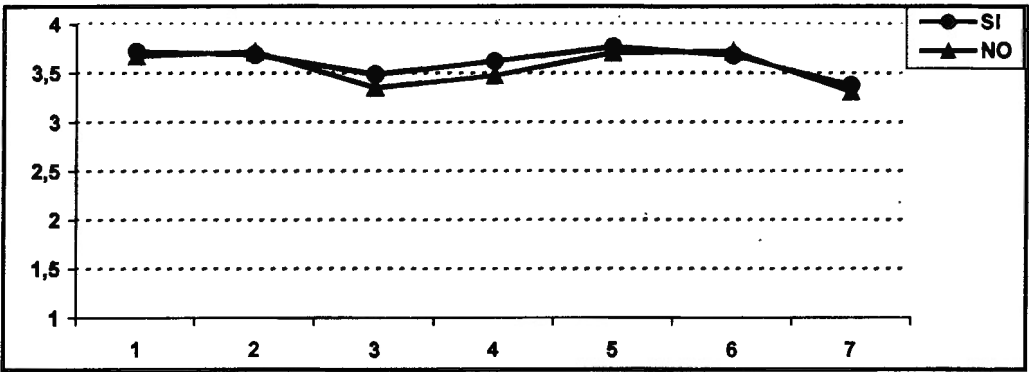
Gràfic.46.- L'equip d'infermeria ideal segons formació.

No trobem diferències significatives entre els que tenen formació i els que no la tenen en qualsevol de les subcompetències de l'**Equip d'Infermeria** i queda patent que totes les subcompetències Haurien de Fer-se molt.

GESTIÓ DE CURES

HAURIA DE FER

	SI	NO	Signif.
1. Garantir l'execució de protocols.	3,73	3,68	.297
2. Prendre consciència del rol propi en l'organització.	3,70	3,73	.467
3. Proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria.	3,49	3,35	.092
4. Garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures.	3,63	3,48	.034
5. Planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat.	3,77	3,72	.339
6. Integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males practiques professionals.	3,69	3,73	.394
7. Coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats.	3,38	3,31	.424



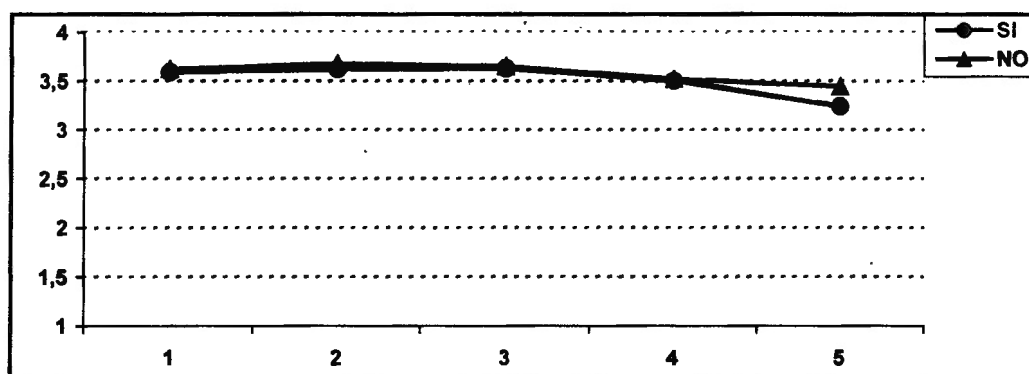
Gràfic.47.- Gestió de cures ideal segons formació.

Troblem diferències significatives en la subcompetència (4) *garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures* i una tendència a la significació en la subcompetència (3) *proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria*, on els que han fet formació opinen que els supervisors/es Haurien de Fer-la més.

SERVEIS DE SUPORT

HAURIA DE FER

	SI	NO	Signif.
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	3,60	3,63	.634
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	3,63	3,69	.317
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	3,64	3,66	.695
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	3,51	3,53	.793
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	3,25	3,45	.050



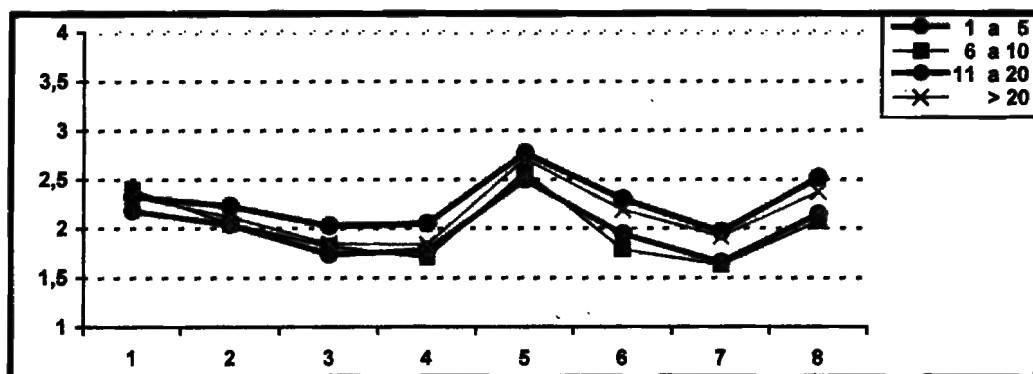
Gràfic.48.-Serveis de suport ideal segons formació.

Trobem una tendència a la significació en la subcompetència (5) *negociar amb proveïdors per garantir els recursos* on els que han fet formació opinen que els supervisors/es Haurien de Fer-ho però menys a diferència dels que no han fet formació.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL EN FUNCIÓ DE L'EXPERIÈNCIA

USUARI I FAMÍLIA

FA	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Avaluar satisfacció usuari.	2,33	2,40	2,18	2,33	.383	
2. Avaluar satisfacció de la família.	2,23	2,05	2,04	2,12	.481	
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	2,03	1,82	1,74	1,85	.169	
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	2,05	1,71	1,78	1,84	.139	
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	2,77	2,58	2,50	2,71	.136	
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	2,30	1,79	1,95	2,19	.012	2<3,4<1
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	1,97	1,63	1,66	1,92	.019	2,3<1
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família.	2,52	2,07	2,15	2,37	.015	2,3<1



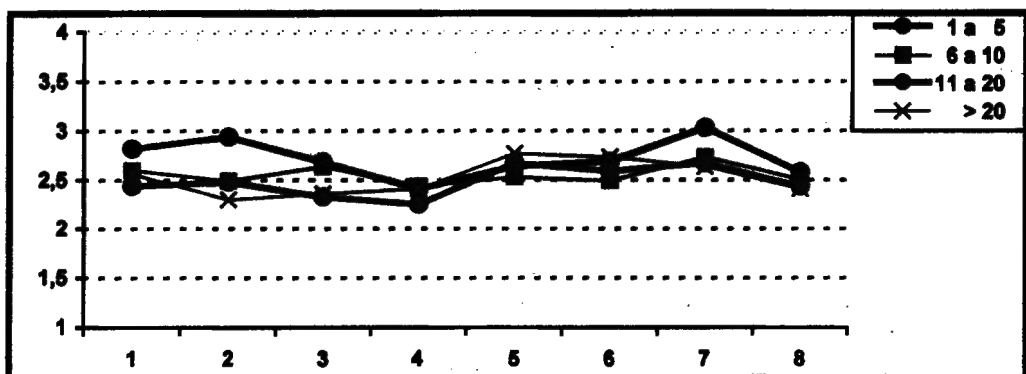
Gràfic.49.- Usuari i família real segons anys experiència.

Segons els anys d'experiència la competència d'**Usuari i Família** no es Fa lo suficient, excepte en el cas de les subcompetències (5) *saber garantir la seguretat dels usuaris* i (8) *afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família*, el grup de menys experiència son els que opinen que es Fa més.

Trobem diferències significatives en les subcompetències (6) *fomentar l'educació sanitària al pacient i família*, (7) *realitzar educació sanitària al pacient i família* i (8) *afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família* on el grup d'1 a 5 anys opinen que ho fan més que els altres grups d'experiència. El grup d'1 a 5 anys i el de > de 20 anys són els que opinen més o menys igual.

FORMACIÓ CONTINUA I DOCÈNCIA

FA	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	2,82	2,60	2,44	2,56	.058	
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	2,94	2,49	2,48	2,30	.000	4,3,2<1
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	2,68	2,64	2,33	2,36	.016	3<2
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	2,41	2,44	2,25	2,41	.432	
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	2,64	2,53	2,67	2,77	.505	
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	2,69	2,49	2,59	2,73	.487	
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	3,03	2,73	2,67	2,64	.022	4,3<1
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standars de qualitat.	2,58	2,51	2,43	2,41	.590	



Gràfic.50.- Formació continua i docència real segons anys experiència.

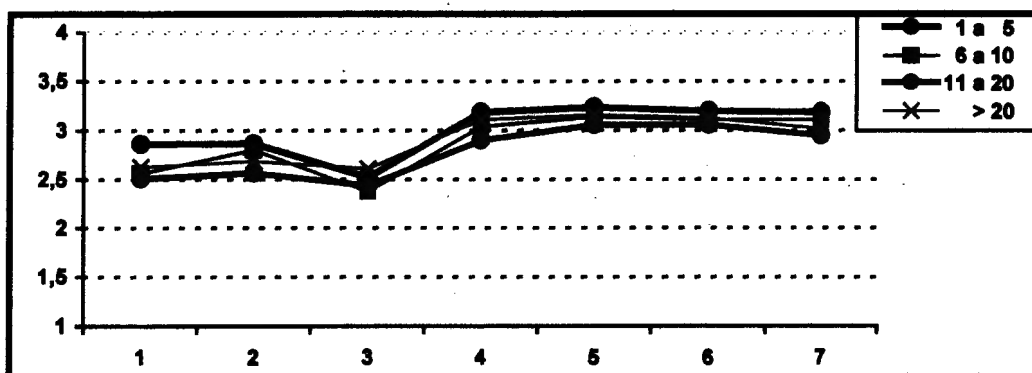
Els quatre grups d'experiència opinen que els supervisors/es desenvolupen poc les subcompetències de **Formació Continua**, troben diferències significatives en tres subcompetències. (2) *participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions* el grup amb menys experiència es el que opina que els supervisors/es ho duent més a terme. A l'igual que en la subcompetència (7) *col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes* el grup de menys experiència també opinen que els supervisors/es ho fan bastant. En la subcompetència (3) *estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures*, el grup d'11 a 20 anys opina que ho fan poc en contra de l'opinió dels dos grups amb menys experiència.

En la resta de subcompetències no hi trobem diferències significatives entre els diferents grups. Volem destacar que en totes les subcompetències el grup de menys anys d'experiència opina majoritàriament que ho duent bastant a terme.

LIDERATGE

FA

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20 a. 4	Signif.	Difer.
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	2,86	2,56	2,51	2,63	.080	
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	2,87	2,80	2,57	2,69	.123	
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	2,52	2,38	2,44	2,61	.282	
4. Coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei.	3,19	3,04	2,90	3,11	.114	
5. Capacitat d'escoltar.	3,24	3,14	3,06	3,16	.581	
6. Capacitat de dialogar.	3,20	3,11	3,05	3,13	.717	
7. Capacitat de comunicar informacions.	3,19	3,11	2,95	3,02	.281	



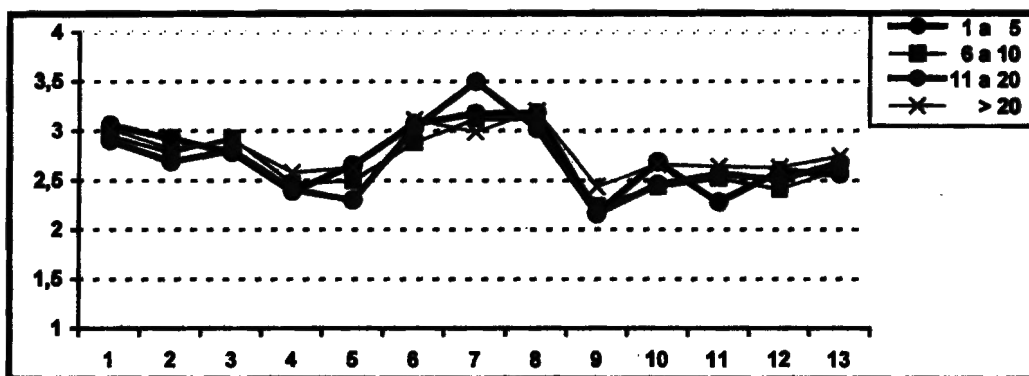
Gràfic.51.- Lideratge real segons anys experiència.

No trobem diferències significatives entre el que opinen els diferents grups d'experiència professional, tots pensen que els supervisors/es ho fan i que les subcompetències (4) *coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei*, (5) *capacitat d'escoltar*, (6) *capacitat de dialogar* i (7) *capacitat de comunicar informacions* les fan bastant. Es el grup d'1 a 5 anys els que opinen que ho fan més.

L'EQUIP D'INFERMERIA

FA

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	3,06	2,95	2,90	3,02	.529	
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	2,92	2,78	2,69	2,82	.271	
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	2,78	2,93	2,88	2,90	.753	
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	2,39	2,47	2,41	2,58	.361	
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	2,65	2,50	2,53	2,63	.614	
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	3,07	2,88	3,03	3,11	.524	
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	3,17	3,12	3,05	2,99	.482	
8. Gestionar horaris.	3,18	3,11	3,02	3,20	.423	
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	2,17	2,24	2,16	2,44	.039	1,2,3<4
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	2,68	2,43	2,46	2,66	.143	
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	2,28	2,52	2,57	2,64	.056	
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	2,59	2,41	2,51	2,63	.508	
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	2,56	2,61	2,67	2,74	.617	



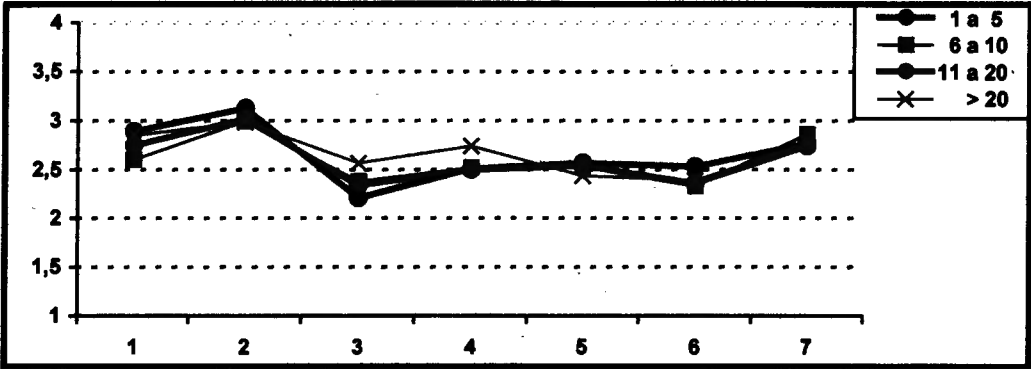
Gràfic.52.- L'equip d'infermeria real segons anys experiència.

Les subcompetències (1) *donar suport als professionals en la resolució de problemes*, (6) *planificar els recursos humans de la unitat*, (7) *saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria*, (8) *gestionar horaris* els quatre grups pensen que els supervisors/es ho fan bastant. Trobem diferències significatives entre els grups en la subcompetència (9) *desenvolupar estratègies de motivació* on els que pensen que més ho fan són els de més de 20 anys d'experiència.

GESTIÓ DE CURES

FA

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Garantir l'execució de protocols.	2,89	2,86	2,75	2,85	.679	
2. Prendre consciència del rol propi en l'organització.	3,13	3,00	3,02	2,99	.740	
3. Proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria.	2,21	2,38	2,34	2,57	.030	1<4
4. Garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures.	2,51	2,52	2,50	2,74	.092	
5. Planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat.	2,57	2,53	2,54	2,44	.765	
6. Integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males practiques professionals.	2,53	2,33	2,36	2,39	.625	
7. Coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats.	2,77	2,86	2,74	2,77	.950	

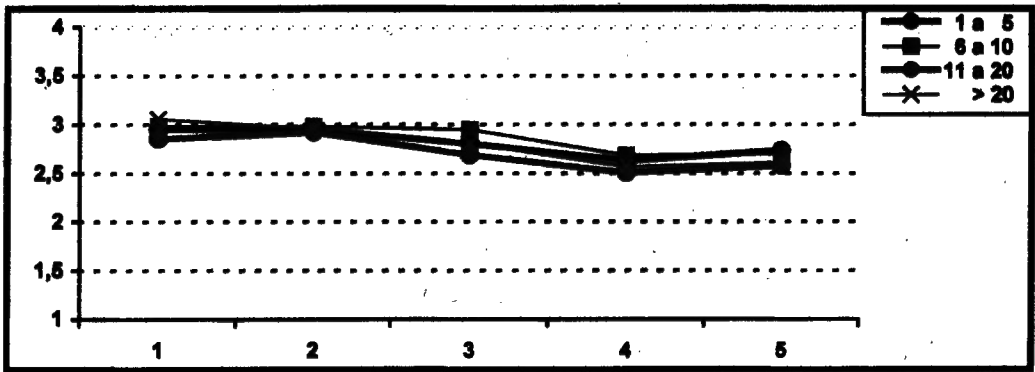


Gràfic.53.- Gestió de cures real segons anys experiència.

Troblem diferències significatives en la subcompetència (3) *proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria* on el grup de més experiència opina que els supervisors/es ho fan bastant. Les subcompetències (1) *garantir l'execució de protocols*, (2) *prendre consciència del rol propi en l'organització* i (7) *coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats* son les subcompetències que tots els grups opinen que es fan més dintre de la competència **Gestió de cures**.

SERVEIS DE SUPORT

FA	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	2,95	2,98	2,85	3,06	.282	
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	2,95	2,98	2,92	2,96	.981	
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	2,80	2,95	2,69	2,80	.390	
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	2,63	2,68	2,51	2,57	.691	
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	2,73	2,70	2,58	2,61	.728	



Gràfic.54.- Serveis de suport real segons anys experiència.

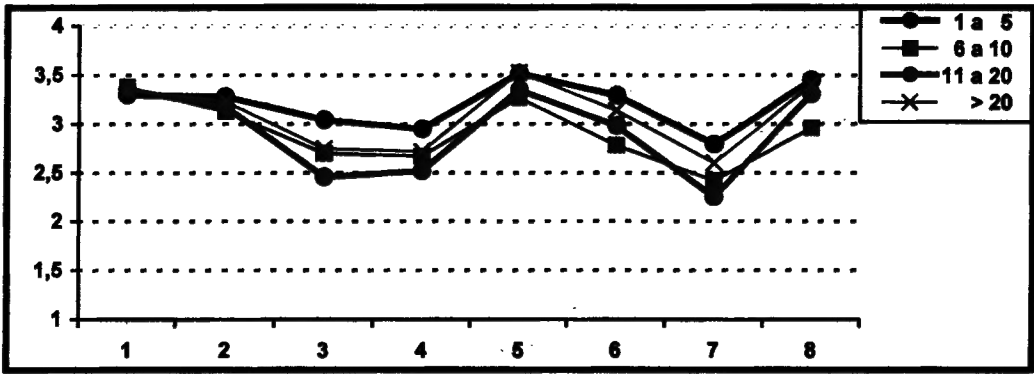
No hi ha diferències significatives en cap de les subcompetències de **Serveis de suport** i en totes elles, els quatre grups d'experiència opinen que els supervisors/es ho fan bastant.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL EN FUNCIO DE L'EXPERIÈNCIA

USUARI I FAMÍLIA

HAURIA DE FER

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Avaluar satisfacció usuari.	3,30	3,38	3,35	3,34	.967	
2. Avaluar satisfacció de la família.	3,28	3,13	3,18	3,23	.797	
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	3,04	2,70	2,46	2,75	.003	3<1
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	2,95	2,67	2,52	2,72	.055	3<1
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	3,52	3,27	3,35	3,53	.077	
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	3,29	2,78	2,98	3,14	.043	2<1
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	2,79	2,42	2,25	2,60	.006	3<1
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família.	3,45	2,96	3,31	3,40	.017	2<1



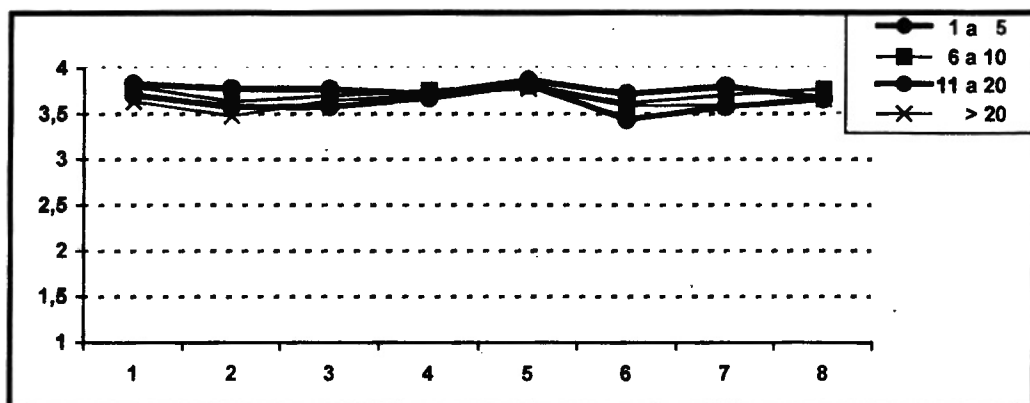
Gràfic.55.- Usuari i família ideal segons anys experiència.

Troben diferències significatives en les subcompetències (3) *implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats*, (4) *implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats*, (6) *fomentar l'educació sanitària al pacient i família*, (7) *realitzar educació sanitària al pacient i família* i (8) *afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família*, on els que opinen que ho Haurien de Fer més els supervisors/es són el grup d'1 a 5 anys.

FORMACIÓ CONTINUA I DOCÈNCIA

HAURIA DE FER

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	3,83	3,80	3,71	3,64	.080	
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	3,78	3,64	3,58	3,48	.011	4<1
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	3,77	3,70	3,58	3,65	.087	
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	3,72	3,76	3,68	3,71	.835	
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	3,87	3,82	3,82	3,78	.473	
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	3,72	3,62	3,44	3,59	.039	3<1
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	3,80	3,71	3,58	3,60	.034	3,4<1
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standars de qualitat.	3,67	3,77	3,66	3,66	.667	



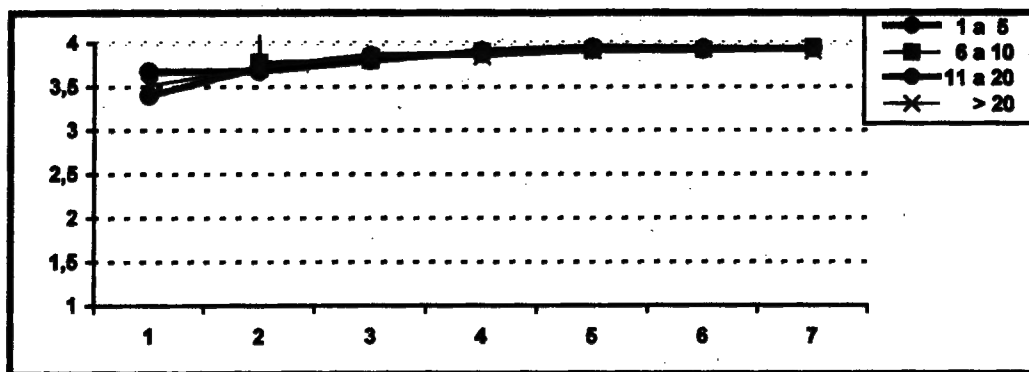
Gràfic.56.- Formació continua i docència ideal segons anys experiència.

Els quatre grups d'experiència opinen que els supervisors/es Haurien de Fer molt totes les subcompetències de **Formació continua**. Trobem diferències significatives a les subcompetències (2) *participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions*, (6) *col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en pràctiques* i (7) *col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes* on el grup d'1 a 5 anys són els que opinen que més ho tindrien de fer.

LIDERATGE

HAURIA DE FER

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	3,67	3,53	3,40	3,52	.066	
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	3,68	3,79	3,72	3,71	.758	
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	3,80	3,80	3,86	3,85	.637	
4. Coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei.	3,91	3,91	3,88	3,85	.489	
5. Capacitat d'escoltar.	3,95	3,93	3,92	3,91	.700	
6. Capacitat de dialogar.	3,94	3,93	3,92	3,93	.924	
7. Capacitat de comunicar informacions.	3,94	3,96	3,94	3,91	.586	



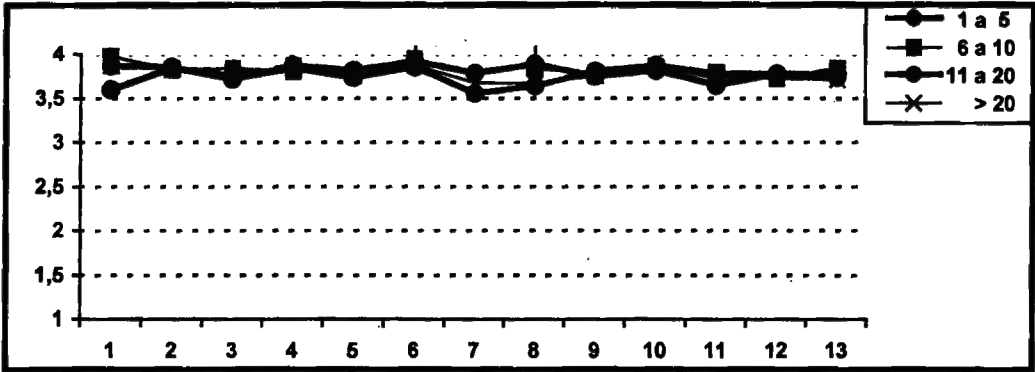
Gràfic.57.- Líderatge ideal segons anys experiència.

No trobem diferències significatives entre el que opinen els quatre grups, tots opinen que els supervisors/es haurien de desenvolupar molt més totes les subcompetències del Líderatge.

L'EQUIP D'INFERMERIA

HAURIA DE FER

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	3,86	3,98	3,87	3,87	.273	
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	3,85	3,83	3,86	3,84	.952	
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	3,72	3,84	3,73	3,78	.515	
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	3,88	3,81	3,84	3,87	.773	
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	3,82	3,80	3,74	3,76	.676	
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	3,93	3,95	3,86	3,88	.272	
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	3,79	3,77	3,56	3,68	.029	3<2
8. Gestionar horaris.	3,89	3,84	3,64	3,67	.013	3<2
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	3,75	3,79	3,81	3,76	.769	
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	3,82	3,86	3,88	3,86	.698	
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	3,65	3,80	3,78	3,73	.271	
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	3,78	3,73	3,78	3,73	.802	
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	3,77	3,84	3,74	3,71	.555	



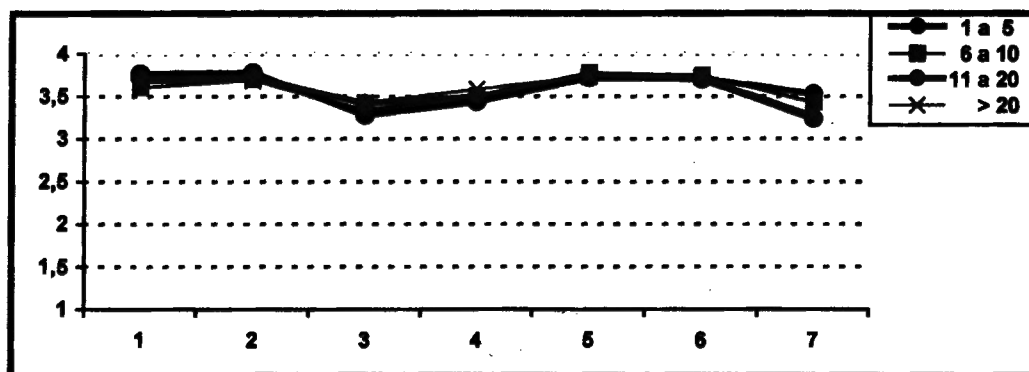
Gràfic.58.- L'equip d'infermeria ideal segons anys experiència

Els quatre grups opinen que els supervisors/es Haurien de Fer molt totes les subcompetències en relació a l'**Equip d'Infermeria**. Trobem diferències significatives en les subcompetències (7) *saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria*, i (8) *gestionar horaris* on el grup de 6 a 10 anys d'experiència opinen que ho Haurien de Fer més que el grup d'11 a 20 anys d'experiència.

GESTIÓ DE CURES

HAURIA DE FER

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Garantir l'execució de protocols.	3,77	3,61	3,71	3,67	.364	
2. Prendre consciència del rol propi en l'organització.	3,78	3,70	3,73	3,69	.683	
3. Proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria.	3,28	3,34	3,42	3,43	.582	
4. Garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures.	3,44	3,51	3,50	3,59	.443	
5. Planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat.	3,72	3,78	3,75	3,74	.943	
6. Integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males practiques professionals.	3,71	3,75	3,70	3,73	.933	
7. Coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats.	3,53	3,43	3,24	3,29	.154	



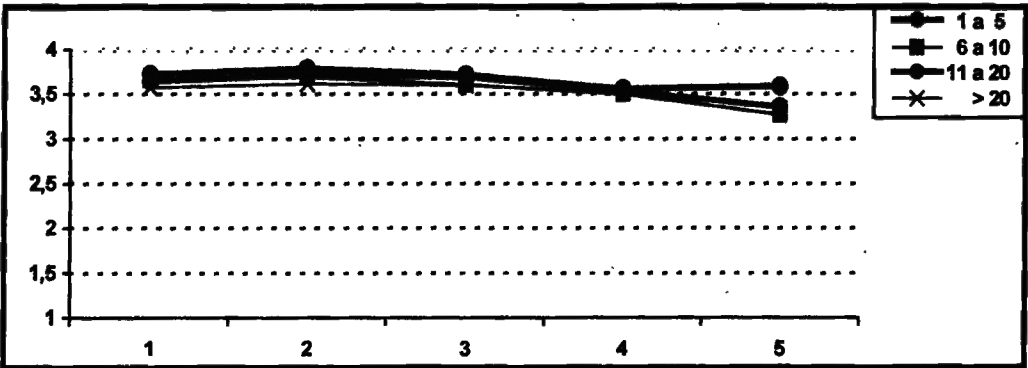
Gràfic.59.- Gestió de cures ideal segons anys experiència.

No trobem diferències significatives entre el diferents grups d'experiència professional en la competència **Gestió de cures**, els quatre grups opinen que totes les subcompetències haurien de desenvolupar-se molt.

SERVEIS DE SUPORT

HAURIA DE FER

	1 a 5 a. 1	6 a 10 a. 2	11 a 20 a. 3	+ de 20a. 4	Signif.	Difer.
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	3,73	3,66	3,65	3,58	.388	
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	3,79	3,70	3,72	3,62	.216	
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	3,72	3,61	3,70	3,60	.422	
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	3,56	3,50	3,54	3,52	.961	
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	3,59	3,27	3,36	3,34	.190	



Gràfic.60.- Serveis de suport ideal segons anys experiència.

Els quatre grups de experiència professional opinen que Haurien de Fer-se molt les cinc subcompetències de **Serveis de suport**, no trobem diferències significatives entre els diferents grups.

Capítol 6. CONCLUSIONS

Un cop realitzat l'anàlisi dels qüestionaris i entrevistes en profunditat, observem que els supervisors/es com a comandaments intermedis, són una part capital en les organitzacions. Són les caps d'infermeria les que, a través de l'entrevista, ens parlen del valor afegit que els supervisors/es aporten a les organitzacions, ja que com a líders i conductors d'equips són els qui fan que la implicació dels equips d'infermeria en els objectius institucionals, sigui efectiva i es puguin assolir.

En relació a si **per ser bon supervisor/a s'ha de ser un bon infermer/a assistencial**, coincideix l'opinió de les caps d'infermeria, que defensen que el conèixer i dominar els diferents processos assistencials de les seves unitats es converteix en una eina que ajuda i potencia el lideratge dels supervisors/es amb el seus equips. Aquesta idea també la comparteixen els altres grups professionals enquestats els quals opinen en un 86,4% que és important ser un bon infermer/a assistencial.

La mobilitat dels supervisors/es seria positiva per l'organització i pels equips. En aquest apartat les caps d'infermeria a través de l'entrevista han pogut diferenciar els serveis d'hospitalització on creuen que la mobilitat pot ser positiva, llevat dels serveis centrals on manifesten que la mobilitat no millora l'organització d'aquests, donada la seva idiosincràsia on l'expertesa clínica del supervisor/a és imprescindible.

Referent a les **competències** definides durant tot el treball destaca una tendència clara a la idea de que haurien de fer més del que realment fan en l'actualitat. Analitzant les competències individualment, veiem:

- En la d'**Usuari i Família** hi ha una clara tendència que els supervisors/es han de desenvolupar molt més totes les subcompetències analitzades, a excepció d'*implicar l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats, implicar la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats i realitzar educació sanitària al pacient i família*, en la que tots els grups tenen clar que es fan poc però també opinen que ja els hi sembla correcte. Tot i l'opinió d'aquest tres grups professionals, nosaltres veiem que en relació a *implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats i implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats*, hem de saber detectar mancances en relació a la formació i/o eines de treball dels nostres equips per a que aquesta implicació sigui una realitat i puguem parlar d'una atenció personalitzada, dinàmica i activa amb propietat i d'una manera efectiva, les caps d'infermeria ens atorguen el paper d'enllaç entre usuari/família i l'organització.
- En la competència de **Formació Contínua i Docència** tothom reconeix a les supervisors/es, com la persona que ha de liderar i coordinar totes aquelles activitats que es duen a terme tant en l'organització a nivell individual com en relació a les escoles d'infermeria (formació pre-grau i post-grau). En canvi les caps d'infermeria, tot i donar molta importància a aquesta competència, ens atorguen únicament el paper d'enllaç entre els equips d'infermeria i les unitats de docència i recerca ó les adjuntes de formació.

Creiem important com a grup dir, que tota acció de reflexió en relació a la pràctica professional del dia a dia amb tots o cadascú dels diferents membres de l'equip també és formació. Per això nosaltres creiem que som alguna cosa més que un

enllaç, pensem que participem activament en la formació i creixement dels diferents professionals amb els que'ns interrelacionem.

- En la competència de **Lideratge** tots els grups professionals reconeixen a els supervisors/es com líders, inclòs els pròpies supervisors/es tenen molt assumit que són líders dels seus equips i cada cop més es creuen més que formen part de la direcció.

Ara bé, tots exigeixen quelcom més del que estan fent actualment en les organitzacions principalment el propi equip al que estan liderant, sobre tot en relació a aquestes subcompetències (1) *actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics*, (2) *fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió* i (3) *desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip*.

Tot i que partim de la idea de que és lògic que és tingui una percepció de que en aquestes subcompetències no aconseguirem mai el 100%, hem de dir que les institucions cada cop més ho fan més difícil, doncs d'aquella supervisor/a d'unitat s'ha passat a una supervisor/a més "gestora i menys assistencial", cada cop més les supervisors/es / caps d'àrea / ... gestionen més unitats, més recursos humans, més recursos materials, .. la qual cosa dificulta el poder estar a tot arreu i donar aquell suport en el moment que un membre de l'equip ho reclama. Aquest fet, reforça l'opinió de que per ser un bon supervisor/a s'ha de ser un bon infermer/a assistencial.

Com a grup, creiem que la funció de les supervisors/es en aquesta competència és la d'aconseguir uns equips madurs professionalment per a que prenguin ells les seves pròpies decisions d'una manera reflexiva i acurada

sense cap mena de recança, creiem que es pot aconseguir potenciant molt més les capacitats d'escoltar, dialogar i compartir sabers.

- En la competència en relació a l'**Equip d'Infermeria**, creiem que les supervisors/es es en aquesta competència a la que l'hi haurien de dedicar més temps. Tothom està d'acord en que "lo important" som les persones, si l'equip o cadascun dels seus membres "està bé", aquesta percepció i sensació emocional i individual de benestar, tranquil·litat, seguretat, etc. és transmet espontàniament als companys / usuaris / família, sense tenir que dedicar-hi cap gran esforç.

Si bé és cert, que les supervisors/es a vegades poc hi poden fer a nivell personal, si que poden aconseguir-ho en una gran part a nivell laboral, amb el que els serà més fàcil aconseguir un bon clima de treball, un creixement professional que ens conduirà a poder delegar més i així motivar i satisfer les perspectives professionals dels diferents membres de l'equip. Aquesta sèrie de factors crearan un cercle de retroalimentació entre tots els membres de l'equip, aconseguint llavors el creixement i cohesió del mateix, eina fonamental per donar cures infermeres de qualitat .

Volem destacar però, que se'ls ha de formar més en tot el que són capacitats i habilitats relacionals, direcció d'equips, comunicació, ...

- En la competència **Gestió de Cures**, volem destacar la gran professionalitat de la infermeria, demostrada al demanar d'una manera ferma que s'activin sistemes o mesures que assegurin la identificació de males pràctiques professionals.

Alhora, demostren tenir molt clar que s'ha de treballar en equip interdisciplinar, doncs creuen que les supervisors/es han d'apostar per la planificació i organització d'objectius assistencials amb el cap de servei.

Es comença a valorar a les supervisors/es, com agents de desenvolupament i d'impuls de la innovació i dels equips.

- En relació als **Serveis de Suport**, opinen amb molta força que les supervisors/es, assegurin el manteniment dels aparells de la unitat i garanteixin la seva correcta utilització.

D'altra banda se'ls atribueix la coordinació dels serveis de suport per poder garantir una atenció segura i de qualitat.

Les caps d'infermeria en aquests aspectes, coincideixen en que moltes vegades assumeixen rols que no els pertoquen, però reconeixen que sempre es fa per garantir el bon funcionament del servei i d'altres vegades per cultura institucional.

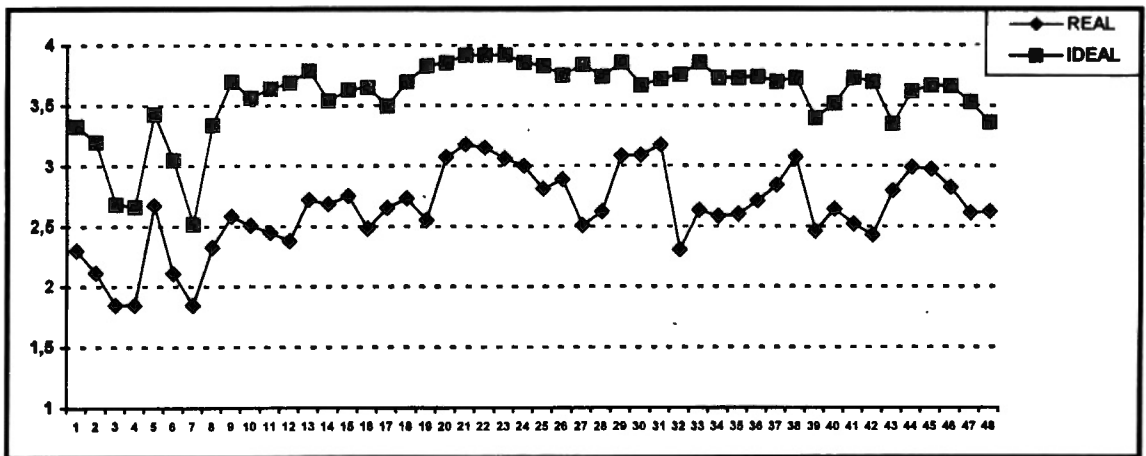
Les 7 capacitats més valorades, un cop analitzats els resultats tenint en compte els tres grups professionals, són.

- Responsable
- Ressolutiva
- Assertiva
- Escolta activa
- Equitativa
- Empàtica
- Segura

Ens sorprèn que en relació a les competències que hem establert, valoren en direcció a l'alça moltes subcompetències que estan en relació amb la formació, docència, i investigació, essent aquestes capacitats de les menys valorades al moment de demanar que prioritzin les més importants.

Fruit del canvi en les competències de les supervisors/es que han reafirmat la seva figura i rol dins de totes les organitzacions, destaca que el grup professional que ha valorat millor a les supervisors/es en la tasca que realitza dia a dia en l'actualitat ha estat el de caps de servei.

ANÀLISI DEL PERFIL GENERAL DE COMPETÈNCIES



A l'hora de definir el perfil de les competències dels supervisors/es i després de fer una anàlisi exhaustiva dels resultats de l'estudi, podem dir que totes les subcompetències definides caldria fer-les per un bon funcionament dels serveis corresponents.

S'aprecia per part dels infermers/es un desig d'una major implicació dels supervisors/es en totes les subcompetències. Però valoren el que representa com a figura més propera de la direcció i que per està oberta a la transmissió de

suggeriments, canalitzadora de problemes i dificultats i mediatadora en seu àmbit professional.

Per part dels supervisors/es es veu també una necessitat de augmentar la implicació però alhora una mancança de recursos (tant materials com humans) i d'informació molt sovint per poder desenvolupar-les.

Les caps d'infermeria creuen necessària l'existència de la figura del comandament intermedi, ja que és enllaç entre l'equip assistencial i la direcció. D'altra banda ressaltem també el valor afegit que comporta les relacions interpersonals que fan créixer i motiven l'equip, fent possible la consecució del objectius institucionals.

Capítol 7. PROPOSTES DE MILLORA I NOVES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

7.1 PROPOSTES DE MILLORA

Després de l'anàlisi de les dades recollides durant aquest estudi creiem que, per optimitzar la tasca que realitzen els supervisors/es en els centres hospitalaris, caldria:

- La formació de tots els supervisors/es en gestió.
- Incidir en els diferents programes de formació en tots els temes que estan en relació amb la conducció d'equips, capacitats i habilitats relacionals.
- Apostar per donar autonomia i posicionament a les supervisors/es, indiferentment del tipus de direcció d'infermeria que hi hagi en el centre.
- Crear mecanismes de relació, comunicació, dins dels propis equips de supervisors/es, és important que si exigim una cohesió dels equips assistencials aquesta també existeixi en els equips de direcció.
- Integrar dins de l'horari laboral espais i temps de relació entre els membres que formen els equips assistencials.

7.2 NOVES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

- Propostes i estratègies de motivació.
- Sistemes habituals de comunicació dins dels equips .
- Correlació d'estils de direcció entre cap d'infermeria i supervisors/es.
- La visió d'equip de treball valorada per diferents grups professionals que formen part de l'equip assistencial interdisciplinar .
- Com aconseguir unes majors competències dels supervisors/es
- La motivació dels supervisors/es

BIBLIOGRAFIA

Aguilar M.J. *Introducción a la Supervisión*. Argentina. Editorial Lumen, 1994.

Amezcu M. *Mitos, retos y falacias de la investigación enfermera*. Revista Rol de Enfermería 2003, septiembre vol 26 nº 9.

Asenjo M. A. *Gestión diaria del hospital*. Barcelona: Masson, 1998.

Asenjo M. A. *Las claves de la gestión hospitalaria*. Barcelona: Gestión 2000, 1999.

Barquin M. *Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica*. 6a. ed. Madrid: Interamericana / Mc Graw, 1992.

Blasco R. *La enfermería en la universidad diez años después*. Revista Rol de Enfermería 1986; noviembre-diciembre nº 100. 60 – 64.

Comelles J.M. *Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria*. Revista de Enfermería Rol 172, 35-41.1992

Creus M. "¿Qué es la Supervisión de Enfermería?". Libro de ponencias y comunicaciones. III Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería. Barcelona. Institut Català de la Salut. Ciutat Sanitaria Vall d'Hebron. 1991.

De Fuenmayor D., Fargues I., Llorens D., Mestre C., Tey R. *Història de la Infermeria a l'hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Fundació Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. 2001.

Dee Ann Gillies *Gestión de enfermería y una aproximación a los sistemas*. 2a. ed. Masson-Salvat .1994.

DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. 22ª. ed. Madrid: Espasa Calpe, 2001.

Domínguez C. *Sociología, cuidados de enfermería y salud*. Revista Rol de enfermería 1986; noviembre-diciembre nº 100, 50-58.

Duran M. *Un homenaje a los 25 años de Enfermería en la Universidad*. Revista Rol de Enfermería 2002; enero vol. 25 nº1.

Fabra P. *Diccionari General de la Llengua Catalana*. Ed. EDHASA. 1982.

Fitzpatrick M. *¿Tiene usted lo que se necesita para ser un líder ?*. Nursing. edicion española; 10,21 (8) 32, 2003.

Frutos M. *Proyecto de Plan Nacional de Educación Continuada. Un reto de futuro*. Revista Nueva Enfermería 1988; noviembre, 67: 5 – 10.

Garzón N. *La Organización profesional de enfermería, su liderazgo*. Rol 11-12, nº 100,26-29. 1986.

Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General d'Ordenació i Planificació, Comitè d'Experts. *Formació Continuada en Infermeria*. Sèrie informes i dictàmens d'assistència sanitària – 7. Barcelona, 1985.

González M.S., Nieto M.J. *La supervisión como elemento dinamizador. Notas de enfermería*, vol. I, nº 10, 551-555. Octubre, 1991.

Guilera E. *Evolución de la enfermería desde la óptica de gestión*. Revista Rol de Enfermería nº 100, 32- 39, Nov.- Dic., 1986.

HAYGROUP. *Las competencias: clave para la gestión integrada de los recursos humanos*. 2ª. ed. Bilbao: Deusto, 1996.

HAYGROUP. *Factbook Recursos humanos*. Navarra: Aranzadi, 2000.

Henderson V. *La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1994.

Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*, Consejo internacional de enfermeras. Ginebra, 1971.

Hernández F. *Història de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días*. Síntesis, Madrid., 1996.

Hernández F. y Pinar M. E. *Orígenes modernos de la Enfermería en España*. 1994.

INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT. *Competències de la professió d'infermeria*.

Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. *El pensamiento enfermero* Masson. 1996

Kron T. *Liderazgo y Administración en enfermería*. 3ª ed. México Interamericana, 1986.

La Monica E. *Dirección i administración en enfermería*. Edición española. Barcelona: Mosby / Doyma Libros. 1994.

Levi- Leboyer C. *Gestión de las competencias*. 1ª. ed. Barcelona: Gestión 2000, 1997.

Martínez J.R. *Interrelación profesional y continuidad de los cuidados: necesidad vs dificultad*. Rev: cul Cuid. Año IV (7-8): 166-171.(2000)

Marriner-Tomey Ann. *Administración y Liderazgo en enfermería*. 5ª edición. Edición española. Madrid: Mosby. 1996.

Mompart M. P. *Administración de servicios de enfermería*. Barcelona. Masson, 1995.

Nolla M. *Formación continuada y profesionales de la salud*. Revista Rol de Enfermería 1990, octubre, 146: 37 – 42.

National League of Nursing, Nursing, Nueva York. nº 15-2404.

Nightingale F. *Notas sobre enfermería: qué es y que no es*. Barcelona. Salvat, 1990.

NUEVA ENCICLOPEDIA LAROUSSE. Tomo V. 3a. ed. Madrid: Planeta, 1980.

Prieto, "Prólogo" en LEVY-LEBOYER: *La gestión de competencias*, Ediciones 2000. Barcelona, 1997.

Puig-Junoy J., Perez-Sust P. *Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles*. Gac. Sanit. (online). Mar.-abr.2002, vol.16, nº 2 , p. 145-154.

Riopelle L., Teixidor M., *La pràctica infermera: fonaments científics i apropament humanista*. Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson als centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut. La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. Barcelona 2002

Riopelle L., *El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero*. Enfermería Clínica 1993; 3(4): 133-134.

Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. *Los cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Madrid. Interamericana/ McGraw-Hill, 1993.

Robert Katz L. *Cualidades que debe tener un director eficaz*. President and Fellows of Harvard College. Edición enero - febrero de Harvard Bussines review, bajo el titulo "Skills of an effective administrador".1979.

Rodríguez J. M. *El liderazgo transformador*. Ediciones Gestión 2000.

Rodríguez J.M. *El Factor Humano en la empresa*. Bilbao: Deusto. 1990.

Romans, H. *Libri de officiis de Orden praedicatorum*. Roma, 1889.

Rowland H, Rowland B. *Gerencia de hospitales. Organización y funciones de sus departamentos*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.

Siles J. *El Movimiento Reformista durante el Siglo XIX. Su influencia en la Enfermería Española*. En Història de la Enfermeria en España (Hernández Martín, F. ed.). Síntesis, Madrid pp. 227-240. 1996.

Siles J. *El proceso de Institucionalización de la enfermería española (1900-1936)*. En *Història de la Enfermería en España* (Hernández Martín, F. ed.). Síntesis, Madrid, 1996.

Teixidor M., Pont E., Ferrer C., Martínez D., Martí N., Cruz R., Vila E. *Proposta per a un referencial per a la funció de supervisor/a d'infermeria: demarcació pilot de Barcelona. Informe de Progrés*. Jornada de Presentació del Projecte Leonardo da Vinci. Barcelona, 9 d'abril de 2003. Barcelona: Fundació "la Caixa" / EUI Santa Madrona; 2003.

Teixidor M. *El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I)*. Revista Rol de enfermería 2002, abril vol. 25 nº4, 14-16.

Teixidor M. *El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (II)*. Revista Rol de enfermería 2002, mayo vol. 25 nº5, 8-10.

Teixidor M. *El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV)*. Revista Rol de enfermería 2002, octubre vol. 25 nº10, 10-12.

Teixidor M. *Ya en el siglo XXI... Nuevos retos en ciencias de la salud*. Revista Rol de enfermería 2004; marzo vol. 27 nº 3, 72-74.

Teixidor M. *El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (V)*. Revista Rol de enfermería 2002; noviembre vol. 25 nº 11, 54-57.

Teixidor M. *El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III)*. Revista Rol de enfermería 2002, junio vol.25 nº 6, 8-10

Teixidor M. *Cap on camina la sanitat*. Revista Rol de enfermería. Barcelona. Novembre 2000.

Teixidor M. *Ya en el siglo XXI... Nuevos retos en ciencias de la salud*. Revista Rol de Enfermería 2004, marzo vol. 27 nº 3.

Tejada J. *Acerca de las competencias profesionales*. Herramientas (revista de formación para el empleo) 1999, nº 56, 20-30.

Tejada J. *Acerca de las competencias profesionales*. Herramientas (revista de formación para el empleo) 1999, nº 57, 8-14.

Tejada J. *El proceso de investigación científica*. Fundación "La Caixa". Barcelona, 1997.

Tey R. *La enfermería dos visiones separadas por treinta años*. Revista Rol de Enfermería nº 100, 18-24, Nov.- Dic., 1986.

Varo J. *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

Consejo Internacional de Enfermería (1961)

Decreto de 26 de julio (BOE de 13-VIII-1956)

Decreto de 22 de agosto de 1977 (B.O.E. de 23 de agosto de 1977).

Decreto del Ministerio de la Gobernación 2319/1960 de 17 de noviembre (BOE de 17-XII-1960).

Ley General de Sanidad de 1955.

Real Orden de 7 de mayo, publicada el 21 de mayo de 1915.

Real Decreto de 4 de diciembre de 1953 (B.O.E. de 29-XII-1953).

Real Decreto 992/1987 de 3 de julio.

ANNEXES

CARTES PRESENTACIÓ QÜESTIONARI

CARTA ADREÇADA ALS CAPS DE SERVEI :

A l'atenció de.....

Director mèdic de l'Hospital

Ens adrecem a vostè per tal de que ens autoritzi a passar qüestionaris als caps de servei del seu centre per poder dur a terme el nostre treball d'investigació sobre **les competències dels supervisor d'infermeria en l'àmbit hospitalari a nivell de Catalunya**, dins del marc del Màster en Gestió i Administració en Infermeria de l'EUI Santa Madrona de Barcelona.

Agraint d'avant mà la seva col·laboració

Trini Bifet Gatius

Supervisora H. Sta. Maria Lleida

Mireia Fornells Viloca

Infermera H.U. Santa Creu i Sant Pau

Antonio García Miravet

Supervisor H.U. Santa Creu i Sant Pau

Nicolás Guerrero Moreno

Supervisor H.U. Santa Creu i Sant Pau

Ma. Teresa Roca Cortes

Supervisora H. Sta. Maria Lleida

..... dede 2004

CARTA ADREÇADA A CAPS D'INFERMERIA :

A l'atenció de

Cap d'infermeria del'Hospital.....

Ens adrecem a vostè per tal de que ens autoritzi a passar qüestionaris a les supervisores i personal d'infermeria del seu centre per poder dur a terme el nostre treball d'investigació **les competències dels supervisor d'infermeria en l'àmbit hospitalari a nivell de Catalunya**, dins del marc del Màster en Gestió i Administració en infermeria de l'EUI Santa Madrona de Barcelona.

Agraint d'avant mà la seva col·laboració

Trini Bifet Gatus

Supervisora H. Sta. Maria Lleida

Mireia Fornells Viloca

Infermera H.U. Santa Creu i Sant Pau

Antonio García Miravet

Supervisor H.U. Santa Creu i Sant Pau

Nicolás Guerrero Moreno

Supervisor H.U. Santa Creu i Sant Pau

Ma. Teresa Roca Cortes

Supervisora H. Sta. Maria Lleida

....., dede 2004

ESQUEMA ENTREVISTA CAPS D'INFERMERIA

1. Experiència, formació i bagatge professional.
2. Quin és el rol dels supervisors/es dins de l'organització.
3. Competències:
 - a) Usuari i família
 - b) Lideratge
 - c) Equip d'infermeria
 - d) Gestió de cures
 - e) Serveis de suport
4. Sistema d'accés al càrrec de supervisió.
5. Sistemes d'avaluació dels supervisors/es.
6. Què opina sobre la mobilitat dels supervisors/es dins de l'organització en relació a l'equip d'infermeria i a la pròpia institució.
7. És necessària la formació específica pels càrrecs de comandament?
8. Creu que els supervisors/es han de fer tasca assistencial?
9. Distribució / Gestió del temps.
10. Assumeixen els supervisors/es rols que no els hi pertocuen en el dia a dia?
11. Quin valor afegit aporten els supervisors/es dins de la institució?

QÜESTIONARI COMPETÈNCIES SUPERVISORS/ES

QÜESTIONARI SUPERVISORS/ES / INFERMERS/ES

DADES PERSONALS

1.-Genere 1 Home ☐ 2 Dona ☐

2.- Edat.....anys

ACTIVITAT PROFESSIONAL

3.- Titulació

- 1. A.T.S. ☐
- 2. A.T.S. Convalidat ☐
- 3. D.U.I. ☐

4.- Any d'obtenció del títol universitari

5.- Anys d'experiència professional d'infermer/a acumulats (sense comptar permisos, atur, excedències, etc...)

6.- Torn de treball actual

- 1. Matins ☐
- 2. Tardes ☐
- 3. Nits ☐
- 4. Cangurs/Caps de setmana ☐
- 5. Corretorns / Suplent ☐
- 6. Torn rodat ☐

7.- Tipus de contractació

1. Fix ☐
2. Interí ☐
3. Contracte suplències ☐
4. Altres (especificar).....

8.- En quin servei està treballant actualment?

.....

9.- Antiguitat en l'actual servei.....anys.

10.- Actualment desenvolupa la seva tasca professional com :

1. Infermer/a ☐
2. Infermer/a amb càrrec de responsabilitat. ☐
Especifica'l.....
3. Altres. ☐
Especificar la tasca.....
4. Infermer/a i he ocupat càrrecs de responsabilitat. ☐
Quins?.....

11.- Creu que per ser un bon supervisor s'ha de ser un bon infermer assistencial ?

SI ☐ NO ☐

12.- Creu que la mobilitat dels supervisors pels diferents serveis potser positiu per l'organització?

SI ☐ NO ☐

13.- Creu que la mobilitat dels supervisors pels diferents serveis potser positiu pels equips?

SI ☐ NO ☐

14.- Si la figura del supervisor/a no existís en les organitzacions
provocaria una distorsió assistencial?

SI ☐ NO ☐

15.- Té formació específica en gestió?

SI ☐ NO ☐

*Si està ocupant un càrrec de responsabilitat continuï l'enquesta, si no passi a
l'apartat de competències.*

16.- Antiguitat en el càrrec de responsabilitat

17.-Servei/s on desenvolupa el càrrec de responsabilitat

18.- Durant aquests 2 últims anys ha realitzat formació específica pel
càrrec que ocupa?

SI ☐ NO ☐

COMPETÈNCIES

Valori de l'1 (cap competència) al 4 (màxima competència) tots els ítems
d'ambdues columnes, **que fa** i el que vostè creu **que hauria de fer** el
supervisor/a en relació a:

19.-RELACIÓ A L'USUARI I FAMÍLIA

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER
1. Avaluar satisfacció usuari.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Avaluar satisfacció de la família.	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Implicar a l'usuari en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Implicar a la família en la presa de decisions i l'assoliment de resultats.	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Saber garantir la seguretat dels usuaris.	1 2 3 4	1 2 3 4
6. Fomentar l'educació sanitària al pacient i família.	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Realitzar educació sanitària al pacient i família.	1 2 3 4	1 2 3 4
8. Afavorir i estimular les relacions entre els professionals- usuaris- família.	1 2 3 4	1 2 3 4

20.-RELACIÓ A FORMACIÓ CONTINUADA I DOCÈNCIA

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER
1. Elaborar el disseny amb l'equip d'infermeria per a la planificació i avaluació de les cures de la unitat.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Participar en reunions amb d'altres unitats per tal d'analitzar i difondre, si s'escau, innovacions.	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Estimular la identificació de resultats basats en evidències per millorar les cures.	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Assegurar l'orientació als professionals, detectant necessitats de formació.	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Facilitar la participació dels professionals en les intervencions formatives adequades.	1 2 3 4	1 2 3 4
6. Col·laborar en la formació dels professionals del centre i dels estudiants en practiques.	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Col·laborar amb l'equip de formació del centre en l'elaboració de materials, protocols, seminaris i en l'adequació dels programes.	1 2 3 4	1 2 3 4
8. Saber implicar a l'equip en la detecció i integració dels resultats de recerca i dels standards de qualitat.	1 2 3 4	1 2 3 4

21.-RELACIÓ AL LIDERATGE

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER
1. Actuar amb expertesa i donar suport en els processos clínics.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Fomentar la participació en les innovacions en l'àmbit d'infermeria i contribuir-ne a la difusió.	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Desenvolupar el creixement i cohesió de l'equip.	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Coneixement, anàlisi i avaluació del funcionament del seu servei.	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Capacitat d'escoltar.	1 2 3 4	1 2 3 4
6. Capacitat de dialogar.	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Capacitat de comunicar informacions.	1 2 3 4	1 2 3 4

22.-RELACIÓ A L'EQUIP D'INFERMERIA

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER
1. Donar suport als professionals en la resolució de problemes.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Saber comunicar els resultats d'una avaluació i activar accions correctives amb l'equip.	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Avaluar l'activitat dels professionals.	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Avaluar la satisfacció dels professionals.	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Assegurar una bona coordinació entre les intervencions dels membres de l'equip multidisciplinari i altres unitats.	1 2 3 4	1 2 3 4
6. Planificar els recursos humans de la unitat.	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Saber delegar activitats a membres de l'equip d'infermeria.	1 2 3 4	1 2 3 4
8. Gestionar horaris.	1 2 3 4	1 2 3 4
9. Desenvolupar estratègies de motivació.	1 2 3 4	1 2 3 4
10. Afavorir un clima en la unitat que estimuli i garanteixi la qualitat en les cures i l'harmonia en l'equip.	1 2 3 4	1 2 3 4
11. Promocionar la participació del personal en grups de treball.	1 2 3 4	1 2 3 4
12. Fomentar les mesures de prevenció dels riscos laborals.	1 2 3 4	1 2 3 4
13. Enllaç entre l'equip d'infermeria i la direcció	1 2 3 4	1 2 3 4

23.-EN RELACIÓ A LA GESTIÓ DE CURES

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER
1. Garantir l'execució de protocols.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Prendre consciència del rol propi en l'organització.	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Proporcionar l'ús efectiu d'un model conceptual d'infermeria.	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Garantir el seguiment, la continuïtat, personalització, i l'avaluació del pla de cures.	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Planificar i organitzar conjuntament amb el cap de servei, els objectius assistencials de la unitat.	1 2 3 4	1 2 3 4
6. Integrar-se en l'activació de sistemes que assegurin la identificació de males practiques professionals.	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Coordinar les altes, ingressos i els trasllats a altres unitats.	1 2 3 4	1 2 3 4

24.-EN RELACIÓ ALS SERVEIS DE SUPORT

	QUE FA	QUE HAURIA DE FER
1. Coordinar els recursos materials i medicació de la unitat.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Assegurar el manteniment dels aparells de la unitat i la seva correcta utilització.	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Coordinar els serveis de suport per garantir una atenció segura i de qualitat.	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Fer l'avaluació dels circuits dels serveis de suport.	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Negociar amb proveïdors per garantir els recursos.	1 2 3 4	1 2 3 4

CAPACITATS

Enumera d'7 (molt important) a l'1 (menys important) set de les capacitats de la llista

CAPACITAT	ORDRE D'IMPORTÀNCIA
Assertiva	
Resolució de problemes	
Responsable	
Empàtica	
Segura	
Dinàmica	
Ordenada	
Creativa	
Equitativa	
Docent	
Observadora	
Escolta activa	
Solidaria	
Investigadora	

FULL VALIDACIÓ QÜESTIONARI

Encercli l'opció més oportuna segons el seu criteri.

En la columna "*Importància*", puntuï la pregunta tenint en compte:

1- Poca importància.

3. Mitja importància.

5. Molta importància.

ITEM	UNIVOCITAT	PERTINENÇA	IMPORTÀNCIA
1	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
2	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
3	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
4	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
5	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
6	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
7	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
8	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
9	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
10	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
11	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
12	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
13	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
14	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
15	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
16	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
17	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
18	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19			
19.1	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19.2	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19.3	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19.4	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19.5	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19.6	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19.7	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
19.8	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20			
20.1	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20.2	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20.3	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20.4	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20.5	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20.6	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20.7	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
20.8	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5

ITEM	UNIVOCITAT	PERTINENÇA	IMPORTANCIA
21			1 2 3 4 5
21.1	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
21.2	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
21.3	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
21.4	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
21.5	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
21.6	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
21.7	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22			
22.1	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.2	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.3	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.4	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.5	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.6	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.7	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.8	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.9	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.10	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.11	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.12	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
22.13	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
23			
23.1	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
23.2	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
23.3	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
23.4	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
23.5	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
23.6	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
23.7	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
24			
24.1	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
24.2	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
24.3	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
24.4	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
24.5	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5
25	SI / NO	SI / NO	1 2 3 4 5

	U	N	I	V	O	C	I	D	A	D	T	%	P	E	R	T	I	N	E	N	Ç	A	T	%	I	M	P	O	R	T	A	N	C	I	T	%
1												100												100	3	4	4	4	2	3	4	5	5	5	78	
2												100												100	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	88	
3												100												100	3	4	5	5	3	4	5	5	4	4	84	
4												100												90	4	4	4	4	3	1	4	4	2	2	64	
5												70												100	5	3	5	4	3	4	4	5	3	3	78	
6												90												100	3	4	3	5	2	4	4	5	3	3	72	
7												100												90	3	3	3	5	4	1	4	5	3	3	74	
8												90												100	3	4	3	5	2	3	4	5	2	2	66	
9												100												100	2	4	2	3	3	3	4	5	3	3	64	
10												90												100	4	3	5	5	5	5	5	5	4	4	90	
11												100												100	3	5	4	4	4	5	5	5	5	5	90	
12												80												100	4	3	3	4	3	4	4	5	4	4	76	
13												100												100	4	3	3	4	4	4	4				74	
14												85												85	5	5	4	3	1	4	4				74	
15												85												85	5	5	3	2	4	5	2				74	
16												70												100	3	5	4	5	5	5	5				91	
17												100												100	3	5	4	4	4	5	5	5	3	3	82	
18												80												100	3	4	3	4	2	4	3	5	3	3	68	
19												90												100	3	5	4	5	4	5	4	5	4	4	86	
20,1												90												100	4	3	2	3	3	4	5	5	4	4	74	
20,2												90												100	4	3	3	4	3	4	5	5	4	4	78	
20,3												100												90	4	3	2	4	4	2	4	4	5	5	74	
20,4												100												90	4	3	3	4	5	2	4	5	5	5	80	
20,5												90												90	4	5	4	5	5	1	5	5	5	5	88	
20,6												90												100	4	3	5	5	5	4	4	5	4	4	84	
20,7												100												100	4	2	3	3	3	5	3	5	4	4	72	
20,8												100												100	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	96	
21,1												80												100	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	90	
21,2												90												90	5	5	4	4	3	2	4	5	3	3	80	
21,3												70												80	4	5	5	5	1	4	4	5	4	4	84	
21,4												80												90	5	5	4	5	1	4	5	5	4	4	84	
21,5												100												100	5	3	5	5	5	5	5	5	4	4	92	
21,6												100												100	4	5	3	5	4	5	4	5	2	2	78	
21,7												100												90	3	5	5	4	2	5	5	3	3	80		
21,8												80												100	5	5	5	4	4	4	5	5	3	3	88	
22,1												80												100	5	4	3	4	5	5	5	5	4	4	88	
22,2												100												100	5	5	4	5	3	4	5	5	4	4	88	
22,3												100												100	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	98	
22,4												70												100	4	5	5	5	3	4	5	5	4	4	86	
22,5												100												100	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	92	
22,6												100												100	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	92	
22,7												100												100	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	94	
23,1												100												100	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	90	
23,2												100												100	5	5	4	4	4	4	5	5	3	3	84	
23,3												100												100	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	92	
23,4												100												100	4	5	4	4	3	5	5	5	3	3	82	
23,5												90												100	4	5	4	4	3	4	5	4	4	82		
23,6												80												100	5	5	4	4	5	5	5	5			95	

23,7		100				100	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	94
UNIVOCIDAD T% PERTINENÇA T% IMPORTANCIT%																	
23,8		100				100	5	5	3	5	3	5	4	5	4	4	86
23,9		100				100	5	5	3	5	4	5	5	5	3	3	86
23,10	N	90	N	N	N	70	5	5	4	4	1	3	4	5	4	4	78
23,11		80	N	N		100	4	5	3	4	3	4	4	5			80
23,12		100				100	4	4	2	3	3	3	4	5			70
23,13		100				100	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	96
24,1		100				100	5	5	3	4	5	5	5	5	4	4	90
24,2	NN	80				100	5	5	3	4	4	4	4	5	5	5	88
24,3		100				100	5	5	3	4	3	4	4	5	3	3	78
24,4		100				100	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	88
24,5	N	90				100	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	86
24,6	N	90				100	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	92
24,7		100				100	4	3	3	4	5	4	5	5	3	3	78
25,1		100				100	3	5	3	3	5	5	5	5	4	4	84
25,2	N	90				100	4	5	2	3	5	5	5	4	4	4	82
25,3		100				100	5	5	4	4	5	4	5	5	3	3	86
25,4		100				100	4	4	4	3	3	4	4	5	4	4	78
25,5	N	90			NN	80	3	1	2	3	1	3	4	4	3	3	54
26	N	90				100	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	100