

MESTRATGE EN ADMINISTRACIÓ I GESTIÓ DE CURES EN INFERMERIA.  
ESCOLA D'INFERMERIA SANTA MADRONA.

2004-2006

# **“Grups de millora i motivació” a l’Hospital Sant Bernabé de Berga**

---

**AUTORA:**

Sara Tor Sala

**TUTOR DEL TREBALL**

Sr. José Tejada

**LÍNIA D'INVESTIGACIÓ:**

Qualitat en infermeria

**Treball dirigit pel professor :** José Tejada Fernández

**Comissió avaluadora:**

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

**Presentat en data:**

**Acceptat en data:**

Queda prohibida qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part de l'autora.

## AGRAÏMENTS:

*Voldria mostrar el meu agraïment en primer lloc a Anna Pérez perquè ha confiat en mi, m'ha introduït al món de la gestió, i m'ha donat un suport incondicional, sense ella no sé si mai hagués conegut aquest món, i per tant, no sé si hagués fet aquest mestratge. Gràcies Anna.*

*Agrair també a la Sra. Montserrat Teixidor els seus savis consells, el seu acompanyament al llarg d'aquests dos cursos i sobretot la seva visió de la nostra professió, és excepcional.*

*També al Sr. José Tejada per la seva paciència, professionalitat i sentit de l'humor a l'hora de les tutories.*

*A tots els companys del màster i en especial als del meu grup de treball, el número IV, per ser com son. Gràcies, Anna Gómez, Teresa Salazar, Antònia Márquez, Júlia Salvador i Ramon Mir.*

*Per altra banda també he tingut un suport incondicional per part de la meva família, la meva mare que mentre jo tenia classe ella es feia càrrec del Martí i la Marta. Gràcies mama.*

*Un agraïment molt gran als meus fills , durant aquests dos anys m'han demanat moltes vegades: “les altres mares també van a cole?”*

*Per una part us voldria demanar perdó pel temps que no he passat amb vosaltres perquè tenia classe o havia d'estudiar, per altra part, gràcies Martí i Marta per entendre, a la vostra manera, que per la mare aquest mestratge era important.*

*I per últim, agrair a la persona que més ha patit aquest mestratge. Gràcies Lluís, per la paciència que has tingut durant aquests dos anys i per recolzar-me constantment de manera incondicional. Sense el teu suport no ho hagués pogut fer.*

## ÍNDEX

<b>1</b>	<b>1 INTRODUCCIÓ</b> .....	<b>5</b>
1.1	Justificació.....	5
1.2	Objectius de la investigació.....	8
<b>2</b>	<b>2 MOTIVACIÓ</b> .....	<b>10</b>
2.1	Conceptualització.....	10
2.2	Teories de la motivació.....	13
2.2.1	Teories de contingut.....	14
2.2.2	Teories de procés.....	22
2.2.3	Teories cognitives.....	26
<b>3</b>	<b>3 GRUPS DE MILLORA</b> .....	<b>28</b>
3.1	Qualitat a l'atenció sanitària.....	28
3.2	Gestió de qualitat.....	30
3.3	Què és un grup de millora?.....	35
3.4	Funcionament d'un grup de millora.....	36
3.5	Experiències amb grups de millora.....	36
<b>4</b>	<b>4 HOSPITAL SANT BERNABÉ DE BERGA</b> .....	<b>39</b>
4.1	El Berguedà.....	39
4.2	Demografia del Berguedà.....	40
4.3	Història.....	41
4.4	Marc institucional.....	42
4.5	Descripció física i estructura de l'Hospital.....	43
4.6	Pla assistencial.....	49
4.7	Infermeria a l'hospital Sant Bernabé.....	50
4.7.1	Organigrama.....	50
4.7.2	Història.....	50
4.7.3	Estat actual.....	52
<b>5</b>	<b>5 DISENY DE L'ESTUDI</b> .....	<b>61</b>
5.1	Introducció.....	61
5.2	Hipòtesis.....	62
5.3	Variables i el seu control.....	62
5.4	Metodologia.....	63
5.5	Població i mostra.....	63
5.6	Instrument de recollida d'informació.....	64
5.7	Resultats.....	66
5.7.1	Variables personals.....	66
5.7.2	Implicació institucional.....	70
5.7.3	Nivell de motivació.....	71
5.7.4	Com creus que podria millorar-se la motivació d'infermeria?.....	74
5.8	Anàlisi Inferencial:.....	75
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONS</b> .....	<b>86</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>90</b>
<b>8</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>92</b>

## 1 1 INTRODUCCIÓ

### 1.1 Justificació

En el segle XXI no hi ha alternativa a la gestió participativa en la direcció dels recursos humans per a aquelles empreses que pretenguin desenvolupar la seva activitat a llarg termini.

Des que Douglas McGregor va teoritzar per primera vegada, el 1969, sobre les tipologies X i Y que implicaven diferents alternatives gerencials en la direcció dels recursos humans, passant pels posteriors treballs de A.H. Maslow i W.G. Ouchi, que el 1981 planteja amb la teoria Z la superació d'anteriors dilemes, no ha existit una tant concreta metodologia per a la implantació de la gestió participativa i millora continua a les empreses com el treball dirigit per Joan Amorós (1998) i publicat sota el nom de *La Nova Cultura Empresarial, una resposta agosarada als reptes del segle XXI*, que ha donat a les empreses, de l'Europa meridional en especial, una guia d'adaptació a la nostra problemàtica específica en la superació del *management científic* del comportament.

Perquè, com aconseguir que treballadors tipus X, que durant molts anys han estat sota una direcció també tipus X, (incrustats entre els de tipus Y) s'incorporin als postulats de la millora contínua?

Gairebé la única manera d'incorporar un treballador tipus X a un sistema participatiu, és la mateixa pressió dels seus companys tipus Y. Curiosament, aquests tipus X, que mai no deixen de ser-ho, després són els que tenen un comportament més actiu (segons experiències en diferents empreses).

Perquè, en moltes empreses, que no es poden permetre el luxe d'adequar les plantilles “a cop de talonari”, com es pot aconseguir que emergeixi un ambient de treball de plena participació i mútua confiança amb alguns elements que provenen de les velles segmentacions de la societat en classes?

Durant 10 anys ,aproximadament, l'hospital Sant Bernabé de Berga va tenir una direcció d'infermeria que la podríem classificar dintre de la teoria X de McGregor, basada en un sistema força autoritari. Una justificació d'aquest tipus de lideratge la podríem trobar descrita a la “ *teoria del desenvolupament històric de la motivació*”

(1996) on Ann Marriner-Tomey parla de que la teoria tradicional de direcció es basa en la teoria X de McGregor i es remet a les necessitats primàries fisiològiques i de seguretat de Maslow reforçant-se amb la teoria monista.

A l'Hospital Sant Bernabé de Berga des del mes de maig del 2003, hi ha un canvi en la gerència, aquesta gerència torna a posar dins de l'organigrama la figura de la directora d'infermeria (Octubre del 2003), que l'antic gerent havia tret de l'organigrama, havent passat un període de 3 anys on les representants del col·lectiu infermer al consell directiu eren 4 caps d'àrea que al mateix temps eren assistencials i gestores, depenien directament del gerent.

El tipus de lideratge d'aquesta nova directora s'acostaria més a la teoria Y de McGregor. Segons Ann Marriner-Tomey, els avanços en matèria de direcció es basen en aquesta teoria.

La nova direcció d'infermeria descriu el nou model d'infermeria, apostant per una gestió participativa i per valors.

S'implanta un model de direcció basat en el consens i no pas en l'autoritat, on es busca la participació de tots els professionals, que creixin professionalment...(Teoria Y de McGregor), és una direcció per valors. Els valors definits, referents pel col·lectiu infermer són: cuidar amb integritat, amb competència i humanisme.

En aquest moment la infermeria de l'Hospital Sant Bernabé està en plena fase de canvi.

Passar d'un model amb una direcció i força treballadors descrits dintre de la tipologia X de McGregor, a un model participatiu i per valors, descrit més en la tipologia Y de Douglas McGregor. El canvi és molt considerable.

És una labor lenta, en ocasions va massa poc a poc i en altres es pot témer per anar massa de pressa i si s'arriba a “trenca la corda” haver de tornar a començar de zero.

A hores d'ara, només s'ha arribat a la sortida de la cursa, al lloc que dona l'oportunitat de participar, a la possibilitat de poder aplicar regularment la millora contínua, que serà el que permetrà continuar fent camí.

Dintre aquesta millora contínua, amb una gestió participativa, com la que promou la direcció d'infermeria, s'han constituït uns grups de millora, per tal de poder objectivar petits problemes de la pràctica diària, circuits, etc... i poder-hi actuar des del nivell més bàsic fins el més alt, des d'auxiliars, porta lliteres, senyora del cosidor, infermeres....fins a la direcció d'infermeria.

La infermeria és una disciplina professional que participa en les activitats bàsiques i fonamentals del tenir cura de l'ésser humà.

La responsabilitat essencial de la professió infermera és tenir cura de les persones, família i comunitat, pels que està influenciada. És per això, que la professió infermera no pot plantejar-se només, adaptar-se als canvis que es produeixen a la societat, sinó que ha d'entendre quin són els seus valors, les necessitats i les expectatives canviants d'aquesta societat i anar posant-se al dia sempre.

És a dir, se li hauria d'exigir tenir una predisposició permanent per aprendre, com a única manera de poder proporcionar unes cures expertes i d'òptima qualitat.

Els professionals d'infermeria hauríem de ser capaços de reflexionar sobre les nostres experiències i actituds, desenvolupant un pensament crític i elevant el nostre potencial com a homes i dones exigents capaços de comprometre'ns ara i en el futur perquè la nostra professió continuï evolucionant. Això només és possible amb una gestió participativa i per valors.

Abans del canvi i mentre aquest dura, com ho viu el personal d'infermeria? Està motivat? Ajuden aquests grups de millora a la motivació del personal? Això és en part el que es pretén esbrinar i constatar amb aquest treball d'investigació.

## 1.2 Objectius de la investigació

L'objectiu de la meua investigació estarà centrat en conèixer la motivació dels professionals del col·lectiu infermer a l'hospital Sant Bernabé de Berga en relació a pertànyer o no a un grup de millora.

Objectiu general:

- Conèixer si els grups de millora motiven als professionals d'infermeria de l'hospital Sant Bernabé de Berga.

Objectius específics:

- Conèixer el nivell de motivació del personal d'infermeria.
- Implantar un sistema (grup de millora) per millorar la motivació.
- Verificar el nivell de motivació dels professionals integrats a un grup de millora.
- Identificar quin grup d'infermeria (per categoria professional) està més motivat.



***Primera part.***

***Marc teòric i contextual de referència***

---

## 2 2 MOTIVACIÓ

### 2.1 Conceptualització

El substantiu *motiu* es va derivar al verb *motivar* tornant a substantivar-se més tard al nom *motivació*.

El verb *motivar* procedent del llatí *motivus*, ja s'utilitzava al segle XV amb el significat de “relatiu al moviment”.

El professor Pérez López distingeix molt bé *motiu* de *motivació*, defineix *motiu* com el resultat en la realització d'una acció, intentat per un subjecte.

Per altra banda defineix *motivació* com l'impuls per posar en marxa una acció, i aquest és un d'únic encara que es vegi determinat per diferents motius. És l'energia interna que impulsa als homes a treballar. La conducta motivada s'orienta a cobrir unes necessitats amb les quals no s'identifica la motivació.

Motivació és un principi motivador orientador o direccional; en canvi un motiu són necessitats, objectius, desigs i propòsits.

L'element que enllaça el concepte de motivació com a impuls i les accions reals que realitzen els homes és la presa de decisions.

El motiu no és un estímul, ambdós posseeixen el poder d'incitar una conducta. El motiu produeix una resposta determinada en relació a una situació momentània.

El motiu avarca moltes respostes i existeix abans que apareixi l'estímul. El motiu és diferent a l'incentiu. L'incentiu procedeix de fora de l'individu, el motiu procedeix de dintre.

Motiu és tot allò que impulsa a la persona a actuar de determinada manera o al menys dóna origen a una propensió, a un comportament específic. Aquest motiu pot ser provocat per un estímul extern que prové de l'ambient i també pot ser generat internament pels processos cognoscitius de l'individu de tal manera que els actes d'una persona poden ser guiats pel que pensa, creu, preveu, etc...

Diferents autors, cadascun segons el seu marc teòric, avaluen o interpreten la motivació de diferent manera, per això són moltes les dificultats alhora d'estudiar aquest concepte.

Negar la presència de la motivació en la conducta humana ( o animal) és negar l'evidència. Moltes són les ciències a les que interessa aquest concepte, i resulta particularment necessari per les disciplines relacionades amb el comportament.

William James, al 1890, parlava de motivació com una teoria dels instints, més tard, al 1908 Mc.Dougall deia que la motivació depenia més de les hormones que no pas dels instints.

El 1918, Woodworth, parlava de motivació com un impuls i el 1923 Freud, ho definia com un plaer.

No va ser fins al 1940 quan Abraham Maslow va fer servir la jerarquia de necessitats per definir la motivació, tot i així no es va interessar per la motivació laboral fins el final de la seva carrera.

El 1949, D.O.Hebb, diu que motivació es refereix a l'existència d'una seqüència de fases organitzades, a la seva direcció i contingut i a la seva presència en una direcció donada a la seva estabilitat de contingut.

El 1957, J.W.Atkinson, des de la perspectiva de la psicologia aplicada, defineix el concepte de motivació, com l'estat d' alerta de la persona, el qual es dona quan el motiu ha estat implicat per una expectativa apropiada, és a dir, una expectativa de que l'execució d'algun acte és un mitjà per la consecució de l'objectiu d'aquest motiu.

Gary Dessler (1979) , diu que la motivació reflexa el desig d'una persona d'omplir certes necessitats. Donat que la naturalesa i força de les necessitats específiques és una qüestió molt individual, és obvi que no trobarem cap guia ni mètodes universals per motivar a la gent.

Des d'una perspectiva conductiva, trobem F. Toatel (1989), definint motivació com la força de la tendència que promou la conducta, tenint en compte uns factors interns que estimulen la motivació ( impulsos ) i uns altres d'externs (incentius).

Diu de la motivació que és una espècie d'energia que admet graus, on la tendència seria la inclinació cap a una determinada conducta la qual denota certa direccionalitat. Aquesta percepció veu la motivació com un estat intern de l'individu, encara que els factors externs hi poden influir molt.

Howard Klein, en un llibre publicat al 1989 , parla de motivació laboral, com a conjunt de processos psicològics que causen l'inici, la direcció, la intensitat i persistència de la conducta, això condueix a distingir diferents aspectes de la motivació: activació (principi energètic necessari per emprendre l'activitat), persistència (energia constant per mantenir el desenvolupament, esforç i així dur a terme l'acció), direccionalitat (la motivació sempre suposa saber quines accions et motiven més que unes altres), contingut (s'identifica amb meta o resultat obtingut).

Robert Heller, defineix motivació com la voluntat d'actuar. En una època, es suposava que la motivació devia provenir de fora, però ara es considera que a cadascú ens motiven impulsos diferents.

Des de l'àmbit de l'economia de l'empresa, trobem S.G.Echevarría i Ch.Lattmann, que diuen de la motivació que és com un estat que es genera en un individu com a conseqüència dels motius, que són el conjunt de sentiments d'un individu, on es reflexa la seva manera de voler o pretendre les coses.

Als motius se'ls atribueix els efectes d'activar el comportament, orientar-lo i regular la seva identitat.

Oswaldo R., diu que una persona sap que està motivada quan pensa, sent i actua per aconseguir alguna cosa.

Solana R.(1993), diu que motivació és, en síntesis, el que fa que un individu actuï i es comporti de determinada manera. És una combinació de processos intel·lectuals, fisiològics i psicològics que decideix, en una situació donada, amb quin vigor s'actua i en quina direcció es canalitza l'energia.

Les motivacions fan diferents a les persones, les necessitats varien d'un individu a un altre, produint-se diferents patrons de comportament, els valors socials també són diferents, les capacitats per assolir els objectius son també diferents. Les capacitats, els valors i necessitats varien en un mateix individu a través del temps.

### **Diferència entre motivació i satisfacció**

La motivació fa referència a l'impuls i esforç per satisfer un desig o fita. La satisfacció fa referència al gust que s'experimenta una vegada s'ha complert un desig. Dit d'una altra manera, la motivació implica un impuls cap a un resultat, mentre que la satisfacció és el resultat ja experimentat.

La motivació és anterior al resultat, mentre que la satisfacció és posterior al resultat.

## **2.2 Teories de la motivació**

Teoria, és un intent sistemàtic d'explicació de la realitat, però em de tenir en compte que la realitat és diferent per a cada individu.

Al parlar de teories de la motivació, podem veure que el que per un és un exemple clar de conducta motivada, pot no ser vàlid per un altre, per considerar-ho un reflexa o un esdeveniment trivial.

Cap de les teories que exposaré a continuació es considera definitiva, sinó que totes admeten ser provisionals i millorables, en reconeixement a la complexitat dels problemes que queden sense resoldre.

Fent un breu recorregut per les diverses concepcions històricament desenvolupades, podem comprovar que s'ha produït una evolució del pensament sobre la motivació.

Parlant en termes d'empresa s'ha passat d'una visió on prevalia la tasca (on els treballadors feien qualsevol esforç a canvi d'una contrapartida econòmica que fos atractiva), fins les actuals concepcions en les que prevalen els interessos i opinions de les persones.

Les teories les podem classificar en tres grups fonamentals, segons les diverses solucions que donen al problema de les premisses de la decisió:

### 2.2.1 Teories de contingut

Destaquen pel seu anàlisi de les necessitats i els motius que mouen les accions. Gairebé cada una elabora el seu propi ventall de necessitats, que a més serveix d'element distintiu.

Gràcies a la simplicitat del seu plantejament són les més conegudes i poden agrupar-se en dues categories, segons el tipus de motius que consideren:

#### 1. Motius intrínsecs

Correspon a la satisfacció que sent cada persona produïda per la mateixa conducta o tasca quan la realitza.

Aquest tipus de motius es basen en dos aspectes:

Aspecte subjectiu: que correspon als gustos, vocació o estil personal de qui executa la tasca.

Aspecte objectiu: determinat per la qualitat de la mateixa tasca des del punt de vista del seu major o menor enriquiment.

Així les tasques menys enriquides, repetitives, burocràtiques, amb poc marge per exercir creativitat i iniciativa personal, tendiran a produir menor motivació intrínseca. Per altra banda, l'organització pot incrementar la motivació intrínseca millorant les condicions laborals immediates a la tasca, i que avui es poden identificar com a factors de “qualitat de vida laboral”. Aquestes condicions poden agrupar-se en quatre tipus:

Logístiques: el material que té la persona per realitzar les tasques.

Entorn físic: el lloc on exerceix la persona, temperatura ambiental, il·luminació, sorolls, etc...

Entorn humà: correspon al “clima” que es viu entre companys, superiors, altres serveis, clients...

Resultats: es tracta de la percepció de l'espai de temps, producte o output del procés laboral en que la persona participa. Es vincula amb l'orgull i satisfacció que dona el veure la pròpia feina ben feta i acabada.

## 2. Motius extrínsecs

En aquest cas el que mou a la persona és el benefici obtingut com a resultat de la seva feina, del seu esforç. Aquest resultat pot ser satisfactori (diners, premis, tota classe de reconeixements), però també pot tractar-se d'evitar conseqüències desagradables (càstigs, advertiments, accidents, comiats). Aquí importa fonamentalment el sistema d'incentius (premis i càstigs) que l'organització proposa a la gent com a contraprestació per la seva contribució.

## 3. Motius transcendentals

Donada la nostra condició d' éssers socials, molts dels nostres comportaments no s'expliquen exclusivament pel benefici extrínsec obtingut, o per la satisfacció intrínseca aconseguida, sinó pel benefici o satisfacció que obté un tercer, o bé perquè aquest evita alguna cosa negativa per ell. Això verifica que el destí dels demés no ens és indiferent, sinó que en condicions normals la nostra naturalesa humana ens porta a actuar solidàriament amb o pels altres.

Aquests tres tipus de motius no es donen aïllats: convergeixen en cada persona i en cada tasca. Les persones no responen de la mateixa manera a les tres dimensions.

Alguns són molt sensibles a la satisfacció o insatisfacció que els produeix la mateixa tasca; altres es fixen preponderantment en les recompenses que obtindran per la seva realització. Un tercer grup és el dels que s'orienten fonamentalment a la contribució social que la seva feina significa. Per tant, aquelles organitzacions que aconseguixin obtenir millors condicions en les tres dimensions de l'experiència laboral, tindran més possibilitats de comptar amb percentatges relativament extensos de treballadors motivats i oferiran al seu personal millors condicions per a una qualitat de vida laboral satisfactòria.

Dintre de les teories de contingut, hi trobarem:

### **Teoria de jerarquia de necessitats de A. Maslow (1954):**

Aquest autor va identificar cinc nivells diferents de necessitats, disposats en una estructura piramidal, en la que les necessitats bàsiques es troben a sota, i les superiors o racionals a sobre. Per Maslow, aquestes categories de relacions se situen de forma jeràrquica, de tal manera que una de les necessitats només s'activa després que el nivell inferior està satisfet. Únicament quan la persona aconsegueix satisfer les necessitats inferiors, entren gradualment les necessitats superiors, i amb això la motivació per poder satisfer-les.

Maslow va formular la hipòtesis de que la satisfacció de les necessitats fisiològiques bàsiques situa en primer lloc l'emergència de necessitats més abstractes i que una necessitat satisfeta ja no és un element motivador. Per tant si una persona veïés amenaçada la satisfacció d'un nivell inferior, s'abocaria prioritàriament a aquest, deixant de banda els nivells superiors de la piràmide.



1. Necessitats fisiològiques: Aquestes són les necessitats bàsiques pel manteniment de la vida humana, com els aliments, aigua, calor, abric i son. Segons Maslow, en tant que aquestes necessitats no estan satisfetes en el grau indispensable per la conservació de la vida, les demés no motivaran als individus.
2. Necessitats de seguretat: Les persones necessiten seguretat física, emocional i financera. Necessiten comptar amb un entorn estable, en el qual estiguin protegides contra les amenaces de perill i privació. És la necessitat de no sentir-se amenaçat pel medi; com el buscar la protecció dels interessos personals. Es relaciona amb la conservació del que es té i es valora, i amb evitar el perill i preveure el futur.



3. Necessitats socials o de pertinença: Necessitem viure en relació, pertànyer a un grup primordialment informal, com la família i els amics, i per extensió, formal, com una organització empresària en la que puguin reproduir-se les característiques pròpies del grup primari (cordialitat, efecte, bon tracte).
4. Necessitats d'estimació: No en tenim prou en integrar un grup o conjunt humà, sinó que és necessari rebre reconeixement dels altres en termes de respecte, status, prestigi, poder, diners. Aquest reconeixement extern alimenta l'autoestima com a expressió d'autovaloració, seguretat en si mateix i independència. A diferència de les necessitats fisiològiques i de seguretat, les necessitats d'estima no poden ser satisfetes tan fàcilment.
5. Necessitats d'autorealització: Donat que tots naixem amb certs potencials i talents, apareix la necessitat de realitzar-los. Resulta dubtós que algú mai no pugui arribar a realitzar tot el que un és capaç de fer. Els sentiments de realització, de responsabilitat, d'importància, de desafiament, de progrés i les noves experiències i oportunitats de creixement contribueixen a aquesta autorrealització. És el desig de tot ésser humà de realitzar-se a través del desenvolupament de la seva pròpia potencialitat.

### **Teoria de Motivació i Higiene, de Herzberg (1967)**

Frederick Herzberg, contemporani de Maslow i psicòleg clínic com ell, ha dedicat gran part de la seva vida a traslladar a l'àmbit de l'empresa els seus coneixements sobre conducta humana.

Per Frederic Herzberg la motivació de les persones depèn de 2 factors:

Factors higiènics: Són factors externs a la tasca. Són les condicions que envolten a l'individu quan treballa; impliquen condicions físiques i ambientals de treball, el salari, beneficis socials, les polítiques d'empresa, el tipus de supervisió rebuda, el clima de les relacions entre la directiva i els treballadors, els reglaments interns, les oportunitats existents, etc. Corresponen a la perspectiva ambiental i constitueixen els factors que les empreses han utilitzat tradicionalment per aconseguir la motivació dels empleats. De totes maneres, els factors higiènics posseeixen una capacitat molt limitada per influir en el comportament dels treballadors. L'expressió “higiene” reflexa amb exactitud els seu caràcter preventiu i profilàctic, i

mostra que només es destinen a evitar fonts d'insatisfacció en l'ambient com amenaces potencials que puguin trencar el seu equilibri. Quan aquests factors són òptims, simplement eviten la insatisfacció, donat que la seva influència en el comportament no arriben a elevar la satisfacció de manera substancial i duradora. Quan són precaris, produeixen insatisfacció i llavors es denominen factors d'insatisfacció . Aquests inclouen:

- Condicions de treball i comoditat
- Polítiques de l'empresa i l'administració
- Relacions amb el supervisor
- Competència tècnica del supervisor
- Sous
- Estabilitat en el càrrec
- Relacions amb el company.

Factors motivadors: Fan referència al treball en si. Són aquells que la seva presència o absència determina el fet de que els individus se sentin o no motivats. Tenen a veure amb el contingut del càrrec, les tasques i els deures relacionats amb el càrrec en si; produeix un efecte de satisfacció duradora i un augment de la productivitat molt per sobre dels nivells normals. El terme motivació engloba sentiments de realització, creixement, i de reconeixement professional, manifestats en l'execució de tasques i activitats que constitueixen un gran desafiament i tenen força significació per la feina. Quan els factors motivacionals són òptims, eleven la satisfacció de manera substancial; quan són precaris, provoca la pèrdua de satisfacció i es denominen factors de no satisfacció. Constitueixen un contingut al càrrec en si i inclouen:

- Delegació de la responsabilitat
- Llibertat per decidir com realitzar la feina
- Ascensos
- Utilització plena de les habilitats personals
- Formulació d'objectius i avaluació relacionada amb aquests

- Simplificació del càrrec (per qui el desenvolupa)
- Ampliació o enriquiment del càrrec (horitzontal o verticalment).

En essència, la teoria dels dos factors sobre la satisfacció en el càrrec afirma que:

- La satisfacció en el càrrec és la funció del contingut o de les activitats desafiantes i estimulants del càrrec: s'anomenen factors motivadors.
- La insatisfacció en el càrrec és la funció de l'ambient de supervisió, dels companys i del context general del càrrec: són els anomenats factors higiènics.

#### Model ERC d' Alderfer

D'acord amb un estudi realitzat entre directius en el que es posa en dubte l'existència de la jerarquia entre necessitats (Maslow) , Clayton Alderfer va proposar reformular el model de Maslow i reduir les classes de necessitats a només tres. Aquestes noves classes agruparien, d'una altra manera, les categories de Maslow:

1. La conservació de *l'existència física* (E): necessitats fisiològiques i de seguretat.
2. El manteniment de les *relacions* interpersonals (R): necessitats d'autoestima i pertinença.
3. La possibilitat de *creixement* personal (C): necessitats d'estima i autorrealització.

Aquest model és gairebé idèntic al de Maslow . Reconeix l'existència de varis tipus de necessitats sense que les ordeni en una jerarquia, i admetent que qualsevol d'elles poden ser activades sense esperar que es satisfacin les de l'ordre inferior.

Ell diu que quan menys satisfeta està una necessitat, més es desitja la seva satisfacció.

### **Teoria de les necessitats bàsiques de McClelland (1989)**

David McClelland va identificar tres necessitats bàsiques que tot el món té en graus variables: la necessitat de realització, la de poder i la d’afiliació. La necessitat de realització implica un desig de contribució, de sobresortir i de tenir èxit. Les persones amb elevats nivells de necessitat de realització es mostren desitjoses de tenir responsabilitat, d’assumir riscos calculats i d’obtenir una resposta al seu rendiment. La gent que sent una gran necessitat de poder vol arribar al control i desitja exercir influència sobre altres. Es mostren més interessats en el prestigi personal i en el poder que en el rendiment efectiu. Pel contrari la gent amb molta necessitat d’afiliació desitja treballar en entorns humans i busca amistats significatives. Vol ser respectada i evita les decisions o les accions que s’oposen a les normes de grup. Està més interessada que es mantingui alta la moral que la productivitat.

### **Teoria X i teoria Y de McGregor (1960)**

Encara que el seu llibre, “El lado humano de las organizaciones”, es va publicar el 1960, la seva teoria base fou desenvolupada per l’autor des de mitjans dels anys 30, trobant el seu punt més àlgid en els 50.

Douglas McGregor va distingir dues hipòtesis bàsiques alternatives sobre les persones i la seva posició davant la feina a les que va denominar Teoria X i Teoria Y.

#### Teoria X:

Aquesta teoria es basa en la premissa que la gent evitarà treballar quan sigui possible, ja que no li agrada fer-ho, per tant, la majoria de la gent ha de ser dirigida, controlada, obligada i amenaçada.

La teoria X assumeix que les persones desitgen una direcció, tenen poca ambició i eviten la responsabilitat, però volen seguretat.

Posició tradicional, aquesta teoria reflexa un estil d’administració estricta, rígid i autocràtic que considera a les persones com a simples recursos o mitjans de producció i es limita a fer que aquestes treballin dintre de determinats esquemes i

estàndards prèviament planejats i organitzats, tenint en compte només els objectius de l'organització.

La teoria X porta a que les persones facin exactament allò que l'organització pretén que facin, independentment de les seves opinions o objectius personals.

Un directiu que segueixi aquesta teoria segurament farà servir la por i les amenaces per motivar al personal, supervisarà la seva feina d'aprop, delegarà poca responsabilitat i no tindrà en compte al personal a l'hora de planificar.

### Teoria Y:

Qualificada com la teoria dels avenços en el desenvolupament de la direcció.

Aquesta teoria es basa en la premissa de que a la gent li agrada treballar, i que gaudeix fent-ho, de que busca la responsabilitat. També manté que la majoria de les persones estan dotades d'imaginació, ingeni, creativitat i tantes altres capacitats intel·lectuals que són aprofitades només parcialment.

Un directiu que segueixi aquesta teoria, farà servir incentius positius, com l'elogi i el reconeixement, farà una supervisió general, proporcionarà oportunitats pel creixement individual, delegarà responsabilitats i animarà a la participació en la resolució de problemes.

Aquesta teoria proposa un estil altament participatiu i democràtic, basat en els valors humans i socials i realça la iniciativa individual.

En realitat, McGregor no pretenia descriure dos estils de comandament, un de bo i un altre de dolent, sinó que tractava de mostrar dos extrems d'un ventall de possibilitats.

### **La “competence” de White**

Proposa la noció de *competence* com un nou model motivacional que considera tres aspectes, que segons ell, s’han passat per alt en els models clàssics.

White es vol referir a tots els comportaments que promouen una interacció efectiva amb l’ambient.

### **La causació personal De Charms**

Richard de Charms utilitza *causació personal* per senyalar les accions que els individus realitzen amb la intenció d’influir en el seu entorn.

### **La motivació intrínseca de Deci**

Deci, considera la motivació intrínseca com a una combinació de competència i autodeterminació, sent l’autodeterminació el component fonamental, fins a l’extrem d’entendre com a intrínsecament motivades només aquelles conductes que es realitzen en absència de qualsevol recompensa externa.

## **2.2.2 Teories de procés**

Les teories orientades al procés s’interessen per les variables que permeten explicar l’aparició, la direcció i el canvi de conducta.

Aquestes teories tenen el seu origen en la tradició experimentalista representada, entre altres, per Thorndike, Hull, Tolman i Lewin. Aquestes teories s’han reorientat cap a una consideració dels aspectes cognitius de la motivació, això fa que els seus cultivadors es refereixin contínuament a valors, intencions o expectatives dels subjectes.

Aquestes teories reben els noms de “teories racionals de la motivació” o “teories de l’elecció intencional”.

## **Teoria de l' expectativa. Victor H. Vroom.**

Fins l'any 1964, aquest model no s'havia formulat prou complet com per anomenar-lo teoria.

És un altre sistema, que molts consideren que és més adequat per explicar la forma en que es motiva a les persones.

Vroom va afirmar que les persones estaran motivades a fer coses per aconseguir una fita si creuen en el valor d'aquesta fita i si poden adonar-se de que el que fan contribuirà a aconseguir-la.

En certa manera, es tracta d'una expressió moderna del que va dir Martín Lutero fa segles “tot el que es fa en el mon, es fa amb esperança”.

Vroom precisa que la motivació és un producte del valor anticipat que un individu assigna a una fita i les possibilitats que veu d'aconseguir-la. Utilitzant les seves paraules, la teoria de Vroom podria expressar-se així :  $\text{Força} = \text{valor} \times \text{expectativa}$ . On la força es la fortalesa de la motivació d'una persona, valor és la fortalesa de la preferència d'un individu per un resultat i expectativa és la probabilitat de que una acció particular produeixi un resultat desitjat.

Un dels atractius de la teoria de Vroom és que reconeix la importància de diverses necessitats i motivacions individuals. Aquesta teoria és completament consistent amb el sistema d'administració per objectius.

Segons el seu autor, la teoria considera quatre aspectes:

- Les persones entren a una organització amb expectatives basades en les seves necessitats, motivacions i experiències passades.
- La conducta de les persones són producte de les seves pròpies decisions de forma conscient.
- Les persones volen i esperen diferents coses d'una organització.
- Les persones seleccionen alternatives per aconseguir màximament el que volen a nivell individual.

Les persones atorguen un valor diferent al tipus de recompensa que reben pel seu esforç. Els diners, el reconeixement o altres recompenses no sempre són preferides per les persones. Si la persona prefereix una recompensa X i l'obté, la motivació serà positiva. Si no obté la recompensa preferida, la motivació serà negativa i a altres persones senzillament els és indiferent una o l'altra. Per això és important conèixer els treballadors.

**G.Graen** va incorporar al model de Vroom algunes nocions que provenien de la teoria de rol, amb la finalitat d'introduir la consideració de les relacions interpersonals.

Considera que la probabilitat de que un treballador augmenti el seu rendiment està en funció tant de la seva valoració de l'esforç suplementari que li suposa, com de les pressions, internes i externes, a les que estigui sotmès. La utilitat d'augmentar l'esforç depèn del valor que doni als resultats anticipats i de l'expectativa d'aconseguir aquests resultats.

Distingeix entre resultats de primer nivell o “rol de treball” , són aquells que es deriven de l'esforç immediat del subjecte, que coincideixen amb els objectius que té l'organització. I resultats de segon nivell o “resultats del rol de treball”, que són els resultats que es persegueixen dels resultats de primer nivell; són els objectius que té personalment el treballador.

### **Teoria de l'equitat**

Segons, Porter Lawler, quan es percep una recompensa justa davant una conducta o treball les persones es senten motivades positivament. Això no sempre és igual per tothom per les creences que té cadascú respecte a la recompensa esperada per una acció.

En el món laboral les persones esperen una recompensa X per la seva preparació, desenvolupament, experiències, habilitats i esforç en el treball. Quan perceben que se'ls recompensa justament desenvolupen una motivació positiva. Si pel contrari, perceben que altres que no s'esforcen o bé no omplen el perfil de productivitat i



obtenen recompenses superiors se senten desmotivats, doncs perceben situacions poc justes.

El 1963, John Stacey Adams, va diferenciar cinc fases en el procés que explica aquesta teoria:

1. L'individu distingeix entre les contribucions que aporta a l'empresa i les compensacions que obté d'ella.
2. L'individu compara la proporció entre les seves contribucions – compensacions amb les proporcions que percep en els seus companys de treball.
3. Si l'individu veu que existeix inequitat, viurà una tensió que serà més gran quan més gran sigui la desigualtat.
4. L'individu voldrà reduir la desigualtat mitjançant la seva intervenció.
5. Reaccions comportamentals per reduir la tensió.

### **Teoria de la fixació de fites**

Aquesta és la teoria exposada pel psicòleg Edwin Locke, en la que s'estableix que les persones s'imposen fites amb la finalitat d'aconseguir-les. Per aconseguir la motivació dels treballadors, aquests, han de tenir les habilitats necessàries per arribar a assolir les fites marcades.

Segons E. Locke i D. Henne, pel que fa al contingut i significat, les fites són semblants als motius, encara que resulten més específiques. Les fites són el mecanisme per el qual els motius es tradueixen en acció. D'aquesta manera, les fites, al estar més properes a l'acció, expliquen i prediuen la conducta millor que els motius, i per tant, millor que les necessitats.

Aquesta teoria planteja la necessitat de fites clares i assolibles per mantenir la gent motivada. Aquestes haurien d'anar des de les més simples a les més complexes. Han de ser clares i establir el nivell d'aptitud i recompensa per a que serveixin. És important donar retrocomunicació de com es van assolint, per tal de que continuïn sent motivadores. S'haurien de considerar les diferències individuals.

### **2.2.3 Teories cognitives**

Estan fonamentalment basades que la forma que l'individu percep o es representa la situació que té al seu davant.

Aquestes teories accentuen com a determinants de la conducta motivada, la percepció de la força de les necessitats psicològiques, les expectatives sobre la consecució d'una fita i el grau en que es valora un resultat correcte.

#### **Teoria de l'Aprenentatge Social**

Els psicòlegs cognitius pensen que l'aprenentatge és complicat, entre aquestes teories trobem:

Segons Edward Tolman (1932), la conducta depèn de processos cognoscitius i té caràcter intencional, és a dir, està dotada d'una orientació finalista que es manté fins arribar a la fita desitjada. Tolman entén que l'aprenentatge no pot explicar-se com a un simple canvi de conducta, els individus construeixen “mapes cognitius” que consten de mitjans i rutes elaborades per ells per assolir un objectiu.

Model del camp de forces de Lewin, en aquest model descriu que cada necessitat crea la seva pròpia tensió motivacional i existeix una fita correlativa (física o cognitiva) capaç de satisfer aquesta necessitat i reduir la tensió.

Teoria del valor – expectativa de Atkinson, aquest autor aplica la seva teoria del valor de les expectatives al motiu de guany.

Teoria de l'aprenentatge social d'Albert Bandura, quan els individus es comprometen a assolir fites explícites, el percebre discrepàncies negatives entre el que fan i el que volen aconseguir crea insatisfaccions que funcionen com induccions motivacionals pel canvi.

L'orientació al rendiment, Dweck i Nicholls, van arribar a la conclusió, a partir d'experiments, de que existeixen dos patrons motivacionals principals:

1. Els individus orientats a fites d'aprenentatge es preocupen per adquirir nous coneixements i habilitats tècniques, que els permetin millorar la seva competència. Aprofiten les dificultats per aprendre.
2. Els individus que estan orientats a fites de rendiment busquen obtenir judicis favorables sobre la seva competència, encara que això no sempre els porti a ser més competents, sinó només a semblar-ho. Quan tenen excés d'ansietat pels resultats, es redueix la seva obertura cap a nous aprenentatges.

### **Teoria de l'atribució**

Weiner, creu que la conducta està en funció de les expectatives d'assolir un objectiu i del valor que aquest subjecte atorga a aquest objectiu. Però, a més, en acord amb Rotter i Heider, afegeix que tant les expectatives com les avaluacions depenen de les atribucions, és a dir, de quines causes atribueix l'individu els seus èxits o fracassos del passat.

Weiner ressalta la importància de la percepció de l'estabilitat dels resultats. Si aquests es percebeixen com a estables, per exemple, perquè la dificultat de la tasca es considera que no canviarà, els resultats futurs s'anticipen com que tampoc canviaran. I el contrari redueix l'impacte d'un èxit o d'un fracàs sobre les expectatives referents al futur.

Animar a algú que té dificultats a obtenir un resultat convenient subratllant que aquest resultat no és estable i demostrant com podria millorar-se, contribuiria a disminuir les expectatives negatives i a augmentar la motivació.

La teoria de Weiner és útil per explicar perquè, en l'àmbit laboral, cada persona reacciona de manera diferent davant les recompenses i els càstigs, en la mesura de que són senyals de l'èxit i el fracàs.

### 3 GRUPS DE MILLORA

#### 3.1 Qualitat a l'atenció sanitària

No es pot parlar de grups de millora sense abans parlar de qualitat.

Els primers antecedents documentats que es relacionen amb qualitat de l'atenció sanitària es remunten a la segona meitat del segle XIX, quan Florence Nightingale va estudiar les tasses de mortalitat dels hospitals militars durant la guerra de Crimea. També es considera com a precursor a Ernest Codman, cirurgià, el qual al 1912 va desenvolupar a EEUU un mètode que permetia classificar i mesurar els resultats de l'atenció quirúrgica.

Una gran aportació fou la del professor Avedis Donabedian, que a l'any 1966 va classificar els mètodes d'avaluació de la qualitat en estructura, procés i resultat.

Altres estudiosos com Palmer, Vuori, Broke, Berwick també han aportat notables aportacions.

Les diferents definicions de qualitat es basen totes en dos conceptes fonamentals, un objectivable i quantificable sobre el producte o procés i un altre més subjectiu, però que també hauria de poder ser mesurable, basat en les expectatives i el grau de satisfacció del client. Així, en una empresa de serveis, es podria definir la qualitat com el grau en que aquest servei cobreix les exigències del client al qual va destinat i que és el resultat de com es planifica i es produeix el servei.

Segons Donabedian “l'atenció de qualitat és aquella que porta al màxim estat de benestar a la persona, tenint en compte els beneficis i els riscos que comporta el procés assistencial”

Koch, defineix gestió de qualitat com “el sistema que garanteix que els múltiples processos que asseguren la qualitat s'infiltrin en cada aspecte de l'organització per millorar la seva efectivitat, la seva competitivitat i l'habilitat per adaptar-se a les noves condicions”

En el món sanitari, la primera fase de la qualitat tindria l'analogia en algunes reclamacions o demandes per un servei sanitari no correcte. El client no considera adequada l'assistència que rep i és qui reclama una compensació per la suposada falta de qualitat en el servei.

La segona fase s'inicia en els hospitals dels Estats Units quan el 1951 es crea la Comissió Conjunta per a l'acreditació d'hospitals i assoleix el màxim desenvolupament amb Donabedian, que classifica els àmbits d'actuació del control de qualitat en tres nivells: anàlisi d'estructura, anàlisi del procés i anàlisi dels resultats. En l'estructura del sistema inclou el personal, les instal·lacions i l'equipament partint de la premissa que si l'hospital té una bona estructura, ofereix un bon producte. Aquesta anàlisi dóna cos a l'anomenada *acreditació dels hospitals*.

Per valorar l'anàlisi del procés, van néixer les comissions de control de qualitat hospitalàries, com també els *audits* mèdics (anàlisi retrospectiva del procés assistencial) i les *peer reviews* (revisió per altres facultatius del procés assistencial). Sobre la base d'una estructura assegurada per una acreditació, eren els propis facultatius els qui dictaven les normes d'excel·lència dins el procés assistencial per tal d'assegurar la qualitat.

Aquests enfocaments diferents però complementaris, poden observar-se per exemple en les definicions de Donabedian, l'oficina europea de l'OMS i la proposta més recent de l'IOM (Institute of Medicine. Medicare).

**“ La qualitat és la manera més satisfactòria que existeix de practicar la professió; assegurant-nos que ho fem de la millor manera possible i avançant amb seguretat vers una pràctica cada vegada major”**

Els autors coincideixen en la idea de que cal definir molt bé quines són les necessitats i expectatives del consumidor i saber exactament quines són les característiques que defineixen el servei o producte perquè sigui considerat de qualitat.

Les principals idees són:

- Conèixer les necessitats i expectatives del consumidor, definint molt bé les característiques del servei o producte que vol que li oferim.
- Saber si el que estem oferint s'acosta o no al que els clients volen.
- Si no s'acosta al que el consumidor vol i apliquen accions de millora, veure si realment estem millorant.

- I si realment estem millorant veure com podem mantenir els nivells de qualitat i/o buscar noves dimensions de millora d'aquell producte o servei.

Segons un document de la OMS, la qualitat de l'assistència sanitària és assegurar que cada malalt rebi el conjunt de serveis diagnòstics i terapèutic més adequats per aconseguir una atenció sanitària òptima, tenint en compte tots els factors i coneixements del malalt i del servei mèdic, i aconseguir el millor resultat amb els mínims riscos d'efectes iatrogènics i la màxima satisfacció del malalt durant el procés. Aquesta definició destaca l'adequació dels medis utilitzats, la situació del malalt i els seus coneixements, la competència professional, els resultats obtinguts i la seguretat i satisfacció del malalt.

### **Valoració ètica i social de la qualitat dels serveis de salut**

La qualitat en els serveis de salut té una repercussió molt important en la societat. Hi ha una sèrie de valors que compten amb el recolzament social, aquests els anomenem principis: *beneficència*, que es mesura per l'efectivitat de l'atenció que es dona. *No maleficència*, amb la mesura dels riscos de qualsevol intervenció. *Autonomia*, la satisfacció en seria una de les possibles expressions. *Justícia*, es mesura per l'accessibilitat, que és un indicador d'equitat, especialment si es focalitza en els grups més vulnerables, que són els que tenen més necessitat.

Aquests principis estan implícits en totes les decisions que es prenguin en l'atenció de la salut.

### **3.2 Gestió de qualitat**

De la preocupació d'alguns professionals destacats vers el resultat del seu treball en els malalts en sorgeixen les primeres experiències vers la millora de la qualitat. Florence Nightingale en el Barrack Hospital durant la guerra de Crimea (1854), va utilitzar les estadístiques de mortalitat per cada tipus de patologies per demostrar que les millores en la higiene, cures i condicions sanitàries en les que eren atesos els malalts, milloraven els resultats i justificaven la moderna atenció d'infermeria que ella proposava.

La preocupació per la qualitat emergeix en les facultats com manera d'introduir els aspectes científics dels recents descobriments de les ciències naturals en l'art de la medicina, a la vegada que com una manera d'afirmació de la seva funció social es pogués discriminar la seva superioritat front a la massa de professionals menys formats.

En aquest camp, que podríem relacionar amb els primers esforços d'avaluació i certificació professional cal reflexar els resultats de l'informe Flexner (1910), encarregat per la Fundació Carnegie que es va realitzar a partir d'una revisió i enquestes a les escoles mèdiques dels Estats Units basades en els sistemes de pràctica de les facultats de medicina alemanyes. L'informe posava de manifest la manca d'estandarització dels estudis mèdics, la deficient formació d'alguns professionals i la necessitat d'introduir importants reformes tant en el que es refereix a la propietat de les escoles de medicina com al contingut dels estudis.

En els primers anys de desenvolupament dels programes de qualitat s'observen unes característiques que són comunes al creixement de la majoria de programes inclòs en l'actualitat: la preocupació ètica inicial dels professionals individuals per la qualitat del seu treball, l'interès en els temes de resultats obtinguts pel malalt post l'atenció i la dificultat de mesurar els resultats a nivell global dels centres, tot això va decantar vers criteris d'avaluació de l'estructura, quan es realitzen programes a nivell global.

El període que va del 1940 a 1960, fou un temps de desenvolupament de la salut pública i planificació sanitària. Paul Lemboke, cirurgià de la John Hopkins University Medical School va desenvolupar un nou mètode per avaluar la qualitat: l'àudit mèdic. Va intentar establir estàndards de pràctica mitjançant la comparació dels resultats obtinguts i va demostrar amb els seus treballs la millora en la justificació de la cirurgia pelviana femenina després de la revisió mitjançant l'àudit mèdic.

En la dècada dels seixanta la internalització dels programes de qualitat es va beneficiar amb els treballs de Marie Phaneuf que va desenvolupar un conegut mètode d'àudit d'infermeria, basat en set funcions clau del treball d'infermeria d'ample ús en els centres americans durant dècades.

Els anys setanta i el principi dels vuitanta foren també un període important de reflexions teòriques vers la definició i dimensions de la qualitat. Diferents associacions de professionals sobretot d'infermeria, desenvoluparen diferents models d'avaluació de qualitat que es va generalitzar bàsicament en hospitals. A nivell de la JCAHO durant aquest període es va establir la obligatorietat de l'enfocament per problemes: els centres tenien que demostrar que avaluaven un determinat nombre d'àrees de millora i produïen millores significatives.

Un dels elements introduïts per la contenció dels costos, que va tenir un important impacte en l'avaluació i millora de la qualitat en els hospitals d'aguts, va ser el sistema de pagament prospectiu per GRD (grups relacionats pel diagnòstic). Aquest sistema assimila en el mateix grup patologies d'igual consum de recursos i estableix un preu fix per a cada un, independentment dels recursos consumits.

Si a l'avaluació de la qualitat dels processos assistencials, se sumen l'avaluació dels processos no assistencials i la valoració dels resultats, s'obté una visió de conjunt de la qualitat total en l'àmbit hospitalari.

**Qualitat total:** Filosofia en la que es busca l'excel·lència en els resultats de les organitzacions. Per la seva implantació requereix un canvi cultural global i un programa integral de millora continuada.

**EFQM:** (European Foundation for Quality Model) és una organització que s'ha dedicat a “tangibilitzar” els principis de la qualitat total per que siguin aplicables a les organitzacions. Per això ha desenvolupat un model de gestió de Qualitat Total o Excel·lència.

**ISO 9000:** És una normativa desenvolupada per la ISO (International Standard Organization) per l'assegurament dels sistemes de qualitat de les organitzacions.

Que tenen en comú aquests tres conceptes?

1. Tots han estat creats per la millora de resultats empresarials.
2. Tots estan relacionats amb la qualitat, encara que a diferents nivells i amb diferents significats del concepte.

Quines són les diferències entre aquests conceptes?



La diferència més important és que la qualitat total és una filosofia, el model EFQM és un model de Qualitat Total i la ISO 9000 és una forma que pretén gestionar/assegurar la qualitat dels sistemes.

### **Gestió de la qualitat total**

Procés de gestió integral de totes les activitats de l'empresa, a fi de satisfer amb ètica i eficiència econòmica les expectatives del client, tant si és intern com extern, buscant, en el fons, millorar l'eficiència, controlar els costos i obtenir una millor productivitat.

Planificació, mesura i millora són, segons la Trilogia de Juran, els tres pilars essencials que comporta la gestió de la qualitat.

#### 1. Planificació

Definir la missió de l'organització, definir la qualitat tal i com interessa als clients, dissenyar els serveis segons les necessitats dels clients, destinar i organitzar els recursos, dissenyar processos, traslladar-los a les activitats habituals.

#### 2. Mesura

La mesura de la qualitat és el component d'objectivació de les àrees de millora: és el control dels processos i dels resultats de la pràctica.

#### 3. Millora

S'entén com a millora al procés de modificació de coneixements, actituds i sistemes organitzatius orientat a l'increment de la qualitat de l'atenció.

### **Qualitat assistencial**

Per a definir qualitat d'un determinat producte o servei resulta útil distingir tres nivells d'especificació successiva: un més general, aplicable a qualsevol producte o servei. Un altre que es correspon al que entenem per qualitat dels serveis de salut en general, i finalment la qualitat d'un servei sanitari en concret.

En el nivell més general, qualitat significa satisfacció de les necessitats i expectatives de qui rep els productes o serveis.

En el nivell de serveis de salut, existeixen multitud de definicions que donen unes dimensions determinades, d'entre les quals cal escollir de manera conscient les que ens serveixin com marc de referència per la nostra organització i entorn concrets. La qualitat de serveis de salut és doncs:

***“La provisió de serveis accessibles i equitatius, amb un nivell professional òptim, que té en compte els recursos disponibles i aconsegueix l'adhesió i satisfacció i satisfacció de l'usuari”***

Aquesta definició pot resumir-se en un esquema de tres dimensions (accessibilitat, qualitat científic-tècnica i satisfacció) que es justifica amb la seva relació amb les activitats per a millorar i pel desenvolupament ètic i social que té el concepte de la qualitat dels serveis de salut.

Com a punt de sortida, la millor qualitat de l'atenció que podem oferir seria una fulla en blanc, ja que hi ha tantes definicions, i amb una traducció pràctica tant diferent que és millor que cada centre, institució o sistema creï de manera indefectible la seva pròpia o es decanti per l'adopció i/o adaptació d'una de determinada. Una definició inicialment en blanc serveix també per destacar que es tracta d'un concepte en evolució, que s'ha anat perfilant i enriquint-se, i que, quasi amb seguretats, continuarà evolucionant.

### **Millora de la qualitat assistencial**

Es basa fonamentalment en el treball en equip. Els avantatges de treballar en equip són:

- Més coneixements i informació.
- Molts punts de vista.
- Més acceptació de la decisió final.
- Millor comprensió d'aquesta acceptació.

Hi ha dues sistemàtiques de treball bàsiques utilitzades per la millora de la qualitat:

1. Per possibilitats de millora: Inclou l'anàlisi de problemes o l'anàlisi de punts dèbils.

2. Per sistemes de monitorització: S'utilitza per detectar problemes i avaluar de manera metòdica la seva millora

### 3.3 Què és un grup de millora?

Es pot definir **grup** com a un conjunt de persones o coses formant com una unitat dins un conjunt més nombrós o complicat, pel fet d'estar més juntes, més íntimament unides, tenir certes semblances, una característica comuna...

També es pot parlar de **grup** com a una unitat social composta d'uns membres que es consideren vinculats entre ells per uns esquemes de conducta semblants o bé per a la realització d'una acció concreta.

Ja des dels temps més remots, l'ésser humà ha sentit la necessitat de reunir-se en grups per defensar-se, per alimentar-se, per vèncer dificultats; en definitiva, ha associat els seus esforços per aconseguir un fi comú.

Acció de millorar, és la definició de **millora** que trobem al diccionari de la llengua catalana.

Entenem per **millora**, al procés de modificació de coneixements, actituds i sistemes organitzatius orientat a l'increment de la qualitat de l'atenció.

Aleshores definirem els **grups de millora** com a reduïts equips de treball temporals de persones voluntàries, de diferents àrees de l'organització, que es configuren en un període de temps determinat per tal d'elaborar un seguit de propostes de millora visibles i realitzables a curt termini.

La raó de ser dels grups de millora és néixer i dissoldre's un cop acomplida la seva missió de proposar millores en aquells serveis susceptibles de perfeccionament.

### **3.4 Funcionament d'un grup de millora**

Són grups autònoms, responsables i cohesionats, dins dels quals no hi ha jerarquies i que només compten, a efectes d'estructura, amb un coordinador. Les opinions i propostes de tots els seus membres tenen el mateix pes dins el grup.

El nombre de persones més adequat per la funcionalitat del grup hauria d'estar entre dues i vuit persones.

Els temes de treball poden ser elegits pel propi grup, o poden ser elegits entre els que puguem proposar conjuntament d'acord amb criteris de prioritat institucional.

Els integrants es reuneixen i treballen en horari laboral, durant un temps determinat, prèvia formació.

En acabar, es presenta el treball davant d'un comitè, els responsables dels serveis dels participants, i els responsables dels serveis o usuaris afectats per la millora.

Posteriorment, el citat comitè serà l'encarregat d'instrumentar la posada en marxa de la millora.

Dins un procés de millora de la qualitat, mitjançant la formació de grups de millora s'aconsegueix la participació de les persones de l'organització en la solució dels problemes i en la millora dels processos. Aquests grups estan formats per diverses persones voluntàries de diferents unitats que es reuneixen periòdicament. Segueixen una metodologia de treball, adquirida mitjançant la formació, que ofereix als components del grup una forma sistemàtica de recollir i analitzar les dades del procés a millorar, modelar-lo, identificar les causes principals dels problemes, buscar solucions i contrastar-les amb les millors pràctiques.

### **3.5 Experiències amb grups de millora**

Des de diferents àmbits es pot veure com es treballa la millora de la qualitat a través de grups de millora.

Per exemple a la Universitat Pompeu Fabra, el Pla de Qualitat de la Gestió (2001 – 2003), neix sota el lema “Escollir per millorar” i preveu com a sistema de treball per al seu desenvolupament la conformació, per una banda, de grups de treball

sobre grans àmbits d'actuació amb persones seleccionades per la gerència i, per altra, la creació de grups de millora per a treballar en accions concretes, mitjançant una convocatòria a tota l'organització.

A la Universitat Jaume I, també treballen amb grups de millora, un grup de millora té com a objectiu la creació i modificació d'un pla d'estudis, un altre l'orientació i informació a l'estudiant.....aquesta universitat ha presentat els resultats d'aquests grups de millora a través d'internet.

L'empresa TECFISA (Tècniques de fonèria injectada), fan una gestió de la qualitat total, planificada sota diferents conceptes. Creant així tres tipus de grups de millora, de cada grup de millora n'han definit un objectiu principal, uns beneficis esperats i la definició dels participants. Un cop identificat el problema i definit un objectiu, el grup treballa per conèixer millor quin és el flux real del treball i quins són els colls d'ampolla i “defectes” que passen repetitivament.

Les conclusions a que arriba aquesta empresa són les següents:

El resum genèric de l'aplicació dels grups de millora dins de l'empresa es pot fer en termes molt positius no només pels resultats directes dels mateixos grups, sinó pels resultats indirectes com ara major implicació del personal, millora de la formació i capacitació....

El simple fet de plantejar-se una anàlisi impulsa per si mateix una millora.

Segons TECFISA la lliçó apresada ha estat que tenir un sistema de millora coherent i coordinat que contempli diverses formes d'abordar problemes i oportunitats tot involucrant el personal al màxim és la clau de l'èxit.

A la Universitat Ramon Llull dintre l'objectiu general de la Política de Qualitat, que consisteix en la millora de la qualitat i de la consciència de qualitat en tots els centres i nivells de la universitat. Incorporen els grups de millora al Rectorat de la Universitat i treballen a partir de l'EFQM.

La Universitat d'Alacant, com a institució pública amb vocació de servei constant a la societat, realitzà una aposta ferma per la qualitat en tots els seus àmbits d'actuació. La dinàmica d'expansió continua que s'estava portant a terme i la idea d'incorporar tot el seu personal a aquesta cultura de millora continua, els va portar

a pensar en la implantació de Grups de Millora (que ja sabien que era un sistema que havia donat fruits en altres organitzacions).

Des de la UAB, en el seu dia també varen prendre consciència de la utilitat dels grups de millora i es van consolidar amb l'objectiu de reforçar de manera complementaria l'actuació de l'Administració a la UAB. Es podria destacar que a la UAB per reconèixer el treball voluntari dels integrants d'aquests grups de millora, hi va haver un sorteig de dos viatges entre els equips de millora que hi havia en el moment.

## 4 4 HOSPITAL SANT BERNABÉ DE BERGA

### 4.1 El Berguedà

La comarca del Berguedà es troba entre el Prepirineu i la Depressió Central i delimita amb les comarques de la Cerdanya al nord, l'Alt Urgell i el Solsonès a ponent; el Ripollès i Osona a llevant i el Bages al sud. Hi ha dues unitats geogràfiques ben definides o subcomarques tant pel que fa a les seves activitats econòmiques com per les característiques del seu paisatge: l'Alt i el Baix Berguedà.

La vall i el propi riu Llobregat han estat l'eix de comunicacions de nord a sud. Aquest eix del Llobregat, constitueix un dels eixos radials de penetració als Pirineus, des de l'àrea metropolitana de Barcelona.

En general, el Berguedà compta amb una xarxa radial de comunicacions viàries adequada. Aquesta, es completa amb la xarxa de camins rurals que enllacen els petits nuclis de població i masies que omplen una part important del territori del Berguedà.



## 4.2 Demografia del Berguedà

L'evolució demogràfica del Berguedà sempre ha estat paral·lela a l'evolució de l'activitat econòmica de la comarca i en aquest sentit, ha seguit també les seves oscil·lacions, arribant a la xifra històrica de 45.843 habitants a finals del 1970.

Igualment s'ha produït un procés de concentració poblacional envers els nuclis més importants: Gironella, Puig-reig i Berga. Sent Berga qui congrega prop del 40% de la població total de la comarca i qui constitueix la capital de la mateixa. Berga és juntament amb Avià, les úniques poblacions de la comarca que experimenten un creixement poblacional anual.

L'alta concentració poblacional en poques ciutats, fa que la resta es distribueixi de forma molt dispersa en nuclis petits o d'habitatges unifamiliars.

L'anàlisi de la població del Berguedà, encara que segueix el mateix comportament en quant a creixement que a la resta de Catalunya, en canvi és la comarca de Catalunya amb uns Índex d'envelliment més alts, del 24,7, malgrat existeix una tendència a que augmenti proporcionalment els intervals més joves especialment pel creixement de la població immigrant a tota la comarca.

### PIRÀMIDE POBLACIONAL DEL BERGUEDÀ COMPARATIVAMENT AMB CATALUNYA

Berguedà 2004				Catalunya 2004		
Edat (anys)	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
De 0 a 4	718	673	1.391	173691	164266	337.957
De 5 a 9	760	674	1.434	156690	147166	303.856
De 10 a 14	814	757	1.571	158779	149890	308.669
De 15 a 19	970	934	1.904	173422	164451	337.873
De 20 a 24	1.278	1.177	2.455	238.091	225.987	464.078
De 25 a 29	1.523	1.347	2.870	324.404	298.107	622.511
De 30 a 34	1.305	1.203	2.508	316.959	288.752	605.711
De 35 a 39	1.499	1.320	2.819	294.534	274.218	568.752
De 40 a 44	1.586	1.521	3.107	258.941	253.491	512.432
De 45 a 49	1.493	1.367	2.860	231.346	231.982	463.328
De 50 a 54	1.331	1.204	2.535	207.307	211.789	419.096
De 55 a 59	1.188	1.097	2.285	197.806	205.497	403.303
De 60 a 64	812	981	1.793	153036	160224	313.260
De 65 a 69	1.027	1.186	2.213	146.093	164.547	310.640
de 70 a 74	1.112	1.474	2.586	135.338	167.885	303.223
De 75 a 79	1.023	1.186	2.209	101.378	143.134	244.512
De 80 a 84	602	899	1.501	61177	104802	165.979
De 85 i més	367	816	1.183	37337	90802	128.139
<b>Total</b>	<b>19408</b>	<b>19816</b>	<b>39224</b>	<b>3366329</b>	<b>3446990</b>	<b>6813319</b>

Dades IdesaCat



En aquesta taula es pot observar la diferència que existeix entre la població de més de 65 anys del Berguedà respecte a la de Catalunya, concretament observem que és del 24,7% front del 16,9%, això representa un 7,8% de diferència entre les dades globals del país i les de la comarca.

Per tant, aquest envelliment de la població del Berguedà també té un impacte evident en l'Hospital Sant Bernabé .

### 4.3 Història

Sembla ser, que el primer hospital que es va fundar en el principat va ser el de Cervera, a les comarques de Lleida, a l'any 1111, i posteriorment van començar a proliferar a tot Catalunya.

Aquests hospitals es van fundar a les unitats de població, en el camp i en les rutes de pelegrinatge, i la seva finalitat era diversa: leproseries, tractament contra la pesta, etc..., on els oblidats per la fortuna poguessin rebre l'assistència necessària més imprescindible.

La creació dels primers hospitals va ser gràcies a l'Ordre de l'hospital de Sant Joan de Jerusalem i a les Ordres Benedictina i Cistercense.

Segons els arxius, les primeres dades sobre l'HOSPITAL DE BERGA es remunten a l'any 1347, ja que, en un llibre amb cobertes de pergamí (actualment desaparegut) podia llegir-se: “Aquí reposa A. De Pinebret, mercader de Berga, que va morir el dia 3 d'agost de l'any del Senyor de 1347 i va manar que fos dit, construït i edificat dels seus bens, un hospital per acollir als pobres de Jesucrist, i proveir-los en el mateix hospital, en el menjar i en la beguda i en la manutenció. La seva ànima per la misericòrdia de Déu reposi en pau. Amén”.

Des de l'any 1347 no es troba cap document que faci referència a l'hospital fins l'any 1720, en que obligats a construir barraques per atendre els malalts, va portar als regidors de la Vila a prendre la decisió de construir un nou Hospital i Capella. Era l'any 1721.

A l'any 1726, les obres del nou hospital i capella devien estar en fase bastant avançada, ja que es va sol·licitar al Bisbe de Solsona llicència per beneir la capella, realitzant-se la benedicció el dia 11 de juny de l'any 1726, dia de Sant Bernabé.

A l'any 1797 es van reedificar les plantes, per poder ser utilitzat com hospital a les tropes de Sa Majestat.

Fins l'any 1835 va estar sota l'administració militar. El Bisbe de Solsona va demanar que s'encarreguessin de l'hospital les Germanes Carmelites de la Caritat. Dos anys més tard van tenir que emigrar a França per la guerra i, vint anys després van tornar a fer-se càrrec de l'hospital.

Entre els anys 1940-1945 es va fer el projecte i començaren les obres d'un nou hospital a la Carretera de Ribes. Amb l'estructura de l'edifici construïda en van tallar les obres. D'aquesta manera van romandre durant 29 anys.

A l'any 1974 s'aprova la construcció de l'actual hospital, les obres comencen l'any 1974 en el mateix emplaçament que les obres que van estar 29 anys parades, les quals van ser enderrocades.

La inauguració del nou hospital (l'actual HOSPITAL COMARCAL SANT BERNABÉ) va tenir lloc el dia 2 d'agost de l'any 1981. El nou hospital és, sens dubte, un dels equipaments de més repercussió per Berga i la seva Comarca.

#### **4.4 Marc institucional**

L'Hospital Municipal de Sant Bernabé dóna el seus serveis sanitaris a la ciutat amb un caràcter benèfic des de temps immemorial, sense que consti que tingués cap institucionalització en acord amb la normativa vigent.

Segons s'ha comprovat no figurava en els registres de fundacions benèfiques del Ministeri de Governació ni el de Sanitat.

La constitució dels Ajuntaments democràtics a l'any 1979, així com la necessitat d'adequar els seus serveis i ubicar l'hospital en un edifici que permetés el més complet compliment de la seva finalitat assistencial, van fer que la corporació es plantegés la municipalització de l'Hospital.

El procés de municipalització es va culminar amb la constitució, a l'any 1980, d'una Fundació Pública de Serveis, segons ho posa a l'article 85 e) del reglament de serveis de les corporacions locals.

El ple de l'ajuntament de Berga, en sessió datada de 2 de juny de 1980 va aprovar definitivament els Estatuts de la Fundació Benèfica de l'Hospital Municipal de Sant Bernabé, contant amb el visat, segellat i conformitat de la Generalitat de Catalunya.

Els estatuts que consten de 5 títols i 29 articles van donar el marc jurídic necessari i van definir concretament els elements de relació Ajuntament – Hospital. Els estatuts han sofert modificacions al llarg del temps i els vigents en l'actualitat varen ser aprovats pel ple de l'Ajuntament, en sessió del 21 de gener de 1992 i publicats al B.O.P. de Barcelona n<sup>o</sup>102 del 28 d'abril del mateix any.

#### **4.5 Descripció física i estructura de l'Hospital**

L'Hospital Sant Bernabé està situat a la part nord-oest de la ciutat de Berga.

L'Hospital comarcal Sant Bernabé presenta en l'actualitat una estructura construïda fa aproximadament 25 anys i ampliada durant aquest període principalment, en la seva planta baixa i, per acollir serveis de magatzem i arxius.

L'edifici està construït sobre un solar de forma irregular allargada, amb una topografia accidentada ja que existeixen en el mateix, diferències de nivell, de l'ordre de 15 metres. Situat en el centre del solar, té una superfície de 1581,25 m<sup>2</sup>.

El fet que l'edifici està construït en el centre del solar li dóna capacitat per formar una gran zona d'aparcaments, amb capacitat per 110 vehicles, cal esmentar que també hi ha una altra zona d'aparcaments però que queda en desnivell respecte l'hospital. Aquesta gran zona d'aparcaments proporciona una separació amb els límits veïns, contribuint a l'aïllament del recinte que queda situat a 8 metres sobre el nivell del trànsit, evitant en gran part el soroll que aquest pot produir.

L'edifici està rodejat de jardí, amb varietat d'arbres i plantes.

L'hospital té dos accessos, ambdós amb molt desnivell i la circulació es realitza en circumval·lació al voltant de l'edifici.

La comunicació amb el casc urbà és també peatonal, a una distància del centre de la ciutat d'uns 8-9 minuts, encara que l'accés es realitza preferentment amb vehicle

L'edifici és una construcció en estructura monobloc en tres cossos: un de tres plantes i dos de sis plantes

La seva concepció va ser uniforme, d'acord amb l'època i tenint un pes predominant les àrees d'internament en detriment de les àrees més ambulatories i de serveis de suport.

Els canvis en el model de prestació de serveis significats principalment per l'increment del nombre d'urgències, l'ambulatorització de l'assistència (integració d'especialitats i visites especialitzades), les noves tècniques i tractaments (cirurgia major ambulatoria, hospital de dia...) han provocat que determinades parts de l'edifici hagin hagut d'assumir funcions diferents, per les quals no foren concebudes i presentant diferents problemes de funcionalitat.

Així, l'àrea ambulatoria de consultes està situada en un espai concebut com unitat d'internament, mantenint la mateixa estructura a l'igual que l'àrea d'administració. Els espais d'ús mèdic no assistencials (despatxos, sales de reunions...) aprofiten espais destinats a habitacions en les diferents plantes...

Aquests canvis també s'han acompanyat de reformes, més o menys importants en els darrers anys.

Les principals reformes efectuades han estat:

- Reforma del servei d'urgències
- Ampliació del servei de radiodiagnòstic amb la sala TAC
- Reforma del bloc quirúrgic
- Reforma de la planta baixa (cafeteria, rehabilitació i reserva d'espai destinat a diàlisi).

L'Hospital es configura de forma compacta en 7 plantes de les quals una és semisoterrada.

Es dibuixen tres eixos principals:

- Eix horitzontal de la planta semisoterrada destinat principalment a urgències i rx.

- Eix horitzontal de la planta baixa utilitzat principalment per algunes activitats ambulatories (consulta externa, rehabilitació i diàlisi), admissió, arxiu d'històries clíniques, laboratori, dipòsit de cadàvers i magatzem.
- Eix vertical, que comunica l'internament, amb l'eix de la planta baixa i l'eix d'urgències.

L'edifici està dividit en dues grans zones: zona d'habitacions i zona de serveis.

Les plantes són idèntiques, ocupant la zona d'habitacions l'ala est de 4 plantes, ja que la 5ª hi ha tot el referent a administració i les habitacions dels metges de guàrdia. Cada planta té 22 habitacions, sala de cures, magatzem de planta i sala d'estar (aquestes sales d'estar poc a poc es van substituint per sales de teràpia ocupacional, fisioteràpia...), també office i lavabos.

Hi ha habitacions d'1 i de 2 llits, totes amb cambra de bany. Les de la cara sud tenen terrassa d'uns 4m<sup>2</sup> i les de cara nord tenen finestra.

A la planta semisoterrada hi trobem el servei de RX, TAC i el d' **URGÈNCIES**:

- Activitat any 2004: 28312 urgències

Boxes d'atenció:

- Box 1: Atenció ginecològica
  - Box 2: Atenció MI, CIR, URO
  - Box 3: Atenció malalt Crític - Reanimació
  - Box 4: Atenció malalts MI - semicrítics
  - Box 5: Atenció malalt pediàtric i oftalmològic
  - Box 6: Atenció malalt de traumatologia
- Espai d'observació
  - Àrea de control.
  - Despatx mèdic.
  - Despatx de triatge.
  - Zona de serveis: útil brut, magatzem, wc, sala de descans...

A la planta baixa hi trobem els serveis de rehabilitació, arxiu d'històries, magatzems, morgue, roberia, cafeteria i menjador, taulell principal d'informació (públic i telefonia), taulell d'admissions de consulta externa, laboratori i

## CONSULTES EXTERNES:

- Activitat any 2004: 43889 visites
- Consta de 14 despatxos
- Àrea d'admissions
- Laboratori
- Ecografies
- Espirometries
- 3 sales d'espera

A la primera planta hi trobem el servei de **QUIROFAN:**

- Activitat any 2004: 3136 IQ
- Consta de 3 quiròfans
- Reanimació
- Sala de parts
- Esterilització
- Quiròfan 0 : cirurgia menor, endoscòpies, proves d'esforç...

I la unitat d'hospitalització de la 1<sup>a</sup> planta **(QUIRÚRGICA/OBSTÈTRICA I PEDIÀTRICA) :**

- any 2003: Hospital de dia oncològic  
CMA  
UPCE
- any 2004: 27 llits convencionals  
3 llits CMA  
butaques CMA
- any 2005: Trasllat d'activitat convencional COT a la 3<sup>o</sup> planta.  
24 llits convencionals  
4 llits CMA  
butaques CMA  
a més hi trobem el niu, sala d'infermeria, sala de cures,....

A la segona planta hi trobem una altra planta d'hospitalització (**ESPECIALITAT MEDICINA INTERNA**) :

any 2003: 37 llits d'hospitalització

any 2004: 26 llits d'hospitalització

4 habitacions H. Dia oncològic

any 2005: 24 llits d'hospitalització

4 habitacions H. Dia oncològic

1 habitació Despatx/H. Dia Mèdic

en aquesta planta també hi trobem serveis com el de farmàcia, la capella i la comunitat de monges vedrunes.

A la tercera planta d'hospitalització hi trobem les especialitats de **COT, CONVALESCÈNCIA i CURES PAL-LIATIVES:**

Any 2003: 37 llits d'hospitalització Cirurgia i Especialitats

Gener 2004: 20 llits d'hospitalització Convalescència i Pal.liatius

1 Despatx Secretaries Tècniques

Maig 2004: 20 llits d'hospitalització

4 llits individuals (Mútues i privats)

Any 2005: 24 llits d'hospitalització Conva-Pal.liatius-COT

1 Despatx COT

1 Locutori Atenció Famílies

Sala d'estar reconvertida en microclimes de RHF i a més a la planta hi trobem el despatx de manteniment i la sala d'actes de l'hospital.

A la quarta planta, que és la unitat de **LLARGA ESTADA** hi trobem:

37 llits d'hospitalització socio-sanitaris, un bany assistit, una sala de manualitats a l'ala est, i a l'ala oest hi trobem un menjador, i l' ESI (equip de suport integral).

Any 2003: 37 llits d'hospitalització Malalts Crònics

36 públics i 1 privat)

Any 2004: Obres d'adequació

Mateixa estructura.

Any 2005: 37 llits d'hospitalització

Reconversió sala d'estar en microclima de RHF

A més hi trobem un bany assistit, la sala de teràpies i tallers, i un menjador. També és en aquesta planta que hi trobem l'ESI (equip de suport integral), que fa l'atenció a domicili.

A la cinquena planta hi trobem **l'HOSPITAL DE DIA DE DEMÈNCIES**:

Inici novembre del 2004

sales polivalents

1 despatx

1 bany assistit

1 office

En aquesta planta també hi ha ubicats tots els despatxos d'administració i gerència, a part de la sala de juntes....

La comunicació entre les diferents plantes es fa mitjançant una escala principal prevista per l'usuari i una escala situada a la part posterior de la principal que és més una escala de servei.

Els diferents nivells també queden comunicats per dos ascensors porta-lliteres, dos ascensors per personal dels centre, dos ascensors pels usuaris i un altre ascensor que comunica amb cuina (situada al semisoterrani).



Per situacions d'emergència hi ha previstes dues escales d'emergència, col·locades en el centre de la zona de serveis i en els extrems de la zona d'habitacions.

## 4.6 Pla assistencial

L'any 2000, la direcció de l'Hospital Comarcal de Sant Bernabé va elaborar el primer Pla Assistencial del centre, marcant els objectius generals pels exercicis 2001 i 2002, essent aprovat per la Junta de Patronat del centre a proposta del Gerent.

L'any 2003 es va presentar un Pla Estratègic 2003-2005 amb el que a l'any 2004 s'havia aconseguit:

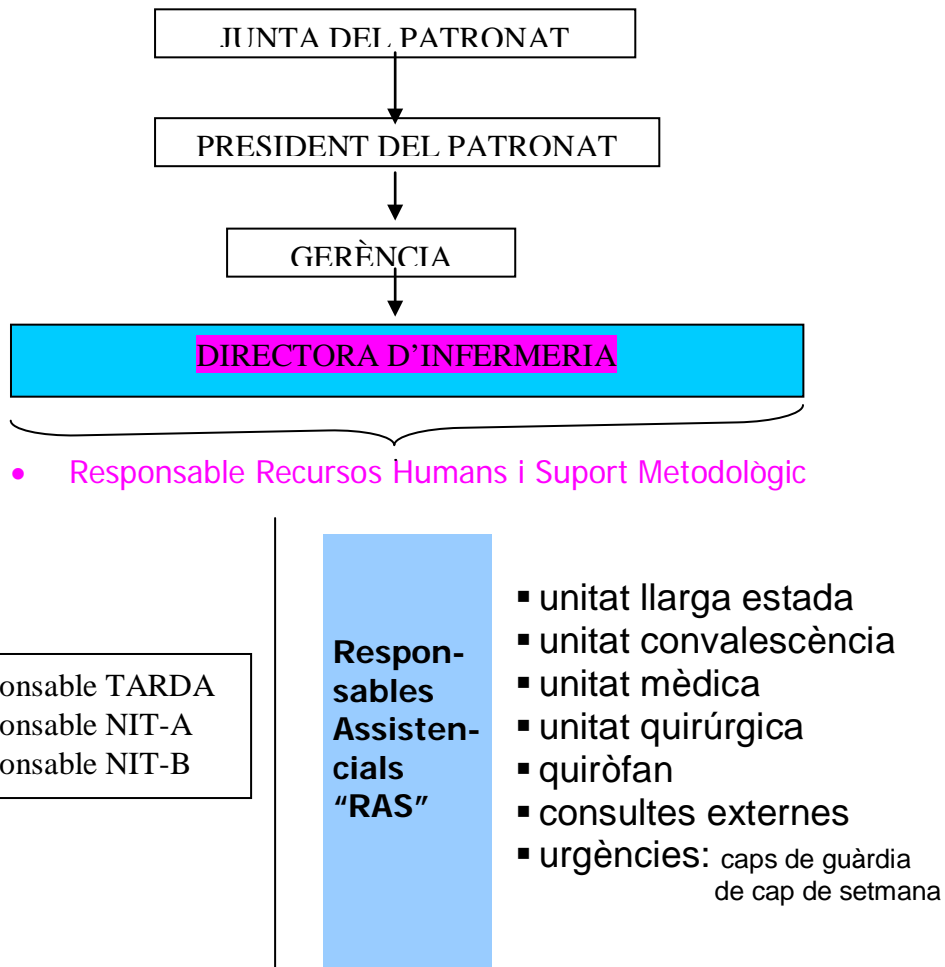
<b>Reduir</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>Diferències</b>	<b>Percentatges</b>
<b>Freqüentació</b>	136,73	122,60	14,13	10,3%
<b>Altes</b>	4194	3756	438	-10,44%
<b>EM</b>	5,15	4,42	0,73	-14,17%
<b>Pressió Urgències</b>	64,50%	61,60%	-2,90%	-4,50%
<b>Reingressos</b>	297	219	78	-26,26%
<b>Altes Medicina</b>	1753	1365	388	-22,13%

<b>Augmentar</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>Diferències</b>	<b>Percentatges</b>
<b>Penetració</b>	71,23%	71,70%	0,47%	0,66%
<b>Urgències</b>	23881	28312	2545	18,55%
<b>Primeres visites</b>	16267	16403	136	0,84%
<b>Hospital de dia</b>	1069	3024	1955	182,88%
<b>Intervencions CmA</b>	380	525	145	38,16%
<b>Intervencions CMA</b>	723	733	10	1,4%
<b>Intervencions convencionals</b>	954	866	-88	-9,22%

- Informació CatSalut

## 4.7 Infermeria a l'hospital Sant Bernabé

### 4.7.1 Organigrama



### 4.7.2 Història

Dolors Soler, Salut Muller, Montse Fígols, Rosa Solsona, Antònia Espinal, Ester Cardona i Anna Pérez, són els noms de les 7 directores d'infermeria de l'hospital des de la seva inauguració el 2 d'agost de 1981 fins aquest moment, cal tenir en compte també que entre la Sra. Cardona i la Sra. Pérez hi va haver un període que va durar uns 3 anys que no hi va haver directora d'infermeria, el gerent del

moment no va voler direcció d'infermeria , només hi havia unes caps d'àrea que eren assistencials i gestores a la vegada, però depenien directament del gerent.

Si fem un anàlisi dels últims 12 anys a l'hospital de Berga, podem veure que varem passar per una direcció d'infermeria que la podríem classificar dintre de la teoria X de McGregor, basada en un sistema d'autoritarisme. Una justificació per aquest tipus de lideratge la podríem trobar descrita a la “teoria del desenvolupament històric de la motivació” on Ann Marriner-Tomey parla de que la teoria tradicional de direcció es basa en la teoria X de McGregor i es remet a les necessitats primàries fisiològiques i de seguretat de Maslow reforçant-se amb la teoria monista.

En aquest període es varen treballar protocols d'actuació per infermeria, es van constituir diferents comissions de treball, es van obrir nous serveis.....

Després va venir una època, d'uns 3 anys , on la gerència de la institució va decidir prescindir de la figura de la directora d'infermeria. A l'organigrama s'hi podia veure la figura del gerent a dalt i per sota seu hi havia 4 caps d'àrea (pel que fa a infermeria), durant aquest període gairebé no es van fer registres sobre el col·lectiu infermer, hi van haver poques o nul·les noves accions..., no hi van haver reunions convocades per les caps d'àrea amb el col·lectiu infermer... Podríem dir que no hi havia lideratge pel que fa a infermeria, es tractava de mantenir el que ja hi havia.

El maig de l'any 2003 hi ha un canvi en la gerència del centre, aquest fet afavoreix el col·lectiu d'infermeria, ja que la nova gerent torna a posar la figura de la directora d'infermeria a l'organigrama, que s'incorpora l'octubre del 2003. El tipus de lideratge d'aquesta nova directora d'infermeria s'acosta més a la teoria Y de McGregor, segons Ann Marriner-Tomey, com és sabut els avanços en matèria de direcció es basen en aquesta teoria.

Gran part de la plantilla d'infermeria quan s'obra l'hospital, sobretot d'auxiliars d'infermeria, prové d'una clínica privada que hi havia a Berga, aquest fet explica que actualment una bona part de la plantilla fixa d'auxiliars d'infermeria tenen edats semblants, així ens trobem que un 64% d'auxiliars d'infermeria tenen edats compreses entre 45 i 60 anys.

### 4.7.3 Estat actual

L'octubre de l'any 2003 s'incorpora la nova directora d'infermeria, i el primer que fa és un anàlisi de la realitat, amb aquest objectiu, fa entrevistes individuals a tot el personal d'infermeria, incloses les caps d'àrea.

Pel que fa a les caps d'àrea deien tenir una vivència de manca de recursos, manca d'eines, d' "apagar focs". A més de confusió de rols gestor/ assistencial i molta càrrega de treball.

Pel que fa al col·lectiu d'infermeria, van manifestar que hi havia desànim general, manca de material, pèrdua dels rols infermeres/auxiliars, circuits mal definits dels serveis transversals, rutina, ratis d'infermeria molt per sota dels desitjats, manca de roba a les unitats, manca de companyerisme, manca de formació, manca d'aparells, desorganització, manca de cohesió del grup.....volien un CANVI. A la pregunta: com li agradaria que fos l'organització d'infermeria, sobretot varen respondre que hauria de tenir poques jerarquies però que resolguin els problemes amb eficàcia.

Després d'aquesta fase d'anàlisi, hi ha una fase de planificació amb la proposta del model d'infermeria, proposta d'organització, selecció de comandaments i definició de perfils i funcions.

#### MODEL D'INFERMERIA

*“El col·lectiu d'infermeria de l'hospital Sant Bernabé assegurarà la prestació de les seves cures a la població d'una forma integral, competent i humanista”*

Eixos principals:

- Integrar criteris de funcionalitat .....Horitzontalitzar
- Integrar criteris de satisfacció .....client intern/ client extern.
- Introduir concepte de responsables als centres de producció.
- Treballar per resultats ..... competència - qualitat.

És un model dirigit a la gestió del procés assistencial i com a paraules clau hi trobaríem:

- Integració de les figures de responsables d'unitat.
- Consolidació d'unitats com a centres orientades al client.

- Treball en equip multidisciplinari.
- Avaluació dels processos en funció dels resultats esperats.
- Presa de decisions assistencials i operatives a les unitats.
- Avaluació directa de les necessitats.

Com a perfil professional de les responsables d'infermeria, es va demanar persones que:

- Identifiquen el cuidar com un servei que assegura la cobertura d'un conjunt de necessitats indispensables per la vida i el ben morir.
- Pertanyen a un col·lectiu amb un cos de coneixements propis i amb capacitat de prendre decisions al respecte.
- Exerceixen la responsabilitat en àmbits específics, dirigint la seva feina amb objectius assistencials determinats de forma multidisciplinar.
- Facilita la integració dels membres de l'equip, fomentant els potencials individuals i col·lectius.
- Conduïxen i lideren un grup de professionals que treballen interdisciplinament, mitjançant un lideratge ètic, moral i un codi deontològic.

Encara que el model d'infermeria va quedar definit a finals del 2003, igual que la planificació, la bibliografia diu que un canvi com aquest (implantar un nou model i canviar l'organització d'infermeria) necessita com a mínim 3 anys.

En resum, què passa l'any 2004 a la infermeria de l'hospital Sant Bernabé de Berga?

- Proposta del canvi organitzatiu.
- Consens del sistema i model a seguir.
- Reestructuració d'equips.
- Canvi de sistema de lideratge – convocatòries.
- Hi ha l'inici d'un model participatiu.
- Canvi de cultura organitzativa, basat en:
  - Tenir en compte a les persones.

- Tenir en compte a les idees.
- Descentralitzar la responsabilitat.
- Promulgar la corresponsabilitat.
- Integrar la reflexió en la pràctica professional.
- Integrar cultura d'avaluació.
- Promoure lideratges i referents d'expertesa.

Llavors cal dir que el personal d'infermeria de l'Hospital Sant Bernabé de Berga, a l'inici de l'any 2005, està marcat per una intensa situació de canvi, un canvi organitzat i planificat des del mes d'octubre del 2003.

Podríem dir que a principis de l'any 2005, el col·lectiu infermer de l'hospital viu el canvi encara amb desconfiança, els professionals d'infermeria no estan massa motivats a fer formació, a implicar-se en les noves accions que es porten a terme... Es palpa a l'ambient una falta de ganes, una apatia...l'objectiu d'una gran part de professionals és venir a fer les hores i prou, no hi ha motivació.

Per part de les responsables assistencials poc a poc han d'anar trobant el seu lloc dins de l'organigrama i dins de l'equip assistencial, el qual lideren i per tant n'han de formar part.

Des de la direcció d'infermeria es decideix estratègicament fer una reunió convocant a tots els professionals d'infermeria que estiguin disposats a treballar perquè es produeixi aquest canvi que tothom va demanar, que en vulguin ser participants, d'aquesta trobada n'hi varem dir “ESPAI PER LA REFLEXIÓ” i es va dur a terme el 31 de gener d'aquest any 2005.

La metodologia que es va dur a terme en aquest “ESPAI PER LA REFLEXIÓ” va ser la següent:

- A tots els assistents a la reunió (que prèviament havien de confirmar la seva assistència) se'ls va donar una enquesta per contestar de manera individual. L'enquesta era la següent:

- Per què vols participar?
- Creus que hi ha molts problemes actualment a l'Hospital Sant Bernabé en l'àmbit de tenir cura?
- Creus que tenen solució?
- Quins són els 5 problemes que definiries com a més rellevants?
- Quines són les alternatives que proposaries des del teu punt de vista?
- Quin seria el teu compromís personal i professional?

- Un cop a la reunió es van fer diferents grups, on cada grup havia de consensuar una resposta per a cada una de les preguntes de l'enquesta i finalment hi va haver una posada en comú de tots els grups. Es van formar 6 grups d'unes 5-6 persones cada grup.
- 
- Paraules clau:

- Què falla?
- Hi ha futur?
- Necessitat de canvi?
- Qui ho farà?
- Treball d'equip?
- Competència?
- Compromís?

- Treball de grup:
  - Interès en participar:

- Grup 1: Per millorar l'activitat pròpia d'infermeria.
- Grup 2: Per aconseguir bon ambient de treball i donar atenció de qualitat. Infermeria es mereix un respecte com cal.
- Grup 3: Necessitat de canvi i de millorar la qualitat assistencial.
- Grup 4: Aconseguir una millora en el “tenir cura”
- Grup 5: Fer un bon equip professional i humà.
- Grup 6: Interès per la professió i millorar la pràctica de cada dia.

Entre 1 i 10 els grups van puntuar la implicació global de l'hospital entre 4 i 5.

- Sensació de vivència general de que hi ha molts problemes:

- Grup 1: si
- Grup 2: si, alguns
- Grup 3: si
- Grup 4: si
- Grup 5: si, estem treballant de manera rutinària.
- Grup 6: si, es detecta a l'ambient una manca d'interès, un cert pasotisme respecte a les tasques assistencials i un deteriorament en les relacions interpersonals.

- Esperança/ visió:

- Grup 1: Si que hi ha, amb voluntat i continuïtat.
- Grup 2: Amb l'esforç del personal sanitari i l'equip directiu.
- Grup 3: És difícil però es pot millorar. Farà falta molt esforç de part de tothom.
- Grup 4: Si, si es descongestiona el mal ambient i tenint tots el mateix nord.



- Grup 5: Si, amb constància.
- Grup 6: Si, si tothom posa de la seva part i s'esforça per recuperar les mancances. Integrar el treball d'equip.

○ Problemes:

- Grup 1: Rutina, desmotivació, poca implicació personal, falta de responsabilitat. Manca d'individualització, manca de criteris unificats. Poc treball en equip multidisciplinar.
- Grup 2: Manca de treball en equip. Manca de coordinació i comunicació, deshumanització en vers el malalt, manca d'atenció als familiars i acompanyants, excés de feina i dificultat per atendre les funcions bàsiques, manca de motivació i compromís.
- Grup 3: Desmotivació que deriva en mal ambient i mala assistència, manca de treball en equip (entre torns, infermera – metge ...), desequilibri de càrregues de treball, manca d'unificació de criteris, no som conscients de que treballem amb persones.
- Grup 4: Manca de comunicació, deteriorament en el tracte entre les persones, manca de consens, falta de treball en equip, tasques per costums.
- Grup 5: Falta d'implicació i responsabilitat individual, manca de comunicació amb els membres de l'equip, absència de model d'infermeria, relació ineficaç amb els usuaris, falta de temps per reflexionar en el lloc de treball.
- Grup 6: Revisar les normes bàsiques de tracte amb el malalt, temes ètics, problemes de rol, tècniques i procediments que s'estan deteriorant, recordar que treballem amb persones, manca de comunicació

○ Alternatives:

- Grup 1: Humanitzar l'assistència, potenciar la comunicació i participació, unificar criteris, incrementar el treball en equip.
- Grup 2: Millorar la comunicació entre companys, diàleg, motivació, transparència entre els companys, més personal, unificar (cures, protocols, trajectòries clíniques...), humanitzar l'atenció al malalt/ família, equips de treball compatibles i competents, implicació de tots els col·lectius, formació, temps de comunicació entre torns (parte).
- Grup 3: Recordar i reflexionar sobre el que vol dir “tenir cura”, empatia, sessions clíniques interdisciplinàries, equilibrar les càrregues de treball, unificar criteris, protocols.
- Grup 4: Motivar el personal fent-lo protagonista, sessions clíniques, unificació de criteris, evitar que els professionals de nova incorporació agafin mals hàbits, personalitzar les cures, definir tasques.
- Grup 5: Assignar responsabilitats individuals a cada membre de l'equip, dissenyar el model d'infermeria adaptat a cada equip de treball, crear espais de reflexió i per debatre.
- Grup 6: Tallers, seminaris (cures d'infermeria, ètica i legislació...), fer que els equips estiguin ben avinguts perquè siguin competents, treballar amb empatia.

- Tots els grups expressen la voluntat i les ganes d'establir grups de millora per treballar els problemes i aconseguir els objectius anteriors.

○ Proposta de grups:

1. Unificació de criteris assistencials ( unidosi, cures de nafres, higienes...).
2. Definir rol i funcions de cada professional i lloc de treball.
3. Millora de la comunicació: amb el malalt i entre els professionals.
4. Formació: sessions clíniques internes de cada grup/ unitat, sessions clíniques genèriques.
5. Més tard en van sorgir 2 més:
6. Documentació a urgències.
7. Elaboració document a quiròfan.

***Segona part.***

***Marc aplicat***

---

## 5 5 DISENY DE L'ESTUDI

### 5.1 Introducció

El mes d'octubre del 2003, a l'hospital de Berga hi ha un canvi molt important pel col·lectiu d'infermeria. Després de passar 3 anys sense directora d'infermeria, la nova gerència que s'incorpora aquest mateix any torna a posar la figura de directora d'infermeria a l'organigrama.

La nova direcció d'infermeria després de fer un anàlisi de la realitat, fent entrevistes individuals a totes les persones del col·lectiu d'infermeria de l'hospital, s'adona que hi ha un desànim general, rutina, desmotivació.....

A partir d'aquí, el que es pretén és fer un canvi, començant amb una proposta de canvi organitzatiu, després un consens pel que fa al model a seguir, reestructuració d'equips.....i un canvi de cultura organitzativa tenint en compte les persones, les idees, descentralitzar responsabilitats, integrar cultura d'avaluació..... Com podem trobar a la bibliografia tots els canvis són molt lents, i a principis d'any 2005, encara es palpa a l'ambient una apatia i falta de ganes, desmotivació.

Des de la direcció i estratègicament, es convoca als professionals d'infermeria a una reunió molt estructurada per tal d'identificar de quins “mals” patia l'organització. A partir d'aquesta trobada en varen sortir uns grups de millora.

En aquest treball s'intenta esbrinar si aquests grups de millora han ajudat en la motivació del col·lectiu infermer de l'hospital Sant Bernabé de Berga, quan es parla de col·lectiu infermer durant tot el treball, s'hi inclou diplomats d'infermeria, auxiliars d'infermeria, tècnics sanitaris... algun representant de cada grup d'aquests ha format part d'algun grup de millora.

## 5.2 Hipòtesis

“ Els grups de millora augmenten la motivació dels professionals d’infermeria de l’Hospital Sant Bernabé de Berga”

## 5.3 Variables i el seu control

### 1. VARIABLE INDEPENDENT:

- Grup de millora

### 2. VARIABLE DEPENDENT:

- Motivació professional
- Implicació institucional

### 3. VARIABLES INTERVINENTS:

#### PERSONALS:

*Edat*

*Sexe*

#### SOCIO-FAMILIARS:

*Estat civil*

*Càrregues familiars*

#### SOCIO-LABORALS:

*Categoria professional*

*Afinitat amb l’equip de treball*

*Accessibilitat a la feina*

*Anys d’antiguitat*

*Adequació d’expectatives respecte al lloc de treball*

#### FORMATIVES:

*Formació en els últims 6 anys*

*Tipus de formació*

## 5.4 Metodologia

En principi la metodologia que es volia emprar era “QUASI - EXPERIMENTAL”, perquè es podia manipular la realitat, encara que poc, ja que la investigadora formava part d'un grup de millora i al mateix temps havia de conduir els altres grups.

Ha acabat sent un estudi descriptiu (estudi de cas Hospital de Berga), treballant tant amb dades quantitatives com qualitatives a través d'un qüestionari.

## 5.5 Població i mostra

L'estudi s'ha realitzat a l'hospital de Berga.

### **Població:**

Podríem definir la població com tots els professionals d'infermeria que treballen a l'hospital ( diplomats infermeria, auxiliars, tècnics sanitaris...), indiferentment del contracte que tinguin.

### **Mostra:**

Tots els professionals d'infermeria que han treballat durant la setmana del 16 al 22 de gener 2006, en els diferents torns i serveis.

Han estat un total de 117 professionals.

De les 117 enquestes repartides només han contestat l'enquesta 55 persones.

## 5.6 Instrument de recollida d'informació

L' instrument de recollida d'informació és un qüestionari sobre la motivació dels professionals, les respostes del quals, seran contestades per escrit. La decisió de la utilització d'un qüestionari ha estat entre altres coses per poder garantir la confidencialitat de les dades.

És un qüestionari directe, estandaritzat i reglat.

Per la construcció del qüestionari s'ha tingut en compte els objectius del treball, centrant-me en dades personals, d'implicació institucional i de motivació.

Dintre el qüestionari hi ha ítems oberts, tancats i combinats.

A la primera pàgina del mateix hi ha una petita explicació de com cal omplir el qüestionari.

S'han utilitzat escales com la de “likert” i la “numèrica”, també hi ha una pregunta oberta.

### Validació del qüestionari

Per tal de poder validar el qüestionari es va elaborar un registre específic, on es valorava la univocitat, pertinença i importància, de cadascuna de les preguntes.

Aquest registre junt a una sol·licitud formal i el qüestionari inicial ha estat entregat a 7 jutges, 4 teòrics i 3 de l'àmbit assistencial, per tal de que poguessin efectuar la validació el resultat de la validació de l'enquesta ha estat el següent:

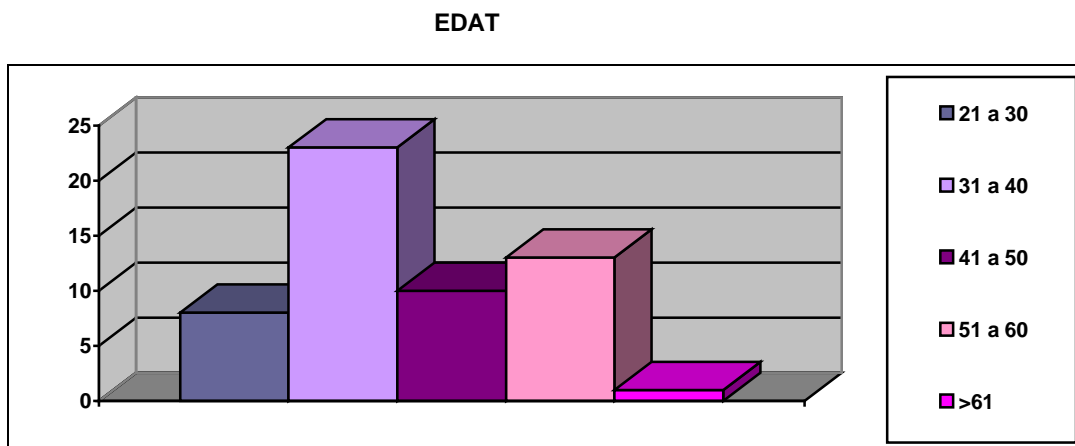


ITEMS	UNIVOCITAT		PERTINENÇA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
1	7		7					2	5
2	7		7				2		5
3	7		7			2		1	4
4	7		7				2		5
5	7		7					4	3
6	7		7					2	5
7	7		7				2		5
8	7		7					2	5
9	7		7				2		5
10	7		7				2	1	4
11	7		7			2			
12.1	7		7					4	3
12.2	7		7				2		5
12.3	7		7					2	5
12.4	7		7				2	1	4
12.5	7		7				2		5
12.6	7		7				2		5
12.7	5	2	7		2			1	4
12.8	7		7					2	5
13	7		7					2	5
14.1	7		7					2	5
14.2	7		7				2	1	4
14.3	7		7			2			5
14.4	7		7			2		2	3
14.5	7		7			2	2		3
14.6	7		7				2		5
14.7	7		7			2		1	4
14.8	7		7			2			5
14.9	7		7				2		5
14.10	7		7				2		5
14.11	7		7					3	4
14.12	7		7				2	1	4
14.13	7		7			2			5
14.14	7		7				1		6
14.15	5	2	7			2	1		4
14.16	7		7			2	1	1	3
14.17	7		7					2	5
14.18	7		7				2		5
14.19	7		7					2	5
14.20	7		7				2		5
14.21	7		7						7
15	7		7						7

## 5.7 Resultats

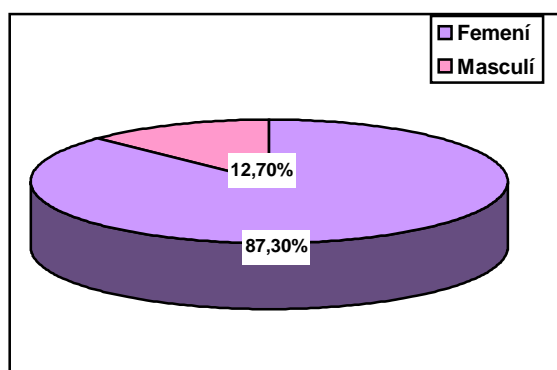
### 5.7.1 Variables personals

L'edat mitjana del grup d'anàlisi és de 40,47 anys, amb un valor mínim de 22 anys i un valor màxim de 61 anys, i una desviació de 10,961. El volum més gran de professionals es troba a la franja d'edat de 31 a 40 anys.



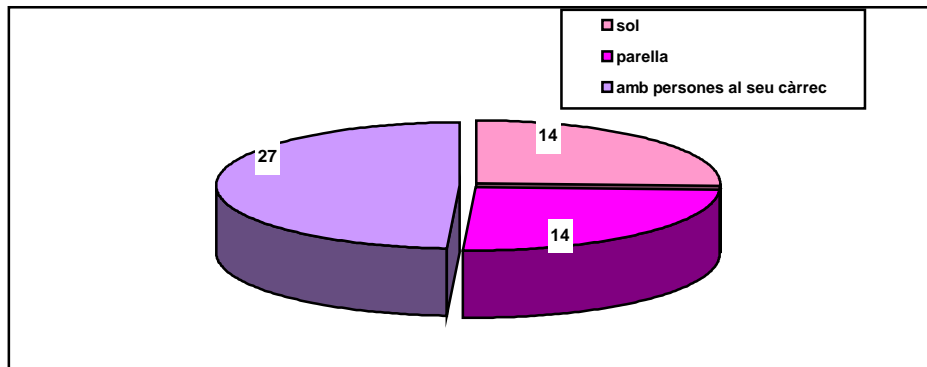
Gràfic 1. Distribució de l'edat

El **gènere** es distribueix de la següent manera, domina el sexe femení 87,3% sobre el masculí 12,7%. Dintre del nostre col·lectiu aquesta és una distribució molt habitual, ja que estem davant d'un col·lectiu majoritàriament integrat per dones.



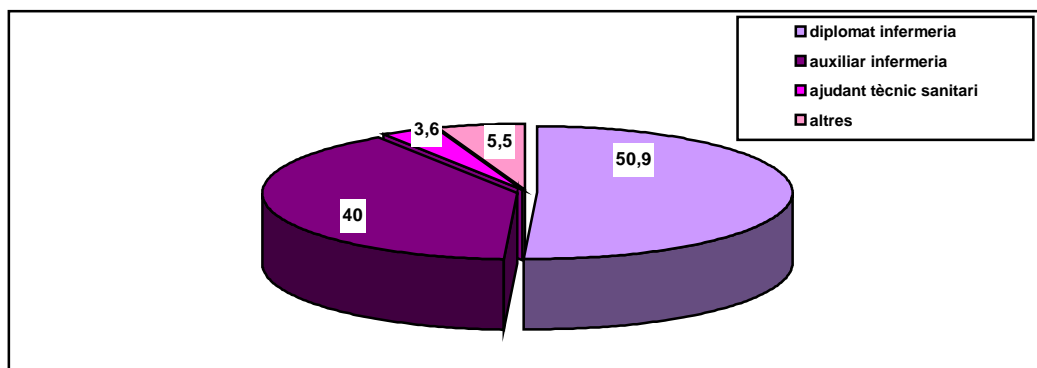
Gràfic 2. Distribució del gènere

Pel que fa a la **situació familiar**, una gran part de treballadors del col·lectiu d’infermeria de l’hospital tenen persones al seu càrrec 49,1%, pel que fa als que viuen amb parella o estan sols la distribució és igual.



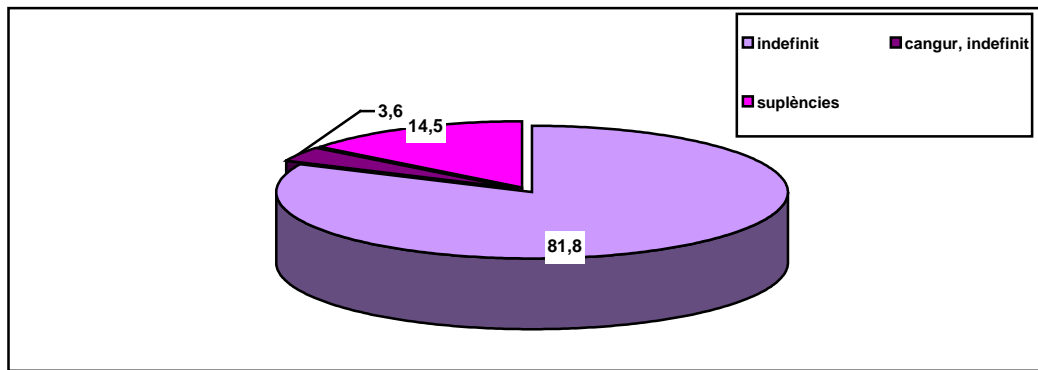
Gràfic 3. Situació familiar

Per **categories professionals**, en percentatges, ens trobem davant d’una mostra on el 50,9% són diplomats d’infermeria i el 40% són auxiliars d’infermeria, els percentatges restants són molt petits pel que fa a ajudants tècnics sanitaris i altres.



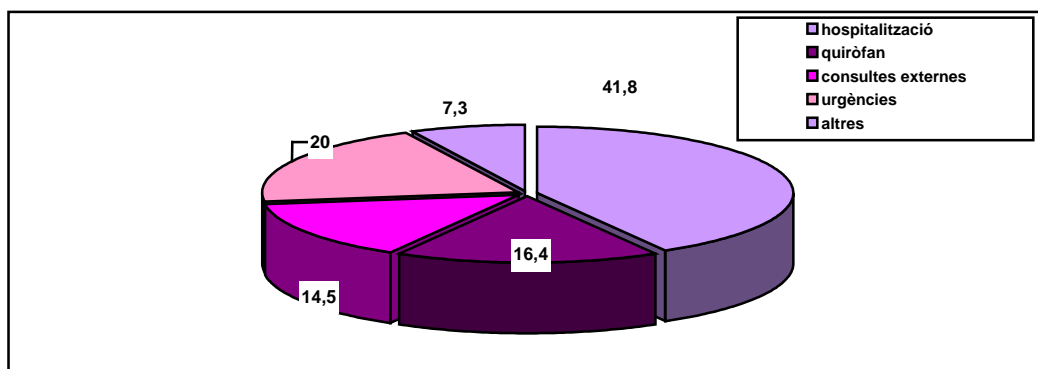
Gràfic 4. Categories professionals

Segons el **tipus de contracte**, ens trobem que majoritàriament els individus de la mostra tenen un contracte indefinit (81,8%)



Gràfic 5. Tipus de contracte

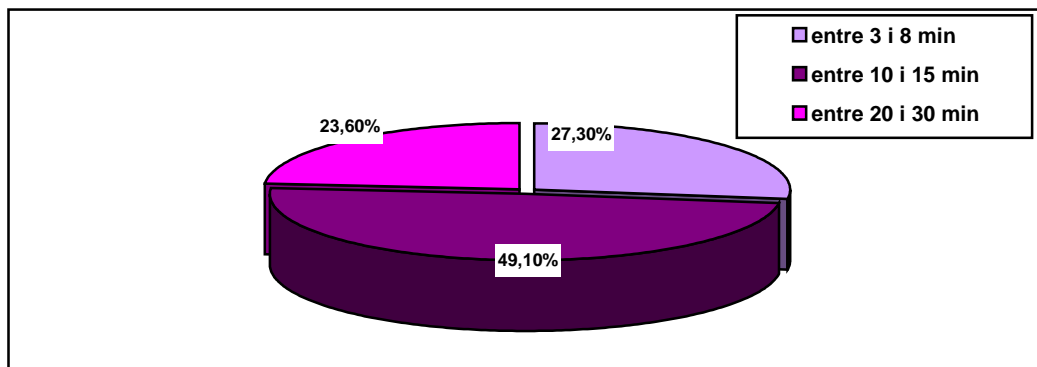
Majoritàriament, l'àrea on es **desenvolupa la pràctica assistencial** és en un 41,8% a hospitalització, és un resultat evident ja que és el sector més gran de l'hospital, en front del segon ítem que és urgències en un 20%.



Gràfic 6. On realitzen la pràctica assistencial

El **temps** mitjà per traslladar-se **de casa a la feina** és de 12,62 minuts, amb un valor mínim de 3 minuts i un màxim de 30 minuts.

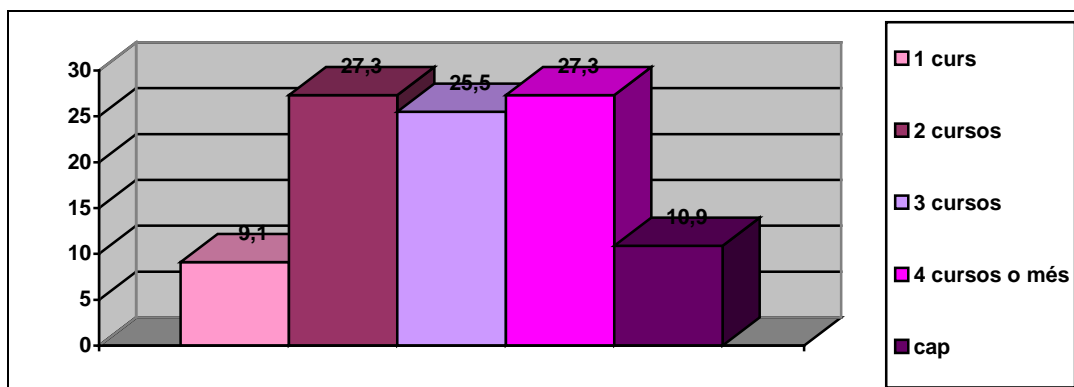
Troblem que el 27,3% triga entre 3 i 8 minuts , el 49,1% triga entre 10 i 15 minuts i el 23,6% triga entre 20 i 30 minuts. L'explicació de que la majoria de professionals triguen menys de 20 minuts a arribar a la feina és que és una zona rural, a les hores punta no hi ha molt transit i a més la majoria viuen dins de la comarca.



Gràfic 7. Temps de casa a la feina.

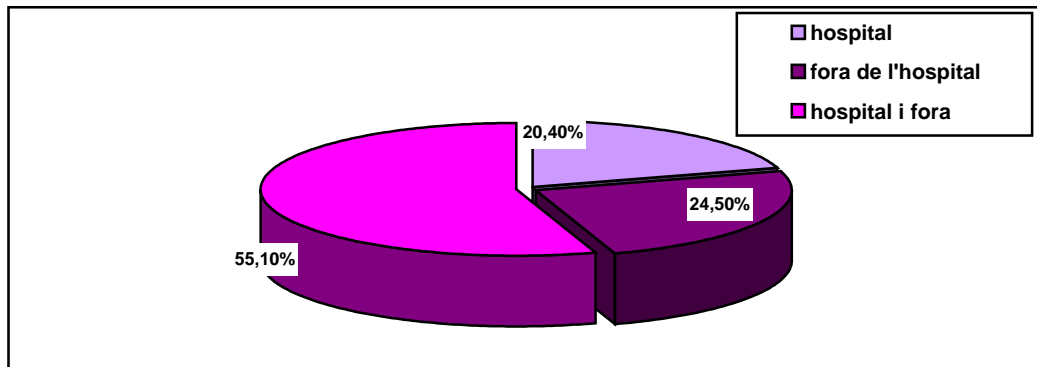
Pel que fa a la **formació**, en número de cursos de 20 hores o més que han realitzat en els últims 5 anys, la distribució és la següent el 52,8 % han realitzat més de 3 cursos. És notable veure que hi ha un 10,9% de persones que en 5 anys no han realitzat cap curs.

Val a dir que la formació des de comarques sovint és més difícil, ja que està molt centralitzada a Barcelona, el desplaçament, el temps...són ítems en contra.



Gràfic 8. Número de cursos realitzats

A la pregunta d'**on han realitzat els cursos**, el 55,1% n'han realitzat tan a l'hospital com a fora ( normalment els realitzats a fora són cursos més especialitzats, en aquest cas un 24,5%), i els realitzats dintre de l'hospital són cursos més generalistes.



Gràfic 9: Lloc de realització dels cursos

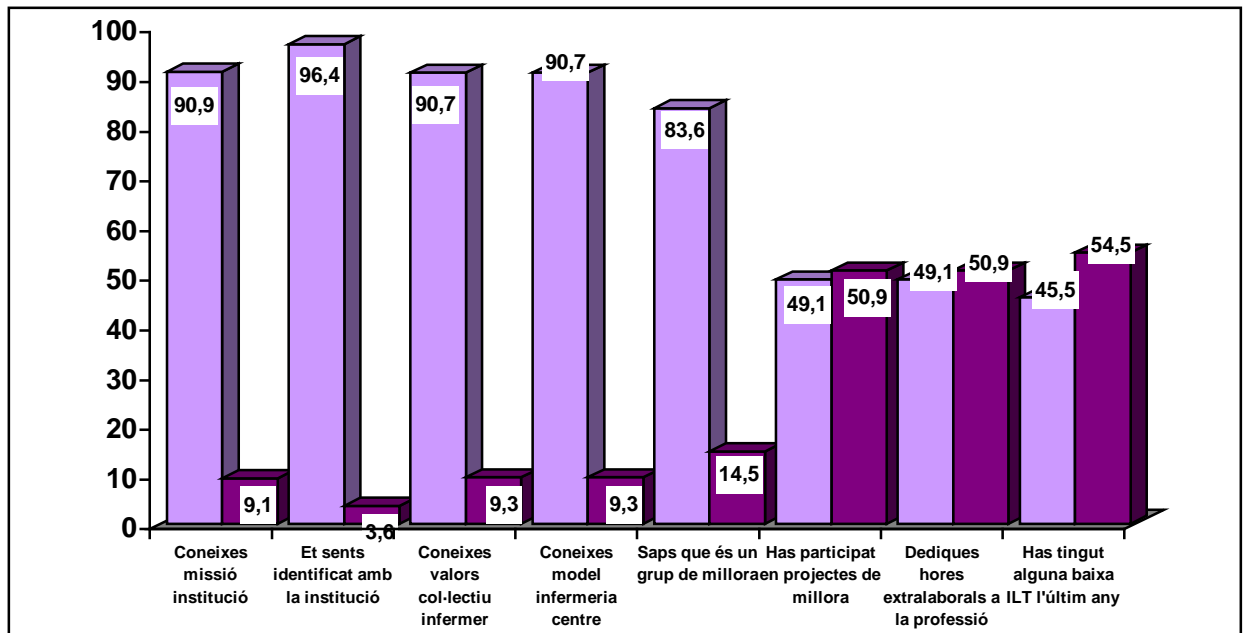
### 5.7.2 Implicació institucional

	SI	NO
1. Coneixes la missió de la teva institució ? (propòsit o finalitat de la institució)	90.9	9.1
2. Et sents identificat amb la institució ?	96.4	3.6
3. Coneixes els valors del col·lectiu infermer ?	90.7	9.3
4. Coneixes el model d'infermeria del centre?	90.7	9.3
5. Saps què és un grup de millora?	83.6	14.5
6. Has participat en algun projecte de millora?	49.1	50.9
7. Dediques hores, fora del teu horari laboral a la teva professió?	49.1	50.9
8. Has tingut alguna baixa ILT en l'últim any?	45.5	54.5

Hi ha un percentatge molt elevat de professionals que coneixen la missió de la institució, que s'hi identifiquen i que coneixen el model i els valors del col·lectiu infermer. Amb un percentatge del 83,6% saben què és un grup de millora.

Un 49,1% dels professionals ha participat en algun projecte de millora, i el mateix percentatge de professionals dediquen a la professió hores fora del seu horari laboral.

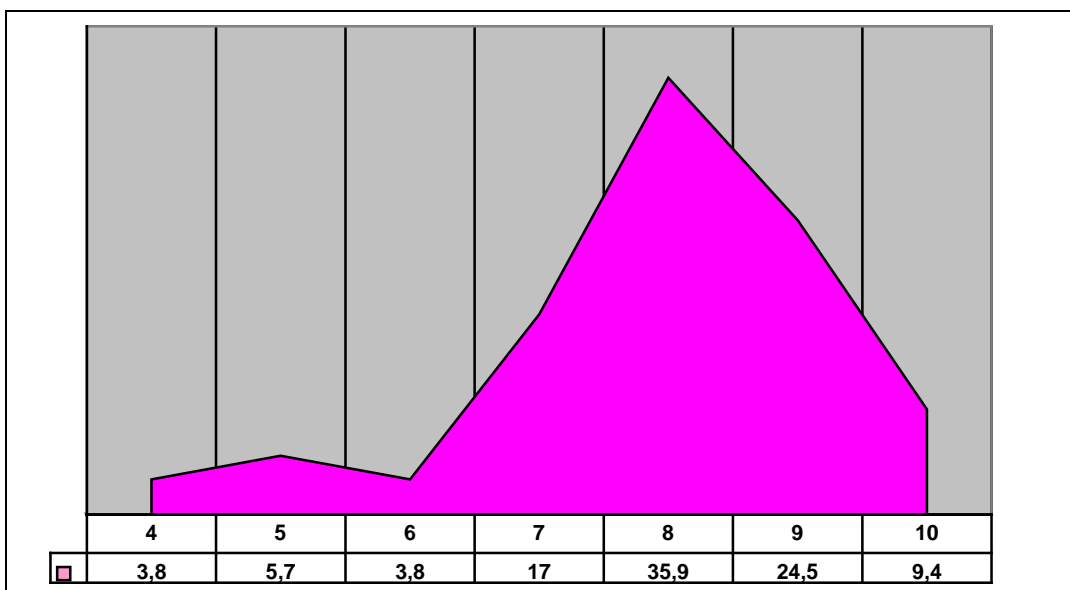
Un 45,5%, ha tingut alguna baixa ILT l'últim any.



Gràfic 10: Implicació institucional

### 5.7.3 Nivell de motivació

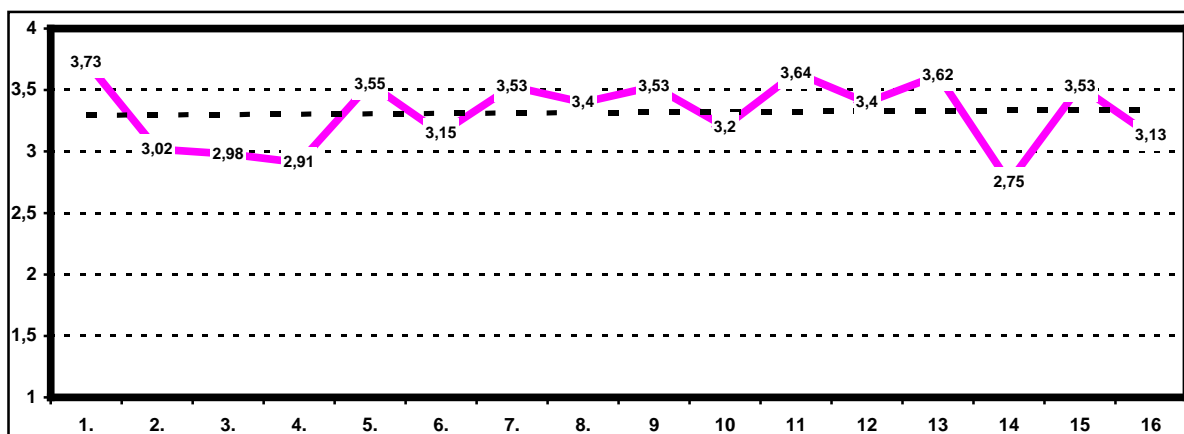
Segons resultats de l'enquesta hi ha un alt grau de motivació per part del professionals al **inici de la jornada**, ja que un 70% dels professionals tenen un nivell de motivació per sobre de 8, i el valor del nivell més baix de motivació és de 4. Cal dir que els valors d'aquests nivells no són reflexa de la realitat del dia a dia a l'hospital. Sembla que els resultats de l'enquesta i el discurs dels professionals a nivell de passadís és contradictori.



Gràfic 11: Nivell de motivació a l'inici de la jornada

En la taula i gràfica següent s’especifica en quina mesura els següents ítems motiven als professionals alhora d’anar a treballar, on 1 és gens i 4 és molt.

ITEMS	Mitja	Desv.
1. Tenir feina segura	3,73	0.560
2. Guanyar el màxim de diners possibles	3,02	0.828
3. Tenir promoció professional	2,98	0.828
4. Poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries	2,91	1.093
5. Adquirir la formació necessària per millorar el meu desenvolupament professional.	3,55	0.741
6. Participar en innovacions o iniciatives de millora assistencial	3,15	0.731
7. El treball a realitzar a la teva pràctica diària	3,53	0.663
8. Disposar de suficient autonomia en el desenvolupament del treball professional	3,4	0.710
9. Tenir reconeixement de la qualitat del meu treball	3,53	0.663
10. Tenir possibilitat de prendre decisions relacionades amb la professió.	3,2	0.826
11. Mantenir una bona relació interpersonal amb els membres de l’equip.	3,64	0.485
12. Promocionar la salut de les persones: família, amics, societat en general	3,40	0.735
13. Ser una ajuda pels membres de l’equip.	3,62	0.527
14. Realitzar esforços i dedicació de manera altruista per millorar el desenvolupament de la professió.	2,75	0.886
15. Cuidar amb la millor qualitat i amb els recursos que es disposen	3,53	0.790
16. Tenir bona relació amb la meva RAS	3,13	0.870



Gràfic 12: Motivació segons diferents ítems.

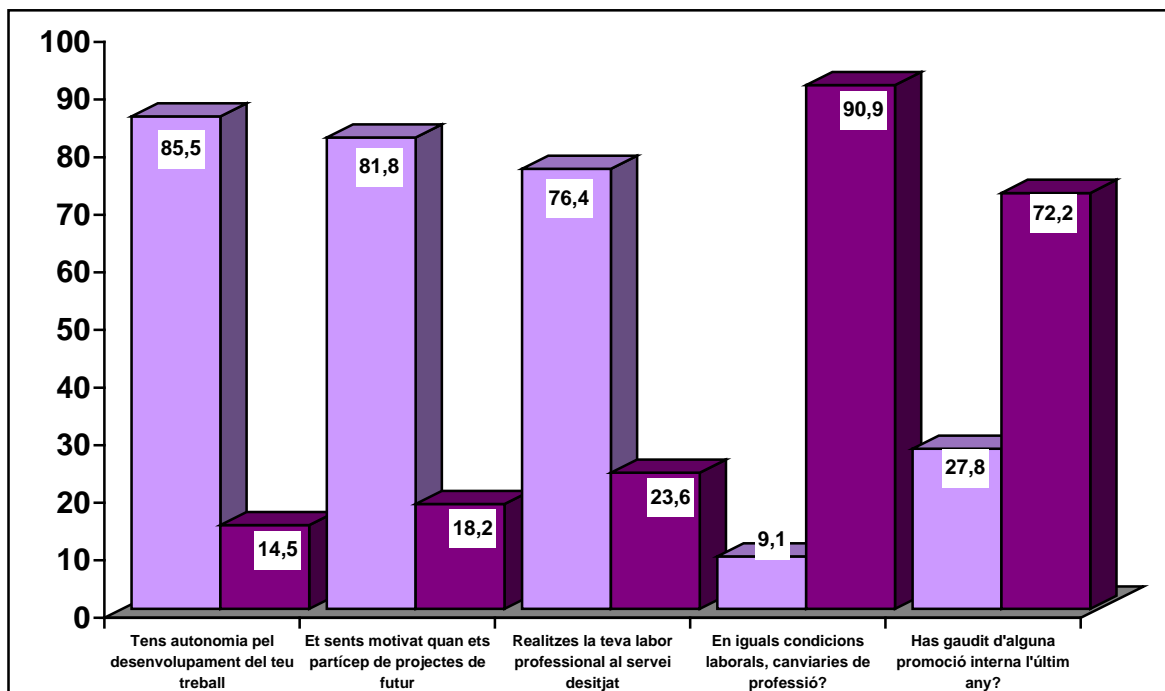
Sembla que el que menys motiva alhora d’anar a treballar és el realitzar esforços altruistes en el desenvolupament de la professió, seguit de poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries.



I el ítem que ha estat més valorat segons el grau de motivació és el de tenir feina segura.

Trobem la línia de tendència entre el 3 i 3,5, això vol dir que el grau de motivació segons els ítems escollits és alt.

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
17. Tens suficient autonomia pel desenvolupament del teu treball professional?	85.5	14.5
18. Et sents motivat quan et fan partícip de projectes de futur?	81.8	18.2
19. Estàs realitzant la teva labor professional en el servei desitjat?	76.4	23.6
20. Canviaries de professió sota les mateixes condicions laborals de sou i horari?	9.1	90.9
21. . Has gaudit d'alguna promoció interna l'últim any?	27.8	72.2



Gràfic 13: Motivació

A la taula i gràfic a dalt exposats veiem que un 76,4% estan desenvolupant la seva tasca professional dintre del servei desitjat i que un 90,9% no canviarien de feina sota les mateixes condicions laborals.

#### **5.7.4 Com creus que podria millorar-se la motivació d’infermeria?** (Pregunta lliure).

Ha contestat aquesta pregunta lliure un 58% de la mostra, i en resum les seves respostes han estat les següents: (respostes a l’annex).

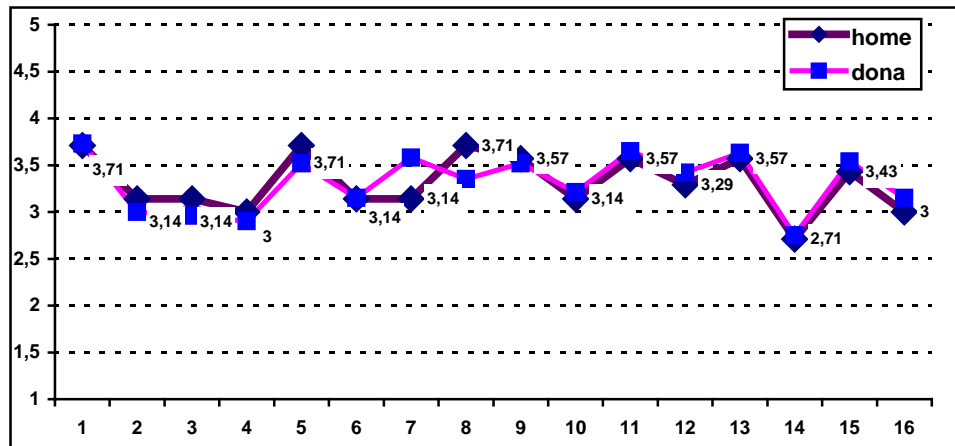
Creuen que es podria millorar la motivació :

- Millorant la comunicació (direcció- comandaments intermitjos, comandaments intermitjos- infermeria base).
- Fent més formació i que l’empresa donés més facilitats, sobretot econòmiques.
- Millorant l’horari laboral, podent triar els festius a treballar...
- Millorant el salari, incentius...
- Millora contractual en professionals suplents.
- Fomentant el treball en equip, equips compatibles i competents.
- Augmentant els recursos humans, disminuint els ratis infermeria/ malalt.
- Fent partícip al personal de projectes de futur.
- Participant en grups de treball i comitès.
- Reconeixent la feina ben feta.
- “Cuidant” més als professionals.
- Augmentant els recursos materials.
- Fent a la infermera més autònoma i independent.
- Tenint el reconeixement de la comunitat cap a la nostra professió.

## 5.8 Anàlisi Inferencial:

GENERE	Home (1)	Dona (2)	Signif.	Diferencia
1. Tenir feina segura	3.71	3.73		
2. Guanyar el màxim de diners possibles	3.14	3.00		
3. Tenir promoció professional	3.14	2.96		
4. Poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries	3.00	2.90		
5. Adquirir la formació necessària per millorar el meu desenvolupament professional.	3.71	3.52		
6. Participar en innovacions o iniciatives de millora assistencial	3.14	3.15		
7. El treball a realitzar a la teva pràctica diària	3.14	3.58		
8. Disposar de suficient autonomia en el desenvolupament del treball professional	3.71	3.35		
9. Tenir reconeixement de la qualitat del meu treball	3.57	3.52		
10. Tenir possibilitat de prendre decisions relacionades amb la professió.	3.14	3.21		
11. Mantenir una bona relació interpersonal amb els membres de l'equip.	3.57	3.65		
12. Promocionar la salut de les persones: família, amics, societat en general	3.29	3.42		
13. Ser una ajuda pels membres de l'equip.	3.57	3.63		
14. Realitzar esforços i dedicació de manera altruista per millorar el desenvolupament de la professió.	2.71	2.75		
15. Cuidar amb la millor qualitat i amb els recursos que es disposen	3.43	3.54		
16. Tenir bona relació amb la meva RAS	3.00	3.15		

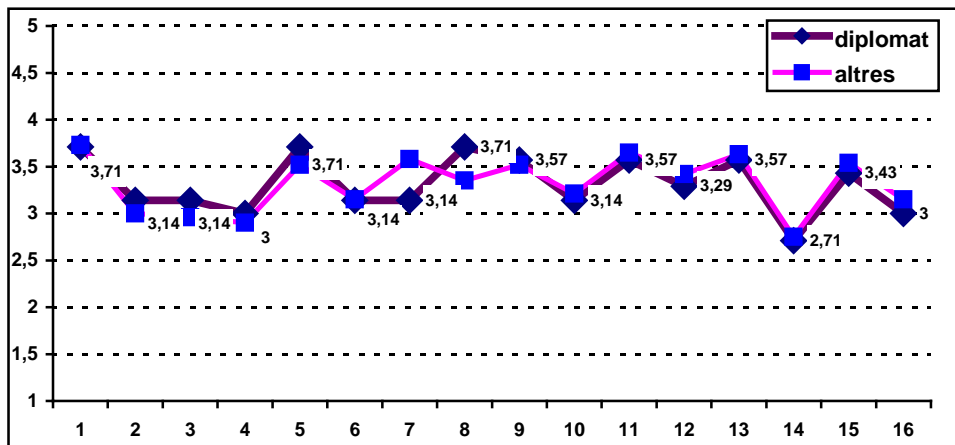
El grau de motivació no varia massa en **relació al gènere**, segueix una corba molt semblant, es pot veure a la gràfica que es mostra a continuació. Les línies de tendència les trobem tant pel gènere masculí com pel femení entre el 2,71 i el 3,73 sense significacions entre els diferents gèneres.



Gràfic 14: Motivació relacionada amb gènere

CATEGORIA PROFESSIONAL	Diplomat (1)	Altres (2)	Signif.	Diferència
1. Tenir feina segura	3.61	3.85		
2. Guanyar el màxim de diners possibles	2.82	3.22		
3. Tenir promoció professional	3.04	2.93		
4. Poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries	2.68	3.15		
5. Adquirir la formació necessària per millorar el meu desenvolupament professional.	3.75	3.33	.036	1>2
6. Participar en innovacions o iniciatives de millora assistencial	3.32	2.96	.05	1>2
7. El treball a realitzar a la teva pràctica diària	3.68	3.37		
8. Disposar de suficient autonomia en el desenvolupament del treball professional	3.57	3.22	.05	1>2
9. Tenir reconeixement de la qualitat del meu treball	3.64	3.41		
10. Tenir possibilitat de prendre decisions relacionades amb la professió.	3.39	3.00		
11. Mantenir una bona relació interpersonal amb els membres de l'equip.	3.61	3.67		
12. Promocionar la salut de les persones: família, amics, societat en general	3.39	3.41		
13. Ser una ajuda pels membres de l'equip.	3.50	3.74		
14. Realitzar esforços i dedicació de manera altruista per millorar el desenvolupament de la professió.	2.64	2.85		
15. Cuidar amb la millor qualitat i amb els recursos que es disposen	3.61	3.44		
16. Tenir bona relació amb la meua RAS	2.93	3.33		

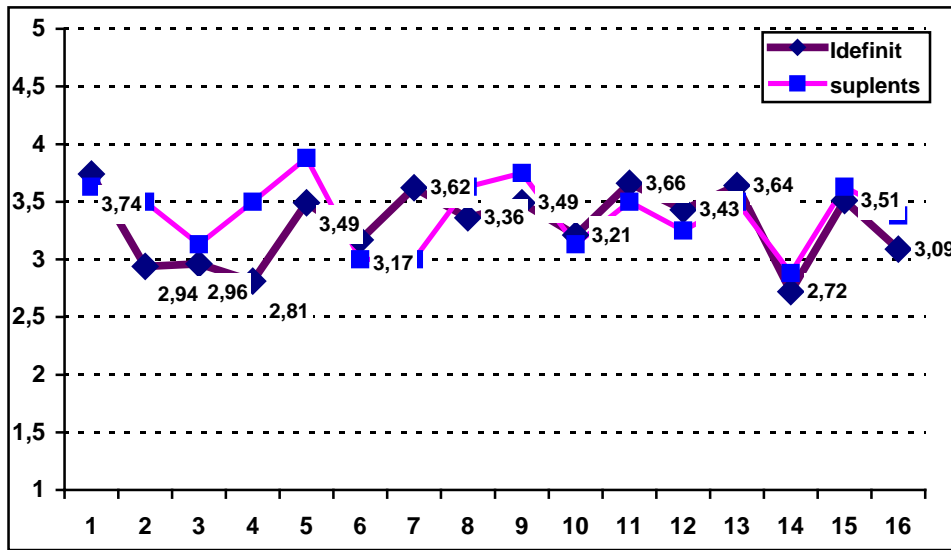
Pel que fa a la **categoría professional**, el col·lectiu més motivat alhora d'adquirir la formació necessària per tal de millorar el seu desenvolupament professional és el de diplomats d'infermeria en contra del d' auxiliars d'infermeria. Pel que fa a participar en iniciatives de millora professional i poder tenir suficient autonomia a desenvolupar el seu treball professional, també és el col·lectiu de diplomats d'infermeria el que més motivat està.



Gràfic 15: Motivació relacionada amb categoria professional.

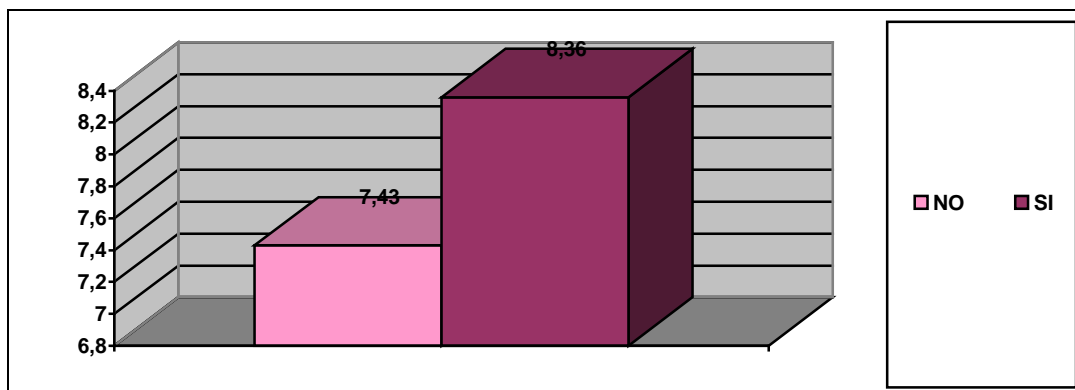
TIPUS DE CONTRACTE	Indefinit (1)	Suplències (2)	Signif.	Diferència
1. Tenir feina segura	3.74	3.63		
2. Guanyar el màxim de diners possibles	2.94	3.50	.026	2>1
3. Tenir promoció professional	2.96	3.13		
4. Poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries	2.81	3.50		
5. Adquirir la formació necessària per millorar el meu desenvolupament professional.	3.49	3.88	.033	2>1
6. Participar en innovacions o iniciatives de millora assistencial	3.17	3.00		
7. El treball a realitzar a la teva pràctica diària	3.62	3.00	.013	1>2
8. Disposar de suficient autonomia en el desenvolupament del treball professional	3.36	3.63		
9. Tenir reconeixement de la qualitat del meu treball	3.49	3.75		
10. Tenir possibilitat de prendre decisions relacionades amb la professió.	3.21	3.13		
11. Mantenir una bona relació interpersonal amb els membres de l'equip.	3.66	3.50		
12. Promocionar la salut de les persones: família, amics, societat en general	3.43	3.25		
13. Ser una ajuda pels membres de l'equip.	3.64	3.50		
14. Realitzar esforços i dedicació de manera altruista per millorar el desenvolupament de la professió.	2.72	2.88		
15. Cuidar amb la millor qualitat i amb els recursos que es disposen	3.51	3.63		
16. Tenir bona relació amb la meva RAS	3.09	3.38		

En la taula i gràfica següents queda palès que el personal amb un contracte de suplències els motiva més el guanyar el màxim de diners possibles i adquirir la formació necessària per la millora del seu desenvolupament professional que no pas el personal amb un contracte indefinit. Però, per el contrari els professionals amb un contracte indefinit els motiva el treball a realitzar a la pràctica diària per sobre dels professionals que tenen un contracte de suplències.



Gràfic 16: Motivació relacionada amb tipus de contracte.

Segons la gràfica a sota exposada podem veure que els professionals que pertanyen a un grup de millora, la mitjana del seu valor pel que fa al nivell de motivació, és més elevat que els que no pertanyen a cap grup de millora.



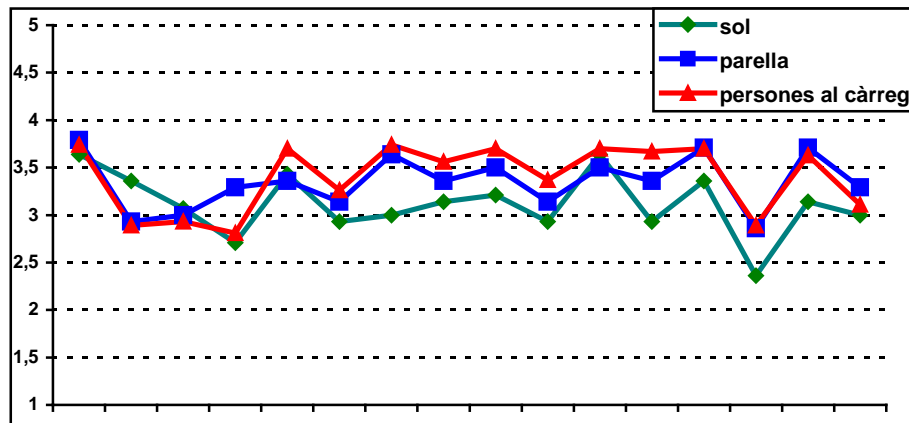
Gràfic 17: Nivell de motivació segons pertinença a un grup de millora

<b>SITUACIÓ FAMILIAR</b>	<b>sol (1)</b>	<b>Parella (2)</b>	<b>Persones al càrreg (3)</b>	<b>Signif.</b>	<b>Diferència</b>
1. Tenir feina segura	3.64	3.79	3.74		
2. Guanyar el màxim de diners possibles	3.36	2.93	2.89		
3. Tenir promoció professional	3.07	3.00	2.93		
4. Poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries	2.71	3.29	2.81		
5. Adquirir la formació necessària per millorar el meu desenvolupament professional.	3.43	3.36	3.70		
6. Participar en innovacions o iniciatives de millora assistencial	2.93	3.14	3.26		
7. El treball a realitzar a la teva pràctica diària	3.00	3.64	3.74	.001	3>2>1
8. Disposar de suficient autonomia en el desenvolupament del treball professional	3.14	3.36	3.56		
9. Tenir reconeixement de la qualitat del meu treball	3.21	3.50	3.70	.077	3>2>1
10. Tenir possibilitat de prendre decisions relacionades amb la professió.	2.93	3.14	3.37		
11. Mantenir una bona relació interpersonal amb els membres de l'equip.	3.64	3.50	3.70		
12. Promocionar la salut de les persones: família, amics, societat en general	2.93	3.36	3.67	.007	3>2>1
13. Ser una ajuda pels membres de l'equip.	3.36	3.71	3.70		
14. Realitzar esforços i dedicació de manera altruista per millorar el desenvolupament de la professió.	2.36	2.86	2.89		
15. Cuidar amb la millor qualitat i amb els recursos que es disposen	3.14	3.71	3.63		
16. Tenir bona relació amb la meva RAS	3.00	3.29	3.11		



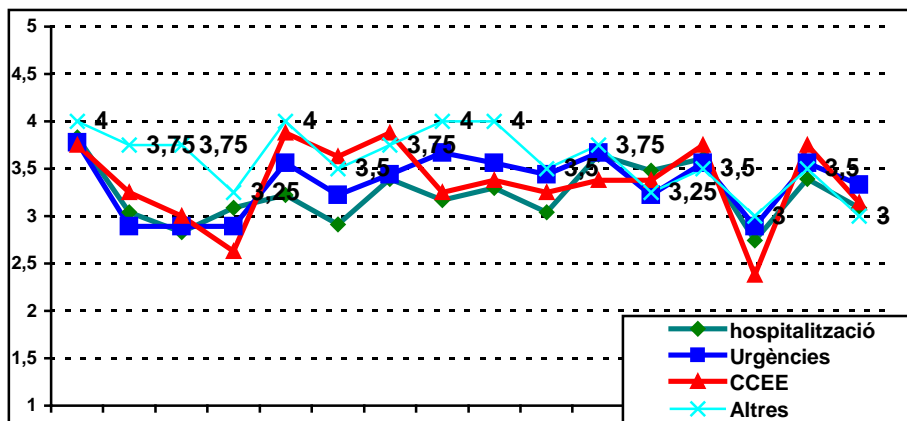
A la taula anterior i la gràfica següent queda evident que els professionals que tenen persones al seu càrrec els motiva més el treball a realitzar en la seva pràctica diària, que no pas els que només viuen en parella i encara menys els que viuen sols. Igualment, i pel mateix ordre se senten més motivats pel que fa a tenir reconeixement de la qualitat del treball en primer lloc els professionals que tenen persones al càrrec i per últim els que viuen sols.

També són els professionals que tenen persones al seu càrrec els que més valoren promocionar la salut de les persones: família, amics i societat en general.



Gràfic 18: Motivació relacionada amb situació familiar.

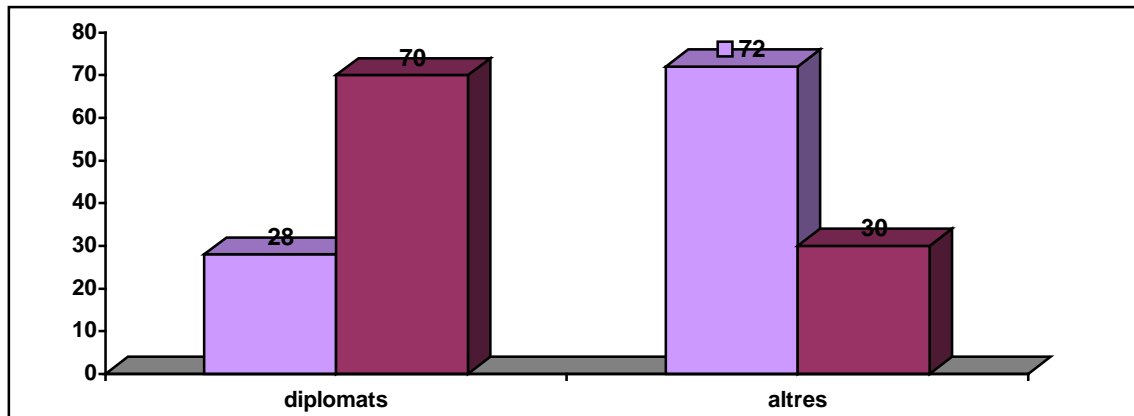
LLOC DE TREBALL	Hospitalització (1)	Urgències (2)	CCEE (3)	Altres (4)	Signif.	Diferència
1. Tenir feina segura	3.83	3.78	3.75	4.00		
2. Guanyar el màxim de diners possibles	3.04	2.89	3.25	3.75		
3.Tenir promoció professional	2.83	2.89	3.00	3.75		
4. Poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries	3.09	2.89	2.63	3.25		
5. Adquirir la formació necessària per millorar el meu desenvolupament professional.	3.22	3.56	3.88	4.00		
6. Participar en innovacions o iniciatives de millora assistencial	2.91	3.22	3.63	3.50		
7. El treball a realitzar a la teva pràctica diària	3.39	3.44	3.88	3.75		
8. Disposar de suficient autonomia en el desenvolupament del treball professional	3.17	3.67	3.25	4.00		
9. Tenir reconeixement de la qualitat del meu treball	3.30	3.56	3.38	4.00		
10. Tenir possibilitat de prendre decisions relacionades amb la professió.	3.04	3.44	3.25	3.50		
11. Mantenir una bona relació interpersonal amb els membres de l'equip.	3.65	3.67	3.38	3.75		
12. Promocionar la salut de les persones: família, amics, societat en general	3.48	3.22	3.38	3.25		
13. Ser una ajuda pels membres de l'equip.	3.61	3.56	3.75	3.50		
14. Realitzar esforços i dedicació de manera altruista per millorar el desenvolupament de la professió.	2.74	2.89	2.38	3.00		
15. Cuidar amb la millor qualitat i amb els recursos que es disposen	3.39	3.56	3.75	3.50		
16. Tenir bona relació amb la meva RAS	3.09	3.33	3.14	3.00		



Gràfic 19: Motivació relacionada amb lloc de treball.

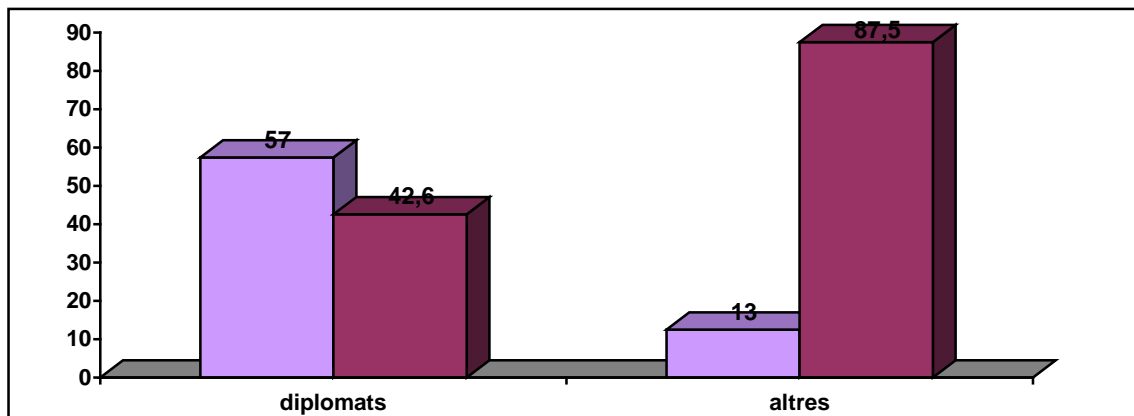
Pel que fa a la motivació relacionada amb el lloc de treball, a la gràfica que es mostra a dalt es pot veure que el grup “d’altres” sembla més motivat que els altres grups, aquest grup està integrat sobretot per comandaments intermitjos i professionals d’hospital de dia.

Pel que fa a les **baixes laborals** hi ha una clara significació entre diplomats d’infermeria i altres professionals. Entre el col·lectiu dels diplomats un 28% han tingut una baixa ILT l’últim any, pel que fa als altres col·lectius (majoritàriament auxiliars d’infermeria) estan en un percentatge del 72%.



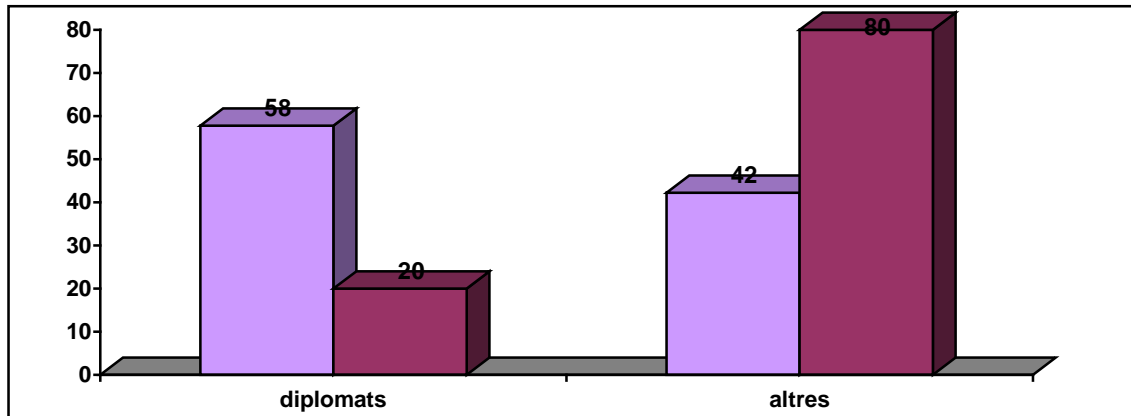
Gràfic 20: Baixes ILT

Referent a l'**autonomia per desenvolupar el treball professional**, els col·lectius que no són diplomats d’infermeria no ho valoren com a font de motivació en un 87,5%, en front dels diplomats que no ho valoren en un 12,5%.



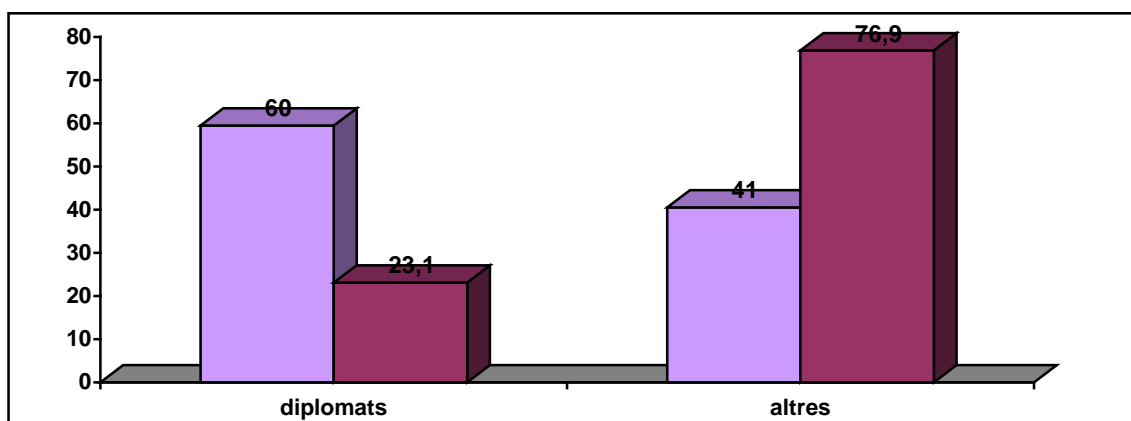
Gràfic 21: Autonomia

També hi ha una significació pel que fa a la motivació quan et **fan participar d'un projecte de futur**, el col·lectiu dels diplomats, en un 57,8% ho valoren més positiu que la resta de col·lectius, en un 42,2%.



Gràfic 22: Motivació quan el fan participar en projectes de futur per categoria professional.

Un 59,5% dels diplomats d'infermeria estan en el **servei desitjat**, en canvi els altres col·lectius hi estan en un 40,5%.



Gràfic 23: Treballar en el servei desitjat segons categoria professional.

## 6 CONCLUSIONS

A continuació es detallen les conclusions obtingudes en l'estudi sobre *Grups de millora i motivació*.

Les dades han estat recollides a través d'un qüestionari i l'explotació de les mateixes ha estat realitzada mitjançant un paquet estadístic SPSS per a Windows (Social Packadge for Socials Sciences).

El perfil de la mostra és bàsicament de gènere femení, una distribució molt habitual ja que estem en un col·lectiu majoritàriament integrat per dones. S'ha pogut veure que el grau de motivació no varia massa en relació al gènere.

L'edat mitjana de la mostra és de 40,47 anys, amb un valor mínim de 22 anys i un màxim de 61 anys.

El col·lectiu més gran, tant per volum com per edat, és el de les auxiliars d'infermeria.

El 49% de la mostra, són professionals amb persones al seu càrrec. Els professionals que tenen persones al seu càrrec són els que els motiva més el treball a realitzar en la seva pràctica diària, en contra dels que viuen sols o en parella. Una possible explicació seria que els que tenen més responsabilitats a la seva vida personal, el seu grau de responsabilitat també augmenta a la seva vida professional, i els motiva fer la feina ben feta i ser competents en el dia a dia.

El temps mitjà per traslladar-se de casa a la feina és de 12,62 minuts, amb un valor mínim de 3 minuts i un màxim de 30 minuts, és una població rural i no hi ha problemes de trànsit, la majoria de professionals van a treballar amb vehicle propi.

Pel que fa a la formació el 52,8% han realitzat més de 3 cursos en els darrers 5 anys, però també cal destacar que hi ha un 10,9% de professionals que en els últims 5 anys no han realitzat cap curs. Val a dir que la formació des de comarques

sovint és més difícil ja que està molt centralitzada a Barcelona, el desplaçament, el temps.. són ítems que van en contra.

El col·lectiu dels diplomats d'infermeria estan més motivats alhora d'adquirir formació per millorar el seu desenvolupament professional i també quan el fan partícip de projectes de futur. Voldria fer un apunt pel que fa a la formació en el col·lectiu de les diplomades, és un ítem necessari per poder accedir als diferents nivells de carrera professional, fins fa pocs dies, que es va aprovar l'últim conveni, les auxiliars d'infermeria no tenien possibilitat d'accedir a carrera professional, a partir d'ara que ja hi podran accedir pot ser que el grau de motivació alhora de fer formació sigui molt més gran.

Els diplomats els motiva més tenir autonomia per desenvolupar el seu treball professional que els altres col·lectius, no és rar ja que les auxiliars tenen un rol delegat, en canvi els diplomats d'infermeria tenen una professió pròpia.

Segons el resultat de l'enquesta un percentatge molt elevat, independentment del tipus de contracte i de la categoria professional, coneixen la missió de la institució, s'hi identifiquen i coneixen el model i els valors del col·lectiu infermer.

Un gran percentatge de professionals saben què és un grup de millora (83,6%), i un 49,1 % han participat en algun projecte de millora.

El 81,1% tenen un contracte indefinit i la major part desenvolupa la seva pràctica assistencial a hospitalització, cal puntualitzar que és el sector més gran de l'hospital. No hi ha diferències significatives segons tipus de contracte pel que fa a la implicació amb la institució, encara que val a dir que els professionals amb contracte indefinit han participat més en grups de millora que no els que tenen contracte de suplències.

Segons la teoria de jerarquia de necessitats d'A. Maslow (1954), únicament quan la persona aconsegueix satisfer les necessitats inferiors, entren gradualment les necessitats superiors, i amb això la motivació per poder satisfer-les. El personal amb un contracte de suplències els motiva més el guanyar el màxim de diners possible, pel contrari el personal amb un contracte indefinit els motiva més el treball a realitzar en la pràctica diària. Una possible explicació aniria orientada pel fet que

el personal amb contracte indefinit ja té un sou fix cada mes, llavors la necessitat de guanyar diners ja la tenen satisfeta per cobrir les seves càrregues econòmiques i això fa que sentin més motivació per altres qüestions com el treball a realitzar en la pràctica diària. Pel contrari els professionals amb contractes de suplències depèn de les hores que treballen tenen un sou o un altre, per tant, primer han de satisfer la necessitat per cobrir les càrregues econòmiques i després ja passaran a un nivell superior.

Diu molt d'aquest col·lectiu el fet que sota les mateixes condicions laborals de sou i horari no canviarien de feina, en un 90,9%. Val a dir que el nivell de motivació a l'inici de la jornada laboral és molt alt (segons l'enquesta).

Segons la Teoria de Motivació i Higiene de Herzberg i dintre dels factors motivadors, la referència al terme motivació com aquell que engloba sentiments de realització, creixement, i de reconeixement professional, manifestat en l'execució de tasques i activitats que constitueixen un gran desafiament i tenen força significació en la feina, junt amb el raonament que quan aquests factors són òptims eleven la motivació de manera substancial. És una base teòrica que explica una part del resultat de l'estudi, ja que a la relació entre nivell de motivació i pertànyer a un grup de millora s'ha demostrat que els professionals que participen o han participat en algun grup de millora tenen un nivell de motivació més alt a l'inici de la jornada laboral que els que no hi ha participat. D'aquesta manera s'afirmaria la hipòtesi exposada al principi del treball.

Des de la subjectivitat, penso que les dades obtingudes en aquest treball no són reflexa de la realitat de l'hospital i que hi ha un biaix en les respostes pel fet que quan es van repartir les enquestes encara que les respostes eren anònimes, l'autora del treball era la directora d'infermeria (abans no), i torno a remarcar, des de la subjectivitat, una gran part dels professionals varen contestar el que era, segons ells, políticament correcte. Les enquestes no han estat contestades amb la màxima sinceritat, no les han contestat com a un treball d'una alumna d'un mestratge sinó com a una enquesta que ve directament de la direcció.



El nombre de professionals d'infermeria de l'hospital no és molt gran i moltes d'aquestes persones han manifestat que encara que l'enquesta sigui anònima i confidencial, l'investigador pot identificar per edat i situació professional a cada persona i això ha comportat que les respostes no siguin reflexa de la realitat.

També caldria fer esmena en aquestes conclusions que els grups de millora que van començar a funcionar després de l'espai per la reflexió, no tots varen aconseguir els objectius marcats i es van desfer.

## 6.1 Propostes

Durant el desenvolupament d'aquest treball m'he adonat que hi havia camps on s'hauria d'aprofundir molt més per tal de poder valorar la motivació dels professionals d'infermeria, al ser un col·lectiu bàsicament integrat per dones, i tal com està la societat avui, encara és la dona qui porta molt del pes de la casa, llavors seria important també obrir línies d'investigació referides a motivació i conciliació de la vida familiar en la nostra professió.

Altres propostes per a noves línies d'investigació dintre del col·lectiu d'infermeria de l'Hospital Sant Bernabé anirien dirigides a :

- Motivació d'infermeria i rol autònom, ja que durant les enquestes ha anat sortint aquest concepte.
- Motivació del col·lectiu d'infermeria i formació.
- Motivació del col·lectiu d'infermeria i horaris laborals.

## 7 BIBLIOGRAFIA

- Marriner A. Administración y liderazgo en enfermería. Madrid: Mosby-Doyma; 1996: 341-349.
- Tejada J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Fundación “la Caixa”; 1997.
- Forsyth P. Como motivar a la gente. Barcelona: Editorial Gedisa ; 2001.
- Galpin T. La cara humana del cambio. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998.
- Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 1999.
- Elaine L. Dirección y Administración en enfermería. Barcelona: Doyma libros; 1994.
- Rodríguez J. El factor humano en la empresa. Bilbao: Ediciones Deusto; 1990.
- Gil F, García M. Grupos en las organizaciones. Madrid: Ediciones Pirámide; 1997.
- Amorós,J. La Nova Cultura Empresarial, una resposta agosarada als reptes del segle XXI: CIDEM ;1998.
- Morin, P. La motivación: como mejorarla en la empresa. Barcelona: Gestión 2000; 1998.
- Maslow, A.H. Motivación y personalidad. Sagitario S.A; 1975.
- Club de Gestión de Calidad (2002) “El modelo efqm” ( en linea<  
<http://www.clubcalidad.es/cgc/fundamentosefqm.htm><
- Varo,J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Ed. Diaz de santos; 1994.

- Koch,H. Gestión total de la calidad en sanidad. Ed. SG Editores SA i Fundació Avedia Donabedian; 1994.
- Juran. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Ed. Diaz de Santos; 1994.
- Improven consultores “Calidad total-EFQM-ISO 9000 diferencias y similitudes” ([http://www.improven-consultores.com/paginas/documentos\\_gratuitos/iso\\_efqm.php](http://www.improven-consultores.com/paginas/documentos_gratuitos/iso_efqm.php))
- Vélaz Rivas,J.I. Motivos y motivación en la empresa. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 1996.
- Senge, P. La quinta disciplina en la pràctica. Barcelona: Ediciones Granica; 1995.
- Lévy-Levoyer,C. La Motivación en la Empresa. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2003.
- Gestipolis “La motivación” (<http://www.gestipolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rhh/lamotivacion.htm>)
- Derebote com “Teorias de motivación” ([http://www.derebote.com/negocios/motivacion\\_liderazgo/teorias\\_motivacion\\_pr\\_ofun...](http://www.derebote.com/negocios/motivacion_liderazgo/teorias_motivacion_pr_ofun...))
- El prisma “Motivación” ([http://www.elprisma.com/apuntes/administracion\\_de\\_empresas/motivacion1/default3...](http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/motivacion1/default3...))

## 8 ANNEXES

# ***ANNEXES***

---

## ANNEX 1

Com a alumna del MESTRATGE EN ADMINISTRACIÓ I GESTIÓ D'INFERMERIA, que es realitza a l'escola SANTA MADRONA, estic treballant en la recerca sobre "MOTIVACIÓ I GRUPS DE MILLORA A L'HOSPITAL SANT BERNABÉ"

Aquesta enquesta té com a finalitat conèixer el grau de motivació que té el personal d'infermeria de l'Hospital Sant Bernabé que ha participat en algun projecte de millora (dintre o no dels grups de millora, sessions clíniques d'infermeria, elaboració de documents per algun servei...).

Donat el caràcter anònim d'aquest qüestionari i les **garanties de confidencialitat**, és per això que et demano la **màxima sinceritat** al respondre a les qüestions plantejades.

Per respondre a les preguntes; en algunes has de marcar amb una X la resposta que tu creguis més adient, fixant-te en l'encapçalament de cada grup d'elles, en altres només has de escriure un número (p.ex: ..... anys), i la última pregunta és per desenvolupar en unes quantes línies.

Agraint per endavant la teva col·laboració.  
Resto a la teva disposició.

Sara Tor i Sala  
Berga, gener 2005

## QÜESTIONARI

### **DADES PERSONALS**

1. EDAT.....anys.
2. SEXE:
  1. Home
  2. Dona
3. SITUACIÓ FAMILIAR (Pots marcar més d'un si és el cas):
  1. Sol
  2. Parella
  3. Amb persones al teu càrrec
4. CATEGORIA PROFESSIONAL:
  1. Diplomada infermeria
  2. Auxiliar d'infermeria
  3. Ajudant tècnic sanitari
  4. Altres
5. ANY D'OBTENCIÓ DEL TÍTOL .....
6. ANYS D'EXPERIÈNCIA PROFESSIONAL.....anys.
7. TIPUS DE CONTRACTE:
  1. Indefinit
  2. Indefinit, cangur.
  3. Suplències
8. A QUINA ÀREA DESENVOLUPES ACTUALMENT LA TEVA FEINA?
  1. Hospitalització
  2. Quiròfan
  3. Consultes externes
  4. Urgències
  5. Altres
9. QUAN TEMPS TARDES EN TRASLLADAR-TE DE CASA AL LLOC DE TREBALL?  
.....minuts
10. NOMBRE DE CURSOS DE 20 HORES O MÉS QUE HAS REALITZAT EN ELS ÚLTIMS 5 ANYS.
  1. 1 curs
  2. 2 cursos
  3. 3 cursos
  4. 4 cursos o més
  5. cap
- 11.- ON HAS REALITZAT ELS CURSOS?
  1. A l'hospital
  2. Fora de l'hospital

## 12.- IMPLICACIÓ INSTITUCIONAL

	SI	NO
1. Coneixes la missió de la teva institució ? (propòsit o finalitat de la institució)		
2. Et sents identificat amb la institució ?		
3. Coneixes els valors del col·lectiu infermer ? (entendem per valors la filosofia de treball del col·lectiu)		
4. Coneixes el model d'infermeria del centre?		
5. Saps què és un grup de millora?		
6. Has participat en algun projecte de millora?		
7. Dediques hores, fora del teu horari laboral a la teva professió?		
8. Has tingut alguna baixa ILT en l'últim any?		

## 13.- MOTIVACIÓ

Senyala amb una creu sobre la línia el nivell de motivació professional que tens quan comences la jornada laboral.

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

---

## 14.- VALORA DEL 1 AL 4 EN QUINA MESURA AQUESTS ÍTEMS ET MOTIVEN PER VENIR A TREBALLAR (on 1= GENS 4=MOLT).

ITEMS	1	2	3	4
1. Tenir feina segura				
2. Guanyar el màxim de diners possibles				
3. Tenir promoció professional				
4. Poder accedir a un torn i/o servei mitjançant convocatòries				
5. Adquirir la formació necessària per millorar el meu desenvolupament professional.				
6. Participar en innovacions o iniciatives de millora assistencial				
7. El treball a realitzar a la teva pràctica diària				
8. Disposar de suficient autonomia en el desenvolupament del treball professional				
9. Tenir reconeixement de la qualitat del meu treball				
10. Tenir possibilitat de prendre decisions relacionades amb la professió.				



11. Mantenir una bona relació interpersonal amb els membres de l'equip.				
12. Promocionar la salut de les persones: família, amics, societat en general				
13. Ser una ajuda pels membres de l'equip.				
14. Realitzar esforços i dedicació de manera altruista per millorar el desenvolupament de la professió.				
15. Cuidar amb la millor qualitat i amb els recursos que es disposen				
16. Tenir bona relació amb la meva RAS				
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
17. Tens suficient autonomia pel desenvolupament del teu treball professional?				
18. Et sents motivat quan et fan partícip de projectes de futur?				
19. Estàs realitzant la teva labor professional en el servei desitjat?				
20. Canviaries de professió sota les mateixes condicions laborals de sou i horari?				
21. . Has gaudit d'alguna promoció interna l'últim any?				

**15. Com creus que podria millorar-se la motivació d'infermeria?**

.....

.....

.....

.....

.....

Gràcies per la teva col·laboració.

ITEMS	UNIVOCITAT		PERTINENÇA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
1	7		7					2	5
2	7		7				2		5
3	7		7			2		1	4
4	7		7				2		5
5	7		7					4	3
6	7		7					2	5
7	7		7				2		5
8	7		7					2	5
9	7		7				2		5
10	7		7				2	1	4
11	7		7			2			
12.1	7		7					4	3
12.2	7		7				2		5
12.3	7		7					2	5
12.4	7		7				2	1	4
12.5	7		7				2		5
12.6	7		7				2		5
12.7	5	2	7		2			1	4
12.8	7		7					2	5
13	7		7					2	5
14.1	7		7					2	5
14.2	7		7				2	1	4
14.3	7		7			2			5
14.4	7		7			2		2	3
14.5	7		7			2	2		3
14.6	7		7				2		5
14.7	7		7			2		1	4
14.8	7		7			2			5
14.9	7		7				2		5
14.10	7		7				2		5
14.11	7		7					3	4
14.12	7		7				2	1	4
14.13	7		7			2			5
14.14	7		7				1		6
14.15	5	2	7			2	1		4
14.16	7		7			2	1	1	3
14.17	7		7					2	5
14.18	7		7				2		5
14.19	7		7					2	5
14.20	7		7				2		5
14.21	7		7						7
15	7		7						7

## ANNEX 2

Respostes a la pregunta lliure de l'enquesta.

## COM CREUS QUE PODRIA MILLORAR-SE LA MOTIVACIÓ D'INFERMERIA?

- Millorar la comunicació entre la direcció d'infermeria i el personal assistencial per tal de que aquests coneguin els objectius, intencions, etc...Amb els sistema actual de RAS desconeixen o no transmeten en absolut els punt esmentats.  
Afavorir la docència i promoció personal (que es fa força actualment).  
Promocionar el treball en equip, per la qual cosa s'ha fet un curs però s'ha encallat allà.
- En aquest moment dispo de un horari i em puc organitzar, però quan estic de cangur és difícil organitzar-te en l'àmbit personal. Una mica més de vista amb els plannigs.
- Millora salarial, treballar en cap de setmana, quan t'inscrius a un curs de formació (si et toca treballar) tenir festa, per ex:: si fas el curs 4 hores tarda i toca treballar per la nit surts a les 7 del matí i això no s'aguanta.
- Oferint contractes de bona qualitat i fixes. Ajudar a tenir un bon ambient laboral.
- Sobretot treballar en equip.
- Valorar la qualitat de servei abans que la productivitat, que també és important però a vegades excessiva. Reforçar el col·lectiu d'infermeria en tots els àmbits i torns i no de manera específica.
- Fent participar als professionals de les decisions importants i projectes de futur.  
Establint unes sessions periòdiques per aclarir totes aquelles crítiques destructives, dubtes...(no per parlar de problemàtiques funcionals de la unitat).
- Flexibilitzant i repartint equitativament l'horari laboral sobretot en els suplents.
- Si, donant uns incentius per motivar i treballar amb més ganes.
- Partint de la base que penso que quan un treballa fent realment el que li agrada, quina motivació més li cal?  
Potser caldria fomentar més la participació en grups de treball, comitès... Facilitar en el que es pugui en l'aspecte de la formació (diners, hores..) sobretot en les persones que més s'impliquen en el centre.  
També, de tant en tant, algun reconeixement per la feina ben feta (si és el cas) i si no, quan les coses no van bé, recolzament i donar les eines per millorar-ho.  
Fomentar un bon ambient de treball, bona relació companys/ direcció..  
Que hi hagi una comunicació clara i que no es perdin "coses pel camí", és a dir més cohesió de la direcció i RAS i que totes sàpiguen el mateix, i et puguin donar contesta a les preguntes o qüestions que se'ls planteja.  
Espero que amb aquests canvis d'últimament les coses millorin més i anem millor en tots els aspectes. Val a dir que s'està promocionant força a les diplomades i se'ns faciliten més les coses, també és important el fet de tenir un accés directe i molt proper amb la direcció, cosa que ens va molt bé a totes.  
Per acabar voldria incidir en el fet de que quan se sent de veritat la professió infermera no ens calen massa motivacions per fer la feina el màxim de bé possible i intentar estar satisfetes amb nosaltres mateixes.

- Implicant el personal i fent-lo partícip del dia a dia en la seva tasca diària. Però això no sé com es fa.
- Les persones amb vocació, en principi treballen amb il·lusió, però pel camí ens trobem amb situacions que ens porten a la desmotivació, crec que s'hauria d'intentar resoldre puntualment els problemes que sorgeixen, per tal que no arribin a angoixar al personal sanitari, ja que la feina és prou dura psicològicament. Això ens ajudaria a augmentar la nostra autoestima i sentir-nos més motivats. En definitiva, seria una gran millora per nosaltres, dic nosaltres, ja que els malalts no han de notar el nostre estat d'ànims, tot i que representi un gran esforç.
- Disciplina, professionalitat i serietat, responsabilitat, confiar en la direcció, saber cuidar.
- Tenir cura del personal d'infermeria.
- Escoltant una mica més les preocupacions i les mancances que són molt importants per sentir-se bé i valorada en aquesta professió que per la majoria és totalment vocacional.
- Amb comunicació.
- Valorant més el treball del personal, infermeres, auxiliars, camillers...necessitem que la nostra feina sigui reconeguda pel valor que té, perquè treballem per les persones, i moltes vegades pesen més els beneficis o pèrdues que pot tenir l'hospital com a empresa.
- Penso que es podria millorar establint pautes d'actuació de millora conjunta, amb tots els torns.
- Conèixer i confiar en la política de l'empresa. Formant equips de treballs compatibles i competents. Exercir la professió en el servei desitjat. Sentir-te realitzada professionalment. Formació continuada.
- Donant més llibertat alhora d'escollir els festius que toquen a l'any. Que es valori l'antiguitat alhora de poder demanar un canvi de servei.
- Fent promocions per la gent que fa molts anys que treballen (ajudes, canviant de servei...) i donant una estabilitat a la gent que no tenen torn ni unitat assignada.
- Disposant dels recursos necessaris del dia a dia i millora del material. Millorant la comunicació entre tots els equips de treball. Facilitar les festes personals per poder gaudir de la família ja que treballem molts festius a l'any.
- Fent partícip al col·lectiu d'auxiliars i infermeres de les decisions importants i promoure l'autonomia en el treball.
- Tenir bona relació i comunicació i treballar en equip, que per la meua part ho intento. Participar activament en projectes, trajectòries, protocols...que es facin en la planta (que no se'n fan). El que més em desmotiva i em molesta és no saber o no poder fer res quan un pacient o sobretot familiar et manca el respecte.

- Fer de la infermera més autònoma i independent, que no depenguin tant d'altres professionals.  
Tasques d'infermeria més definides tant en cures com en processos.  
Fer de la infermeria una professió més pràctica i visible que no pas tant filosòfica i abstracte.  
Fer veure a la comunitat la funció de la infermera en temes de cobrir les necessitats, acompanyament del malalt (usuari) en els últims processos de la vida, seguiment i valoració continua, nosaltres hi som les 24 hores, no 20 minuts del pase de visita, que la gent ho sapigués i entengués.  
Fer de la infermeria una professió més unida.
- Si hi hagués un ambient de “positivisme” (bon rotllo) entre el personal i no: cansament, rutina, monotonia...crec que la gent que està més “cremada” pels anys que fa que treballen (assistencialment), acaben desmotivant als del voltant. Per això aniria bé que es poguessin dedicar més a fer docència a nou personal, educació sanitària...tasques amb menys càrrega física, però igualment importants.
- Amb més personal per poder donar millor atenció al pacient.
- Posant més mans humanes.
- El treballar en equip, i si es pot millorar alguna cosa, poder-ne parlar i mirar de solucionar entre tots.
- Proporcionar “compensacions” a qui participa activament en grups de millora, comitès...(poder fer-ho en horari laboral o sinó tornar les hores, facilitats en temps o diners per formació,...)  
És important motivar al personal més “cremat”, però també ho és molt no desmotivar a la resta (sobretot personal no fixe)  
Hi ha persones que “passen de tot” i s’han acomodats a una rutina laboral (“fer lo just”).  
Una avaluació del personal fixe on quedés reflexat aquest punt, i on se’ls estimulé a millorar, podria ser útil.
- Si es pot millorar sempre per més mai per menys.
- Jo crec que per funcionar bé, la RAS de la planta s’hauria d’implicar més. Per l’experiència que tinc des de fa un any, veig que la RAS que em pertoca no informa prou de les coses, cursets... També haig de dir que ha de ser molt difícil se RAS i portar mitja planta d’hospitalització.

