

**PLA D'ENQUESTES DE
SATISFACCIÓ D'ASSEGURATS
DEL CATSALUT PER LÍNIA DE SERVEI
(PRIMÀRIA, HOSPITALÀRIA,
SOCIOSANITÀRIA I SALUT MENTAL)**

METODOLOGIA GENERAL 2003

Març 2004

**Divisió d'Atenció al Client i Qualitat
Àrea de Serveis i Qualitat
Servei Català de la Salut – CatSalut**

Índex

	pàg.
0. Presentació	1
1. Introducció	2
2. Justificació	4
3. Marc conceptual	6
4. Objectius	7
4.1 Objectius generals	7
4.2 Objectius específics	7
4.3 Objectius addicionals	10
4.4 Objectius complementaris	10
5. Sistema de consens general del projecte	11
6. Metodologia	13
<i>1a Etapa: disseny del qüestionari de satisfacció</i>	14
6.1 Recerca d'informació documental i científica	15
6.2 Identificació d'àrees d'interès per als assegurats	21
6.2.1 Grups focals i entrevistes semiestructurades.....	21
6.2.2 Priorització d'aspectes de l'atenció per als assegurats	22
6.3 Característiques del qüestionari	26
6.3.1 Estructura i continguts	26
6.3.2 Escales de valoració	27
6.3.3 Administració dels qüestionaris	28
6.4 Construcció i validació del qüestionari	29
6.4.1 Fase de Pretest	29
6.4.2 Fase de Pilot	31
6.4.3 Selecció de preguntes amb enfocament: PA / PR	33
6.4.4 Proves de validació	34
<i>2a Etapa: disseny i realització de l'estudi de satisfacció</i>	42
6.5 Càlcul mostral i selecció de casos	44
6.5.1 Definició d'unitat mostral	44
6.5.2 Grandària mostral	45
6.5.3 Assignació de casos a cada unitat mostral	46

6.6 Treball de camp	47
6.6.1 Obtenció de les bases de dades	49
6.6.2 Assegurament de la confidencialitat de dades	49
6.6.3 Formació d'enquestadors	50
6.6.4 Aplicació de l'enquesta	52
6.7 Anàlisi dels resultats	52
6.7.1 Gestió de dades	52
6.7.2 Anàlisi de les observacions i tractament estadístic	52
6.7.3 Anàlisi de factors predictors	53
6.7.4 Relació d'eines metodològiques estadístiques	55
6.7.5 Presentació de resultats	55
7. Bibliografia revisada	57
7.1 Bibliografia general	57
7.2 Bibliografia metodologia	61
7.3 Bibliografia línia de servei d'atenció primària	61
7.4 Bibliografia línia de servei d'atenció hospitalària	62
7.5 Bibliografia línia de servei d'atenció socio sanitària	62
7.6 Bibliografia línia de servei d'atenció psiquiàtrica i salut mental	63
7.7 Bibliografia lleis	63

0. Presentació

El projecte en la seva totalitat estudia la satisfacció de 4 línies de servei que són: atenció primària, atenció hospitalària, atenció sociosanitària i atenció en salut mental, aquesta última en dues línies de producte: la d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults (CSMA) i la d'atenció psiquiàtrica i salut mental amb internament d'adults de mitjana i llarga estada (MILLE).

El disseny metodològic del projecte segueix unes pautes comunes per a totes les línies d'atenció, però indubtablement, en cada cas el desenvolupament d'algunes etapes està condicionat a les característiques intrínseques de la línia estudiada i dels requeriments de l'estudi, com pot ser per exemple el sistema de mostreig en funció de la unitat d'anàlisi estudiada, ja sigui regió sanitària, hospitals o sector sanitari.

Així doncs, tot i que els apartats metodològics són comuns a totes les línies, creiem convenient presentar-los també de manera individualitzada en cada cas, ja que el desenvolupament i sobretot els resultats de cada etapa metodològica són diferents.

Aquest document presenta la descripció completa del disseny i planificació de l'estudi que s'ha seguit per obtenir els resultats de satisfacció en les diferents línies de servei i/o producte.

1. Introducció

L'atenció de qualitat va més enllà de la competència dels professionals i les organitzacions, de la **qualitat tècnica** dels procediments emprats o de l'adequació i efectivitat diagnòstica i terapèutica. Cal assolir també la satisfacció del client, que es produeix a partir de l'experiència viscuda en rebre el servei, i que no sempre es troba en relació amb la qualitat tècnica. Aquesta dimensió que tradueix la satisfacció de l'usuari és la que anomenem **qualitat percebuda**.

El grau de satisfacció es troba determinat pel judici personal fruit d'una experiència individual i ve conformat per les expectatives prèvies sobre el servei; per tant, és el mateix usuari del servei la font d'informació rellevant.

La satisfacció és, doncs, un sentiment subjectiu del client que té un gran valor per a la gestió, ja que ens permet avaluar l'acceptabilitat dels esforços de planificació i provisió de serveis. Les expectatives socials i de cada client en particular sobre quin és el nivell acceptable i/o desitjable de serveis es construeixen a partir de l'experiència personal i de l'entorn, i sovint estan en relació amb el gran desenvolupament social, de manera que atencions considerades acceptables en un determinat moment no ho són al cap de pocs anys o en un context social diferent.

La **satisfacció** i la **qualitat percebuda** són conceptes molt pròxims, ja que en ambdós casos se suposa que l'usuari realitza una comparació entre el servei que rep i algun tipus d'estàndard. Les diferències de matís es troben en les expectatives amb les quals es compara. Mentre que a la satisfacció les expectatives es relacionen amb les necessitats i preferències del pacient, en la qualitat percebuda la comparació es realitza amb expectatives pròximes al que el pacient desitjaria que passés, i que es formen durant experiències prèvies a la recepció d'aquests serveis. És a dir, la satisfacció seria una "desconfirmació d'expectatives" i la qualitat percebuda seria un "model de desajustaments". Per altra part, la satisfacció tindria un component més emocional i la qualitat percebuda es referiria més aviat a aspectes de prestació de serveis¹.

¹ Mira J. J. Rodríguez J. Tirado S. Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Revista de Calidad Asistencial 2000; Vol.15(1): 36-42

Servei Català
de la Salut

Finalment alguns estudis² indiquen que una bona qualitat percebuda es relaciona amb un major nivell de satisfacció, mentre que una mala qualitat percebuda no necessàriament comporta una baixa satisfacció.

² Ruyter K, Bloemer J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. J. Economic Psychol 1997; 18: 387-406.

2. Justificació

La missió que té encomanada el Servei Català de la Salut (CatSalut) és la de **garantir una atenció sanitària de qualitat a tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya mitjançant una adequada adaptació de l'oferta sanitària a les seves necessitats**. El CatSalut garanteix les prestacions de serveis de salut als seus assegurats establint un contracte amb diferents proveïdors per a cadascuna de les diferents línies de servei (atenció primària de salut, atenció hospitalària, atenció sociosanitària i atenció en salut mental).

El compromís de servei adquirit pel CatSalut amb els seus assegurats implica una vocació de millora contínua dels serveis en resposta a les profundes transformacions de la societat actual. Així, els avenços tecnològics promouen modificacions en els atributs i dimensions de la qualitat tècnica (major seguretat, rapidesa diagnòstica, no invasivitat, ...) i la seva bondat vindrà determinada per una revisió de les millors evidències disponibles (cost-efectivitat, ...). En el cas de la qualitat percebuda, tal com ja hem dit, és la mateixa societat la que origina els canvis i modifica les expectatives de les persones i el grau d'exigència envers el servei que vol rebre.

Fins aquest moment, la informació disponible sobre el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut s'obté principalment per iniciativa dels mateixos proveïdors. L'heterogeneïtat de metodologies i sistemes d'avaluació obté resultats de difícil integració que els fa poc comparables. Aquesta realitat fa més palesa la conveniència que el CatSalut disposi d'una eina metodològicament robusta i contrastada que permeti conèixer amb fidelitat el grau de satisfacció dels seus assegurats amb els serveis rebuts en cada línia de servei.

La raó de ser d'aquest projecte és cobrir aquestes mancances, estudiar la satisfacció de tots els assegurats sigui quin sigui el servei que rebin, seguir una **metodologia comuna, científicament validada i contrastada**, que permeti una perspectiva d'**avaluació comparada de resultats entre proveïdors** en el marc de cada línia de servei o producte.

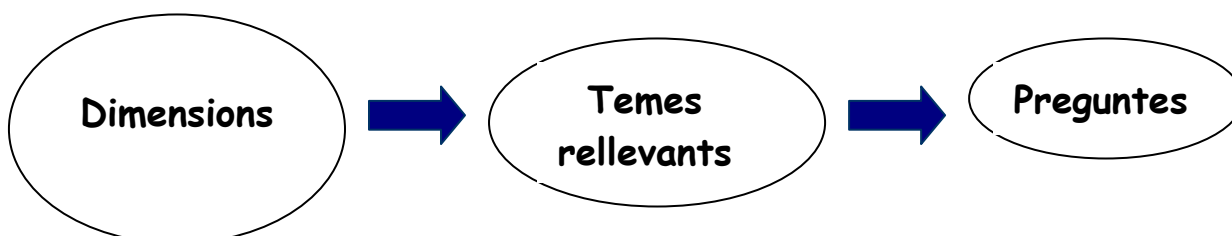
Aquesta aproximació possibilita també la **identificació d'àrees excel·lents i de millora per línia de servei**, cosa que pot ser d'utilitat des de la perspectiva del comprador de serveis.

El disseny metodològic d'aquest projecte permet la possibilitat de **disposar de dades de satisfacció comunes a totes les línies de servei** estudiades i amb gran probabilitat a les restants línies de prestació de serveis de salut no incloses en el present estudi.

3. Marc conceptual

Com sabem, el grau de satisfacció és fruit d'un judici individual, fet a partir de la integració d'una sèrie de característiques percebudes del servei rebut modificades pels trets personals del receptor del servei. Tot i això, la bibliografia demostra que hi ha dimensions de la satisfacció compartides per les empreses de serveis i específicament per les de serveis de Salut³. Això ens fa postular que les dimensions de la qualitat de les diferents línies de servei que el CatSalut dona als seus assegurats són les mateixes o molt similars. Inicialment, les dimensions comunes ja apuntades en part per la bibliografia són "a priori" el tracte, la informació, la continuïtat de l'assistència, etc.

Cada dimensió està integrada per una sèrie d'ítems (preguntes) rellevants que s'obtenen a partir dels temes específics d'interès dels clients de cada línia (en la dimensió "accessibilitat" podem trobar temes d'accessibilitat horària, telefònica, geogràfica, etc.). Aquests ítems i la seva prioritització són la base que permet formular les preguntes dels qüestionaris de cada línia.



L'experiència ens fa veure aspectes concrets dins de cada dimensió que són comuns a qualsevol prestació de serveis de salut. Ens proposem identificar aquests aspectes comuns que formen part d'una o més dimensions compartides i que estan presents en totes les línies de servei estudiades en aquest projecte, amb l'objectiu de donar-hi el mateix tractament en els 5 qüestionaris.

Això vol dir que els qüestionaris tindran alguna o algunes preguntes que seran idèntiques quant a redacció i escala de valoració en els 5 qüestionaris.

³ Hall J.A. & Dornan M.C. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med (1988) 27: (6) 637

4. Objectius

El projecte planteja l'**estudi de la satisfacció dels assegurats del CatSalut amb el servei rebut**.

Es pretén, doncs, assolir uns objectius generals i un conjunt d'objectius específics, que es detallen a continuació.

4.1 Objectius generals

1. **Dissenyar i elaborar instruments per mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut.**
2. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut.**

4.2 Objectius específics

i. Línia de servei d'atenció primària

1. **Dissenyar i elaborar instruments per mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de servei d'atenció primària.
2. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de servei d'atenció primària de salut.
3. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats al conjunt de Catalunya, a les regions sanitàries i al conjunt d'unitats d'estudi proposades de cada regió sanitària.** Aquestes unitats són:
 - a) Sector sanitari
 - b) Entitats proveïdores en el cas que el sector disposi de més d'un proveïdor
4. **Comparar el grau de satisfacció dels assegurats de les diferents unitats d'estudi** amb la seva regió sanitària i la totalitat de Catalunya.

ii. Línia de servei d'atenció hospitalària

1. **Dissenyar i elaborar un instrument per mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia d'atenció hospitalària
2. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de servei d'atenció hospitalària.
3. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats al conjunt de Catalunya i a les unitats proveïdores (hospitals).**
4. **Comparar el grau de satisfacció dels assegurats de les diferents unitats proveïdores amb la resta de Catalunya**

iii. Línia de servei d'atenció socio sanitària

1. **Dissenyar i elaborar un instrument per mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de servei d'atenció socio sanitària
2. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de servei d'atenció socio sanitària.
3. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats al conjunt de Catalunya i a les regions sanitàries.**
4. **Comparar el grau de satisfacció dels assegurats de les diferents regions amb la resta de Catalunya.**

iv. Línia de servei d'atenció psiquiàtrica i salut mental*a) Línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults (CSMA)*

1. **Dissenyar i elaborar un instrument per mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults
2. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults.
3. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats al conjunt de Catalunya i a les regions sanitàries.**
4. **Comparar el grau de satisfacció dels assegurats de les diferents regions amb la resta de Catalunya.**

b) Línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental amb internament d'adults de mitjana i llarga estada (MILLE)

1. **Dissenyar i elaborar un instrument per mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental amb internament d'adults de mitjana i llarga estada
2. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut** en la línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental amb internament d'adults de mitjana i llarga estada.
3. **Mesurar el grau de satisfacció dels assegurats en cadascuna al conjunt de Catalunya i a les regions sanitàries.**
4. **Comparar el grau de satisfacció dels assegurats de les diferents Regions amb la resta de Catalunya.**

4.3 Objectius addicionals

1. **Identificar i mesurar aspectes comuns de satisfacció** dels assegurats entre les grans línies de servei per tot el territori.
2. **Identificar**, a partir del qüestionari utilitzat, els **factors predictors** de la satisfacció.

4.4 Objectius complementaris

En el decurs de la fase de recerca, s'ha posat de manifest la tendència actual en nombrosos qüestionaris de fer el plantejament de l'estudi a través d'un enfocament anomenat en la literatura anglosaxona "patient report" i "informe de l'usuari" en la literatura nacional. Amb la informació recollida en l'etapa de recerca no s'ha pogut identificar evidència científica en favor d'aquest tipus d'enfocament front al tradicional de "opinió de l'usuari" o "patient assessment".

Així doncs, ens proposem **aportar informació que permeti seleccionar la millor alternativa en cada cas, partint d'un doble plantejament ("patient report" / "patient assessment")**.

5. Sistema de consens general del projecte

Donat l'abast del projecte i el nombre de proveïdors inclosos en l'estudi, des del primer moment es va plantejar com un valor afegit el fet de desenvolupar el projecte amb un ampli consens dins del sector.

L'objectiu final era aconseguir acords en els temes d'interès, sobre els quals a priori no es disposava d'informació conclouent. Això suposaria una millora qualitativa de l'estudi tant per la riquesa de les aportacions generades des de diferents perspectives de la prestació de serveis (comprador, proveïdor, organitzacions corporatives, etc.) com pel compromís i participació en decisions clau del desenvolupament posterior.

A tal fi es va crear un sistema de consens general a 2 nivells, seguit per tot el projecte:

- a) Grup general de consens
- b) Grups específics per línia de servei (A. Primària, A. Hospitalària, A. Sociosanitària i A. Salut Mental)

a) Grup general de consens

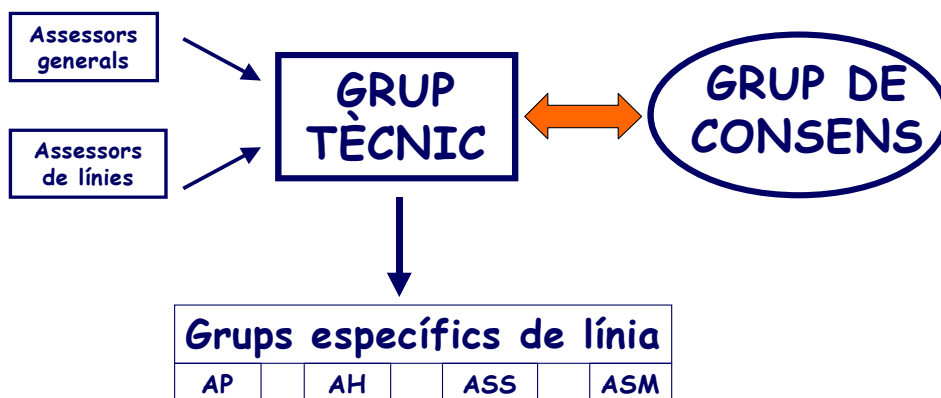
- Integrat per professionals de reconegut prestigi, en l'àmbit de la gestió i recerca de la qualitat percebuda en els serveis sanitaris, de les següents institucions: Servei Català de la Salut, Institut Català de la Salut, Direcció General de Recursos Sanitaris, Unió Catalana d'Hospitals, Consorci Hospitalari de Catalunya, SAGESSA, Fundació Gol i Gorina, Hospital General de Vic, Consorci Sanitari Parc Taulí i Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental.
- Funció: aportar les diferents perspectives i punts de vista d'uns i altres, ja siguin proveïdors o professionals tècnics en les diferents línies de servei i/o elements relacionats amb la mesura de la satisfacció amb els serveis sanitaris.
- Activitat: reunions per a comunicació documentada del projecte i valoració de les propostes.

b) Grups específics de línia (4 grups, un per cada línia d'atenció)

- Integrats per un nombre variable de professionals de diferents procedències i coneixedors dels aspectes tècnics i metodològics del projecte i específics d'una determinada línia d'atenció. En molts casos eren alhora membres del grup general de consens.
- Funció: adequar les dimensions que es relacionen amb la satisfacció en els serveis sanitaris a les especificitats de les diferents línies de servei i producte, així com aspectes organitzatius a tenir en compte a l'hora de desenvolupar les fases del projecte.
- Activitat: reunions per a la comunicació documentada del projecte, discussió i assessorament d'aspectes tècnics i metodològics específics per línia de servei i producte, i orientades a fer més eficients les reunions del grup general de consens.

Cadascuna de les etapes de construcció del qüestionari s'ha consensuat amb el corresponent grup específic i presentat al grup general de consens per a la seva aprovació.

Sistemàtica de treball



6. Metodologia

Les activitats necessàries per assolir els objectius proposats conformen un pla de treball en 2 etapes que es desglossen en 4 i 3 sub-etapes respectivament, de la manera següent:

1ª Etapa: disseny dels qüestionaris de satisfacció

Creació dels instruments de mesura o qüestionaris per a l'obtenció d'informació específica i exploració de diferents dimensions de la satisfacció en cada línia de servei o producte

- 6.1 **Recerca d'informació documental i científica**
- 6.2 **Identificació d'àrees d'interès per als assegurats**
- 6.3 **Característiques dels qüestionaris**
- 6.4 **Construcció i validació dels qüestionaris**

2ª Etapa: disseny i realització de l'estudi de satisfacció

Disseny, planificació i realització de l'estudi de satisfacció per obtenir resultats vàlids i fiables sobre el grau de satisfacció dels assegurats en cada línia de servei o producte a Catalunya

- 6.5 **Càlcul mostral i selecció de casos**
- 6.6 **Treball de camp**
- 6.7 **Anàlisi dels resultats**

Primera etapa:

Disseny dels qüestionaris de satisfacció per a les línies de servei o producte

La primera premissa al moment d'abordar aquesta etapa és tenir en compte l'existència de qüestionaris ja vigents i en ús, tant al nostre país com a l'estranger, i per tant valorar la possibilitat d'incorporar o adaptar algun qüestionari. En qualsevol cas, tant si es tracta d'un qüestionari nou com d'una adaptació, es fa basant-se en les següents característiques:

- condicions metodològiques de construcció
- vàlidesa i fiabilitat
- aplicabilitat i repetició en el temps
- comparabilitat
- exhaustivitat de les dimensions explorades
- transversalitat (aspectes comuns d'atenció entre diferents línies d'atenció)

A partir d'aquí les passes que s'han seguit per obtenir els qüestionaris són:

6.1 Recerca d'informació documental i científica

En la recerca d'informació s'han utilitzat diferents fonts, des de les documentals a les personals, amb consultes i contactes amb organismes, institucions i professionals experts.

La relació de fonts consultades ha estat la següent:

- Recerca bibliogràfica. Seguint una estratègia de recerca completa s'han consultat les bases de dades més habituals en la recerca en salut (Medline, Health Star, ...), per obtenir-ne material bibliogràfic actualitzat en relació amb la metodologia de construcció de qüestionaris, dimensions de satisfacció utilitzades habitualment, diversitat d'enfocaments de satisfacció, alternatives de planificació de la investigació, etc., que, després de ser revisat i avaluat, ha estat tingut en compte en l'etapa de construcció pròpiament dita de l'instrument.
- Consulta a professionals experts en matèria de satisfacció d'usuaris i disseny de qüestionaris. S'han consultat experts tant nacionals com internacionals, entre els quals podem citar José Joaquín Mira Solves⁴,

⁴ Mira J. J. (et. al.) Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev. Calidad Asistencial 2002;17(5):273-83

- Pablo Hernando⁵, Fernando Palacio⁶, Andrew Thompson⁷. Aquest darrer ha estat incorporat formalment com a consultor del projecte en tota l'etapa de construcció i validació del qüestionari.
- Consulta a organismes i agències internacionals. S'han consultat les dades de Consumer Assessment of Health plans (CAHPS), National Committee for Quality Assurance (NCQA), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), Picker Institute USA, Picker Institute Europa, Joint Commission of Accreditation for Healthcare Organizations (JCAHO), European Society of General Practice/Family Medicine (WONCA Region Europe), Press Ganey, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i National Health Service britànic (NHS), dels quals s'han comprovat i analitzat les estratègies seguides en els seus estudis de satisfacció, enfocaments abordats, així com els instruments utilitzats en cada cas.
- Contactes amb Comunitats Autònomes (CA) de l'Estat Espanyol. L'equip tècnic del CatSalut s'ha posat en contacte a nivell institucional amb els seus homòlegs d'altres CA de l'Estat Espanyol per tal d'identificar els sistemes d'avaluació de la satisfacció utilitzats en cada cas. Després de valorar i analitzar la informació obtinguda s'han tingut en compte els estudis i sistemes d'avaluació de les següents comunitats: País Basc (Osakidetza, SVS), Andalusia (SAS), Comunitat Valenciana (SERVASA), Galícia (SERGAS) i Madrid (IMSALUD).
- Recerca d'instruments i experiències específiques utilitzades a Catalunya
Fruit del contacte amb diverses institucions catalanes que donen serveis de

Mira J. J. i Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina clínica (2000);114 (supl. 3):26-33

Mira J. J. (et. al.) SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina Preventiva 1998; 5:12-18.

⁵ Hernando, P. (et. al) Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión. Revista Calidad asistencial 2001; 16(4): 261-268

⁶ Palacio, F. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. Atención Primaria 2003;31(5):307-14

⁷ Thompson, A. G H. And Suñol, R. (1995) Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care, 7(2), 127-141.

Thompson, A G H (1998). Patients' needs, in Shutysen. K and Edwards B (eds). Hospital Healthcare Europe 78-79. Campden Publishing, London.

Thompson, A. G H (1998). Patient expectations satisfaction and outcomes, in Vang, J and Kristensont M (eds). Outcome measuring, 37.43, Spli tryck 310, SPR;. Stockholm. Sweden.

Thompson, A G H (1998). Competition and quality, International Journal for Quality in Health Care, editorial. 10 (5),371.373.

salut i de la recerca bibliogràfica, s'ha pogut accedir a diversos qüestionaris utilitzats per a cada línia de servei o producte a Catalunya. S'han tingut en compte els qüestionaris més rellevants actualment utilitzats i que pertanyen a les següents institucions:

Per Atenció primària: l'Institut Català de la Salut (ICS), l'Hospital Clínic i Provincial, SAGESSA. També s'han tingut en compte les dades de reclamacions d'usuaris d'atenció primària i l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA 1994 i 2002).

Per Atenció hospitalària: Enquesta d'opinió a l'usuari de l'hospital Hospital Clínic de Barcelona, Enquesta de Satisfacció ICS, Enquesta Hospitalària de Satisfacció hospital SAGESSA.

Per Atenció Sociosanitària: SAGESSA, H. Sta. Creu de Tortosa i Parc Taulí

Per Atenció en Salut mental ambulatoria: SAGESSA, Cuestionario pacientes consultas de Psiquiatria Parc Taulí i Enquesta de satisfacció de CSMA Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental.

Per atenció en salut mental en internament de mitjana i llarga estada: SAGESSA, Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús (Benito Menni) i Enquesta de satisfacció pacients llarga estada Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental.

- Recerca d'instruments i experiències específiques a nivell internacional

S'ha accedit i valorat els següents instruments:

Per Atenció primària: EUROPEP, PSQ-RAND Corporation, Joint Commission i CAHPS 2.0 i 3.0 (EUA).

Per Atenció hospitalària: Picker USA (Picker's adult inpatient questionnaire), Picker Institute and NHS, DH UK. Institut Picker Europa, PEP-C (Patients' Evaluation of Performance in California PEP-C), Patient Satisfaction with Hospital Care Press Ganey (formerly Parkside Associates, Inc.).

Per Atenció Sociosanitària: Irene Higginson, University of London (Department Palliative Care and Policy), i Veterans Health Administration. Cal remarcar l'escàs nombre de qüestionaris identificats en aquesta línia d'atenció, a nivell internacional predominen els qüestionaris adreçats als familiars, sobretot en l'àmbit de pal·liatius.

Per Atenció en Salut mental ambulatoria: CAPHS (Consumer Assessment of Behavioral Survey); CAPHS: ECHO (Experience of Care Health Outcomes Survey) / MBHO; CSQ (Client Satisfaction

Questionnaire) Attkinsson C Universidad de California; VSSS (Escala de Verona); Press Ganey. USA; Consumer Satisfaction in Mental Health Services. Australia Centre for Mental Health Services Research INC.

Per atenció en salut mental en internament de mitjana i llarga estada: MHSIP (Mental Health Statistics Improvement Program); CAPHS (Consumer Assessment of Behavioral Survey); CAPHS: ECHO (Experience of Care Health Outcomes Survey) / MBHO; CSQ (Client Satisfaction Questionnaire) Attkinsson C Universidad de California; VSSS (Escala de Verona); Press Ganey. USA; Consumer Satisfaction in Mental Health Services. Australia Centre for Mental Health Services Research INC.

Un dels resultats d'aquesta etapa ha estat l'obtenció d'un bon nombre de qüestionaris (nacionals i estrangers), alguns dels quals han estat rebutjats abans de l'anàlisi, ja que no complien les característiques requerides.

La resta d'instruments han estat valorats seguint uns **criteris predefinitos**:
Representem els resultats de la revisió en **l'annex 1**.

- Promotor o autor: entès com a organització o persona amb els drets de reproducció o utilització
- Construcció: tècniques i estratègies d'investigació seguides en l'elaboració del qüestionari
- Validació: proves estadístiques que suporten la validesa i fiabilitat del qüestionari
- Continguts: nombre i tipus de dimensions de satisfacció estudiades
- Escales: tipus d'escala utilitzada per a la mesura dels ítems que formen el qüestionari, categòriques o d'interval, nombre de categories, utilització de categories intermèdies o neutres, etc.
- Administració: via seleccionada d'accés al client per obtenir la informació necessària

- **Experiència:** anys des de la primera experiència d'aplicació de l'enquesta i nombre d'aplicacions amb el mateix model
- **Disponibilitat:** possibilitat d'utilització de l'instrument i requeriments per al seu ús.

Resultats de la recerca d'informació documental i científica

1r) Després de revisar i contrastar la bibliografia obtinguda en la recerca, s'acorda que la posterior elaboració dels qüestionaris haurà d'incloure les següents dimensions o atributs de satisfacció.

- **Accessibilitat:** capacitat de l'organització per donar accés als serveis disponibles, tant des del punt de vista organitzatiu com funcional.
- **Confort / entorn:** qualitat de les instal·lacions i de l'entorn en què es presta el servei.
- **Informació:** comunicació tant verbal com escrita que s'estableix amb el client assegurat.
- **Tracte personal:** relació dels usuaris amb el personal d'atenció directa i amb tots els professionals que presten el servei.
- **Competència professional:** crèdit concedit per l'usuari o família en la qualificació de professionals i l'organització proveïdora.
- **Continuïtat assistencial:** seguiment de l'assistència entre diferents nivells i en el temps.
- **Atenció psicossocial:** suport social i emocional a l'usuari i la família.

Aquesta revisió s'ha dut a terme amb una valoració de totes les possibles dimensions expressades tant a nivell conceptual com textual. Per aquesta anàlisi s'han tingut en compte aquelles dimensions més freqüents i sobretot els estudis sobre metaanàlisis de les dimensions de la qualitat com ara l'estudi de Hall i Dornan⁸, l'Institut Picker⁹ i Parasuraman¹⁰.

⁸ Hall J.A. & Dornan M.C. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med (1988) 27: (6) 637

⁹ Instituto Picker USA (*Picker's adult inpatient questionnaire*); Picker Institute and National Health Service (NHS)

⁹ Parasuraman A. (et. al) SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.

¹⁰ Parasuraman A. (et. al) SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J.Retailing 64:(1) 12,1988

D'altra banda i en referència a les variables socioculturals, es tindran en compte les escales utilitzades per l'ESCA 1994 en la pregunta sobre percepció de salut i en la classificació dels grups etaris.

Percepció de salut: com diria vostè que és la seva salut en general? (excel·lent, molt bona, bona, regular i dolenta)

Classificació dels grups etaris: home de 15 a 44 anys, dona de 15 a 44 anys, home de 45 a 64 anys, dona de 45 a 64 anys, home de 65 o més anys i dona de 65 o més anys. En el cas de la línia de producte de salut mental ambulatoria a partir dels 18 anys.

2n) La revisió dels diferents estudis i qüestionaris ens ha mostrat la tendència actual, més present en els estudis anglosaxons i liderada pel *Picker Institute*¹¹ tant en els seus treballs a nivell americà com europeu, però també seguida en diversos estudis espanyols, d'un enfocament alternatiu al més tradicional "estudi d'opinió" i que s'anomena "patient report" en la literatura anglosaxona o "informe de l'usuari" en la literatura nacional, com per exemple els autors Pablo Hernando¹² i Pedro Saturno¹³.

- "Opinió del pacient" o "patient assessment": l'usuari expressa el seu parer a través d'un judici totalment subjectiu. Exemple: *què n'opina de la facilitat perquè li donin la visita per al dia que a vostè li va bé? (perfecte, molt bé, bé, regular o malament).*
- "Informe de l'usuari" o "patient report": l'usuari aporta informació sobre si s'ha produït o no un fet. Exemple: *quan demana visita, li donen per al dia que a vostè li va bé? (sempre, gairebé sempre, sovint, poques vegades o mai).*

En no trobar evidència científica a favor d'un model o altre, hem incorporat un nou objectiu (tal com s'ha dit en l'apartat 4.4 objectiu complementari), per tal d'argumentar la millor opció a favor d'una alternativa o altra en la composició definitiva del nostre qüestionari.

¹¹ Instituto Picker USA (*Picker's adult inpatient questionnaire*); Picker Institute and National Health Service (NHS)

¹² Qüestionari sobre *Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio*. Corporació Sanitària Parc Taulí (1999); qüestionari sobre *Salud Mental (CSM): cuestionario para pacientes*. Corporació Sanitària Parc Taulí. (pendent de publicació en el moment de la revisió)

¹³ Qüestionari de *Información sobre asistencia recibida durante su hospitalización*. Universidad de Murcia/INSALUD (1998).

3r) Després de l'avaluació crítica dels qüestionaris revisats d'altres institucions, en cada una de les línies de servei, disposàvem d'un nombre no abundant, però sí força interessant d'instruments a tenir en compte per l'estudi que ens proposàvem fer; calia ara verificar si la nostra població; és a dir, els assegurats del CatSalut, compartien les àrees d'interès en temes de satisfacció que s'aplicaven a altres poblacions de les diferents línies d'atenció. Ens calia, per tant, passar a l'etapa següent.

6.2 Identificació de les àrees d'interès per als assegurats

Per aquesta raó es va dissenyar una **investigació qualitativa**, que ens ha permès identificar els temes que els nostres usuaris consideren rellevants. En aquest cas per cada tipologia de servei s'ha triat l'estratègia més adient en cada cas. D'una banda grups focals, sempre que ha estat possible, i entrevistes semiestructurades quan les característiques de l'usuari no permetien una participació efectiva en el grups focals.

6.2.1 Grups focals i entrevistes semiestructurades

La informació obtinguda en la fase de recerca documental i bibliogràfica ha servit per donar suport als professionals que van realitzar la recerca qualitativa en relació als temes i àrees que havien de formar part de l'argumentari dels grups focals i les entrevistes semiestructurades.

En el cas concret de la **línia de servei d'atenció socio sanitària** es van realitzar **entrevistes semiestructurades** degut a les característiques dels usuaris que feien difícil una sessió de grups focals.

Aquesta fase del treball ha estat conduïda per un equip de professionals format per un psicòleg i un antropòleg experts en aquesta metodologia.

Els trets fonamentals d'aquestes tècniques són:

- **Funció:** cercar els temes que es consideren rellevants per a les persones que participen, en relació amb el servei rebut, a més d'aproximar-nos a les seves percepcions i expectatives. Els continguts s'expressen en el llenguatge i terminologia propis dels participants.

- **Integrat:** per persones representatives de la població a estudiar i conduït en tot moment per experts en aquesta metodologia (habitualment sociòlegs, psicòlegs o antropòlegs). Els grups focals formats es realitzaven amb 6-12 persones i les entrevistes semiestructurades individualment.
- **Activitat:** Per als grups focals sistema específic d'entrevista i col·loqui, amb gravació en àudio i transcripció textual, que permet una anàlisi a posteriori de continguts amb la utilització de tècniques específiques i suport informàtic. Cada sessió té una durada d' 1½ a 2 hores. En el cas les entrevistes semiestructurades cada entrevista té una durada mínima d'una hora.

Grups focals:

Atenció primària: Es va realitzar un grup focal confirmatori integrat per 9 persones, 5 dones i 4 homes, d'edats compreses entre 24 i 75 anys.

Atenció hospitalària: Un grup focal confirmatori integrat per 8 persones, 4 dones i 4 homes, d'edats compreses entre 25 i 76 anys.

Línia de producte de salut mental ambulatoria d'adults: dos grups exploratoris per integrats per 7 persones, 4 dones i 3 homes, i per 8 persones en l'altre (4 dones i 4 homes), d'edats compreses entre 30 i 65.

Línia de producte de salut mental d'internament en mitjana i llarga estada: dos grups focals integrats respectivament per 6 i 8 persones, 7 dones i 7 homes, d'edats compreses entre 28 i 58 anys.

Entrevistes semiestructurades:

Atenció sociosanitària: es van realitzar 12 entrevistes semiestructurades, 5 dones i 7 homes amb edats compreses entre 40 i 86 anys (4 Convalescència, 4 Llargua estada i 4 pacients pal·liatius).

6.2.2 Priorització d'aspectes rellevants de l'atenció per als assegurats

En els casos que es van realitzar els grups focals, posteriorment a la realització de la sessió, es va demanar als integrants que de manera individual endrecessin per ordre d'importància un seguit d'aspectes relacionats amb l'atenció que es presentaven en un joc de targetes.

En les entrevistes semiestructurades de l'atenció sociosanitària, les característiques d'aquest tipus d'usuaris, l'edat i la seva patologia van desaconsellar la possibilitat de complementar les entrevistes amb un exercici

de prioritització d'aspectes rellevants de l'atenció, com es va fer amb les altres línies de servei/producte.

Del nombre total d'aspectes inclosos per la prioritització (38 a atenció primària, 27 a atenció hospitalària i 22 a CSMA i MILLE), calia classificar-los segons: a) molt important, b) important o c) poc important.

El resultat, amb les dades agregades de tots els participants i ordenades per línia de servei i/o producte segons aspectes més importants, és el següent:

ASPECTES RELLEVANTS

Línia de servei Atenció Primària	Línia de servei Atenció Hospitalària	Línia de producte CSMA	Línia de producte MILLE
Aspectes més valorats per ordre de prioritats			
Visita ràpida en casos urgents	Confiança en la capacitat i coneixements dels metges i infermeres	Possibilitat de visitar-me ràpidament en els casos urgents	Tenir un tracte digne i respectuós per part de tot el personal
Explicacions de l'objectiu i finalitat de les exploracions	Que l'equip entengui les meves angoixes i preocupacions	La millora ràpida dels meus símptomes	Tenir confiança i seguretat en el tracte de metges i infermeres
Ser visitat sovint quan tingui una malaltia greu o important	Que l'equip conegui a fons el meu estat de salut i el tractament	Sentir-me a gust per a explicar tots els meus problemes relacionats amb el meu estat	Que l'equip conegui a fons el meu estat de salut i el tractament que faig
Explicació de tot allò que jo vull saber de la meua malaltia	Respostes clares a les meves preguntes	Que els professionals realitzin cursos de formació per a estar al dia dels avenços mèdics més recents	Que em donin explicacions clares del meu estat de salut i el tractament que he de fer
No donar informació contradictòria entre el metge de capçalera i els altres metges que em visiten per exemple especialistes	No ser donat d'alta més aviat de compte	Poder prendre part en les decisions sobre el tractament i les proves que se m'han de fer	Que l'equip que m'atén (psiquiatres, psicòlegs i terapeutes) entenguin les meves angoixes i preocupacions
Prendre la decisió final sobre les exploracions i tractament		Facilitat per parlar per telèfon amb el psiquiatre o altres professionals que m'atenen	Que el menjar sigui raonablement bo
Fer-me sentir a gust per explicar tot allò que fa referència al meu estat de salut			Tenir l'oportunitat de parlar amb el psiquiatre quan em faci falta
Disposar de temps suficient a la consulta perquè m'escoltin i m'expliquin			
Aspectes menys valorats			
Possibilitat de tenir una cita per petites consultes o dubtes	No ser canviat d'habitació més aviat del compte	Acceptació per part del psiquiatra de que jo busqui un "tractament alternatiu" (a part de la medicina convencional)	Informació clara de les normes i costums de l'hospital
Informació escrita sobre els horaris, telèfon del metge, etc.	Que el nivell de sorolls sigui baix	Que les instal·lacions del centre siguin confortables i còmodes	Que es mantingui informada a la meua família
Instal·lacions confortables	Conèixer el nom de les persones que s'ocupen de mi (metges i infermeres)	No haver d'esperar molt de temps a la sala d'espera quan tinc visita programada a una hora concreta	Que m'informin quan es suspengui una sessió o activitat terapèutica
Que el metge accepti que jo opti per un tractament alternatiu	Que el menjar sigui raonablement bo	Donar-me informació escrita sobre: els horaris dels centres, telèfon del metge, etc.	El compliment dels horaris previstos per les sessions
Que entenguin què vull jo del metge de capçalera			Ser consultat sobre la informació que es donarà a la meua família
Ajuda en la meua relació amb l'especialista			Informació de que he de fer a casa després de l'alta
Tenir el mateix metge de capçalera tota la família			

Resultats de la identificació de les àrees d'interès pels assegurats

Un cop seleccionats els qüestionaris més adients per cada una de les línies de servei o producte, quant a metodologia d'elaboració, continguts i possibilitats de reproducció, calia comprovar si s'adequaven els objectius del nostre projecte i si coincidien plenament amb les àrees d'interès identificades pels nostres assegurats a través dels grups focals/entrevistes i dels exercicis de priorització d'aspectes rellevants de l'atenció.

Finalment, tot i les qualitats d'un bon nombre dels qüestionaris, cap no s'adequava completament als nostres objectius ni reunia els interessos dels assegurats de CatSalut. Per tant, la conclusió final acordada va ser elaborar un qüestionari propi i específic per a cada línia de servei, i en el cas de salut mental diferenciats per línia de producte (CSMA i MILLE).

Amb tot i després d'analitzar acuradament el contingut de les entrevistes en el cas de la **línia de servei d'atenció sociosanitària**, es va observar que, tot i els trets comuns i compartits per tots els pacients de la línia de sociosanitari, hi havia alguns aspectes diferenciadors i quasi oposats entre el grup que formaven els pacients de **pal·liatiu** d'una banda i el grup integrat per **llarga estada i convalsència**. A partir d'aquesta reflexió es va decidir incorporar unes preguntes específiques per a cadascun d'aquests 2 grups i que no serien superiors a 4 o 5 en cada cas.

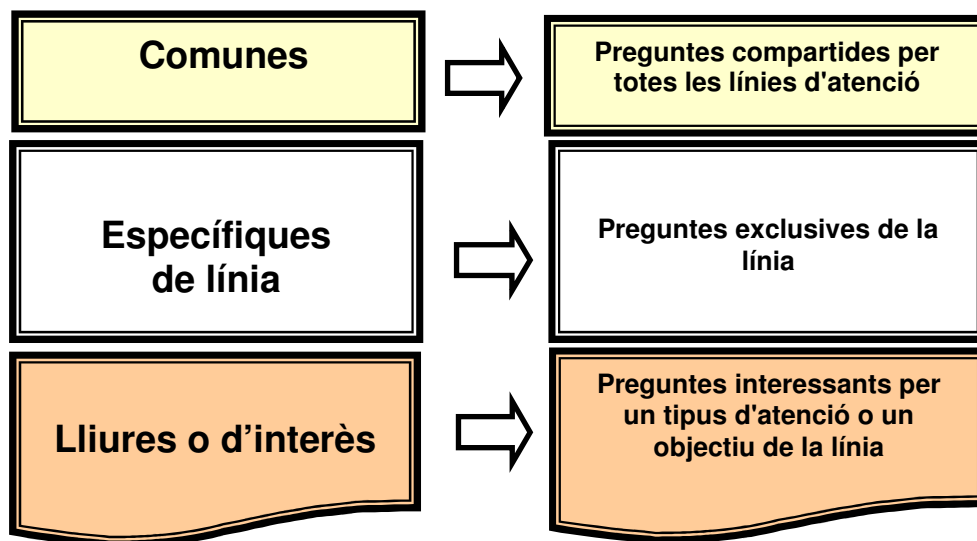
6.3 Característiques dels qüestionaris

6.3.1 Estructura i continguts

En aquest apartat s'ha tingut en compte la globalitat del projecte i l'objectiu d'identificar atributs comuns a totes les línies de serveis estudiades: atenció primària (medicina general i infermeria), atenció hospitalària, atenció sociosanitària i atenció en salut mental.

D'altra banda i pensant en l'ús futur dels aquest qüestionari per part dels proveïdors del CatSalut, es preveu deixar un apartat per a preguntes d'interès del mateix proveïdor o preguntes residuals però no validades.

Així doncs, tots els qüestionaris del CatSalut tindran una estructura comuna, que es pot representar gràficament com:



6.3.2 Escales de valoració

Basant-se en l'àmplia recerca bibliogràfica i l'assessorament tècnic, a l'hora de valorar el tipus d'escala més idònia s'ha tingut en compte l'opinió de diversos autors¹⁴. Si bé l'escala d'interval té avantatges a l'hora d'elaborar els resultats i la posterior anàlisi estadística, la població en general i sobretot la d'edat avançada, té serioses dificultats per donar un valor numèric, i es comprova amb freqüència que no es correspon a la valoració verbal o fins i tot gestual.

Així doncs, en els nostres qüestionaris s'ha optat per l'escala de valoració categòrica ordinal, és a dir, es donen diferents opcions de resposta ordenades en categories que van de millor a pitjor. El nombre de categories definit és de 5.

La raó per triar aquest nombre de categories és metodològica, ja que tal com diu la bibliografia revisada, és el punt més equilibrat quant a variància, fiabilitat i validesa. Hi ha, a més, una altra raó relacionada amb el mateix disseny de l'estudi, que realitza les aplicacions per via telefònica, i es que pot resultar difícil per a l'enquestat recordar més enllà de 5 categories. Finalment també un nombre menor de categories pot deixar fora algunes opcions i fa més difícil una distribució normal de les respostes.

En funció de la pregunta les categories són de 2 tipus:

a) *Perfecte/a*
Molt bé
Bé
Regular
Malament

b) *Sempre*
Gairebé sempre
Sovint
Poques vegades
Mai

Totes les preguntes es presenten amb una escala de 5 categories, tret d'algunes preguntes que per l'àmbit de la pregunta les respostes es dicotomitzen.

¹⁴ Servicio Andaluz de Salud (SAS). La sanidad desde el otro lado. 2002.

Streiner D. L. i Norman G. R. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 2ª ed. Gran Bretanya: Oxford University Press, 2001.

Finalment i seguint la pauta habitual en la majoria de qüestionaris de satisfacció, s'ha inclòs en cada qüestionari, una pregunta valorada amb escala d'interval de 0 a 10 que expressa la nota que donen els assegurats.

6.3.3 Administració dels qüestionaris

De les diferents alternatives disponibles que hi ha, l'enquesta autocomplimentada, ja sigui per correu o "in situ", o l'aplicació de l'enquesta amb un enquestador telefònic o en presència física (*face to face*), es va triar la que consideraven més adequada al tipus d'enquestat.

En el cas **d'atenció primària, d'atenció hospitalària i d'atenció en salut mental ambulatoria d'adults** l'opció va ser l'enquesta telefònica. Les raons d'aquesta tria van ser diverses:

D'una banda, les enquestes autocomplimentades, i sobretot si són per correu, tenen un elevat nombre de no respostes que pot invalidar els resultats, però al mateix temps requereixen saber llegir i un cert grau de capacitat de comprensió escrita. D'altra banda, realitzar una enquesta amb enquestador personal *face to face* resultava inassumible des del punt de vista d'eficiència. També es va valorar l'alternativa de realitzar l'enquesta en els mateixos centres de salut, però això ens podia produir biaixos importants en la selecció mostral. És a dir, el fet de no fer una assignació aleatòria dels casos, i enquestar a les persones que aquell dia van anar al centre de salut esbiaixa la mostra i augmenta l'error sistemàtic de l'enquesta. Per tant, es fa més difícil assumir les condicions necessàries per analitzar els resultats des d'un punt de vista de representativitat de la població enquestada. També s'ha tingut en compte el possible biaix de resposta de la satisfacció de l'usuari degut a la *desitjabilitat social* que pot suposar enquestar en els mateixos centres.

A més, s'afegirien en les enquestes d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults els problemes ètics que suposa realitzar l'enquesta als usuaris en el mateix centre de salut mental.

En el cas de l'**atenció sociosanitària** i la **d'atenció en salut mental d'internament en mitjana i llarga estada** l'opció va ser *face to face*:

Les raons fonamentals són d'una banda en l'**atenció sociosanitària** el tipus de patologia que presenten els pacients, que sobretot en el cas de pal·liatius fa que l'estat físic dificulti o impossibiliti l'ompliment d'un qüestionari autocomplimentat. Els pacients de llarga estada i convalsència tenen en general edats avançades o un cert grau de problemes de comprensió, que poden ser pal·liats amb un entrevistador adequadament ensinistrat. L'alternativa d'entrevista telefònica tampoc semblava oportuna, ja que en forces casos les estades són perllongades, amb reingressos freqüents en el cas dels pal·liatius i l'estat de salut a l'alta no permet aquest tipus de mètode.

Pel que fa als usuaris de **salut mental amb internament**, les llargues estades d'aquests pacients impossibilita les opcions d'enquesta realitzada després de l'alta, ja sigui per correu o telefònica, i d'altra banda la patologia i amb freqüència l'edat avançada, no recomanen l'enquesta autocomplimentada que requereix saber llegir i un cert grau de capacitat de comprensió escrita.

Així doncs, s'ha optat per l'enquesta telefònica o *face to face* com les alternatives més viables i alhora vàlides metodològicament segons la línia de servei i producte.

6.4 Construcció i validació dels qüestionaris

La metodologia és compartida en totes les línies d'atenció estudiades però amb resultats propis per a cadascuna.

A partir de la informació disponible i amb els resultats de la recerca qualitativa es va procedir a l'elaboració dels qüestionaris.

En tot moment es van tenir en compte els aspectes valorats pels nostres assegurats i les experiències d'altres estudis, a més de les del mateix equip d'investigació. D'altra banda es van tenir en compte tots els suggeriments realitzats pels grups de consens, tant generals com específics (veieu apartat 5), i es van incorporar tots els aspectes adients després de ser analitzats i discutits en els grups.

6.4.1 Fase de Pretest

Es tracta de fer una anàlisi de comprensibilitat dels qüestionaris (redacció, terminologia, ordenació temàtica, valoració de durada i altres aspectes) mitjançant una prova de comprensió.

Els candidats a participar en la prova pretest es van seleccionar majoritàriament entre persones que ja havien format part dels grups focals. Es van realitzar entre 12 i 14 enquestes per cada línia de servei o producte (tant telefòniques com face to face). En el cas de l'atenció sociosanitària es van seleccionar d'entre els centres que ja havien participat en la recerca qualitativa (entrevistes semiestructurades) i nous centres que van acceptar de participar després de ser informats per l'equip tècnic CatSalut i garantint com sempre la total confidencialitat (entrevistades 19 persones, 11 de llarga estada i convallescència i 8 de pal·liatius). Amb desplaçament dels experts als diferents centres.

Centres participants al pretest de sociosanitari:	Centres participants al pretest de MILLE:
<ul style="list-style-type: none">• Hospital de l'Hospitalet (CSI)	<ul style="list-style-type: none">• Benito Menni, Complex Assistencial en Salut Mental
<ul style="list-style-type: none">• Clínica Barceloneta	<ul style="list-style-type: none">• Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental
<ul style="list-style-type: none">• Hospital Duran i Reynals (ICO)	

L'anàlisi de les observacions va portar a les següents conclusions:

- *Referents a la redacció:*
 - Modificacions de la sintaxi
 - Eскурçar les frases en general
 - Substituir algunes paraules pels seus sinònims
 - Incorporar filtres: ex. medicació, origen ingrés SS
 - Acompanyar algunes preguntes d'explicitacions situades entre parèntesis
- *Referents a l'ordenació:*
 - Seguir la lògica argumental i cronològica de fets pels pacients
- *Eliminació de preguntes que:*
 - No aportaven informació
 - No discriminaven
 - Donaven informació coincident
 - Tenien un elevat nombre de "missings"
- *Terminologia d'escales:*
 - Substituir el terme "excel·lent" per "perfecte", de millor comprensió a nivell col·loquial

6.4.2 Fase de Pilot

Un cop reconstruïts els qüestionaris després de les proves de comprensió, es va fer un estudi pilot per cadascuna de les línies d'estudi (5) per realitzar les proves de validació estadística.

Línia de servei d'atenció primària

Per aquest estudi es van seleccionar casos aleatòriament del registre central d'assegurats (RCA) del CatSalut. Es van realitzar **109** enquestes telefòniques, distribuïdes segons regió sanitària, edat i sexe.

Línia de servei d'atenció hospitalària

Per aquest estudi es van seleccionar casos aleatòriament del registre de facturació dels Serveis Sanitaris del CatSalut. Es van realitzar **202** enquestes telefòniques distribuïdes segons els hospitals de totes les regions sanitàries, edat i sexe.

Línia de servei d'atenció sociosanitària

Van participar 8 centres en total i es va enquestar **136** pacients, **44** de pal·liatius i **92** de llarga estada i convallescència. Per tal de minimitzar al màxim la variabilitat de criteris causada per l'enquestador es va fer tot l'estudi pilot amb un sol enquestador.

Centres participants a l'estudi pilot sociosanitari:
• Hospital de l'Esperança (Barcelona)
• Hospital de la Santa Creu (Vic)
• MUTUAM (Girona)
• Hospital Mare de Déu de la Salut (Tarragona)
• Centre Sociosanitari l'Albada (Barcelona)
• Fundació Sociosanitària de Barcelona (St. Gervasi)
• Consorci Sanitari Integral (Hospitalet)
• Centre Geriàtric Municipal (Barcelona)

Línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults (CSMA)

Per aquest estudi es van seleccionar aleatòriament casos del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD-SM) del CatSalut. Es van realitzar **106** enquestes telefòniques, distribuïdes segons regió sanitària, edat i sexe.

Línia de producte d'atenció psiquiàtrica i salut mental en internament de mitjana i llarga estada (MILLE)

Es va enquestar a **114** pacients. En total van participar 3 centres, i es va utilitzar un sol enquestador a fi de minimitzar la variabilitat de criteris i el biaix introduït per l'enquestador. Els centres participants van ser:

Centres participants a l'estudi pilot MILE:
• Institut Pere Mata (Reus)
• Benito Menni, Complex Assistencial en Salut Mental (Sant Boi)
• Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt (Girona)

Els resultats d'aquestes enquestes permetien iniciar l'etapa de validació.

6.4.3 Selecció de preguntes amb doble enfocament: Patient Assessment (PA) i Patient Report (PR)

En aquest apartat es valora quin és el grau de correlació estadística o força de correlació entre les dues propostes.

Aquesta metodologia ens ha permès triar en cada cas l'enfocament PA o PR més valuós intrínsecament i amb la resta de preguntes de cada qüestionari (veieu 4.4 objectius complementaris).

Fases per fer la valoració:

1r Observació univariant. Valora quina de les dues opcions (PA/PR) té una distribució més propera a la normalitat.

2n Matriu de correlacions. Valora quina de les dues opcions té una correlació millor amb la resta de preguntes.

3r Matriu de correlacions antiimatge. S'utilitza per seleccionar la millor opció en funció de l'índex d'adequació de la mostra, que compara les magnituds dels coeficients de correlació observats i les magnituds dels coeficients de correlació parcial.

4t Capacitat discriminant dels ítems. Valora l'opció que millor discrimina a partir de la població classificada entre satisfets/insatisfets i fidelitzats/no fidelitzats.

A partir d'aquí es va passar a la fase de validació definitiva dels qüestionaris.

6.4.4 Proves de validació

L'objectiu de la validació és comprovar la **validesa** i analitzar la **fiabilitat** de cada qüestionari.

Els diferents aspectes de **validesa** analitzats són:

a) Validesa de contingut

b) Validesa de constructe

- 1) Qualitat de les dades
- 2) Descripció dels ítems
- 3) Anàlisi factorial
 - i. Condicions d'aplicació de la prova
 - ii. Extracció factorial
 - iii. Rotació de factors
- 4) Capacitat discriminatòria dels ítems

c) Validesa de criteri

Per valorar la **fiabilitat**, s'ha comprovat la **consistència interna** a través del coeficient alfa de Cronbach.

Les validacions s'han fet a partir dels diferents estudis pilot per cada línia de servei o producte.

VALIDESA

a) Validesa de contingut. Es confirma i garanteix a partir de:

- 1) Anàlisi dels *missings* i de la seva distribució (per ítem i pel conjunt del qüestionari)
- 2) Rigor metodològic seguit en l'elaboració del qüestionari, des de l'etapa de **recerca bibliogràfica** fins a la realització de **grups focals**, i exercici de **priorització**, que en el nostre cas ens ha assegurat l'ús de terminologia pròpia dels pacients en la redacció de les preguntes i la inclusió de tots els aspectes que **segons els usuaris** reflecteixen la qualitat percebuda.
- 3) Demanant als enquestats si han trobat a faltar algun aspecte important no inclòs en el qüestionari

b) Validesa de constructe. Valora si el qüestionari mesura allò que volem mesurar; és a dir, la satisfacció amb l'atenció rebuda. Dit d'una altra manera, podem utilitzar els resultats com un valor que representa la satisfacció dels nostres usuaris?

Seqüència metodològica seguida:

- 1) Qualitat de les dades
 - Anàlisi dels *missings* i de la seva distribució (per ítem i pel conjunt del qüestionari)
 - Tractament dels valors fora de rang (comprovant si eren errors a l'hora d'entrar les dades)
- 2) Descripció dels ítems
 - Simetria de la distribució
 - Agrupació de respostes en una categoria: efecte *sostre* i efecte *terra*, entès com el posicionament dels enquestats majoritàriament en una sola opció de resposta
- 3) Anàlisi factorial: realitzada mitjançant el mètode d'extracció de components principals i el mètode de rotació Varimax. Amb aquesta prova tenim tant el grau de variància com una agrupació de variables.

D'aquesta manera es mesura l'estructura de l'enquesta i s'agrupen les preguntes en factors o constructes. Es pretén explicar la relació entre el conjunt de variables mitjançant el menor nombre de factors, cadascun dels quals pot ser utilitzat per representar la relació entre un conjunt de diferents variables interrelacionades.

Els factors han de tenir significat i han d'oferir una solució simple i interpretable.

- L'anàlisi factorial s'inicia creant una matriu de correlació de totes les variables amb la finalitat d'identificar les variables que no semblen estar correlacionades amb les altres.

En aquesta fase del procediment, s'ha de recordar que les variables que tenen petites correlacions entre si són aquelles que no comparteixen factors en comú.

i. Condicions d'aplicació per realitzar l'anàlisi factorial:

- Prova d'esfericitat de Bartlett: comprova la hipòtesi que la matriu de correlació és una matriu d'identitat, és a dir, que tots els valors en la diagonal són 1 i tots els valors fora de la diagonal són 0. Se suposa que, si les variables no estan correlacionades entre si, no és possible trobar-hi un factor comú. Amb aquesta prova es mostra la probabilitat estadística que la matriu de correlació contingui correlacions significatives, almenys entre algunes variables. La significació ha de ser menor a 0,05 per tal de poder dir que es compleixen les condicions d'aplicació per poder fer l'anàlisi factorial.
- Paral·lelament també s'ha comprovat el grau de correlació entre les variables mitjançant els coeficients de correlació parcial. Les correlacions parcials són estimacions de la correlació entre els factors únics i han de ser properes a zero quan es compleixen les suposicions de l'anàlisi factorial. A més, també dóna els coeficients de correlació parcial negatius (matriu de correlacions antiimatge), i ha de mostrar una proporció molt reduïda de coeficients de correlació alts, a fi que es pugui realitzar l'anàlisi factorial.
- Una altra prova d'adequació de la mostra (condicions d'aplicació) es coneix com a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Valors petits en aquest índex (propers a zero) indiquen que no és recomanable utilitzar l'anàlisi factorial, ja que les correlacions entre parells de variables no són explicades per les altres variables.

Interpretació de l'índex KMO, segons Kaiser:

1	=	KMO	>= 0,9	molt bo
0,9	<	KMO	>= 0,8	meritori
0,8	<	KMO	>= 0,7	mitjà
0,7	<	KMO	>= 0,6	mediocre
0,6	<	KMO	>= 0,5	baix
0,5	<	KMO		poc bo

- Finalment, el quadrat del coeficient de correlació múltiple (R^2) entre una variable i tota la resta és un altre indicador de la força de l'associació lineal entre les variables, i es reconeix com a comunalitat. Quan aquest coeficient és petit per a una variable en particular, és recomanable considerar la possibilitat d'eliminar-la del conjunt de variables en estudi.

ii. L'extracció factorial:

- L'extracció factorial es pot realitzar amb diferents mètodes, nosaltres hem fet servir el mètode d'anàlisi de components principals (ACP), que es basa en una combinació lineal de les variables observades. El primer component principal és la combinació que dona compte de la major quantitat de la variància en la mostra. El segon component principal respon a la següent quantitat de variància immediatament inferior a la primera i que no està correlacionat amb el primer component. Així doncs, els següents components expliquen proporcions cada vegada menors de la variància de la mostra total.

Amb la finalitat de determinar el nombre de factors necessaris per representar les dades, resulta molt útil examinar el percentatge total de la variància que s'explica per a cadascun d'aquests factors. La variància total és la suma de les variàncies de cada variable.

El total de la variància explicada per cada factor s'identifica com a valor propi (*Eigenvalue*), i s'aconsella que sols es consideren els factors amb un *Eigenvalue* superior a 1, ja que valors menors no tenen entitat per constituir-se en un factor. Aquest procediment és recomanable quan es tracta d'entre 20 i 50 variables, com és el nostre cas.

En la fase d'extracció de factors es determina un nombre de factors comuns necessaris per descriure les dades. Aquesta decisió es pren en base als "eigenvalues" i al percentatge de la variància total que aporta cadascun dels diferents factors. També es prenen en consideració altres aspectes com la "parquetat", que va en favor de l'ús del menor nombre de factors.

iii. Rotació de factors:

- En aquesta fase es pretén transformar la matriu inicial en una que sigui més fàcil d'interpretar, la qual cosa és important, ja que el que es pretén és identificar factors que siguin substantivament significatius. La rotació redistribueix la variància explicada pels factors individuals. S'ha utilitzat la rotació ortogonal (mètode Varimax), en què els eixos de coordenades roten mantenint un angle de 90 graus entre ells, i això suposa que els factors identificats no es relacionen entre si.

El Mètode Varimax és el mètode de rotació més comú, i tracta de minimitzar el nombre de variables que tenen alta càrrega en un factor. Això ha d'afavorir la interpretabilitat dels factors. És el mètode més utilitzat i ofereix una clara separació entre factors.

Un cop agrupades les variables en els factors que més càrrega comparteixen, és indispensable fer un esforç teòric lògic per trobar significat i sentit als resultats, de manera que la interpretabilitat dels factors es correspongui amb el marc teòric de referència.

4) Capacitat discriminatòria dels ítems (validesa predictiva):

Es fa per determinar si cadascun dels ítems té capacitat per diferenciar els usuaris satisfets i no satisfets i els usuaris fidelitzats i no fidelitzats. A partir de les puntuacions obtingudes en la pregunta sobre satisfacció general (puntuació possible de 0 a 10), s'han creat dos grups d'usuaris: els satisfets i els no satisfets. Es consideren usuaris satisfets aquells amb puntuacions molt altes (de 9 a 10) i usuaris insatisfets els que tenen puntuacions molt baixes (de 0 a 2). Els usuaris amb puntuacions intermèdies (de 3 a 8) no es classifiquen quant a satisfacció general i no són analitzats pel que fa a la capacitat discriminatòria dels ítems. S'ha seguit el mateix procediment pel que fa a la fidelització a partir de les respostes obtingudes en aquesta pregunta (categories possibles: sí, no n'estic segur i no), s'han creat 3 grups d'usuaris, els fidelitzats, els no fidelitzats del tot i els no fidelitzats. Un cop creats aquests grups, segons el grau de satisfacció i de fidelització, s'ha procedit a l'anàlisi de la capacitat discriminatòria mitjançant la comparació de les mitjanes de cadascun dels ítems en cadascun dels grups de satisfacció i de fidelització (anava d'un factor).

c) Validesa de criteri: no quantificable en el nostre cas en no disposar d'una mesura de referència que actuï com a "Gold Standard".

FIABILITAT

Fiabilitat: valorada a través de la Consistència interna mitjançant el coeficient alfa de Cronbach de cadascun dels ítems, de cadascun dels factors i del conjunt del qüestionari. Com a mètode per a l'anàlisi d'idoneïtat de cadascun dels ítems dels qüestionaris es van calcular, la correlació ítem-total (eliminant l'ítem de la puntuació total del qüestionari) i l'alfa de Cronbach eliminant progressivament cada ítem de l'anàlisi.

Resultats de la construcció i validació dels qüestionaris**Validació del qüestionari :**

- 1) Eliminar les preguntes que tenen un elevat nombre de *missings*.
- 2) Proves per les condicions d'aplicació de l'anàlisi factorial (ACP):
 - Prova d'esfericitat de Barlett
 - Prova de KMO (Kaiser, Mayer i Olkin)
- 3) Anàlisi de Components Principals (ACP). I amb prova Varimax (rotació d'eixos).
 - Agrupació en factors
 - % de variància explicada

4) Capacitat discriminatòria

Provades diverses variables, té sentit amb la P 102 (*si pogués triar, continuaria venint a aquest CAP / ambulatori / hospital / centre?*) i la P 101 (*valori de 0 a 10 el seu grau de satisfacció global amb el seu CAP / ambulatori / hospital / centre*) categoritzada.

Resultat:

- Diferències estadísticament significatives en totes les preguntes dels qüestionaris **d'atenció primària, hospitalària i sociosanitària**.
- El qüestionari de **CSMA**: presenta diferències estadísticament significatives en totes les preguntes menys amb les preguntes:

Servei Català
de la Salut

P 5: Quina impressió té de la **neteja** del centre de salut mental?

P 4: Valori el **soroll** que hi ha **habitualment** a la sala d'espera.

P 11: Creu que la medicació que està prenent **és la que a vostè li va bé?**

- En el qüestionari per a **MILLE**: presenta diferències estadísticament significatives en totes les preguntes menys amb les preguntes:
 - P 11: El psiquiatre li **explica** en què consisteix la seva **malaltia?**
 - P 3: Quina impressió té de la **neteja** de l'hospital?
 - P 16: El psiquiatre li explica els possibles **efectes secundaris** de la medicació que li dóna?

5) Consistència interna (prova Alfa de Cronbach)

- Per factor i total dels **qüestionaris en l'estudi pilot**

Factor	Atenció Primària	Atenció Hospitalària	Atenció Sociosanitària	CSMA	MILLE
Factor 1	0,87	0,80	0,86	0,91	0,84
Factor 2	0,76	0,73	0,83	0,56	0,74
Factor 3	0,51	0,59	0,63	0,47	0,71
Factor 4	0,41	0,62	0,79	0,52	0,71
Factor 5		0,60	0,57		0,60
Total	0,87	0,80	0,92	0,90	0,84
% var. expl.	56,3%	59,6%	69,6%	56%	51,9%

Així doncs, els QÜESTIONARIS per a les aplicacions de les enquestes consten de:

	Atenció Primària	Atenció Hospitalària	Atenció Socio sanitària	CSMA	MILLE
Nre. preguntes	30	30	32/33	29	37
Nre. preguntes validades	21	23	21	20	28
Nre. preguntes no validades*	5	3	6/7	5	4
Nre. variables independents**	4	4	5	4	5

*En la línia d'atenció sociosanitària hi ha 5 preguntes específiques per a llarga estada i convallescència i hi ha 4 preguntes específiques per a pal·liatius.

**Edat, sexe, nivell d'estudis i salut percebuda. En les línies d'ingrés llarg s'inclou temps d'ingrés.

Aquests resultats han permès afrontar les aplicacions de les enquestes amb uns qüestionaris amb les condicions de validesa i fiabilitat que ens assegurin resultats corresponents a l'opinió de la població enquestada. S'han repetit les anàlisis amb les dades de l'aplicació de les enquestes.

Resultats Validació Aplicació de l'enquesta

Consistència interna (prova Alfa de Cronbach)

- Per factor i total dels **qüestionaris en l'estudi final**

Factor	Atenció Primària	Atenció Hospitalària	Atenció Sociosanitària	CSMA	MILLE
Factor 1	0.84	0.83	0.91	0.81	0.81
Factor 2	0.70	0.72	0.86	0.82	0.83
Factor 3	0.72	0.62	0.63	0.58	0.60
Factor 4	0.68	0.59	0.49	0.58	0.64
Factor 5		0.55			0.48
Total	0.87	0.86	0.93	0.88	0.85
% var. expl.	54.3%	55.8 %	65.7%	56.9 %	53.3%

Així doncs, els **QÜESTIONARIS després de les aplicacions de les enquestes** consten de:

	Atenció Primària	Atenció Hospitalària	Atenció Socio sanitària	CSMA	MILLE
Nre. preguntes	30	30	32/33	30	37
Nre. preguntes validades	19	20	18	17	24
Nre. preguntes no validades*	5	4	7/8	7	6
Nre. variables independents**	4	4	5	4	5
Nre. preguntes identif. factors predictors***	2	2	2	2	2

*En la línia d'atenció sociosanitària hi ha 5 preguntes específiques per a llarga estada i convalescència i 4 preguntes específiques per a pal·liatius.

****Edat, sexe, nivell d'estudis i salut percebuda.** En les línies d'ingrés llarg s'inclou **temps d'ingrés.**

*** Satisfacció general (0-10) i Fidelització.

Segona etapa:

Disseny i realització de l'estudi de satisfacció

El primer pas en la planificació és definir la població d'estudi i triar l'estratègia més adient per aconseguir els objectius desitjats, amb els recursos disponibles i destinats a tal fi.

La població diana es concreta en tots els assegurats del CatSalut atesos a Catalunya en les diferents línies de servei.

La població d'estudi s'ha definit a partir de diferents criteris d'inclusió i d'exclusió segons les diferents línies d'atenció:

- **Criteris d'inclusió i d'exclusió**

A. primària	CSMA	A. Hospitalària	MILLE	A.Sociosanitària
Criteris d'inclusió				
Usuaris directament receptors del servei	Usuaris directament receptors del servei	Usuaris directament receptors del servei	Usuaris directament receptors del servei	Usuaris directament receptors del servei
Assegurats que han estat atesos a l'atenció primària els darrers 12 mesos	Assegurats que han estat atesos a l'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria d'adults en els darrers 12 mesos	Pacient mèdics i quirúrgics donats d'alta al domicili.	Assegurats amb un període d'ingrés superior a 1 mes	Estada superior a 7 dies
Criteris d'exclusió				
Edat inferior a 15 anys	Edat inferior a 18 anys	Edat inferior a 15 anys, encara que sigui en serveis convencionals d'adults	Edat inferior a 15 anys.	Edat inferior a 15 anys.
		Pacients d'hospital dia o cirurgia major ambulatoria		
		Estades inferiors a 2 dies		
		Alta per èxitus		Estat agònic
		Alta a un centre sociosanitari		
Residents a altres C.A o l'estranger	Residents a altres C.A o l'estranger	Residents a altres C.A o l'estranger		
Incapacitat per respondre: cognitiva i hipoacúsia severa, etc.	Incapacitat cognitiva (retard mental sever, demència, etc.) Hipoacúsia severa	Incapacitat per respondre: cognitiva, hipoacúsia severa, etc.	- Alteració de la capacitat cognitiva (Ex. retard mental i demències) - Hipoacúsia severa (no corregida amb audífon)	Dèficit de capacitat cognitiva. (Valoració amb escales de Pfeifer o Minimental)
		Pacients psiquiàtrics	Simptomatologia afectiva (depressiva) important o quadre delirant prou important que distorsioni el grau de comprensió	Malaltia psiquiàtrica descompensada o no controlada en el moment de l'enquesta.
Àrees bàsiques de salut (ABS) reformades després de l'1 de gener de 2002. Són en total 38 ABS.		Pacients d'obstetrícia a qui s'ha mort el nadó.	Altres condicions clíniques que segons criteri professional incapacitin per fer l'enquesta	- Alteració del nivell de consciència: sedació profunda, encefalopatia etc. Alternativa tècnica: valoració amb escala de Glasgow - Quadre confusional agut. Alternativa tècnica: valoració amb l'escala "Confusional Assessment Method" - Afàsia
Immigrants amb dificultats amb l'idioma i sense suport per a la interpretació correcta. És important fer constar que en aquests casos sempre s'oferia la possibilitat de fer un contacte posterior en cas de disposar d'un familiar o amic que pogués donar el suport necessari.				

6.5 Càlcul mostral i selecció de casos

El nombre de ciutadans i ciutadanes usuaris dels serveis del CatSalut justifica un plantejament de l'estudi a partir de mostres. L'estadística i l'epidemiologia ens permeten treballar amb mostres potents i adequadament definides, a partir de les quals poder inferir els resultats a les respectives poblacions de referència i fer el contrast d'hipòtesi per a les comparacions.

6.5.1 Definició d'unitat mostral

Atenció Primària:

Es considerarà unitat mostral cada sector sanitari i, en cas que el sector disposi de més d'un proveïdor, una unitat mostral per cada proveïdor.

Nombre total d'unitats mostrals identificades: 83, que corresponen a un total de 55 sectors sanitaris i 28 unitats mostrals addicionals.

Atenció Hospitalària

Es considerarà unitat mostral cada unitat proveïdora (Hospital).

Nombre total d'unitats mostrals identificades: 60

Atenció Sociosanitària

S'ha definit com a unitat mostral la regió sanitària. Hi ha per tant 8 unitats mostrals on s'ubiquen els diferents centres d'atenció sociosanitària de Catalunya que atenen assegurats del Catsalut.

Atenció en Salut Mental ambulatoria

S'ha definit com a unitat mostral la regió sanitària. Hi ha per tant 8 unitats mostrals on s'ubiquen els diferents centres.

Atenció en Salut Mental en internament en mitjana i llarga estada

S'ha definit com a unitat mostral la regió sanitària. De les 8 regions sanitàries només 5 disposen de llits contractats pel Catsalut en la línia de servei d'atenció en salut mental en ingrés de mitja i llarga estada. Hi ha per tant 5 unitats mostrals.

6.5.2 Grandària mostral

Un dels objectius del projecte és conèixer el grau de satisfacció dels assegurats de Catalunya en cada servei. Per un altre part conèixer el grau de satisfacció per les diferents unitats mostrals definides per a cada qüestionari, i en cada cas, comparar els resultats de cada unitat amb el seu grup de referència, però no comparar individualment les unitats mostrals entre sí.

Per això caldrà, per tant, disposar d'un nombre mínim de casos que permeti fer la comparació de proporcions, amb un error alfa i beta acceptables, a fi que, si hi ha diferències entre aquestes, siguem capaços d'identificar-les. La formulació estadística que permet fer aquest càlcul no té com a referència la grandària total de la població estudiada, sinó la freqüència d'aparició del succés en estudi (proporció esperada).

En el nostre cas ens varem predeterminar unes condicions de treball:

- Proporció esperada: en no disposar de dades precedents i homogènies de satisfacció, s'assumeix una proporció d'un 0,5 en un dels grups, situació denominada més desfavorable (ja que en igualtat de condicions dóna una major grandària).
- I l'acceptació d'un risc alfa i risc beta: respectivament inferiors a 0,05 i 0,20, en un contrast bilateral per detectar diferències iguals o superiors a 0,11 unitats percentuals per atenció primària i hospitalària; 0,075 unitats percentuals en atenció socio sanitària i en salut mental en internament en mitjana i llarga estada; i de 0,08 unitats percentuals en salut mental ambulatoria d'adults. El càlcul s'han fet utilitzant el mètode de dues proporcions independents.
- Nombre mínim de casos vàlids (individus) de cada unitat mostral: 162 casos. Considerant les premisses anteriors, el nombre total de casos de la línia de servei d'Atenció Primària és de **13.446 casos**.
- Nombre mínim de casos vàlids (individus) de cada unitat mostral: 162 casos. Considerant les premisses anteriors, el nombre total de casos de la línia de servei d'Atenció hospitalària és de **9720 casos**.
- Nombre mínim de casos vàlids (individus) de cada unitat mostral: 401 casos. Considerant les premisses anteriors, el nombre total de casos de la línia de servei d'Atenció Socio sanitària és de **3208 casos**.

- **Nombre mínim** de casos vàlids (individus) de cada unitat mostral: **401 casos**. Considerant les premisses anteriors, el nombre **total de casos** és de **3208 casos**.
- **Nombre mínim** de casos vàlids (individus) de cada unitat mostral: **401 casos**. Considerant les premisses anteriors, el nombre **total de casos de la línia** de servei d'Atenció en Salut Mental en ingrés de mitja i llarga estada, és de **802 casos** per les Regions de Tarragona i Costa Ponent, **i tots els casos disponibles en les altres regions (355 casos)**.

6.5.3 Assignació de casos a cada unitat mostral

- En els casos de la realització de les **enquestes telefòniques** s'han estratificat prèviament les subpoblacions en funció del pes de l'activitat de cada unitat mostral. Un cop determinats els casos necessaris per cada unitat mostral, aquests s'han distribuït per grups d'edat i sexe.
- En els casos de la realització de les **enquestes face to face** s'ha estratificat per centres en funció del nombre total de llits de cada centre. En el cas d'atenció sociosanitària també s'ha estratificat en funció de la tipologia de pacient (pal·liatiu o llarga estada i convalsència).
- Per fer la classificació en grups d'edat i sexe s'ha seguit el model de l'ESCA 1994.

En primer lloc hem reproduït els mateixos grups d'edat i sexe*:

Homes	15 a 44 anys	45 a 64 anys	65 anys o més
Dones	15 a 44 anys	45 a 64 anys	65 anys o més

*A CSMA a partir de 18 anys

Així doncs, es va arribar al nombre de casos necessaris de cada unitat mostral en cada qüestionari.

Taula resum:

Qüestionari	Tipus enquesta	Nivell de resultats	Nombre enquestes previstes
Atenció Primària	Telefònica	<ul style="list-style-type: none"> • Catalunya • Regió sanitària (8) • Sector Sanitari/entitat proveïdora (83) 	13.446
Atenció Hospitalària	Telefònica	<ul style="list-style-type: none"> • Catalunya • Hospitals (60) 	9720
Atenció Sociosanitària	Face to face	<ul style="list-style-type: none"> • Catalunya • Regió Sanitària (8) 	3208
Atenció salut mental ambulatoria (CSMA)	Telefònica	<ul style="list-style-type: none"> • Catalunya • Regió Sanitària (8) 	3208
Atenció salut mental amb internament (MILLE)	Face to face	<ul style="list-style-type: none"> • Catalunya • Regió Sanitària (5) 	1157*

* 401 casos en les RS 62 i 65, més tots els casos disponibles a les altres regions sanitàries

6.6 Treball de camp

6.6.1 Obtenció de les bases de dades

En el cas de les enquestes *face to face* l'equip tècnic de la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat del CatSalut ha proporcionat les dades d'identificació dels centres i els seus responsables així com el nombre de llits per l'assignació de casos a cada centre.

L'equip tècnic de la Divisió d'Atenció al client i Qualitat del CatSalut ha generat les bases de dades necessàries per la posterior selecció mostral de casos per poder fer les **enquestes telefòniques**. Posteriorment i mitjançant un sistema de selecció aleatori, l'empresa encarregada del treball de camp va procedir a generar les cotes de pacients per grups d'edat i sexe que serien enquestats.

Atenció primària:

En el cas concret d'atenció primària s'ha utilitzat el Registre Central d'Assegurats (RCA). Dels casos que consten en aquest registre i per complir els criteris d'exclusió consensuats es van excloure de la selecció inicial les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) reformades després de gener de 2002 (38 ABS). Tota la resta d'ABS eren candidates, i d'aquestes es van seleccionar tots els assegurats en què constava el "telèfon" (78% del total).

A partir d'aquí es va procedir ja a fer una selecció aleatòria i classificada per grups d'edat i sexe, que corresponia al 20% de la població assignada a cada (ABS), per tal de disposar d'una àmplia base de candidats a ser entrevistats.

Finalment, la base de dades de treball constava de **444.628 registres**.

En no disposar de dades per identificar i seleccionar exclusivament els assegurats que havien estat atesos durant el darrer any (12 mesos), aquests s'identificaven amb una primera pregunta de l'enquesta. Només es realitzava l'enquesta si la resposta era afirmativa.

Atenció hospitalària:

En el cas concret d'atenció hospitalària s'ha utilitzat el registre de facturació dels Serveis Sanitaris del CatSalut.

Del nombre total d'hospitals es van excloure els que tenien un nombre d'altres anual inferior a 500. Dels hospitals que formaven part de l'estudi (60), es van incloure totes les altes del període abril-juny 2003. Dels registres resultants es van excloure els casos que complien criteris d'exclusió.

Finalment, la base de dades de treball constava de **63.124 registres**.

Com a mesura de control als enquestats se'ls preguntava si havien estat ingressats a l'hospital que constava a la base de dades.

Inicialment el període finestra es situava entre els mesos d'abril, maig i juny de 2003, però degut a la manca de casos per aconseguir les enquestes necessàries en algunes entitats proveïdores es va optar per ampliar el període

finestra a fi d'aconseguir els casos necessaris. Concretament es tracta de 12 hospitals que varen necessitar ampliar el període finestra.

Atenció CSMA:

En el cas concret d'atenció psiquiàtrica i salut mental en atenció ambulatoria d'adults s'ha utilitzat el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD-SM). En alguns centres es va optar per la selecció des dels propis centres ja que no constaven dades en el CMBD-SM, en aquests, per tal d'assegurar-se l'alteatorietat, es van demanar 7 vegades més casos dels es necessitaven.

A partir d'aquí es va procedir ja a fer una selecció aleatòria i classificada per grups d'edat i sexe.

Finalment, la base de dades de treball constava de **81.813 registres**.

En no disposar de dades per identificar i seleccionar exclusivament els assegurats que havien estat atesos durant el darrer any (12 mesos), aquests s'identificaven amb una primera pregunta de l'enquesta. Només es realitzava l'enquesta si la resposta era afirmativa.

6.6.2 Assegurament de la confidencialitat de dades

D'acord amb la Llei de protecció de dades (LPD), en totes les etapes de l'estudi, però especialment en el maneig de dades, s'ha tingut una cura especial per tal de preservar la confidencialitat de les dades dels assegurats, tant les identificatives com les de les seves respostes a l'enquesta.

Accions realitzades

- Consulta a la Divisió d'Assessoria Jurídica del CatSalut i assessors jurídics externs en relació a la LPD
- Compromís de confidencialitat específic signat entre l'empresa adjudicatària i el CatSalut
- Compromís de confidencialitat signat a títol individual per tots els professionals que de qualsevol manera o en qualsevol moment han tingut dades al seu abast

- Eliminació del suport informàtic amb les dades identificatives mostrals un cop utilitzades.

6.6.3 Formació d'enquestadors

Enquestes telefòniques:

Els teleoperadors encarregats de fer les enquestes telefòniques van ser prèviament ensinistrats en unes jornades de treball dirigides per l'equip tècnic, amb les indicacions pertinents per tal de minimitzar la variabilitat entre enquestadors, no induir les respostes i donar informació addicional no inclosa en l'estudi. També es va fer referència a l'entonació.

Es va donar una atenció especial a la identificació de casos no vàlids, sobretot en el cas de problemes cognitius. Per aquest motiu per a l'aplicació de l'enquesta de CSMA es va comptar amb l'assessorament d'experts per tal de verificar la terminologia utilitzada i conèixer l'entorn emocional d'aquesta tipologia de pacients a partir dels professionals directament lligats amb aquesta atenció.

La totalitat de teleoperadors que van participar en el treball de camp van signar un compromís de confidencialitat amb el CatSalut.

Enquestes face to face:

Els enquestadors encarregats de fer les enquestes als diferents centres/hospitals van ser prèviament ensinistrats en unes jornades de treball dirigides per l'equip tècnic abans de cada campanya (socio-sanitari i MILLE), amb les indicacions pertinents per tal de minimitzar la variabilitat entre ells, no induir les respostes i donar només la informació addicional prèviament determinada i consensuada. D'altra banda es fa fer un èmfasi especial en el coneixement d'aquests pacients que per les seves situacions clíniques o personals requereixen un abordatge molt curós.

Es van revisar i consensuar molt especialment la identificació de casos no vàlids, sobretot en el cas de problemes cognitius.

El nombre total d'enquestadors que han participat en la campanya és de **9** per l'aplicació de l'enquesta socio-sanitària i **7** per a la de salut mental amb

internament de mitjana i llarga estada. Tots han signat un compromís de confidencialitat amb CatSalut. D'altra banda cada enquestador ha estat acreditat per aquesta tasca pel CatSalut amb un document signat pel responsable de la Unitat.

6.6.4 Aplicació de l'enquesta

Amb anterioritat a l'inici de l'aplicació de l'enquesta es va informar a tots els responsables de cada regió sanitària de l'inici del projecte, així com dels objectius. Igualment es va fer amb l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) i amb el Gabinet de Direcció del CatSalut.

En les aplicacions de les enquestes telefòniques les trucades s'han fet en un horari que anava de les 9 del matí a les 9 de la nit, en dies laborables. En cas de dubtes o reclamacions sempre s'oferia el telèfon de Sanitat Respon perquè l'assegurat hi dirigís les seves preguntes.

Atenció primària: durant el període comprès entre el 17 de setembre i el 22 d'octubre de 2003.

Atenció hospitalària: durant el període comprès entre el 13 d'octubre fins al 16 de desembre (amb la interrupció de l'enquesta entre el 28 octubre fins al 17 novembre per la campanya electoral).

Atenció socio sanitària: durant el període comprès entre el 15 de juliol i el 13 d'agost de 2003.

Atenció en salut mental ambulatoria d'adults: durant el període comprès entre el 30 d'octubre i el 22 de desembre de 2003 (amb la interrupció de l'enquesta entre el 28 octubre fins al 17 novembre per la campanya electoral).

Atenció en salut mental en internament de mitjana i llarga estada: durant el període comprès entre el 8 i el 26 de setembre de 2003.

6.7 Anàlisi dels resultats

6.7.1 Gestió de dades

Totes les dades obtingudes en la realització de les enquestes s'han estructurat en bases de dades expressament desenvolupades per aquest projecte en l'aplicació Microsoft® Access. Per a l'anàlisi estadística s'ha utilitzat el paquet estadístic SPSS v10 i el full de càlcul de Microsoft® Excel.

6.7.2 Anàlisi de les observacions i tractament estadístic

El primer nivell d'anàlisi de les observacions realitzades és una anàlisi **descriptiva univariant** que mostra la distribució de resultats per cada ítem o pregunta a partir de la seva formulació original, en una escala categòrica ordinal. Això permet una visió del posicionament i distribució global de totes les opinions donades, amb un alt nivell d'explicitació. Tot i que pot dificultar de vegades una visió més general i senzilla dels resultats.

Per tal de simplificar i agilitar la lectura dels resultats descriptius s'ha creat un estadístic que anomenem "**indicador positiu**", que agrupa les valoracions positives de cada ítem. Té l'avantatge d'integrar la interpretació de cada ítem amb un sol resultat i facilitar les comparacions posteriors. D'altra banda, la literatura sobre satisfacció considera habitualment un estàndard de referència per a aquest indicador que se situa en el 75%¹⁵; és a dir, que s'espera que qualsevol resultat que integri les valoracions positives assolixi com a mínim aquest valor del 75%, i qualsevol altre resultat inferior es considera un grau de satisfacció insuficient.

En segon lloc, es realitza una **anàlisi bivariant** que té en compte els resultats de les variables de satisfacció en relació amb cadascuna de les variables sociodemogràfiques i independents, i posa de manifest les relacions o tendències de resultats de satisfacció segons les característiques dels assegurats (sexe, edat, salut percebuda i estudis).

L'anàlisi factorial de la validació de cada qüestionari ens permet reduir a 4 o 5 conceptes o factors, segons el qüestionari, que expressen la satisfacció dels nostres usuaris. El **resultat a nivell de factors** dona la possibilitat de fer una

¹⁵ Servicio Andaluz de Salud (SAS). La sanidad desde el otro lado. 2002

valoració a través de només 4 o 5 estadístics, tant a nivell de Catalunya com de Regions Sanitàries. Facilita a més la identificació d'àrees de millora.

L'anàlisi es fa a través de 2 estadístics, que ens expressen:

- a) els assegurats que tenen una opinió positiva en **totes** les preguntes que integren el factor, i que per tant podem interpretar com la proporció de satisfets amb el conjunt d'ítems que formen part del factor, i
- b) la mitjana de factor, a través la puntuació que cada assegurat ha obtingut en el factor.

En el decurs de l'estudi s'ha plantejat la possibilitat de crear un índex sintètic de satisfacció global. Aquesta és sens dubte una idea atractiva, desenvolupada de diferents maneres per diferents autors avaluats en l'etapa de revisió bibliogràfica¹⁶. Tot i així, des d'un punt de vista estrictament metodològic, no es correspon a un significat real de satisfacció global i pot tenir un valor més estadístic que conceptual. D'altra banda, l'objectiu final del projecte és facilitar la millora de la qualitat dels serveis prestats suggerint, a partir dels resultats, les àrees de treball. Tècnicament és posar altra vegada junts els diferents factors de qualitat que s'han obtingut amb la rotació Varimax, que justament ens obliga a acceptar que els diferents factors en què agrupa els ítems són força independents els uns dels altres.

Probablement el més important és ser capaços de mostrar com els diferents grups d'usuaris de les regions sanitàries o de les unitats mostrals varien els seus resultats en cada factor per separat, i d'aquesta manera poder suggerir als responsables (gestors i professionals) quins són els punts en què han de fer un esforç extra o en quins altres tenen pràctiques excel·lents. Això resulta més difícil amb un índex global que no mostra quins són els aspectes a millorar.

6.7.3 Anàlisi de factors predictors

Un dels objectius del projecte és identificar si existeixen determinats aspectes de l'atenció que contribueixin de manera més important que altres en la

¹⁶ González P. Medir en las ciencias sociales. A: Ferrando M. Ibáñez J. i Alvira F. El análisis de la realidad social. Madrid, 1989: 227-284.

Streiner D. L. i Norman G. R. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 2ª ed. Gran Bretanya: Oxford University Press, 2001.

formació d'una opinió general de satisfacció (veieu 4.3 objectius addicionals); és a dir, quin paper juga cadascuna de les variables o ítems com a predictors de satisfacció en cada una de les línies estudiades.

El sentit d'aquesta anàlisi és facilitar la identificació d'àrees de millora, i sobretot conèixer quin dels aspectes individuals o dins d'un factor pesa més en l'opinió general. Per tant, la millora específica d'aquests aspectes tindrà uns resultats més efectius sobre la satisfacció.

La tècnica utilitzada és la **regressió múltiple amb escalament òptim**, que pretén esbrinar la importància que cadascuna de les preguntes validades del qüestionari (variables independents o predictores) té sobre la satisfacció global dels usuaris quant a l'atenció primària –pregunta P101– (variable dependent).

Els resultats obtinguts amb aquest model de regressió (més adequat, en el nostre cas, que el model de regressió lineal clàssic, donat que totes les variables han estat mesurades en una escala ordinal en les variables independents, i de 0 a 10 en la variable dependent) mostren:

1. La importància de cadascuna de les variables predictores en el model, i que la suma de les importàncies de totes les variables predictores és 100.
2. La correlació d'ordre zero d'aquestes amb la variable dependent (relació de cadascuna de les variables predictores amb la variable dependent, tenint en compte l'efecte de la resta de les variables predictores).

En tots els models per a cada línia d'atenció o producte la variable dependent ha estat la satisfacció global dels usuaris (P 101). Les variables independents o predictores han estat, segons els casos, les següents:

1. Cadascuna de les preguntes validades dels qüestionaris
2. Cadascuna de les preguntes validades de cada dimensió o factor

El resultat ens informarà de la importància de cadascuna de les variables que considerem predictores (els ítems del qüestionari), i la força de relació que hi ha entre la variable predictora i les variables dependents.

6.7.4 Relació d'eines metodològiques estadístiques

El tractament estadístic es basa en:

- Anàlisi factorial amb el mètode de components principals (ACP) amb rotació variamax
- Estimació de proporcions i mitjanes de cada ítem de satisfacció o variable descriptiva
- Comparació de proporcions o mitjanes utilitzant el contrast d'hipòtesi entre grups independents (Chi quadrat, t d'Student i ANOVA). Proves no paramètriques (Kruskall-Wallis).
- Relació entre variables: Correlació de Pearson i Rho de Spearman.
- Per determinar els factors predictors de satisfacció s'ha utilitzat la tècnica de regressió múltiple amb escalament òptim.
- Regressió lineal múltiple per estudiar la relació de les variables sociodemogràfiques amb la satisfacció global i les puntuacions factorials.

6.7.5 Presentació de resultats

Els resultats es presenten en **2 o 3 grans apartats** per a cada línia de servei o producte.

- a) Resultats globals a Catalunya
- b) Resultats per cada regió sanitària (menys en atenció hospitalària)
- c) Resultats per cada unitat mostral (sector sanitari o entitat proveïdora dins d'un sector per Atenció primària) i (hospital per atenció hospitalària).

En cada cas els resultats es presenten en el següent ordre:

- Distribució de proporcions i mitjanes de cada pregunta de satisfacció
- Elaboració de l'indicador positiu per cada pregunta de satisfacció i variables sociodemogràfiques
- Comparació de proporcions o mitjanes.

Per a l'apartat **b** les regions sanitàries es comparen amb la resta de regions, a nivell d'indicador. Quan hi hagi diferències estadísticament

significatives s'utilitzarà un codi de colors. Verd per a les diferències a favor de la regió, vermell per a les diferències en contra de la regió.

Per a l'apartat **c** la comparació es fa:

Per **atenció primària** entre cada unitat mostral i la resta d'unitats de la regió sanitària de referència.

Per **atenció hospitalària** es compara cada unitat proveïdora amb la resta d'hospitals de Catalunya. Es seguirà el mateix sistema de codi de colors per identificar-ne les diferències.

- Elaboració de resultats per factor:
 - a) Indicador satisfacció en proporcions
 - b) Índex de satisfacció global (en mitjanes)

- Finalment s'incorporen els resultats de l'anàlisi de factors predictors.

Per facilitar la presentació i lectura dels resultats, aquests es presenten en forma de taules convenientment identificades.

Cada nivell de resultats té adjunta la representació gràfica considerada més adient en cada cas, per tal de donar una visió ràpida i encertada dels resultats expressats en les taules.

En els apartats de resultats globals de Catalunya per a cada línia de servei o producte s'incorporen els resultats de la validació final dels cada qüestionari.

Premisses per a la interpretació del resultat de les observacions

Els resultats de l'anàlisi estadística, a partir d'un disseny metodològicament correcte, ens donen l'oportunitat de disposar de dades vàlides i fiables sobre les quals basem les nostres conclusions. Però la interpretació dels resultats i sobretot les comparacions van més enllà, i cal tenir en compte en cada moment les diferents realitats i condicionants que giren al voltant de cada unitat d'estudi.

L'objectiu principal del nostre estudi **no és la comparació** entre regions sanitàries o unitats mostrals entre si, sinó que es pretén situar cada unitat en el seu entorn.

7. Bibliografia revisada

7.1 Bibliografia general

1. Arnetz J. E. i Arnetz B. B The development and application of patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 1996; Vol.8 (6):555-566.
2. Baron-epel O. Dushenat M. i Friedman N. Evaluation of consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; Vol.13(4):317-323.
3. Caminal J., Sánchez E. i Schiaffino A. (et. al) El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev. Calidad Asistencial* 2002; 17(1):4-10.
4. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2002; 17(1):22-9.
5. Draper M. i Hill S. Feasibility of National Benchmarking of patient satisfaction with Australians hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 1996; Vol.8 (5):457-466.
6. Fornell C., Johnson D., Anderson E. W., Cha J. i Bryant B. E. The american customer satisfaction index: nature, purpose and findings. *Journal of Marqueting* October 1996; Vol. 60: 7-18.
7. Gamide I. i Silvestre C. Utilización de la perspectiva cualitativa en la construcción de herramientas de medida: elaboración de cuestionarios. Taller Nº3. XX Congreso de Sociedad Española de Calidad Asistencial Pamplona 2002.
8. Grol R. (et al.) Patients' priorities with respect to general practice care:an international comparison. *Family Practice* 1999; 16:4-11.
9. Hall J.A.& Dornan M.C. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc. Sci. Med.* (1988) 27: (6) 637
10. Hernando P. (et al.) Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión. *Revista Calidad asistencial* 2001; 16(4): 261-268.
11. Hernando, P. (et. al) Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión. *Revista Calidad asistencial* 2001; 16(4): 261-268
12. Kasalova H., Farmer R. G., Roithova Z. i Marx D. Development of patient satisfaction surveys in the Czech Republic: a new approach to an old theme. *International Journal for Quality in Health Care* 1994; Vol.6(4):383-388.
13. Kravitz R. L. Measuring Patients' expectations and requests. *Annals of Internal Medicine* May 2001; Vol.134(9):881-888.
14. Labarere J., Francois P., Auquier P., Robert C. i Fourny M. Develepmnt of a French inpatient satisfaction questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; Vol.13(2): 99-108.

15. Like R. i Zyzanski S. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc. Sci. Med.* 1987; Vol. 24(4): 351-357.
16. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc. Sci. Med.* 1982; 16:583-589.
17. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 1982; 16:577-582.
18. López A. Ortiz H. i de Miguel C. Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria. *Rev. Calidad Asistencial* Abril-Mayo 2003; Vol. 18(3): 153-158.
19. Mira J. J. (et. al.) Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev. Calidad Asistencial* 2002;17(5):273-83.
20. Mira J. J. (et. al.) SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998; 5:12-18.
21. Mira J. J. i Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina clínica* 2000; 114 (supl. 3):26-33
22. Mira J. J. Rodríguez J. Tirado S. Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Revista de Calidad Asistencial* 2000; Vol.15(1):36-42.
23. Nathorst-Böös, J. Munck I. M. E, Eckerlund I i Ekfeldt-Sandberg C. An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; Vol.13 (3):257-264.
24. Newsome P. R. H. y Wright G. H. A review of patient satisfaction: concepts of satisfaction. *British Dental Journal* February 1999; Vol. 1986(4): 161-165.
25. Palacio, F. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Atención Primaria* 2003;31(5): 307-14
26. Parasuraman A. (et. al) SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality 1988 *J. Retailing* 64:(1) 12
27. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; Vol.13(5):385-390.
28. Ruyter K, Bloemer J. Peeters P. Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J. Economic Psychol* 1997; 18: 387-406.
29. Sáinz A. Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad. *Rev. Calidad Asistencial* 2002: Vol. 17(5):284-291.
30. Santiñá M, (et al.) Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario 2002; Vol. 17(4):218-223.
31. Saturno P. J i Sánchez J. A. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejor de la calidad de la atención sanitaria. *Rev. Calidad Asistencial* Octubre 1995; Vol. 10(5):271-279.

32. Serra-Sutton i Herdman M. Metodologia d'adaptació transcultural d'instruments de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Informatiu AATM (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques) octubre 2001; 24.
33. Servicio Andaluz de Salud (SAS). La sanidad desde el otro lado. 2002.
34. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. International Society for Quality in Health Care and Oxford university Press 1999; Vol. 11(4): 319-328.
35. Sitzia J. i Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 studies. International Society for Quality in Health Care 1998 Vol. 10(4): 311-317.
36. Spreng R. A., MacKenzie S. B. i Olshavsky R. W. A re-examination of the determinants of consumer satisfaction. Journal of Marketing July 1996; Vol. 60: 15-32.
37. Steven I. D. A patient satisfaction questionnaire as a teaching and comparative audit tool. Quality Assurance in Health Care 1991; Vol. 3(1): 41-49.
38. Thomas L.H. , MacMillan J. McColl E., Hale C. i Bond S. Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. International Journal for Quality in Health Care 1995; Vol.7(2):153-163.
39. Thompson A. G. H. i Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care 1995; Vol.7(2):127-141.
40. Thompson, A G H (1998). Competition and quality, International Journal for Quality in Health Care, editorial. 10 (5):371-373.
41. Thompson, A G H (1998). Patients' needs, in Shutysen. K and Edwards B (eds). Hospital Healthcare Europe 78-79. Campden Publishing, London.
42. Thompson, A. G H (1998). Patient expectations satisfaction and outcomes, in Vang, J and Kristensont M (eds.). Outcome measuring, 37.43, Spli tryck 310, SPR;. Stockholm. Sweden.
43. Thompson. A. G H. And Suñol, R. (1995) Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care, 7(2): 127-141.
44. Ware J. E. Jr. i Hays R. D. Methods for measuring patient Satisfaction with specific medical encounters. Medical Care April 1988 Vol.26(4): 393-402
45. Ware J. i Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. Med. Care 1975; 13: 669-682
46. Weiss B. D. i Senf J.H. Patient satisfaction instrument for use in health maintenance organizations. Medical Care May 1990; Vol. 28(5):434-445.
47. Willson P. i McNamara J. R. How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. Soc. Sci. Med. 1982; Vol. 24: 1699-1704.

7.2 Bibliografia Metodologia

48. Ehnfors M. i Smedby B. Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: problems of sampling, non-response and other losses. *Quality Assurance in Health Care* 1993; Vol. 5(1):19-32.
49. González P. Medir en las ciencias sociales. A: Ferrando M. Ibàñez J. i Alvira F. *El análisis de la realidad social*. Madrid, 1989: 227-284.
50. Hendriks A. A. J. , Oort F. J., Vrielink M. R. i Smets E. M. A. Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; Vol.14(6): 471-482.
51. Jordan L.A., Marcus A. C. i Reeder L. G. Response Styles in telephone and household interviewing: a field experiment. *Public Opinion Quarterly* Summer 1980; Vol. 44 Issue 2: 210-222.
52. McDowell I. i Newell C. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. NY: Oxford University Press, 1987.
53. Miller P. Alternative questions for attitude scale questions in telephone interviews. *Public Opinion Quarterly* Winter 1984; Vol. 48 Issue 4: 766-778.
54. Prieto M.A. i March J. C. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria* abril 2002; Vol. 29 (6): 366-373.
55. Ramsay J. Campbell J. L. Schroter S. , Green J. Roland M. The general practice assessment survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice* 2000; 17:372-379.
56. Streiner D. L. i Norman G. R. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. 2^a ed. Gran Bretanya: Oxford University Press, 2001.
57. Verdessi BD. (et al.) The role discriminant analysis in the refinement of customer satisfaction assesment. *Revista Saúde Pública* 2000; Vol. 34(6): 6263-630.

7.3 Bibliografia Línia de servei Atenció Primària

58. Bower P. Roland M. Campbell J. i Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *British Medical Journal* February 2003; Vol. 326:258-260
59. González J. C. Juandó L. Quesada M. i Solanas P. Satisfacción de los usuarios en atención primaria Noviembre 1998; Vol. 22 (8): 514-520.
60. Grol R. i Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. EUROPEP group 2000.
61. Grol R. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice* 1999; Vol. 16(1): 4-11.
62. INSALUD. Una encuesta de satisfacción de usuarios con los Servicios de Atención Primaria. [Pàgina WWW]. Disponible "<http://www.intersalud.net>" [26 d'agost de 2002].
63. Wensing M. (et al.) Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; Vol.14(2): 111-118.

64. Williams S. i Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc. Sci. Med.* 1991; Vol. 33 (6):707-716.

7.4 Bibliografia Línia de servei Atenció Hospitalària

65. Coulter A. Which patients get the worst deal? *Observer* November 2001; 229:29-31.
66. Draper M. Cohen P. i Buchan H. Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; Vol.13(6): 463-468.
67. Jenkins A. Picker Institute keep hospitals, doctors focused on their patients. *Boston Business Journal* April 1996.
68. Jenkinson C. Coulter A. i Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; Vol.14(5): 353-358.
69. Mira J.J (et al.) ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria* Julio 2000; Vol.14(4): 291-293.

7.5 Bibliografia Línia de servei Atenció Sociosanitària

70. Calgary Regional Health Authority. Long term care resident satisfaction survey. *Health Service Delivery Highlights* summer 2000; Vol. 6: 5-9.
71. Higginson I. *Clinical audit in palliative care*. Oxford:Radcliffe Medical Press Ltd., 1993.
72. Higginson I. Measuring the quality of care in Palliative Care Services: an interview with Irene Higginson by AL Romer. *Innovations in End-of-Life Care* 2000; Vol.2(1) [www.wdc.org/lastacts].
73. Iezzoni L.I. Davis R. B. Soukup J. O'day B. Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; Vol.14 (5):369-381.
74. Owens D J. Batchelor C. Patient satisfaction and elderly. *Soc. Sci. Med.* 1996; Vol. 42 (11):1483-1491.
75. Tellis-Nayak V. An analysis of satisfaction-survey instruments for nursing home residents, families and staff. *American Health Care Association* August 2001.
76. Tellis-Nayak V. Satisfaction Surveys Core Issues and Essential Questions. *American Health Care Association* August 2001.

7.6 Bibliografia Línia de servei Atenció en salut mental

77. Artal J. (et al.) Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud mental: la escala de Verona (VSSS-54). Archivos de Neurobiología 1997; Vol.60(2): 185-200.
78. Attkinsson C.C Greenfield T. K. The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) scales and Service Satisfaction Scale-30 (SSS-30). Outcomes Assessment in Clinical Practice. Cap. 23.
79. Balogh R. Simpson A. i Bond S. Involving clients in clinical audits of mental health service. International Journal for Quality in Health Care 1995; Vol. 7(4):343-353.
80. MacDonald L. Sibbald B. Hoare C. Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital. International Journal Society Psychiatry Winter 1988; Vol.34(4):292-304.
81. Ruggeri M. i Dall'Agnola R. The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. Psychological Medicine 1993; 23:511-532.

7.7 Bibliografia Lleis

82. BOE núm. 151 Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. (pág. 24241-24245).
83. BOE núm. 298 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (pág. 43088-43099).
84. DECRET 334/2002, de 3 de desembre, pel qual es dóna una nova regulació al Registre públic d'enquestes i estudis d'opinió de la Generalitat de Catalunya (DOGC num, 3779 – 11/12/2002)