

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA

de la Fundació “ la Caixa “

**LA SATISFACCIÓ PERCEBUDA DE L'USUARI DE LA
CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA**

AUTORS: Fernández Agudo, Anibal

Matos Pereira, Olga

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió en Cures d'Infermeria per
l'obtenció del Màster

Treball dirigit per el professor: José Tejada

Comissió avaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Concepció Ferrer
José Tejada

Presidenta
Secretari
Vocal
Vocal

Presentat en data: 27 de novembre de 2006

Acceptat en data:

Queda prohibida qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense la autorització expressa per part dels autors.

ÍNDEX

1	Introducció general.....	5
1.1	El problema i la seva justificació	6
1.2	Objectius generals.....	9
1 ^a Part.	MARC TEÒRIC.....	9
2	Satisfacció de l'usuari.....	10
2.1	Satisfacció	10
2.1.1	Anàlisi de la satisfacció	13
2.2	Motivació	15
2.2.1	Teories de la motivació	17
2.2.2	Motivació i comandaments.....	21
3	Qualitat i assistència sanitària.....	22
3.1	Avaluació, garantia i millora de la qualitat sanitària	28
3.2	Activitats d'un programa de millora.....	34
3.2.1	Cicle evaluatiu i / o de millora.....	34
3.2.1.1	Cicle evaluatiu.....	37
3.2.1.2	Cicle de millora.....	44
3.2.2	Monitorització.....	46
3.2.3	Disseny de qualitat.....	49
3.3	Programa de qualitat extern. Programa d'acreditació.....	50
2 ^a Part.	MARC APLICATIU.....	53
4	Diseny de l'estudi	55
4.1	Hipòtesi.....	54
4.2	Variables.....	54

4.3	Metodologia.....	55
4.4	Població mostra.....	55
4.5	Instrument de recollida d'informació.....	56
5	Descripció del contexte de l'estudi.....	67
5.1	Missió del centre.....	68
5.2	Visió del centre.....	69
5.3	Gestió de la qualitat	70
3 ^a	Part. ANÀLISI DE RESULTATS.....	71
6	Introducció general.....	72
7	Caracterització de la mostra.....	73
7.1	Variables personals	74
7.2	Variables formatives	77
7.3	Variables sociolaborals.....	78
8	Variables d'opinió	78
8.1	Informació.....	78
8.2	Professionals	80
8.3	Rebuda a la unitat	82
8.4	Temps d'espera	83
8.5	Instal·lacions de l'hospital.....	84
9	Altres variables.....	84
9.1	Ajuda en les tasques diàries.....	84
9.2	Valoració de la informació rebuda.....	86
9.3	Informe d'alta.....	87
9.4	Confiança en el centre.....	88
10	Taules de contingència.....	89
11	Nivell global de satisfacció.....	90
4 ^a	Part. CONCLUSIONS.....	91
5 ^a	Part. PROPOSTES DE MILLORA.....	93
6 ^a	Part. BIBLIOGRAFIA.....	96
7 ^a	Part. ANEXES.....	95

1 INTRODUCCIÓ GENERAL

Actualment l'estudi de la satisfacció dels pacients respecte als seus serveis sanitaris, s'ha convertit en un instrument de valor creixent.

El fet que els proveïdors d'aquests serveis accepten que la satisfacció del pacient és un resultat important del treball realitzada pels professionals i un factor associat a la utilització i conducta del pacient, justifica que aquesta s'hagi incorporat com una mesura de la millora de la qualitat.

El concepte de satisfacció per al pacient està determinat per multitud de circumstàncies influïdes per experiències personals i característiques psicològiques, basades en la diferència entre les expectatives del pacient i la percepció dels serveis que ha rebut. D'aquesta manera, les percepcions subjectives acompanyades de les expectatives prèvies configuren l'expressió de la qualitat del servei.

En general hi ha un elevat índex de satisfacció en la majoria de països desenvolupats. No obstant poden apreciar-se diferències importants entre països, encara que és difícil relacionar el grau de satisfacció amb el tipus de sistema.

1.1 EL PROBLEMA I LA SEVA JUSTIFICACIÓ

Actualment més les organitzacions sanitàries, estan cada vegada més interessades en obtenir informació respecte a la percepció del pacient envers la qualitat, la implicació i la resposta dels professionals i les seves actuacions, que poden incidir en una millora del procés assistencial.

Els pacients han de rebre una atenció que respecti les seves creences personals, els seus valors culturals i els aspectes psicosocials.

La percepció dels pacients en quant a la assistència hospitalària rebuda es veu condicionada per tots aquests factors, i per tant, això ha d'impregnar totes les actuacions del personal sanitari i no sanitari.

L'adopció d'aquesta forma d'entendre l'atenció ajuda a cobrir millor les necessitats individuals d'assistència de cada client durant tota la seva estada hospitalària.

Per tant, la satisfacció del pacient és una constant que tracta de donar un enfoc d'excel·lència en els processos assistencials.

Es denomina CMA, a l'atenció de processos subsidiaris de cirurgia realitzada amb anestèsia general, local, regional o sedació que requereixen cures postoperatòries poc intensives i de curta duració, per la qual cosa no precisen ingrés hospitalari i poden ser donats d'alta en un plaç de temps inferior a 24 hores.

La CMA, és una modalitat de prestació de serveis d'alta qualitat i seguretat per les següents característiques:

- Busca la confortabilitat durant tot el procediment.
- Distorsiona molt poc la vida i l'entorn del pacient.
- Millora la relació entre l'equip quirúrgic i el pacient.
- Aplica modernes tècniques, tant quirúrgiques com anestèsiques.
- Implica una alta qualificació professional i una important eficiència organitzativa.

Està basada en un procés assistencial format per diferents etapes que cobreixen les necessitats dels pacients.

En un primer moment el pacient realitza una visita amb l'equip assistencial (metge, infermera), on a més de realitzar les proves pertinents, se li ofereix tota la informació relacionada amb aquesta nova modalitat d'atenció creant un entorn segur, funcional i eficaç.

Els criteris de selecció de pacients es fa valorant quatre paràmetres: l'actitud del client, l'entorn sociofamiliar, el procediment quirúrgic i la patologia associada.

La Unitat de Cirurgia Major Ambulatòria (UCMA), es defineix com una organització de professionals sanitaris que ofereix assistència multidisciplinària a processos mitjançant Cirurgia Major Ambulatòria (CMA), i que compleix uns requisits funcionals, estructurals i organitzatius de forma que garanteix les condicions adequades de qualitat i eficiència per a realitzar aquesta activitat.

El coneixement del grau de satisfacció dels clients, ens servirà d'estímul per promoure les corresponents accions de millora en totes les etapes del procés.

1.2 OBJECTIUS GENERALS

Objectiu principal

- Conèixer el grau de satisfacció dels pacients atesos a CMA i dels seus familiars

Objectius secundaris:

- Desenvolupar un sistema continu i fiable per conèixer la opinió dels pacients sobre la qualitat assistencial.
- Monitoritzar els indicadors de satisfacció a llarg del temps i informar al personal sobre les dades obtingudes.
- Utilitzar informació per desenvolupar activitats de millora

Primera part.: MARC TEORIC

2 SATISFACCIÓ DE L'USUARI

2.1 SATISFACCIÓ

La satisfacció ve, en gran part, determinada per la relació professional - client, pels resultats dels serveis que s'ofereixen i la percepció. La percepció és la visió interna que té el pacient, les seves idees o punts de vista amb relació a les interaccions que estableixen amb els empleats. Si només ens enfoquem cap al resultat dels serveis que oferim i no invertim algun temps per a valorar la percepció del pacient, estem perdent una oportunitat magnífica de millorar els nivells de satisfacció dels nostres pacients. Clar està, enfocar-nos cap als resultats que exerceixin un impacte positiu en la satisfacció del pacient, millorant les relacions amb aquest. Quan les relacions milloren, la percepció del pacient canvia, al que el segueix lògicament un increment en la satisfacció del mateix. Quan el personal que atén als pacients manté una bona relació amb ells, li agraden els seus pacients, aquests actuen positivament amb relació al servei en general. Qualsevol cosa que percep el pacient és realitat.

Per a millorar les relacions amb el pacient hem d'enfocar-nos en dos àrees relacionades amb les habilitats: el professionalisme i l'ús de provades tècniques de maneig.

- ❑ El professionalisme inclou assumptes tals com mostrar respecte, ser simpàtic, cortès i honest; també inclou representar l'organització
- ❑ Les tècniques de maneig resulten ser més naturals per a unes

persones que altres, però aquestes poden ser ensenyades. L'entrenament ha de ser enfocat en les tècniques per a la construcció de relacions entre el personal del servei i els pacients, així com en els més comuns manejos de conflictes, ser de confiança, escoltar, preguntar, establir expectatives, donar seguiment, ...

Generalment, el pacient acut al professional amb una o diverses demandes, entenent per demanda la petició de quelcom plausible, darrera de les quals el pacient té unes expectatives que vénen determinades per les creences, experiències personals i comunitàries.

Però a més a més de les expectatives el pacient acut amb unes ansietats concretes, por a tenir quelcom dolent, que se'l faci mal..., tant major sigui el nivell d'aquestes ansietats tant més agrairà un tracte confidencial, assertiu, càlid i empàtic. La relació assistencial és aquí, més que mai una experiència emocional i consegüentment, les emocions com les expectatives han d'entrar en l'equació explicativa de la satisfacció del pacient.

En la paraula satisfacció es poden emfatitzar dos conceptes: el d'assimilació -contrast i el de zona de tolerància. El primer d'ells es refereix a l'esforç que farà el pacient per a creure que les seves expectatives estan sent confirmades per l'actuació professional. No obstant, si la seva percepció final s'allunya molt del resultat esperat, experimentarà una decepció no lineal, això és, una decepció fins i tot exagerada. No hi ha una avaluació entre expectativa i resultat, sinó que s'estableix una zona de tolerància, que es veu augmentada o disminuïda en funció de que es perdoni al professional algunes "fallades" o "resultats dolents".

Hi ha un altre element més general que limita cotes de satisfacció que es pot aconseguir en sanitat, fa referència a l'efecte reactància. La psicologia social defineix reactància com un estat motivacional dirigit a salvaguardar la llibertat. Quan es percep que algú coarta graus de llibertat a què té dret, es nota una violència interior, una rebel·lia, que mou a l'oposició i a valorar negativament a la dita persona o institució.

Un altre factor és l'edat del pacient. Els pacients joves i de nivell socioeconòmic més elevat són els més difícils de complaure, no perquè tinguin un perfil distint d'expectatives, sinó perquè el seu líndar és més elevat. Inversament, els ancians són els més entusiastes i satisfets del sistema sanitari, podent influir el fenomen de consonància/dissonància cognitiva segons la qual la persona es conforma amb el que té quan no es pot imaginar o obtenir quelcom distint o millor.

Tant la satisfacció i les expectatives com les necessitats i les demandes són les protagonistes de la relació que s'estableix entre pacient i professional, relació peculiar, denominada relació assistencial.

2.1.1 ANÀLISI DE LA SATISFACCIÓ

Cal tenir en compte que la dificultat o el poc hàbit a combinar els mètodes qualitius amb els quantitius per a identificar la majoria dels factors relacionats amb la satisfacció, representa una limitació afegida al coneixement de la mateixa.

Prenent, per tant l'opinió del pacient i introduint-la com a variable d'estudi, l'organització pot alinear amb eficiència, les seves activitats i processos amb la consecució de resultats satisfactoris per al propi pacient.

Des de la perspectiva del pacient s'identifiquen tres aspectes que valora de l'assistència sanitària: l'aspecte instrumental (tècniques), d'expressiu (comportament) i la comunicació (informació). Aquestes tres dimensions són coincidents en la totalitat dels qüestionaris de mesura de satisfacció.

A aquesta complexitat cal sumar-li la labilitat del subjecte d'anàlisi podent explicar la resistència basada en la falta de coneixement científic i tècnic, l'estat mental i físic dels pacients i el ràpid procés assistencial, que dificulta que els pacients puguin tenir una opinió objectiva i comprensiva del que els està passant, la dificultat a definir el que els pacients consideren qualitat.

Utilitzar per tant aquesta mesura d'una manera adequada pot ser un bon instrument per a modular i adaptar serveis a les necessitats expressades per la població.

L'objectiu de l'anàlisi de la satisfacció serà doncs facilitar informació als professionals del sistema sanitari sobre aquells aspectes de l'organització sanitària que són percebuts per la població com insatisfets i que són susceptibles de millora mitjançant la modificació de circumstàncies, comportaments o actituds de l'organització que intervenen en el procés assistencial.

Per tot això el pacient s'ha convertit en gran manera, en motor, eix i centre del sistema.

La satisfacció del pacient ha de ser per tant un objectiu irrenunciable per a qualsevol responsable dels serveis sanitaris, la mesura del resultat i la qualitat de les seves intervencions, s'obté de la concurrència del binomi expectatives -qualitat percebuda. El mètode més utilitzat per a la seva mesura són les enquestes d'opinió que permeten detectar aspectes susceptibles de millora, insuficiències o disconformitats.

2.2 MOTIVACIÓ

També hem de tenir en compte la motivació dels pacients, diferenciant-la de la satisfacció, com el impuls i l'esforç per a satisfer un desig o meta, en canvi la satisfacció està referida al gust que s'experimenta una vegada complit el desig. En el cas que sigui impossible la satisfacció de la necessitat, el cicle motivacional quedaria il·lustrat provocant la frustració de la persona, que es defineix com aquell sentiment que apareix quan la persona es mou cap a una meta i es troba amb algun obstacle. La frustració pot portar-la tant a activitats positives, com a negatives:

- Activitats positives o constructives:
 - Pot augmentar l'energia que es dirigeix cap a la solució del problema
 - Pot succeir que aquesta sigui l'origen de molts progressos tecnològics, científics i culturals de la història.

- Activitats negatives o no constructives. Pot portar al individu a certes reaccions:
 - Desorganització del comportament
 - Agressivitat
 - Reaccions emocionals
 - Alienació i apatia

Hi ha diferents definicions del terme motivació realitzades per diversos autors.

“La motivació és, en síntesi, el que fa que un individu actuï i es comporta d'una determinada manera. És una combinació de processos intel·lectuals,

fisiològics i psicològics que decideix, en una situació donada, amb quin vigor s'actua i en quina direcció es canalitza l'energia" (...)

"Els factors que ocasionen, canalitzen i sustenten la conducta humana en un sentit particular i compromès." (...)

"La motivació és un terme genèric que s'aplica a una sèrie d'impulsos, desitjos, necessitats, anhels i forces semblants" (...)

La majoria d'autors coincideixen que la motivació és un procés o una combinació de processos que influeixen d'alguna manera en la conducta de les persones.

2.2.1 TEORIES DE LA MOTIVACIÓ

Les teories de la motivació, parlen d'un nivell de motivació primari, que es refereix a la satisfacció de les necessitats elementals, com beure o menjar, respirar, i un nivell secundari referit a les necessitats socials, com l'èxit o l'afecte, és de suposar que el primer nivell ha de ser satisfet abans de plantejar-se el segon.

Va ser Abraham Maslow qui va dissenyar una jerarquia motivacional en cinc nivells que, segons ell explicaven la determinació del comportament humà. El concepte de jerarquia de necessitats de Maslow, plantejat dins de la seva teoria de la personalitat, mostra una sèrie de necessitats que afecten a tot individu i que es troben organitzades de forma estructural.

En la part més baixa de l'estructura s'ubiquen les necessitats més prioritàries i en la superior les de menys prioritat. Dins d'aquesta estructura, al ser satisfetes les necessitats de determinat nivell, d'individu troba en les necessitats del següent nivell la seva pròxima satisfacció.

D'acord amb l'estructura comentada, les necessitats identificades per Maslow són:

- 1- NECESSITATS FISIOLÒGIQUES--- estes necessitats constitueixen la primera prioritat de d'individu i es troben relacionades amb la seva supervivència.
- 2- NECESSITATS DE SEGURETAT--- amb la seva satisfacció es busca la creació i manteniment d'un estat d'ordre i seguretat, com la necessitat d'estabilitat, la de protecció por per allò que es desconegut,...
- 3- NECESSITATS SOCIALS--- estes tenen relació amb la necessitat de companyia del ésser humà, amb el seu aspecte afectiu i la seva participació social.
- 4- NECESSITATS DE RECONeixEMENT--- estes radiquen en la

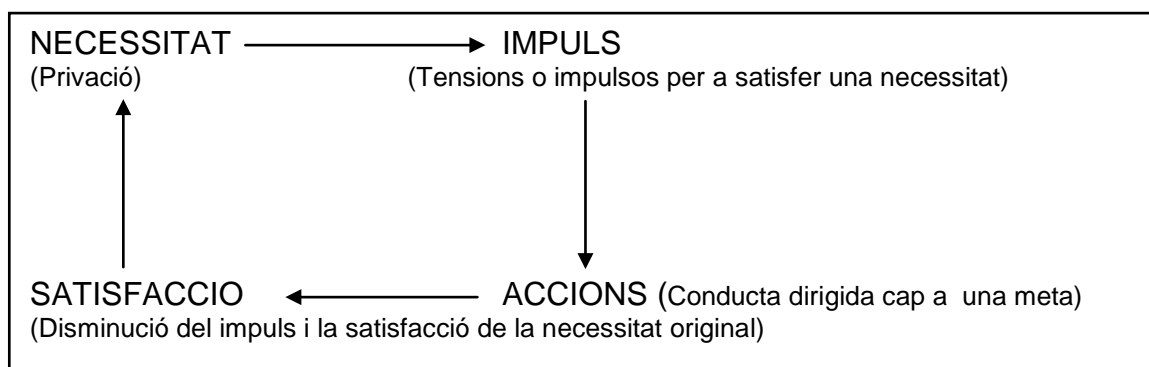
necessitat de tota persona de sentir-se apreciat, tenir prestigi i destacar dins del seu grup social, incloent l'autovaloració i el respecte a si mateix.

5- NECESSITATS D'AUTO SUPERACIÓ--- aquestes es converteixen en el ideal per a cada individu, són també conegudes com d'autorealització o auto actualització.

El model de Maslow, no obstant, no explica de forma clara i consistent certes conductes, com són les d'auto sacrifici d'un bé comú, encara que això quedi justificat per la presència de la transcendència, que superaria les formes bàsiques d'ordre de supervivència.

La motivació humana és molt més complexa del que pareix ja que abraça tant la part econòmica, com la intel·lectual, com l'espiritual.

Un esquema que il·lustraria la teoria motivacional de les necessitats seria la següent:



Hi ha altres teories que parlen de la motivació com la teoria ERG exposada per Clayton Alderfer, el qual estava d'acord amb Maslow quant a que la motivació podia qualificar-se en una jerarquia de necessitats. És important destacar que la teoria ERG difereix de la de Maslow en dos punts:

En primer lloc Alderfer assenyala que les necessitats tenen tres categories:

- -Existencials (les mencionades per Maslow)
- -De relació (relacions interpersonals)
- De creixement (creativitat personal)

En segon lloc menciona que quan les necessitats superiors es veuen frustrades, les necessitats inferiors tornaran, a pesar que ja estaven satisfetes.

Respecte a això no coincidia amb Maslow, ja que aquest opinava que al satisfer la necessitat perdia el seu potencial per a motivar una conducta. A més considerava que les persones ascendien constantment per la jerarquia de les necessitats, en canvi per a Alderfer les persones pujaven i baixaven per la piràmide de les necessitats, de temps en temps i de circumstància en circumstància.

La teoria de les tres necessitats de John W. Atkinson, proposa que les persones motivades tenen tres impulsos:

1. La necessitat de l'Èxit: L'equilibri d'aquests impulsos varia d'una persona a una altra, la necessitat d'èxit té certa relació amb el grau de motivació que posseeixen les persones per a executar les seves tasques laborals.
2. La necessitat del Poder: La necessitat d'afiliació és aquella en la qual les persones busquen una estreta associació amb els altres.
3. La necessitat d'Afiliació: La necessitat de poder es refereix al grau de control que la persona vol tenir sobre la seva actuació

Les teories anteriorment exposades mostren la satisfacció d'algunes necessitats més importants que les persones han aconseguit assolir al llarg

del temps. En elles es destaca també, que les persones decideixen quin és el seu grau de satisfacció, comparant de manera conscient les seves necessitats i circumstàncies.

Vroom va ser un dels exponents de la teoria en la qual es reconeix la importància de diverses necessitats i motivacions individuals. Adopta una aparença més realista que els enfocaments simplistes de Maslow i Herzberg.

A més concorda amb el concepte d'harmonia entre els objectius i és coherent amb el sistema de l'administració per objectius.

Cal destacar que la teoria de Vroom és molt difícil d'aplicar a la pràctica, però deixa veure que la motivació és molt més complexa que el que Maslow i Herzberg suposen en els seus enfocaments.

2.2.2 MOTIVACIÓ I COMANDAMENTS

En l'estructura i organització d'un sistema els comandaments intermedis desentelen tres funcions dominants com:

- 1- Traductors
- 2- Executors de plans
- 3- Odiadors

La funció motivadora dels comandaments implica animar al seu personal per aconseguir els objectius fixats. El joc fixat que té a la seva disposició inclou, el seu propi entusiasme, compensació financera, delegació de responsabilitats, formació, establiment d'objectius, etc.

En un sistema corrent, els comandaments desentelen les tres funcions en proporcions iguals, un 33 per 100 per a cada una. En un sistema punter en qualitat la proporció passa a ser d'un 15, 33 i 62 per 100, respectivament per a cada una de les funcions.

3. QUALITAT I ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

També cal tenir en compte els diversos enfocaments del concepte de qualitat en l'atenció sanitària. Al revisar la literatura sobre el tema, es troben referències a dos models conceptuals de la qualitat, que, segons distints autors, parteixen d'enfocaments diferents encara que no incompatibles: el que respon a *la pràctica de la garantia de qualitat*, íntimament lligat a l'origen de la iniciativa dels propis professionals sanitaris i centrat en els aspectes científic - tècnics de l'atenció sanitària i el dels *programes de Millora Contínua de la Qualitat*, que incorpora explícitament al sector salut la filosofia i les tècniques dels models de gestió basats en la satisfacció del pacient i en la qualitat total.

El grau de separació entre aquests models no ha sigut semblant al llarg de l'última dècada. Donabedian en 1990, en un moment de màxima diferenciació, els va identificar amb els termes de model sanitari i model industrial. Aquests dos models s'han influït mútuament i el grau d'acostament entre ells ha sigut evident en els últims anys a mesura que s'han anat estenent i acceptant en el sector sanitari els conceptes i mètodes de gestió de la qualitat.

Als Estats Units, un representant clàssic del model sanitari, defineix la qualitat com: " El grau en el qual els serveis de salut per als individus i les poblacions incrementen la probabilitat de resultats desitjats i són conscients amb el coneixement professional actual". Representa una definició maximalista que identifica la qualitat com un concepte absolut, ideal, el límit

del qual és el màxim nivell del coneixement científic i tecnològic del moment. La importància de la competència científic – tècnica dels professionals sanitaris és l'element bàsic.

Una definició que recull de forma explícita altres aspectes conceptuals de la qualitat assistencial és l'adoptada en 1990 pel Programa Ibèric d'Avaluació. Aquest programa posa en marxa una sèrie d'activitats d'avaluació i millora de la qualitat assistencial en Atenció Primària a partir de les propostes de Palmer, que a més de referir-se a la qualitat científic -tècnica de l'atenció prestada i a la satisfacció del pacient inclou els termes d'accessibilitat, equitat i la limitació pels recursos existents.. Defineix la qualitat de l'atenció com: “La provisió de serveis accessibles i equitatius, amb un nivell professional òptim, tenint en compte els recursos disponibles i aconseguint l'adhesió i satisfacció del pacient”.

La comissió de millora de la qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària en 1994, emfatitza que la qualitat és un concepte dinàmic i canviant d'acord amb les necessitats i expectatives de les persones i col·lectius que reben els serveis i que els donen la seva raó de ser.

A pesar de l'existència d'altres nombroses definicions del concepte de qualitat de les prestacions i serveis sanitaris, a les que seria imprescindible acudir per a una revisió més profunda, no pot dir-se que hi hagi una que reflecteixi en la mateixa proporció el sentir unànim dels distints actors: professionals sanitaris, gestors i pacients.

De la presentació conceptual exposada sorgeixen distints i variats components de la qualitat que poden ser mesurables amb major o menor exactitud.

Aquestes són les dimensions de la qualitat.

H.Vuori(1982)Component	R.H Palmer(1983)Dimensions	Maxwell(1986)Dimensions	Nutting et al(1987)Atributs	JCAHO(1987)Components	Programa Ibèric (1990)Dimensions
Qualitat científic -tècnica	Competència professional		Competència professional		Qualitat científic -tècnica
	Accessibilitat	Accessibilitat	Distribució de l'assistència / integritat	Accessibilitat	Accessibilitat
	Acceptabilitat/ satisfacció	Acceptabilitat		Acceptabilitat	Satisfacció
Efectivitat	Efectivitat	Efectivitat	Efectivitat	Efectivitat	
Eficiència	Eficiència	Eficiència	Eficiència	Eficiència	
Adequació		Adequació		Adequació	
			Continuïtat/ Coordinació	Continuïtat	
				Eficàcia	

Es descriuen set mesuraments o components de la qualitat que són comuns a la majoria de les distintes propostes.

Encara que totes elles estan directament relacionades amb el concepte de qualitat, des del punt de vista operatiu d'implantació de desenvolupament d'un programa de qualitat en l'àmbit de l'atenció assistencial, destaquen per la seva importància tres: la competència professional, la satisfacció del pacient i l'accessibilitat dels serveis.

- **La competència professional** és la dimensió central i menys discutida de la qualitat. Fa referència a la capacitat d'utilització per part dels professionals del més avançat nivell de coneixement existent per a abordar els problemes de salut, és a dir, per a produir salut i satisfacció en la població atesa. Inclou tant els aspectes

científics -tècnics, com el tracte interpersonal en la relació amb el pacient.

És el mesurament que millor s'entén pels professionals sanitaris i la que amb més freqüència s'ha utilitzat en la valoració de la qualitat de l'atenció sanitària.

- **El mesurament de la satisfacció**, es pot definir com la mesura en què l'atenció sanitària i l'estat de salut resultant compleix amb les expectatives del pacient. Segons les distintes definicions de qualitat, aquest mesurament s'inclou o es confon amb el concepte més ampli d'acceptabilitat.

Amb algunes excepcions, com el cas Vuori que inclou la satisfacció com a part de la qualitat científic -tècnica, la majoria de les definicions de la qualitat donen lloc prominent a aquesta manera de mesurar la qualitat.

La satisfacció -acceptabilitat pot referir-se com a mínim a tres aspectes diferents:

1. aspectes organitzatius (ambient físic, temps d'espera, etc).
2. efecte de l'atenció en l'estat de salut.
3. La manera o tracte rebut durant el procés d'atenció per part del personal implicat.

S'accepta, que a banda del component organitzacional, la satisfacció es relaciona molt directament amb el tracte personal, i que les expectatives de l'usuari i el que és científicament correcte poden minimitzar-se en la mesura en què els professionals siguin capaços d'establir una relació efectiva amb els usuaris.

El model de gestió de qualitat total dóna major rellevància a la satisfacció dels professionals com a clients interns, i als usuaris com a clients externs.

L'accessibilitat, es podria definir com la facilitat amb què els serveis sanitaris poden ser obtinguts en relació a barreres organitzatives, econòmiques, culturals o emocionals. Palmer inclou en aquesta dimensió el concepte d'equitat. Maxwell les conceptualitza com a dimensions diferents. Vuori, al contrari, proposa subsumir l'accessibilitat en el concepte adequació dels recursos com "component distributiu".

També cal tenir en compte l'*efectivitat* de la qualitat del producte, sent la mesura en què una determinada pràctica o atenció sanitària millora l'estat de salut de d'individu o de la població concreta que és atesa. Aquest element de la definició ressalta que el millorar la salut, l'objectiu del sistema d'atenció de salut no és només generar serveis, sinó millorar la salut de la població. Encara que efectivitat i eficàcia són termes relacionats, han de ser empleats d'una manera apropiada. *Eficàcia* és el resultat o benefici que s'obté d'una prestació en condicions ideals d'utilització. L'efectivitat es refereix als resultats o beneficis obtinguts sota condicions habituals. És més freqüent, parlant de la qualitat, referir-se a efectivitat que a eficàcia.

S'ha d'identificar també el terme *eficiència* com la provisió d'un nivell determinat de qualitat al menor cost possible, o la consecució del més alt nivell de qualitat amb una quantitat de recursos fixa i predeterminada. Relaciona els resultats d'un servei amb els costos, en la recerca de l'optimització dels recursos emprats. Perquè una prestació sanitària sigui de qualitat es requereix que els recursos no siguin malgastats. L'avaluació econòmica s'ha convertit en una branca específica i cada vegada més important en l'avaluació dels serveis sanitaris.

Des del punt de vista concret de les activitats de millora de la qualitat en els serveis sanitaris, les dimensions d'efectivitat i eficiència en servei estricte no s'utilitzen amb tanta freqüència com les de competència professional.

L'efectivitat i l'eficiència de la pràctica assistencial són condicions sine qua non per a considerar de qualitat l'atenció prestada.

Les guies i protocols no són sinó guies estratègiques que arrepleguen la qualitat del producte.

Els programes de qualitat persegueixen que es faci el correcte i d'una manera d'acord amb les evidències científiques disponibles.

Una altra de les dimensions freqüentment mencionades, però que no hi ha una definició operativa uniforme és l'adequació o idoneïtat. En la definició de *Maxwell*, l'adequació és la mesura en què el servei o procediment es correspon amb les necessitats del pacient o de la població.

3.1 AVALUACIÓ, GARANTIA I MILLORA DE LA QUALITAT SANITÀRIA

Quan es tracta de descriure i avaluar els distints aspectes de l'atenció sanitària, i entre ells la qualitat, és especialment útil aplicar el model de producció (*input-process-outcome*). Des d'aquest model es considera a l'atenció sanitària com una "línia de producció" que genera salut (outcome) a partir de la utilització (process) que es fa dels recursos (*input*) que es disposa.

En aquesta perspectiva, la proposta de *Donabedian* de dividir l'atenció sanitària en tres elements, estructura, procés i resultat ha sigut universalment acceptada i s'ha convertit en un model d'ús comú en les activitats d'avaluació.

- En l'estructura s'inclouen tant els recursos humans, físics i financers com l'organització
- Procés es refereix al conjunt d'activitats que els professionals realitzen, per a o per el pacient, així com la resposta dels pacients a aquestes activitats.
- El resultat es refereix als èxits aconseguits tant en el nivell de salut del pacient o de la població a què es refereix, com en el grau de la seva satisfacció amb l'atenció rebuda.

Els indicadors que s'utilitzen per a mesurar els resultats de salut, poden referir-se a mesures negatives basades en la morbidimortalidad, en la capacitat funcional, en la qualitat de vida o en el mesurament directe de l'estat de salut.

La mesura en què els tres elements en què es descompon l'atenció sanitària estan relacionats i poden expressar per si mateixos la qualitat de l'atenció sanitària segueix sent, motiu de debat.

És cert que els elements del procés assistencial només poden utilitzar-se com a indicadors de qualitat, si tenen una relació vàlida amb els resultats desitjats, i és igualment cert, que alguns resultats poden utilitzar-se com a indicadors de qualitat si hi ha alguna relació entre ells i aspectes del procés assistencial. Així doncs, la validesa d'una determinada mesura resideix no que sigui de procés o resultat sinó que s'ajusti sobre allò que realment volem mesurar. Si hi ha relació es pot usar qualsevol mesura de procés o resultat depenent de quin és més fàcil d'obtenir. Si no hi ha relació, cap és vàlida.

Una bona estructura és important per a la qualitat en quant augmenta o disminueix la probabilitat d'una bona actuació, encara que no es pot assumir que una bona estructura sigui garantia, d'uns bons resultats. És una condició necessària, però no suficient. L'estudi de l'estructura no és el millor camí per a conèixer la qualitat de l'atenció sanitària, encara que és un element bàsic en l'acreditació d'institucions i en la qualitat dels programes de formació.

Hi ha unanimitat al considerar que la millor forma de garantir la qualitat de l'atenció és actuar sobre el procés, introduint activitats de millora en el treball habitual de tots els professionals seguint la terminologia que s'utilitza en els programes de millora contínua de la qualitat, construint processos de qualitat.

L'avaluació, garantia i millora contínua de la qualitat, són conceptes distints encara que molt interrelacionats. *L'avaluació* de la qualitat és una activitat que es troba íntimament relacionada amb els programes de garantia o amb els de millora contínua de la qualitat. D'altra banda, el terme *garantia* no exclou en concepte de millora, encara que amb *millora contínua* es vol identificar, l'enfocament de la gestió de la qualitat procedent del món empresarial.

Atès que l'objectiu últim és l'èxit d'un nivell de qualitat cada vegada major

ha sorgit, recentment, una proposta d'identificar al conjunt d'elements estructurals i d'activitats que tenen com a fi específic la millora contínua de la qualitat com a programa de gestió de la qualitat.

L'avaluació per tant, és, la mesura del nivell de qualitat. Igual que qualsevol mètode avaluatiu identifica problemes i els dimensiona al comparar els resultats amb els objectius prèviament definits. Requereix el disseny i l'execució d'un estudi de major o menor complexitat, segons els casos. Es compara i analitza la informació obtinguda a partir de dades de l'estructura, del procés o dels resultats, amb criteris de qualitat predefinit. Al finalitzar l'anàlisi s'emet un judici i es proposen accions per a la seva correcció. Suposa l'aplicació del mètode científic per a mesurar les distintes dimensions de la qualitat.

L'avaluació de la qualitat, en sentit estricte, és una activitat puntual, encara que, com tal, pot ser una més del conjunt d'activitats que formen un pla o programa.

A diferència de l'avaluació, la garantia i millora de la qualitat no és una acció puntual sinó que s'estructura com un programa, això és, com una seqüència d'activitats amb una finalitat determinada. Suposa tant l'avaluació com la correcció de les deficiències observades mitjançant propostes concretes.

Després de la detecció d'un problema s'observa la realitat, compara allò que s'ha observat amb allò que s'ha esperat, posa en marxa mesures correctores i torna a avaluar.

Els programes de garantia i millora de la qualitat constitueixen el reflex més elaborat del que s'ha identificat com a model sanitari de la qualitat, producte de la motivació i interès dels propis professionals sanitaris a prestar la millor atenció als seus pacients

En el moment actual, les avaluacions que amb més freqüència es realitzen en els programes de garantia i millora de la qualitat, es refereixen a la dimensió científic -tècnica d'alguns aspectes del procés d'atenció sanitària, en el que es detecta o identifica algun tipus de problema. Solen ser activitats de tipus retrospectiu i realitzades pels propis professionals dels centres segons criteris prèviament definits. Això no vol dir, que el concepte de garantia de qualitat identifiqui sempre la qualitat científic – tècnica, mitjançant estudis retrospectius. De fet, algunes avaluacions es basen en la satisfacció dels usuaris o en l'accessibilitat als serveis i cap a, una garantia de qualitat prospectiva quan es dissenyen mecanismes per a anticipar-se a situacions que poden posar en perill la qualitat d'una actuació determinada.

La millora contínua de la qualitat pretén incorporar la qualitat des del moment mateix del disseny dels processos, amb la participació activa de tots els professionals implicats en ell. Els principals senyals d'identitat de la millora contínua de la qualitat, segons els seus principals teòrics, són les següents:

1. Defineix la qualitat segons el punt de vista dels clients tant interns com externs.
2. Plena participació de tots els professionals responsables de l'atenció, amb especial protagonisme als anomenats equips de millora.
3. És una actuació il·limitada en el temps que es basa en el cicle de millora.
4. Es tracta d'un programa de qualitat intern.
5. Se li dóna una importància especial als sistemes d'atenció (processos).
6. Busca prevenir els errors en comptes de solucionar problemes.
7. Eliminació de l'estàndard o punt final, en base a la idea que tot, inclús

el que es fa bé, es pot millorar.

8. El paper de l'equip directiu en la millora de la qualitat és fonamental i insubstituïble.

El complir amb l'objectiu d'incorporar la millora de la qualitat en l'activitat d'una institució, suposa assumir la posada en marxa d'un programa, molt més que la realització d'activitats aïllades.

L'objectiu final dels programes de qualitat no és demostrar els problemes existents, ni tan sols el proposar solucions; la seva finalitat és arribar a produir els canvis apropiats que milloren la qualitat de l'atenció prestada.

Des de la perspectiva dels serveis i organitzacions sanitàries es poden distingir programes interns i programes externs, complementaris en el seu objectiu final, però diferents en la seva estructura, mètodes i tipus de dades que s'utilitzen.

L'acreditació és l'exemple més característic d'un programa extern de qualitat. Els programes interns de qualitat es porten a terme en cada institució amb l'impuls i participació de la direcció i dels propis professionals o una comissió entre ells. El seu motor principal és la motivació i la capacitat dels professionals d'aquesta institució. Els programes interns no són impostos; suposen compromís dels components d'un equip per la millora de la qualitat.

L'existència d'un programa o pla de millora requereix una estructura mínima; una comissió i un responsable. A més d'aquesta estructura mínima, perquè un programa intern pugui mantenir-se i aconseguir els seus objectius, és necessari que en el conjunt de l'organització es donen una sèrie de condicions, que faciliten i impulsen la millora de la qualitat i que no estan a l'abast dels professionals.

Des d'una perspectiva global per a la millora de la qualitat assistencial, no és prou amb el interès i disponibilitat dels professionals que integren un equip o servei concret. Es necessita que el sistema en el seu conjunt s'interessin per la qualitat.

3.2 ACTIVITATS D'UN PROGRAMA DE MILLORA

Les activitats que es desenvolupen en el marc d'un programa intern de qualitat poden agrupar-se en:

1- Cicle avaluatiu i/o cicle de millora

2- Monitorització

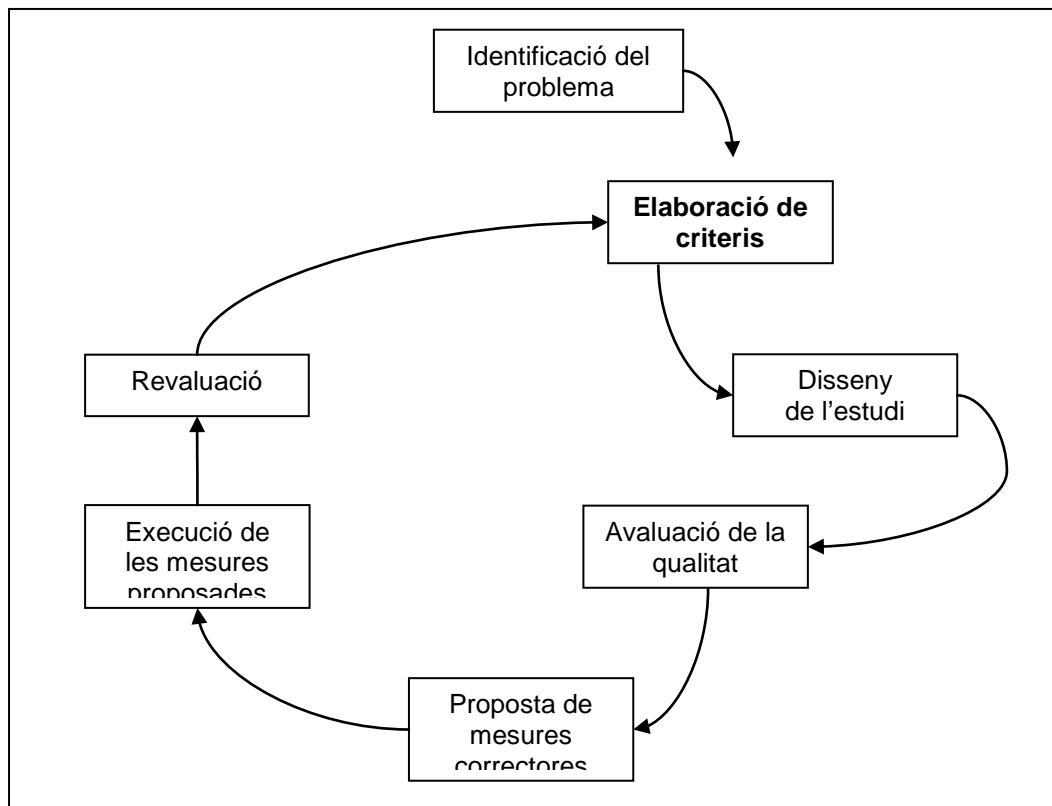
3- Disseny de la qualitat

3.2.1 CICLE AVALUATIU I/O CICLE DE MILLORA

El programa de garantia i millora de la qualitat té com a esquema de treball el *cicle avaluatiu* o *cicle de garantia de qualitat* de la literatura tradicional (Palmer, 1983). El programa de millora contínua de la qualitat, esquematitza els distints passos de tot el procés de millora en el anomenat *cicle de millora* que, amb aquesta denominació, va aparèixer en la literatura amb posterioritat. En els últims anys, alguns autors utilitzen aquests tres termes (cicle avaluatiu, cicle de garantia o cicle de millora) com a sinònims i intercanviables entre si. Entre nosaltres, Saturn (1997) ha elaborat un model integrador que partint del cicle de garantia clàssic, incorpora els distints passos i activitats d'un cicle de millora, com resultat de la pròpia evolució de la metodologia de la gestió de la qualitat.

En aquesta obra s'ha optat per descriure per separat aquests dos cicles respectant la terminologia que es troba en la bibliografia. No es pretén valorar el grau de diferències o semblances entre ells, ni el nivell d'acostament produït entre els dos models de qualitat. S'aporta informació per a descobrir els significats dels distints termes utilitzats. En les referències bibliogràfiques, se citen obres i articles que possibiliten al lector la seva pròpia valoració. En relació amb aquest debat, que tant d'espai ha ocupat entre distints autors, és oportú reproduir l'argumentació de Juren en una de les seves obres (1990): «...seria magnífic si en la comunicació sobre qualitat, s'arribi aconseguir una terminologia normalitzada per a descriure els distints conceptes, accions i significats. Tal paradís està molt lluny atès que hi ha obstacles actius a normalització... És necessari primer descobrir quines realitats s'amaguen sota les etiquetes, és a dir, accions, activitats o idees d'un individu que està parlant. Una vegada que es compregui això, podrà tenir lloc una comunicació segura tant si s'està d'acord amb les etiquetes com si no. En canvi, si la comunicació és purament a través de certs termes, és fàcil ser enganyat en la creença que hi ha una comprensió, a pesar que cada part no sap literalment del que

està parlant l'altra.» En la següent taula es representa un esquema del cicle avaluatiu o cicle de garantia de qualitat, que suposa una successió d'etapes.



Seguint la terminologia que s'utilitzava en els anys vuitanta, les

successives etapes eren:

1. Identificació de problemes.
2. Elaboració de criteris.
3. Disseny de l'estudi d'avaluació.
4. Avaluació de la qualitat.
5. Proposta de mesures correctores.

6. Execució de les mesures proposades.

7. Revaluació.

3.2.1.1 CICLE AVALUATIU

Identificació de problemes

A banda d'iniciar el cicle, la identificació de problemes (o d'oportunitats de millora) és una de les fases més importants. Una bona elecció és crucial per a l'èxit del programa. És molt convenient seleccionar el més rellevant per al centre: quelcom que es vol fer especialment bé o, que no és admissible que vagi malament. Al mateix temps, és convenient considerar en l'elecció dels problemes, quins serien més fàcilment solucionables en funció del seu probable origen (de coneixements, actituds o estructurals). Hi ha múltiples mètodes, més o menys complexos, per a procedir a la identificació de problemes. Alguns d'ells tenen una base fonamentalment subjectiva, com, per exemple, el *brainstorming*, els *grups nominals*, l'opinió formal o informalment arreplegada de pacients, de personal sanitari i/o la revisió actualitzada de la literatura científica. Altres pretenen partir d'una certa objectivació, com la que pot resultar d'un micro mostratge de casos o històries per a buscar àrees - problema, l'anàlisi d'incidents i queixes, l'estudi de condicions índex (*tracers*), l'anàlisi de perfils estadístics (*profile analysis*), No hi ha cap mètode que pugui dir-se que sigui universal o manifestament millor que un altre. En la pràctica, l'únic consell que pot donar-se en aquest sentit, és el de la conveniència de ser flexibles i imaginatius en els mètodes a utilitzar per a identificar problemes. La utilització de l'un i l'altre ha de dependre de les característiques de cada institució; en concret de validesa, factibilitat i resultats pràctics previsibles de cada un. A l'enfrontar-se a més d'un problema, la seva prioritització és imprescindible, ja que és impossible avaluar tot al mateix temps. Una forma de fer-lo és considerar els clàssics criteris *d'Hanlon* utilitzats en salut pública: nombre de pacients afectats (magnitud del problema), si estan o no en relació amb riscos greus per al pacient (gravetat), en quina mesura depèn la solució del propi equip assistencial (vulnerabilitat) i el seu cost.

Elaboració de criteris

Una vegada identificat el problema cal procedir a definir els criteris per a l'avaluació. La utilitat de l'avaluació depèn d'una correcta selecció i definició de criteris. Es poden definir els criteris, com les condicions que ha de complir la pràctica assistencial (o l'estructura o els resultats), si és procedent, perquè pugui ser considerada de qualitat, han de constituir els punts de referència per a avaluar la qualitat, per tant, els criteris, s'identifiquen amb objectius de qualitat assistencial que es volen complir. Aquests poden ser implícits o explícits. Com el propi concepte indica els *criteris implícits* són els que s'associen a la bona pràctica i responen als continguts teòrics que defineixen una activitat professional determinada. En un sentit més concret són els que practicaria un professional de reconegut prestigi. Per això, quan un programa de control de qualitat es basa en criteris implícits, es requereix comptar amb un o diversos professionals solvents, distints dels que s'intenta avaluar, que després de conèixer les dades recollides, emeten el seu judici sobre en quin grau es van complir els criteris de qualitat. L'objectivació i comparacions del resultat de les avaluacions es dificulten amb l'ús de criteris implícits. Els *criteris explícits* són aquells en què s'especifiquen les actuacions concretes a realitzar en cada cas, poden ser a l'hora empírics o descriptius i normatius. Els *criteris empírics* són definits en base al model en què habitualment es presta una determinada atenció. S'usen com a referència per a jutjar l'actuació d'una institució o grup de professionals concrets. Aquest tipus de criteris té el risc de perpetuar una mala pràctica que per distintes raons, hagués arribat a ser habitual. Els *criteris normatius*, s'elaboren específicament per a una situació concreta, i assenyalen d'una forma operativa el que ha de fer-se, com i per qui. Alguns autors es refereixen a estos criteris com a normes.

Estàndard és l'especificació quantitativa d'un criteri. El terme estàndard es sol utilitzar més en els programes d'acreditació, i en aquest context es refereix al nivell mínim que s'ha d'aconseguir en el compliment d'un criteri

perquè sigui acceptable. Els termes «criteri», «norma» i «estàndard» no s'utilitzen sempre amb la mateixa accepció pels distints autors. En el manual d'acreditació de la JCAHO estàndard s'utilitza com a sinònim de criteri. Per a facilitar l'avaluació posterior és convenient utilitzar criteris explícits i normatius. També és aconsellable que siguin el més senzills possible.

Disseny de l'estudi d'avaluació.

És la part més tècnica del cicle avaluatiu es requereix una aplicació metodològica rigorosa. El disseny de l'estudi persegueix mesurar el nivell de qualitat d'una àrea de l'activitat del centre, comparant la realitat observada amb els criteris prèviament definits, com en tot mètode és necessari seguir uns passos determinats, també, distintes obres ofereixen guies per a ajudar en el disseny de l'avaluació (*Palmer, 1983; Programa Ibèric, 1990*). En el disseny d'un estudi d'avaluació, com ocorre amb altres dissenys metodològics, és necessari tenir en compte distints aspectes, com la dimensió de la qualitat a mesurar, el tipus de dades que es van a recollir (de l'estructura, del procés o resultats), les unitats d'estudi, la identificació i el mostratge de casos, les fonts de dades, els criteris que es van a utilitzar o el mode d'intervenció previst per a millorar la qualitat. La descripció de la unitat d'estudi per a l'avaluació, és l'equivalent a la definició de cas en els estudis epidemiològics, es tracta de definir la unitat bàsica d'estudi, en què es van a mesurar els criteris de qualitat. Habitualment es realitza segons tres aspectes:

característiques del pacient o població objecte de l'atenció que s'avalua (edat, sexe, diagnòstic, etc.).*característiques del professional o professionals* que participen (metges, infermeria, més d'un equip, etc.) i *període de temps avaluat*. La definició de la unitat d'estudi identifica la població de casos o univers a avaluar. El tipus de mostratge el marcarà la

pròpia característica dels casos. Es vol ressaltar, que els objectius de l'avaluació de la qualitat, no són idèntics als d'un treball d'investigació habitual i que, moltes vegades, es pot dur a terme amb un nombre relativament petit de casos. El manual de la JCAHO proposa un mínim de 20 o el 5% del total, altres textos assenyalen entre 30 i 60 casos com a regla pràcticament i habitualment suficient. Lògicament, si es busca una major precisió en els resultats serà necessari ampliar el nombre de la mostra. La font de dades és habitualment la història clínica o altres documents del sistema de registre dels centres. A vegades el disseny de l'estudi exigeix la realització d'enquestes o recollida de dades especials.

Avaluació de la qualitat

Els resultats obtinguts després de la recollida i anàlisi de les dades dissenyades, es comparen amb els criteris o estàndards definits en l'estadi inicial. S'emet un judici sobre quines dades són incomplertes i s'identifiquen les causes. Hi ha criteris que es considera que han de complir-se al 100% i altres per als que es poden admetre uns nivells de compliment menors i seguir considerant bona la qualitat de l'assistència.

Proposta de mesures correctores

El col·lectiu de professionals, una vegada valorades les distintes alternatives, proposa les modificacions que creu oportunes per aconseguir el compliment requerit dels criteris. Atès que es tracta d'un programa intern, les mesures correctores que es proposen es basaran en la motivació i disponibilitat dels propis professionals. En el cas que s'haguessin detectat problemes de formació o estructurals poden ser necessàries activitats educatives específiques o mesures organitzatives que requereixin la intervenció de la direcció. D'aquí la necessitat de que

existeixi una predisposició al canvi en l'organització en el seu conjunt, com s'assenyalava al definir els factors claus d'un sistema sanitari de qualitat.

Execució de les mesures proposades

Una vegada difosa i acceptada la proposta de mesures correctores, es deixa transcórrer un temps en el qual és previsible s'estigui complint amb les modificacions acordades. A vegades, és necessari un període de formació en entrenament, per a adquirir els coneixements i habilitats que possibiliten portar a terme l'acció proposada. La proposta i execució de mesures correctives, és el que distingeix més genuïnament les activitats de garantia de qualitat, del que serien només estudis d'avaluació de la qualitat assistencial

Revaluació

Transcorregut un termini de temps determinat (p. ex., 6 mesos) i utilitzant un disseny semblant al de l'etapa anterior, es recullen i analitzen les noves dades que permeten avaluar en quin grau es compleixen ara els criteris inicialment definits. Segons quin sigui el resultat d'aquesta revaluació, s'inicia de nou el cicle. Pot succeir que sigui necessari reconsiderar els criteris proposats davant de les dificultats observades per a la seva aplicació, es tractaria en aquest cas de criteris no realistes o excessivament rígids. Una vegada solucionat i controlat el problema o àrea - problema que s'ha abordat en primer lloc, és necessari iniciar l'avaluació d'un altre. De fet, una de les missions fonamentals dels responsables del programa de garantia de qualitat és el rastreig constant d'àrees assistencials per a avaluar-les i detectar aquelles de les quals la qualitat pot ser millorada. Actualment el cicle de millora consta de quatre fases, amb distints

passos cada una, que s'identifiquen com:

1. Detecció (identificació d'oportunitats de millora).
2. Anàlisi (tant de les causes com de les possibles solucions).
3. Millora.
4. Monitorització.

Fases del cicle de millora

Primera fase: detecció
<ol style="list-style-type: none">1- Decidir començar2- Identificar y llistar situacions millorables3- Prioritzar-les4- Decidir qui treballa en cada una i definir equips de millores
Segona fase: anàlisis
<ol style="list-style-type: none">1- Analitzar les causes2- Considerar possibles solucions3- Escollir solucions factibles4- Establir mecanismes de control5- Detectar i analitzar las resistències al canvi
Tercera fase: millora
<ol style="list-style-type: none">1- Aplicar solucions2- Controlar el procés de la seva aplicació3- Detectar i reparar els obstacles que es produeixin
Quarta fase: monitorització
<ol style="list-style-type: none">1- Revisar els resultats a monitoritzar2- Reiniciar el cicle

En relació a la metodologia que es pot utilitzar en cada u dels passos que es descriuen se citen diverses eines i mètodes que s'utilitzen indistintament

des d'una o una altra perspectiva. El fet que es descriu en un dels dos cicles no significa que no s'utilitza en l'altre amb la mateixa finalitat (descriure la realitat, analitzar la relació causa -efecte, elegir entre diverses opcions, ...).

El model que s'identifica amb el programa de garantia i millora de la qualitat se li ha relacionat amb els mètodes més pròxims a l'epidemiologia (elaboració d'indicadors i disseny d'estudis avaluatius o d'associació causal). La metodologia que s'associa al model de la millora contínua de la qualitat té, en comú, l'afany per la representació gràfica de la realitat, de l'anàlisi i la importància que li concedeix als aspectes qualitius (diagrama de fluxos, diagrama causa - efecte d'Ishikawa, diagrama de *Pareto*, gràfics de control, ...). Encara acceptant aquesta imatge d'uns mètodes originàriament més associats a un model que a un altre, en sentit estricte, no hi ha exclusivitat en la utilització d'una eina per a un d'ells. A continuació, es descriu d'una forma més detallada i des d'un punt de vista operatiu, pensant en un programa intern per a un equip d'Atenció Primària, el significat de cada un dels passos d'aquests dos cicles (com ja s'ha dit, hi ha autors que proposen referir-se a «cicle de millora», en general, sense distinció de models).

3.2.1.2 CICLE MILLORA

El cicle de millora consta de quatre etapes bàsiques com són:

Detecció

El cicle s'inicia amb la identificació de les oportunitats de millora ja que els teòrics consideren que tot pot millorar-se. Llavors, es tracta de trobar els punts susceptibles de millores potencials, per a això, s'utilitzen diferents mètodes que poden ser comuns als usats en el cicle evocatiu.

Un altre dels aspectes importants en aquest cicle és la importància que es dona a l'opinió tant dels professionals com dels clients o altres professionals externs.

Per a començar, hem d'elegir l'oportunitat de millora més prioritària per a poder passar a l'acció amb diferents mètodes qualitius, aquestes diferents metodologies, inclouen des de l'ordenació subjectiva dels criteris, o comparació per parelles fins a altres més estructurades com el mètode *Hanlon*.

Una de les característiques de la millora, contínua és que la responsabilitat de l'anàlisi i propostes de canvi, recau en un grup reduït de professionals del centre lligats al tema en concret.

Anàlisi

La finalitat d'aquesta fase és proposar canvis que milloren o solucionen la situació o problema elegit .Les probabilitats d'èxit del canvi depenen de tres factors bàsics:

1. Identificació de les causes reals de la situació millorable
2. Efectivitat i factibilitat de les solucions elegides

3. Acceptació del canvi pels implicats

El mètode aconsella conèixer abans tots els passos en què pot dividir-se el procés. En aquest punt, el *diagrama de fluxos* (representació gràfica dels distints passos del procés) pot ser una eina útil.

L'anàlisi de causes es sustenta en un enfocament multicausal, on aquestes poden ser organitzatives, lligades a les persones de l'equip, als materials, a l'estructura o als propis clients. Les causes més freqüents són les organitzatives i les materials, i les més difícils de resoldre són les actituds del personal. Per a identificar i agrupar les causes es pot utilitzar, entre altres mètodes, el *diagrama d'espina* (diagrama causa -efecte d'Ishikawa).

La metodologia que es pot utilitzar per a l'anàlisi de les causes és variada: des de l'anàlisi estadístic -epidemiològic de l'associació causal més rigorosa o del càlcul de coeficients de correlació als *diagrames de dispersió* o al *diagrama de Pareto*.

El *diagrama de Pareto*, molt utilitzat en l'anàlisi més senzills, és la representació en un diagrama de barres de les freqüències de cada causa i de la corba d'acumulació de freqüències relatives. Es basa en la fórmula 20/80: el 20% de les causes generen el 80% dels efectes. És a dir que poques causes expliquen la majoria dels casos

Una vegada identificades i analitzades les causes, es requereix elaborar una llista de possibles alternatives de canvis, i després d'analitzar la seva efectivitat i factibilitat elegir una d'elles. La metodologia és semblant a l'exposada fins ara, una vegada seleccionat el canvi a posar en marxa, és necessari establir els mecanismes de control que es van a instaurar per al seu seguiment (elaboració d'indicadors).

Atès que tot canvi genera resistències, aquest s'ha de planificar i gestionar acuradament, detectant i analitzant les possibles resistències o barreres i les alternatives possibles.

Millora

El principi bàsic de la millora, és que la responsabilitat d'implantar la mateixa recau en la direcció del centre o de l'equip. Una vegada posat en marxa l'equip de millora ha de continuar el cicle amb el seguiment i control de l'aplicació acordada, de forma que permeti detectar el més precoçment possible els obstacles i alteracions que puguin sorgir, considerant solucions alternatives si fora necessari.

Aquesta fase del cicle és molt difícil de separar de la monitorització, que tanca i reinicia al mateix temps el cicle. La principal activitat de seguiment és la monitorització, que es converteix així en un pas més d'aquest cicle.

En el programa de garantia i millora s'identifica a la monitorització com, una activitat amb personalitat pròpia, no integrada en el cicle avaluatiu.

3.2.2 MONITORITZACIÓ

La monitorització suposa l'establiment d'un sistema d'informació regular, sistemàtic i complet, que mesura els aspectes essencials de l'atenció que es presta en una institució a través dels anomenats *indicadors clínics*.

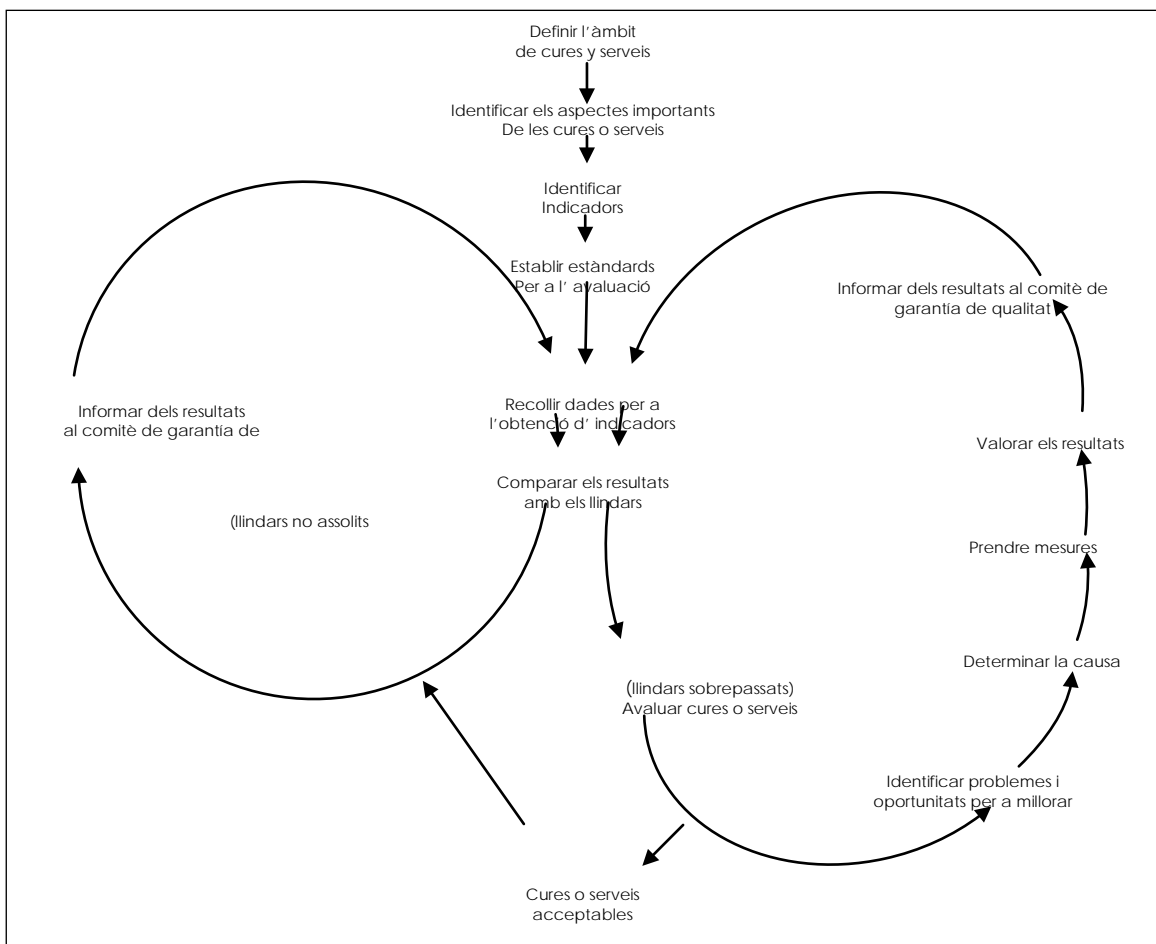
El indicador clínic és una eina per a identificar processos o aspectes importants de la pràctica. No constitueixen per si mateixos una mesura directa de la qualitat sinó que forma part d'un sistema d'alarma per a assenyalar aspectes que requereixen un estudi en profunditat.

Els *indicadors clínics* poden ser de dos tipus:

1. Indicadors sentinelles: detecten un cas prou greu que, pel simple fet de presentar-se, exigeix una investigació detallada del procés d'atenció.
2. Indicadors quantitius: estan basats en una proporció i quan un d'aquests indicadors quantitius aconsegueix un nivell d'alerta

3. establert prèviament (líndars d'avaluació), adverteix sobre la

4. possibilitat que s'estigui produint un problema de qualitat. Si es confirma, s'inicia el cicle avaluatiu per a posar en marxa mesures correctores, del mode que a continuació es mostra.



L'activitat de la monitorització s'estructura en quatre fases principals:

1. Definir tot l'espectre de l'atenció que s'ofereix des de l'equip o centre.
2. Identificar els aspectes més importants d'aquesta atenció (processos).
3. Definir els indicadors.
4. Arreplegar i analitzar la informació.

La monitorització com a identificació precoç d'un problema és l'abordatge recomanat per a la posada en marxa de programes de garantia i millora de la qualitat. Aquest sistema no ha estat utilitzat al complet en els centres de salut, pel fet que requereix una infraestructura per a la recollida de dades de què actualment no es disposa.

Així mateix, la informació que subministra la monitorització s'utilitza en l'anàlisi de causes i solucions a què s'enfronta el cicle de millora. A l'analitzar les variacions d'un indicador determinat, és possible definir si la causa de la variació observada en el procés és sistèmica o extrasistèmica.

3.2.3 DISSENY DE QUALITAT

Per a realitzar el dit anàlisi podem recolzar-nos en el *gràfic de control*, el qual és una aportació del model empresarial de qualitat. Suposa la representació dels mesuraments del indicador al llarg del temps en un eix de coordenades en què figura una banda de valors del indicador limitada per dos línies de control (superior i inferior), en la que es considera que la variabilitat és deguda a l'atzar.

Cada procés té una proporció de resultats de baixa qualitat, o defectes, deguts a multitud de causes, des d'aquesta perspectiva, les resolucions a aconseguir el nivell de qualitat desitjat poden provenir de dos fonts:

- Fallades sistèmiques (propi procés), estructurals o variabilitat aleatòria. Aquest tipus d'errors no són atribuïbles als professionals, són inherents al propi procés i no es poden eliminar sense canviar el mateix. A llarg termini, la seva proporció és previsible.
- Fallades extrasistèmiques (fora del procés) atribuïbles a causes alienes al procés. També se li coneix com a variabilitat especial o assignable.

La monitorització s'orienta inicialment a la detecció i seguiment de problemes amb causa extrasistèmica, suposant un control de processos estadísticament estables.

Quan les variacions del indicador s'estabilitzen entre les línies de control del gràfic, les fallades seran llavors atribuïbles al procés, si es vol ara seguir millorant la qualitat serà necessari canviar el procés. És el que es coneix com redissenyar el procés necessitant millores de tipus formatiu, tecnològic o organitzatiu.

3.3 PROGRAMES DE QUALITAT EXTERNS. PROGRAMES D'ACREDITACIÓ

Quan la qualitat d'una institució o servei sanitari, és avaluada per un organisme distint de la pròpia institució o servei que es tracte, es parla de programes externs o suprainstitucionals. El prototip d'avaluació externa és el programa d'acreditació.

L'organisme que realitza el programa té, possibilitats d'actuar sobre la institució mitjançant una intervenció administrativa (p. ex., mitjançant restriccions o facilitació pressupostària, canvi del contracte que lliga a la institució avaluada amb el seu finançador, reconeixement oficial d'un grau d'excel·lència en la qualitat, capacitació per a la docència, ...).

Per *acreditació* s'entén, el reconeixement professional i públic que una determinada institució està capacitada per a proveir serveis sanitaris de qualitat. L'acreditació docent es refereix al reconeixement de la capacitat per a l'ensenyança, que s'associa a una alta qualitat assistencial.

Quan un centre sanitari sol·licita ser acreditat, persegueix el reconeixement professional i públic que els serveis que presta a la població són de qualitat, i el poder oferir determinades prestacions que requereixen aquesta condició (accedir a un programa de docència, ser acceptat com a proveïdor de serveis per una determinada agència, ...).

En tot programa d'acreditació és possible identificar quatre elements bàsics:

1. L'organisme acreditador, és el titular del programa i emet els certificats d'acreditació. Les dos característiques fonamentals del dit organisme són: *credibilitat i imparcialitat*. A més, pot estar molt allunyat institucionalment del centre a avaluar, o ser un organisme molt lligat a la direcció del sistema sanitari.

La majoria dels programes d'acreditació que funcionen en els sistemes sanitaris, estan dirigits per acreditadors independents de l'autoritat sanitària, però reconeguts per ella.

A Espanya, els programes d'acreditació depenen de les comunitats autònomes. A Catalunya, on el programa d'acreditació d'hospitals està molt desenvolupat, l'organisme acreditador està directament lligat al departament de Sanitat i Seguretat Social.

L'organisme acreditador desenvolupa tres tipus de funcions:

1. Estableix les normes
2. Fa que les inspeccions dels centres que vulguin acreditar-se
3. Emet els certificats d'acreditació

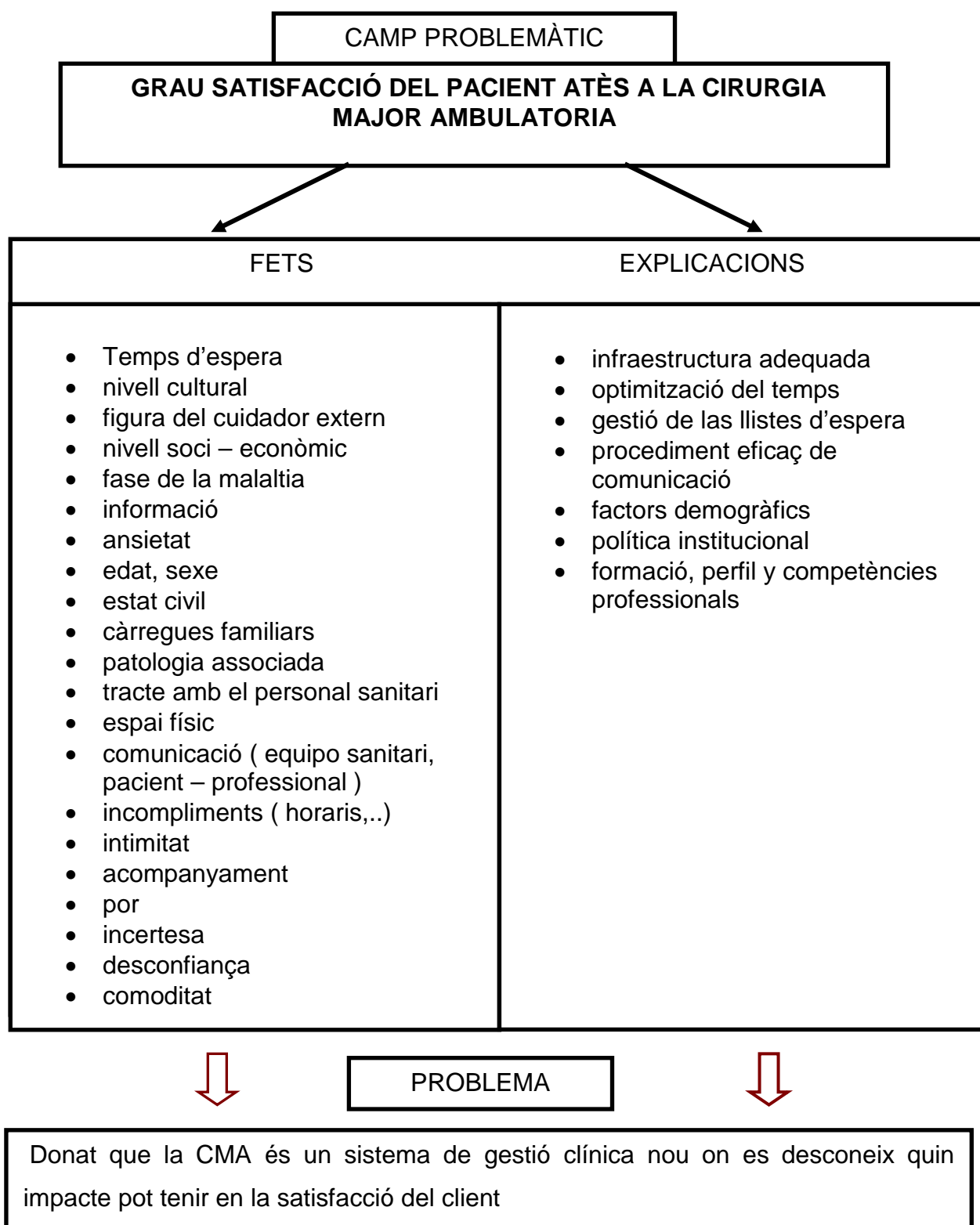
2. Les normes d'acreditació, són el conjunt d'estàndards utilitzats per a mesurar al centre que vol acreditar-se, i queden arreplegats en el manual d'acreditació que edita l'organisme acreditador.

3. El procés d'acreditació, suposa una sèrie d'actuacions que es porten a terme per a arribar a l'acreditació. Es resumeixen en tres passos:

1. Sol·licitud: és una opció voluntària, i constitueix una característica fonamental del programa d'acreditació
2. Visita : és una part fonamental del procés, i és realitzada per un o diversos avaluadors externs que generalment són professionals del mateix tipus del què s'avalua (*peer review*), i emeten un informe davant de l'organisme acreditador que pren la decisió d'acreditar o no.
3. Decisió: és l'últim pas, i després de la mateixa es realitzen propostes alternatives per a superar les deficiències observades.

4. Els beneficis de l'acreditació, el rebre l'acreditació suposa certs beneficis, en primer lloc el centre sol·licitant, però també l'existència d'un programa d'acreditació suposa beneficis pel comprador de serveis i la pròpia població que va a rebre les prestacions.

Segona part.: MARC APLICAT



4. DISENY DE L'ESTUDI

4.1 HIPÒTESI

El grau de satisfacció dels pacients atesos a la unitat de CMA depèn de la percepció del tracte rebut, del temps d'espera i l'atenció quirúrgica sense ingrés.

4.2 VARIABLES

A) V. dependent: grau de satisfacció dels pacients de CMA

B) V. independent: percepció del tracte rebut

C) V. intervinents:

1. personals:

- edat
- sexe
- patologia associada
- estat civil

2. soci -familiars:

- càrregues familiars
- cuidador extern

3. formatives:

- nivell cultural
- informació

4. institucionals:

- infraestructura

- tipus d'organització
 - model de gestió
5. socilaborals
- situació laboral
 - temps de ILT

4.3 METODOLOGIA

Descriptiva. Durant els últims anys estan sorgint de manera important els anàlisi de percepció i actitud aplicats als usuaris de les organitzacions. Aquest estudis d'avaluació i canvi utilitzen per norma general com metodologia de treball l'enquesta en el maneig de qüestionaris com a eina per obtenir informació sobre el nivell de satisfacció dels usuaris

4.4 POBLACIÓ MOSTRA

- 1 Hospital → criteris → Titularitat: Centre Públics
- Usuari (client intern)
- Família (client extern)

Criteris inclusió: durant els primers quinze dies de cada mes del període triat, tots els pacients majors de 18 anys

Criteris d'exclusió: pacients inclosos en CMA que requereixen un ingrés hospitalari posterior

	Hospital A
Pacients	30
Cuidador	30

4.5 INSTRUMENTS DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

Es tracta d' un estudi d' enquesta i utilitzem com instrument un qüestionari anònim de 54 preguntes o ítems amb resposta tancada.

Es un qüestionari estandaritzat .

Ha de ser validat per un sistema de jutjes abans de començar la seva distribució per poder corroborar la seva validesa i fiabilitat.

Aquest qüestionari, fa referència en una primera part a les dades personal, en una segona a la informació rebuda durant tot el procés , una tercera part on consta preguntes referents a la personalitat tracte rebut i una quarta sobre la infraestructura.

QÜESTIONARI DE SATISFACCIÓ DEL PACIENT ATÉS EN EL SERVEI DE CIRURGIA MAJOR AMBULATORIA

Benvolgut pacient: som un grup de professionals, Diplomats en Infermeria, que estem realitzant un treball de recerca, el qual va dirigit als pacients que són atesos a la Cirurgia Major Ambulatòria. Per poder realitzar aquest estudi ens és necessari poder saber la seva opinió envers aquest servei sobre diferents aspectes relacionats en l'atenció que se li ha prestat.

Aquest qüestionari és absolutament anònim

Criteris per omplir el qüestionari: només ha de posar una X en una casella, en cada una de les preguntes que se li formulen.

Moltes gràcies per la seva col·laboració



1.- Edat.....Anys.

2.- Sexe **1) masculí**

2) femení

3.- Estat civil **1) solter/a**

2) casat/da - en parella

3) divorciat/da – separat/da

4) altres

4.- Nivell d'estudis **1) sense estudis**

2) primaris

3) secundaris

4) superiors

5.- Numero de persones amb les que conviu

6.- Numero de persones que depenen econòmicament de vostè

7.- Compta amb ajuda per a les seves tasques diàries?

Si

No

8.-En cas afirmatiu, qui?

9.- Situació laboral actual

1) actiu **2) jubilat** **3) parat** **4) altres**

10.- Quant temps porta de baixa laboral degut a la patologia per la qual ha estat intervingut quirúrgicament?

1) 0 dies 2) de 1 a 30 dies 3) de 31 a 90 dies 4) més de 91

11.- Què opina de la **informació** rebuda per part de **l'equip mèdic**? En:

	1 molt bé	2 bé	3 regular	4 malament
11.1-Visita prèvia a la intervenció quirúrgica				
11.2- Durant el procés de la intervenció quirúrgica				
11.3- Durant el procés posterior a la intervenció quirúrgica				

12.- Què opina de la **informació** rebuda per part de **l'equip d'infermeria** ?

En:

	1 molt bé	2 bé	3 regular	4 malament
12.1-Visita prèvia a la intervenció quirúrgica				
12.2- Durant el procés de la intervenció quirúrgica				
12.3- Durant el procés posterior a la intervenció quirúrgica				

VALORACIÓ INFORMACIÓ DONADA

	si	no
13.- En la visita prèvia li van donar informació escrita sobre la seva intervenció quirúrgica?		
14.- El dia que va ingressar, li van donar la informació general de l'hospital (guia del usuari, drets i deures,..)?		
15.- La informació oral rebuda, va resoldre totes les seves dubtes sobre la seva intervenció quirúrgica?		
16.- La informació escrita rebuda, va resoldre totes les seves dubtes sobre la seva intervenció quirúrgica?		

	1 molt bé	2 bé	3 regular	4 malament
17.- Com valora la utilitat de la informació escrita?				
18.- Que opina de la informació donada al seu cuidador/acompanyant sobre la seva intervenció quirúrgica en la visita prèvia?				
19.- Que opina de la informació donada al seu cuidador/acompanyant sobre la seva intervenció en el moment de l'alta hospitalària?				

PERCEPCIÓ PROFESSIONALS

	1 molt bons	2 bons	3 regular	4 dolents
20.- Com creu que són el metges com a professionals?				
21.- Com creu que són el metges amb el tracte personal (sense tenir en compta el seu coneixement científic)?				
22.- Com creu que són els infermers/eres com a professionals?				
23.- Com creu que són els infermers/eres amb el tracte personal (sense tenir en compta el seu coneixement científic)?				

	1 molt bona	2 bona	3 regular	4 dolenta
24.- Què opina sobre la rapidesa amb que l'equip d'infermeria va atendre a les seves necessitats ?				
25.- Què opina de l'actitud i atenció de la infermer/era a l'hora de fer una consulta?				
26.- Què opina de l'actitud i atenció dels metges a l'hora de fer una consulta?				

Respecte al **TRACTE**

	1 molt bona	2 bona	3 regular	4 dolent
27.- Es va sentir escoltat per part dels metges				
28.- Van ser amables els metges?				
29.- Es va sentir escoltat pels infermers/eres?				
30.- Van ser amables els infermers/ eres ?				

RECEPCIÓ A LA UNITAT

	1 molt bé	2 bé	3 regular	4 malament
31.- Què opina de com el van rebre a l'ingressar en la unitat per part dels infermers/eres?				
32.- Què opina de com el van rebre a l'ingressar en la unitat per part dels metges?				
33.- Què opina de com el van rebre a l'ingressar en la unitat per part del personal de suport (auxiliar d'infermeria, zelador, auxiliar administratiu) ?				

TEMPS D'ESPERA

	1 0 dies	2 de 1 a 30	3 de 31 a 90	4 més de 91
34.- Quant temps van esperar per fer les proves diagnòstiques des de la primera visita?				
35.- Des d'obtenir els resultats de les proves diagnòstiques fins la propera visita, quant temps va haver d'esperar?				
36.- Des de que va saber el diagnòstic d'intervenció quirúrgica, quant temps va haver d'esperar per a la visita amb l'anestèsista?				

37.- Quant temps ha esperat per a ser intervingut des del diagnòstic d'intervenció quirúrgica?

- 1) menys d'1 mes
- 2) entre 1 i 2 mesos
- 3) entre 3 i 6 mesos
- 4) més de 6 mesos

38.- Què li sembla aquest temps d'espera?

- 1) molt curt 0
- 2) curt
- 3) bé
- 4) excessiu

INSTAL·LACIONS

	1 molt bona	2 bona	3 Regular	4 dolenta
39.- Quina és la seva opinió sobre la coordinació de totes les activitats del seu procés assistencial?				
40.- Què opina de l'aspecte de les instal·lacions de l'hospital on ha estat ingressat?				
41.- Què opina del mobiliari de la part de l'hospital on ha estat ingressat?				
42.- Què opina del nivell de neteja de l'hospital?				
43.- Què opina del confort o comoditat de l'àrea on ha estat visitat abans de la intervenció quirúrgica (preoperatori)?				
44.- Què opina del confort o comoditat de l'àrea on ha estat ingressat després de la intervenció quirúrgica (postoperatori)?				

INSTAL·LACIONS

	1 baix	2 regular	3 Alt	4 molt alt
45.- Què opina del nivell de soroll existent en la unitat a on ha estat visitat abans de la intervenció quirúrgica (preoperatori)?				
46.- Què opina del nivell de soroll existent en la unitat a on ha estat ingressat després de la intervenció quirúrgica (postoperatori)?				
47.- Què opina del nivell de il·luminació existent en la unitat a on ha estat visitat abans de la intervenció quirúrgica (preoperatori)?				
48.- Què opina del nivell de il·luminació existent en la unitat a on ha estat ingressat després de la intervenció quirúrgica (postoperatori)?				

	si	no
49.- L'han entregat l'informa de l'alta mèdic?		
50.- L'han entregat l'informa de l'alta d'infermeria?		
51.- Creu que han solucionat el problema de salut pel què va ingressar?		
52.- Tornaria a ingressar en aquest hospital en cas necessari?		
53.- Recomanaria vostè a un familiar o un amic aquest hospital		

54.- En el seu conjunt, considerant tots els aspectes anteriors. Cóm es considera de satisfet?

1) molt bé

2) bé

3) regular

4) poc

Moltes gràcies per la vostra col·laboració.

5 DESCRIPCIÓ DEL CONTEXTE DE L'ESTUDI

L'estudi es realitza a un hospital que pertany al Institut Català de la Salut (I.C.S.): HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE.

L'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), és un centre hospitalari i universitari de titularitat pública, que pertany a l'Institut Català de la Salut (I.C.S.).

L'Hospital va ser construït l'any 1972, al terme de l'Hospitalet de Llobregat.

Actualment disposa de 905 llits d'hospitalització (35 llits són per a malalts crítics) distribuïts en 39 unitats amb totes les especialitats medicoquirúrgiques, excepte pediatria i obstetrícia, té 30 quiròfans per a cirurgia programada i 119 gabinets de consultes externes.

Es l'hospital de referència per a la totalitat de la Regió Sanitària Costa de Ponent, amb una població d'1.100.000 d'habitants. Alhora és centre de referència de tots els hospitals de la XUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) de la Regió Sanitària Costa de Ponent, situats a les comarques del Garraf, el Baix Llobregat, l'Alt Penedès i l'Anoia.

Actua per tant, com a centre de referència per a processos d'alta complexitat, per a una població que supera els dos milions d'habitants.

L'Hospital Universitari de Bellvitge s'ha caracteritzat sempre per oferir una línia assistencial a tots els nivells. Ingressa anualment més de 26.000 pacients, atén més de 110.000 urgències, visita més de 377.000 pacients a consultes externes i realitza gairebé 130.000 proves complementàries a consultes.

5.1 MISSIÓ DEL CENTRE

La missió de l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) és prestar una àmplia gamma de serveis sanitaris a la població de la Regió Sanitària Costa de Ponent i a d'altres de les quals és centre de referència.

L'HUB és una organització pública capaç d'oferir serveis hospitalaris terciaris i generals amb avançats mitjans diagnòstics i terapèutics i amb una marcada vocació docent i investigadora.

L'HUB se sent partr fonamental de l'Institut Català de la Salut (I.C.S.). Vol respondre a les necessitats assistencials de la seva població, fent de forma excel·lent allò que és correcte i prenent com a guies el professionalisme i la innovació.

L'HUB té un compromís amb la comunitat a la qual ha de servir amb resolució i agilitat, en definitiva, enfocant els seus serveis al client. La participació i la motivació dels seus professionals en un procés de gestió flexible i descentralitzada és un objectiu de millora continua que en garantirà la fortalesa i la solidesa en un futur marcat pel canvi continu.

5.2 VISIÓ DEL CENTRE

L'HUB vol ser reconegut com a model i motor en la sanitat pública, pel seu lideratge en qualitat de servei, coneixement i sostenibilitat.

L'HUB vol ser una organització accessible i àgil, que resolgui els problemes de salut dels pacients i que en garanteixi la seguretat, l'autonomia i el benestar.

L'Hub promou la innovació tècnica i organitzativa i la millora continua de la qualitat, mitjançant el treball en equip i la cooperació amb altres dispositius sanitaris i socials de la comunitat.

5.3 GESTIÓ DE LA QUALITAT

La política de qualitat està orientada a desenvolupar els objectius que fan referència a totes les activitats relacionades amb la qualitat i millora de les cures.

Aquest desenvolupament es fa realitzant el seguiment de cada un dels indicadors que mesuren cada un dels objectius i que estan adreçats a aconseguir la millora continua de la qualitat.

Tercera part.: ANÀLISI DE RESULTATS

**QÜESTIONARI DE SATISFACCIÓ DEL PACIENT ATÉS EN EL SERVEI DE
CIRURGIA MAJOR AMBULATORIA**

Barcelona, 15 Juliol 2006

6 INTRODUCCIÓ GENERAL

Una de las estratègies per poder analitzar la satisfacció en els malalts sotmesos a cirurgia major ambulatoria (CMA) es la recollida de informació a través del qüestionari “ad hoc”.

El qüestionari ha estat dirigit a una població a partir dels 18 anys d'edat amb independència de la seva situació socio-familiar.

El àmbit geogràfic en el que ha estat aplicat es limita a la població de referència del Hospital Universitari de Bellvitge.

Hem recollit un total de 30 qüestionaris, quedant el procés de recollida tancat a dia de avui.

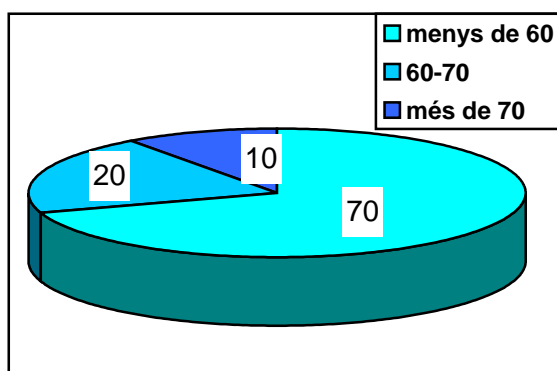
Per el anàlisi de la informació recollida s'ha emprat el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for Social Sciences), fent servir tant estratègies d'anàlisi descriptiu com inferencial.

Per a una millor comprensió dels resultats s'ha organitzat la seva presentació atenent a l'ordre establert al propi qüestionari. Es per aquest motiu que en un primer moment, s'atent a la caracterització de la mostra per a posteriorment centrar l'atenció en alguns creuaments de interès per a la investigació.

7 CARACTERITZACIÓ DE LA MOSTRA

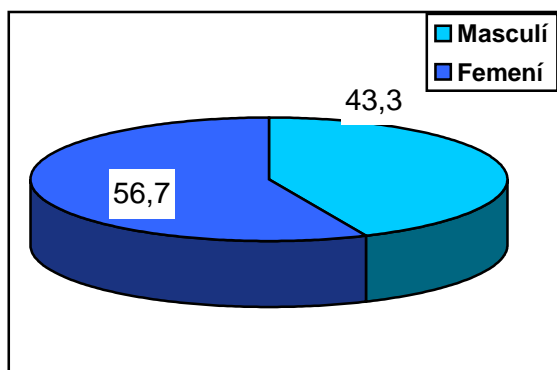
7.1 VARIABLES PERSONALS

L' **edat** mitja del grup d' anàlisi es de 51,83 anys, amb un valor mínim de 18 i un màxim de 81, i una desviació de 16,92 anys.

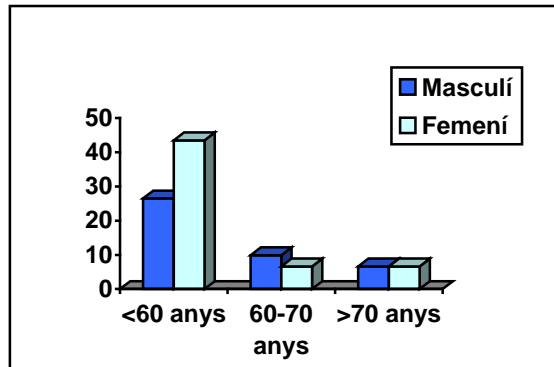


Gràfica 1.- Distribució de la Edat

El **gènere** es distribueix de manera similar entre masculí i femení: 43,3 % de homes davant de 56,7% de dones.

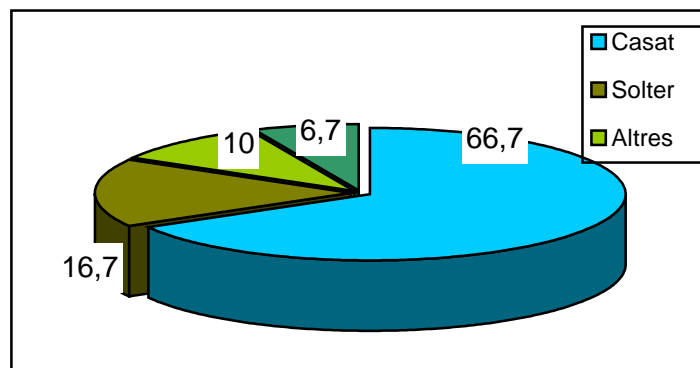


Gràfica 2.- Distribució del Gènere



Gràfica 3.- Distribució del gènere –edat

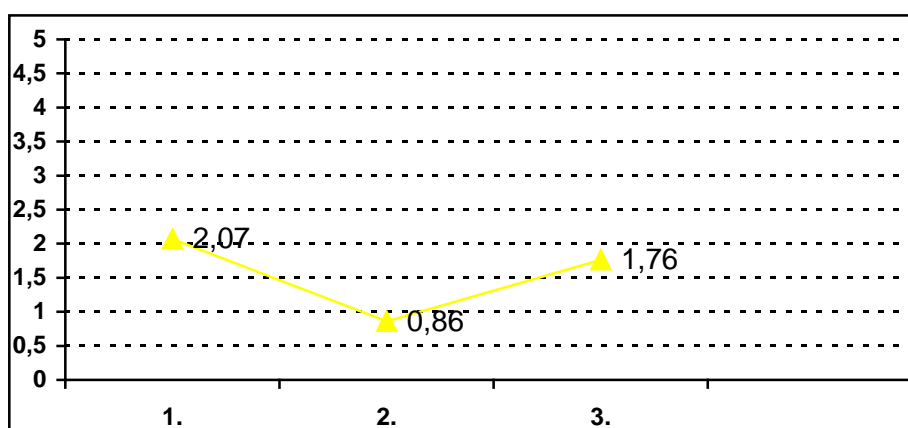
El **estat civil** es majoritàriament de casat (66,7%), seguit de solter (16,7%), separat/divorciat (6,7%) i altres (10 %)



Gràfic 4.- Distribució de l' Estat Civil

Finalment hi trobem altres dades importants pel que fa a les variables personals, com son:

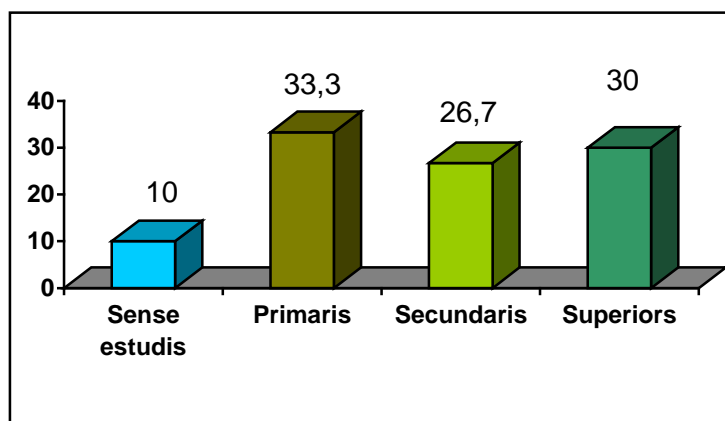
ALTRES	Media	Desv
1. N ^o persones amb que conviu	2,07	1,437
2. N ^o persones econòmicament al seu càrrec	0,86	1,06
3. Temps de baixa per la patologia actual	1,76	1,179



Gràfic 5.- Altres dades personals

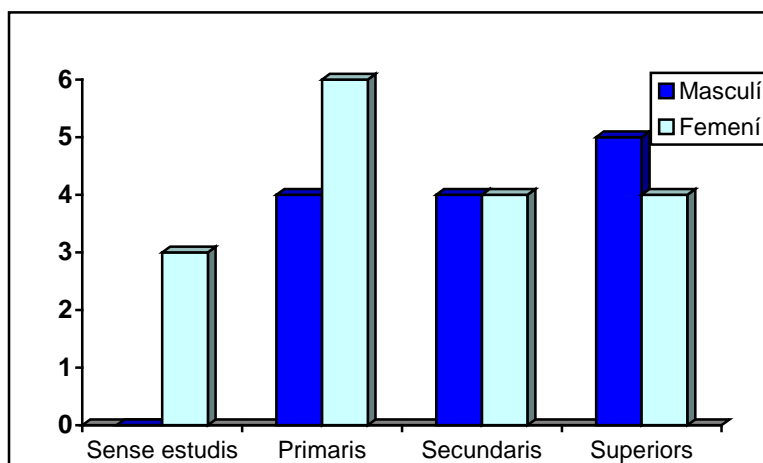
7.2 VARIABLES FORMATIVAS

La distribució de la mostra en funció de les variables formatives queda de la següent manera: el 10% sense estudis, el 33,3% estudis primaris, el 26,7 % secundaris i el 30% superiors.



Gràfic 6- Distribució del nivell d' estudis

En el cas de creuar les variables estudis i gènere, obtenim una gràfica del tipus:



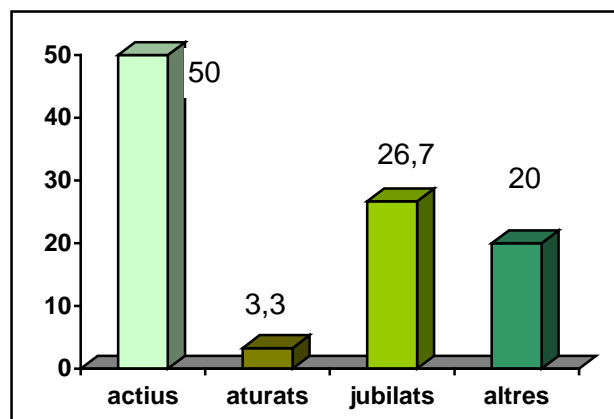
Gràfica 7- Distribució dels estudis – gènere

En aquesta gràfica observem homogeneïtat entre gèneres, excepte en el cas dels estudis primaris on s'observa una clara superioritat del gènere femeni

envers del masculí i a l'àrea sense estudis on no hem enregistrat cap cas del gènere masculí.

7.3 VARIABLES SOCIOLABORALS

La **situació laboral** es distribueix de la següent manera: el 50% estan actius, el 3,3% estan aturats, el 26,7% estan jubilats i un 20 % en altre situació sense especificar.



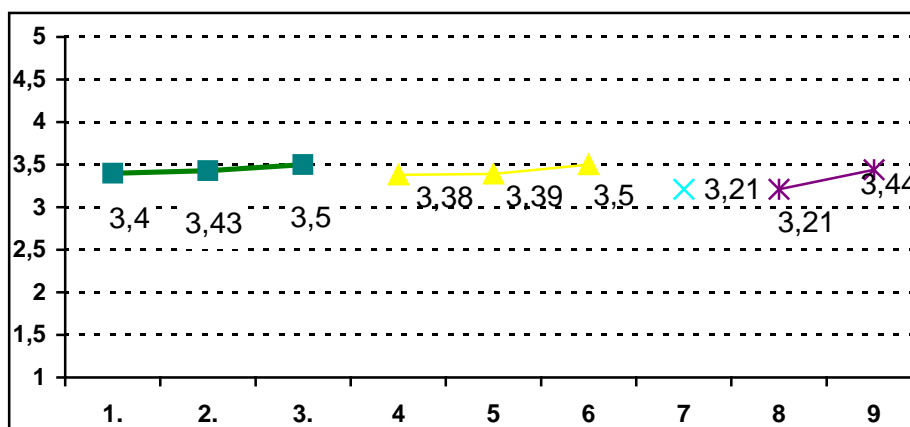
Gràfica 8- Distribució de la situació laboral

8 VARIABLES D'OPINIÓ

8.1 INFORMACIÓ

A la taula i gràfica que segueixen s' especifica la valoració dels malalts enquestats envers la informació rebuda per part del personal mèdic i d' infermeria, en els diferents moments del procés viscut; així com la valoració de la informació que el seu cuidador ha rebut.

INFORMACIÓ	Media	Desv
1. Informació mèdica prèvia a l'acte	3,4	0,675
2. Informació mèdica durant el procés quirúrgic	3,43	0,573
3. Informació mèdica posterior al acte quirúrgic	3,5	0,509
4. Informació infermeria prèvia a l'acte	3,38	0,494
5. Informació infermeria durant el procés quirúrgic	3,39	0,567
6. Informació infermeria posterior al acte quirúrgic	3,50	0,509
7. Valoració de la utilitat de informació escrita	3,21	0,630
8. Valoració de informació donada al seu cuidador en visita prèvia	3,21	0,738
9. Valoració de informació donada al seu cuidador a l'alta	3,44	0,583



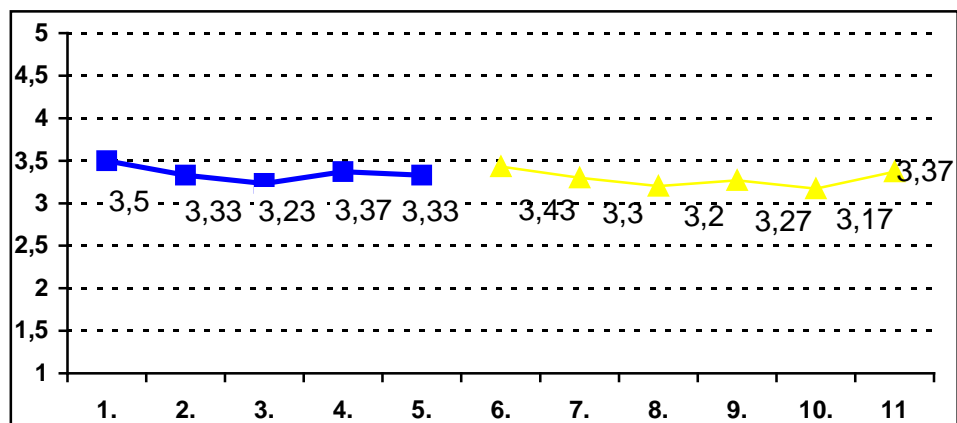
Gràfica 9.- Perfil d'opinió envers la informació rebuda

En aquesta gràfica, hem pogut observar que la informació rebuda pel malalt i el seu cuidador durant el procés quirúrgic ha estat bona, obtenint unes mitjanes altes. A més, no existeixen diferències notables entre la informació donada per part del personal mèdic i d'infermeria; observant-se una lleugera diferència a favor de la donada pel personal mèdic.

8.2 PROFESSIONALS

A la taula i gràfica següents s' especifica la valoració feta pels malalts del professionals sanitaris

PROFESSIONALS	Media	Desv
1. Opinió del metges com professionals	3,50	0,572
2. Opinió dels metges en el tracte personal	3,33	0,547
3. Actitut dels metges a l' hora de fer una consulta	3,23	0,626
4. Capacitat d' escoltar del metges	3,37	0,490
5. Amabilitat dels metges	3,33	0,479
6. Opinió de les infermeres com professionals	3,43	0,504
7. Opinió de les infermeres en el tracte personal	3,30	0,535
8. Actitut de les infermeres a l' hora de fer una consulta	3,20	0,551
9. Capacitat d' escoltar de les infermeres	3,27	0,450
10. Amabilitat de les infermeres	3,17	0,531
11. Rapidesa a l' hora d' atendre necessitats per part de infermeres	3,37	0,490



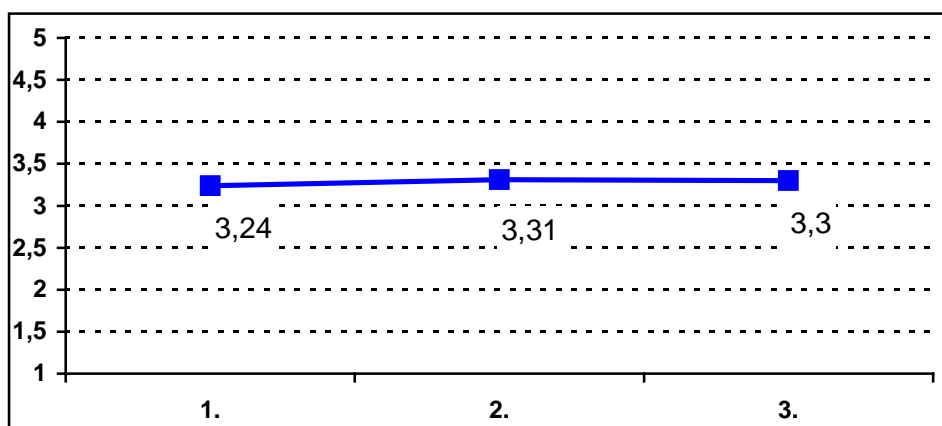
Gràfica 10.- Perfil d' opinió dels professionals

En aquesta gràfica, de la mateixa manera que l'anterior, obtenim unes mitjanes d'opinió molt bones on es torna a evidenciar una lleugera diferència a favor de l'equip mèdic.

8.3 REBUDA A LA UNITAT

A la taula i gràfica següents s' especifica la valoració feta pels malalts envers a la rebuda que van tenir a la unitat d' ingrés.

REBUDA A LA UNITAT	Media	Desv
1. Rebuda per part d' infermeria	3,24	0,577
2. Rebuda per part dels metges	3,31	0,541
3. Rebuda per part del personal de suport	3,3	0,596



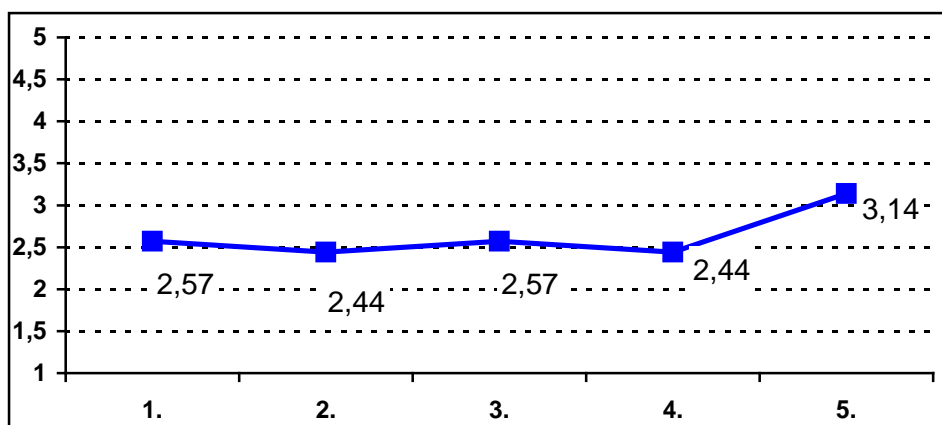
Gràfica 11.- **Opinió envers a la rebuda dels malalts a la unitat**

En aquest cas, evidenciem que l' equip d'infermeria té una pitjor valoració que la resta dels equips a l' hora de fer la rebuda del malalt a la unitat.

8.4 TEMPS D'ESPERA

A la taula i gràfica següents s'especifica la valoració feta pels malalts envers al temps d'espera que ha hagut de fer per arribar al moment de la intervenció quirúrgica.

TEMPS D'ESPERA	Media	Desv
1. Temps d'espera per a les proves diagnòstiques des de la primera visita	2,57	0,790
2. Temps d'espera des de la obtenció de les proves diagnòstiques fins a la propera visita	2,44	0,847
3. Temps d'espera des de el diagnòstic de cirurgia fins a la visita d'anestesia	2,57	0,959
4. Temps d'espera per a la cirurgia des de el diagnòstic	2,44	1,05
5. Opinió de la espera	3,14	0,803

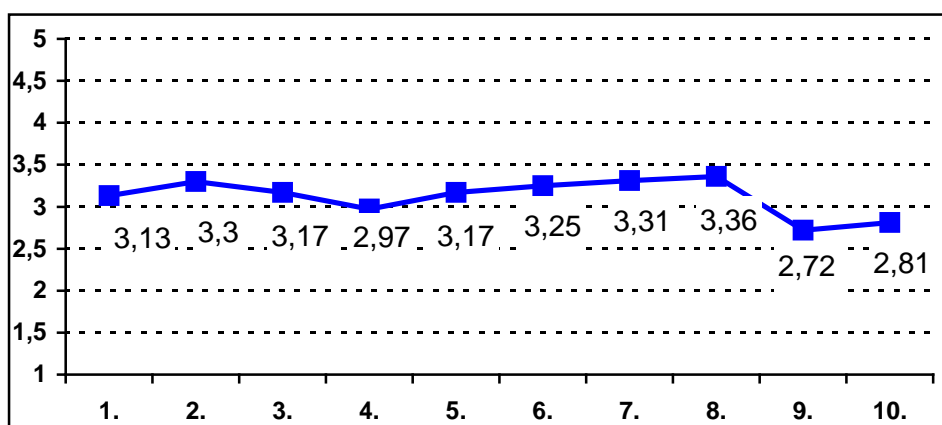


Gràfica 12.- Opinió envers el temps d'espera

8.5 INSTAL·LACIONS DE L´HOSPITAL

A la taula i gràfica següents s´ especifica la valoració feta pels malalts envers les instal·lacions de l´ hospital.

INSTAL·LACIONS DE L´HOSPITAL	Media	Desv
1. Coordinació de les activitats assistencials	3,13	0,860
2.Nivell de neteja	3,30	0,535
3. Aspecte de l´ àrea on ha ingressat	3,17	0,699
4. Mobiliari de la CMA	2,97	0,765
5. Confort del àrea preoperatòria	3,17	0,592
6. Confort de l´ àrea postoperatòria	3,25	0,645
7. Nivell de soroll a l´ àrea preoperatòria	3,31	0,850
8. Nivell de soroll a l´ àrea postoperatòria	3,36	0,870
9. Nivell de il·luminació a l´ àrea preoperatòria	2,72	0,751
10. Nivell de il·luminació a l´ àrea postoperatòria	2,81	0,786



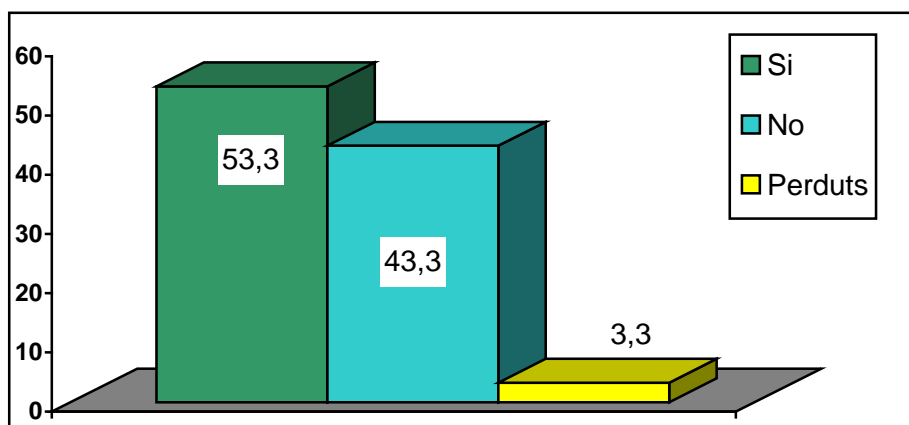
Gràfica 13.- Opinió envers les instal·lacions

En quant a les instal·lacions, hem obtingut una mitjana de 3,1; essent la neteja, amb un 3.30,el factor millor valorat i el nivell d'il.luminació el pitjor amb un 2,76.

9 ALTRES VARIABLES

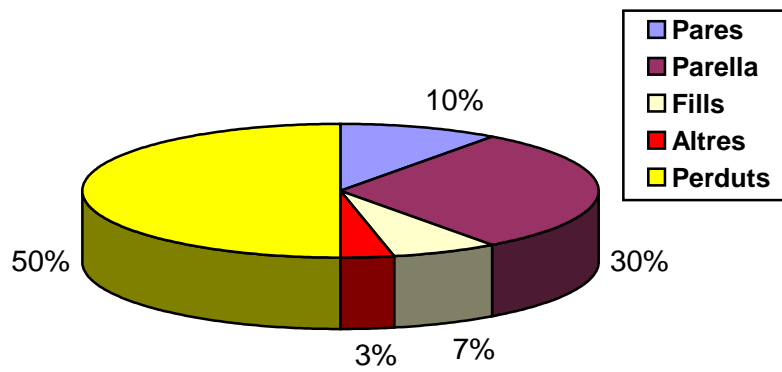
A continuació representarem gràficament altres variables que influeixen de manera important en la satisfacció percebuda del client.

9.1 AJUDA EN LES TASQUES DIÀRIES



Gràfica 14.- Ajut en tasques

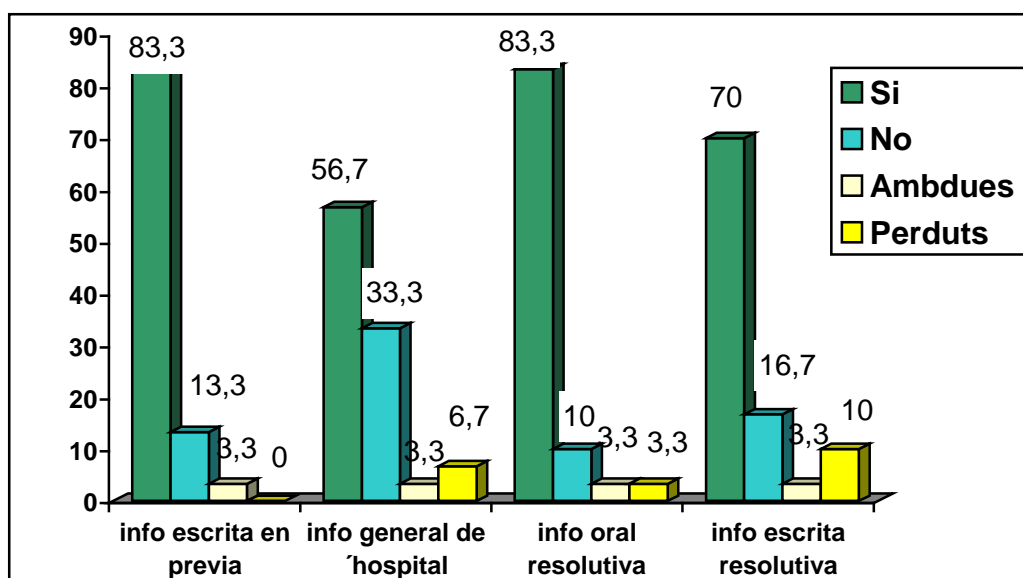
La majoria dels pacients inclosos a l'estudi, tenen ajut a les tasques de la vida diària (53,3), quedant la distribució de la manera següent: 30% per part de la parella, 10 % els pares, 7 % fills i un 3 % altres.



Gràfica 15.- Qui ajuda en tasques

9.2 VALORACIÓ DE LA INFORMACIÓ REBUDA

Valoració de la informació rebuda	SI	NO	AMBDUES	PERDUTS
Informació escrita en visita prèvia	83,3	13,3	3,3	0
Informació general de l' hospital	56,7	33,3	3,3	6,7
Resolució de dubtes amb la informació oral	83,3	10	3,3	3,3
Resolució de dubtes amb la informació escrita	70	16,7	3,3	10

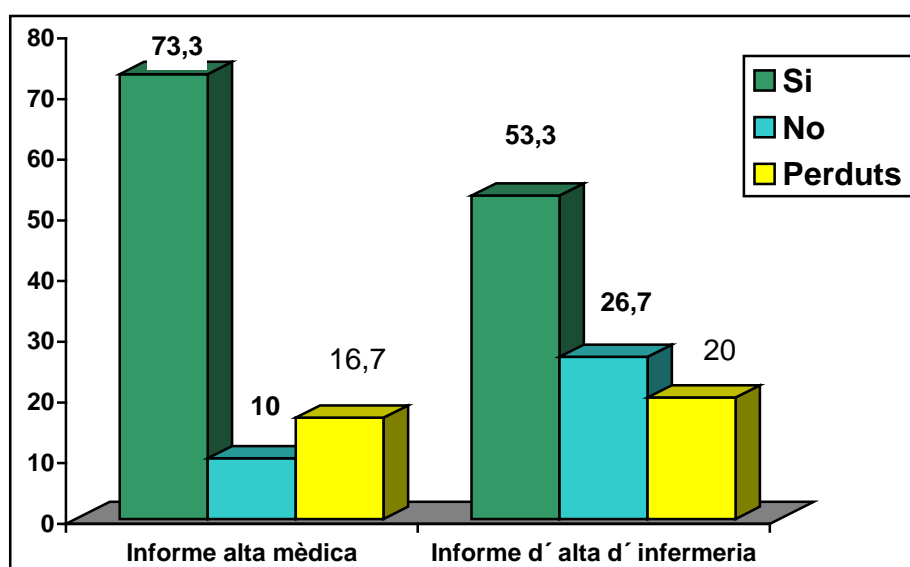


Gràfica 16.- Valoració de la informació donada

Podem observar que els malalts tenen més informació del procés de CMA (83,3%) que de l'hospital (56,7%), essent més resolutiva l'informació oral (83,3%) que la escrita (70%).

9.3 INFORME D' ALTA

Informe d' alta	SI	NO	PERDUTS
Informe d' alta mèdica	73,3	10	16,7
Informe d' alta d' infermeria	53,3	26,7	20

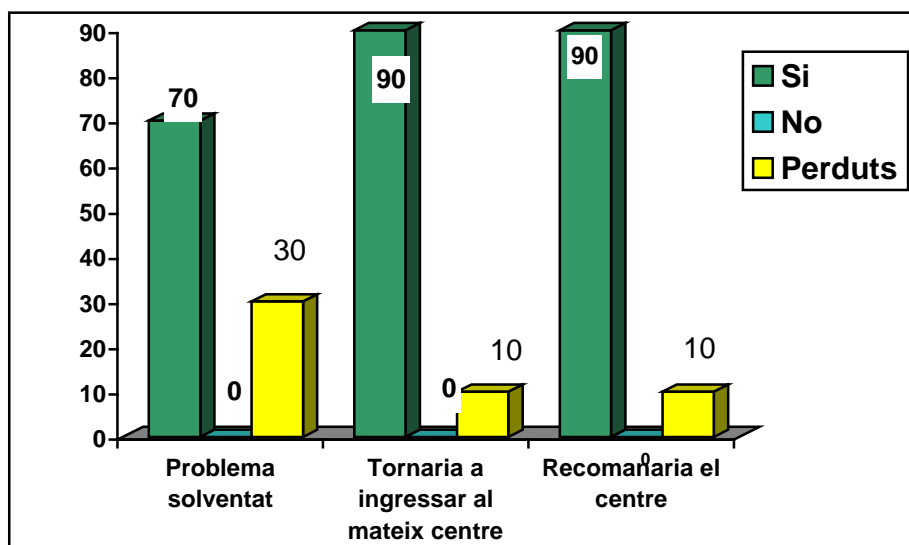


Gràfica 17.- Informe d' alta

En el moment de l'alta, els malalts reben majoritàriament el informe mèdic (73,3%) envers el d'infermeria (53,3).

9.4 CONFIANÇA EN EL CENTRE

Confiança en el centre	SI	NO	PERDUTS
Creu que el problema ha estat solucionat	70	0	30
Tornaria a ingressar al mateix centre	90	0	10
Recomanaria el centre	90	0	10



Gràfica 18.- Confiança en el centre

Al final del procés de CMA, el malalt creu que el problema ha estat resolt en un 70% dels casos, tornaria a ingressar al mateix centre en un 90 % i el recomanaria en un altre 90 %.

10 TAULES DE CONTINGÈNCIA

A banda de l'anàlisi fet en els punts anteriors hem realitzat una sèrie de creuaments estadístics mitjançant taules de contingència (veure annexes) on hem creuat algunes variables amb el nivell global de satisfacció. D'aquesta manera hem pogut esbrinar quines d'elles són significatives i quines no. Els resultats obtinguts han estat:

SIGNIFICATIVES	NO SIGNIFICATIVES
<ul style="list-style-type: none"> • Informació mèdica durant i després del procés • Opinió del metges com a professionals i amb l'àmbit personal • Capacitat d'escolta dels metges • Amabilitat del metges • Recepció a la unitat dels metges • Informació d'infermeria prèvia, durant i després del procés • Opinió d'infermeria com a professionals i amb l'àmbit personal • Capacitat d'escolta d'infermeria • Resolució de dubtes de l'informació escrita • Valoració de l'informació donada al cuidador prèvia i a l'alta • Recepció a la unitat per el personal de suport • Opinió general de l'espera 	<ul style="list-style-type: none"> • Informació escrita a la visita prèvia • Informació general de l'hospital (guia de l'usuari) • Resolutivitat de l'informació oral • Valoració de la utilitat de l'informació escrita • Opinió envers la rapidesa d'atenció de les seves necessitats per part d'infermeria • Amabilitat d'infermeria • Recepció a la unitat per part d'infermeria • Opinió de l'actitud de metges i infermeres a l'hora de fer consultes • Temps d'espera entre les visites preoperatòries • Instal·lacions (mobiliari, nivell de soroll , il·luminació, neteja i confort de les àrees de CMA) • Entrega de l'informe d'alta mèdic i d'infermeria

11 NIVELL GLOBAL DE SATISFACCIÓ

En l' estudi estadístic realitzat amb les enquestes obtingudes, es reflexa que el grau de satisfacció mitjà es de **3,43** amb una desviació típica de **0,504**, on el màxim ha estat 4 i el mínim 3.

Quarta part.: CONCLUSIONS

La mostra d'estudi analitzada anteriorment, ens ha estat de gran utilitat de cara a poder definir factors claus que intervenen en la satisfacció de la població sotmesa al procés de CMA.

Així hem pogut analitzar a fons un dels processos que més importància està adquirint a la sanitat pública actual, degut als seus factors intrínsecs: abaratiment de costos sanitaris i disminució de les llistes d'espera per intervencions quirúrgiques programades.

Aquesta importància creixent del procés de CMA queda reflectit a la memòria de l'Hospital Universitari de Bellvitge, que abarca el període de temps en el qual s'ha realitzat el Màster en Administració i Gestió d'Infermeria (2004-2005). En ella podem observar com a l'any 2004 la CMA representava un 31,3% del global d'intervencions quirúrgiques, mentra que el 2005 ja va ser el 48,8% del total.

Hem pogut observar, que entre els factors que intervenen en la satisfacció dels pacients sotmesos a CMA, destaca de manera significativa l'informació rebuda. Es valora positivament tant l'ofertada per l'equip mèdic com per l'equip d'infermeria, en tots aquest aspectes que fan referència al procés abans esmentat. A més, destaquem que té relevant importància l'informació donada al cuidador, ja que aquest serà una peça clau en el procés de recuperació domiciliaria del malalt.

Per altra banda, es mostra com important, l'opinió que els malalts tenem envers el professionals infermers i mèdics, tant en el seu aspecte personal

com professional. Es tracte d'un factor clau pel centre, ja que aquestes opinions seran reflexe de la imatge obtinguda de la institució.

A més a més, hem pogut constatar que existeixen d'altres aspectes importants per l'institució i que el usuari no els percep d'igual manera. És el cas de les instal·lacions del centre i aspectes lligats al soroll, il·luminació i neteja.

D'aquesta manera i per concloure, podem dir que la satisfacció del client en un procés mèdic no només depen del resultat final; sino que és de vital importància tenir cura de tots aquells aspectes que fan referència a l'àmbit subjectiu del individu: percepció obtinguda de l'equip, expectatives i necessitats formatives del procés.

Quinta part.: PROPOSTES DE MILLORA

En quant a les propostes de millora es refereix, farem incidència en els tres aspectes que hem determinat claus per a la potenciació de la satisfacció del client.

En primer lloc, hauriem de millorar i potenciar la informació escrita que el malalt reb a la entrada a l'hospital. D'aquesta manera, el malalt i la família rebrien de manera clara tota la informació que els serà d'utilitat durant la seva estada. Actualment se'ls ofereix una guia completa de la normativa hospitalària que en molts casos no es llegeix.

Per tal d'evitar aquesta incidència, hauriem de crear una guia esquemàtica on hi destaquem els aspectes més rellevants. El seu format seria el d'una quartilla on estaria resumida tota la informació.

En segon lloc, hem de ser capaços de potenciar aquells aspectes menys valorats de la tasca d'infermeria com són: acollida a la unitat, rapidesa d'atenció a les necessitats i tracte d'infermeria percebut.

Per tal de millorar la percepció que es té de l'acollida a la unitat, revisarem el protocol d'acollida existent i analitzarem els seus punts febles ajudant-nos de tot allò que el client refereix.

A més a més, fariem una revisió exhaustiva de les càrregues de treball per torn. Així, podrem reforçar la unitat quant es precisi i la rapidesa d'actuació de demandes es veurà incrementada. A banda, si funciona la guia escrita, podrem estalviar moltes de les demandes que el malalt fa.

Tot això incidirà de modus positu en el tracte percebut que de l'infermera té el malalt, ja que es disposarà de més temps per dedicar-hi a cada individu.

A més, i per tal d'acabar aquest reforçament, proposem invertir en formació relacionada amb habilitats socials. Aquesta formació serà impartida dins de la jornada laboral o fora d'aquesta amb compensació horària.

Finalment, hem de ser capaços de potenciar els informes d'alta tant mèdic com d'infermeria. Pel que fa al informe mèdic, hauriem de contactar amb els responsables de l'àrea mèdica per tal de fer una revisió del seu format.

En quant a l'alta d'infermeria, farem una doble actuació. En primer lloc canviarem el format existent i el simplificarem al màxim. A més, el recolçarem al moment de l'alta hospitalària amb una explicació per part de l'infermera de tots els aspectes que seran importants a l'alta domiciliària. D'aquesta manera, conseguirem reforçar el format escrit amb ajut oral.

Sexta part.: BIBLIOGRAFIA

BOB E. HAYES (1995). **Cómo medir la satisfacción del cliente**. Barcelona: Ediciones gestión 2000, S.A.

BONET, E. **Fonaments d'estadística**. 2º edició. Editorial Teide, 1978.

GENERALITAT DE CATALUNYA.DEPARTAMENT DE SANITAT I
SEGURETAT SOCIAL.**Pla de salut de Catalunya**. Barcelona: 2002-2005

GEORGE E.P. BOX, WILLIAN G. HUNTER, J.STUART HUNTER.
**Estadística para investigadores. Introducción al diseño de experimentos,
análisis de datos y construcción de modelos**. Editorial Reverte, S.A. 1993.

HOROVITZ,J y JURGENS,M (1996). **La satisfacción total del cliente**.
Madrid: McGraw-Hill.

LATORRE GUIASOLA M, URRUELA OLIVÁN M, GONZÁLEZ MOLINA Y.
**Objetivo específico: Satisfacción del cliente/paciente. Encuestas de
satisfacción de cirugía mayor ambulatoria**. Hospital de Basurto 2001-2003.

MARTIN ZURRO,A y CANO PEREZ,J.F.**Atención Primaria. Conceptos,
organización y práctica clínica. Investigación en atención
primaria**:Madrid: Harcourt Brace,1999, 4ª Edición. Vol I Cáp.11: 161 – 181.
Cáp.21: 351 – 376. Cáp.22: 378 – 397. Cáp.23: 398 – 417.

SANCHEZ CARRION. J.J.. **Manual de análisis de datos**. Alianza Editorial S.A. 1995.

SANCHIS, C J.SALILLAS, T.PIERA, G.FONTANET. **Hacer estadística**. Alhambra Longman S.A. 1993.

TEJADA, J (1997) **El proceso de investigación científica**. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

THE JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (1996). **Manual de acreditación para hospitales**. Barcelona: SG Editores S.A

www.foro-helpdesk.com

www.monografias.com

www.google.com

www.alcog.com

www.lightningsurvey.co.uk

Sèptima part.: ANEXES

En aquest capítol, hi seran inclosos (veure CD):

- Avantprojecte
- Taula de jutjes
- Estadística
- Memoria de l'Hospital Universitari Bellvitge 2005