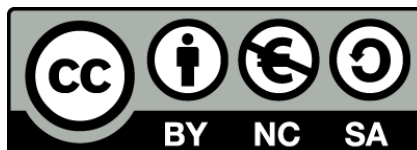




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Percepción de calidad de los cuidados psiquiátricos en el ámbito de salud mental comunitaria desde la perspectiva de los profesionales y de los usuarios

Manuel Tomás Jiménez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – CompartirIgual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – CompartirIgual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

'i) Escola d'Infermeria

Programa de doctorado en enfermería y salud

Línea de investigación del programa: Enfermería de salud mental y adicciones.

Instrumentos de análisis y de medida

Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad de Barcelona

TESIS DOCTORAL

Percepción de calidad de los cuidados psiquiátricos en el ámbito de salud mental comunitaria desde la perspectiva de los profesionales y de los usuarios

Doctorando:

Manuel Tomás Jiménez

Directores:

Dra. Maria Teresa Lluch Canut

Dr. Juan Francisco Roldán Merino

Tutora:

Dra. Maria Teresa Lluch Canut

Barcelona, Marzo de 2023

*Para tí, que ya no estás, que me diste alas
pero no pudiste llegar a verme volar*

AGRADECIMIENTOS

Isaac Newton declaró *“Si he llegado a ver más lejos es porque me subí a hombros de gigantes”*, y en ese sentido, considero que he podido llegar a ver más lejos de lo que nunca hubiera imaginado apoyándome en los hombros de mis directores de tesis el Dr. Juan Roldán y la Dra. Maria Teresa Lluch.

Quiero darte gracias de corazón Juan, porque te considero mi mentor y mi ejemplo a seguir. Quiero agradecer todas las horas de aprendizaje, de consejos, de escucha y de sabiduría de vida que me has dedicado. Eres una de las personas más brillantes que he conocido, y tu altura profesional sólo está igualada por tu calidez humana, gracias por apoyarme en los peores momentos. Por un futuro académico juntos y por tenerte a mi lado cerca en cada paso de este nuevo camino que se ha abierto.

Quiero dar las gracias a Teresa, por tu experiencia, tu conocimiento y especialmente por la calidez humana que me has dedicado desde el primer día que nos conocimos. Por abrirme las puertas del mundo académico, por estimularme y por no dejar que me rindiera aún en los momentos más complicados. Me siento tremendamente orgulloso de decir que mi tesis ha sido dirigida por la primera catedrática universitaria de enfermería psicosocial y salud mental, eres un ejemplo y has abierto un camino que otros seguiremos.

A mi QPC Team, por la guía y apoyo en todo este camino.

A Parc Sanitari Sant Joan de Déu en todos sus niveles. Por abrirme las puertas a trabajar en el área que más me apasiona como enfermero que es la salud mental. A la dirección de enfermería, por su apoyo a lo largo de este arduo camino y por apostar tan fuerte en mi figura, gracias por hacer que siga creciendo. A todos mis compañeros de San Carlos, porque habéis contribuido todos y cada uno de vosotros en mi crecimiento como profesional y por los valores que juntos hemos construido...sois el mejor equipo que una persona puede desear. A mi equipo de residentes, porque sois la chispa que me anima a seguir trabajando. A la Dra Berta Garcia de Miguel, por ser haber sido mi faro en el momento de tempestad. Y en especial, a mi núcleo de investigación. A Marta, por ser mi compañera y aliada, por haber construido juntos algo más grande de lo que podríamos haber podido imaginar. Y en especial, al Dr. Ramón Mir Abellán, porque eres mucho más que mi supervisor, eres una de las personas a

las que más respeto y sin ti no hubiera llegado a donde estoy hoy. Por tu apoyo, por tu comprensión y por esa pasión compartida que tenemos por la investigación; por un futuro vinculado y por muchos más proyectos juntos.

En general, gracias a todas las profesionales que dedican su vida a cuidar a los demás, y a todos los usuarios que día a día son un ejemplo de lucha.

A todos mis nuevos compañeros de Campus Docent Sant Joan de Déu, por vuestro apoyo y consejos. Por acogerme tan bien en esta nueva familia.

A todos mis amigos, necesitaría varias páginas para poder citaros a todos, pero en conclusión sólo diré lo afortunado que me siento de tener a gente tan maravillosa a mi alrededor. Sin vosotros no sería posible.

A mi familia, que siempre me ha dado todo su amor y su apoyo. A mi padre Manuel por impulsarme a abrirme camino en el mundo de la docencia. A mi hermano Luis, por ser mi otra mitad, mi confidente y mi mejor amigo; por todo el apoyo y crecimiento personal que hemos vivido juntos aún en los momentos más duros.

Este último fragmento lo quiero dedicar a las 3 mujeres que han moldeado a la persona que soy hoy. A mi abuela María allá donde estés, que has sido un ejemplo de mujer luchadora y trabajadora, y lo sacrificaste todo por dar a tu familia una vida mejor. A mi mujer, Danu, por ser mi compañera de vida y hacerme feliz cada día de mi vida. Te quiero y no podría sentirme más orgulloso de lo que hemos construido juntos y lo que nos queda por construir; sabes que sin ti esto no habría sido posible. Y a mi madre, Marisa Jiménez Ordóñez, una enfermera valiente y luchadora que ha sido una referente para muchas personas. Te quiero, has sido la mejor madre que una persona haya podido tener y el estímulo que me has dado desde bien pequeño es el que hace que hoy esté donde esté. Sin ti no habría iniciado el camino del doctorado y este trabajo te lo dedico a ti. Te prometo que te haré que sigas estando orgullosa de mí allí donde estés, y todos y cada uno de los logros que estén por venir siempre llevarán tu huella. Te quiero.

A todos vosotros, gracias por acompañarme en este camino. Siempre tendré mucho que agradeceros.

INDICE

Resumen

1.- Introducción.....	1
1.1.- Impacto de una pobre salud mental.....	2
1.2.- Salud mental comunitaria	5
1.3.- Cifras de salud mental en España	8
1.4.- Aspectos legales sobre salud mental comunitaria en España.....	10
1.5.- Calidad de los cuidados.....	13
1.5.1.- Aspectos históricos sobre calidad de los cuidados	14
1.5.2.- Definiendo la calidad de los cuidados	15
1.5.3.- Calidad y satisfacción, cercanos pero no sinónimos	18
1.5.4.- Calidad de los cuidados psiquiátricos	21
1.6.- Evaluación de la calidad de los cuidados.....	24
1.6.1.- Instrumentos para evaluar la calidad de los cuidados.....	25
2.- Objetivos	33
3.- Metodología y resultados.....	37
3.1.- Artículo 1	37
3.2.- Artículo 2	49
3.3.- Artículo 3	63
4.- Discusión	81
5.- Recomendaciones y aplicabilidad práctica	95
6.- Conclusiones	99
7.- Bibliografía.....	105

8.- Anexos	135
8.1.- Anexo 1: Convenio de colaboración	135
8.2.- Anexo 2: Consentimiento informado	145
8.3.- Anexo 3: Hoja informativa profesionales.....	149
8.4.- Anexo 4: Hoja informativa pacientes.....	153
8.5.- Anexo 5: Cuestionario sociodemográfico e instrumento QPC-OPS	157
8.6.- Anexo 6: Cuestionario sociodemográfico e instrumento QPC-OP.....	163

ACRONIMOS

AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
CCI	Coeficiente de Correlación Intraclase
OMS	Organización Mundial de la Salud
QPC	Quality in Psychiatric Care
QPC-OP	Quality in Psychiatric Care Outpatient
QPC-OPS	Quality in Psychiatric Care Outpatient Staff

RESUMEN

Introducción

El paradigma actual se inclina hacia un modelo de atención de salud mental comunitaria que permita cuidar a las personas en su entorno natural, alejándose de modelos de atención hospitalaria tradicionales que suponen una desvinculación temporal de la persona de sus lazos y entorno, y tienen una carga económica asociada sobre el sistema de salud.

En los últimos años, las perspectivas de los pacientes y de los profesionales han sido de gran valor, usándose como indicadores de calidad a la hora de evaluar los servicios de salud. Sin embargo, hay una clara ausencia de instrumentos válidos y fiables que midan la calidad de los cuidados psiquiátricos en el ámbito comunitario, dado que la mayoría de los ya existentes no han tenido procesos de adaptación al español satisfactorios, disponen de pobres propiedades psicométricas o únicamente se centran en la perspectiva de una de las partes implicadas en el proceso de cuidados.

Objetivos

Adaptar al español los instrumentos Quality in Psychiatric Care – OutPatient versión pacientes (QPC-OP) y versión profesionales (QPC-OPS), así como analizar sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez, en el contexto de los cuidados de salud mental comunitarios.

Describir y comparar las percepciones de calidad de los cuidados psiquiátricos desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales en el ámbito comunitario.

Método

Diseño descriptivo psicométrico transversal y comparativo.

Inicialmente, se realizó la adaptación de los instrumentos al español siguiendo los Estándares para tests educativos y psicológicos. El reclutamiento se llevó a cabo en los servicios de salud mental comunitaria del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, usando un muestreo no probabilístico de conveniencia para la muestra de profesionales y un muestreo no probabilístico consecutivo en la muestra de pacientes. Posteriormente se procedió a comparar las perspectivas de calidad de los cuidados psiquiátricos de ambas muestras reclutadas.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 260 profesionales y por 200 pacientes. En ambos casos, el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), señaló que la versión española de ambos instrumentos mostraba una estructura de 8 factores idéntica al instrumento original, y no se requirió de modificar ningún ítem. Respecto a la fiabilidad, el instrumento para profesionales (QPC-OPS) mostró unos adecuados valores de consistencia interna (α de Cronbach:0.885) y de estabilidad temporal (Coeficiente de Correlación Intraclase:0.847). De manera similar, el instrumento para pacientes mostró unos adecuados valores de consistencia interna (α de Cronbach:0.951) y de estabilidad temporal (Coeficiente de Correlación Intraclase:0.764).

Al comparar las perspectivas de calidad de los cuidados psiquiátricos, se observaron altos valores desde ambas perspectivas, aunque las puntuaciones en pacientes ($m:104.35\pm13.57$), eran superiores que en profesionales ($m:102.06\pm8.80$) mostrando diferencias estadísticamente significativas ($t:2.06$; $p:0.040$). Los factores mejor valorados tanto por pacientes como por profesionales fueron los referentes a la Relación Terapéutica y el Soporte Recibido, mientras que los factores peor puntuados por ambas muestras fueron los que reflejan la Participación en los cuidados, y el Entorno en caso de los profesionales.

Conclusiones

Las versiones españolas de los instrumentos QPC-OP y QPC-OPS son herramientas fáciles de administrar, útiles, validas y fiables para evaluar la calidad de los cuidados psiquiátricos comunitarios desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales.

La evaluación continua en materia de calidad de los cuidados psiquiátricos es esencial para garantizar una atención de la máxima calidad, permitiendo detectar puntos fuertes y áreas de mejora de los distintos servicios que componen la red asistencial en el ámbito de salud mental.

Introduction

The current paradigm tends to a community mental health model which allows taking care of people in their natural environment, moving away from traditional hospital care models that imply a temporary separation of the person from their bonds and environment, as well as having an economic weight linked to the healthcare system.

In the recent years, both patient's and staff's perspectives have been of great value, being used as quality indicators when evaluating health services. Nevertheless, there's a clear lack of reliable and valid instruments which measure the quality of the psychiatric care in the community setting, given that most of the existent instruments did not have satisfactory adaptation processes to Spanish, have poor psychometric properties or they only focus on the perspective of one of the parties involved in the care process.

Aims

To adapt into Spanish the instruments Quality in Psychiatric Care – OutPatient in the patient's version (QPC-OP) and staff's version (QPC-OPS), as well as analysing their psychometric properties in terms of reliability and validity, in the context of the community mental health care.

To describe and compare the quality of psychiatric care perceptions from the perspective of both patients and staff in the community setting.

Method

Cross-sectional, comparative and psychometric descriptive design.

Initially, an adaptation into Spanish of the instruments was made following the standards for educative and psychological tests. The recruitment was carried out in the community mental health's services of Parc Sanitari Sant Joan de Déu, using a non-probabilistic convenience sampling in the staff's sample and a non-probabilistic consecutive sampling in the patient's sample. Subsequently, a comparison between the quality perspectives of both samples recruited was made.

Results

The sample consisted of 260 staffs and 200 patients. In both cases, the Confirmatory Factor Analysis (CFA) pointed out that the Spanish version of both instruments revealed an 8 factor structure which was identical to the original instrument, and no item modification was required. Regarding about reliability, the staff's instrument (QPC-OPS) showed appropriate internal consistency values (Cronbach's α :0.885) as well as temporal stability (Intraclass Correlation Coefficient:0.847). In a similar way, the patient's instrument showed suitable intern consistency values (α of Cronbach:0.951) as well as temporal stability (Intraclass Correlation Coefficient:0.764).

When comparing the quality of psychiatric care perspectives, high values from both perspectives were observed, although scores in patients (m :104.35 \pm 13.57), were higher than in staff (m :102.06 \pm 8.80) showing statistically significant differences (t :2.06; p :0.040). The factors that came out to be the most valued factors by both patients and staff were those regarding the Therapeutic Relationship and the Support Received, while the factors worst scored by both samples were those that reflect Participation in care, and the Environment in the case of staff.

Conclusions

The Spanish versions of the QPC-OP and QPC-OPS instruments are tools that are easy to manage, useful, reliable and valid to evaluate the quality of community psychiatric care from patient's and staff's perspectives. Ongoing evaluation of the quality of psychiatric care is essential to guarantee care of the highest quality, making it possible to detect strong points and areas for improvement in the different services that make up the care network in the mental health setting.

1.- INTRODUCCION

1.- Introducción

“No hay salud sin salud mental” fue el lema de la Declaración de Helsinki en la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la salud mental en el año 2005 (Organización Mundial de la Salud, 2005) y con esa premisa se desarrolla el presente trabajo.

La OMS define la salud mental como “estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”(Organización Mundial de la Salud, 2022), y esta definición en sí deja implícito que la salud mental no es únicamente la ausencia de un problema de salud mental sino que también implica factores relacionados con la promoción del bienestar, prevención de problemas de salud mental, atención integral y la recuperación en general de la persona.

Sin embargo, si nos centramos en los problemas de salud mental que siguen una serie de criterios diagnósticos, una de las revisiones sistemáticas más ambiciosas que abarcaba el periodo de 1980-2013 en 63 países distintos, revelaba que una prevalencia del 29.2% de trastornos mentales en algún momento de la vida de la persona (Steel et al., 2014); lo cual va en línea con la afirmación de la OMS que señalaba que una de cada 4 familias tiene en su seno a una persona afectada de un problema de salud mental (World Health Organization, 2004) . Se encuentra una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo y ansiedad en las mujeres frente a los hombres, y por contrapartida una mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias en los hombres frente a las mujeres (Steel et al., 2014).

A nivel europeo, se estima que anualmente aproximadamente el 38.2% de la población sufre algún trastorno mental siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad seguidos de insomnio, depresión mayor, y trastornos de síntomas somáticos. Los autores del estudio calificaron los mentales como el mayor desafío del siglo XXI al que nos enfrentamos (Wittchen et al., 2011). Los datos revelan que los trastornos mentales son altamente prevalentes en la población a nivel internacional y son un problema que los sistemas sanitarios deben abordar de forma urgente.

La complejidad de las enfermedades mentales radica ya en el origen de las mismas, dado que no están explicadas puramente por factores biológicos (sean genéticos o derivados de una enfermedad o derivados de una lesión) y se ha observado que factores psicosociales incluyendo factores culturales, socioeconómicos y ambientales también contribuyen a éstas por lo que es preciso prestar especial atención al género (y las discriminaciones que ello pueda conllevar), desigualdad económica, situación laboral, nivel sociocultural, el lugar en el que la persona reside, aislamiento social, experiencias traumáticas, eventos estresantes y la falta de estimulación en general (Arango et al., 2018; Haro et al., 2006). Todo ello para evitar que ello derive en una peor capacidad funcional y calidad de vida que afecte tanto a la persona enferma y como a sus personas cercanas a distintos niveles.

Desde hace décadas se han identificado una serie de factores que, por otra parte, pueden actuar como protección de los efectos negativos de las enfermedades mentales, como son un contexto positivo con adecuadas relaciones sociales, actividad laboral y otros factores psicosociales (World Health Organization, 2001) que, en ausencia de ellos, pueden conducir no sólo a una mala salud mental, sino también a una mala salud física pudiéndose asociar a distintas enfermedades (Cassel, 1976). La relación entre la integración social, la red social y la salud mental, fue hace tiempo demostrada mediante distintos estudios (Simmons, 1994; Skärsäter et al., 1999).

1.1.- Impacto de una pobre salud mental

Los problemas de salud mental pueden ser fuente de incapacidad temporal de la persona que pueden conducir a problemas de autoestima junto a sentimientos de vergüenza y culpa tanto en pacientes como en sus allegados (Vuokila-Oikkonen et al., 2002) que muchas veces se ven agravados por conductas estigmatizantes y discriminativas en distintos entornos y a distintos niveles (McDaid et al., 2019). El gran problema de estos factores anteriormente mencionados es que pueden suponer una barrera de cara a que la persona busque ayuda (Wiklander et al., 2003), lo cual a su vez supone una barrera en su proceso de recuperación, calidad de vida e integración social (Vuokila-Oikkonen et al., 2002).

Una pobre salud mental tiene un impacto económico directo en los sistemas de salud a los que afecta (González et al., 2010; McDaid et al., 2019), observándose que los trastornos de salud mental conllevaban costes económicos superiores que otras áreas de importante gasto como pueden ser las patologías cardiovasculares (Roehrig, 2016). Una de las razones principales de mayor gasto son las estancias prolongadas en instituciones, tanto de ámbito hospitalario como penitenciario (Roehrig, 2016), por lo que es necesario un sistema de atención comunitaria eficiente para abordar dicha problemática.

Paralelamente, el impacto económico no recae de forma exclusiva en los sistemas de salud (McDaid et al., 2019; Olesen et al., 2012), sino que puede verse reflejado como una reducción a la producción económica nacional, principalmente en forma de una menor participación en el empleo, menores niveles de voluntariado y necesidad de cuidadores informales. Cabe destacar que los problemas de salud mental no afectan únicamente a los propios pacientes sino que por extensión pueden tener un impacto directo en la salud física y mental también de sus cuidadores, lo cual tiene a su vez impacto de nuevo en los costes económicos asociados ya mencionados (McDaid et al., 2019).

En el último informe publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) junto a la Comisión Europea se estima que los costes relacionados con problemas de salud mental supone el 4% del PIB en países de la Unión Europea, el cual se puede desgranar en un 1.3% del PIB en gasto directo en asistencia sanitaria (aproximadamente 190.000 millones de euros), 1.2% del PIB en programas de seguridad social (aprox 170.000 millones de euros) y un alarmante 1.6% (aprox 240.000 millones de euros) de costes indirectos para el mercado laboral, debido a la reducción del empleo y la productividad laboral (OECD/EU, 2018).

Sin embargo, el factor económico para los sistemas de salud representa una minoría del impacto total que conlleva tener una pobre salud mental. Una pobre salud mental se asocia con un mayor riesgo de comorbilidades físicas así como con una mortalidad prematura (McDaid et al., 2019). Este riesgo está más presente en las personas mayores, quienes tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos, especialmente si están sometidos a aislamiento social y soledad (Steptoe et al., 2013). La soledad y el aislamiento social han mostrado ser factores de riesgo para una peor salud física en lo que refiere a enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares (Valtorta et al., 2016)

Dado el impacto que los trastornos suponen en la salud física y mental de las personas, así como de la carga económica que pueden suponer, a nivel internacional se ha hecho una llamada para centrar los esfuerzos en políticas, prácticas e investigación centradas en la prevención (Collins et al., 2011; Wykes et al., 2015), así como en intervenciones tempranas (Valmaggia et al., 2009). La prevención debe centrarse en reducir la exposición a factores de riesgo, mejorar las estrategias de afrontamiento a los mismos e implementar medidas de fortalecimiento del núcleo familiar y social centrados en la resiliencia. Dichas medidas deben aplicarse tanto en la infancia como en los puntos clave de la fase adulta (Costello, 2016; Jorm & Mulder, 2018). Una de las consecuencias más graves de una pobre salud mental es el suicidio, y si bien se han identificado medidas efectivas para la prevención del mismo (Hawton et al., 2016; Zalsman et al., 2016), aún existe poca literatura que aborde dichas medidas desde una perspectiva económica evaluando el coste-efectividad de dichas medidas (McDaid et al., 2019).

1.2.- Salud Mental Comunitaria

A nivel internacional, existe una tendencia a alejarse de los modelos de atención hospitalaria, en favor a una atención brindada desde la comunidad, lo que ha supuesto un notorio crecimiento de los servicios de atención comunitaria (Montgomery et al., 2019; Sather et al., 2018; Skundberg-Kletthagen et al., 2022; Thornicroft & Tansella, 2014). Sin embargo, para que ello sea posible es esencial un enfoque coordinado de la atención entre los distintos profesionales y los distintos dispositivos de salud que aseguren una atención integral individualizada de cada persona (Stamboglis & Jacobs, 2020). Es por ello que los esfuerzos deben dirigirse a mejorar el contenido y calidad de los servicios comunitarios para que puedan aportar una experiencia de calidad tanto a los pacientes como a las propias familias (Aass et al., 2021; Moen et al., 2020), dado que no se puede olvidar que las consecuencias propias de una enfermedad mental, así como de su estigmatización, no afecta únicamente a los individuos sino que también afecta de forma directa y negativamente a sus familias (Ostman, 2004; Ostman & Kjellin, 2002; Tsang et al., 2003).

La elaboración de planes y programas nacionales sobre salud mental comunitaria deben dirigirse a una visión centrada en el paciente, orientada a la recuperación y de atención holística; prestando especial atención a la transición de la atención hospitalaria a la atención comunitaria mediante una adecuada coordinación (Farkas et al., 2005; Stanislaus et al., 2017). Sin embargo, pese a que queda patente que tanto a nivel internacional como nacional se han dedicado muchos esfuerzos en mejorar la atención comunitaria a la salud mental mediante planes innovadores, la evidencia sugiere que todavía no se han llegado a alcanzar del todo los objetivos planteados, por lo que dichos esfuerzos todavía no deben cesar hasta alcanzarlos en un proceso de mejora constante (Jones et al., 2018).

Entre las múltiples ventajas de un modelo de atención comunitaria, se encuentra una reducción del tiempo (Anthony, 1993) y número de hospitalizaciones, las cuales conllevan una importante carga económica asociada (Roehrig, 2016; Thornicroft et al., 2008). Las fases más agudas de las enfermedades son las que plantean un reto mayor, y es por ello que en los últimos tiempos se está realizando especial énfasis en promover las alternativas a la hospitalización

tradicional como pueden ser la atención/hospitalización a domicilio, atención en crisis y las hospitalizaciones parciales (Wolf et al., 2021).

Cabe destacar que una atención que se brinda cercana a la comunidad en la que la persona reside se asocia con una mayor satisfacción por parte de la persona atendida (Stamboglis & Jacobs, 2020), dado que permite cuidar in situ a la persona sin necesidad de desvincularla de su entorno familiar y social cercano (Thorncroft et al., 2008), permitiendo llevar a cabo todo el proceso de recuperación en el entorno real (con las barreras y facilitadores que contenga) en el que la persona se desenvuelve en su día a día lo cual permite una atención y recuperación mediante un proceso más individualizado acorde al contexto de la persona.

Una atención desde la misma comunidad permite centrarse en el empoderamiento, la participación y la recuperación del paciente (Tait & Lester, 2005), partiendo de la idea de que la mayor expectativa que tienen los pacientes psiquiátricos es la de poder reinsertarse en su sociedad (Xiao et al., 2017). De hecho, se ha observado que las prácticas sustentadas en modelos orientados a la recuperación del paciente, no sólo tiene un impacto positivo a nivel de usuario sino que también impacta positivamente a nivel de las organizaciones y de los propios profesionales que proveen los cuidados (Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019).

Sin embargo, este enfoque comunitario implica que pacientes de distintos grados de gravedad psicopatológica convivan en el domicilio con sus familias, y ello a su vez puede suponer un reto para éstas dado que requieren de una mayor implicación y responsabilidad en el día a día de los pacientes (Aass et al., 2021). Por ello, se debe garantizar a las familias el soporte, educación y estrategias adecuadas para manejar situaciones que puedan ocurrir en domicilio en las distintas fases psicopatológicas del paciente, así como dar los mecanismos adecuados para que estos familiares puedan preservar su propia salud mental (Skundberg-Kletthagen et al., 2014).

Pasar de un modelo médico de atención a un sistema que promueva un modelo orientado en la recuperación implica reconocer a los usuarios de los servicios y a los cuidadores como socios iguales en las decisiones sobre la planificación y la prestación de servicios de salud mental (Wilson & Daly, 2007). Es por ello, que las preferencias individuales y la participación a la hora de tomar decisiones son puntos clave para poder desarrollar sistemas orientados a la recuperación (Onken et al., 2007; Slade et al., 2012). La atención comunitaria es un campo que invita a la persona y a la comunidad a la participación, entendiendo la participación como *“el proceso mediante el cual todas aquellas personas que intervienen en cualquier situación colaboran en el proceso de toma de las decisiones que les afectan ya sea en términos de los estilos de vida, para la prevención y promoción de la salud mental, en términos de elección de los tratamientos, o bien para la redistribución de recursos”* (Florin et al., 2008).

El trabajo conjunto de los servicios de salud mental con sus pacientes, ha sido un valor reconocido a nivel internacional (Wallcraft et al., 2011). Es por ello que la participación de los pacientes en sus respectivos servicios de salud mental puede materializarse en distintos niveles, tanto a nivel terapéutico individual como en su inclusión de cara a la investigación, planificación y evaluación de los servicios (Tait & Lester, 2005). Sin embargo, se necesita mayor investigación para ver qué formas de participación son las más apropiadas de cara al desarrollo de políticas concretas y la toma de decisiones (Conklin et al., 2015). Los estudios que tratan sobre las perspectivas en cuanto a la toma de decisiones compartidas, destacan el deseo de los pacientes de disponer de más información e influencia sobre sus cuidados (Deegan & Drake, 2006; Hamann et al., 2005), lo cual refuerza la idea ya expuesta del valor de integrar a los pacientes como componente activo y colaborativo en el proceso de atención.

Cabe destacar que para que esa atención comunitaria conjunta profesional-paciente pueda ser efectiva, la escucha y la relación terapéutica juegan un papel primordial, sin olvidar el debido reconocimiento de la contribución que hacen los cuidadores (Montgomery et al., 2019). Una revisión sistemática reciente, señala que una de las asignaturas pendientes a nivel de salud mental comunitaria es la investigación, dado que en su mayoría se basa en estudios a pequeña escala que no evalúan los efectos a largo plazo de los planes e intervenciones

destinados a mejorar la calidad de la atención brindadas mediante indicadores de resultado adecuados (Jones et al., 2018).

1.3.- Cifras de Salud Mental en España

Uno de los estudios epidemiológicos más destacados en nuestro país fue llevado a cabo por Haro y colaboradores entre 2001-2002 mostrando que los trastornos más prevalentes en el anterior año fueron los de ansiedad (6,2%) y los trastornos del estado de ánimo (4,4%). En rasgos generales, se observó que la prevalencia/vida de los principales trastornos mentales (ansiedad, depresión y consumo de alcohol) fue de 19,5%, junto a una prevalencia/año del 8,4% (Haro et al., 2006).

Un estudio comparativo que abarcaba el periodo 2006 al 2010 en las consultas de atención primaria en nuestro país con grandes muestras de pacientes, se encontró un aumento del 19,4% de trastornos depresivos mayores, así como un aumento del 8,4% para trastornos de ansiedad generalizada y 7,3% de trastornos de síntomas somáticos. Este estudio concluyó que estos aumentos se vieron más reflejados en personas con desempleo y dificultades económicas, teniendo en cuenta que en el año 2008 nuestro país pasó por una de las mayores crisis económicas de su historia (Gili et al., 2013).

En la última valoración sobre el riesgo a mala salud mental, la Encuesta Nacional de Salud reveló que en población general adulta los hombres tendían a tener mejor percepción de su salud mental que las mujeres, de forma que, focalizando en el riesgo a tener una mala salud mental el 13.9% de los hombres mostraron dicho riesgo frente a un marcado 21.9% de mujeres. A destacar que las personas con trabajo remunerado mostraron mejores puntuaciones en salud mental que las personas desempleadas, demostrando ser uno de los principales determinantes. Adicionalmente, se observó un riesgo mayor cuánto mayor era la edad, mostrando un alarmante 31.9% de riesgo de mala salud mental en personas mayores de 85 años (Ministerio de Sanidad de España, 2017b).

La última encuesta europea de salud en España se llevó a cabo en 2020 y reveló que los problemas de salud mental más frecuentes eran la ansiedad y la depresión, teniendo una prevalencia marcadamente mayor en mujeres que en hombres tanto en ansiedad (8.06% vs 3.50%) como en depresión (7.22% vs 3.23%), diferencia especialmente marcada a partir de los 44-55 años. Como factor determinante importante, se observaron que los valores de prevalencia eran más elevados tanto en ansiedad como en depresión en personas en situación de desempleo en comparación con las que estaban en activo laboralmente. Un dato particularmente alarmante revelaba que un 10.86% de la población había consumido medicación ansiolítica o hipnótica en las últimas 2 semanas, pese a que únicamente un 4.77% declaró haber ido a un psicoterapeuta (psiquiatra o psicólogo) por lo que permite cuestionar el nivel de automedicación no controlada que existe de estos fármacos (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Esto va en línea de los hallazgos de la OMS que señalaban que a nivel mundial sólo la mitad de los medicamentos se tomaban de acuerdo con las indicaciones de la prescripción con los consecuentes riesgos que ello puede suponer (World Health Organization, 2010). Sin embargo, una limitación de este estudio, es que esta encuesta no incorpora diagnósticos como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, etc... (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

La base de datos clínicos de atención primaria en España sí que recoge datos sobre diagnósticos de Salud Mental pese a que los datos más actuales datan del 2017. En estos datos en adultos se pudo observar que la prevalencia de problemas de salud mental era aproximadamente del 27.4%, siendo los más frecuentes el trastorno de ansiedad (6.7%), trastorno del sueño 5.4%, trastorno depresivo (4.1%) y psicosis (1.2%). Se observó una prevalencia hasta 3 veces mayor en trastorno depresivo y 7 veces mayor en anorexia nerviosa en el caso de mujeres frente a los hombres. Respecto al nivel socioeconómico se observó que aquellas personas con rentas más bajas padecían de forma más frecuente ciertos trastornos en comparación con personas de renta alta, como es el caso de la esquizofrenia (12 veces mayor), trastornos de personalidad (11 veces mayor) y trastornos de síntomas somáticos (7 veces mayor) (Ministerio de Sanidad de España, 2017a).

El impacto económico de los problemas de salud mental en España es claramente alarmante, y es importante tenerlo en cuenta dada la prevalencia en aumentos de éstos. Un estudio estimó los costes de los trastornos mentales en nuestro país durante el año 2010, señalando que se alcanzó aproximadamente el 8% del PIB (unos 83.749 millones de euros al año), lo cual superó con creces el gasto público sanitario (aprox 69.357 millones de euros). Estratificando por diagnósticos llaman la atención los trastornos depresivos, de ansiedad y de síntomas somáticos alcanzando aproximadamente el 2,2% del PIB de nuestro país (Parés-Badell et al., 2014).

Datos más actuales estiman que en España los costes totales relacionados con problemas de salud mental suponen un 4,2% del PIB, donde se estima que 14.415 millones de euros fueron en costes directos en asistencia sanitaria, 12.318 millones de euros en costes relacionados con programas de la seguridad social y alarmantemente, 18.325 millones de euros de costes indirectos vinculados a la disminución de la productividad laboral (OECD/EU, 2018).

1.4.- Aspectos legales sobre Salud Mental Comunitaria en España

España no ha sido una excepción a la ola creciente de promoción de la atención desde la comunidad. Desde el año 1986 con la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de Abril, el Ministerio de Sanidad centró sus esfuerzos en promover los cuidados relacionados con la salud mental desde la comunidad erradicando desigualdades en salud de cualquier tipo, siendo el marco de referencia en asuntos de calidad del sistema sanitario hasta el día de hoy y equiparando por primera vez la atención de las personas con problemas de salud mental con la atención al resto de problemas de salud (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 1986).

Es a raíz de esta ley que se crearía el Sistema Nacional de Salud. Esta Ley supone una mejora de todas sus predecesoras iniciadas ya en el año 1855, y que con el paso del tiempo se observó que, pese a los grandes esfuerzos dedicados, no acababan de dar respuesta a las necesidades individualizadas de la población española por lo que la sociedad reclamaba urgentemente un cambio de paradigma para adaptarse a los tiempos contemporáneos. Esta Ley rompe con el organismo de dirección unitario, la Dirección General de Sanidad, que

había mantenido su estructura ya desde 1855 y se decide fragmentarlo en diversos subsistemas que permiten dar respuesta de forma más efectiva a las necesidades de la población.

Esta nueva ley se sustenta fundamentalmente en el reconocimiento de los artículos 43 y 49 de la Constitución que promulga el derecho de todos los ciudadanos para la protección de la salud sin desigualdades en cuanto a su atención o acceso a los dispositivos sanitarios, y que para ser efectivo exige que los organismos pertinentes adopten las medidas adecuadas para ello.

También se sustenta en las previsiones del título VIII de la Constitución, que a nivel organizativo reconoce las competencias de cada Comunidad Autónoma en materia de sanidad, por lo que cada una de ellas sería dotada de una serie de paquetes organizativos para poder constituir su propio Servicio de Salud y dar respuesta a las distintas necesidades de sus ciudadanos de forma más eficiente.

Dentro de esta extensa Ley General de Sanidad 14/1986, cabe destacar algunos de los puntos. El artículo 1 es aquel que reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos españoles (residentes o no en España), haciéndolo también extensivo a la población migrante residente y no residente en España.

Mediante el artículo 3, esta Ley declara que sus actuaciones irán centradas en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, que con las leyes anteriores se habían centrado en aquellas enfermedades consideradas más trascendentes por la época (tuberculosis, enfermedades mentales graves...), y que con esta Ley pasan a contemplar toda la variabilidad patológica existente en la población. Aunque es el artículo 6 el que supone el mayor cambio en el paradigma sanitario español, dado que reitera su intención de actuaciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades, alejándose de una pura visión curativa de las enfermedades, y centrando gran parte de sus esfuerzos en la rehabilitación y reinserción de los pacientes en su sociedad.

Por otra parte, el artículo 18 sección 8 ya menciona concretamente la promoción y mejora de la salud mental, pero sin duda el más relevante a lo que este trabajo atañe, es el capítulo III de salud mental, dado que en el artículo 20 menciona los principales puntos en relación a la salud mental, de los cuales a destacar el

primero que indica textualmente *“La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”*, prestando especial atención a la psiquiatría infantil y psicogeriatría, y dando también mucha relevancia a los servicios de rehabilitación orientados a la reinserción social del paciente psiquiátrico garantizando su atención integral mediante la coordinación con los servicios sociales (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 1986).

A día de hoy, la Ley General de Sanidad 14/1986 sigue siendo uno de los pilares para el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud vigente desde el año 2020, dado que persisten sus fundamentos de una atención centrada en la promoción de la salud y prevención con una asistencia mayormente comunitaria, garantizando una equidad en dicha atención y centrando los cuidados en la mayor excelencia clínica (Ministerio de Sanidad de España, 2020).

Es por ello que desde el Plan de Calidad se ha lanzado la reciente Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 basada en un modelo de recuperación y un modelo de atención comunitario (Ministerio de Sanidad de España, 2022). En dicha estrategia señalan de forma urgente las actitudes estigmatizantes y discriminadoras que los ciudadanos pueden tener hacia los pacientes psiquiátricos, lo cual dificulta la recuperación e inserción social de esas personas, por lo que se insta a la sensibilización de la población general con este tipo de trastornos para no normalizar graves conductas discriminatorias.

Esta Estrategia fue elaborada por equipos constituidos por personal sanitario y gestor del sistema nacional de salud, junto a asociaciones de pacientes y familiares en busca de una solución conjunta para dar respuesta a la difícil realidad de las personas con enfermedades mentales. La misión de esta estrategia está orientada a la mejora de la salud mental, la detección precoz y una atención efectiva de los pacientes de forma equitativa con una filosofía de respeto de sus decisiones y derechos para garantizar una atención integral. A destacar que, de nuevo, hace hincapié en una atención comunitaria para poder garantizar de esta forma una reinserción e inclusión social del paciente,

fomentando siempre al máximo su autonomía para que progresivamente sea menos dependientes de los recursos asistenciales.

Uno de los principales focos de la nueva Estrategia se centra en la continuidad asistencial y de cuidados desde un enfoque de atención comunitaria a la salud mental, garantizando una buena coordinación entre los distintos servicios y equipos especializados para asegurar una atención a lo largo de la vida de las personas y en sus distintas etapas, prestando especial atención a las personas especialmente vulnerables (personas en situación de pobreza, exclusión social, abuso, colectivos subordinados y estigmatizados...). Adicionalmente, una parte importante del programa está dedicada a la prevención de aparición de problemas de salud mental, por lo que pretende dedicar gran parte de sus esfuerzos a intervenciones comunitarias en zonas de alto riesgo de exclusión social, discriminación o pobreza (Ministerio de Sanidad de España, 2022).

1.5.- Calidad de los cuidados

Todos los usuarios de los servicios de salud tienen el derecho reconocido a recibir los cuidados de la mayor calidad posible, y es deber y responsabilidad de las autoridades sanitarias y los propios profesionales que dichos cuidados estén sustentados en la excelencia y la mejor evidencia científica disponible, usando la investigación como herramienta principal para seguir incrementando de forma ininterrumpida la calidad de sus intervenciones (Ministerio de Sanidad de España, 2020; World Health Organization, 2022).

La calidad de los cuidados es un elemento clave de la atención sanitaria que refleja el derecho a la salud a nivel internacional, y asegura un trato digno y equitativo a todos los pacientes que se atienden en dispositivos sanitarios (Taube & Berzina-Novikova, 2018), asegurando que el cumplimiento de los criterios de calidad conduce a alcanzar los resultados de salud deseados (Korthuis et al., 2016). Cabe destacar que, dentro de los derechos de los pacientes a ser atendidos según sus necesidades, se encuentra implícito su derecho también a la participación y la toma de decisiones respecto a sus cuidados y tratamiento (Thornicroft et al., 2016).

La calidad de los cuidados proveídos es un factor determinante que puede tener un impacto directo sobre los resultados de tratamiento y salud de los pacientes atendidos (Buchanan et al., 2015). Un servicio que no cumpla con los criterios de calidad establecidos, puede derivar en insatisfacción y falta de adherencia por parte de los pacientes, llegando incluso a un incremento de la mortalidad (Korthuis et al., 2016).

A la hora de evaluar las experiencias de los pacientes acerca de la atención recibida en sus respectivos dispositivos de salud, se deberían incluir aspectos relacionados con la comunicación, la provisión de información y asuntos más organizativos del propio servicio de forma que, pueda obtenerse una información completa y objetiva acerca de los eventos relacionados con la salud que puedan haber acontecido (Guldvog et al., 1998; Pettersen et al., 2004)

Actualmente, la gestión en asuntos de calidad de los cuidados no debería centrarse en la reparación de errores y lidiar con pacientes insatisfechos, sino que debería enfocarse en construir un sistema que no cometa errores ni deba tratar con pacientes insatisfechos. Esta filosofía dentro de los modelos de calidad actuales, es claramente adoptada de modelos industriales y su estrategia de “cero defectos”, que centra sus esfuerzos en una producción de calidad en todos sus distintos procesos evitando así la inversión de recursos en reparaciones de errores que hubieran podido ser evitables. (Nabialczyk-Chalupowski, 2016)

1.5.1.- Aspectos históricos sobre la calidad de los cuidados

El autor Nabialczyk-Chalupowsky señaló que el concepto de calidad entendido como “*medida de hacer algo correcto, en el momento correcto y por el motivo correcto con el fin de obtener un resultado deseado*” es tan antiguo como la propia historia registrada de la humanidad (Nabialczyk-Chalupowski, 2016).

Sin embargo, si nos centramos en lo que a la calidad de los cuidados en atención médica se refiere, tenemos a dos claros predecesores quienes en sus tratados ya mencionaban la importancia de una práctica asistencial de calidad. En el caso de Oriente tendríamos a Sushratha, autor del libro texto médico más antiguo encontrado (Siglo VI antes de Cristo); y a Hipócrates en Occidente (460-370 antes de Cristo), padre de la medicina occidental famoso por su juramento, y por aceptar a mujeres durante sus formaciones pese a que poco después de su

fallecimiento, ser mujer y ejercer la medicina fuera considerado un crimen capital en Atenas. A lo largo de los siglos venideros, en las sociedades occidentales iría adquiriendo cada vez más importancia la medicina basada en la observación y no tanto en la autoridad académico-jerárquica a la hora de transmitir sus conocimientos mediante variadas y remarcables figuras (Nabialczyk-Chalupowski, 2016).

Cabe remarcar la contribución de la enfermera Florence Nightingale (1820-1910), quien asentó las bases de la epidemiología moderna, especialmente gracias a sus descubrimientos como enfermera de guerra durante la guerra de Crimea (1853-1856), y contribuyendo a lo largo de su vida en materia de seguridad del paciente a una sanidad de mayor calidad en el seno británico. Fue una de las primeras personas en demostrar que una calidad deficiente en la atención de la salud era más determinante en la mortalidad de las personas que no las características individuales tal como se creía hasta entonces (Ellis & Whittington, 1998).

Otra figura muy relevante y más reciente en el campo de enfermería es Dorothea Orem con su teoría del “déficit de autocuidado”; una de las teorías enfermeras más estudiadas y más pragmáticas dada su visión amplia y flexible que aplica a los distintos contextos asistenciales a los que una enfermera se puede dedicar (Benavent Garcés et al., 2003), y que ofrece los elementos necesarios como punto de partida para que las enfermeras puedan brindar unos cuidados adecuados e identifica la calidad como elemento clave dentro del proceso de identificación de la interrelación enfermera-paciente (Prado Solar et al., 2014).

1.5.2.- Definiendo la calidad de los cuidados

La calidad de los cuidados es un concepto que ha tenido a lo largo de la historia distintas definiciones, pero queda patente que no es un concepto fácil de definir ni cuantificar por la cantidad de matices que lleva implícitos. Wilde, critica todas aquellas definiciones de calidad de los cuidados muy amplias, dado que pueden resultar vagas y especialmente difíciles de operativizar en la práctica, por lo que se requieren de definiciones de calidad de los cuidados que sean mucho más concretas y operativizables (Wilde et al., 1994).

La figura moderna más relevante en el campo de la calidad de los cuidados sería Avedis Donabedian (1919-2000), quien se sospecha que basó su paradigma de calidad en salud de “*Estructura-Proceso-Resultado*” en el sector industrial con el proceso de “*Plan-Do-Check-Act*” (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), suponiendo los cimientos de la cultura de autoevaluación en los servicios sanitarios con el fin de asegurar una mejora continua para asegurar una atención de calidad (Nabialczyk-Chalupowski, 2016). Como parte de su paradigma “*Estructura-Proceso-Resultado*”, Donabedian afirmó “*una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado*” (Donabedian, 1988).

Donabedian defendía que la esencia de este término radica en el equilibrio entre los beneficios y el daño ocasionado (Donabedian, 1979); y como parte de su gran contribución realizó una síntesis de las definiciones previas de calidad, a raíz de la cual identificó 3 factores interrelacionados que resumían los deseos de los pacientes en cuanto al sistema de salud que le atiende: la atención técnica, la relación interpersonal y los servicios en el entorno de dicha atención sanitaria.

Centrándonos en otras definiciones relevantes sobre calidad, originalmente el Institute of Medicine de US (1990) define la calidad de los cuidados como “*el grado en que los servicios de atención médica para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual*” (Institute of Medicine, 1990). Posteriormente en 2001, la misma institución propuso 6 dimensiones para definir la calidad del cuidado: efectividad, equidad, continuidad, puntualidad, centralización en el paciente y seguridad (Institute of Medicine, 2001). Sin embargo, hay autores que critican las propuestas de dimensiones del Institute of Medicine alegando que es un concepto difícil de definir y de cuantificar (Beattie et al., 2013).

Zastowny definiría la calidad como “*grado en que los servicios sanitarios satisfacen las necesidades, expectativas y estándares en cuidados de los pacientes, sus familias y otros beneficiarios*” (Zastowny et al., 1995).

Tiempo más tarde, en el año 2000, Campbell definiría la calidad del cuidado en términos de accesibilidad, efectividad y equidad de la atención para optimizar los beneficios de salud y bienestar de toda la población, y adicionalmente de los individuos en sí; dando especial atención a la distinción de aplicar este concepto tanto a nivel poblacional como a nivel del individuo (Campbell et al., 2000).

Una de las definiciones más modernas de calidad de los cuidados viene dada por el autor Nabialczyk-Chalupowsky (2016) quien señala que la calidad del cuidado es un continuum que va de pobre a excelente, y su concepto radica en el nivel de cumplimiento de los servicios proveedores de salud con 4 principios: la ciencia (práctica basada en la mejor evidencia posible), la ética profesional (códigos profesionales de conducta), la legislación y la justicia (equidad en atención y acceso a la salud). Estos 4 criterios en inglés forman el acrónimo SELF (Science, Ethics, Law and Fairness) que lleva implícito el mensaje de compromiso de la cultura de la gestión en que cada servicio es responsable de su propio examen y mejora continuos (Nabialczyk-Chalupowski, 2016).

Respecto a la calidad de los cuidados en el entorno psiquiátrico, Gaebel haciendo una clara mención a Donabedian declarararía *“la calidad de la atención entendida como el grado de cumplimiento de la normativa y las directrices, puede medirse en términos de estructura, proceso y resultado”* tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio en la atención de salud mental (Gaebel, 1997).

Ahlfors sería uno de los primeros en destacar que la esencia de la calidad del cuidado radica en los puntos de vista de los pacientes sobre el cuidado recibido, los indicadores de resultado del tratamiento, las actitudes de los profesionales sanitarios y el entorno del servicio de salud mental (Ahlfors et al., 2001); y a parte de las perspectivas tanto de pacientes como de profesionales, las perspectivas de las propias familias pueden ser de gran valor (Aass et al., 2022; Vuori, 1989).

En líneas más contemporáneas, Druss en su informe de Mejora de Calidad de la Salud Mental destaca que *“los objetivos últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales, asegurar que se les proporciona los mejores cuidados disponibles basados en la evidencia, aumentar su autoconfianza y mejorar su calidad de vida”* (Druss, 2018). Sin embargo, tampoco cabe olvidar que dentro de la definición de calidad pueden

haber aspectos culturales que contribuyan a construir el concepto de calidad de la atención en cada país (Kunze & Priebe, 1998).

Dentro de la profesión de enfermería la calidad de los cuidados también ha sido un concepto dinámico y cambiante a lo largo de los años, y contextualizando concretamente en la enfermería de salud mental más contemporánea el entorno terapéutico, la relación terapéutica, el asesoramiento, la evaluación de la práctica y la salud ambiental son los pilares fundamentales de calidad en el cuidado de las personas con problemas de salud mental (Kane, 2015).

Pese a que a lo largo de la historia ni en la actualidad no existe una definición ampliamente aceptada (Campbell et al., 2000; Harteloh, 2003; Nabialczyk-Chalupowski, 2016; Panzer et al., 2013; Reerink, 1990), la calidad de los cuidados se reconoce desde hace tiempo como un concepto multidimensional en la atención psiquiátrica (Hansson, 1989), y es percibido como algo positivo desde la perspectiva de pacientes ambulatorios y hospitalizados (Schröder et al., 2006).

1.5.3.- Calidad y satisfacción, cercanos pero no sinónimos

Hay autores que señalan que la satisfacción es un componente clave de la calidad de la atención que da una idea sobre la efectividad y adecuación del servicio prestado (P. D. Cleary & McNeil, 1988; Crow et al., 2002; Edlund et al., 2003; Kantorski et al., 2017), así como para evaluar las intervenciones que los servicios de salud implementen en sus respectivos dispositivos (Crow et al., 2002; Sitzia, 1999). Incluso se ha observado que los pacientes bien informados y con alto grado de satisfacción hacia sus servicios muestran menores dificultades a la hora de seguir las indicaciones terapéuticas de sus referentes (Nathorst-Böös et al., 2001).

También ha sido considerado un indicador de calidad principal a la hora de evaluar los servicios de salud mental comunitaria (Ruggeri et al., 2007) y las iniciativas que en ellos se implementen (Hansson & Sandlund, 1999), y de forma similar se han utilizado como indicadores que garantizan la calidad de los servicios en los centros de día psiquiátricos (Karterud et al., 1998; Wilberg et al., 1998). Otros autores indican que la percepción de calidad de los cuidados es un reflejo del nivel de satisfacción de los pacientes con sus servicios (Bond &

Thomas, 1992), mientras que otros autores señalan que la satisfacción es un reflejo directo del nivel de calidad de los cuidados aportados en un servicio, siendo un indicador más útil que los indicadores médicos de referencia estándar (Shiple et al., 2000).

Una definición aceptada de satisfacción del paciente es la ofrecida por Lebow quien la definió como “*medida en que los servicios satisfacen sus deseos en cuanto a estructura, proceso y resultado*” (Lebow, 1983), lo cual inevitablemente nos traslada mentalmente al paradigma de calidad de la atención de “Estructura-proceso-resultado” de Donabedian (Donabedian, 1988).

Si bien en ocasiones es difícil dibujar una clara línea divisoria entre calidad desde la perspectiva del paciente y satisfacción del paciente, ambos términos no son forzosamente sinónimos (Gill & White, 2009) pese a haberse utilizado de forma indistinta en varias ocasiones usándose la satisfacción como la versión operativa de la calidad de los cuidados (van Campen et al., 1995), y se cuestiona si se le ha dado un uso adecuado en ese sentido (Längle et al., 2003). Lo que sí parece quedar claro, es que ambos términos están muy relacionados entre sí (Oliver, 1980), y hay autores que postulan que la calidad de un servicio es antecedente de la satisfacción, y que el indicador fundamental de dicha calidad percibida es la percepción que se ha formado el paciente a partir de la experiencia vivida en dicho servicio (de Ruyter et al., 1997).

Partiendo del concepto de expectativa en la atención en salud mental como “*importancia atribuida a los diversos aspectos para recibir una atención satisfactoria*” (Ruggeri & Dall’Agnola, 1993); A nivel conceptual (Cadotte et al., 1987; Oliver, 1980), la teoría de desconfirmación de expectativas es la más aceptada en términos de satisfacción, aunque hay autores que indican que dicha teoría también es compatible a la hora de medir la calidad (Crow et al., 2002). Por lo general, es el modelo de desajustes (entendido como la diferencia matemática entre lo esperado y lo obtenido) el que más se ajusta a la de calidad. En el caso de la calidad, el paciente define sus expectativas como una combinación de lo que espera que suceda, lo que desea que suceda y lo que considera que le debe ser prestado dentro de unos mínimos (lo cual se denomina zona de tolerancia de calidad del servicio).

Hay autores que defienden que la satisfacción se centra en lo que el paciente espera respecto a sus cuidados (Bond & Thomas, 1992; Williams, 1994; Williams & Wilkinson, 1995), mientras que otros añaden que dicha satisfacción es un término multidimensional que consta de una combinación relacionada de sus expectativas y las experiencias previas de cuidado que éstos han tenido (Sixma et al., 1998).

La diferencia principal entre ambos conceptos radica en que en la calidad se requiere de incorporar las perspectivas de todas las partes implicadas en el proceso (profesional, paciente y personas allegadas al mismo) (Sánchez Balcells et al., 2020; Vuori, 1989).

Por otra parte, muchos cuestionarios de satisfacción implican aspectos más relacionadas con aspectos gestores como indicadores de salud, en lugar de centrarse en los aspectos que para el paciente puedan ser relevantes (Brown, 2007), de forma que no es equivalente medir la satisfacción en términos de indicadores de servicio que explorar lo que los pacientes definen como calidad de atención en términos de factores que permiten su recuperación (Powell et al., 2004).

Si bien existe una falta de estudios en nuestro territorio que evalúe la calidad de los cuidados, cabe mencionar que en el territorio catalán se lleva a cabo un estudio en el que se evalúa el nivel de satisfacción de los usuarios con los dispositivos sanitarios de forma recurrente cada 3 años denominado “Pla d’Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d’usuaris del Servei Català de Salut”. Dentro de los dispositivos de salud que abarca este estudio, se encuentran también los centros de salud mental comunitaria. Para evaluar el nivel de satisfacción utilizan la escala PLAENSA, una escala validada de 22 ítems y con adecuadas propiedades psicométricas (Servei Català de Salut, 2022).

Los últimos resultados expuestos en referencia a los dispositivos de salud mental comunitaria son del año 2021 y contó con una muestra de 5748 usuarios, mostrando un nivel global de satisfacción que alcanzó la cifra de 7.82 sobre 10, y de fidelidad (entendida como la intención de volver al centro) del 81%. Estos resultados, aunque a priori no son negativos, son algo peores que los expuestos

en referencia al 2018 en el que el nivel de satisfacción global fue de 7.92 y de fidelidad del 82.90%. En este aspecto, la situación de la COVID puede haber sido un factor determinante en este decrecimiento de la satisfacción y la fidelidad de los usuarios. Sin embargo, hay que destacar que 6 de los 22 ítems están situados por encima del umbral de la excelencia (más de un 90% de respuestas positivas) mientras que 3 están situados en la zona de mejora (menos de 75% de respuestas positivas). Los ítems mejor valorados fueron los referentes a la limpieza del centro y el trato de los profesionales hacia los pacientes. Destacar que al tratarse de una encuesta de satisfacción únicamente cuenta con la visión del paciente, por lo que ello implica en sí mismo una limitación dado que no cuenta con la perspectiva de los profesionales como parte implicada en el proceso de cuidados (Servei Català de Salut, 2022).

1.5.4.- Calidad de los cuidados psiquiátricos

Para que un modelo de atención comunitario pueda instaurarse de forma efectiva, es esencial que tanto los pacientes como sus familias consideren los servicios en los que se atienden accesibles y aceptables, adaptándose a sus necesidades mediante programas o servicios específicos (como servicios de rehabilitación, gestores de casos...) que puedan dar respuesta a la situación única de cada persona (Thornicroft et al., 2016; Thornicroft & Tansella, 2014).

Hace décadas se criticó la falta de estudios que evaluaran las perspectivas de calidad de los pacientes psiquiátricos, resaltando el valor de dichas perspectivas únicas sobre distintos aspectos del cuidado (como tratamiento, trato del personal, accesibilidad al servicio) que podían dar herramientas para mejorarlo (Gigantesco et al., 2002, 2003; Woodring et al., 2004). Estudios relevantes sobre calidad/satisfacción de esa época, revelaron que los aspectos más valorados desde la perspectiva de los pacientes eran principalmente la relación profesional-paciente (M. Cleary & Edwards, 1999; Längle et al., 2003) y el respeto de sus derechos-privilegios (Längle et al., 2003).

Aunque Bjoerkman et al. (1995) ya resumieron una atención de la máxima calidad en 8 factores que abordar en el ámbito de salud mental comunitaria: relación profesional-paciente, continuidad del cuidado, profesionalidad del staff, accesibilidad a la atención, tipo de tratamiento, información al paciente e influencia del mismo en sus cuidados, ambiente del tratamiento y coste de la atención (Bjoerkman et al., 1995).

Las opiniones y puntos de vista de los pacientes son considerados como indicadores de gran importancia, dado que arrojan una idea de las expectativas que tienen estos usuarios de su sistema de salud, y en consecuencia, se puede evaluar al sistema de salud en sí mismo de esta forma en función de si ha podido dar respuesta o no a dichas expectativas (Xiao et al., 2017). Éstas perspectivas de los pacientes ya han sido señaladas como indicadores importantes desde hace años también en el ámbito de salud mental comunitaria (Hansson & Sandlund, 1999; Lundqvist et al., 2012), y las experiencias percibidas como de alta calidad por parte de los pacientes se relacionan con indicadores de resultados de tratamiento más positivos e incrementada calidad de vida percibida (Blenkiron & Hammill, 2003).

Por todo ello, se considera necesario recoger las percepciones y experiencias de los pacientes en relación a la calidad de los cuidados recibidos (Beattie et al., 2015; Taube & Berzina-Novikova, 2018). Conocer las perspectivas de los pacientes sobre la calidad de los cuidados recibidos, permite identificar aquellos factores que afectan negativamente las calificaciones y que muchos en cierta medida están bajo el control y alcance directo de los profesionales (tiempos de espera, puntualidad al atender...); y en consecuencia, permite modificarlos para garantizar la mejor experiencia de cuidado posible para el paciente (Lundqvist et al., 2012). Esto resulta especialmente relevante en el ámbito de salud mental comunitaria dado el vínculo de carácter mayormente voluntario de los pacientes a sus respectivos dispositivos de atención (Tomás-Jiménez, Roldán-Merino, Sanchez-Balcells, et al., 2022).

Los profesionales de salud mental consideran la calidad de los cuidados un concepto complejo y multidimensional (Hansson, 1989), pero que a la vez es visto como algo positivo que refleja el fruto de sus esfuerzos durante su labor (Schröder & Ahlström, 2004). Las experiencias de los profesionales sanitarios también deben tenerse en cuenta y considerarse como importantes indicadores de la calidad de los cuidados (Arnetz, 1999; Farr & Cressey, 2015).

La perspectiva de calidad de los cuidados de los profesionales aporta información sobre la relación terapéutica con los pacientes, el entorno, el impacto percibido de su actividad asistencial y las relaciones con los equipos asistenciales y gestores (Laker et al., 2012); así como de las barreras que perciben en su realidad asistencial para poder ofrecer unos cuidados de calidad (Day et al., 2018). Conocer las perspectivas de los profesionales respecto a la calidad de los cuidados de salud que brindan, puede ser también un reflejo del nivel de apoyo que reciben por parte de entidades organizativas a nivel de recursos disponibles para ejecutar su labor, dado que si los profesionales no disponen de los recursos necesarios, ello puede derivar en afecciones negativas como el Burnout que tienen un impacto directo negativo en su actividad asistencial y en consecuencia, en la calidad de los cuidados que brindan (Troup et al., 2022).

Por otra parte, una visión positiva por parte del profesional sobre la implicación familiar en los procesos terapéuticos de los pacientes es esencial para establecer una alianza y conseguir así un cambio positivo para el paciente (Marshall & Harper-Jaques, 2008). Adicionalmente, el análisis profundo de la visión de calidad de los profesionales puede ayudar a identificar y crear estrategias para incrementar la calidad de los servicios de salud mental (Lundqvist et al., 2019; Nashrath et al., 2011).

Sin embargo, se ha observado que dentro de las disciplinas que integran los equipos de salud mental, los puntos de vista pueden diferir a la hora de definir la calidad de los cuidados (Bee et al., 2015; DeMarco et al., 2004). En el caso de las enfermeras, el elemento central definitorio de dicha calidad radica en las relaciones interpersonales mientras que en otras disciplinas recae más sobre estructuras organizativas (Mason et al., 2008).

1.6.- Evaluación de la calidad de los cuidados

En los modelos de calidad más actuales se establecen 3 tipos de indicadores principales para evaluar la calidad de la atención en global: Indicadores basados en índices (frecuencia de ciertos eventos), indicadores basados en guías (nivel de cumplimiento de los estándares estipulados por guías) y los indicadores cualitativos. Los indicadores cualitativos representan la información obtenida por las perspectivas tanto de los pacientes como de los profesionales y es seguramente el indicador más complejo de medir (Nabialczyk-Chalupowski, 2016).

En línea de lo expresado por la OMS en el año 2001 en su documento “Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Report” (World Health Organization, 2001), se deben llevar a cabo mejoras y estudios evaluativos recurrentes en materia de calidad (Kilbourne et al., 2018), ya que son una herramienta esencial para consolidar los sistemas estructurados de salud basados en servicios comunitarios dado que permiten identificar puntos fuertes, y especialmente áreas de mejora en las que invertir recursos. En la medida de lo posible dichos estudios deberían incorporar a todas las partes implicadas en el proceso de salud (World Health Organization, 2001), incluyendo a las familias a la hora de abordar estas perspectivas (Furtado et al., 2013; Onocko-Campos & Furtado, 2006).

A nivel internacional existe un creciente interés en los estudios evaluativos en materia de calidad de los cuidados en el ámbito de psiquiatría (Parameswaran et al., 2015), lo cual va alineado con el modelo de Orem que resalta la importancia de que las enfermeras mantengan un estado de continua evaluación de la calidad de los cuidados para averiguar si las intervenciones que utilizan alcanzan satisfacer las necesidades de autocuidados de las personas a las que cuidan (Prado Solar et al., 2014).

Toda evaluación de los servicios sanitarios debe estar dirigida a incrementar la calidad en la atención que proveen (Jenkinson et al., 2002), y no sólo debe servir como guía para los profesionales asistenciales y figuras gestoras de cara a futuras actuaciones, sino también como una herramienta predictora de futuros comportamientos como es la adherencia al dispositivo (Wilde-Larsson &

Larsson, 2009). Desde la propia Estrategia de Salud Mental 2022-2026 del Sistema Nacional de Salud de España, se estipula que debe realizarse la evaluación recurrente de la calidad de los cuidados en los distintos dispositivos para determinar el impacto de las distintas intervenciones que se lleven a cabo con el fin de mantener al paciente vinculado a su dispositivo y su comunidad para poder garantizar una atención integral y una continuidad en los cuidados (Ministerio de Sanidad de España, 2022).

1.6.1.- Instrumentos para evaluar la calidad de los cuidados

Existe una falta de estudios comparativos interculturales de las percepciones de calidad de los cuidados entre pacientes y profesionales (Henderson et al., 2003; Schröder & Lundqvist, 2022) que puedan sacar a la luz incongruencias o divergencias respecto a la calidad del cuidado brindada o recibida entre ambas partes implicadas (Luther et al., 2019). Un posible motivo de esta carencia de estudios sea la falta de instrumentos estandarizados para evaluar dichas percepciones de calidad (Lundqvist & Schröder, 2015; Salyers et al., 2015).

Evaluar la calidad de los cuidados supone un reto en sí mismo, dado que es un término difícil de definir, y en consecuencia, de cuantificar (Beattie et al., 2013), considerándose además un concepto multidimensional (Hansson, 1989). Los instrumentos genéricos existentes para la evaluación de los servicios de salud pueden resultar inadecuados en el ámbito de la salud mental dadas las particularidades y diferencias con el resto de ámbitos o especialidades de la salud (Nugter et al., 2019).

Es imprescindible el uso de instrumentos válidos y de propiedades psicométricas robustas para poder evaluar un área tan compleja como es la de la salud mental, con el objetivo de detectar puntos fuertes y áreas de mejora que requieran de intervenciones para asegurar unos cuidados de calidad (Chassin et al., 2010). Por ello se recomienda el uso de instrumentos que hayan conceptualizado la calidad del cuidado de forma específica al área en que aplica (Luther et al., 2019), y más allá de la pura conceptualización, que sean diseñados y contextualizados al servicio específico al que se dirigirán (por ejemplo, ámbito comunitario, penitenciario, hospitalario...) (Shiva et al., 2009).

Una dificultad añadida es que no existe un gold estándar para medir la calidad de los cuidados en salud mental, por lo que los estudios existentes son difíciles de comparar entre sí dado que los instrumentos de medida pueden estar basados en diferentes aspectos de calidad como el tipo de tratamiento, la satisfacción con el cuidado, las características del servicio (Bjoerkman et al., 1995; Hansson, 1989; Ruggeri, 1994) o se basan en cuestionarios adhoc sin haber reportado sus propiedades psicométricas (Ruggeri, 1994).

Los instrumentos deben ser válidos y fiables, y en ocasiones se utilizan instrumentos ad-hoc sin reportar sus propiedades psicométricas lo cual es claramente criticable al no poder asegurar dicha validez y fiabilidad (Lundqvist, Suryani, et al., 2018). Incluso han sido cuestionados aquellos instrumentos sin un claro fundamento teórico o que no tienen en cuenta los aspectos más relevantes de la calidad desde la perspectiva de los pacientes, por lo que resulta difícil discernir si lo que se ha medido es realmente importante o no para los pacientes psiquiátricos (Thapinta et al., 2004).

Una revisión sistemática reciente critica la falta de estudios que evalúen la calidad de los cuidados psiquiátricos desde la perspectiva de los pacientes, alegando que son más numerosos los estudios que evalúan únicamente la perspectiva de los profesionales (Baines et al., 2019). Desde hace décadas, hay autores que cuestionan la validez de los estudios que evalúan la calidad de los cuidados psiquiátricos sin tener en cuenta la perspectiva de los pacientes, dado que no pueden conocer con certeza aquellos aspectos que son realmente importantes o relevantes para los pacientes (Ruggeri, 1994; Thapinta et al., 2004), mientras que otros autores señalan como imprescindible la incorporación de los pacientes a la hora de construir instrumentos de medida de este tipo debido a que sus experiencias únicas pueden aportar información de gran valor (Connell et al., 2018; Garratt et al., 2006; Schröder et al., 2007; Wiering et al., 2017). Algunos autores sostienen incluso que la creación de ítems de un instrumento basados en entrevistas individuales a los pacientes resultan de más utilidad que los grupos focales (tanto de profesionales como de pacientes) o revisiones de la literatura (Rat et al., 2007).

Existen pocos instrumentos validados para evaluar la calidad de los cuidados psiquiátricos comunitarios desde la perspectiva de los pacientes. De los existentes, algunos han sido criticados por carecer de una definición clara de calidad del cuidado (y en consecuencia difícil de operativizar en forma de instrumento de medida) (Wilde et al., 1994) o por aspectos metodológicos cuestionables a la hora de establecer la fiabilidad y validez de los instrumentos (Gigantesco et al., 2003; Kolb et al., 2000). En el territorio catalán, uno de los instrumentos más extendidos es el cuestionario de satisfacción PLAENSA (Aguado-Blázquez et al., 2011) que, evalúa la calidad y grado de satisfacción de los usuarios con los servicios en los que se atienden a través de la “Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya” (AQuAS).

Por otra parte, hay autores que señalan que las perspectivas de los profesionales en lo que refiere a la calidad son evaluadas de forma infrecuente en los servicios de salud mental pese a la valiosa información que pueden aportar (DeMarco et al., 2004; Valenstein et al., 2004). En este sentido, resulta de especial relevancia conocer el significado que los distintos profesionales implicados en el proceso de salud atribuyen al concepto de calidad para poder alcanzar un consenso, y una vez concretado el concepto de calidad dentro de su contexto pueda ser evaluada de forma adecuada (Donabedian, 1980). De los estudios previos disponibles que evalúen la perspectiva de los profesionales de la salud mental, encontramos variabilidad en cuanto al foco en el que se centraban, como las barreras percibidas para dar una atención de calidad (Mason et al., 2002), comparación del término de calidad asistencial o satisfacción profesional vs paciente (DeMarco et al., 2004; Ruggeri & Dall’Agnola, 1993) y confrontación de ideas de alta calidad asistencial entre psiquiatras y otros médicos (Edlund et al., 2005).

Como punto importante, añadir que la gran mayoría de instrumentos para medir la satisfacción o la calidad se concentran en sólo una de las partes implicadas (pacientes o profesionales), pese a que se ha comprobado que las perspectivas entre pacientes y profesionales a menudo difieren a la hora de definir lo que constituye una buena calidad del cuidado (Barbato et al., 2014; Brooker & Dinshaw, 1998; Schröder et al., 2006; Von Essen & Sjödn, 1993). Es por ello que, a la hora de evaluar la calidad de los cuidados psiquiátricos lo ideal es

realizarlo desde la doble perspectiva de los pacientes y los mismos profesionales que los atienden para poder disponer de una información lo más precisa y completa posible (Lundqvist & Schröder, 2015; Sanchez-Balcells et al., 2018).

Una reciente revisión sistemática llevada a cabo por Sanchez-Balcells et al. (2018) analizó instrumentos que midieran la calidad y la satisfacción en el ámbito de la salud mental (Sanchez-Balcells et al., 2018). Los resultados revelaron gran cantidad de instrumentos dedicados a medir dicha calidad o satisfacción en el ámbito psiquiátrico, pero varios de ellos carecían de procesos satisfactorios de validación o por otro lado, poseían pobres propiedades psicométricas, lo cual cuestiona la calidad en sí de dichos instrumentos. Por otra parte, hubieron instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas pero que únicamente medían la percepción de una de las partes implicadas, como es el caso del instrumento POPEQ que mide desde la perspectiva únicamente de los pacientes en el ámbito de salud mental comunitaria concretamente (Garratt et al., 2006). Sin embargo, esta revisión sistemática (Sanchez-Balcells et al., 2018) señala la batería de instrumentos Quality in Psychiatric Care (QPC) como una opción idónea para medir la calidad de los cuidados ya que evalúa desde la doble perspectiva de profesionales y pacientes, dispone de versiones para distintos ámbitos psiquiátricos (entre ellos el comunitario) y posee robustas propiedades psicométricas.

Los instrumentos QPC son una batería de instrumentos autoadministrados que miden aspectos relacionados con la calidad de los cuidados desde la doble perspectiva de los profesionales y de los pacientes, y está basado en la definición de calidad del cuidado (Schröder et al., 2007, 2010) que se desarrolló a partir de un estudio fenomenográfico en el que se entrevistaban a pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios (Schröder et al., 2006). Dentro de la batería de instrumentos existen distintas versiones para medir la calidad de los cuidados desde la doble perspectiva profesional-paciente en distintos ámbitos de salud mental como el ámbito hospitalario (QPC-IP y QPC-IPS) (Schröder et al., 2010; Schröder & Lundqvist, 2022), el ámbito comunitario (QPC-OP y QPC-OPS) (Schröder et al., 2011), el ámbito comunitario desde la perspectivas de familiares y allegados (QPC-COPNK) (Aass et al., 2022), centros de día comunitarios (QPC-DA) (Lundqvist, Ivarsson, et al., 2016), centros residenciales (QPC-H)

(Lundqvist, Rask, et al., 2016), el ámbito forense (QPF-FIP y QPC-FIPS) (Schröder et al., 2013; Schröder & Lundqvist, 2013) y el ámbito de adicciones ambulatorio (QPC-AOP) (Schröder et al., 2021). Estos instrumentos han sido validados en distintos países como parte de un macroproyecto del cual esta tesis doctoral forma parte (Anexo 1).

El instrumento Quality in Psychiatric Care-Out Patient (QPC-OP) y Quality in Psychiatric Care-Out Patient Staff (QPC-OPS) está destinado a evaluar la calidad de los cuidados en el ámbito de la salud mental comunitaria. Este instrumento dispone de 30 ítems distribuidos en 8 factores. Cada ítem puntúa como una escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta (con una adicional de “no corresponde”) que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Cada ítem empieza con la frase “siento que...” y el participante debe responder según el nivel de acuerdo/desacuerdo que esté con cada afirmación.

A continuación, se muestra la distribución de los ítems en cada factor, así como una breve explicación de qué representa cada uno de los factores. **Relación Terapéutica (6 ítems)** representa aspectos relacionados con la relación interpersonal staff-paciente dónde el nivel de respeto, escucha, empatía y preocupación del staff hacia el paciente son evaluados. **Participación-Empoderamiento (3 ítems)** y **Participación-Información (5 ítems)** reflejan el nivel de participación que tiene el paciente en sus cuidados, así como si la información que ha recibido es adecuada para poder tomar decisiones en su cuidado. **Alta (3 ítems)** por otra parte, refleja el nivel de continuidad del cuidado del dispositivo en cuestión, mientras que **Soporte Recibido (4 ítems)** representa el apoyo que recibe el paciente por parte del staff en lo que concierne al estigma asociado a las enfermedades mentales. **Entorno (3 ítems)** representa el nivel de seguridad que los participantes perciben en el centro. **Parientes Cercanos (2 ítems)** representa el grado de participación y respeto que se ofrece a los allegados de los pacientes, mientras que **Accesibilidad (4 ítems)** evalúa lo concerniente al contacto con el centro y el staff referente del paciente.

La evaluación continua en materia de calidad de los cuidados psiquiátricos es necesaria para garantizar una atención de la máxima calidad, permitiendo detectar puntos fuertes y áreas de mejora de los distintos servicios que componen la red asistencial en el ámbito de salud mental. Sin embargo, las

evaluaciones de los servicios suelen llevarse a cabo desde la perspectiva de sólo una de las partes implicadas, por lo que es necesario la doble perspectiva paciente-profesional, dado que dichas visiones complementarias aportarán valiosa información acerca los cuidados brindados y recibidos.

El paradigma asistencial en salud mental tiende hacia un modelo de atención comunitario, alejándose así de modelos de atención hospitalaria que suponen una desvinculación de la persona de su entorno natural y una elevada carga económica asociada. Cabe destacar la falta de instrumentos en español con procesos de adaptación satisfactorios y propiedades psicométricas robustas que permitan medir la calidad de los cuidados psiquiátricos desde la doble perspectiva de profesionales y pacientes en el ámbito de salud mental comunitaria. En este sentido, la presente tesis doctoral propone aportar un instrumento válido y fiable para evaluar la calidad de los cuidados psiquiátricos en el ámbito de salud mental comunitaria desde las perspectivas de ambas partes implicadas en el proceso.

2.- OBJETIVOS

En la presente tesis doctoral se plantean los siguientes objetivos y se han llevado a cabo tres estudios para dar respuesta a cada uno de ellos:

1. Adaptar al español el instrumento Quality in Psychiatric Care – OutPatient Staff (QPC-OPS) versión profesionales y analizar sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez.
2. Adaptar al español el instrumento Quality in Psychiatric Care – OutPatient (QPC-OP) versión pacientes y analizar sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez.
3. Describir y comparar las percepciones de calidad de los cuidados psiquiátricos desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales.

3.- METODOLOGIA Y RESULTADOS

3.1.- Artículo 1

Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J., Sánchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022). Adaptation, psychometric properties and factor structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) instrument. *Scientific Reports*, 12(1), 4018.

Índice de impacto 2021 (SCI/SSCI): 4.996

Cuartil y área 2021 (SCI/SSCI): Q2 Multidisciplinary Sciences



OPEN

Adaptation, psychometric properties and factor structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) instrument

Manuel Tomás-Jiménez¹, Juan Roldán-Merino^{2✉}, Sara Sanchez-Balcells¹, Agneta Schröder^{3,4}, Lars-Olov Lundqvist³, Montserrat Puig-Llobet⁵, Antonio R. Moreno-Poyato⁵, Marta Domínguez del Campo¹ & Maria Teresa Lluch-Canut⁵

Quality of care is a multidimensional concept that should include the perspectives of all parties involved. There are few instruments with adequate psychometric properties for the assessment of the quality of psychiatric care in community mental health. *Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS)* instrument has adequate psychometric properties to evaluate the quality of psychiatric care from the perspective of professionals. The aim of this study was to validate the Spanish version of the *QPC-OPS* instrument. The instrument was translated and back-translated, and then was administered to 260 professionals from distinct community mental health services. To assess test-retest reliability, it was re-administered after 7–14 days ($n = 157$). Confirmatory factor analysis revealed an 8-factor-structure identical to the original version, showing the good fit of the model. The internal consistency coefficient (Cronbach's alpha) was 0.885. The intraclass correlation coefficient was 0.847 (95% IC 0.790–0.888), which was higher than 0.70 in all factors bar one. The NT394 General Satisfaction Scale was used for analysis of convergent validity showing a rho correlation of 0.31 ($p < 0.0001$). Results show that the Spanish version of the *QPC-OPS* instrument is valid and reliable for the assessment of the quality of psychiatric care in the community setting.

Since the year 1986, with General Health Law 14/1986 of the 25th April, the Spanish Ministry of Health has focused its efforts on promoting community care in mental health and today this remains one of the pillars of mental health strategies in the National Health System quality plan. This aims to avoid segregating those receiving care from the community and to provide care in a location close to their home^{1,2}.

Quality of care can be defined in several ways. Donabedian maintains that the essence of care lies in the balance between benefit and harm³. Later authors, however, defined quality of care in terms of care efficiency and access to health resources for both users and their families^{4,5}. The concept of quality of care, within current standards in the field of mental health, includes the therapeutic setting, the assessment, the therapeutic relationship and counseling, professional performance, practice evaluation, and environmental health as key criteria in quality^{6,7}.

Quality of care is a multidimensional concept⁸ that is perceived by users as something positive⁹. However, unlike the concept of patient satisfaction, quality of care must include the perspectives of all parties involved¹⁰. However, job satisfaction is an element to take into account in the assessment of professionals, given the influence it can have not only on their perception of their health but also on the performance of their work¹¹. Of the instruments used in the assessment of job satisfaction, the NTP 394 scale created by Warr et al.¹¹ and subsequently

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. ²Mental Health Department, Campus Docent Sant Joan de Déu-Private Foundation, University of Barcelona, Edifici Esade-3, C/Miret I Sans, 10-16, 08034 Barcelona, Spain. ³University Health Care Research Center, Faculty of Medicine and Health, Örebro University, Örebro, Sweden. ⁴Department of Nursing, Faculty of Health Care and Nursing, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway. ⁵Public Health, Mental Health and Maternal-Infant Nursing Department, Nursing College, University of Barcelona, Health Sciences Campus Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. ✉email: juan.rolدان@sjd.edu.es

validated in Spanish by Pérez and Fidalgo¹², stands out as it is one of the most frequently used instruments in our setting for the evaluation of job satisfaction in various environments, including health care¹³.

Professionals have already been described as an essential element in ensuring high standards of quality of care in current approaches such as person-centered care¹⁴. The combination of the perspectives of professionals and users in the community setting is necessary and provides complementary information of great value¹⁵. Consequently, the perspective of mental health professionals should be taken into account and used as an additional indicator of care quality in mental health^{10,16}. This would help to identify quality improvement strategies¹⁷ and to detect factors that can have a negative impact on the quality of care, such as burnout or work overload among care professionals^{18–20}. Nevertheless, it has been observed that professionals from distinct disciplines involved in psychiatric care have differing points of view on what characterizes quality of care^{4,21,22}.

Separately, there is a lack of comparative studies on the perceptions of quality of care among patients and professionals²³, mainly due to the absence of standardized assessment instruments with adequate psychometric properties¹⁸. By way of illustration, a recent systematic review revealed that despite the considerable volume of existing instruments that evaluate the quality of psychiatric care or satisfaction with psychiatric care, their psychometric properties were not very robust and some validation processes involving these instruments were not completely satisfactory²⁴.

One instrument that does possess adequate psychometric properties for the community mental health context is the Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ). However, it only examines the user's perspective²⁵.

The only instrument found to have adequate psychometric properties applicable in the community mental health context, and which assesses the quality of psychiatric care from the perspective of both professionals and users, is the Quality in Psychiatric Care²⁶ in its two versions: Quality in Psychiatric Care-Outpatient (QPC-OP) and Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS). The latter version has recently been validated in Norwegian²⁷.

This instrument forms part of the family of instruments Quality in Psychiatric Care (QPC) that assess the quality of psychiatric care through its multiple versions in the hospital setting (Quality in Psychiatric Care-Inpatients—QPC-IP)²⁸, the community (Quality in Psychiatric Care-Outpatient—QPC-OP)²⁶ and forensic (Quality in Psychiatric Care-Forensic In-patient QPC-FIP)²⁹. The definition of care used to create the instrument was developed through a phenomenographic study⁹, it was evaluated for face validity in a pilot study and empirically tested in a sample of patients admitted to psychiatric hospital units in Sweden³⁰.

This study is part of a wider international project to adapt the QPC-OPS instrument in a number of countries, test the psychometric properties and dimensional equivalence of the different versions according to language, and describe and compare the quality of psychiatric care in the community setting in these countries. In this context, the aim of the study was to adapt the QPC-OPS instrument into Spanish and analyze its reliability and validity.

Methods

Design. The study was conducted in two phases. In the first phase, the translation and adaptation of the QPC-OPS instrument into Spanish was carried out. In the second phase, the psychometric properties of the Spanish version of the QPC-OPS instrument were analyzed.

Participants and study setting (sample size). The sample consisted of 260 professionals from different disciplines who work in community mental health services (nursing, psychiatry, social education, case management, social work, administration and occupational therapy), who were actively working in a community service at the time of the study (Outpatient Mental Health Center, Day Hospital, Labor Reintegration Service, Community Rehabilitation Service) and who participate voluntarily. Having less than one year's experience in the area of mental health was established as an exclusion criterion. Non-probability convenience sampling was used.

Data collection was carried out between February, 2019 and February, 2020.

Calculation of the sample size was based on internal consistency, temporal stability and construct validity. Estimation of internal consistency was performed following the recommendations of Streiner et al., who considered that between 5 and 20 individuals should be included for each instrument item³¹. In this study, we agreed to include a minimum of five individuals for each item.

To analyze temporal stability, it was estimated that a minimum of 61 professionals would be needed to detect an intraclass correlation coefficient (ICC) around 0.70 between two administrations of the instrument, assuming a confidence level of 95% and a power of 80% in a bilateral comparison³².

For construct validity, it was established that the minimum number of subjects necessary would be 250³³.

Variables and sources of information. As indicated, the QPC-OPS instrument assesses the quality of psychiatric care in the community setting from the perspective of the professionals working there.

It consists of a total of 30 items distributed across 8 factors as follows: encounter (6 items), participation-empowerment (3 items), participation-information (5 items), discharge (3 items), support (4 items), environment (3 items), next of kin (2 items), and accessibility (4 items). Each item begins with the words "I feel that..." and is scored on a Likert-type scale with four response options ranging from 1 (totally disagree) to 4 (totally agree) with a "not applicable" option for each if considered necessary. A global and per-factor score can be obtained; the maximum global score is 120 points and the minimum 30 points so that a high score on each factor or globally indicates a good perception of the quality of psychiatric care on the part of the professionals. Conversely, a low score justifies the need for an intervention designed to bring about improvements in the areas identified.

The General Satisfaction scale NTP 394 created by Warr et al.¹¹ and validated in Spanish by Pérez and Fidalgo¹² was used to analyze convergent validity. The Spanish version showed a Cronbach's alpha (α) coefficient

that ranged between 0.85 and 0.88 and an Intraclass Correlation Coefficient (ICC) of 0.63. This scale assesses intrinsic and extrinsic aspects of working conditions and consists of 15 items. Each item is evaluated through an ordinal scale that ranges from 1 (very dissatisfied) to 7 (very satisfied). The total score is obtained by summing the items, producing a final score between 15 and 105.

In addition, data were collected on other variables related to sociodemographic and labor characteristics of the sample: age, sex, nationality, professional category, service where currently working and number of years in the service.

Procedure. The translation and back-translation process was carried out following the Standards for Educational and Psychological Testing³⁴.

First, the original version was translated into Spanish by two independent native-speaker translators who had no knowledge of the instrument or the aims of the study. A group of experts comprising nurses, psychiatrists and psychologists reviewed both translations and reached agreement on the first version of the instrument in Spanish. Subsequently, the Spanish version was back-translated into the original language to confirm that the Spanish translation corresponded to the original version in Swedish. In addition, the original authors of the QPC-OPS examined the back-translation and compared it with the original version, finding no discrepancies requiring modification. This version was then pilot tested in 30 professionals with the aim of assessing item comprehension and clarity, as well as the time needed to administer it. Following the debriefing, it was not considered necessary to make any changes to either format of content.

Statistical analysis. *Construct validity.* Construct validity was analyzed through confirmatory factor analysis (CFA) with estimated parameters using the method of least squares generalized with a polychoric correlation matrix. This method has the same properties as the maximum likelihood estimation, even though the criteria were less strict than the normal ones. It is mainly used to measure ordinal items³⁵.

The following fit indices were calculated to determine the overall fit of the model: Bentler Bonnet Normed Fit Index (BBNFI), Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index (BBNNFI), the Goodness-of-Fit Index (GFI), the Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI), the Comparative Fit Index (CFI), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), the chi-squared goodness-of-fit test and the ratio between chi-squared and the degrees of freedom (χ^2/df). The criteria for a good fit were an X^2/df ratio < 3 and BBNFI, BBNNFI, GFI, AGFI and CFI close to 0.90^{36–38}, and a RMSEA value lower than 0.08^{39,40}.

Convergent validity. Convergent validity was analyzed using the Spearman correlation coefficient with the NTP 394 General Satisfaction Scale.

As a complementary method, an analysis of the Spearman correlation was conducted between the QPC-OPS questionnaire factors to assess convergent validity based on the hypothesis that the correlation between each factor and the general instrument should be higher than the correlations between the factors⁴¹.

Reliability. The item analyses included calculation of item means, standard deviations and corrected item-total correlation.

Cronbach's alpha was used to assess the internal consistency of the instrument globally and for each of the factors. Levels of reliability above 0.70 were considered adequate³¹.

Temporal stability or test–retest was evaluated after 7–14 days through the ICC in a sample of 157 professionals. The values of this coefficient range between 0 and 1. A value greater than or equal to 0.70 was considered an indicator of good agreement³¹. Composite reliability was also calculated.

The SPSS Statistics program version 26 was used for analyses, along with EQS program version 6.2 for the confirmatory factor analysis (CFA)⁴².

Ethics declarations. First, in order to be able to carry out the study, permission to translate and adapt the QPC-OPS instrument into Spanish was sought from the original authors.

This study was approved by the research ethics committee at Fundación Sant Joan de Déu, under code CEIC PIC-83-16. All research was performed in accordance with relevant guidelines and regulations. All participants and their guardians were informed about the aim of the study and gave verbal and written consent to voluntarily and anonymously take part.

Results

Participant characteristics. A total of 260 professionals participated, of whom 26.2% were men and 73.8% were women. Some 95.8% of participants had Spanish nationality and the remaining 4.2% were of different nationalities. The sample consisted of a variety of professional categories: nursing (29.61%), psychiatry (20.38%), psychology (16.53%), social education (8.84%), case management (7.7%), social work (7.30%), administration (5%) and occupational therapy (4.61%). The mean age was 40 ± 10.3 years, while the mean of years worked in community service was 8.68 ± 7.70 years.

Construct validity. *Confirmatory factor analysis (CFA).* Confirmatory factor analysis was used to verify the internal structure of the instrument, in which an 8-factor model identical to the structure of the original instrument was proposed. Table 1 shows the fit of the model. All indices showed a reasonable fit.

All item saturations were equal to or greater than 0.50 with the exception of items 2 (0.40), 9 (0.44), 10 (0.46) and 17 (0.42). Correlations between factors in the Spanish version of the QPC-OPS are shown in Fig. 1.

Index	Value
BBNFI	0.782
BBNNFI	0.861
GFI	0.961
AGFI	0.956
CFI	0.880
RMSEA	0.060
Cronbach's alpha	0.885
Goodness of fit test	$\chi^2 = 726.045$; $df = 377$; $p < 0.0001$
Adjustment reason	$\chi^2/df = 1.92$

Table 1. Goodness-of-fit indices for the confirmatory model Spanish QPC-OPS. *BBNFI* Bentler Bonnet Normed Fit Index, *BBNNFI* Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index, *GFI* Goodness of Fit Index, *AGFI* Adjusted Goodness of Fit Index, *CFI* Comparative Fit Index, *RMSEA* Root Mean Square Error of Approximation, *df* Degrees of freedom.

Convergent validity. Convergent validity was analyzed using the Spearman correlation coefficient with the NTP 394 General Satisfaction Scale. The correlation obtained was $\rho = 0.31$ ($p < 0.0001$).

The hypothesis was confirmed in the analysis of the correlations between the factors and the general instrument, with the strongest correlations found between the majority of factors and the general instrument. Factors 1 (*Encounter*) and 3 (*Participation-Information*) showed the strongest correlations with the total instrument ($\rho = 0.764$ and $\rho = 0.755$, respectively), while Factor 6 (*Environment*) had the weakest correlation ($\rho = 0.348$). Table 2 shows the correlations of all the factors with the total instrument score.

Reliability. Cronbach's alpha internal consistency coefficient for the whole instrument was 0.885, reaching values above 0.70 in five of the eight factors (Table 3). For the factors *F4.Discharge*, *F6.Environment* and *F7.Next of Kin*, Cronbach's alpha values of 0.462, 0.537 and 0.440 were obtained, respectively. Internal consistency was not notably improved by excluding any of the items.

The mean item value ranged from 2.58 to 3.82 and the standard deviation ranged from 0.44 to 0.92. Only three items showed an item–total correlation under 0.20 (item 2: “Security in the center is high”, item 4: “Patients can feel safe along with other patients in the waiting room” and item 9: “Patients are not bothered by other patients in the waiting room”) (Table 4).

Appendix 1 shows inter-correlations between individual items for each QPC-OPS sub-scale. In factor 6 (*Environment*) the correlation between items 2 and 9 was 0.130.

The ICC analysis demonstrated that test–retest reliability was 0.847 (95% CI 0.790–0.888; $n = 157$), and this value was higher than 0.70 in all instrument factors, except D5 with a value of 0.681 (Table 3). Composite reliability was 0.957 for the whole instrument, reaching values higher than 0.70 in five of the eight factors. For the factors *F4.Discharge*, *F6.Environment* and *F7.Next of Kin*, composite reliability values of 0.473, 0.621 and 0.488 were obtained, respectively (Table 3).

Discussion

The aim of this study was to adapt the Quality in Psychiatric Care Outpatient Staff (QPC-OPS) instrument to Spanish and analyze its reliability and validity. This instrument allows assessment of the quality of community psychiatric care from the professionals' perspective so that strong points and areas for improvements in care can be detected. On the other hand, it is a useful instrument for the evaluation of interventions focused on improving the quality of psychiatric care.

The adaptation process of the QPC-OPS involved a translation and back-translation to obtain the Spanish version. Other studies in the QPC family^{27,43–48} produced versions in other languages using a similar process. Results in this phase were satisfactory and there were no difficulties found with respect to the comprehension and administration of the instrument.

Results show that, at the psychometric level, the values for construct validity (Confirmatory factor analysis), internal consistency and temporal stability (test–retest) were adequate.

The confirmatory analysis performed that the Spanish version, like the Norwegian version²⁷, has the same 8 factors on quality of care as the original Swedish QPC-OP²⁶ version and no modification of any item was required.

For the analysis of reliability, internal consistency was analyzed using Cronbach's alpha. A Cronbach's alpha of 0.885 was obtained for the whole instrument and the factors in general showed values greater than 0.70, which is considered an adequate value according to Nunnally and Berstein⁴⁹. The global Cronbach's alpha is somewhat lower than the original version of the instrument²⁶ and other versions of the QPC family^{28,29,43,44,48}, although higher than the Norwegian community version²⁷ and the hospital version for Indonesian users⁴⁷ with a value identical to the hospital version for Indonesian professionals⁴⁶. Cronbach's alpha values lower than 0.70 were found for the factors *F4.Discharge* (0.462), *F6.Environment* (0.537) and *F7.Next of kin* (0.440), which are considered less adequate values. These low values are, in all likelihood, due to the reduced number of items that make up these factors (*F4. Discharge*: 3 items, *F6.Environment*: 3 items and *F7.Next of kin*: 2 items). Some of the

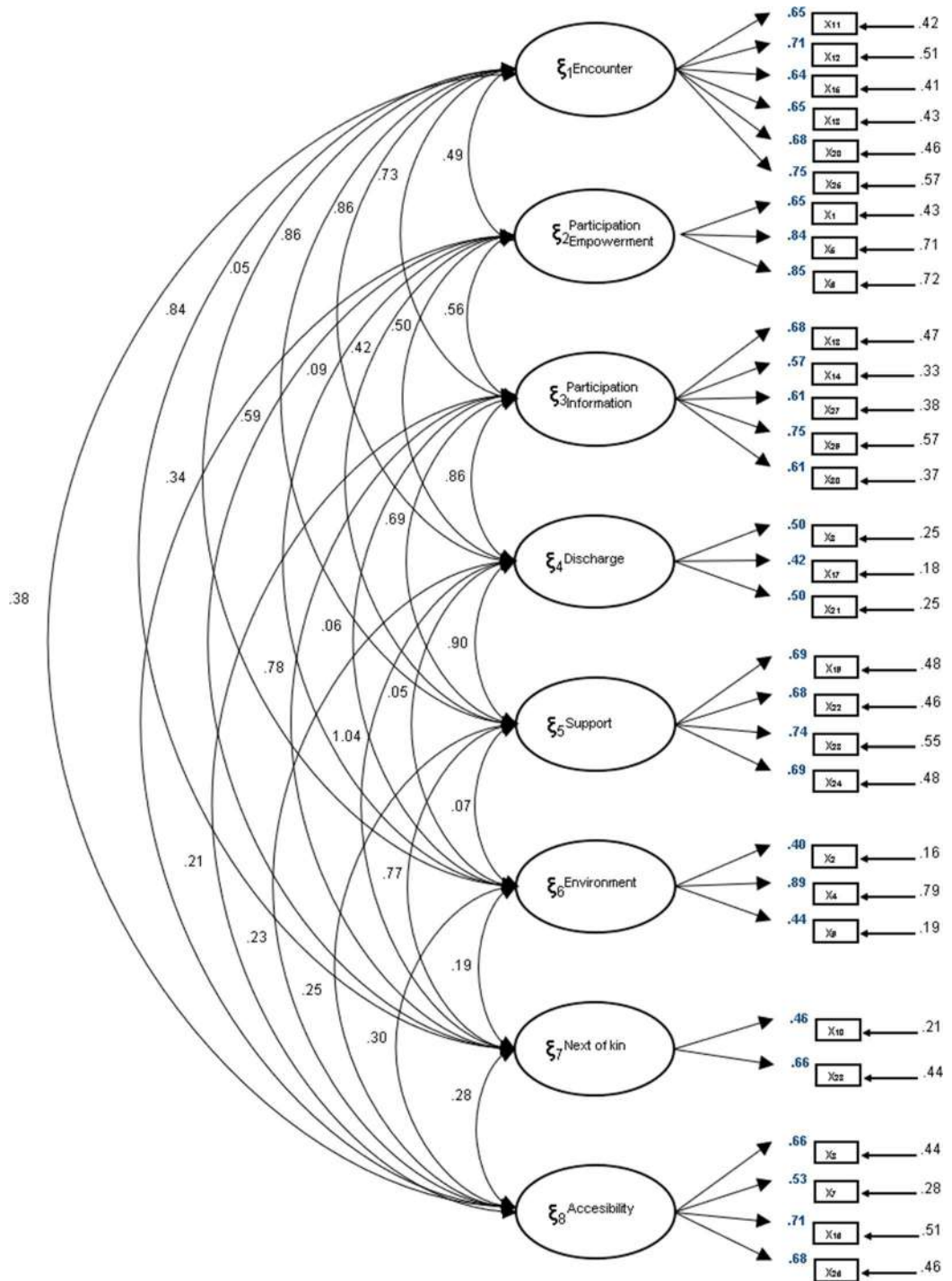


Figure 1. Factor loadings derived from the least square estimation (least squares). Confirmatory factor analysis (λ_{ij}).

inter-correlations between the individual items were low. Future research should assess the possibility of identifying other items that may better represent these factors to improve the psychometric properties.

In the original Swedish QPC-OP version²⁶, the factors *F4.Discharge* and *F7.Next of kin* obtained values below 0.70, and the *F6.Environment* factor showed a value very close to 0.70.

Temporal or test–retest stability was also analysed in the study. This value was not calculated in the original Swedish QPC-OP version²⁶, the other original versions of the QPC family^{28,29} or in the translated versions^{44,46,47}, with the exception of the Spanish hospital versions of the QPC-IPS and QPC-IP^{43,48}. The ICC for the whole instrument and for each of the factors was above 0.70 except in the case of *F5.Support* (0.681), which in general is considered good agreement^{31,32}. For the Spanish QPC-IPS and QPC-IP, the ICC for the whole instrument was 0.91 and the factors had values above 0.70 except for the factor *F6.Discharge*^{43,48}.

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	Total
F1. Encounter	1.000								
F2. Participation—Empowerment	0.365*	1.000							
F3. Participation—Information	0.603*	0.401*	1.000						
F4. Discharge	0.491*	0.311*	0.508*	1.000					
F5. Support	0.636*	0.309*	0.555*	0.506*	1.000				
F6. Environment	0.102	0.105	0.055	0.069	0.073	1.000			
F7. Next of kin	0.451*	0.354*	0.447*	0.439*	0.384*	0.151*	1.000		
F8. Accessibility	0.316*	0.320*	0.213*	0.132*	0.218*	0.197*	0.193*	1.000	
Total Spanish QPC-OPS	0.764*	0.616*	0.755*	0.612*	0.681*	0.348*	0.589*	0.593*	1.000

Table 2. Correlations between Spanish QPC-OPS factors and total instrument. $n = 260$. *All correlation coefficients are significant at $p < 0.001$.

Factors	ICC (CI 95%)	Composite reliability	Cronbach's alpha
F1. Encounter	0.771 (0.686–0.833)	0.842	0.843
F2. Participation—Empowerment	0.805 (0.732–0.857)	0.831	0.827
F3. Participation—Information	0.843 (0.784–0.885)	0.787	0.784
F4. Discharge	0.708 (0.601–0.787)	0.473	0.462
F5. Support	0.681 (0.562–0.767)	0.800	0.799
F6. Environment	0.840 (0.780–0.883)	0.621	0.537
F7. Next of kin	0.779 (0.697–0.838)	0.488	0.440
F8. Accessibility	0.873 (0.826–0.907)	0.748	0.734
Total	0.847 (0.790–0.888)	0.957	0.885

Table 3. Spanish QPC-OPS. Test–retest ICC ($n = 157$), Composite reliability and Cronbach's alpha. ICC Intraclass Correlation Coefficient, CI Confidence Interval.

Convergent validity of the Spanish QPC-OPS in our study was calculated through the Spearman rho correlation coefficient with the NTP 394 General Satisfaction Scale. The correlation obtained was positive⁵⁰, showing that the greater the job satisfaction, the higher the perception of the quality of psychiatric care provided. Of the studies related to the family of QPC instruments, this is the third study in which convergent validity is calculated, the first being the Spanish hospital version of the QPC-IPS⁴³ and the second the Spanish hospital version of the QPC-IP⁴⁸. The Spanish QPC-IPS calculated convergent validity using the same NTP 394 scale, obtaining a higher value ($\rho = 0.58$); considered a moderate positive correlation. The Spanish QPC-IP calculated convergent validity using a 10-point numerical satisfaction scale, obtaining also a higher value ($\rho: 0.49$); considered a moderate positive correlation.

At the same time, the correlation was analyzed between the total instrument score and each of its factors, showing that the correlation was higher between each factor and the general instrument than the correlations between the factors. This confirms the Fayer and Machin hypothesis⁴¹.

The limitations of this study arise from the lack of uniformity in the professional categories as each one has differing numbers of professionals and the concept of “community mental health professionals” is very wide, encompassing many health workers. However, this reflects the reality of the composition of Spanish community care teams. A further limitation is that this instrument was adapted in the community context so it should only be used in this population profile or a similar one. Another limitation that should be highlighted is that the NTP scale presented a low correlation with the total QPC-OPS score. This may be due to the fact that it is not the most appropriate gold standard for the assessment of the quality of care. Nevertheless, it is a widely-used instrument in our setting. Future research should take into account that there is a need for a more suitable instrument to function as the gold standard.

Finally, it should be emphasized that it was not possible to assess sensitivity to change or predictive validity given the cross-sectional design of the study. These limitations should be taken into account in the design of future studies.

Conclusions

The Spanish version of the QPC-OPS instrument is a simple, useful tool for the measurement of various aspects of the quality of community psychiatric care from the perspective of mental health professionals. Its 8-factor structure and psychometric properties are consistent and in agreement with the original version, allowing the instrument to be used to measure the quality of community psychiatric care from the perspective of professionals in the Spanish-speaking population. The results of these measurements can be used to increase the capacity to assess the quality of services provided.

Summary of the contents of the items	Mean	SD	Corrected item-total correlation	Cronbach's alpha Total instrument without item
Item 1. Patients decide on their care and treatment	2.89	0.63	0.408	0.882
Item 2. Security in the center is high	2.58	0.92	0.100	0.893
Item 3. Patients can easily access professionals by phone	3.28	0.81	0.293	0.886
Item 4. Patients can feel safe along with other patients in the waiting room	3.30	0.62	0.178	0.887
Item 5. The opinion of patients is respected when establishing their care and treatment	3.27	0.64	0.533	0.879
Item 6. Patients participate in decisions about their care	3.17	0.64	0.526	0.880
Item 7. It is easy for patients to get an appointment with professionals	3.27	0.79	0.394	0.883
Item 8. The care and treatment patients receive is effective and helps them with their problems	3.30	0.52	0.414	0.882
Item 9. Patients are not bothered by other patients in the waiting room	3.10	0.64	0.127	0.888
Item 10. Family members or friends of patients are offered the opportunity to participate in their care and treatment to the extent they wish	3.27	0.66	0.401	0.882
Item 11. Staff treat patients with consideration and proximity	3.77	0.44	0.549	0.880
Item 12. Professionals worry about knowing why the patient is angry or irritated	3.73	0.47	0.609	0.879
Item 13. The patient's experience is taken into account in order to establish medical treatment	3.42	0.66	0.555	0.879
Item 14. Patients are offered health education to learn how to identify symptoms of worsening disease	3.56	0.60	0.447	0.881
Item 15. Professionals treat patients with respect	3.82	0.45	0.536	0.880
Item 16. It's easy to contact the center by phone	3.17	0.88	0.323	0.886
Item 17. Patients are helped to look for work or other occupations	3.45	0.64	0.363	0.883
Item 18. Professionals understand patients' feelings	3.50	0.56	0.548	0.879
Item 19. Professionals offer strategies to patients to prevent them from harming the people around them, if they had those ideas at all	3.60	0.52	0.555	0.880
Item 20. Professionals spend time listening to patients	3.57	0.58	0.593	0.878
Item 21. Patients receive information on where they can go if they need help after contact with the center is over	3.65	0.51	0.436	0.882
Item 22. Professionals offer strategies to patients to prevent them from harming themselves if they had such ideas	3.63	0.52	0.529	0.880
Item 23. Professionals help patients understand that it is not shameful to have a mental illness	3.67	0.52	0.588	0.879
Item 24. Professionals help the patient understand that feelings of guilt and shame should not prevent them from asking for help	3.67	0.52	0.534	0.880
Item 25. Professionals care about the care and treatment of patients	3.72	0.49	0.643	0.878
Item 26. It is easy to establish telephone contact with the doctor responsible for the patient's care and treatment	2.95	0.78	0.336	0.884
Item 27. The patient is clearly informed about their mental illness and diagnosis	3.31	0.63	0.472	0.881
Item 28. Patients' family members are treated with respect	3.80	0.42	0.557	0.880
Item 29. Patients are offered information about their disease so they can participate in their treatment	3.47	0.61	0.577	0.879
Item 30. Patients are given information about different treatment options so they can decide which one they think is best suited	3.03	0.71	0.472	0.881
Overall instrument			101.91	9.08

Table 4. Descriptive Statistics of Scale QPC-OPS Items. Item mean, standard deviations and corrected item-total correlation. *SD* Standard Deviation.

Data availability

The data that support the findings of this study are available upon reasonable request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy and ethical restrictions. The data was taken from our own study.

Received: 5 October 2021; Accepted: 25 February 2022

Published online: 07 March 2022

References

1. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley General de Sanidad 14/1986, 25 de abril. 15207–15224 (1986).: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>. (Accessed 23rd February 2021).
2. Ministerio de Sanidad de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. (2020). <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>. (Accessed 23rd February 2020).
3. Donabedian, A. The quality of medical care: A concept in search of definition. *J. Fam. Pract.* **9**, 277–284 (1979).

4. Campbell, S. M., Roland, M. O. & Buetow, S. A. Defining quality of care. *Soc. Sci. Med.* **51**, 1611–1625 (2000).
5. Zastowny, T. R., Stratmann, W. C., Adams, E. H. & Fox, M. L. Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Qual. Manag. Health Care* **3**, 50–61 (1995).
6. Kane, C. The 2014 scope and standards of practice for psychiatric mental health nursing: Key updates. *Online J. Issues Nurs.* **20**, 1 (2015).
7. Sánchez Balcels, S., Puig Llobet, M., Lluch Canut, M. T. & Roldán Merino, J. F. Evolución del concepto de calidad de los cuidados en salud mental. *Rev. Rol. Enferm.* **43**, 46–50 (2020).
8. Information Resources Management Association. *Healthcare Ethics and Training: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications* (IGI Global, 2017).
9. Schröder, A., Ahlström, G. & Larsson, B. W. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *J. Clin. Nurs.* **15**, 93–102 (2006).
10. Farr, M. & Cressey, P. Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *BMC Health Serv. Res.* **15**, 123 (2015).
11. Warr, P., Cook, J. & Wall, T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J. Occup. Psychol.* **52**, 129–148 (1979).
12. Perez, J. & Fidalgo, M. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. (1994). <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/05/NTP-394-Satisfacción-laboral-escala-general-de-satisfacción.pdf>. (Accessed 15th March 2020).
13. Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M. E., Gómez-García, C. I. & Meseguer-DePedro, M. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: Análisis general y categorías laborales. *An. Psicol.* **31**, 645–650 (2015).
14. Mead, N. & Bower, P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc. Sci. Med.* **51**, 1087–1110 (2000).
15. Urben, S. *et al.* Patients' satisfaction with community treatment: A pilot cross-sectional survey adopting multiple perspectives. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **22**, 680–687 (2015).
16. Arnetz, B. B. Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *Int. J. Qual. Heal. Care J. Int. Soc. Qual. Heal. Care* **11**, 345–351 (1999).
17. Nashrath, M., Akkadechanunt, T. & Chontawan, R. Perceived nursing service quality in a tertiary care hospital, Maldives. *Nurs. Health Sci.* **13**, 495–501 (2011).
18. Salyers, M. P. *et al.* Burnout and self-reported quality of care in community mental health. *Adm. Policy Ment. Health* **42**, 61–69 (2015).
19. Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K. & Van de Heyning, P. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: Test of a structural equation model. *J. Adv. Nurs.* **65**, 2175–2185 (2009).
20. Luther, L. *et al.* Working overtime in community mental health: Associations with clinician burnout and perceived quality of care. *Psychiatr. Rehabil. J.* **40**, 252–259 (2017).
21. Bee, P., Brooks, H., Fraser, C. & Lovell, K. Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *Int. J. Nurs. Stud.* **52**, 1834–1845 (2015).
22. DeMarco, R. *et al.* Staff & client perceptions of unit quality: A pilot study. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* **42**, 36–43 (2004).
23. Henderson, C., Hales, H. & Ruggeri, M. Cross-cultural differences in the conceptualisation of patients' satisfaction with psychiatric services-content validity of the English version of the Verona Service Satisfaction Scale. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **38**, 142–148 (2003).
24. Sanchez-Balcels, S. *et al.* Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review. *J. Adv. Nurs.* **74**, 2497–2510 (2018).
25. Garratt, A. *et al.* The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): Data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nord. J. Psychiatry* **60**, 89–96 (2006).
26. Schröder, A., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B. & Lundqvist, L.-O. Psychometric properties of the quality in psychiatric care-outpatient (QPC-OP) instrument. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **20**, 445–453 (2011).
27. Moen, Ø. L., Skundberg-Kletthagen, H., Lundquist, L.-O., Gonzalez, M. T. & Schröder, A. The relationships between health professionals' perceived quality of care, family involvement and sense of coherence in community mental health services. *Issues Ment. Health Nurs.* <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1820119> (2020).
28. Schröder, A., Larsson, B. W., Ahlström, G. & Lundqvist, L.-O. Psychometric properties of the instrument quality in psychiatric care and descriptions of quality of care among in-patients. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **23**, 554–570 (2010).
29. Schröder, A., Agrim, J. & Lundqvist, L.-O. The quality in psychiatric care-forensic in-patient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *J. Forensic Nurs.* **9**, 225–234 (2013).
30. Schröder, A., Larsson, B. W. & Ahlström, G. Quality in psychiatric care: An instrument evaluating patients' expectations and experiences. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **20**, 141–160 (2007).
31. Streiner, D. L., Norman, G. R. & Cairney, J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use* (Oxford University Press, 2015).
32. Zou, G. Y. Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Stat. Med.* **31**, 3972–3981 (2012).
33. Kline, P. *An Easy Guide to Factor Analysis* (Routledge, 1994).
34. American Educational Research Association. *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, 2014).
35. Rial, A., Varela, J., Abalo, I. & Levy, J. P. El análisis factorial confirmatorio. In *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales: Temas Esenciales, Avanzados y Aportaciones Especiales* (ed. Varela Mallou, J.) 119–154 (Netbiblo, 2006).
36. Browne, M. W. & Cudeck, R. *Alternative Ways of Assessing Model Fit* (Sage, 1993).
37. Kline, R. B. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Structural Equation Modeling* 3rd edn, Vol. 156, p 427 (Guildford Press, 2011).
38. Brown, T. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (The Guildford Press, 2015).
39. Byrne, B. *Structural Equation Modeling With EQS* (Routledge, 2013).
40. Byrne, B. *Structural Equation Modeling With AMOS* (Routledge, 2016).
41. Fayers, P. M. & Machin, D. *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation* (Wiley, 2000).
42. EQS 6.2 for Windows. (2006).
43. Sanchez-Balcels, S. *et al.* A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument: Psychometric properties and factor structure. *An. Sist. Sanit. Navar.* **43**, 307–321 (2020).
44. Lundqvist, L.-O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E. & Schröder, A. A Danish adaptation of the quality in psychiatric care-forensic inpatient questionnaire: Psychometric properties and factor structure. *J. Forensic Nurs.* **10**, 168–174 (2014).
45. Lin, E.C.-L. *et al.* Factors influencing patient-perceived quality of care in psychiatric hospitals in Taiwan. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **35**, 9–16 (2021).
46. Lundqvist, L.-O., Suryani Hermiati, D., Sutini, T. & Schröder, A. A psychometric evaluation of the Indonesian version of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument. *Asian J. Psychiatr.* **46**, 29–33 (2019).
47. Lundqvist, L.-O., Suryani Anna, N., Rafiyah, I. & Schröder, A. Indonesian adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *Asian J. Psychiatr.* **34**, 1–5 (2018).

48. Sanchez-Balcells, S. *et al.* A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *BMC Nurs.* **20**, 191 (2021).
49. Nunnally, J. & Bernstein, I. *The theory of measurement error. Psychometric Theory* (McGraw-Hill, 1994).
50. Martinez Gonzalez, M., Sanchez Villegas, A., Toledo Atucha, E. & Faulin Fajardo, J. *Bioestadística amigable* (Elsevier, 2014).

Author contributions

L.L. and A.S. conceived and designed the research. M.T., A.R.M., M.D.C. and S.S. research the literature and acquired the data. M.T., J.R., M.T.L. and M.P. analysed and interpreted the data. J.R. performed statistical analyses. M.T. and J.R. drafted the manuscript. All authors reviewed and edited the manuscript and approved the final version of the manuscript.

Funding

The present study was funded by a grant from the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, the Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental and Fundació Privada per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu FSJD. The study was also funded in part by the Nurse and Society Foundation as part of the Nurse Research Projects Grants (PR-011/16).

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Additional information

Supplementary Information The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08039-w>.

Correspondence and requests for materials should be addressed to J.R.-M.

Reprints and permissions information is available at www.nature.com/reprints.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

© The Author(s) 2022

3.2.- Artículo 2

Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J. F., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022). Spanish adaptation of the quality in psychiatric care-outpatient (QPC-OP) instrument community mental health patients' version: psychometric properties and factor structure. *BMC Nursing*, 21(1), 302.

Índice de impacto 2021 (SCI/SSCI): 3.189

Cuartil y área 2021 (SCI/SSCI): Q1 Nursing

RESEARCH

Open Access



Spanish adaptation of the quality in psychiatric care-outpatient (QPC-OP) instrument community mental health patients' version: psychometric properties and factor structure

Manuel Tomás-Jiménez^{1,2}, Juan Francisco Roldán-Merino^{2*}, Sara Sanchez-Balcells¹, Agneta Schröder^{3,4}, Lars-Olov Lundqvist³, Montserrat Puig-Llobet⁵, Antonio R. Moreno-Poyato⁵, Marta Domínguez del Campo^{1,2} and Maria Teresa Lluch-Canut⁵

Abstract

Background: Health systems in the field of mental health are strongly committed to community models that allow patients to be attended in their own environment. This helps them to maintain their family and social ties while trying to avoid costly hospital admissions. The patients' perspective is a key component in the assessment of the quality of psychiatric care and can even determine their adherence to the devices where they are treated. However, there are few instruments with adequate psychometric properties for the evaluation of the quality of psychiatric care in community mental health. The *Quality in Psychiatric Care – Outpatient (QPC-OP)* instrument has adequate psychometric properties to assess the quality of psychiatric care from the patients' perspective. The aim of this study was to adapt and validate the Spanish version of the *QPC-OP* instrument.

Methods: A translation and back-translation of the instrument was carried out. To examine its psychometric properties, the instrument was administered to 200 patients attending various community mental health services. To assess test-retest reliability, the instrument was readministered after 7-14 days ($n = 98$).

Results: The Confirmatory Factor Analysis revealed a structure of 8 factors identical to the original version, with an adequate model fit. The internal consistency coefficient (Cronbach's alpha) was 0.951. The intraclass correlation coefficient was 0.764 (95% IC: 0.649 – 0.842), and higher than 0.70 in 5 of the 8 factors. Additionally, an EFA was performed and revealed that the instrument could behave in a unifactorial or four factor manner in the sample analyzed.

Conclusions: Results show that the Spanish version of the *QPC-OP* instrument is valid and reliable for the assessment of quality of psychiatric care in the community setting.

Keywords: Community care, Psychometric properties, Patients' perspective, Quality of care, Psychiatric care

*Correspondence: juan.roldan@sjd.edu.es

² Mental Health Department, Campus Docent Sant Joan de Déu-Private Foundation, University of Barcelona, C/ Sant Benito Menni, 18-20, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

Background

At the international level, it has been observed that investing in the provision of services related to mental health (prevention, intervention and health promotion) produces benefits in terms of health and social factors. In



© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

addition, economic costs associated with mental health problems are reduced [1]. Current trends support a community model of mental health care which replaces long, expensive hospital stays with treatment of patients in their community so that they do not lose their family and social connections [2–4]. These services should be developed following a recovery ethic and should focus on the person and their autonomy, along with the therapeutic relationship [2, 5]. Coordinated, comprehensive care of people with mental health problems in the community where they live is associated with a perception of greater satisfaction in this population [6].

Wilson and Daly, promoted the move away from the medical model of care to encourage a spirit of recovery in which patients and caregivers are recognized as equal partners in decision-making and certain aspects of planning, such as the provision of mental health services [7]. A focus on individual preferences and patient participation in decisions is vital to the development of a recovery-oriented system [8, 9].

Patients' perceptions are relevant indicators when assessing interventions and the quality of the health service in question [10, 11] and, in some cases, the capacity to respond to their expectations is considered a performance parameter of the health system itself [12]. The area of community mental health is no exception, given that patients' perceptions of the quality of psychiatric care received have become an important component in assessments [13] and have even been used as an indicator of quality [14].

Quality of care is a fundamental component of the right to health and essential in ensuring equity and dignity among patients of health services [15]. Services that meet quality of care criteria can lead to expected health outcomes [16] and better quality of life [17]. However, deficits in quality of care can contribute to dissatisfaction, lack of adherence and even an increase in patient mortality [16].

There is no widely accepted definition of quality of care. This term refers to a multidimensional concept [18] that is perceived by the mental health patient as positive [19]. As distinct from the term satisfaction, quality of care includes the perspectives of all parties involved [20]. It is important to conduct research into those factors that may affect the rating of psychiatric care received by patients, given that a better understanding of the factors that have a negative impact on such ratings will allow both professionals and the administration to improve the patients' experience [21].

There is a lack of intercultural studies that compare the perceptions of professionals and patients on the quality of care [22] and this is mainly due to the very few

standardized instruments with adequate psychometric properties available for the assessment of this care [23].

A recent systematic review reported that there is a scarcity of instruments for the evaluation of satisfaction and quality of psychiatric care that present an acceptable validation process and adequate psychometric properties [24]. Some instruments are based on the professionals' point of view on care quality [25, 26], despite the fact that the perceptions of professionals and patients frequently differ on what constitutes good quality of care [27]. In fact, there are authors who question the validity of assessing the quality of psychiatric care without taking the patients' perspective into account [28] as these patients are an essential component in the development of measurement instruments [29, 30].

The systematic review mentioned above highlights two instruments within the field of community mental health [24]. One is the Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ) which assesses experiences solely from the patients' point of view [29]. The other instrument is Quality in Psychiatric Care – Out-Patient (QPC-OP) [31], an instrument of Swedish origin that evaluates the quality of psychiatric care in the community environment from the perspectives of both professionals (QPC-OP Staff) and patients (QPC-OP). This instrument forms part of a battery of Quality in Psychiatric Care tools which assess the quality of psychiatric care in community [31], hospital [32] and forensic settings [33]. The definition of quality used to create the instrument was developed from a phenomenographic study [19], assessed for apparent validity in a pilot study and tested in a sample of patients admitted to psychiatric hospitalization units in Sweden [30].

This study is part of a wider international project to adapt the QPC-OP patient version of the instrument in different countries, test its psychometric properties and the equivalence in dimensionality of the different versions by language, and describe and compare the quality of psychiatric care in the community setting in various countries.

Methods

Aim

The aim of the present study was to adapt the patient version of the QPC-OP instrument into Spanish and analyze its reliability and validity.

Design

The study has a descriptive cross-sectional psychometric research design and was carried out in two phases. The first phase involved the translation and adaptation of the QPC-OP instrument into Spanish and, in the second

phase, the metric properties of the Spanish version of the QPC-OP instrument were analyzed.

Participants and study setting (sample size)

The sample consisted of 200 patients from community health facilities who met the following inclusion criteria: older than 18 years, having a diagnosis of mental disorder, being followed up in community mental health facilities at the time of the study, and agreeing to participate voluntarily in the study. Exclusion criteria were: inability to understand or speak Spanish, significant cognitive impairment, organic disorder and/or intoxication due to drug use at the time of assessment. Consecutive, non-probabilistic sampling was used.

Data collection was carried out between February, 2020 and March, 2022. The long period of data collection was due to the difficulty in accessing patients in the context of the COVID situation, which affected community mental health centers at the organizational level and required health priorities to be modified.

Calculation of the sample size was carried out based on internal consistency, temporal stability and construct validity. To estimate internal consistency, the recommendations of Streiner, Norman & Cairney (2015) were followed, which consider that between 5 and 20 individuals should be included for each item that makes up the scale [34]. In this study, it was agreed to include a minimum of 5 individuals. On the other hand, the authors considered that the minimum number required to conduct the confirmatory factor analysis was 200 participants [35, 36].

To analyze temporal stability, it was estimated that a minimum of 61 participants would be needed to detect an intraclass correlation coefficient (ICC) of around 0.70 between two administrations, assuming a confidence level of 95% and a power of 80% in a bilateral comparison [37].

Variables and sources of information

As indicated, the QPC-OP instrument assesses the quality of psychiatric care in the community setting from the patients' perspective and the internal consistency of the whole instrument in the original version shows adequate results ($\alpha=0.95$) [31].

This instrument is made up of 8 factors that represent the quality of psychiatric care in the community setting and the internal consistency of each factor in the original version is shown below. The encounter factor ($\alpha=0.94$) represents the interpersonal relationship between the patient and the professional, in which the patient evaluates the degree of empathy, respect, concern and listening that the professional demonstrates. The participation-empowerment ($\alpha=0.92$) and participation-information ($\alpha=0.90$) factors show the degree of participation in care

from the patient's perspective, as well as whether they consider that they have the essential information to be able to make decisions about their care. The discharge factor ($\alpha=0.66$) shows the continuity of care provided by the community mental health center, while the support factor ($\alpha=0.85$) shows the support that patients receive from professionals in relation to the stigma associated with mental illness. The environment factor ($\alpha=0.76$) represents the degree of safety that patients feel within the center. On the other hand, the next of kin factor ($\alpha=0.65$) shows the degree of respect and participation in the care that the close relatives of the patients have. Finally, the accessibility factor ($\alpha=0.79$) evaluates the difficulties in contacting the center and the patient's assigned professionals.

It consists of a total of 30 items distributed across 8 factors as follows: Encounter (6 items), participation-empowerment (3 items), participation-information (5 items), discharge (3 items), support (4 items), environment (3 items), next of kin (2 items) and accessibility (4 items). Each item begins with the words "I feel that..." and is scored on a Likert type scale with 4 response options ranging from 1 (totally disagree) to 4 (totally agree), with a further "not applicable" option for each one if necessary. Scores can be obtained globally or by factors; the maximum global score is 120 points and the minimum 30 points, such that a high score on each factor or on the instrument overall indicates a good perception of quality of psychiatric care on the part of patients. On the other hand, a low score justifies the need for an intervention to make improvements in identified areas.

In addition, other variables related to the sample's sociodemographic characteristics were collected: age, sex, nationality, educational level, and the community facility that the patient attended.

Procedure

The translation and back-translation were carried out in accordance with the Standards for Educational and Psychological Testing [38].

The original version of the instrument was translated into Spanish by two native-speaker professional translators who were unaware of the instrument or the aims of the study. A group of experts including nurses, psychologists and psychiatrists reviewed the translation and agreed on the first version of the instrument in Spanish language. Consecutively, the Spanish version was back-translated into the original language to confirm its concordance with the original Swedish version. The original authors of the QPC-OP then examined the back-translation and compared it with the original, finding no discrepancies requiring modifications. A pilot test was carried out in 30 patients with the aim of assessing clarity

and comprehension of the items, along with the time required to complete the instrument. Following debriefing, it was not necessary to make any changes to either content or format.

After obtaining the final version of the instrument, the community mental health services nurses recruited the participants after their appointment at the center that day using consecutive non-probabilistic sampling. The patients independently filled out the instruments, consulting the nurses if queries arose. The patients were scheduled within the following 7-14 days to complete the instrument again in order to determine the temporal stability of the instrument.

Statistical analysis

Construct validity

Construct validity was analyzed through confirmatory factor analysis (CFA) with parameters estimated using the least squares method with a polychoric correlation matrix. This method has the same properties as the maximum likelihood method, despite the fact that the criteria were less strict than the normal ones. It is mainly used to measure ordinal items [39].

The following fit indices were calculated to determine the overall fit of the model:

Bentler Bonnet Normed Fit Index (BBNFI), Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index (BBNNFI), the Goodness-of-Fit Index (GFI), the Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI), the Comparative Fit Index (CFI), the Root Mean-Square Residual (RMR), the Standardized Root Mean-Square Residual (SRMR), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), the chi-squared goodness-of-fit test and the ratio between chi-squared and the degrees of freedom (χ^2/df). The criteria for a good fit were an X^2/df ratio < 3 and BBNFI, BBNNFI, GFI, AGFI and CFI values close to 0.90 [40–42], and RMR, SRMR and RMSEA values lower than 0.08 [43, 44].

Reliability

Cronbach's Alpha coefficient was used to assess the internal consistency of the instrument globally and for each of its dimensions. Reliability values higher than 0.70 [34] were considered adequate.

Temporal stability or test-retest was assessed after 7-14 days through the intraclass correlation coefficient (ICC) in a sample of 98 patients. Coefficient values ranged between 0 and 1. A value equal to or greater than 0.70 was considered an indicator of good agreement [34].

The statistical program SPSS Statistics version 28 was used for data analysis, EQS version 6.3 was used for confirmatory factor analysis (CFA) [45] and Factor software for parallel analysis [46].

Results

Participant characteristics

A total of 200 patients with a mean age of 46.15 ± 13.74 years took part in the study; 49.7% male and 50.3% females. Some 92% of the participants were of Spanish nationality and the rest were of various ethnic origin. Regarding educational level, 11.8% had not completed primary education while 21% had completed primary and 17.9% had completed secondary education. A total of 32.8% had completed professional/baccalaureate/equivalent and the remaining 16.4% had completed higher education or a university course.

Construct validity

Confirmatory factor analysis (CFA)

Confirmatory factor analysis was used to verify the internal structure of the instrument, in which an 8-dimension model identical to the structure of the original version was proposed. Table 1 shows the fit of the model. All indices showed a reasonable fit.

All item loadings were equal to or greater than 0.50 with the exception of items 14 (0.45), 17 (0.45) and 10 (0.42). The correlations between the factors of the Spanish QPC-OP instrument are shown in Fig. 1.

It was also decided to carry out a parallel analysis with an Exploratory Factor Analysis (EFA) in this study to determine the factorial model with the best fit to the Spanish sample analyzed. To conduct the EFA, its suitability was previously analyzed using the Bartlett sphericity test and the Kaiser Mayer test (KMO). The value of the KMO was 0.955, which was deemed acceptable

Table 1 Goodness-of-fit indices for the confirmatory model Spanish QPC-OP

Index	Value
BBNFI	0.775
BBNNFI	0.831
GFI	0.982
AGFI	0.977
CFI	0.853
RMR	0.036
SRMR	0.057
RMSEA	0.084
Cronbach's alpha	0.951
Goodness of fit test	$\chi^2 = 900.444$; df = 377; $p < .0001$
Adjustment reason	$\chi^2/df = 2.38$

BBNFI Bentler Bonnet Normed Fit Index, BBNNFI Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index, GFI Goodness-of-Fit Index, AGFI Adjusted Goodness-of-Fit Index, CFI Comparative Fit Index, RMR Root Mean-Square Residual, SRMR Standardized Root Mean-Square Residual, RMSEA Root Mean Square Error of Approximation, df Degrees of freedom

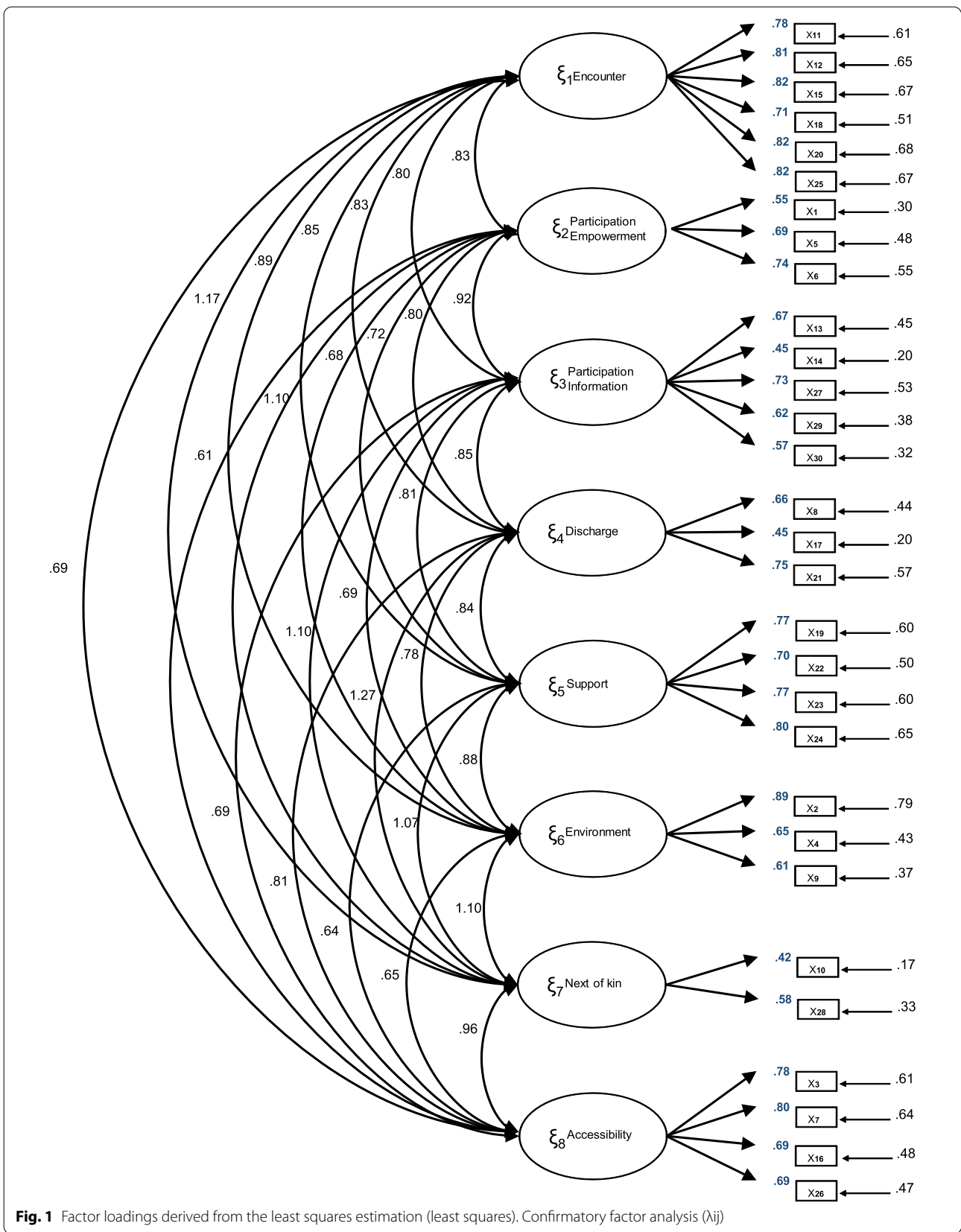


Fig. 1 Factor loadings derived from the least squares estimation (least squares). Confirmatory factor analysis (λ_{ij})

to proceed with the EFA, and the significance level of the Bartlett sphericity test was $\chi^2 = 2166.3$; $df = 435$; $p < .0001$. For the extraction of the factors, three basic premises were taken into account: (1) the graphical inspection of the Scree plot [47]; (2) Kaiser’s rule, which recommends retaining components with values equal to or greater than 1 [48], and (3) the optimal implementation of Horn’s parallel analysis. This is the most suitable method to identify the number of factors [49].

The adjustment method selected for factor extraction was Weighted Least Squares with corrective adjustment statistics for the mean and variance. For the rotation of factors, the robust promin rotation was used [50].

Four factors had autovalues greater than 1, which explains 70.2% of the variance. However, the Scree plot and the results of the parallel analysis indicated 1 value for which the real data autovalue exceeded the random data autovalues. Some 56.7% of the variance is explained by a single factor.

To assess whether the instrument could be considered essentially one-dimensional, Explained Common Variance (ECV) and Unidimensional Congruence (UniCo) indices were also calculated to assess the degree of dominance of the general factor or the closeness to unidimensionality.

Table 2 shows the fit indices for the unifactorial and the four-factor model respectively.

The ECV index essentially measures the proportion of common variance of the item scores that can be explained by the first canonical factor (i.e., the factor that explains most of the common variance).

The value of the UniCo index was 0.988 (IC 95%: 0.979 – 0.995) and an ECV value of 0.937 (IC 95%: 0.932 – 0.953) was obtained. For the instrument to be considered as essentially one-dimensional, the ECV values should be greater than 0.85 [51] and those of the UniCo index should be greater than 0.95 [52].

Table 3 shows the factor loads of each item following the four-factor model.

Reliability

Following the original factor structure, Cronbach’s alpha internal consistency coefficient for the whole instrument was 0.951, reaching values higher than 0.70 in five of the eight factors (Table 4). In the factors *F2. Participation–Empowerment*, *F4. Discharge and F7. Next of kin*, Cronbach’s alpha values of 0.697, 0.650 and 0.373 were obtained, respectively.

The ICC analysis demonstrated that test-retest reliability was 0.764 (95% IC: 0.649 - 0.842; $n = 98$), and this value was higher than 0.70 in all instrument factors except F2, F3 and F8, whose values were 0.589, 0.689 and 0.684.

In the parallel analysis, the reliability of the factors following the 4-factor model shows Cronbach’s Alpha values greater than 0.70 in all factors, as can be seen in Table 5. The ICC shows values higher than 0.70 in all factors except Factor 2, with a value of 0.669 that could be considered adequate.

Discussion

The aim of this study was to adapt the Quality in Psychiatric Care Outpatient (QPC-OP) instrument into Spanish and analyze its reliability and validity.

To generate the adapted Spanish version of the QPC-OP instrument, a translation/back-translation process was carried out. Other studies of QPC instruments [53–62] have obtained versions in other languages through a similar process. The results in this phase were satisfactory and no difficulties were observed with respect to degree of comprehension or administration of the instrument.

Regarding psychometrics, construct validity (CFA), internal consistency and temporal stability (test-retest) values were adequate.

Table 2 Goodness-of-fit indices of the exploratory unifactorial and the four-factor to the model

Index	Unifactorial		Four factor	
	Value	95% confidence interval	Value	95% confidence interval
GFI	0.985	0.980 - 0.991	0.995	0.989 - 0.996
AGFI	0.984	0.979 - 0.990	0.993	0.985 - 0.995
CFI	0.996	0.988 - 1.011	0.995	0.989 - 0.995
RMSEA	0.034	0.007- 0.058	0.044	0.010- 0.050
Goodness of fit test	$\chi^2 = 497.883$; $df = 405$; $P < 0.001$		$\chi^2 = 446.587$; $df = 321$; $P < 0.001$	
Reason for fit	$\chi^2 / df = 1.22$		$\chi^2 / df = 1.39$	

GFI Goodness-of-Fit Index, AGFI Adjusted Goodness-of-Fit Index, CFI Comparative Fit Index, RMSEA Root Mean Square Error of Approximation, df Degrees of freedom

Table 3 Loading matrix for the exploratory four-factor analysis solution

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1				0.866
2			0.614	
3		0.825		
4			0.892	
5				0.913
6	0.627			
7		0.404		
8				0.697
9			0.927	
10				0.381
11				0.728
12				0.694
13				0.789
14				0.306
15			0.524	
16		1.055		
17		0.316		
18				0.798
19			0.527	
20			0.475	
21			0.448	
22			0.704	
23			0.713	
24			0.695	
25				0.471
26		0.469		
27	0.748			
28			0.519	
29	0.680			
30	0.908			

The confirmatory factor analysis (CFA) carried out indicated that the Spanish version has the same 8 quality of psychiatric care factors as the original Swedish QPC-OP version [31] and no items required modification. In addition, an EFA was performed to determine the factorial model with the best fit to the Spanish sample analyzed, revealing that it could behave in a one-dimensional manner. The EFA also demonstrated an adequate fit for the model with the 4-factor structure in the sample analyzed.

Factor 1 in this new model groups items that make up dimensions F2.Participation-empowerment and F3.Participation-information of the original structure. This is reasonable as it brackets items related to users' participation in their care.

Furthermore, factor 2 of the four-factor structure fully groups the items that make up F8.Accessibility of the original structure and an item from F4.Discharge. This makes sense as the item belonging to F4.Discharge measures the perception of the user regarding help received from professionals to look for work or other occupations and the items that form F8.Accessibility represent the potential difficulties that users perceive in contacting either the professionals or the center.

Separately, factor 3 entirely consists of items from F5.Support and F6.Environment, along with some items from F1.Encounter, F4.Discharge and F7.Next of Kin. This is logical as these items assess the user's perception of safety and respect (not doing harm to oneself or others, feeling safe with the other users and with the center itself, professionals' respect for users and their relatives, etc.).

Finally, factor 4 seems to include some items from F1.Encounter, F2.Participation-empowerment, F3.Participation-information, F4.Discharge and F7.Next of kin of the original structure. These items assess the user's perception of treatment received (interest shown, understanding and

Table 4 Spanish QPC-OP. Cronbach's alpha coefficient, test-retest ICC (n = 98)

Instrument factors	Cronbach's alpha	ICC (CI 95%)	SME
F1. Encounter	0.913	0.755 (0.635 - 0.836)	1.017
F2. Participation - Empowerment	0.697	0.589 (0.387 - 0.724)	1.065
F3. Participation - Information	0.738	0.689 (0.535 - 0.791)	1.562
F4. Discharge	0.650	0.710 (0.567 - 0.806)	1.106
F5. Support	0.850	0.780 (0.669 - 0.853)	0.895
F6. Environment	0.761	0.727 (0.591 - 0.817)	0.920
F7. Next of kin	0.373	0.713 (0.569 - 0.808)	1.008
F8. Accessibility	0.827	0.684 (0.529 - 0.788)	1.116
Total	0.951	0.764 (0.649 - 0.842)	3.334

ICC Intraclass Correlation Coefficient, CI Confidence Interval, SME Standard Measurement Error

Table 5 Spanish QPC-OP four-factor model. Cronbach's alpha coefficient, test-retest ICC ($n = 98$)

Instrument factors	Cronbach's alpha	ICC (CI 95%)	SME
F1	0.822	0.709 (0.566 - 0.805)	1.197
F2	0.803	0.669 (0.505 - 0.778)	1.384
F3	0.924	0.819 (0.729 - 0.878)	1.644
F4	0.875	0.736 (0.607 - 0.823)	1.903
Total	0.951	0.764 (0.649 - 0.842)	3.334

ICC Intraclass Correlation Coefficient, CI Confidence Interval, SME Standard Measurement Error

concern for users' feelings and care received) as well as respect in decision-making.

Analysis of the reliability of the instrument with the 8 original factors was performed using Cronbach's alpha coefficient. Globally, the instrument showed a Cronbach's alpha of 0.951, and in 5 of 8 factors values greater than 0.70 were obtained; an adequate value according to Nunnally and Berstein [63]. The global Cronbach's alpha is identical to that of the original instrument [31], with a higher value than the Spanish professional versions in both the hospital and community settings [53, 59]. This value is also higher than the Spanish version for patients in the hospital setting [58], Indonesian hospital versions [56, 57], the original hospital version for professionals [64], and the community version for Norwegian professionals [65]. However, it showed a somewhat lower value than other versions of the QPC instrument [32, 33, 54, 66, 67]. Of all the factors, F7 (Next of Kin) showed the lowest reliability, as was the case in the original Swedish version [31]. This may be due to the fact that this factor consisted of only two items and despite the fact that these results were not optimal, it was considered a priority to preserve the original structure of the instrument in the Spanish version.

Temporal stability or test-retest was calculated within the original 8-factor structure. This value was not determined in either the original Swedish QPC-OP version [31] or in other original community, patient's hospital or either forensic QPC versions [32, 33, 66–68] or their translated versions [54–57, 65], with the exception of the original hospital version for professionals [64], Spanish hospital versions [53, 58] and the Spanish community version for professionals [59]. The ICC for the total instrument and for each of the factors demonstrated good agreement [34, 37], with values higher than 0.70 except in F2 (0.589), F3 (0.689) and F8 (0.684). This global value is lower than that of the original hospital version for professionals [64] and that of the rest of the Spanish versions although it should be pointed out that these also showed values lower than 0.70 in some factors. Specifically, the

Spanish hospital versions showed values lower than 0.70 in F6. Discharge [53, 58], while in the Spanish community version for professionals [59], it was F5. Support that showed a lower value than we would have preferred. This was not the case in the original hospital version for professionals, where all the factors showed values over 0.70 [64]. However, the four factor structure presented based on the EFA showed greater reliability in each of the dimensions analyzed.

As a limitation we should stress that it was not possible to assess the sensitivity to change or predictive validity due to the cross-sectional design of the study design. A potential limitation could result from the use of a traditional method to calculate the sample size although, given the complexity of the sample, a sample size of 200 participants was established to carry out the confirmatory factor analyses. It may be the case that the sample is not entirely representative of the study population although the participants were selected from a wide geographical area so that the results can be extrapolated. For the Spanish sample, the unidimensionality or the four dimensions model of the instrument can be considered, although studies with a larger sample size are required to determine whether the one or four-dimensional behavior is maintained. In fact, a larger sample size is highly recommended for further research in general. Another limitation, regarding recruitment, was due to the difficulties arising from the COVID-19 pandemic at health facilities. Future research should consider the collection of other variables that could influence the patient's perception of quality in psychiatric care to ensure that all such factors are taken into account, as well as the type I intensity of the mental health disorder. Longitudinal designs are recommended for future research to assess sensitivity to change. The data necessary to allow calculation of convergent validity were not collected and this determination is recommended in future research. These limitations should be taken into account in the design of future studies.

Conclusions

The Spanish version of the QPC-OP instrument is a simple, useful tool for the measurement of various aspects of quality of psychiatric care from the perspective of patients in the community mental health setting. Its 8-factor structure and its psychometric properties are consistent and in accordance with the original version, thus allowing this instrument to be used to assess the quality of services provided from the perspective of Spanish-speaking patients. However, the model that best fit the Spanish sample analyzed revealed a unifactorial or four-factor structure that should be considered in future studies. We would like to emphasize the importance of understanding the perception of psychiatric care received

in the community setting given the mainly voluntary connection that patients have with these services.

Implications for practice

Having an instrument that assesses the quality of psychiatric care created from the perspective of patients is of great value in improving the quality of care in outpatient mental health services. In addition, this instrument can be useful in assessing the impact of new interventions or organizational changes carried out in these services from the perspective of mental health care recipients. Detecting strong points and areas for improvement in services can guide professionals in new strategies to improve the quality of the psychiatric care they provide, thus reinforcing the links between patients and both professionals and health devices while ensuring quality health care. However, the joint use of the Spanish QPC-OP with its complementary instrument in professionals (Spanish QPC-OPS) [59] should be considered to obtain both perspectives simultaneously when evaluating the quality of psychiatric care.

Acknowledgements

Not applicable.

Authors' contributions

A.S and L.L conceived and designed the research. M.T., S.S, M.D.C. and A.R.M. acquired the data and substantively revised the work. J.F.R, M.T.L. and M.P. analyzed and interpreted the data. M.T. and J.F.R. drafted the work. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

The present study was funded by a grant from the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla and the Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. It was also funded by Fundació Privada per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu FSJD and Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) by the grant "Investigando cuidamos - cuidando investigamos". The study was also funded in part by the Nurse and Society Foundation as part of the Nurse Research Projects Grants (PR-011/16).

Availability of data and materials

The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

Firstly, in order to carry out the study, permission was sought from the original authors of the QPC-OP questionnaire to translate and adapt it to Spanish. All methods were performed in accordance with the Declaration of Helsinki and the study was approved by the research ethics committee at the Sant Joan de Déu Foundation, and assigned code number CEIC PIC-83-16. All participants were informed about the aims of the study and gave both verbal and written informed consent to participate voluntarily and anonymously. To guarantee the anonymity of the participants, the use of personal data that could identify the participants was omitted and each participant was encoded by assigning a numerical code by the recruiter according to the consecutive order of recruitment.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. ²Mental Health Department, Campus Docent Sant Joan de Déu-Private Foundation, University of Barcelona, C/ Sant Benito Menni, 18-20, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain. ³University Health Care Research Center, Faculty of Medicine and Health, Örebro University, Örebro, Sweden. ⁴Department of Nursing, Faculty of Health Care and Nursing, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway. ⁵Public Health, Mental Health and Maternal-Infant Nursing Department, Nursing College, University of Barcelona, Health Sciences Campus Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

Received: 6 July 2022 Accepted: 3 November 2022

Published online: 08 November 2022

References

- McDaid D, Park A-L, Wahlbeck K. The economic case for the prevention of mental illness. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:373–89.
- Montgomery L, Wilson G, Houston S, Davidson G, Harper C. An evaluation of mental health service provision in Northern Ireland. *Health Soc Care Community*. 2019;27(1):105–14.
- Thornicroft G, Tansella M. Community mental health care in the future: nine proposals. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(6):507–12.
- Sather EW, Svindseth MF, Crawford P, Iversen VC. Care pathways in the transition of patients between district psychiatric hospital centres (DPCs) and community mental health services. *Heal Sci Reports*. 2018;1(5):e37.
- Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, et al. The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: a narrative review of the perspective of nurses and patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):782–7.
- Stamboglis N, Jacobs R. Factors associated with patient satisfaction of community mental health services: a multilevel approach. *Community Ment Health J*. 2020;56(1):50–64.
- Wilson G, Daly M. Shaping the future of mental health policy and legislation in Northern Ireland: the impact of service user and professional social work discourses. *Br J Soc Work*. 2007;37(3):423–39.
- Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;31(1):9–22.
- Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J, et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21(4):353–64.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32):1–244.
- Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care*. 1999;11(4):319–28.
- Xiao L, Gao Y, Zhang L, Sun X, Zeng K. Perspectives of individuals with mental illness on community mental health Services in China: a qualitative exploration. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017;55(7):30–7.
- Hansson L, Sandlund M. Patient satisfaction in a comprehensive sectorized psychiatric service: study of a 1-year-treated incidence cohort. *Nord J Psychiatry*. 1999;53(4):305–12.
- Ivall E, Rooke L, Hamrin E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):6–17.
- Taube M, Berzina-Novikova N. Improving quality of psychiatric care in Latvia by measuring patient experiences. *Health Policy*. 2018;122(7):765–8.
- Korthuis PT, McGinnis KA, Kraemer KL, Gordon AJ, Skanderson M, Justice AC, et al. Quality of HIV care and mortality rates in HIV-infected patients. *Clin Infect Dis*. 2016;62(2):233–9.
- Malley J, D'Amico F, Fernandez J-L. What is the relationship between the quality of care experience and quality of life outcomes? Some evidence from long-term home care in England. *Soc Sci Med*. 2019;243:112635.
- Information Resources Management Association. Healthcare ethics and training: concepts, methodologies, tools, and applications. 1st. Information resources management association, editor. Hershey, PA: IGI Global; 2017.

19. Schröder A, Ahlström G, Larsson BW. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *J Clin Nurs*. 2006;15(1):93–102.
20. Farr M, Cressley P. Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:123.
21. Lundqvist LO, Ahlström G, Wilde-Larsson B, Schröder A. The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(7):629–37.
22. Henderson C, Hales H, Ruggeri M. Cross-cultural differences in the conceptualisation of patients' satisfaction with psychiatric services—content validity of the English version of the Verona Service Satisfaction Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(3):142–8.
23. Salyers MP, Fukui S, Rollins AL, Firmin R, Gearhart T, Noll JP, et al. Burnout and self-reported quality of care in community mental health. *Admin Pol Ment Health*. 2015;42(1):61–9.
24. Sanchez-Balcells S, Callarisa Roca M, Rodríguez-Zunino N, Puig-Llobet M, Lluch-Canut M-T, Roldán-Merino JF. Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(11):2497–510.
25. Gigantesco A, Morosini R, Bazzoni A. Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(1):73–8.
26. Woodring S, Polomano RC, Haagen BF, Haack MM, Nunn RR, Miller GL, et al. Development and testing of patient satisfaction measure for inpatient psychiatry care. *J Nurs Care Qual*. 2004;19(2):137–48.
27. Barbato A, Bajoni A, Rapisarda F, D'Anza V, De Luca LF, Inglese C, et al. Quality assessment of mental health care by people with severe mental disorders: a participatory research project. *Community Ment Health J*. 2014;50(4):402–8.
28. Thapinta D, Anders RL, Wiwatkunupakan S, Kitsumban V, Vadtanapong S. Assessment of patient satisfaction of mentally ill patients hospitalized in Thailand. *Nurs Health Sci*. 2004;6(4):271–7.
29. Garratt A, Bjørngaard JH, Dahle KA, Bjertnæs ØA, Saunes IS, Ruud T. The psychiatric out-patient experiences questionnaire (POPEQ): data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(2):89–96.
30. Schröder A, Larsson BW, Ahlström G. Quality in psychiatric care: an instrument evaluating patients' expectations and experiences. *Int J Health Care Qual Assur*. 2007;20(2–3):141–60.
31. Schröder A, Ahlström G, Wilde-Larsson B, Lundqvist L-O. Psychometric properties of the quality in psychiatric care - outpatient (QPC-OP) instrument. *Int J Ment Health Nurs*. 2011;20(6):445–53.
32. Schröder A, Larsson BW, Ahlström G, Lundqvist L-O. Psychometric properties of the instrument quality in psychiatric care and descriptions of quality of care among in-patients. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;23(6):554–70.
33. Schröder A, Agrim J, Lundqvist L-O. The quality in psychiatric care-forensic in-patient instrument: psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *J Forensic Nurs*. 2013;9(4):225–34.
34. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2015. p. 399.
35. Kline P. An easy guide to factor analysis. New York: Routledge; 1994.
36. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*. 2014;30(3).
37. Zou GY. Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Stat Med*. 2012;31(29):3972–81.
38. American Educational Research Association. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association; 2014. p. 33–47.
39. Rial A, Varela J, Abalo I, Levy JP. El análisis factorial confirmatorio. In: Varela Mallou J, editor. Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales : temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales. La Coruña: Netbiblo; 2006. p. 119–54.
40. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen KA, Long JS, editors. *T structural equation models*, editor. Newbury Park CA: Sage; 1993.
41. Kline R. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: The Guildford Press; 2011. p. 427.
42. Brown T. Confirmatory factor analysis for applied research. 2nd ed. New York: The Guildford Press; 2015. p. 462.
43. Byrne B. Structural equation modeling with EQS: Routledge; 2013.
44. Byrne B. Structural equation modeling with AMOS: Routledge; 2016.
45. Bentler RM, Wu EJC. EQS 6.3 for windows [Statistical Program]. Encino: Multivariate Software Inc; 2016.
46. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*. 2017;29(2):236–40.
47. Ledesma RD, Valero-Mora P, Macbeth G. The scree test and the number of factors: a dynamic graphics approach. *Span J Psychol*. 2015;18:E11.
48. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 5th ed. UK: Sage Publications Ltd; 2018.
49. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*. 1965;30:179–85.
50. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. *Lib Rev Peru Psicol*. 2019;25(1):99–106.
51. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. On the added value of multiple factor score estimates in essentially unidimensional models. *Educ Psychol Meas*. 2018;79(2):249–71.
52. Lorenzo-Seva U, Ten Berge JMF. Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*. 2006;2(2):57–64.
53. Sanchez-Balcells S, Lundqvist L-O, Roldán-Merino JF, Lluch-Canut MT, Callarisa Roca M, Rodríguez Zunino NF, et al. A Spanish adaptation of the quality in psychiatric care - inpatient staff (QPC-IPS) instrument: psychometric properties and factor structure. *An Sist Sanit Navar*. 2020;43(3):307–21.
54. Lundqvist L-O, Lorentzen K, Riiskjaer E, Schröder A. A Danish adaptation of the quality in psychiatric care-forensic in-patient questionnaire: psychometric properties and factor structure. *J Forensic Nurs*. 2014;10(3):168–74.
55. Lin EC-L, Hsiao F-H, Schröder A, Lundqvist L-O, Chao H-L, Lee S-K, et al. Factors influencing patient-perceived quality of care in psychiatric hospitals in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(1):9–16.
56. Lundqvist L-O, Suryani HD, Sutini T, Schröder A. A psychometric evaluation of the Indonesian version of the quality in psychiatric care-inpatient staff (QPC-IPS) instrument. *Asian J Psychiatr*. 2019;46:29–33.
57. Lundqvist L-O, Suryani, Anna N, Rafiyah I, Schröder a. Indonesian adaptation of the quality in psychiatric care-inpatient (QPC-IP) instrument: psychometric properties and factor structure. *Asian J Psychiatr*. 2018;34:1–5.
58. Sanchez-Balcells S, Lluch-Canut M-T, Domínguez Del Campo M, Moreno-Poyato AR, Tomás-Jiménez M, Lundqvist L-O, et al. A Spanish adaptation of the quality in psychiatric care-inpatient (QPC-IP) instrument: psychometric properties and factor structure. *BMC Nurs*. 2021;20(1):191.
59. Tomás-Jiménez M, Roldán-Merino J, Sánchez-Balcells S, Schröder A, Lundqvist L-O, Puig-Llobet M, et al. Adaptation, psychometric properties and factor structure of the Spanish quality in psychiatric care-outpatient staff (QPC-OPS) instrument. *Sci Rep*. 2022;12(1):4018.
60. Wagley JN, Rybarczyk B, Nay WT, Danish S, Lund HG. Effectiveness of abbreviated CBT for insomnia in psychiatric outpatients: sleep and depression outcomes. *J Clin Psychol*. 2013;69(10):1043–55.
61. Lundqvist L-O, Riiskjaer E, Lorentzen K, Schröder A. Factor structure and psychometric properties of the Danish adaptation of the instrument quality in psychiatric care-forensic in-patient staff (QPC-FIPS). *Open J Nurs*. 2014;04:878–85.
62. Skundberg-Kletthagen H, Schröder A, Lundqvist L-O, Moen ØL, Gonzalez MT. Adaption and cultural validation of the quality in psychiatric care-outpatient staff (QPC-OPS) instrument to a Norwegian community mental health context. *J Behav Health Serv Res*. 2022;15:1–11.
63. Nunnally J, Bernstein I. The theory of measurement error. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1994. p. 209–47.
64. Schröder A, Lundqvist L-O. The quality in psychiatric care-inpatient staff instrument: a psychometric evaluation. *Healthc*. 2022;10(7):1213.
65. Moen ØL, Skundberg-Kletthagen H, Lundqvist L-O, Gonzalez MT, Schröder A. The relationships between health professionals' perceived quality of care, family involvement and sense of coherence in community mental health services. *Issues Ment Health Nurs*. 2020;29:1–10.
66. Lundqvist L-O, Ivarsson A-B, Brunt D, Rask M, Schröder A. Quality of community-based day Centre services for people with psychiatric disabilities: psychometric properties of the quality in psychiatric care - daily activities (QPC-DA). *Scand J Occup Ther*. 2016;23(2):91–6.

67. Lundqvist L-O, Rask M, Brunt D, Ivarsson A-B, Schröder A. Measuring quality in community based housing support - the QPC-H instrument. *Int J Health Care Qual Assur.* 2016;29(3):267–75.
68. Schröder A, Lundqvist L-O. The quality in psychiatric care-forensic in-patient staff (QPC-FIPS) instrument: psychometric properties and staff views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open J Nurs.* 2013;3(3):330–41.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



3.3.- Artículo 3

Roldán-Merino, J. F., Tomás-Jiménez, M., Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez Del Campo, M., Sanchez-Balcells, S., & Lluch-Canut, M. T. (2023). Quality in Psychiatric Care in the Community Mental Health Setting from the Perspective of Patients and Staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4043.

Índice de impacto 2021 (SCI/SSCI): 4.614

Cuartil y área 2021 (SCI/SSCI): Q1 Public, Environmental & Occupational Health



Article

Quality in Psychiatric Care in the Community Mental Health Setting from the Perspective of Patients and Staff

Juan Francisco Roldán-Merino ^{1,2,3} , Manuel Tomás-Jiménez ^{1,2,4,5,*} , Agneta Schröder ^{6,7} ,
Lars-Olov Lundqvist ⁶ , Montserrat Puig-Llobet ⁸ , Antonio R. Moreno-Poyato ^{3,8} ,
Marta Domínguez del Campo ^{1,2,4,9}, Sara Sanchez-Balcells ⁴ and Maria Teresa Lluch-Canut ⁸

- ¹ Mental Health Department, Campus Docent Sant Joan de Déu Private Foundation, University of Barcelona, C/Sant Benito Menni, 18-20, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain
 - ² Grupo DAFNiS, Campus Docent Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain
 - ³ Mental Health, Psychosocial and Complex Nursing Care Research Group—NURSEARCH, University of Barcelona, 08907 Barcelona, Spain
 - ⁴ Parc Sanitari Sant Joan de Déu, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain
 - ⁵ Patient Safety Research Group, Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu, 08830 Sant Boi de Llobregat, Spain
 - ⁶ University Health Care Research Center, Faculty of Medicine and Health, Örebro University, 701 85 Örebro, Sweden
 - ⁷ Department of Nursing, Faculty of Health Care and Nursing, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), 2815 Gjøvik, Norway
 - ⁸ Public Health, Mental Health and Maternal Infant Nursing Department, Nursing College, University of Barcelona, Health Sciences Campus Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, 08907 Barcelona, Spain
 - ⁹ Etiopatogenia I Tractament Dels Trastorns Mental Sever (MERITT), Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Santa Rosa 39-57, 08950 Esplugues de Llobregat, Spain
- * Correspondence: manuel.tomas@sjd.edu.es



Citation: Roldán-Merino, J.F.; Tomás-Jiménez, M.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Puig-Llobet, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Domínguez del Campo, M.; Sanchez-Balcells, S.; Lluch-Canut, M.T. Quality in Psychiatric Care in the Community Mental Health Setting from the Perspective of Patients and Staff. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 4043. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054043>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 10 January 2023

Revised: 20 February 2023

Accepted: 22 February 2023

Published: 24 February 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The current paradigm of mental health care focuses on care provided in the community, increasingly moving away from hospital care models that involve considerable economic burden. Patient and staff perspectives on the quality of psychiatric care can highlight strengths and areas for improvement to ensure better care provision. The aim of this study was to describe and compare perceptions of quality of care among patients and staff in community mental health services and to determine possible relationships between these perceptions and other study variables. A comparative cross-sectional descriptive study was conducted in a sample of 200 patients and 260 staff from community psychiatric care services in the area of Barcelona (Spain). The results showed high overall levels of quality of care from patient ($m = 104.35 \pm 13.57$) and staff ($m = 102.06 \pm 8.80$) perspectives. Patients and staff both gave high scores to Encounter and Support factors, while factors concerning patient Participation and Environment received the lowest scores. Continuous assessment of the quality of psychiatric care in the community setting is essential to ensure the highest quality of care, taking the perspectives of those involved into account.

Keywords: quality of care; community care; psychiatric care; patients' perspective; staff's perspective

1. Introduction

In recent decades, the World Health Organization has instituted a paradigm shift in mental health care at international level, which involves a move away from institutional care models in favor of community care provision [1]. The aim is to carefully balance mental health care between community and hospital services while prioritizing the relocation of the majority of care provision so that it is near to or at people's homes [2]. Inadequate community psychiatric care continuity can lead to referrals to long-stay units and institutionalization, which entail increases in health costs and reduced quality of care [3,4]. As such, community care systems should be strengthened to deal with patients with differing

degrees of healthcare needs and professional training should include a focus on community care as a central component [5].

Patient satisfaction is an important aspect in the assessment of health services [6] and it has been shown that coordinated care provided in the community is associated with the perception of greater satisfaction among mental health patients [7]. However, patient satisfaction is not necessarily synonymous with quality [8], as measurement of satisfaction in terms of service indicators is not the same as exploring patients' definitions of care quality and which factors best facilitate their recovery [9]. The main difference between satisfaction and quality of care is that the concept of quality of care should include the perspectives of all parties involved [10]. Nevertheless, assessment of care quality is usually conducted from the staff's point of view [11], even though it has been observed that the perceptions of patients and staff do not coincide when it comes to defining what constitutes high quality care [12].

Patients have the right to receive care that corresponds to their needs [13] and the services provided by community mental health staff should be considered acceptable and accessible by patients and their families [2,13]. This includes intensive case management, early crisis interventions and rehabilitation services [13]. Indeed, quality of care received is an influential aspect in patients' treatment outcomes [14].

It is crucial to examine patients' perceptions of quality of care received [15,16] and, in fact, patients' perception measures are judged to be of greater value than even standard measures of quality of care such as clinician or referrer indicators [17]. Working in tandem with mental health service users is considered an essential value recognized in various countries [18]. In particular, users' active participation can be implemented at different levels that can range from a more individual approach, in which the patient takes part in decision-making related to treatment and care received [13], to their inclusion in service planning and assessment, in addition to research activities [19]. There are even authors who defend patient participation in the design of instruments to measure quality of care, highlighting the importance of their experiences and points of view, which can be a source of valuable information [20,21].

One of the most important indicators in the field of health in Catalonia is the perception, experience and satisfaction survey plan for users of the Catalan Health Service. The most recent results for community mental health centers from 2021 showed that degree of satisfaction (7.82 out of 10) and adherence (81% intention to return to the center) had dropped slightly compared with results from the previous study in 2018 (satisfaction 7.92/10 and adherence 82.9%). The aspects rated most highly by patients were the treatment received from professionals and the cleanliness of the center, while the aspects with the lowest rating were contact with the center and frequency of visits. An important limitation of this study is that it only includes the patients' point of view while it would be valuable to also explore that of professionals [22].

Mental health staff define quality of care as a multidimensional concept, which is positive and normative [23]. Understanding the staff's perspectives with respect to quality of care provided facilitates identification of areas for improvement and promotes the development of new strategies that will subsequently benefit service users [24,25]. It is important to emphasize good coordination and inter-service relationships, as well as solid support for professionals from organizations, elements which help to avoid exhaustion and burn-out and thus contribute to better patient care [26].

Policies have been developed worldwide to encourage more personalized, efficacious care planning, although evidence suggests that these innovations have not met all their goals and further research is needed [27]. The use of robust, validated instruments can identify scope for improvement in care provision and the quality of mental health services [28]. To ensure the best possible quality of care for people with mental illness, it is important to conduct a continuous process of assessment and improvement [29,30].

The aim of the present study was to describe and compare perceptions of quality of care from the perspective of both patients and staff in community mental health services and to determine possible relationships between these perceptions and other study variables.

2. Materials and Methods

2.1. Design

Comparative cross-sectional descriptive study. Mean values of perceived quality of care were determined in two study samples at a single timepoint for later comparison.

2.2. Participants

The study was conducted using two samples; one of patients and one of staff. Both samples were recruited from community mental health facilities from Parc Sanitari Sant Joan de Déu in 1 district from Barcelona city and 9 nearby towns. This institution offers a concerted service specializing in mental health to the regional health system that is fully public and free of charge to users.

2.2.1. Patients

A total of 200 patients treated at distinct community mental health facilities in the Barcelona area were recruited through consecutive non-probabilistic sampling. Inclusion criteria established were being older than 18 years, having a diagnosis of mental disorder, being in follow-up at a community mental health facility at the time of the study and agreeing to participate voluntarily. Exclusion criteria were inability to understand or express oneself in Spanish, severe cognitive impairment, and organic disorder and/or intoxication due to drug use at the time of assessment. Data collection was conducted between February 2020 and March 2022.

2.2.2. Staff

The sample of staff consisted of 260 staff from a number of disciplines at different community mental health facilities in the Barcelona area, recruited through non-probabilistic convenience sampling. Inclusion criteria were being actively employed in the aforementioned facilities and voluntarily agreeing to participate. The sole exclusion criterion was having less than one year of experience in the area of mental health. Conditions for the work environment at the centers studied follow national health system guidelines. Data collection was conducted between February 2019 and February 2020.

2.3. Variables and Sources of Information

The present study used the instruments Quality in Psychiatric Care-Outpatient (QPC-OP) for patients and Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) [31] for staff. Using these instruments, patients and staff respond to the same questions about the quality of care received or provided.

Both instruments had previously been validated in Spanish and showed good psychometric properties in terms of reliability and construct validity [32,33]. The instruments are based on the definition of quality of care developed by Schröder et al. [34,35] following a phenomenographic study in psychiatric patients [36].

Each instrument consists of a total of 30 items distributed across 8 factors as follows: F1 Encounter (6 items) represents aspects covering the staff-patient interpersonal relationship where the level of respect, listening, empathy and staff concern for patients are assessed. F2 Participation-Empowerment (3 items) and F3 Participation-Information (5 items) reflect the level of involvement patients have in their care as well as whether the information received is sufficient for them to make decisions about their care. F4 Discharge (3 items), on the other hand, deals with continuity of care at the facility in question, while F5 Support (4 items) reflects support received by patients from staff regarding the stigma associated with mental illness. F6 Environment assesses perception of the degree of safety at the center. F7 Next of kin represents the degree of participation and respect offered to patients' relatives,

while F8 Accessibility (4 items) evaluates contact with the center and the staff assigned to the patient. Each item begins with the phrase “I experience that . . . ” and is scored on a Likert-type scale with four response options ranging from 1 (completely disagree) to 4 (completely agree) with a further ‘not applicable’ option for each one if required. Scores can be obtained globally or by factors; the maximum global score is 120 points and the minimum 30 points, such that a high score in each factor or in the overall instrument indicates a good perception of quality of psychiatric care. On the other hand, a low score implies a need for an improvement intervention in the identified areas.

In addition, data on the following variables were collected in each group: age, sex, nationality, perceived mental health and perceived physical health.

In addition, collected in the patient group were the following: level of shared living (living alone/living with others), educational level, time in contact with mental health services, participation in care planning, awareness of claims channels and number of visits in the previous year.

In addition, collected from the staff group were data on professional categories and number of years worked at the center.

2.4. Data Collection Procedure

Both patients and staff were invited to take part by contact personnel who informed them about study procedures and aims. All participants were informed verbally about the purpose of the study in a manner adapted to their understanding, ensuring that they fully comprehended all the information provided. Subsequently, an information sheet and informed consent document were delivered, which were signed to confirm their completely voluntary participation. It was made clear that declining to participate would have no effect on their care (in the case of patients) or on their professional situation (in the case of staff). Each participant was informed of their right to withdraw from the study at any time if they so wished. Figure 1 shows the flow diagram for the data collection process.

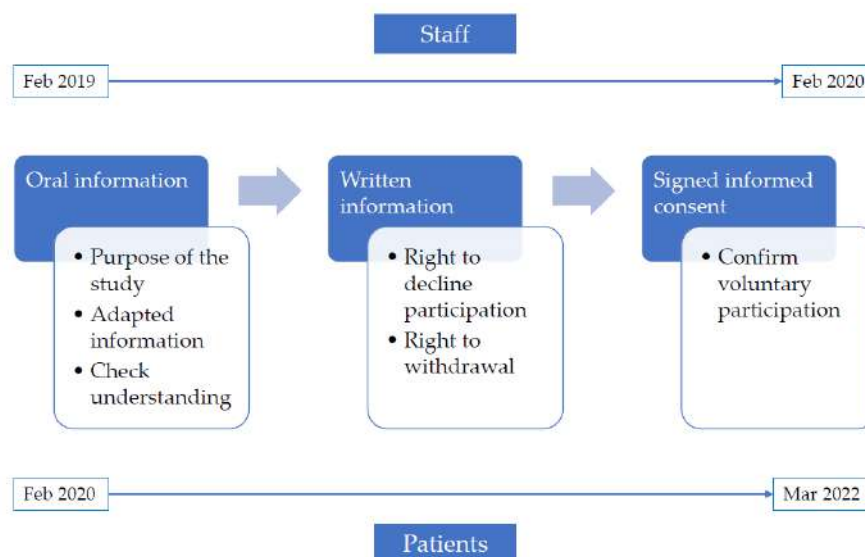


Figure 1. Data collection flow diagram.

The study was approved by the research ethics committee at Fundació Privada per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu FSJD and assigned the CEIC code PIC-83-16.

2.5. Data Analysis

All statistical analyses were performed using SPSS version 28, and a descriptive analysis of the database was conducted, generating descriptive statistics for numerical variables and frequency tables for categorical variables.

To allow comparison of the factor scores from the different instruments and factors, the mean score of each factor was divided by the number of items it contained. The Student's *t*-test was used to compare the total and between factor scores between patients and staff.

To study the relationship with categorical sociodemographic variables with 2 possible categories, the *t* test or Mann–Whitney U test were used, depending on whether normality could be assumed or not in the distribution of the variable. Finally, to study the relationship with sociodemographic variables with more than 2 categories, ANOVA or Kruskal–Wallis tests were used, depending on whether it could be considered that there was normality in the distribution of the variables. To study the relationship between the scale factor scores (or the total score) with numerical sociodemographic variables, the Pearson correlation was calculated.

3. Results

3.1. Patients

3.1.1. Description of the Sample

The patient sample consisted of 200 participants. Some 28.4% lived alone compared with 71.6% who lived with others. The participants assessed had been in contact with mental health services for 11.52 ± 11.11 years. A total of 78.4% of participants stated that they had taken part in their care planning, while the remaining 21.6% said that they had not. Regarding educational level, 11.8% did not complete primary education, 21% completed primary education, 17.9% secondary education, 32.8% professional training-high school, and 16.4% higher or university education.

At the time of the survey, 6.3% of participants stated that they had not visited the outpatient center on any occasion during the previous year, while 13.7% said that they had visited once, 16.8% between 2–5 times, 20% between 6–10 times and the remaining 43.2% had made more than 10 visits to the center in the previous 12 months. In all, 51% of participants declared that they were aware of the claims channels, in the case that they were not satisfied with their treatment, while the remaining 49% stated that they were not aware of them. Table 1 shows the sociodemographic variables of both study groups expressed as mean and standard deviation or frequency and percentage according to type of variable.

Table 1. Study groups' sociodemographic characteristics.

Background Variable	Patients. n (%)	Staff. n (%)
n	200	260
Sex		
Woman	99 (49.5%)	192 (73.8%)
Man	100 (50%)	67 (25.8%)
Missing data	1 (0.5%)	1 (0.4%)
Age M (SD)	46.15 (13.74)	40 ± 10.03
Nationality		
Spanish	184 (92%)	248 (95.4%)
Other	16 (8%)	11 (4.2%)
Missing data	0 (0)	1 (0.4%)
Perceived physical health		
Very bad	16 (8%)	0 (0)
Bad	51 (25.5%)	7 (2.7%)
Neither good nor bad	59 (29.5%)	37 (14.2%)
Good	58 (29%)	176 (67.7%)
Very good	14 (7%)	38 (14.6%)
Missing data	2 (1%)	2 (0.8%)
Perceived mental health		
Very bad	7 (3.5%)	0 (0)
Bad	35 (17.5%)	1 (0.4%)
Neither good nor bad	61 (30.5%)	22 (8.5%)
Good	69 (34.5%)	174 (66.9%)
Very good	26 (13%)	61 (23.5%)
Missing data	2 (1%)	2 (0.8%)

3.1.2. Perception of Quality of Care

Table 2 shows the score values for each factor, revealing that the highest scores given by the patients were for the factors F1 Encounter (3.59 ± 0.57) and F5 Support (3.59 ± 0.57), while the lowest scores were for the factors F3 Participation-information (3.33 ± 0.61) and F2 Participation-empowerment (3.22 ± 0.64). A great number of patients (95%) rated the quality of care received as high, bearing in mind the cut-off point established by the original authors of a mean global score greater than 2.5 points calculated for the 30 items [31].

Table 2. Means (M) and Standard Deviations (SD) of Perceived Quality of Outpatient Care Among Patients and Staff.

Factors	Patients Mean (SD)	Staff Mean (SD)	<i>t</i>	<i>p</i>
F1. Encounter 6 items	21.74 (3.08) 3.59 (0.57)	22.14 (2.19) 3.68 (0.37)	−1.532	0.126
F2. Participation-Empowerment 3 items	9.74 (1.85) 3.22 (0.64)	9.33 (1.64) 3.10 (0.45)	2.432	0.015 *
F3. Participation-Information 5 items	16.80 (2.83) 3.33 (0.61)	16.81 (2.34) 3.35 (0.57)	−0.046	0.963
F4. Discharges 3 item	10.42 (1.80) 3.45 (0.62)	10.40 (1.14) 3.46 (0.39)	0.082	0.935
F5. Support 4 items	14.46 (2.07) 3.58 (0.57)	14.60 (1.61) 3.64 (0.41)	−0.786	0.432
F6. Environment 3 items	10.55 (1.73) 3.49 (0.62)	8.98 (1.61) 2.99 (0.53)	9.852	0.0001 *
F7. Next of kin 2 items	7.02 (1.19) 3.48 (0.63)	7.08 (0.87) 3.53 (0.44)	−0.604	0.546
F8. Accessibility 4 items	13.59 (2.55) 3.37 (0.67)	12.68 (2.44) 3.16 (0.61)	3.866	0.0001 *
Total QPC score 30 items	104.35 (13.57) 3.45 (0.79)	102.06 (8.80) 3.39 (0.69)	2.06	0.040 *

SD—Standard deviation, *t*—*t*-Student Fisher, *p*—*p*-value. * significant at $p < 0.05$.

A weak positive correlation was observed between age and the global instrument score ($r = 0.183$, $p = 0.011$). Those patients who stated having participated in care planning had higher scores ($m = 105.06 \pm 15.08$) in the perception of quality of care than those that did not ($m = 99.97 \pm 14.74$, $p = 0.016$).

The results of the Kruskal–Wallis test revealed statistically significant differences between the QPC-total score and the number of visits made to the center in the previous year ($p < 0.001$). The post-hoc analysis showed that those who had visited more than 10 times in that year had higher mean scores in perception of quality of care ($m = 109.80 \pm 9.84$) than those who had visited 2–5 times ($m = 99.21 \pm 14.13$, $p < 0.001$), 1 time ($m = 96.92 \pm 17.03$, $p < 0.001$) or had not visited ($m = 96.25 \pm 18.14$, $p = 0.003$).

The Kruskal–Wallis test showed statistically significant differences between global quality scores and perceived mental ($p < 0.001$) and physical health ($p = 0.011$). With regard to perception of mental health, the post-hoc analysis showed that patients who reported very good mental health had higher scores ($m = 111.38 \pm 17.74$) than those who referred to good mental health ($m = 106.40 \pm 11.30$, $p = 0.002$), neither good nor bad ($m = 102.03 \pm 13.21$, $p < 0.001$) and bad mental health ($m = 96.68 \pm 16.89$, $p < 0.001$). On the other hand, the scores of those who reported good mental health ($m = 106.40 \pm 11.30$) were higher than those who had bad mental health ($m = 96.68 \pm 16.89$, $p = 0.005$). Regarding perception of physical health, the post-hoc analysis only showed, with statistically significant results, that people who reported having very good physical health had higher

mean quality of care scores ($m = 109 \pm 23.27$) than those who reported bad physical health ($m = 99.03 \pm 16.25$, $p = 0.002$).

No statistically significant results were obtained that related global instrument scores and sex ($p = 0.553$), nationality ($p = 0.752$), level of shared living (living alone/living with others) ($p = 0.559$), educational level ($p = 0.180$), time in contact with mental health services ($r = 0.24$, $p = 0.75$) and being aware of the claims channels if they were dissatisfied with their treatment ($p = 0.194$).

Table 2 shows the mean and standard deviation values for the different QPC-OP/OPS instrument factors, along with their total value.

3.2. Staff

3.2.1. Description of the Sample

The sample consisted of a range of professional categories distributed as follows: 29.61% nurses, 20.38% psychiatrists, 16.53% psychologists, 8.84% social educators, 7.7% case managers, 7.30% social workers, 5% administration and 4.61% occupational therapists, with a mean of 8.68 ± 7.60 years worked at the center. Table 1 shows other variables of interest.

3.2.2. Perception of the Quality of Care

Table 2 shows the score values for each factor, showing that the highest scores were for the factors F1 Encounter (3.68 ± 0.37) and F5 Support (3.64 ± 0.41), while the lowest scores were for the factors F2 Participation-empowerment (3.10 ± 0.45) and F6 Environment (2.99 ± 0.53). All staff members bar one rated the quality of care provided as high, bearing in mind the cut-off point established by the original authors of a mean global score greater than 2.5 points calculated for the 30 items [31].

Statistically significant differences were detected with respect to nationality and global score, where the scores of the Spanish staff ($m = 102.17 \pm 8.97$) were higher than those of other ethnic backgrounds ($m = 94.90 \pm 8.70$) ($p = 0.009$).

No statistically significant correlations were detected between global score and age ($r = 0.07$, $p = 0.240$), sex ($p = 0.674$), time worked at the center ($r = 0.096$, $p = 0.123$), or perceived mental ($p = 0.562$) or physical health ($p = 0.351$).

Statistically significant differences were found when comparing the global scores between patients and staff ($t = 2.06$; $p = 0.040$), with patients showing higher scores ($m = 104.35 \pm 13.57$) than staff ($m = 102.06 \pm 8.80$). Statistically significant differences were also observed in three of the eight factors that make up the questionnaire, with patients showing higher scores in all three.

4. Discussion

The aim of this study was to describe and compare the perception of quality of care from the perspectives of patients and staff in community mental health services and to determine possible relationships between these perceptions and other study variables.

In general, the global quality of care scores given by both patients and staff were high. Spanish community mental health patients presented global quality scores which were higher than those of other countries in the community setting [5,31,37], and also higher than in other contexts such as hospital [5,34] and forensic settings [38,39] using instruments from the same family. Similarly, Spanish staff had global scores which were somewhat higher than staff in other countries in community [40], hospital [41] and forensic [42,43] contexts with instruments from the same family.

It should be mentioned that patients gave higher scores in quality of care received than staff. This is in contrast to studies from other fields in which staff rated the quality of care more highly than patients [44,45], although a possible explanation for this may be that staff tended to overestimate the quality of care provided [46]. In previous research in both the physical and psychiatric areas, the differences between patients and staff can be associated with discrepancies when defining a particular concept [47]. However, the

dissimilarities in points of view between patients and staff may also be due to differences in experiences, knowledge, expectations and/or educational level [44,48].

In the case of patients, the factors with the highest scores were F1 Encounter and F5 Support. This finding is consistent with other studies using QPC instruments where encounter was the most highly [5,31,34,37] or second most highly rated factor [5], and support was the second most highly rated factor by patients [5,38,39]. On the other hand, those factors which received the lowest scores were F3 Participation-information and F2 Participation-empowerment. In similar studies, factors referring to the participation of patients in their own care received lower scores [34,38,39,49] as well as those covering aspects related to information and participation [50,51].

Staff gave the highest scores to the factors F1 Encounter and F5 Support. In studies using instruments from the same battery, staff gave encounter the highest [40] or second highest score [41,52], while support also ranked first [41,52] or second [40,42,43] among the factors. In contrast, F2 Participation-empowerment and F6 Environment obtained the lowest scores. In the previously mentioned studies, factors related to participation were rated second to last [42] and the factor environment, which was closely associated with perceived safety by staff, occupied the final positions in the hospital [41,52], community [40] and, in particular, the penitentiary setting [42,43]. This feeling of a lack of safety reported by staff may be due to episodes of violence (mainly verbal and occasionally physical) that can occur in the psychiatric setting [53]. Nurses should apply scientific evidence in practice to improve quality of care and safety in the center [54], taking into account that the safety of both patients and staff is an important aspect of quality of care [53].

It should be kept in mind that the factor F1 Encounter contains items reflecting the interpersonal relationship between staff and patient. Staff-patient interaction has been identified by some authors as a central element in quality of care [16,55] and should be considered a priority by staff in ensuring high care quality [56]. From the patients' perspective, the importance of contact and the interpersonal relationship has been emphasized, where staff can dedicate time to listening and exploring patients' feelings rather than mainly focusing on their daily routines and tasks [57], especially as this can influence whether or not the patient returns to the center [58].

Although the results of this study regarding F5 Support scores represent good progress in the fight against the stigma around mental health, there is an urgent and ongoing need for recovery-centered anti-stigma education addressed to health staff. This would be of benefit to both hospitals and outpatient units in helping to acquire tools to tackle public and internalized stigma associated with mental illness [59]. Beckers et al. [60] reported a certain preference among patients for community mental health treatment as it is associated with less stigma than older mental health services, bearing in mind that the experience of stigma affects the patient, their relatives and others outside the family [61].

Concerning the great importance of information in care provision, it is vital to adapt the information to the patients in terms of their unique living situation and previous experiences of care [62,63]. Previous studies confirm that patients who consider that they are well-informed rate the quality of care received more highly than those who are less well-informed, an aspect that staff should take into account [31,34,38,39]. Being aware of the claims channels could be considered as a piece of information that should be available to the patient even though it may appear contradictory that the present study did not identify this awareness as a facet that influenced perception of quality of care. In fact, this finding is not consistent with previous similar studies which reported that patients who were aware of the claims channels perceived better quality of care [38,64,65].

Patients who participated in their own care planning gave higher scores in quality of care received and these data are important considering that the factors covering participation were rated lowest by patients and F2 Participation-empowerment was rated lowest by staff. Crawford et al. (2002) conducted a review in which they found that patients involved in their care attained better health, were more satisfied and enjoyed better quality of life but also remarked that the effects of their participation in the quality and effectiveness of the

services is still unknown [66]. It is interesting to reflect on the low score given to participation by both groups considering the importance given to the participation of patients in the redesign of health processes [67]. However, the low scores associated with participation appear to be a frequent issue in the psychiatric setting [39] where greater patient autonomy and involvement in decision-making should be encouraged [49]. The results, in this sense, may reveal relatively more patient dissatisfaction with their opportunities to take part in their care and a lack of satisfaction among the staff themselves at not being able to offer patients adequate options for involvement [44], which could partly be influenced by a conceptual difference between staff and patients on what constitutes participation in care [68].

A weak positive correlation was observed between age and global instrument score, suggesting that the older the patient, the higher the quality score given. This finding is in line with previous studies that indicate that older people are usually less critical than younger ones when rating quality of care received [34,64,69], which may be due to older people having lower expectations in this regard [30] or even that staff treatment of older people is more attentive and respectful [70]. This relationship was not observed for staff, where age was not an influential factor in the perception of quality of care provided. This finding is in contrast to previous studies in which older staff perceived better quality of care offered than younger staff [42].

With regard to sex, no relationship was found with quality of care in either group. This differs from the findings of previous studies that found higher quality of care scores among female patients than males [50,71]. On the other hand, there are other studies that observed exactly the opposite, that is, that male patients gave higher scores in quality of care than females [38,49,72,73]. With regard to staff, nor was any relationship found between perception of quality of care and sex in other studies [42].

It should, nevertheless, be pointed out that previous research in sex and age did not show a clear association with satisfaction or quality of care received by the patient [35,74,75].

Similarly, in the case of patients, nationality was not a factor that influenced perception of quality of care, which is consistent with previous studies [38,75], although Spanish staff perceived better quality of care provided than staff from other ethnic backgrounds—a finding not observed in previous studies where the nationality of staff appeared to have no bearing on the perception of quality [42,44].

Living alone or with others was not a factor which had an impact on perception of quality among patients, which has also been reported in similar studies in other settings [38], although a study in a hospital setting did find that living alone was a factor underlying lower scores in discharge [75].

Educational level was not a factor that affected perception of quality of care among patients either, which is in keeping with previous research that also found no association between these variables [38,75]. Some studies reported that patients with a low educational level tended to give lower scores for quality of care [64]. However, in contrast, other studies indicated that patients with a higher educational level perceived poorer quality of care than those with a lower level of education [30,65,76], and one explanation could be that people with a higher educational level are more demanding of the services they receive [77] and they may rate care quality as poorer if their expectations are not met [65].

In the case of patients, time in contact with mental health services was not a factor that impacted their perception of quality of care. With regard to staff, years of experience in the mental health area did not affect their perception of quality, which is in line with the findings of other similar studies [44].

Both study groups were asked about their perception of physical and mental health at the time of the interview. In patients, a relationship was observed between these health perceptions and their assessment of quality of care received, such that people who reported having good mental health gave a higher score in perception of quality of care. This association between perceived mental health and perceived quality of care in patients was previously described in similar studies [5,38,65]. Likewise, patients who reported

good physical health gave higher scores to quality of care received and this influence of health status on the perception of quality of care was also previously observed [49,65,78]. The literature describes how quality psychiatric care leads to better health outcomes [79] although, as ours is a cross-sectional study, it is not possible to determine whether high quality care produces better health in the patients treated or better health influences patient perception of the facility attended—a limitation already found in a similar study to ours [65]. In the case of staff, their perceptions of physical and mental health were not factors which affected their perception of quality of care provided.

It is essential to explore patients' experiences and perceptions regarding satisfaction and quality of services as these are important indicators of their intention to visit the center again [5,80–82], adherence to treatment and enjoyment of good quality of life [82], and this knowledge can contribute to ensuring continuity of quality care. Consideration of the perspectives of patients and staff is of great value when implementing organizational changes [45,48] and regular assessments, provision of adequate resources, training, leadership and professional support greatly increase the opportunities for work improvements [83].

The results of this study should be interpreted with caution due to a number of limitations. The main limitation is that as a comparative cross-sectional study, no follow-up assessments were conducted and so, it was not possible to assess any type of progress. The study design also prevented us from assessing the influence of quality of care on the physical or mental health of those treated and future studies should explore this issue. A further limitation concerns the data-collection periods for each study group, which were not simultaneous, and some factors may have arisen between the two series of dates which affected the perception of quality in either or both groups. As such, it is recommended that in future studies data collection periods should be concurrent. It should also be noted that there are fewer people in the patient group than in the staff group and future research should ensure equivalence in group sizes. Data on severity of mental health illness was not collected in this study and its inclusion as a study variable should be considered in future research to determine whether it is a factor influencing perception of care quality. We would recommend the addition of an open-ended questionnaire in future studies similar to this one to gather participants' suggestions regarding quality of care in the center studied.

The findings of this study have a series of implications for clinical management. Aspects covering the staff-patient relationship and anti-stigma attitudes are of great importance to both staff and patients while the issue of patient participation in their care process remains unresolved. Thus, it is essential to develop patient participation in a way that is satisfactory to both parties involved. On the other hand, it is vital to consider the patient's profile and adapt care to characteristics such as age so that it is adjusted to care recipients' individual needs and their environment.

5. Conclusions

The results of our study show that patients rated the quality of psychiatric care more highly than staff and this may be due to the demands that staff placed on themselves at work. It was observed that F1 Encounter and F5 Support scores received were strengths in the context of care received while participation emerged as the main area for improvement in the view of both patients and staff.

The results of this study highlight the importance of an interactive role for patients and staff, working together as a team to ensure quality in psychiatric care. Systematic, continuous assessments of care quality of care are vital in guaranteeing quality services that can adapt to any obstacles that may arise, while treating patients in their community can help to avoid costly hospital admissions. The dual perspective contributes valuable information, both from staff as care providers and strategists in care improvements, and patients due to their unique point of view according to their living situation and, in particular, the largely voluntary nature of their connection to the community facilities where they are treated.

Author Contributions: Conceptualization, A.S. and L.-O.L.; methodology, J.F.R.-M., M.P.-L. and M.T.L.-C.; formal analysis, J.F.R.-M. and L.-O.L.; investigation, M.T.-J., A.R.M.-P., M.D.d.C. and S.S.-B.; data curation, M.T.-J.; writing—original draft preparation, J.F.R.-M., M.T.-J. and M.D.d.C.; writing—review and editing, A.S., L.-O.L., M.P.-L., A.R.M.-P., S.S.-B. and M.T.L.-C.; supervision, J.F.R.-M. and M.T.L.-C.; project administration, M.T.-J., M.D.d.C. and S.S.-B. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: The present study was funded by a grant from the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, the Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental and Fundació Privada per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu FSJD. The study was also funded in part by the Nurse and Society Foundation as part of the Nurse Research Projects Grants (PR-011/16).

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee of Fundació Privada per a la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu FSJD (protocol code PIC-83-16 approved in December 2019).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. Written informed consent has been obtained from the patients to publish this paper.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available upon request from the corresponding author.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.

References

1. World Health Organization. *The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1990.
2. Thornicroft, G.; Tansella, M. Community Mental Health Care in the Future: Nine Proposals. *J. Nerv. Ment. Dis.* **2014**, *202*, 507–512. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Chow, W.S.; Ajaz, A.; Priebe, S. What Drives Changes in Institutionalised Mental Health Care? A Qualitative Study of the Perspectives of Professional Experts. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2019**, *54*, 737–744. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Salisbury, T.T.; Killaspy, H.; King, M. The Relationship between Deinstitutionalization and Quality of Care in Longer-Term Psychiatric and Social Care Facilities in Europe: A Cross-Sectional Study. *Eur. Psychiatry* **2017**, *42*, 95–102. [[CrossRef](#)]
5. Lin, E.C.-L.; Hsiao, F.-H.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Chao, H.-L.; Lee, S.-K.; Hung, T.-M.; Lu, M.-J.; Lu, H.-L.; Laio, S.-J.; et al. Factors Influencing Patient-Perceived Quality of Care in Psychiatric Hospitals in Taiwan. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2021**, *35*, 9–16. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Ruggeri, M.; Lasalvia, A.; Salvi, G.; Cristofalo, D.; Bonetto, C.; Tansella, M. Applications and Usefulness of Routine Measurement of Patients' Satisfaction with Community-Based Mental Health Care. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* **2007**, *116*, 53–65. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Stamboglis, N.; Jacobs, R. Factors Associated with Patient Satisfaction of Community Mental Health Services: A Multilevel Approach. *Community Ment. Health J.* **2020**, *56*, 50–64. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
8. Gill, L.; White, L. A Critical Review of Patient Satisfaction. *Leadersh. Health Serv.* **2009**, *22*, 8–19. [[CrossRef](#)]
9. Powell, R.A.; Holloway, F.; Lee, J.; Sitzia, J. Satisfaction Research and the Uncrowned King: Challenges and Future Directions. *J. Ment. Health* **2004**, *13*, 11–20. [[CrossRef](#)]
10. Farr, M.; Cressey, P. Understanding Staff Perspectives of Quality in Practice in Healthcare. *BMC Health Serv. Res.* **2015**, *15*, 123. [[CrossRef](#)]
11. Baines, R.; Donovan, J.; de Bere, S.R.; Archer, J.; Jones, R. Patient and Public Involvement in the Design, Administration and Evaluation of Patient Feedback Tools, an Example in Psychiatry: A Systematic Review and Critical Interpretative Synthesis. *J. Health Serv. Res. Policy* **2019**, *24*, 130–142. [[CrossRef](#)]
12. Barbato, A.; Bajoni, A.; Rapisarda, F.; D'Anza, V.; De Luca, L.F.; Inglese, C.; Iapichino, S.; Mauriello, F.; D'Avanzo, B. Quality Assessment of Mental Health Care by People with Severe Mental Disorders: A Participatory Research Project. *Community Ment. Health J.* **2014**, *50*, 402–408. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Thornicroft, G.; Deb, T.; Henderson, C. Community Mental Health Care Worldwide: Current Status and Further Developments. *World Psychiatry* **2016**, *15*, 276–286. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Buchanan, J.; Dawkins, P.; Lindo, J.L.M. Satisfaction with Nursing Care in the Emergency Department of an Urban Hospital in the Developing World: A Pilot Study. *Int. Emerg. Nurs.* **2015**, *23*, 218–224. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Beattie, M.; Murphy, D.J.; Atherton, I.; Lauder, W. Instruments to Measure Patient Experience of Healthcare Quality in Hospitals: A Systematic Review. *Syst. Rev.* **2015**, *4*, 97. [[CrossRef](#)]

16. Taube, M.; Berzina-Novikova, N. Improving Quality of Psychiatric Care in Latvia by Measuring Patient Experiences. *Health Policy* **2018**, *122*, 765–768. [CrossRef]
17. Shipley, K.; Hilborn, B.; Hansell, A.; Tyrer, J.; Tyrer, P. Patient Satisfaction: A Valid Index of Quality of Care in a Psychiatric Service. *Acta Psychiatr. Scand.* **2000**, *101*, 330–333. [CrossRef]
18. Wallcraft, J.; Amering, M.; Freidin, J.; Davar, B.; Froggatt, D.; Jafri, H.; Javed, A.; Katontoka, S.; Raja, S.; Rataemane, S.; et al. Partnerships for Better Mental Health Worldwide: WPA Recommendations on Best Practices in Working with Service Users and Family Carers. *World Psychiatry* **2011**, *10*, 229–236. [CrossRef]
19. Tait, L.; Lester, H. Encouraging User Involvement in Mental Health Services. *Adv. Psychiatr. Treat.* **2005**, *11*, 168–175. [CrossRef]
20. Connell, J.; Carlton, J.; Grundy, A.; Taylor Buck, E.; Keetharuth, A.D.; Ricketts, T.; Barkham, M.; Robotham, D.; Rose, D.; Brazier, J. The Importance of Content and Face Validity in Instrument Development: Lessons Learnt from Service Users When Developing the Recovering Quality of Life Measure (ReQoL). *Qual. Life Res.* **2018**, *27*, 1893–1902. [CrossRef]
21. Wiering, B.; de Boer, D.; Delnoij, D. Patient Involvement in the Development of Patient-Reported Outcome Measures: A Scoping Review. *Health Expect.* **2017**, *20*, 11–23. [CrossRef]
22. Servei Català de Salut Pla d'Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d'usuaris Del Servei Català de La Salut (PLAENSA) 2021. 2022. Available online: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/8200> (accessed on 6 February 2023).
23. Schröder, A.; Ahlström, G. Psychiatric Care Staff's and Care Associates' Perceptions of the Concept of Quality of Care: A Qualitative Study. *Scand. J. Caring Sci.* **2004**, *18*, 204–212. [CrossRef]
24. Nashrath, M.; Akkadechanunt, T.; Chontawan, R. Perceived Nursing Service Quality in a Tertiary Care Hospital, Maldives. *Nurs. Health Sci.* **2011**, *13*, 495–501. [CrossRef]
25. Day, N.J.S.; Hunt, A.; Cortis-Jones, L.; Grenyer, B.F.S. Clinician Attitudes towards Borderline Personality Disorder: A 15-Year Comparison. *Personal. Ment. Health* **2018**, *12*, 309–320. [CrossRef] [PubMed]
26. Troup, J.; Lever Taylor, B.; Sheridan Rains, L.; Broeckelmann, E.; Russell, J.; Jeynes, T.; Cooper, C.; Steare, T.; Dedat, Z.; McNicholas, S.; et al. Clinician Perspectives on What Constitutes Good Practice in Community Services for People with Complex Emotional Needs: A Qualitative Thematic Meta-Synthesis. *PLoS ONE* **2022**, *17*, e0267787. [CrossRef] [PubMed]
27. Jones, A.; Hannigan, B.; Coffey, M.; Simpson, A. Traditions of Research in Community Mental Health Care Planning and Care Coordination: A Systematic Meta-Narrative Review of the Literature. *PLoS ONE* **2018**, *13*, e0198427. [CrossRef] [PubMed]
28. Chassin, M.R.; Loeb, J.M.; Schmaltz, S.P.; Wachter, R.M. Accountability Measures—Using Measurement to Promote Quality Improvement. *N. Engl. J. Med.* **2010**, *363*, 683–688. [CrossRef] [PubMed]
29. Kilbourne, A.M.; Beck, K.; Spaeth-Ruble, B.; Ramanuj, P.; O'Brien, R.W.; Tomoyasu, N.; Pincus, H.A. Measuring and Improving the Quality of Mental Health Care: A Global Perspective. *World Psychiatry* **2018**, *17*, 30–38. [CrossRef] [PubMed]
30. Crow, R.; Gage, H.; Hampson, S.; Hart, J.; Kimber, A.; Storey, L.; Thomas, H. The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from a Systematic Review of the Literature. *Health Technol. Assess.* **2002**, *6*, 1–244. [CrossRef] [PubMed]
31. Schröder, A.; Ahlström, G.; Wilde-Larsson, B.; Lundqvist, L.-O. Psychometric Properties of the Quality in Psychiatric Care—Outpatient (QPC-OP) Instrument. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2011**, *20*, 445–453. [CrossRef]
32. Tomás-Jiménez, M.; Roldán-Merino, J.; Sánchez-Balcells, S.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Puig-Llobet, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Domínguez del Campo, M.; Lluch-Canut, M.T. Adaptation, Psychometric Properties and Factor Structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) Instrument. *Sci. Rep.* **2022**, *12*, 4018. [CrossRef]
33. Tomás-Jiménez, M.; Roldán-Merino, J.F.; Sanchez-Balcells, S.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Puig-Llobet, M.; Moreno-Poyato, A.R.; Domínguez del Campo, M.; Lluch-Canut, M.T. Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Outpatient (QPC-OP) Instrument Community Mental Health Patients' Version: Psychometric Properties and Factor Structure. *BMC Nurs.* **2022**, *21*, 302. [CrossRef] [PubMed]
34. Schröder, A.; Larsson, B.W.; Ahlström, G.; Lundqvist, L.-O. Psychometric Properties of the Instrument Quality in Psychiatric Care and Descriptions of Quality of Care among In-Patients. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2010**, *23*, 554–570. [CrossRef] [PubMed]
35. Schröder, A.; Larsson, B.W.; Ahlström, G. Quality in Psychiatric Care: An Instrument Evaluating Patients' Expectations and Experiences. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2007**, *20*, 141–160. [CrossRef] [PubMed]
36. Schröder, A.; Ahlström, G.; Larsson, B.W. Patients' Perceptions of the Concept of the Quality of Care in the Psychiatric Setting: A Phenomenographic Study. *J. Clin. Nurs.* **2006**, *15*, 93–102. [CrossRef] [PubMed]
37. Aass, L.K.; Moen, Ø.L.; Skundberg-Kletthagen, H.; Lundqvist, L.-O.; Schröder, A. Family Support and Quality of Community Mental Health Care: Perspectives from Families Living with Mental Illness. *J. Clin. Nurs.* **2022**, *31*, 935–948. [CrossRef]
38. Schröder, A.; Agrim, J.; Lundqvist, L.-O. The Quality in Psychiatric Care-Forensic in-Patient Instrument: Psychometric Properties and Patient Views of the Quality of Forensic Psychiatric Services in Sweden. *J. Forensic Nurs.* **2013**, *9*, 225–234. [CrossRef]
39. Lundqvist, L.-O.; Lorentzen, K.; Riiskjaer, E.; Schröder, A. A Danish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Forensic in-Patient Questionnaire: Psychometric Properties and Factor Structure. *J. Forensic Nurs.* **2014**, *10*, 168–174. [CrossRef]
40. Skundberg-Kletthagen, H.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Moen, Ø.L.; Gonzalez, M.T. Adaption and Cultural Validation of the Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) Instrument to a Norwegian Community Mental Health Context. *J. Behav. Health Serv. Res.* **2022**, *49*, 513–523. [CrossRef]
41. Schröder, A.; Lundqvist, L.-O. The Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff Instrument: A Psychometric Evaluation. *Healthcare* **2022**, *10*, 1213. [CrossRef]

42. Schröder, A.; Lundqvist, L.-O. The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) Instrument: Psychometric Properties and Staff Views of the Quality of Forensic Psychiatric Services in Sweden. *Open J. Nurs.* **2013**, *3*, 330–341. [[CrossRef](#)]
43. Lundqvist, L.-O.; Riiskjaer, E.; Lorentzen, K.; Schröder, A. Factor Structure and Psychometric Properties of the Danish Adaptation of the Instrument Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS). *Open J. Nurs.* **2014**, *4*, 878–885. [[CrossRef](#)]
44. Lundqvist, L.-O.; Schröder, A. Patient and Staff Views of Quality in Forensic Psychiatric Inpatient Care. *J. Forensic Nurs.* **2015**, *11*, 51–58. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
45. Selvin, M.; Almqvist, K.; Kjellin, L.; Lundqvist, L.-O.; Schröder, A. Patient and Staff Experiences of Quality in Swedish Forensic Psychiatric Care: A Repeated Cross-Sectional Survey with Yearly Sampling at Two Clinics. *Int. J. Ment. Health Syst.* **2019**, *13*, 8. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
46. Studnek, J.R.; Fernandez, A.R.; Vandeventer, S.; Davis, S.; Garvey, L. The Association between Patients' Perception of Their Overall Quality of Care and Their Perception of Pain Management in the Prehospital Setting. *Prehospital Emerg. Care* **2013**, *17*, 386–391. [[CrossRef](#)]
47. Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Charalambous, A. Nurses' and Patients' Perceptions of Caring Behaviours: Quantitative Systematic Review of Comparative Studies. *J. Adv. Nurs.* **2011**, *67*, 1191–1205. [[CrossRef](#)]
48. Shannon, S.E.; Mitchell, P.H.; Cain, K.C. Patients, Nurses, and Physicians Have Differing Views of Quality of Critical Care. *J. Nurs. Scholarsh. Off. Publ. Sigma Theta Tau Int. Honor Soc. Nurs.* **2002**, *34*, 173–179. [[CrossRef](#)]
49. Brunt, D.; Schröder, A.; Lundqvist, L.-O.; Rask, M. Residents' Perceptions of Quality in Supported Housing for People with Psychiatric Disabilities. *Issues Ment. Health Nurs.* **2019**, *40*, 697–705. [[CrossRef](#)]
50. Bjørngaard, J.H.; Ruud, T.; Garratt, A.; Hatling, T. Patients' Experiences and Clinicians' Ratings of the Quality of Outpatient Teams in Psychiatric Care Units in Norway. *Psychiatr. Serv.* **2007**, *58*, 1102–1107. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
51. Siponen, U.; Valimaki, M. Patients' Satisfaction with Outpatient Psychiatric Care. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2003**, *10*, 129–135. [[CrossRef](#)]
52. Sanchez-Balcells, S.; Lundqvist, L.-O.; Roldán-Merino, J.F.; Lluch-Canut, M.T.; Callarisa Roca, M.; Rodríguez Zunino, N.F.; Tomás-Jiménez, M.; Schröder, A.; Puig-Llobet, M. A Spanish Adaptation of the Quality in Psychiatric Care—Inpatient Staff (QPC-IPS) Instrument: Psychometric Properties and Factor Structure. *An. Sist. Sanit. Navar.* **2020**, *43*, 307–321. [[CrossRef](#)]
53. Samartzis, L.; Talias, M.A. Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 249. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
54. Melnyk, B.M.; Gallagher-Ford, L.; Long, L.E.; Fineout-Overholt, E. The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings: Proficiencies to Improve Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes, and Costs. *Worldviews Evid. Based Nurs.* **2014**, *11*, 5–15. [[CrossRef](#)]
55. Moreno-Poyato, A.R.; Montesó-Curto, P.; Delgado-Hito, P.; Suárez-Pérez, R.; Aceña-Domínguez, R.; Carreras-Salvador, R.; Leyva-Moral, J.M.; Lluch-Canut, T.; Roldán-Merino, J.F. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2016**, *30*, 782–787. [[CrossRef](#)]
56. Ljungberg, A.; Denhov, A.; Topor, A. The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-Ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatr. Q.* **2015**, *86*, 471–495. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
57. McAndrew, S.; Chambers, M.; Nolan, F.; Thomas, B.; Watts, P. Measuring the Evidence: Reviewing the Literature of the Measurement of Therapeutic Engagement in Acute Mental Health Inpatient Wards. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2014**, *23*, 212–220. [[CrossRef](#)]
58. Larrabee, J.H.; Ostrow, C.L.; Withrow, M.L.; Janney, M.A.; Hobbs, G.R.; Burant, C. Predictors of Patient Satisfaction with Inpatient Hospital Nursing Care. *Res. Nurs. Health* **2004**, *27*, 254–268. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
59. Graham, J.M.; Waddell, C.; Pachkowski, K.; Friesen, H. Educating the Educators: Determining the Uniqueness of Psychiatric Nursing Practice to Inform Psychiatric Nurse Education. *Issues Ment. Health Nurs.* **2020**, *41*, 395–403. [[CrossRef](#)]
60. Beckers, T.; Koekkoek, B.; Tiemens, B.; Jaecx-van Tienen, L.; Hutschemaekers, G. Substituting Specialist Care for Patients with Severe Mental Illness with Primary Healthcare. Experiences in a Mixed Methods Study. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2019**, *26*, 1–10. [[CrossRef](#)]
61. Sawrikar, P.; Muir, K. Toward a Family-Oriented Treatment Approach for Consumers and Carers of Mental Illness. *Int. J. Ment. Health* **2018**, *47*, 158–183. [[CrossRef](#)]
62. Kilkku, N.; Munnukka, T.; Lehtinen, K. From Information to Knowledge: The Meaning of Information-Giving to Patients Who Had Experienced First-Episode Psychosis. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2003**, *10*, 57–64. [[CrossRef](#)]
63. Cunningham, C.E.; Walker, J.R.; Eastwood, J.D.; Westra, H.; Rimas, H.; Chen, Y.; Marcus, M.; Swinson, R.P.; Bracken, K. The Mobilizing Minds Research Group Modeling Mental Health Information Preferences during the Early Adult Years: A Discrete Choice Conjoint Experiment. *J. Health Commun.* **2014**, *19*, 413–440. [[CrossRef](#)]
64. Lundqvist, L.; Ahlström, G.; Wilde-Larsson, B.; Schröder, A. The Patient's View of Quality in Psychiatric Outpatient Care. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2012**, *19*, 629–637. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
65. Lundqvist, L.-O.; Ivarsson, A.-B.; Rask, M.; Brunt, D.; Schröder, A. The Attendees' View of Quality in Community-Based Day Centre Services for People with Psychiatric Disabilities. *Scand. J. Occup. Ther.* **2018**, *25*, 162–171. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
66. Crawford, M.J.; Rutter, D.; Manley, C.; Weaver, T.; Bhui, K.; Fulop, N.; Tyrer, P. Systematic Review of Involving Patients in the Planning and Development of Health Care. *BMJ* **2002**, *325*, 1263. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

67. Longtin, Y.; Sax, H.; Leape, L.L.; Sheridan, S.E.; Donaldson, L.; Pittet, D. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clin. Proc.* **2010**, *85*, 53–62. [[CrossRef](#)]
68. Eldh, A.C.; Ekman, I.; Ehnfors, M. Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nurs. Ethics* **2006**, *13*, 503–514. [[CrossRef](#)]
69. Perreault, M.; Rogers, W.L.; Leichner, P.; Sabourin, S. Patients' Requests and Satisfaction with Services in an Outpatient Psychiatric Setting. *Psychiatr. Serv.* **1996**, *47*, 287–292. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
70. Bjørngaard, J.H.; Rustad, Å.-B.; Kjelsberg, E. The Prisoner as Patient—A Health Services Satisfaction Survey. *BMC Health Serv. Res.* **2009**, *9*, 176. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
71. Garratt, A.; Bjørngaard, J.H.; Dahle, K.A.; Bjertnæs, Ø.A.; Saunes, I.S.; Ruud, T. The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): Data Quality, Reliability and Validity in Patients Attending 90 Norwegian Clinics. *Nord. J. Psychiatry* **2006**, *60*, 89–96. [[CrossRef](#)]
72. Blenkiron, P.; Hammill, C.A. What Determines Patients' Satisfaction with Their Mental Health Care and Quality of Life? *Postgrad. Med. J.* **2003**, *79*, 337–340. [[CrossRef](#)]
73. Gigantesco, A.; Picardi, A.; Chiaia, E.; Balbi, A.; Morosini, P. Patients' and Relatives' Satisfaction with Psychiatric Services in a Large Catchment Area in Rome. *Eur. Psychiatry* **2002**, *17*, 139–147. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
74. Leavey, G.; King, M.; Cole, E.; Hoar, A.; Johnson-Sabine, E. First-Onset Psychotic Illness: Patients' and Relatives' Satisfaction with Services. *Br. J. Psychiatry* **1997**, *170*, 53–57. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
75. Schröder, A.; Björk, T. Patients' Judgements of Quality of Care in Psychiatric Observation and Intensive in-Patient Care. *J. Psychiatr. Intensive Care* **2013**, *9*, 91–100. [[CrossRef](#)]
76. Schröder, A.; Lorentzen, K.; Riiskjaer, E.; Lundqvist, L.-O. Patients' Views of the Quality of Danish Forensic Psychiatric Inpatient Care. *J. Forens. Psychiatry Psychol.* **2016**, *27*, 551–568. [[CrossRef](#)]
77. Hall, J.A.; Dornan, M.C. Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-Analysis. *Soc. Sci. Med.* **1990**, *30*, 811–818. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
78. Noble, L.M.; Douglas, B.C.; Newman, S.P. What Do Patients Expect of Psychiatric Services? A Systematic and Critical Review of Empirical Studies. *Soc. Sci. Med.* **2001**, *52*, 985–998. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
79. Wells, K.B.; Sherbourne, C.; Schoenbaum, M.; Duan, N.; Meredith, L.; Unützer, J.; Miranda, J.; Carney, M.F.; Rubenstein, L.V. Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* **2000**, *283*, 212–220. [[CrossRef](#)]
80. Anabila, P.; Kumi, D.K.; Anome, J. Patients' Perceptions of Healthcare Quality in Ghana. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2019**, *32*, 176–190. [[CrossRef](#)]
81. Kondasani, R.K.R.; Panda, R.K. Customer Perceived Service Quality, Satisfaction and Loyalty in Indian Private Healthcare. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2015**, *28*, 452–467. [[CrossRef](#)]
82. Tessier, A.; Boyer, L.; Husky, M.; Baylé, F.; Llorca, P.-M.; Misdrahi, D. Medication Adherence in Schizophrenia: The Role of Insight, Therapeutic Alliance and Perceived Trauma Associated with Psychiatric Care. *Psychiatry Res.* **2017**, *257*, 315–321. [[CrossRef](#)]
83. Green, S.; Beveridge, E.; Evans, L.; Trite, J.; Jayacodi, S.; Evered, R.; Parker, C.; Polledri, L.; Tabb, E.; Green, J.; et al. Implementing Guidelines on Physical Health in the Acute Mental Health Setting: A Quality Improvement Approach. *Int. J. Ment. Health Syst.* **2018**, *12*, 1. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

4.- DISCUSSION

Tal como ya se ha indicado, los objetivos de esta tesis estuvieron orientados a adaptar al español los instrumentos QPC-OP y QPC-OPS así como analizar sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez. Además, se propuso describir y comparar las percepciones de la calidad del cuidado desde las perspectivas de los pacientes y de los profesionales. Esta investigación se desarrolló a partir de 3 estudios.

A continuación, se desarrollan algunos aspectos destacados en la discusión de cada uno de los estudios:

En el primer estudio la finalidad fue adaptar el instrumento QPC-OPS versión profesionales y analizar su fiabilidad y validez. Tal como se ha comentado en la introducción, este instrumento consta de 30 ítems distribuidos en 8 factores (Relación Terapéutica, Participación-Empoderamiento, Participación-Información, Alta, Soporte Recibido, Entorno, Parientes Cercanos y Accesibilidad). La suma de los valores de los ítems refleja el nivel de calidad de los cuidados que el profesional percibe que brinda a sus pacientes. Los resultados de este estudio revelan que la versión española del instrumento QPC-OPS versión profesionales tiene unas propiedades psicométricas adecuadas en términos de validez y fiabilidad.

Para analizar la validez, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) que reveló que la versión española del instrumento QPC-OPS tiene los mismos 8 factores que la escala original sueca (Schröder et al., 2011) y no hubo que modificar ninguno de los ítems.

Para el análisis de la fiabilidad, se analizó la consistencia interna usando el Alpha de Cronbach y la estabilidad temporal (test-retest). Se obtuvo un valor de Alpha de Cronbach para el total del instrumento de 0.885 y los factores en general (salvo algunas excepciones) mostraron valores superiores a 0.70, lo cual es considerado como un valor adecuado según Nunnally y Bernstein (Nunnally & Bernstein, 1994). El valor global de Alpha de Cronbach fue algo inferior a la versión original del instrumento (Schröder et al., 2011) y a la de otras versiones de la batería de instrumentos QPC (Domínguez Del Campo et al., 2022; Lundqvist, Lorentzen, et al., 2014; Sanchez-Balcells et al., 2020, 2021; Schröder et al., 2010, 2013; Schröder & Lundqvist, 2022; Tomás-Jiménez, Roldán-Merino,

Sanchez-Balcells, et al., 2022) pero superior a la versión comunitaria noruega (Moen et al., 2020) y hospitalaria indonesia para pacientes (Lundqvist, Suryani, et al., 2018), aunque con un valor idéntico al de la versión hospitalaria indonesia para profesionales (Lundqvist et al., 2019).

Algunos factores mostraron un valor de Alpha de Cronback inferior a 0.70, y una posible explicación de este bajo valor puede ser el número reducido de ítems que compone dichos factores. Estos factores fueron F4.Alta (α :0.462 / 3 ítems), F6.Entorno (α :0.537 / 3 ítems) y F7.Parientes Cercanos (α :0.440 / 2 ítems). Estos valores inferiores a 0.70 se observaron también en los factores F4.Alta y F7.Parientes Cercanos de la versión original sueca (Schröder et al., 2011), y añadir que F6.Entorno mostró un valor muy cercano a 0.70, por lo que se puede intuir que es un problema compartido en ambas versiones.

Para el análisis de la estabilidad temporal o test-retest, se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) obteniendo un valor de 0.847. Este valor no fue calculado ni en la versión original sueca (Schröder et al., 2011) ni en ninguna de las versiones traducidas del resto de ámbitos excepto en las versiones españolas hospitalarias QPC-IPS y QPC-IP, la versión hospitalaria original para profesionales QPC-IPS, la versión española comunitaria para pacientes QPC-OP y la versión española penitenciaria para profesionales QPC-FIPS (Domínguez Del Campo et al., 2022; Sanchez-Balcells et al., 2020, 2021; Schröder & Lundqvist, 2022; Tomás-Jiménez, Roldán-Merino, Sanchez-Balcells, et al., 2022). El CCI para el total del instrumento y cada uno de sus factores fue superior a 0.70 excepto en el caso de F5.Soporte Recibido (0.681), lo cual es considerado como un valor adecuado (Streiner et al., 2015; Zou, 2012). Las versiones españolas hospitalarias obtuvieron un valor global de 0.91, mostrando valores superiores a 0.70 excepto en el factor F6.Alta (Sanchez-Balcells et al., 2020, 2021). Por otra parte, la versión hospitalaria original para profesionales mostró un valor superior de CCI, con resultados superiores a 0.70 para cada uno de sus factores (Schröder & Lundqvist, 2022). En el caso de la versión española penitenciaria para profesionales el valor obtenido fue inferior (0.847), mostrando valores inferiores a 0.70 en los factores F1.Relación Terapéutica y F4 Soporte Recibido (Domínguez Del Campo et al., 2022). La versión española comunitaria para pacientes también mostró un valor inferior, mostrando valores inferiores a

0.70 en F2.Participación-Empoderamiento, F3.Participación-Información y F8.Accesibilidad (Tomás-Jiménez, Roldán-Merino, Sanchez-Balcells, et al., 2022).

Adicionalmente, se analizó la correlación entre el total del instrumento y cada uno de los factores, mostrando que dicha correlación era superior entre cada factor y el global del instrumento, que las correlaciones entre los factores entre sí; lo cual confirma la hipótesis de Fayer y Machin (Fayers & Machin, 2000).

Hay una serie de limitaciones que acompañan a este estudio y deben ser tenidas en cuenta. Hay una falta de uniformidad en el número de personas en cada categoría profesional de la muestra estudiada, sin embargo, los porcentajes de cada una de ellas refleja la estructura de los equipos asistenciales españoles. El uso de este instrumento está limitado al ámbito comunitario dado que ha sido validado en ese contexto. Debería considerarse el cálculo de la validez convergente buscando un gold-estándar adecuado. Dado el diseño de corte transversal de este estudio, fue imposible calcular la sensibilidad al cambio o la validez predictiva; por ello se recomiendan estudios longitudinales en el futuro.

En el segundo estudio la finalidad fue adaptar el instrumento QPC-OP versión pacientes y analizar su fiabilidad y validez. Tal como se ha comentado en la introducción, este instrumento consta de 30 ítems distribuidos en 8 factores (Relación Terapéutica, Participación-Empoderamiento, Participación-Información, Alta, Soporte Recibido, Entorno, Parientes Cercanos y Accesibilidad). La suma de los valores de los ítems refleja el nivel de calidad de los cuidados que el paciente recibe. Los resultados de este estudio revelan que la versión española del instrumento QPC-OP versión pacientes tiene unas propiedades psicométricas adecuadas en términos de validez y fiabilidad.

Para el análisis de la validez, se realizó un AFC que mostró que la versión española poseía los mismos 8 factores que la versión original sueca (Schröder et al., 2011), sin requerir modificación de ninguno de sus ítems. Dado que el ajuste del modelo en el AFC no fue excelente en este estudio, adicionalmente se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para determinar el modelo factorial que mejor se ajustaba a la muestra concreta analizada. Este análisis reveló un comportamiento compatible con un modelo unifactorial o tetrafactorial.

Según el modelo tetrafactorial el Factor 1 integró los ítems pertenecientes a F2.Participación-Empoderamiento y F3.Participación-Información de la estructura original, lo cual es coherente dado que miden distintos aspectos relacionados con la participación en los cuidados. El factor 2 agrupó los ítems pertenecientes a F8. Accesibilidad y un ítem de F4.Alta, lo cual integraría las percepciones sobre la ayuda recibida a encontrar trabajo y otras ocupaciones (F4.Alta) con las dificultades percibidas para contactar con el centro y sus profesionales (F8. Accesibilidad). El factor 3 de este modelo tetrafactorial agrupó todos los ítems de F5.Soporte Recibido y F6.Entorno, así como algunos ítems pertenecientes a F1.Relación Terapéutica, F4.Alta y F7.Parientes Cercanos, representando así un factor que integraría las percepciones de seguridad y respeto de los profesionales hacia los pacientes y sus allegados. Por último, el factor 4 agrupó algunos ítems de F1.Relación Terapéutica, F2.Participación-Empoderamiento, F3.Participación-Información, F4.Alta y F7.Parientes Cercanos de la versión original. Este factor integraría las percepciones sobre la participación en los cuidados, así como el respeto en la toma de decisiones.

Tal como se ha realizado en el estudio anterior, para el análisis de la fiabilidad se ha calculado el coeficiente Alpha de Cronbach, mostrando un valor global de 0.951, siendo superior a 0.70 en 5 de los 8 factores que componen la estructura original; lo cual supone un valor adecuado según Nunnally y Berstein (Nunnally & Bernstein, 1994). El valor global de Alpha de Cronbach es idéntico al de la versión original del instrumento (Schröder et al., 2011), con un valor superior a las versiones españolas de profesionales tanto del ámbito hospitalario como del ámbito comunitario y del ámbito penitenciario (Domínguez Del Campo et al., 2022; Sanchez-Balcells et al., 2020; Tomás-Jiménez, Roldán-Merino, Sánchez-Balcells, et al., 2022). Este valor es superior también a la versión hospitalaria española para pacientes (Sanchez-Balcells et al., 2021), ambas versiones hospitalarias indonesias (Lundqvist et al., 2019; Lundqvist, Suryani, et al., 2018), la versión hospitalaria original para profesionales (Schröder & Lundqvist, 2022) y la versión comunitaria noruega para profesionales (Moen et al., 2020). Sin embargo, este valor fue algo inferior a otras versiones del instrumento QPC (Lundqvist, Ivarsson, et al., 2016; Lundqvist, Lorentzen, et al., 2014; Lundqvist, Rask, et al., 2016; Schröder et al., 2010, 2013).

Hubo 3 factores que mostraron valores por debajo de 0.70, y una posible explicación puede ser el bajo número de ítems que conforma a cada uno de esos factores. Estos factores fueron F2.Participación-empoderamiento (α : 0.697 / 3 ítems), F4.Alta (α : 0.650 / 3 ítems) y F7.Parientes Cercanos (α :0.373 / 2 ítems). Llama la atención el bajo valor de F7.Parientes cercanos, sin embargo, ya en la versión original sueca se observó que este factor era el que menor valor ofrecía (Schröder et al., 2011). Pese a que algunos valores no fueron los óptimos se priorizó mantener la estructura original del instrumento en la versión española.

Respecto a la estabilidad temporal o test-retest se calculó mediante el CCI, y señalar que este valor no fue calculado en ninguna de las versiones originales ni traducidas de la batería de instrumentos QPC, salvo la versión original hospitalaria para profesionales (Schröder & Lundqvist, 2022), las versiones españolas hospitalarias (Sanchez-Balcells et al., 2020, 2021), la versión española penitenciaria para profesionales y la versión española comunitaria para profesionales (Domínguez Del Campo et al., 2022; Tomás-Jiménez, Roldán-Merino, Sánchez-Balcells, et al., 2022). El valor global del instrumento (0.764) y el de 5 de los 8 factores mostraron valores superiores a 0.70, lo cual es considerado como un valor adecuado (Streiner et al., 2015; Zou, 2012). Aquellos factores que mostraron valores por debajo del adecuado fueron F2.Participación-Empoderamiento (0.589), F3.Participación-Información (0.689) y F8. Accesibilidad (0.684). El valor global es inferior al de la versión hospitalaria original para profesionales (Schröder & Lundqvist, 2022) y el resto de versiones españolas. Sin embargo, en las versiones hospitalarias españolas F6.Alta mostró valor inferior al adecuado (Sanchez-Balcells et al., 2020, 2021), lo cual ocurrió también con F5.Soporte Recibido de la versión española comunitaria de profesionales (Tomás-Jiménez, Roldán-Merino, Sánchez-Balcells, et al., 2022). Por otra parte, la versión española penitenciario mostró valores superiores a 0.70 en todos sus factores excepto en F1.Relación Terapéutica y F4.Soporte Recibido (Domínguez Del Campo et al., 2022). En el caso de la versión original hospitalaria para profesionales todos los factores mostraron valores superiores a 0.70 (Schröder & Lundqvist, 2022).

Cabría destacar una serie de limitaciones vinculadas a este estudio y debieran tenerse en cuenta de cara a futuras investigaciones. Dado el diseño de corte transversal de este estudio, fue imposible calcular la sensibilidad al cambio o la validez predictiva; por ello se recomiendan estudios longitudinales en el futuro. El tamaño muestral es otra limitación y debe tenerse en cuenta la complejidad que ese perfil de pacientes conlleva, sin embargo, 200 participantes fueron suficientes para el cálculo del AFC. La representatividad de la muestra puede verse también afectada, aunque cabe señalar que la muestra fue seleccionada de un amplio territorio geográfico por lo que los resultados pueden ser extrapolables a individuos atendidos en la misma institución. Sin embargo, se recomiendan mayores tamaños muestrales para abordar estos aspectos. Otra limitación vinculada al reclutamiento fueron las dificultades heredadas de la situación de la COVID-19 en los dispositivos sanitarios. No se calculó la validez convergente, por lo que se recomienda la recogida de los datos necesarios para su cálculo. Estas limitaciones deben ser consideradas de cara al diseño de futuros estudios.

En el tercer estudio, la finalidad fue describir y comparar las percepciones de calidad del cuidado desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales, así como determinar posibles relaciones entre dichas percepciones de calidad con otras variables de estudio. Para llevar a cabo este estudio, se utilizaron las versiones españolas de los instrumentos QPC-OP para pacientes y QPC-OPS para profesionales.

Los resultados de este estudio revelaron en general, unas elevadas puntuaciones de calidad de los cuidados en el ámbito de salud mental comunitaria tanto por parte de los profesionales como de los usuarios. Al comparar con otros estudios que usaron instrumentos de la misma batería, se observó que por parte de los pacientes, estas puntuaciones fueron superiores que las mostradas por pacientes de otros pacientes en el ámbito comunitario (Aass et al., 2022; Lin et al., 2021; Schröder et al., 2011), así como de otros contextos como el hospitalario (Lin et al., 2021; Schröder et al., 2010) y el forense (Lundqvist, Lorentzen, et al., 2014; Schröder et al., 2013). De forma similar, los profesionales españoles mostraron puntuaciones algo superiores que otros profesionales del ámbito comunitario (Skundberg-Kletthagen et al., 2022),

hospitalario (Schröder & Lundqvist, 2022) y forense (Lundqvist, Riiskjaer, et al., 2014; Schröder & Lundqvist, 2013).

Cabe destacar que los pacientes otorgaron mayores puntuaciones de calidad de los cuidados recibidos que los profesionales, lo cual difiere de los resultados revelados por otros estudios en que los profesionales mostraban mayores puntuaciones de calidad de los cuidados que los pacientes (Lundqvist & Schröder, 2015; Selvin et al., 2019). Una posible explicación atribuible es que los profesionales pueden tender a sobreestimar la calidad de los cuidados que proveen (Studnek et al., 2013). Tanto en ámbito somático como psiquiátrico, estas diferencias de percepciones entre profesionales y pacientes se pueden asociar con discrepancias al definir un concepto en particular (Papastavrou et al., 2011); sin embargo, también pueden deberse a diferencias de experiencias, conocimiento, expectativas y nivel educativo (Lundqvist & Schröder, 2015; Shannon et al., 2002).

Los factores F1 Relación Terapéutica y F5 Soporte Recibido fueron los que mayores puntuaciones recibieron tanto por parte de los pacientes como de los profesionales.

F1 Relación Terapéutica representa la relación interpersonal entre profesionales y pacientes, y dicha interacción ya ha sido señalada como un pilar fundamental de la calidad del cuidado (Moreno-Poyato et al., 2016; Taube & Berzina-Novikova, 2018) y debe ser una prioridad para los profesionales que quieran asegurar un cuidado de la más alta calidad (Ljungberg et al., 2015). Por parte de los pacientes, esta relación interpersonal ya ha sido señalada como un factor fundamental, otorgando un gran valor a aquellos profesionales que dedican más tiempo a la escucha del paciente que a las actividades rutinarias diarias (McAndrew et al., 2014), siendo pues este factor un determinante para que el paciente vuelva o no a visitarse en ese centro (Larrabee et al., 2004).

Aunque las elevadas puntuaciones referentes a F5 Soporte Recibido muestran que los profesionales estudiados van muy bien alienados en la lucha contra el estigma acerca de los trastornos mentales, es prioritario mantenerse en esa línea y urgente formar a profesionales tanto del ámbito hospitalario como del comunitario en la adquisición de herramientas para combatir el estigma público

y el autoestigma entorno a los trastornos mentales (Graham et al., 2020). Cabe destacar que el paciente vive con menor estigma una atención brindada desde el ámbito comunitario en comparación con los servicios de salud mental tradicionales (Beckers et al., 2019).

Por contrapartida, los factores F3 Participación-Información y F2 Participación-Empoderamiento fueron los que recibieron puntuaciones menores por parte de los pacientes. Por otra parte, los profesionales otorgaron menores puntuaciones a F2 Participación-Empoderamiento y F6 Entorno.

La baja puntuación vinculada al grado de participación del paciente en sus cuidados, parece ser un problema recurrente en el ámbito psiquiátrico (Lundqvist, Lorentzen, et al., 2014) y el fomento de su autonomía y participación en la toma de decisiones es un aspecto que debería potenciarse (Brunt et al., 2019), sobretodo teniendo en cuenta la importancia que se le otorga a la participación de los pacientes en el rediseño de los procesos de salud (Longtin et al., 2010). Los factores relativos a la participación muestran las menores puntuaciones en ambos grupos, lo cual en parte puede ser debido a una diferencia conceptual entre profesionales y pacientes de lo que constituye la participación en los cuidados (Eldh et al., 2006).

F6 Entorno representa la percepción de seguridad percibida por los participantes en el centro, y cabe mencionar, que las bajas percepciones sobre seguridad por parte del profesional en el entorno psiquiátrico ya ha sido anteriormente reportado (Lundqvist, Riiskjaer, et al., 2014; Sanchez-Balcells et al., 2020; Schröder & Lundqvist, 2013, 2022; Skundberg-Kletthagen et al., 2022) y puede deberse a los episodios de violencia (principalmente verbal y muy raramente física) que en este entorno puede darse (Samartzis & Talias, 2020). La enfermera, es una figura que debe aplicar la evidencia científica en la práctica para incrementar la seguridad en los centros y la calidad de los cuidados brindada (Melnyk et al., 2014), teniendo en cuenta que la seguridad de pacientes y de profesionales es un aspecto esencial de la calidad de los cuidados (Samartzis & Talias, 2020).

A la hora de buscar relaciones entre otras variables y los valores globales de calidad del cuidado, se encontró una correlación positiva leve entre la edad de los pacientes y la puntuación global de calidad, señalando que los pacientes mayores percibían mejor calidad del cuidado. Esto va en línea con otros estudios que señalan que las personas mayores son menos críticas que las jóvenes al evaluar la calidad de los cuidados (Lundqvist et al., 2012; Perreault et al., 1996; Schröder et al., 2010), lo cual puede deberse a que tengan menores expectativas al respecto (Crow et al., 2002) o incluso que los profesionales tratan con más respeto a las personas mayores (Bjørngaard et al., 2009). Esta relación no fue observada en los profesionales, lo cual difiere de estudios previos que sugieren que los profesionales más mayores perciben mejor calidad del cuidado brindado (Schröder & Lundqvist, 2013).

No se encontraron relaciones con el sexo ni en pacientes ni en profesionales. En otro estudio similar no se halló relación entre el sexo de los profesionales y sus percepciones de calidad de los cuidados (Schröder & Lundqvist, 2013). La literatura difiere bastante en este asunto en el caso de los pacientes, dado que hay estudios que señalan que las pacientes mujeres otorgan mayores puntuaciones de calidad que los hombres (Bjørngaard et al., 2007; Garratt et al., 2006), otros señalan que son los pacientes hombres quienes perciben mayor calidad del cuidado (Blenkiron & Hammill, 2003; Brunt et al., 2019; Gigantesco et al., 2002; Schröder et al., 2013) y en otros no se ve asociación alguna (Leavey et al., 1997; Schröder et al., 2007; Schröder & Björk, 2013).

La nacionalidad no fue un factor influyente en la percepción de calidad de los cuidados de los pacientes, lo cual va en línea con estudios anteriores (Schröder et al., 2013; Schröder & Björk, 2013), pero en el caso de los profesionales, se observó una mayor calidad de los cuidados brindados por parte de profesionales españoles en comparación con los de otras nacionalidades, lo cual difiere de otros estudios donde la nacionalidad del profesional no fue un factor influyente en su percepción de calidad (Lundqvist & Schröder, 2015; Schröder & Lundqvist, 2013).

El nivel educativo no fue un factor influyente en su percepción de calidad, lo cual va en línea con estudios anteriores que no encontraron relación entre dichas variables (Schröder et al., 2013; Schröder & Björk, 2013). De nuevo, la literatura muestra diversidad de resultados, dado que hay autores que encontraron que los pacientes con bajo nivel educativo tendían a dar menores puntuaciones de calidad (Lundqvist et al., 2012), mientras que otros indicaban que las personas con mayor nivel educativo daban puntuaciones menores de calidad de los cuidados en comparación con los de menor nivel educativo (Crow et al., 2002; Lundqvist, Ivarsson, et al., 2018; Schröder et al., 2016), y una posible explicación puede ser que las personas con mayor nivel educativo son más exigentes con los servicios que reciben (Hall & Dornan, 1990) y pueden puntuar más contundentemente cuando sus expectativas no se cumplen (Lundqvist, Ivarsson, et al., 2018).

En ambos grupos de estudio se preguntó acerca de su percepción de nivel de salud física y mental, revelando que en los profesionales dichas percepciones no se asociaron con las puntuaciones de calidad de los cuidados brindadas. Sin embargo, se observó que las pacientes que referían gozar de una buena salud mental dieron mayores puntuaciones de calidad de los cuidados, y cabe mencionar que esta asociación ya fue descrita en estudios anteriores (Lin et al., 2021; Lundqvist, Ivarsson, et al., 2018; Schröder et al., 2013). De forma similar, los pacientes que referían una buena salud física otorgaron mayores puntuaciones de calidad de los cuidados, fenómeno que ya ha sido descrito en estudios anteriores (Brunt et al., 2019; Lundqvist, Ivarsson, et al., 2018; Noble et al., 2001).

Hay una serie de limitaciones que acompañan a este estudio y deben ser tenidas en cuenta para futuros estudios. La principal limitación es que, al ser un estudio de corte transversal, no es posible hacer evaluaciones de seguimientos para evaluar progresos en calidad, ni tampoco permite evaluar la influencia de la calidad de los cuidados en la salud mental y física de las personas atendidas. Los datos no fueron recogidos simultáneamente en ambos grupos, por lo que puede haber habido factores externos que influenciaran en las percepciones de calidad de ambos grupos, se recomienda que en futuros estudios el periodo de recolección sea concurrente. El tamaño de los grupos es distinto, siendo mayor

el grupo de profesionales que el de pacientes, por lo que en futuros estudios se recomiendan grupos equivalentes en tamaño. La severidad del trastorno mental no fue recogida y es una variable a tener en cuenta en futuros estudios.

5.- RECOMENDACIONES Y APLICABILIDAD PRÁCTICA

A raíz de todo lo anteriormente expuesto, se muestran las principales recomendaciones, aplicabilidad práctica de la presente tesis y futuras líneas de investigación:

- Se recomienda el uso conjunto de ambos instrumentos al evaluar la calidad de los cuidados psiquiátricos de un servicio comunitario para obtener las perspectivas simultáneas de las personas que brindan los cuidados, así como de las receptoras de los mismos.
- La evaluación recurrente en materia de calidad de los cuidados permite detectar puntos fuertes y áreas de mejor de los servicios.
- La perspectiva de los profesionales es esencial para detectar puntos fuertes y áreas de mejora, y en consecuencia, para desarrollar estrategias para garantizar unos cuidados psiquiátricos brindados de la máxima calidad.
- La evaluación recurrente de las percepciones de calidad de los cuidados psiquiátricos desde la perspectiva de los pacientes es esencial dado el vínculo de carácter mayormente voluntario que tienen los pacientes con sus respectivos dispositivos comunitarios.
- Se recomiendan estudios de corte longitudinal que permitan evaluar la sensibilidad al cambio, así como la posible influencia de la calidad de los cuidados sobre otras variables de interés
- Para futuros estudios, se recomienda trabajar con muestras más amplias y homogéneas para determinar la tendencia del comportamiento factorial del instrumento en población española, así como, determinar posibles relaciones con otras variables de interés.

6.- CONCLUSIONES

En relación al objetivo 1:

Adaptar al español el instrumento Quality in Psychiatric Care – OutPatient Staff versión profesionales y analizar sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez.

- El instrumento QPC-OPS versión profesionales tiene una alta validez de contenido al haber sido evaluado por profesionales especialistas en enfermería, psicólogos y psiquiatras.
- El instrumento QPC-OPS versión profesionales tiene una buena fiabilidad, tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal.
- La validez de constructo muestra la existencia de 8 factores o dimensiones idénticas a la versión original.
- La versión española del instrumento QPC-OPS es una herramienta fácil de administrar, útil, válida y fiable para evaluar la calidad de los cuidados psiquiátricos comunitarios desde la perspectiva de los profesionales de esa área.
- Por su fiabilidad y validez este instrumento puede ser utilizado tanto en la investigación como en la práctica clínica.

En relación al objetivo 2:

Adaptar al español el instrumento Quality in Psychiatric Care – OutPatient versión pacientes y analizar sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez.

- El instrumento QPC-OP versión pacientes tiene una alta validez de contenido al haber sido evaluado por profesionales especialistas en enfermería, psicólogos y psiquiatras.
- La versión española del instrumento QPC-OP tiene una buena fiabilidad, tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal.
- Su estructura de 8 factores y propiedades psicométricas son robustas y acordes a la versión original, sin embargo, en la muestra analizada mostró compatibilidad con un comportamiento unifactorial o tetrafactorial a considerar en futuros estudios.
- La versión española del instrumento QPC-OP es una herramienta fácil de administrar, útil, válida y fiable para evaluar la calidad de los cuidados psiquiátricos comunitarios desde la perspectiva de los profesionales de esa área.
- Por su fiabilidad y validez este instrumento puede ser utilizado tanto en la investigación como en la práctica clínica.

En relación al objetivo 3:

Describir y comparar las percepciones de calidad del cuidado desde la perspectiva de los pacientes y de los profesionales.

- Las puntuaciones globales de calidad fueron altas en ambas muestras, sin embargo, las puntuaciones de calidad de los cuidados de los pacientes fueron superiores a las de los profesionales.

- Los factores F1 Encounter y F5 Support fueron los aspectos mejor valorados mientras que los factores relacionados con la participación fueron las áreas de mejora a trabajar en ambas muestras.

7.- BIBLIOGRAFIA

- Aass, L. K., Moen, Ø. L., Skundberg-Kletthagen, H., Lundqvist, L. O., & Schröder, A. (2022). Family support and quality of community mental health care: Perspectives from families living with mental illness. *Journal of Clinical Nursing, 31*(7–8), 935–948. <https://doi.org/10.1111/jocn.15948>
- Aass, L. K., Skundberg-Kletthagen, H., Schröder, A., & Moen, Ø. L. (2021). It's Not a Race, It's a Marathon! Families Living with a Young Adult Suffering from Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing, 42*(1), 15–23. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1770384>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (1986). *Ley General de Sanidad 14/1986, 25 de abril*. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Aguado-Blázquez, H., Cerdà-Calafat, I., Argimon-Pallàs, J. M., Murillo-Fort, C., & Canela-Soler, J. (2011). Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA©. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Medicina Clínica, 137*, 55–59. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(11\)70030-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(11)70030-6)
- Ahlfors, U. G., Lewander, T., Lindström, E., Malt, U. F., Lublin, H., & Malm, U. (2001). Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat). *Nordic Journal of Psychiatry, 55 Suppl 4*, 71–90. <https://doi.org/10.1080/080394801317084437>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet. Psychiatry, 5*(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Arnetz, B. B. (1999). Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care, 11*(4), 345–351.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/11.4.345>

- Baines, R., Donovan, J., Regan de Bere, S., Archer, J., & Jones, R. (2019). Patient and public involvement in the design, administration and evaluation of patient feedback tools, an example in psychiatry: a systematic review and critical interpretative synthesis. *Journal of Health Services Research & Policy*, 24(2), 130–142. <https://doi.org/10.1177/1355819618811866>
- Barbato, A., Bajoni, A., Rapisarda, F., D’Anza, V., De Luca, L. F., Inglese, C., Iapichino, S., Mauriello, F., & D’Avanzo, B. (2014). Quality assessment of mental health care by people with severe mental disorders: a participatory research project. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 402–408. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9667-6>
- Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic Reviews*, 4(97), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>
- Beattie, M., Shepherd, A., & Howieson, B. (2013). Do the Institute of Medicine’s (IOM’s) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? – An integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 18(4), 288–304. <https://doi.org/10.1177/1744987112440568>
- Beckers, T., Koekkoek, B., Tiemens, B., Jaecx-van Tienen, L., & Hutschemaekers, G. (2019). Substituting specialist care for patients with severe mental illness with primary healthcare. Experiences in a mixed methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1–2), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jpm.12499>
- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C., & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1834–1845. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008>
- Benavent Garcés, M. A., Ferrer Ferrándiz, E., Francisco del Rey, J. C., Camaño Puig, R., Gómez Pesquera, C., Hernández Martínez, H., & Miralles Sangro, M. T. (2003). *Fundamentos de enfermería* (Difusión Avances de

Enfermería (ed.); 2nd ed.).

- Bjoerkman, T., Hansson, L., Svensson, B., & Berglund, I. (1995). What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(4), 355–362. <https://doi.org/10.1093/intqhc/7.4.355>
- Bjørngaard, J. H., Rustad, Å.-B., & Kjelsberg, E. (2009). The prisoner as patient - a health services satisfaction survey. *BMC Health Services Research*, 9(1), 176. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-176>
- Bjørngaard, J. H., Ruud, T., Garratt, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(8), 1102–1107. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.8.1102>
- Blenkiron, P., & Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgraduate Medical Journal*, 79(932), 337–340. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.932.337>
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 52–63. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01818.x>
- Brooker, D. J., & Dinshaw, C. J. (1998). Staff and patient feedback in mental health services for older people. *Quality in Health Care*, 7(2), 70–76. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.2.70>
- Brown, C. R. (2007). Where are the patients in the quality of health care? *International Journal for Quality in Health Care*, 19(3), 125–126. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm009>
- Brunt, D., Schröder, A., Lundqvist, L. O., & Rask, M. (2019). Residents' Perceptions of Quality in Supported Housing for People with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(8), 697–705. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1585496>
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. M. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing

- world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218–224.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.001>
- Cadotte, E. R., Woodruff, R. B., & Jenkins, R. L. (1987). Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 24(3), 305. <https://doi.org/10.2307/3151641>
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00057-5)
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107–123.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>
- Chassin, M. R., Loeb, J. M., Schmaltz, S. P., & Wachter, R. M. (2010). Accountability measures--using measurement to promote quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 363(7), 683–688.
<https://doi.org/10.1056/NEJMs1002320>
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999). “Something always comes up”: nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(6), 469–477. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00248.x>
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25–36.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Scientific Advisory Board and the Executive Committee of the Grand Challenges on Global Mental Health, Anderson, W., Dhansay, M. A., Phillips, A., Shurin, S., Walport, M., Ewart, W., Savill, S. J., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R. I., ... Stein, D. J. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27–30.
<https://doi.org/10.1038/475027a>
- Conklin, A., Morris, Z., & Nolte, E. (2015). What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: results of a systematic scoping review.

- Health Expectations*, 18(2), 153–165. <https://doi.org/10.1111/hex.12038>
- Connell, J., Carlton, J., Grundy, A., Taylor Buck, E., Keetharuth, A. D., Ricketts, T., Barkham, M., Robotham, D., Rose, D., & Brazier, J. (2018). The importance of content and face validity in instrument development: lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure (ReQoL). *Quality of Life Research*, 27(7), 1893–1902. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1847-y>
- Costello, E. J. (2016). Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(6), 710–717. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1236728>
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 6(32), 1–244. <https://doi.org/10.3310/hta6320>
- Day, N. J. S., Hunt, A., Cortis-Jones, L., & Grenyer, B. F. S. (2018). Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. *Personality and Mental Health*, 12(4), 309–320. <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>
- de Ruyter, K., Bloemer, J., & Peeters, P. (1997). Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *Journal of Economic Psychology*, 18(4), 387–406. [https://doi.org/10.1016/S0167-4870\(97\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0167-4870(97)00014-7)
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636–1639. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.11.1636>
- DeMarco, R., Flaherty, L., Glod, C., Merrill, N., Terk, K., & Plasse, M. (2004). Staff & client perceptions of unit quality: a pilot study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(5), 36–43.
- Domínguez Del Campo, M., Moreno-Poyato, A. R., Puig-Llobet, M., Lluch-

- Canut, M. T., Rodríguez Zunino, N., Tomás-Jiménez, M., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Escuder-Romeva, G., & Roldán-Merino, J. (2022). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Spanish Quality in Psychiatric Care Forensic Inpatient Staff (QPC-FIPS) instrument. *Scientific Reports*, *12*(1), 13302. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17422-6>
- Donabedian, A. (1979). The quality of medical care: a concept in search of definition. *The Journal of Family Practice*, *9*(2), 277–284.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring* (Health Administration Press (ed.); Vol 1). Ann Arbor.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, *260*(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Druss, B. G. (2018). Mental health quality improvement goes global. *World Psychiatry*, *17*(1), 44–45. <https://doi.org/10.1002/wps.20487>
- Edlund, M. J., Belin, T. R., Tang, L., Liao, D., & Unützer, J. (2005). Comparison of psychiatrists' and other physicians' assessments of their ability to deliver high-quality care. *Psychiatric Services*, *56*(3), 308–314. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.308>
- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? *Health Services Research*, *38*(2), 631–645. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00137>
- Eiroa-Orosa, F. J., & García-Mieres, H. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Recovery Educational Interventions for Mental Health Professionals. *Administration and Policy in Mental Health*, *46*(6), 724–752. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9>
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, *13*(5), 503–514. <https://doi.org/10.1191/0969733006nej898oa>

- Ellis, R., & Whittington, D. (1998). *Quality Assurance in Social Care: Introductory Workbook* (E. Arnold (ed.)). Hodder Education.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, *41*(2), 141–158.
<https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Farr, M., & Cressey, P. (2015). Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *BMC Health Services Research*, *15*, 123.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0788-1>
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*. John Wiley & Sons.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(21), 2935–2944. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02328.x>
- Furtado, J. P., Onocko-Campos, R. T., Moreira, M. I. B., & Trapé, T. L. (2013). Participatory development of indicators for assessing mental health. *Cadernos de Saude Publica*, *29*(1), 102–110.
<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100012>
- Gaebel, W. (1997). Quality Assurance in Psychiatry: Concept and Methods. *European Psychiatry*, *12*(S2), 79s-87s. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)80211-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)80211-8)
- Garratt, A., Bjørngaard, J. H., Dahle, K. A., Bjertnæs, Ø. A., Saunes, I. S., & Ruud, T. (2006). The Psychiatric Out-Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): Data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. *Nordic Journal of Psychiatry*, *60*(2), 89–96.
<https://doi.org/10.1080/08039480600583464>
- Gigantesco, A., Morosini, R., & Bazzoni, A. (2003). Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care*, *15*(1), 73–78.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/15.1.73>

- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., & Morosini, P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(3), 139–147. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00643-0](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00643-0)
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8–19. <https://doi.org/10.1108/17511870910927994>
- González, L. A. M., Romero, Y. M. P., López, M. R., Ramírez, M., & Stefanelli, M. C. (2010). The experience of family caregivers of older people with depression. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 44(1), 32–39.
- Graham, J. M., Waddell, C., Pachkowski, K., & Friesen, H. (2020). Educating the Educators: Determining the Uniqueness of Psychiatric Nursing Practice to Inform Psychiatric Nurse Education. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(5), 395–403. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1678081>
- Guldvog, B., Hofoss, D., Pettersen, K. I., Ebbesen, J., & Rønning, O. M. (1998). PS-RESKVA (Patient Satisfaction, Results and Quality) - patient satisfaction in hospitals. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 118(3), 386–391.
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 30(7), 811–818. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7)
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2382–2384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2382>
- Hansson, L. (1989). The quality of outpatient psychiatric care. A survey of

patient satisfaction in a sectorised care organisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(2), 71–82. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1989.tb00375.x>

Hansson, L., & Sandlund, M. (1999). Patient satisfaction in a comprehensive sectorized psychiatric service: Study of a 1-year-treated incidence cohort. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(4), 305–312. <https://doi.org/10.1080/080394899427124>

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>

Harteloh, P. P. M. (2003). The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis : HCA : Journal of Health Philosophy and Policy*, 11(3), 259–267. <https://doi.org/10.1023/B:HCAN.0000005497.53458.ef>

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)

Henderson, C., Hales, H., & Ruggeri, M. (2003). Cross-cultural differences in the conceptualisation of patients' satisfaction with psychiatric services--content validity of the English version of the Verona Service Satisfaction Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(3), 142–148. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0606-7>

Institute of Medicine. (1990). VOLUME II Sources and Methods. In K. N. Lohr (Ed.), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. National Academies Press (US).

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta Europea de Salud en*

España (EESE).

- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality & Safety in Health Care*, *11*(4), 335–339. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>
- Jones, A., Hannigan, B., Coffey, M., & Simpson, A. (2018). Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. *PloS One*, *13*(6), e0198427. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198427>
- Jorm, A. F., & Mulder, R. T. (2018). Prevention of mental disorders requires action on adverse childhood experiences. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *52*(4), 316–319. <https://doi.org/10.1177/0004867418761581>
- Kane, C. (2015). The 2014 Scope and Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing: Key Updates. *Online J Issues Nurs*, *20*(1), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No01Man01>
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. da R., Treichel, C. A. dos S., Demarco, D. A., Neutzling, A. dos S., Oliveira, M. M. de, & Coimbra, V. C. C. (2017). Satisfaction with mental health community services among patients' relatives. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *20*(2), 237–246. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020005>
- Karterud, S., Wilberg, T., Pedersen, G., Friis, S., Irion, T., & Urnes, Ø. (1998). Quality assurance of psychiatric day hospital treatment. II. Ward level. *Nordic Journal of Psychiatry*, *52*(4), 327–335. <https://doi.org/10.1080/08039489850149778>
- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Ruble, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Kolb, S. J., Race, K. E., & Seibert, J. H. (2000). Psychometric evaluation of an

inpatient psychiatric care consumer satisfaction survey. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(1), 75–86.

<https://doi.org/10.1007/BF02287805>

Korthuis, P. T., McGinnis, K. A., Kraemer, K. L., Gordon, A. J., Skanderson, M., Justice, A. C., Crystal, S., Goetz, M. B., Gibert, C. L., Rimland, D., Fiellin, L. E., Gaither, J. R., Wang, K., Asch, S. M., McInnes, D. K., Ohl, M. E., Bryant, K., Tate, J. P., Duggal, M., & Fiellin, D. A. (2016). Quality of HIV Care and Mortality Rates in HIV-Infected Patients. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 62(2), 233–239. <https://doi.org/10.1093/cid/civ762>

Kunze, H., & Priebe, S. (1998). Assessing the quality of psychiatric hospital care: a German approach. *Psychiatric Services*, 49(6), 794–796.

<https://doi.org/10.1176/ps.49.6.794>

Laker, C., Rose, D., Flach, C., Csipke, E., McCrone, P., Craig, T., Kelland, H., & Wykes, T. (2012). Views of the Therapeutic Environment (VOTE): Stakeholder involvement in measuring staff perceptions of acute in-patient care. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1403–1410.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.001>

Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwärzler, F., & Eschweiler, G. W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), 213–221. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg032>

Larrabee, J. H., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Janney, M. A., Hobbs, G. R., & Burant, C. (2004). Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Research in Nursing & Health*, 27(4), 254–268.

<https://doi.org/10.1002/nur.20021>

Leavey, G., King, M., Cole, E., Hoar, A., & Johnson-Sabine, E. (1997). First-onset psychotic illness: patients' and relatives' satisfaction with services. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 170, 53–57. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.53>

Lebow, J. L. (1983). Similarities and differences between mental health and

- health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 237–245. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90004-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90004-6)
- Lin, E. C.-L., Hsiao, F.-H., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Chao, H.-L., Lee, S.-K., Hung, T.-M., Lu, M.-J., Lu, H.-L., Laio, S.-J., Chang, K.-Y., & Pan, A.-N. (2021). Factors influencing patient-perceived quality of care in psychiatric hospitals in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.006>
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *The Psychiatric Quarterly*, 86(4), 471–495. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53–62. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>
- Lundqvist, L. O., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B., & Schröder, A. (2012). The patient's view of quality in psychiatric outpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 629–637. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01899.x>
- Lundqvist, L. O., Ivarsson, A.-B., Brunt, D., Rask, M., & Schröder, A. (2016). Quality of community-based day centre services for people with psychiatric disabilities: psychometric properties of the Quality in Psychiatric Care - Daily Activities (QPC-DA). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(2), 91–96. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1075066>
- Lundqvist, L. O., Ivarsson, A. B., Rask, M., Brunt, D., & Schröder, A. (2018). The attendees' view of quality in community-based day centre services for people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(3), 162–171. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1283441>
- Lundqvist, L. O., Lorentzen, K., Riiskjaer, E., & Schröder, A. (2014). A Danish adaptation of the quality in psychiatric care-forensic in-patient

- questionnaire: psychometric properties and factor structure. *Journal of Forensic Nursing*, 10(3), 168–174.
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000036>
- Lundqvist, L. O., Rask, M., Brunt, D., Ivarsson, A. B., & Schröder, A. (2016). Measuring quality in community based housing support - the QPC-H instrument. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3), 267–275. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2015-0067>
- Lundqvist, L. O., Riiskjaer, E., Lorentzen, K., & Schröder, A. (2014). Factor Structure and Psychometric Properties of the Danish Adaptation of the Instrument Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS). *Open Journal of Nursing*, 04, 878–885.
<https://doi.org/10.4236/ojn.2014.412093>
- Lundqvist, L. O., & Schröder, A. (2015). Patient and staff views of quality in forensic psychiatric inpatient care. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1), 51–58. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000060>
- Lundqvist, L. O., Suryani, Anna, N., Rafiyah, I., & Schröder, A. (2018). Indonesian adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *Asian Journal of Psychiatry*, 34, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.006>
- Lundqvist, L. O., Suryani, Hermiati, D., Sutini, T., & Schröder, A. (2019). A psychometric evaluation of the Indonesian version of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument. *Asian Journal of Psychiatry*, 46, 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.027>
- Luther, L., Fukui, S., Garabrant, J. M., Rollins, A. L., Morse, G., Henry, N., Shimp, D., Gearhart, T., & Salyers, M. P. (2019). Measuring Quality of Care in Community Mental Health: Validation of Concordant Clinician and Client Quality-of-Care Scales. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 46(1), 64–79. <https://doi.org/10.1007/s11414-018-9601-3>
- Marshall, A. J., & Harper-Jaques, S. (2008). Depression and family relationships: ideas for healing. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 56–73.
<https://doi.org/10.1177/1074840707312717>

- Mason, T., Lovell, A., & Coyle, D. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 118–130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01191.x>
- Mason, T., Williams, R., & Vivian-Byrne, S. (2002). Multi-disciplinary working in a forensic mental health setting: ethical codes of reference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 563–572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00501.x>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- McDaid, D., Park, A.-L., & Wahlbeck, K. (2019). The Economic Case for the Prevention of Mental Illness. *Annual Review of Public Health*, 40, 373–389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Ministerio de Sanidad de España. (2017a). *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP*.
- Ministerio de Sanidad de España. (2017b). *Portal Estadístico. Encuesta Nacional de Salud. Salud Mental*.
- Ministerio de Sanidad de España. (2020). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
- Ministerio de Sanidad de España. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.

- Moen, Ø. L., Skundberg-Kletthagen, H., Lundquist, L. O., Gonzalez, M. T., & Schröder, A. (2020). The Relationships between Health Professionals' Perceived Quality of Care, Family Involvement and Sense of Coherence in Community Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1820119>
- Montgomery, L., Wilson, G., Houston, S., Davidson, G., & Harper, C. (2019). An evaluation of mental health service provision in Northern Ireland. *Health & Social Care in the Community*, 27(1), 105–114. <https://doi.org/10.1111/hsc.12627>
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Nabialczyk-Chalupowski, M. (2016). Tracking the origins, defining and quantifying. *Journal of Human Growth and Development*, 26(2), 133. <https://doi.org/10.7322/jhgd.119237>
- Nashrath, M., Akkadechanunt, T., & Chontawan, R. (2011). Perceived nursing service quality in a tertiary care hospital, Maldives. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 495–501. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00648.x>
- Nathorst-Böös, J., Munck, I. M., Eckerlund, I., & Ekfeldt-Sandberg, C. (2001). An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(3), 257–264. <https://doi.org/10.1093/intqhc/13.3.257>
- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine* (1982), 52(7), 985–998. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00210-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00210-0)
- Nugter, M. A., Hermens, M. L. M., Robbers, S., Van Son, G., Theunissen, J., &

- Engelsbel, F. (2019). Use of outcome measurements in clinical practice: How specific should one be? *Psychotherapy Research*, 29(4), 432–444. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1408975>
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *The theory of measurement error. Psychometric Theory* (McGraw-Hill (ed.)).
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., CDBE2010 study group, & European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155–162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460. <https://doi.org/10.2307/3150499>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9–22. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Public health and mental health: methodological tools to evaluate the Brazilian Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System. *Cadernos de Saude Publica*, 22(5), 1053–1062. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000500018>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.
- Ostman, M. (2004). Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental*

Health Nursing, 11(5), 608–613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00771.x>

Ostman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 494–498. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>

Panzer, R. J., Gitomer, R. S., Greene, W. H., Webster, P. R., Landry, K. R., & Riccobono, C. A. (2013). Increasing demands for quality measurement. *JAMA*, 310(18), 1971–1980. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282047>

Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1191–1205. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x>

Parameswaran, S. G., Spaeth-Rublee, B., & Pincus, H. A. (2015). Measuring the quality of mental health care: consensus perspectives from selected industrialized countries. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(3), 288–295. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0569-x>

Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>

Perreault, M., Rogers, W. L., Leichner, P., & Sabourin, S. (1996). Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 47(3), 287–292. <https://doi.org/10.1176/ps.47.3.287>

Pettersen, K. I., Veenstra, M., Guldvog, B., & Kolstad, A. (2004). The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 453–463. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh074>

Powell, R. A., Holloway, F., Lee, J., & Sitzia, J. (2004). Satisfaction research and the uncrowned king: Challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 13(1), 11–20. <https://doi.org/10.1080/09638230410001654495>

- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, *36*(6), 835–845.
- Rat, A. C., Pouchot, J., Guillemin, F., Baumann, M., Retel-Rude, N., Spitz, E., & Coste, J. (2007). Content of quality-of-life instruments is affected by item-generation methods. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 390–398. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm040>
- Reerink, E. (1990). Defining quality of care: mission impossible? *Quality Assurance in Health Care*, *2*(3–4), 197–202. <https://doi.org/10.1093/intqhc/2.3-4.197>
- Roehrig, C. (2016). Mental Disorders Top The List Of The Most Costly Conditions In The United States: \$201 Billion. *Health Affairs*, *35*(6), 1130–1135. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1659>
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *29*(5), 212–227. <https://doi.org/10.1007/BF00796380>
- Ruggeri, M., & Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, *23*(2), 511–523. <https://doi.org/10.1017/s0033291700028609>
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Salvi, G., Cristofalo, D., Bonetto, C., & Tansella, M. (2007). Applications and usefulness of routine measurement of patients' satisfaction with community-based mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *437*, 53–65. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01093.x>
- Salyers, M. P., Fukui, S., Rollins, A. L., Firmin, R., Gearhart, T., Noll, J. P., Williams, S., & Davis, C. J. (2015). Burnout and self-reported quality of care

in community mental health. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(1), 61–69. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0544-6>

Samartzis, L., & Talias, M. A. (2020). Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010249>

Sanchez-Balcells, S., Callarisa Roca, M., Rodriguez-Zunino, N., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M.-T., & Roldan-Merino, J. F. (2018). Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), 2497–2510. <https://doi.org/10.1111/jan.13813>

Sanchez-Balcells, S., Lluch-Canut, M.-T., Domínguez Del Campo, M., Moreno-Poyato, A. R., Tomás-Jiménez, M., Lundqvist, L. O., Schröder, A., Puig-Llobet, M., & Roldan-Merino, J. F. (2021). A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care-Inpatient (QPC-IP) instrument: Psychometric properties and factor structure. *BMC Nursing*, 20(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00710-3>

Sanchez-Balcells, S., Lundqvist, L. O., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, M. T., Callarisa Roca, M., Rodríguez Zunino, N. F., Tomás-Jiménez, M., Schröder, A., & Puig-Llobet, M. (2020). A Spanish adaptation of the Quality in Psychiatric Care - Inpatient Staff (QPC-IPS) instrument: Psychometric properties and factor structure. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(3), 307–321. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0921>

Sánchez Balcells, S., Puig Llobet, M., Lluch Canut, M. T., & Roldán Merino, J. F. (2020). Evolución del concepto de calidad de los cuidados en salud mental. *Rev. Rol Enferm*, 43(1), 46–50.

Sather, E. W., Svindseth, M. F., Crawford, P., & Iversen, V. C. (2018). Care pathways in the transition of patients between district psychiatric hospital centres (DPCs) and community mental health services. *Health Science Reports*, 1(5), e37. <https://doi.org/10.1002/hsr2.37>

Schröder, A., Agrim, J., & Lundqvist, L. O. (2013). The quality in psychiatric care-forensic in-patient instrument: psychometric properties and patient

views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Journal of Forensic Nursing*, 9(4), 225–234.

<https://doi.org/10.1097/JFN.0b013e31827f5d2f>

Schröder, A., & Ahlström, G. (2004). Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 204–212.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00271.x>

Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 93–102.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x>

Schröder, A., Ahlström, G., Wilde-Larsson, B., & Lundqvist, L. O. (2011). Psychometric properties of the quality in psychiatric care - outpatient (QPC-OP) instrument. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(6), 445–453. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00741.x>

Schröder, A., & Björk, T. (2013). Patients' judgements of quality of care in psychiatric observation and intensive in-patient care. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9(02), 91–100.

<https://doi.org/10.1017/S1742646412000313>

Schröder, A., Larsson, B. W., & Ahlström, G. (2007). Quality in psychiatric care: an instrument evaluating patients' expectations and experiences. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(2–3), 141–160.

<https://doi.org/10.1108/09526860710731834>

Schröder, A., Larsson, B. W., Ahlström, G., & Lundqvist, L. O. (2010). Psychometric properties of the instrument quality in psychiatric care and descriptions of quality of care among in-patients. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(6), 554–570.

<https://doi.org/10.1108/09526861011060924>

Schröder, A., Lorentzen, K., Riiskjaer, E., & Lundqvist, L. O. (2016). Patients' views of the quality of Danish forensic psychiatric inpatient care. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(4), 551–568.

<https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1148188>

Schröder, A., & Lundqvist, L. O. (2013). The Quality in Psychiatric Care-Forensic In-Patient Staff (QPC-FIPS) instrument: Psychometric properties and staff views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Open Journal of Nursing, 03*(03), 330–341.

<https://doi.org/10.4236/ojn.2013.33045>

Schröder, A., & Lundqvist, L. O. (2022). The Quality in Psychiatric Care-Inpatient Staff Instrument: A Psychometric Evaluation. *Healthcare, 10*(7), 1213. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071213>

Schröder, A., Skårberg, K., & Lundqvist, L. O. (2021). The quality in psychiatric care-Addiction outpatient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of care. *Nursing Open, 8*(4), 1920–1927.

<https://doi.org/10.1002/nop2.861>

Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., Lundqvist, L. O., & Schröder, A. (2019). Patient and staff experiences of quality in Swedish forensic psychiatric care: a repeated cross-sectional survey with yearly sampling at two clinics. *International Journal of Mental Health Systems, 13*, 8.

<https://doi.org/10.1186/s13033-019-0265-z>

Servei Català de Salut. (2022). *Pla d'Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut (PLAENSA) 2021*.

Shannon, S. E., Mitchell, P. H., & Cain, K. C. (2002). Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 34*(2), 173–179. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00173.x>

Shiple, K., Hilborn, B., Hansell, A., Tyrer, J., & Tyrer, P. (2000). Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(4), 330–333. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2000.tb10934.x>

Shiva, A., Haden, S. C., & Brooks, J. (2009). Psychiatric civil and forensic inpatient satisfaction with care: the impact of provider and recipient

- characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 979–987. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0019-3>
- Simmons, S. (1994). Social networks: their relevance to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 281–289. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01082.x>
- Sitzia, J. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 11(4), 319–328. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.4.319>
- Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. Van, & Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*, 1(2), 82–95. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x>
- Skärsäter, I., Dencker, K., & Ågren, H. (1999). The experience of social support in patients suffering from treatment-refractory depression—A pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 89–96. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(99\)80025-9](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(99)80025-9)
- Skundberg-Kletthagen, H., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Moen, Ø. L., & Gonzalez, M. T. (2022). Adaption and Cultural Validation of the Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) Instrument to a Norwegian Community Mental Health Context. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s11414-022-09788-2>
- Skundberg-Kletthagen, H., Wangensteen, S., Hall-Lord, M. L., & Hedelin, B. (2014). Relatives of patients with depression: experiences of everyday life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 564–571. <https://doi.org/10.1111/scs.12082>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Stamboglis, N., & Jacobs, R. (2020). Factors Associated with Patient

- Satisfaction of Community Mental Health Services: A Multilevel Approach. *Community Mental Health Journal*, 56(1), 50–64.
<https://doi.org/10.1007/s10597-019-00449-x>
- Stanislaus, V., Bastiampillai, T., Harris, M., & Battersby, M. (2017). Care Plans in Community Mental Health: an Audit Focusing on People with Recent Hospital Admissions. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 44(3), 474–482. <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9504-0>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use* (5th ed.). Oxford University Press.
- Studnek, J. R., Fernandez, A. R., Vandeventer, S., Davis, S., & Garvey, L. (2013). The association between patients' perception of their overall quality of care and their perception of pain management in the prehospital setting. *Prehospital Emergency Care*, 17(3), 386–391.
<https://doi.org/10.3109/10903127.2013.764948>
- Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168–175.
<https://doi.org/10.1192/apt.11.3.168>
- Taube, M., & Berzina-Novikova, N. (2018). Improving quality of psychiatric care in Latvia by measuring patient experiences. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 122(7), 765–768.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.011>
- Thapinta, D., Anders, R. L., Wiwatkunupakan, S., Kitsumban, V., &

- Vadtanapong, S. (2004). Assessment of patient satisfaction of mentally ill patients hospitalized in Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 6(4), 271–277. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2004.00203.x>
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). Community mental health care in the future: nine proposals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 507–512. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000151>
- Thornicroft, G., Tansella, M., & Law, A. (2008). Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*, 7(2), 87–92. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00161.x>
- Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J. F., Sanchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022). Spanish adaptation of the quality in psychiatric care-outpatient (QPC-OP) instrument community mental health patients' version: psychometric properties and factor structure. *BMC Nursing*, 21(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01094-8>
- Tomás-Jiménez, M., Roldán-Merino, J., Sánchez-Balcells, S., Schröder, A., Lundqvist, L. O., Puig-Llobet, M., Moreno-Poyato, A. R., Domínguez del Campo, M., & Lluch-Canut, M. T. (2022). Adaptation, psychometric properties and factor structure of the Spanish Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) instrument. *Scientific Reports*, 12(1), 4018. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41598-022-08039-w>
- Troup, J., Lever Taylor, B., Sheridan Rains, L., Broeckelmann, E., Russell, J., Jeynes, T., Cooper, C., Steare, T., Dedat, Z., McNicholas, S., Oram, S., Dale, O., & Johnson, S. (2022). Clinician perspectives on what constitutes good practice in community services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis. *PloS One*, 17(5), e0267787. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267787>

- Tsang, H. W. H., Tam, P. K. C., Chan, F., & Cheung, W. M. (2003). Sources of burdens on families of individuals with mental illness. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(2), 123–130.
<https://doi.org/10.1097/00004356-200306000-00007>
- Valenstein, M., Mitchinson, A., Ronis, D. L., Alexander, J. A., Duffy, S. A., Craig, T. J., & Barry, K. L. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 146–153. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.146>
- Valmaggia, L. R., McCrone, P., Knapp, M., Woolley, J. B., Broome, M. R., Tabraham, P., Johns, L. C., Prescott, C., Bramon, E., Lappin, J., Power, P., & McGuire, P. K. (2009). Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychological Medicine*, 39(10), 1617–1626.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709005613>
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016.
<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- van Campen, C., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens, J. J., & Peters, L. (1995). Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52(1), 109–133.
<https://doi.org/10.1177/107755879505200107>
- Von Essen, L., & Sjöden, P. O. (1993). Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients and staff, with comparisons to somatically-ill samples. *Research in Nursing & Health*, 16(4), 293–303.
<https://doi.org/10.1002/nur.4770160408>
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 23–32.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00406.x>
- Vuori, H. (1989). Research needs in quality assurance. *Quality Assurance in*

- Health Care*, 1(2–3), 147–159. <https://doi.org/10.1093/intqhc/1.2-3.147>
- Wallcraft, J., Amering, M., Freidin, J., Davar, B., Froggatt, D., Jafri, H., Javed, A., Katontoka, S., Raja, S., Rataemane, S., Steffen, S., Tyano, S., Underhill, C., Wahlberg, H., Warner, R., & Herrman, H. (2011). Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(3), 229–236. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00062.x>
- Wiering, B., de Boer, D., & Delnoij, D. (2017). Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: a scoping review. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(1), 11–23. <https://doi.org/10.1111/hex.12442>
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Asberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293–300. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00227.x>
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S., Brabrand, J., Roar Falkum, L., Leirvåg, H., & Urnes, Ø. (1998). Quality assurance of psychiatric day hospital treatment: III. Health care system level. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(5), 431–439. <https://doi.org/10.1080/08039489850139463>
- Wilde-Larsson, B., & Larsson, G. (2009). Patients' views on quality of care and attitudes towards re-visiting providers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(6), 600–611. <https://doi.org/10.1108/09526860910986867>
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8(1), 39–48. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1994.tb00223.x>
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, 38(4), 509–516. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-x)
- Williams, B., & Wilkinson, G. (1995). Patient satisfaction in mental health care.

- Evaluating an evaluative method. *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 559–562. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.5.559>
- Wilson, G., & Daly, M. (2007). Shaping the Future of Mental Health Policy and Legislation in Northern Ireland: The Impact of Service User and Professional Social Work Discourses. *British Journal of Social Work*, 37(3), 423–439. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm021>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wolf, T., Fabel, P., Kraschewski, A., & Jockers-Scherübl, M. C. (2021). From Wish to Reality: Soteria in Regular Care-Proof of Effectiveness of the Implementation of Soteria Elements in Acute Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 685779. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.685779>
- Woodring, S., Polomano, R. C., Haagen, B. F., Haack, M. M., Nunn, R. R., Miller, G. L., Zarefoss, M. A., & Tan, T. L. (2004). Development and testing of patient satisfaction measure for inpatient psychiatry care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 137–148. <https://doi.org/10.1097/00001786-200404000-00011>
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Report*.
- World Health Organization. (2004). *Invertir en salud mental*.
- World Health Organization. (2010). *Achieving better health outcomes and efficiency gains through rational use of medicine. Brief No 3*.
- World Health Organization. (2022). *Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems*.

- Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., Obradors-Tarragó, C., Arango, C., Ayuso-Mateos, J. L., Bitter, I., Brunn, M., Chevreur, K., Demotes-Mainard, J., Elfeddali, I., Evans-Lacko, S., Fiorillo, A., Forsman, A. K., Hazo, J.-B., Kuepper, R., Knappe, S., Leboyer, M., Lewis, S. W., ... ROAMER consortium. (2015). Mental health research priorities for Europe. *The Lancet. Psychiatry*, 2(11), 1036–1042. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00332-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00332-6)
- Xiao, L., Gao, Y., Zhang, L., Sun, X., & Zeng, K. (2017). Perspectives of Individuals With Mental Illness on Community Mental Health Services in China: A Qualitative Exploration. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(7), 30–37. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170619-05>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zastowny, T. R., Stratmann, W. C., Adams, E. H., & Fox, M. L. (1995). Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. *Quality Management in Health Care*, 3(3), 50–61. <https://doi.org/10.1097/00019514-199503030-00006>
- Zou, G. Y. (2012). Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Statistics in Medicine*, 31(29), 3972–3981. <https://doi.org/10.1002/sim.5466>

8.- ANEXOS

8.1.- Anexo 1: Convenio de colaboración

RESEARCH COLLABORATION AGREEMENT

This Research Collaboration Agreement, is made between

**University Health Care Research Center, hereinafter UFC,
University Health Care Research Center, P.O. 1613, SE-701 16 Orebro**

and

Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), Dr. Antoni Pujadas Street, 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Campus Docent Sant Joan de Déu (CDSJD), Santa Rosa Street, 39-57, 08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona

under the following terms and conditions.

1. Research Project. The UFC and the PSSJD & CDSJD desire to undertake collaborative research activities for the purpose of investigating quality of psychiatric in-patient, out-patient and forensic in-patient care in Spain and Sweden (the “Research Project”). The Principal Investigator will be Agneta Schröder, PhD, researcher at the UFC.

The project will be undertaken in Spain with the following representatives: Mr Enric Mangas Monge, director and legal representative of the PSSJD, will serve as project manager for PSSJD. Ms Amelia Guilera Roche, director and the highest representative of the CDSJD, will serve as project manager for the CDSJD. Dr. Juan Roldan Merino, professor at CDSJD, will be the principal investigator and interlocutor in the entire process. The legal representatives of both PSSJD and CDSJD centres, and the principal investigator are legal signatories of this Research Collaboration Agreement.

In addition the Spanish QPC group will assign a person who has regular contact with the Swedish Quality in Psychiatric Care (QPC) research assistant during the project period.

2. Compliance with Laws and Regulations.

All research done in connection with the Research Project will be done in compliance with current legislation. Before data collection, each party makes the ethical applications needed according to existing laws. The Swedish QPC group will assist the Spanish QPC group with the information necessary to carry out ethical application. A copy of the approval will be sent to the Swedish QPC research assistant.

3. Data collection.

The Spanish QPC group will undertake the data collection in Spain. Data collection includes:

- a) Printing, coding and distribution of the questionnaires, registrations of dropouts.
- b) To enter data in a computer file provided by the Swedish QPC group and when completed send it to the Swedish QPC group for further analysis.

In this research project the Spanish QPC group have designated a doctoral student, Miss Sara Sanchez, to conduct the research for her doctoral thesis. Under Spanish law of PhD studies, there is limited time for completion of the thesis period (2014-2017). Therefore,

it is considered necessary to set a time limit for data analysis. In this regard, the Swedish QPC group agrees that after receiving the database, the Swedish QPC group will make appropriate statistical analysis within a period of six months.

4. Data storage and retention.

Data need to be retained for further scientific inquiries and in case there is any misconduct allegations pending based on the data. The Principal Investigator is responsible to abide by the rules. Therefore, the Spanish QPC group will keep all completed questionnaires for ten years beyond the end of the data collection and to store them in such a way that unauthorised access is prevented. During this period the Spanish QPC group will assist any requests from the Principal Investigator regarding the raw data. After this period and after reconciliation with the Principal Investigator at the Spanish QPC group may destroy the questionnaires. Destruction should be done in a way that prevents patient, unit or department disclosure.

5. Complementary information.

Psychiatric care and forensic psychiatric care differs across countries and such circumstances have to be considered in any comparisons on quality of care. The Spanish QPC group will therefore be of assistance in answering questions from the Swedish QPC group regarding how the psychiatry care is organized in the specific country/region.

6. Data distribution.

The data material may not be distributed to other parties or used for any commercial purpose without the prior written approval of both the principal investigator at the Swedish QPC group and the main representative of the Spanish QPC group.

7. Scientific publications.

It is contemplated that the results of the Research Project will be jointly published in scientific journals and presented on scientific conferences. None of the parts may solely publish the results. The Spanish QPC group will assign a researcher/graduate student to be a co-author of the main studies of the Research Project. Authorship of results of the Research Project will be determined in accordance with ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. The first or the last authorship will normally be reserved for the Swedish QPC research group. Planned scientific publications are given in Appendix. Miss Sara Sanchez will be the doctoral candidate and will be part of the Spanish QPC group. Within the framework of the PhD, Miss Sanchez must sign as the first author on the first paper and as a second author on the second paper. The order of authors in the appendices is established.

8. Non-scientific publications.

Descriptive national data obtained in the Research Project for organizational developmental or quality assurance purposes are freely used and published by Spanish QPC group after reconciliation with the Principal Investigator in non-scientific form, such as public presentations or reports and summaries on regional, department or unit levels as well as on non-scientific conferences and meetings. A copy of the publication/presentation will be sent to the Principal Investigator.

9. Economy.

Each party will bear all of its own costs and expenses in connection with the Research Project and each party is responsible for accounting and keeping materials in compliance with current legislation. Costs related to scientific publication, such as language editing, open access fees etc. will be paid by the Swedish QPC research group.

10. Responsibilities of the Parties.

Each party is an independent contractor and has no authority to bind or act on behalf of another party. Each party is responsible and liable to the other parties only for its own acts and omissions, and the acts and omissions of its trustees, directors, officers, employees, and agents, relating to the Research Project. However, each Party undertakes to notify promptly, in accordance with the governance structure of the Research Project, any significant information, fact, problem or delay likely to affect the Research Project.

11. Term of Agreement; Duration of Research Project.

This Agreement shall go into effect on the August 2015. It is expected that the Research Project will be completed within approximately four years. However, the parts covered by point 4 “Data storage and retention” shall continue in effect until at least ten years after completion of the data collection.

12. Addendums and amendments

Addendums and amendments to this Agreement shall be in writing and signed by both parties to be binding.

13. Confidentiality

Confidential information means;

- all kind of information that has been clearly labelled confidential from a party or has been stated as confidential in another way,
- a project result which has not been published or in other way made public in accordance with the provisions in this Agreement.

Notwithstanding what is stated in section above shall not include information which:

- at the time of receipt by the receiving party is, or thereafter becomes, publicly known or available to the public in way other than through breach of this Agreement.
- at the time of receipt by the receiving party is already known to the receiving party or otherwise already in its possession,
- the receiving party has received from a third party, which is not bound by a duty of confidentiality or other restrictions for disclosure, or
- the receiving party itself has produced independently of the transferring party’s confidential information.

A party which claims that any of the exceptions above apply, has the burden of proof therefore.

During the term of the project and for a time of five years thereafter, a party undertakes not to disclose, confidential information without the transferring party’s prior written consent.

Confidential information which the party is obliged to disclose under applicable law, applicable agreements or court orders, whereupon the party in question however, before

the disclosure shall notify the transferring party of the situation and consult with this party regarding the way if disclosing.

14. Breach of contract

A party which breaches this Agreement is obliged, at the request of the injured party to remedy the breach and fulfil its obligations if fulfilment can reasonably be required. Remedy of the breach shall be made without undue delay. A party which intentionally or negligently causes another party loss, by breaching this Agreement, shall compensate for such loss. Claim must be given in reasonable time from it being discovered.

15. Applicable law

Swedish law is applicable to this Agreement.

This Agreement has been drawn up in two (2) original copies, of which the parties have each taken one.

Agreed

Date and place

Date and place

Mats G. Karlsson, PhD, Professor
Dean, University Health Care Research
Center, Faculty of Medicine and Health,
Orebro University, Sweden

Sr. Enric Mangas Monges
Director of Parc Sanitari Sant Joan de Déu,
Sant Boi de Llobregat, España.

Date and place

Date and place

Sra. Amelia Guilera Roche
Director of Campus Sant Joan de Déu,
Esplugues de Llobregat, España

Juan Francisco Roldán Merino, PhD,
Professor
Campus Sant Joan de Déu, Esplugues de
Llobregat, España.

Planned scientific publications

The quality of psychiatric in-patient care in Spain and Sweden project is part of a larger research program aiming at adapting the instruments Quality in Psychiatric Care –In-Patient (QPC-IP), Out-Patient (QPC-OP), Forensic In-Patient and Quality in Psychiatric Care –In-Patient Staff (QPC-IPS), Out-Patient Staff and Forensic In-Patient Staff to different international settings. To test the psychometric properties and equivalence of dimensionality of the different language versions, and to describe and compare the quality of in-patient, out-patient and forensic in-patient psychiatric care across different countries.

The quality of psychiatric in-patient care in Spain and Sweden project is planned to result in the following studies:

In-patients version:

QPC-IP:

Study 1: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC-IP.

Authors: Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors

Study 2: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients in Spain and Sweden.

Authors: Spanish director, Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors.

QPC-IPS:

Study 3: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC- IPS.

Authors: Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors

Study 4: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Spanish director, Sara Sanchez (PhD student), Spanish Authors, Swedish Authors

QPC-IP & QPC-IPS:

Study 5: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients and in-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Study 6: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among in-patients and in-patient staff across different countries.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Out-patient version:

QPC-OP:

Study 1: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC-OP.

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

Study 2: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among out-patients in Spain and Sweden.

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors.

QPC-OPS:

Study 3: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC-OPS.

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

Study 4: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among out-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

QPC-OP & QPC-OPS:

Study 5: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among out-patients and out-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Study 6: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among out-patients and out-patient staff across different countries.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Forensic in-patients version:

QPC-FIP:

Study 1: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC-FIP.

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors.

Study 2: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among forensic in-patients in Spain and Sweden.

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

QPC-FIPS:

Study 3: The psychometric properties and dimensionality of the Spanish version of the QPC- FIPS.

Authors: PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors

Study 4: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among forensic in-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Spanish director, PhD student, Spanish Authors, Swedish Authors.

QPC-FIP & QPC-FIPS:

Study 5: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among forensic in-patients and in-patient staff in Spain and Sweden.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

Study 6: Description and comparison of the perceived quality of psychiatric care among forensic in-patients and in-patient staff across different countries.

Authors: Swedish Author, Spanish Authors, Swedish Author

8.2.- Anexo 2: Consentimiento Informado

Consentimiento informado para estudio científico de investigación

Adaptación transcultural y validación de la escala:
Calidad de la Atención en Cuidados de Salud Mental Comunitaria

Nombre	Apellidos	
Núm. HC (sólo usuarios)	Edad	DNI
<hr/>		
Nombre	Apellidos	
Edad ____	DNI	
en calidad de		
<hr/>		

Pariente/a del/ de la paciente, representante legal. *El orden de relación para la autorización es el siguiente: paciente, cónyuge, padres, hijos/as, hermanos/as, parientes más cercanos o tutores/as.

Declaro: Manuel Tomás como investigador principal del proyecto **Adaptación transcultural y validación de la escala: Calidad de la Atención en Cuidados de Salud Mental Comunitaria**, me ha propuesto participar en el estudio de investigación y después de recibir la información correspondiente, manifiesto que:

- 1.He recibido la hoja informativa y he comprendido la información sobre el estudio en el que participaré.
- 2.He sido informado/a de las implicaciones derivadas de la participación.
- 3.Soy consciente que mi participación es voluntaria y me puedo retirar en el momento que decida sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención.
- 4.De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y el artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004, declaro haber sido informado/a de que mis datos formarán parte de un fichero de titularidad del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) y de que su finalidad es la utilización para investigación clínica. Parc Sanitari le informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la LOPD, por ejemplo: solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

He entendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

Y en tales condiciones,

SI NO

DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en el estudio de investigación **Adaptación transcultural y validación de la escala: Calidad de la Atención en Cuidados de Salud Mental**.

En _____, a _____ de _____ de 2022

Firma del paciente
DNI

Firma representante/tutor
DNI

Firma del profesional
DNI

8.3.- Anexo 3: Hoja informativa profesionales



Unidad de Recerca

HOJA INFORMATIVA

Adaptación transcultural y validación de la escala:
Calidad de la Atención en Cuidados de Salud Mental Comunitaria

Apreciado/a Sr./Sra.,

Le proponemos participar en el estudio: ***Adaptación transcultural y validación de la escala: Calidad de la Atención en Cuidados de Salud Mental Comunitaria.***

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención este documento y haga todas las preguntas que considere oportunas.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo es valorar el grado de calidad de la atención en los cuidados de salud mental desde su visión como profesional. Se trata de completar una escala sobre la percepción que tiene usted de la calidad de la atención que se ofrece en la unidad donde habitualmente desarrolla su ejercicio profesional. Este estudio servirá para poder evidenciar las carencias y fortalezas de los servicios de salud mental con el fin de ayudar a mejorar el servicio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es totalmente voluntaria. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión en su ámbito de trabajo.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN

El equipo de investigación le informará en referencia al estudio y le pedirá su consentimiento informado por escrito. Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud.

El estudio implica rellenar tres evaluaciones, dos en el primer momento del estudio y la tercera a los 7-14 días. Cualquier duda que surja puede remitirse al equipo de investigación.

Ninguna de estas exploraciones son dolorosas ni molestas (a corregir si puede haber efectos adversos, riesgos o intolerancias).



Unidad de Recerca

BENEFICIOS Y RIESGOS

Puede ser que, en su caso, no reciba ningún beneficio económico directo por el hecho de participar en el estudio. En el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio le será comunicado siempre que antes no haya manifestado su deseo de no recibir este tipo de información. Debe saber que del estudio se obtendrá información de gran interés científico para mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

Usted no corre ningún riesgo esperado derivado de la participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales. Los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados específicamente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los investigadores del estudio y ser presentados en congresos nacionales e internacionales, así como publicados en revistas científicas, sin que consten los datos personales de los participantes. Si usted desea, y una vez finalizado el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos y el significado científico.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos, solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

PREGUNTAS / INFORMACIÓN

Si desea hacer una pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con el investigador/a principal del estudio:

Sr. Manuel Tomás. Teléfono: 629929238

Le agradezco su inestimable colaboración.

8.4.- Anexo 4: Hoja informativa pacientes



Unidad de Recerca

HOJA INFORMATIVA

Adaptación transcultural y validación de la escala:
Calidad de la Atención en Cuidados de Salud Mental

Apreciado/a Sr./Sra.,

Le proponemos participar en el estudio: ***Adaptación transcultural y validación de la escala: Calidad de la Atención en Cuidados de Salud Mental.***

Antes de confirmar su participación en el estudio, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea con atención este documento y haga todas las preguntas que considere oportunas.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo es valorar el grado de calidad de la atención en los cuidados de salud mental desde su visión como usuario. Se trata de completar una escala sobre la percepción que tiene usted de la calidad de la atención que se ofrece en el servicio donde usted se visita de forma habitual. Este estudio servirá para poder evidenciar las carencias y fortalezas de los servicios de salud mental con el fin de ayudar a mejorar el servicio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación es totalmente voluntaria. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión en su ámbito de trabajo.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN

El equipo de investigación le informará en referencia al estudio y le pedirá su consentimiento informado por escrito. Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud.

El estudio implica rellenar tres evaluaciones, dos en el primer momento del estudio y la tercera a los 7-14 días. Cualquier duda que surja puede remitirse al equipo de investigación.

Ninguna de estas exploraciones son dolorosas ni molestas (a corregir si puede haber efectos adversos, riesgos o intolerancias).



Unidad de Recerca

BENEFICIOS Y RIESGOS

Puede ser que, en su caso, no reciba ningún beneficio económico directo por el hecho de participar en el estudio. En el caso de que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio le será comunicado siempre que antes no haya manifestado su deseo de no recibir este tipo de información. Debe saber que del estudio se obtendrá información de gran interés científico para mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

Usted no corre ningún riesgo esperado derivado de la participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Se garantiza la confidencialidad de los datos personales. Los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados específicamente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por los investigadores del estudio y ser presentados en congresos nacionales e internacionales, así como publicados en revistas científicas, sin que consten los datos personales de los participantes. Si usted desea, y una vez finalizado el estudio, le informaremos sobre los resultados obtenidos y el significado científico.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos, solicitar sus datos personales, rectificarlos si fuera necesario, así como revocar la autorización de inclusión en el estudio. Su petición será atendida de forma inmediata.

PREGUNTAS / INFORMACIÓN

Si desea hacer una pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con el investigador/a principal del estudio:

Sr. Manuel Tomás. Teléfono: 936615208 - Ext: 12525

Le agradezco su inestimable colaboración.

**8.5.- Anexo 5: Cuestionario
sociodemográfico e instrumento QPC-
OPS**

CÓDIGO:

Calidad de la Atención en Salud Mental - QPC-SPANISH – PROFESIONAL

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A. Edad años

B. Género

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

C. Nacionalidad

Española	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>

¿Cuál?

D. Categoría profesional

Enfermería	<input type="checkbox"/>
Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/>
Trabajador social	<input type="checkbox"/>
Educador social	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>
Monitor	<input type="checkbox"/>
Educador social	<input type="checkbox"/>
Gestor de casos	<input type="checkbox"/>
MIR	<input type="checkbox"/>
EIR	<input type="checkbox"/>
PIR	<input type="checkbox"/>

E. He trabajado en este centro durante años

F. ¿Tiene tiempo suficiente para realizar sus funciones laborales?

No	<input type="checkbox"/>
Rara vez	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

G. ¿Considera que su trabajo es enriquecedor?

No	<input type="checkbox"/>
Rara vez	<input type="checkbox"/>
Algunas veces	<input type="checkbox"/>
A menudo	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

H.	¿Está abierto a promover la mejora de la calidad en el centro?	No Rara vez Algunas veces A menudo Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I.	¿Tiene oportunidad de participar en la mejora de la calidad que se ofrece en el centro?	No Rara vez Algunas veces A menudo Sí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J.	¿Cómo definiría el ambiente laboral en su centro?	Muy malo Malo Ni bueno ni malo Bueno Muy bueno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K.	Si una persona cercana a usted necesitara atención psiquiátrica, ¿querría que fuese atendido en este centro? (Siempre y cuando usted no trabajase aquí)	De ninguna manera Preferiría que no Quizás Con gusto Absolutamente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L.	¿Cómo valora su salud mental en este momento?	Muy mala Mala Ni buena ni mala Buena Muy Buena	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M.	¿Cómo valora su salud física en este momento?	Muy mala Mala Ni buena ni mala Buena Muy buena	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

QPC – SPANISH PROJECT (PROFESIONALES)

Siento que...	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
1 Los pacientes deciden sobre sus cuidados y tratamiento.					
2 La seguridad en el centro es elevada					
3 Los pacientes pueden acceder fácilmente a los profesionales por vía telefónica.					
4 Los pacientes pueden sentirse seguros junto con los otros pacientes en la sala de espera					
5 La opinión de los pacientes se respeta a la hora de establecer sus cuidados y tratamiento					
6 Los pacientes participan de las decisiones sobre sus cuidados.					
7 Para los pacientes es fácil conseguir cita con los profesionales.					
8 Los cuidados y el tratamiento que reciben los pacientes son efectivos y les ayuda con sus problemas.					
9 Los pacientes no se sienten molestados por otros pacientes en la sala de espera					
10 Se ofrece a los familiares o amigos de los pacientes la oportunidad de participar en sus cuidados y tratamiento en la medida que lo deseen.					
11 El personal trata a los pacientes con consideración y proximidad					
12 Los profesionales se preocupan por conocer el motivo por el cual el paciente está enfadado o irritado.					
13 La experiencia del paciente se tiene en cuenta de cara a establecer el tratamiento médico.					
14 Se ofrece a los pacientes educación sanitaria para aprender a identificar los síntomas de empeoramiento de la enfermedad					
15 Los profesionales tratan con respeto a los pacientes					
16 Es fácil ponerse en contacto con el centro por teléfono					
17 Los pacientes reciben ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones.					
18 Los profesionales comprenden los sentimientos de los pacientes					

19 Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que hagan daño a las personas de su entorno, si es que tuvieran esas ideas.					
	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
20 Los profesionales dedican tiempo a escuchar a los pacientes					
21 Los pacientes reciben información sobre dónde pueden dirigirse si necesitan ayuda una vez terminado el contacto con el centro					
22 Los profesionales ofrecen estrategias a los pacientes para evitar que se hagan daño a sí mismos si tuviesen ese tipo de ideas.					
23 Los profesionales ayudan a los pacientes a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental.					
24 Los profesionales ayudan a entender al paciente que el sentimiento de culpa y de vergüenza no debe impedir que pida ayuda					
25 Los profesionales se preocupan por los cuidados y el tratamiento de los pacientes					
26 Es fácil establecer contacto telefónico con el médico responsable de los cuidados del paciente y su tratamiento.					
27 Se informa al paciente de forma clara sobre su enfermedad mental y su diagnóstico.					
28 Los familiares de los pacientes son tratados con respeto					
29 Se ofrece información a los pacientes sobre su enfermedad para que puedan participar en su tratamiento					
30 Los pacientes reciben información sobre diferentes opciones de tratamiento para poder decidir cuál les parece la más adecuada.					

¡Gracias por su participación!

**8.6.- Anexo 6: Cuestionario
sociodemográfico e instrumento QPC-
OP**

CÓDIGO:

Calidad de la Atención en Salud Mental - QPC-SPANISH - USUARIO

A. Edad años	
B. Género	Masculino Femenino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Nacionalidad	Española Otra ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. Estado civil	Vivo solo Vivo acompañado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E. ¿Qué estudios tiene? (Indicar la educación más alta)	Educación primaria incompleta Educación primaria Educación Secundaria (ESO o equivalentes) Formación Profesional/Bachillerato (equivalente) Estudios Superiores/Universidad (equivalente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. ¿Cuál es su principal ocupación?	Trabajo En busca de empleo/ en paro Baja por enfermedad Pensión por enfermedad Jubilación Estudios Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ¿Cuánto tiempo hace que mantiene contacto con los servicios de salud mental?	
H. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que pidió cita, llamó o fue derivado, hasta que tuvo la primera visita?	No hubo espera Desde unos días hasta una semana Más de una y hasta dos semanas Más de dos y hasta cuatro semanas Entre cuatro semanas y dos meses Entre dos y hasta tres meses Más de tres meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I.	Muy corto	<input type="checkbox"/>

Si tuvo que esperar, ¿Qué le pareció el tiempo que tuvo de espera?	Corto Ni corto ni largo Largo Demasiado largo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J. ¿Qué tratamiento ha recibido? (Puede escoger más de una respuesta)	Medicamentos Terapia electroconvulsiva Soporte emocional Atención psicológica Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Cuál?	
K. ¿Considera que el tratamiento tuvo el efecto esperado?	Si No ¿Por qué?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L. ¿Considera que el tratamiento ha hecho que usted se sienta ...	Mucho peor Peor Mejor Mucho mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M. ¿Participó en la planificación de sus cuidados?	Si No ¿Por qué?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N. ¿Cuál fue la persona de referencia con la que contactó en el centro de salud mental?	Enfermería Trabajador social Psiquiatra Psicólogo Monitor Terapeuta ocupacional Educador social	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O. ¿Sabe cuál es su diagnóstico?	Si Indique el diagnóstico..... No No me dieron diagnóstico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

P. ¿Considera que el diagnóstico es correcto?	Si No ¿Porqué?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q. ¿Alguna vez antes había visitado un centro de salud mental ambulatorio?	Si No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R. ¿Cuántas veces ha venido a visitarse en este centro durante el último año?	Ninguna 1 vez 2 – 5 veces 6 – 10 veces Más de 10 veces	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S. ¿Cuánto hace que está en tratamiento?	
T. ¿En la visita de hoy le han atendido a la hora citada?	Si No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
U. Si no estuviese conforme con su tratamiento, ¿conoce usted la forma de hacer una reclamación?	Si No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
V. ¿Si necesitase volver a contactar con un centro de salud mental ambulatorio, le gustaría volver al mismo centro?	De ninguna manera Preferiría que no Quizás Con gusto Absolutamente Si	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
W. ¿Cómo valora su salud mental en este momento?	Muy mala Mala Ni buena ni mala Buena Muy buena	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X. ¿Cómo valora su salud física en este momento?	Muy mala Mala Ni buena ni mala Buena Muy buena	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Siento que...	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
1 Puedo decidir en la toma de decisiones de mis cuidados y mi tratamiento					
2 Me siento seguro en este centro de salud					
3 El contacto telefónico con los profesionales del centro es fácil.					
4 Me siento seguro con los demás pacientes en la sala de espera					
5 Se respeta mi opinión sobre lo que para mí es correcto en relación a la atención y tratamiento que recibo					
6 Participo en las decisiones sobre mis cuidados.					
7 Es fácil conseguir una cita con los profesionales del centro.					
8 La atención y el tratamiento que recibo me han ayudado con mis problemas					
9 Los demás usuarios no me han molestado en la sala de espera					
10 Se ha ofrecido a mis familiares o personas más cercanas a participar de mis cuidados y tratamiento, en la medida que yo quise.					
11 Los profesionales me tratan con consideración y proximidad.					
12 Los profesionales se interesan por mí si estoy enfadado/a o irritado/a.					
13 Mi experiencia anterior se tiene en cuenta a la hora de establecer el tratamiento médico.					
14 Soy capaz de reconocer cuando mi salud mental empeora.					
15 Los profesionales me tratan con respeto.					
16 Es fácil contactar telefónicamente con el centro					
17 Recibo ayuda para buscar trabajo u otras ocupaciones					
18 Siento que los profesionales comprenden mis sentimientos					

19 Los profesionales me ayudan a no hacer daño a los demás cuando aparecen ese tipo de ideas					
	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No corresponde
20 Los profesionales dedican tiempo a escucharme					
21 Recibo información sobre dónde puedo dirigirme si necesito ayuda una vez finalizadas las visitas en el centro.					
22 Los profesionales me ayudan a no hacerme daño si tengo este tipo de ideas					
23 Los profesionales me ayudan a entender que no es vergonzoso tener una enfermedad mental.					
24 Los profesionales me ayudan a entender que los sentimientos de culpa y de vergüenza no deben impedir que solicite ayuda					
25 Los profesionales se preocupan por mis cuidados y tratamiento					
26 Fue fácil el acceso telefónico con mi psiquiatra referente.					
27 Recibo información de forma comprensible sobre la enfermedad/el diagnóstico que padezco					
28 Mis familiares fueron atendidos con respeto					
29 Adquiero conocimientos sobre mi enfermedad mental de tal forma que puedo participar en mi tratamiento					
30 Recibo información de diferentes opciones de tratamiento para decidir cuál es la más adecuada para mí					

Puntúe del 0-10 la calidad de los cuidados que considera que recibe en su centro:

Gracias por su participación