

AVALUACIÓ DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT ALS SERVEIS DE SALUT MENTAL DE LA REGIÓ SANITÀRIA DE GIRONA

Sandra Gelabert Vilella

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:
<http://hdl.handle.net/10803/523518>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives licence



TESI DOCTORAL

**AVALUACIÓ DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT
ALS SERVEIS DE SALUT MENTAL
DE LA REGIÓ SANITÀRIA DE GIRONA**

Sandra Gelabert Vilella

ANY 2018



TESI DOCTORAL

**AVALUACIÓ DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT
ALS SERVEIS DE SALUT MENTAL
DE LA REGIÓ SANITÀRIA DE GIRONA**

Sandra Gelabert Vilella

Programa de doctorat Biologia Molecular, Biomedicina i Salut

Línia d'investigació: Salut i Atenció Sanitària

Dirigida per: Dra. Dolors Juvinyà Canal i Dra. Carme Bertran Noguer

Tutoritzada per: Dra. Dolors Juvinyà Canal

ANY 2018

Memòria presentada per optar al títol de doctora per la Universitat de Girona

La Dra. Dolors Juvinyà i Canal i la Dra. Carme Bertran i Noguer, professores del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona,

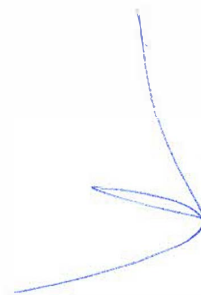
DECLAREN:

Que aquest treball, titulat "Avaluació de la promoció de la salut als serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona", que presenta la Sra. Sandra Gelabert i Vilella per a l'obtenció del títol de doctor, s'ha realitzat sota la seva direcció.

I, perquè així consti, i als efectes oportuns, signen aquest document.



Dra. Dolors Juvinyà Canal



Dra. Carme Bertran Noguer

Girona, 6 de novembre de 2017

***La alegría es contagiosa y siempre consigue descubrir una solución
donde la lógica sólo encontró una explicación para el error.***

Paulo Coelho

Agraïments

Quan en l'inici d'uns agraïments t'adones que no saps ni per on començar i que podries escriure pàgines i més pàgines, ets conscient de la sort que tens de comptar amb tantes persones fantàstiques al teu voltant.

En primer lloc, vull donar les gràcies a les meves directores de tesi, la Dolors Juvinyà i la Carme Bertran, per la paciència, la constància, el temps, els consells, les crítiques sempre constructives... En definitiva, pel seu saber fer i per ajudar-me a aprendre més enllà dels resultats.

En segon lloc, vull agrair a tots i cadascun dels participants de la tesi la seva col·laboració. Puc assegurar que les persones de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona són un gran exemple de treball en equip. Gràcies a en Claudi i a la Margarita per obrir-me les portes i facilitar-me en tot moment la realització d'aquesta tesi a "casa seva"; a la Dolors Corominas per les facilitats; als professionals sanitaris per tot el temps que els he "robat"; i, als usuaris, per respondre a totes les meves preguntes amb un gran somriure. He tingut la gran sort de dedicar-me a la salut mental i trobar-me'ls a tots durant el transcurs de la tesi.

En tercer lloc, vull donar les gràcies al Departament d'Infermeria i, molt especialment, al seu director, per concedir-me l'oportunitat de desenvolupar, alhora, el paper investigador i el docent, que m'han enriquit professionalment i personalment.

En quart lloc, m'agradaria donar les gràcies als companys professors i professores de la Facultat pel seu suport i a tot l'equip PAS de la Facultat. Gràcies a la Natàlia Adell per l'assessorament i als estudiants per recordar-me cada dia que

m'apassiona acompanyar-los en el seu aprenentatge. Gràcies "compis" del "psiqui" per les estones que hem compartit mentre recollia dades; sempre aconseguíu que em senti altre cop com a casa.

En cinquè lloc, gràcies a tots els meus amics i familiars. Sou molts els que m'acompanyeu dia a dia, amb tesi o sense, i feu de la meva vida un trajecte increïble a cada instant.

I de manera especial, gràcies a les meves amigues. Si avui llegiu aquestes pàgines és sense cap mena de dubte gràcies a elles. Aconsegueixen que no em rendeixi mai i intenti ser millor persona cada dia. Gràcies per ser-hi sempre i estar en tot moment pendents de mi.

Gràcies als meus pares i al meu germà per ajudar-me a ser qui sóc i com sóc. Mai us ho podré agrair prou.

I mil milions de gràcies al meu marit, el meu company de viatge, en Ricard, que aconseguix que doni el millor de mi cada dia. Trobar-te i caminar plegats ha estat el millor regal d'aquesta vida.

I, evidentment, no em puc oblidar dels meus dos tresors, l'Eloi i l'Ainet, que són la peça del trencaclosques que faltava per aconseguir la felicitat absoluta.

El meu somriure constant és gràcies a tots vosaltres.

Abreviatures

CAS	Centre d'Atenció i Seguiment [de drogodependències]
CCEE	Consultes Externes
CDIAP	Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç
CMBD	Conjunt Mínim Bàsic de Dades
CMBD-SMA	Conjunt Mínim Bàsic de Dades, Salut Mental Ambulatoria
CMBD-SMH	Conjunt Mínim Bàsic de Dades, Salut Mental Hospitalització
CSM	Centre de Salut Mental
CSMIJ	Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència
DSS	Determinants Socials de la Salut
EAIA	Equips d'Atenció a la Infància en risc
EAP	Equips d'Assessorament Psicopedagògic
EPS	Educació Per la Salut
IAS	Institut d'Assistència Sanitària
HD	Hospital de Dia
HDA	Hospital de Dia d'Adolescents
HPH	Hospitals i serveis Promotors de la Salut
ODS	Objectius de Desenvolupament Sostenible
PIB	Producte Interior Brut
PHMJ	Parc Hospitalari Martí i Julià
PS	Promoció de la Salut
SISCAT	Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya
SCS	Servei Català de la Salut
UHEDI	Unitat d'Hospitalització Especialitzada en Discapacitat Intel·lectual
UPiD	Unitat de Patologia dual i Desintoxicació
URPI	Unitat de Referència en Psiquiatria Infantil i juvenil
XSMiA	Xarxa de Salut Mental i Addiccions

Índex de figures

Figura 1	Objetius de desenvolupament sostenible	33
Figura 2	Model de Determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead	38
Figura 3	Marc conceptual dels determinats de les desigualtats socials en salut	39
Figura 4	Mapa dels serveis comunitaris de la XSMiA de Girona	64

Índex de taules

Taula 1	Percepció dels gestors sobre política de gestió en PS	92
Taula 2	Percepció dels gestors sobre avaluació de pacients	93
Taula 3	Percepció dels gestors sobre informació facilitada als pacients i intervencions	93
Taula 4	Percepció dels gestors sobre PS dels estils de vida als usuaris	94
Taula 5	Percepció dels gestors sobre promoció d'un lloc de treball saludable	95
Taula 6	Percepció dels gestors sobre PS dels estils de vida als professionals sanitaris	95
Taula 7	Percepció dels gestors sobre PS continuïtat i cooperació	96
Taula 8	Característiques sociodemogràfiques del professionals sanitaris segons el sexe	100
Taula 9	Característiques sociodemogràfiques del professionals sanitaris segons el centre de treball	101
Taula 10	Coneixements dels professionals sobre polítiques amb PS el segons centre	102
Taula 11	Coneixements dels professionals sobre avaluació i informació al pacient relacionat amb PS segons centre	104
Taula 12	Coneixements dels professionals sobre la promoció de la salut al lloc de treball segons el centre	106
Taula 13	Estils de vida dels professionals segons el centre	109
Taula 14	Coneixements dels professionals sobre continuïtat i cooperació assistencial segons el centre	112
Taula 15	Característiques sociodemogràfiques dels usuaris segons el sexe	114
Taula 16	Característiques sociodemogràfiques dels usuaris segons el centre	116
Taula 17	Percepció dels usuaris sobre el funcionament dels serveis segons el centre	119
Taula 18	Coneixements dels usuaris sobre el seu estat de salut segons el centre	120
Taula 19	Percepció dels usuaris sobre l'atenció rebuda segons el centre	122
Taula 20	Percepció dels usuaris sobre l'atenció rebuda pel psiquiatre/a segons el centre	123
Taula 21	Percepció dels usuaris sobre l'atenció rebuda per l'infermer o la infermera segons el centre	124
Taula 22	Percepció dels usuaris sobre la informació rebuda segons el centre	125
Taula 23	Percepció dels usuaris sobre la informació rebuda sobre diagnòstic, tractament i cures segons el centre	126
Taula 24	Estils de vida dels usuaris segons el centre	130
Taula 25	Percepció global sobre política de gestió en PS	134
Taula 26	Percepció global sobre avaluació de pacients	136
Taula 27	Percepció global sobre informació de pacients i intervenció	138
Taula 28	Percepció global sobre PS d'estils de vida saludables als usuaris	139
Taula 29	Percepció global sobre promoció d'un lloc de treball saludable	141
Taula 30	Percepció global sobre PS d'estils de vida saludables als professionals	142
Taula 31	Percepció global sobre continuïtat i cooperació	144

Índex general

ABREVIATURES	I
ÍNDIX DE FIGURES	II
ÍNDIX DE TAULES	III
Resum	17
Resumen	19
Abstract	21
1. INTRODUCCIÓ	23
1.1 La promoció de la salut	25
1.1.1 La Salut	25
1.1.2 La Promoció de la Salut	27
1.1.3 Els determinants de la salut	33
1.1.3.1 Els estils de vida saludables	40
1.2 La promoció de la salut als hospitals i serveis de salut	50
1.2.1 El moviment de promoció de la salut als hospitals i serveis de salut	50
1.2.2 L'avaluació de la implementació de la promoció de la salut	53
1.3 Els serveis de salut mental	58
1.3.1 La xarxa de salut mental i addiccions de la Regió Sanitària de Girona	59
2. OBJECTIUS	69
3. METODOLOGIA	73
3.1 Disseny	75
3.2 Àmbit d'estudi	75
3.3 Població d'estudi	75
3.4 Criteris d'inclusió i exclusió	76
3.4.1 Criteris inclusió	76
3.4.2 Criteris exclusió	76
3.5 Variables	77
3.5.1 Variables sociodemogràfiques	77

3.5.2	<i>Variables relacionades amb la promoció de la salut</i>	79
3.6	<i>Instruments</i>	83
3.7	<i>Procediment</i>	86
3.8	<i>Anàlisi de dades</i>	87
3.9	<i>Consideracions ètiques</i>	87
4.	<i>RESULTATS</i>	89
4.1	<i>Percepció dels gestors en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental</i>	91
4.2	<i>Percepció dels professionals sanitaris en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental</i>	97
4.3	<i>Percepció dels usuaris en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental</i>	113
4.4	<i>Avaluació de la implementació de la promoció de la salut en els serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona</i>	132
5	<i>DISCUSSIÓ</i>	145
6	<i>CONCLUSIONS</i>	161
7	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	165
8	<i>ANNEXOS</i>	185

RESUM

La Unió Europea ha declarat la salut mental una prioritat de les polítiques públiques. La promoció de la salut és una part integral del procés d'atenció sanitària i les seves activitats han de formar part de les iniciatives de millora de la qualitat. Els hospitals de la Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Promotors de la Salut lideren la difusió i la implantació de la promoció de la salut als hospitals i serveis de salut a través de la incorporació de conceptes, valors, estratègies, estàndards i indicadors en la seva estructura i cultura organitzativa.

Objectiu: Avaluar la implementació de la promoció de la salut en els serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona.

Metodologia: Estudi observacional, descriptiu i transversal. Els participants van ser gestors, professionals sanitaris i usuaris dels serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona. Els participants de l'estudi són tots els professionals sanitaris i usuaris que complien els criteris d'inclusió i es trobaven presents durant el període de recollida de dades.

Es van estudiar variables sociodemogràfiques i relacionades amb la política de gestió, avaluació de pacients i informació facilitada als pacients i intervencions, promoció d'un lloc de treball saludable i continuïtat i cooperació. Les dades es van obtenir a partir d'un quadern de recollida de dades, dos qüestionaris i una auditoria d'històries clíniques.

Es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables i es van utilitzar taules de contingència i la prova *khi quadrat* de Pearson per comparar els resultats de les variables qualitatives entre els serveis hospitalaris i els serveis comunitaris.

Resultats: A l'estudi hi van participar 260 professionals sanitaris dels serveis de salut mental de Girona i es va obtenir una taxa de resposta del 61,92% (N=161). El 36% dels participants eren homes. La mitjana d'edat es va situar en els 42,1 anys (DE=13,8). El 65,8% es trobava treballant en centres hospitalaris i, el 34,2%, en centres comunitaris.

Dels usuaris dels serveis de salut mental de Girona, 174 van participar en l'estudi. D'aquests, el 61,5% eren homes i, el 38,5%, dones. La mitjana d'edat es va situar en els 46,8 anys (DE=12,8). El 39,1% estava ingressat en serveis hospitalaris i el 60,9% es visitava en centres comunitaris.

Els gestors i els professionals sanitaris van considerar un compliment d'entre el 61% i el 100% en referència a les polítiques de promoció de salut. Quant a l'avaluació, informació i intervenció dels pacients, el compliment segons els gestors es va situar entre el 41% i el 80%, resultats similars a l'opinió dels professionals i dels propis usuaris.

Els usuaris dels serveis comunitaris van puntuar millor la percepció global de promoció d'estils de vida saludables que els dels serveis hospitalaris. Els gestors van valorar la promoció d'un lloc de treball saludable amb una puntuació d'entre el 61% i el 100%, mentre que els professionals sanitaris li van atorgar una puntuació inferior, entre el 50% i el 70%. La valoració de la continuïtat i la cooperació va obtenir puntuacions semblants entre els gestors i els professionals sanitaris, del 81% al 100%. Els usuaris la van valorar menys positivament.

Conclusions: La promoció de la salut es percep com a majoritàriament implementada als serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona, especialment als serveis comunitaris.

Paraules claus: salut mental, promoció de la salut, serveis de salut, hospitals promotors de la salut, qualitat, estàndards, autoavaluació, infermeria.

RESUMEN

La Unión Europea ha declarado la salud mental una prioridad de las políticas públicas. La promoción de la salud es una parte integral del proceso de atención sanitaria y sus actividades deben formar parte de las iniciativas de mejora de la calidad. Los hospitales de la Red Catalana de Hospitales y Servicios Promotores de la Salud lideran la difusión y la implantación de la promoción de la salud en los hospitales y servicios de salud a través de la incorporación de conceptos, valores, estrategias, estándares e indicadores en su estructura y cultura organizativa.

Objetivo: Evaluar la implementación de la promoción de la salud en los servicios de salud mental de la Región Sanitaria de Girona.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Los participantes fueron gestores, profesionales sanitarios y usuarios de los servicios de salud mental de la Región Sanitaria de Girona. Los participantes del estudio son todos los profesionales sanitarios y usuarios que cumplían los criterios de inclusión y estaban presentes durante la recogida de datos.

Se estudiaron variables sociodemográficas y relacionadas con la política de gestión, evaluación de pacientes e información facilitada a los pacientes e intervenciones, promoción de un lugar de trabajo saludable y continuidad y cooperación. Los datos se obtuvieron a partir de un cuaderno de recogida de datos, dos cuestionarios y una auditoría de historias clínicas.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se utilizaron tablas de contingencia y la prueba *chi cuadrado* de Pearson para comparar los resultados de las variables cualitativas entre los servicios hospitalarios y los servicios comunitarios.

Resultados: En el estudio participaron 260 profesionales sanitarios de los servicios de salud mental de Girona y se obtuvo una tasa de respuesta del 61,92% (N=161). El 36% de los participantes eran hombres. La media de edad se situó en los 42,1 años (DE=13,8). El 65,8% se encontraba trabajando en centros hospitalarios y, el 34,2%, en centros comunitarios. 174 usuarios de los servicios de

salud mental de Girona participaron en el estudio, de los cuales el 61,5% eran hombres y, el 38,5%, mujeres. La media de edad se situó en los 46,8 años (DE=12,8). El 39,1% estaba ingresado en servicios hospitalarios y el 60,9% se visitaba en centros comunitarios.

Los gestores y los profesionales sanitarios consideraron un cumplimiento de entre el 61% y el 100% en referencia a las políticas de promoción de la salud. En cuanto a la evaluación, información e intervención de los pacientes, el cumplimiento según los gestores se situó entre el 41% y el 80%, resultados similares a la opinión de los profesionales y de los propios usuarios. Los usuarios de los servicios comunitarios puntuaron mejor la percepción global de promoción de estilos de vida saludables que los de los servicios hospitalarios. Los gestores valoraron la promoción de un lugar de trabajo saludable con una puntuación de entre el 61% y el 100%, mientras que los profesionales sanitarios le otorgaron una puntuación inferior, entre el 50% y el 70%. La valoración de la continuidad y la cooperación obtuvo puntuaciones parecidas entre los gestores y los profesionales sanitarios, del 81 al 100%. Los usuarios la valoraron menos positivamente.

Conclusiones: La promoción de la salud se percibe como mayoritariamente implementada en los Servicios de Salud Mental de la Región Sanitaria de Girona, especialmente en los servicios comunitarios.

Palabras claves: salud mental, promoción de la salud, servicios de salud, hospitales promotores de la salud, calidad, estándares, autoevaluación, enfermería.

ABSTRACT

The European Union has declared mental health to be a public policy priority. Health promotion is an integral part of the healthcare process and their activities have to form part of the initiatives to improve the quality. Catalan Network Health Promoting Hospitals and Services leads the diffusion and the implementation of the health promotion in hospitals and health services through the incorporation of concepts, values, strategies, standards and indications into their structure and organisational culture.

Objective: To evaluate the implementation of the health promotion in mental health services of the Healthcare Region of Girona.

Methodology: An observational, descriptive and transverse study is presented. The participants were managers, healthcare professionals and users of the mental health services of the Healthcare Region of Girona.

The participants of the study are, all of the healthcare professionals and patients or users who fulfilled the inclusion criteria and were present during the period of data collection were taken into consideration.

We studied sociodemographic variables related to the politics of management, evaluation of patients and information provided to the patients and interventions, promotion of a healthy workplace and continuity and cooperation. The acquisition of data was completed with a data collection notebook, two questionnaires and clinical history audit.

A descriptive analysis of the variables was carried out and used contingency tables and Pearson's chi-squared test to compare the results of the qualitative variables between hospital services and community services.

Results: For the study, 260 mental healthcare professionals from Girona were selected and a response rate of 61,92% (N=161) was reached. Of these, 36% were men. The average age was 42,1 years old (DE=13,8). 65,8% worked in hospital centres and 34,2% in community centres. 174 users of mental health services in Girona participated in the study. Of these, 61,5% were men and 38,5%

were women. The average age was 46,8 years old (DE=12,8). 39,1% were at hospital services and 60,9% were visiting community centres.

The managers and the healthcare professionals considered that the health promotion policies had an accomplishment of between 61% and 100%. In regard to the evaluation, information and intervention of the patients, the accomplishment was between 41% and 80%, results similar to the opinion of both the professionals and the users. The users of the community services valued better the global perception of the promotion of the healthy lifestyles than the hospital services users. The managers assessed the promotion of a healthy workplace with a score of between 61% and 100% whereas the healthcare professionals gave it a less score, between 50% and 70%. The assessment of the continuity and the cooperation received scores similar to those of the managers and the healthcare professionals, from 81% and 100%. The users assessed it less positively. This study situates Mental Health Network of Girona as pioneer of health promotion for services specialised in mental health.

Conclusions: The health promotion is perceived as mostly implemented in Services for Mental Health in the Healthcare Region of Girona, especially in the community services.

Key words: mental health, health promotion, health services, hospitals promoting health, quality, standards, self-evaluation, nursing.

1. INTRODUCCIÓ

1.1. La promoció de la salut

1.1.1. La Salut

El concepte de salut ha experimentat una important transformació al llarg del temps. Fins a mitjans del segle XX, estava basat només en l'absència de malaltia. Quan la malaltia es manifestava, es restaurava la salut a través d'intervencions mèdiques. A mitjans del segle passat, però, es van posar de manifest algunes dificultats per fer operativa aquesta definició; es devien fonamentalment al fet que per definir la salut calia establir el límit entre l'estat de salut bo i el patològic.

El 1940 es va començar a gestar una perspectiva de la salut que transcendia el binomi salut-malaltia, i es va començar a definir la salut en sentit positiu. Sigerist va establir que "la salut no és simplement l'absència de malaltia; és una cosa positiva, una actitud joiosa i una acceptació alegre de les responsabilitats que la vida imposa a l'individu" (Sigerist, 1941).

Més tard, el 1956, Dubos va proposar un concepte de salut bidimensional que diferenciava el benestar físic i el benestar mental. Dubos afirmava que la salut és un estat físic i mental raonablement lliure d'incomoditat i dolor, que permet a les persones desenvolupar les seves activitats en l'ambient en el qual viuen al llarg del major temps possible. Aquesta idea bidimensional de la salut va ser ampliada per Dunn (1959) que va incorporar la dimensió social al concepte de salut; considerava que la salut té tres dimensions: l'orgànica o física, la psicològica i la social. Aquesta nova concepció, més positiva i holística, inclou diverses dimensions com el benestar, l'ajust psicosocial, la qualitat de vida, la capacitat de funcionament, la protecció cap a possibles riscos de malaltia i el desenvolupament personal, entre d'altres (Godoy García, 1999; Ryff i Singer, 2001; National Research Council (US) Committee, 2001)

De fet, pocs anys abans, el 1945, Stampar havia presentat un concepte de salut que incorporava de manera senzilla les tres dimensions. Segons Stampar, la salut era "l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència de

malalties o invalideses". Aquesta definició va ser admesa universalment i recollida per l'Organització Mundial Salut (OMS) en el primer punt de la seva carta fundacional. Va suposar, doncs, un gran avenç i va generar multitud de crítiques que han estat objecte de debat durant anys. La descripció del concepte de salut de l'OMS té una sèrie d'avantatges: d'una banda, considera la salut en un sentit positiu i supera totes les concepcions anteriors que la reduïen a absència de malaltia; de l'altra, no sols comprèn els aspectes físics de la salut, sinó també els psíquics i socials, fet que li atorga una visió més completa i integral (Organització Mundial de la Salut, 1948).

Així doncs, la salut no es considera un concepte estàtic, sinó un fenomen dinàmic. En aquest sentit, Sigerist (1941) afirma que l'individu està determinat per la natura, la cultura i els hàbits i que la salut es manifesta mitjançant un ritme constant i inalterat que només interromp la malaltia. Així mateix, la relació de factors socioambientals i la salut permet adoptar definicions de salut tenint en compte la incidència del medi ambient.

Terris (1975) va suggerir que existeixen diferents graus de salut i de malaltia. Segons aquest autor, la salut té dos pols: un de caràcter subjectiu que consisteix en la sensació de benestar i un altre objectiu (capacitat de funcionament). Aquests dos pols es poden manifestar en diferents graus al llarg del continu salut i malaltia. Per això, va proposar modificar la definició de l'OMS per evitar l'ús del concepte complet per donar un caràcter utòpic a la definició, mantenint el concepte de benestar i afegint la capacitat de funcionament (capacitat de treballar, d'estudiar, de gaudir de la vida, etc.) Va introduir la possibilitat de mesurar el grau de salut i definir-la com "un estat de benestar físic, mental i social amb capacitat de funcionament, i no només l'absència de malalties i invalideses".

Antonovsky, als anys 70, va desenvolupar la teoria salutogènica, segons la qual la salut té una perspectiva holística i integral, que se centra en les condicions generals tenint en compte els factors que l'envolten (Antonovsky, 1979, 1987). Així, la salut no és una variable d'intervenció mèdica sinó un producte socioecològic fruit de la interrelació complexa de factors comportamentals, genètics, ambientals, econòmics, polítics i socials.

D'aquesta manera es proposa trencar el paradigma real biomèdic on la salut es comprèn des de la perspectiva de riscos i patologia i caminar cap a un concepte salutogènic en què s'estudien els factors que contribueixen a que les persones mantenguin i augmentin el seu benestar en totes les dimensions (Lindstrom i Eriksson, 2011). Aquesta aproximació i visió s'ha desenvolupat i expandit en els darrers anys (Rivera de Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodriguez i Hernan Garcia, 2011).

Des d'aquesta perspectiva, la salut es considera com a un constructe positiu que implica persones amb una capacitat d'apoderament. Per tant, les persones necessiten tenir tant control com sigui possible per aconseguir l'estat de benestar i la màxima salut i aquesta responsabilitat és tant de l'individu com de la societat. De fet, els components conductuals tenen una gran importància, però també són especialment rellevants els contextos ecològics, econòmics i socials (MacDonald, 1998).

1.1.2. Promoció de la Salut

El concepte *Promoció de la Salut* (PS) es va encunyar el 1945 a partir de la descripció feta per Sigerist (1941) de les quatre tasques essencials de la medicina: promoció de la salut, prevenció de la malaltia, restabliment de la malaltia i rehabilitació.

La PS és un procés cultural, social, ambiental, econòmic i polític que es concreta en la Carta d'Otawa, considerada la carta magna de la PS. La Carta d'Otawa descriu la PS com a l'activitat que proporciona a les comunitats els mitjans necessaris per millorar la seva salut i exercir un millor control de la mateixa. Considera, a més, que a fi d'assolir un estat de benestar físic, mental i social una persona o comunitat ha de poder identificar les seves aspiracions, cobrir les seves necessitats i canviar o adaptar-se al medi ambient (Organització Mundial de la Salut, 1986).

La PS no designa, doncs, una àrea específica d'intervenció, sinó un moviment per aconseguir un estat de salut centrat en les persones i el seu benestar des de la perspectiva personal (Raeburn, 1982).

Es pot considerar que la Primera Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut celebrada a Ottawa va significar una resposta a la creixent demanda d'una nova concepció de la salut pública. Si bé les discussions es van centrar en les necessitats dels països industrialitzats, es van tenir també en compte els problemes que afecten altres regions. La Conferència va prendre com a punt de partida els progressos assolits com a conseqüència de la Declaració d'Alma Ata sobre atenció primària, el document Els objectius de la salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut, i el debat sobre l'acció intersectorial per a la salut que es va dur a terme a l'Assemblea Mundial de la Salut.

La Carta d'Ottawa (1986) va remarcar la importància de la creació d'entorns saludables i la inclusió de la salut en totes les polítiques. Va identificar, a més, les cinc àrees d'acció prioritàries per a la PS:

- Establir una política pública saludable: Desenvolupar polítiques públiques saludables en què la PS va més enllà dels serveis sanitaris assistencials, de manera que les decisions polítiques tinguin present les conseqüències sobre la salut de la ciutadania.
- Crear entorns que donin suport a la salut: La societat és complexa i amb múltiples interrelacions. Els canvis en els patrons de vida, feina i oci tenen un impacte significatiu en la salut. La feina i el lleure haurien de ser una font de salut per a les persones. La PS ha de vetllar per generar condicions de vida i de treball segures, estimulants, satisfactòries i agradables. L'avaluació sistemàtica de l'impacte de l'entorn en la salut és necessària i ha d'anar seguida de mesures per garantir els beneficis per a la salut de la població.
- Enfortir l'acció comunitària per a la salut: La PS treballa a través de l'acció comunitària concreta i efectiva en l'establiment de prioritats, la presa de decisions, la planificació i la implementació d'estratègies per aconseguir una millor salut.
- Desenvolupar les habilitats personals: La PS dóna suport al desenvolupament personal i social mitjançant el subministrament

d'informació, educació per a la salut i la millora d'habilitats per a la vida. En fer-ho, augmenten les opcions de les persones d'exercir més control sobre la pròpia salut i sobre el seu entorn, i també creix la capacitat de prendre decisions que condueixen a la salut.

- Reorientar els serveis sanitaris: La responsabilitat de la PS en els serveis de salut ha de ser compartida entre els individus, els grups comunitaris, els professionals de la salut, les institucions de serveis de salut i els governs. El sector sanitari ha de mirar cada vegada més cap a la PS, més enllà de la seva responsabilitat de proporcionar serveis clínics i curatius. Els serveis sanitaris han de ser sensibles i respectar les necessitats culturals. Per tant, els serveis de salut pública han de contribuir a aquest canvi de perspectiva.

Des de 1986, l'Organització Mundial de la Salut ha estat advocant perquè els actors relacionats amb la salut centrin els seus esforços en la PS, més enllà de la seva responsabilitat de proporcionar serveis clínics i curatius.

Així, la Carta d'Ottawa i el concepte de salut que s'hi defineix s'han considerat com a part de la "Tercera Revolució en Salut" (Breslow, 1999), perquè planteja que la PS té en compte la perspectiva de l'anterior enfocament basat en els determinants de la salut, però també destaca l'apoderament individual i comunitari com a part del "Nou Enfocament de Salut". Considera els entorns socials i l'apoderament dels subjectes com a eines fonamentals per generar salut (Kickbusch, 2007).

El 1988 va tenir lloc la Segona Conferència Mundial per a la Promoció de la Salut a Adelaida (Austràlia). S'hi va posar de manifest la importància de les polítiques públiques saludables i es va postular que el principal objectiu és crear ambients que permetin a la població dur a terme una vida sana en la qual les opcions més saludables siguin les més fàcils d'adoptar. D'aquesta conferència es van generar les Recomanacions d'Adelaida sobre política pública saludable.

El 1991 es va dur a terme la Tercera Conferència Mundial per a la Promoció de la Salut a Sundswall (Suècia). Es va centrar en el desenvolupament d'ambients saludables a partir de principis fonamentals en els quals s'han de basar la política i les accions adreçades a millorar el medi ambient. També es va treballar la

importància del desenvolupament sostenible. D'aquesta conferència, en va sorgir la Declaració de Sundsvall sobre ambients favorables a la salut.

La Quarta Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut es va celebrar a Jakarta (Indonèsia) el 1997. Tenia com a objectiu guiar la PS al segle XXI. Durant la conferència es van revisar les estratègies de la Carta d'Ottawa i es va redactar la Declaració de Jakarta en la qual es confirma que aquestes estratègies i àrees d'acció són essencials per a tots els països. Alhora s'hi concreten les pautes següents:

- Els enfocaments globals per al desenvolupament de la salut són els més eficaços, especialment quan es tenen en compte les cinc estratègies d'Ottawa: establir una política pública saludable, crear entorns que donin suport a la salut d'una manera conjunta, enfortir l'acció comunitària per a la salut, desenvolupar les habilitats personals i reorientar els serveis sanitaris, d'una manera conjunta.
- Els escenaris per a la salut ofereixen oportunitats pràctiques per a l'aplicació d'estratègies globals, a fi i efecte de que puguin ser assumides en diferents contextos mundials.
- La participació és essencial per sostenir els esforços. Les persones han de ser el centre de l'acció de la PS i dels processos de presa de decisions per tal que aquests siguin eficaços.
- L'alfabetització sanitària fomenta la participació. L'accés a l'educació i a la informació és essencial per aconseguir una participació efectiva de la mateixa manera que l'apoderament de les persones i comunitats. Aquests termes es relacionen amb el concepte de potenciació o apoderament. La potenciació és la capacitat de les persones per prendre decisions que afecten les seves vides i els determinants personals i ambientals de la salut; també implica l'adaptació contínua a les noves i canviants exigències de l'entorn. Des d'aquesta perspectiva, els objectius de l'Educació per a la Salut s'orientarien a capacitar els individus per tal que fossin capaços de dur a terme les accions següents: definir els seus propis problemes i necessitats, comprendre com poden gestionar aquests problemes amb

seus propis recursos i amb suports externs, promoure les accions més apropiades per fomentar una vida sana i el benestar de la comunitat.

La Declaració de Jakarta identifica cinc prioritats de la Promoció de la Salut en el segle XXI:

- Promoure la responsabilitat social per a la salut.
- Incrementar les inversions per al desenvolupament de la salut.
- Expandir la col·laboració per a la PS.
- Incrementar la capacitat de la comunitat i l'apoderament dels individus.
- Garantir una infraestructura per a la PS.

L'any 2000 es va dur a terme la Cinquena Conferència per a la Promoció de la Salut que va tenir lloc a Ciutat de Mèxic (Mèxic) i va reunir representants de cent països, els quals van firmar el document conegut com a La Declaració Ministerial de Mèxic per a la Promoció de la Salut: De les idees a l'acció. Es van comprometre a expandir les recomanacions de les quatre conferències anteriors i a renovar el compromís de promoure la salut mundial, augmentar la col·laboració intersectorial i millorar la infraestructura de PS.

El 2005 es va celebrar la Sisena Conferència per a la Promoció de la Salut a Bangkok (Tailàndia). Es va redactar la Carta de Bangkok per a la Promoció de la Salut en un món globalitzat per tal de promoure acords intergovernamentals sòlids que afavorissin la salut i la seguretat sanitària col·lectiva. Es van assumir quatre compromisos fonamentals: fer que la PS esdevingués una peça clau en l'agenda de desenvolupament mundial; fer que es convertís en una responsabilitat bàsica de tots els governs; aconseguir que formés part de les pràctiques institucionals; i, finalment, convertir-la en un focus d'iniciatives de la comunitat i la societat civil.

La Setena Conferència per a la Promoció de la Salut va tenir lloc a Nairobi (Kenya) el 2009, i és l'única celebrada fins al moment en un país africà. Un dels seus resultats més destacats va ser el lema de Nairobi que "defineix les estratègies clau i els compromisos que s'han de complir urgentment per esmenar les deficiències en l'execució en l'esfera de la salut i el desenvolupament, fent ús de la PS per aconseguir-ho."

La Vuitena Conferència Mundial per a la Promoció de la Salut es va celebrar a Hèlsinki (Finlàndia) l'any 2013 i es va centrar en l'enfocament de Salut a totes les Polítiques (STP). Tenint en compte que la salut ve determinada en gran mesura per factors externs a l'àmbit sanitari, una política sanitària eficaç ha d'estar relacionada amb tots els àmbits polítics, especialment amb les polítiques socials i fiscals, i amb aquelles relacionades amb el medi ambient, l'educació i la investigació. Un dels objectius de la conferència era impulsar nous enfocaments i capacitats de suport a l'estratègia STP i avançar en la implementació de les recomanacions de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'OMS. La Declaració d'Hèlsinki sobre Salut fa una crida als governs perquè incorporin la salut i l'equitat en aquest àmbit a les seves agendes i avancin estructures, recursos i capacitat institucional de suport a l'estratègia (Chapela, 2011).

La Novena Conferència Mundial de Promoció de la Salut es va celebrar a Xangai (Xina) el novembre de 2016 i el seu lema va ser: La PS en els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS). Els objectius de la conferència varen ser: renovar la missió de la PS per als pròxims decennis; explicitar i optimitzar la funció i els èxits de la PS en la millora de la salut i l'equitat sanitària; proporcionar orientacions als països sobre l'aplicació pràctica dels conceptes i mètodes de la PS; potenciar el compromís polític amb l'enfocament de la salut per a tots mitjançant aquests objectius; possibilitar que les persones, els governs i la societat civil abordin els determinants socials de la salut i que les persones prenguin control de les seves vides per assolir-los; intercanviar experiències nacionals en l'àmbit de la millora dels coneixements sobre salut, la intensificació de l'acció intersectorial i la mobilització social, i la creació de ciutats, comunitats i assentaments humans saludables (Organització Mundial Salut, 2016). En la Conferència es va reafirmar que la salut és un dret universal, un recurs essencial per a la vida diària, un objectiu social compartit i una prioritat política per a tots els països. Els ODS (figura 1), i concretament l'objectiu 3, estableixen el deure d'invertir en la salut, de garantir la cobertura sanitària universal i de reduir les desigualtats sanitàries entre les persones de totes les edats.



Figura 1: Objectius de desenvolupament sostenible. Font: <http://www.un.org>

1.1.3. Determinants de la salut

Els determinants de la Salut són “aquell conjunt de factors econòmics, socials, ambientals i personals que determinen la salut de les persones i de les poblacions” (Organització Mundial Salut, 1998). Aquest visió més àmplia dels determinants de la salut es va estendre quan Lalonde (1974), ministre de salut del Canadà, va presentar al Parlament del seu país l’informe conegut com a Informe Lalonde, on s’agrupaven els factors que determinaven la salut en quatre àmbits:

- **La biologia humana o genètica:** inclou tots els aspectes de salut física i mental que es desenvolupen en el cos humà. Comprèn l’herència genètica, el procés de maduració i l’envelliment de la persona, que no formen part de la intervenció de la salut pública i constitueixen les característiques individuals de la salut. Aquest camp va adquirint major rellevància a mesura que es descobreixen les implicacions genètiques en les diferents patologies i problemes de salut. La identificació de la base de genètica d’algunes malalties com el càncer permet establir un diagnòstic i un tractament precoç.

- **Medi ambient:** engloba tots els fenòmens relacionats amb la salut que són externs al cos humà i sobre els quals les persones tenen poc o cap control. Els factors ambientals es relacionen amb un ecosistema en el qual l'ésser humà interactua contínuament, i on l'equilibri depèn del benestar de l'individu. Les àrees prioritàries d'acció són la qualitat de l'aire dins i fora de l'habitatge, el soroll, les característiques de l'habitatge, la salubritat de l'aigua per al consum humà, els camps electromagnètics, les radiacions i l'exposició a compostos químics. L'impacte en la salut es manifesta a través de problemes d'audició, alteracions en el patró del son, estrès, hipertensió, càncer de pell i altres malalties com ara l'asma, malalties circulatòries, respiratòries i defectes congènits en el naixement. Els projectes d'educació per a la salut enfocats a l'entorn haurien de monitoritzar de manera curosa el nivell d'exposició i les alteracions que aquesta pot produir en la salut, i la necessitat d'establir indicadors clars que determinin els nivells de contaminació (acústica, radioactiva, per gasos, etc.)
- **Estils de vida:** conjunt de decisions que les persones prenen sobre la seva salut i sobre les quals tenen un control relatiu. Els estils de vida fan referència a les conductes individuals i depenen de factors externs com són la cultura, l'ocupació, l'educació, el nivell d'ingressos i les xarxes socials. Tradicionalment, els estils de vida es relacionaven al consum de tabac i alcohol, l'abús de substàncies tòxiques (drogues), l'alimentació, l'exercici físic, els hàbits higiènics i la salut mental. Els problemes de salut lligats als estils de vida poden sorgir per diverses circumstàncies que es donin al llarg de la vida, de la infància a la vellesa. Els programes de PS han d'estar dirigits a afavorir estils de vida saludables tenint en compte el context social i cultural de l'individu, així com també la seva intervenció en els diversos escenaris en els quals les persones desenvolupen la seva activitat diària: escoles, llocs de treball, complexos esportius, associacions de veïns, etc.

- **Organització dels serveis de l'atenció en salut o sistema sanitari:** consisteix en la quantitat, qualitat, ordenament, natura, i relacions de les persones, i els recursos en la provisió dels serveis de salut. També s'anomena sistema sanitari i és un altre dels factors que determina la salut de la població. Entre les seves funcions hi ha les de PS, prevenció de la malaltia, tractament i rehabilitació. Fa referència a la qualitat, la cobertura i l'accessibilitat dels serveis (Lalonde, 1996).

El nivell de salut d'una població ve determinat per la interacció d'aquests quatre factors. Els estils de vida són el factor que té una major incidència en l'estat de salut (50%); llavors hi ha la genètica (20%) i els factors ambientals (20%) i, per últim, el sistema sanitari (10%). Segons Lalonde (1974), el pressupost que s'invertia en els països desenvolupats presentava un repartiment desigual perquè assignava al sistema sanitari la major part del pressupost ja que rebia un 80% de la despesa destinada a la sanitat, seguit d'un 10% per a la genètica, un 5% per als factors ambientals i un altre 5% per als estils de vida.

Seguint aquest plantejament, als Estats Units es va realitzar l'estudi Dever (1976), en què es va constatar que la millora dels estils de vida contribuïa potencialment a la reducció de la mortalitat en un 43%. L'estudi també conclouïa que els esforços realitzats en el camp de la biologia humana podien reduir la mortalitat en un 27%; que la millora de la qualitat del medi ambient podia reduir la mortalitat en un 19%; i, finalment, afirmava que els serveis sanitaris contribuïen potencialment a reduir la mortalitat en un 11%. A partir d'aquests resultats es va fer palesa la desproporció entre els recursos destinats als diferents factors i la relació que tenien amb la reducció de la mortalitat.

En els dos estudis esmentats, doncs, es va fer evident el lligam entre els factors determinants i la salut de la població, i, alhora, l'estreta relació entre aquests factors i la capacitat d'emmalaltir (Lalonde, 1974) o de morir de la població (Dever, 1976).

L'estat ha de garantir als seus ciutadans els drets en matèria de seguretat social i ha d'organitzar, dirigir i reglamentar la prestació de serveis de salut, no només des

del diagnòstic i tractament de les patologies, sinó des de la implementació de polítiques de llarg abast cap al foment de la salut que beneficiï a amplis grups poblacionals (Giraldo, Toro, Macías, Valencia i Palacio, 2010)

L'Organització Mundial de la Salut estableix, basant-se en l'evidència, altres factors que incideixen en la salut. Es pot afirmar que les característiques del lloc on viu l'individu, l'estat de l'entorn, els factors genètics, l'accés al sistema sanitari, el nivell educatiu, el nivell d'ingressos econòmics, les interrelacions amb el medi, amics, família, etc. tenen un impacte considerable en el nivell de salut de la població. Per això, és important considerar el context social i econòmic dels individus. Així mateix, cal destacar que existeixen altres factors que actuen com a determinants de la salut: el context social i econòmic, l'entorn físic i les característiques personals així com també les conductes individuals. Per tant, els determinants socials de la salut (DSS) es descriuen com les condicions socials en què les persones viuen i treballen. Els DSS apunten tant als trets específics del context social que afecta la salut com als mecanismes a través dels quals les condicions socials es tradueixen en impactes de salut (Marmot, 2001).

Tal i com afirmen diversos autors, un major nivell d'ingressos i estatus social es relaciona amb una millor salut. Alhora afirmen que com més gran és la diferència entre rics i pobres, més gran és la desigualtat en salut. (Andreotti, Minicuci, Kowal i Chatterji, 2009; Demakakos, Nazroo, Breeze i Marmot, 2008; Gupta i Kumar, 2007). D'altra banda, les persones amb més control sobre les circumstàncies de la seva feina i sense demandes estressants són més sanes i viuen més que aquelles amb feines de més risc o estressants. La inseguretat laboral incrementa els problemes de salut mental (ansietat i depressions) i les malalties cardiovasculars. La continua inseguretat laboral actua com a un estressor crònic i els seus efectes creixen amb el temps d'exposició (Gil-Monte, 2012; Leitner i Resch, 2005). També s'afirma que el suport familiar, d'amics i de la comunitat tenen efectes positius sobre la salut (Almagià, 2004; Caperchione, Lauder, Kolt, Duncan i Mummery, 2008; Guallar-Castillón, Sendino, Banegas, López-García i Rodríguez-Artalejo, 2005; Islam, Gerdtham, Gullberg, Lindström i Merlo, 2008; Mookadam i Arthur, 2004).

Pel que fa a la infantesa, els autors han constatat la importància de l'efecte de les experiències prenatales i de la primera infància sobre les futures habilitats per tenir cura d'un mateix i obtenir benestar. Els infants nascuts en famílies amb pocs recursos són més propensos a tenir baix pes en néixer, menjar aliments menys nutritius i tenir dificultats al llarg de la seva vida. El desenvolupament infantil saludable significa tenir bona salut física, incloent una bona nutrició, desenvolupament físic, mental i social apropiat a l'edat; capacitat de fer connexions socials efectives amb les altres persones; habilitats adaptatives com el maneig de l'estrès; control de les pròpies eleccions de vida, sentiments de pertinença i autoestima. Les bases de la salut de l'adult es fonamenten en la primera infància (Maria-Mengel i Linhares, 2007; Marmot, 2005).

S'han desenvolupat diversos models per mostrar els mecanismes pels quals els determinants socials afecten als resultats de salut a fi de fer explícites les relacions entre els diferents tipus de determinants de salut i per localitzar punts estratègics per a l'acció política (Organització Mundial Salut, 2005).

El model de Dahlgren i Whitehead (1991) explica com les desigualtats socials en la salut són el resultat d'interaccions en diferents nivells: des de l'individu fins a les comunitats. A nivell individual, l'edat, el sexe i els factors genètics són al centre i indubtablement influeixen fortament en la salut i no es poden modificar amb polítiques de salut. Aleshores, també s'hen de tenir amb compte les conductes personals i els estils de vida. Les persones amb mancances tendeixen a tenir una prevalença superior de factors conductuals negatius com el tabaquisme o la mala alimentació, i també han d'afrontar barreres financeres majors per aconseguir un estil de vida més saludable. Les influències socials i comunitàries es representen a la següent capa i estan relacionades amb les conductes personals. Els indicadors de l'organització de la comunitat registren menys xarxes i sistemes de suport a les persones que es troben a la base de l'escala social, fet que fa que tinguin menys prestacions socials i menys facilitats per accedir a les activitats de la comunitat. En el pròxim nivell, hi trobem els factors relacionats amb les condicions de vida i feina, la provisió d'aliments i l'accés als serveis essencials (educació, medi laboral, aigua, higiene, habitatge i serveis sanitaris). En aquesta capa, les condicions dels habitants més pobres, l'exposició de les condicions de treball més perilloses o

estressants i el limitat accés a serveis creen els riscos diferencials pels menys beneficiats socialment. A la capa més externa, hi trobem les condicions econòmiques, culturals i mediambientals prevalents en la societat. Aquestes condicions, com l'estat econòmic del país i les condicions del mercat laboral, pressionen sobre cada una de les altres capes. El model de vida assolit per una societat pot influir en l'elecció individual de l'habitatge, la feina i les interaccions socials, així com en els hàbits d'alimentació. Les creences culturals també tenen importància en el paper de la dona en la societat o les actituds respectuoses amb les comunitats ètniques minoritàries poden influir sobre el seu patró de vida i posició socioeconòmica (Figura 2).

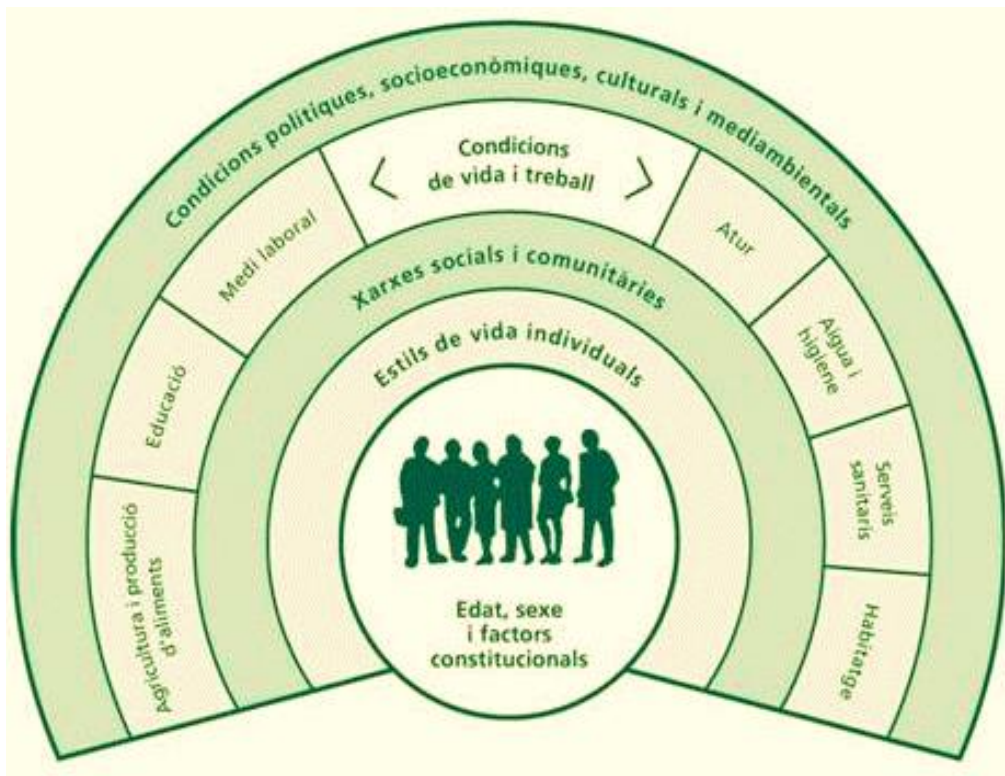


Figura 2: Model de Determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991.
Font: Policies and strategies to promote social equity in health
(Dahlgren y Whitehead, 1991)

Un altre model és el que proposa la "Comisión para reducir las desigualdades en salud en España". Aquest model es va crear l'any 2010 i té dos elements principals: els determinants estructurals de les desigualtats i els determinants

intermedis. D'una banda, els determinants estructurals estan formats pel context socioeconòmic i polític (govern i factors socioeconòmics) i pels eixos de desigualtat (classe social, gènere, edat, ètnia, i territori). De l'altra, els determinants intermedis es classifiquen com a recursos materials i engloben condicions laborals, treball domèstic i de cures, situació econòmica, habitatge i entorn residencial. La combinació de tots aquests determinants és el que condueix a les desigualtats en salut (Borrell i Artazcoz, 2008; Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012; Muntaner, Borrell, Benach, Pasarín i Fernández, 2003). L'objectiu d'aquest model era dissenyar polítiques i intervencions per millorar la salut (Borrell i Malmusi, 2010) (Figura 3).

Tots aquests models coincideixen en el fet que els estils de vida influeixen d'una manera important en la salut i, per tant, són un aspecte clau per potenciar la salut de les persones.

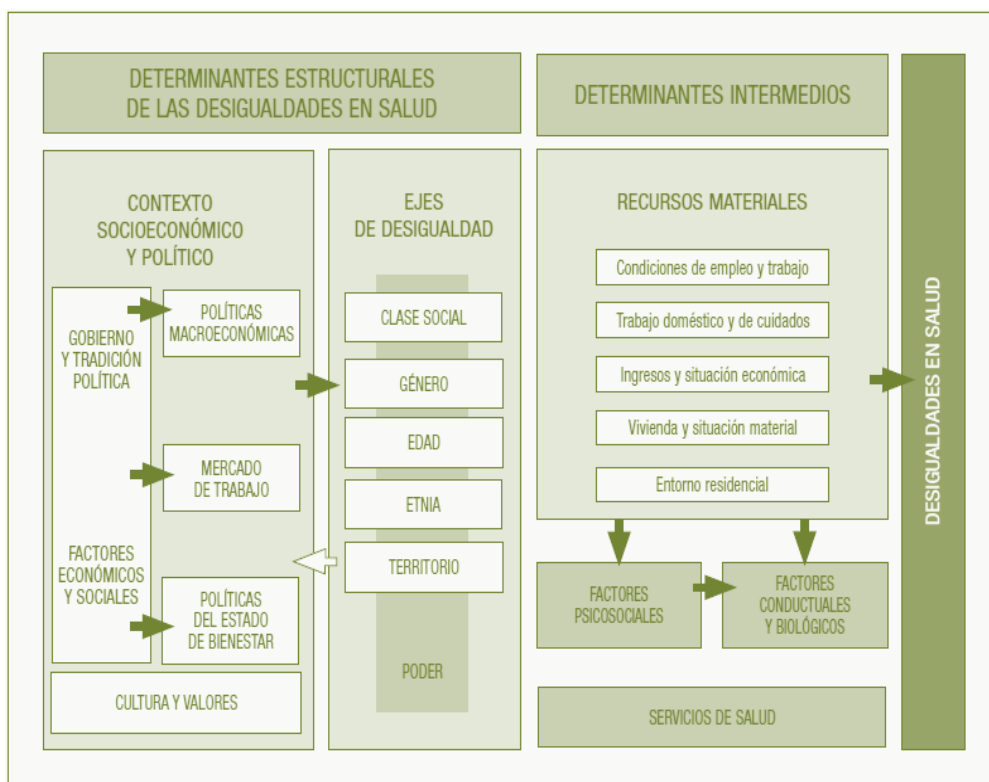


Figura 3. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut.

Font: Comissió per reduir les desigualtats en salut a Espanya (2012)

1.1.3.1. Estils de vida saludables

L'OMS va definir *estil de vida* com una manera de viure que es basa en patrons de comportament identificables, determinats per la interacció entre les característiques personals individuals, les interaccions socials i les condicions de vida socioeconòmiques i ambientals de les persones (Organització Mundial Salut, 1998).

A mitjans del segle XX, l'antropologia va abordar l'estudi dels estils de vida des d'un enfocament cultural i la medicina des d'una perspectiva mèdica i epidemiològica amb un enfocament biològic. Defensava que les persones tenen estils de vida sans o insans per pròpia voluntat i donava, per tant, la responsabilitat sobre les persones i no sobre les institucions (Erben, Franzkowiak i Wenzel, 1992). Des del paradigma biomèdic es culpabilitzava en excés als ciutadans de la seva pèrdua de salut, ja que es col·locava al subjecte (en l'estil de vida del subjecte) la responsabilitat de la seva malaltia i no es reconeixia la importància del context social ni d'altres factors com a condicionants de l'adquisició dels estils de vida. Aquesta anàlisi eximia de responsabilitats als governs (Mechanic, 1979).

Els estils de vida individuals, caracteritzats per patrons de comportament identificables, poden exercir un efecte profund en la salut d'un individu i en la d'altres. Si la salut es pot millorar fent que les persones canviïn els seus estils de vida, les accions han d'anar adreçades no sols a l'individu, sinó també a les condicions socials de vida que interactuen per produir i mantenir aquests patrons de comportament. No obstant això, és important reconèixer que no hi ha un estil de vida "òptim" a què puguin adscriure's totes les persones. La cultura, els ingressos, l'estructura familiar, l'entorn domèstic i laboral, entre d'altres, faran més atractives, factibles i adequades determinades formes i condicions de vida. Per això, l'estratègia de crear ambients favorables per a la salut se centra en gran mesura en la necessitat de millorar i canviar les condicions de vida per donar suport a la salut (Organització Mundial Salut, 1998).

L'OMS també va remarcar la necessitat de diferenciar entre estil de vida i estil de vida saludable. Es va emfatitzar sobre la importància d'abordar l'estudi de l'estil de vida saludable des d'un enfocament més social que mèdic (Kickbusch, 1986).

Els estils de vida saludables comporten l'adopció d'una conducta promotora de la salut, tot i que avui dia en bona part de la població s'observa força freqüentment sedentarisme (que, a llarg termini, ocasiona malalties coronàries i metabòliques), estrès (que desencadena trastorns psicològics com ansietat, problemes del son, trastorns en la conducta alimentària), mala nutrició (que provoca diabetis, anèmia), excés de consum d'alcohol, tabaquisme i ús de substàncies psicoactives, entre d'altres, el que determina negativament a la salut (Vincezi i Tedesco, 2009). Considerar que les relacions interpersonals orienten cap a la generació de conductes i potenciació d'estils de vida saludables, ja que es considera més probable que les persones es comprometin a adoptar conductes de PS quan els individus importants per a ells esperen que es donin aquests canvis i fins i tot ofereixen ajuda o suport per permetre-ho (Aristizábal, Blanco, Sánchez, Meléndez i María, 2011).

HÀBITS ALIMENTARIS

Els hàbits alimentaris constitueixen un factor determinant de la salut, tant a nivell individual com poblacional (Hu, 2002). La modernització de la societat ha suposat una sèrie de canvis sociològics i culturals que afecten inevitablement als hàbits i preferències alimentàries (Durá Travé i Castroviejo Gandarias, 2011). Per exemple, cada vegada es dedica menys temps a la compra d'aliments i elaboració del menjar i es prefereixen els aliments processats que, generalment, comporten un consum excessiu d'aliments d'origen animal, especialment de carns i derivats, i de sucres refinats, amb el consegüent increment de greixos saturats i colesterol en la dieta i, al mateix temps, un baix consum d'aliments d'origen vegetal. Tot això es tradueix en una disminució en l'aportació percentual d'energia a partir d'hidrats de carboni complexos i proteïnes d'origen vegetal, i un augment en la proporció de greixos saturats i hidrats de carboni simples (Aranceta, 2001; Sánchez-Villegas, Martínez, De Irala i Martínez-González, 2002; Tur, Romaguera i Pons, 2007).

Els hàbits alimentaris inadequats es relacionen amb nombroses malalties d'elevada prevalença i mortalitat (malalties cardiovasculars, alguns tipus de càncer, obesitat, osteoporosis, anèmia, càries dental, entre d'altres). Podem

assumir que en la selecció dels aliments hi estarien implicats nombrosos factors socials, culturals i familiars juntament amb la disponibilitat econòmica, el grau d'educació nutricional i l'estat de salut de l'individu. Dins dels condicionants socioculturals, s'hi englobarien diversos factors com creences religioses, costums i tradicions, modes i campanyes de publicitat i màrqueting que pretenen promocionar una determinada cultura o model alimentari.

Per tot això, conèixer i aprofundir sobre quins components de la dieta poden exercir un paper important en la prevenció de malalties podria permetre desenvolupar accions d'educació nutricional encaminades a modificar el patró alimentari de la població cap a dietes més equilibrades, saludables i cardioprotectores (Candela, Kohen i Dassen, 2009).

Les malalties cardiovasculars i el càncer, dues de les primeres causes de morbimortalitat en l'actualitat, es veuen influenciades per comportaments nutricionals inadequats. Se sap que un major consum de fruites i verdures s'ha associat, en la majoria dels estudis epidemiològics, amb un menor risc de càncer de pulmó, de la cavitat oral, d'esòfag, d'estómac i de còlon (Cabezas et al., 2007).

Els països occidentals, inclosos els EUA, continuen tenint una taxa absoluta de morbimortalitat cardiovascular alta (Reddy, 2004). Tradicionalment, la incidència de la malaltia coronària ha estat més baixa en alguns països com França, Espanya, Grècia, Itàlia i Portugal. Aquestes diferències s'han explicat sobretot pel patró d'alimentació propi dels països mediterranis, conegut com a dieta mediterrània (Kastorini et al., 2011; Trichopoulou, Costacou, Bamia i Trichopoulos, 2003).

L'alimentació saludable és un pilar fonamental per tenir una bona salut mental. Algunes estratègies que s'estan implantant a Canadà relacionades amb la salut nutricional i els usuaris amb problemes de salut mental inclouen la seguretat alimentària, l'alimentació saludable, el control del pes, l'educació alimentària (per exemple, la preparació del menjar, la cocció, el cultiu d'aliments i la lectura de l'etiquetatge nutricional dels aliments), a més del treball amb materials educatius relacionats amb la nutrició i la salut mental com són per exemple, les estratègies nutricionals per prevenir problemes de salut mental, el maneig dels efectes

secundaris nutricionals dels medicaments o les pautes de nutrició per a les condicions específiques segons alguns tractaments de salut mental.

Es necessita suport per integrar els serveis nutricionals en tots els nivells de la pràctica de la salut mental: la promoció, la prevenció, el tractament i la rehabilitació. Això pot ser més fàcil amb el reconeixement de la dieta com a pedra angular de les intervencions clíniques de salut mental. Les guies de pràctica clínica podrien incloure la intervenció d'un nutricionista per problemes de pes, per trastorns alimentaris, per la presència de problemes metabòlics que es beneficiarien d'una dieta terapèutica, i, quan se sospita que hi ha deficiències de nutrients. És necessari un finançament adequat per a programes de nutrició i serveis de suport dietista. El seguiment i l'avaluació contínua de la nutrició en els serveis de salut mental s'ha d'assegurar.

La defensa dels serveis de nutrició ha d'ocórrer en nivells més amplis que inclouen la salut i la política pública. Les agències governamentals i no governamentals estan reconeixent els vincles entre la dieta i la salut mental.

Les iniciatives adreçades a la creació d'entorns alimentaris saludables són mecanismes de suport importants a la població en general i específicament a la que té problemes associats a la salut mental (Davison, 2012).

ACTIVITAT FÍSICA

L'activitat física es defineix com el moviment corporal produït per la contracció del múscul esquelètic que augmenta la despesa energètica per sobre del nivell basal. Així doncs, en parlar d'activitat física hem de valorar les activitats que la persona realitza durant les 24 hores del dia, com per exemple la feina, les tasques de la llar, les activitats d'oci o de temps lliure i el transport. Es tracta, per tant, d'un terme ampli que engloba l'exercici físic que s'utilitza quan aquest esforç físic és programat, estructurat i repetitiu (Caspersen, Powell i Christenson, 1985).

L'activitat física constitueix un indicador de primer ordre per a la salut, a més de ser un factor protector independent de risc cardiovascular. Una persona amb bona

forma física té més capacitat per tolerar els desafiaments físics que planteja la vida diària, mentre que la que no està en forma es veurà obligada a interrompre l'activitat a causa de la fatiga.

L'activitat física regular és una part important dels estils de vida saludables. Aquest comporta beneficis que contribueixen al benestar de les persones en els àmbits físic, psíquic i social (Duncan, 2004; Gray i Leyland, 2008; Telama et al., 2005).

Les persones que presenten un estil de vida actiu tenen taxes més baixes de mortalitat i una major longevitat que les que mantenen una activitat sedentària (Knoops et al., 2004; Lee, Paffenbarger i Hennekens, 1997). És més, aquelles que en un determinat moment de la seva vida abandonen el sedentarisme i inicien una forma de vida físicament activa, també redueixen de forma significativa les seves taxes de mortalitat (Blair, 1995; Paffenberg et al., 1993) tot i que cal tenir present que la protecció que atorga l'exercici físic no és permanent si es deixa de practicar. Els seus beneficis es donen mentre l'activitat física es mantingui en el temps i es produeix a més una reducció de la mortalitat a mesura que el nivell de forma física augmenta (Balady, 2002; Myers, Prakash i Froelicher, 2002).

Els estudis han anat acumulant evidències no només de l'efecte protector de l'activitat física sobre diverses malalties, sinó que la bona forma física suposa una millora de la qualitat de vida i una reducció del risc de mort per totes les causes, independentment de la presència d'altres factors de risc, a més de millorar la qualitat de vida de manera considerable (Abu-Omar i Rütten, 2008). Així mateix, el sector de la població que pot beneficiar-se d'aquesta possibilitat és molt ampli, el que incrementa considerablement l'impacte potencial de les intervencions. Així, adoptar un estil de vida físicament més actiu s'ha associat, entre altres coses, amb una reducció de l'ansietat, la depressió, l'insomni i els trastorns de l'estat d'ànim (Brosse, Sheets, Lett i Blumenthal, 2002; Pollock, 2001).

L'activitat física, a més de produir una sensació de benestar, incideix en el nivell d'autosatisfacció, l'augment de la seguretat i la confiança en un mateix; el que fa que millorin les funcions a nivell personal, social i laboral. Els subjectes que practiquen exercici milloren les funcions intel·lectuals i redueixen el temps de reacció per a tasques mentals en què participa la memòria. L'exercici físic ha estat

utilitzat com a suport en programes de deshabituació de drogodependències i alcoholisme (Warburton, Nicol i Bredin, 2006).

En els últims 40 anys hi ha hagut un increment molt important del sedentarisme, associat a una disminució progressiva de la quantitat d'activitat física que realitzen les persones. Segons dades del 2016, a Espanya, un 34,4% de la població espanyola de 18 a 74 anys no fa cap tipus d'activitat física en el seu temps d'oci i el 38,9% només en fa de ocasionalment (Aragonés, Fernández i Ley, 2016).

Els avenços tecnològics i en el transport han provocat que les persones redueixin progressivament la seva activitat física en les activitats de la vida diària i disminueixi la despesa energètica associada. A tot això, cal afegir-hi un entorn urbanístic poc favorable a la pràctica d'activitat física, fet que fa necessari de manera urgent que s'implantïn mesures de salut pública eficaces per promoure l'activitat física i millorar la salut pública a tot el món (Douglas et al., 2006).

En el cas de les persones afectades de malalties mentals, s'ha demostrat recentment que programes de ioga i mindfulness, on es potencia l'exercici físic, són molt efectius com a tractament de l'estrés i les depressions (Lin, Lin i Wang, 2017).

CONSUM DE TABAC

El tabaquisme és un important factor de risc per a la salut i és la primera causa de mort evitable als països desenvolupats. Està àmpliament estudiada la relació entre el consum de tabac i la mortalitat. El consum de tabac afavoreix l'aparició de nombroses malalties, com càncer de pulmó, cardiopatia isquèmica, bronquitis crònica i emfisema, entre altres (Fagerstrom, 2002; Hausmann, 2007; Sasco, Secretan i Straif, 2004). No hi ha un llindar de consum per sota del qual els riscos per a la salut desapareguin: consumir qualsevol quantitat de tabac comporta riscos per a la salut (Ezzati i Lopez, 2003).

Segons la Classificació Internacional de les Malalties publicada per l'OMS, la dependència del tabac o tabaquisme es considera una malaltia crònica addictiva.

El tabaquisme, tot i que és un hàbit acceptat per una part important de la nostra societat, és una forma de drogodependència, ja que la nicotina és una substància addictiva que presenta les característiques de les altres drogues, és a dir, crea tolerància, dependència física i psicològica i, alhora, la síndrome d'abstinència després d'abandonar-ne el consum. El consum de tabac, per les seves característiques i dimensions actuals, és el problema sanitari que més mortalitat i morbiditat causa a Espanya, ja que produeix una pèrdua enorme d'anys de vida potencials, a més d'invalideses, jubilacions prematures, hospitalitzacions, entre d'altres efectes, i ocasiona el cost sanitari i social més elevat al qual ha de fer front la societat espanyola (González-Enríquez et al., 2002; Pardell, Salto, Jane i Salleras, 2001).

Les persones amb malaltia mental presenten el doble de possibilitats de fumar (Breslau i Klein, 1999; Gonzalez-Pinto et al., 1998; Kelly i McCreddie, 1999) i els pot costar més abandonar l'hàbit (Addington, el-Guebaly, Campbell, Hodgins i Addington, 1998; Ziedonis i George, 1997).

Mentre que la investigació demostra que les intervencions de tabac poden ser eficaces per a les persones amb malalties mentals, aquestes no s'utilitzen habitualment en la pràctica clínica (Morris i Tedeschi, 2009).

El tabaquisme s'associa amb una pitjor salut mental. Així es descriu que les persones que fumen tenien més depressió i símptomes d'ansietat, més estrès i un estat socioeconòmic més baix en comparació amb els no fumadors. L'associació entre el tabaquisme i els símptomes psiquiàtrics persisteix fins i tot quan els factors d'estrès, característiques socioeconòmiques i altres factors es controlen estadísticament (Jorm et al., 1999). Existeix evidència que les persones afectades de trastorns mentals fumen més que la població general i que tenen més dificultat per deixar de fumar, però tot i això existeixen programes que han aconseguit que els hospitals de psiquiatria es mantinguin com a entorns lliures de fum i que els usuaris marxin d'alta ja desintoxicats (Wang, Huang, Chen i Tsai, 2017) i també s'ha demostrat que un any després de deixar de fumar, aquestes persones milloren l'estrès i els símptomes depressius (Stepankova, Kralikova, Zvolska, Adamcekova i Pankova, 2017).

CONSUM DE SUBSTÀNCIES

Seguint la definició de l'OMS, entenem per droga "tota substància (terapèutica o no) que, un cop introduïda a l'organisme, és capaç de modificar una o més funcions d'aquest" i, "per droga d'abús qualsevol substància, presa a través i per qualsevol via d'administració que altera l'estat d'ànim, el nivell de percepció o el funcionament cerebral". En aquest sentit, s'entén per drogodependència, l'estat psíquic, i de vegades físic, resultant de la interacció d'un organisme viu i una droga, caracteritzat per un conjunt de respostes comportamentals que inclouen la compulsió de consumir la substància de manera continuada per tal d'experimentar els efectes psíquics o, en ocasions, d'evitar la sensació desagradable que la seva falta ocasiona. Els fenòmens de tolerància poden o no ser-hi presents (Organització Mundial Salut, 1964).

Segons l'Enquesta Domiciliària sobre Alcohol i Drogues a Espanya (EDADES), realitzada l'any 2009 pel Pla Nacional sobre Drogues, l'alcohol continua sent la substància psicoactiva amb un consum més estès entre la població espanyola. En el cas de l'alcohol es considera un factor de risc quan el consum és perjudicial per a la salut.

L'alcohol és, sens dubte, després del tabac, la substància psicoactiva que causa més morts a Espanya. A més, és el tercer factor de risc per a la salut en importància per darrere del consum de tabac i la hipertensió arterial, i provoca una morbiditat prematura. Com a factor de risc per a la salut és tres vegades més important que la diabetis i cinc vegades més important que l'asma (Anderson i Baumberg, 2006).

El consum de drogues és un dels problemes que més interès ha despertat en les últimes dècades a causa de la creixent implicació dels adolescents i joves en aquestes conductes. A més, constitueix un autèntic problema de salut pública i social pels costos humans, socials i econòmics que comporta, com es confirma per les dades epidemiològiques sobre el consum.

Segons l'Observatori Espanyol sobre Drogues (2016), podem dir que les conclusions més destacades sobre l'evolució del consum de drogues a Espanya en els anys més recents són les següents:

- S'ha aturat el descens de consum de tabac observat fins a 2013.
- Està estabilitzada o en descens la proporció de consumidors de begudes alcohòliques, tot i que ha augmentat la freqüència d'episodis de consum intensius.
- Després de molts anys de descens, es pot haver estabilitzat el consum d'heroïna, i fins i tot es pot haver començat a incrementar.
- S'han estabilitzat o poden haver començat a baixar el consum de cocaïna i cànnabis, després de molts anys d'augment continuat.
- Ha augmentat el consum d'hipnosedants, mentre continua disminuint el consum d'èxtasi, amfetamines i al·lucinògens.

L'abús de drogues i la malaltia mental sovint coexisteixen. En alguns casos els trastorns mentals com l'ansietat, la depressió o l'esquizofrènia poden facilitar l'addicció i, en altres casos, l'abús de drogues pot desencadenar trastorns mentals, sobretot en les persones més vulnerables.

SEXUALITAT

L'OMS defineix la sexualitat humana com "un aspecte central de l'ésser humà, present al llarg de la seva vida. Abasta al sexe, les identitats i els papers de gènere, l'erotisme, el plaer, la intimitat, la reproducció i l'orientació sexual. Es viu i s'expressa a través de pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, conductes, pràctiques, papers i relacions interpersonals. La sexualitat pot incloure totes aquestes dimensions, tanmateix no totes s'expressen sempre. La sexualitat està influïda per la interacció de factors biològics, psicològics, socials, econòmics, polítics, culturals, ètics, legals, històrics, religiosos i espirituals" (Organització Mundial Salut, 1998).

La literatura ha donat suport a l'existència d'un perfil de risc diferent en nois i noies, de manera que en el cas dels nois existeix un inici anterior en les relacions sexuals i un major nombre de parelles ocasionals, mentre que les noies solen tenir

relacions sexuals en el marc d'una relació estable i associada a una relació afectiva i de confiança (Ramos-Valverde, 2009). A més, els indicis sobre la sexualitat dels adolescents i joves espanyols mostren que els adolescents s'inicien cada vegada més d'hora en l'activitat sexual, que ho fan sense utilitzar les proteccions adequades i necessàries, i que això condueix a infeccions de transmissió sexual i embarassos no desitjats.

D'altra banda, diversos estudis afirmen que les persones afectades per problemes mentals tenen més probabilitats de tenir conductes sexuals de risc (Erbelding, Hutton, Zenilman, Hunt i Lyketsos, 2004; Stiffman, Doré, Earls i Cunningham, 1992).

1.2. La promoció de la salut als hospitals i serveis de salut

1.2.1. El moviment de promoció de la salut als hospitals i serveis de salut

El moviment d'Hospitals Promotors de Salut (HPH) va ser iniciat el 1990 per l'Oficina Regional Europea de l'OMS com un enfocament per a la configuració de les organitzacions de salut per tal de millorar la qualitat de l'assistència sanitària, la relació entre els hospitals i els diferents serveis de salut, la comunitat i el medi ambient i la satisfacció dels usuaris, familiars i professionals. Aquesta organització té com a objectiu millorar la salut dels seus grups d'interès mitjançant el desenvolupament d'estructures, cultures, decisions i processos.

L'HPH se centra principalment en els usuaris i els seus familiars, amb una orientació específica en les necessitats dels grups vulnerables, el personal de l'hospital, la població de la comunitat i el medi ambient.

La iniciativa dels Hospitals Promotors de la Salut (HPH) es va inspirar en la Carta d'Ottawa elaborada per l'OMS (Organització Mundial de la Salut, 1986). L'HPH té una base sòlida que es desprèn d'una de les cinc estratègies de la carta d'Ottawa, la reorientació dels serveis de salut. L'objectiu és anar cap a un guany de la salut que exigeix la seva reorientació cap a la PS més enllà de la seva responsabilitat de proporcionar serveis clínics i curatius. La Carta d'Ottawa va informar del desenvolupament de nombroses accions de PS, en particular la implantació orientada a la PS incloent-hi els hospitals. Les primeres consideracions conceptuals centrades en els hospitals van ser encarregades per l'OMS i publicades per Milz i Vang (1988), que descriuen, per primera vegada, els tres principals grups destinataris de PS, els usuaris, els professionals sanitaris i la comunitat hospitalària i les intervencions. Aquests autors aposten especialment per un enfocament comunitari però també atorguen responsabilitats de l'hospital cap als seus usuaris (educació i seguretat del pacient) i el seu personal.

L'any 1989 es va implantar el primer dels projectes proposats per la OMS, Health and Hospital, en un hospital de Viena. Tot seguit, al 1990 es va crear la Xarxa Internacional de Hospitals i al 1991 es va publicar el primer document. A l'any 1993 es va celebrar a Varsòvia (Polònia) la primera conferència internacional de la Xarxa d'Hospitals Promotors de Salut i també es va publicar el primer butlletí internacional. A més, es va iniciar a Àustria el projecte pilot de l'hospital europeu de la oficina regional de la OMS a Europa. Des de 1993 fins al 1997 es van afegir al projecte 20 hospitals de 11 països europeus diferents. Seguidament a la fase pilot, es van anar desenvolupant xarxes nacionals i regionals. Des de 1995 les xarxes estan implementant i desenvolupant el moviment promotor de la salut per fer-ne difusió. El 1997 es va publicar la declaració de Viena on es van descriure els principis fonamentals per implementar la PS als hospitals i ajudar així a millorar la salut i la qualitat de vida. Aquests principis van ser:

- Promoure la dignitat humana, la equitat i solidaritat i la ètica professional, reconeixent la diferència en les necessitats, valors i cultures dels diferents grups de població.
- Estar orientats cap a millorar la qualitat, el benestar dels usuaris i de l'equip, la protecció de l'ambient i la realització del potencial per convertir-se en empreses amb capacitat d'aprenentatge.
- Assumir la salut des d'una aproximació holística i no només com a un servei curatiu.
- Proveir els serveis de salut als usuaris contribuint així al seu apoderament.
- Gestionar els recursos de forma eficient i assignar recursos a la contribució de la millora de la salut.
- Formar enllaços amb altres nivells del sistema de salut i amb la comunitat.

Amb l'objectiu d'incorporar la PS a les institucions, des de la xarxa internacional es van definir quatre estratègies de implementació: Fomentar la participació i crear compromís, millorar la comunicació, la informació i la educació, utilitzar metodologies i tècniques de desenvolupament organitzacional i gestió de projectes i aprendre de la experiència.

La Xarxa es va expandir i es va convertir en un moviment global, i el 2009 va passar a anomenar-se Xarxa Internacional d'Hospitals i Serveis Promotors de la Salut. Actualment hi ha centres de més de 40 països adherits a aquesta xarxa, on tots els continents hi tenen representació excepte Àfrica. Avui en dia, HPH té més de nou-centes organitzacions membres en tot el món (Juvinyà-Canal i Arroyo, 2012).

Els hospitals promotors de la salut centren les seves accions en quatre grans àrees: la PS dels usuaris, dels professionals, la comunitat i finalment a integrar la PS a la pròpia institució i a la seva organització (Groene i Garcia-Barbero, 2005).

La HPH també té una sèrie de grups de treball que enllacen la PS a temes específics, destinataris específics, i els diferents tipus de serveis de salut. Les primeres investigacions sobre HPH es van centrar en gran mesura en el desenvolupament del concepte. Això va ser seguit per una fase d'estudis d'avaluació del model i l'aplicació pilot, amb un fort enfocament en el desenvolupament de l'organització. Cap al final de la dècada de 1990, quan el concepte HPH es va concretar encara més per l'orientació als moviments de qualitat, la investigació organitzacional va ser acompanyada cada vegada més pels estudis sobre el paper dels professionals de la salut en PS, especialment el de les infermeres, i a la clínica de la PS incloent els assaigs aleatoris controlats sobre les intervencions orientades al pacient en estudis realitzats per Carlson i Warne (2007) així com Whitehead (2005).

Les diverses publicacions que proporcionen les visions generals de l'evolució HPH inclouen descripcions de la història de la xarxa HPH, descripcions del concepte HPH, amb un enfocament centrat en els grups destinataris, i en els aspectes de l'aplicació i la descripció de l'estructura de la xarxa internacional i les seves subxarxes nacionals i regionals (Whitehead, 2004). Altres autors posen de manifest el treball dels grups de treball de la HPH, principalment dirigits a grups de usuaris vulnerables com els pacient de psiquiatria (Berger i Paul, 1999), els nens i adolescents (Aujoulat, Simonelli i Deccache, 2006), immigrants i les minories ètniques (Karl-Trummer i Krajic, 2007), entorn la qualitat en HPH i la evidència de la PS (Groene i Jorgensen, 2005) i sobre el desenvolupament dels estàndards per

avaluar els hospitals promotors de la salut (Groene, 2006; Groene, Jorgensen i Fugleholm, 2005).

A Catalunya, el moviment HPH es va iniciar l'any 2003 i al 2007 es va constituir la xarxa catalana d'hospitals i serveis promotors de la salut, amb la missió de liderar la difusió i la implantació de la PS als hospitals i serveis de salut impulsant la incorporació de conceptes, valors, estratègies, estàndards i indicadors en la seva estructura i cultura organitzativa. A tal fi s'han desenvolupat tres grups de treball: un d'alfabetització en salut, un de salut laboral i un d'estàndards en PS (Juvinyà-Canal, Bonmatí-Tomás i Vilanova-Vila, 2015).

1.2.2. L'avaluació de la implementació de la promoció de la salut

La PS és una part integral del procés d'atenció sanitària i està íntimament relacionada amb aspectes clínics, educatius, de comportament i d'organització. Per això, les activitats de PS han de formar part de les iniciatives de millora de la qualitat, amb la finalitat de garantir l'ús dels enfocaments més adequats i d'un control continuat. Per tal de poder avaluar la incorporació de la PS en els hospitals es van validar cinc estàndards de PS que descriuen els principis i les accions que haurien de formar part del pla d'acció de qualsevol hospital. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Es defineix estàndard com el grau de compliment exigible a un criteri de qualitat (García, Ráez, Castro, Vivar i Oyola, 2003).

El primer estàndard, **política de gestió**, fa referència al fet que la política de salut i l'administració es beneficiaran de la PS per a la seva contribució a la salut individual i pública. La visió de la PS com a reforma i estratègia de desenvolupament per a la salut individual i pública ajuda a facilitar la reorientació dels diferents sistemes i serveis de salut. La creació d'estratègies i processos per a la millora de la salut dels serveis proporciona eficàcia i eficiència (Groene i Garcia-Barbero, 2005). L'objectiu d'aquest estàndard és descriure el marc de les activitats de la institució pel que fa a la PS com a part del sistema de gestió de qualitat de la institució.

El segon estàndard, **avaluació del pacient**, té l'objectiu d'optimitzar el tractament dels usuaris, millorar el diagnòstic i fomentar-ne la salut i el benestar.

El tercer estàndard, anomenat **intervenció i informació al pacient**, vol garantir que el pacient estigui informat de les activitats planificades, buscar la seva col·laboració activa en aquestes activitats i facilitar la integració de totes les activitats de PS en tots els ingressos dels usuaris.

El quart estàndard, la **promoció d'un lloc de treball saludable**, va orientat a fomentar el desenvolupament d'un lloc de treball saludable i segur i recolzar les activitats de PS del personal. Els hospitals amb entorns de PS ofereixen un ambient segur i apliquen la PS als seus treballadors i faciliten així la participació del personal en la creació d'un entorn laboral saludable. Els hospitals orientats a implementar la PS en l'entorn laboral, ofereixen un ambient segur i l'apliquen als seus treballadors, facilitant la seva participació en la creació d'un entorn saludable, la qual cosa millora a curt termini l'absentisme. (Sounan i Gagnon, 2005).

El cinquè estàndard, **continuïtat i cooperació**, té la missió d'analitzar com es garanteix el treball conjunt amb els proveïdors i iniciar relacions de col·laboració per optimitzar la integració de les activitats de PS en la continuïtat de les cures dels pacients.

Malgrat que en els últims 20 anys hi ha hagut una gran quantitat de desenvolupaments i projectes dins la Xarxa internacional d'HPH tant a Europa com en d'altres continents, cada vegada hi ha més producció científica però encara hi ha proves limitades de la seva eficàcia (McHugh, Robinson i Chesters, 2010). L'avaluació de dos anys de l'aplicació i l'impacte de la PS en el marc de serveis de salut a Escòcia va mostrar que l'eina no estava sent utilitzada com a recurs per millorar la implementació de la PS en les organitzacions sanitàries; no obstant això, els investigadors van informar que podria ser útil per guiar la pràctica de la PS en l'àmbit hospitalari (Whitelaw, Martin, Kerr i Wimbush, 2006).

La validesa de l'eina d'autoavaluació es va posar a prova en una mostra de 38 hospitals de vuit països. Groene i Jorgensen (2005) van descriure en detall el procés de desenvolupament de l'eina d'autoavaluació per a la PS en els hospitals i van presentar els resultats de les seves proves de validesa. Es va observar un

nivell alt en la comprensió, l'aplicabilitat, la importància i el compliment dels tres primers estàndards (polítiques de gestió, l'avaluació del pacient, així com la informació del pacient i la intervenció), mentre que l'acceptació i compliment dels estàndards restants (la promoció d'un lloc de treball saludable i la continuïtat i la cooperació) van ser més baixa (Groene, Alonso i Klazinga, 2010).

Segons Miseviciene, hi ha una manca de dades basades en l'evidència sobre l'eficàcia de la PS per obtenir resultats i, especialment, sobre les possibilitats de l'aplicació dels estàndards de PS a la pràctica diària. Són pocs els estudis d'investigació que s'han dedicat a la recerca de les actituds del personal directiu i dels professionals sanitaris sobre l'aplicabilitat dels estàndards de PS a HPH (Miseviciene i Zalnieraitiene, 2013).

Referent a l'opinió dels gestors sobre la implementació de la PS, Pölluste et al. (2007) van concloure que el suport de l'organització i el compromís amb els serveis de PS del personal directiu havia de millorar. Comparant les actituds dels membres de l'equip directiu i les del personal no directiu, els resultats també van revelar una consciència molt més gran del personal directiu sobre les qüestions relacionades amb el desenvolupament de les activitats de PS: la recaptació de fons, la satisfacció dels usuaris, la tramesa d'informació als usuaris i la participació en el desenvolupament de la política de l'hospital. Els resultats de l'estudi dut a terme a Estònia van indicar que els conceptes de PS i garantia de qualitat estaven estretament relacionats i que l'hospital ho havia de considerar com un sistema complet en el qual les polítiques i les pràctiques eren de suport i integrades en la cultura de l'hospital. A més, el compromís dels directius era fonamental per al desenvolupament de la ideologia de PS.

Tanmateix, Guo et al. (2007) va comparar els hospitals HPH amb els controls (que no són HPH) i van concloure que: "si el personal de gestió té una comprensió adequada del concepte i els principis d'HPH, és més probable que les activitats de PS puguin ser introduïdes en treball diari dels hospitals". Aquesta troballa va ser confirmada pels autors suecs, que també van afirmar que l'administració juga un paper important en la creació d'oportunitats per als professionals de la salut que participen en activitats de PS (Johansson, Stenlund, Lundström i Weinehall, 2010).

En una revisió sistemàtica dels serveis de PS proporcionats pels hospitals dels Estats Units a les seves comunitats, Olden i Hoffman (2011) també van arribar a la conclusió que els hospitals han d'aplicar mètodes de gestió per introduir de manera efectiva els serveis de PS.

Pel que fa a l'opinió dels professionals sobre l'avaluació de la implementació de la PS, Miseviciene i Zalnieraitiene (2013) afirmen que els grans hospitals, comparant-los amb els petits, van donar puntuacions més altes en l'aplicabilitat dels estàndards de PS. Aquests autors també van avaluar la consciència de la disposició de les activitats de PS i l'aplicabilitat dels cinc estàndards en diferents hospitals de la xarxa HPH de Lituània segons l'opinió dels metges/esses i infermeres/infermers, que són qui intervenen directament en la PS.

Un altre estudi realitzat per Tountas, Pavi, Tsamandouraki, Arkadopoulos i Triantafyllou (2004) afirmava que no hi havia diferències significatives entre l'opinió dels metges/esses i dels infermers/eres en relació amb la implementació de la PS. Tanmateix, sí que n'hi havia entre els professionals de centres públics i privats.

Pel que fa a la implementació de la PS dels usuaris, Pelikan (1998) va publicar que una proporció important dels ingressos hospitalaris estan relacionats amb usuaris que pateixen una o més malalties cròniques. Aquestes persones, a més de les intervencions mèdiques i el tractament farmacològic, també requereixen suport i ajuda per a conèixer amb la malaltia amb la millor qualitat de salut possible. D'altra banda, sovint necessiten ajuda per assolir canvis en l'estil de vida o l'adhesió a tractaments i la nutrició. Els usuaris són més receptius a l'assessorament i a l'orientació en situacions d'existència de malaltia i, per tant, és una oportunitat perquè compreguin la necessitat d'un canvi de comportament (Pelikan, Krajic, Lobnig i Conrad, 1998).

Tountas et al. (2004) van estudiar l'avaluació per part dels usuaris de dos grups de persones que formaven part de dos programes de PS i van concloure que globalment era satisfactòria i que era necessari plantejar l'extensió dels projectes.

Les investigacions mostren que les intervencions en relació a la PS no es realitzen sistemàticament a tots els usuaris (Tønnesen et al., 2007). Tot i que els usuaris estan moderadament satisfets amb la comunicació i capacitat d'escolta dels seus metges/esses, sovint no entenen el que els diuen i, a més, no tenen temps per fer-los preguntes (Suñer-Soler i Santiñà, 2014).

1.3. Els serveis de salut mental

L'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions és un problema de salut amb una càrrega sanitària, social i econòmica molt elevada i creixent ens els darrers anys en la majoria de països (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2016). Segons l'Organització Mundial de la Salut, dos de cada cinc casos d'incapacitat en el món són per trastorns mentals, els quals també originen fins a un de cada tres del total dels contactes amb els serveis de salut, tant en països desenvolupats com no desenvolupats. Al llarg de la vida, 1 de cada 4 persones patirà un problema de salut mental. A Europa s'estima que els costos associats als trastorns mentals se situen en el 3-4% del PIB (World Health Organization, 2001). Per aquest motiu, la Unió Europea ha declarat la salut mental com a una prioritat de les polítiques públiques i promou accions dirigides a la PS i la prevenció d'aquestes malalties i de la discapacitat associada, així com a la lluita contra l'estigma i l'exclusió social (Verde, 2005).

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2015, la probabilitat de patir un trastorn mental en la població catalana de 15 i més anys era del 12,4%. Tenint en compte que l'any 2012 era del 10,7%, es pot afirmar que els problemes de salut mental estan augmentant cada any (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2016).

Segons les dades publicades en la memòria de l'IAS del 2014, a la XSMiA de Girona el diagnòstic més prevalent en majors de 18 anys era el trastorn depressiu (26%), seguit del trastorn adaptatiu (21%), la psicosi (20%), l'ansietat (12%), el trastorn de personalitat (7%) i altres (14%). En usuaris menors de 18 anys els diagnòstics van ser: trastorns per dèficit d'atenció (15,6%), trastorn mental greu (11%), trastorn de la conducta alimentària (5,9%), trastorn de l'espectre autista (5,6%), trastorn del comportament (5,5%) i altres (56,4%) (Departament de Salut, 2015).

1.3.1. La xarxa de salut mental i addiccions de la Regió Sanitària de Girona

L'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) es va crear el 20 de novembre de 1984 com a organisme autònom de la Diputació de Girona amb caràcter administratiu per a la gestió directa dels seus serveis hospitalaris i d'assistència mèdica. L'IAS gestiona des de llavors l'Hospital Santa Caterina i la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona i Comarques.

L'any 1990, gràcies a l'Ordenació Sanitària de Catalunya, es va crear el Servei Català de la Salut (SCS). La Generalitat va assumir les competències exercides per les diputacions i la Diputació de Girona va aprovar la creació de l'Institut d'Assistència Sanitària. L'1 d'octubre de 1992 l'Institut d'Assistència Sanitària de la Diputació de Girona es va dissoldre i el SCS va crear l'empresa pública IAS.

L'Institut d'Assistència Sanitària és avui una empresa pública que forma part del sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT) de la Generalitat de Catalunya a través de la concertació amb el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família.

L'IAS proporciona atenció especialitzada, atenció a la salut mental, atenció primària, sociosanitària i social a través dels centres i serveis del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, on s'ubica també l'Hospital Santa Caterina, de la Xarxa de Salut Mental de les Comarques Gironines, i de les Àrees Bàsiques d'Anglès, Breda-Hostalric i Cassà de la Selva. L'IAS presta al conjunt de la Regió Sanitària de Girona (844.942 habitants) tots els serveis de salut mental (a excepció del sector sanitari de l'Alt Maresme) i determinats serveis sociosanitaris, socials i de suport i diagnòstic. Ofereix serveis sociosanitaris a les comarques del Gironès, La Selva i el Pla de l'Estany (300.000 habitants) i gestiona l'Hospital Santa Caterina (atenció especialitzada) per a La Selva interior i part del Gironès (144.000 habitants). L'IAS gestiona les Àrees Bàsiques de Salut d'Anglès, Breda-Hostalric i Cassà de la Selva (60.000 habitants).

La Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'IAS (XSMiA) és la xarxa pública de referència a les comarques gironines especialitzada en l'atenció a la salut mental. Disposa de serveis d'hospitalització, ubicats al Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, i de serveis d'atenció comunitària (Institut d'Assistència Sanitària, n.d.).

La XSMiA de Girona està gestionada per un equip directiu format per un director assistencial (psiquiatre) i una adjunta a la direcció (infermera especialista en salut mental). Els professionals que hi treballen són infermers/eres, auxiliars d'infermeria, psiquiatres, psicòlegs/lògues, treballadors/es socials, entre altres, que treballen en equips multidisciplinars i que fan servir el treball en equip com a aspecte primordial per donar la millor atenció a les persones amb trastorns mentals. Els principis que han guiat la gestió d'aquests últims anys i l'han convertit en un model de referència a nivell mundial són: apostar per un model comunitari amb enfoc de proximitat, no ingressar a nous usuaris en unitats de llarga estada, fomentar la territorialització dels sectors comunitaris, incloure la coordinació i integració a nivell hospitalari i comunitari per tal de facilitar la continuïtat assistencial, fomentar la formació continuada dels professionals sanitaris, participar en la formació de professionals de salut mental i informatitzar la xarxa de salut mental i addiccions (Cid, Camps, de Castro i Franch, 2012).

SERVEIS D'HOSPITALITZACIÓ

Els serveis d'hospitalització es troben ubicats dins el Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt.

La **Unitat d'Hospitalització de Psiquiatria d'Adults** és una unitat terapèutica d'hospitalització per a la compensació clínica de símptomes i té com a objectiu prioritari la millora o la remissió simptomàtica. És la unitat de referència per a tota la Regió Sanitària de Girona i compta amb 42 places. S'hi ingressa quan la persona té la necessitat d'un tractament intensiu i de curta durada, amb la finalitat de retornar al seu hàbitat familiar, social i laboral en unes condicions de remissió clínica que facilitin la seva vinculació al tractament en el Centre de Salut Mental de referència. La integració en el circuit assistencial és un factor considerat clau en l'activitat de la unitat. Hi poden accedir persones que presentin crisis psicòtiques

agudes precoces, persones que presentin una agudització de processos crònics, persones que presenten risc suïcida, persones amb trastorns conductuals intensos amb pressió social i/o familiar (conducta violenta, aïllament...) i persones amb patologia orgànica intensa amb símptomes psiquiàtrics, entre d'altres casuístiques. S'hi accedeix des d'una sol·licitud programada pels centres de salut mental d'adults (CSM) de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les comarques gironines, o bé, i més freqüentment, des dels serveis d'urgències de l'Hospital Santa Caterina. El servei d'urgències de l'Hospital Santa Caterina és el de referència per a les demandes d'atenció psiquiàtrica urgent de tot el territori de la Regió Sanitària de Girona, tant pel que fa a l'atenció assistencial directa com per l'assessorament i consell mèdic telefònic a la resta d'equipaments de la xarxa sanitària: hospitals generals, ABS, 061 i jutjats.

La Unitat de Referència per a Psiquiatria Infantil i Juvenil (URPI) és una unitat d'hospitalització, amb cinc llits, per a menors de 18 anys que pateixen una malaltia mental. Atén principalment menors que presenten inicis de patologia mental greu, com ara psicosi, trastorns depressius i d'ansietat o trastorns de conducta alimentària, i intervé sobre aquells casos en els quals es fa necessari clarificar millor el diagnòstic. S'hi accedeix mitjançant la sol·licitud d'ingrés que realitza el professional referent del cas des dels centres de salut mental infantojuvenil (CSMIJ) o de l'Hospital de Dia d'Adolescents, quan la situació del menor requereix una atenció més intensiva que no es pot donar a nivell ambulatori o en alguns casos concrets des del servei d'urgències, tot i que aquesta no és la via més habitual.

La Unitat de Desintoxicació i Patologia Dual (UDPD) és un servei públic de psiquiatria per a adults que atén tant usuaris amb problemes de consum de tòxics, com a aquells que pateixen una patologia psiquiàtrica associada a l'addicció i que pot ser causa o conseqüència d'una malaltia mental. És una unitat d'hospitalització que compta amb 10 llits i està adreçada a donar suport als usuaris dels centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) i dels centres de salut mental d'adults (CSM) de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les comarques gironines. Hi poden accedir les persones amb trastorn per ús de substàncies que hagin estat derivades per a desintoxicació des del seu CAS de referència per

l'àrea de Salut Mental de la província de Girona o les persones amb patologia psiquiàtrica amb trastorn per ús de substàncies associat (patologia dual) que hagin estat derivades des dels CSM o CAS de referència per a desintoxicació o estabilització del seu trastorn de base en el context del consum. S'hi accedeix mitjançant una sol·licitud d'atenció especialitzada emesa pels centres de salut mental d'adults de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les comarques gironines o els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les comarques gironines.

El Servei de Rehabilitació Psicosocial és un servei públic especialitzat en el tractament de persones afectades d'un trastorn mental greu. Aquest servei proporciona tractament rehabilitador basat en donar coneixement i estratègies que ajudin a la persona a ser autònoma, responsable de la seva malaltia i a recuperar el seu projecte de vida en la mesura que sigui possible. Les eines que s'utilitzen són, bàsicament, tallers, grups psicoterapèutics i psicoeducatius. Aquest servei consta de dues unitats:

- Una unitat de subaguts que disposa de 50 llits i té com a objectiu prioritari, a més de la millora clínica, l'assoliment d'una funció rehabilitadora i de reinserció a curt i mig termini. Ofereix serveis dirigits a les persones amb trastorns mentals greus, sovint d'evolució crònica on predominen els dèficits o inconvenients vinculats a la malaltia i que comprometen greument el nivell d'autonomia del malalt. Les derivacions al servei es fan des de la Unitat d'Aguts de Psiquiatria i, per tant, no s'hi pot accedir directament ja que és un recurs públic especialitzat.
- Una unitat residencial que, actualment, només s'adreça als usuaris procedents de l'antic Hospital Psiquiàtric que van quedar i estan exclosos de la xarxa social. Aquesta unitat fa anys que ja no accepta nous ingressos i es reconvertirà en un programa de suport comunitari sense cap plaça residencial.

La **Unitat d'Hospitalització Especialitzada en Discapacitat Intel·lectual** (UHEDI) és una unitat d'ingrés amb 12 llits per a persones amb discapacitat intel·lectual que presenten trastorns mentals i/o de conducta. Es treballa

l'estabilització psicopatològica i conductual de cada usuari a partir del model biopsicosocial contemplant el/s motiu/s d'ingrés des de les tres vessants i actuant sobre totes elles durant l'estada de l'usuari. També es treballa amb persones per aconseguir l'adquisició o manteniment d'habilitats adaptatives en forma d'activitats diàries i tallers dins la unitat, com ara sortides a la comunitat.

La **Residència Til·lers** és un recurs residencial per a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de conducta amb una capacitat per a 29 usuaris. S'ofereix als residents una programació diària d'activitats (habilitats per a la vida quotidiana, activitats ocupacionals i de lleure) amb la finalitat de potenciar i millorar l'adquisició de capacitats per al seu funcionament. Així mateix, es treballa el control dels problemes conductuals a través del suport conductual positiu; potenciant l'adquisició de conductes alternatives que substitueixin les conductes-problema. L'adjudicació de les places residencials es realitza a través de la Secretaria d'Inclusió Social i Promoció de l'Autonomia Personal (anteriorment ICASS) de Girona.

SERVEIS D'ATENCIÓ COMUNITÀRIA

Els serveis d'atenció comunitària de la XSMiA pretenen donar atenció a les persones amb problemes de salut mental el més aprop possible del seu lloc de residència. Els professionals d'aquests serveis tenen com a objectiu assistir a les persones amb problemes de salut mental als quals se'ls deriva des de l'atenció primària, assessorar als professionals de l'atenció primària en relació a aspectes de salut mental, fer el seguiment dels usuaris en el centre després de la seva alta hospitalària, mantenir l'atenció i el seguiment dels usuaris vinculats a la xarxa i potenciar la recerca i la docència.

Tots els serveis comunitaris que es descriuen a continuació, i que es poden veure a la figura 4, es troben a cadascuna de les comarques de la regió sanitària de Girona però es distribueixen mitjançant set sectors: Alt Empordà, Baix Empordà, Gironès-Pla de l'Estany, Selva Interior, Selva Marítima, Garrotxa i Ripollès. Per tant, es presten serveis comunitaris a través de set centres de salut mental d'adults, set centres de salut mental infantojuvenils, sis centres d'atenció a les

addiccions (tots els sectors menys La Selva interior) i set centres de dia, desplegats al llarg de la demarcació de Girona. També compta amb nou pisos residencials, dues llars-residències (per a persones amb trastorn mental greu i persones amb problemes de discapacitat intel·lectual i trastorn mental) i dos equips d'intervenció precoç de la psicosis ubicats al Gironès i a Selva Marítima.



Figura 4: Mapa dels serveis comunitaris de la XSMiA de Girona. Font: www.ias.cat

Els **Centres de Salut Mental d'Adults (CSM)** són un servei públic que ofereix, des d'una perspectiva multidisciplinària i comunitària, atenció especialitzada a les persones amb patologia psiquiàtrica i/o trastorns de la conducta. Els serveis que s'hi ofereixen són: tractaments individuals, familiars i de grup; tractaments multidisciplinars per a trastorns mentals greus; programa de suport a l'atenció primària; tractament dels trastorns de la conducta alimentària, a través d'un programa específic; programa de visites domiciliàries i assessorament a totes aquelles persones que estiguin en contacte amb la persona amb malaltia mental i/o trastorn conductual a fi de facilitar la resolució dels problemes en l'entorn en el qual es presenten. Hi poden accedir les persones amb patologia psiquiàtrica o

trastorns de la conducta que per la seva complexitat necessitin una atenció especialitzada que no pot ser resolta des dels centres d'atenció primària i també les famílies de les persones ateses en aquest servei.

Els **Centres de Salut Mental infantojuvenils (CSMIJ)** són un servei públic que ofereix, des d'una perspectiva multidisciplinària i comunitària, atenció especialitzada a infants i adolescents de 0 a 18 anys amb problemes de salut mental i/o addiccions. L'àmbit d'actuació dels professionals que atenen el servei se centra en el pacient i també en el medi en el qual es manifesta el patiment, ja sigui l'escola o la família. S'atenen els trastorns mentals greus, com ara trastorns de l'espectre autista, psicosi infantil, trastorns afectius, etc. i també els trastorns emocionals, els trastorns de conducta alimentària, el trastorn per dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat, els trastorns greus de conducta, i les addiccions en l'adolescència, principalment. Hi poden accedir els infants i adolescents fins a 18 anys que a causa de la complexitat del seu trastorn necessiten una atenció més especialitzada que no pot ser resolta des dels centres d'atenció primària. En el tractament s'hi inclou a les famílies i es treballa coordinadament amb l'escola i altres serveis que hi estiguin intervenint.

Els **Centres d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS)** són centres públics d'atenció de les persones drogodependents. S'hi realitza el procés rehabilitador dels usuaris amb problemes d'addicció a l'alcohol, cocaïna, èxtasi, heroïna i altres substàncies addictives fent ús del suport sanitari, psicològic i social. S'hi ofereixen diversos serveis: informació i orientació per a consumidors i familiars, tractaments individualitzats amb metges, psicòlegs, treballadors socials i infermers, tractament mitjançant grups de teràpia, programa de tractament amb metadona, programes de reducció de riscos i danys (intercanvi de xeringues, sexe segur, etc.), coordinació i derivació a altres recursos de rehabilitació, reinserció i tractament i programes de prevenció per a adults i joves. Hi pot accedir qualsevol persona a través del seu metge de capçalera, o posant-se directament en contacte amb el centre.

L'**Hospital de Dia d'Adults de Salut Mental (HD)** és una unitat assistencial d'hospitalització parcial dirigida a usuaris amb trastorn mental greu que requereixen d'un tractament terapèutic intensiu, però que poden mantenir vincles

amb la comunitat. Aquests tractaments estan basats en la relació interpersonal de caràcter multidimensional i en l'aplicació de recursos farmacològics, psicoterapèutics (individuals i grupals) i socials per resoldre episodis crítics que motivin un ingrés; i restituint la pèrdua d'autonomia. El treball que s'hi realitza està pensat per afavorir la integració del pacient en el seu medi. L'Hospital de dia disposa de 25 places. Els serveis que s'hi ofereixen són avaluació i diagnòstic pluridimensional i interdisciplinari, amb un abordatge biològic, psicològic i social, necessari per assegurar una assistència de qualitat. Hi poden accedir persones majors de 18 anys.

L'Hospital de Dia d'Adolescents de Salut Mental (HDA) és una unitat assistencial d'hospitalització parcial que combina de forma pluridimensional diferents recursos i estratègies terapèutiques amb la finalitat d'atendre a adolescents de 12 a 18 anys amb trastorns mentals i que requereixen un tractament ambulatori intensiu. Disposa de 25 places.

L'equip que atén als usuaris és interdisciplinari i està constituït per diferents professionals que participen i contribueixen a l'assoliment dels objectius terapèutics que es marquen per a cada usuari. El fet de disposar de terapeutes ocupacionals, infermeres, educador social, professors, psiquiatre i psicòlegs assegura un abordatge integral de tots aquells àmbits de la persona per fer un treball biopsicosocial.

L'Hospital de Dia d'Adolescents de Girona dona cobertura a tota la Xarxa de Salut Mental Infantil i Juvenil de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). En aquest sentit, comparteix amb la resta dels recursos el model de continuïtat de cures i de treball en xarxa. Tot i ser un recurs ambulatori i comunitari, es troba ubicat dins del Parc Hospitalari Martí i Julià. Ofereix servei a persones de 12 a 18 anys amb patologies mentals de l'adolescència mitjançant abordatge terapèutic individual, grupal i familiar intensiu als usuaris, programa terapèutic específic adreçat als trastorns de conducta alimentària, seguiment i tractament psicofarmacològic, intervenció coordinada amb altres professionals, recursos comunitaris i de la xarxa en el procés terapèutic que està seguint el pacient i atenció, coordinació i seguiment acadèmic formatiu individualitzat.

L'objectiu és retornar l'usuari al seu medi acadèmicolaboral en la mesura que sigui possible. Hi poden accedir usuaris amb simptomatologia activa, amb absència de conductes greument disruptives, tant en la línia auto com heteroagressiva. Els criteris d'inclusió són: trastorns psicòtics i de l'espectre autista, trastorns de l'humor, trastorns neuròtics greus, trastorns de conducta alimentària, entre d'altres. Els criteris d'exclusió són: trastorns mentals orgànics, trastorns mentals i del comportament causats pel consum de drogues, retard mental moderat-greu i trastorns greus del comportament (Institut d'Assistència Sanitària, n.d.).

2. OBJECTIUS

L'objectiu general d'aquesta tesi és:

- *Avaluar la implementació de la promoció de la salut dels serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona*

Objectius específics:

- 1. Identificar la percepció dels gestors en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental.*
- 2. Avaluar la percepció dels professionals sanitaris en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental.*
- 3. Avaluar la percepció dels usuaris en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental.*

3. METODOLOGIA

3.1. Disseny

Es va realitzar un estudi observacional, descriptiu i transversal.

3.2. Àmbit d'estudi

L'estudi es va dur a terme en un total de 16 serveis, serveis d'hospitalització i serveis comunitaris de salut mental, que formen part de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de la Regió Sanitària de Girona, a Catalunya. Aquesta comprèn l'àmbit territorial de 7 comarques de la província de Girona: Alt Empordà, Baix Empordà, Gironès, Pla de l'Estany, Selva, Garrotxa i Ripollès. La població adscrita és de 844.942 habitants amb una extensió de 5.754Km² (tall de població a 31 de desembre de 2012).

3.3. Població d'estudi

La població d'estudi va estar formada pels gestors, professionals sanitaris i pels usuaris dels serveis de salut mental de la XSMiA de Girona.

Entre els professionals sanitaris, es va contemplar el total de la població (N=290) i els participants finals van ser 260 dels dels següents serveis:

- Hospitalaris: Aguts, URPI, UPiD, rehabilitació psicosocial, subaguts, UHEDI, residència Til·lers (N=166).
- Comunitaris: CSM (Gironès, Ripollès, Alt Empordà, Baix Empordà, Selva Marítima), CAS (Gironès), CSMIJ (Gironès), hospital de dia adults i hospital de dia adolescents (N=94).

En el procés de treball de camp no va ser possible la recollida de dades del CSM Garrotxa i CSM Selva Interior.

Respecte a la població d'usuaris es va seleccionar el total d'usuaris que complien els criteris d'inclusió durant el període en què es realitzava la recollida de dades (entre els mesos de novembre del 2014 i abril del 2015) de cadascun dels serveis (aguts, UPiD, rehabilitació psicosocial, subaguts, hospital de dia adults, CSM, CAS). La població total dels usuaris dels serveis d'hospitalització va ser de 68 i la de serveis comunitaris de 106 usuaris.

3.4. Criteris d'inclusió i exclusió

3.4.1. Criteris d'inclusió

GESTORS

PROFESSIONALS SANITARIS:

- o Psiquiatres, infermers/eres, auxiliars d'infermeria o cuidadors/res, psicòlegs, treballador/res socials, terapeutes ocupacionals, monitors/res i administratius/ves que estaven en actiu en el moment de fer l'estudi.

USUARIS:

- o Usuaris de cadascun dels serveis (ja sigui hospitalització ja sigui comunitària) que en el moment de la recollida de dades es trobessin al servei.
- o Usuaris que van signar el consentiment informat.

3.4.2. Criteris d'exclusió

PROFESSIONALS SANITARIS:

- o Professionals que es trobaven en situació de baixa temporal en el moment de la recollida de dades.
- o Professionals que no desitjaven participar a l'estudi.

USUARIS:

- o Edat inferior a 18 anys (tots els usuaris de la URPI, HDA i CSMIJ).
- o Rebuig a participar a l'estudi.
- o Presència de simptomatologia positiva (al·lucinacions, deliris, etc.) en el moment de la recollida de dades.
- o Presència de discapacitat intel·lectual moderada, greu o profunda (tots els usuaris de UHEDI i Residència Til·lers, i alguns usuaris del servei de rehabilitació psicosocial i servei de subaguts).
- o Dificultats lingüístiques català i castellà.

3.5. Variables

3.5.1. Variables sociodemogràfiques

GESTORS**PROFESSIONALS SANITARIS:**

- Edat (Contínua): en anys.
- Sexe (Categòrica): *home, dona*.
- Estat civil (Categòrica): *solter/a, casat/ada, separat/divorciat, vidu/a, altres*.
- Centre de treball (Categòrica): *hospitalari, comunitari*.
- Servei (Categòrica): *aguts, unitat de referència psiquiàtrica infantil i juvenil, unitat de patologia dual, rehabilitació psicosocial, subaguts, unitat de hospitalització especialitzada en discapacitat intel·lectual, residència Til·lers, hospital de dia adults, hospital de dia adolescents, centre de salut mental, centre de salut mental infantil i juvenil, centre d'atenció i seguiment a les drogodependències, més d'un servei*.
- Zona geogràfica (Categòrica): *Gironès, Ripollès, Alt Empordà, Baix Empordà, Selva Marítima*.

- Categoria laboral (Categòrica): *psiquiatre/a, infermer/a, auxiliar infermeria, psicòleg/a, treballador social, terapeuta ocupacional, monitor, auxiliar administratiu.*
- Antiguitat a l'empresa (Categòrica): *< de 5 anys, de 6 a 10 anys, de 11 a 15 anys, de 16 a 21 anys, > de 22 anys.*
- Situació laboral (Categòrica): *indefinida, fins a convocatòria, temporal, altres.*
- Torn (Categòrica): *diürn, nocturn.*

USUARIS:

- Edat (Contínua): *en anys.*
- Sexe (Categòrica): *home, dona.*
- Estat civil (Categòrica): *solter/a, casat/ada, separat/divorciat, vidu/a, altres.*
- Província on viu actualment (categòrica): *Girona, Barcelona, Tarragona i Lleida.*
- Centre de referència (Categòrica): *hospitalari, comunitari.*
- Unitat (Categòrica): *aguts, unitat de patologia dual, rehabilitació psicosocial, subaguts, hospital de dia adults, centre de salut mental, centre d'atenció i seguiment a les drogodependències.*
- Zona geogràfica (Categòrica): *Gironès, Ripollès, Alt Empordà, Baix Empordà, Selva Marítima.*
- Nivell d'estudis (Categòrica): *primaris incomplets, estudis primaris, estudis secundaris, estudis universitaris.*
- Situació laboral (Categòrica): *estudiant, aturat, treballador actiu, baixa o absència laboral, jubilat, invalidesa, altres.*
- Número de persones que viuen a casa seva (Contínua).

3.5.2. Variables relacionades amb la promoció de la salut

Les variables estudiades són les incorporades en els estàndards de PS. Majoritàriament, les variables categòriques es van mesurar mitjançant una escala tipus *likert* amb les següents opcions: *Mai, poques vegades, algunes vegades, majoria de vegades o sempre.*

GESTORS

PROFESSIONALS SANITARIS:

Variables relacionades amb la política de gestió:

- Informació des de la institució sobre les polítiques de promoció de la salut que realitza el centre (Categòrica).
- Directrius del centre que incorporen la promoció de la salut per a pacients, familiars i personal (Categòrica).
- Coneixement de la realització d'activitats en el seu servei i/o unitat sobre promoció de la salut (Categòrica).
- Coneixement de si es recullen dades de les intervencions de les activitats de promoció de la salut al centre (Categòrica).
- Coneixement de si els professionals poden consultar aquestes dades (Categòrica).

Variables relacionades amb l'avaluació de pacients i la informació facilitada als pacients i intervencions:

- Disposició de pautes/procediments sobre com identificar el tabaquisme, el consum d'alcohol, l'alimentació i l'estat mental, i el nivell socioeconòmic dels pacients per part del centre (Categòrica).
- Aplicació de pautes/procediments sobre com identificar les necessitats de promoció de la salut per a grups de pacients (malalties cardíaques, respiratòries...) per part del centre (Categòrica).
- Documentació de l'avaluació de les necessitats dels pacients en l'historial (Categòrica).

- Existència de pautes i procediments per tornar a valorar les necessitats en el moment d'una intervenció concreta (Categòrica).
- Recol·lecció d'informació a l'historial del pacient per part del metge/ssa de procedència o d'altres fonts rellevants (Categòrica).
- Recol·lecció d'informació a l'historial del pacient sobre entorn social, cultural i religions del mateix (Categòrica).
- Registre a l'historial del pacient de la informació que li és facilitada (Categòrica).
- Identificació del pacient i família des del primer moment (Categòrica).
- Informació per part del professional sobre l'organització del centre (horari, grups psicoeducatius...) al pacient i a la família (Categòrica).
- Informació clara i comprensible per part del professional sobre el seu diagnòstic, intervenció o procés (Categòrica).
- Consideració sobre si el pacient ha entès la informació donada (Categòrica).
- Possibilitat de sol·licitar ajuda d'un traductor/a o mediador/a cultural si és necessari per tal de comprendre correctament al pacient (Categòrica).
- Opinió sobre el respecte a la confidencialitat dels pacients (Categòrica).

Variables relacionades amb la promoció d'un lloc de treball saludable:

- Realització de les revisions mèdiques d'empresa (Categòrica).
- Identificació sobre els riscos propis del lloc de treball (Categòrica).
- Formació inicial al personal que s'incorpora a la institució que contempla la política de promoció de la salut de l'hospital (Categòrica).
- Informació sobre com actuar en situacions de violència (Categòrica).
- Formació per prevenir situacions de violència (Categòrica).
- Coneixements sobre el contingut de la política de promoció de la salut de la institució (Categòrica).
- Participació en alguna activitat de promoció de la salut que es realitza en el centre (Categòrica).
- Opinió sobre si les pràctiques de treball es desenvolupen en equips multidisciplinaris (Categòrica).
- Opinió sobre si el personal del centre està implicat en els processos

d'elaboració, revisió i modificació de les polítiques de Promoció de la Salut (Categòrica).

- Coneixement sobre si a les reunions d'equip es parla de temes de Promoció de la Salut (Categòrica).
- Existència de polítiques per mantenir informat al personal en relació a temes sanitaris (Categòrica).
- Estils de vida saludables: Alimentació, tabac, exercici físic, problemes sexuals, salut mental, addiccions (Categòrica) A totes es demana informació general sobre el comportament relacionat amb l'estil de vida, la informació que s'ofereix i els programes/formació/intervencions que s'ofereixen des de l'empresa.
- Valoració global de les condicions de treball: (Categòrica) es valora mitjançant una escala tipus likert de 0 a 10 (en què 0 és el valor més baix i 10 el més alt) de diferents aspectes com: salut i seguretat, instal·lacions i equipaments, entorn físic, serveis, temps de treball, remuneració, tipus de contracte i estabilitat laboral, càrrega de treball, conciliació feina-família, organització, formació en PS i participació en PS i opinió global sobre les condicions de treball.

Variables relacionades amb la continuïtat i la cooperació:

- Recollida d'informació a l'historial del pacient per part del metge/ssa de procedència o d'altres fonts rellevants (Categòrica).
- Opinió sobre si els pacients (i, si escau, les seves famílies) reben indicacions per a la continuïtat en les consultes externes o la derivació (Categòrica).

USUARIS:

Variables relacionades amb l'avaluació de pacients i informació facilitada als pacients i intervencions:

Variables sobre la percepció dels usuaris sobre el funcionament dels serveis:

- Coneixement dels drets i deures com a usuari del centre (Categòrica).
- Identificació ràpida dels serveis/centres/unitats on ha d'anar o li cal preguntar (Categòrica).
- Coneixement sobre a qui s'ha de dirigir si es troba malament (Categòrica).
- Coneixement del funcionament del centre (Categòrica).
- Coneixement sobre si sap a on o a qui s'ha de dirigir si necessita un informe (Categòrica).
- Coneixement dels recursos que el centre li pot oferir (Categòrica).
- Oferiment d'informació general sobre el funcionament al centre durant la primera visita (Categòrica).
- Opinió sobre si li resulta acollidor el centre (Categòrica).
- Opinió sobre si li resulta confortable el centre (Categòrica).

Variables sobre coneixements dels usuaris sobre el seu estat de salut:

- Coneixement sobre si pateix actualment o té alguna malaltia crònica (Categòrica).
- Explicació per part del seu metge/ssa / infermer/a sobre com tractar la seva malaltia crònica en un moment urgent fins a arribar a un centre sanitari (Categòrica).
- Coneixement de les activitats per promoure la salut que es duen a terme en aquest centre (Categòrica).

Variables sobre satisfacció de l'atenció rebuda durant el seu ingrés o visites al centre:

- Satisfacció de l'atenció rebuda durant el seu ingrés/visites al centre (Categòrica).
- Satisfacció de l'atenció rebuda per part del/de la psiquiatre/a (Categòrica).
- Satisfacció de l'atenció rebuda per part de la infermera (Categòrica).

Variables sobre la percepció dels usuaris sobre la informació rebuda:

- Informació general sobre el seu estat de salut (Categòrica).
- Informació sobre les malalties de risc/alt risc (Categòrica).

- Informació sobre associacions de pacients (Categòrica).
- Informació concreta sobre la seva malaltia (Categòrica).
- Coneixements per controlar la seva malaltia (Categòrica).

Variables relacionades amb la percepció dels usuaris sobre la informació rebuda:

- Informació sobre el diagnòstic (Categòrica).
- Informació sobre el tractament (Categòrica).
- Informació sobre els procediments (proves, cures...) (Categòrica).

Aquest grup de variables s'han analitzat mitjançant 4 possibles respostes (1. *Sí, he rebut la informació i l'he entesa perfectament*; 2. *Sí, he rebut la informació però no l'he entesa*; 3. *No he rebut la informació perquè el professionals sanitaris encara no la té*; 4. *No he rebut la informació*)

Variables relacionades amb els estils de vida:

- Estils de vida saludables: Alimentació, tabac, exercici físic, problemes sexuals, salut mental, addiccions (Categòrica. A totes es demana informació general sobre el comportament relacionat amb l'estil de vida, la informació que s'ofereix i els programes/formació/intervencions que s'ofereixen des de l'empresa.

3.6. Instruments

L'instrument de mesura inicial que va proposar l'OMS (Groene, 2006) era una eina per avaluar la PS en entorns hospitalaris des de la perspectiva dels gestors, professionals de la salut i usuaris. Ara bé, per dur a terme aquesta investigació va ser necessari fer-ne una adaptació a l'entorn dels serveis de salut mental i serveis comunitaris. Es va fer a partir dels estàndards adaptats als entorns de salut mental que va dissenyar Berger i la lectura posterior de la bibliografia per tal d'adaptar-los als entorns comunitaris. L'instrument de recollida de dades per mesurar el grau de

compliment de la PS en els serveis de salut mental s'estructura en cinc grans blocs. El primer contempla l'estàndard de **política de gestió** i pretén descriure el marc de les activitats de la institució pel que fa a la PS com a part del sistema de gestió de qualitat de la institució. Pel que fa al segon estàndard, anomenat **avaluació del pacient**, té per objectiu optimitzar el tractament dels usuaris, millorar el diagnòstic i fomentar-ne la salut i el benestar. La finalitat del tercer estàndard, **intervenció i informació al pacient**, és garantir que l'usuari estigui informat de les activitats planificades, buscar la seva col·laboració activa en aquestes activitats i facilitar la integració de totes les activitats de PS en tots els ingressos dels usuaris. Pel que fa al quart estàndard, la **promoció d'un lloc de treball saludable**, s'orienta a fomentar el desenvolupament d'un lloc de treball saludable i segur i a donar suport a les activitats de PS del personal. Finalment, el cinquè estàndard, **continuitat i cooperació**, té la missió d'analitzar com es garanteix el treball conjunt amb els proveïdors i iniciar relacions de col·laboració per optimitzar la integració de les activitats de PS en la continuïtat de cures dels usuaris.

Per recollir totes les dades necessàries per a l'estudi es van crear tres instruments diferents basats en el manual i formulari d'autoavaluació de la implementació de la PS als hospitals (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) el qual es va crear seguint les indicacions de l'instrument de mesura proposat per l'OMS (Groene, 2006):

En primer lloc, un **quadern de recollida** de dades (annex 1) per tal de reunir la percepció dels gestors en relació a la PS segons els cinc estàndards. El grau de compliment es va mesurar amb les següents categories de resposta:

- *mai* (quan la resposta s'ajustava a un grau de compliment del 0-20% de l'estàndard)
- *poques vegades* (quan la resposta s'ajustava a un grau de compliment del 21-40% de l'estàndard)
- *algunes vegades* (quan la resposta s'ajustava a un grau de compliment del 41-60% de l'estàndard)

- *la majoria de vegades* (quan la resposta s'ajustava a un grau de compliment del 61-80% de l'estàndard)
- *sempre* (quan la resposta s'ajustava a un grau de compliment del 81-100% de l'estàndard)

Aquest quadern va ser una eina autònoma per avaluar, controlar i millorar les activitats de PS en els serveis de salut mental. Estava compostat pels estàndards (desglossats en subestàndards), que corresponen a la percepció subjectiva dels gestors i que pretenien expressar afirmacions avalades professionalment sobre les estructures i processos de l'atenció sanitària i d'indicadors de processos i resultats de l'atenció sanitària que no es van utilitzar per avaluar el compliment dels estàndards sinó per complementar la informació recollida. Aquests indicadors es van recollir mitjançant una **auditoria d'històries clíniques** (annex 1).

En segon lloc, es van elaborar **dos qüestionaris** per poder contrastar l'opinió de professionals i usuaris. Per al **personal del centre** (annex 2) es va dissenyar un qüestionari adhoc on es recollien els coneixements i opinions sobre la política de PS que s'aplica al centre, així com les seves percepcions sobre els estàndards i indicadors de les accions de promoció de salut en la seva institució (estàndard 1). D'altra banda, es demanava informació relacionada amb els dos estàndards dels pacients (estàndards 2 i 3) sobre la promoció de salut d'un lloc de treball saludable (estàndard 4) i sobre la continuïtat i cooperació (estàndard 5). També es va recollir informació relacionada amb la promoció d'estils de vida saludables i sobre la informació i formació rebuda. Majoritàriament les variables categòriques es van mesurar mitjançant una escala tipus likert amb les opcions: *Mai, poques vegades, algunes vegades, majoria de vegades o sempre*. Per als **usuaris** es va dissenyar un qüestionari adhoc (annex 3) en el qual es demanava informació relacionada amb els dos estàndards dels pacients (estàndards 2 i 3) i les variables categòriques es van mesurar mitjançant una escala tipus likert amb les opcions: *Mai, poques vegades, algunes vegades, majoria de vegades o sempre*. També es va recollir informació relacionada amb la promoció d'estils de vida saludables als usuaris i sobre la informació i formació rebuda.

3.7. Procediment

El setembre de 2014 es va presentar el projecte d'investigació a la direcció de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona (XSMiA). Tot seguit es donar a conèixer el projecte a les infermeres dels serveis comunitaris dels serveis de salut mental i a la Junta Assistencial de la XSMiA de Girona. Un cop acceptat i presentat, durant l'octubre de 2014 es va sol·licitar la complementació del quadern de recollida de dades per part de la direcció de XSMiA de Girona. Aquest equip de direcció està compost pel director assistencial i l'adjunta d'infermeria.

Entre el novembre del 2014 i l'abril del 2015 es van administrar els qüestionaris als professionals i als usuaris dels serveis de salut mental (primer, als serveis d'hospitalització i, després, als serveis comunitaris). Aquests qüestionaris van ser complimentats pel propi usuari amb el suport de la investigadora. Als qüestionaris s'hi adjuntava un full d'informació del projecte i un altre amb el consentiment informat (annex 4). Els qüestionaris de professionals sanitaris es van repartir pels diferents centres i unitats i la seva complementació va ser autoadministrada pel propi professional.

Durant el juliol de 2015, es va realitzar l'auditoria d'històries clíniques per completar la informació recollida al quadern dels gestors. Es van seleccionar, de forma totalment aleatòria mitjançant un programa informàtic, 50 històries d'usuaris que havien estat ingressats durant l'any 2013 als serveis d'hospitalització de salut mental amb una estada mínima d'un dia.

3.8. Anàlisi de dades

Les variables quantitatives es descriuen mitjançant la mitjana i desviació estàndard (DE) i les variables qualitatives es descriuen amb les freqüències i el percentatge.

Per comparar la mitjana d'edat de variables quantitatives s'ha utilitzat la prova de Levene per comparar si es pot assumir que les variàncies dels dos grups són iguals i s'ha aplicat el test de t d'estudent per observar si es pot assumir que les mitjanes dels dos grups són iguals o no. S'han utilitzat les taules de contingència i la prova *khi quadrat* de Pearson per comparar els resultats de cadascuna de les variables qualitatives entre els serveis hospitalaris i els serveis comunitaris.

En tots els casos, el nivell de significació (p) considerat de referència ha estat de 0,05, és a dir, els IC del 95%. Per realitzar l'anàlisi estadística s'ha utilitzat el paquet estadístic SPSS versió 19.0 per a Windows.

3.9. Consideracions ètiques

L'estudi s'ha realitzat seguint les normes deontològiques recollides en la Declaració de Helsinki (actualitzada el 2013 en la Declaració de Brasil) i les normes de Bona Pràctica Clínica.

El projecte va ser aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'Institut d'Assistència Sanitària en data 22/05/2012 amb el número de referència S041-756 (annex 5) i se'n va fer una ampliació pels serveis de salut mental durant el setembre de 2014.

Aquest estudi s'ha realitzat d'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades 15/1999. La informació personal que s'ha obtingut únicament s'ha utilitzat per a aquesta investigació. S'ha preservat en tot moment l'anonimat dels participants en l'estudi.

Els usuaris participants en l'estudi van signar el consentiment informat (annex 4) després d'haver rebut i entès la informació referent a la seva participació en l'estudi.

4 RESULTATS

Els resultats s'exposen seguint l'estructura dels objectius. En primer lloc, es presenten els resultats obtinguts per part dels gestors. En segon lloc, es mostra l'opinió dels professionals en relació a la incorporació de la PS. En tercer lloc, s'explica què en pensen els usuaris. En quart i últim lloc, es respon a l'objectiu principal de la tesi: s'avalua globalment tota la informació recollida.

4.1. Percepció dels gestors en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental

Els resultats responen a la percepció que tenen els gestors, en aquest cas el director assistencial i la directora d'infermeria de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de la Regió Sanitària de Girona, en relació a la incorporació de la PS als serveis de salut mental.

La **política de gestió** en PS obté puntuacions del 81-100% respecte al grau de compliment en la majoria dels elements avaluats (8 d'un total d'11) exceptuant el *registre d'activitats de les unitats sobre PS, si el personal té accés a les dades de PS i l'existència de programes per avaluar la PS* en què el compliment és entre el 61-80% en els dos primers, i del 41-60% en el darrer, tal i com es pot observar en la taula 1.

Taula 1: Percepció dels gestors sobre política de gestió en PS

NºSub Estàndard	Política de gestió	Grau de compliment
1.1	La missió i els objectius del centre inclouen la PS	81-100%
1.2	Existència del certificat de participació en el projecte de HPS de l'OMS	81-100%
1.3	Comprovació de què les accions en PS estan dintre del pla estratègic o funcional del centre	81-100%
1.4	Existència d'un responsable o d'un coordinador de la PS en el centre	81-100%
1.5	Les persones responsables de desenvolupar tasques de PS estan alliberades per desenvolupar aquests projectes	81-100%
1.6	Existència de pressupost per recursos materials o humans relacionats amb la PS	81-100%
1.7	Existència d'estructures, instal·lacions per a la PS (espais i equips, etc.)	81-100%
1.8	Els departaments clínics tenen guies clíniques o projectes que incorporen accions en PS:	81-100%
1.9	Existeix un registre de les activitats que es porten a terme en les unitats	61-80%
1.10	El personal té accés a les dades	61-80%
1.11	Existència d'un programa per avaluar-les	41-60%

El grau de compliment de l'**avaluació de pacients** és en la majoria dels elements valorats (8 d'un total d'11) del 61-80%, excepte en la *participació de pacients/famílies en l'elaboració i avaluació dels programes, l'existència de pautes per tornar a valorar les necessitats dels pacients a l'alta o al final d'un procediment i l'historial del pacient recull la informació del metge/essa de referència o d'altres fonts rellevants* en què el compliment és entre el 81-100%, tal com es mostra a la taula 2.

El grau de compliment de la **informació facilitada als pacients i intervencions** és en la majoria dels elements avaluats (8 d'un total de 9) del 41-60%, excepte en el de l'*evidència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre associacions de pacients* en què el compliment, és d'entre el 61-80%, tal com es pot observar a la taula 3.

Taula 2: Percepció dels gestors sobre avaluació de pacients

NºSub Estàndard	Avaluació de pacients	Grau de compliment
2.1	Existència de procediments per identificar els factors de risc (alcohol, tabac), estils de vida i aspectes físics/psicològics/socials/econòmics del pacient	61-80%
2.2	Registre dels factors de risc i aspectes físics/psicològics/socials en l'història del pacient	61-80%
2.3	Participació de pacients/ famílies en l'elaboració i avaluació dels programes	41-60%
2.4	Existència de protocols i procediments en PS per a grup de pacients/familiars	61-80%
2.5	Participació activa dels membres del grup	61-80%
2.6	L'avaluació del pacient està registrada al moment de l'ingrés	61-80%
2.7	La PS forma part del procés d'hospitalització i tractament	61-80%
2.8	Existència de pautes per tornar a valorar les necessitats dels pacients a l'alta o al final d'un procediment	41-60%
2.9	L'història del pacient recull la informació del metge/essa de referència o d'altres fonts rellevants	81-100%
2.10	L'història recull l'entorn social, cultural i religió del pacient	61-80%
2.11	Es disposa de traductors o mediadors culturals (en cas que sigui necessari)	61-80%

Taula 3: Percepció dels gestors sobre informació facilitada als pacients i intervencions

NºSub Estàndard	Informació facilitada als pacients i intervencions	Grau de compliment
3.1	La informació relacionada amb la PS facilitada al pacient està registrada a l'història (recomanacions: consells de salut, etc.)	41-60%
3.2	Es registra la documentació lliurada al pacient i la avaluació de les activitats de PS	41-60%
3.3	Es realitza un seguiment de la informació transmesa al pacient	41-60%
3.4	S'avalua la satisfacció dels pacients amb la informació que reben	41-60%
3.5	L'avaluació s'incorpora al sistema de gestió de qualitat del centre	41-60%
3.6	Evidència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació general sobre la salut	41-60%
3.7	Evidència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre malalties de risc/alt risc	41-60%
3.8	Existència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre el tractament i els possibles efectes secundaris	41-60%
3.9	Evidència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre associacions de pacients	61-80%

Pel que fa a la PS que s'ofereix als usuaris sobre estils de vida saludables, s'observa que el grau de compliment sobre si se'ls dona informació se situa majoritàriament entre el 81-100% excepte en *l'educació sobre problemes sexuals* que es dona entre un 41-60% i en relació a *l'adaptació i integració de la persona immigrant* en un 61-80% dels casos (taula 4).

Quant a la PS que es concedeix sobre estils de vida saludables ja sigui mitjançant formació o programes, es pot apreciar que el grau de compliment és, en la majoria dels elements valorables del 81-100%, excepte en *l'exercici físic* que és del 61-80% i en *l'educació sobre problemes sexuals* que és del 41-60% (taula 4).

Taula 4: Percepció dels gestors sobre PS dels estils de vida als usuaris

PS d'estils de vida saludables als usuaris	S'ofereix als usuaris informació	S'ofereixen als usuaris programes i/o formació
	(Grau de compliment)	(Grau de compliment)
✓ Alimentació saludable	81-100%	81-100%
✓ Cessament tabàquic	81-100%	81-100%
✓ Exercici físic	81-100%	61-80%
✓ Higiene personal	81-100%	81-100%
✓ Problemes sexuals	41-60%	41-60%
✓ Salut mental positiva i habilitats personals	81-100%	81-100%
✓ Addiccions	81-100%	81-100%
✓ Adaptació i integració de la persona immigrant	61-80%	81-100%

El grau de compliment de la **promoció d'un lloc de treball saludable** és, en més de la meitat del casos, del 61 al 80% i, en la resta d'elements, del 81 al 100%, com es pot observar a la taula 5.

Pel que fa a la PS que es proposa als professionals sanitaris sobre estils de vida saludables, es posa de manifest que el grau de compliment sobre si se'ls dona informació oscil·la, depenent de l'hàbit saludable, entre el 21% i el 80%, i *l'alimentació saludable* i *l'educació sobre problemes sexuals* són els que menys grau de compliment experimenten (taula 6). Pel que fa a la PS relacionada amb els estils de vida saludables, ja sigui mitjançant formació o programes, es pot

apreciar que el grau de compliment és majoritàriament del 41-60%, excepte en el cessament tabàquic o l'exercici físic, que és del 61-80%.

Taula 5: Percepció dels gestors sobre promoció d'un lloc de treball saludable

NºSub Estandard	Promoció d'un lloc de treball saludable	Grau de compliment
4.1	Les condicions de treball s'ajusten a les normatives nacionals i internacionals	61-80%
4.2	Identificació dels riscos del lloc de treball	81-100%
4.3	El personal rep informació sobre com actuar en situacions de violència	81-100%
4.4	El personal és format per prevenir situacions de violència	81-100%
4.5	El personal compleix amb els requisits en matèria de salut i de seguretat	81-100%
4.6	El personal de nova incorporació rep informació sobre la política de PS	61-80%
4.7	El personal coneix el contingut en polítiques de PS del centre	61-80%
4.8	Identificació de la formació en PS que ofereix el centre als professionals	61-80%
4.9	Els protocols o procediments s'estableixen en equips multidisciplinaris	61-80%
4.10	Participació del personal en l'elaboració, revisió de polítiques de PS	61-80%
4.11	El personal està informat de les polítiques del centre en relació als problemes de salut	81-100%
4.12	Avaluació de la participació dels professionals en activitats relacionades amb la PS	21-40%
4.13	A les reunions d'equip amb els diferents professionals dels serveis es parla de temes de Promoció de la Salut	21-40%

Taula 6: Percepció dels gestors sobre PS dels estils de vida als professionals sanitaris

PS d'estils de vida saludables als professionals sanitaris	S'ofereix informació als professionals	S'ofereixen programes i/o formació als professionals
	(Grau de compliment)	
✓ Alimentació saludable	21-40%	41-60%
✓ Cessament tabàquic	61-80%	61-80%
✓ Exercici físic	61-80%	61-80%
✓ Problemes sexuals	21-40%	41-60%
✓ Salut mental positiva i habilitats personals	61-80%	41-60%
✓ Addiccions	41-60%	41-60%

El grau de compliment de la **continuitat i cooperació** és principalment del 81-100%, tret dels tres dels elements mesurables, *la gerència té en compte el pla de salut de Catalunya, l'existència d'un protocol establert per intercanviar informació entre institucions pel que fa a la informació rellevant del pacient i l'existència en l'historial del pacient (si procedeix) d'un pla de rehabilitació que descrigui la correcta derivació de la institució i la col·laboració amb tercers*) en què el compliment és d'entre el 61-80%, tal com es pot veure a la taula 7.

Taula 7: Percepció dels gestors sobre PS continuïtat i cooperació

NºSub Estandard	Continuïtat i cooperació	Grau de compliment
5.1	La gerència té en compte el pla de salut de Catalunya	61-80%
5.2	Existència de la relació de proveïdors de serveis, col·laboradors i d'assistència sanitària...	81-100%
5.3	Existència de la col·laboració intrasectorial, intersectorial i amb tercers en base al pla de Catalunya	81-100%
5.4	Comprovació de l'existència de convenis i reunions periòdiques	81-100%
5.5	Existència d'un pla per a la col·laboració amb tercers per a la millora de la continuïtat assistencial	81-100%
5.6	Comprovació de l'existència de les indicacions de l'alta, de CCEE i de les derivacions	81-100%
5.7	Existència d'un protocol establert per intercanviar informació entre institucions pel que fa a la informació rellevant del pacient	61-80%
5.8	Existència del document de derivació dels pacients a altres nivells assistencials	81-100%
5.9	Existència en l'historial del pacient (si procedeix) d'un pla de rehabilitació que descrigui la correcta derivació de la institució i la col·laboració amb tercers	61-80%

4.2. Percepció dels professionals sanitaris en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental

Per a la mostra es van seleccionar 260 professionals sanitaris que treballaven en els serveis de salut mental de Girona. La taxa de resposta es va situar en el 61,92% (N=161). El 36% (n=58) de la mostra obtinguda estava formada per homes i el 64% (n=103) per dones. La mitjana d'edat dels homes era de 43,71 anys (DE=15,13) i, la de les dones, de 41,17 anys (DE=12,96). El 53,1% del professionals sanitaris estava casat (38,1% homes i 61,9% dones).

Pel que fa al centre de treball, era hospitalari per un 65,8% de la mostra, dels quals un 41,5% eren homes i un 58,5 dones, i en un 34,2% el centre de treball era comunitari, entre els quals un 25,5% homes i un 74,5% dones. Els serveis on van participar més professionals sanitaris van ser els Centres de Salut Mental, amb un percentatge del 26,1% (31,7% eren homes i 68,3% dones) i el servei d'aguts amb un 17,8% (42,9% homes i 57,1% dones); cal destacar que les diferències entre serveis segons sexe eren significatives ($p=0,045$).

La zona geogràfica amb un nombre més alt de professionals sanitaris que va participar a l'estudi va ser el Gironès amb un 82,6% de participació respecte a les altres zones. Quant a la categoria professional, el percentatge de psiquiatres representa el 12,7% de la població estudiada (d'aquests el 55% són homes i, el 45%, dones); els i les infermeres, el 29,3% (el 15,2% homes i, el 84,8%, dones); els i les auxiliars d'infermeria, el 38,9% (el 57,4% homes i, el 42,6%, dones); els i les psicòlogues, el 10,2% (el 12,5% homes i, el 87,5%, dones). Cal esmentar que les diferències entre categoria professional segons sexe són significatives ($p<0,001$).

Pel que fa a l'antiguitat a l'empresa, el 31,6% de la població estudiada feia entre 6 i 10 anys que hi treballava, d'aquests un 38% eren homes i, un 62%, dones. És

notori que en el grup d'antiguitat d'entre 16 i 21 anys a l'empresa, el 25% eren homes i, el 75%, dones. En la resta de grups els resultats eren més homogenis.

Segons la situació laboral, el 51,6% del personal són indefinits (d'aquests el 40,7% són homes i, el 59,3%, dones). Si s'observa el torn de treball, la majoria de professionals sanitaris, un 80,7%, treballava en torn diürn mentre que un 19,3% ho feia en torn nocturn. En el torn diürn, un 31,5% eren homes i, un 68,5%, dones; en canvi, en el torn nocturn un 54,8% eren homes i, un 45,2%, dones. S'hi poden veure, doncs, diferències estadísticament significatives ($p=0,014$).

A la taula 8, s'exposen les característiques sociodemogràfiques estudiades diferenciades segons el sexe.

Si s'analitzen les dades segons el centre de treball, es pot apreciar que del total de professionals sanitaris que va participar a l'estudi ($n=161$), el 65,8% ($n=106$) estava treballant en centres hospitalaris i, el 34,2% ($n=55$), en centres comunitaris. La mitjana d'edat als centres hospitalaris era de 40,06 anys ($DE=14,26$) i, als centres comunitaris, de 45,98 anys ($DE=12,02$); resultats que són estadísticament significatius ($p=0,009$).

Del total de la mostra, el 36% eren homes, dels quals el 75,9% treballava en centres hospitalaris i, el 24,1%, en centres comunitaris. D'altra banda, el 63% eren dones, de les que el 60,2% es trobava en centres hospitalaris i, el 39,8%, en centres comunitaris; dades que són estadísticament significatives ($p=0,044$). Dels professionals sanitaris que estaven casats, el 63,1% era de centres hospitalaris i el 36,9% de centres comunitaris.

Quant a la categoria professional, cal destacar que el 30% dels i les psiquiatres treballava en centres hospitalaris i, el 60%, en centres comunitaris; el 80,4% dels i les infermeres es trobava en centres hospitalaris i, el 19,6, en centres comunitaris; el 88,5% dels i les auxiliars d'infermeria eren de centres hospitalaris i, l'11,5%, de centres comunitaris; el 12,5% dels i les psicòlogues exercia en centres hospitalaris i, el 87,5%, en centres comunitaris. Per tant, s'observen diferències significatives entre les categories professionals i la tipologia dels centres en què treballen ($p<0,001$).

Una altra dada que es va tenir amb compte va ser l'antiguitat a l'empresa. D'una banda, en els centres hospitalaris, el 72,7% dels professionals feia menys de 5 anys que hi exercia; el 78% feia entre 6 i 10 anys; el 66,7%, entre 11 i 15 anys; i, finalment, el 70% tenia una antiguitat major a 22 anys. D'altra banda, en els centres comunitaris, el 70,8% dels professionals hi exercia des de 16 a 21 anys. Aquests resultats són estadísticament significatius ($p=0,001$).

Si observem la situació laboral, podem apreciar que el percentatge de professionals que treballa en centres hospitalaris varia significativament ($p=0,024$) segons la tipologia de contracte: el 59,3% dels professionals tenen contracte indefinit, el 67,4% tenen contracte fins a convocatòries i el 88,9% són treballadors temporals. També es pot observar que, als centres comunitaris, els professionals sanitaris no fan tornos nocturns i que, en els centres hospitalaris, el 70,8% fa torn diürn mentre que el 29,2% fa torn nocturn.

A la taula 9 s'exposen les característiques sociodemogràfiques estudiades diferenciades segons centre de treball.

Taula 8: Característiques sociodemogràfiques del professionals sanitaris segons sexe

	Total N=161 (100%)	Homes N=58 (36,0%)	Dones N=103 (64,0%)	p
Edat (DS) (N=161)	42,14 (13,76)	43,71 (15,13)	41,17 (12,96)	0,263 ¹
Estat civil (%) (N=158)				0,559 ²
Solter/a	50 (31,7)	15 (30,0)	35 (70,0)	
Casat/da	84 (53,1)	32 (38,1)	52 (61,9)	
Separat/da	12 (7,6)	6 (50,0)	6 (50,0)	
Vidu/a	3 (1,9)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Altres	9 (5,7)	2 (22,2)	7 (77,8)	
Centre de treball (%) (N=161)				0,044 ²
Hospitalari	106 (65,8)	44 (41,5)	62 (58,5)	
Comunitari	55 (34,2)	14 (25,5)	41 (74,5)	
Servei o Unitat (%) (N=157)				0,045 ²
Aguts	28 (17,8)	12 (42,9)	16 (57,1)	
URPI	11 (7,0)	2 (18,2)	9 (81,8)	
UPID	9 (5,7)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Rehabilitació psicosocial	8 (5,1)	4 (50,0)	4 (50,0)	
Subaguts	5 (3,2)	1 (20,0)	4 (80,0)	
UHEDI	12 (7,6)	7 (58,3)	5 (41,7)	
Residència Til·lers	15 (9,6)	8 (53,3)	7 (46,7)	
Hospital de dia Adults	8 (5,1)	2 (25,0)	6 (75,0)	
Hospital de dia Adolescents	2 (1,3)	0 (0,0)	2 (100)	
CSM	41 (26,1)	13 (31,7)	28 (68,3)	
CSMIJ	6 (3,8)	0 (0,0)	6 (100)	
CAS	7 (4,5)	1 (14,3)	6 (85,7)	
Més d'un servei	5 (3,1)	0 (0,0)	5 (100)	
Zona geogràfica (%) (N=161)				0,795 ²
Gironès	133 (82,6)	49 (36,8)	84 (63,2)	
Ripollès	7 (4,3)	1 (14,3)	6 (85,7)	
Alt Empordà	9 (5,6)	3 (33,3)	6 (66,7)	
Baix Empordà	7 (4,3)	3 (42,9)	4 (57,1)	
Selva Marítima	5 (3,1)	2 (40,0)	3 (60,0)	
Categoria professional (%) (N=157)				<0,001 ²
Psiquiatre/a	20 (12,7)	11 (55,0)	9 (45,0)	
Infermer/a	46 (29,3)	7 (15,2)	39 (84,8)	
Auxiliar infermeria	61 (38,9)	35 (57,4)	26 (42,6)	
Psicòleg/òloga	16 (10,2)	2 (12,5)	14 (87,5)	
Treballador/a social	5 (3,2)	0 (0,0)	5 (100)	
Terapeuta ocupacional	3 (1,9)	0 (0,0)	3 (100)	
Monitor/a	4 (2,5)	0 (0,0)	4 (100)	
Auxiliar administratiu	2 (1,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Antiguitat en l'empresa (N=158)				0,504 ²
< o = 5 anys	33 (20,9)	10 (30,3)	23 (69,7)	
6-10 anys	50 (31,6)	19 (38,0)	31 (62,0)	
11-15 anys	21 (13,3)	8 (38,1)	13 (61,9)	
16-21 anys	25 (15,2)	6 (25,0)	18 (75,0)	
= o > 22 anys	30 (19,0)	14 (46,7)	16 (53,3)	
Situació laboral (N=157)				0,428 ²
Indefinida	81 (51,6)	33 (40,7)	48 (59,3)	
Fins a convocatòries	46 (29,3)	15 (32,6)	31 (67,4)	
Temporal	27 (17,2)	9 (33,3)	18 (66,7)	
Altres	3 (1,9)	0 (0,0)	3 (100)	
Torn (N=161)				0,014 ²
Diari	130 (80,7)	41 (31,5)	89 (68,5)	
Nocturn	31 (19,3)	17 (54,8)	14 (45,2)	

¹t student ²khi quadrat de Pearson

Taula 9: Característiques sociodemogràfiques dels professionals sanitaris segons centre de treball

	Total N=161 (100%)	Hospitalari N=106 (65,8%)	Comunitari N=55 (34,2%)	<i>p</i>
Edat (DS)(N=161)	42,08 (13,79)	40,06 (14,26)	45,98 (12,02)	0,009¹
Sexe (%) (N=161)				0,044²
Home	58 (36,0)	44 (75,9)	14 (24,1)	
Dona	103 (64,0)	62 (60,2)	41 (39,8)	
Estat civil (%) (N=158)				0,608²
Solter/a	50 (31,7)	37 (74,0)	13 (26,0)	
Casat/da	84 (53,1)	53 (63,1)	31 (36,9)	
Separat/da	12 (7,6)	8 (66,7)	4 (33,3)	
Vidu/a	3 (1,9)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Altres	9 (5,7)	5 (55,6)	4 (44,4)	
Zona geogràfica (%) (N=161)				<0,001²
Gironès	133 (82,6)	106 (79,7)	27 (20,3)	
Ripollès	7 (4,3)	0 (0,0)	7 (100)	
Alt Empordà	9 (5,6)	0 (0,0)	9 (100)	
Baix Empordà	7 (4,3)	0 (0,0)	7 (100)	
Selva Marítima	5 (3,1)	0 (0,0)	5 (100)	
Categoria professional (%) (N=157)				<0,001²
Psiquiatre/a	20 (12,7)	6 (30,0)	14 (70,0)	
Infermer/a	46 (29,3)	37 (80,4)	9 (19,6)	
Auxiliar infermeria	61 (38,9)	54 (88,5)	7 (11,5)	
Psicòleg/a	16 (10,2)	2 (12,5)	14 (87,5)	
Treballador/a social	5 (3,2)	1 (20,0)	4 (80,0)	
Terapeuta ocupacional	3 (1,9)	3 (100)	0 (0,0)	
Monitor/a	4 (2,5)	1 (25,0)	3 (75,0)	
Auxiliar administratiu	2 (1,3)	0 (0,0)	2 (100)	
Antiguitat a l'empresa (N=158)				0,001²
≤ 5 anys	33 (20,9)	24 (72,7)	9 (27,3)	
6-10 anys	50 (31,6)	39 (78,0)	11 (22,0)	
11-15 anys	21 (13,3)	14 (66,7)	7 (33,3)	
16-21 anys	25 (15,2)	7 (29,2)	17 (70,8)	
≥ 22 anys	30 (19,0)	21 (70,0)	9 (30,0)	
Situació laboral (N=157)				0,024²
Indefinida	81 (51,6)	48 (59,3)	33 (40,7)	
Fins a convocatòries	46 (29,3)	31 (67,4)	15 (32,6)	
Temporal	27 (17,2)	24 (88,9)	3 (11,1)	
Altres	3 (1,9)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Torn (N=161)				<0,001²
Diürn	130 (80,7)	75 (70,8)	55 (100)	
Nocturn	31 (19,3)	31 (29,2)	0 (0,0)	

¹t student ²khi quadrat de Pearson

A continuació es mostren els resultats que es van obtenir en referència a la **política de gestió**.

En la informació proporcionada per la institució sobre les polítiques de PS que es realitzen al centre, es pot observar que existeixen diferències estadísticament significatives segons si el professional treballa en un centre hospitalari o en un centre comunitari. Els professionals sanitaris en centres hospitalaris van manifestar menys coneixement d'aquestes polítiques que els dels centres comunitaris ($p=0,038$). D'entre els professionals dels centres hospitalaris el 15,5% va afirmar que *mai havia rebut informació*, el 28,2% que *poques vegades* i el 35% que *algunes vegades*; en canvi, el 56,4% dels professionals dels centres comunitaris va afirmar que n'havia rebut *algunes vegades*, el 18,2% que la *majoria de vegades* i el 5,5% que *sempre*. Entre els centres hospitalaris i els comunitaris també s'observen altres diferències, però no són estadísticament significatives (taula 10).

Taula 10: Coneixements dels professionals sobre polítiques amb PS segons centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	Majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	p
Informació des de la institució sobre les polítiques de promoció de la salut que realitza el centre (N=158)							
Hospitalari	16 (15,5)	29 (28,2)	36 (35,0)	19 (18,4)	3 (2,9)		
Comunitari	4 (7,3)	7 (12,7)	31 (56,4)	10 (18,2)	3 (5,5)	10,167	0,038
TOTAL	20 (12,7)	36 (22,8)	67 (42,4)	29 (18,4)	6 (3,8)		
Directrius del centre que incorporen la promoció de la salut per a pacients, familiars i professionals sanitaris (N=157)							
Hospitalari	5 (4,9)	23 (22,3)	37 (35,9)	35 (34,0)	3 (2,9)		
Comunitari	1 (1,9)	8 (14,8)	21 (38,9)	21 (38,9)	3 (5,6)	2,820	0,588
TOTAL	6 (3,8)	31 (19,7)	58 (36,9)	56 (35,7)	6 (3,8)		
Coneixement de la realització d'activitats en el seu servei i/o unitat sobre promoció de la salut (N=161)							
Hospitalari	11 (10,4)	23 (21,7)	39 (36,8)	25 (23,6)	8 (7,5)		
Comunitari	2 (3,6)	8 (14,5)	18 (32,7)	21 (38,2)	6 (10,9)	6,340	0,175
TOTAL	13 (8,1)	31 (19,3)	57 (35,4)	46 (28,6)	14 (8,7)		
Coneixement sobre si es recullen dades de les intervencions de les activitats de promoció de la salut al centre (N=156)							
Hospitalari	27 (26,2)	29 (28,2)	27 (26,2)	11 (10,7)	9 (8,7)		
Comunitari	7 (13,2)	15 (28,3)	14 (26,4)	9 (17,0)	8 (15,1)	5,098	0,277
TOTAL	34 (21,8)	44 (28,2)	41 (26,3)	20 (12,8)	17 (10,9)		
Coneixement sobre si els professionals poden consultar aquestes dades (N=107)							
Hospitalari	13 (20,0)	12 (18,5)	16 (24,6)	10 (15,4)	14 (21,5)		
Comunitari	4 (9,5)	11 (26,2)	9 (21,4)	12 (28,6)	6 (14,3)	5,458	0,243
TOTAL	17 (15,9)	23 (21,5)	25 (23,4)	22 (20,6)	20 (18,7)		

Tot seguit es mostren els resultats que fan referència a **l'avaluació i la informació al pacient**.

Es pot observar que existeixen diferències estadísticament significatives segons si el professional treballa en un centre hospitalari o en un centre comunitari en tres dels elements analitzats.

Els professionals dels centres hospitalaris van donar puntuacions més elevades a *l'avaluació de les necessitats dels pacients està documentada en l'historial clínic* que no pas els professionals dels centres comunitaris. D'aquests, el 35% va respondre que es feia la *majoria de vegades* i, el 29%, que es feia *sempre*; en canvi, en els centres comunitaris, les xifres es van situar en el 40% i el 16,4%, respectivament ($p=0,028$).

Pel que fa a si *habitualment es dona la informació clara i comprensible al pacient sobre el seu diagnòstic, intervenció o procés*, el 14,7% del personal dels centres hospitalaris va afirmar que ho feia sempre mentre que el percentatge, 38,2%, era significativament superior ($p=0,004$) entre el personal dels centres comunitaris.

Les xifres també varien en la pregunta sobre si es *considera que el pacient ha entès la informació donada*. En aquest cas, també són els centres comunitaris els que obtenen un valor més positiu i les diferències són, de nou, estadísticament significatives ($p=0,038$). Mentre que en aquests el 60% va considerar que en la *majoria de vegades* i el 3,6% que *sempre*, en els centres hospitalaris, l'1,9% va respondre que *mai*, el 10,7% que *poques vegades* i el 40,8% que *algunes vegades*. A la taula 11 es poden veure tots els resultats diferenciats segons el centre de treball.

Taula 11: Coneixements dels professionals sobre avaluació i informació al pacient relacionat amb PS segons centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	Majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	p
Disposició de pautes/procediments sobre com identificar el tabaquisme, el consum d'alcohol, l'alimentació i l'estat mental, i el nivell socioeconòmic dels pacients per part del centre (N=156)							
Hospitalari	7 (6,9)	9 (8,9)	25 (24,8)	36 (35,6)	24 (23,8)		
Comunitari	4 (7,3)	2 (3,6)	11 (20,0)	27 (49,1)	11 (20,0)	3,579	0,466
TOTAL	11 (7,1)	11 (7,1)	36 (23,1)	63 (40,4)	35 (22,4)		
Aplicació de pautes/procediments sobre com identificar les necessitats de promoció de la salut per a grups de pacients (malalties cardíaques, respiratòries...) per part del centre (N=153)							
Hospitalari	9 (9,0)	13 (13,0)	38 (38,0)	27 (27,0)	13 (13,0)		
Comunitari	7 (13,2)	8 (15,1)	20 (37,7)	14 (26,4)	4 (7,5)	1,629	0,804
TOTAL	16 (10,5)	21 (13,7)	58 (37,9)	41 (26,8)	17 (11,1)		
Documentació de l'avaluació de les necessitats dels pacients en l'històric (N=155)							
Hospitalari	5 (5,0)	15 (15,0)	16 (16,0)	35 (35,0)	29 (29,0)		
Comunitari	2 (3,6)	3 (5,5)	19 (34,5)	22 (40,0)	9 (16,4)	10,887	0,028
TOTAL	7 (4,5)	18 (11,6)	35 (22,6)	57 (36,8)	38 (24,5)		
Existència de pautes i procediments per tornar a valorar les necessitats en el moment d'una intervenció concreta (N=157)							
Hospitalari	6 (5,9)	14 (13,7)	23 (22,5)	36 (35,3)	23 (22,5)		
Comunitari	5 (9,1)	11 (20,0)	14 (25,5)	18 (32,7)	7 (12,7)	3,409	0,492
TOTAL	11 (7,0)	25 (15,9)	37 (23,6)	54 (34,4)	30 (19,1)		
Recol·lecció d'informació a l'històric del pacient per part del metge/essa de procedència o d'altres fonts rellevants (N=157)							
Hospitalari	5 (4,9)	9 (8,8)	24 (23,5)	32 (31,4)	32 (31,4)		
Comunitari	0 (0,0)	4 (7,3)	9 (16,4)	22 (40,0)	20 (36,4)	4,715	0,318
TOTAL	5 (3,2)	13 (8,3)	33 (21,0)	54 (34,4)	52 (33,1)		
Recol·lecció d'informació a l'històric del pacient sobre entorn social, cultural i religió del mateix (N=156)							
Hospitalari	7 (6,9)	21 (20,6)	14 (13,7)	38 (37,3)	22 (21,6)		
Comunitari	4 (7,4)	10 (18,5)	14 (25,9)	18 (33,3)	8 (14,8)	4,008	0,405
TOTAL	11 (7,1)	31 (19,9)	28 (17,9)	56 (35,9)	30 (19,2)		
Registre a l'històric del pacient de la informació que li és facilitada (N=152)							
Hospitalari	7 (7,1)	16 (16,3)	28 (28,6)	36 (36,7)	11 (11,2)		
Comunitari	0 (0,0)	9 (16,7)	13 (24,1)	23 (42,6)	9 (16,7)	5,212	0,266
TOTAL	7 (4,6)	25 (16,4)	41 (27,0)	59 (38,8)	20 (13,2)		
Identificació del pacient i família des del primer moment (N= 154)							
Hospitalari	2 (2,0)	4 (4,0)	6 (6,0)	48 (48,0)	40 (40,0)		
Comunitari	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (14,8)	28 (51,9)	18 (33,3)	6,756	0,149
TOTAL	2 (1,3)	4 (2,6)	14 (9,1)	76 (49,4)	58 (37,7)		
Informació per part del professional sobre l'organització del centre (horari, grups psicoeducatius...) al pacient i a la família (N= 156)							
Hospitalari	5 (5,0)	3 (3,0)	9 (8,9)	34 (33,7)	50 (49,5)		
Comunitari	0 (0,0)	3 (5,5)	10 (18,2)	21 (38,2)	21 (38,2)	7,016	0,135
TOTAL	5 (3,2)	6 (3,8)	19 (12,2)	55 (35,3)	71 (45,5)		

Taula 11 (cont.): Coneixements dels professionals sobre avaluació i informació al pacient relacionat amb PS segons centre

Informació clara i comprensible per part del professional sobre el seu diagnòstic, intervenció o procés (N=157)							
Hospitalari	5 (4,9)	10 (9,8)	18 (17,6)	54 (52,9)	15 (14,7)		
Comunitari	1 (1,8)	0 (0,0)	7 (12,7)	26 (47,3)	21 (38,2)	15,638	0,004
TOTAL	6 (3,8)	10 (6,4)	25 (15,9)	80 (51,0)	36 (22,9)		
Consideració sobre si el pacient ha entès la informació donada (N=158)							
Hospitalari	2 (1,9)	11 (10,7)	42 (40,8)	48 (46,6)	0 (0,0)		
Comunitari	0 (0,0)	1 (1,8)	19 (34,5)	33 (60,0)	2 (3,6)	10,136	0,038
TOTAL	2 (1,3)	12 (7,6)	61 (38,6)	81 (51,3)	2 (1,3)		
Possibilitat de sol·licitar ajuda d'un traductor/a o mediador/a cultural si és necessari per tal de comprendre correctament al pacient (N= 150)							
Hospitalari	18 (18,4)	12 (12,2)	21 (21,4)	21 (21,4)	26 (26,5)		
Comunitari	8 (15,4)	11 (21,2)	11 (21,2)	12 (23,1)	10 (19,2)	2,730	0,604
TOTAL	26 (17,3)	23 (15,3)	32 (21,3)	33 (22,0)	36 (24,0)		
Opinió sobre el respecte a la confidencialitat dels pacients (N= 158)							
Hospitalari	0 (0,0)	3 (2,9)	5 (4,9)	41 (39,8)	54 (52,4)		
Comunitari	0 (0,0)	1 (1,8)	10 (18,2)	18 (32,7)	26 (47,3)	7,547	0,056
TOTAL	0 (0,0)	4 (2,5)	15 (9,5)	59 (37,3)	80 (50,6)		

A continuació es mostren els resultats que es van obtenir en referència als aspectes relacionats amb la **promoció d'un lloc de treball saludable**.

Es pot observar que no existeixen diferències estadísticament significatives segons si el professional treballava en un centre hospitalari o en un centre comunitari. Cal destacar que, encara que no hi hagi diferències entre els centres de treball, hi ha diverses dades notòries. En primer lloc, només un 53,3% realitza les revisions mèdiques de l'empresa *sempre*. En segon lloc, respecte si el personal té ben identificats els riscos propis del seu lloc de treball, el 5% va respondre que *mai*, el 27% que *poques vegades* i el 25,8% que *algunes vegades*; en tercer lloc, el 23,8% va referir que *mai* havia rebut una formació inicial en incorporar-se a la institució que contemplés les polítiques de PS de l'hospital; en quart lloc i referent a si s'ha rebut informació sobre com actuar en situacions de violència, només el 8,9% va respondre que *sempre* i el 23,4% que la *majoria de vegades*; en cinquè lloc i per completar la informació, es va demanar als professionals si havien rebut formació a fi de prevenir situacions de violència i el 25,5% va respondre que *mai* i el 19,1% que *poques vegades*; en sisè lloc, el 26%

del professionals sanitaris va afirmar que *mai* havia participat en cap activitat organitzada pel seu centre sobre PS i el 23,5% va manifestar que *mai* es parlava de PS en les reunions d'equip (taula 12).

Taula 12: Coneixements dels professionals sobre la promoció de la salut al lloc de treball segons centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	Majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	P
Realització de les revisions mèdiques d'empresa (N=159)							
Hospitalari	3 (2,9)	7 (6,7)	14 (13,3)	23 (21,9)	58 (55,2)	8,286	0,082
Comunitari	8 (14,8)	2 (3,7)	6 (11,1)	11 (20,4)	27 (50,0)		
TOTAL	11 (6,9)	9 (5,7)	20 (12,6)	34 (21,4)	85 (53,5)		
Identificació sobre els riscos propis del lloc de treball (N=159)							
Hospitalari	7 (6,7)	27 (26,0)	28 (26,9)	36 (34,6)	6 (5,8)	2,835	0,586
Comunitari	1 (1,8)	16 (29,1)	13 (23,6)	23 (41,8)	2 (3,6)		
TOTAL	8 (5,0)	43 (27,0)	41 (25,8)	59 (37,1)	8 (5,0)		
Formació inicial al personal que s'incorpora a la institució que contempla la política de promoció de la salut de l'hospital (N=151)							
Hospitalari	24 (24,2)	23 (23,2)	23 (23,2)	20 (20,2)	9 (9,1)	1,036	0,904
Comunitari	12 (23,1)	15 (28,8)	9 (17,3)	11 (21,2)	5 (9,6)		
TOTAL	36 (23,8)	38 (25,2)	32 (21,2)	31 (20,5)	14 (9,3)		
Informació sobre com actuar en situacions de violència (N=158)							
Hospitalari	15 (14,6)	21 (20,4)	29 (28,2)	28 (27,2)	10 (9,7)	7,494	0,112
Comunitari	17 (30,9)	13 (23,6)	12 (21,8)	9 (16,4)	4 (7,3)		
TOTAL	32 (20,3)	34 (21,5)	41 (25,9)	37 (23,4)	14 (8,9)		
Formació a fi de prevenir situacions de violència (N=157)							
Hospitalari	20 (19,6)	19 (18,6)	25 (24,5)	30 (29,4)	8 (7,8)	6,844	0,144
Comunitari	20 (36,4)	11 (20,0)	12 (21,8)	10 (18,2)	2 (3,6)		
TOTAL	40 (25,5)	30 (19,1)	37 (23,6)	40 (25,5)	10 (6,4)		
Coneixements sobre el contingut de la política de promoció de la salut de la institució (N=159)							
Hospitalari	22 (21,0)	37 (35,2)	29 (27,6)	13 (12,4)	4 (3,8)	2,134	0,711
Comunitari	10 (18,5)	17 (31,5)	15 (27,8)	7 (13,0)	5 (9,3)		
TOTAL	32 (20,1)	54 (34,0)	44 (37,7)	20 (12,6)	9 (5,7)		
Participació en alguna activitat de promoció de la salut realitzada al centre (N=160)							
Hospitalari	33 (31,4)	28 (26,7)	27 (25,7)	13 (12,4)	4 (3,8)	7,050	0,133
Comunitari	9 (16,4)	14 (25,5)	16 (29,1)	10 (18,2)	6 (10,9)		
TOTAL	42 (26,3)	42 (26,3)	43 (26,9)	23 (14,4)	10 (6,3)		
Opinió sobre si les pràctiques de treball es desenvolupen en equips multidisciplinaris (N=159)							
Hospitalari	6 (5,8)	20 (19,4)	28 (27,2)	30 (29,1)	19 (18,4)	3,357	0,500
Comunitari	1 (1,9)	9 (16,7)	11 (20,4)	21 (38,9)	12 (22,2)		
TOTAL	7 (4,5)	29 (18,5)	39 (24,8)	51 (32,5)	31 (19,7)		

Taula 12 (cont.): Coneixements dels professionals sobre la promoció de la salut al lloc de treball segons centre

Opinió sobre si el personal del centre està implicat en els processos d'elaboració, revisió i modificació de les polítiques de Promoció de la Salut (N=153)							
Hospitalari	9 (8,6)	38 (36,2)	29 (27,6)	26 (24,8)	3 (2,9)		
Comunitari	5 (9,3)	19 (35,2)	19 (35,2)	9 (16,7)	2 (3,7)	1,848	0,764
TOTAL	14 (8,8)	57 (35,8)	48 (30,2)	35 (22,0)	5 (3,1)		
Coneixement sobre si a les reunions d'equip es parla de temes de Promoció de la Salut (N=154)							
Hospitalari	25 (25,0)	30 (30,0)	28 (28,0)	16 (16,0)	1 (1,0)		
Comunitari	11 (20,8)	13 (24,5)	23 (43,4)	5 (9,4)	1 (1,9)	4,394	0,355
TOTAL	36 (23,5)	43 (28,1)	51 (33,3)	21 (13,7)	2 (1,3)		
Existència de polítiques per mantenir informat al personal en relació a temes sanitaris (N=154)							
Hospitalari	10 (9,8)	27 (26,5)	30 (29,4)	29 (28,4)	6 (5,9)		
Comunitari	3 (5,8)	16 (30,8)	18 (34,6)	13 (25,0)	2 (3,8)	1,615	0,806
TOTAL	13 (8,4)	43 (27,9)	48 (31,2)	42 (27,3)	8 (5,2)		

També es va demanar als professionals sanitaris *de quina manera o per quina via se'ls informava* de aquests temes. El 28,6% va afirmar que es feia mitjançant la *pàgina web* de l'empresa; el 3,7%, mitjançant *fulls informatius*; el 6,2%, mitjançant la *comunicació directa* per part del centre; el 3,1%, mitjançant la *formació* i, finalment, el 31,6% va avalar que la rebia per *altres vies (dos o més de les vies anteriors, companys o supervisors dels serveis, entre altres)*

Referent als estils de vida saludables, a la taula 13 es mostren els resultats que es van obtenir diferenciats segons si els professionals treballaven en centres hospitalaris o en centres comunitaris.

Les diferències significatives només es van detectar en l'estil de vida relacionat amb l'exercici físic ja que els professionals sanitaris que treballaven en els centres comunitaris van manifestar que se'ls donava més informació i es feien més programes/intervencions que en el cas del personal que treballava en centres hospitalaris ($p=0,020$ i $p=0,030$, respectivament).

Pel que fa a l'alimentació, el 38,4% creia que s'alimentava correctament *sempre* i només el 3,1% va manifestar que *mai* ho feia correctament. La resta de respostes es van situar en la part central del ventall, és a dir, *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (3,8%, 14,5% i 40,3%).

Quan se'ls va demanar sobre l'hàbit tabàquic, el 69,8% va respondre que no fumava *mai* i el 22% que ho feia *sempre*, mentre que la resta es trobava en els termes intermedis: *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (5,7%, 1,3% i 1,3%).

Pel que fa a la pràctica d'exercici físic regular (mínim 3 cops per setmana), el 43,8% va avalar que en feia *sempre* i el 13,8% que no en feia *mai*, mentre que la resta se situava entre *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (11,3%, 15% i 16,3%).

Respecte als problemes a nivell sexual, només el 0,6% considerava que en tenia *sempre*, en contraposició amb el 90,6% que afirmava que no en tenia *mai*. La resta es trobava en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (6,3%, 2,5% i 0%).

A la pregunta sobre si consideraven que tenien un problema de salut mental, el 0% creia que *sempre* mentre que el 90% creia que *mai*. La resta se situava en la gamma intermèdia de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (5,6%, 4,4% i 0%).

Pel que fa al tema d'addiccions (exceptuant el tabac), un 97,5% considerava que *mai* havia tingut cap problema mentre que l'1,3% creia que *sempre* n'havia tingut. La resta es trobaven en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (1,3%, 0% i 0%).

Taula 13: Estils de vida dels professionals segons centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	La majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	p
Alimentació saludable (N=159)							
Hospitalari	4 (3,8)	5 (4,8)	16 (15,2)	45 (42,9)	35 (33,3)	3,924	0,416
Comunitari	1 (1,9)	1 (1,9)	7 (13,0)	19 (35,2)	26 (48,1)		
TOTAL	5 (3,1)	6 (3,8)	23 (14,5)	64 (40,3)	61 (38,4)		
Oferiment d'informació sobre alimentació saludable (N=156)							
Hospitalari	30 (29,1)	24 (23,3)	29 (28,2)	15 (14,6)	5 (4,9)	5,149	0,272
Comunitari	10 (18,9)	11 (20,8)	18 (34,0)	7 (13,2)	7 (13,2)		
TOTAL	40 (25,6)	35 (22,4)	47 (30,1)	22 (14,1)	12 (7,7)		
Oferiment de programes/formació per facilitar una alimentació saludable (N=156)							
Hospitalari	29 (28,4)	33 (32,4)	23 (22,5)	10 (9,8)	7 (6,9)	3,198	0,525
Comunitari	15 (27,8)	13 (24,1)	15 (27,8)	9 (16,7)	2 (3,7)		
TOTAL	44 (28,2)	46 (29,5)	38 (24,4)	19 (12,2)	9 (5,8)		
Fumador/a (N= 159)							
Hospitalari	75 (72,1)	6 (5,8)	2 (1,9)	0 (0,0)	21 (20,2)	5,527	0,237
Comunitari	36 (65,5)	3 (5,5)	0 (0,0)	2 (3,6)	14 (25,5)		
TOTAL	111 (69,8)	9 (5,7)	2 (1,3)	2 (1,3)	35 (22,0)		
Oferiment d'informació relacionada amb cessament tabàquic (N=155)							
Hospitalari	18 (17,6)	13 (12,7)	26 (25,5)	27 (26,5)	18 (17,6)	6,745	0,150
Comunitari	3 (5,7)	6 (11,3)	16 (30,2)	12 (22,6)	16 (30,2)		
TOTAL	21 (13,5)	19 (12,3)	42 (27,1)	39 (25,2)	34 (21,9)		
Oferiment de programes/intervencions de cessament tabàquic (N=155)							
Hospitalari	14 (13,7)	12 (11,8)	33 (32,4)	20 (19,6)	23 (22,5)	1,951	0,745
Comunitari	5 (9,4)	6 (11,3)	15 (28,3)	10 (18,9)	17 (32,1)		
TOTAL	19 (12,3)	18 (11,6)	48 (31,0)	30 (19,4)	40 (25,8)		
Realització d'exercici físic de manera regular (mínim 3 cops per setmana) (N= 160)							
Hospitalari	13 (12,4)	15 (14,3)	14 (13,3)	18 (17,1)	45 (42,9)	3,690	0,450
Comunitari	9 (16,4)	3 (5,5)	10 (18,2)	8 (14,5)	25 (45,5)		
TOTAL	22 (13,8)	18 (11,3)	24 (15,0)	26 (16,3)	70 (43,8)		
Oferiment d'informació relacionada amb exercici físic (N=158)							
Hospitalari	33 (32,0)	30 (29,1)	28 (27,2)	9 (8,7)	3 (2,9)	11,688	0,020
Comunitari	8 (14,5)	13 (23,6)	18 (32,7)	10 (18,2)	6 (10,9)		
TOTAL	41 (25,9)	43 (27,2)	46 (29,1)	19 (12,0)	9 (5,7)		
Oferiment de programes/intervencions sobre exercici físic (N=158)							
Hospitalari	42 (40,8)	29 (28,2)	24 (23,3)	6 (5,8)	2 (1,9)	10,726	0,030
Comunitari	17 (30,9)	10 (18,2)	16 (29,1)	5 (9,1)	7 (12,7)		
TOTAL	59 (37,3)	39 (24,7)	40 (25,3)	11 (7,0)	9 (5,7)		

Taula 13 (cont.): Estils de vida dels professionals segons centre

Considera que presenta algun problema a nivell sexual (N=159)							
Hospitalari	98 (94,2)	3 (2,9)	2 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,0)		
Comunitari	46 (83,6)	7 (12,7)	2 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	6,936	0,074
TOTAL	144 (90,6)	10 (6,3)	4 (2,5)	0 (0,0)	1 (0,6)		
Oferiment d'informació relacionada amb problemes sexuals (N=157)							
Hospitalari	60 (58,3)	27 (26,2)	9 (8,7)	5 (4,9)	2 (1,9)		
Comunitari	28 (51,9)	15 (27,8)	11 (20,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	7,724	0,102
TOTAL	88 (56,1)	42 (26,8)	20 (12,7)	5 (3,2)	2 (1,3)		
Oferiment de programes/formació per tractar problemes sexuals (N=156)							
Hospitalari	60 (58,8)	24 (23,5)	13 (12,7)	3 (2,9)	2 (2,0)		
Comunitari	31 (57,4)	14 (25,9)	8 (14,8)	1 (1,9)	0 (0,0)	1,430	0,839
TOTAL	91 (58,3)	38 (24,4)	21 (13,5)	4 (2,6)	2 (1,3)		
Considera que presenta algun problema de salut mental (N=160)							
Hospitalari	95 (90,5)	6 (5,7)	4 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Comunitari	49 (89,1)	3 (5,5)	3 (5,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,235	0,889
TOTAL	144 (90,0)	9 (5,6)	7 (4,4)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Oferiment d'informació per potenciar una bona salut mental (N=159)							
Hospitalari	35 (33,7)	24 (23,1)	25 (24,0)	11 (10,6)	9 (8,7)		
Comunitari	11 (20,0)	12 (21,8)	15 (27,3)	10 (18,2)	7 (12,7)	4,661	0,324
TOTAL	46 (28,9)	36 (22,6)	40 (25,2)	21 (13,2)	16 (10,1)		
Oferiment de programes/formació per potenciar una bona salut mental (p.ex.: formació en salut mental positiva, habilitats personals o intel·ligència emocional) (N=159)							
Hospitalari	27 (26,0)	12 (11,5)	29 (27,9)	22 (21,2)	14 (13,5)		
Comunitari	6 (10,9)	10 (18,2)	18 (32,7)	11 (20,0)	10 (18,2)	5,914	0,206
TOTAL	33 (20,8)	22 (13,8)	47 (29,6)	33 (20,8)	24 (15,1)		
Considera que presenta un problema d'addicció (exceptuant el tabac) (N=160)							
Hospitalari	103 (98,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,9)		
Comunitari	53 (96,4)	2 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4,877	0,087
TOTAL	156 (97,5)	2 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,3)		
Oferiment d'informació relacionada amb addiccions (N=157)							
Hospitalari	42 (41,2)	24 (23,5)	22 (21,6)	9 (8,8)	5 (4,9)		
Comunitari	15 (27,3)	15 (27,3)	13 (23,6)	7 (12,7)	5 (9,1)	3,691	0,449
TOTAL	57 (36,3)	39 (24,8)	35 (22,3)	16 (10,2)	10 (6,4)		
Oferiment de programes/intervencions relacionats amb addiccions (N=156)							
Hospitalari	38 (37,3)	26 (25,5)	18 (17,6)	11 (10,8)	9 (8,8)		
Comunitari	15 (27,8)	9 (16,7)	13 (24,1)	8 (14,8)	9 (16,7)	5,246	0,263
TOTAL	53 (34,0)	35 (22,4)	31 (19,9)	19 (12,2)	18 (11,5)		

Tot seguit es mostren els resultats que es van obtenir en referència a la **continuitat i cooperació**. Es pot observar que no existeixen diferències estadísticament significatives segons si el professional treballava en un centre hospitalari o en un centre comunitari.

En referència a *si l'historial del pacient recull informació del metge/essa de procedència o d'altres fonts rellevants*, el 34,4% va manifestar que la majoria de vegades sí i, el 33,1%, que sempre.

Pel que fa a *si es creu que els pacients (i, si s'escau, les seves famílies) reben indicacions per a la continuïtat en les consultes externes o la derivació*, el 48,4% va manifestar que la majoria de vegades sí i, el 36,6%, que sempre (taula 14).

Es van analitzar diversos factors relacionats amb les condicions laborals. La salut i la seguretat van obtenir una puntuació mitjana de 6,05 (DE=2,11); les instal·lacions i equipaments, un 5,63 (DE=2,33); l'entorn físic, un 6,13 (DE=2,32); i, els serveis (neteja, manteniment, etc.), un 7,22 (DE=2,04).

El temps de treball, en què s'inclouen els horaris i les pautes, entre d'altres, es va qualificar amb un 7,03 (DE=1,99). La remuneració, per la seva banda, va obtenir una puntuació inferior, d'un 5,25 (DE=2,53). La tipologia del contracte i l'estabilitat laboral van obtenir un 6,47 (DE=2,37). La càrrega laboral es va valorar amb un 6,13 (DE=2,09) i, la conciliació feina-família, un 6,67 (DE=2,36). L'organització va obtenir un 6,40 (DE=1,99). En termes generals, si es tracta globalment les condicions laborals, es van valorar amb una puntuació mitjana de 6,36 (DE=1,79). Els resultats relacionats amb la formació amb PS van ser d'un 5,03 (DE=2,13) i la participació en activitats de PS d'un 4,61 (DE=2,41).

Taula 14: Coneixements dels professionals sobre continuïtat i cooperació assistencial segons centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	La majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	<i>p</i>
Recol·lecció d'informació a l'historial del pacient per part del metge/essa de procedència o d'altres fonts rellevants (N=157)							
Hospitalari	5 (4,9)	9 (8,8)	24 (23,5)	32 (31,4)	32 (31,4)	4,715	0,318
Comunitari	0 (0,0)	4 (7,3)	9 (16,4)	22 (40,0)	20 (36,4)		
TOTAL	5 (3,2)	13 (8,3)	33 (21,0)	54 (34,4)	52 (33,1)		
Opinió sobre si els pacients (i, si escau, les seves famílies) reben indicacions per a la continuïtat en les consultes externes o la derivació (N=153)							
Hospitalari	1 (1,0)	5 (5,1)	11 (11,1)	44 (44,4)	38 (38,4)	2,308	0,679
Comunitari	0 (0,0)	2 (3,7)	4 (7,4)	30 (55,6)	18 (33,3)		
TOTAL	1 (0,7)	7 (4,6)	15 (9,8)	74 (48,4)	56 (36,6)		

4.3. Percepció dels usuaris en relació a la incorporació de la promoció de la salut als serveis de salut mental

En l'estudi, hi van participar 174 persones del total d'usuaris dels serveis de salut mental de Girona. D'aquests, el 61,5% (n=107) eren homes i, el 38,5% (n=67), dones. La mitjana d'edat dels primers era de 44,55 anys (DE=12,20) i, la de les dones, de 50,31 anys (DE=12,93). Les diferències segons l'edat per sexe eren significatives (p=0,004). Pel que fa a l'estat civil, el 61% eren solters, (74,3% homes i 25,7% dones). Així doncs, les diferències entre estat civil segons el sexe també eren significatives (p=<0,001). La majoria dels usuaris vivien a la província de Girona (98,8%).

El 39,1% de la mostra es va reclutar als serveis hospitalaris, entre els quals el 55,9% eren homes i, el 44,1%, dones. El 60,9% dels usuaris eren dels serveis comunitaris, dels quals el 65,1% eren homes i, el 34,9%, dones. La majoria d'usuaris dels serveis comunitaris pertanyien a la zona geogràfica del Gironès mentre que els dels serveis hospitalaris eren tots al Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt.

Un bon nombre d'usuaris provenia dels CSM, amb un percentatge del 48,9% (el 64,7% eren homes i, el 35,3%, dones) i, d'altres, del servei d'aguts, amb un 19,5% (el 44,1% eren homes i, el 55,9%, dones).

Quant al nivell d'estudis, el 42,2% va afirmar que tenia estudis primaris (dels quals el 65,7% eren homes i, el 34,3%, dones); el 27,7% estudis secundaris (el 63% eren homes i, el 37%, dones); el 14,5% van contestar que no havien finalitzat els estudis primaris (el 58,3% eren homes i, el 41,7%, dones); i, finalment, el 15,7% van respondre que havien finalitzat els estudis universitaris (el 50% eren homes i, el 50%, dones).

Pel que fa a la situació laboral, el 48,8% dels participants va respondre que es trobava en una situació d'invalidesa (el 58,5% eren homes i, el 41,5%, dones) i el

21,4% estava a l'atur (el eren 63,9% homes i, el 36,1%, dones). A la taula 15 s'exposen les característiques sociodemogràfiques estudiades diferenciades segons el sexe.

Taula 15: Característiques sociodemogràfiques dels usuaris segons sexe

	Total N=174 (100%)	Homes N=107 (61,5%)	Dones N=67 (38,5%)	P
Estat civil (%) (N=172)				0,004¹
Solter/a	105 (61,0)	78 (74,3)	27 (25,7)	
Casat/da	25 (14,5)	8 (32,0)	17 (68,0)	
Separat/da	36 (20,9)	18 (50,0)	18 (50,0)	
Vidu/a	4 (2,3)	0 (0,0)	4 (100)	
Altres	2 (1,2)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Província on viu (%) (N=172)				0,533²
Girona	170 (98,8)	104 (61,2)	66 (38,8)	
Barcelona	1 (0,6)	1 (100)	0 (0,0)	
Lleida	1 (0,6)	1 (100)	0 (0,0)	
Centre de referència (%) (N=174)				0,223²
Hospitalari	68 (39,1)	38 (55,9)	30 (44,1)	
Comunitari	106 (60,9)	69 (65,1)	37 (34,9)	
Zona geogràfica (%) (N=174)				0,210²
Gironès	114 (65,5)	69 (60,5)	45 (39,5)	
Ripollès	15 (8,6)	7 (46,7)	8 (53,3)	
Alt Empordà	17 (9,8)	13 (76,5)	4 (23,5)	
Baix Empordà	17 (9,8)	13 (76,5)	4 (23,5)	
Selva Marítima	11 (6,3)	5 (45,5)	6 (54,5)	
Servei o Unitat (%) (N=174)				0,221²
Aguts	34 (19,5)	15 (44,1)	19 (55,9)	
UpiD	12 (6,9)	7 (58,3)	5 (41,7)	
Rehabilitació psicosocial	10 (5,7)	6 (60,0)	4 (40,0)	
Subaguts	12 (6,9)	10 (83,3)	2 (16,7)	
Hospital de dia Adults	9 (5,2)	7 (77,8)	2 (22,2)	
CSM	85 (48,9)	55 (64,7)	30 (35,3)	
CAS	12 (6,9)	7 (58,3)	5 (41,7)	
Nivell d'estudis (%) (N=166)				0,547²
Primaris incomplets	24 (14,5)	14 (58,3)	10 (41,7)	
Estudis primaris	70 (42,2)	46 (65,7)	24 (34,3)	
Estudis secundaris	46 (27,7)	29 (63,0)	17 (37,0)	
Estudis universitaris	26 (15,7)	13 (50,0)	13 (50,0)	
Situació laboral (N=168)				0,230²
Estudiant	7 (4,2)	6 (85,7)	1 (14,3)	
Aturat/ada	36 (21,4)	23 (63,9)	13 (36,1)	
Treballador/a en actiu	13 (7,7)	8 (61,5)	5 (38,5)	
Baixa laboral	12 (7,1)	7 (58,3)	5 (41,7)	
Jubilat/ada	13 (7,7)	5 (38,5)	8 (61,5)	
Invalidesa	82 (48,8)	48 (58,5)	34 (41,5)	
Altres	5 (3,0)	5 (100)	0 (0,0)	

¹t student ²khi quadrat de Pearson

Si s'analitzen les dades segons el centre on eren al moment de la recollida de dades, s'obtenen els següents resultats:

Del total d'usuaris, el 39,1% (n=68) estava ingressat en serveis hospitalaris i el 60,9% (n=106) es visitava en centres comunitaris. La mitjana d'edat dels centres hospitalaris se situava en els 48,88 anys (DE=16,14) i, la dels centres comunitaris, en el 45,45 anys (DE=9,93). El 35,5% dels homes van ser reclutats als serveis hospitalaris i, el 64,5%, als serveis comunitaris. Pel que fa a les dones, el 44,8% estava ingressat als serveis hospitalaris i, el 55,2%, eren dels serveis comunitaris.

El 61% eren solters (el 36,2% dels serveis hospitalaris i, el 63,8%, dels serveis comunitaris) i el 20,9% estava separat (30,6% dels serveis hospitalaris i, el 69,4%, dels serveis comunitaris). En canvi, dels casats (el 14,5%), el 64% provenia dels serveis hospitalaris, i el 36%, dels serveis comunitaris. Es posen de manifest diferències significatives ($p=0,023$) entre l'estat civil segons el centre. La zona geogràfica, segons el centre amb més participació, és el Gironès, on el 59,6% són usuaris dels serveis d'hospitalització i, el 40,4%, dels serveis comunitaris. A la resta de comarques el 100% prové dels serveis comunitaris, fet que genera diferències estadísticament significatives ($p<0,001$).

Quant al nivell d'estudis, el 42,2% va afirmar que tenia estudis primaris (dels quals el 24,3% eren dels serveis hospitalaris i, 75,7%, dels serveis comunitaris); dels que tenien estudis secundaris, el 47,8% eren de serveis hospitalaris i, el 52,2%, dels serveis comunitaris; en canvi, en els que tenien estudis universitaris el percentatge era més alt pels que provenien dels serveis hospitalaris (53,8%) que no pel dels serveis comunitaris (46,2%). Les diferències eren estadísticament significatives ($p=0,009$).

Pel que fa a la situació laboral, el 48,8% va respondre que es trobava en situació d'invalidesa (el 26,8% eren dels serveis hospitalaris i, el 73,2%, dels serveis comunitaris). D'altra banda, entre el 21,4% que es trobava a l'atur la diferència no era tan important entre hospitalització (44,4%) i comunitària (55,6%). Aquestes diferències van ser estadísticament significatives ($p=0,005$).

Els participants vivien a casa seva de manera habitual, amb una mitjana de persones a la llar del 2,73 (DE=1,87), amb un mínim d'1 i, un màxim, de 17.

A la taula 16 s'exposen les característiques sociodemogràfiques estudiades diferenciades segons el centre.

Taula 16: Característiques sociodemogràfiques dels usuaris segons el centre

	Total N=174 (100%)	Hospitalari N=68 (39,1)	Comunitari N=106 (60,9)	p
Estat (DS)(N=173)	46,78 (12,76)	48,88 (16,14)	45,45 (9,93)	0,122 ¹
Sexe (%) (N=174)				0,264 ²
Home	107 (61,5)	38 (35,5)	69 (64,5)	
Dona	67 (38,5)	30 (44,8)	37 (55,2)	
Estat civil (%) (N=172)				0,023 ²
Solter/a	105 (61,0)	28 (36,2)	67 (63,8)	
Casat/da	25 (14,5)	16 (64,0)	9 (36,0)	
Separat/da	36 (20,9)	11 (30,6)	25 (69,4)	
Vidu/a	4 (2,3)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Altres	2 (1,2)	0 (0,0)	2 (100)	
Província on viu (%) (N=172)				0,213 ²
Girona	170 (98,8)	66 (38,8)	104 (61,2)	
Barcelona	1 (0,6)	1 (100)	0 (0,0)	
Lleida	1 (0,6)	1 (100)	0 (0,0)	
Zona geogràfica (%) (N=174)				<0,001 ²
Gironès	114 (65,5)	68 (59,6)	46 (40,4)	
Ripollès	15 (8,6)	0 (0,0)	15 (100)	
Alt Empordà	17 (9,8)	0 (0,0)	17 (100)	
Baix Empordà	17 (9,8)	0 (0,0)	17 (100)	
Selva Marítima	11 (6,3)	0 (0,0)	11 (100)	
Servei o Unitat (%) (N=174)				<0,001 ²
Aguts	34 (19,5)	34 (100)	0 (0,0)	
UPID	12 (6,9)	12 (100)	0 (0,0)	
Rehabilitació psicosocial	10 (5,7)	10 (100)	0 (0,0)	
Subaguts	12 (6,9)	12 (100)	0 (0,0)	
Hospital de dia Adults	9 (5,2)	0 (0,0)	9 (100)	
CSM	85 (48,9)	0 (0,0)	85 (100)	
CAS	12 (6,9)	0 (0,0)	12 (100)	
Nivell d'estudis (%) (N=166)				0,009 ²
Primaris incomplets	24 (14,5)	12 (50,0)	12 (50,0)	
Estudis primaris	70 (42,2)	17 (24,3)	53 (75,7)	
Estudis secundaris	46 (27,7)	22 (47,8)	24 (52,2)	
Estudis universitaris	26 (15,7)	14 (53,8)	12 (46,2)	
Situació laboral (N=168)				0,005 ²
Estudiant	7 (4,2)	3 (42,9)	4 (57,1)	
Parat	36 (21,4)	16 (44,4)	20 (55,6)	
Treballador/a en actiu	13 (7,7)	5 (38,5)	8 (61,5)	
Baixa laboral	12 (7,1)	7 (58,3)	5 (41,7)	
Jubilat/ada	13 (7,7)	11 (84,6)	2 (15,4)	
Invalidesa	82 (48,8)	22 (26,8)	60 (73,2)	
Altres	5 (3,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	

¹t student ²khi quadrat de Pearson

A continuació es mostren els resultats que es van obtenir per part dels usuaris en referència a **l'avaluació i la informació al pacient**. Aquests resultats es van subclassificar en diferents categories d'estudi:

- Percepció sobre el funcionament dels serveis (taula 17)
- Coneixements sobre el seu estat de salut (taula 18)
- Percepció sobre l'atenció rebuda (taula 19)
- Percepció sobre la informació rebuda (taula 20)
- Percepció sobre la informació rebuda sobre diagnòstic, tractament i cures (taula 21)
- Estils de vida (taula 22)

Es va analitzar la *percepció dels usuaris sobre el funcionament dels serveis*. A la taula 17 es pot veure que existeixen diferències estadísticament significatives segons si la persona es trobava ingressada en un centre hospitalari o estava en un centre comunitari.

Pel que fa al *coneixement de l'usuari dels seus drets i deures al centre*, els dels centres hospitalaris van mostrar més desconeixement que els dels centres comunitaris. En els centres hospitalaris, el 16,2% va dir que *mai* se l'havia informat sobre aquest aspecte en contraposició amb el 6,7% dels centres comunitaris. D'altra banda, el 47,1% de les persones ingressades en centres hospitalaris va afirmar que se l'informava *sempre* en contraposició amb el 30,8% dels centres comunitaris ($p=0,006$).

Quan se'ls va preguntar si sabien *a qui dirigir-se en cas de trobar-se malament*, en els centres hospitalaris es trobaven als extrems de les possibles respostes ja que el 4,4% va respondre que *mai* però, en canvi, el 14,7%, *la majoria de vegades* i, el 75%, *sempre*. Per contra, en els dels centres comunitaris van respondre amb més intensitat en les franges intermèdies: el 13,2%, *algunes vegades*; el 27,4%, *la majoria de vegades* i, el 54,7%, *sempre* ($p=0,018$).

Els serveis hospitalaris van obtenir valors més desfavorables pel que fa al coneixement del funcionament del centre (*mai*, 11,8%) que els serveis comunitaris

(1,9%). No obstant això, la puntuació més positiva també es va donar a l'hospitalització, en què el 48,5% va respondre *sempre* en contraposició al 40% dels usuaris dels serveis comunitaris ($p=0,022$).

Pel que fa a si sabien a qui o on s'havien de dirigir per demanar un informe, als centres hospitalaris l'11,8% va dir que *mai* davant del 5,7% dels centres comunitaris. Seguint amb la tendència de la resposta anterior, també els valors més favorables van ser per a l'hospitalització (*sempre*, el 58,8% vs el 39,6% dels serveis comunitaris) ($p=0,019$).

El 22,4% dels usuaris dels serveis hospitalaris va opinar que *mai* coneixia els recursos que el centre els podia oferir i, el 35,8%, *sempre*, mentre que en els serveis comunitaris el 8,7% va afirmar que *mai* i, el 26,2%, *sempre*.

Referent a si durant la primera visita al centre se'ls va oferir informació general sobre el funcionament, els d'hospitalització van dir que *mai* (26,5%) i *sempre* (44,1%), mentre que els percentatges variaven en els serveis comunitaris: *mai* (7,7%) i *sempre* (38,5%) ($p=0,001$). Així doncs, podem afirmar en aquestes últimes qüestions es mostra una tendència cap als extrems de resposta per part dels usuaris dels serveis hospitalaris i una tendència cap a les respostes intermèdies pels usuaris dels serveis comunitaris.

El 14,7% de les persones ingressades en centres hospitalaris va respondre que el centre *mai* els semblava confortable, xifra que disminuïa fins a l'1,9% en els centres comunitaris i establia diferències estadísticament significatives ($p=0,030$). Aquests resultats es poden consultar a la taula 17.

Taula 17: Percepció dels usuaris sobre el funcionament dels serveis segons el centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	La majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	p
Coneixement dels drets i deures com a usuari del centre (N=172)							
Hospitalari	11 (16,2)	7 (10,3)	5 (7,4)	13 (19,1)	32 (47,1)	14,428	0,006
Comunitari	7 (6,7)	12 (11,5)	26 (25,0)	27 (26,0)	32 (30,8)		
TOTAL	18 (10,5)	19 (11,0)	31 (18,0)	40 (23,3)	64 (37,2)		
Identificació ràpida dels serveis/centres/unitats on ha d'anar o li cal preguntar (N=173)							
Hospitalari	4 (5,9)	7 (10,3)	10 (14,7)	12 (17,6)	35 (51,5)	7,059	0,133
Comunitari	2 (1,9)	6 (5,7)	26 (24,8)	27 (25,7)	44 (41,9)		
TOTAL	6 (3,5)	13 (7,5)	36 (20,8)	39 (22,5)	79 (45,7)		
Coneixement sobre a qui s'ha de dirigir si es troba malament (N=174)							
Hospitalari	3 (4,4)	1 (1,5)	3 (4,4)	10 (14,7)	51 (75,0)	11,892	0,018
Comunitari	1 (0,9)	4 (3,8)	14 (13,2)	29 (27,4)	58 (54,7)		
TOTAL	4 (2,3)	5 (2,9)	17 (9,8)	39 (22,4)	109 (62,6)		
Coneixement del funcionament del centre (N=173)							
Hospitalari	8 (11,8)	2 (2,9)	12 (17,6)	13 (19,1)	33 (48,5)	11,451	0,022
Comunitari	2 (1,9)	7 (6,7)	20 (19,0)	34 (32,4)	42 (40,0)		
TOTAL	10 (5,8)	9 (5,2)	32 (18,5)	47 (27,2)	75 (43,4)		
Coneixement sobre si sap a on o a qui s'ha de dirigir si necessita un informe (N=174)							
Hospitalari	8 (11,8)	4 (5,9)	7 (10,3)	9 (13,2)	40 (58,8)	11,813	0,019
Comunitari	6 (5,7)	8 (7,5)	17 (16,0)	33 (31,3)	42 (39,6)		
TOTAL	14 (8,0)	12 (6,9)	24 (13,8)	42 (24,1)	82 (47,1)		
Coneixement dels recursos que el centre li pot oferir (N=170)							
Hospitalari	15 (22,4)	5 (7,5)	11 (16,4)	12 (17,9)	24 (35,8)	11,214	0,024
Comunitari	9 (8,7)	8 (7,8)	25 (24,3)	34 (33,0)	27 (26,2)		
TOTAL	24 (14,1)	13 (7,6)	36 (21,2)	46 (27,1)	51 (30,0)		
Oferiment d'informació general sobre el funcionament al centre durant la primera visita (N=172)							
Hospitalari	18 (26,5)	7 (10,3)	6 (8,6)	7 (10,3)	30 (44,1)	19,529	0,001
Comunitari	8 (7,7)	7 (6,7)	21 (20,2)	28 (26,9)	40 (38,5)		
TOTAL	26 (15,1)	14 (8,1)	27 (15,7)	35 (20,3)	70 (40,7)		
Opinió sobre si li resulta acollidor el centre (N=173)							
Hospitalari	9 (13,2)	2 (2,9)	11 (16,2)	18 (26,5)	28 (41,2)	9,254	0,055
Comunitari	2 (1,9)	5 (4,8)	19 (18,1)	28 (26,7)	51 (48,6)		
TOTAL	11 (6,4)	7 (4,0)	30 (17,3)	46 (26,6)	79 (45,1)		
Opinió sobre si li resulta confortable el centre (N=171)							
Hospitalari	10 (14,7)	3 (4,4)	12 (17,6)	17 (25,0)	26 (38,2)	10,716	0,030
Comunitari	2 (1,9)	8 (7,8)	19 (18,4)	28 (27,2)	46 (44,7)		
TOTAL	12 (7,0)	11 (6,4)	31 (18,1)	45 (26,3)	72 (42,1)		

Referent als coneixements dels usuaris sobre el seu estat de salut, es pot veure a la taula 18 que existeixen diferències estadísticament significatives segons si les persones es trobaven ingressades en un centre hospitalari o en un centre comunitari en tots els aspectes valorats.

Quan se'ls va demanar si en aquell moment patien alguna malaltia crònica, en els centres hospitalaris el 61,2% va dir que *mai* versus el 19,2% dels centres comunitaris; d'altra banda, el 38,8% va afirmar que *sempre* en contraposició al 80,8% dels centres comunitaris ($p < 0,001$). A l'hora d'especificar quina malaltia crònica patien, hi va haver multitud de respostes, la més freqüent de les quals era l'esquizofrènia. Sobre si el seu metge/essa, infermer/a li havia explicat com tractar la seva malaltia crònica en un moment urgent fins a arribar a un centre sanitari, en els centres hospitalaris el 20,6% va dir que *mai* versus el 3% dels centres comunitaris ($p = 0,011$).

Sobre si tenien coneixement de les activitats per promoure la salut que es duen a terme al centre, el 55,9% dels usuaris dels centres hospitalaris va respondre que *mai* i, en canvi, la xifra variava en les persones dels centre comunitaris i se situava en el 12,9% ($p < 0,001$) (taula 18).

Taula 18: Coneixements dels usuaris sobre el seu estat de salut segons centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	La majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	<i>p</i>
<i>Coneixement sobre si pateix actualment o té alguna malaltia crònica (N=166)</i>							
Hospitalari	41 (61,2)	-	-	-	26 (38,8)		
Comunitari	19 (19,2)				80 (80,8)	30,542	<0,001
TOTAL	60 (36,1)	-	-	-	106 (63,9)		
<i>Explicació per part del seu metge/essa / infermer/a sobre com tractar la seva malaltia crònica en un moment urgent fins a arribar a un centre sanitari (N=133)</i>							
Hospitalari	7 (20,6)	4 (11,8)	5 (14,7)	6 (17,6)	12 (35,3)		
Comunitari	3 (3,0)	8 (8,1)	17 (17,2)	33 (33,3)	38 (38,4)	13,038	0,011
TOTAL	10 (7,5)	12 (9,0)	22 (16,5)	39 (29,3)	50 (37,6)		
<i>Coneixement de les activitats per promoure la salut que es duen a terme en aquest centre (N=169)</i>							
Hospitalari	38 (55,9)	9 (13,2)	4 (5,9)	6 (8,8)	11 (16,2)		
Comunitari	13 (12,9)	13 (12,9)	17 (16,8)	32 (31,7)	26 (25,7)	39,981	<0,001
TOTAL	51 (30,2)	22 (13,0)	21 (12,4)	38 (22,5)	37 (21,9)		

El relació al motiu pel qual va acudir al centre i les respostes també van ser molt variades; tanmateix, cal destacar l'esquizofrènia, les recaigudes, les descompensacions psiquiàtriques, l'ansietat, les depressions, les addicions o els pensaments autolítics.

En referència a com avaluarien la seva salut en general, la valoració va ser que el 2,9% considerava que era *excel·lent*, el 5,7% creia que era *molt bona*, el 46% pensava que era *bona*, el 36,8% la va valorar com a *regular* i el 8% opinava que era *dolenta*. Aquí no hi havia diferències estadísticament significatives entre centres o sexe.

En la tercera categoria, *percepció dels usuaris sobre l'atenció rebuda*, existeixen diferències estadísticament significatives segons si la persona es trobava ingressada en un centre hospitalari o estava en un centre comunitari.

Sobre si tenien la sensació que la seva informació es tractava amb total privacitat, el 9% dels usuaris hospitalitzats va dir que *mai* mentre que el 61,2% considerava que *sempre*. D'altra banda, en els centres comunitaris, l'1,9% considerava que *mai* mentre que el 50% creia que es feia *sempre*. En els centres hospitalaris es va respondre a les puntes del ventall, *mai* i *sempre*, mentre que en els centres comunitaris les respostes se situaven en posicions més intermèdies ($p=0,043$).

El 8,8% va afirmar que estava *totalment en desacord* i el 7,4% en *desacord* pel que fa a la satisfacció amb l'atenció rebuda durant l'ingrés/visites en els serveis d'hospitalització. En canvi, en els centres comunitaris el 2,9% va respondre que hi estava *totalment en desacord* i, el 0%, en *desacord* ($p=0,004$) (taula 19).

Taula 19: Percepció dels usuaris sobre l'atenció rebuda segons el centre

	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	La majoria de vegades	Sempre	χ^2	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Sensació que la seva informació és tractada amb total privacitat (N=171)							
Hospitalari	6 (9,0)	3 (4,5)	9 (13,4)	8 (11,9)	41 (61,2)	9,828	0,043
Comunitari	2 (1,9)	5 (4,8)	17 (16,3)	28 (26,9)	52 (50,0)		
TOTAL	8 (4,7)	6 (4,7)	26 (15,2)	36 (21,1)	93 (54,4)		
	Totalment d'acord	D'acord	Indiferent	En desacord	Totalment en desacord	χ^2	<i>p</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Satisfacció amb l'atenció rebuda durant el seu ingrés/visites al centre (N=171)							
Hospitalari	34 (50,0)	16 (23,5)	7 (10,3)	5 (7,4)	6 (8,8)	15,322	0,004
Comunitari	54 (52,4)	41 (39,8)	5 (4,9)	0 (0,0)	3 (2,9)		
TOTAL	88 (51,5)	57 (33,3)	12 (7,0)	5 (2,9)	9 (5,3)		

Sobre si el/la psiquiatre/a passa tot el temps que sigui necessari per atendre la persona, el 13,2% en els centres hospitalaris va respondre que *totalment en desacord* en contraposició amb el 2,1% en els centres comunitaris ($p=0,003$).

El 10,3% dels usuaris hospitalitzats va afirmar que estava *totalment en desacord* quan se'ls va demanar si el/la psiquiatre/a ensenya com prevenir les malalties i els accidents; en canvi, el percentatge era del 0% a nivell comunitari ($p=0,002$).

A la qüestió sobre si el/la psiquiatre/a explicava amb claredat el que l'usuari tenia, el 20,6% dels centres hospitalaris es van mostrar *en desacord* i el 4,4% *totalment en desacord* mentre que, en els centres comunitaris, el 3% es mostrava *en desacord* i, un altre 3%, *totalment en desacord* ($p=0,001$) (taula 20).

Els participants de l'hospital van tornar a situar la seva puntuació en els dos extrems dels bàremes l'atenció rebuda per part del/la infermera, que també incloïa el grau de facilitat per contactar-hi quan era necessari. Així doncs, el 5,9% afirmava estar-hi *totalment en desacord* mentre que el 64,7% hi estava *totalment d'acord*. Per la seva banda, les persones dels serveis comunitaris es van situar en els ítems intermedis (d'acord: 43,6%) ($p=0,001$).

De nou, en l'atenció comunitària es va atorgar millor puntuació a la pregunta sobre els consells que rebien per part dels/de les infermers/eres a fi de prevenir malalties i accidents ($p=0,001$).

Quan se'ls va consultar sobre si la infermera els escoltava i els informava adequadament i si es cuidava regularment dels seus problemes de salut, les respostes van seguir la mateixa tendència: als centres hospitalaris el percentatge més alt era per a la resposta *totalment d'acord* mentre que als centres comunitaris la resposta més triada va ser *en d'acord* ($p=0,025$ i $p<0,001$) (taula 21).

Taula 20: Percepció dels usuaris sobre l'atenció rebuda per part del psiquiatre/a segons el centre

Satisfacció amb l'atenció rebuda per part del/ la psiquiatre/a (N=171)							
Hospitalari	33 (48,5)	17 (25,0)	12 (17,6)	3 (4,4)	3 (4,4)		
Comunitari	45 (43,7)	45 (43,7)	8 (7,8)	3 (2,9)	2 (1,9)	8,692	0,069
TOTAL	78 (45,6)	62 (36,3)	20 (11,7)	6 (3,5)	5 (2,9)		
Confiança en el psiquiatre/a (N=169)							
Hospitalari	28 (41,2)	16 (23,5)	17 (25,0)	4 (5,9)	3 (4,4)		
Comunitari	44 (43,6)	39 (38,6)	14 (13,9)	3 (3,0)	1 (1,0)	8,487	0,075
TOTAL	72 (42,6)	55 (32,5)	31 (18,3)	7 (4,1)	4 (2,4)		
Disposició de temps necessari per atendre (N=164)							
Hospitalari	30 (44,1)	5 (22,1)	8 (11,8)	6 (8,8)	9 (13,2)		
Comunitari	41 (42,7)	43 (44,8)	6 (6,3)	4 (4,2)	2 (2,1)	16,049	0,003
TOTAL	71 (43,3)	58 (35,4)	14 (8,5)	10 (6,1)	11 (6,7)		
Atenció i escolta per part del/la psiquiatre/a dels problemes (N=169)							
Hospitalari	39 (57,4)	18 (26,5)	9 (13,2)	2 (2,9)	0 (0,0)		
Comunitari	46 (45,5)	45 (44,6)	7 (6,9)	1 (1,0)	2 (2,0)	8,616	0,071
TOTAL	85 (50,3)	63 (37,3)	16 (9,5)	3 (1,8)	2 (1,2)		
Educació per part del/la psiquiatre/a per prevenir les malalties i els accidents (N=166)							
Hospitalari	21 (30,9)	15 (22,1)	20 (29,4)	5 (7,4)	7 (10,3)		
Comunitari	36 (36,7)	39 (39,8)	20 (20,4)	3 (3,1)	0 (0,0)	17,256	0,002
TOTAL	57 (34,3)	54 (32,5)	40 (24,1)	8 (4,8)	7 (4,2)		
Presentació per part del/la psiquiatre/a (N=167)							
Hospitalari	47 (69,1)	16 (23,5)	3 (4,4)	2 (2,9)	0 (0,0)		
Comunitari	57 (57,6)	37 (37,4)	2 (2,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	4,897	0,298
TOTAL	104 (62,3)	53 (31,7)	5 (3,0)	4 (2,4)	1 (0,6)		
Explicacions clares del/la psiquiatre/a sobre el diagnòstic (N=167)							
Hospitalari	29 (42,6)	14 (20,6)	8 (11,8)	14 (20,6)	3 (4,4)		
Comunitari	39 (39,4)	40 (40,4)	14 (14,1)	3 (3,0)	3 (3,0)	17,595	0,001
TOTAL	68 (40,7)	54 (32,3)	22 (13,2)	17 (10,2)	6 (3,6)		

Taula 21: Percepció dels usuaris sobre l'atenció rebuda per part de l'infermer o la infermera segons el centre

Facilitat per contactar amb el/la infermer/a (N=169)							
Hospitalari	44 (64,7)	12 (17,6)	3 (4,4)	5 (7,4)	4 (5,9)		
Comunitari	49 (48,5)	44 (43,6)	5 (5,0)	3 (3,0)	0 (0,0)	17,789	0,001
TOTAL	93 (55,0)	56 (33,1)	8 (4,7)	8 (4,7)	4 (2,4)		
Consells de l'infermer/a per prevenir les malalties i els accidents (N=168)							
Hospitalari	29 (42,6)	14 (20,6)	14 (20,6)	5 (7,4)	6 (8,8)		
Comunitari	45 (45,0)	42 (42,0)	11 (11,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	18,639	0,001
TOTAL	74 (44,0)	56 (33,3)	25 (14,9)	6 (3,1)	7 (4,2)		
Preocupació per les limitacions, estat d'ànim i problemes per part de l'infermer/a (N=168)							
Hospitalari	40 (58,8)	17 (25,0)	4 (5,9)	3 (4,4)	4 (5,9)		
Comunitari	46 (46,0)	43 (43,0)	7 (7,0)	3 (3,0)	1 (1,0)	8,517	0,074
TOTAL	86 (51,2)	60 (35,7)	11 (6,5)	6 (3,6)	5 (3,0)		
Atenció, escolta i informació per part de l'infermer/a (N=165)							
Hospitalari	41 (60,3)	15 (22,1)	8 (11,8)	2 (2,9)	2 (2,9)		
Comunitari	53 (54,6)	39 (40,2)	4 (4,1)	0 (0,0)	1 (1,0)	11,112	0,025
TOTAL	94 (57,0)	54 (32,7)	12 (7,3)	2 (1,2)	3 (1,8)		
Cura de l'infermer/a dels problemes de salut crònics (N=163)							
Hospitalari	34 (52,3)	13 (20,0)	12 (18,5)	4 (6,2)	2 (3,1)		
Comunitari	42 (42,9)	49 (50,0)	4 (4,1)	1 (1,0)	2 (2,0)	21,756	<0,001
TOTAL	76 (46,6)	62 (38,0)	16 (9,8)	5 (3,1)	4 (2,5)		
Presentació per part de l'infermer/a (N=167)							
Hospitalari	43 (63,2)	15 (22,1)	2 (2,9)	5 (7,4)	3 (4,4)		
Comunitari	65 (65,7)	31 (31,3)	0 (0,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	8,884	0,064
TOTAL	108 (64,7)	46 (27,5)	2 (1,2)	7 (4,2)	4 (2,4)		

En la quarta categoria, *percepció dels usuaris sobre la informació rebuda*, també es troben diferències estadísticament significatives segons si la persona es trobava ingressada o estava en un servei comunitari. En primer lloc, pel que fa a si l'usuari havia rebut informació general sobre el seu estat de salut, als centres hospitalaris el 17,6% van dir que *mai* mentre que als centres comunitaris la xifra disminuïa fins a l'1% ($p=<0,001$). En segon lloc, pel que fa a si els usuaris havien rebut informació sobre associacions de pacients, als serveis d'hospitalització el 47,1% va respondre *mai*; en canvi, als nivell comunitari el percentatge era del 17,8% ($p=0,001$). En tercer lloc, pel que fa a si havien rebut informació concreta sobre la seva malaltia, les respostes segueixen la tendència de les anteriors ja que

als centres hospitalaris el 16,2% va afirmar que *mai* mentre que als centres comunitaris la xifra se situava en el 3%. Aquestes dades es recullen a la taula 22.

Taula 22: Percepció dels usuaris sobre la informació rebuda segons el centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	La majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	P
Informació general sobre el seu estat de salut (N=168)							
Hospitalari	12 (17,6)	04 (5,9)	07 (10,3)	13 (19,1)	32 (47,1)	20,434	<0,001
Comunitari	01 (1,0)	06 (6,0)	26 (26,0)	25 (25,0)	42 (42,0)		
TOTAL	13 (7,7)	10 (6,0)	33 (19,6)	38 (22,6)	74 (44,0)		
Informació sobre les malalties de risc/alt risc (N=171)							
Hospitalari	23 (33,8)	9 (13,2)	06 (8,8)	11 (16,2)	19 (27,9)	7,291	0,121
Comunitari	20 (19,4)	09 (8,7)	16 (15,5)	26 (25,2)	32 (31,1)		
TOTAL	43 (25,1)	18 (10,5)	22 (12,9)	37 (21,6)	51 (29,8)		
Informació sobre associacions de pacients (N=169)							
Hospitalari	32 (47,1)	05 (7,4)	06 (8,8)	07 (10,3)	18 (26,5)	18,414	0,001
Comunitari	18 (17,8)	09 (8,9)	22 (21,8)	19 (18,8)	33 (32,7)		
TOTAL	50 (29,6)	14 (8,3)	28 (16,6)	26 (15,4)	51 (30,2)		
Informació concreta sobre la seva malaltia (N=169)							
Hospitalari	11 (16,2)	06 (8,8)	8 (11,8)	11 (16,2)	32 (47,1)	15,268	0,004
Comunitari	03 (3,0)	05 (5,0)	23 (22,8)	29 (28,7)	41 (40,6)		
TOTAL	14 (8,3)	11 (6,5)	31 (18,3)	40 (23,7)	73 (43,2)		
Coneixements per controlar la seva malaltia (N=168)							
Hospitalari	07 (10,4)	07 (10,4)	11 (16,4)	15 (22,4)	27 (40,3)	5,955	0,203
Comunitari	03 (3,0)	12 (11,9)	25 (24,8)	27 (26,7)	34 (33,7)		
TOTAL	10 (6,0)	19 (11,3)	36 (21,4)	42 (25,0)	61 (36,3)		

L'opinió de les persones sobre algunes accions per controlar la seva malaltia va ser molt variada, però la resposta més compartida va ser prendre la medicació, tot i que n'hi havia d'altres com fer exercici, assistir als grups d'usuaris, anar a les visites de seguiment, relaxar-se i no consumir drogues.

Com mostra la taula 23, a la cinquena categoria, *percepció dels usuaris sobre la informació rebuda sobre diagnòstic, tractament i cures*, existeixen diferències estadísticament significatives segons si es trobava ingressat o estava en un servei comunitari. S'observa que els centres d'atenció comunitària obtenen millors respostes que els centres hospitalaris pel que fa a aquesta qüestió, ja sigui en

diagnòstic, tractament o procediment perquè es rep i s'entén correctament. També és important ressaltar que el percentatge de resposta de les persones hospitalitzades que opinen que no havia rebut la informació oscil·la entre l'11 i el 14% ($p=0,012$, $p<0,001$ i $p=0,005$).

Taula 23: Percepció dels usuaris sobre la informació rebuda sobre diagnòstic, tractament i cures segons el centre

	Sí, he rebut la informació i l'he entesa perfectament	Sí, he rebut la informació però no l'he entesa	No he rebut la informació perquè el professionals sanitaris encara no la tenen	No he rebut la informació	χ^2	<i>P</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Informació sobre el diagnòstic (N=170)						
Hospitalari	37 (55,2)	16 (23,9)	6 (9,0)	8 (11,9)	11,018	0,012
Comunitari	78 (75,7)	19 (18,4)	3 (2,9)	3 (2,9)		
TOTAL	115 (67,6)	35 (20,6)	9 (5,3)	11 (6,5)		
Informació sobre el tractament (N=169)						
Hospitalari	34 (50,0)	19 (27,9)	7 (10,3)	8 (11,8)	19,201	<0,001
Comunitari	82 (81,2)	12 (11,9)	2 (2,0)	5 (5,0)		
TOTAL	116 (68,6)	31 (18,3)	9 (5,3)	13 (7,7)		
Informació sobre els procediments (proves, cures...) (N=168)						
Hospitalari	44 (64,7)	9 (13,2)	6 (8,8)	9 (13,2)	12,953	0,005
Comunitari	85 (85,0)	10 (10,0)	1 (1,0)	4 (4,0)		
TOTAL	129 (76,8)	19 (11,3)	7 (4,2)	13 (7,7)		

En la sisena categoria, *estils de vida dels usuaris*, els resultats van ser estadísticament significatius segons el centre de procedència.

Pel que fa a l'alimentació, el 37,6% considerava que s'alimentava correctament *sempre* i, el 5,8%, *mai*. La resta es trobaven en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (8,7%, 24,3% i 23,7%). Sobre si se'ls oferia informació sobre alimentació saludable, el 30,7% va manifestar que *sempre* i, el 27,1%, va respondre que *mai*. En la qüestió sobre si se'ls oferien programes o formació per facilitar una alimentació saludable, el 23,2% va contestar que *sempre* i, 45,8%, que *mai*. La tendència general és que als centres comunitaris hi ha més percentatge d'usuaris que manifesten aquest interès a potenciar estils de vida saludables relacionats amb l'alimentació que no pas als

centres hospitalaris, i hi ha diferències estadísticament significatives ($p < 0,001$, $p < 0,001$ i $p < 0,001$).

Quan se'ls va demanar sobre l'hàbit tabàquic, el 42,7% va respondre que no fumava *mai* i el 43,9% que ho feia *sempre*; la resta es trobaven en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *majoria de vegades* (1,2%, 4,7% i 7,6%). El 26,1% va manifestar que *sempre* i el 51,4% va respondre que *mai* se'ls donava informació relacionada amb PS relacionada amb el cessament tabàquic. D'altra banda, el 12,4% va contestar que *sempre* i el 65,9% que *mai* se'ls oferien programes o intervencions per facilitar el cessament tabàquic. En aquest cas les diferències són estadísticament significatives segons si es tracta de centres hospitalaris o de centres comunitaris en relació a la informació i els programes, i se segueix la tendència de millors resultats de l'atenció comunitària en quant a potenciar estils de vida saludables ($p < 0,001$ i $p = 0,003$).

Pel que fa a la pràctica d'exercici físic regular (mínim 3 cops per setmana), el 32,3% va afirmar que en feia *sempre* i el 23,4% que no en feia *mai*, mentre que tota la resta es trobaven en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (10,2%, 24% i 10,2%). Sobre si se'ls oferia informació relacionada amb PS respecte l'exercici físic, el 32,3% va manifestar que *sempre* i, el 36%, que *mai*. I en referència a si se'ls oferien programes o intervencions sobre exercici físic, el 32,4% va contestar que *sempre* i, el 35,1%, que *mai*. Per tant, la tendència general es manté i als centres comunitaris hi ha més percentatge d'usuaris que manifesten interès per potenciar estils de vida saludables relacionats amb l'exercici físic que als centres hospitalaris, i s'obtenen diferències estadísticament significatives ($p < 0,001$, $p = 0,001$ i $p = 0,003$).

Tan sols el 7,1% creien que *sempre* tenen problemes per dur a terme les tasques d'higiene personal; el 70% considerava que no en tenia *mai*, mentre que tota la resta es trobava en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (8,2%, 14,1% i 0,6%). Sobre si se'ls oferia informació relacionada amb PS respecte a la higiene personal, el 31,5% va manifestar que *sempre* i el 44,4% va respondre que *mai*. Finalment, quan se'ls va demanar si se'ls oferien programes o formació relacionats higiene personal, el 17% va contestar que *sempre* i, el 59,9%, que *mai*. En aquest cas les diferències són

estadísticament significatives segons si es tracta d'usuaris de centres hospitalaris o de centres comunitaris. En tots els ítems se segueix la tendència de millors resultats pels centres comunitaris quant a potenciar estils de vida saludables ($p=0,016$, $p=<0,001$ i $p=<0,001$).

En referència als problemes a nivell sexual, el 12,4% va afirmar que en tenia *sempre* i, el 61, creia que no en tenia *mai*, mentre que la resta es trobaven en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (10%, 11,2% i 4,7%). Sobre si se'ls oferiria informació relacionada amb PS respecte a problemes sexuals, el 12,9% va manifestar que *sempre* i, el 62,6%, que *mai*. Quan se'ls va demanar si se'ls oferien programes o formació per tractar problemes sexuals, el 8,9% va contestar que *sempre* mentre que el 77,4% va respondre que *mai*. De nou, veiem continuïtat en la tendència: als centres comunitaris hi ha més percentatge d'usuaris que es mostren interessats a potenciar estils de vida saludables relacionats amb els problemes sexuals i les diferències són estadísticament significatives ($p=0,003$, $p=<0,001$ i $p=0,021$).

D'una banda, 48% va afirmar que considerava que *sempre* tenia un problema de salut mental; de l'altra, 18,7% creia que no en tenia *mai*, mentre que la resta es trobava en els termes intermedis de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (8,8%, 15,8% i 8,8%). Sobre si se'ls oferiria informació relacionada amb PS per potenciar una bona salut mental, el 45,2% va manifestar que *sempre* i, el 17,5%, que *mai*. Quan se'ls va consultar sobre si se'ls oferien programes o formació per potenciar una bona salut mental, el 29,7% va contestar que *sempre* i, el 32,4%, que *mai*. Els resultats segueixen essent estadísticament significatius si es diferencien segons els centres comunitaris o els hospitalaris i són aquests últims els que obtenen pitjors puntuacions ($p=<0,001$, $p=<0,001$ i $p=<0,001$).

Pel que fa al tema d'addiccions (exceptuant el tabac), el 72,2% creia que *mai* havia tingut cap problema i l'11,2% creia que *sempre* n'havia tingut, mentre que la resta se situava en les franges intermèdies de *poques vegades*, *algunes vegades* i *la majoria de vegades* (7,7%, 6,5% i 2,4%). Sobre si se'ls oferiria informació relacionada amb PS relacionada amb les addiccions, el 27,5% va manifestar que *sempre* i, el 44,4%, que *mai*. I en referència a si se'ls oferien programes o intervencions relacionats amb addiccions, un 15% va contestar que *sempre* i un

59,2% que *mai*. En aquest cas només en un dels ítems (informació) es troben diferències estadísticament significatives segons el centre ($p=0,011$) i, per tant, podem afirmar que es potencia aquest estil de vida saludable en tots dos entorns per iguals.

No hi ha diferències estadísticament significatives pel que fa a si les recomanacions dels professionals sanitaris s'adeqüen als costums i creences de les persones. Els resultats són positius tant als centres hospitalaris com als comunitaris ja que el 53,7% dels usuaris hospitalaris pensa que els professionals *sempre* actuen adequadament i pel que als usuaris de centres comunitaris la xifra se situa en el 42,7% (taula 24).

Quan se'ls va demanar la via de comunicació a través de la qual havien rebut aquesta informació, la majoria, el 58,6%, va respondre que per *via verbal*. També hi van haver d'altres opcions: *altres vies de comunicació*, el 12,6% (combinació de 2 o més respostes); *tríptics informatius*, el 4,6%; *vídeos*, el 2,9%; *webs*, l'1,7% i, finalment, *blogs*, el 0,6%.

Taula 24: Estils de vida dels usuaris segons el centre

	Mai n (%)	Poques vegades n (%)	Algunes vegades n (%)	La majoria de vegades n (%)	Sempre n (%)	χ^2	P
Alimentació saludable (N=173)							
Hospitalari	1 (1,5)	7 (10,3)	5 (7,4)	12 (17,6)	43 (63,2)		
Comunitari	9 (8,6)	8 (7,6)	37 (35,2)	29 (27,6)	22 (21,0)	38,530	<0,001
TOTAL	10 (5,8)	15 (8,7)	42 (24,3)	41 (23,7)	65 (37,6)		
Oferiment d'informació respecte PS relacionada amb alimentació saludable (N=166)							
Hospitalari	34 (52,3)	4 (6,2)	5 (7,7)	3 (4,6)	19 (29,2)		
Comunitari	11 (10,9)	12 (11,9)	24 (23,8)	22 (21,8)	32 (31,7)	40,033	<0,001
TOTAL	45 (27,1)	16 (9,6)	29 (17,5)	25 (15,1)	51 (30,7)		
Oferiment de programes/formació per fomentar una alimentació saludable (N=155)							
Hospitalari	39 (75,0)	2 (3,8)	3 (5,8)	1 (1,9)	7 (13,5)		
Comunitari	32 (31,1)	9 (8,7)	17 (16,5)	16 (15,5)	29 (28,2)	27,860	<0,001
TOTAL	71 (45,8)	11 (7,1)	20 (12,9)	17 (11,0)	36 (23,2)		
Fumador/a (n= 171)							
Hospitalari	30 (44,8)	2 (3,0)	2 (3,0)	2 (3,0)	31 (46,3)		
Comunitari	43 (41,3)	0 (0,0)	6 (5,8)	11 (10,6)	44 (42,3)	7,127	0,129
TOTAL	73 (42,7)	2 (1,2)	8 (4,7)	13 (7,6)	75 (43,9)		
Oferiment d'informació respecte PS relacionada amb cessament tabàquic (N=142)							
Hospitalari	44 (71,0)	1 (1,6)	1 (1,6)	3 (4,8)	13 (21,0)		
Comunitari	29 (36,3)	10 (12,5)	10 (12,5)	7 (8,8)	24 (30,0)	20,731	<0,001
TOTAL	73 (51,4)	11 (7,7)	11 (7,7)	10 (7,0)	37 (26,1)		
Oferiment de programes/intervencions de cessament tabàquic (N=129)							
Hospitalari	42 (84,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	6 (2,0)		
Comunitari	43 (54,4)	10 (12,7)	9 (11,4)	7 (8,9)	10 (12,7)	16,173	0,003
TOTAL	85 (65,9)	11 (8,5)	9 (7,0)	8 (6,2)	16 (12,4)		
Realització d'exercici físic de manera regular (mínim 3 cops per setmana) (N= 167)							
Hospitalari	16 (23,9)	6 (9,0)	8 (11,9)	3 (4,5)	34 (50,7)		
Comunitari	23 (23,0)	11 (11,0)	32 (32,0)	14 (14,0)	20 (20,0)	22,221	<0,001
TOTAL	39 (23,4)	17 (10,2)	40 (24,0)	17 (10,2)	54 (32,3)		
Oferiment d'informació respecte PS relacionada amb exercici físic (N=164)							
Hospitalari	34 (54,0)	1 (1,6)	4 (6,3)	5 (7,9)	19 (30,2)		
Comunitari	25 (24,8)	6 (5,9)	26 (25,7)	10 (9,9)	34 (33,7)	19,216	0,001
TOTAL	59 (36,0)	7 (4,3)	30 (18,3)	15 (9,1)	53 (32,3)		
Oferiment de programes/intervencions sobre exercici físic (N=148)							
Hospitalari	28 (56,0)	2 (4,0)	3 (6,0)	4 (8,0)	13 (26,0)		
Comunitari	24 (24,5)	7 (7,1)	21 (21,4)	11 (11,2)	35 (35,7)	16,057	0,003
TOTAL	52 (35,1)	9 (6,1)	24 (16,2)	15 (10,1)	48 (32,4)		
Coneixement d'algun problema per realitzar la higiene personal (N= 170)							
Hospitalari	56 (82,4)	1 (1,5)	9 (13,2)	0 (0,0)	2 (2,9)		
Comunitari	63 (61,8)	13 (12,7)	15 (14,7)	1 (1,0)	10 (9,8)	12,220	0,016
TOTAL	119 (70,0)	14 (8,2)	24 (14,1)	1 (0,6)	12 (7,1)		
Oferiment d'informació respecte PS relacionada amb higiene personal (N=162)							
Hospitalari	41 (65,1)	3 (4,8)	2 (3,2)	5 (7,9)	12 (19,0)		
Comunitari	31 (31,3)	4 (4,0)	16 (16,2)	9 (9,1)	39 (39,4)	20,889	<0,001
TOTAL	72 (44,4)	7 (4,3)	18 (11,1)	14 (8,6)	51 (31,5)		

Taula 24 (cont.): Estils de vida dels usuaris segons el centre

Oferiment de programes/formacions respecte higiene personal (N=147)							
Hospitalari	42 (89,4)	1 (2,1)	2 (4,3)	0 (0,0)	2 (4,3)		
Comunitari	46 (46,0)	7 (7,0)	16 (16,0)	8 (8,0)	23 (23,0)	25,404	<0,001
TOTAL	88 (59,9)	08 (5,4)	18 (12,2)	8 (5,4)	25 (17,0)		
Coneixement d'algun problema a nivell sexual (N=170)							
Hospitalari	53 (77,9)	2 (2,9)	4 (5,9)	1 (1,5)	8 (11,8)		
Comunitari	52 (51,0)	15 (14,7)	15 (14,7)	7 (6,9)	13 (12,7)	15,843	0,003
TOTAL	105 (61,8)	17 (10,0)	19 (11,2)	08 (4,7)	21 (12,4)		
Oferiment d'informació respecte PS relacionada amb problemes sexuals (N=163)							
Hospitalari	54 (85,7)	2 (3,2)	0 (0,0)	3 (4,8)	4 (6,3)		
Comunitari	48 (48,0)	15 (15,0)	16 (16,0)	4 (4,0)	17 (17,0)	27,503	<0,001
TOTAL	102 (62,6)	17 (10,4)	16 (9,8)	7 (4,3)	21 (12,9)		
Oferiment de programes/formacions per tractar problemes sexuals (N=146)							
Hospitalari	45 (93,8)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)		
Comunitari	68 (69,4)	10 (10,2)	8 (8,2)	1 (1,0)	11 (11,2)	11,501	0,021
TOTAL	113 (77,4)	11 (7,5)	8 (5,5)	1 (0,7)	13 (8,9)		
Coneixement d'algun problema de salut mental (N=171)							
Hospitalari	24 (35,3)	1 (1,5)	8 (11,8)	3 (4,4)	32 (47,1)		
Comunitari	8 (7,8)	14 (13,6)	19 (18,4)	12 (11,7)	50 (48,5)	27,070	<0,001
TOTAL	32 (18,7)	15 (8,8)	27 (15,8)	15 (8,8)	82 (48,0)		
Oferiment d'informació respecte PS relacionada amb potenciar una bona salut mental (N=166)							
Hospitalari	20 (31,7)	6 (9,5)	4 (6,3)	3 (4,8)	30 (47,6)		
Comunitari	9 (8,7)	12 (11,7)	17 (16,5)	20 (19,4)	45 (43,7)	21,389	<0,001
TOTAL	29 (17,5)	18 (10,8)	21 (12,7)	23 (13,9)	75 (45,2)		
Oferiment de programes/formacions relacionats amb potenciar una bona salut mental (p.ex.: formació en salut mental positiva, habilitats personals intel·ligència emocional) (N=148)							
Hospitalari	30 (61,2)	4 (8,2)	1 (2,0)	4 (8,2)	10 (20,4)		
Comunitari	18 (18,2)	10 (10,1)	17 (17,2)	20 (20,2)	34 (34,3)	30,094	<0,001
TOTAL	48 (32,4)	14 (9,5)	18 (12,2)	24 (16,2)	44 (29,7)		
Coneixement d'algun problema d'addicció (exceptuant el tabac) (N=169)							
Hospitalari	50 (73,5)	3 (4,4)	3 (4,4)	2 (2,9)	10 (14,7)		
Comunitari	72 (71,3)	10 (9,9)	8 (7,9)	2 (2,0)	9 (8,9)	3,761	0,439
TOTAL	122 (72,2)	13 (7,7)	11 (6,5)	4 (2,4)	19 (11,2)		
Oferiment d'informació respecte PS relacionada amb addiccions (N=160)							
Hospitalari	37 (59,7)	3 (4,8)	3 (4,8)	6 (9,7)	13 (21,0)		
Comunitari	34 (34,7)	8 (8,2)	18 (18,4)	7 (7,1)	31 (31,6)	13,118	0,011
TOTAL	71 (44,4)	11 (6,9)	21 (13,1)	13 (8,1)	44 (27,5)		
Oferiment de programes/intervencions relacionats amb addiccions (N=147)							
Hospitalari	34 (69,4)	1 (2,0)	2 (4,1)	5 (10,2)	7 (14,3)		
Comunitari	53 (54,1)	6 (6,1)	19 (19,4)	5 (5,1)	15 (15,3)	9,066	0,059
TOTAL	87 (59,2)	7 (4,8)	21 (14,3)	10 (6,8)	22 (15,0)		
Recomanacions del professionals sanitaris que s'adeqüin a les seves costums i creences (N=170)							
Hospitalari	9 (13,4)	3 (4,5)	8 (11,9)	11 (16,4)	36 (53,7)		
Comunitari	5 (4,9)	8 (7,8)	21 (20,4)	25 (24,3)	44 (42,7)	8,233	0,083
TOTAL	14 (8,2)	11 (6,5)	29 (17,1)	36 (21,2)	80 (47,1)		

4.4. Avaluació de la implementació de la promoció de la salut en els serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona

En aquest apartat es mostra la descripció de les dades obtingudes dels gestors, dels professionals sanitaris, dels usuaris i de les històries clíniques.

Política de gestió

En la qüestió sobre si *la missió i els objectius del centre inclouen la promoció de la salut, si els departaments clínics tenen guies clíniques o projectes que incorporen accions en PS* i si *existeix un registre de les activitats que es porten a terme en les unitats* els percentatges que van aportar els gestors no coincideixen amb els que s'obtenen de l'anàlisi dels resultats dels professionals sanitaris, ja que el percentatge d'aquests últims és inferior. Tanmateix, l'opinió dels dos col·lectius coincideix en la pregunta sobre si *el personal té accés a les dades*.

En referència a la *comprovació que les accions en PS estan dintre del pla estratègic o funcional del centre* es van demanar als gestors les accions en PS que estaven descrites en el pla estratègic i/o funcional. Es va concloure que eren la promoció d'hàbits saludables (l'apoderament a les persones malaltes per a la seva autocura, la promoció d'hàbits saludables per a la vida diària i la corresponsabilització d'aquests mitjançant grups de familiars i grups psicoeducatius), la PS dels treballadors (el suport psicològic del treballador i el suport en la formació d'habilitats), la prevenció de riscos (consum de substàncies tòxiques, ludopaties i atenció al maltractador, tant a les persones en risc com a les afectades, mitjançant grups psicoeducatius i a nivell individual), l'actitud proactiva pel seguiment mitjançant els programes PIS (programa de seguiment individual) i EIPP (detecció precoç de la psicosi, en què es treballa amb persones amb risc i a partir de l'atenció individualitzada), l'accessibilitat i continuïtat (seguiment d'un

psicòleg de suport a la primària i d'una infermera d'enllaç), la participació activa de la comunitat (desestigmatització de la malaltia i suport del cuidador principal dirigits principalment als usuaris i familiars a partir de blogs de pacients i xerrades) i la promoció de la salut mental (promoció de la salut mental des de la resiliència davant els canvis que es fa a la comunitat a partir de xerrades amb experts).

A fi de completar la informació recollida, es va calcular el percentatge de professionals que coneixen les polítiques de PS i es va observar que eren el 55,6% (taula 25).

Taula 25: Percepció global sobre política de gestió en PS

NºSub Estàndard	Política de gestió	Grau de compliment segons gestors	Grau de compliment segons professionals sanitaris	Grau de compliment segons usuaris	Especificacions recollides pels gestors	Auditoria històries clíniques
1.1	La missió i els objectius del centre inclouen la PS	81-100%	63,2%	-	-	-
1.2	Existència del certificat de participació en el projecte d'HPS de l'OMS	81-100%	-	-	Any d'adhesió a Xarxa d'hospitals promotors de la salut: 2009	-
1.3	Comprovació de què les accions en PS estan dintre del pla estratègic o funcional del centre	81-100%	-	-	Accions en PS (promoció hàbits saludables, prevenció de riscos, continuïtat, etc.)	-
1.4	Existència d'un responsable o coordinador de la PS en el centre	81-100%	-	-	-	-
1.5	Les persones responsables de desenvolupar tasques de PS estan alliberades per desenvolupar aquests projectes	81-100%	-	-	-	-
1.6	Existència de pressupost per a recursos materials o humans relacionats amb la PS	81-100%	-	-	Un 0,4% del pressupost total va destinat a PS	-
1.7	Existència d'estructures, instal·lacions per a la PS (espais i equips, etc.)	81-100%	-	-	-	-
1.8	Els departaments clínics tenen guies clíniques o projectes que incorporen accions en PS:	81-100%	62,2%	-	Serveis que porten a terme projectes de PS: CSM, CAS, HD, Aguts, Rehabilitació psicosocial, UPiD i URPI	-
1.9	Existència d'un registre de les activitats que es porten a terme en les unitats	81-100%	52,6%	-	-	-
1.10	El personal té accés a les dades	61-80%	61,0%	-	-	-
1.11	Existència d'un programa per avaluar-les	41-60%	-	-	-	-

Avaluació de pacients

En el cas de si *la PS forma part del procés d'hospitalització i tractament*, de si *l'existència de pautes per tornar a valorar les necessitats dels pacients a l'alta o al final d'un procediment*, de si *l'historial del pacient recull la informació del metge/essa de referència o d'altres fonts rellevants*, els percentatges que aporten els gestors no coincideixen amb els dels professionals sanitaris i/o usuaris.

No ostant això, sí que coincideixen en *l'existència de procediments per identificar els factors de risc (alcohol, tabac), estils de vida i aspectes físics/psicològics/socials/econòmics del pacient, registre dels factors de risc i aspectes físics/psicològics/socials en l'historial del pacient, en l'avaluació del pacient està registrada al moment de l'ingrés, i en l'historial recull l'entorn social, cultural i religió del pacient.*

L'auditoria d'històries clíniques confirma que el compliment de l'opinió dels gestors és cert. Si es registra l'avaluació del pacient al moment de l'ingrés, és molt millor del que ells proposaven.

Per completar la informació es van analitzar dos indicadors: el percentatge de pacients avaluats de factors de risc generals, que va esdevenir el 62%; i el percentatge de pacients avaluats de factors de risc específics, que van ser el 65% (taula 26).

Taula 26: Percepció global sobre avaluació de pacients

Nº Sub Estàndard	Avaluació de pacients	Grau de compliment segons gestors	Grau de compliment segons professionals sanitaris	Grau de compliment segons usuaris	Especificacions recollides pels gestors	Auditoria històries clíniques
2.1	Existència de procediments per identificar els factors de risc (alcohol, tabac), estils de vida i aspectes físics/psicològics/socials/econòmics del pacient	61-80%	72,8%	-	-	-
2.2	Registre dels factors de risc i aspectes físics/psicològics/socials en l'historial del pacient	61-80%	73,0%	-	60% de pacients avaluats de factors de risc genèrics (FRG) i 75% de pacients avaluats de factors de risc específics (FRE)	FRG=62% FRE= 65%
2.3	Participació de pacients/famílies en la elaboració i avaluació dels programes	41-60%	-	-	-	-
2.4	Existència de protocols i procediments en PS per a grup de pacients/familiars	61-80%	-	-	Hi ha entre 11 i 15 programes: grups psicoeducatius de pacients i famílies, programa del pacient expert, programa d'intercanvi de xeringues, grups psicoeducatius d'alcoholisme, grup de pacients multifreqüentadors a l'atenció primària, grups d'educació física, grups per trastorns alimentaris, etc.	-
2.5	Participació activa dels membres del grup	61-80%	-	-	-	-
2.6	L'avaluació del pacient està registrada al moment de l'ingrés	61-80%	68,6%	-	-	94%
2.7	La PS forma part del procés d'hospitalització i tractament	61-80%	-	58,6%	-	x
2.8	Existència de pautes per tornar a valorar les necessitats dels pacients a l'alta o al final d'un procediment (PRO)	41-60%	68,6%	-	-	ALTA=86% PRO=58%
2.9	L'historial del pacient recull la informació del metge/essa de referència o d'altres fonts rellevants	81-100%	77,2%	-	-	96%
2.10	L'historial recull l'entorn social, cultural i religiós del pacient	61-80%	68,0%	-	-	92%
2.11	Es disposa de traductors o mediadors culturals (en cas que sigui necessari)	61-80%	64,0%	-	-	-

Informació facilitada als pacients i intervencions

En referència a si *la informació relacionada amb la PS facilitada al pacient està registrada a l'història*, a si *el centre posa a l'abast dels pacients informació general sobre la salut, informació sobre malalties de risc/alt risc i informació sobre el tractament i els possibles efectes secundaris*, es pot observar que no coincideixen els percentatges que aporten els gestors amb els que s'extreuen d'analitzar els resultats dels professionals sanitaris i/o usuaris. Tanmateix, en el fet de si *el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre associacions de pacients* els diversos col·lectius tenen la mateixa opinió.

L'auditoria d'històries clíniques confirma que el compliment del que opinen els gestors és cert, i fins i tot, a vegades és millor del que ells proposaven (taula 27).

Pel que fa a l'anàlisi dels estils de vida dels usuaris, es pot observar que en cap cas coincideix el percentatge de compliment proposat pels gestors amb el que indiquen els usuaris, ja que el dels gestors és sempre més optimista (taula 28).

Els indicadors complementaris de la informació facilitada als pacients i les intervencions van ser el percentatge de pacients informats sobre les mesures concretes per controlar el seu problema de salut. El 74,8% dels pacients afirmaven que estaven informats sobre les mesures concretes per controlar el seu problema. El 6% va respondre que *mai* tenia els coneixements, l'11,3% va respondre que *poques vegades*, el 21,4% va respondre que *algunes vegades*, el 25% va respondre que la *majoria de vegades* i, el 36,3%, que *sempre*.

Taula 27: Percepció global sobre informació de pacients i intervenció

NºSub Estàndard	Informació facilitada als pacients i intervenció	Grau de compliment segons gestors	Grau de compliment segons professionals sanitaris	Grau de compliment segons usuaris	Especificacions recollides pels gestors	Auditoria històries clíniques
3.1	La informació relacionada amb la PS facilitada al pacient està registrada a l'historial (recomanacions: consells de salut, etc.)	41-60%	67,8%	-	-	Metge=52% Infermera=74%
3.2	Es registra la documentació lliurada al pacient i la avaluació de les activitats de PS	41-60%	-	-	-	Metge=48% Infermera=78%
3.3	Es realitza un seguiment de la informació transmesa al pacient	41-60%	-	-	-	Metge=54% Infermera=80%
3.4	S'avalua la satisfacció dels pacients amb la informació que reben	41-60%	-	-	-	-
3.5	L'avaluació s'incorpora al sistema de gestió de qualitat del centre	41-60%	-	-	-	-
3.6	Evidència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació general sobre la salut	41-60%	-	77,8%	-	-
3.7	Evidència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre malalties de risc/alt risc	41-60%	-	64,0%	-	-
3.8	Existència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre el tractament i els possibles efectes secundaris	41-60%	-	38,0%	-	-
3.9	Evidència de què el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre associacions de pacients	61-80%	-	61,6%	-	-

Taula 28: Percepció global sobre PS d'estils de vida saludables als usuaris

PS d'estils de vida saludables als usuaris	S'ofereix informació (Grau de compliment segons gestors)	S'ofereix informació (Grau de compliment segons usuaris)	S'ofereixen programes i/o formació (Grau de compliment segons gestors)	S'ofereixen programes i/o formació (Grau de compliment segons usuaris)
✓ Alimentació saludable	81-100%	62,6%	81-100%	51,8%
✓ Cessament tabàquic	81-100%	49,8%	81-100%	38,2%
✓ Exercici físic	81-100%	59,6%	61-80%	59,8%
✓ Higiene personal	81-100%	55,6%	81-100%	42,8%
✓ Problemes sexuals	41-60%	38,8%	41-60%	31,2%
✓ Salut mental positiva i habilitats personals	81-100%	71,6%	81-100%	60,2%
✓ Addiccions	81-100%	53,6%	81-100%	42,8%
✓ Adaptació i integració de la persona immigrant	61-80%	-	81-100%	-

Promoció d'un lloc de treball saludable

Només en el cas de si *els professionals participen en l'elaboració i revisió de polítiques de PS* coincideixen els percentatges que aporten els gestors amb els que surten d'analitzar els resultats del professionals sanitaris. En la resta d'aspectes els primers atorguen un compliment més alt que no els altres (taula 29).

Pel que fa a l'anàlisi dels estils de vida dels professionals sanitaris es pot observar que en cap cas coincideix el percentatge de compliment proposat pels directius amb el que indiquen el personal sanitari ja que sempre és més optimista el dels primers (taula 30).

Es va complementar la informació amb els indicadors d'opinió dels treballadors sobre les condicions laborals i percentatge de treballadors amb obesitat, fumadors, sedentaris, amb alteracions sexuals, amb problemes de salut mental i amb problemes d'addiccions.

Segons els professionals sanitaris, les puntuacions sobre condicions laborals és d'un 7,1 sobre mesures de seguretat, d'un 7,1 sobre prevenció d'accidents i d'un 7,4 sobre les polítiques de prevenció de riscos laborals i segons els professionals sanitaris les condicions de treball generals van ser valorades amb un 6,36 i sobre salut i seguretat amb un 6,05.

El percentatge de professionals sanitaris fumadors segons els gestors és del 20,98% i segons els propis professionals un 22%. El percentatge de treballadors sedentaris segons els primers és de 11% i segons el propi personal un 43,8% consideren que no fan exercici físic regular (mínim 3 cops per setmana). El percentatge de professionals sanitaris amb problemes de salut mental segons els directius és del 4,57% i segons la pròpia opinió dels afectats algunes vegades pateixen problemes mentals un 4,4%.

Taula 29: Percepció global sobre promoció d'un lloc de treball saludable

NºSub Estàndard	Promoció d'un lloc de treball saludable	Grau de compliment segons gestors	Grau de compliment segons professionals sanitaris	Grau de compliment segons usuaris	Especificacions recollides pels gestors	Auditoria històries clíniques
4.1	Les condicions de treball s'ajusten a les normatives nacionals i internacionals	61-80%	-	-	-	-
4.2	Identificació dels riscos del lloc de treball	81-100%	62,0%	-	-	-
4.3	El personal rep informació de com actuar en situacions de violència	81-100%	55,8%	-	-	-
4.4	El personal és format per prevenir situacions de violència	81-100%	53,6%	-	Curs d'abordatge al pacient amb conducta violenta	-
4.5	El personal compleix amb els requisits en matèria de salut i de seguretat	81-100%	-	-	-	-
4.6	El personal de nova incorporació rep informació sobre la política de PS	61-80%	53,2%	-	-	-
4.7	El personal coneix el contingut en polítiques de PS del centre	61-80%	50,0%	-	-	-
4.8	Identificar la formació en PS que ofereix el centre als professionals	61-80%	-	-	-	-
4.9	Els protocols o procediments s'estableixen en equips multidisciplinaris	61-80%	69,0%	-	-	-
4.10	Participació del personal en l'elaboració, revisió de polítiques de PS	61-80%	55,0%	-	-	-
4.11	El personal està informat de les polítiques del centre en relació als problemes de salut	81-100%	58,6%	-	-	-
4.12	Avaluació de la participació dels professionals en activitats relacionades amb la PS	21-40%	49,6%	-	-	-
4.13	A les reunions d'equip amb els diferents professionals dels serveis es parla de temes de Promoció de la Salut	21-40%	48,2%	-	-	-

Taula 30: Percepció global sobre PS d'estils de vida saludables als professionals

PS d'estils de vida saludables als professionals sanitaris	S'ofereix informació (Grau de compliment segons gestors)	S'ofereix informació (Grau de compliment segons professionals)	S'ofereixen programes i/o formació (Grau de compliment segons gestors)	S'ofereixen programes i/o formació (Grau de compliment segons professionals)
✓ Alimentació saludable	21-40%	51,2%	41-60%	47,6%
✓ Cessament tabàquic	61-80%	66,0%	61-80%	67,0%
✓ Exercici físic	61-80%	48,8%	61-80%	43,8%
✓ Problemes sexuals	21-40%	33,4%	41-60%	32,8%
✓ Salut mental positiva i habilitats personals	61-80%	50,6%	41-60%	59,2%
✓ Addiccions	41-60%	45,0%	41-60%	49,0%

Continuïtat i cooperació

Pel que fa a la *comprovació de l'existència de les indicacions de l'alta, de CCEE i de les derivacions*, els resultats coincideixen segons els gestors i els professionals sanitaris, però la percepció de les indicacions rebudes a l'alta no són tan favorables pels usuaris, doncs en un percentatge molt més baix, un 35,1%, va considerar que *reben bé la informació i la entenen*, l'1,8% va afirmar que *reben però que no la entenen*, el 42,1% deia que *no reben la informació perquè els professionals sanitaris no disposaven d'aquesta informació* i el 21,1% va declarar que *no rebia la informació*.

Pel que fa a l'auditoria d'històries clíniques, es pot comprovar que la realitat queda enmig del que deien els gestors i els professionals sanitaris i de què pensaven els usuaris, situant les indicacions a l'alta al 70% de compliment i a CCEE o derivacions en un 72%, mentre que els gestors deia que es feia en un 81-100% dels casos, els professionals sanitaris en un 83,2% i els usuaris ho situaven en un 59,5% dels casos.

Com a indicadors per completar la informació, els gestors van afirmar que el percentatge d'informes d'alta realitzats va ser del 99,9%, que la taxa de reingrés (l'any 2013) va ser del 6% i que el número de protocols revisats van ser 3 (taula 31).

Taula 31: Percepció global sobre continuïtat i cooperació

Nº Sub Estàndard	Continuïtat i cooperació	Grau de compliment segons gestors	Grau de compliment segons professionals sanitaris	Grau de compliment segons usuaris	Especificacions recollides pels gestors	Auditoria històries clíniques
5.1	La gerència té en compte el pla de salut de Catalunya	61-80%	-	-	-	-
5.2	Existència de la relació de proveïdors de serveis, col·laboradors i d'assistència sanitària...	81-100%	-	-	-	-
5.3	Existència de la col·laboració intrasectorial, intersectorial i amb tercers en base al pla de Catalunya	81-100%	-	-	-	-
5.4	Comprovació de l'existència de convenis i reunions periòdiques	81-100%	-	-	-	-
5.5	Existència d'un pla per a la col·laboració amb tercers per a la millora de la continuïtat assistencial	81-100%	-	-	-	-
5.6	Comprovació de l'existència de les indicacions de l'alta, de CCEE i de les derivacions	81-100%	83,2%	59,5%	-	Alta=70% CCEE=72%
5.7	Existència d'un protocol establert per intercanviar informació entre institucions pel que fa a la informació rellevant del pacient	61-80%	-	-	Circuits d'intercanvi d'informació: coordinacions amb: primària, ensenyament, benestar, fundacions de inserció laboral i justícia (directament o via e-mail, telèfon o videoconferència)	-
5.8	Existència del document de derivació dels pacients a altres nivells assistencials	81-100%	-	-	-	-
5.9	Existència en l'historial del pacient (si procedeix) d'un pla de rehabilitació que descriu la correcta derivació de la institució i la col·laboració amb tercers	61-80%	-	-	-	-

5 DISCUSSIÓ

L'estructura de la discussió segueix l'ordre dels objectius definits a la tesi i s'inicia amb una anàlisi de les característiques sociodemogràfiques tant d'usuaris com de professionals. Tanmateix, s'aporten les limitacions de la investigació realitzada, les implicacions per a la pràctica i les futures línies de recerca.

Com es posa de manifest en el marc teòric, hi ha poca evidència respecte a l'avaluació de la implementació de la PS, pel que fa a serveis de salut mental, serveis comunitaris, i la qualitat d'aquesta.

5.1. Característiques sociodemogràfiques

5.1.1. Professionals sanitaris

La taxa de resposta del present estudi (61,92%) és més baixa que la d'estudis similars (Tountas et al., 2004, Miseviciene i Zalnieraitiene, 2013). En analitzar la participació dels diversos col·lectius, s'observa que en el col·lectiu infermer la participació és més alta que en el mèdic. Aquest resultat és similar a l'estudi de Miseviciene i Zalnieraitiene (2013) malgrat que es contraposa amb l'observació de Tountas et al. (2004).

Cal considerar que en els serveis de salut mental de la XSMiA de Girona el percentatge d'infermers/eres i de psiquiatres és similar (Departament de Salut, 2015), tot i que els professionals estan distribuïts de manera desigual, ja que en els centres hospitalaris hi ha més infermers/eres que psiquiatres i, en canvi, als centres comunitaris, hi treballen més psiquiatres que infermers/es. Així mateix, també cal remarcar que als centres hospitalaris els/les auxiliars d'infermeria representen el personal més nombrós; gairebé duplica el nombre d'infermers/eres.

Pel que fa a les diferències segons el sexe, tant els resultats d'edat com els resultats de sexe dels participants coincideixen amb els resultats que es presenten en l'estudi demogràfic de la Generalitat de Catalunya, que afirma que la població dels serveis comunitaris està més envellida que la dels serveis hospitalaris i que els hospitals psiquiàtrics són els que registren el menor percentatge de dones entre els professionals sanitaris (Solsona, Treviño, Merino i Ferrer, 2006).

5.1.2. Usuaris

En contrastar les dades del present estudi amb les del document d'activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya, el CMBD-SMH, informe que registra un recull d'informació amb base poblacional sobre les patologies ateses i els procediments practicats a la xarxa sanitària, (Conjunt Mínim Bàsic de Dades, Salut Mental Hospitalització) (Departament de Salut, 2014), s'observen percentatges similars en relació al sexe. Ara bé, la mitjana d'edat dels usuaris varia lleugerament, ja que en el present estudi se situa aproximadament quatre punts per sobre.

Una gran part dels usuaris dels serveis comunitaris es va localitzar als CSM, mentre que la resta eren del CAS i HD. La mitjana d'edat d'aquests usuaris era de 45 anys, dada similar a la població de Catalunya que es visita als CSM segons CMBD-SMA (Conjunt Mínim Bàsic de Dades, Salut Mental Ambulatoria) (Departament de Salut, 2014).

D'aquests, dos terços eren homes i, un terç, dones. Aquestes dades no es correponen amb les publicades pel CMBD-SMA (Departament de Salut, 2014). Els indicadors d'activitat dels CSM d'adults durant el 2014 indiquen que el 60% de visites del servei eren dones i, el 40%, homes. Tampoc coincideixen amb les dades de la central de resultats de 2015, en què consta que el percentatge de dones dels CSM de tot Catalunya és del 51,3% i, el d'homes, del 48,7% (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2016). Els diagnòstics més habituals són els trastorns de l'estat d'ànim i els trastorns psicòtics, fet que

coincideix amb les dades de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2016).

5.2. Avaluació de la implementació de la promoció de la salut

L'estratègia que s'ha utilitzat per avaluar la PS als serveis de salut mental de Girona és la proposada per Groene (2006), que és la més utilitzada per a l'autoavaluació de la PS dels hospitals i a la qual donen suport autors com Röhlin (2013).

5.2.1. Política de gestió

La política de gestió és el primer dels estàndards que s'avaluen a l'eina d'autoavaluació dissenyada per Groene (2006) i utilitzada en el present estudi. En la majoria dels ítems de l'instrument, l'equip directiu de la XSMiA de Girona es va autoavaluar amb un grau de compliment de màxim nivell. La XSMiA de Girona, que és membre de la Xarxa HPH des de 2009, obté puntuacions molt altes en la política de gestió i aquest fet concorda amb Whitehead (2004) que explica que el moviment HPH és molt més efectiu quan les estratègies vénen integrades dins les polítiques de salut. Aquesta dada coincideix amb altres estudis que comparen resultats d'hospitals que pertanyen a la xarxa HPH i d'altres que no en són membres (Pölluste et al., 2007).

A partir dels resultats es posa de manifest que els gestors valoren més positivament la implementació de la PS que els professionals. En aquest sentit, Johansson (2010), exposa que un lideratge per part de la gestió és fonamental per potenciar la PS. Contràriament, altres autors (Guo et al., 2007) van observar que professionals gestors presentaven una comprensió limitada del concepte HPH o bé el desconeixien.

Algunes d'aquestes dades es van poder comparar amb l'opinió dels professionals sanitaris. Es va observar una tendència a atorgar millors puntuacions per part dels

gestors que dels professionals sanitaris en tots els punts de política de gestió, fet que es reflecteix també en d'altres estudis (Miseviciene i Zalnieraitiene, 2013). Concretament, en el punt en què es determina si la PS està inclosa en la missió i els objectius del centre, els gestors en fan una millor valoració que els professionals. Aquest resultat també es troba en Guo et al (2007) que explica que l'equip directiu és qui treballa amb la política de gestió i en té un millor coneixement que els professionals sanitaris.

Els gestors de la XSMiA de Girona van manifestar la disponibilitat d'un responsable/coordinador de PS, a més de les infraestructures i els projectes que incorporen la PS, fet que reforça l'alt compliment dels estàndards pel que fa política de gestió. En aquesta línia, Groene (2006) explica que la major dificultat en l'aplicació dels estàndards de PS als hospitals es detectava en l'entorn clínic; també afirma que sense coordinació ni infraestructura de suport és improbable que es puguin arribar a implementar plenament (Whitelaw, 2006). Corroborant aquesta idea, Röthlin (2013) conclou que els hospitals on s'ha implantat l'autoavaluació de la PS mitjançant els estàndards i que tenen un coordinador de PS amb dedicació a temps complet presenten una major tendència a aplicar projectes de PS i programes regulars en tota l'organització.

Els resultats del present estudi indiquen que la PS està implementant-se dins la Xarxa de Salut Mental de Girona i que el fet d'adherir-se als principis de la Xarxa HPH reforça l'interès per continuar en aquesta línia de treball. Això s'oposa a Whitehead (2004), que considera que la iniciativa HPH va tenir un impacte més limitat del que s'havia anticipat.

La XSMiA de Girona i, en concret, els serveis d'hospitalització d'aquesta, es pot considerar que abarquen una població petita en comparació a altres estudis realitzats en hospitals més grans (Tountas et al., 2004, Pölluste et al., 2007, Guo et al., 2007). Els resultats del present estudi indiquen que els professionals sanitaris tenen consciència dels projectes que incorporen la PS i, aproximadament la meitat, saben que existeix un registre d'aquestes activitats que es porten a terme. Concretament, dos de cada tres professionals sanitaris que van ser enquestats coneixien els objectius i la missió, relacionats amb promocionar la

salut, declarats per l'hospital. Aquestes dades estan en concordança amb Miseviciene i Zalnieraitiene (2013), que afirmen que la consciència dels professionals sanitaris dels hospitals classificats com a petits és més gran que la dels de l'hospital de mida mitjana o gran. Aquests autors defineixen una proporció menor de professionals que coneixen els objectius i missió declarats per l'hospital que inclouen la PS que la del present estudi.

En la Declaració de Helsinki es va posar de manifest que una bona salut millora la qualitat de vida, augmenta la capacitat d'aprenentatge, enforteix les famílies i comunitats, i millora la productivitat de la força de treball. De la mateixa manera, les accions destinades a promoure l'equitat contribueixen de manera significativa a la salut, la reducció de la pobresa, la inclusió social i la seguretat (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2013). Per tant, des de les polítiques de PS, és necessari tenir en compte aquests conceptes perquè siguin inclosos en la política global del país.

Entre els Objectius de Desenvolupament Sostenible als quals es va donar suport des de la novena conferència de PS a Xangai, es troben específicament els objectius de promoure la salut mental i el benestar i enfortir la prevenció i el tractament de l'abús de substàncies addictives, inclòs l'ús indegut d'estupefaents i el consum nociu d'alcohol (Organització Mundial Salut, 2016), fet que va alineat totalment en les polítiques de gestió per implementar la PS als serveis de salut mental de la XSMiA de Girona.

5.2.2. Avaluació de pacients, informació i intervencions

Pel que fa l'avaluació dels usuaris, segons els gestors de la XSMiA de Girona, el compliment és, majoritàriament, força alt i, quan es comparen aquests resultats amb els professionals, es pot observar que la percepció d'aquests obté resultats similars.

En el present estudi, la majoria de vegades els professionals identifiquen i registren els factors de risc dels usuaris en el seu historial. Aquests resultats coincideixen amb el dels gestors i són més elevats que els descrits per altres

autors (Miseviciene i Zalnieraitiene, 2013). A més, aproximadament un 50% dels casos de factors de risc es detectava conjuntament pels metges/esses i infermers/eres; un 40%, exclusivament pels metges/esses i, un 6%, pels infermers/eres.

Pel que fa a l'avaluació de l'usuari en el moment de l'ingrés i de l'alta, les dades de l'estudi mostren de nou resultats superiors als obtinguts per Miseviciene i Zalnieraitiene (2013). No hi ha diferències entre la percepció dels gestors i la dels professionals. Els percentatges de compliment són elevats i es destaca que l'avaluació es realitza habitualment en l'ingrés de l'usuari i amb menys freqüència en l'alta. Si s'avaluen les diferències entre els serveis hospitalaris i comunitaris, s'observa que els ítems relacionats amb l'avaluació presenten puntuacions més elevades. Aquest resultat es pot explicar perquè als serveis hospitalaris és necessari conèixer amb més profunditat a l'usuari en el moment de l'ingrés. Per contra, als serveis comunitaris aquests ítems reben puntuacions intermèdies, fet que fa pensar que no s'avalua tan sovint la persona perquè el seguiment es fa a llarg termini i, alhora, sempre el sol fer el mateix professional.

Segons els professionals, en dos terços dels casos la informació relacionada amb PS que es facilita a l'usuari està registrada en l'historial. La majoria d'aquests registres els duen a terme infermers/eres, dada que coincideix amb les conclusions de Miseviciene i Zalnieraitiene (2013). En aquest sentit, Johansson (2010) afirma que els/les infermers/eres són els més interessats en el desenvolupament de la PS i els que més la integren en la seva pràctica diària.

L'atenció rebuda per part del psiquiatre/a i infermer/era està molt ben valorada. Gairebé en tots els ítems, la màxima puntuació (*totalment d'acord*) assolida el 50% o més de les respostes sense diferències entre professionals. Aquests resultats són compartits amb altres estudis fets en serveis de salut mental on els resultats del nivell de satisfacció dels usuaris també són alts (Fernandez-Martín et al., 2016).

D'altra banda, on s'observen diferències significatives segons si la persona és atesa als serveis comunitaris o hospitalaris, és en l'alfabetització en salut i la comprensió del diagnòstic, tractament i procediments. Aproximadament la meitat

dels usuaris dels serveis hospitalaris no té la informació o no l'ha entès quant al seu diagnòstic i tractament, resultat que coincideix amb la informació aportada per Romero (2012) que afirma que una de cada dues persones d'Europa té una alfabetització en salut limitada. També es correspon amb Suñer-Soler (2014) quan afirma que les persones estan moderadament satisfetes amb la comunicació i la capacitat d'escolta dels seus metges/esses, tot i que sovint no entenen el que els diuen.

En referència a la satisfacció, les persones ateses als serveis comunitaris es mostren més satisfetes que les dels serveis hospitalaris. Només el 2,9% dels usuaris dels centres comunitaris i el 16,2% dels serveis hospitalaris es mostren insatisfets amb l'atenció rebuda, percentatges que es poden relacionar amb el 12,5% de les queixes i reclamacions derivades de la insatisfacció amb l'assistència rebuda al servei d'atenció a l'usuari de l'IAS (Departament de Salut, 2009). Estudis com els de Guo et al. (2007) contempen que en els hospitals HPH existeix una millor relació entre el professional sanitari i l'usuari i això fa que augmenti la confiança dels pacients envers aquests. Cal considerar que els hospitals HPH realitzen més estudis de satisfacció que els altres hospitals (Pölluste et al. 2007).

La percepció sobre la promoció d'estils de vida saludables varia entre gestors i les persones ateses; els primers consideren que es realitzen més accions o programes de PS basats en la implementació d'estils de vida saludables. Cal tenir en compte que es van recollir les opinions de tots els usuaris, i els que afirmaven tenir un estil de vida concret saludable, probablement no rebien ni informació ni formació.

Els directius i usuaris coincideixen al dir que els problemes de sexualitat són els que es tracten menys, malgrat els estudis que afirmen que les persones afectades de problemes mentals tenen més probabilitats de tenir conductes sexuals de risc (Erbelding et al., 2004; Stiffman et al., 1992). Un altre aspecte a tenir en compte és que una tercera part de les persones ateses va manifestar que es duïen a terme programes per cessament tabàquic, fet que es contradiu amb Morris (2009) que afirma que no s'utilitzen habitualment en la pràctica clínica tot i que la investigació

demostra que aquestes intervencions poden ser eficaces per a les persones amb malalties mentals.

D'altra banda, investigacions recents afirmen que un any després d'haver deixat de fumar, l'estrés i els símptomes depressius disminueixen de forma important (Stepankova, 2017), aspecte que reforça que cal seguir potenciant els programes de cessament tabàquic.

Els usuaris de l'entorn comunitari van destacar, de manera significativa, l'existència de programes de promoció d'hàbits saludables. Fa palès que els serveis comunitaris de salut mental potencien més activitats de PS i estils de vida saludables que els que es troben en l'atenció hospitalària. En aquest sentit, està d'acord amb Johansson (2010) que afirma que els professionals que desenvolupen la seva tasca a l'atenció comunitària estan més predisposats a treballar la PS.

El present estudi posa de manifest que es promoció la salut en tots dos nivells assistencials, resultat que concorda amb autors com Guo et al. (2007), OMS (2003), Whitehead (2004), els quals conclouen que durant un ingrés hospitalari agut existeix la incorporació d'iniciatives HPH. D'altra banda, no es corrobora que els professionals sanitaris (metges/metgesses i infermeres/infermers) dediquin la major part del seu temps a tasques clíniques i deixin de banda els programes d'educació i la PS (Blinkhorn, 2002). En aquesta línia, Guilmette (2001) afegeix que aquells hospitals on es prioritza reduir els períodes d'estada i els ingressos la PS queda en un segon terme.

En relació a potenciar una bona higiene com a estil de vida saludable entre les persones afectades de trastorns mentals, investigacions recents conclouen que es millora d'una forma important aquest aspecte quan s'inclouen programes ens les unitats hospitalàries de usuaris amb patologies cròniques (Kuo, Chang, Huang i Teng, 2017).

Pel que fa a la potenciació d'exercici físic, autors com Lin (2017) manifesten que les teràpies mitjançant ioga i/ mindfulness tenen efectes molt positius en relació a l'estrés i les depressions reduint de forma important el malestar de les persones.

5.2.3. Promoció d'un lloc de treball saludable

Aproximadament la meitat dels professionals de la salut, amb puntuacions més elevades entre els professionals de l'àmbit comunitari que el de l'àmbit hospitalari, refereixen que les seves condicions laborals compleixen amb les directrius de PS i afirmen que han rebut informació dirigida a la PS i les seves polítiques. A més, la quarta part dels professionals estaven involucrats en la formulació de la política de PS de l'hospital. Aquests resultats coincideixen amb els de Miseviciene i Zalnieraitiene (2013). A més, els resultats mostren que un terç del professionals van notificar l'existència de polítiques d'informació al personal de la institució en relació a temes sanitaris i de PS, resultats més favorables que els trobats pels autors abans esmentats.

En l'opinió dels professionals sobre les condicions laborals, cal destacar que la puntuació relacionada amb la remuneració econòmica és de 5,63 sobre 10 i, la càrrega de treball, de 6,13 sobre 10. S'ha de considerar que les barreres per posar en pràctica la PS a les institucions per part dels professionals són l'excés de càrrega de treball, la falta de directrius i objectius poc clars (Johansson, 2010) i la falta de finançament, la manca de temps i la falta de personal en l'àmbit hospitalari (Tountas et al. 2004 i Guo et al. 2007). Aquest autors consideren que cal una planificació eficaç de les activitats de PS per tal que no s'interrompi la rutina diària i també conclouen que és important considerar la instauració d'incentius per al personal que ha de planificar un programa de PS.

En relació a la formació i la participació en activitats de PS, les puntuacions dels professionals es valoren com a baixes. Pölluste et al (2007) va definir percentatges més elevats de participació en professionals que treballen en hospitals HPH. Així doncs, cal reforçar la participació dels professionals en la formació i activitats relacionades amb la PS. En aquesta línia, es troben les aportacions de Tountas et al (2004) que explica que l'apoderament del personal és molt important per tal de crear un ambient de treball propici per a la PS i afirma que és una bona estratègia fer participar als professionals als comitès de presa de decisions dels projectes per aconseguir compromís i implicació. Estudis recents, com el de Wang (2017), indiquen que quan es fa partícip i es forma al personal sanitari en aspectes de

potenciació de la salut, la seva satisfacció i implicació en PS milloren de forma important.

L'objectiu de l'Institut Nacional de Seguretat i Higiene del Treball d'Espanya, segueix les directrius de la publicació del pla de promoció de la Salut Mental per les empreses, on es fa èmfasi en la necessitat de crear entorns de treball positius, gratificants i estimulants, així com una organització que doni suport als seus treballadors per tal de reduir les fonts d'estrès i poder desenvolupar la resiliència a l'estrès mitjançant estratègies d'afrontament i finalment fomentar la cultura de l'empresa, la participació, l'equitat i la justícia, i eliminant l'estigma i la discriminació a l'espai laboral (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2015).

Pel que fa a la potenciació d'estils de vida saludables entre els professionals sanitaris, estudis recents com els de Cioci (2017) destaquen que quan es formen als professionals sanitaris en relació a alimentació saludable, aquests s'alimenten millor i també traslladen aquesta informació a les persones a les que atenen, i per altra banda, s'ha demostrat també que la creació d'espais esportius dins els recintes hospitalaris ha fet que s'augmenti l'hàbit de practicar exercici físic entre els professionals del 38% al 77% (Yang, Ho, Lin i Jiang, 2017).

5.2.4. Continuïtat i cooperació

La continuïtat i la cooperació es descriuen com el plantejament realitzat per l'organització per a la cooperació amb altres proveïdors de serveis de salut. La majoria dels professionals van afirmar que els usuaris rebien instruccions de seguiment sobre PS comprensibles després de l'alta hospitalària, resultats que superen els de de l'estudi de Miseviciene i Zalnieraitiene (2013) en què només una quarta part dels usuaris en rebien, malgrat que els autors destaquen que als hospitals de menor grandària els resultats són més favorables. En la mateixa línia, en l'auditoria d'històries clíniques es va recollir que les indicacions de PS a l'alta es donen en el 70%, tot i que la percepció dels usuaris és que només les reben el 59,5%. Aquesta diferència probablement es deu al fet que el professional dona les indicacions, però l'usuari no n'és conscient.

Segons Pölluste et al. (2007), pel que fa a continuïtat i cooperació les diferències entre els hospitals HPH i els que no ho són no van ser estadísticament significatives encara que les puntuacions són més altes i, per tant, més favorables pels hospitals HPH. De tot el col·lectiu d'hospitals, el 81% van respondre que tenien relacions regulars, conferències clíniques i intercanvi d'informació amb altres proveïdors de serveis.

És important recalcar que aquesta investigació és pionera especialment en dos aspectes, per una banda perquè s'ha avaluat la implementació de la PS en serveis exclusivament de salut mental i per l'altre perquè s'hi han inclòs els serveis comunitaris. Aquests aspectes li atorguen una especial rellevància, i fan que tingui un caràcter impulsor de noves recerques en aquesta línia, i que situï la PS en serveis de salut mental al mateix nivell que altres especialitats.

5.3. Limitacions de la investigació

Les limitacions del present estudi es relacionen amb el disseny i la mida de la mostra. En aquest sentit, el disseny transversal plantejat ha permès realitzar una aproximació a la realitat, però no s'han pogut establir relacions de causalitat entre les variables.

Pel que fa a la mostra, seria necessari replicar l'estudi en altres serveis de salut mental de Catalunya per poder ampliar la mostra i comparar resultats ja que la població estudiada ha estat d'una zona geogràfica concreta, la Regió Sanitària de Girona i, per tant, els resultats no es poden generalitzar.

Pel que fa a la població de gestors caldria ampliar-la per poder comparar els resultats.

Pel que fa a l'instrument, en l'inici de la recerca es va disposar d'uns estàndards específics de salut mental, actualment no publicats, que es van crear a partir dels

de Groene (2006). Aquests es van traduir i validar, i, posteriorment, es van adaptar per entorns comunitaris.

5.4. Implicacions per a la pràctica i futures línies de recerca

L'aplicabilitat més important dels resultats està relacionada amb la necessitat d'incorporar els estàndards de PS en l'acreditació dels centres sanitaris. Tanmateix, s'han posat de manifest un seguit d'accions per reforçar la implementació de la PS que es presenten segons els actors implicats.

Pel que fa als gestors:

- Potenciar la PS dels usuaris dels serveis hospitalaris i comunitaris a través de proveir d'informació, programes i formació orientats a hàbits de vida saludables, a potenciar la salut mental positiva, la resolució de conflictes, la intel·ligència emocional i la gestió de l'estrès.
- Incrementar la formació en PS del col·lectiu de professionals sanitaris, especialment orientada a l'alfabetització en salut i a l'afrontament de les situacions de violència.
- Vetllar per aconseguir un lloc de treball saludable.

Pel que fa als professionals sanitaris:

- Corresponsabilitzar en la participació i implementació de les estratègies informatives i formatives entorn a la PS tan a nivell individual o personal, d'equip, institucional i especialment la orientada a les persones que atenen.

Pel que fa als usuaris:

- Fomentar la participació dels usuaris en el disseny, implementació i avaluació de programes i intervencions de PS.
- Introduir als usuaris entorn al concepte de l'alfabetització en salut.

Com a **futures línies de recerca**, caldria dur a terme projectes amb dissenys longitudinals que permetin establir associacions de causa-efecte entre els elements d'estudi i que puguin aportar evidència especialment focalitzada en l'avaluació. També seria necessari ampliar l'estudi que s'ha realitzat a altres serveis de salut mental d'altres regions sanitàries per poder comparar resultats i aportar força a les estratègies de PS als hospitals i serveis sanitaris. Tanmateix, dur a terme la validació de l'instrument que s'ha utilitzat donat que no hi ha cap eina d'avaluació dels estàndards de PS en l'àmbit de la salut mental i introduir la recerca qualitativa en els estudis per poder aprofundir en l'opinió dels professionals sanitaris i usuaris dels serveis de salut mental.

6 CONCLUSIONS

- La promoció de la salut es percep com a majoritàriament implementada als serveis de salut mental de la Regió Sanitària de Girona, especialment als serveis comunitaris.
- La percepció dels gestors en relació a la incorporació de la promoció de salut als serveis de salut mental és molt positiva pel que fa a la política de gestió i continuïtat i cooperació. Destacar la valoració favorable de l'avaluació dels pacients, la informació facilitada i les intervencions als pacients, i la promoció d'un lloc de treball saludable.
- La percepció dels professionals en relació a la incorporació de la promoció de salut als serveis sanitaris és ben valorada i especialment pels que treballen als serveis comunitaris, però consideren que caldria potenciar la promoció d'estils de vida saludables als professionals.
- La percepció dels usuaris en relació a la incorporació de la promoció de salut és positiva, tot i que hi ha diferències entre els usuaris dels serveis hospitalaris i els dels serveis comunitaris. Aquests últims manifesten rebre més informació, formació i intervencions en relació a estils de vida saludables. Tots ells posen en valor l'atenció rebuda per part dels professionals.

7 BIBLIOGRAFIA

- Abu-Omar, K., i Rütten, A. (2008). Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Preventive Medicine*, 47(3), 319-323. doi:10.1016/j.ypmed.2008.03.012
- Addington, J., el-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, DC., i Addington, D. (1998). Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 974-976. Recuperat de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.155.7.974>
- Almagiá, E.B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*. 14(2), 237-243. Recuperat de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Anderson, P., i Baumberg, B. (2006). El alcohol en europa: Una perspectiva de salud pública. Informe para la Comisión Europea. Regne Unit: Institute of Alcohol Studies. Recuperat de <http://www.mspsi.es/alcoholJovenes/docs/alcoholEuropaEspanol.pdf>
- Andreotti, A., Minicuci, N., Kowal, P., i Chatterji, S. (2009). Multidimensional profiles of health status: an application of the grade of membership model to the world health survey. *PloS One*, 4(2):e4426. doi:10.1371/journal.pone.0004426
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass
- Aragóns Clemente, M. T., Fernández Navarro, P., i Ley Vega de Seoane, V. (2016) Actividad física y prevalencia de patologías en la población española. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Aranceta, J. (2001). Spanish food patterns. *Public Health Nutrition*, 4(6a), 1399–1402. doi:10.1079/PHN2001227

- Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., Meléndez, O., & María, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23.
- Aujoulat, I., Simonelli, F., i Deccache, A. (2006). Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: a review. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 23-32. doi:10.1016/j.pec.2005.01.015
- Balady, G. (2002). Survival of the fittest-more evidence. *New England Journal of Medicine*, 346(11), 852-854. Recuperat de <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200203143461111>
- Berger, H., i Paul, R. (1999). The Health Promoting Psychiatric Hospital-What is the difference? Experiences from the Philipps Hospital Pilot Hospital Project in Riedstadt. A Pelikan, J.M., Lobnig, H., i Karl Krajic, K. (Eds), *Pathways to a Health Promoting Hospital.Vol.2. Werbach-Gamburg: Health Promotion Publications*. Recuperat de http://www.retehpitalia.it/Allegati/DOC_269670_0.pdf#page=71
- Blair, S. N. (1995). Changes in Physical Fitness and All-Cause Mortality. *JAMA*, 273(14), 1093. doi:10.1001/jama.1995.03520380029031
- Blinkhorn, A. S. (2002) Editorial. *Health Education Journal*, 61, 195.
- Borrell, C., i Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465–473. doi:10.1157/13126929
- Borrell, C., i Malmusi, D. (2010). Research on social determinants of health and health inequalities: evidence for health in all policies. *Gaceta Sanitaria*, 24 Suppl 1, 101–108. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005
- Breslau, N., i Klein, D. (1999). Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1141-1147. Recuperat de <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205587>
- Breslow, L. (1999). From Disease Prevention to Health Promotion. *JAMA*, 281(11), 1030. doi.org/10.1001/jama.281.11.1030

- Brosse, A., Sheets, E., Lett, H., i Blumenthal, J. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults. *Sports Medicine*, 32(12), 741-760. Recuperat de <http://link.springer.com/article/10.2165/00007256-200232120-00001>
- Cabezas, C., Robledo, T., Marqués, F., Camaralles, F., Ortega, R., Córdoba, J., ... Córdoba, R. (2007). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 39(3):27-46. Recuperat de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-sobre-el-estilo-vida-13126847>
- Candela, C., Kohen, V., i Dassen, C. (2009). Elementos relevantes de la dieta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 16(1), 1 doi:10.1016/S1134-2072(09)70097-0
- Caperchione, C., Lauder, W., Kolt, G.S., Duncan, M.J, i Mummery, W.K. (2008). Associations between social capital and health status in an Australian population. *Psychology, Health and Medicine*, 13(4):471-482 doi: 10.1080/13548500701694235.
- Carlson, G., i Warne T. (2007). Do healthier nurses make better health promoters? A review of the literature. *Nurse Education Today*, 27(5), 506-513.
- Caspersen, C., Powell, K., i Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>
- Chapela, C. (2011). 25 anys de conceptes i estratègies per promoure la salut. A D. Juvinya-Canal i H. Arroyo (Eds), *La promoció de la salut, 25 anys després* (p.44). Girona: Documenta Universitaria.
- Cid, J., Camps, C., de Castro, M., i Franch, L. (2012). La Red de Salud Mental y de Adicciones del Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Girona: una visió desde la gestió. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(1), 9-22.

Cioci, G. (2017). Healthy Food and Wellbeing. *25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services*. Viena, Austria.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182–189. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024

Dahlgren, G., i Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO- Strategy paper. Estocolm: Institute for Future Studies.

Davison, K.M., Ng, E., Chandrasekera, U., Seely, C., Cairns, J., Mailhot-Hall, L., Sengmueller, E., Jaques, M., Palmer, J., Grant-Moore, J. for Dietitians of Canada. (2012). Promoting Mental Health through Healthy Eating and Nutritional Care. Toronto: Dietitians of Canada. Recuperat de: www.dietitians.ca/mentalhealth

Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., i Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social Science i Medicine* (1982), 67(2), 330–340. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.038

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2014). Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2013. Registre del conjunt mínim bàsic de dades(CMBD). Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2009). Memòria 2008 de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Salt: Institut Assistència Sanitària.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2015). Memòria 2014 de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Salt: Institut Assistència Sanitària.

Dever, GEA. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466. doi:10.1007/BF00303847

- Douglas, F., van Teijlingen, E., Torrance, N., Fearn, P., Kerr, A., i Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 159-168. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03903.x
- Duncan, M.J. (2004). Body image and physical activity in British secondary school children. *European Physical Education Review*, 10(3), 243–260. doi:10.1177/1356336X04047125
- Dunn, H. (1959). What high-level wellness means. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne*, 50(11),447-457
- Durá Travé, T., i Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602–608. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstractipid=S0212-16112011000300025
- Erbelding, E.J., Hutton, H.E., Zenilman, J.M., Hunt, W.P., i Lyketsos, C.G. (2004). The prevalence of psychiatric disorders in sexually transmitted disease clinic patients and their association with sexually transmitted disease risk. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(1), 8-12. doi:10.1097/01.OLQ.0000105326.57324.6F
- Erben, R., Franzkowiak, P., i Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science i Medicine*, 35(4), 359–365. doi:10.1016/0277-9536(92)90328-N
- Ezzati, M., i Lopez, A.D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362(9387), 847–52. doi:10.1016/S01406736(03)14338-3
- Fagerstrom, K. (2002). The Epidemiology of Smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62(Supplement 2), 1–9. doi:10.2165/00003495-200262002-00001

- Fernández-Martín, L. C., Iglesias-de-Sena, H., Fombellida-Velasco, C., Vicente-Torres, I., Alonso-Sardón, M., i Canelo, J. M. (2016). Satisfacción del paciente como indicador de calidad en salud mental. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5), 254-261.
- García, M., Ráez, L., Castro, M., Vivar, L., & Oyola, L. (2003). Sistema de Indicadores de Calidad I. *Industrial Data*, 6(2).
- Gil-Monte, P.R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(2), 237–241. Recuperat de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextipid=S1726-46342012000200012ilng=esinrm=isoitlng=es
- Giraldo, A., Toro, M.Y., Macías, A.M., Valencia, C.A., i Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia La Promoción de La Salud*, 15(1), 128–143. Recuperat de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextipid=S0121-75772010000100010ilng=eninrm=isoitlng=es
- Godoy García, J. F. (1999). *Psicología de la salud: delimitación conceptual. Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. A Simón, M.A. (Ed) *Manual de psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- González-Enríquez, J., Salvador-Llivina, T., López-Nicolás, A., Antón De Las Heras, E., Musin, A., Fernández, .E ... Pérez-Escolano, I. (2002). The effects of implementing a smoking cessation intervention in Spain on morbidity, mortality and health care costs. *Gaceta Sanitaria*, 16(4), 308-317.
- Gonzalez-Pinto, A., Gutierrez, M., Ezcurra, J., Aizpuru, F., Mosquera, F., Lopez, P., i de Leon, J. (1998). Tobacco smoking and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(5), 225-228.

- Gray, L., i Leyland, A. H. (2008). Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis. *European Journal of Public Health*, 18(6), 616–621. doi:10.1093/eurpub/ckn044
- Groene, O. (2006). Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
Recuperat de
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf
- Groene, O., Alonso, J., i Klazinga, N. (2010). Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promotion International*, 25(2), 221-229. doi:10.1093/heapro/daq013
- Groene, O., i Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals: evidence and quality management*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
Recuperat de
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf
- Groene, O., i Jorgensen, S. (2005). Health promotion in hospitals—a strategy to improve quality in health care. *European Journal of Public Health*, 15(1), 6-8. doi:10.1093/eurpub/cki100
- Groene, O., Jorgensen, S., i Fugleholm, A. (2005). Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. *International Journal for Quality Assurance in Health Care*, 18(4), 300-307.
- Guallar-Castillón, P., Sendino, A. R., Banegas, J. R., López-García, E., i Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science i Medicine (1982)*, 60(6), 1229–40. doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.003
- Guilmette, T. J., Motta, S. I., Shadel, W. G., Mukand, J. and Niaura, R. (2001) Promoting smoking cessation in the rehabilitation setting. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation*, 80, 560–562.

- Guo, X.H., Tian, X.Y., Pan, Y.S., Yang, X.H., Wu, S.Y., Wang, W., i Lin, V. (2007). Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International*, 22(3), 182–190. doi:10.1093/heapro/dam010
- Gupta, R., i Kumar, P. (2007). Social evils, poverty i health. *The Indian Journal of Medical Research*, 126(4), 279–88. Recuperat de <http://www.ijmr.org.in/article.asp?issn=0971-5916;year=2007;volume=126;issue=4;spage=279;epage=288;aulast=Gupta;type=0>
- Hausmann, H. (2007). Smoking and lung cancer: future research directions. *International Journal of Toxicology*, 26(4), 353-364. Recuperat de <http://ijt.sagepub.com/content/26/4/353.short>
- Hu, F. (2002). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Current Opinion in Lipidology*.13(1): 3-9. Recuperat de http://journals.lww.com/colipidology/Abstract/2002/02000/Dietary_pattern_analysis__a_new_direction_in.2.aspx
- Institut d'Assistència Sanitària. (n.d.). Recuperat de <http://www.ias.cat/>
- Islam, M.K., Gerdtham, U.G., Gullberg, B., Lindström, M., i Merlo, J. (2008). Social capital externalities and mortality in Sweden. *Economics and Human Biology*, 6(1), 19-42. doi 10.1016/j.ehb.2007.09.004
- Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., i Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 213-224. doi:10.2147/JMDH.S14900
- Jorm, A. F., Rodgers, B., Jacomb, P. A., Christensen, H., Henderson, S., i Korten, A. E. (1999). Smoking and mental health: results from a community survey. *The Medical Journal of Australia*, 170(2), 74-7. Recuperat de <http://europepmc.org/abstract/med/10026688>

- Juvinyà-Canal, D. i, i Arroyo, H. (2012). La promoción de la salud, 25 años después. Girona: Documenta Universitaria.
- Juvinyà-Canal, D., Bonmatí-Tomás, A., i Vilanova Vila, M. (2015). Promoción de la salud en el Arco Mediterráneo. Girona: Documenta Universitaria.
- Karl-Trummer, U., i Krajjic, K. (2007). Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences". *Migration and Health: Difference Sensitivity from an organisational perspective*. Recuperat de http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/Migrant_Friendly_Hospital_UKT_Krajjic.pdf
- Kastorini, C.M., Milionis, H.J., Esposito, K., Giugliano, D., Goudevenos, J.A., i Panagiotakos, D.B. (2011). The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(11), 1299–313. doi: 10.1016/j.jacc.2010.09.073
- Kelly, C., i McCreadie, R. (1999). Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1751-1757. Recuperat de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.156.11.1751>
- Kickbusch, I. (1986). Life-styles and health. *Social Science i Medicine (1982)*, 22(2), 117–124. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3961531>
- Kickbusch, I. (2007). The move towards a new public health. *Promotion i Education, Suppl 2, 9, 40–1, 56–7*. Recuperat de <http://europepmc.org/abstract/med/17685071>
- Knoops, K. T. B., de Groot, L. C. P. G. M., Kromhout, D., Perrin, A.-E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., i van Staveren, W. A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, 292(12), 1433–1439. doi:10.1001/jama.292.12.1433

- Kuo, M., Chang, H., Huang, W., Teng, H. (2017). Health promotion project for chronic psychiatric patients. 25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services. Viena, Austria.
- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En *Promoción de La Salud: Una Antología*. Publicación científica nº 557. Washington, D.C.: Organización Panamericana Salud; 1996.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services. Government of Canada.
- Lee, I., Paffenbarger, R., i Hennekens, C. (1997). Physical activity, physical fitness and longevity. *Aging Clinical and Experimental Research*, 9(1), 2-11
Recuperat de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03340123>
- Leitner, K., i Resch, M. G. (2005). Do the Effects of Job Stressors on Health Persist Over Time? A Longitudinal Study With Observational Stressor Measures. *Journal Occupational Health Psychology*.10(1) 18-30 doi:10.1037/1076-8998.10.1.18
- Lin, Y., Lin, C., Wang, C. (2017). Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Patients with Remitted Depression. *25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services*. Viena, Austria.
- Lindstrom, E., i Eriksson, M. (2011). Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud (Vol. 1). Documenta Universitaria.
- MacDonald, T. H. (1998). *Rethinking Health Promotion: A Global Approach*.
Recuperat de https://books.google.com/books?hl=cailr=iid=pRW_EQ-pySMCipgis=1
- Maria-Mengel, M.R.S., i Linhares, M.B.M. (2007). Risk factors for infant developmental problems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(spe), 837–842. doi:10.1590/S0104-11692007000700019

- Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization*. Recuperat de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001001000014
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099–104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6
- McHugh, C., Robinson, A., i Chesters, J. (2010). Health promoting health services: a review of the evidence. *Health Promotion International*, 25(2), 230–7. doi:10.1093/heapro/daq010
- Mechanic, D. (1979). Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? *Journal of Health and Social Behavior*, 20(4), 387–396.
- Milz, H., i Vang, J.O. (1988). Consultation on the role of health promotion in hospitals. *Health Promotion International*, 3(4), 425–427. doi:10.1093/heapro/3.4.425
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2015). *Salud mental: etapas para su promoción en la empresa*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Recuperat de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/1043a1054/ntp-1045w.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperat de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/hospitalesSalud/docs/PromoSaludHospitales.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2013). *Declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperat de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

- Miseviciene, I., i Zalnieraitiene, K. (2013). Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International*, 28(4), 512-521. doi:10.1093/heapro/das035
- Mookadam, F., i Arthur, H. (2004). Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Archives of Internal Medicine*. 164(14):1514-1518 doi:10.1001/archinte.164.14.1514
- Morris, C., i Tedeschi, G. (2009). Tobacco quitlines and persons with mental illnesses: perspective, practice, and direction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(1), Recuperat de <http://jap.sagepub.com/content/15/1/32.short>
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarin, M. I., i Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950–958. doi:10.1093/ije/dyg170
- Myers, J., Prakash, M., i Froelicher, V. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal of Medicine*, 346(11), 793-801. Recuperat de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa011858>
- National Research Council (US) Committee (2001). *New Horizons in Health: An Integrative Approach*. Washington: National Academies Press. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43788/>
- Olden, P., i Hoffman, K. (2011). Hospitals' health promotion services in their communities: Findings from a literature review. *Health Care Management Review*, 36(2), 104-113
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2016). Central de Resultats. Àmbit de salut mental. Dades 2015. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

- Observatorio Español de la Droga y las toxicomanías. (2016). *Informe 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperat de http://www.pnsd.msssi.gob.es/fr/profesionales/sistemasInformacion/informeEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
- Organització Mundial Salut. (2016). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Recuperat de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
- Organització Mundial Salut. (2005). The determinants of health. Recuperat de <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Organització Mundial Salut. (1998). Glossary of Health Promotion Terms. Ginebra: Organització Mundial de la Salut
- Organització Mundial Salut. (1986). The Ottawa Charter. Ginebra: Organització Mundial de la Salut
- Organització Mundial Salut. (1964). Comité de Expertos de la OMS en Drogas Toxicomanígenas: 13º informe. Ginebra: Organització Mundial de la Salut
- Organització Mundial Salut. (1948). Carta Constitucional OMS. Ginebra: Organització Mundial de la Salut
- Paffenbarger, R.S, Hyde, R., Wing, A.L., Lees, I.M., Jung, D.L. i Kampert, J.B. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England Journal of Medicine*, 328(8), 538-545 Recuperat de <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199302253280804>
- Pardell, H., Salto, E., Jane, M., i Salleras, L. (2001). How to fight against the smoking epidemic today. *Medicina Clínica*, 116(2), 60-62.
- Pelikan, J.M., Krajic, K., Lobnig, H., i Conrad, G. (1998). *Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects*. Gamburg: Conrad Health Promotion Publications.

- Pollock, K. (2001). Exercise in treating depression: broadening the psychotherapist's role. *Journal of Clinical Psychology*, 57(11), 1289-1300.
- Põlluste, K., Alop, J., Groene, O., Härm, T., Merisalu, E., i Suurorg, L. (2007). Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promotion International*, 22(4), 327-336. doi:10.1093/heapro/dam032
- Raeburn, J. (1982). Health promotion research with heart: keeping a people perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 83 Suppl 1, S20-4.
- Ramos Valverde, M. P. (2009). Estilos de vida y salud en la adolescencia. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Reddy, K. (2004). Cardiovascular disease in non-Western countries. *New England Journal of Medicine*, 350(24), 2438-40 doi:10.1056/NEJMp048024
- Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., i Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es&nr=1
- Romero, M. F., i Ruiz-Cabello, A. L. (2012). Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.
- Röthlin, F., Schmied, H., i Dietscher, C. (2015). Health promotion implementation capacities in hospitals matter: results from the PRICES-HPH study. *Health promotion international*, 32(3), 442-455.
- Röthlin, F., Schmied, H., i Dietscher, C. (2013). Organizational capacities for health promotion implementation: results from an international hospital study. *Health promotion international*, 30(2), 369-379.
- Ryff, C. D., i Singer, B. H. (Eds.). (2001). Emotion, social relationships, and health. Nova York: Oxford University Press.

- Sanchez-Villegas, A., Martinez, J. A., De Irala, J., Martinez-Gonzalez, M. A., i SUN research group. (2002). Determinants of the adherence to an “a priori” defined Mediterranean dietary pattern. *European journal of nutrition*, 41(6), 249-257.
- Sasco, A., Secretan, M., i Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 45 Suppl, S3-S9. doi:10.1016/j.lungcan.2004.07.998
- Sigerist ,HE. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University.
- Solsona, M., Treviño, R., Merino, M. F. L., i Ferrer Serret, L. (2006). Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: Anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Barcelona: Centro de Estudios Demográficos.
- Sounan, C., i Gagnon, S. (2005). Relationships among work climate, absenteeism, and salary insurance in teaching hospitals. *Healthcare Management Forum*, 18(3), 35-38.
- Stepankova, L., Kralikova, E., Zvolaska, K., Adamcekova, Z., Pankova, A. (2017). Tobacco dependence treatment outcomes and changes in depression levels. *25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services*. Viena, Austria.
- Stiffman, A. R., Doré, P., Earls, F., i Cunningham, R. (1992). The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(5), 314-320.
- Suñer-Soler, R., i Santiñà, M. (2014). *Alfabetización para la salud: Estándares y recomendaciones para los profesionales de la salud*. Girona. Documenta Universitaria.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., i Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267–273. doi:10.1016/j.amepre.2004.12.003

- Terris, M. (1975). The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(4), 489. doi:10.2307/3349565
- Tønnesen, H., Christensen, M. E., Groene, O., O’Riordan, A., Simonelli, F., Suurorg, L., Morris, D., Vibe, P., Himel, S., i Hansen, P. E. (2007). An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Services Research*, 7(1), 145. doi:10.1186/1472-6963-7-145
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., i Triantafyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453-462. doi:10.1093/heapro/dah407
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., i Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *The New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599–608. doi:10.1056/NEJMoa025039
- Tur, J. A., Romaguera, D., i Pons, A. (2007). Does the diet of the Balearic population, a Mediterranean-type diet, ensure compliance with nutritional objectives for the Spanish population? *Public Health Nutrition*, 8(3), 275–283. doi:10.1079/PHN2004693
- Verde, L. (2005). Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas, 484.
- Vincezi, A. de, i Tedesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*.
- Wang, M., Huang, S., Chen, L., Tsai, C. (2017). Experience of Conducting the Multidisciplinary Smoking Cessation Course in Psychiatric Day-care Ward. *25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services*. Viena, Austria.

- Wang, Huang, i Shen. (2015). To Create a happiness workplace. Exploring the Cognition of Health Promotion Hospital Policy of Employees. *International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services*. Oslo, Noruega.
- Warburton, D.E.R., Nicol, C.W., i Bredin, S.S.D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. doi:10.1503/cmaj.051351
- Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19(2), 259–67. doi:10.1093/HEAPRO/DAH213
- Whitehead, D. (2005). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 20–27. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01012.x
- Whitelaw, S., Martin, C., Kerr, A., i Wimbush, E. (2006). An evaluation of the Health Promoting Health Service Framework: the implementation of a settings based approach within the NHS in Scotland. *Health Promotion International*, 21(2), 136-144. doi:10.1093/heapro/dal009
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Suïssa: World Health Organization
- Yang, M., Ho, T., Lin, M., Jiang, W. (2017). The health promotion in hospital. *25th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services*. Viena, Austria.
- Ziedonis, D. M., i George, T. P. (1997). Schizophrenia and Nicotine Use: Report of a Pilot Smoking Cessation Program and Review of Neurobiological and Clinical Issues. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 247–254. doi:10.1093/schbul/23.2.247

8 ANNEXOS

ANNEX 1: Quadern de recollida de dades dels gestors



Autoavaluació de la implementació de la promoció de la salut als serveis de salut mental

Quadern recollida de dades

Grup de treball dels Estàndards en Promoció de la Salut,

Càtedra de Promoció de la salut

Universitat de Girona

Centre de recollida de dades _____

Data de la recollida de dades _____

Responsable de la recollida de dades del centre _____

Dades de contacte: telèfon: _____ e-mail: _____

Introducció:

Aquest quadern vol ser l'eina que avalua la implementació de la Promoció de la Salut (PS) en els centres sanitaris amb la finalitat d'orientar el disseny d'estratègies de millora a pacients i/o familiars, professionals, facilitant la comunicació amb altres centres assistencials i la comunitat de l'atenció.

La identificació de les millores en les activitats de PS ha de permetre donar suport a l'elaboració d'un pla d'actuació, amb estratègies de millora, incorporant noves accions en les Institucions en què la Promoció de la Salut ha d'estar present en les seves tasques diàries, enfocades a restablir o millorar l'estat de salut de les persones i de la comunitat, així com del personal que forma part de la institució. Aquest fet facilita que la gestió de la qualitat assistencial vagi dirigida a oferir serveis d'alta qualitat i a millorar la qualitat de vida dels pacients.

La Promoció de la Salut es defineix com el conjunt d'actuacions, prestacions i serveis destinats a fomentar la salut individual i col·lectiva, dirigides a impulsar l'adopció d'estils de vida saludables per mitjà de les intervencions adequades en matèria d'informació, de comunicació i d'educació sanitària (Llei 18/2009, de salut pública de Catalunya). L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la PS com el procés que permet a les persones incrementar el control de la seva salut.

A principi dels anys 90 l'OMS proposa una iniciativa internacional per incentivar als hospitals a participar en la PS. Els hospitals que formen part de la xarxa d'hospitals promotors de la salut (XHPS) tenen l'objectiu de prestar serveis mèdics i d'infermeria de gran qualitat incorporant en la seva identitat corporativa i en la seva pràctica diària activitats de PS a la comunitat i als seus professionals. Aquesta xarxa es va iniciar com una estratègia de millora de la salut i dels sistemes de gestió de la qualitat total, incorporant els valors de la PS en les institucions.

Els estàndards i els indicadors d'aquest document que han estat validats des de la xarxa d'hospitals promotors de la salut (HPH), descriuen el grau de compliment de les activitats en PS que es porten a terme en cada centre. Existeixen cinc estàndards, cada un d'ells tracta d'una dimensió concreta de la PS. Cada estàndard es divideix en subestàndards i formen una sèrie d'elements mesurables. Aquests s'avaluen en cinc categories segons el grau d'assoliment són *mai, poques vegades, algunes vegades, majoria de vegades, sempre*.

Estàndards:

1. *La política de gestió*, amb l'objectiu de descriure el marc de les activitats de la institució en promoció de la salut com a part del sistema de gestió de qualitat de la institució.
2. *L'avaluació de pacients* per optimitzar el tractament dels pacients, millorar el diagnòstic i fomentar la salut i el benestar.
3. *La informació facilitada als pacients* i intervencions per garantir que el pacient estigui informat de les activitats planificades, buscar la seva col·laboració activa en aquestes activitats i facilitar la integració de totes les activitats de promoció de la salut en tots els trajectes dels pacients.
4. *La promoció de la salut d'un lloc de treball saludable*, fomenta el desenvolupament d'un lloc de treball saludable i segur i dona suport les activitats de promoció de la salut del personal.
5. *La continuïtat i cooperació assistencial*, garanteix el treball conjunt amb els proveïdors oportuns i inicia relacions de col·laboració per optimitzar la integració de les activitats de promoció de la salut en els trajectes dels pacients.

D'altra banda, els indicadors són eines quantitatives que tracten el procés i els resultats de la qualitat i s'expressen numèricament amb la finalitat d'identificar les àrees de millora.

La finalitat d'aquesta avaluació és conèixer la situació de la PS en els diferents hospitals de la xarxa i orientar accions conjuntes de millora.

Per qualsevol dubte o aclariments us podeu dirigir a:

SERVEIS DE SALUT MENTAL

Sandra Gelabert, e-mail: sandra.gelabert@udg.edu

SERVEIS GENERALS D'HOSPITALITZACIÓ

Verónica Cruz, e-mail; veronicacruz.girona.ics@gencat.cat

Dolors Juvinyà, e-mail; dolors.juvinya@udg.edu

Carme Bertran, e-mail: carme.bertran@udg.edu

Manel Santinià, email; msantina@clinic.cat

Guia per omplir el qüestionari

Els estàndards són eines que mesuren el grau de compliment de les accions dirigides a la PS en els centres.

El grau de compliment es mesurarà amb les categories de resposta de l'escala Likert, en que es puntua de l'1 al 5 la resposta, en què l'1=*mai*, 2=*poques vegades*, 3=*algunes vegades*, 4=*la majoria de vegades* i 5=*sempre*.

S'haurà de respondre **MAI** quan la resposta s'ajusti a un grau de compliment del 0-20% de l'estàndard.

S'haurà de respondre **POQUES VEGADES** quan la resposta s'ajusti a un grau de compliment del 21-40% de l'estàndard.

S'haurà de respondre **ALGUNES VEGADES** quan la resposta s'ajusti a un grau de compliment del 41-60% de l'estàndard.

S'haurà de respondre **LA MAJORIA DE VEGADES** quan la resposta s'ajusti a un grau de compliment del 61-80% de l'estàndard.

S'haurà de respondre **SEMPRE** quan la resposta s'ajusti a un grau de compliment del 81-100% de l'estàndard.

Estàndard 1: Política de gestió**La missió i els objectius del centre inclouen la PS:**Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre **Existència del certificat de participació en el projecte de HPS de l'OMS:**Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre **Any d'adhesió a la Xarxa d'Hospitals promotors de la salut: _____****Comprovació de què les accions en PS estan dins del pla estratègic o funcional del centre:**Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre **Enumeri les accions en PS descrites en el pla estratègic i/o funcional:**

Existència d'un responsable o de coordinador de la PS en el centre:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Les persones responsables de desenvolupar tasques de PS estan alliberades per desenvolupar aquests projectes:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Existència de pressupost per recursos materials o humans relacionats amb la PS

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

% del Pressupost destinat: _____

Existència d'estructures, instal·lacions per a la PS [espais i equips, etc.]

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Els departaments clínics tenen guies clíniques o projectes que incorporen accions en PS:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Anomena els serveis i/o unitats en què els porten a terme.

Existeix un registre de les activitats que es porten a terme en les unitats:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

I el personal té accés a les dades:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Existència d'un programa per avaluar-les:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Estàndard 2: Avaluació de pacients

Existència de procediments per identificar els factors de risc (alcohol, tabac), estils de vida i aspectes físics / psicològics / socials / econòmics del pacient.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Quins procediments?

Registre dels factors de risc i aspectes físics/psicològics/socials en l'historial del pacient.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

% pacients avaluats factors de risc genèrics _____ %

% pacients avaluats factors de risc específics _____ %

Quants programes i protocols/procediments en PS estan vigents?

0-5 6-10 11-15 16-20 +20

Cada quan es revisen?

Anualment c/2anys +3anys no periòdicament

Participació de pacients/ famílies en la elaboració i avaluació dels programes?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Existència de protocols i procediments en PS per a grup de pacients/familiars:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Numera quants s'estan porten a terme:

0-5 6-10 11-15 16-20 +20

Anomena quins grups de pacients/ familiars:

Participació activa dels membres del grup?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

L'avaluació del pacient està registrada al moment de l'ingrés:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

La PS forma part del procés d'hospitalització i tractament?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

Existència de pautes per tornar a valorar les necessitats dels pacients a l'alta o al final d'un procediment:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

L'historial del pacient recull la informació del metge/sa de referència o d'altres fonts rellevants:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

L'historial recull l'entorn social, cultural i religió del pacient:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

Es disposa de traductors o mediadors culturals (en cas que sigui necessari):

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

_____ puntuació obtinguda en l'estudi de satisfacció dels pacients pel que fa al procediment de la seva valoració (si s'escau)

Estàndard 3: informació facilitada als pacients i intervencions

La informació relacionada amb la PS facilitada al pacient esta registrada a l'historial (recomanacions: consells de salut,etc.)

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

Es registra la documentació lliurada al pacient i l'avaluació de les activitats de PS:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

Es realitza un seguiment de la informació transmesa al pacient:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

S'avalua la satisfacció dels pacients amb la informació que reben:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

L'avaluació s'incorpora al sistema de gestió de qualitat del centre:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Evidència que el centre posa a l'abast dels pacients informació general sobre la salut:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Recursos que utilitza per difondre la informació: vídeos, tríptics, pòsters, web, blog, email...

Especificar:

Evidència que el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre malalties de risc/alt risc:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Recursos que utilitza per difondre la informació: vídeos, tríptics, pòsters, web, blog, email...

Especificar:

Existència que el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre el tractament i els possibles efectes secundaris.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Recursos que utilitza per difondre la informació: vídeos, tríptics, pòsters, web, blog, e-mail...

Especificar:

Evidència que el centre posa a l'abast dels pacients informació sobre associacions de pacients.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Recursos que utilitza per difondre la informació: vídeos, tríptics, pòsters, web, blog, email...

Especificar:

_____ puntuació obtinguda en l'estudi de l'opinió que els pacients tenen dels procediments (si s'escau)

S'ofereix als usuaris informació respecte PS en relació a:

- ALIMENTACIÓ SALUDABLE:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- CESSAMENT TABÀQUIC:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- **EXERCICI FÍSIC:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- **HIGIENE PERSONAL:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- **PROBLEMES SEXUALS:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- **SALUT MENTAL POSITIVA I HABILITATS PERSONALS:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- **ADDICCIONS:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- **ADAPTACIÓ I INTEGRACIÓ DE LA PERSONA IMMIGRANT:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Recursos que utilitza per difondre la informació: vídeos, tríptics, pòsters, web, blog, e-mail...

Especificar:

S'ofereixen programes i/o formació respecte PS en relació a:

- **ALIMENTACIÓ SALUDABLE:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

- **CESSAMENT TABÀQUIC:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

- **EXERCICI FÍSIC:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

- **HIGIENE PERSONAL:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

- **PROBLEMES SEXUALS:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

- **SALUT MENTAL POSITIVA I HABILITATS PERSONALS:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

- **ADDICCIONS:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

- **ADAPTACIÓ I INTEGRACIÓ DE LA PERSONA IMMIGRANT:**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar quin programa: _____

Estàndard 4: promoció d'un lloc de treball saludable

Les condicions de treball s'ajusten a les normatives nacionals i internacionals.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

_____ **Puntuació de l'estudi de l'opinió que els treballadors tenen de les condicions de treball**

_____ **Taxa de permanència**

_____ **Taxa de rotacions**

Identificació dels riscos del lloc de treball

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Mapa de riscos laborals

_____ **% d' absentisme de curta durada (i per categories professionals)**

El personal rep informació de com actuar en situacions de violència:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Recursos que utilitza per difondre la informació: vídeos, tríptics, pòsters, web, blog, e-mail...

Especificar:

El personal és format per prevenir situacions de violència:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especifica els cursos que s'ofereixen: _____

El personal compleix amb els requisits en matèria de salut i de seguretat:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Tipus de lesions laborals

_____ % de lesions relacionades amb el treball (i per categories professionals)

El personal de nova incorporació rep informació sobre la política de PS (evidència: descrit en el pla d'acollida)

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

El personal coneix el contingut en polítiques de PS del centre.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Entrevistes

Identificar la formació en PS que ofereix el centre als professionals (evidència: Programa de formació)

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Anomena la temàtica de la formació continuada:

Entrevistes

Els protocols o procediments s'estableixen en equips multidisciplinaris

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Entrevistes

**Participació del personal en l'elaboració, revisió de polítiques de PS
[evidència: consultar les actes del grup de treball o entrevistes]**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Entrevistes

**El personal està informat de les polítiques del centre en relació als
problemes de salut [evidència: verificació de polítiques sobre tabac,
alcoholisme, consum de drogues i activitat física]**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Avaluació de la participació dels professionals en activitats relacionades amb la PS [evidència: comportament, coneixements, i participació en tallers]

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

A les reunions d'equip amb els diferents professionals dels serveis es parla de temes de Promoció de la Salut?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

S'ofereix als professionals informació respecte PS en relació a:

- ALIMENTACIÓ SALUDABLE:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- CESSAMENT TABÀQUIC:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- EXERCICI FÍSIC:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- PROBLEMES SEXUALS:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- SALUT MENTAL POSITIVA I HABILITATS PERSONALS:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

- ADDICCIONS:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Recursos que utilitza per difondre la informació: vídeos, tríptics, pòsters, web, blog, e-mail...

Especificar:

S'ofereixen programes i/o formació respecte PS en relació a:

- ALIMENTACIÓ SALUDABLE:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar el programa: _____

- CESSAMENT TABÀQUIC:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar el programa: _____

- EXERCICI FÍSIC:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar el programa: _____

- PROBLEMES SEXUALS:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar el programa: _____

- SALUT MENTAL POSITIVA I HABILITATS PERSONALS:

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar el programa: _____

- ADDICCIONS:Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Especificar el programa: _____

_____ % de treballadors amb obesitat

_____ % de treballadors fumadors

_____ % de treballadors sedentaris

_____ % de treballadors amb alteracions sexuals

_____ % de treballadors amb problemes de salut mental

_____ % de treballadors amb addiccions (exceptuant el tabac)

Estàndard 5: continuïtat i col·laboració**La gerència té en compte el pla de salut de Catalunya [evidència: les accions estan documentades en les actes de reunions]**Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

--

Existència de la relació de proveïdors de serveis, col·laboradors i d'assistència sanitària...Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

--

Existència de la col·laboració intrasectorial, intersectorial i amb tercers en base al pla de Catalunya

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Comprovació de l'existència de convenis i reunions periòdiques

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Existència d'un pla per a la col·laboració amb tercers per a la millora de la continuïtat assistencial [evidència: criteris d'ingrés i plans a l'alta]

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Comprovació de l'existència de les indicacions de l'alta, de CCEE i de les derivacions

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

Existència d'un protocol establert per intercanviar informació entre institucions pel que fa a la informació rellevant del pacient.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Anomena els circuits o procediments

Existència del document de derivació dels pacients a altres nivells assistencials.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Existència en l'historial del pacient (si procedeix) d'un pla de rehabilitació que descrigui la correcta derivació de la institució i la col·laboració amb tercers.

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

[Evidència: Auditoria d'històries clíniques]

_____ % dels informes d'alta realitzats, 2013

_____ Taxa de reingressos, 2013

_____ nombre de protocols desenvolupades o revisades amb la col·laboració de pacients i proveïdors (atenció primària)

Full de recollida de dades; revisió d'històries

Núm. d'història clínica: _____ **Edat :** _____

Sexe: Home Dona

Registre dels factors de risc generals:

sí no no en tots els episodis

Registre dels factors de risc específics:

sí no no en tots els episodis

Valoració de les necessitats del pacient a l'ingrés:

sí no no en tots els episodis

Avaluació de les necessitats a l'alta:

sí no no en tots els episodis

Avaluació les necessitats després d'un procediment:

sí no no en tots els episodis

Existeix el motiu de derivació descrit pel metge de referència o altres fonts:

sí no no en tots els episodis

Registre de l'entorn social i cultural del pacient:

sí no no en tots els episodis

La informació sobre PS donada al pacient està registrada a la història del pacient

Metge/sa: sí no no precedeix

Infermer/a: sí no no precedeix

Registre de la documentació lliurada al pacient i l'avaluació de les activitats en PS:

Metge/sa: sí no no precedeix

Infermer/a: sí no no precedeix

Hi ha un seguiment de la informació transmesa al pacient (consells, recomanacions, etc)

Metge/sa: sí no no precedeix

Infermer/a: sí no no precedeix

Comprovació de les indicacions a l'alta.

sí no no en tots els episodis

Mèdiques Infermeria Altres professionals

Comprovació de les indicacions/cites en consultes externes.

sí no no en tots els episodis

Mèdiques Infermeria Altres professionals

Glossari

Risc general: Un factor de risc és qualsevol tret, característica o exposició d'un individu que incrementi la seva probabilitat de patir un malaltia o lesió; conductuals (estils de vida, hàbits tòxics) i els aspectes biopsicosocials i econòmics.

Risc específic de la malaltia: és una variable associada amb un major risc de malaltia.

ANNEX 2: Qüestionari pels professionals del centre

Avaluació de Promoció de la Salut en els Serveis de Salut Mental

Ens agradaria conèixer la seva opinió pel que fa a la Promoció de la Salut en els serveis de salut mental i és per això que li demanem que llegeixi atentament les preguntes del qüestionari i respongui espontàniament. No hi ha respostes correctes o incorrectes i només trigarà uns 10 minuts en omplir-ho. Cada pregunta té una sola resposta i la informació que vostè ens proporciona serà tractada amb total confidencialitat.

1. **Edat:** _____ anys.

2. **Sexe:** Home Dona

3. **Estat civil:** Solter/a Casat/da Separat/da, Divorciat/da Vidu/vídua Altres

4. **Centre de treball:** _____

5. **Servei:**

Aguts URPI Patologia Dual i Desintoxicació

TMS 1 (Rehabilitació) TMS 2 (Subaguts)

UHEDI Residència Til·lers Llar Residència

Hospital de dia adults Hospital de dia adolescents Centre de dia

CSM CSMIJ CAS EIPP SEMSDI

6. **Categoria Laboral:**

Psiquiatre/a Infermer/a Auxiliars d'infermeria/cuidadors/es Psicòleg/a

Treballador/a social Terapeuta ocupacional Educador social Monitor laborteràpia

Monitor de rehabilitació Altres: _____

7. **Antiguitat en l'empresa:**

< de 5 anys 6-10 anys 11-15 anys 16 -21anys +de 22 anys

8. **Situació laboral:**

Indefinida Fins a convocatòria Temporal Altres _____

Contesti, si us plau, les següents preguntes marcant amb una X.

	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
9. Ha rebut informació des de la institució sobre les polítiques de promoció de la salut que es realitza en el seu centre?					
10. La promoció de la salut per a pacients, familiars i personal, estan incorporades en les directrius del centre?					
11. En el seu servei i/o unitat coneix si és realitzen activitats de Promoció de Salut?					
12. Sap si es recullen les dades de les intervencions de les activitats de promoció de la salut que es realitzen al teu centre?					

	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
13. En el cas d'haver contestat afirmatiu la pregunta anterior: Els professionals poden consultar aquestes dades?					
14. El centre disposa de pautes/procediments sobre com identificar el tabaquisme, el consum d'alcohol, l'alimentació i l'estat mental, i el nivell socioeconòmic dels pacients?					
15. El centre aplica pautes/procediments sobre com identificar les necessitats de promoció de la salut per a grups de pacients (malalties cardíaques, respiratòries...)?					
16. L'avaluació de les necessitats dels pacients està documentada en l'historial del pacient en el moment de l'ingrés?					
17. Existeixen pautes i procediments per tornar a valorar les necessitats en el moment de rebre l'alta o al final d'una intervenció concreta?					
18. L'historial del pacient recull informació del metge/ssa de procedència o d'altres fonts rellevants?					
19. L'historial del pacient recull l'entorn social, cultural i religiós del mateix segons cada cas? [Religió que exigeix una dieta concreta o altres atencions específiques o bé condicions socials que puguin indicar que el pacient es troba en situació de risc].					
20. La informació que es facilita al pacient figura en l'historial del pacient?					
21. Realitza les revisions mèdiques d'empresa?					
22. Creu que tots els riscos propis del teu lloc de treball estan ben identificats?					
23. El personal que s'incorpora a la institució rep una formació inicial que contempla la política de promoció de la salut de l'hospital?					
24. Ha rebut informació de com actuar en situacions de violència?					
25. Ha rebut formació per prevenir situacions de violència?					
26. Té coneixements sobre el contingut de la política de promoció de la salut de la institució?					
27. Participa en alguna activitat de promoció de la salut que es realitza en el seu centre?					
28. Creu que les pràctiques de treball es desenvolupen en equips multidisciplinaris?					
29. Creu que el personal del seu centre està implicat en els processos d'elaboració, revisió i modificació de les polítiques de Promoció de la Salut?					
30. A les reunions d'equip es parla de temes de Promoció de la Salut?					
31. Existeixen polítiques per mantenir informat al personal en relació a temes sanitaris?					

32. De quina manera està informat/da?

web hospital fulls informatius comunicació per part del centre formació altres: _____

33. Marqui amb una X la resposta que més s'ajusti a la seva opinió:

	No	Pocues vegades	Algunes vegades	Forces vegades	Si
ALIMENTACIÓ					
Considera que s'alimenta de forma saludable i fa una dieta equilibrada?					
S'ofereix <u>informació</u> respecte PS relacionada amb alimentació saludable?					
S'ofereixen <u>programes / formació</u> per facilitar una alimentació saludable?					
TABAC					
Vostè és fumador/a?					
S'ofereix <u>informació</u> respecte PS relacionada amb cessament tabàquic?					
S'ofereixen <u>programes / intervencions</u> de cessament tabàquic?					
EXERCICI FÍSIC					
Considera que fa exercici físic de forma regular (mínim 3 cops per setmana)?					
S'ofereix <u>informació</u> respecte PS relacionada amb exercici físic					
S'ofereixen <u>programes / intervencions</u> sobre exercici físic					
PROBLEMES SEXUALS					
Creus que té algun problema a nivell sexual?					
S'ofereix <u>informació</u> respecte PS relacionada amb problemes sexuals?					
S'ofereixen <u>programes / formació</u> per tractar problemes sexuals?					
SALUT MENTAL					
Considera que té algun problema de salut mental?					
S'ofereix <u>informació</u> respecte PS relacionada amb potenciar una bona salut mental?					
S'ofereixen <u>programes / formació</u> relacionats amb potenciar una bona salut mental? (p.ex: formació en salut mental positiva, habilitats personals o intel·ligència emocional)					
ADDICCIONS					
Creus que té algun problema d'addicció (exceptuant el tabac)?					
S'ofereix <u>informació</u> respecte PS relacionada amb addiccions?					
S'ofereixen <u>programes / intervencions</u> relacionats amb addiccions?					

31. Creu que els pacients (i, si escau, les seves famílies) reben indicacions per la continuïtat en les consultes externes, la derivació o l'alta?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

32. S'identifica al pacient i a la família des del primer moment?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

33. Habitualment dóna la informació sobre l'organització del centre (visites, horaris, menjars, per exemple) al pacient i família?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

34. Habitualment dóna la informació clara i comprensible al pacient sobre els seu diagnòstic, intervenció o procés?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

35. Considera que el pacient ha comprès la informació donada?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

35. Té la possibilitat de sol·licitar l'ajuda d'un traductor/a o mediador/a cultural si ho necessita per tal de comprendre correctament al pacient?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

36. Creu que es respecta la confidencialitat dels pacients?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

37. Contesti, amb una X, entre 1 (gens d'acord) i 10 (totalment d'acord) els següents ítems sobre les condicions en el seu lloc de treball:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salut i seguretat										
Instal·lacions equipaments										
Entorn físic										
Serveis (neteja, manteniment, etc.)										
Temps de treball (horaris, pauses, etc.)										
Remuneració										
Tipus de contracte i estabilitat laboral										
Càrrega de treball										
Conciliació feina- família										
Organització										
Formació en Promoció de la Salut										
Participació en activitats de la Promoció de la Salut										

38. Contesti entre 1 (gens d'acord) i 10 (molt d'acord), quina és la seva opinió sobre les condicions de treball.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gràcies per la seva col·laboració.

ANNEX 3: Qüestionari pels usuaris del centre

Avaluació de Promoció de la Salut en els Serveis de Salut Mental

Ens agradaria conèixer la seva opinió sobre la promoció de la salut en els centres d'atenció i és per això que li demanem que llegeixi atentament les preguntes d'aquest qüestionari i respongui espontàniament. No hi ha respostes correctes o incorrectes i només trigarà uns 10 minuts en omplir-lo. Cada pregunta té una sola resposta i la informació que vostè ens proporcioni serà tractada amb confidencialitat.

1. **Edat:** _____ anys.

2. **Sexe:** Home Dona

3. **Estat civil:** Solter/a Casat Separat/da, Divorciat/da Vidu/vídua Altres : _____

4. **Província on viu actualment :** Barcelona Girona Tarragona Lleida

5. **Hospital/centre de referència:** _____

6. **Nivell d'estudis:** Primaris incomplets Estudis primaris Estudis secundaris Estudis universitaris

7. **Situació laboral:** Estudiant Aturat Treballador actiu Baixa o absència laboral Jubilat
Invalidesa Altres : _____

8. **En primer lloc, digui'ns si us plau, quantes persones viuen a casa seva de manera habitual**

Nombre de persones a la llar: _____

9. **Com diria que és la seva salut en general?**

Excel·lent Molt bona Bona Regular Dolenta

10. **Coneix els seus drets i deures com usuari del centre?**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

11. **Identifica ràpidament els serveis/unitats on ha d'anar o li cal preguntar?**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

12. **Si es troba malament sap a qui s'ha de dirigir?**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

13. **Coneix com funciona aquest centre?**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

14. **Si necessita un informe sap a on, o a qui s'ha de dirigir?**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

15. **Coneix els recursos que el centre li pot oferir?**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

16. **Té la sensació de que la seva informació es tractada amb total privacitat?**

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

17. **Pateix actualment o té alguna malaltia crònica?**

Sí No **18. Quina malaltia crònica pateix?**

1r _____

2n _____

3r _____

19. El seu metge / infermera li han explicat com tractar la seva malaltia crònica en un moment urgent fins arribar a un centre sanitari?Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre **20. Quin va ser el motiu de malaltia del seu últim ingrés a l'hospital?**

Especificar _____

21. Té coneixement de les activitats per promoure la salut que és duen a terme en aquest centre?Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre **22. Ara li demanarem la seva opinió sobre l'atenció que vostè rep per part del seu psiquiatre/a, haurà de contestar amb una X fins quin punt està d'acord o en desacord.**

	Totalment d'acord	D'acord	Indiferent	En desacord	Totalment en desacord
1. El psiquiatre/a el fa sentir que tot anirà bé					
2. Tinc molta confiança en el psiquiatre/a					
3. El psiquiatre/a passa tot el temps que sigui necessari per atendre'm					
4. El psiquiatre/a em permet exposar els meus problemes					
5. El psiquiatre/a m'ensenya, a més a més, com prevenir les malalties i els accidents					
6. El seu psiquiatre/a s'ha presentat					
7. Li ha explicat amb claredat el que té					

23. Quina és la seva opinió sobre el personal d'infermeria que l'atén. Igualment m'haurà de dir si hi està d'acord o en desacord.

	Totalment d'acord	D'acord	Indiferent	En desacord	Totalment en desacord
1. Em resulta fàcil contactar amb la meua infermera quan la necessito					
2. La meua infermera m'aconsella com prevenir les malalties i els accidents					
3. La meua infermera es preocupa per les meves limitacions, estat d'ànim i problemes					
4. La meua infermera m'escolta i m'informa adequadament					
5. Regularment la infermera es cuida dels meus problemes de salut crònics					
6. La seva infermera s'ha presentat					

24. Quan va ingressar o durant la primera visita al centre se li va oferir informació general sobre el funcionament del servei / unitat?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

25. Li resulta acollidor el centre?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

26. Li resulta confortable el centre?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

27. Ha rebut informació general sobre el seu estat de salut?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

28. Ha rebut informació sobre les malalties de risc/alt risc?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

29. Ha rebut informació sobre associacions de pacients?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

30. Ara li demanem la seva opinió respecte la informació que ha rebut pel que fa a diferents moments de la seva estada a l'hospital / centre. Marqui amb una creu la resposta que més s'adapti al que vostè pensa.

	Sí he rebut la informació i l'he entesa perfectament	Sí he rebut la informació però no l'he entesa	No he rebut la informació perquè el personal sanitari encara no la té	No he rebut la informació
Informació sobre el diagnòstic				
Informació sobre el tractament				
Informació sobre els procediments (proves, cures...)				
Indicacions per l' alta (només en usuaris hospitalitzats)				

31. Ha rebut informació concreta sobre la seva malaltia?

(Per exemple, com realitzar bé els tractaments, quina és la dieta que ha de fer, quins són els estils de vida saludables, com prevenir possibles complicacions, què ha de vigilar i controlar per a millorar el seu estat de salut.)

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

Comentaris _____

32. Té prou coneixements per controlar la seva malaltia?

Mai Poques vegades Algunes vegades Majoria de vegades Sempre

33. Enumeri alguna acció per controlar la seva malaltia?

1. _____

2. _____

3. _____

34. Marqui amb una X la resposta que més s'ajusti a la seva opinió:

	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
Considera que la seva alimentació és saludable i fa una dieta equilibrada?					
Ha rebut informació respecte PS relacionada amb alimentació saludable?					
Se l'hi ha ofert participar en algun programa / formació per fomentar una alimentació saludable?					
És fumador?					
Ha rebut informació respecte PS relacionada amb cessament tabàquic?					
Se l'hi ha ofert participar en algun programa / intervenció de cessament tabàquic?					
Considera que fa exercici físic de forma regular (mínim 3 cops per setmana)?					
Ha rebut informació respecte PS relacionada amb exercici físic?					
Se l'hi ha ofert participar en algun programa / intervenció sobre exercici físic?					
Creu que té algun problema per realitzar la higiene personal?					
Ha rebut informació respecte PS relacionada amb higiene personal?					
Se l'hi ha ofert participar en algun programa / formació respecte higiene personal?					
Creu que té algun problema a nivell sexual?					
Ha rebut informació respecte PS relacionada amb problemes sexuals?					

	Mai	Poques vegades	Algunes vegades	Majoria de vegades	Sempre
Se l'hi ha ofert participar en algun programa / formació per tractar problemes sexuals?					
Considera que té algun problema de salut mental?					
Ha rebut informació respecte PS relacionada amb potenciar una bona salut mental?					
Se l'hi ha ofert participar en algun programa / formació relacionats amb potenciar una bona salut mental? (per exemple: formació en salut mental positiva, habilitats personals o intel·ligència emocional?)					
Creu que té algun problema d'addicció (exceptuant el tabac)?					
Ha rebut informació respecte PS relacionada amb addiccions?					
Se l'hi ha ofert participar en algun programa / intervenció relacionada amb addiccions?					
Les recomanacions del personal sanitari s'adeqüen a les seves costums i creences?					

35. En cas que hagi rebut informació sobre algun dels diferents temes anteriors, com l'ha rebut aquesta informació?

Video Tríptic Pòster Web Blog E-mail Altres _____

36. Està satisfet de l'atenció rebuda durant el seu ingrés en aquest centre?

Totalment d'acord D'acord Indiferent En desacord

Gràcies per la seva col·laboració

ANNEX 4: Fulla d'informació

FULL D'INFORMACIÓ

ESTUDI: Avaluació de Promoció de la salut en els centres membres de la xarxa de Hospitals promotors de la Salut de Catalunya

Aquesta investigació té com objectiu conèixer i avaluar les activitats en promoció de la salut que és realitzen en els hospitals que són membres de la xarxa de hospitals promotors de la salut de Catalunya. Volem informar-li que la seva participació és totalment voluntària i pot decidir en qualsevol moment abandonar aquest estudi. El Parc Hospitalari Martí i Julià de Girona es va incorporar a l'any 2008 a la red de HPS.

Les dades són confidencials, en cap cas apareixerà el seu nom en cap document. Durant la realització de l'estudi, es garantirà l'estricta compliment la Llei 15/1999, de 13 de desembre de Protecció de dades personals.

Li agraïm per endavant la seva col·laboració.

En cas d'acceptar participar en l'estudi, li demanem ens signi el document de consentiment informat.

Moltes gràcies.

ANNEX 5: Full de consentiment informat

Jo (nom i cognoms)

He llegit el full d'informació que se m'ha donat
He pogut fer les preguntes que he volgut sobre l'estudi
He rebut suficient informació sobre l'estudi

I

Comprenc que la meva participació a l'estudi és voluntària
Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:

- Quan vulgui
- Sense haver de donar explicacions
- Sense que aquesta retirada tingui cap repercussió

Per tot això dono la meva conformitat en participar a l'estudi i dono el meu consentiment per la utilització de les meves dades en les condicions detallades en el Full d'Informació

Nom:

Firma de la participant:

Data:

Nom:

Firma de la investigadora:

Data:

ANNEX 6: Carta d'aprovació del comitè d'ètica

INFORME DEL COMITÈ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CLÍNICA

La Sra. Sílvia Monserrat Vila, secretaria tècnica del Comitè Ètic de Investigació Clínica del Institut d'Assistència Sanitària,

CERTIFICA

Que este comité ha evaluado el día 22 de mayo de 2012, en reunión ordinaria, las aclaraciones solicitadas al estudio observacional No-EPA "Avaluació de la promoció de la salut en els centres membres de la xarxa d'Hospitals promotors de la salut", presentado por la Sra. Verónica Cruz Díaz, diplomada en enfermería.

El responsable en nuestro centro es el Dr. Albert Nogué Font. El estudio es el proyecto de investigación de tesis doctoral (Departamento de enfermería. Grupo de investigación de salud y atención sanitaria de la Universidad de Girona) de la investigadora. El CEIC-IAS actúa como CEIC de referencia.

Y considera que, de forma general:

Se ha dado repuesta a las aclaraciones solicitadas. Por lo tanto, una vez valorados los apartados de este nuevo protocolo [versión 1.1., mayo 2012], y de acuerdo con las disposiciones legales vigentes para estudios epidemiológicos (International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies), así como la versión actualizada de la Declaración de Helsinki, y la Orden SAS/3470/2009, y aplicados por el CEIC-IAS para todos los protocolos de investigación de este tipo que se evalúen, este comité ético de investigación clínica ACUERDA informar del estudio como FAVORABLE.

Asimismo, este comité HACE CONSTAR que tanto en su composición como en sus PNTs cumple con la normativa vigente y con las directrices de la conferencia Internacional de Armonización de las Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95).

La composición actual del Comitè Ètic de Investigació Clínica del Institut d'Assistència Sanitària es la siguiente:

Presidente:	Dr. Gabriel Coll de Tuero, médico
Secretaria tecnicoadministrativa:	Sra. Sílvia Monserrat Vila, traductora e intérprete
Vocales:	
Dr. Secundí López-Pousa, médico	Sra. Marisa Jofre Valls, enfermera
Sra. Laura Mallart Romero, farmacéutica	Sra. Emilia de Puig de Cabrera, farmacéutica
Sra. Sílvia Pla Vilà, atención usuario	Sra. Cati Ferriol Busquets, enfermera
Dr. Marc Pérez Oliveras, médico	Dr. Manuel de Gracia Blanco, psicólogo
Sr. Joan Canimas Brugué, filósofo	Sra. Maria Jesús Costa Serra, abogada
Dr. Joan Vilalta Franch, médico	Dra. Pilar Àvila Castells, farmacóloga
Dr. Josep Garre Olmo, psicólogo y epidemiólogo	Sra. Montserrat Cols Jiménez, farmacéutica
Dr. Miquel Carreras Massanet, médico	Dra. Cristina Soler Ferrer, médico

Sra. Sílvia Monserrat Vila
Secretaria tècnica del CEIC-IAS
Salt, 23 de mayo de 2012

COMITÈ ÈTIC
D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA (CEIC-IAS)



Núm. S041-756

Data 24/05/2012 Hora 17:43

Registre de sortida

ANNEX 7: Conformitat de la direcció del centre



Carrer Dr. Castany, s/n
17190 SALT
Tel. 972 182 600
Fax. 972 182 575

CONFORMIDAD DE LAS DIRECCIONES DEL CENTRO INSTITUT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

El Dr. Miquel Carreras Massanet, como Director asistencial de primaria, especializada y sociosanitaria, del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona, con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica-IAS,

El Dr. Claudi Camps Garcia, como Director médico de la Red de Salud Mental del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona, con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica-IAS,

CERTIFICAN

Que conocen la propuesta de estudio observacional No-EPA "Avaluació de la promoció de la salut en els centres membres de la xarxa d'Hospitals promotors de la salut", presentado por la Sra. Verónica Cruz Díaz, diplomada en enfermería.

Que el responsable en nuestro centro es el Dr. Albert Nogué Font. El estudio es el proyecto de investigación de tesis doctoral (Departamento de enfermería. Grupo de investigación de salud y atención sanitaria de la Universidad de Girona) de la investigadora. El CEIC-IAS actúa como CEIC de referencia.

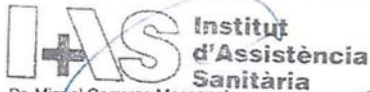
Que este estudio será realizado con la colaboración de todo el personal del Instituto de Asistencia Sanitaria y revisado por nosotros como Director asistencial de primaria, especializada y sociosanitaria y como Director médico de la Red de Salud Mental del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona.

Que se guardarán las normas éticas propias para esta clase de estudios.

Que está de acuerdo con la documentación aportada en el que se especifican todos los aspectos económicos y sociales de este estudio.

Que el protocolo que se presenta fue firmado por la investigadora que ha intervenido en el mismo, que mantiene su veracidad y rigor científico, y nuestra conformidad como Director asistencial de primaria, especializada y sociosanitaria y como Director médico de la Red de Salud Mental del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona.

Y para que conste, firmamos el presente certificado en Salt, 23 de mayo de 2012.



Dr. Miquel Carreras Massanet
Director asistencial de primaria, especializada y sociosanitaria,
del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona

Dr. Claudi Camps Garcia
Director médico de la Red de Salud Mental
del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona

COMITÉ ÈTIC
D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA (CEIC-IAS)

Núm. S041- 157

Data 24/05/12 Hora 12:44

Registre de sortida

