

INFORME  
Març 2024

# Consens d'indicadors per a l'avaluació de l'atenció integrada en salut mental i addiccions

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), de la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV). L'any 2019 AQuAS va ser reconeguda amb la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per part del Govern de la Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Torres M, Robles N, Barbaglia MG, Hilarión P, Espallargues E. Consens d'indicadors per a l'avaluació de l'atenció integrada en salut mental i addiccions. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2024.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:  
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.  
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona  
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <https://aquas.gencat.cat>

© 2024, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya  
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya  
Primera edició: Barcelona, març 2024  
Correcció: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.  
La llicència es pot consultar al web [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

# Consens d'indicadors per a l'avaluació de l'atenció integrada en salut mental i addiccions

## Autoria

En representació de l'equip investigador del projecte\*:

**Marta Torres López:** Investigadora de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

**Noemí Robles:** eHealth Center, Universitat Oberta de Catalunya (UOC); Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).

**María Gabriela Barbaglia:** Departament de Prevenció i Atenció a les Drogodependències (DEPAD), Direcció de Promoció de la Salut, Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

**Pilar Hilarión:** Institut Universitari Avedis Donabedian; RICAPPS.

**Mireia Espallargues Carreras:** Directora de l'Àrea Científica i de Qualitat i de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, AQuAS; RICAPPS.

\*Projecte "Evaluación de la atención sanitaria y social en Salud Mental y Drogodependencias. Subproyecto evaluativo de la atención integrada en personas con trastornos mentales graves", finançat per Instituto de Salud Carlos III (Nº Expedient: PI19/01119).

Equip investigador: M Espallargues (investigadora principal), J Arias de la Torre, MG Barbaglia, E Colell, C Colls, M Gotsens, P Hilarión, L Muñoz, E Puigdomènech, N Robles, M Torres.

## Revisió externa

**Xavier Garcia Cuscó:** Observatori de Prevenció del Suïcidi; Pla Director de Salut Mental i Addiccions.

## Col·laboracions

**Montse Bartroli:** Cap de Departament de Prevenció i Atenció a les Drogodependències (DEPAD) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

**Amaia Garrido:** Tècnica del Departament de Prevenció i Atenció a les Drogodependències (DEPAD) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

**Esther Colell:** Secretaria Tècnica Àrea Integral de Salut Barcelona Nord – Oficina de Processos de Salut Mental i Addiccions de Barcelona.

## Agraïments

Volem expressar el nostre agraïment als participants en el consens i a les institucions que representen.

## Conflicte d'interès

Les autores declaren no tenir cap conflicte d'interès en relació amb aquest document.

# Índex

Resum.....	6
Resumen en castellano.....	8
English abstract.....	10
Introducció.....	12
Objectius.....	15
Metodologia.....	16
Selecció dels indicadors a prioritzar.....	16
Selecció dels participants.....	17
Priorització dels indicadors: Consens eDelphi.....	17
Anàlisi de les dades i definició de consens.....	18
Resultats.....	19
Participació.....	19
Perfil dels participants.....	19
Indicadors prioritzats.....	20
Comentaris recollits durant el consens.....	24
Conclusions.....	26
Annexos.....	28
Annex 1. Llistat d'indicadors (o conceptes d'indicadors) proposats i definició.....	28
Annex 2. Llistat d'entitats convidades a participar en el consens.....	36
Bibliografia.....	39

# Resum

---

L'atenció a la salut mental i addiccions (SMiA) suposa un repte no només per al sistema sanitari sinó també per als serveis socials. La complexitat i/o situacions de complexitat associada a aquestes patologies produeix que aquestes persones requereixin diferents tipus d'assistència al llarg del seu curs vital. En aquest sentit, una major integració dels àmbits salut i social, i/o d'altres àmbits com el judicial, el laboral o l'educatiu pot representar una millora en l'atenció de les persones amb trastorns mentals o addiccions.

L'objectiu d'aquest estudi va ser prioritzar els indicadors més adequats per avaluar els programes d'atenció integrada a SMiA i que serveixin per establir un model avaluatiu específic per aquests programes mitjançant un consens Delphi modificat amb professionals de SMiA principalment de Catalunya i també d'altres regions del Sistema Nacional de Salut.

A partir d'una revisió bibliogràfica i un estudi qualitatiu amb persones amb trastorns mentals i/o addiccions, familiars/cuidadors i professionals es va elaborar un llistat de 60 indicadors potencialment rellevants per a l'avaluació de l'atenció integrada en SMiA. Es va dur a terme un estudi Delphi modificat en línia en dues rondes de votació consecutives. Les dades es van recollir entre l'abril i el juliol del 2022. La valoració dels indicadors es va fer amb una escala tipus Likert de l'1 (poc important) al 6 (molt important). Les puntuacions de la segona ronda es van utilitzar per a la selecció dels indicadors. Aquestes puntuacions van ser graficades en un diagrama de dispersió en funció de la mitjana de puntuació obtinguda per cada indicador i el grau d'acord assolit en cadascun. Sobre el gràfic de dispersió es va graficar la intersecció entre dos llindars, un per cada tipus de criteri: una mitjana de 5 o més punts en la valoració, i un grau de consens del 85% o superior (com mínim el 85% dels participants havien d'haver valorat els indicadors amb un 5 o 6). Segons la seva posició en relació a la intersecció dels dos llindars, els indicadors es van classificar com a crucials, crítics, circumstancials, marginals o irrellevants. Es van seleccionar els indicadors situats al quadrant de "crucials", sent considerats els que de forma més robusta havien estat valorats com a més importants.

Dels 369 professionals convidats a participar-hi es va obtenir una taxa de resposta global del 58%. D'aquests, la majoria eren gestors (28%) o treballaven en atenció comunitària (27%). Els perfils professionals majoritaris van ser psiquiatria (34%) i psicologia (26%). Més de la meitat treballaven a l'àmbit de salut mental (55%).

Van resultar prioritzats 27 indicadors (45%), la majoria de la dimensió d'atenció centrada en la persona (33%), seguit d'accessibilitat (25%) i coordinació assistencial (22%), apoderament i efectivitat (tots dos 7%). No es van prioritzar indicadors de les dimensions de seguretat i satisfacció. Els cinc indicadors millor valorats estaven relacionats amb la coordinació entre recursos sanitaris i socials (o d'altres sectors com habitatge, educació o justícia), la disponibilitat de recursos comunitaris, la rehabilitació psicosocial per a la integració a la comunitat, la detecció precoç i la continuïtat assistencial a les transicions entre dispositius, unitats o nivells assistencials. D'entre els indicadors prioritzats, també va haver conceptes relacionats amb la salut percebuda i l'experiència del pacient. Les puntuacions donades a la resta d'indicadors van ser molt elevades i amb un alt nivell de consens.

En base a aquests resultats, es recomana que els plans d'avaluació dels programes d'atenció integrada a SMiA incloguin indicadors relacionats amb la coordinació i continuïtat assistencial, la detecció precoç, l'accessibilitat a recursos comunitaris i de rehabilitació psicosocial i comunitària, tenint en compte aspectes com la salut percebuda. L'avaluació de l'atenció integrada pot ajudar a detectar aquelles pràctiques i característiques que expliquin el millor o pitjor acompliment dels programes i, per tant, contribueixin a la seva millora.

# Resumen en castellano

---

La atención a la salud mental y adicciones (SMYA) supone un reto no sólo para el sistema sanitario sino también para los servicios sociales. La complejidad y/o situaciones de complejidad asociada a estas patologías produce que estas personas requieran distintos tipos de asistencia a lo largo de su curso vital. En este sentido, una mayor integración de los ámbitos salud y social, y/u otros ámbitos como el judicial, el laboral o el educativo puede representar una mejora en la atención de las personas con trastornos mentales o adicciones.

El objetivo de este estudio fue priorizar los indicadores más adecuados para evaluar los programas de atención integrada en SMyA y que sirvan para establecer un modelo evaluativo específico para estos programas mediante un consenso Delphi modificado con profesionales de SMyA principalmente de Catalunya y de otras regiones del Sistema Nacional de Salud.

A partir de una revisión bibliográfica y un estudio cualitativo con pacientes, familiares/cuidadores y profesionales se elaboró un listado de 60 indicadores potencialmente relevantes para la evaluación de la atención integrada en SMyA. Se llevó a cabo un estudio Delphi modificado online en dos rondas de votación consecutivas. Los datos se recogieron entre abril y julio de 2022. La valoración de los indicadores se realizó con una escala tipo Likert del 1 (poco importante) al 6 (muy importante). Las puntuaciones de la segunda ronda se utilizaron para la selección de los indicadores. Estas puntuaciones fueron graficadas en un diagrama de dispersión en función de la media de puntuación obtenida para cada indicador y el grado de acuerdo alcanzado en cada uno. Sobre la gráfica de dispersión se graficó la intersección entre los umbrales de cada criterio: una mediana de 5 o más puntos en la valoración y un grado de consenso del 85% o superior (como mínimo el 85% de los participantes tenían que haber valorado los indicadores con un 5 o 6). Según la posición de los indicadores en relación a la intersección de los dos umbrales, se clasificaron como cruciales, críticos, circunstanciales, marginales o irrelevantes. Se seleccionaron los indicadores situados en el cuadrante de “cruciales”, siendo considerados los que de forma más robusta habían sido valorados como más importantes.

De los 369 profesionales invitados a participar, se obtuvo una tasa de respuesta global del 58%. De éstos, la mayoría eran gestores (28%) o trabajaban en atención comunitaria (27%). Los perfiles profesionales mayoritarios fueron psiquiatría (34%) y psicología (26%). Más de la mitad trabajaban en el ámbito de salud mental (55%).

Resultaron priorizados 27 indicadores (45%), la mayoría de la dimensión de atención centrada en la persona (33%), seguido de accesibilidad (25%) y coordinación asistencial (22%), empoderamiento y efectividad (ambos 7%). No se priorizaron indicadores de las dimensiones de seguridad y satisfacción. Los cinco indicadores mejor valorados estaban relacionados con la coordinación entre recursos sanitarios y sociales (u otros sectores como vivienda, educación o justicia), la disponibilidad de recursos comunitarios, la rehabilitación psicosocial para la integración en la comunidad, la detección precoz y la continuidad asistencial en las transiciones entre dispositivos, unidades o niveles asistenciales. Entre los indicadores priorizados, también hubo conceptos relacionados con la salud percibida y la



experiencia del paciente. Las puntuaciones del resto de indicadores fueron muy elevadas y con un alto nivel de consenso.

En base a estos resultados, se recomienda que los planes de evaluación de los programas de atención integrada en SMyA incluyan indicadores relacionados con la coordinación y continuidad asistencial, la detección precoz, la accesibilidad a recursos comunitarios y de rehabilitación psicosocial y comunitaria, teniendo en cuenta aspectos como la salud percibida. La evaluación de la atención integrada puede ayudar a detectar aquellas prácticas y características que expliquen el mejor o peor desempeño de los programas y, por lo tanto, contribuyan a su mejora.

# English abstract

---

Mental health and addiction care (SMiA) is a challenge for the health system and for social services. The complexity and/or complex situations associated with these pathologies cause these people to require different types of assistance throughout their life course. In this sense, a greater integration of the health and social spheres, and/or other such as the judicial, labor or educational fields can represent an improvement in the care of people with mental disorders or addictions.

The objective of this study was to prioritize the most appropriate indicators to evaluate integrated care programs in SMiA and that serve to establish a specific evaluation model for these programs through a modified Delphi consensus with SMiA professionals mainly from Catalonia and other regions of the Spanish Health Service.

Based on a bibliographic review and a qualitative study with patients, relatives/caregivers and professionals, a list of 60 potentially relevant indicators for the evaluation of integrated care in SMiA was prepared. An online-modified Delphi study was conducted in two consecutive rounds of voting. The data was collected between April and July 2022. The indicators were assessed using a Likert-type scale from 1 (not very important) to 6 (very important). The scores from the second round were used to select the indicators. These scores were plotted in a scatter plot according to the mean score obtained for each indicator and the degree of agreement reached for each one. The intersection between the thresholds for each criterion was plotted on the scatter plot: a median score of 5 or more points and a degree of agreement of 85% or higher (at least 85% of the participants had to have rated the indicators with a 5 or 6). According to the position of the indicators in relation to the intersection of the two thresholds, they were classified as crucial, critical, circumstantial, marginal or irrelevant. Indicators located in the "crucial" quadrant were selected as those that had been most robustly rated as most important.

Of the 369 professionals invited to participate, an overall response rate of 58% was obtained. Of these, the majority were managers (28%) or worked in community care (27%). The majority professional profiles were psychiatry (34%) and psychology (26%). More than half worked in the mental health field (55%).

Twenty-seven indicators (45%) were prioritized. The majority of them belonged to person-centered care dimension (33%), followed by accessibility (25%) and care coordination (22%), empowerment and effectiveness (both 7%). Indicators of safety and satisfaction dimensions were not prioritized. The five most valued indicators were related to the coordination between health and social resources (or other sectors such as housing, education or justice), the availability of community resources, psychosocial rehabilitation for integration into the community, early detection and continuity of care in transitions between devices, units or levels of care. Among the prioritized indicators, there were also concepts related to perceived health and the patient experience. The scores given in the rest of the indicators were very high and with a high level of consensus.

Based on these results, it is recommended that the evaluation plans of the integrated care programs in SMiA include indicators related to coordination and continuity of care, early detection, accessibility to community resources, and psychosocial and community

rehabilitation, taking into account aspects such as perceived health. The evaluation of integrated care can help to detect those practices and characteristics that explain the better or worse performance of the programs and contribute to their improvement.

# Introducció

---

Els trastorns mentals i per consum de substàncies estan associats a altes taxes de morbiditat i discapacitat, així com a una elevada despesa sanitària (Prince A, 2007; Knapp M, 2016). La multidimensionalitat de la salut mental i les addiccions requereix d'un abordatge intersectorial en l'atenció a les persones afectades. A més, la seva freqüent cronificació fa que les persones que les presenten, i també les seves famílies i persones cuidadores, requereixin atenció durant llargs períodes de temps i que les seves necessitats variïn al llarg del seu curs vital (Chong R, 2012). Aquests fets impliquen la intervenció d'una àmplia gamma de serveis sanitaris i socials, però també laborals, de justícia o d'educació, entre d'altres, per atendre satisfactòriament aquestes persones, especialment aquelles amb necessitats sanitàries i socials més complexes (Direcció General de Planificació en Salut, 2017). Cal tenir en compte que en salut mental la complexitat ve donada per les múltiples necessitats socials i sanitàries, de vegades d'alta intensitat, derivades per la concurrència de dos o més trastorns mentals, l'ús de substàncies, comorbiditats orgàniques importants, casos en que es presenti algun tipus de discapacitat o la presència de condicions socials adverses. Tot això fa que es requereixi una atenció integrada i coordinada i un sistema de gestió de casos específic.

En aquest context, és necessària una prestació de serveis continus, de bona qualitat i cost-efectiva. Una major coordinació de serveis i mecanismes per a la provisió de serveis pot ajudar a donar una millor resposta a les necessitats d'aquestes persones. Així doncs, l'atenció integrada pot representar una manera de prestar atenció eficaç i eficient a les malalties cròniques i específicament als trastorns mentals (WHO, 2014) i les addiccions (NIDA NIH, 2018).

Tot i que no existeix una única definició d'atenció integrada, ja que depèn dels enfocaments de cada país i el seu context, aquesta correspondria a un model d'atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris, amb l'objectiu d'obtenir bons resultats en salut i benestar, una adequada utilització dels recursos i una bona experiència d'atenció, per garantir una atenció integral i centrada en la persona<sup>a</sup>. Per tant, amb l'atenció integrada es pretén vincular diferents serveis d'assistència sanitària i social dins d'un únic procés d'atenció, evitant els problemes que es deriven d'una atenció fragmentada (Espallargues M, 2016). Aquesta integració pot ser tant horitzontal (entre diferents sectors o departaments, per ex. entre salut i social) com vertical (entre diferents nivells assistencials del propi sistema sanitari o dins del propi sistema social).

L'atenció de les persones amb trastorns mentals, especialment els crònics i/o complexes, implica el treball conjunt de diferents sectors i nivells assistencials, amb una intensitat en l'ús dels recursos variable. El trànsit entre els diferents nivells assistencials sanitaris (unitats d'aguts o subaguts, centres d'atenció a salut mental ambulatoria, hospitals de dia, etc.) afegeix complexitat al procés d'atenció i aquesta complexitat augmenta quan es requereix una coordinació amb els serveis socials (servei d'autonomia a la llar, llars residència, clubs

---

<sup>a</sup> Definició d'atenció integrada del Consorci del Centre de Terminologia TERMCAT, disponible a: <https://www.termcat.cat/es/diccionaris-en-linia/230/search/atenci%C3%B3%20integrada?type=basic&language=&condition=match>

socials, servei prelaboral, servei de tutela, etc.) o altres serveis o departaments (justícia, educació, treball, etc). El Pla Director de Salut Mental i Addiccions contempla com a línia prioritària l'atenció integrada social i sanitària, incloent la prevenció i detecció i intervenció precoces (amb la coordinació entre els centres de desenvolupament infantil i d'atenció precoç i els centres de salut mental infantil i juvenil, entre d'altres) i la desinstitucionalització (en col·laboració amb serveis d'habitatge per garantir la transició cap a la comunitat)<sup>b</sup>. Tot i la complexitat afegida, s'han començat a desenvolupar programes d'atenció integrats, havent a Catalunya territoris amb models d'atenció integrats amb un llarg recorregut, com ara Osona<sup>c</sup> o la Garrotxa<sup>d</sup>, que evidencien la necessitat d'aquesta integració per tal de dispensar una millor atenció, especialment de les persones amb més vulnerabilitats i necessitats concurrents. Aquest fet s'ha fet palès amb la recent proposta de creació de l'Agència d'Atenció Sanitària i Social (AISS), que busca garantir una resposta de qualitat i equitativa a totes les persones amb necessitats complexes, i establint, com a línia prioritària l'atenció a la salut mental, així com l'atenció a l'entorn domiciliari i a les residències<sup>e</sup>.

Així doncs, és fonamental conèixer si aquest tipus d'atenció proporciona una millora en la qualitat assistencial i els resultats en salut de les persones ateses respecte als models tradicionals no integrats. L'Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut indica, entre d'altres, la necessitat d'avaluar els resultats de l'atenció prestada i proposa una sèrie d'indicadors per a la seva avaluació (Ministerio de Sanidad, 2009). No obstant, aquests s'enfoquen principalment a població atesa o ús de recursos, i tot i que inclou aspectes que podrien estar relacionats amb el concepte d'atenció integrada, no són suficients per copsar la complexitat d'aquests programes i avaluar els seus resultats i el seu exercici. Algunes iniciatives s'han dirigit a avaluar o descriure l'atenció a salut mental des d'una perspectiva fonamentalment poblacional i d'ús de recursos (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2023; Atlas de variaciones de la práctica médica, 2008; Salvador-Carulla, 2010). En altres casos, s'han avaluat experiències concretes per iniciativa pròpia, majoritàriament sense seguir un procés estandarditzat i essent poc comparables els seus resultats amb d'altres experiències.

En aquest sentit, cal disposar d'un marc avaluatiu comú per aquests tipus de programes d'atenció integrada específic per SMiA (tenint en compte la complexitat de les pròpies patologies i el gran nombre d'agents implicats i intervencions), cercant els indicadors més adients, rellevants i específics, incloent dimensions d'efectivitat clínica, adequació, seguretat, eficiència, sostenibilitat i atenció centrada en les persones, tenint en compte aspectes complexes com la coordinació i l'estructura del sistema assistencial (Serra-Sutton V, 2016; Espallargues M, 2016), de manera que permeti portar a terme una avaluació exhaustiva de la qualitat de l'atenció proporcionada i monitoritzar la seva evolució.

El present estudi s'emmarca dins del projecte "Evaluación de la atención sanitaria y social en Salud Mental y Drogodependencias. Subproyecto evaluativo de la atención integrada en personas con trastornos mentales graves", finançat per l'Instituto de Salud Carlos III (Nº

---

<sup>b</sup> <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-addiccions/pla-director-pdsmia/linies-prioritaries/>

<sup>c</sup> <https://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/22-05-2023-desplegament-terriotarial-osona>

<sup>d</sup> [https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/olot\\_garrotxa\\_integracio\\_social\\_sanitaria.html](https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/olot_garrotxa_integracio_social_sanitaria.html)

<sup>e</sup> <https://salutweb.gencat.cat/ca/site/aiss/linies-mesures-prioritaries/>

Expedient: PI19/01119)<sup>f</sup> que té com a objectiu establir un marc avaluatiu de l'atenció integrada social i sanitària en salut mental i addiccions. El projecte focalitza en les persones amb trastorns mentals greus<sup>9</sup> ja que són aquelles que amb un grau més alt de vulnerabilitat i un major nombre de necessitats, de forma que són els que més poden beneficiar-se d'una atenció més integrada, tot i que els models d'atenció integrada estan adreçats no només a les poblacions més complexes. El projecte s'articula en 3 fases:

- Fase 1: elaboració d'un llistat d'indicadors per tal d'avaluar la qualitat de l'atenció integrada en Salut Mental i Addiccions (SMiA).
- Fase 2: elecció i consens dels indicadors vàlids per a l'avaluació d'aquests models o programes d'integració i de la definició d'atenció integrada.
- Fase 3: avaluació de la qualitat de l'atenció prestada a partir dels indicadors escollits.

Aquest informe recull els resultats corresponents a les fases 1 i 2 del projecte, amb l'objectiu final de prioritzar els indicadors (o conceptes d'indicadors) més adequats per avaluar els programes d'atenció integrada a SMiA i que serveixin per establir un model avaluatiu específic per aquests programes mitjançant un consens Delphi modificat amb professionals de SMiA de Catalunya i el Sistema Nacional de Salut.

---

<sup>f</sup> <https://aguas.gencat.cat/ca/fem/avaluacio/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>

<sup>9</sup> Segons el Termcat, un Trastorn mental greu és el trastorn mental que presenta símptomes de gran intensitat que afecten en gran mesura la conducta i el funcionament social d'una persona, li poden generar un cert grau de discapacitat i, en conseqüència, poden repercutir de manera significativa en la seva qualitat de vida. Són exemples de trastorn mental greu la depressió major; el trastorn bipolar; el grup de les esquizofrènies i altres patologies psicòtiques; la dependència de l'alcohol o altres substàncies psicoactives; algunes afeccions d'ansietat, com l'agorafòbia o el trastorn obsessivocompulsiu, i els trastorns lligats al desenvolupament, com els de l'espectre autista, i a algunes estructures de la personalitat. <https://www.termcat.cat/es/diccionaris-en-linia/242/ca/T?page=1>

# Objectius

---

- Prioritzar els indicadors més rellevants per a l'avaluació de la qualitat de l'atenció integrada en l'àmbit de salut mental i addiccions.

# Metodologia

---

## Selecció dels indicadors a prioritzar

En una fase anterior del projecte es va elaborar un llistat d'uns 400 indicadors que es van identificar a través de revisions de la literatura, entrevistes i grups de discussió amb actors clau (GRICS, 2022).

La revisió d'indicadors es va fer mitjançant una revisió estructurada de la literatura per mitjà de cerques bibliogràfiques a MEDLINE, de literatura grisa usant *Google Advanced Search* i revisió manual de les referències de publicacions seleccionades. Els criteris d'inclusió van ser estudis publicats a partir de l'any 2000 en anglès, castellà o català, que proposessin indicadors i descrivissin la forma de càlcul (Granados-Torres, 2018). Per a la identificació d'indicadors relacionats amb addiccions, es va revisar diferents tipus de literatura grisa, entre ells la Proposta d'indicadors de resultats per valorar l'efectivitat de l'atenció en els centres d'atenció i seguiment per a drogodependències (CAS) i el Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-2024 (Bartoli, 2021). Altres fonts d'indicadors van ser els quadres de comandaments de l'avaluació de la qualitat assistencial dels CAS de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

Es van realitzar 11 entrevistes a actors clau del sistema de l'àmbit de la salut mental i les addiccions, així com de l'àmbit social, per tal de recollir informació d'interès en relació a les necessitats del sistema, als programes vigents d'atenció integrada i indicadors existents per a la seva avaluació. Es va contactar amb personal tècnic i directius vinculats a plans directors d'interès del Departament de Salut i del Departament de Drets Socials, així com professionals assistencials d'hospitals de referència i d'entitats del tercer sector.

En base a les informacions obtingudes, l'equip investigador va confeccionar un llistat inicial d'indicadors. Atès el gran nombre d'indicadors recollits, es va fer un exercici de síntesi per tal d'agrupar-los en indicadors més generals i reduir-ne el nombre mitjançant una sèrie de revisions iteratives realitzada per parells, quedant un llistat de 60 indicadors. En endavant, es parlarà d'indicadors, tot i que en molts casos, els ítems valorats corresponen a conceptes d'indicadors més generals.

Previ al procés de priorització, els indicadors identificats prèviament es van sintetitzar en un enunciat que es va acompanyar d'una breu descripció, indicant la dimensió a la que pertanyien (accessibilitat, coordinació assistencial, efectivitat, seguretat, eficiència, apoderament, satisfacció, atenció centrada en la persona i orientació als professionals), i l'enfoc (estructura, procés o resultat) (llistat complet disponible a l'annex 1).

No es va establir un mínim d'indicadors per dimensió ni es va tenir en compte la factibilitat del càlcul dels mateixos, ja que l'objecte de la priorització era la identificació d'indicadors d'interès per a l'avaluació de l'atenció integrada. La valoració de la seva factibilitat i la seva implementació forma part de la següent fase del projecte .



## Selecció dels participants

Es va convidar a participar al procés de priorització d'indicadors a professionals dels diferents àmbits del sector públic implicats en l'atenció de SMiA de Catalunya i altres actors rellevants del Sistema Nacional de Salut. El mostreig va ser intencional i es va procurar abastar la màxima variabilitat i representativitat entre els actors implicats. Els participants van ser identificats a través de:

- Contactes de l'equip investigador.
- Entrevistes a actors clau realitzades en fases anteriors del projecte.
- Participants (professionals) en grups de discussió realitzats en fases anteriors del projecte (GRICS, 2022).
- Informants identificats en documents clau.
- Cerca activa en les pàgines web de diferents societats, col·legis professionals i institucions de referència.

El llistat complet de les entitats participants es pot consultar a l'annex 2.

## Priorització dels indicadors: Consens eDelphi

Es va dur a terme un estudi de consens quantitatiu en línia utilitzant una modificació del mètode Delphi (eDelphi) en dues onades consecutives. Es va utilitzar la plataforma Smart Delphi (Onsanity Solutions SL, Barcelona), que permet fer exercicis de consens virtuals, anònims, asíncrons i en temps real, i obtenir un nombre elevat de votacions en un curt període de temps. A més, la plataforma permet recollir comentaris dels participants (generals o relatius a indicadors concrets), així com comentar les observacions realitzades per altres participants generant un debat. Els usuaris van accedir al consens mitjançant un enllaç i un codi d'accés que se'ls va facilitar via correu electrònic. Tot i ser un exercici anònim, a l'inici es van recollir dades sociodemogràfiques i professionals per establir els perfils dels informants:

- Edat
- Gènere
- Perfil professional (Psiquiatre/a, Psicòleg/loga, Treballador/a social, Infermer/a, Metge/ssa d'altres especialitats, Altres)
- Àmbit de treball (Atenció ambulatoria, Atenció hospitalària, Atenció comunitària, Recerca/docència, Gestió/planificació, Altres)
- Especialització (Salut Mental, Addiccions, Totes dues, Altres)

Un cop recollides les dades del perfil, es va presentar cada un dels indicadors amb la seva descripció i es va demanar que valoressin el seu grau d'importància en una escala tipus Likert de l'1 al 6, essent 1 "poc important" i 6 "molt important" (primera ronda). Un cop valorat cada indicador, la plataforma mostrava els resultats de les respostes obtingudes fins al moment mostrant la mediana de puntuació i el rang interquartílic (RIQ), donant la possibilitat

de modificar el vot emès per alinear-se amb la majoria en cas de considera-ho oportú (segona ronda).

## Primera onada

Per tal d'establir els valors de referència, es va dur a terme una primera onada de consens convidant a participar un nombre reduït d'informants clau (n=50), corresponent a les persones entrevistades en fases anteriors del projecte i aquelles que van participar als grups de discussió de professionals. La primera onada va tenir lloc del 25 d'abril fins a l'11 de maig de 2022, i es van fer recordatoris via correu electrònic cada 4 dies.

## Segona onada

Un cop acabat el termini per a contestar la primera onada, es va realitzar una segona onada amb una mostra més àmplia, convidant a participar 319 persones. Els participants convidats en aquesta fase van correspondre als contactes identificats a través de la cerca activa en webs de diferents institucions i entitats de referència i de documents clau, així com a través dels participants en la primera onada. La segona onada es va realitzar del 12 de maig al 4 de juny de 2022. Es van fer recordatoris via correu electrònic setmanals.

## Anàlisi de les dades i definició de consens

Per l'anàlisi de les dades obtingudes de l'eDelphi es van utilitzar les puntuacions de la segona ronda de votacions de les dues onades. Es van calcular la mitjana amb la desviació estàndard i la mediana amb el RIQ per a les puntuacions de cada un dels indicadors. Les puntuacions es van analitzar segons el mètode de Ruiz Olabénuaga et al (Ruiz Olabénuaga, 2003). Les puntuacions de la segona ronda van ser graficades en un diagrama de dispersió en funció de la mitjana de puntuació obtinguda per cada indicador i el grau d'acord assolit en cadascun. Sobre el gràfic de dispersió es va graficar la intersecció entre dos llinars, un per cada tipus de criteri: una mitjana de 5 o més punts en la valoració, i un grau de consens del 85% o superior (com mínim el 85% dels participants havien d'haver valorat l'indicador amb un 5 o 6). Segons la seva posició en relació a la intersecció dels dos llinars els indicadors es van classificar com a crucials, crítics, circumstancials, marginals o irrelevants. Es van seleccionar els indicadors situats al quadrant de "crucials", sent considerats els que de forma més robusta havien estat valorats com a més importants.

Amb l'objectiu d'identificar possibles indicadors diferents als proposats al consens i/o identificar aspectes a tenir en compte en la seva implementació, es va fer una anàlisi de contingut dels comentaris generats per les persones participants durant el procés. Es va fer un resum dels aspectes que es van anomenar més freqüentment i es van classificar segons fossin comentaris relatius a indicadors concrets o comentaris generals. En cap cas els comentaris recollits van servir per a la prioritització dels indicadors.

# Resultats

## Participació

La participació global va ser del 58%, amb un 74% de participació a la primera onada, i un 56% a la segona. El 85% de les persones que van participar van completar l'exercici de consens, valorant tots els ítems proposats (taula 1).

Taula 1. Taxa de resposta de les diferents onades de consens

Fases del consens	Nombre de professionals convidats	Inicien el consens*	Acaben el consens**	Taxa de resposta***	Taxa d'acompliment****
Primera onada	50	40	37	74%	92,5%
Segona onada	319	214	178	56%	83%
<b>Global</b>	<b>369</b>	<b>254</b>	<b>215</b>	<b>58%</b>	<b>85%</b>

\*Nombre de participants que inicien l'exercici i valoren alguns dels indicadors

\*\*Nombre de participants que valoren tots els indicadors i completen tot l'exercici

\*\*\*Calculada en base al nombre de professionals convidats i els que valoren tots els indicadors

\*\*\*\*Calculada en base al nombre participants que valoren tots els indicadors i els que en valoren alguns

## Perfil dels participants

Es van recollir dades de perfil d'un total de 254 professionals (79.6%), corresponents a aquells que van iniciar l'exercici de consens. La taula 2 mostra les característiques dels participants en funció de les variables recollides.

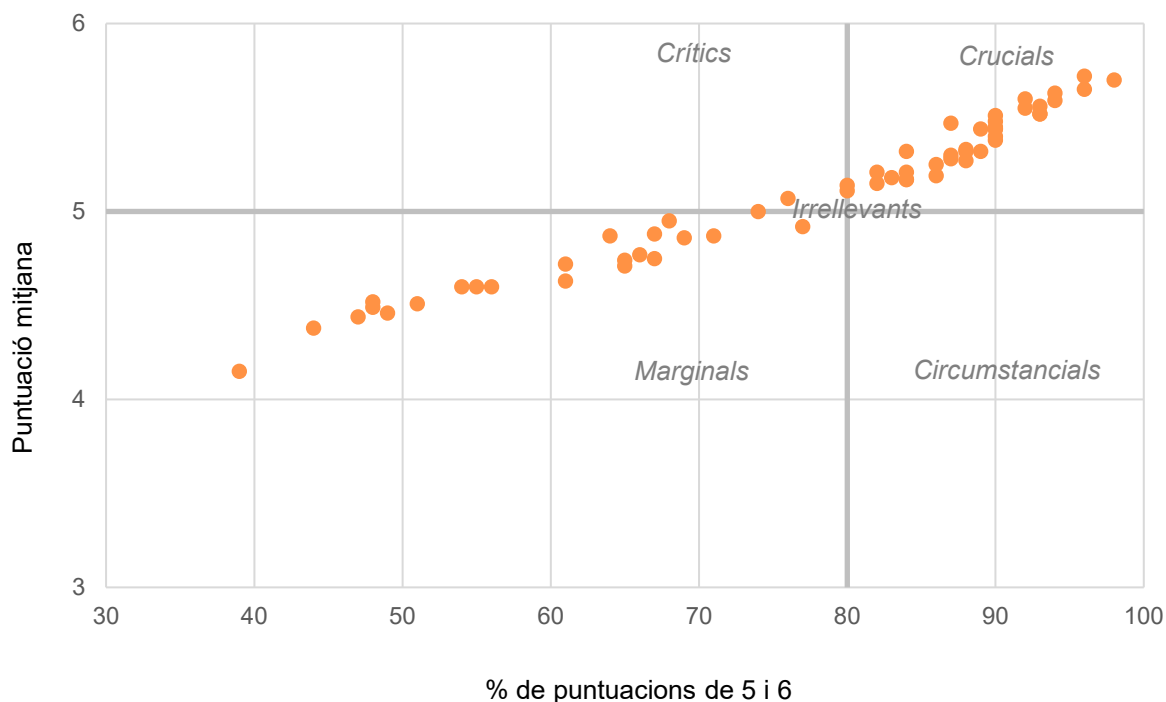
**Taula 2. Caracterització i perfil dels participants**

Caracterització dels participants		n	%
<b>Gènere</b>	Home	101	39,76
	Dona	153	60,24
	No binari	0	0,00
<b>Edat (anys)</b>	Menys de 29	2	0,79
	30-39	24	9,45
	40-49	84	33,07
	50-59	84	33,07
	60-69	55	21,6
	Més de 69	5	2
	<b>Perfil professional</b>	Psiquiatre/a	86
Psicòleg/a		64	25,2
Treballador/a social		26	10,2
Infermer/a		25	9,8
Metge/ssa d'altres especialitats		26	10,2
Altres		27	10,6
<b>Àmbit de treball</b>	Atenció ambulatoria	51	20,1
	Atenció hospitalària	46	18,1
	Atenció comunitària	64	25,2
	Investigació/Docència	11	4,3
	Gestió/Planificació	67	26,4
	Altres	0	0
<b>Especialització</b>	Salut Mental	139	54,7
	Addiccions	34	13,4
	Totes dues	43	16,9
	Altres	38	15
<b>Territori</b>	Barcelona-Àrea metropolitana	146	57,5
	Barcelona-Províncies	44	17,3
	Girona	17	6,7
	Lleida	11	4,3
	Tarragona	5	2
	Altres províncies	31	12,2

## Indicadors prioritzats

Seguint els criteris priorització establerts (com a mínim el 85% de les valoracions majors de 5 punts, i mínim una mitjana de 5 punts), es van prioritzar un total de 27 indicadors, que per la seva disposició en relació al llindars de priorització pertanyien a la categoria de “crucials” (figura 1) .

Figura 1. Gràfic de dispersió dels indicadors valorats en funció de les puntuacions obtingudes en la valoració de la seva importància.



La taula 3 mostra el nombre d'indicadors prioritzats per a cada domini presentat, mostrant que aquells amb un número major d'indicadors prioritzats van ser els dominis d'Accessibilitat, Atenció centrada en la persona, Coordinació assistencial, Efectivitat, Apoderament i Orientació als professionals. Dels dominis d'Eficiència, Satisfacció, i Seguretat no es va prioritzar cap indicador.

Taula 3. Priorització dels indicadors per dimensions

Domini	Nombre d'indicadors valorats	Nombre d'indicadors prioritzats	%
Accessibilitat	15	7	46,7
Atenció centrada en la persona	12	9	75
Coordinació assistencial	10	6	60
Efectivitat	13	2	15,4
Apoderament	2	2	100
Orientació als professionals	4	1	25
Eficiència	3	0	0
Satisfacció	2	0	0
Seguretat	2	0	0

La taula 4 mostra les puntuacions obtingudes per a cada indicador, que es presenten ordenats de major a menor puntuació. Els 27 marcats amb un asterisc corresponen als indicadors crucials, que finalment van ser els indicadors prioritzats. A l'annex 1 es poden consultar les definicions de cadascun.

**Taula 4. Percentatge de consens i mitjana de les puntuacions obtingudes per a cada indicador**

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Consens (%)	Mitjana	DE
*Coordinació amb serveis socials o altres recursos (habitatge, educació, justícia, etc.)	Coordinació assistencial	Procés	97,71	5,70	0,552
*Recursos i serveis comunitaris de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Estructura	95,96	5,72	0,565
*Rehabilitació psicosocial per a la integració plena a la comunitat	Accessibilitat	Estructura	95,96	5,65	0,573
*Detecció precoç de problemes de salut mental i addiccions a nivell individual en atenció primària, atenció primària especialitzada i/o comunitària	Accessibilitat	Procés	94,12	5,63	0,645
*Continuïtat de l'atenció a les transicions entre dispositius/unitats/nivells assistencials	Coordinació assistencial	Procés	94,12	5,59	0,630
*Avaluació integral	Coordinació assistencial	Procés	93,12	5,56	0,779
*Sistemes d'informació integrats i/o accessibles pels diferents perfils professionals	Coordinació assistencial	Estructura	92,66	5,52	0,707
*Suport a la cura i autonomia dels pacients quan les famílies/cuidadors no puguin fer-se càrrec	Atenció centrada en la persona	Estructura	92,13	5,52	0,695
*Participació i implicació en el procés d'atenció i/o terapèutic (decisions compartides)	Apoderament	Procés	91,67	5,55	0,694
*Inclusió social/laboral/acadèmica en persones amb trastorns de salut mental i addiccions	Atenció centrada en la persona	Resultats	91,63	5,60	0,654
*Accés directe en situació de crisi	Accessibilitat	Procés	90,58	5,48	0,746
*Pla (individual) d'atenció compartit	Coordinació assistencial	Procés	90,32	5,51	0,794
*Complexitat en salut mental i addiccions	Atenció centrada en la persona	Resultats	90,28	5,44	0,720
*Qualitat de vida relacionada amb la salut	Atenció centrada en la persona	Resultats	90,28	5,44	0,679
*Informació i comunicació amb els professionals de salut mental i addiccions	Apoderament	Procés	89,77	5,45	0,753
*Suport a familiars/persones cuidadores	Atenció centrada en la persona	Procés	89,77	5,40	0,742
*Temps d'espera fins a la primera visita general (metge o altres professionals) o visita urgent/semiurgent en salut mental i addiccions (llista d'espera)	Accessibilitat	Procés	89,47	5,38	0,785
*Qualitat de vida professional global	Orientació als professionals	Procés	89,30	5,32	0,887
*Suport social i familiar	Atenció centrada en la persona	Estructura	88,43	5,44	0,799
*Professionals de diferents perfils que treballen en salut mental i addiccions	Accessibilitat	Estructura	88,05	5,32	0,812
*Professional referent	Coordinació assistencial	Procés	87,61	5,33	0,797
*Adherència al tractament/seguiment assistencial	Efectivitat	Resultats	87,50	5,27	0,838
*Experiència de l'atenció percebuda per la persona o pacient (PREM)	Atenció centrada en la persona	Resultats	87,04	5,30	0,738

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Consens (%)	Mitjana	DE
*Atenció domiciliar compartida	Atenció centrada en la persona	Procés	87,04	5,28	0,776
*Seguiment a persones amb temptativa/ideació suïcida	Accessibilitat	Procés	87,00	5,47	0,793
*Funcionalitat o capacitat funcional	Efectivitat	Resultats	86,57	5,25	0,719
*Sobrecàrrega del/de la cuidador/a	Atenció centrada en la persona	Resultats	85,65	5,19	0,803
Mortalitat per suïcidi	Efectivitat	Resultats	84,26	5,32	0,833
Penetració (capacitat de resolució) dels diferents dispositius/unitats assistencials de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	84,23	5,17	0,879
Periodicitat i manteniment del seguiment (temps entre visites, nombre visites, etc.)	Coordinació assistencial	Procés	83,78	5,18	0,773
Temps d'espera fins a l'hospitalització (programada) als dispositius o unitats assistencials de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	83,48	5,17	0,832
Satisfacció manifestada pels usuaris	Satisfacció	Resultats	83,33	5,21	0,784
Suport dels directius	Orientació als professionals	Procés	82,33	5,21	0,975
Derivacions o interconsultes a l'atenció especialitzada en salut mental i addiccions des de l'atenció primària o altres àmbits i a la inversa	Coordinació assistencial	Procés	82,19	5,15	0,818
Motivació intrínseca dels/de les professionals	Orientació als professionals	Procés	79,91	5,11	0,865
Beneficis i ajuts per a les persones amb discapacitat en salut mental i addiccions	Coordinació assistencial	Estructura	79,82	5,14	0,887
Primeres visites als centres ambulatoris de salut mental i addiccions (incidència atesa)	Accessibilitat	Procés	77,19	4,92	0,822
Temptatives de suïcidi	Efectivitat	Resultats	76,74	5,07	0,837
Motivació de les persones/pacients pel canvi	Atenció centrada en la persona	Procés	73,49	5,00	0,998
Reingressos hospitalaris o en dispositius/unitats assistencials de salut mental i addiccions	Efectivitat	Resultats	70,97	4,87	0,847
Llits/places per salut mental i addiccions disponibles als diferents dispositius/unitats/centres assistencials	Accessibilitat	Estructura	68,91	4,86	0,975
Campanyes de promoció (educació, sensibilització, etc.) i prevenció en salut mental y addiccions	Atenció centrada en la persona	Procés	67,13	4,95	0,999
Polimediació o polifarmàcia	Seguretat	Resultats	67,13	4,88	0,860
Autolesions (garantir la seguretat del pacient)	Efectivitat	Resultats	67,13	4,75	0,885
Fidelitat	Satisfacció	Resultats	65,89	4,77	0,910
Visites als centres ambulatoris de salut mental i addiccions (prevalença atesa)	Accessibilitat	Procés	64,91	4,74	0,844
Pressió d'urgències de l'hospitalització d'aguts/subaguts	Coordinació assistencial	Resultats	64,06	4,71	0,916
Iatrogènia per psicofàrmacs	Seguretat	Resultats	63,89	4,87	0,911
Hospitalitzacions als dispositius o unitats assistencials de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Resultats	61,16	4,63	0,981

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Consens (%)	Mitjana	DE
Rotació de professionals	Atenció centrada en la persona	Procés	61,11	4,72	0,948
Persones en dispositius/unitats de reducció de danys (REDAN) que transicionen a programes de tractament	Efectivitat	Procés	56,13	4,60	0,857
Contactes al carrer de persones amb problemes de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	54,71	4,60	0,963
Demandes del lloc de treball	Orientació als professionals	Procés	53,74	4,60	1,001
Mortalitat per reacció aguda adversa a drogues	Efectivitat	Resultats	50,70	4,51	0,971
Incompareixença dels pacients a les visites o prestacions programades en centres de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	49,56	4,46	0,990
Baixes laborals de persones per problemes de salut mental i addiccions	Efectivitat	Resultats	48,15	4,49	0,983
Despesa pública de medicació per a salut mental i addiccions	Eficiència	Resultats	47,44	4,52	1,067
Temps d'estada (als diferents dispositius/unitats assistencials)	Eficiència	Procés	46,76	4,44	0,996
Cribatge de malalties infeccioses (hepatitis C, SIDA, tuberculosi) en població atesa en centres de salut mental i addiccions	Efectivitat	Procés	43,72	4,38	0,997
Medicaments sense valor terapèutic afegit	Eficiència	Procés	38,50	4,15	1,146

Els indicadors es presenten endreçats de major a menor puntuació obtinguda. Els indicadors prioritzats estan marcats amb un asterisc. DE: Desviació estàndard

## Comentaris recollits durant el consens

### Comentaris sobre el indicadors avaluats

Es van recollir diversos comentaris globals així com dirigits a indicadors concrets. En general, es va expressar certa preocupació a l'hora d'obtenir les dades per a alguns dels indicadors plantejats i la necessitat d'especificar amb més detall de quina manera es podria obtenir aquesta informació. També es va plantejar la necessitat de clarificar i concretar algunes de les seves definicions per tal de poder fer una valoració més precisa i robusta. Es van trobar a faltar indicadors específics de l'àmbit social i es va expressar el possible biaix cap a l'àmbit de salut, així com indicadors que fessin referència al grau d'integració del programa/intervenció.

Es destaquen comentaris en relació a la necessitat de disposar de més indicadors de salut mental en l'atenció primària, remarcant la importància de la detecció i intervenció precoç per disminuir la cronificació. Alguns participants apuntaven que cal dotar els equips amb professionals preparats i espais a l'agenda per a l'atenció a la crisi i per fer coordinacions amb altres recursos. També es va destacar la necessitat de reduir la rotació de professionals per augmentar la continuïtat assistencial, avaluant indicadors relatius a l'ambient laboral o retribucions, així com la necessitat de millorar el contacte i l'accés al sistema de col·lectius vulnerables, especialment les persones sense llar.



Finalment, es van proposar indicadors per a mesurar la durada de les visites, el temps d'espera entre visites successives i la freqüència de les visites per professional, així com el temps d'espera per a ingressos programats.

## **Comentaris generals**

De forma més general, es va indicar la necessitat i la pertinència d'avaluar i monitorar la qualitat de l'atenció que reben les persones amb trastorns de SMiA per a aconseguir una millora en l'atenció, en els seus tractaments i en la seva qualitat de vida. També es va expressar la necessitat de disposar d'una definició específica d'atenció integrada en salut mental i addiccions.

# Conclusions

---

En el marc del projecte de recerca “Evaluación de la atención sanitaria y social en Salud Mental y Drogodependencias. Subproyecto evaluativo de la atención integrada en personas con trastornos mentales graves” (PI19/01119), durant 2022 es va dur a terme un procés de consens per identificar els indicadors més adequats per a l’avaluació de l’atenció integrada en SMiA.

En l’exercici va participar un nombre elevat de professionals de diferents àmbits i regions, essent més representats els especialitzats en Salut Mental i el territori corresponent a l’àrea metropolitana de Barcelona. Gairebé tots els indicadors avaluats van generar comentaris de debat, i l’elevada participació en els mateixos fa palès l’interès que genera aquesta temàtica.

L’exercici va permetre prioritzar un nombre considerable d’indicadors, doncs aproximadament la meitat dels 60 proposats es van considerar crucials, tot i haver establert uns criteris de consens restrictius (estudis de consens similars estableixen el consens quan el 70 o 75% de les puntuacions es troben en els valors més elevats, front al mínim del 85% emprat en aquest estudi). Aquest fet mostra la rellevància d’un gran nombre d’aspectes a tenir en compte en l’avaluació de l’atenció integrada, a més dels seleccionats.

A la següent fase del projecte s’operacionalitzaran els indicadors per tal de permetre la seva mesura, sobretot aquells indicadors de caire més conceptual i que són menys específics, i s’establiran els estàndards d’acompliment. En segon lloc caldrà explorar les possibilitats de calcular-los amb les dades disponibles als sistemes d’informació. En cas que no puguin ser calculats amb les dades actualment disponibles s’identificarà la informació que caldria recollir per poder implementar aquests indicadors en un horitzó proper, i s’aproximarà aquest càlcul amb les diferents opcions que els sistemes d’informació ofereixin a dia d’avui. Durant l’operativització es tindran en compte les singularitats en l’atenció als diferents grups poblacionals, com la població infanto-juvenil o la gent gran, així com la seva adaptació a poblacions vulnerables, com ara els menors tutelats, persones internes en centres penitenciaris, casos en que hi hagi implicada violència domèstica o persones migrants.

Cal tenir en compte que, en molts casos, els indicadors prioritzats estaven relacionats amb aspectes complexos de l’atenció poc estudiats o que no es monitoritzen de manera rutinària, com ara la coordinació amb serveis socials i la continuïtat assistencial, en ser un sistema d’atenció predominantment fragmentat i que a Catalunya depèn de Conselleries diferents. De forma que, actualment, disposar de sistemes d’informació unificats i compartits encara no és una realitat al nostre sistema, un aspecte valorat com a crucial per a la l’atenció integrada durant el nostre procés. Això dificulta la implementació d’aquests indicadors i suggereix que aquest exercici de consens també ajudarà a posar de relleu quines necessitats i mancances es troben actualment els professionals per aconseguir realitzar una integració de l’atenció real i de qualitat.

Quant als debats generats durant el consens, es va remarcar un aspecte relacionat amb la integració vertical sanitària, com és la necessitat de tenir en compte l’activitat que es du a terme en l’atenció primària, doncs aquesta té un rol rellevant en l’atenció a la salut mental. Per una banda, i en el marc del programa de col·laboració entre salut mental i addiccions i l’atenció primària i comunitària (Enfedaque, 2023), als centres d’atenció primària s’atén la

patologia més lleu de forma conjunta amb especialistes dels centres de salut mental. Per l'altra, donat l'elevat nombre de persones que es visiten a l'atenció primària, aquesta té un paper molt important en la detecció de patologies de salut mental, fet que facilita la intervenció precoç. Caldria doncs incorporar indicadors relatius a l'activitat de l'atenció primària en salut mental, quant a visites, coordinacions o derivacions fetes a altres recursos o àmbits per una major integració de l'atenció. Finalment, aquests comentaris ajudaran a la operativització dels indicadors en la següent fase del projecte.

Quant a les limitacions del present estudi, cal recalcar que tot i que es van incloure indicadors relatius a l'àmbit social, predominaven els relatius a l'àmbit sanitari, essent aquest un biaix de l'estudi. Aquest fet és degut a una major representació d'indicadors en la literatura. No obstant, caldrà explorar més indicadors de l'àmbit social i d'altres (com ara de serveis socials, justícia, educació, habitatge).

D'altra banda, el desigual grau de concreció en la definició d'alguns dels ítems valorats (indicadors o conceptes d'indicadors) ha pogut afegir un biaix cap a aquells indicadors més concrets, tot i que és un aspecte que caldria estudiar en major profunditat. .

A més, cal tenir en compte la sobre representació de professionals de l'àrea metropolitana de Barcelona i la distribució desigual de perfils professionals. Aquests aspectes, en conjunt amb la infra representació d'indicadors de l'àmbit social i de l'atenció primària, també poden haver afegit cert biaix als resultats.

No obstant, aquest exercici ha permès identificar aspectes rellevants i mancances dels sistema per aconseguir una major integració de l'atenció en SMiA.

De cara a la continuïtat del projecte, per la implementació del model avaluat, a banda de la operativització dels indicadors, cal identificar quins programes d'atenció integrada s'implementen actualment a Catalunya i comparar les àrees territorials en les que operen models integrats amb aquelles que no en tenen. S'espera que el resultat de la implementació d'aquest model permetin detectar els punts forts i les àrees de millora del model d'avaluació, essent un dels objectius finals de l'estudi identificar aquelles pràctiques i característiques que puguin explicar un millor compliment dels programes avaluats en termes de qualitat assistencial. D'aquesta manera es contribuirà a la millora del programes amb un compliment menys bo i a l'escalabilitat en el territori de les millors iniciatives.

# Annexos

## Annex 1. Llistat d'indicadors (o conceptes d'indicadors) proposats i definició

Els indicadors prioritzats es mostren **en negreta**.

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
<b>Professionals de diferents perfils que treballen en salut mental i addiccions</b>	Accessibilitat	Estructura	Es pot calcular de forma global o per a perfils professionals específics com FTE -equivalent a temps complet- (per ex. per a infermeres, psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials, terapeuta ocupacional, educador social, etc.) en relació amb el nombre d'habitants.
Llits/places per salut mental i addiccions disponibles als diferents dispositius/unitats/centres assistencials	Accessibilitat	Estructura	Es pot calcular de forma global o per a recursos específics (per ex. ambulatoris, hospitals generals d'aguts, centres de crònics, Unitats de Mitja Estada de Psicogeriatria (UMEP), dispositius residencials comunitaris, hospitals psiquiàtrics, unitats d'hospitalització psiquiàtrica de base comunitària, centres o hospitals de dia, equips mòbils, etc.) en relació amb el nombre d'habitants. També pot ser d'interès la seva localització geogràfica per analitzar la disponibilitat al territori (informa de l'accés equitatiu als recursos -en funció de les necessitats i segons l'àrea de residència).
<b>Temps d'espera fins a la primera visita general (metge o altres professionals) o visita urgent/semiurgent en salut mental i addiccions (llista d'espera)</b>	Accessibilitat	Procés	Es pot calcular com a nombre de pacients en espera, temps de resolució, temps de demora o temps d'espera per a la primera visita general o per a visita urgent/semi-urgent als dispositius/unitats/centres assistencials de salut mental i addiccions. Si es disposa d'informació sobre temps d'espera es pot preguntar a les persones sobre l'adequació del temps d'espera. Temps mitjà de resolució de la llista d'espera: temps necessari per absorbir la llista d'espera d'acord a la capacitat productiva dels centres, corresponent a l'activitat anterior. . Temps mitjà/mediana de demora de la llista d'espera: és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista porten esperant en un moment determinat. Temps mitjà/mediana d'espera: és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients visitats han hagut d'esperar.
Incompareixença dels pacients a les visites o prestacions programades en centres de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	Visites o prestacions programades i no realitzades. També pot ser interessant calcular les reprogramacions de visites com a indicador indirecte.
Visites als centres ambulatoris de salut mental i addiccions (prevalença atesa)	Accessibilitat	Procés	Es pot calcular com a nombre de visites (contactes) de forma global (incloent-hi tot tipus de visites i professionals: primeres visites, de seguiment, domiciliàries, en crisi no programades, de treball social, de tractament familiar, d'infermeria, de psicoteràpia individual, per proves complementàries, per psicoteràpia grupal, etc.) o per a recursos específics. Es pot calcular en global o per a un mateix pacient (per ex. mitjana de visites per pacient als centres de salut mental i addiccions). També es pot calcular com a prevalença atesa (persones com a unitat d'anàlisi): persones ateses en relació amb el nombre d'habitants durant un any d'anàlisi, per exemple.

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
Primeres visites als centres ambulatoris de salut mental i addiccions (incidència atesa)	Accessibilitat	Procés	Raó entre primera visita i visites totals o les de seguiment, o percentatge de primeres visites en relació amb el total de població atesa l'any anterior. Es podrien calcular també les visites de reinici de tractament per recaiguda. També es pot calcular com a incidència atesa (persones com a unitat d'anàlisi): percentatge de població atesa d'un centre que no ha estat atesa l'any anterior a cap centre de salut mental. Pot ser interessant calcular la proporció de pacients nous que té un centre per valorar quina accessibilitat tenen davant de nous casos. Complementàriament podria ser interessant conèixer els pacients en seguiment (per ex. percentatge de pacients que es visitaven l'any anterior i han continuat visitant-se durant l'any d'estudi).
Hospitalitzacions als dispositius o unitats assistencials de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Resultats	Hospitalitzacions que han estat donades d'alta per part d'hospitals monogràfics psiquiàtrics o d'hospitals amb diagnòstic de salut mental (inclou centres d'aguts, subaguts, hospitals de dia, hospitalització domiciliària). Es pot calcular segons el tipus d'ingrés (percentatge d'ingressos urgents o programats). Es pot calcular globalment o per a un mateix pacient. Es pot calcular per a dispositius/unitats específiques com les Unitats de Mitja Estada de Psicogeriatría (UMEP).
Temps d'espera fins a l'hospitalització (programada) als dispositius o unitats assistencials de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	Es pot calcular com a nombre de pacients en espera, temps de resolució, temps de demora o temps d'espera per a l'hospitalització (programada) als dispositius o unitats assistencials de salut mental i addiccions. Aquest indicador reflectiria indirectament la càrrega que pot suposar l'atenció dels pacients en espera per als serveis extrahospitalaris (atenció primària i comunitària, especialitzada ambulatoria, etc.). Si no disposeu d'informació sobre temps d'espera es pot preguntar a les persones sobre l'adequació del temps d'espera. Temps mitjà de resolució de la llista d'espera: temps necessari per absorbir la llista d'espera d'acord a la capacitat productiva dels centres, corresponent a l'activitat anterior. Temps mitjà/mediana de demora de la llista d'espera: és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients inclosos a la llista porten esperant en un moment determinat. Temps mitjà/mediana d'espera: és la mitjana/mediana de mesos o dies que els pacients visitats han hagut d'esperar.
Penetració (capacitat de resolució) dels diferents dispositius/unitats assistencials de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	Índex de resolució o penetració a nivell territorial –territorialització– (percentatge de casos de residents en un territori determinat que són atesos en recursos d'aquest mateix territori o capacitat dels hospitals per captar la demanda realitzada per la població del seu territori de referència).
<b>Recursos i serveis comunitaris de salut mental i addiccions</b>	Accessibilitat	Estructura	Disponibilitat de recursos (equips, serveis, programes, etc.) d'atenció comunitària que busquen l'apoderament de les persones ateses i la seva recuperació, fomentant processos de treball que permetin, novament, la seva vinculació i integració a la comunitat. Exemples: Pla de serveis individualitzats (PSI), Programa de continuïtat assistencial (PCA), Equips de suport comunitaris i domiciliaris, Serveis de rehabilitació comunitària, Servei d'inserció laboral, Servei prelaboral, Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut (referent de benestar emocional comunitari), Club social, Llars de suport, etc. També recursos com associacions de malalts, associacions de familiars, taules de salut mental i addiccions, grups d'ajuda mútua, etc. Es pot calcular de manera global o per a recursos específics en relació amb el nombre d'habitants.

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
<b>Rehabilitació psicosocial per a la integració plena a la comunitat</b>	Accessibilitat	Estructura	Disponibilitat de rehabilitació psicosocial (conjunt d'intervencions i suports l'objectiu essencial dels quals és ajudar la persona a recuperar o adquirir les capacitats i habilitats necessàries per al desenvolupament d'una vida quotidiana en comunitat de la manera més autònoma i digna, així com en l'exercici i maneig de les diferents funcions socials i demandes que suposa viure, treballar i relacionar-se). Per exemple, existència de centres de rehabilitació comunitària o de programes de rehabilitació comunitària.
<b>Accés directe en situació de crisi</b>	Accessibilitat	Procés	Possibilitat de poder accedir a algun recurs o servei especialitzat ambulatori d'atenció mental i addiccions de forma directa (sense cita prèvia)
<b>Seguiment a persones amb temptativa/ideació suïcida</b>	Accessibilitat	Procés	Còmput de les visites o contactes previs i posteriors com a mesura de seguiment a persones que expressin ideació o facin alguna temptativa suïcida.
<b>Detecció precoç de problemes de salut mental i addiccions a nivell individual en atenció primària, atenció primària especialitzada i/o comunitària</b>	Accessibilitat	Procés	Per exemple, el cribatge del consum d'alcohol, de la violència contra la dona, etc.
Contactes al carrer de persones amb problemes de salut mental i addiccions	Accessibilitat	Procés	Còmput de contactes al carrer de persones amb problemes de salut mental i addiccions (ja sigui des dels serveis sanitaris, socials, policials, etc.)
Periodicitat i manteniment del seguiment (temps entre visites, nombre visites, etc.)	Coordinació assistencial	Procés	Temps transcorregut entre visites consecutives per al seguiment de la persona o també es pot calcular com a nombre de visites de seguiment per persona. Es pot calcular globalment per a determinats subgrups d'interès.
<b>Continuïtat de l'atenció a les transicions entre dispositius/unitats/nivells assistencials</b>	Coordinació assistencial	Procés	Seguiment de l'assistència entre diferents dispositius/unitats/nivells assistencials (per ex. a través de la valoració que fan els pacients -o la seva família/cuidadors- de la comprensió de tot el que han de fer quan marxen de l'hospital -on han d'anar, quan o com cal prendre els medicaments, etc.-). També es pot valorar mitjançant indicadors que capturin per ex. si hi ha seguiment ambulatori oportú després d'una hospitalització, o després de ser visitats a urgències.
Derivacions o interconsultes a l'atenció especialitzada en salut mental i addiccions des de l'atenció primària o altres àmbits i a la inversa	Coordinació assistencial	Procés	Es pot calcular el nombre de pacients procedents de diferents recursos (atenció primària, atenció hospitalària, presó, altres centres d'atenció sanitària i/o social, agents comunitaris, escola, etc.) que es deriven a l'atenció especialitzada en salut mental i addiccions, o a la inversa. També s'hi inclou el nombre d'interconsultes que diferents serveis/recursos realitzen a l'equip de salut mental i addiccions o a la inversa.
Pressió d'urgències de l'hospitalització d'aguts/subaguts	Coordinació assistencial	Resultats	Percentatge anual d'hospitalitzacions urgents. És un indicador que mesura el percentatge de pacients que han ingressat a l'hospital de manera no programada. S'espera que una bona coordinació entre atenció especialitzada i atenció primària reduiria la pressió d'urgències i, per tant, l'hospital tindria més disponibilitat de recursos per a activitat programada i més adequada.

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
Beneficis i ajuts per a les persones amb discapacitat en salut mental i addiccions	Coordinació assistencial	Estructura	Obtenció dels recursos socials que proporcionen els serveis públics a les persones amb discapacitat, en aquest cas per malaltia mental i addiccions. Inclou, entre d'altres, els beneficis relacionats amb el transport, l'ocupació, els beneficis fiscals i les prestacions econòmiques (jubilació, pensió d'invalidesa no contributiva, subsidis econòmics, pensions d'incapacitat permanent, etc.). Es pot calcular com el percentatge de persones que reben aquests beneficis o ajuts, o el percentatge de persones que compleixen les condicions però no ho han sol·licitat o estan en espera, etc. Pot ser interessant el càlcul segons perfils gravetat o grau de discapacitat.
<b>Avaluació integral</b>	Coordinació assistencial	Procés	Avaluació multidimensional (biopsicosocial i funcional) que permet identificar i prioritzar de manera oportuna problemes i necessitats de la persona per tal d'elaborar un pla de tractament i seguiment oportú. Aquesta valoració se sol fer (i és recomanable) a través d'instruments estandarditzats i validats que permeten identificar a qualsevol nivell d'atenció les necessitats del pacient.
<b>Pla (individual) d'atenció compartit</b>	Coordinació assistencial	Procés	Realització d'un document o projecte ordenat d'atenció social o sanitària d'una persona que recull els objectius, les activitats, les tasques, els recursos, les prestacions, les responsabilitats, la temporització i els mecanismes de seguiment acordats entre la persona atesa i el seu entorn amb els professionals que l'atenen amb la finalitat de respondre de manera proactiva a les necessitats identificades de forma prioritària.
<b>Coordinació amb serveis socials o altres recursos (habitatge, educació, justícia, etc.)</b>	Coordinació assistencial	Procés	Valoració de la coordinació interdisciplinària, interdispositiu i interdepartamental, del treball en xarxa per donar resposta a les necessitats de salut i psicosocials (habitatge, alimentació, treball, ingressos, activitats comunitàries, etc.). Significa tenir coordinació amb el territori i uns coneixements significatius de la xarxa, els seus recursos i diferents circuits existents en funció del perfil de les persones ateses.
<b>Sistemes d'informació integrats i/o accessibles pels diferents perfils professionals</b>	Coordinació assistencial	Estructura	
<b>Professional referent</b>	Coordinació assistencial	Procés	Disposar d'un professional de referència encarregat del procés de gestió assistencial d'una persona (generalment amb necessitats complexes) que garanteix l'exercici de les actuacions previstes al pla d'atenció compartit.
Cribatge de malalties infeccioses (hepatitis C, SIDA, tuberculosi) en població atesa en centres de salut mental i addiccions	Efectivitat	Procés	
Persones en dispositius/unitats de reducció de danys (REDAN) que transicionen a programes de tractament	Efectivitat	Procés	Es pot calcular com el nombre de persones que transicionen cap a l'abstinència o també es pot mesurar com aquells/es que romanen en ambdós programes (REDAN i tractament). Es pot calcular com el nombre de persones que transicionen cap a l'abstinència o també es pot mesurar com aquells/es que romanen en ambdós programes (REDAN i tractament)
Reingressos hospitalaris o en dispositius/unitats assistencials de salut mental i addiccions	Efectivitat	Resultats	Es pot calcular com a percentatge d'altres per reingrés (no programat) d'usuaris per qualsevol diagnòstic de salut mental o per un procés relacionat (mateixa malaltia de base) amb la seva alta anterior (altres no voluntàries) a qualsevol hospital monogràfic psiquiàtric o un altre (inclou centres d'aguts, subaguts, hospitals de dia, hospitalització domiciliària), per ex. els 30/90 dies següents des del primer ingrés.

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
Mortalitat per reacció aguda adversa a drogues	Efectivitat	Resultats	Mesura d'aquelles causes de mort ben definides per als quals la relació entre el consum de substàncies i la mort es pugui establir amb una validesa raonable (per exemple, en les morts per reacció aguda després del consum d'aquestes substàncies -sobredosi-). entre el consum de substàncies i la mort es pugui establir amb una validesa raonable (per exemple, en les morts per reacció aguda després del consum d'aquestes substàncies -sobredosi-). Es tracta de les morts judicials en què s'ha fet una autòpsia i s'ha comprovat que la causa de la mort ha estat una sobredosi per substàncies psicoactives.
Mortalitat per suïcidi	Efectivitat	Resultats	Es pot calcular com a taxa de mortalitat per suïcidi global o per grups d'edat (per exemple, població de 15 a 24 anys).
<b>Funcionalitat o capacitat funcional</b>	Efectivitat	Resultats	La capacitat funcional sol avaluar-se a través del grau d'autonomia que es posseeix per realitzar una sèrie d'activitats quotidianes relacionades amb la cura personal o les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i altres de maneig de l'entorn o activitats instrumentals de la vida diària ( AIVD). Es pot calcular per a un determinat grau funcionalitat/discapacitat (per ex. severitat de dependència). Es podria calcular com l'avaluació o no de la funcionalitat, com el resultat d'aquesta avaluació a través d'instruments estandarditzats i validats en determinats moments de l'atenció o de forma continuada per veure l'evolució.
Autolesions (garantir la seguretat del pacient)	Efectivitat	Resultats	Mesurament de les autolesions (també anomenades autoagressions o automutilacions) que es produeixen en una població determinada o grup de pacients, que és quan una persona es fa mal a si mateixa a propòsit. Tot i que les lesions poden ser menors, de vegades poden ser greus i es podria mesurar en funció d'això.
Temptatives de suïcidi	Efectivitat	Resultats	Còmput de les temptatives o intents de suïcidi, que es caracteritzen per: a) la persona manifesta conductes autoinduides de possible dany, b) l'individu expressa la intenció de morir i c) l'intent no té un resultat fatal. Sinònims: gest suïcida, suïcidi aparent, temptativa de suïcidi, intent d'autolisi, intent de suïcidi.
Baixes laborals de persones per problemes de salut mental i addiccions	Efectivitat	Resultats	Mesurament de l'absentisme laboral per incapacitat laboral transitòria o permanent. Una incapacitat laboral es produeix quan un empleat no pot fer les seves activitats laborals per raons de salut per certificació d'un metge.
<b>Adherència al tractament/seguiment assistencial</b>	Efectivitat	Resultats	Grau en què el comportament d'una persona es correspon amb les recomanacions acordades amb els professionals sanitaris (inclou prendre els medicaments, seguir un règim alimentari, modificar l'estil de vida, com a assistència a cites programades, participació en programes de salut, cerca de cures , etc.).
Iatrogènia per psicofàrmacs	Seguretat	Resultats	Mesura dels efectes nocius o adversos que pateix una persona per culpa del tractament, en aquest cas per la presa de psicofàrmacs pel seu problema de salut mental i/o addicció. Els psicofàrmacs poden produir efectes adversos relacionats amb danys cerebrals (deteriorament cognitiu), problemes motors, cardiovasculars i metabòlics, depenent del temps de consum, fàrmac i dosi.
Polimediació o polifarmàcia	Seguretat	Resultats	Persones que prenen diversos principis actius diferents per problemes de salut mental i addicció (generalment es consideren durant un període de més de 6 mesos). Es pot calcular com a percentatge d'usuaris amb problemes crònics a diferents estrats de medicació, per exemple: 3 o més antipsicòtics o psicofàrmacs; fins a 5 medicaments, més de 5 i menys de 10 (6-9), de 10 a 17 i 18 o més medicaments.



Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
Temps d'estada (als diferents dispositius/unitats assistencials)	Eficiència	Procés	Es pot calcular com a estada o durada mitjana o com a estades superiors a un determinat nombre de dies sobre el total d'altres (per ex. 1 dia, 30 dies, o per a punts de tall que determinin ingressos de llarga estada en salut mental i addiccions). Es pot calcular per als diferents dispositius/unitats assistencials (hospitalàries i no hospitalàries: inclou hospitals monogràfics psiquiàtrics o altres (centres d'aguts, subaguts, hospitals de dia, hospitalització domiciliària).
Despesa pública de medicació per a salut mental i addiccions	Eficiència	Resultats	Despesa pública en medicació dispensada per problemes de salut mental i addiccions. Es pot calcular de manera global, per patologies o grups de patologia, per estada en algun dels dispositius/unitats assistencials de salut mental i addiccions. Es pot calcular també per pacient (per ex. cost per pacient tractat amb antipsicòtics, amb antidepressius) o per DDD -dosi diària definida- (per ex. cost per DDD d'antipsicòtics, cost per DDD d'atomoxetina i metilfenidat, cost per DDD de antidepressius)
Medicaments sense valor terapèutic afegit	Eficiència	Procés	Utilització de medicaments sense valor terapèutic afegit amb alternatives terapèutiques més adequades (es busca promoure la incorporació de les veritables innovacions terapèutiques que aportin valor afegit pel que fa a les alternatives ja disponibles). S'utilitza com a unitat de mesura el nombre d'envasos. Es pot calcular com a percentatge d'envasos d'especialitats farmacèutiques prescrits de nous medicaments amb valor afegit limitat sobre el total d'envasos d'especialitats farmacèutiques prescrits en salut mental i addiccions. Es pot calcular de manera global o per als diferents dispositius/unitats assistencials (per ex. prescripció des de l'hospital en receptes a l'alta, urgències o consultes externes).
<b>Informació i comunicació amb els professionals de salut mental i addiccions</b>	Apoderament	Procés	Valoració de la comunicació, tant verbal com escrita, que estableixen els professionals amb el pacient i la família/cuidadors, incloent l'escolta activa, possibilitat de preguntar, comunicació fluida, etc. (per ex. a través de la valoració que fan els pacients de les explicacions que els van donar sobre el seu problema de salut o la seva malaltia, o si la informació que els van donar els diferents professionals sobre el seu problema de salut era coherent i rellevant per a ells, si van poder expressar totes les inquietuds i preguntar, etc.).
<b>Participació i implicació en el procés d'atenció i/o terapèutic (decisions compartides)</b>	Apoderament	Procés	Valoració de la participació i la implicació del pacient en el procés assistencial. Es considera que hi ha decisions compartides entre les persones ateses i els professionals en salut quan es produeix un diàleg en què la persona acorda amb el professional sanitari, el tractament, maneig o estil de vida més adequat davant un problema que afecta la seva salut.
Satisfacció manifestada pels usuaris	Satisfacció	Resultats	Valoració de la satisfacció manifestada pels usuaris. Un indicador és l'Índex de satisfacció global amb els serveis de salut mental i addiccions (per ex. calculant la puntuació mitjana de les enquestes de la satisfacció percebuda pels usuaris dels serveis a una escala del 0 al 10). Es pot valorar de forma global, per a episodis d'atenció concrets (per ex. atenció urgent), per a l'atenció a problemes específics o grups de trastorns, etc.
Fidelitat	Satisfacció	Resultats	Disposició que manifesten els usuaris d'un servei a utilitzar, de nou, el mateix proveïdor o centre on ja han estat atesos (en cas que poguessin triar-lo). Un indicador és l'Índex de fidelitat als serveis sanitaris (per ex. calculat com a percentatge de persones que, si el poguessin escollir, tornarien a utilitzar el mateix centre d'atenció del que han estat usuaris).

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
<b>Suport social i familiar</b>	Atenció centrada en la persona	Estructura	Valoració del suport social i familiar que reben les persones amb algun trastorn de salut mental i/o addicció. Les xarxes de suport familiar i social constitueixen una font de recursos materials, afectius, psicològics i de serveis, que es poden posar a disposició per fer front a una situació de risc que es presenti a la llar per un problema de salut mental i/o addicció).
<b>Qualitat de vida relacionada amb la salut</b>	Atenció centrada en la persona	Resultats	La Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut es refereix a l'avaluació subjectiva de les influències de l'estat de salut actual, les cures sanitàries, i la prevenció i promoció de la salut sobre la capacitat de l'individu per assolir i mantenir un nivell global de funcionament que permet seguir les activitats que són importants per a l'individu i que afecten el seu estat general de benestar. Les dimensions que són importants per a mesurar-la són: el funcionament social, físic, i cognitiu; la mobilitat i la cura personal; i el benestar emocional.
<b>Atenció domiciliaria compartida</b>	Atenció centrada en la persona	Procés	Disponibilitat d'Atenció Domiciliària compartida en què intervenen conjuntament professionals de diversos àmbits i nivells d'atenció, que comparteixen informació i objectius i, si escau, prenen decisions de forma conjunta, per garantir l'atenció integral i integrada al domicili amb l'objectiu de mantenir la persona al seu entorn habitual i aconseguir, així, el seu nivell màxim de salut, qualitat de vida, benestar i autonomia.
Rotació de professionals	Atenció centrada en la persona	Procés	Es pot determinar mitjançant l'índex de rotació de personal que mesura la relació entre les persones que s'incorporen a l'equip i els que marxen, és a dir, el percentatge d'altres i baixes en relació amb el nombre d'empleats en un període temporal determinat. Es pot calcular de manera global, per a un determinat equip de professionals o per a una posició de treball específica.
<b>Experiència de l'atenció percebuda per la persona o pacient (PREM)</b>	Atenció centrada en la persona	Resultats	El mesurament de l'experiència percebuda per la persona/pacient o PREM (per les sigles en anglès <i>-Patient Reported Experiences Measures-</i> ) tracta de recollir la percepció dels usuaris durant el recorregut per l'assistència sanitària. S'utilitzen eines validades psicomètricament (per exemple, qüestionaris) per capturar les interaccions dels pacients amb els sistemes d'atenció i el grau en què se'n satisfan les necessitats. Els PREM estan dissenyats per determinar si els pacients han experimentat certs processos d'atenció en lloc de la seva satisfacció amb l'atenció rebuda.
Campanyes de promoció (educació, sensibilització, ...) i prevenció en salut mental y addiccions	Atenció centrada en la persona	Procés	Existència de campanyes per informar, visibilitzar i sensibilitzar sobre les malalties mentals; conscienciar la població general sobre els problemes de salut mental i addiccions, comprendre en què consisteixen, què fer, com prevenir, etc. S'informa de conductes de risc (consum d'alcohol, cànnabis, etc.), es convida a cuidar la ment igual que cuidem el cos, mantenir hàbits de vida saludable, així com evitar la por i el prejudici sobre la malaltia mental i/o addicció, etc. per tal de disminuir l'estigma que pateixen les persones amb problemes de salut mental i/o addicció fomentant el respecte dels drets i la dignitat.
<b>Sobrecàrrega del/de la cuidador/a</b>	Atenció centrada en la persona	Resultats	Valoració de la percepció que té el/la cuidador/a sobre l'impacte que pateix en els diferents aspectes de la seva vida, pel fet de tenir a càrrec seu un pacient amb algun trastorn o grau de discapacitat. L'impacte es refereix tant a la feina de cuidar com a les dificultats que ha de fer front en fer aquestes activitats.
<b>Suport a la cura i autonomia dels pacients quan les famílies/cuidadors no puguin fer-se càrrec</b>	Atenció centrada en la persona	Estructura	Disponibilitat d'aquest tipus de suport per part dels serveis públics.

Indicador (concepte d'indicador)	Dimensió	Enfoc	Definició
<b>Complexitat en salut mental i addiccions</b>	Atenció centrada en la persona	Resultats	Valoració de la complexitat de la persona incloent-hi diferents aspectes: des d'aquells lligats al diagnòstic psiquiàtric-addictiu (trastorn mental sever i/o trastorn addictiu sever, etc.*), i també d'altres: baixa funcionalitat, baix/nul suport social, conductes violentes repetides, sensellarisme, població vulnerabilitzada (treballadores sexuals, estrangers desplaçats sense domicili fix). * - Pateix dues o més de les patologies considerades cròniques en salut mental - Pateix alguna patologia crònica en salut mental i, almenys, alguna altra malaltia crònica - Pateix alguna de les patologies considerades cròniques en salut mental i alguna altra comorbiditat
Motivació de les persones/pacients pel canvi	Atenció centrada en la persona	Procés	Valoració de la probabilitat que una persona comenci, continuï i es mantingui en un procés de canvi. La motivació per al canvi preveu si s'aconseguirà o no el canvi.
<b>Inclusió social/laboral/acadèmica en persones amb trastorns de salut mental i addiccions</b>	Atenció centrada en la persona	Resultats	Grau d'inclusió social, laboral, acadèmica, etc. com a resultat de poder mantenir la persona activa socialment/laboralment/acadèmicament o per aconseguir la seva reinserció laboral o acadèmica.
<b>Suport a familiars/persones cuidadores</b>	Atenció centrada en la persona	Procés	Disponibilitat i/o ús d'assistències, serveis i recursos a les persones cuidadores (suport emocional, recursos "respir" -programes de descans familiar-, assistències a familiars en grup, orientació i formació, acompanyament individualitzat a les famílies i/o entorn cuidador, comunicació entre professionals i familiars, etc.). De forma específica, pot ser interessant el percentatge de pacients atesos en un centre de salut mental infantil i juvenil que han realitzat almenys una visita de tractament familiar durant el període analitzat.
Demandes del lloc de treball	Orientació als professionals	Procés	Percepció de demandes del lloc de treball incloent aspectes com pressions i ofecs per manca de temps per realitzar la feina, pressió rebuda per realitzar la quantitat de treball i mantenir la seva qualitat, estrès (esforç emocional), interrupcions molestes, quantitat de treball, conseqüències negatives per a la salut, manca de temps per a la vida personal, incomoditat física a la feina, conflictes amb altres persones del treball i càrrega de responsabilitat.
Motivació intrínseca dels/de les professionals	Orientació als professionals	Procés	Percepció de la motivació intrínseca incloent aspectes com sentir-se orgullós del treball, capacitat necessària per al treball actual, sentir-se capacitats per realitzar el treball actual, pensar que el treball és important per a la vida d'altres persones, ganes de ser creatiu, motivació (ganes de esforçar-se), suport de la família, claredat del treball a realitzar, satisfacció amb el tipus de treball i suport de l'equip, possibilitat de fer recerca/avaluació per a la millora (disponibilitat i accés a dades).
Suport dels directius	Orientació als professionals	Procés	Percepció del suport emocional que donen els directius, incloent aspectes com reconeixement de l'esforç, suport dels caps immediats, escolta activa, millora de la qualitat de vida del lloc de treball, rebre informació dels resultats del treball, possibilitat de ser creatiu, de promoció i expressar el que es pensa i necessita, tenir autonomia o llibertat de decisió, varietat a la feina, satisfacció amb el sou i suport dels seus companys.
<b>Qualitat de vida professional global</b>	Orientació als professionals	Procés	Satisfacció global dels professionals sobre la qualitat de vida professional al centre

## Annex 2. Llistat d'entitats convidades a participar en el consens

### Societats Científiques i Col·legis Professionals de Catalunya

Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

Societat Catalanoblear de Psicologia General Sanitària

Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica

Societat Catalana de Gestió Sanitària

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil

Societat Catalana de Qualitat Assistencial

Societat Catalanoblear de Psicologia General Sanitària

Societat Catalano-Blear d'Infermeria

Col·legi d'educadores i educadors socials de Catalunya

Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya

Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

## Institucions de referència de Catalunya

Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions

Associació de Salut Mental Horta i Guinardó

Associació AREP

Associació BCN Salut mental

Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)

Associació catalana de professionals de salut mental

Associació Centre Higiene Mental Nou Barris

Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya

ASSOCIACIÓ DE PROFESSIONALS DE LA INTEGRACIÓ SOCIAL A CATALUNYA

Badalona Serveis Assistencials

Complex Assistencial Benito Menni - Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Consorci Mar Parc Salut de Barcelona

Consorci Sanitari de Barcelona

Consorci Sanitari del Maresme

Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell

CPB – Serveis Salut Mental

Institut d'Assistència Sanitària

Grup ATRA

Som Via

Grup Sant Pere Claver

Hospital Clínic de Barcelona

Hospital Germans Trias i Pujol

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

## Societats Científiques, Col·legis Professionals i Institucions de referència del Sistema Nacional de Salut

Asociación Española de Trabajo Social y Salud

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Sociedad Española de Patología Dual

Sociedad Española de Psiquiatría

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Red Española de Atención Primaria

Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Asociación de Enfermería Comunitaria

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL)

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESM)

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Consejo General del Trabajo Social

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Servicio de Atención Integral a las Adicciones de Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental

# Bibliografia

---

- Bartroli M, Clotas C, Barbaglia G, Caballé M, Garrido A, Gotsens M, Pasarín M (Reds). Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2021.
- Chong R, Tan W-M, Wong L-M, Cheah J. Integrating mental health: the last frontier? Int J Integr Care. 2012;12(5):10 -2.
- Direcció General de Planificació en Salut. Estratègies 2017-2020 Pla director de salut mental i addiccions. 2017. Pla director de salut mental i addiccions: estratègies 2017-2020. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.
- Enfedaque B, Garcia O, Gil E, Ruiz R, Cid J, Lobo E, et al. Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salt. Generalitat de Catalunya; 2023.
- Espallargues M, Serra-Sutton V, Solans-Domènech M, Torrente E, Moharra M, Benítez D, Robles N, Domínguez L, Escarrabill Sanglès J. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el sistema nacional de salud. Rev Esp Salud Publica. 2016 Jul 7;90:e1-e16.
- Granados-Torres LM. Evaluación de la atención integrada en el ámbito de la salud mental. Tesina del Máster en Salud Pública UPF-UAB; 2018.
- GRICS-Equip investigador i Grup de Recerca en Interacció i Canvi Social. [Avaluació de l'atenció integrada en Salut Mental i Addiccions. Resultats qualitius: grups focals i entrevistes](#). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2022. Disponible a:
- Knapp M, Lemmi V. Mental health Book section. In: World scientific handbook of global Health economics and public policy: Health determinants and outcomes. 2016.
- Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de SA 2009.
- NIDA-National Institute on Drug Abuse; NIH-National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide (Third Edition), 2018.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017-2022 de la Central de Resultats. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007;370(9590):859-77.
- Ruiz Olabuénaga JI. Técnicas de triangulación y control de calidad en la investigación socioeducativa. Bilbao: Fundación Horreum Fundazioa : Mensajero; 2003.
- Salvador-Carulla L, Serrano -Blanco A, Garcia-Alonso C, Fernandez A, Salinas-Perez JA, Gutiérrez-Colossía MR, Marfull-Blanc T, Rodero-Cosano ML, Prat-Pubill B, Molina C.

GEOSCAT: Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010. Barcelona.

- Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016.

- [Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos](#). Atlas de Variaciones de la Práctica Médica.


- WHO. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. 2014.



# Salut/ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

<https://aguas.gencat.cat>

 [@AQuAScat](https://twitter.com/AQuAScat)

 [aquas-salut](https://www.linkedin.com/company/aquas-salut)

 [@aquasgencatsalut](https://www.youtube.com/@aquasgencatsalut)