Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut
Servei Català de la Salut

Estratègies 2017-2020

Pla director de salut mental i addiccions

Juliol de 2017

Pla director de salut mental i addiccions

Direcció:

Pla director de salut mental i addiccions

© 2017, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: **http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca**

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut

1a edició:

Barcelona, juliol de 2017

URL:

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/

Aquesta publicació s'emmarca en el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020

Pla de Salut de Catalunya 2016-2020

Sumari

Presentació 4
1. Introducció 7
2. Anàlisi de situació 12
2.1. Els determinants socials i econòmics durant la crisi i la relació que tenen amb els indicadors de la salut mental i de consum d'alcohol i drogues 13
2.2. Epidemiologia 16
2.3. Mortalitat 19
2.4. Morbiditat atesa 20
2.5. Costos 26
2.6. Pressupost 27
2.7. Recursos 29
2.8. Atles de salut mental 30
2.9. Projecte europeu, REsearch on FINancing systems Effect on the quality of MENTal health care (REFINEMENT) 32
3. DAFO 33
4. Avaluació qualitativa 10 anys PDSMiAD 36
5. Les polítiques de salut mental en el context internacional 42
6. Les polítiques de Catalunya 49
7. El model d'atenció comunitària a la salut mental i addiccions 54
8. Estratègies, objectius i accions per al període 2017-2020 63
9. Accions prioritzades per a l'any 2017 87
10. L'avaluació com a base per la millora 94
Glossari 97
Membres del grup impulsor 100
Bibliografia 102

Presentació

`

La crisi socioeconòmica dels darrers anys ha incidit en un augment de les desigualtats en salut en diferents àmbits, especialment en l'àmbit de la salut mental, tal com demostra el tercer informe de l'Observatori sobre els Efectes de la Crisi en la Salut de la Població, publicat al març del 2017. Entre altres aspectes, aquest informe conclou que la mortalitat per suïcidi entre els homes és molt més elevada en rendes inferiors o que la utilització de recursos ambulatoris i hospitalaris i el consum de psicofàrmacs augmenta en els grups de població amb condicions socioeconòmiques més desafavorides.

Per aquest motiu, el Departament de Salut, en el marc del Pla de salut de Catalunya per al període 2016-2020, ha prioritzat l'atenció a la salut mental en la línia de les polítiques europees, amb l'objectiu d'avançar cap a una societat més inclusiva, compromesa amb la justícia social, els drets de les persones i l'atenció als col·lectius més vulnerables.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), una de cada quatre persones patirà algun tipus de trastorn mental al llarg de la vida. A Catalunya, segons les dades de *l'Enquesta de salut de Catalunya* de 2015 (ESCA), una de cada sis persones declara que pateix problemes d'ansietat o depressió, amb més incidència en les dones (20,8%) que en els homes (12,2%), i en els grups de més edat, les classes socials menys afavorides i les persones amb un nivell d'estudis més baix. Paral·lelament, aquests darrers anys també s'han caracteritzat per un increment de la demanda atesa, de manera que l'any 2015 més d'un milió de catalans van consultar l'atenció primària per un problema de salut mental.

Ens trobem, doncs, davant del repte de donar un gran impuls a la millora de l'atenció a la salut mental, atorgant més rellevància a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, oferint una atenció de base comunitària que prioritzi la recuperació de la persona orientada a la inclusió social i laboral, l'apoderament dels moviments en primera persona i les famílies i la participació del lideratge clínic i garantint que les polítiques es basin en l'evidència disponible, les bones pràctiques i l'ètica.

Per aquest motiu, el Departament de Salut ha elaborat el document d'estratègies en salut mental i addiccions per al període 2017-2020, en coherència amb les estratègies internacionals del Pla d'acció europeu per la salut mental i de l'Acció conjunta per la salut

mental i el benestar i consensuat amb el sector de la salut mental (professionals, entitats proveïdores i entitats representatives de les famílies i del moviment en primera persona). Aquest document constitueix en si mateix una autèntica estratègia nacional en salut mental que dona sentit i coherència a l'impuls pressupostari que donarà el Govern de la Generalitat en l'àmbit de la salut mental aquest any.

L'any 2017 és l'any de la SALUT MENTAL i des del departament de Salut volem donar un pas decidit i ferm de compromís amb el sector, amb un increment pressupostari històric que permetrà millorar de forma molt significativa l'atenció a les persones amb problemes de salut mental i addiccions i a les seves famílies tot garantint l'accessibilitat i l'equitat de l'atenció amb una visió territorial i de sistema de salut.

Antoni Comín i Oliveres
Conseller de Salut

1. Introducció

El Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiAd) de l'any 2006 va definir un model d'atenció a la salut mental amb una visió àmplia del conjunt del sistema de salut. Les propostes que feia incloïen la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, el diagnòstic, el tractament, la rehabilitació i la inserció social i laboral de les persones afectades. Es fonamentava conceptualment en un model comunitari d'atenció a la salut mental i a les addiccions, des d'una perspectiva de salut pública, basat en la recuperació, en la incorporació de la comunitat com a referència poblacional i en una pràctica basada en l'evidència, l'experiència i l'ètica.

Així mateix, el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya de l'any 2008 va definir uns estàndards i unes ràtios de desplegament de recursos amb el propòsit d'assolir un equilibri entre serveis comunitaris i serveis hospitalaris. També va definir una cartera de serveis centrada en la disponibilitat de programes i intervencions per línies de servei d'adults, infantils i juvenils, addiccions, discapacitat intel·lectual i altres poblacions, i en la disponibilitat de recursos socials residencials i d'inserció laboral.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 vol donar un impuls clar i decidit al desplegament del model d'atenció comunitària en salut mental basat en els principis inspiradors de l'Acció conjunta per la salut mental i el benestar i els objectius i les propostes del Pla d'acció europeu per la salut mental 2013-2020 (Turquia, 2013). Aquests principis i propostes són els següents:

1. Adopció **d'un abordatge de salut pública** per a la salut mental i el consum d'alcohol i drogues. S'ha de basar en un enfocament poblacional, tenint en compte les característiques socioeconòmiques i culturals, i s'ha adreçar a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i el tractament en totes les etapes de la vida, amb especial èmfasi a la intervenció precoç.
2. Incorporació **d'un enfocament multisectorial del conjunt de govern**, amb una visió integrada i integral de l'atenció a les persones i amb el desplegament de polítiques transversals.
3. Promoció d'un abordatge **basat en els drets humans**, que previngui l'estigmatització, la discriminació i l'exclusió social.

4. Desenvolupament d'un enfocament basat **en la comunitat, de qualitat, orientat a la recuperació i a la inclusió social**, que se centri en les intervencions assistencials en les fortaleses i les capacitats de les persones**.**
5. Apoderament i **participació dels moviments en primera persona, les famílies i les seves organitzacions en el desenvolupament i l'adaptació dels serveis a l'atenció centrada en les necessitats de les persones**.
6. **Participació dels professionals**, enfortiment de la seva iniciativa en la innovació, l'adaptació i el desenvolupament de la xarxa d'atenció, que fomenti **el desenvolupament professional, la formació continuada, la recerca i la innovació**.
7. Garantia que les polítiques i les accions es fonamentin en una **evidència sòlida basada en la recerca i el coneixement de bones pràctiques i l'ètica**.

La Xarxa de Salut Mental i Addiccions del SISCAT està constituïda per un conjunt diversificat de dispositius i serveis diferenciats, tant pel que fa a les poblacions que atén com pels nivells assistencials que representa, i té un ampli desplegament territorial i poblacional a tot Catalunya. Tot i així, sovint manté límits diferencials que no garanteixen la col·laboració necessària entre dispositius d'atenció comunitària a la salut mental i addiccions, la continuïtat assistencial i l'acció conjunta per a la consecució dels objectius generals i propis de cada territori.

Aquestes mateixes dificultats s'estenen quan es tracta de la integració d'actuacions entre els dispositius de la xarxa comunitària de salut mental i addicions i altres dispositius sanitaris, principalment l'atenció primària de salut o amb les xarxes vinculades als serveis socials, educatius i comunitaris.

Així, per aconseguir els objectius de l'àmbit de la salut mental i addiccions del Pla de salut de Catalunya 2016-2020, cal desenvolupar un **nou model organitzatiu i d'integració territorial** de dispositius i serveis (preventiu, proactiu, transversal, integrat, participatiu i comunitari). Per aquest motiu, caldrà definir els objectius prioritaris, actualitzar les carteres de serveis, implementar els programes comunitaris, promoure unitats funcionals i facilitar actuacions coordinades de tots els dispositius implicats en cada territori.

Aquesta visió integradora del nou model organitzatiu requereix la definició d'unes estratègies lligades al desenvolupament **de la promoció i la protecció de la salut mental**, la **prevenció dels trastorns mentals i les addiccions**, la **millora de l'atenció a la salut mental i les addiccions en l'atenció primària de salut (APS), l'orientació de la cartera de serveis de l'atenció especialitzada a l'atenció comunitària i la promoció d'una organització funcional integrada de les xarxes d'atenció**. Només així el nou model garantirà l'atenció integral i integrada de la persona des dels diferents dispositius implicats, tant sanitaris com no sanitaris.

D'altra banda, **l'estratègia proposada ha d'incloure necessàriament les persones ateses en les unitats de mitjana i llarga estada psiquiàtrica per donar una resposta alternativa a l'actual, des del conjunt de dispositius sanitaris i socials a les seves necessitats**, **des d'un model assistencial integral de projecció més comunitària, tal com estableix l'Acció conjunta per la salut mental i el benestar.**

Aquest document, elaborat conjuntament pel Pla director de salut mental i addiccions i el Servei Català de la Salut (CatSalut), pretén donar resposta a l'objectiu del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 d'impulsar el desplegament d'un model d'atenció comunitària en l'àmbit de la salut mental i les addiccions. Parteix d'una anàlisi de situació, d'una anàlisi DAFO i d'una valoració dels deu anys de funcionament del Pla director de salut mental i addiccions. Així mateix, formula les estratègies que s'adoptaran els propers anys a Catalunya, en coherència amb les polítiques europees i amb diferents plans interdepartamentals del Govern de la Generalitat: Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) i Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.

El Departament de Salut ha constituït un grup impulsor format per professionals i representants del PDSMiAd i el CatSalut amb l'encàrrec de formular una nova estratègia amb l'horitzó 2020. Per aconseguir el màxim consens amb el sector, es va organitzar una jornada de treball, el 7 d'octubre del 2016, amb una àmplia representació dels professionals, les societats científiques, les entitats patronals, els moviments en primera persona, associacions de familiars i professionals d'altres departaments. Es van formar diferents grups de treball per

debatre les propostes i incorporar la visió dels diferents col·laboradors i es van recollir les aportacions i consideracions, que culminen amb el document actual, aprovat pel Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions en data 3 d'abril del 2017.

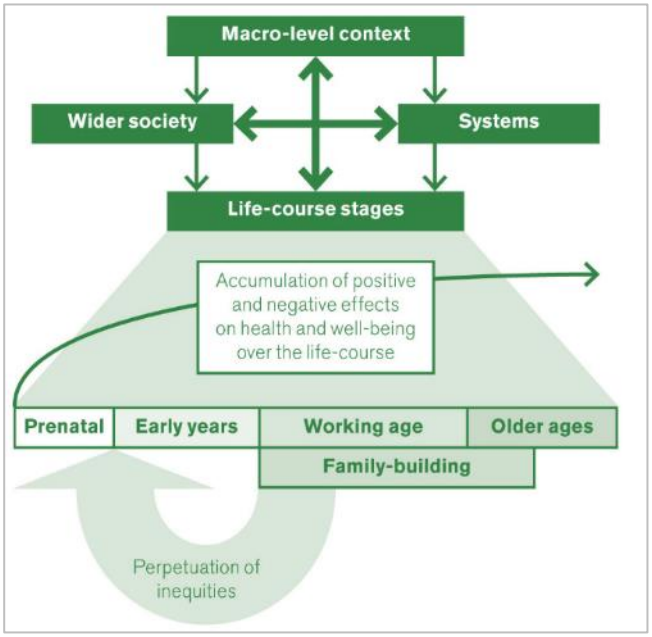
En el nou model que es planteja es preveu l'avaluació com a component decisiu en el desplegament global. Per això, entre les estratègies de suport al canvi ja es preveu un pla d'avaluació que permetrà observar el resultat de les accions i l'efecte que tenen en els resultats sanitaris, socials i econòmics.

2. Anàlisi de situació

2.1. Els determinants socials i econòmics durant la crisi i la relació que tenen amb els indicadors de la salut mental i de consum d'alcohol i drogues

L'informe dels **determinants socials de la salut mental**[1] que va publicar l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'any 2014 conclou que la bona salut mental és integral a la salut i el benestar de l'ésser humà. La salut mental de la persona i molts dels trastorns mentals més comuns tenen a veure amb l'entorn econòmic, social i físic de les persones. L'impacte dels determinants socials al llarg de la vida varia i la seva influència és diferent segons l'edat, el gènere i els estadis vitals de la persona. És per això que cal un enfocament que tingui en compte les necessitats del cicle de vida (figura 1).

Figura 1. Enfocament del cicle de vida per a l'abordatge de les desigualtats en la salut



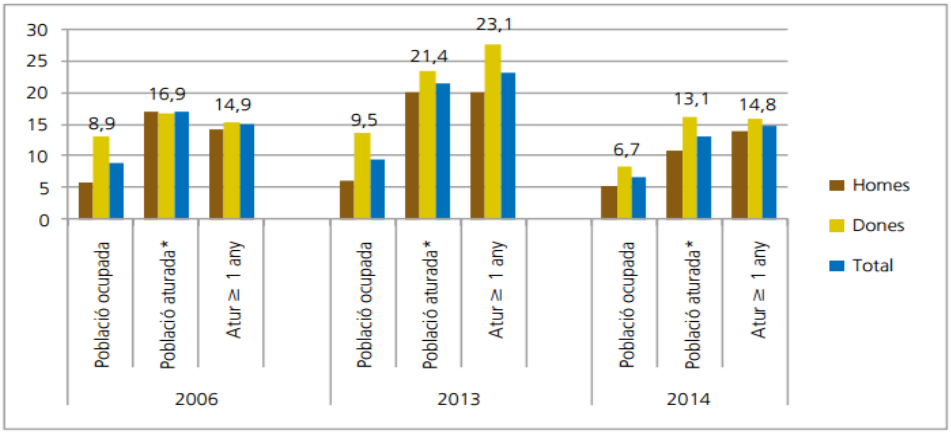
Font: OMS 2014

- **La salut mental de la persona té a veure amb l'entorn econòmic i social.**

Els informes de l'**Observatori sobre els Efectes de la Crisi en la Salut de la Població**[2,3] mostren que l'empitjorament dels indicadors socials i econòmics en el context de crisi té un efecte negatiu sobre la salut de la població més vulnerable i en risc d'exclusió social,

especialment sobre la salut mental. **L'impacte més rellevant mostra que la població aturada presenta un risc superior de patir un trastorn mental que la població ocupada** (figura 2).

Figura 2. Prevalença de risc de mala salut mental (GHQ≥3) per gènere i situació laboral. Catalunya 2006-2013/2014



** El grup de població aturada inclou les persones en situació d'atur de més d'un any.*

Font: Enquesta de salut de Catalunya, Departament de Salut.

El tercer informe de l'**Observatori sobre els Efectes de la Crisi en la Salut de la Població**,[4] referent a les desigualtats socioeconòmiques, fa especial èmfasi en la salut mental analitzant l'ús de serveis ambulatoris, l'hospitalització psiquiàtrica, la taxa de suïcidis i el consum de diversos fàrmacs (psicofàrmacs, ansiolítics, antidepressius, antipsicòtics i fàrmacs per al TDAH).

La taxa d'hospitalització psiquiàtrica és superior en persones amb un nivell socioeconòmic baix, tant en homes com en dones i en tots els grups d'edat, i pot arribar a ser 12,6 vegades superior en els homes de 15 a 64 anys.

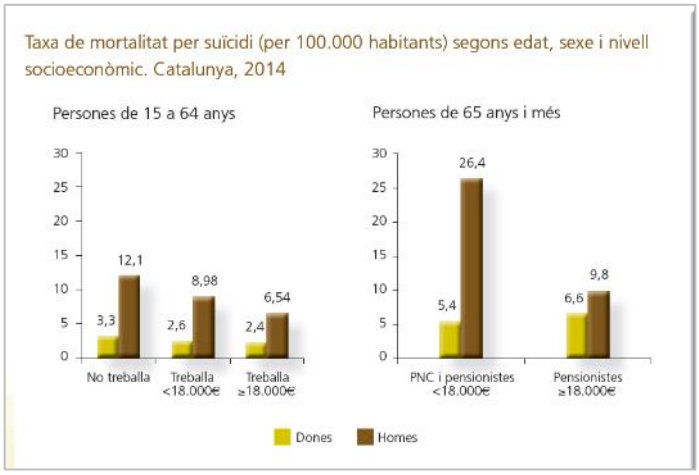
- **A Catalunya, els indicadors de salut mental són els que mostren més diferències entre els diferents nivells socioeconòmics.**

El consum d'antipsicòtics segueix el mateix patró que la taxa d'hospitalització, però amb menys intensitat. El percentatge d'homes de 15 a 64 anys amb un nivell socioeconòmic més baix que consumeixen antipsicòtics és 8,6 vegades superior que en les persones amb un nivell socioeconòmic superior.

També segueix el mateix patró el percentatge de persones visitades en els centres de salut mental. És remarcable que la raó disminueix significativament quan se n'exclouen les persones amb rendes molt altes (més de 100.000 €).

En aquest mateix informe, s'indica que la taxa de mortalitat per suïcidi és el doble en els homes de menys de 65 anys que no treballen que en els homes que treballen i amb rendes anuals superiors a 18.000 €. En el cas dels més grans de 65 anys, els homes pensionistes amb rendes inferiors a 18.000 € gairebé tripliquen la taxa dels pensionistes amb rendes anuals superiors a aquesta xifra (figura 3).

Figura 3. Taxa de mortalitat per suïcidi (per 100.000 habitants) segons l'edat, el gènere i el nivell socioeconòmic. Catalunya, 2014



Font: Observatori sobre els Efectes de la Crisi en la Salut de la Població.

- **Les desigualtats socials tenen un efecte acusat en la salut mental de la població infantil**.

Les desigualtats socials afecten també la salut mental de la població infantil i juvenil. D'acord amb dades agrupades dels anys 2014 i 2015 de **l'ESCA**,[5] en la població de 4 a 14 anys, el risc de patir un trastorn mental entre les classes socials baixes (5,0%) és més del triple que entre les classes socials altes (1,5%). Actualment, el grup d'edat més afectat és el de persones de menys de 16 anys mentre que abans de la crisi els més vulnerables eren les persones grans.

El **Baròmetre de la infància i les famílies a Barcelona 2015**[6] aborda també el tema de la pobresa infantil i en constata l'increment a Catalunya (2007-2015). L'any 2014, el 9% dels infants de menys de 16 anys a Catalunya es trobaven en situació de pobresa extrema (14% en el cas de Barcelona ciutat), i en un terç dels barris amb rendes familiars més baixes arribava al 26%.

L'Informe SESPAS 2014,[7] sobre crisi econòmica i salut, incideix també en l'increment de la demanda als serveis d'atenció primària, que afecta de manera diferent segons l'edat i el gènere de la població. L'estudi IMPACT destaca un increment de la prevalença atesa entre els anys 2006 i 2010 dels trastorns afectius (depressió, 20%; distímies, 11%), dels trastorns d'ansietat (8,5%) i dels trastorns somatomorfs (7%).

2.2. Epidemiologia

L'estudi epidemiològic europeu més important sobre prevalença de trastorns mentals **ESEMeD-SAMCAT 2002**[8] ja mostrava que un 23,7% de la població més gran de 17 anys a Catalunya patiria algun trastorn mental al llarg de la vida, amb diferències rellevants segons el gènere: les dones tenien una probabilitat més alta que els homes (27% i 20%, respectivament) (figura 4).

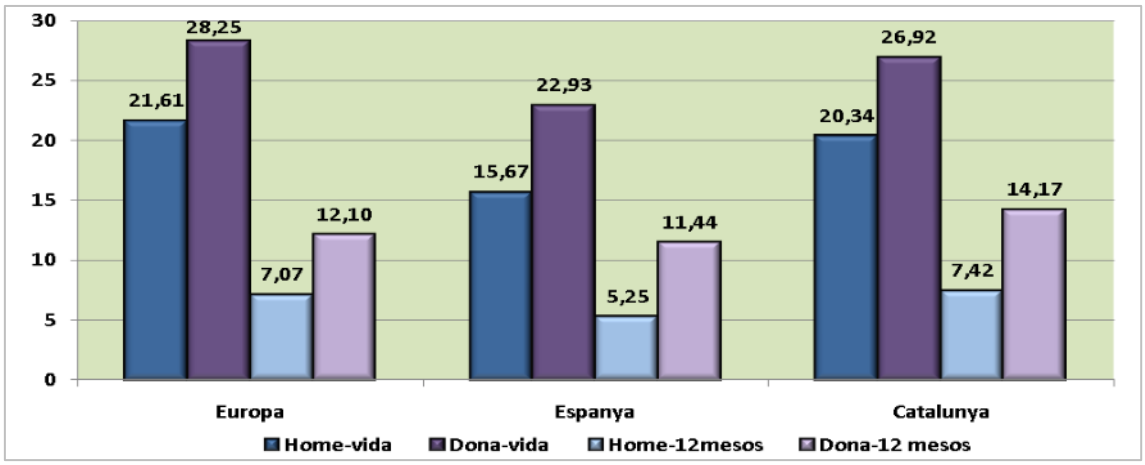


Figura 4. Relació prevalença-vida i prevalença-any de trastorn mental en la població més gran de 17 anys segons el gènere. Comparació de Catalunya amb Espanya i Europa

Font: Estudi ESEMeD-SAMCAT, 2002

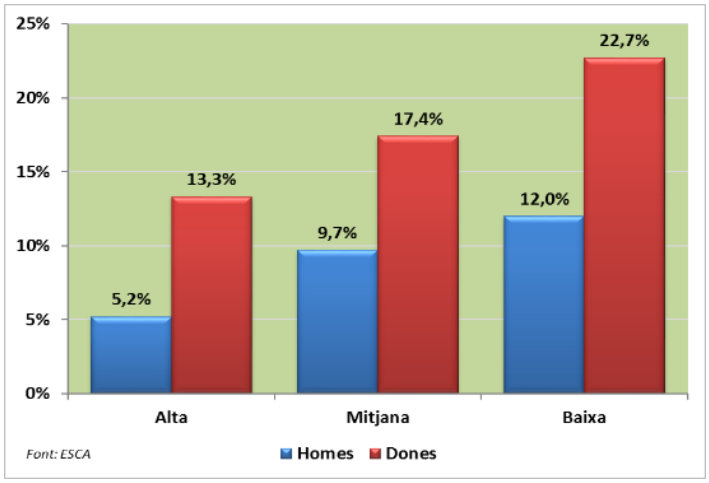
L'ESEMeD situa la depressió major com el trastorn mental més prevalent en la població catalana, amb un 15,7% de prevalença durant la vida. Les dones (19,2% de prevalença durant la vida) resulten molt més afectades que els homes. Entre els factors associats a la depressió destaquen la situació laboral i la discapacitat. Les persones amb baixa laboral i les que es troben en situació d'atur presenten un risc superior.

- **L'ESCA situa els trastorns mentals entre les primeres malalties cròniques de la població**

Segons **l'ESCA**,[5] l'autopercepció de benestar mental en la població catalana és molt bona (79,8%).

A més, segons dades de l'ESCA 2016, el 15,2% de població més gran de 15 anys té problemes d'ansietat o depressió i la probabilitat entre les dones (19,8%) és superior a la dels homes (15,2%). Aquesta probabilitat varia segons la classe social (figura 5).

Figura 5. Probabilitat de patir ansietat o depressió segons la classe social i el gènere



- **Segons l'ESCA, com més baixa és la classe social, més alta és la probabilitat de patir ansietat o depressió.**

Les persones amb estudis primaris o sense estudis tenen una probabilitat més elevada de tenir problemes d'ansietat o depressió (26,3%).

L'ESCA situa els trastorns mentals entre les primeres malalties cròniques que declara que pateix la població catalana i que afecten de manera greu la qualitat de vida de les persones.

L'evolució de la prevalença de consum d'alcohol i drogues dels darrers anys es pot observar a la taula 1 de l'anàlisi de l'estudi EDADES[9] dels anys 1997-2015. L'any 2015 el 90,9% de la població de 15 a 64 anys havia pres alcohol alguna vegada a la vida, el 75,9% n'havia consumit algun dia durant l'últim any, el 60,2% n'havia consumit algun dia durant l'últim mes, i el 9,8% n'havia consumit diàriament durant els darrers trenta dies previs a l'enquesta.

Taula 1. Evolució de la prevalença de consum diari d'algunes drogues entre la població de 15 a 64 anys (%). Catalunya, 1997-2015

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabac	32,4	34,7	37,7	36,6	33,6	29,3	26,8	29,5	30,7	26,7
Alcohol	9,5	14,2	14,4	11,0	15,1	8,5	10,1	10,9	10,2	9,8
Cànnabis	0,4	0,4	2,1	2,1	2,8	1,7	2,2	1,5	2,4	2,5
Tranquil·litzants	**	**	**	**	1,8	1,8	1,4	4,0	5,4*	**
Somnífers	**	**	**	**	1,7	1,1	1,2	1,7	3,4*	**
Hipnosedants (&)	**	**	**	**	2,6	2,2	1,8	4,5	6,3*	4,7*

* Consum diari o gairebé diari (més de vint dies durant el darrer mes).

(&) En l'enquesta EDADES 2015 els tranquil·litzants i els somnífers es van agrupar en una sola categoria anomenada hipnosedants.

** A causa de les preguntes dels qüestionaris de les enquestes 1997-2015, aquestes dades no es van poder analitzar.

Font: Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Anàlisi de l'EDADES dels anys 1997-2015. Observatori Espanyol sobre la Droga i les Toxicomanies. DGPNSD.

- **L'any 2015 el consum diari de tabac i alcohol va ser inferior que dos anys abans.**

2.3. Mortalitat

A Catalunya la taxa bruta de mortalitat per suïcidi ha estat de 6,6 × 100.000 habitants el 2015, inferior a la mitjana europea i l'espanyola (figura 6). Des de l'any 2007 fins al 2013 la taxa de mortalitat per suïcidi va augmentar.

Figura 6. Evolució de la taxa de la mortalitat per suïcidi 2003-2015

- **A Catalunya, la taxa de mortalitat per suïcidi és inferior a l'espanyola i l'europea.**

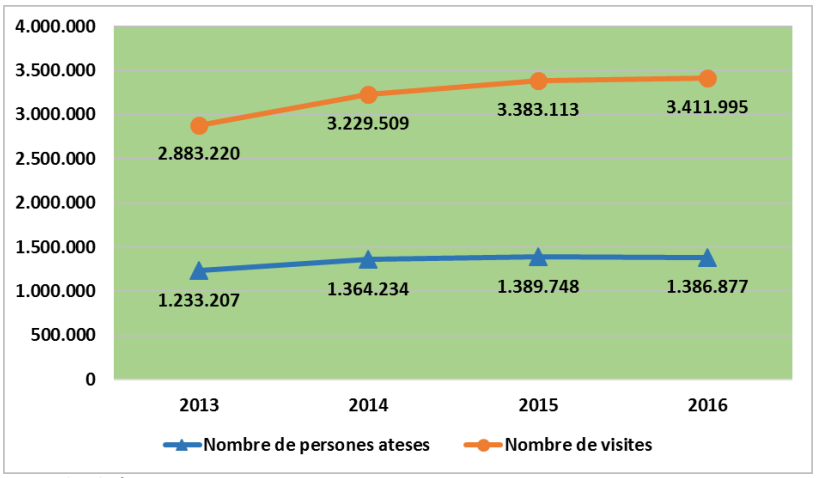
En la població adolescent el suïcidi és una de les cinc primeres causes de mort en la majoria de països del món.[10]

2.4. Morbiditat atesa

2.4.1. Atenció primària de salut

L'**Estudi DASMAP (2006)**[11] situa la prevalença de trastorn mental en el primer nivell assistencial, l'**APS**, en un 29,5% anual. Els trastorns mentals més freqüents són els trastorns afectius (depressió major), els trastorns d'ansietat i els problemes per consum d'alcohol. Segueixen el mateix patró observat en la població general i afecten majoritàriament les dones, excepte el consum d'alcohol, en què predominen els homes.
L'any 2016 un 21,5% de les persones ateses a l'APS tenien un problema de salut mental. Es constata un increment d'activitat en el període 2013-2016 d'un 12,5% en les persones afectades i d'un 18,3% en visites (figura 7).

Figura 7. Nombre de persones ateses i visites a l'APS amb motiu de consulta per trastorn mental. Catalunya 2013-2016



Font: CatSalut.

- **Increment d'un 12,5%en el nombre de persones ateses en l'APS per problemes de salut mental en el període 2013-2016 i del 18,3% en el nombre de visites**

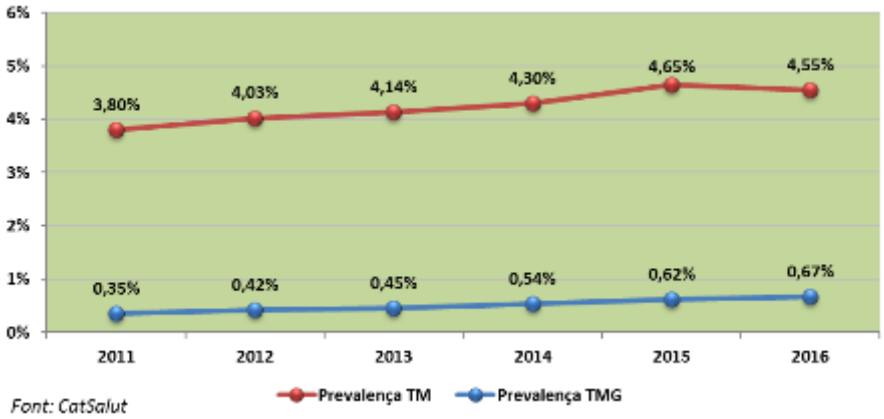
2.4.2. Atenció especialitzada

Infants i joves

L'any 2015 la taxa de prevalença atesa de la població de menys de 18 anys se situa en el 5%, amb una tendència creixent respecte als anys anteriors. El 12% dels menors d'edat atesos presenten un trastorn mental greu. L'atenció especialitzada ha prioritzat l'atenció de les persones amb un trastorn greu en els menors, que s'ha incrementat gairebé el 50% els darrers cinc anys (figura 8).

Figura 8. Prevalença general atesa i prevalença de persones amb trastorn mental greu en centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ). Evolució 2011-2016

- **Augment de la prevalença atesa de trastorn mental en CSMIJ.**



Font: CatSalut

L'any 2016, en els CSMIJ la mitjana de visites per persona atesa va ser de 6,5 i en el cas dels trastorns mentals greus, de 9,9, dades superiors a l'any anterior. El diagnòstic més freqüent va ser el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) en un 28,3% dels casos atesos.[10] Els resultats en l'hospitalització es mostren en la taula 2:

Taula 2. Activitat d'hospitalització psiquiàtrica de la població de menys de 18 anys. Catalunya, 2016

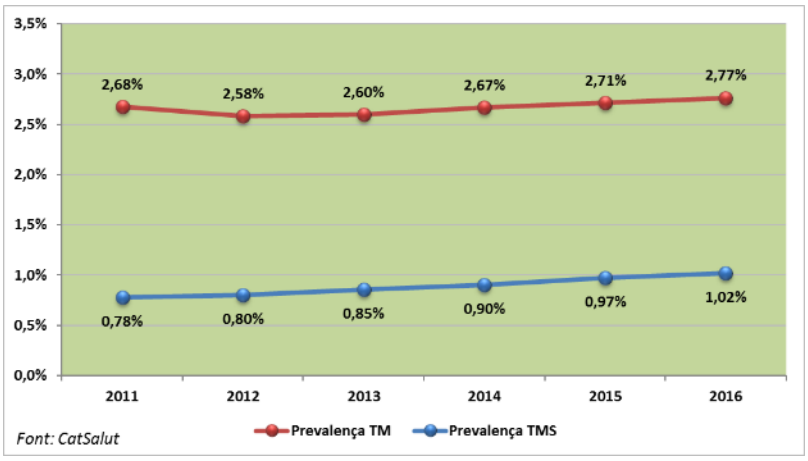
Menors de 18 anys	Unitats d'aguts	Unitats de subaguts
N d'altes	1.884	98
Estada mitjana (dies)	18,8	66,0
Reingressos* (%)	10,8%	22,0%

* 30 dies en el cas de les unitats d'aguts, 90 dies en el cas de les unitats de subaguts.

Adults

La prevalença atesa de trastorn mental en la població adulta és del 2,8% i es manté estable en els darrers anys. El 37% de les persones ateses als centres de salut mental d'adults (CSMA) presenten un trastorn mental sever. L'increment dels casos de trastorn mental sever atesos els darrers cinc anys ha estat del 27% (figura 9).

Figura 9. Prevalença de trastorn mental i prevalença de trastorn mental greu en CSMA. Evolució 2011-2016



- **La prevalença atesa en CSMA s'ha mantingut constant els darrers anys.**

Segons les dades de l'informe de la **Central de Resultats**, **en l'àmbit de salut mental**[12] de l'any 2016, la mitjana de visites per persona atesa en els CSMA va ser de 6,7, mentre que en el cas de les persones diagnosticades de trastorn mental sever va ser de 10,7. El diagnòstic més freqüent va ser el trastorn depressiu, amb un 33,3% dels casos atesos en els CSMA.

Pel que fa a l'hospitalització, l'informe de la Central de Resultats del mateix any aporta uns resultats òptims en el cas dels adults (taula 3).

Taula 3. Activitat d'hospitalització psiquiàtrica de la població adulta. Catalunya, 2016

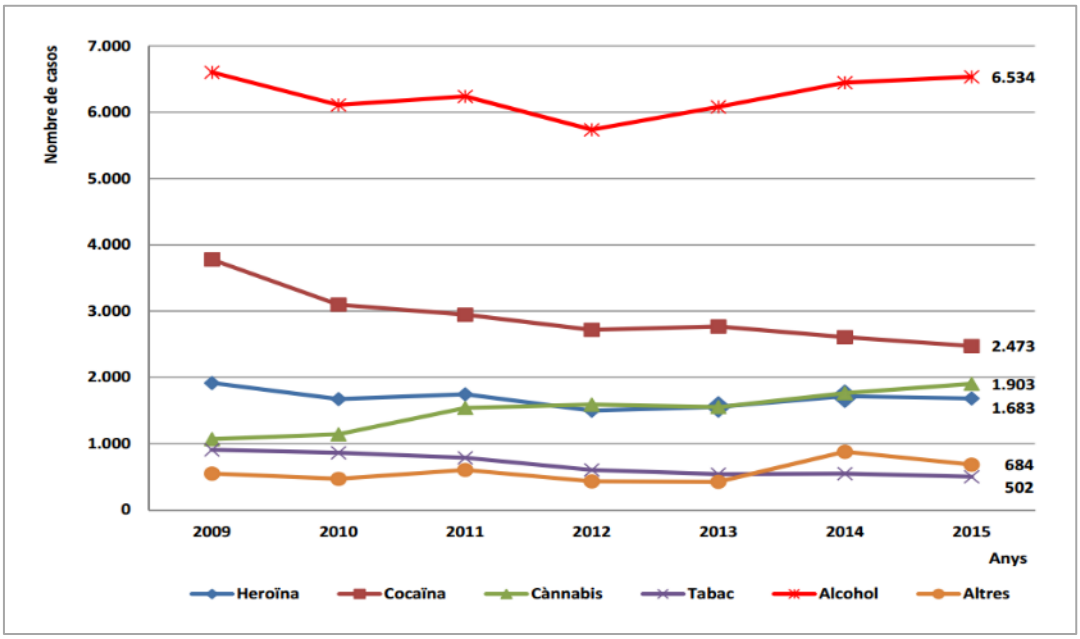
Adults	**Unitats d'aguts**	**Unitats de subaguts**
N d'altes	20.105	3.339
Estada mitjana (dies)	17,8	63,0
Reingressos* (%)	8,6%	18,6%

*30 dies en el cas de les unitats d'aguts, 90 dies en el cas de les unitats de subaguts.

Atenció a les drogodependències

L'any 2015 els centres d'atenció a les drogodependències van notificar un total de 13.779 inicis de tractament ambulatori per abús o dependència de les drogues, els quals van generar 310.502 visites. Les causes van ser principalment el consum d'alcohol (47,42%), de cocaïna (17,95%), de derivats del cànnabis (13,81%), d'heroïna (12,21%) i de tabac (3,64%). El nombre de persones en tractament amb metadona s'ha reduït considerablement; si bé a finals de 2013 hi havia 8.029 persones vinculades a aquest programa, el desembre de 2015 aquesta xifra havia disminuït fins a 7.452 persones.

Figura 10. Inicis de tractament en l'atenció a les drogodependències als CAS



Font: Sub-direcció General de Drogodependències.

Es disposa de 20 centres de reducció de danys, que donen servei a aquelles persones que encara no volen deixar de consumir. En aquests centres s'ofereix atenció sanitària i social així com espais de consum supervisats (taula 4).

Taula 4. Activitat dels centres de reducció de danys. Catalunya, 2015

Tipus d'activitat	Nombre de persones
Cures bàsiques	9.996
Educació sanitària	11.970
Acompanyament	703
Dutxa i roba	13.113
Assistència	34.993
Consums supervisats d'heroïna	43.681
Consums supervisats de cocaïna	29.050
Consums supervisats d'heroïna i cocaïna	27.223
Consums supervisats d'altres substàncies	147

El risc de suïcidi a Catalunya

Segons el registre del **Codi risc de suïcidi**, durant l'any 2016, 2.489 persones han fet un total de 2.835 temptatives (el 94,3% en va fer un sol intent). Els principals resultats van ser:

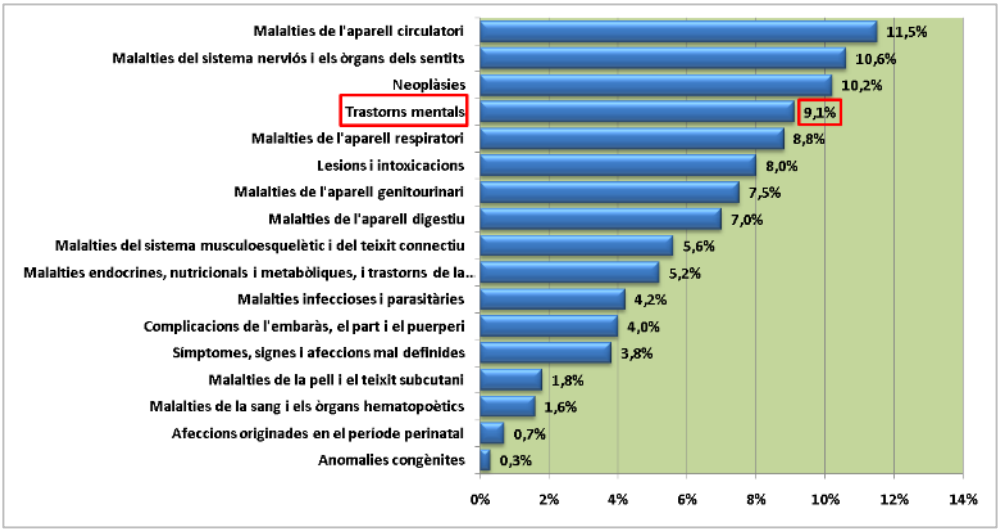
- **CRS implantat a tot Catalunya des del gener del 2016.**

- Mitjana d'edat de 42 anys.
- El 62,5% són dones.
- El 81% de les altes hospitalàries, amb aquest motiu d'ingrés, s'han derivat als centres de salut mental per seguiment.
- El 97% dels episodis han estat seguits telefònicament durant els 30 dies posteriors a l'afectació.
- El 72% de les persones que han fet alguna temptativa presenta com a factor de risc el trastorn mental.
- Es mantenen les diferències per gènere en la realització de temptatives auto-lítiques; les dones en realitzen el doble que els homes en qualsevol franja d'edat.

2.5. Costos

Els estudis econòmics realitzats pel Departament de Salut entre els anys 2006 i 2012 sobre l'impacte dels diferents trastorns en la despesa sanitària global situen els trastorns mentals (incloent-hi les demències) entre els primers llocs (figura 11).

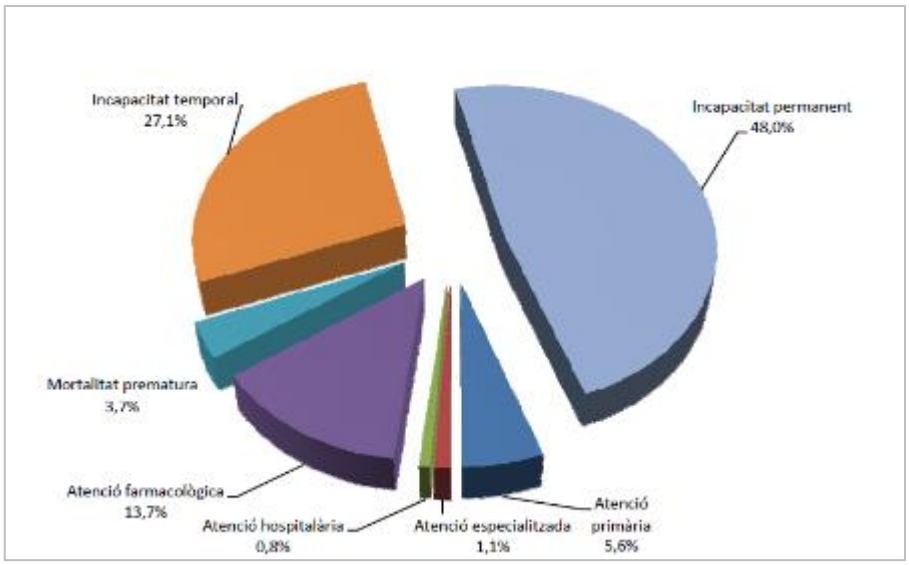
Figura 11. Percentatge del pressupost del Departament de Salut per grups de malalties (CIM-9), 2012



Font: CatSalut.

L'estudi del Departament de Salut de l'any 2006 sobre el **cost i la càrrega de la depressió**[7] mostra que l'impacte econòmic de la depressió a Catalunya és alt. Amb dades de l'any 2006 es van estimar uns costos anuals del voltant de 750 milions d'euros. **Els costos sanitaris directes són el 21% del total**, dels quals la majoria corresponen a medicació. **Un 79% del total correspon a costos socials indirectes per incapacitat (permanent i temporal) i mortalitat** (figura 12).

Figura 12. Distribució percentual dels costos sanitaris directes i indirectes de la depressió a Catalunya

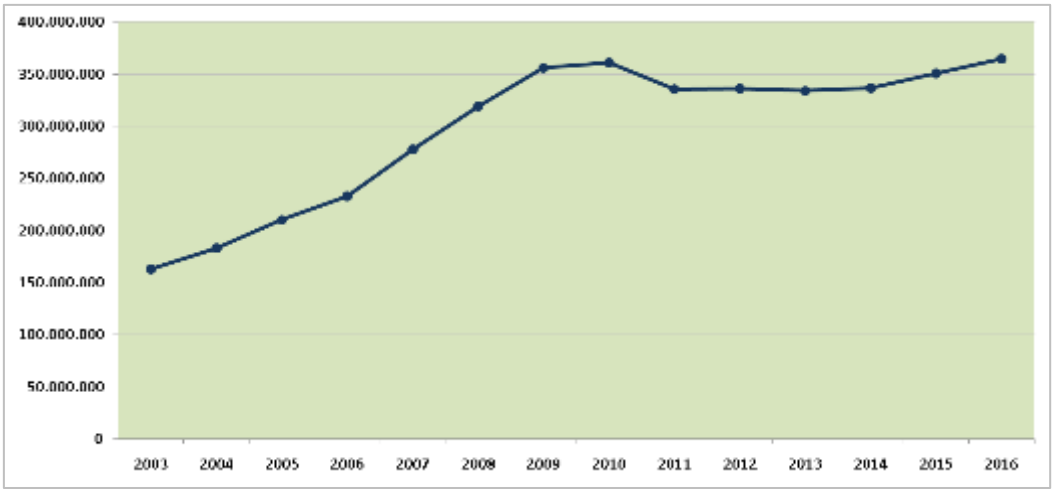


Font: Cost i càrrega de la depressió, Departament de Salut, 2006.

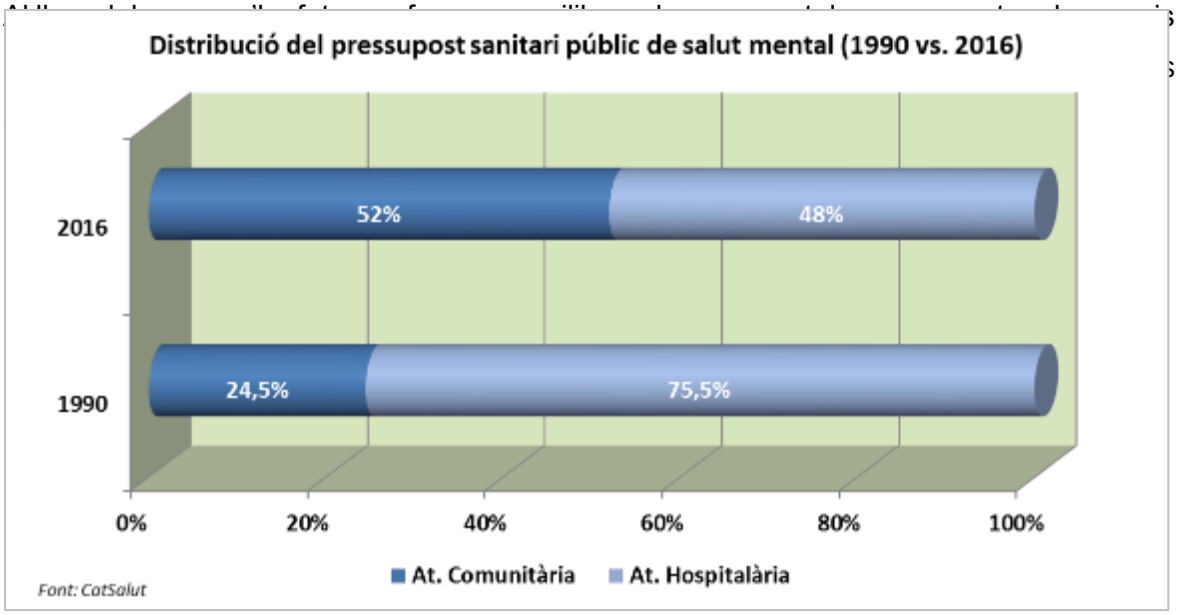
2.6. Pressupost

La figura següent mostra l'evolució de **l'assignació de compra de serveis** de salut mental del CatSalut (no inclou el pressupost destinat als serveis de psiquiatria dels hospitals generals). Des del 2003, la tendència del pressupost és a créixer, amb un punt d'inflexió l'any 2011 que coincideix amb els ajustaments econòmics. Els dos darrers anys s'ha produït un increment de pressupost i s'equipara el pressupost al de l'any 2010.

Figura 13. Evolució del pressupost de compra de serveis de salut mental (2003-2016)



Font: CatSalut.



Font: CatSalut.

2.7. Recursos

En les taules següents es mostra l'evolució dels recursos (dispositius i programes) actuals de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions.

Taula 5. Evolució dels dispositius de salut mental i addiccions (2006-2016)

Dispositius	2006	2009	2016
Centres de salut mental d'adults	73	73	73
Centres de salut mental infantil i juvenil	49	49	51
Serveis de reducció de danys:			
Centres de reducció de danys	9	11	16
Equips de carrer	3	7	11
Unitats mòbils	2	2	6
Sales de consum	4	6	13
Llits d'aguts	887	895	902
Llits de subaguts	532	570	593
Llits de llarga estada	2.897	2.496	2.231
Places d'hospital de dia d'adults	625	645	660
Places d'hospital de dia d'adolescents	344	449	486
Places de centre de dia d'adults	1.625	1.749	1.790
Centres d'atenció i seguiment a les drogodependències	61	61	61
Llits de desintoxicació	64	64	64
Llits de patologia dual	100	110	110
Llits en unitat de psiquiatria penitenciària	79	107	107

Font: Pla director de salut mental i addiccions.

Taula 6. Programes específics (2016)

Programes		Grau d'implantació
Cartera de serveis de salut mental a l'APS	< 18 anys	43% de la població
	≥ 18 anys	54% de la població
Adolescents amb problemes de consum		22% dels CSMIJ
Trastorn mental greu		100% dels CSMIJ
Trastorn mental molt greu		100% dels CSMA
Psicosi incipient		28% del territori
Pla integral d'atenció al trastorn de l'espectre autista (TEA), (prova pilot)		14% de la població < 18 anys
Programa "Salut i escola"		100% dels CSMIJ
Serveis de rehabilitació comunitària (adults)		60% dels centres de dia
Programa "Beveu menys"		91% dels EAP
Pla de serveis individualitzat (PSI)		67% de la població general

Font: Pla director de salut mental i addiccions.

2.8. Atles de salut mental

L'Atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya[13] de l'any 2010 va mostrar la disponibilitat dels dispositius i serveis bàsics de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions d'utilització pública de Catalunya a totes les regions sanitàries, així com els serveis no sanitaris destinats a les persones amb trastorn mental (club social, justícia, ocupació, etc.) (figura 15). També va fer una anàlisi a tot Catalunya dels indicadors sociodemogràfics, com ara el nivell socioeconòmic, l'índex d'envelliment o la taxa d'atur. A més, va cartografiar la incidència i la prevalença de trastorn mental per àrea bàsica de salut.

L'Atles integral de salut mental ha facilitat la informació que suposa una font d'evidència informada per a la planificació de programes i de la política sanitària en salut mental. D'altra banda, **l'eficiència tècnica relativa és una innovació que ens permet una aproximació al funcionament general d'un territori des del punt de vista assistencial**. El mètode

permet realitzar anàlisis a nivell macro, meso o micro, adaptables a la definició dels objectius que es vulguin plantejar, i permet observar els equilibris i/o desequilibris en l'atenció. Aquesta informació es mostra per a cada escenari (definits en funció dels *inputs* i *outputs* escollits), en un mapa de Catalunya que mostra els rangs d'eficiència tècnica territorial amb diferents escales de color (figura 16).

Figura 15. Distribució territorial dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya

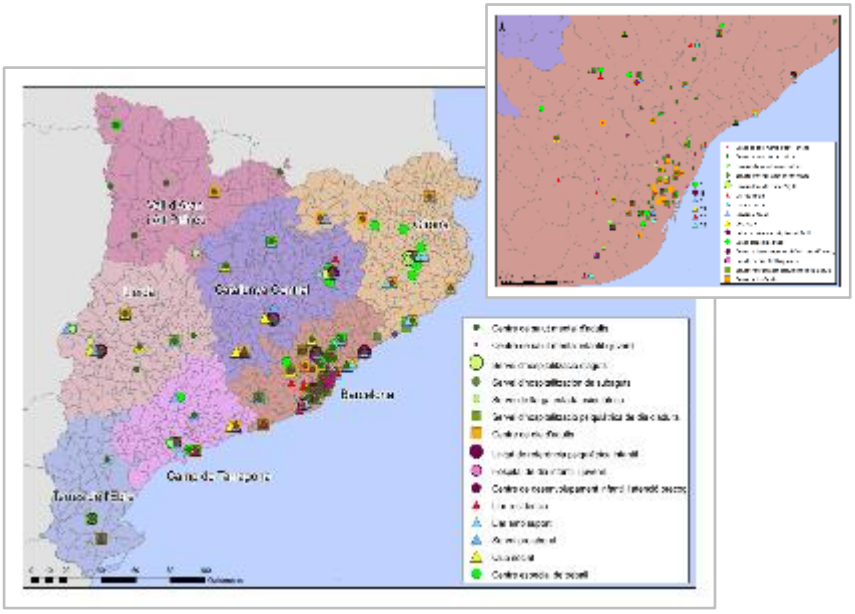
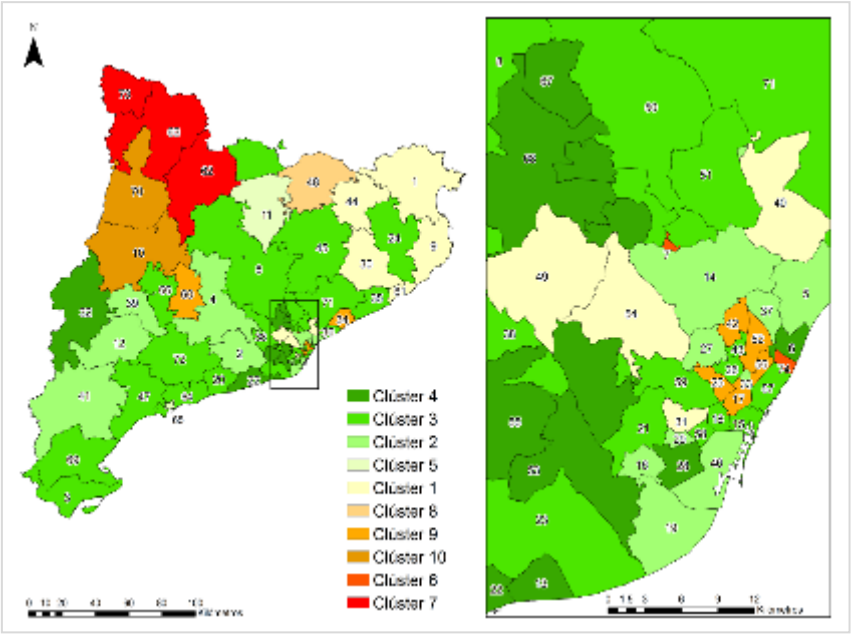


Figura 16. Distribució territorial de Catalunya segons les àrees de més eficiència a menys



- **L'Atles de salut mental ha permès visualitzar l'eficiència tècnica dels territoris.**

2.9. Projecte europeu, REsearch on FINancing systems Effect on the quality of MENTal health care (REFINEMENT)

Catalunya, a través de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions (XSMiA) de l'Institut d'Assistència Sanitària de Girona, ha pogut participar en el projecte europeu REsearch on FINancing systems Effect on the quality of MENTal health care,[14] finançat per la Comissió Europea dins del 7th Framework Programme. El REFINEMENT és la primera descripció comparativa i global que busca descobrir l'efecte dels sistemes de finançament en la qualitat de l'atenció de la salut mental (SM). L'estudi s'ha centrat en dos nivells de comparació: regió europea, Catalunya (macro-àrea) i àrea d'estudi, província de Girona (nivell micro).

A nivell macro, des de la perspectiva de la qualitat de l'atenció, el model d'atenció a la salut mental de Catalunya obté la màxima puntuació en els indicadors de la qualitat de l'atenció hospitalària i comunitària de salut mental en comparació amb les altres vuit regions europees. Es destaquen els bons resultats de l'atenció comunitària en salut mental de l'àrea d'estudi de Girona, com l'àrea europea en què la utilització de recursos hospitalaris és més baixa (l'1,17 x 1.000 hab. *versus* el 3 x 1.000 hab. a Europa) i els indicadors de continuïtat assistencial són dels més elevats.

- **En el projecte REFINEMENT, Catalunya obté la millor puntuació en els indicadors de qualitat en salut mental.**

3. DAFO

A fi de revisar la situació en la implementació del PDSMiAd al cap de 10 anys de crear-lo, es fa una anàlisi interna global, en forma de DAFO, que ens ha permès identificar factors interns i externs que són favorables i desfavorables i que ens ajudaran en la planificació de les accions prioritzades en l'aplicació del model comunitari de salut mental i addiccions.

En resum, podem caracteritzar la situació actual de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions d'acord amb aquesta anàlisi DAFO:

Taula 7. Anàlisis DAFO del Pla director de salut mental i addiccions

Fortaleses	Debilitats
• Model de salut mental alineat amb les polítiques europees (Helsinki, 2005). • Es va elaborar amb ampli consens del sector. • Paper actiu del Consell Assessor. • S'han desenvolupat experiències pilot que han mostrat ser eficients: suport APS, prevenció dels suïcidis, psicosi incipient... • Incorporava una visió de participació activa de moviments en primera persona i famílies. • Aposta per la integració de l'atenció en salut mental i drogodependències. • Incorporació de la salut mental a les polítiques de prevenció i atenció a la cronicitat. • Es va elaborar un mapa sanitari a partir de les necessitats. • Enfortiment de les col·laboracions interdepartamentals (PISMiA, PIAISS).	• El context social i econòmic ha tingut un impacte en els indicadors de salut mental, principalment en poblacions vulnerables. • S'ha produït un increment de la demanda d'atenció en els serveis. • Els ajustaments econòmics han tingut un impacte en els serveis i els professionals. • Inequitat territorial en la distribució de recursos i en el desplegament dels projectes prioritzats pel PDSMiAd. • No s'han prioritzat suficientment les accions dirigides a la promoció i prevenció. • No està ben definida una cartera de serveis territorial i un sistema d'avaluació de resultats. • El sistema de pagament no està alineat amb el model d'atenció. • No s'ha fet prou per l'impuls de la desinstitucionalització psiquiàtrica.

• S'han desenvolupat experiències del model comunitari reconegudes internacionalment. • Polítiques europees que promouen la priorització de l'atenció a la salut mental en les polítiques públiques. • Nou Pla de salut de Catalunya que dona rellevància a les necessitats derivades de les desigualtats socials, clau per a la salut mental. • Pla d'atenció integral consensuat amb el sector. • Més conscienciació de la societat i els referents mediàtics envers els problemes de salut mental. • Més rellevància internacional sobre els drets de les persones amb discapacitats. • Desenvolupament de les TIC. • Col·lectius en primera persona més actius.	• Variabilitat no justificada en els models organitzatius i en la pràctica clínica. • No s'ha completat la integració entre salut mental i addiccions ni l'atenció d'urgències i aguts en els hospitals generals. • Persistència de l'estigma. • Context econòmic i impacte social. • Manca de pressupost per poder desenvolupar el model d'atenció comunitària. • La formació dels professionals no està alineada amb el model d'atenció. • Les transformacions socials i el seu impacte amb els problemes de salut mental (educació, paper de les famílies, aïllament o soledat en gent gran). • Nous models de relació i xarxes socials que impacten en el comportament de la gent jove.

4. Avaluació qualitativa 10 anys PDSMiAD

El Pla director de salut mental i addiccions 2006 va definir un model d'atenció en salut mental basat en:

- **L'orientació dels serveis a les necessitats dels usuaris.**
- **La integració com a objectiu de millora permanent.**
- Una **visió global i de continuïtat assistencial basada en el treball en xarxa**.
- Un **enfocament comunitari en els serveis i les prestacions**.
- Una organització **basada en el sistema d'atenció integrat i integral amb base territorial**.
- Una **pràctica assistencial basada en l'evidència científica i l'experiència demostrable**.

Així mateix, es van **concretar deu objectius estratègics**:

El 2017, la valoració que en fem i les recomanacions que proposem són les següents:

Línia estratègica	Punts forts	Punts febles	Recomanacions Consell Assessor
1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.	▪ Participació en el projecte europeu IMPHA. ▪ PINSAP. ▪ Projectes de prevenció del suïcidi. ▪ Obertament. ▪ Recomanacions del Consell Assessor.	▪ Desenvolupament parcial de les accions PINSAP. ▪ No s'ha elaborat cap cartera de serveis de promoció i prevenció d'àmbit territorial.	Incorporar accions dirigides a: ▪ Salut maternoinfantil. ▪ Salut escolar. ▪ Prevenció del suïcidi. ▪ Salut laboral. ▪ Gent gran. ▪ Lluita contra l'estigma.
2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i addiccions a l'atenció primària de salut (APS).	▪ S'ha definit una cartera de serveis de salut mental i addiccions a l'APS. ▪ S'ha implantat en part del territori i s'ha dut a terme l'avaluació de l'impacte.	▪ No s'ha desenvolupat a tot el territori. ▪ Variabilitat en el model. ▪ Dificultats organitzatives per part de l'APS. ▪ Dificultats en la implementació del programa "Beveu menys"	▪ Redefinir la cartera de serveis a partir de les necessitats actuals. ▪ Potenciar la integració de l'atenció a la salut física i la salut mental. ▪ Implementar a tot el territori.

Línia estratègica	Punts forts	Punts febles	Recomanacions Consell Assessor
3. Incorporar una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris en base territorial.	▪ S'han desenvolupat experiències territorials innovadores. ▪ S'ha definit la cartera de serveis dels CSM i els CAS.	▪ No s'han pogut generalitzar els projectes prioritzats pel PDSMiAd. ▪ Diferències entre oferta i demanda. ▪ No s'ha definit una cartera de serveis global de base territorial.	▪ Definir una cartera de serveis de base territorial i integral entre serveis hospitalaris i comunitaris. ▪ Prioritzar la població infantil i juvenil. ▪ Garantir la continuïtat de l'atenció.
4. La veu dels afectats: millorar la seva implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.	▪ Projectes de lluita contra l'estigma. ▪ Projecte "Activa't". ▪ Paper actiu i de lideratge de les associacions.	▪ Poca participació en la definició de necessitats de serveis i presa de decisions clíniques. ▪ Un model poc centrat en la persona.	▪ Generar espais de participació. ▪ Avançar en la defensa dels drets. ▪ Desenvolupar un model centrat en les persones.
5. La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació.	▪ Equiparació salarial per a tot el sistema sanitari. ▪ Participació activa en la presa de decisions. ▪ Lideratges clínics en el territori.	▪ Impacte dels ajustaments econòmics. ▪ Variabilitat de la pràctica clínica no justificada.	▪ Planificar les necessitats de professionals i equilibri d'equips interdisciplinaris. ▪ Potenciar els lideratges clínics territorials.

Línia estratègica	Punts forts	Punts febles	Recomanacions Consell Assessor
6. Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes d'atenció de salut mental i addiccions.	▪ Millora de la cultura d'organització funcional. ▪ Avanç en la integració de salut mental i les addiccions. ▪ Experiències territorials (COSMiA).	▪ Diferents organitzacions territorials entre departaments. ▪ Dificultats per garantir la continuïtat en l'etapa adolescent i adulta. ▪ Entitats proveïdores amb diferents cultures organitzatives. ▪ No hi ha indicadors territorials.	▪ Potenciar l'organització funcional integrada entre serveis. ▪ Crear estructures territorials que garanteixin el treball integrat. ▪ Definició i implantació d'indicadors territorials.
7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les EP.	▪ Història clínica compartida (HC3). ▪ Recepta electrònica. ▪ Registre Codi risc de suïcidi (CRS). ▪ Central de resultats. ▪ MSIQ.	▪ Dades disponibles retrospectives. ▪ Els plans estratègics de les EP estan poc alineats amb el model d'atenció. ▪ Sistema de pagament no alineat amb el model.	▪ Alinear els lideratges clínics amb el model d'atenció. ▪ Plans de reordenació de les EP en el territori. ▪ Nou sistema de pagament.

Línia estratègica	Punts forts	Punts febles	Recomanacions Consell Assessor
8. Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.	▪ Programa de formació truncular. ▪ Creació de les unitats docents multiprofessionals.	▪ Formació pregrau i postgrau poc orientada al model d'atenció. ▪ Disminució de la capacitat de les unitats docents. ▪ Baix desplegament de les unitats docents multiprofessionals.	▪ Elaborar recomanacions de necessitats formatives. ▪ Preparar la troncalitat en el sistema MIR i la introducció de la Psiquiatria Infantil com a especialitat.
9. Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, i avaluar els serveis i la cooperació europea.	▪ S'han dut a terme projectes d'avaluació i recerca. ▪ Col·laboracions en projectes europeus.	▪ Pressupost insuficient per a recerca.	▪ Potenciar xarxes de recerca en salut mental.

5. Les polítiques de salut mental en el context internacional

L'OMS i diferents institucions europees han elaborat informes que descriuen els reptes que l'atenció a la salut mental ha d'assolir, com ara The European Mental Health Action Plan 2013-2020, de l'oficina de l'OMS d'Europa, i d'altres per part de l'Acció conjunta per la salut mental i el benestar, de la Unió Europea.

El Pla d'acció europeu per la salut mental 2013-2020 (EMHAP)[15] té com a objectius establir les principals fites i accions per enfortir la salut mental i el benestar psicològic dels ciutadans, així com fer front als nous reptes en salut mental que presenten els sistemes sanitaris europeus.

Les propostes formulades per l'EMHAP plantegen un model de salut mental que permeti:

- Millorar el benestar mental i reduir la càrrega dels trastorns mentals, especialment dels grups més vulnerables.
- Respectar els drets de les persones amb trastorn mental i oferir oportunitats equitatives per augmentar-ne la qualitat de vida i lluitar contra l'estigma i la discriminació.
- Establir serveis accessibles, segurs i efectius que atenguin les necessitats mentals i emocionals, físiques i socials de les persones afectades, així com de les seves famílies.

Proposa quatre objectius longitudinals i tres de transversals, a partir dels quals s'articulen les diferents propostes i accions. Horitzó 2020:

LONGITUDINALS

1. Tothom té les mateixes oportunitats d'assolir el benestar mental al llarg de la seva vida, en especial els més vulnerables o de més risc.
2. Les persones amb problemes de salut mental són ciutadans els drets humans dels quals són plenament valorats, respectats i promoguts.
3. Els serveis de salut mental són accessibles, competents, assequibles i disponibles a la comunitat d'acord amb les necessitats.

TRANSVERSALS

4. Les persones tenen dret a un tractament digne, segur i eficaç.
5. Els sistemes de salut ofereixen una bona atenció de la salut física i mental per a tothom.
6. Els sistemes de salut mental treballen en coordinació i col·laboració amb altres sectors.
7. Les directrius polítiques de l'atenció a la salut mental estan proporcionades i gestionades des d'una bona informació i un coneixement adequat.

L'Acció conjunta per la salut mental i el benestar (JA MH-WB) es posa en marxa l'any 2013 en el context del Pacte Europeu per a la Salut Mental i el Benestar, per tal d'assolir com a objectiu la construcció d'un marc d'actuació en política de salut mental en l'àmbit europeu, i es basa en el treball previ desenvolupat en el marc del Pacte Europeu per a la Salut Mental i el Benestar.

Finançat per l'Agència Europea de Sanitat i Consum, l'acció comuna implica 51 socis que representen 28 estats membres de la UE i 11 organitzacions europees. **L'objectiu de la JA MH-WB és contribuir a promoure la salut mental i el benestar, prevenir els trastorns mentals i millorar l'atenció i la inclusió social de les persones amb trastorns mentals a Europa.**

- **Una de les propostes de la JA MH-WB és incloure la salut mental en totes les polítiques.**

Planteja propostes relacionades amb cinc àrees:

1. Promoció de la salut mental en els llocs de treball.
2. Promoció de la salut a les escoles.
3. Promoció de l'acció contra la depressió i el suïcidi i l'aplicació d'enfocaments de salut electrònica.
4. Desenvolupament de l'atenció de salut mental basat en la comunitat i la inclusió social de les persones amb trastorns mentals greus.

5. Promoció de la integració de la salut mental en totes les polítiques.

En el cas dels adolescents i adults joves, l'OMS[16,17] ha efectuat diferents propostes en relació amb la seva salut, inclosa la salut mental. Més de la meitat de les malalties mentals greus, que poden afectar les persones al llarg de la seva vida, comencen en l'etapa adolescent i tenen una gran incidència al voltant dels 20 anys. El consum de substàncies, cada cop més freqüent entre els adolescents, afegeix complexitat i esdevé un factor de risc important. Per tant, **les polítiques en matèria de salut mental han d'incloure necessàriament propostes específicament adreçades a la població adolescent i jove, especialment als col·lectius més vulnerables**.

L'OMS formula les recomanacions següents:

- Disposar **d'intervencions psicosocials primerenques** basades en l'evidència, intervencions especialitzades no farmacològiques de caràcter comunitari, que evitin la institucionalització i la medicalització dels joves.
- Totes les intervencions han de **respectar els seus drets**, d'acord amb la Convenció sobre els drets de l'infant de les Nacions Unides.
- Els adolescents han d'estar activament **involucrats en les accions i la presa de decisions**.

- **L'atenció als adolescents ha de ser ajustada a les seves característiques i necessitats, diferenciada de l'atenció als infants i als adults.**
- La prevenció del suïcidi és una prioritat.

Les polítiques adreçades específicament a la població adolescent culminen amb **la Declaració internacional sobre salut mental juvenil, avalada per l'Associació Internacional per la Salut Mental de l'any 2013**:

1. Conversió de la reducció de la mortalitat evitable en un objectiu de salut pública.
2. Alfabetització en salut mental. Cal que els joves amb problemes de SM es puguin integrar plenament en les seves comunitats i en la societat.
3. Reconeixement i organització d'activitats de formació per als professionals sanitaris i socials sobre les condicions òptimes per detectar i donar resposta als joves amb necessitats de SM.
4. Accés a ajuda especialitzada.
5. Participació dels joves i de les famílies en el desenvolupament dels serveis .

D'altra banda, la Unió Europea, a través del seu comissionat per a l'ocupació, els assumptes socials i la inclusió, ha fet seu el document ***Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care***,[18] elaborat per un grup d'experts europeus l'any 2012. En aquest **document s'insta els estats membres a desenvolupar polítiques i accions per promoure la transició d'una atenció institucional a una atenció basada en la comunitat**.

- **L'OMS fa especial èmfasi en l'atenció a la salut mental dels infants i joves.**

El document analitza l'atenció institucional de diferents poblacions —particularment els nens i adolescents, les persones amb trastorns mentals i la gent gran—, formula estratègies i elabora recomanacions amb l'objectiu d'aconseguir aquestes transicions en l'horitzó 2020. Pel que fa als trastorns mentals, estableix intervencions per a la prevenció de l'atenció institucional i les formes de transició cap a un model d'atenció integrada en la comunitat.
En relació amb l'alcohol, les polítiques a Catalunya estan en coherència amb el pla d'acció europeu per reduir el consum perjudicial d'alcohol (2012-2020) de l'OMS.[19] En relació amb la prevenció, reducció de riscos i danys, tractament i inclusió social, les estratègies s'emmarquen en l'estratègia de la UE en matèria de lluita contra la droga (2013-2020) i els seus plans d'acció, i també seguint els estàndards de qualitat proposats des de l'Observatori Europeu de les Drogodependències i la Comunitat Europea.[20]

Així mateix, en el context internacional és un referent la **Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat de l'ONU (Nova York, 2006)**[21] i el seu protocol facultatiu, aprovats el 13 de desembre del 2006 per l'Assemblea General de les Nacions Unides. Es tracta de dos tractats internacionals que recullen els drets de les persones amb discapacitat, així com les obligacions dels estats per promoure, protegir i garantir aquests drets. L'Estat espanyol va incorporar els compromisos d'aquesta convenció en el marc regulador nacional mitjançant la Llei 26/2011, d'1 d'agost.[22]

La **Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat** suposa la consagració del canvi de paradigma en l'enfocament de les polítiques sobre discapacitat, passant a considerar les persones amb discapacitat plenament com a subjectes titulars de drets i no com a mers objectes de tractament i protecció social. Les persones amb discapacitat inclouen aquelles que tenen deficiències físiques, mentals, intel·lectuals o sensorials a llarg termini. Es tracta d'eliminar les diversos obstacles que n'impedeixen la participació plena i efectiva a la societat, en igualtat de condicions amb la resta. Els principis generals de la Convenció són els següents:

Article 3. Principis generals

- El respecte de la dignitat inherent, l'autonomia individual, inclosa la llibertat de prendre les pròpies decisions, i la independència de les persones.
- La no-discriminació.
- La participació i inclusió plenes i efectives en la societat.
- El respecte per la diferència i l'acceptació de les persones amb discapacitat com a part de la diversitat i la condició humanes.
- La igualtat d'oportunitats.
- L'accessibilitat.
- La igualtat entre l'home i la dona.
- El respecte a l'evolució de les facultats dels nens i les nenes amb discapacitat i del seu dret a preservar la pròpia identitat.

6. Les polítiques de Catalunya

El **nou Pla de salut de Catalunya 2016-2020** és la formalització de la política de Govern de la Generalitat pel que fa al desplegament d'actuacions per a la promoció de la salut, la protecció, la prevenció de la malaltia, el tractament, la rehabilitació i la reinserció a la societat.

Els principis que preveu el Pla de salut són els següents:

- Centrar l'atenció en les persones i assegurar-ne el contínuum assistencial.
- Garantir l'equitat en l'accés a les prestacions, en els resultats en salut i també la distribució dels recursos segons les necessitats de la població.
- Establir les causes socials com a factors principals que determinen les desigualtats en salut d'una comunitat.
- Prioritzar els col·lectius més vulnerables.
- Vetllar per la qualitat, l'efectivitat i l'eficiència, utilitzant l'evidència disponible i l'avaluació.
- Donar veu a les persones.
- Planificar les actuacions des d'un vessant predictiu, preventiu i proactiu.
- Planificar amb perspectiva territorial.
- Reconèixer la tasca dels professionals sanitaris.
- Fomentar la recerca en salut.
- Generar una xarxa de sistemes d'informació unificada.
- Elaborar un pla de salut orientat a l'acció.

En el marc del Pla de salut de Catalunya s'ha prioritzat l'atenció en salut mental que es preveu en diferents eixos, línies estratègiques i projectes:

- Salut infantil i de l'adolescència en persones en situació de vulnerabilitat.
- Prevenció del suïcidi.
- Participació de les persones en les polítiques públiques de salut.
- Model d'atenció centrada en la persona.
- Autoresponsabilització, autocura i foment de l'autonomia.
- Atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental.
- Polítiques interdepartamentals i intersectorials.

Partint de la importància dels determinants socials per explicar la salut de la població, el Pla de salut de Catalunya va impulsar l'elaboració del **Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP)**. El PINSAP desenvolupa iniciatives transversals de promoció i protecció de la salut abordant els determinants de la salut i introduint el concepte de *salut en totes les polítiques.*

El PINSAP pretén que tots els sectors del Govern, de les administracions públiques catalanes i de la societat capitalitzin directament les seves influències respectives sobre la salut i el benestar associat a fi de contribuir conjuntament a elaborar polítiques públiques saludables i desenvolupar iniciatives determinades de promoció i protecció de la salut, especialment les adreçades als grups més vulnerables. Per això, **està previst que una de les línies prioritàries del PINSAP per al període 2017-2020 sigui la salut mental.**

- **Són de gran importància els projectes interdepartamentals com el PINSAP i el PIAISS.**

El **projecte COMSalut** ("Comunitat i salut") és el modus d'articulació territorial del PINSAP, que reorienta el sistema sanitari (atenció primària de salut, salut mental), en col·laboració amb el sistema de salut pública (general i local), cap a la detecció i l'atenció de les necessitats de salut de la comunitat a partir de l'apoderament i el reforç dels recursos i actius comunitaris.

Pel que fa a l'àmbit de les addiccions són referents l'**Estratègia nacional de prevenció: consum de drogues i problemes associats** i el **Pla d'actuació en prevenció sobre drogues 2012-2016: consum de drogues i problemes associats**, de la Sub-direcció General de Drogodependències de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

El **Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)** té com a objectiu impulsar un canvi en les polítiques sanitàries i socials garantint un model d'atenció integrada centrada en la persona. La missió del PIAISS és promoure el model d'atenció social i sanitària i participar en la seva transformació amb la finalitat d'articular les actuacions necessàries per fer realitat un sistema que garanteixi l'atenció a les persones que tenen necessitats que impliquen les dues tipologies de serveis.

El Govern ha establert, com un dels objectius principals de la legislatura, potenciar l'atenció primària com a eix vertebrador del sistema de salut, per millorar l'estat de salut de la població, garantir l'equitat i millorar l'eficiència del sistema. Amb aquest objectiu, s'ha presentat **l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària** (**ENAPISC**) fruit d'un intens procés participatiu de gairebé un any, en què s'ha comptat amb la col·laboració

de gairebé 300 persones que han aportat el seu coneixement i expertesa. S'estableixen un seguit d'accions per dotar l'atenció primària d'una orientació comunitària, que integri tots els recursos sanitaris de proximitat en una única xarxa d'atenció primària (XAP), entre els quals s'impulsa la salut mental i les addiccions.

El Pla **integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions**, coordinat pel Departament de Presidència, amb la participació dels departaments de Salut, Ensenyament, Treball, Afers Socials i Família, i Justícia, és la concreció de l'estratègia política del Govern de Catalunya que entén la salut mental com un repte global i transversal que no només busca produir millores en les condicions de vida de les persones, sinó també en el conjunt de la societat, i que pretén donar resposta als objectius següents:

- Contribuir a millorar la salut mental i disminuir les desigualtats socials d'aquests col·lectius.
- Incorporar estratègies transversals de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, atenció i inserció social i laboral, possibilitant l'acció integrada i complementària dels serveis de salut, socials, educatius, laborals i de justícia.
- Afavorir la participació dels afectats en primera persona i una opció d'equitat i reequilibri a favor de la població més vulnerable.
- Disposar d'un instrument de planificació de les polítiques i accions públiques que doni coherència a les accions que s'estan desenvolupant des dels diferents departaments de la Generalitat, amb criteris d'eficiència dels serveis públics.

7. El model d'atenció comunitària a la salut mental i addiccions

Aspectes conceptuals del model

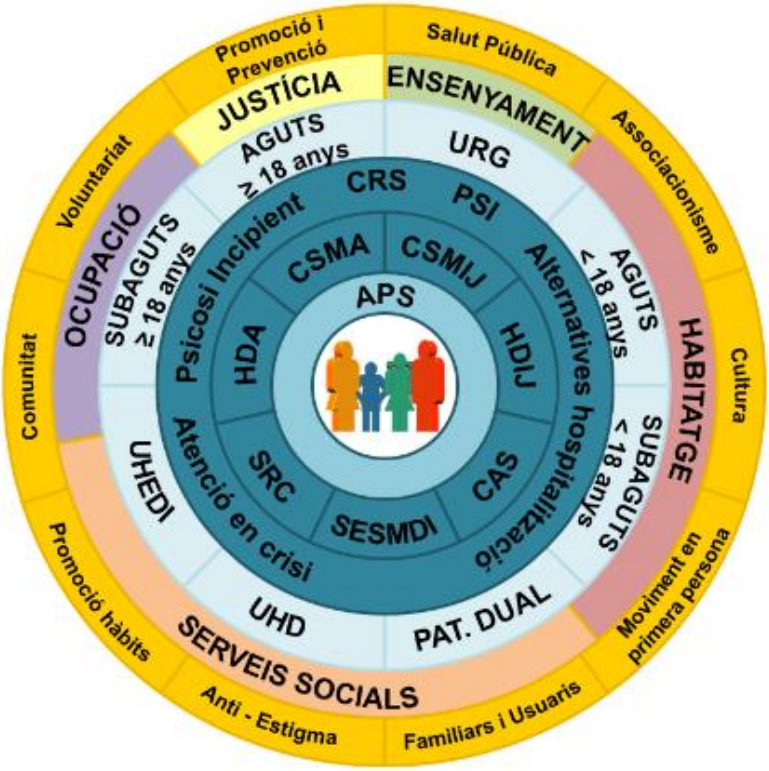
D'acord amb les polítiques i les recomanacions esmentades en el capítol anterior i seguint també les consideracions que destaca Graham Thornicroft[23] en la revisió sobre l'abordatge dels trastorns mentals des dels serveis de salut als diferents països, els **aspectes clau del model d'atenció comunitària a la salut mental** han de preveure:

Atenció global, basada en	Un **abordatge poblacional**. La visualització de les persones afectades en el seu **context socioeconòmic**. La **prevenció** basada en l'individu i la població. Una **visió de sistema** en la provisió de serveis. El **lliure accés** als serveis, sense barreres. Uns serveis basats en el **treball en equip**. Una perspectiva del **recorregut vital** (longitudinal i a llarg termini). **Cost-efectivitat** en termes poblacionals (socials). Una **planificació** de serveis que tingui en compte les desigualtats socials. El compromís de justícia social en l'abordatge de les necessitats de les **poblacions vulnerables** o tradicionalment marginades (adolescents, immigrants, sense llar...).
Perspectiva de salut mental comunitària basada en el paradigma de la recuperació	Posar l'**èmfasi en la salut** no només en els trastorns de les persones i les seves discapacitats (perspectiva de malaltia), sinó també **en les seves fortaleses, capacitats i expectatives (perspectiva de recuperació)**. Posar el centre d'interès a millorar **les capacitats de la persona** per desenvolupar una identitat positiva, per emmarcar l'experiència de la seva malaltia i l'**autogestió**, i per obtenir rols socials valorats per l'individu. **Evitar la institucionalització** i l'ús d'estructures de llarga estada psiquiàtrica.

Visió de la comunitat en un sentit ampli	Potenciar les **fortaleses de la família, les xarxes socials, la feina, la comunitat i les organitzacions** properes a les persones amb malaltia mental.
Medicina basada en l'evidència i la pràctica ètica, en funció de la millor informació disponible	Les persones tenen dret a rebre **informació** que els faciliti entendre la malaltia i sobre les alternatives terapèutiques disponibles, la seva efectivitat i els riscos o esdeveniments adversos, i **que es tinguin en compte les preferències** en un procés de **presa de decisions conjunta**.

El model d'atenció comunitària en salut mental **posa la persona com a centre** i es basa en una **valoració integral** de les seves necessitats i una **atenció integrada** dels recursos socials, de salut, de salut mental, sociosanitaris, residencials, educatius, etc., per assolir una atenció **accessible, de qualitat, eficient, sostenible i amb equitat territorial**, que permeti anar més enllà del paradigma de la **recuperació** i en faciliti **la inclusió comunitària**.

Figura 18. Model d'atenció



Reptes del canvi en l'atenció a la salut mental i les addiccions a Catalunya: aprofundint en el model de base comunitària (2017–2020).

CANVIS EN LA FINALITAT

De	A
D'una xarxa de serveis dirigida a l'atenció de les persones afectades i centrada en les estructures i serveis	**A una xarxa enfocada a l'atenció a les necessitats de les persones, que adopten un rol actiu i amb capacitat de decisió sobre el seu procés terapèutic.** **A una xarxa de serveis que promou i preserva la salut mental i el benestar emocional, que prioritza l'atenció a les poblacions més vulnerables i les acompanya en la recuperació del seu projecte vital i d'inclusió social.**

CANVIS EN EL MODEL D'ATENCIÓ

De	A
D'una atenció reactiva a la demanda i enfocada al tractament,	A una atenció proactiva i preventiva fonamentada en la potenciació de les capacitats de les persones i enfocada a la salut,
centrada a conèixer la satisfacció de les persones afectades i en el seu rol de familiars,	que respecta l'autonomia de les persones i el seu dret de participació i cerca l'acceptabilitat òptima dels tractaments,
orientada a la comunitat, però encara amb predomini de l'atenció hospitalària i amb unitats de llarga estada desvinculades de la comunitat,	de base comunitària, amb la participació activa de l'atenció primària de salut, que promou alternatives a l'hospitalització convencional, evita la institucionalització i tanca progressivament la llarga estada psiquiàtrica,
amb equips multidisciplinaris,	amb equips multidisciplinaris i interdisciplinaris, que comparteixin estratègies de col·laboració efectives,
que generen una pràctica clínica heterogènia,	amb una pràctica clínica basada en l'evidència i la informació disponible, l'experiència demostrada i l'ètica assistencial,
que descansa en una cartera de serveis genèrica.	i que es defineix a través d'una cartera de serveis bàsica d'atenció que garanteixi l'accés als tractaments adients i una intensitat de l'atenció equitativa en l'àmbit territorial.

CANVIS EN EL MODEL DE RELACIÓ ENTRE SERVEIS

De	A
D'un model de relació entre serveis basat en la suma de visions dels diferents actors:	**A un model integrat i de lideratges compartits:**
entre serveis sanitaris que es relacionen a partir de la coordinació i la derivació;	**entre serveis sanitaris que es relacionen des d'una visió de col·laboració i de pràctiques compartides, especialment amb l'atenció primària i la salut comunitària;**
amb uns serveis no sanitaris que demanen suport en aspectes concrets.	**amb uns serveis d'atenció a la persona que treballen segons un pla integral, concretat en el territori;**
amb dificultats per integrar l'atenció a la salut mental i les addiccions.	**amb una xarxa única de serveis que integra l'atenció a la salut mental i les addiccions.**

CANVIS EN ELS PROCESSOS DE PLANIFICACIÓ

De	A
D'una planificació basada en la demanda assistencial i orientada al desenvolupament de dispositius i d'alguns programes no generalitzats,	A una planificació centrada en l'equitat, l'accessibilitat i les necessitats de les persones amb una visió territorial i de base comunitària,
una planificació parcial i fragmentada,	una planificació integrada de les necessitats sanitàries i socials,
una planificació basada en criteris tècnics sanitaris.	una planificació basada en un model participatiu de tots els agents, que també tingui en compte els criteris d'eficiència tècnica i evidència informada.

CANVIS EN EL MODEL D'ORGANITZACIÓ TERRITORIAL I DE GESTIÓ

De	A
D'un model de gestió basat en els dispositius, amb poca participació del territori i amb alta variabilitat,	A un model de gestió unificat funcionalment i territorialment, amb la participació de tots els agents i una gestió clínica integrada,
amb una important implicació dels professionals,	amb noves oportunitats de participació dels professionals en els processos de millora i d'innovació,
amb lideratges dependents de la cultura i capacitat de cada entitat gestora,	amb processos d'atenció bàsics consensuats i lideratges compartits que garanteixin la continuïtat assistencial,
amb gran heterogeneïtat del tipus d'atenció i pràctiques clíniques, i una atenció domiciliària no generalitzada territorialment,	amb processos transversals clars i compartits en l'àmbit territorial, que incloguin elements de proactivitat en l'atenció comunitària i domiciliària, especialment amb l'atenció primària de salut i social,
amb poca participació per part de persones afectades i familiars en la planificació i evolució dels serveis,	amb la implicació de les persones en els diferents òrgans de participació,
amb un sistema de formació que es desenvolupa a criteri de les diferents entitats, centres o equips,	amb un sistema de formació i recerca multicèntric que també integra el desenvolupament del model assistencial de salut mental comunitària,
amb una participació limitada dels *stakeholders* del territori.	que també té en compte la participació dels moviments en primera persona, associacions de famílies i fundacions tutelars.

CANVIS EN L'ORIENTACIÓ DE L'AVALUACIÓ

De	A
D'una avaluació puntual, acreditada externament i basada, sobretot, en estructura i procés. De l'activitat assistencial i alguns programes, en funció de la compra de serveis.	A un model d'avaluació continu, transparent i sistemàtic, alineat amb l'estratègia que inclogui aspectes cabdals de procés i resultats. A valorar resultats en salut del conjunt de la societat, que s'articuli en un únic quadre de comandament integral compartit en el territori i prevegi les avaluacions externes necessàries.

CANVIS EN EL FINANÇAMENT I EL SISTEMA DE PAGAMENT

De	A
Un infra-finançament històric. Un sistema de pagament basat en l'activitat de cada servei per separat.	A un finançament adequat a la importància epidemiològica dels TM. A un sistema de pagament equitatiu, de base capitativa, ajustat a poblacions de risc i al compliment de l'estratègia, orientat a millorar els resultats de salut.

8. Estratègies, objectius i accions per al període 2017-2020

La definició de les línies estratègies que es proposen respon al model definit i s'ha inspirat, entre d'altres, en les recomanacions del Pla d'acció 2013-2020 de l'Oficina Regional Europea de l'OMS, la JA MH-WB 2013-2016 de la Unió Europea i el Pla de salut de Catalunya 2016-2020.

Les línies estratègiques, els objectius i les accions proposades abasten la totalitat dels processos, des de la promoció de la salut i la prevenció, el diagnòstic i els tractaments, fins a la rehabilitació i la inserció a la comunitat. Disposa, també, de la participació de les persones afectades, les famílies i les organitzacions que els representen.

A més, preveuen una visió àmplia del sistema, que integra i valora elements no exclusivament sanitaris i que s'hauran de desenvolupar en el marc d'altres plans i projectes del Govern (PINSAP, Pla d'atenció integral a les persones amb trastorns mentals i addiccions, PIAISS, atenció primària comunitària, COMSalut, etc.)

Línia estratègica 1. Contribuir a la promoció de la salut mental positiva i el benestar de les persones al llarg de la vida i incrementar el compromís de la xarxa d'atenció amb la prevenció dels trastorns mental i les addiccions.

Objectiu estratègic 1.1. Desenvolupar polítiques de promoció de SM en tots els grups d'edat

Accions proposades

a) Desenvolupar intervencions que afavoreixin la **criança positiva**, adaptades a les necessitats dels diferents grups d'edat.
b) **Millorar la cobertura i l'orientació del programa "Salut i escola"**, conjuntament amb l'atenció primària i la salut comunitària, com una estratègia global de promoció de la salut, adaptat a les necessitats detectades, com el fracàs escolar i les situacions de vulnerabilitat o marginalitat.
c) Desenvolupar **programes específics**, adaptats a cada etapa vital, que **fomentin estats de vida i hàbits saludables de la salut física, cognitiva i emocional** en les persones que pateixen trastorns mentals i addiccions.
d) Desenvolupar programes comunitaris de promoció de la salut i prevenció de problemàtiques derivades dels consums d'alcohol i drogues.
e) Dissenyar programes de **promoció de la salut mental de la gent gran des de la perspectiva de l'envelliment actiu i saludable**, conjuntament amb l'atenció primària i la salut comunitària, incloent-hi les residències de persones grans.
f) Desenvolupar intervencions en el marc del programa "Embaràs sense alcohol i sense drogues" des de la Sub-direcció General de Drogodependències.

Objectiu estratègic 1.2. Desenvolupar polítiques preventives en SMiA en tots els grups d'edat

Accions proposades

a) Fomentar campanyes de **prevenció del suïcidi**, adaptant-les a les característiques de les diferents poblacions diana i dels grups d'edat.
b) Avaluar i consolidar **les rutes assistencials de la depressió a tot Catalunya**, posant èmfasi en la detecció, la intervenció precoç i el risc de suïcidi.
c) Desenvolupar un **pla d'atenció de la salut mental i addiccions en l'etapa perinatal**, amb especial èmfasi en el cas de dones en situació de vulnerabilitat.
d) Revisar el **protocol de salut mental del Programa del nen sa**, conjuntament amb els equips de pediatria de l'atenció primària de salut, per millorar la prevenció i detecció primerenca dels trastorns mentals greus en la primera infància.
e) Disposar **d'espais assistencials adreçats a adolescents vulnerables**, que s'adaptin a les noves necessitats de la població jove i que tinguin com a objectiu la prevenció de trastorns mentals i del suïcidi, així com l'abordatge de problemàtiques relacionades amb el consum de drogues.
f) Vincular els recursos preventius, assistencials i comunitaris desenvolupats des dels ens locals i altres departaments implicats en l'oferiment de serveis adreçats als adolescents i joves.
g) **Atendre grups de persones vulnerables, degut a situacions persistents de malestar emocional per esdeveniments socials adversos**, adaptant, amb la col·laboració de l'atenció primària de salut, la valoració de necessitats; evitant la medicalització dels problemes, i promovent la prescripció social (PINSAP i dels programes COMSalut).

Objectiu estratègic 1.3. Desenvolupar un model d'atenció i organització de serveis que faciliti l'aplicació de polítiques de promoció i prevenció

Accions proposades

a) **Desplegar unitats funcionals territorials d'atenció integrada** entre els equips de pediatria de l'APS, els CSMIJ, els centres de desenvolupament infantil i d'atenció precoç (CDIAP) i els CAS, les escoles, els serveis socials i altres serveis comunitaris que contribueixen a la promoció del neuro-desenvolupament dels infants. Aquesta acció s'ha de dur a terme en el marc del Pla integral de salut mental i addiccions.

b) **Incorporar les accions de promoció de la salut mental i les addiccions en el marc del PINSAP i dels projectes territorials que s'impulsen des de l'atenció primària i salut comunitària – COMSalut.**

Línia estratègica 2. Millorar les pràctiques assistencials en relació amb els drets de les persones i potenciar noves capacitats de participació i apoderament de les persones usuàries dels serveis.

Objectiu estratègic 2.1. Assegurar l'equitat en l'accés als serveis i evitar les desigualtats

Accions proposades

a) **Identificar les barreres que dificulten l'accés als serveis en determinats grups** (primera infància, adolescència, persones grans, persones penades o institucionalitzades i d'altres barreres socials i persones consumidores de drogues en actiu) i elaborar plans d'acció per evitar les desigualtats.

Objectiu estratègic 2.2. Garantir el respecte als drets de la persona

Accions proposades

a) **Donar suport al moviment "en primera persona" i als projectes d'apoderament de les persones afectades i famílies (projecte "Activa't")**. Avaluació de les experiències pilot.
b) **Identificar la percepció de la població catalana sobre l'estigma** associat a la malaltia mental i addiccions mitjançant l'Enquesta de salut de Catalunya.
c) **Promoure les intervencions de lluita contra l'estigma** centrades en els serveis sanitaris ("Obertament").
d) **Dissenyar i implementar experiències pilot de suport entre iguals** (d'igual a igual, ajuda mútua) conjuntament amb els serveis assistencials. Incorporar les experiències que s'estan desenvolupant amb persones amb addiccions.
e) Impulsar el rol de **pacient expert** en el camp de la salut mental i addiccions, amb la col·laboració de l'atenció primària i salut comunitària.

f) Impulsar accions en els serveis sanitaris per tal que les persones afectades i les famílies rebin la **informació adequada** i en un format accessible, **sobre els drets, les normes d'atenció i les opcions de tractament**.
g) Dissenyar i implementar un **pla estratègic de seguretat del pacient** en l'àmbit de la salut mental i les addiccions, que incorpori bones pràctiques en relació amb els drets de les persones afectades en els entorns hospitalaris (tendir a la "contenció zero"), seguint models acceptats internacionalment (consens mundial de la WFSBP).
h) **Reforçar els projectes comunitaris** que fomentin la convivència veïnal amb persones amb malaltia mental.

Objectiu estratègic 2.3. Incorporar l'experiència dels moviments en primera persona i de les seves famílies amb els serveis com a valor fonamental de l'atenció i de la qualitat assistencial

Accions proposades

a) Incorporar **l'avaluació de la percepció i la satisfacció de les persones afectades** i les seves famílies en la millora continuada dels serveis.
b) Impulsar uns **serveis orientats a la persona** (amigable) amb facilitat de contacte, programació de visites, atenció no presencial, etc.
c) Fomentar **l'enfocament de l'atenció centrada en la persona** en els serveis a través de l'elaboració del model de **planificació de decisions compartides i del document de voluntats anticipades en l'àmbit de la salut mental**, per garantir la participació de les persones en les decisions sobre els seus propis plans terapèutics.

Objectiu estratègic 2.4. Garantir la participació de les persones afectades i les organitzacions que els representen

Accions proposades

a) Fomentar **la participació de les persones afectades i les famílies en els diferents òrgans** i serveis del Departament de Salut: Consell Consultiu, consells assessors.
b) **Incorporar activament experts en primera persona** dins dels equips assistencials.
c) Fomentar **la participació dels moviments en primera persona a les taules de salut mental i de drogues a tot el territori**.

Línia estratègica 3. Garantir que l'atenció especialitzada sigui territorialment equitativa, accessible, integral, competent i basada en la comunitat.

Objectiu estratègic 3.1. Definir i implementar la cartera de serveis bàsica de l'atenció comunitària especialitzada en salut mental i addiccions

Accions proposades (agrupades segons grups d'edat)

Etapa infantil

a) Definir la **cartera de serveis dels CSMIJ** que garanteixi la detecció, el diagnòstic i l'atenció als problemes de salut mental més predominants i de més complexitat i fer front a l'increment de les necessitats detectades.
b) **Prioritzar l'atenció al trastorn mental greu**, especialment els TEA, els TDAH amb trastorn de la conducta, discapacitat intel·lectual amb trastorns de la conducta i altres malalties que puguin cursar amb cronicitat, en tot el territori.
c) **Definir les necessitats de col·laboració i suport amb altres serveis d'atenció a la infància** (CDIAP, entorn educatiu) en el marc del Pla d'atenció integral a les persones amb trastorns mentals i addiccions.

Adolescents i joves

d) **Implantar a tot el territori català el Programa d'atenció a la psicosi incipient, especialment en el grup d'edat de 14 a 24 anys**, amb la creació d'unitats funcionals integrades entre tots els recursos que interactuen en l'àmbit territorial.
e) **Abordar els trastorns per ús de substàncies i addiccions comportamentals**, amb programes conjunts entre CSMIJ i CAS. Reforçar la continuïtat assistencial en l'abordatge preventiu en relació amb problemàtiques relacionades amb els consums de drogues entre els adolescents i joves.
f) **Incorporar els programes alternatius a la sanció administrativa per consums de drogues a la via pública.**

g) **Incorporar la població adolescent i jove** amb trastorn psicòtic i patologia dual **als programes Pla de serveis individualitzats (PSI) i als serveis de rehabilitació comunitària**, per facilitar l'acompanyament terapèutic i impulsar la inclusió en entorns normalitzats (educatius, laborals o socials).
h) Definir **estratègies de rehabilitació cognitiva** amb la col·laboració entre diferents serveis i d'àmbit territorial.

Adults, gent gran i altres accions transversals

i) **Consensuar una cartera de serveis bàsica dels diferents dispositius comunitaris d'atenció** a la salut mental i les addiccions, que garanteixi l'equitat territorial.
j) **Promoure, amb la col·laboració de l'atenció primària i salut comunitària, la utilització de guies de pràctica clínica** en l'atenció als trastorns més predominants (depressió, ansietat) i, especialment, en els més complexos (psicosis i trastorns bipolars i les addiccions).
k) **Prioritzar l'atenció comunitària** a les persones afectades de qualsevol edat amb trastorns mentals amb condició de cronicitat i complexitat.
l) Prioritzar **la prevenció del suïcidi** i la consolidació del Codi risc de suïcidi.
m) Adequar gradualment la **disponibilitat d'atenció psicològica en els serveis especialitzats** d'acord amb els protocols existents.
n) Definir l'organització en cada territori **d'un sistema de resposta a les situacions de crisi 7x24** en coordinació amb el Pla estratègic d'atenció primària i el Pla d'urgències.
o) **Reformular el model d'atenció als processos de rehabilitació i inserció comunitària a partir del paradigma de la recuperació**, que incorpori accions adreçades a la població adolescent. Culminació del procés de reconversió dels centres de dia en serveis de rehabilitació comunitària a tot el territori de Catalunya, consensuant i redefinint la cartera de serveis.
p) Finalitzar el procés **d'integració dels serveis d'atenció a la salut mental i els d'addicions.**
q) Abordar les problemàtiques de la salut mental en la **gent gran** amb una visió transversal, integral i comunitària.

r) Atendre **col·lectius vulnerables** (població immigrada, persones sense sostre, violència de parella...)

Objectiu estratègic 3.2. Desenvolupar una integració funcional de serveis i garantir la continuïtat assistencial entre dispositius

Accions proposades

a) **Reforçar la continuïtat assistencial** en la transició entre l'adolescència i l'edat adulta. Definir estàndards de continuïtat especialment en els trastorns mentals greus.
b) **Implantar les unitats funcionals CSMIJ-CAS**, per a l'atenció dels adolescents amb trastorns per ús de substàncies i patologia dual, amb formació compartida pels professionals de les dues tipologies de serveis.
c) Avaluar la **continuïtat assistencial** en moments de transició rellevants (etapa infantil i jove a adulta/hospitalització-comunitària, serveis sanitaris i socials, salut mental i addiccions).

Objectiu estratègic 3.3. Assegurar l'equitat territorial de la cartera de serveis bàsica especialitzada i adequar la planificació i la implantació de programes supraterritorials

Accions proposades

a) **Implementar la cartera de serveis a tot el territori** com un model d'atenció equitatiu, adaptat a les noves demandes i necessitats de les persones afectades, reforçant especialment l'atenció a la salut mental des dels serveis d'atenció primària i salut comunitària.
b) Implementar **la cartera de serveis d'atenció a les famílies basada en els resultats del projecte "Activa't".**
c) **Revisar la planificació actual i els programes específics supraterritorials**, i **d'alta especialització**, enfocant-los a la millora de la qualitat, a l'equitat entre els territoris i a la innovació de la pràctica clínica.

d) Revisar la **planificació actual i la implantació territorial** de les unitats d'hospitalització, hospitals de dia i recursos intermedis per a població infantil i juvenil.

e) **Culminar el desenvolupament de serveis de gestió de casos (PSI) a tot Catalunya que, de manera transversal**, inclogui l'atenció a la població adolescent i al programa d'atenció a la psicosi incipient.

f) Garantir que **la cartera de serveis preveu els tractaments efectius amb criteris d'eficiència i equitat**.

Línia estratègica 4. Millorar les condicions de la pràctica assistencial i la formació per garantir una atenció digna, segura i efectiva.

Objectiu estratègic 4.1. Millorar la formació dels professionals per tal d'alinear els coneixements, les habilitats i les actituds amb les finalitats i els objectius del pla

Accions proposades

a) Actualitzar el **registre dels especialistes** de les diferents professions en salut mental que estiguin en actiu a Catalunya i fer càlcul de les necessitats formatives.
b) **Adequar i acreditar les noves unitats docents** (Decret de troncalitat): psiquiatria infantil, troncalitat en psiquiatria i psiquiatria d'adults.
c) **Impulsar un nou equilibri interprofessional en els equips assistencials**, alineat amb les finalitats que es proposen en aquesta estratègia.
d) **Adequar l'oferta de places en la formació** d'especialistes a aquest escenari.
e) Crear un grup de treball que elabori propostes de les **competències específiques i compartides de la formació especialitzada via residència** per a psiquiatres, psicòlegs clínics, infermeres de salut mental i treball social.
f) Crear **un comitè d'unitats docents de SM dins del Consell General d'Unitats Docents amb la finalitat d'elaborar un pla de formació alineat amb l'estratègia.**
g) Garantir que els centres assistencials del sistema de salut facilitin l'assistència a **activitats docents i de formació continuada, de caràcter pluridisciplinari.**
h) Donar suport a **la formació continuada en salut mental i addiccions dels professionals d'atenció primària**, inclosos els serveis de pediatria.

Objectiu estratègic 4.2. Fomentar la visió compartida de l'estratègia de salut mental entre els professionals

Accions proposades

a) Impulsar la **participació activa dels professionals i els líders assistencials de les EP en l'avaluació i el desenvolupament de les estratègies**.
b) Desenvolupar un pla d'acció que impliqui els professionals en **l'aplicació de les guies de pràctica clínica avalades pel sistema de salut.**
c) Impulsar la **definició per part dels professionals de pràctiques que no aporten valor afegit (programa essencial**).
d) Promocionar actuacions per **disminuir variabilitat no justificada**, amb l'impuls d'accions basades en l'evidència i en les bones pràctiques, amb objectius dirigits a la millora del benestar de les persones afectades.
e) **Donar suport a la formació creuada de professionals i experts en primera persona**.

Línia estratègica 5. Garantir que el sistema de salut proveeixi una atenció integrada a la salut física i mental, mitjançant pràctiques compartides entre nivells i serveis assistencials.

Objectiu estratègic 5.1. Definir un model integrat de pràctiques compartides entre l'APS i l'atenció especialitzada

Accions proposades

a) **Generalitzar a tot el territori la cartera de serveis de SM i addiccions en atenció primària**, **tant per a adults com per a infants**, d'acord amb el model definit pel PDSMiAd i alineat amb el Pla estratègic de l'atenció primària i comunitària, incorporant els programes "Beveu menys" i ASSIST.
b) Incorporar, de manera efectiva**, la vigilància i l'atenció a la salut física de les persones amb trastorns mentals i addiccions en la pràctica mèdica habitual de l'APS**.
c) Garantir l'atenció d'infermeria en tota l'atenció comunitària de salut mental i addiccions per població adulta i infantil (CSMA, CSMIJ i CAS), amb el concepte d'atenció integral, tenint en compte, especialment, el control dels indicadors de salut física i factors de risc, així com la seguretat del pacient i la continuïtat assistencial entre els diferents dispositius.
d) Potenciar la **figura del gestor de casos en l'APS per a la població més vulnerable**.
e) Implementar **mesures específiques per a l'atenció a les persones grans amb malaltia mental** que sol·liciten i requereixin un abordatge integral en l'entorn de l'atenció primària, centres geriàtrics i sociosanitaris.
f) **Vetllar per la detecció i atenció a la depressió**, conjuntament amb l'atenció primària i salut comunitària, d'acord amb els criteris de les guies de pràctica clínica i els acords establerts per les rutes assistencials.
g) Prioritzar la prevenció del suïcidi i l'atenció a les persones identificades en situació de risc, d'acord amb el protocol establert en el CRS.
h) **Avançar en l'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions en situacions de complexitat, en col·laboració amb el Programa de prevenció i**

atenció a la cronicitat. Impulsar-ne la identificació i l'atenció partint d'un model d'atenció compartida i integrada amb l'atenció primària i salut comunitària especialment, en el marc de la definició de les rutes assistencials a la complexitat.

i) Elaborar un **protocol per a l'atenció als casos greus d'alta complexitat** que actualment no troben resposta en els sistemes d'atenció, de manera coordinada amb els serveis socials.

Objectiu estratègic 5.2. Definir de manera consensuada un model proactiu d'atenció comunitària que impliqui suport domiciliari, una atenció a la crisi i desenvolupi alternatives a l'hospitalització convencional

Accions proposades

a) **Iniciar models alternatius a l'hospitalització convencional en salut mental i addiccions amb sistemes d'atenció de base comunitària,** que prevegin l'atenció immediata a les situacions de crisi, i potenciïn serveis intensius a la comunitat, com els hospitals de dia o l'hospitalització a domicili.
b) Definir un **model d'atenció domiciliària a la salut mental** que integri l'atenció primària i salut comunitària, salut mental i addiccions i serveis socials.

Objectiu estratègic 5.3. Impulsar accions específiques que contribueixin a una integració efectiva de la salut mental i addiccions en els programes i els entorns sanitaris generals

Accions proposades

a) Incloure **l'atenció en salut mental** en els programes de seguiment de les persones afectades cròniques i en **entorns geriàtrics i sociosanitaris.**
b) Assegurar **l'atenció a les urgències psiquiàtriques i l'hospitalització d'aguts en els hospitals generals,** amb acords de coordinació amb els centres monogràfics i amb una visió territorial.
c) Garantir **l'atenció psiquiàtrica i psicològica d'enllaç** per atendre les persones que presenten situacions d'alta complexitat en l'entorn hospitalari.
d) Garantir **la integració de l'atenció a la salut mental i les addiccions** a partir de les recomanacions del grup de treball del Consell Assessor en Salut Mental i Addiccions.
e) **Revisar els criteris de derivació i d'ingrés a les unitats d'aguts, de desintoxicació i de patologia dual**, des d'una perspectiva d'integració i de manera

que doni resposta a les necessitats de les persones afectades i, en especial, als pacients amb trastorn dual.

f) Garantir **la coordinació efectiva i una atenció integrada amb tots els serveis sanitaris dels diferents territoris**.

Línia estratègica 6. Millorar la integració amb els serveis no sanitaris que s'ocupen de l'atenció a les persones en relació amb els objectius de salut mental exposats, així com la col·laboració interdepartamental imprescindible en totes les facetes de l'atenció.

Els objectius i les accions d'aquesta línia estratègica són els que es preveuen en el Pla d'atenció integral a les persones amb trastorns mentals i addiccions per al període 2017-2019 en què participen diferents departaments de la Generalitat i entitats dels sector de la salut mental.

Objectiu estratègic 6.1. Implicació dels serveis de salut en les accions prioritzades pel Pla integral

Accions proposades

a) Impulsar les accions necessàries per al desplegament del programa **de lluita contra l'estigma.**
b) **Integrar les intervencions dels serveis de salut, socials i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat**.
c) **Promoure els drets** i la millora de l'atenció en els entorns assistencials.
d) Promoure i millorar els **programes de suport a les famílies** de les persones amb trastorn mental.
e) Promoure les accions necessàries per a la **consecució activa de la inclusió comunitària** de les persones adultes amb trastorn mental greu i addiccions.
f) Promoure les accions necessàries per **a la inserció laboral de les persones adultes amb trastorn mental i addiccions.**
g) **Millorar l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en l'àmbit judicial**, per a les persones en situació de privació penal de llibertat i mesures de seguretat, així com per a les persones amb capacitat modificada.

h) Millorar i promoure **l'atenció integral de les persones grans** en el seu entorn habitual i residencial substitutori de la llar.
i) **Promoure l'associacionisme** i la **participació ciutadana i social** de les persones amb problemes de salut mental i les famílies.

Objectiu estratègic 6.2. Desenvolupar accions clau per millorar la salut mental en el marc del PIAISS

Accions proposades

a) Promoure accions i disposar de serveis per a la **desinstitucionalització de persones ingressades en la llarga estada psiquiàtrica** i desenvolupar alternatives assistencials de base comunitària (habitatge, programes de suport a la llar, atenció domiciliària integral).
b) **Executar el Pla de reconversió de la mitja i llarga estada psiquiàtrica**, que permeti definir el model i un calendari per aplicar-lo.

Línia estratègica 7. Garantir els elements de suport al canvi.

Objectiu estratègic 7.1. Desenvolupar els elements de planificació i gestió que donin suport al canvi

Accions proposades

a) Aplicar els criteris de planificació del **mapa sanitari**, principalment pel que fa a serveis comunitaris, avaluació i revisió posterior per adaptació a les noves necessitats, al model i a les desigualtats territorials.
b) **Planificar les necessitats dels professionals** sanitaris que garanteixin el model d'atenció integrat.
c) Promoure el **lideratge clínic integrat** en el conjunt del territori. Promoure fòrums de participació en l'àmbit territorial.
d) Dissenyar la **planificació operativa** amb visió territorial, assegurant la implicació del territori.
e) Re-enfocar el **sistema de pagament com a instrument bàsic de suport al canvi i al desplegament del nou model d'atenció que garanteixi** l'equitat territorial.
f) **Implementar les noves accions orientades a fer efectiu el nou model**, aplicant des de l'inici els criteris bàsics de necessitats de la població, en els àmbits socioeconòmic i epidemiològic.
g) Impulsar **estudis farmacoeconòmics**, elaborar recomanacions i desenvolupar accions per garantir que la prescripció es fonamenta en criteris d'adequació, en l'evidència científica i en l'eficiència.

Objectiu estratègic 7.2. Desenvolupar els elements de les polítiques d'aliances que donen suport al canvi

Accions proposades

a) Impulsar **mecanismes de participació activa amb el sector** que afavoreixin el consens i el compromís amb les estratègies proposades.

b) Afavorir que els **plans estratègics de les EP involucrades en el sector estiguin orientats a les mateixes finalitats i objectius que el Pla estratègic.**
c) Conjuntament amb les EP, donar un **nou impuls a l'eficiència i a la transparència.**
d) Promoure **la cooperació amb grups d'interès rellevants i altres organismes internacionals europeus.**

Objectiu estratègic 7.3. Desenvolupar els elements de la qualitat i sistemes d'informació

Accions proposades

a) **Implantar el sistema integrat d'informació sanitària en salut mental i addiccions** en totes les línies de servei (CAS, hospitals de dia per a adults i adolescents i SRC/CD,CMBD).
b) Fer possible **l'ús compartit de la informació clínica**, entre els diferents nivells assistencials, especialment amb l'atenció primària de salut
c) Elaborar **un quadre de comandament integral** que incorpori indicadors estratègics de qualitat per a l'avaluació del Pla estratègic en termes de resultats de salut (morbimortalitat, salut positiva, experiència dels moviments en primera persona i famílies) així com per a la monitorització dels fluxos i el processos en els diferents serveis territorials.
d) Posar en marxa el procés **d'acreditació en tots els serveis de salut mental i addiccions.**

Objectiu estratègic 7.4. Situar la recerca i la innovació com a suports essencials del canvi

Accions proposades

a) Estimular **la innovació en el sector, l'ús de les TIC** i la disseminació de les bones pràctiques, conjuntament amb TIC Salut, el clúster de SM i altres.
b) Realització d'un **pla estratègic de recerca en salut mental i addiccions** per als propers cinc anys, augmentant progressivament els recursos i estimulant la col·laboració interinstitucional i publicoprivada, recollint les iniciatives de recerca i xarxes acreditades de recerca.
c) Prioritzar **la recerca avaluativa** dels serveis i les intervencions i incentivar la innovació (*e-Mental Health*, per exemple).
d) Prioritzar l'elaboració d'un pla estratègic d'innovació i recerca (*e-Mental Health*).

9. Accions prioritzades per a l'any 2017

En funció de les accions prioritzades pels grups de treball s'han operativitzat les actuacions següents amb l'objectiu d'avançar en el desplegament del **model d'atenció comunitària i garantir una atenció equitativa, eficient, integrada i integral tal i com preveu el Pla de salut de Catalunya i el Pla integral de salut mental.**

Les accions prioritzades en les set línies del Pla estratègic per a l'any 2017 són:
Són les que destaquem a continuació, ordenades segons línies estratègiques:

LE 1.

Promoció i prevenció

Millorar la cobertura i orientació del programa "**Salut i escola"**.

Desenvolupar intervencions preventives per a la **població infantil i juvenil vulnerable.**

Realitzar accions específiques de **prevenció de suïcidi**.

Desplegar els programes de **promoció i prevenció** en l'àmbit de les **addiccions** a tot el territori.

Desplegar unitats funcionals territorials d'atenció integrada per a la població infantil.

LE 2.

Drets de les persones i participació

Fer intervencions de **lluita contra l'estigma** en els serveis sanitaris.

Promoure els programes de **suport entre iguals**.

Desenvolupar les **bones pràctiques** per tendir a la "contenció 0".

Fomentar l'enfocament de l'atenció centrada en la persona i document de **voluntats anticipades**.

Fomentar la **participació** de les persones afectades en els diferents òrgans del Departament de Salut i territorials.

LE 3.

Atenció basada en la comunitat

Actualitzar la **cartera de serveis de CSMIJ i HDIJ** prioritzant l'atenció a les persones amb trastorn mental greu.

Implantar a tot el territori l'atenció a la **psicosi incipient**.

Actualitzar i desplegar la **cartera de serveis del CAS.**

Culminar el desplegament dels **serveis de rehabilitació comunitària**, actualitzant la cartera i fent èmfasi en la inclusió comunitària i la integració laboral.

Finalitzar el desenvolupament de serveis de gestió de casos (**PSI**) i ampliar-los a la població adolescent.

LE 4.

Millorar condicions en la pràctica clínica i formació

Afavorir un nou **equilibri interprofessional** dels equips assistencials.

Adequar l'**oferta de places de formació** d'especialistes.

Elaborar propostes específiques de la **formació d'especialistes**.

Impulsar la **participació activa dels professionals**.

Evitar la variabilitat no justificada amb l'impuls d'accions basades en **l'evidència i les bones pràctiques.**

LE 5.

Garantir atenció integrada a la salut física i mental

Generalitzar a tot el territori la **cartera de serveis de salut mental i addiccions en l'APS**

Incorporar de manera efectiva la **vigilància a la salut física** de les persones amb trastorns mentals greus.

Establir en cada territori un pla de desenvolupament **d'alternatives a l'hospitalització convencional i d'atenció domiciliària.**

Atendre els **col·lectius** especialment **vulnerables.**

Integrar l'atenció a la SM i les addiccions a partir de les recomanacions del Consell Assessor.

Garantir l'atenció **a les urgències i hospitalització d'aguts** als hospitals generals

LE 6.

Integració de serveis sanitaris i no sanitaris

Donar **suport a les accions del Pla d'atenció integral** a les persones amb TM i addiccions per al període 2017-2019.

Impulsar les accions necessàries per elaborar el **pla conjunt per a la reconversió de la mitjana i llarga estada psiquiàtrica**.

Impulsar una **planificació integrada** dels serveis sanitaris i socials (Atles integral de serveis de salut mental).

LE 7.

Elements de suport al canvi

Elaborar un Pla Operatiu d'implantació territorial (Plans estratègics de les regions sanitàries)

Aplicar **criteris de planificació del mapa sanitari** per als serveis comunitaris.

Canviar el **model de pagament** segons els criteris d'equitat.

Implantar el sistema integrat d'informació sanitària en salut mental i addiccions en totes les línies de servei (**CMBD**).

Elaborar un **quadre de comandament integral.**

Afavorir **l'ús compartit de la informació clínica**.

Acreditar la xarxa de SMiA.

Promoure la implicació del **lideratge clínic integrat** en el territori.

Realitzar un pla estratègic de recerca i innovació en salut mental.

Plans estratègics de les Entitats Proveïdores alineats amb les estratègies del DS.

Criteris per a la priorització de les noves accions de compra per a l'any 2017.

En l'anàlisi i l'avaluació del desenvolupament del Pla director en tot el territori, s'han identificat **uns elements bàsics per a la priorització del desplegament i la reordenació dels serveis sanitaris** s'ha prioritzat les accions següents:

- Impulsar programes de prevenció: salut i escola, població infantil vulnerable.
- Implantar a tot el territori la cartera de serveis de salut mental i addiccions en els àmbits infantil i juvenil i d'adults en atenció primària, alineant-la amb el pla estratègic de l'atenció primària i comunitària.
- Incrementar la capacitat assistencial dels CSMIJ, orientats a la detecció precoç i a la intervenció primerenca i l'atenció als trastorns mentals greus.
- Millorar la cartera de serveis dels CAS i disminuir la variabilitat territorial.
- Culminar el procés de reconversió dels centres de dia en serveis de rehabilitació comunitària a tot el territori fent èmfasi en la inclusió comunitària i la integració laboral.
- Implantar a tot el territori el Programa d'atenció a la psicosi Incipient, especialment en la població de 14 a 24 anys.
- Finalitzar el desplegament de serveis de gestió de casos (PSI) a tot Catalunya i ampliar-ho a la població adolescent.
- Establir en cada territori un pla de desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització convencional i d'atenció domiciliària.
- Identificar les necessitats d'unitats o programes especialitzats i la redistribució territorial.

Així mateix, s'han definit **els criteris per a la distribució territorial de les noves accions:**

- El grau de desenvolupament dels diferents recursos i serveis amb visió territorial i compartit amb la regió sanitària per tal de garantir els criteris d'accessibilitat, equitat i redistribució territorial.
- Aplicació dels criteris de Mapa Sanitari pel que fa als serveis comunitaris.
- Prioritzar els territoris amb més desigualtat social en base a l'indicador socioeconòmic de l'estudi AQuAS per reduir les desigualtats en salut i millorar l'assignació dels recursos.
- Disminuir la variabilitat de la distribució de pressupost entre territoris.

A més s'han previst diferents **projectes interdepartamentals prioritzats** en el marc del Pla integral:

- Millora de l'atenció en salut mental a la població infantil i juvenil sota protecció de la DGAIA.
- Millora de l'atenció integral sanitària i social als casos complexos (discapacitat intel·lectual, patologia dual).
- Pla d'atenció al sensellarisme.
- Protocol d'atenció en salut mental a les persones refugiades.
- Programes d'atenció integral als joves.
- Implantació del nou model d'atenció als alumnes amb problemes de salut mental.
- Millora de l'atenció en salut mental en els centres penitenciaris.
- Millora de l'atenció en salut mental als joves en centres educatius de justícia juvenil.
- Participació dels serveis sanitaris en els programes d'inserció laboral (en l'empresa ordinària) per a les persones amb problemes de salut mental i addiccions.

En aquesta anàlisi també s'han establert **els elements bàsics de suport per a implementar les estratègies:**

- Elaborar un pla operatiu d'implantació de les estratègies amb visió territorial (CatSalut/RS).
- Implantar el sistema integrat d'informació sanitària en salut mental i addiccions en totes les línies de servei (CMBD) i monitoritzar les llistes d'espera.
- Elaborar un quadre de comandament integral i un pla d'avaluació.
- Canviar el model de pagament d'acord amb criteris d'equitat (població, nivell socioeconòmic, etc.).
- Promoure la implicació del lideratge clínic integrat en cada territori.
- Impulsar una planificació conjunta dels serveis sanitaris i socials. Atles integral de salut mental i addiccions.
- Acreditar els serveis de salut mental.

10. L'avaluació com a base per la millora

L'avaluació estableix els elements per conèixer la realitat en cada moment i l'impacte de les actuacions realitzades, ja que les dades quantitatives i qualitatives generades permeten una visió integral de la situació. A més, quan aquesta es realitza amb la participació de tots els implicats i amb un enfocament positiu de millora continua, és un factor cabdal de motivació i suport al canvi. Per això, en el nou model l'avaluació es visualitza com un component decisiu que s'incorpora tant al desplegament com a les diferents accions del pla.

El desplegament d'un pla estratègic de salut mental i addicions amb horitzó 2020 té com a finalitat implantar un model d'atenció comunitària territorialment més equitatiu amb una visió integral i integrada, centrada en la persona, que millori l'accessibilitat, la capacitat de resolució mitjançant pràctiques compartides i tractaments basats en l'evidència disponible, l'experiència demostrada i l'ètica assistencial. L'avaluació, doncs, serà coherent amb els principis del pla que s'inclouran com a guia del disseny de les mesures establertes en cada nivell d'atenció.

Està previst que l'avaluació es faci a tres nivells:

1. **Avaluació macro**, que se centra bàsicament en el desplegament del pla i la incorporació dels seus principis en l'àmbit global i l'avaluació de l'acompliment dels objectius i els principals programes de treball, així com dels objectius de suport al canvi especificats a la línia 7. La comparació de resultats i l'aprenentatge entre els diferents territoris de les estratègies més exitoses ha de ser un element important de suport a la implantació del pla. Aquesta avaluació permet, a més, visualitzar els resultats en salut i detectar àrees que són difícils d'aplicar en tots els territoris i que, per tant, requereixen un canvi d'estratègia o un sistema de facilitació específica.

2. **Avaluació meso pel que fa al territori**, que avalua el desenvolupament del pla i els seus objectius i és un instrument cabdal de discussió i millora per als responsables i els diferents proveïdors. A més, permet detectar problemes de coordinació i continuïtat assistencial, que són un element cabdal del model. A aquest nivell la discussió conjunta dels resultats i el compromís de tots en la seva millora reforcen l'enfocament comunitari i donen una visió poblacional compartida.

3. **Avaluació micro** pel que fa al centre amb un enfocament especial en termes de l'atenció que es presta a les persones, que és on finalment s'han de veure reflectits els principis que guien el pla.

Es preveu establir una visió global de l'avaluació que integri els diferents mecanismes i fonts de dades existents a fi de minimitzar el treball d'avaluació i centrar l'esforç en la discussió de les possibles estratègies de millora i la seva implantació.

Per això es realitzarà un **pla d'avaluació** que prevegi la definició dels objectius que cal avaluar i dels indicadors comuns clau a tots els proveïdors a cada nivell utilitzant les experiències internacionals existents. A més, es posarà especial atenció en el desenvolupament dels sistemes d'informació periòdica per poder mesurar aquests indicadors. En aquest sentit, el desplegament dels diferents CMBD i del quadre de comandament integral seran clau a l'hora de fer operatius els objectius definits en l'avaluació, sense perjudici que cada entitat desenvolupi els que consideri necessaris per a la seva gestió.

El sistema d'avaluació inclourà l'anàlisi dels documents que defineixen el context de les polítiques europees, les propostes realitzades per estudis internacionals com el REFINEMENT, així com totes les fonts de dades existents a Catalunya: sistemes de recollida de l'opinió, documentació assistencial i de gestió, CMBD, Central de Resultats, etc. i se sustentarà tant amb les avaluacions internes com amb el sistema d'acreditació i avaluacions externes. Per al seu disseny, es tindran en compte les diferents experiències d'èxit existents al sector i es desenvoluparà un procés de treball que permeti la màxima participació de tots els implicats per consensuar un conjunt d'indicadors que doni compte de la magnitud del problema, l'impacte de les polítiques, els resultats sanitaris, socials i econòmics.

Glossari

APS	Atenció Primària de Salut
ASSIST	Estudi de detecció precoç i intervenció breu del consum de risc i perjudicial de drogues
CAS	Centre d'atenció i seguiment a les drogodependències
CatSalut	Servei Català de Salut
CDA	Centre de dia d'adults
CDIAP	Centre de desenvolupament infantil i atenció precoç
CIM-9	Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut. Versió 9
COSMiA	Comitè operatiu de salut mental i addiccions
CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
CRS	Codi risc de suïcidi
CSMA	Centre de salut mental d'adults
CSMIJ	Centre de salut mental infantil i juvenil
DASMAP	Diagnòstic i avaluació de la salut mental a l'atenció primària
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
EMHAP	European Mental Health Action Plan - Pla d'acció europeu per la salut mental
ESCA	Enquesta de salut de Catalunya
HCCC	Història clínica compartida a Catalunya
HDA	Hospital de dia d'adults
HDIJ	Hospital de dia infantil i juvenil
IMPHA	Implementing Mental Health Promotion Action
JA MH-WB	Joint Action on Mental Health and Wellbeing - Acció conjunta per la salut mental i el benestar
MSIQ	Mòduls de seguiment d'indicadors de qualitat
OMS	Organització Mundial de la Salut
PDSMiAd	Pla director de salut mental i addiccions
PIAISS	Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària
PINSAP	Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública
PSI	Pla de seguiment individualitzat
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
SMiA	Salut mental i addiccions

SRC/CD	Servei de rehabilitació comunitària / Centre de dia
TCA	Trastorn de la conducta alimentària
TDAH	Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat
TEA	Trastorn de l'espectre autista
TM	Trastorn mental
UE	Unió Europea
UHD	Unitat hospitalària de desintoxicació
UHEDI	Unitat d'hospitalització especialitzada en discapacitat intel·lectual
URG	Urgències
URPI	Unitat de referència psiquiàtrica infantil
XSMiA	Xarxa de Salut Mental i Addiccions

Membres del grup impulsor

Pere Bonet i Dalmau
Jordi Cid i Colom
Esther Jordà i Sampietro
Pilar Magrinyà i Rull
Eulàlia Porta Felipe
Elena Puigdevall i Grau
Josep Ramos i Montes
Rosa Suñol i Sala
Antoni Vaquerizo i Cubero
Claudi Camps i Garcia
Montserrat Dolz i Abadia
Lluís Lalucat i Jo
Cristina Molina i Parrilla
Bibiana Prat i Pubill
Marc Ramentol i Sintas
Gemma Salmeron i Font
Ricard Tresseras i Gaju
Paulina Viñas i Folch

Bibliografia

[1] World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

[2] Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut; 2014. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf

[3] Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut; 2015. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossc_crisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2015.pdf

[4] Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut; 2017. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossc_crisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2016.pdf

[5] Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya: informe dels principals resultats 2015. 1st ed. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf

[6] Baròmetre de la infància i les famílies a Barcelona [Internet]. Disponible a: http://institutinfancia.cat/biblioteca/barometre-infancia-families-barcelona/

[7] Cortès-Francha I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit 2014 Jun;28 (S1):1-146. Disponible a: http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/

[8] Pla director de salut mental i addiccions, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitari. Estudi de costos i càrrega de la depressió a Catalunya (CostDep-2006). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/altres_recursos_interes/estudis/13_salut_mental/documents/estudicostos2011.pdf

[9] Encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

[10] Diekstra RF, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. World Health Stat Q. 1993;46(1):52-68.

[11] Serrano A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in Catalonia primary care: results from the diagnostic and assessment study of mental disorders in primary care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 Feb;45(2):201-10. Disponible a: **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19452110**

[12] Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de resultats. Àmbit de salut mental. Dades 2015. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut; 2016. Disponible a: **http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/CdR_Salut_mental_dades_2015.pdf**

[13] Salvador-Carulla L, Serrano-Blanco A, Garcia-Alonso C, Fernandez A, Salinas-Perez JA, Gutiérrez-Colossía MR, et al. GEOSCAT: Atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya, 2010. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2013. Disponible a: **http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/memoria_integral_atles_sp.pdf**

[14] REFINEMENT Consortium. Research on financing systems' effect on the quality of mental health care (Project Ref No. 261459); 2011. Disponible a: **http://www.refinementproject.eu/results.php**

[15] The European mental health action plan 2013-2020. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2015. Disponible a: **http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf**

[16] Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible a: **http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf**

[17] International Association for Youth Mental Health (IAYMH). Declaració internacional sobre salut mental juvenil. Disponible a: **http://www.iaymh.org/f.ashx/International-Declaration-Youth-Mental-Health-Catalan.pdf**

[18] Common European guidelines on the transition from institutional to community-based. Brussels, Belgium: European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care; 2012. Disponible a: **http://www.fedaia.org/sites/fedaia/files/uploads/TRIBUNA%20FEDAIA/guidelines_transition_from_institutional_to_community.pdf**

[19] European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: World Health Organization; 2012. Disponible a: **http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021**

[20] Best practice portal. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponible a: **http://www.emcdda.europa.eu/best-practice;** European drug prevention quality standards: a quick guide. Lisbon: EMCDDA; October 2013. Disponible a: **http://www.emcdda.europa.eu/publications/adhoc/prevention-standard**

[21] Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Organización de las Naciones Unidas. Disponible a: **http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf**

[22] Llei 26/2011, d'1 d'agost, d'adaptació normativa a la Convenció internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat. (BOE núm. 184, de 2.9.2011).

[23] Thornicroft, Deb T, Henderson C. Community mental healthcare worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. 2016 Oct; 15:276-86. Disponible a: **http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20349/pdf**

24 Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, et al. La pidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. Actas Esp Psiquiatr. 2003;31:182-91