



INSTITUT PERE MATA

HOSPITAL UNIVERSITARI

**INSTITUT
PERE MATA**

Disseny del projecte d'investigació

CTRA. DE L'INSTITUT PERE MATA, S/N. 43206 REUS

TEL. 977 33 85 65 ext. 395

recerca@peremata.com

DISSENY DEL PROJECTE D'INVESTIGACIÓ

**Títol: ACTITUDS I PERSPECTIVES DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT MENTAL
HOSPITALÀRIA DAVANT LA INTERVENCIÓ EN TABAQUISME**

Acrònim:

Investigador Principal: Francina Fonseca

Durada:

- ☒ **< 1 any**
- ☐ **1 any**
- ☐ **2 anys**
- ☐ **3 anys**
- ☐ **> 3 anys**

Dades de l'investigador

Nom i cognoms:	Georgina Casanova Garrigós
Lloc de treball:	Fundació Per e Mata Terres de l'Ebre
Telèfon de contacte:	977704381
Professió:	Infermera
Grau acadèmic:	Phd
Adreça electrònica institucional:	casanovag@peremata.com
Adreça electrònica personal:	

Dades del Projecte / Assaig

Títol:	ACTITUDS I PERSPECTIVES DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT MENTAL HOSPITALÀRIA DAVANT LA INTERVENCIÓ EN TABAQUISME	
Tutor / IP:		
Tipus d'investigació:	<input checked="" type="checkbox"/> Projecte observacional <input type="checkbox"/> Projecte epidemiològic <input type="checkbox"/> Projecte clínic <input type="checkbox"/> Projecte clínic i bàsic	<input type="checkbox"/> Assaig clínic <input type="checkbox"/> Assaig clínic amb medicaments <input type="checkbox"/> Assaig clínic amb tractament <input type="checkbox"/> Assaig observacional
Data estimada d'inici:	Octubre	
Data estimada de tancament:		
Vinculació a un altre projecte:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Especificar títol:	Actituds i perspectives dels professionals de la salut mental hospitalària davant la intervenció en tabaquisme	
Tipus de projecte:	Competitiu <input type="checkbox"/> No competitiu <input checked="" type="checkbox"/>	
Especificar convocatòria:		
Centre/s on es realitzarà:		
Productes finals previstos:	<input type="checkbox"/> Article indexat <input type="checkbox"/> Article no indexat <input type="checkbox"/> Comunicació oral nacional <input type="checkbox"/> Comunicació oral internacional	<input type="checkbox"/> Pòster nacional <input type="checkbox"/> Pòster internacional <input type="checkbox"/> Tesi Doctoral <input type="checkbox"/> Altres:

Dades del promotor

Promotor intern (grup):	
Promotor extern:	Grup de treball en tabac i salut mental (Xarxa Catalana d'Hospitals Sense fum – Institut Català d'oncologia)
Persona de contacte:	Montse Ballbé Gibernau
Adreça electrònica:	mballbe@iconcologia.net
Telèfon:	93 260 73 57 (ext. 3015)

Dades de l'Organisme Extern que ha de finançar el Projecte / Assaig (si s'escau)

Necessita finançament extern:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Nom de l'organisme:	
Pressupost total:	
Data límit de la convocatòria:	

RESUM (Objectius i metodologia)

Màxim 250 paraules

OBJECTIUS

Avaluar les percepcions, actituds i pràctiques dels treballadors/es d'unitats d'hospitalització en salut mental sobre les intervencions respecte al consum de tabac en població adulta que ingressa en aquestes unitats.

Objectius específics:

- 1.- Descriure les intervencions en tabaquisme de les diferents unitats d'hospitalització en salut mental.
- 2.- Avaluar les actituds del personal sanitari (clínic i de gestió) cap al pacient fumador i la normativa actual de control del tabac, mitjançant una enquesta en les unitats d'hospitalització en salut mental.
- 3.- Analitzar l'impacte de les actituds del personal sanitari cap als pacients amb dependència de tabac i de les barreres del personal en l'oferta de tractament per la dependència al tabac i la seva influència en l'adherència en les recomanacions sobre l'abordatge del tabaquisme en els pacients ingressats.

METODOLOGIA

Es proposa realitzar un estudi transversal, per identificar les barreres i les dificultats dels professionals per l'abordatge del tabaquisme en l'àmbit hospitalari de salut mental. S'utilitzarà informació dels professionals i dels pacients.

RESULTATS ESPERATS

Màxim 100 paraules

PLA DE COMUNICACIÓ I DIVULGACIÓ

Màxim 100 paraules

Amb els resultats obtinguts s'espera redactar una publicació internacional indexada i dos comunicacions a congressos nacionals i internacionals; a més, amb les dades parcials de cada centre es podrà optar a d'altres comunicacions a congressos.

IMPACTE POTENCIAL (Indica en quin/s àmbits tindrà impacte el projecte)

Màxim 150 paraules

- Millora dels recursos humans, equips o infraestructures:
- Millora en el coneixement:
- Translació o aplicació del coneixement:
- Millora de la salut i impacte social:
- Impacte econòmic (transferència de tecnologia, comercialització, ...)

ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA. (citar les referències incloses en l'apartat següent)

Màxim 3 pàgines

1.- El tabac en el pacient psiquiàtric

El tabac és el primer factor de risc evitable de mortalitat i morbiditat i el primer factor atribuïble de càrrega de malaltia (World Health Organization, 2009). Actualment, a Catalunya la taxa de fumadors en la població de majors de 15 anys se situa en un 24,7% (29,0% els homes i 20,6% les dones) (Enquesta de Salut de Catalunya, (ESCA), Departament de Salut, 2016). Aquesta prevalença és més alta en poblacions específiques com la dels individus amb malalties mentals (Lasser et al., 2000), en què la prevalença de fumadors pot arribar fins al 80% (Ballbé et al., 2014; Guydish et al., 2011). S'ha trobat que com més greu és el trastorn mental, més elevada és la prevalença de consum. Els trastorns mentals amb una prevalença més elevada de consum de tabac són l'esquizofrènia, les addiccions i els trastorns de l'estat d'ànim, especialment el trastorn bipolar (De León et al., 2005; Waxmonsky et al., 2005; Ziedonis et al., 2008).

A banda del factor de prevalença, en la població amb trastorns mentals també s'observa una dependència al tabac més elevada que en la població general (Lasser et al., 2000). Ambdós aspectes tenen com a conseqüència una alta taxa de mortalitat per malalties relacionades habitualment amb el tabac. Més específicament, les persones amb trastorn mental greu moren uns 25-30 anys abans que la població general, majoritàriament per malalties causades o agreujades habitualment pel tabac (Chang et al., 2011; Miller et al., 2006). A més a més, s'ha descrit una pitjor qualitat de vida relacionada amb la salut en aquests pacients (Schmitz et al., 2003).

2.- Unitats psiquiàtriques sense fum

Des de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) s'ha recomanat la implementació d'espais sense fum a tots els dispositius sanitaris i els seus voltants (World Health Organization, 2001), ja que no només és una forma de protegir el fumador passiu, si no que és una forma de motivació per al tractament dels fumadors (Fichtenberg & Glantz, 2002).

Al nostre país, el dia 2 de gener de 2011 va entrar en vigor la Llei 42/2010 (BOE, 2010), per la qual no es permet fumar als hospitals i concretament a les unitats d'hospitalització de Psiquiatria d'Aguts: *"Disposició addicional vuitena: Centres o establiments psiquiàtrics. En els establiments psiquiàtrics de mitjana i llarga estada es permet fumar als pacients a les zones exteriors dels seus edificis a l'aire lliure, o en una sala tancada habilitada a l'efecte, que ha d'estar degudament i visiblement senyalitzada i disposar de ventilació independent o d'altres dispositius per a l'eliminació de fums."*

La implementació de la llei ha suposat un desafiament per a les unitats de salut mental ja que no només es tracta de senyalitzar els nous espais sense fum, si no que és necessària una intervenció multidisciplinària amb la implicació de tots els professionals. Els pacients amb patologia mental suposen un grup amb dificultat afegida a l'hora de tractar

la dependència al tabac, atès que se n'han descrit taxes de cessació més baixes que en la població general, més recaigudes (Lasser et al., 2000) i durada de la recaiguda més perllongada. S'observen, a més, quadres de síndrome d'abstinència nicotínica més intensos i perllongats (Breslau et al., 1992; 2004). Per tot això, la intervenció en aquests pacients requereix abordatges més intensius i especialitzats, adaptats a les seves particularitats clíniques (el-Guebaly et al., 2002).

D'altra banda, l'abstinència del tabac s'ha relacionat amb millores en la qualitat i l'esperança de vida, i pot tenir un major impacte en la salut de la persona que altres canvis en estils de vida poc saludables (com ara l'exercici o la dieta) (Hennekens, 1998). També s'ha descrit com els pacients amb malaltia psiquiàtrica que reben tractament per deixar de fumar es mantenen estables a nivell psicopatològic; una metanàlisi recent va demostrar que en fumadors amb i sense malaltia psiquiàtrica, el fet que deixessin de fumar es relacionava amb menor depressió, ansietat i estrès (Taylor et al., 2014); tampoc en el tractament de les addiccions deixar de fumar té un impacte negatiu i s'ha vist com pot incrementar l'abstinència a llarg termini (Prochaska et al., 2004; Tsoh et al., 2011; Weinberger et al., 2015).

2.1. Conseqüències de la implementació de les unitats sense fum

Experiències prèvies en altres països remarquen que la implementació d'unitats de psiquiatria sense fum és factible sense que incrementi la proporció d'altres voluntàries, tampoc incrementa el nombre d'agitacions i agressions, no es requereix més medicació ni s'incrementa l'ús de la contenció mecànica i, en general, apareixen menys problemes dels previstos (Haller et al., 1996; Lawn & Pols, 2005; Smith & Grant, 1989). En aquest sentit, la literatura ens proporciona alguns estudis en països anglosaxons on la implementació de les unitats de salut mental sense fum es va iniciar prèviament que al nostre país. En un estudi als Estats Units (Hollen et al., 2010), on es van enquestar 70 hospitals els anys 2006 i 2008 es va observar que en aquells hospitals que havien adoptat mesures de prohibició completa del tabac, s'havien reduït els incidents relacionats amb el tabac en un 75% sobretot pel que fa a: tabac com a iniciador d'incidentes que acaben en una contenció mecànica, patologies relacionades amb el tabac i la presència d'amenaques entre el pacient i el personal.

En un altre estudi realitzat a Canadà (Voci et al., 2010) entre personal sanitari de diferents àmbits de la salut mental (hospitalari i ambulatori), no es van detectar diferències quant a alteracions de conducta ni incidents greus relacionats amb el tabac abans i després de la implementació d'unitats sense fum.

Una altra conseqüència de les polítiques de prohibició del tabac en serveis de salut mental és la reducció de l'exposició al fum de tabac en els treballadors. Una revisió recent de la Cochrane Collaboration (Frazer et al., 2016) mostra com disminueixen les taxes de fumadors en espais laborals sense fum i disminueix la mortalitat en presons on s'apliquen aquestes polítiques.

Els factors que correlacionen amb l'èxit de les unitats de salut mental sense fum tenen a veure principalment amb les percepcions i les idees preconcebudes del personal, fet pel qual és bàsic facilitar la formació dels equips; cal que els equips estiguin cohesionats, amb un lideratge clar; que la norma s'implementi sense excepcions; planificar de forma

adequada els temps dels pacients, aplicar de forma adequada el Tractament Substitutiu amb Nicotina (TSN). El grau de prohibició també influeix en el resultat, així les prohibicions completes tenen més èxit que les prohibicions parcials i són més efectives en reduir l'exposició del personal al fum ambiental, i es tradueixen en menys episodis d'alteracions conductuals per part dels pacients (Lawn & Pols, 2005; el-Guebaly et al., 2002). Finalment, cal una tasca de reforç de la política lliure de fum i d'autoavaluació per part dels equips (Lawn & Pols, 2005; Champion et al., 2008; Lawn & Champion, 2010).

2.2. Principals barreres per a la implantació de les unitats sense fum

L'aplicació de la llei 42/2010 a Catalunya s'ha realitzat de forma generalitzada i sense greus incidències, per bé que compta amb defensors i detractors tant entre els pacients i les seves famílies com entre els mateixos professionals de la salut mental (Hollen et al., 2010). Revisant literatura prèvia, es demostra que el personal sol anticipar més problemes relacionats amb la prohibició de fumar dels que realment hi acaba havent (Voci et al., 2010). El personal sol témer que les prohibicions totals incrementin l'estrès i l'ansietat en el pacient, provocant un major nombre d'alteracions de conducta i demanda d'altres voluntàries.

En una enquesta realitzada a Anglaterra, es va detectar que el personal de salut mental presentava més oposició a les polítiques sense fum en el lloc de treball que el personal de l'hospital general (McNally et al., 2006). Tradicionalment, el tabac ha format part de la cultura de l'hospital psiquiàtric; una part del personal sanitari opina que el tabac és una font de plaer i confort pels pacients i que pot ser útil per incrementar la capacitat de socialització. S'ha arribat a utilitzar el tabac com a "eina terapèutica" per a modificar conductes a través de premis i càstigs (Dickens et al., 2004; Lawn & Condon, 2006). Fins i tot, hi ha la creença que fumar amb els pacients millora la relació terapèutica (Dickens G et al., 2004; Lawn & Condon, 2006; Ratschen et al., 2009a, 2009b).

En un estudi realitzat en el qual s'enquestava a infermeres que treballaven en salut mental (Lawn & Condon, 2006), aquestes justificaven la seva opinió sobre l'ús de tabac en salut mental basant-se en el dret de l'autonomia del pacient per decidir de manera informada si fumava o no i només dues persones enquestades dubtaven de la capacitat per decidir en aquest sentit, donada la base de trastorn addictiu; un altre argument es basava en "el mal menor", així el tabac seria un problema menor al qual haurien de fer front els pacients; aquest argument predominava en el personal d'hospitalització comparat amb el que treballava en l'àmbit ambulatori. Com en altres estudis, també es destacava aquí la creença que fumar amb el pacient millorava l'aliança terapèutica.

En un estudi realitzat a Austràlia (Wye et al., 2010) amb l'objectiu d'avaluar les actituds del personal i detectar les barreres per a la implantació d'unitats sense fum, es va concloure que la majoria del personal opinava que un entorn sense fum milloraria l'entorn laboral, però en canvi no milloraria la càrrega laboral ni faria la unitat més segura. Les principals barreres que descrivien els autors eren la por a patir agressions per part dels pacients i el fet que la majoria de pacients continuaria fumant després de l'ingrés; també, més de la meitat dels enquestats referien que la manca de formació impediria poder implementar de forma correcta una prohibició completa. Malgrat aquestes barreres, gairebé dues tercers parts de la mostra estaven d'acord en la implementació d'unitats

sense fum; aquell personal que creia que la prohibició ajudaria els pacients a deixar de fumar tenien més probabilitat d'estar a favor de la prohibició completa.

El temor a l'increment de les alteracions conductuals i la demanda d'altres voluntàries en les unitats en què s'aplica la normativa sense fum també s'ha descrit com una barrera del personal per la implementació de les prohibicions completes (Ratschen et al., 2009a), malgrat que posteriorment aquests problemes solen ser mínims, tal com s'ha comentat prèviament.

També existeix la creença que el fet de deixar de fumar empitjorà l'evolució de la patologia mental i/o addictiva de base del pacient i que comportarà problemes a l'hora d'ajustar la dosi d'antipsicòtic (Guydish et al., 2007; Ratschen et al., 2009b). El mite que el pacient de salut mental i addiccions "no pot deixar de fumar" també limita la implementació regular del tractament pel tabac, malgrat que els estudis demostren que aquests pacients estan motivats per deixar de fumar (Green & Clark, 2005; Prochaska et al., 2004).

Diversos estudis han analitzat aquestes resistències en el personal. S'ha descrit una major oposició per part del personal fumador, que treballa en unitats d'hospitalització i dins del personal d'infermeria, en comparació amb altres estaments (Voci et al., 2010). L'actitud del personal fumador comparada amb els no fumadors ha estat àmpliament avaluada a la literatura i es relaciona habitualment amb una actitud més negativa cap a les prohibicions completes i una menor probabilitat que aquests treballadors recomanin als pacients fumadors que provin de deixar de fumar (Ballbé et al., 2014; Bobo & Gilchrist, 1983; Dwyer et al., 2009; Hehir et al., 2013; Parks et al., 2009; Ratschen et al., 2009b; Ravara et al., 2011; Slater et al., 2006; Steiner et al., 2009; Weinberger et al., 2008).

Una altra barrera relacionada amb l'actitud del personal és la manca de formació que s'ha ofert a l'hora de tractar la dependència al tabac en el pacient de salut mental (Green & Hawranik, 2008; Magor-Blatch & Rugendyke, 2016). En moltes ocasions s'ha detectat que el personal no sol preguntar sobre el consum de tabac als pacients, no s'ofereix consell sobre l'abandó, ni s'ofereix de forma regular tractament en cas que el pacient manifesti interès (Tajima et al., 2009). En un estudi de Knudsen et al., (2012), es va detectar que a nivell ambulatori, la major part dels "counselors" referien un coneixement limitat del protocol oficial del tractament del tabac i que menys del 20% havien rebut formació específica. (Wye et al., 2010; Parker et al., 2012). En un altre estudi realitzat al Regne Unit (Ratschen et al., 2009b), realitzat en personal que treballa en salut mental de 25 unitats d'hospitalització, es va detectar que només al voltant del 50% del personal havia rebut formació específica en atenció al tabaquisme; a més, el grup que no havia rebut formació estaven menys motivats a realitzar una intervenció pel tabaquisme en els pacients i no consideraven que fos la seva responsabilitat abordar aquest problema en el curs de l'ingrés. En aquest estudi també es posava de manifest que al voltant del 40% dels metges desconeixien les interaccions entre el fum del tabac i diverses medicacions psiquiàtriques, i tenien coneixements erronis sobre els tractaments substitutius amb nicotina (Ratschen et al., 2009b). A Catalunya, en una enquesta realitzada als caps de les unitats, es posava de manifest que només la meitat de professionals tenien coneixement sobre intervenció per deixar de fumar (52,7%) i menys de la meitat de dispositius ofería ajuda per deixar de fumar (41,0%) (Ballbé et al., 2012).

Una altra barrera referida pels treballadors i relacionada principalment amb la manca d'oferta de tractaments per deixar de fumar pels pacients, té a veure amb la percepció que té el personal que hi ha altres problemes psicopatològics i mèdics més importants i que requereixen d'una actuació més immediata que no pas el consum de tabac (Williams et al., 2015). En aquest sentit, un altre estudi (Keizer et al., 2014) va realitzar una enquesta entre el personal de salut mental sobre les pràctiques i les prioritats del tractament del tabac en aquests pacients i les respostes dels enquestats van posar de manifest que, malgrat consideraven que el tabac era un problema important en aquesta població i que els pacients podien deixar de fumar, les funcions de l'hospital consistien en donar informació i reduir les cigarretes, més que oferir tractament de cessació.

Finalment, en una metanàlisi recent sobre diversos estudis que avaluaven les motivacions dels professionals cap al tractament del tabaquisme en pacients de salut mental, quedava palesa la presència d'una "cultura del tabac", en què s'acceptaria que aquests pacients són fumadors al mateix temps que es valoraria com una elecció personal del pacient, més que una malaltia addictiva. Fins i tot, en alguns estudis, es posava de manifest la creença d'alguns treballadors que fumar és una necessitat dels pacients psiquiàtrics així com una eina terapèutica útil (Sheals et al., 2016).

A Catalunya, ja abans de l'entrada en vigor de la llei 42/2010 s'havien començat a iniciar intervencions encaminades a la reducció i l'abstinència de tabac en unitats d'ingrés de salut mental (*Tabac i salut mental: guia de bona pràctica hospitalària*, Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, 2009). Des de l'entrada en vigor de la llei, les unitats d'hospitalització han anat incorporant de forma progressiva polítiques de control del tabac assolint la prohibició completa de consum de tabac dins els recintes hospitalaris. A la majoria d'aquests hospitals es disposa de tractament substitutiu amb nicotina per tal de tractar la simptomatologia abstinencial de tabac. Aquests centres també han incorporat programes de formació pels seus treballadors així com grups de suport dirigits als pacients per tractar aspectes com el *craving* pel tabac.

A les unitats de Salut Mental de Catalunya, per bé que s'està complint la llei 42/2010 en aquests centres, el consum de tabac encara no és abordat pels professionals de Salut Mental amb la mateixa intensitat que altres malalties cròniques i recidivants; a més, pocs pacients mantenen l'abstinència després de l'alta degut a la falta de seguiment post-alta. Davant tota l'evidència que recolza les intervencions en aquests pacients i les recomanacions de les guies de pràctica clínica que indiquen la necessitat d'oferir tractament a tots els pacients, no només als fumadors interessats en deixar el tabac; **Per què no hi ha una integració de la intervenció en tabaquisme a la pràctica clínica habitual?**

Davant aquesta situació, els investigadors proposen una investigació quantitativa que avaluï les actituds dels treballadors dels Serveis d'Hospitalització en Salut Mental (Unitats de Psiquiatria d'Aguts, Unitats de Patologia Dual i Unitats Hospitalàries de Desintoxicació) sobre les mesures de control del tabac, així com de les accions encaminades a assolir una abstinència de tabac a llarg termini en els pacients ingressats.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Màxim 1 pàgina

- Amescua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica* 2003;13:112-17.
- Ballbè M, Nieva G, Mondon S, Pinet C, Gruguera E, Saltó E, Fernández E, Gual A, Smoking and Mental Health Group. Tobacco Control 2012; 21:549-54.
- Ballbè M, Sureda X, Martínez-Sánchez JM, et al. Secondhand smoke in psychiatric units: patient and staff misperceptions. *Tob Control* 2014;135:76-80.
- Bobo JK, Gilchrist LD. Urging the alcoholic client to quit smoking cigarettes. *Addictive Behaviors* 1983;8:297–305.
- BOE-A-2010-20138. Ley 42/2010. BOE núm. 318 de 31/12/2010, pp.109188 –109194.
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 464-9.
- Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 69-76.
- Champion J, Lawn S, Brownlie A, Hunter E, Gynther B, Pols R. Implementing smoke-free policies in mental health in patient units: learning from unsuccessful experience. *Australasian Psychiatry* 2008; 16: 92-97.
- Chang CK, Hayes RD, Perera G, et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One*. 2011;6:e19590.
- De León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76: 135-57
- Departament de Salut, Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2013 (ESCA). Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2014.
- Dickens G, Stubbs J, Haw C. Smoking and mental health nurses: a survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:445–51.
- Dwyer T, Bradshaw J, Happell B. Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behaviour. *Int J MentHealthNurs* 2009; 18: 424-33.
- el-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S: Public health and therapeutic aspects of smoking bans in mental health and addiction settings. *Psychiatric Services* 2002, 53:1617-1622.
- Fichtenberg CM, Glantz SA: Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: Systematic review. *BMJ* 2002, 325:188-195.
- Frazer K, McHugh J, Callinan JE, Kelleher C. Impact of institutional smoking bans on reducing harms and second hand smoke exposure. *CochraneDatabase of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD011856. DOI: 10.1002/14651858.CD011856.pub2.
- Green M, Clarke D. Smoking reduction and cessation: a hospital-based survey of outpatients' attitudes. *J Psychosoc Ment Health Serv* 2005; 43: 18–25.

- Green MA, Hawranik PG. Smoke-free policies in the psychiatric population on the ward and beyond: a discussion paper. *Int J NursStud* 2008; 45: 1543-9.
- Guydish JR, Passalacqua E, Tajima B, Manser ST. Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: A review. *Journal of Psychoactive Drugs* 2007;39(4):423–433.
- Guydish J, Passalacqua E, Tajima B, et al. Smoking prevalence in addiction treatment: a review. *Nicotine Tob Res* 2011;13:401-11.
- Haller E, McNiel DE, Binder RL. Impact of a smoking ban on a locked psychiatric unit. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:329-332.
- Hehir AM, Indig D, Prosser S, Archer VA. Implementation of a smoke-free policy in a high secure mental health inpatient facility: staff survey to describe experience and attitudes. *BMC Public Health*. 2013 Apr 8;13:315. doi: 10.1186/1471-2458-13-315.
- Hennekens CH: Increasing burden of cardiovascular disease: current knowledge and future directions for research on risk factors. *Circulation* 1998; 97:1095–1102.
- Hollen V, Ortiz G, Schacht L, Mojarrad MG, Lane GM, Parks JJ. Effects of adopting a smoke-free policy in state psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 899-904.
- Keizer I, Gez-Fabry M, Bruegger A, Croquette P, Khan AN. Staff representations and tobacco-related practices in a psychiatric hospital with indoor smoking ban. *Int J Mental Health Nursing* 2014; 23:171-82.
- Knudsen HK, Studts CR, Studts JL. The implementation of smoking cessation counseling in substance abuse treatment. *J Behav Health Serv Res*. 2012; 39: 28-41.
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284: 2606-10.
- Lawn S, Campion J. Factors associated with success of smoke-free initiatives in Australian psychiatric inpatient units. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 300-5.
- Lawn S, Condon J. Psychiatric nurses' ethical stance on cigarettes smoking by patients: determinants and dilemmas in the role in supporting cessation. *Int J Ment Health Nurs*. 2006; 15:111-8.
- Lawn S, Pols R: Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005, 39:866-885.
- Magor-Blatch LE, Rugendyke AR. Going smoke-free: attitudes of mental health professionals to policy change. *J Psych Mental Health Nurs* 2016; 23: 290-302.
- McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, et al. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health* 2006;28:192–6.
- Miller BJ, Paschall CB III, Svendsen DP. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1482-7.
- Muñoz MN, Gallego C. Família y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de Enfermería* 2012;21:136-140.
- Parker C, McNeill A, Ratschen E. Tailored tobacco dependence support for mental health patients: a model for inpatient and community services. *Addiction*. 2012 Dec;107 Suppl 2:18-25. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04082.x.

- Parks T, Wilson CVR, Turner K, Chin JWE: Failure of hospital employees to comply with smoke-free policy is associated with nicotine dependence and motives for smoking: a descriptive cross-sectional study at a teaching hospital in the United Kingdom. BMC Public Health 2009, 9:238.
- Prochaska J, Gill P, Hall, S. Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. Psychiatr Serv 2004; 55: 1265–1270.
- Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. Gen Hosp Psychiatry 2009a;31: 576-82.
- Ratschen E, Britton J, McNeill A. Implementation of smoke-free policies in mental health inpatient settings in England. Br J Psychiatry 2009b; 194:547-51.
- Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT: Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. BMC Public Health 2011, 11:720.
- Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. Am J Psychiatry 2003;160:1670-6.
- Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes towards smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. Addiction 2016 [Epubahead of print].
- Slater P, McElwee G, Fleming P, McKenna H: Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. NursTimes 2006, 102(95):32–37.
- Smith WR, Grant BL. Effects of a smoking ban on a General Hospital Psychiatric Service. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 497-502.
- Steiner JL, Weinberger AH, O'Malley SS. A survey of staff attitudes about smoking cessation. Psychiatr Serv. 2009; 60:707-8.
- Taylor G, McNeill A, Girling A, et al: Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta- analysis. BMJ 2014; 348:g1154.
- Tsoh JY, Chi FW, Mertens JR, Weisner CM. Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. Drug Alcohol Depend. 2011;114:110-8.
- Voci S, Bondy S, Zawertailo L, Walker L, George TP, Selby P. Impact of a smoke-free policy in a large psychiatric hospital on staff attitudes and patient behavior. Gen Hosp Psychiatry 2010; 32: 623-630.
- Tajima B, Guydish J, Delucchi K, Passalacqua E, Chan M, Moore M. Staff Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Nicotine Dependence Differ by Setting. Journal of Drug Issues. 2009; 39:365–383.
- Waxmonsky JA, Thomas MR, Miklowitz DJ et al. Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27: 321-8.
- Weinberger AH, Reutenauer EL, Vessicchio JC, George TP. Survey of clinician attitudes toward smoking cessation for psychiatric and substance abusing clients. Journal of Addictive Diseases 2008; 27:55–63.

- Weinberger AH, Platt J, Jiang B, Goodwin RD. Cigarette Smoking and Risk of Alcohol Use Relapse Among Adults in Recovery from Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015; 39:1989-96.
- Williams JM, Miskimen T, Minsky S, et al: Increasing tobacco dependence treatment through continuing education training for behavioral health professionals. *Psychiatric Services* 2015; 66:21-6.
- World Health Organization: WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, Copenhagen; 2001.
- World Health Organization. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: OMS, 2009.
- Wye P, Bowman J, Wiggers J, Baker A, Knight J, Carr V, Terry M, Clancy R. Total smoking bans in psychiatric inpatient services: a survey of perceived benefits, barriers and support among staff. *BMC Public Health* 2010; Jun 25;10:372. doi: 10.1186/1471-2458-10-372.
- Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 1691-715.

HIPÒTESI

Màxim 150 paraules

L'actitud dels professionals que treballen en Salut Mental, envers l'abordatge el consum de tabac, influirà en la seva activitat en aquest aspecte; és a dir, professionals amb coneixements i actituds més actives, realitzaran intervenció sobre el consum de tabac i aquest fet quedarà reflectit en informes d'alta.

OBJECTIUS

Màxim 150 paraules

Avaluar les percepcions, actituds i pràctiques dels treballadors/es d'unitats d'hospitalització en salut mental sobre les intervencions respecte al consum de tabac en població adulta que ingressa en aquestes unitats.

Objectius específics:

- 1.- Descriure les intervencions en tabaquisme de les diferents unitats d'hospitalització en salut mental.
- 2.- Avaluar les actituds del personal sanitari (clínic i de gestió) cap al pacient fumador i la normativa actual de control del tabac, mitjançant una enquesta en les unitats d'hospitalització en salut mental.
- 3.- Analitzar l'impacte de les actituds del personal sanitari cap als pacients amb dependència de tabac i de les barreres del personal en l'oferta de tractament per la dependència al tabac i la seva influència en l'adherència en les recomanacions sobre l'abordatge del tabaquisme en els pacients ingressats.

METODOLOGIA

1. Tipus de disseny

Es proposa realitzar un estudi transversal, per identificar les barreres i les dificultats dels professionals per l'abordatge del tabaquisme en l'àmbit hospitalari de salut mental. S'utilitzarà informació dels professionals i dels pacients.

2. Participants en l'estudi. Lloc de reclutament. Criteris inclusió i exclusió.

Centres participants

Per tal de conèixer totes les realitats quant a l'abordatge del tabac en el nostre país s'inclouran totes les Unitats d'Hospitalització en Salut Mental i Addiccions d'adults del territori de Catalunya que tinguin interès en participar.

S'exclouen les unitats de mitjana i llarga estada, així com els hospitals de dia.

1. Unitats d'Aguts:

- Hospital Universitari de Bellvitge
- Hospital Sagrat Cor de Martorell
- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- Hospital General de Vic
- Hospital Hestia Duran i Reynals
- Hospital Sant Rafael
- Hospital Universitari Vall d'Hebron
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Parc Hospitalari Martí i Julià
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu, SSM
- Sant Joan de Déu - Clínic. Seu Numància
- Hospital del Mar (Parc de Salut Mar)
- Centres Assistencials Emili Mira i Lopez (Parc de Salut Mar)
- Institut Pere Mata de Reus
- Unitat Polivalent Terres de l'Ebre (UPTE) de la FPMTE
- Benito Menni CASM

- Hospital Benito Menni CASM de Granollers
- Hospital Universitari de Santa Maria
- Corporació Sanitària Parc Taulí
- Fundació Althaia
- CSdM - Hospital de Mataró
- CST - Hospital de Terrassa
- Hospital Universitari Mútua de Terrassa

2. Unitats de Desintoxicació Hospitalària

- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- Parc Hospitalari Martí Julià
- Hospital Universitari de Santa Maria
- Hospital Universitari de Bellvitge
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Hospital Universitari Mútua de Terrassa
- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
- Corporació Sanitària Parc Taulí
- Hospital del Mar (Parc de Salut Mar)
- Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
- Hospital Universitari Vall d'Hebron

3. Unitats de Patologia Dual

- UPD Benito Menni
- UPD de Martorell
- UPD de Reus. Pere Mata
- UPD de l'IAS de Girona. Parc Hospitalari Martí Julià
- UPD de Centres Emili Mira i López (Parc de Salut Mar)

3. Mètodes i procediments a aplicar

Es contactarà amb la persona responsable de cada hospital de l'abordatge del tabac o membre de la comissió hospital sense fum per tal d'obtenir la informació de cada centre.

El qüestionari sobre tipus de centre serà entregat al responsable directe de la Unitat. Tots els centres realitzaran de forma simultània l'avaluació de l'abordatge del tabac a través de la informació dels informes d'alta (ambdós, l'informe mèdic i d'infermeria) i amb un breu qüestionari al pacient abans de l'alta, durant 2 setmanes. Es recollirà la informació en totes les altes del període, excepte les altes voluntàries i fugues del centre.

Posteriorment a la recollida de dades dels pacients i informes d'alta, es recollirà el qüestionari sobre actituds dels professionals en una mostra multidisciplinària (metges/es, infermeria, auxiliars, psicòlegs, treball social i altres) de professionals directament relacionats amb la intervenció dels pacients (s'exclou el personal amb tasques únicament administratives).

Mida de la mostra

Per tal de valorar l'adequació de la mida de la mostra, s'ha fet una enquesta entre tots els centres participants per tenir una xifra orientativa del personal adscrit a les unitats i del nombre d'altes setmanals, tenint en compte les pèrdues per manca de col·laboració que podrien presentar (un 20%).

El personal adscrit a les diferents unitats dels centres és de 460 persones de diferents estaments (metges/es, psicologia, infermeria, treball social).

El nombre d'altes setmanals totals referits pels diferents centres són entre 140-160 entre tots els centres participants.

4. Pla de gestió de dades

- a. Quines dades es recolliran, processaran i/o generaran. Especificar quins formats de dades es recolliran/generaran, origen de les dades i a qui poden ser útils.

Qüestionaris i escales

- Qüestionari sobre tipus de centre, població que atén, nombre de llits, personal (Arxiu adjunt).
- Qüestionari sobre intervencions en el consum de tabac: provisió de tractament (TSN o altres), grups de suport, possibilitat de derivacions a l'alta (Arxiu adjunt)
- Revisió d'informes d'alta recollint la informació que contenen en quant a abordatge de tabac durant l'ingrés i recomanacions a l'alta (Arxiu adjunt): Pel que fa a les dades obtingudes dels informes d'alta, a part de les dades sociodemogràfiques i clíniques, es recollirà l'estatus de fumador, no fumador i ex-fumador dels pacients. Si es codifica com fumador, es recollirà si a l'informe d'alta consta el nombre de cigarretes fumades

al dia, si consta que hagi rebut tractament pel tabac, si s'ha registrat el diagnòstic d'addicció al tabac (ja sigui segons CIM o DSM), si consta la puntuació de l'escala de Fagerström, el valor de la cooximetria, si s'ha registrat la recomanació envers el tabac, la motivació del pacient i si s'ha derivat a tractament específic a l'alta.

- Qüestionari dirigit als pacients, a administrar quan marxen d'alta (Arxiu adjunt): Se li preguntarà la mateixa informació que la que es recull de l'informe d'alta per comparar la informació de totes dues fonts: l'estatus de fumador, no fumador i ex-fumador dels pacients. Si es tracta d'un pacient fumador es preguntarà si ha rebut tractament pel tabac, si s'ha fet cooximetria, si s'ha fet tractament del tabac i si s'ha fet derivació a l'alta.
 - Qüestionari al personal sobre actituds envers la normativa de control del tabac, dissenyat a partir de la informació obtinguda a través de grups focals amb treballadors de dispositius de Salut Mental i Addiccions (Arxiu adjunt).
- b. Tractament de les dades durant i un cop acabat el projecte.
 - c. Especificar si les dades seran compartides en accés obert (*open acces*). Cal tenir en compte la distinció entre les publicacions i les dades en si¹
 - d. Com les dades seran protegides i conservades.

Enviament de les dades

Les dades recollides per cada centre podran enviar-se de les següents formes: en suport informàtic, en un format convertible (Excel, Access, SPSS) o bé en formularis de paper, sense que continguin en cap cas informació que permeti identificar els participants (vegeu apartat aspectes ètics). Les dades recollides es centralitzaran en una única base de dades Excel, protegida amb contrasenya on s'afegiran les dades dels diferents centres que hi participin.

5. Anàlisi de dades

Les dades seran registrades en una base de dades i s'analitzaran mitjançant el paquet estadístic SPSS. Es realitzarà en primer lloc una anàlisi descriptiva de les característiques de cada centre i dels ítems recollits als informes d'alta de cada centre. Es calcularà la puntuació del qüestionari d'actituds així com la mitjana i la desviació estàndard de cada ítem. Per tal d'avaluar les diferències en quant edat, sexe, tipus de professional i tipus d'unitat s'utilitzarà el T-test i ANOVA.

¹ per més informació sobre les directrius europees:

http://ec.europa.eu/research/participants/docs/h2020-funding-guide/cross-cutting-issues/open-access-data-management/open-access_en.htm

6. Pla de gestió de les mostres biològiques

- a. Quin/s tipus de mostres (sang, saliva, cabell, etc) es recolliran
- b. On es processaran
- c. On s'emmagatzemaran
- d. Si es guardarà o no mostra per a estudis futurs (quant de temps)
- e. Quan i com es destruiran les restes

7. Aspectes ètics

Tots els professionals i pacients participaran de forma voluntària i firmaran un consentiment informat després de rebre un full informatiu sobre l'estudi (arxius adjunts). Els formularis i arxius informàtics es remetran a la Investigadora Principal i no contindran variables que permetin la identificació dels/les participants. Les dades personals seran confidencials i processades d'acord a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, així com el Reglament (UE) n° 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 de Protecció de Dades (RGPD). Les dades s'emmagatzemaran en una base de dades única, blindada i protegida amb contrasenya per poder recollir la informació dels diferents centres participants.

8. Mecanismes per garantir la confidencialitat**9. Dificultats i limitacions de l'estudi**

Màxim 2 pàgines

EQUIP INVESTIGADOR (Nomenar l'equip investigador complet, especificant el perfil professional i la responsabilitat dins el projecte)

Màxim 1/2 pàgina

IP: Francina Fonseca. Psiquiatra. Parc de Salut Mar. Barcelona.

IC: Sílvia Mondon Vehils. Psiquiatra. Hospital Clínic. Barcelona.

Gemma Nieva Rifà. Psicòloga. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Antonia Raich Soriguera. Psicòloga. Althaia. Xarxa Assistencial Manresa.

Maite Sanz Osorio. Infermera. Consorci Sanitari de Terrassa.

Le investigadores anteriorment nombrades han redactat el projecte i posteriorment reuniran les dades per fer l'anàlisi.

IC a la FPMTE: Georgina Casanova Garrigós. Infermera. Recollirà les dades del la Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre.

PLA DE TREBALL AMB CRONOGRAMA (Etapes de desenvolupament, distribució de tasques entre els membres de l'equip investigador. Copiar la taula tantes vegades com tasques es descriguin)

Màxim 1 pàgina

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Preparació del protocol i respostes CEIC												
Reunions equips i preparació recollida dades												
Reclutament pacients i professionals												
Cumplimentació de la base de dades												
Anàlisi de dades												
Redacció articles												

Con formato: Fuente:
(Predeterminado) Arial, 11 pto

Tasca	Investigadors	Anualitat	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
		1												
		2												
		3												

Tasca	Investigadors	Anualitat	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
		1												
		2												
		3												

Tasca	Investigadors	Anualitat	G	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
		1												
		2												
		3												

MEMÒRIA ECONÒMICA (afegir tantes files com sigui necessari).

		ANUALITAT			
		1a	2a	3a	Total
Personal*					
	IP				
	Investigador 1				
	Investigador 2				
	Investigador 3				
Bens i serveis					
	Equipament				
	Subcontractació				
	Fungible				
	Viatges i dietes				
	Altres				
<i>Costos indirectes</i>					
TOTAL					

*Cal posar **COST EMPRESA ANUAL (CEA) APROXIMAT** . Es calcula amb la següent fórmula:

$$\text{CEA} = \text{hores per any que dedicarà l'investigador al projecte} \times 25 \text{ €/h}$$

PLA DE REVISIONS (Memòria/es anual/s, data/es; Memòria final, data)

Màxim 1/2 pàgina

ANNEXOS (si són necessaris)

- 1. Acord de col·laboració (si participen investigadors d'altres centres)**
- 2. Full d'informació al participant i Document de consentiment informat**
- 3. Altres (especificar)**
 - a. Annex_1_Qüestionari actituds
 - b. Annex_2_Consentiment informat professionals
 - c. Annex_3_Dades del centre
 - d. Annex_4_Dades informe d'alta
 - e. Annex_5_Dades pacients
 - f. Annex_6_Consentiment informat pacients