

Atenció no presencial en els serveis comunitaris de salut mental i addiccions en situació de crisi sanitària

**Consell Assessor
de Salut Mental i
Addiccions**



Desembre 2020

Direcció: Pla Director de Salut Mental i Addiccions

Alguns drets reservats

© 2020, 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 la **pàgina web de Creative Commons**.

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut

1a edició:

Barcelona, setembre de 2020

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Disseny de plantilla accessible 1.03:

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa

SUMARI

- 1. Presentació**
- 2. Anàlisi de la situació**
- 3. Principis generals**
- 4. Canals d'assistència no presencial**
- 5. Noves competències dels professionals**
- 6. Consideracions tècniques**
- 7. Confidencialitat, protecció de dades i marc legal**
- 8. Necessitats estructurals**
- 9. Bibliografia**
- 10. Annexos**
- 11. Membres del grup de treball**



1. Presentació

Des del mes de març de 2020 tota la societat, i especialment l'àmbit de la salut, es troba immers en una situació de crisi sanitària per causa de la propagació del virus SARS-CoV-2 i el fort impacte que ha tingut en la població mundial i del nostre país.

Aquesta important afectació s'ha produït tant en aspectes directament relacionats amb la salut de la població –persones directament afectades per la malaltia, altres amb patiment emocional derivat de l'afectació de persones estimades, o per la por d'emmalaltir, del distanciament social, de la saturació dels serveis hospitalaris i d'urgències i no poder accedir als serveis sanitaris– com en aspectes directament relacionats amb qüestions socials de gran importància per a tothom, com ara la instauració de mesures de confinament, la suspensió o pèrdua de la feina, el distanciament de les persones properes, el fet de no poder acudir als centres escolar i universitats o l'alteració dels hàbits i costums d'oci de la població.

En aquest singular context, tots els serveis de salut mental i addiccions s'han adaptat de forma ràpida i flexible a la nova situació amb el repte de:

- mantenir la qualitat de l'atenció prestada,
- garantir la continuïtat de la prestació de serveis protegint, al mateix temps, els professionals,
- recuperar l'accessibilitat dels usuaris als seus dispositius,
- donar resposta a les noves demandes de la societat.

D'altra banda, i amb independència de tot el procés que la societat està vivint, ja fa anys que tots els agents implicats en l'àmbit de la salut mental i de les addiccions debaten quin ha de ser el paper de les tecnologies de la informació i de la comunicació en els processos assistencials.

Els estudis de recerca i les publicacions científiques sobre aquesta qüestió són cada cop més extenses i, progressivament, van constituint un volum de coneixement sobre quins aspectes dels processos assistencials es poden millorar, sempre en benefici de les persones ateses.

Dins d'aquest context i en aquest profund canvi social, professionals i usuaris, en poc temps, s'han adaptat a una dràstica reducció de les visites presencials, que han estat

substituïdes per visites dutes a terme per canals de comunicació telemàtics. La globalització present a la nostra societat i les tecnologies de què disposem han permès compensar la distància física imposada per les mesures de seguretat i recuperar certa proximitat mitjançant una major connectivitat virtual.

Al mes de maig, la Comissió de Seguiment del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions i el Pla Director de Salut Mental i Addiccions van acordar la creació d'un grup de treball per estudiar la implementació dels canals de comunicació virtuals en l'assistència pública comunitària en aquesta situació d'emergència sanitària.

En aquest grup de treball hi han participat professionals dels diferents àmbits assistencials (adults, infantil i addiccions), persones amb experiència pròpia, tècnics d'associacions d'usuaris, professionals de les TIC Salut Social i tècnics del Departament de Salut.

A l'hora d'analitzar quin ha de ser el paper dels canals telemàtics en l'assistència, haurem de preservar sempre tres principis fonamentals:

- La participació de les persones ateses: com en qualsevol altre procés de salut, haurem de vetllar per preservar l'autonomia i la capacitat de decidir sobre el propi tractament de les persones que acudeixen als serveis de salut mental i addiccions.
- L'aliança terapèutica: independentment de la tècnica utilitzada, un dels elements cabdals del pronòstic de millora en salut mental té a veure amb l'aliança i el vincle terapèutic entre la persona usuària i el professional que l'atén. A l'hora d'avaluar la incorporació de canals virtuals de comunicació en el tractament d'un procés de salut mental i/o addiccions, haurem de vetllar perquè aquesta aliança es pugui donar i també perquè es pugui mantenir en el temps.
- La millor opció terapèutica possible: l'experiència de la COVID-19 ens indica que la proposta de fer ús de canals virtuals de comunicació haurà d'estar emmarcada en les circumstàncies en què es trobi en cada moment el sistema de salut, i cercar sempre la millor opció terapèutica possible.

En aquest document es presenten un conjunt d'indicacions i orientacions generals per ajudar els professionals a la presa de decisions relacionades amb la introducció de l'assistència no presencial en la situació actual en què es troba immers el sistema sanitari. L'objectiu final del document és facilitar i promoure l'ús dels diferents canals de comunicació virtual amb una perspectiva de millora dels serveis assistencials. Sempre tenint en compte que, en el moment d'optar per utilitzar canals telemàtics en l'atenció a usuaris dels serveis de salut mental i addiccions, els professionals de la salut han de ser responsables de mantenir el mateix nivell de principis deontològics i ètics i de principis de qualitat en les pautes clíniques que en la cura de persones mitjançant la pràctica presencial (APA & ATA 2018).

L'experiència acumulada durant tot el temps que duri la situació d'emergència sanitària i l'avaluació de les intervencions efectuades permetrà augmentar notablement el coneixement sobre les evidències en la utilització dels canals de comunicació virtuals. Aquest major coneixement ens facilitarà que, en el futur posterior a la COVID-19, tinguem més capacitat per determinar en quins perfils d'usuaris i en quines situacions convé introduir la utilització d'aquests canals.

Tota situació de crisi sempre esdevé una oportunitat per innovar i millorar els processos i procediments establerts. En la situació en què ens trobem, així com en el futur, si fem una bona avaluació de les oportunitats que ens ofereixen, tindrem l'oportunitat d'utilitzar les TIC per:

- Millorar l'accessibilitat dels nous usuaris als serveis assistencials i als tractaments que ofereixen.
- Assolir una major continuïtat en els tractaments mitjançant una major proximitat dels usuaris als professionals que els atenen.
- Millorar els processos de vinculació dels usuaris amb processos de salut complexos.
- Millorar notablement l'atenció dels usuaris que tenen dificultats per desplaçar-se als serveis o que viuen molt allunyats d'aquests serveis.

La impressió generalitzada actual és que el treball telemàtic, més que ser una alternativa al treball presencial (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2020), pot aportar un molt bon suport complementari a l'assistència quan passi la situació d'emergència sanitària. La vàlua d'aquesta complementarietat dependrà dels esforços i la dedicació que hi apliquem fent nous grups de treball i elaborant documents més detallats sobre l'aplicabilitat específica dels canals de comunicació virtuals.



2. Anàlisi de la situació

L'impacte de la pandèmia de la COVID-19 en les organitzacions sanitàries, i en la societat en general, ha suposat que, de cop i volta, hi hagués el risc que l'atenció a les persones usuàries dels serveis de salut mental i addiccions tingués manca de continuïtat. Aquest risc, compartit amb tot el sistema sanitari català, ha suposat la introducció massiva de l'atenció no presencial (visita per videoconferència, visita telefònica i eConsulta).

Segons xifres del CatSalut, abans de la crisi sanitària, a l'atenció primària s'atenien diàriament 135.000 visites presencials, 14.500 visites telefòniques i unes 1.000 eConsultes. Enmig de l'emergència sanitària, s'atenien 18.000 visites presencials diàries, 86.000 visites telefòniques i 17.000 eConsultes. Les videoconsultes van començar a poc a poc i encara no representaven un nombre rellevant (ASD, 2020).

Segons xifres facilitades pel Pla Director de Salut Mental i Addiccions, pel que fa a l'àmbit de la salut mental a Catalunya, en el mes de juny, els centres de salut mental d'adults (CSMA) feien el 73% de la seva activitat mitjançant canals de comunicació telemàtics (principalment telefònic i també per videoconferència) i els centres de salut mental infantils i juvenils (CSMIJ) feien el 95% de la seva activitat en format telemàtic.

Tot i que encara no disposem de dades concretes relatives al període posterior al desconfinament de la població, anomenat *nova normalitat*, en relació amb la proporcionalitat de l'activitat presencial i l'activitat telemàtica en els centres de salut mental i addiccions, sí que sabem que una part rellevant de l'atenció es continua portant a terme mitjançant canals telemàtics.

Durant tot aquest procés, el Servei Català de la Salut ha elaborat un gran nombre de documents en què ha anat establint les línies d'actuació dels diferents serveis sanitaris en cada escenari que s'anava configurant. En l'àmbit de la salut mental i les addiccions, els dos principals documents són:

- *Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 als serveis de salut mental i addiccions* (primera versió del 03/2020 i versions posteriors)
- *Guia d'actuació als serveis de salut mental i addiccions en el context de la pandèmia pel coronavirus SARS-CoV-2 en el període de desconfinament* (06/2020).

2.1. Valoració de les persones ateses

En el procés d'elaboració d'aquest document s'ha comptat amb la participació de la Federació Salut Mental Catalunya, dos membres de la qual s'han incorporat al grup de treball.

Al mateix temps, la Federació ha elaborat un informe, fruit de diverses sessions de treball, on persones amb experiència pròpia han debatut sobre l'ús de canals telemàtics en l'assistència en salut mental i addiccions.

Pensem que és important recollir i incorporar a aquest document les conclusions d'aquest debat, tant les referides a la situació actual com les relatives a un futur proper.

Informe del projecte *Amb experiència pròpia: implementació de l'atenció no presencial en els serveis de salut mental i addiccions.*

Conclusions

En general, els participants fan una valoració positiva del seguiment telefònic (tot i que el consideren insuficient) per part dels serveis de la xarxa de salut mental. Assenyalen que aquest seguiment s'ha fet arran de la pandèmia, excepte en algun territori de les terres de Lleida, on el seguiment telefònic era també una pràctica habitual abans de l'estat d'alarma.

Consideren imprescindible que hi hagi la possibilitat que la persona atesa pugui triar i decidir quin és el canal d'atenció que prefereix, ja sigui presencial o no presencial (telèfon, videotrucada o correu electrònic). Alhora, en cap cas valoren de manera positiva una substitució de l'atenció presencial per la telemàtica, i aposten per l'atenció mixta presencial - no presencial.

L'ús dels canals d'atenció no presencial ha de dependre del moment, les preferències i les capacitats de cadascuna de les persones ateses. "No servirà igual per a tots els moments ni per a totes les persones."

En aquest sentit, consideren que seria útil i adient per a:

- *Territoris que tenen dificultats de comunicació en transport públic, o amb desplaçaments molt llargs i costosos.*
- *Situacions excepcionals, com ha estat el confinament per la pandèmia.*
- *Quan hi ha altres problemes que dificulten anar presencialment a la visita (per exemple, una fibromiàlgia).*

- *Per afavorir la vinculació i el seguiment de la població jove i adolescent.*

Consideren també que cal adaptar el canal d'atenció en funció del moment de la intervenció o tractament:

- *Diagnòstic inicial: atenció presencial.*
- *Primeres visites: tot i preferir fer-les de manera presencial, els canals telemàtics poden afavorir la vinculació d'aquelles persones més estigmatitzades o autoestigmatitzades (que, per exemple, no volen anar al CSMA per si coincideixen amb altres persones del barri/municipi que els poden conèixer).*
- *Visites de seguiment: combinació de visita presencial i telemàtica. Si el professional detecta indicis d'empitjorament, consideren que s'hauria de proposar una visita presencial.*
- *Canvi de tractament: presencial.*
- *Renovació de recepta (sense canvi de pauta): no presencial.*
- *Situació d'urgència: pot ser útil que la persona tingui accés a un telèfon de contacte per fer la primera contenció, i valorar i acordar si cal fer visita presencial. Però també assenyalen que en aquests casos calen altres canals d'atenció de reforç, no només telefònic, presencial; proposen l'opció d'atenció al domicili.*
- *En aquelles situacions en què hi ha un canvi de professional de referència, consideren que l'atenció presencial afavoreix la coneixença mútua i millora la vinculació amb aquest nou professional.*

Tots els participants estan d'acord amb el fet que un bon ús d'aquests canals d'atenció no presencials pot millorar la comunicació amb els professionals de referència, fomentar la participació de la persona amb experiència pròpia en la presa de decisió en relació amb el seu procés de tractament i recuperació, la seva autonomia, i augmentar el seu empoderament. Els canals no presencials poden afavorir l'horitzontalitat en la relació (en especial telefònicament), ja que redueix la jerarquització i es redueix la percepció de figura d'autoritat que representa, per a moltes persones, una visita presencial a la consulta. Aquesta verticalitat en les relacions moltes vegades pot arribar a cohibir l'obertura de la persona atesa.

Dues de les potencialitats de la incorporació dels canals d'atenció no presencials poden

ser també:

- *L'oportunitat d'ampliar els horaris d'atenció dels serveis i/o incorporar professionals "d'escolta" per a aquells moments en què la persona necessita algú que faci una escolta activa de la seva situació (i contenció emocional si cal).*
- *Ajudar a crear sinergies que millorin la comunicació interconsulta, interdepartamental, coordinació amb serveis externs... (per exemple, entre educació i salut mental en el cas dels joves i adolescents, per a la detecció primerenca).*

Els participants assenyalen que la implementació dels canals d'atenció no presencials han de tenir present les diferències territorials, tant en relació amb les infraestructures de transport públic i accessibilitat com amb el desplegament de xarxes de telecomunicació, etc. Alhora, és imprescindible reduir l'escletxa digital per tal de garantir un millor acompanyament i suports no presencials.

Per reduir l'escletxa digital proposen:

- *Formació als professionals en l'ús de les tecnologies.*
- *Garantia que les persones ateses tinguin un bon accés a Internet i capacitat d'ús d'aquest.*

També plantegen com una bona iniciativa l'elaboració d'un mapa de la població diana susceptible d'atenció no presencial, i d'atenció mixta, per tal d'optimitzar el desplegament i la gestió de recursos per a la implementació dels nous canals d'atenció.

2.2. Altres grups de treball

El caràcter general de la situació viscuda ha fet que altres institucions públiques i privades, associacions de professionals... nacionals i internacionals hagin constituït grups de treball per elaborar documents relatius a l'atenció no presencial específicament en situació de crisi sanitària.

D'aquestes iniciatives, per la proximitat a la nostra realitat, volem destacar la tasca realitzada pel TIC Salut Social, que ha elaborat dos grups de fitxes, un adreçat als professionals de consulta ambulatoria d'hospitals, centres sociosanitaris i centres de salut mental i addiccions, i un altre adreçat a les direccions de tots els centres sanitaris.

Cadascun d'aquests grups de fitxes cobreix aspectes relacionats amb els criteris a tenir en compte, bones pràctiques, privacitat i legal, descripció dels canals i recomanacions.

La seva claredat i operativitat fan que siguin uns bons referents de consulta i, per tant, afegim l'enllaç de referència:

<https://ticsalutsocial.cat/actualitat/recomanacions-dus-dels-canals-datencio-no-presencial/>

També en l'àmbit de Catalunya, l'Associació Catalana de Professionals de Salut Mental (ACPSM-AEN Catalunya) ha creat un grup de treball sobre atenció no presencial.

2.3. Bretxa digital

Les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC) ofereixen nombrosos avantatges de major accés a la informació i major connectivitat entre les persones. Ara bé, la digitalització no s'ha implantat de la mateixa manera en tots els sectors de la població, sinó que ho ha fet de forma desequilibrada constituint el que s'anomena *bretxa digital*.

L'origen del terme *bretxa digital* el podem situar a la dècada dels noranta i, inicialment, es referia a la distinció entre les persones que tenien o no tenien accés físic a les TIC. Actualment, el concepte és molt més extens i inclou les habilitats necessàries per a l'ús de les TIC i es defineix com "la bretxa entre individus, llars, negocis i àrees geogràfiques, en diferents nivells socioeconòmics en relació amb les seves oportunitats d'accés i ús de les TIC per a una àmplia varietat d'activitats" (OECD, 2001).

Tot i que en els darrers cinc anys, en el nostre país la bretxa digital s'ha reduït força, i ha passat d'un ús habitual d'Internet per part del 75% de la població general el 2014 al 91% de la població el 2019, la desigualtat social es manté en col·lectius especialment vulnerables com es pot comprovar en el quadre següent.

ÚS HABITUAL D'INTERNET 2019 (16 - 74 anys)	
Nivell d'estudis finalitzats	
Sense estudis	45,7%
Estudis primaris	66,8%
Edat	
65 - 74 anys	68,5%
55 - 64 anys	84,5%
Població general	91,1%

Font: IDESCAT, a partir de l'enquesta sobre equipaments i ús de TIC a les llars de l'INE.

A l'hora de plantejar la possibilitat d'incloure intervencions no presencials dins del pla de tractament, haurem de tenir molt present aquest aspecte i les circumstàncies específiques de cada persona usuària.



3. Principis generals

En la implantació d'un programa d'atenció no presencial en la xarxa pública de salut mental i addiccions hi ha uns principis generals que s'han de tenir en compte, i, tot i la situació actual d'excepcionalitat, fer tot el possible perquè es garanteixin:

1. **Consensuar els canals d'intervenció i la mesura en què els utilitzarem amb les persones que hi seran ateses.** Tot i que la situació actual d'emergència sanitària és un important condicionant en la programació dels serveis assistencials, és molt important que la utilització de la teleassistència no sigui una imposició, sinó el resultat d'un acord entre professional i persona usuària, prèvia proposta del terapeuta referent que és qui té la responsabilitat de fer la indicació del tractament.
2. **Cercar sempre el benefici de la persona atesa.** A l'hora de planificar qualsevol tipus d'intervenció terapèutica sempre hem de tenir com a primer objectiu la milloria de l'estat de salut de la persona usuària. Així, doncs, tenint en compte les circumstàncies en què ens trobem, també en el tipus de visita que s'ha de realitzar, sempre haurem de triar la millor opció per a la persona atesa (presencial, videoconferència, telefònica o eConsulta).
3. **Dotar les intervencions no presencials dels estàndards de qualitat.** Els professionals i les institucions han de tenir cura de dotar les intervencions no presencials dels mateixos estàndards de qualitat que tenen les intervencions presencials. Per poder-ho fer, haurem de definir molt bé en quin moment les podem utilitzar i en quina mesura, amb quin objectiu terapèutic i/o assistencial ho farem, i tenir molta cura dels procediments i del seu desenvolupament...

4. **Formar els professionals en el seu ús.** Tota innovació requereix d'un procés d'adaptació i tot procés d'adaptació és més fàcil amb suport, en aquest cas, de tipus formatiu.
5. **Avaluar els resultats de la seva utilització.** La concepció de millora continuada dels nivells assistencials que des de sempre ha estat vigent en l'àmbit sanitari obliga a avaluar qualsevol nou element que s'introdueixi en el procés d'atenció de qualsevol problema de salut.
6. **Respectar els principis i les normatives vigents de confidencialitat, privacitat i protecció de dades.** Com no pot ser d'altra manera, l'assistència no presencial ha de complir totes les normatives sobre protecció de dades i el professional ha de poder garantir a les persones que atén que els nivells de confidencialitat i privacitat seran els mateixos que en l'assistència presencial.
7. **Comptar amb la implicació i el lideratge de l'Administració i de les institucions.** La pràctica no presencial s'ha de portar a terme amb tots els mitjans materials i de temps que necessitin els professionals i les persones usuàries perquè pugui ser realitzada de forma efectiva. La seva implantació dins del sistema de salut de Catalunya no ha de dependre de la voluntat dels professionals, sinó que és una decisió que és competència de l'Administració que planifica com s'ha d'atendre els processos de salut dels seus ciutadans.



4. Canals d'assistència no presencial

Tota intervenció assistencial ha d'estar centrada en el benefici de la persona usuària i, així, doncs, en el cas de l'assistència no presencial, el canal escollit ha de permetre que la intervenció a desenvolupar sigui efectiva i incideixi positivament en el procés de millora de la seva salut.

Els canals que s'han d'utilitzar (videoconferència, telèfon o eConsulta) sempre hauran d'estar supeditats a l'estat actual de salut de la persona atesa i a l'evolució clínica que presenti. En el cas de manca d'adaptació o manca de resposta terapèutica, s'ha de canviar de canal i/o passar a l'atenció presencial exclusiva.

En situació de normalitat, i sempre que sigui possible, s'han d'utilitzar els canals telemàtics després d'un mínim procés de vinculació presencial entre usuari i professional. La situació d'emergència sanitària pot condicionar aquesta premissa, i obligar professionals i persones usuàries a adaptar-se a les circumstàncies de cada moment.

Sempre que les circumstàncies ho permetin, tot aquest procés de decisió sobre en quina mesura s'han d'introduir els canals d'assistència no presencial en un tractament concret d'un procés de salut s'ha de prendre de forma compartida i consensuada amb la persona atesa; se la d'informar dels beneficis, les limitacions, les característiques i les possibilitats de cada canal.

Tot seguit, analitzarem els tres canals telemàtics actualment en ús:

- Assistència per videoconferència
- Assistència telefònica
- eConsulta

En les circumstàncies actuals d'emergència sanitària per la COVID-19, però sense l'existència d'un confinament de la població, l'opció que el grup de treball considera preferent és la d'optar per l'**ús del canal de l'assistència per videoconferència** i fer-ho de forma **compaginada i complementària a l'assistència presencial**, limitant la utilització de l'assistència telefònica i de l'eConsulta a usos concrets, que també poden ser rellevants en el procés assistencial.

Adequació d'agendes

Les intervencions assistencials no presencials, especialment amb videoconferència, requereixen d'una preparació prèvia i posterior que comporta un temps que cal preveure a l'hora d'organitzar les agendes dels professionals.

Indicadors d'avaluació

La utilització de canals telemàtics no presencials dins de l'assistència sanitària comporta un seguiment dels resultats d'aquestes intervencions, de la mateixa manera en què es realitza amb les intervencions presencials.

Així, doncs, serà necessari identificar uns indicadors d'avaluació per facilitar la recollida d'informació en el conjunt d'organitzacions.

Alguns d'aquests indicadors poden ser:

- % de visites per videoconferència sobre el total de visites realitzades.
- % de visites telefòniques sobre el total de visites realitzades.
- Nombre d'eConsultes en un període de temps.
- % d'anul·lacions fetes pels serveis de cada tipus de visita no presencial (videoconferència i telefònica).
- % d'absentisme dels usuaris de cada tipus de visita no presencial (videoconferència i telefònica).
- Tipologia de les persones usuàries (sexe, edat, diagnòstic...) de cada tipus de visita no presencial.
- Indicadors de resultats clínics (evolució i resposta al tractament) per diagnòstic i per cada canal de comunicació.
- Altres indicadors de repercussió clínica: nombre d'hospitalitzacions, impacte en la prescripció farmacològica, nombre de consultes d'urgències.

Recerca

La recerca en l'àmbit de l'atenció no presencial, en especial la realitzada per videoconferència, dels processos de salut mental i addiccions i en els resultats obtinguts mitjançant aquests canals de comunicació està creixent i, probablement, creixerà molt més en el proper futur donada la implantació forçada per la pandèmia.

Aquesta recerca és absolutament necessària per tal d'avaluar els resultats obtinguts en l'atenció en cada perfil psicopatològic i en les diferents modalitats terapèutiques.

4.1. Assistència per videoconferència (VC)

Definició

Prestació de serveis assistencials mitjançant tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) que inclouen imatges i so, en temps real, de la persona usuària i del professional que l'atén. Es poden portar a terme mitjançant diferents dispositius: mòbil, tauletes, ordinadors personals entre altres...

Així, doncs, la comunicació que s'estableix és audiovisual i sincrònica.

L'atenció podrà ser:

- Continuada, periòdica o puntual.
- Mixta (presencial i telemàtica) o exclusivament telemàtica.
- Realitzada per diferents tipus de professionals.

Una consideració que cal fer és que l'accés, actualment, als mitjans tecnològics no és igual per a tota la població. Aquesta desigualtat és més important amb la tècnica de VC i, és per això que caldrà garantir l'accés a l'atenció mitjançant altres modalitats assistencials (presencial al servei o telefònica).

Consideracions prèvies a tenir en compte per decidir l'adequació de l'ús

Aspectes tecnològics

- Bona connexió a la xarxa (consideracions sobre la connectivitat).
- Coneixements tecnològics suficients per a l'ús de la VC.
- Aparells tecnològics amb característiques tècniques suficients.
- Qualitat d'imatge i so adequada.
- Ús d'aplicacions que tinguin els paràmetres de verificació, confidencialitat i seguretat necessaris per ser utilitzats per a aquesta finalitat, i que no incloguin funcions com la notificació i no permetin l'accés a altres persones.
- Maquinari amb actualització d'antivirus i instal·lació del tallafoc a l'ordinador personal.

Avaluació de l'entorn de la persona usuària on realitzarà les sessions

- Espai confortable i privat.
- Bona il·luminació que permeti veure el rostre sense contrallums, amb la reducció

de qualsevol font d'il·luminació provinent de les espatlles.

- Fons neutre.
- Bona qualitat d'imatge i so de l'aparell.
- Reducció en la mesura que sigui possible dels sons ambientals.
- Visió clara del rostre de l'altre, s'ha de col·locar la càmera en la mateixa elevació que els ulls.
- Suport estable i segur que eviti les tremolors.
- Sense interrupcions.

Situacions de consideració especial on es recomana preferentment que les visites siguin presencials:

- Quan les dificultats cognitives i especialment la capacitat d'aprenentatge limitin la utilització dels mitjans digitals.
- Quan les barreres idiomàtiques o els aspectes culturals puguin dificultar la relació entre la persona usuària i el professional.
- Quan hi hagi limitacions sensorials que puguin impossibilitar la comunicació.
- En situacions de violència masclista, en què no es pugui garantir la confidencialitat i privacitat de la persona.
- Quan es produeixi una situació conflictiva intrafamiliar greu o situacions de violència en el domicili que dificultin la confidencialitat i la privacitat de la persona.
- En l'atenció a la infància i adolescència, especialment en casos amb més dificultats d'ordre psicopatològic o bé en situacions socials de més vulnerabilitat.

Recomanacions que cal valorar

En el procés assistencial és important fer algunes consideracions sobre les condicions òptimes per realitzar el procés assistencial per VC.

Condicions per a l'usuari i procés assistencial

L'atenció telemàtica en salut mental i addiccions requereix d'una participació més activa per part del pacient. En el cas de la VC, els pacients han de poder configurar el sistema de videoconferència, mantenir la configuració adequada de l'ordinador, establir un espai privat i cooperar per a una gestió de seguretat efectiva.

Actualment hi ha estudis que indiquen que no hi ha contraindicacions perquè els usuaris siguin avaluats o tractats utilitzant els procediments en salut mental telemàtica (ATA 2020, Shore 2013, Chakrabarti 2015); tot i això, cal ser prudents en la modificació del canal de comunicació, donat que no existeixen prou assajos clínics comparatius entre atenció telemàtica i presencial que avalin, de forma inequívoca, l'equivalència segons diagnòstics.

Sempre que sigui possible, la primera visita s'ha de dur a terme en format presencial.

Ahora de tractar un pacient per VC s'ha de considerar:

- El procés de consentiment per part de la persona usuària.
- Facilitar l'accessibilitat del tractament en aquelles persones que tenen una distància geogràfica gran fins als centres assistencials.
- L'estat psicopatològic i contextual actual de la persona usuària (necessitat que estigui receptiu). En el cas de les addiccions, cal valorar l'estat d'intoxicació i la rellevància de les necessitats terapèutiques en relació amb el servei ofert.
- Consensuar la intervenció en crisi. Abans d'iniciar el tractament/intervenció es recomana acordar amb la persona usuària com actuar davant una crisi, amb la identificació de les persones properes que pugin estar disponibles en aquestes circumstàncies (alguns familiars, professionals o altres). Tot i així, el professional sempre ha de valorar la rellevància de la crisi i l'estat psicopatològic de la persona usuària per orientar sobre el tipus d'intervenció més adequat que cal portar a terme.
- Aquest tipus d'atenció ha de ser interrompuda si es valora que no resulta d'ajuda en el procés de millora de salut. En aquests casos es continuaria amb altres tècniques assistencials (presencial en el centre, o domiciliària).

Condicions per al professional

Aspectes tecnològics

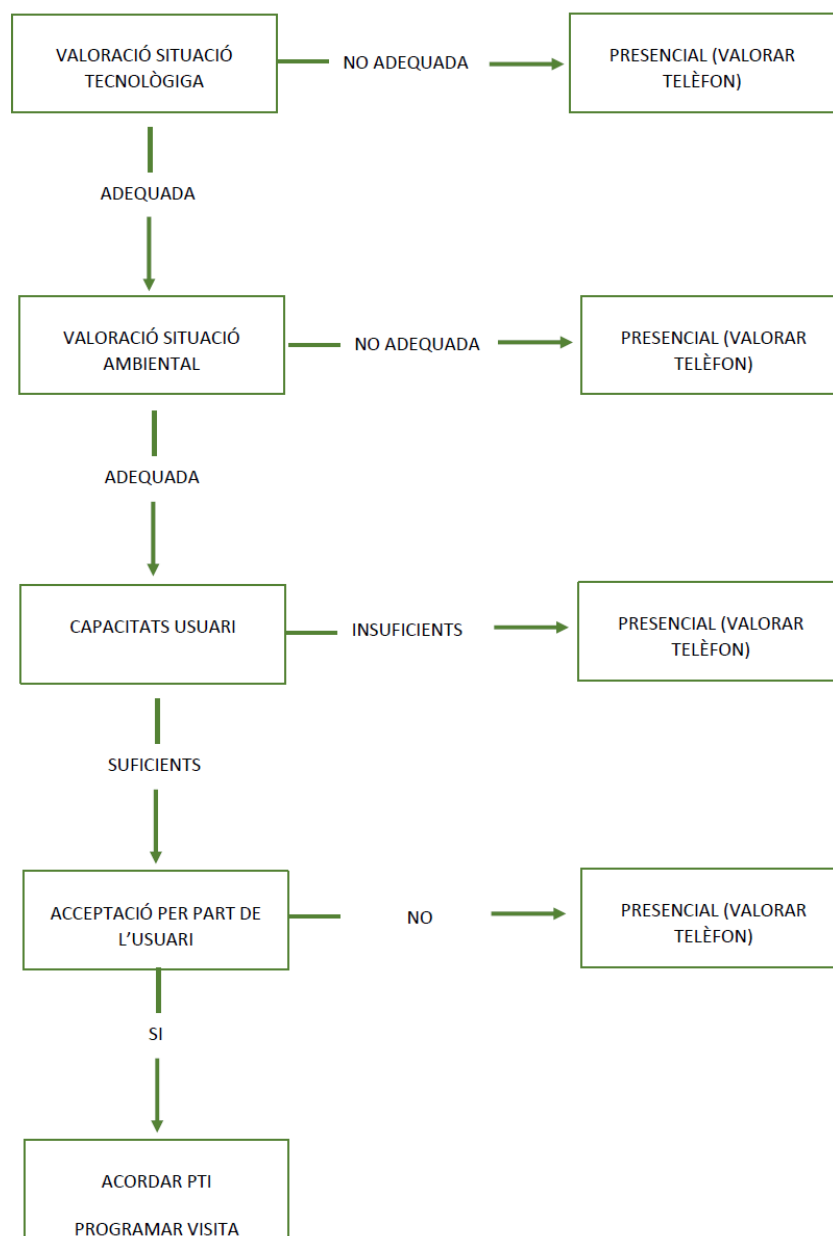
- La capacitat tecnològica és un element important en l'ús d'aquest servei. Diversos estudis assenyalen la falta d'experiència en l'ús de la tecnologia, la manca de formació i l'absència d'un bon suport tècnic, com alguns dels principals impediments a l'hora d'implementar la VC en la pràctica clínica. Suggerixen que un entrenament previ podria incrementar les habilitats i la confiança en l'ús d'aquesta tecnologia. (Wynn R 2012, Obstfelder A 2007).
- Així, doncs, cal treballar per tal de:
 - Sentir-se còmode en el seu ús.
 - Ser capaç de donar suport tècnic a la persona usuària en cas que ho requereixi per solucionar els problemes que puguin emergir en el moment de la intervenció.

Aspectes assistencials

- Respecte a l'establiment d'un vincle de confiança i d'una bona aliança terapèutica, hi ha opinions divergents entre els professionals en la comparativa entre l'atenció presencial i l'atenció d'un procés completament realitzat de forma telemàtica. Per a alguns professionals, la privació de la presència pot significar una major dificultat per a l'observació, la comprensió més holística i per a l'establiment del vincle. Per a altres professionals, la utilització d'una o una altra tècnica no varia el tipus de vincle que es pot establir entre professional i persona usuària. A partir de l'experiència clínica i la reflexió i avaluació podrem anar desenvolupant uns criteris més consensuats i amb més evidència.

Algoritme de tractament

A l'hora de plantejar la utilització de canals de comunicació virtuals en un tractament, seguirem l'algoritme següent:



Avantatges i limitacions

La tècnica de la VC aporta alguns **aspectes avantatjosos**:

- **Facilita l'accés** a determinats usuaris, que, per diversos motius, no podrien fer consultes de forma presencial (per exemple, en les circumstàncies actuals davant de la pandèmia de la COVID-19, o bé per a distàncies geogràfiques importants, estades fora del territori de residència, etc.).
- Permet la **continuitat i regularitat en les visites**, per exemple, en casos d'usuaris que viatgen sovint.
- **Facilita el contacte** en primera instància per a casos amb importants dificultats a l'hora de fer la consulta, o que estiguin en aïllament domiciliari.
- **Rendibilitza l'eficiència** per la reducció de temps i de despeses en el desplaçament dels usuaris.
- **Afavoreix el treball en xarxa** i la coordinació entre professionals de diversos àmbits que intervenen en el cas, ja que redueix el temps de desplaçament.

Alhora de fer-ne ús, cal considerar també les **limitacions de la tècnica**:

- **Desigualtat en l'accés**. Per diversos motius (condicions econòmiques, condicions socials que permetin la intimitat i l'espai adequat en els domicilis, persones d'edat avançada, etc.).
- Pot tenir un **caràcter intrusiu** (generar desconfiança, invasió de la intimitat) **per a alguns usuaris**, i, per tant, cal valorar la idoneïtat en cada cas.
- L'atenció telemàtica pot significar una major dificultat per al professional en l'atenció a usuaris en situació de crisi.

4.2. Assistència telefònica

Definició

Prestació de serveis assistencials mitjançant tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) que només inclouen so i són efectuades en temps real entre la persona usuària i el professional que l'atén. Es porten a terme mitjançant telèfon mòbil o fix.

Així, doncs, la comunicació que s'estableix és auditiva i síncrona.

Tot i que l'accés de la població al telèfon és pràcticament generalitzat, i que, al mateix temps, és considerablement més elevat que la disponibilitat de dispositius per realitzar videoconferències, el fet de no disposar de comunicació visual comporta una notable limitació del canal de comunicació telefònic.

Les visites telefòniques són intervencions que, en el moment del confinament, han complert una important funció, però que a mitjà termini no tenen el mateix potencial terapèutic que una intervenció per videoconferència o presencial. I tampoc tenen la mateixa consideració per a les persones usuàries o per a les famílies, ja que la manca de contacte visual les penalitza. D'altra banda, permeten un contacte àgil i fàcil que, en determinats moments, pot ser molt contenidor i servir per orientar i, en algunes situacions, per decidir la intervenció terapèutica.

Sempre que la situació d'emergència sanitària ho permeti, **s'han d'utilitzar complementàriament a les visites presencials o per videoconferència**, prèvia valoració que tinguin més pes en l'atenció de processos lleus atesos a l'atenció primària.

Procés assistencial

Avaluació i diagnòstic

Tot i que part del procés diagnòstic, en processos de salut mental i addiccions no greus, es podria fer per visita telefònica, prèviament sempre serà necessari iniciar el procés mitjançant visita presencial o visita per videoconferència.

És necessari establir un cert nivell de vinculació terapèutica entre usuari i professional, i aquest procés requereix el contacte visual. Tot i que hi ha algun article sobre experiències en països nòrdics en situacions d'aïllament permanent de la població on valoren que l'aliança terapèutica també es pot desenvolupar mitjançant visites telefòniques, aquests

estudis encara són escassos i amb poca consistència científica.

Aquesta part del procés diagnòstic fet per visita telefònica pot ser més substancial en funció de la complexitat de la consulta i de la gravetat del trastorn. Així, doncs, dins del programa de salut mental en atenció primària pot tenir més pes per atendre persones amb processos de salut menys complexos.

D'altra banda, també s'ha de tenir present que la percepció de les persones usuàries dels serveis de salut és que difícilment acceptarien el canal telefònic com l'únic mitjà per establir un diagnòstic clínic o un tractament a llarg termini i/o de gravetat.

Tractament

Es pot utilitzar en:

- Intervencions psicoeducatives.
- Revisions de prescripcions farmacològiques (no en una prescripció inicial d'un tractament farmacològic).
- La valoració dels efectes secundaris d'un tractament farmacològic.
- Intervencions psicoterapèutiques puntuals no reglades.
- Models similars, però en format telefònic, als programes de tractament estandarditzat mitjançant Internet ja existents actualment i que tenen una major efectivitat en funció de si són guiats per un professional.
- El tractament de la depressió, de l'ansietat i del TOC mitjançant el canal telefònic, on ja hi comença a haver experiències.
- La resolució de dubtes amb relació a aspectes concrets del tractament.
- Intervencions de contenció en espera de poder programar una visita per videoconferència o presencial.
- Els programes de prevenció de recaigudes en addiccions.
- Programes de revinculació dels trastorns mentals greus (TMG) o pacients crònics (PC).

I, complementàriament a altres tipus d'intervenció (presencial i videoconferència), pot potenciar la continuïtat assistencial.

Limitacions

L'experiència durant el confinament ens indica que sovint han estat intervencions més curtes que les realitzades mitjançant videoconferència o les realitzades presencialment. Aquesta situació probablement es deu a l'excepcionalitat en si mateixa de l'emergència sanitària.

En la mesura que el canal telefònic s'incorpori dins dels processos assistencials d'una forma estable, s'ha de dotar les visites de format, estructura, objectius, contingut terapèutic, etc. per tal que adquireixin el reconeixement imprescindible tant per part dels professionals com per part de les persones ateses. Aquest reconeixement és necessari per poder-les efectuar dins del temps laboral o escolar.

Les visites telefòniques no s'han d'utilitzar:

- En primeres visites. Es recomana que la primera visita sigui presencial.
- Davant de situacions de gran limitació de l'activitat presencial, una valoració telefònica pot tenir una funció de prioritització de l'assistència.
- En l'assistència individual d'infants més petits de vuit anys (sí que es podran utilitzar en una intervenció familiar).
- En persones que presentin un deteriorament cognitiu rellevant per edat o procés de salut.
- En persones amb problemes auditius greus que interfereixen la comunicació telefònica.
- En episodis de descompensació de patologies greus.
- Quan hi hagi presència d'ideació de suïcidi.
- En infants amb mutisme.
- Sempre que la presència física de la persona usuària sigui imprescindible (per exemple, injectables, exploracions físiques, determinades proves psicològiques...).

L'experiència dels serveis especialitzats durant el confinament ens ha indicat que, amb una especial cura, també es poden realitzar visites telefòniques a persones que presenten perfils o condicions que en un principi seria qüestionable l'atenció telefònica:

- Dificultats idiomàtiques.
- Discapacitat intel·lectual.
- En TCA per no poder portar a terme l'exploració física.
- En adolescents reticents a utilitzar el telèfon.

Recomanacions específiques

Tot i que el telèfon és un dispositiu que la major part de la població té sempre al seu abast, s'ha d'acordar amb la persona atesa una hora concreta per fer la intervenció per facilitar que pugui disposar d'un espai íntim i confidencial.

La intervenció requereix una preparació prèvia de l'espai on es portarà a terme i, en especial, comprovar que professional i persona usuària disposen de bateria suficient.

És un canal on les intervencions s'han de fer de forma especialment estructurada perquè tinguin efectivitat terapèutica.

Sempre que hi hagi indicis que l'aliança terapèutica s'estigui debilitant o que els objectius plantejats no s'estan assolint, s'ha de canviar de canal de comunicació a videoconferència o a visites presencials.

S'ha de tenir cura del contingut de les comunicacions realitzades per telèfon. Determinades comunicacions poden tenir un efecte superior pel fet que no hi hagi un contacte visual que permeti percebre la comunicació no verbal i correlacionar-la amb la verbal.

S'ha de donar molta rellevància a la comunicació paraverbal per compensar la manca de contacte visual:

- entonació
- silencis
- volum i to de veu
- claredat del llenguatge

4.3. eConsulta

Definició

L'eConsulta és un servei de teleconsulta mitjançant el qual les persones ateses pels serveis de salut i els professionals i/o serveis es poden comunicar via correu electrònic. Aquest canal de comunicació també permet compartir documentació i/o imatges. Dins el sistema de salut català, es planteja com un complement a l'atenció presencial.

A diferència dels altres dos canals telemàtics analitzats (videoconferència i telefònic), la comunicació de l'eConsulta és asíncrona, comporta uns temps de latència indeterminat (tot i que es fixin terminis) entre les comunicacions. En definitiva, la comunicació mitjançant aquest canal és discontinua i pot arribar a ser poc fluida.

Així, doncs, el seu ús s'ha de limitar a comunicacions puntuals entre les persones usuàries dels serveis i els professionals que les atenen i/o a la inversa, dins d'una funció complementària a la utilització d'altres canals telemàtics o de l'atenció presencial.

L'eConsulta pot tenir certa rellevància en actes administratius que, encara que no són propis dels professionals, sí que representen un volum rellevant de tasques dels serveis. Facilitar els circuits d'aquests tipus també representa promoure l'accessibilitat als serveis de salut:

- petició i programació de visites
- peticions d'informes
- renovació de receptes
- petició d'impressió de plans de tractament
- ...

Procés assistencial

Avaluació i diagnòstic

La utilització de l'eConsulta en el procés d'avaluació i diagnòstic és molt limitada. Només es podrà utilitzar en:

- La recollida d'informes previs a la primera visita.
- L'aplicació d'escales autoaplicades i tests de valoració.

Un cop establert el diagnòstic, però encara dins d'aquest procés, serà útil com a:

- canal de psicoeducació per facilitar documentació informativa a les persones usuàries i als seus familiars (per exemple, informació i pautes d'actuació a pares en relació amb el TDAH en la infància).

Tractament

Sempre serà un complement a altres tipus d'intervenció, però, si se'n fa un ús adequat, pot tenir rellevància per:

- Permetre que la persona atesa pugui comunicar al professional:
 - variacions de l'estat clínic
 - efectes adversos dels tractaments prescrits
 - dubtes sobre el diagnòstic, el tractament...
- Permetre intervencions complementàries al tractament que estiguin molt estructurades:
 - abordatges protocol·litzats en patologies no greus
 - autoregistres
- És molt útil en el treball en xarxa:
 - per fer coordinacions amb serveis educatius, serveis socials, de protecció de menors, centres especials de treball... sempre amb el coneixement i consentiment informat de la persona usuària i/o del seu tutor legal
 - per fer interconsultes
 - per coordinar intervencions entre nivells assistencials (altes i derivacions entre xarxa ambulatoria i xarxa hospitalària)
 - per donar altes per abandonament del tractament en patologies no greus que no requereixin la posada en marxa de programes de revinculació

Limitacions

Per les seves característiques, la majoria d'eConsultes actualment són a iniciativa de les persones usuàries.

No es pot utilitzar l'eConsulta en:

- primeres visites
- persones que no disposen d'adreça de correu personal (bretxa digital)
- en tractaments, només poden tenir sentit en un ús complementari.

S'ha d'habilitar que el canal continuï actiu en períodes de vacances, baixes laborals dels professionals referents...

Recomanacions específiques

Implantar l'eConsulta en un servei assistencial suposa dissenyar i establir adequadament el circuit d'ús amb la previsió de veure com es gestionen els correus en absència dels professionals referents per vacances, baixes laborals...

En les eConsultes, com que no hi ha contacte visual, s'han d'extremar els aspectes formals i de cortesia: identificar-se, saludar, acomiadar-se...

I també el contingut, la resposta a una eConsulta és un acte escrit amb la responsabilitat que porta implícita. El redactat ha de ser clar i entenedor i haurem de revisar curosament els missatges abans d'enviar-los.

Per garantir la confidencialitat, les persones usuàries no poden utilitzar adreces de correu corporatives (d'empreses o d'organitzacions).

També per garantir la confidencialitat del canal s'han d'utilitzar mitjans segurs semblants al mode confidencial de Gmail o ProtonMail (encriptació).

4.4. Especificitats en l'àmbit infantil i juvenil


La utilització de canals de comunicació telemàtics en l'atenció a joves i adolescents, en general, requereix de les mateixes condicions que en l'atenció als adults amb l'avaluació de les necessitats del menor i la pertinència de fer-ho. Ara bé, al mateix temps, hem de tenir en compte algunes consideracions específiques:

Abans de la intervenció

- El procediment previ de plantejar la proposta explicant el canal a utilitzar, el mètode per fer-ho, els objectius que s'han d'assolir fent-ho... s'ha de dur a terme per duplicat, d'una banda amb els pares i , de l'altra, amb el menor a atendre. En cada cas s'ha de fer servir el llenguatge adient per a la seva comprensió, adaptat a l'etapa del desenvolupament en els menors, i poder consensuar-ne l'acceptació, tant amb pares com amb els menors (AACAP, 2017).
- El lloc escollit per fer la intervenció en el domicili del menor ha d'estar adaptat a l'edat, al moment evolutiu d'aquest i cal garantir-ne la privacitat.
- Donat que els serveis infantils i juvenils atenen la franja d'edat de 0 a 17 anys, s'ha d'avaluar acuradament la presència d'una persona de suport a la sessió en la mateixa sala que el menor.
- Està contraindicat realitzar atenció no presencial en entorns familiars que no es considerin neutrals o que siguin marcadament hostils per al menor.

Durant la intervenció

- De la mateixa manera que en l'atenció presencial, s'ha de cercar una aliança terapèutica tant amb els pares com amb els infants i valorar si una o altra es veu afectada per la no presencialitat.
- Les sessions de diagnòstic poden incloure estris adaptats a l'edat i etapa evolutiva del menor (fulls de paper, llapis...).
- Avaluar el contacte interpersonal mitjançant la reciprocitat de la mirada és fonamental en l'avaluació d'infants i adolescents. Així, doncs, s'ha de tenir especial cura de conèixer i/o determinar la col·locació de les dues càmeres.
- En cada sessió, s'ha de pactar quin serà l'espai per al menor i quin serà l'espai per als pares. Tant un com els altres han de percebre que s'atenen les seves expectatives en relació amb el tractament.
- Tot i que per sota dels vuit anys la intervenció telemàtica és complexa, en determinades edats, una selecció de joguines pot facilitar el desenvolupament de la sessió.
- La utilització de videoconferències pot ser aprofitada també com a mitjà d'observació del comportament dels infants en el seu entorn familiar natural.
- La qualitat de les imatges i el so ha de ser especialment adequada. Els infants desistiran de mantenir la comunicació si no és així.
- Tots els temes de confidencialitat, en especial en el cas dels adolescents, s'han d'adaptar a la legislació referida als menors d'edat.



5. Noves competències dels professionals

Procés d'adaptació

Els professionals han de prendre un paper actiu en la implantació de la teleassistència dins d'una institució. La intervenció no presencial implica un compromís de responsabilitat per part dels professionals, ja que comporta nous reptes que fins ara no estaven integrats en les seves habilitats.

Com ja hem dit abans, els professionals han de garantir que les seves intervencions telemàtiques tenen la mateixa qualitat que les intervencions presencials. No són intervencions d'un segon nivell.

Per als professionals comporta una actualització tecnològica que alguns ja han fet i altres no.

Formació

La formació dels professionals és una de les claus de l'èxit d'un programa de teleconsulta (ASD, 2020).

Abans de posar en marxa un programa d'atenció no presencial mitjançant canals de comunicació telemàtics, les institucions han de promoure la formació dels professionals implicats. Aquesta formació s'ha de centrar a:

- Adquirir coneixements sobre les tecnologies que s'han de fer servir.
- Formar-se en l'atenció clínica no presencial, incloent aspectes pràctics.
- Fer formació específica en modalitats terapèutiques específiques per a perfils de persones usuàries determinades.

Per portar a terme aquesta formació es poden elaborar:

- Tutorials, preferentment mitjançant vídeos realitzats per professionals experts.
- Fitxes amb infografies i arbres de decisió.
- Manual de bones pràctiques.

Manual de bones pràctiques

Per facilitar i potenciar la implantació d'intervencions no presencials entre els professionals i de forma integrada dins de la pràctica clínica dels serveis, pot ser convenient que cada institució redacti un **manual de bones pràctiques**, que, amb un redactat senzill i clar, inclogui les recomanacions concretes en relació amb les diferents

etapes de la visita:

Abans de la visita

- Cal preparar l'escenari (despatx, dispositiu...).
- S'han de comprovar els requeriments tècnics (bateria, estabilitat de la comunicació...).
- Cal comprovar el funcionament del dispositiu (àudio, imatge...).
- És necessari verificar les dades de contacte de les persones usuàries.
- S'ha de preveure si a la visita hi ha de participar la persona cuidadora de l'usuari, especialment en l'àmbit infantil i juvenil.
- S'ha d'intentar respectar l'horari pactat o comunicar a la persona usuària l'endarreriment, si és el cas (s'ha de pensar que, en una visita presencial, l'usuari coneix la situació de la sala d'espera; en canvi, en una visita no presencial, pot pensar que ens hem oblidat de fer-la).

Durant la visita

- S'ha de saludar afablement.
- Cal identificar-se i demanar a la persona usuària que s'identifiqui, especialment si no hi ha un coneixement personal previ que no ho faci necessari.
- Cal confirmar que la persona usuària es troba en un lloc i en una situació on té garantida la privacitat de la visita.
- És necessari fer una breu explicació de com es desenvoluparà la intervenció.
- És imprescindible l'escolta activa i la comunicació clara i entenedora adaptada al perfil de la persona usuària.
- Si és necessari, cal resumir la visita i recordar les orientacions i prescripcions pautades.

Després de la visita

- S'ha de registrar l'assistència a la història clínica.
- S'ha de planificar la propera visita.

El **manual de bones pràctiques** també pot incloure recomanacions clíniques que s'han detallat en els apartats anteriors d'aquest document, com, per exemple, quin tipus d'intervencions es poden fer amb cada canal de comunicació i en cada situació clínica concreta.

Fitxes de consulta ràpida

Un altre instrument que pot facilitar i potenciar l'adquisició d'una major competència professional en l'ús dels canals de comunicació virtual en la pràctica assistencial són les fitxes de consulta ràpida.

Documents que permetin un accés ràpid i concret a la informació poden complementar en gran mesura la publicació i distribució d'un manual més ampli i complet.

En l'annex d'aquest document s'hi detalla una fitxa dirigida a les organitzacions i una fitxa dirigida als professionals.



6. Consideracions tècniques

Que una institució es plantegi incorporar l'assistència no presencial dins dels seus protocols d'atenció clínica requereix una reflexió i una presa de decisió prèvia sobre els mitjans tecnològics sobre els quals se sostindran aquestes intervencions. En aquest procés és imprescindible comptar amb la participació dels departaments informàtics i de sistemes de les organitzacions.

D'altra banda, no hem d'oblidar que la persona receptora de l'assistència no presencial també necessita disposar d'una sèrie de requeriments tècnics. Com ja s'ha comentat anteriorment, el fet que disposi o no d'aquests requeriments i que tingui prou coneixements per fer-ne ús condiciona la decisió d'utilitzar canals telemàtics i mantenir l'assistència.

El manteniment de tots els requeriments tècnics té una importància cabdal en l'assistència no presencial. Uns sistemes tècnics insegurs i inestables provocaran la no realització o la interrupció d'actes assistencials amb una conseqüent pèrdua de qualitat dels nostre sistema sanitari i un notable perjudici per a les persones ateses.

En els moments actuals aquesta anàlisi s'ha hagut fer de forma accelerada; tot i així, s'han de tenir en compte els aspectes següents:

PLATAFORMES TECNOLÒGIQUES

Les plataformes tecnològiques escollides han de complir tots els requisits legals de seguretat i privacitat i han de ser de qualitat en les seves prestacions d'imatge i so, i estables en el seu funcionament.

Per a les visites amb videoconferències individuals es recomana fer servir la **plataforma de visites telemàtiques de videoconsultes** que ha desenvolupat el Sistema de Salut de Catalunya. Aquesta plataforma es pot integrar en els diferents models d'història clínica digital, i és una aplicació fiable, robusta i que compleix tots els estàndards de qualitat exigits. D'altra banda, té la virtut que el proveïdor és pròxim i molt accessible i l'ús es generalitzarà en el nostre territori (Sistema de Salut de Catalunya, 2020).

Per fer grups virtuals, preferentment s'utilitza programari de pagament (Webex, Teams, GotoMeeting...), donat que el compromís comercial garanteix millor la sostenibilitat i la qualitat del servei.

En el cas que s'utilitzin solucions de videoconferències de programari lliure, s'ha de tenir en consideració:

- Que el registre dels noms dels participants dels grups proporcionin privacitat.
- Que s'ha d'evitar l'intercanvi de contingut confidencial.
- Que no es disposarà de suport tècnic per part del proveïdor del programari.

Pel que fa a la seguretat i protecció de les dades, s'ha de revisar el programari de què disposa l'organització i comprovar que dona el mateix nivell de protecció a les noves plataformes instal·lades i a les noves dades generades.

MAQUINARI

Les institucions han de facilitar als professionals tots els elements necessaris per poder realitzar l'assistència no presencial de forma acurada:

- Càmeres, auriculars i micròfons de qualitat.
- Equips informàtics que suportin sense dificultats les noves estructures aplicades.

COMUNICACIONS

En l'apartat de comunicacions es recomana una infraestructura estable amb els amplex de banda i el nombre de línies telefòniques necessaris que permetin la realització de visites no presencials simultànies als diferents professionals d'un mateix servei.

En aquest sentit també s'han de revisar encaminadors (*routers*), wifis...

En espera dels resultats del desenvolupament de les comunicacions 5G, es recomana la utilització de la fibra òptica.

SUPORT TÈCNIC

Els professionals han de disposar del suport tècnic immediat per poder resoldre les incidències que s'esdevinguin. Les organitzacions han de dissenyar i implantar els circuits perquè aquest suport sigui possible.

CONTINUÏTAT DEL PROJECTE

Les institucions han de garantir la continuïtat del projecte i, per tant, la vigència de les llicències, l'habilitació i formació de nous professionals, la gestió de les credencials i contrasenyes... En la xarxa pública, la implantació de la teleassistència ha de ser una decisió de l'Administració i de les institucions, i no pas una decisió individual del professional.

La implantació de l'assistència no presencial, pel fet de ser un nou canal de relació amb l'usuari, implica portar a terme un procés de seguiment i avaluació per part de les organitzacions.



Confidencialitat i protecció de dades

Com ja hem esmentat en punts anteriors d'aquest document, per a la utilització de canals de comunicació virtuals sempre ha d'haver voluntat i consentiment per part de la persona usuària i n'ha de quedar constància a la història clínica. Aquest compromís amb el ciutadà és el primer pas per complir tota la normativa sobre confidencialitat i protecció de dades.

El tractament de les dades de caràcter personal està regulat per llei i, en el cas de l'assistència no presencial, ha de complir les mateixes normatives que en les visites presencials.

La institució que posi en marxa un projecte de teleassistència ha de valorar en profunditat els riscos potencials en matèria de confidencialitat i de protecció de dades. Per fer-ho, s'ha de comptar amb la participació de la Comissió de Protecció de Dades o equivalent i amb el delegat de protecció de dades de cada institució.

Dins dels procediments que s'estableixin, s'ha de tenir especial cura per:

- Establir que els processos d'identificació del professional i de la persona usuària siguin acurats.
- Complir la normativa en relació amb el consentiment informat de la persona usuària i/o dels seus representants legals.
- Complir la normativa relativa al tractament de dades personals.
- Vigilar la seguretat dels dispositius que s'han d'utilitzar en l'assistència, garantint la no accessibilitat per part de persones alienes a la intervenció. S'ha de desaconsellar la utilització de dispositius personals per part dels professionals.
- Establir un sistema de gestió eficient dels comptes de correu, credencials i contrasenyes de les aplicacions tecnològiques que no permeti que puguin ser conegudes per persones alienes.
- No permetre enregistrar cap material que es derivi de l'assistència telemàtica, excepte que es disposi de l'autorització expressa i per escrit de la persona usuària, especificant clarament l'ús que se'n farà (formació, investigació...).
- Utilitzar comptes de correu electrònic corporatius, en el cas dels professionals, i privats en el cas dels usuaris.
- Garantir l'encriptació de les dades i documents que es puguin utilitzar o compartir.

- Garantir la confidencialitat de tota la informació clínica recollida en la història clínica i altres sistemes de registre.

En el moment de l'assistència s'ha de tenir especial cura per:

- Identificar-se de forma fefaent ambdós interlocutors.
- Protegir la privacitat en la relació usuari-professional, i garantir-ne la confidencialitat i la intimitat.
- Registrar a la història clínica la intervenció realitzada.

Confidencialitat i protecció de dades en menors d'edat

Pel que fa als aspectes de confidencialitat en canals virtuals i menors d'edat, la normativa és molt similar a la normativa general, amb l'excepció que hi ha dues figures que tenen els seus drets que s'han de salvaguardar, la persona usuària i els seus representants legals (pares o tutors). Ambdós tenen dret a la protecció de les dades de salut del menor i, a partir dels 14 anys, el menor també té dret a accedir-hi.

Les dues possibilitats s'han d'entendre com a compatibles i no excloents entre si. Si hi ha un conflicte entre els pares o representants legals i el menor, l'accés dels pares a dades de salut del menor es pot veure limitat per aplicació del principi de protecció de l'interès superior del menor. Cal tenir en compte les circumstàncies concretes de cada cas. (APDCAT, 2020)

Consentiments informats

En relació amb la necessitat i el format d'un consentiment informat, el TIC Salut Social indica que, d'una banda, el consentiment relacionat amb la Llei d'autonomia del pacient, que és el que permet al professional realitzar l'assistència (virtual o presencial), estaria cobert per un consentiment verbal. És a dir, el pacient accepta ser tractat per mitjans telemàtics, com a complement dels presencials. No obstant això, el que s'ha dit és que aquest consentiment, tot i que verbal, hauria de constar en algun lloc de la història del pacient. Tot i així, en els annexes d'aquest document, s'inclou un model de consentiment informat. D'altra banda, el consentiment informat relatiu al tractament de dades, cal que sigui explícit per al pacient, i signat després d'haver llegit les corresponents polítiques de privacitat i tractament de dades. Aquest darrer estaria més relacionat amb el fet que una plataforma tecnològica registri les dades. És

a dir, el pacient dona el consentiment perquè les seves dades siguin incorporades en un fitxer electrònic.

En els annexos d'aquest document, s'inclou un model de consentiment informat explícit per al tractament de les dades i s'ha redactat com a exemple del que serien les teràpies grupals virtuals.

Marc legal

En el nostre país no existeix una regulació específica sobre atenció sanitària no presencial. Tot i així, sí que hi ha diverses lleis estatals i catalanes que s'han de tenir en compte i cal garantir-ne el compliment.

Les normatives legals que tenen aplicabilitat a l'assistència sanitària no presencial són:

- Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.
- Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.
- Reglament general de protecció de dades 2016/679.
- Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i comerç electrònic.
- Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de Sanitat.
- Llei 41/2002, de 14 de novembre, sobre autonomia del pacient i drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica
- Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària de 2015.

A la Unió Europea tampoc hi ha una regulació exclusiva de la telemedicina, tot i així, sí que es pot aplicar la Directiva 2011/24/UE. Aquesta disposa el marc relatiu als drets dels usuaris de la salut en l'assistència sanitària transfronterera; clarifica el dret a rebre atenció sanitària fora del país de l'usuari, incloent la telemedicina.



Independentment de l'adaptació que han de fer els professionals i les persones ateses pels serveis de salut mental i addiccions per incloure l'activitat no presencial dins dels procediments assistencials, també es fa necessari tot un seguit de canvis estructurals que facilitin i promoguin aquest nou escenari.

Sense fer aquests canvis, la incorporació de l'activitat no presencial serà desorganitzada, desigual i no equitativa.

Aquest canvis afecten principalment l'administració sanitària (i no sanitària) i els proveïdors de serveis de salut i també altres institucions com poden ser les associacions de professionals, els centres de recerca, les institucions universitàries i de formació especialitzada...

Alguns d'aquests canvis són:

- **Polítiques efectives d'eliminació de la bretxa digital**

La situació actual de digitalització de la població del nostre territori, encara que en menor mida, continua sent desigual. Un nombre significatiu de població no té accés als mitjans necessaris per ser atesos en format no presencial.

Donat que la digitalització i la comunicació telemàtica s'estan instaurant en dos àmbits essencials, com són l'educació i la sanitat, els organismes públics implicats han de desenvolupar polítiques efectives que eliminin aquesta desigualtat.

- **Inclusió de l'atenció no presencial a les carteres de serveis**

Perquè es pugui desenvolupar l'atenció no presencial de forma equitativa en tot el territori i en tots els serveis implicats, és necessari que es faci constar en les carteres de serveis dels diferents equipaments assistencials.

- **Previsió de l'atenció no presencial en els sistemes de registre de l'activitat (CMBD, HC...)**

Per poder valorar acuradament l'impacte i estudiar els resultats de les intervencions presencials és necessari que aquestes es puguin identificar com a tals i de forma específica (videoconferència, telefònica, eConsulta) en els diferents sistemes de registre de l'activitat.

- **Previsió de l'atenció no presencial en els sistemes de pagament de l'activitat assistencial**

L'Administració i els proveïdors de salut han d'estudiar i acordar l'afectació que té en els sistemes de pagament la incorporació de l'activitat no presencial.

- **Inversió econòmica**

La incorporació de l'activitat no presencial en l'atenció comunitària de salut mental i addiccions no es pot portar a terme sense assumir la inversió econòmica que suposa:

- L'adquisició de programari segur, intuïtiu i de fàcil ús, però robust i de confiança.
- L'adquisició de maquinari (càmeres, micròfons...) per a cada professional.
- Integració de sistemes (per exemple, agendes-videoconferències-història clínica).
- Temps de formació per als professionals.

- **Revisió i adaptació dels protocols assistencials**

A mesura que el coneixement científic ho faciliti, totes les institucions han de definir quin és el paper que poden tenir els diferents canals de comunicació virtuals amb els usuaris en cada un dels protocols assistencials que utilitzen en la seva pràctica clínica.

- **Avaluació i recerca sobre els resultats de les intervencions no presencials**

Per validar la qualitat de les intervencions realitzades amb els canals de comunicació virtual s'han de promoure els estudis de recerca per a patologies específiques, perfils concrets de persones ateses, models d'intervenció...

Amb les circumstàncies actuals, en un futur proper, veurem augmentada la literatura científica. Totes les institucions que tenen equips de recerca s'hi hauran d'implicar.

- **Avaluació de la satisfacció de les persones ateses i dels professionals**

En tot canvi estructural és necessari tenir retorn de l'opinió dels principals agents implicats i, sobretot, de les persones implicades. Monitorar la seva opinió permetrà un procés d'implantació molt més harmònic.

És molt important que en la introducció dels canals virtuals en l'assistència no aparegui una sensació de sobrecàrrega de feina entre els professionals. És evident que inicialment tot canvi suposa un esforç d'adaptació, però

progressivament aquest sensació ha de desaparèixer.

Amb les persones ateses s'ha de comprovar que aquests nous formats d'assistència no provoquin una sensació d'allunyament dels serveis assistencials quan un dels objectius que es pretenen és el contrari, augmentar l'accessibilitat al seu professional de referència.

També és important que en ambdós col·lectius, un cop superada la primera fase adaptativa, aparegui una sensació de benefici, especialment centrat en la percepció d'una millor qualitat de l'assistència, que faciliti la integració del canvi.



9. Bibliografia

- AACAP Clinical update: telepsychiatry with Children and adolescents. American Academy of Child and Adolescents Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56(10):875–893.
- Agència Catalana de Protecció de Dades (APDCAT). Guia de protecció de dades per a pacients i usuaris dels serveis de salut. Barcelona 2020.
- APA & ATA Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health. American Psychiatric Association & American Telemedicine Association. 2018.
- ATA's Quick-start guide to telehealth during a health crisis. American Telemedicine Association. 2020
- Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatr* 2015; 5(3): 286-304
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Informe: Salud mental en la infancia y la adolescencia en la era Covid-19. Evidencias y recomendaciones de las Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica. Madrid 2020.
- Guía básica de recomendaciones para la teleconsulta. Asociación Salud Digital. 2020
- Guía COVIDSAM para la intervención en Salud Mental durante el brote epidémico de Covid-19. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid, 2020.
- López-Santín JM, Álvaro Serón P. La salud mental digital. Una aproximación crítica desde la ética. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 2018; 38 (134):359-379.
- Obstfelder A, Engeseth KH, Wynn R. Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implement Sci*. 2007;2:25
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Understanding the digital divide. Paris, 2001.
- Projecte de Visites Telemàtiques Videoconsultes. Guia Funcional. v4. Sistema de Salut de Catalunya. 2020
- Protocolo breve de intervención psicológica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2020
- Recomanacions d'ús dels canals d'Atenció no presencial per a professionals sanitaris. TIC Salut Social. Barcelona, 2020.

- Servei Català de la Salut. Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 als serveis de salut mental i addiccions (primera versió del 03/2020 i versions posteriors)
- Servei Català de la Salut. Guia d'actuació als serveis de salut mental i addiccions en el context de la pandèmia pel coronavirus SARS-CoV-2 en el període de desconfinament (06/2020).
- Shore J H. Telepsychiatry: Videoconferencing in the Delivery of Psychiatric Care. Am J Psychiatry 2013; 170:256-262
- Wynn R, Bergvik S, Pettersen G, Fossum S. Clinicians' experiences with videoconferencing in psychiatry. Studies in health technology and informatics 2012;180:1218-20



10. Annexos

ANNEX 1

AUTORITZACIÓ I COMPROMÍS D'UTILITZACIÓ D'IMATGES EN VIDEOCONFERÈNCIES EN GRUPS DE TERÀPIA

_____, amb DNI _____, mitjançant la signatura del present document, dono el consentiment expressament i autoritzo l'equip del _____ perquè pugui realitzar videoconferències en sessions de teràpia.

L'ús de videoconferència per realitzar grups de teràpia implica que la meua imatge es difon en altres dispositius personals d'altres usuaris i queden fora de control de ____ (nom de la institució) ____ o fora del meu propi control. Accepto aquesta circumstància mentre duri la crisi sanitària, com a mesura excepcional per poder mantenir aquestes sessions de teràpia que formen part del meu tractament, i eximeixo de qualsevol responsabilitat la institució, que les promou en benefici del meu tractament.

Com a usuari, **EM COMPROMETO** a no fer un mal ús de les dades personals, a mantenir la confidencialitat de les comunicacions i de les teràpies amb altres usuaris, a no enregistrar ni difondre imatges de les teràpies de grup i a utilitzar aquests mitjans telemàtics únicament i exclusivament com a membre del grup; amb la prohibició de visualitzar les reunions per part de terceres persones, i a realitzar-les en un entorn adient per mantenir la confidencialitat.

En virtut del nou Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (RGPD) i de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, disposeu d'un tractament de dades de caràcter personal denominat **PACIENTS**.

El responsable del tractament de les dades és:

____ (nom de la institució) _____,
____ (adreça de la institució) _____.

El delegat de protecció de les dades de (nom de la institució) és:

.....(nom complet) (i correu electrònic)

La base legítima del tractament és:

El consentiment (article 6.1.a de l'RGPD).

La finalitat del tractament és:

Captació de la imatge i/o filmacions en què puguem aparèixer.

Us informem que podeu revocar aquest consentiment per la finalitat concreta i específica en qualsevol moment. La retirada del consentiment no afectarà la licitud del tractament basat en el consentiment previ a la seva retirada (article 7.3 de l'RGPD).

____ (Població) _____, ____ (data) _____

Signat: _____

ANNEX 2. ATENCIÓ NO PRESENCIAL EN SITUACIÓ DE CRISI SANITÀRIA. FITXA DE CONSULTA RÀPIDA PER A LES ORGANITZACIONS

Consideracions generals

- Elaborar **polítiques efectives de reducció/eliminació de la bretxa digital**.
- Incloure l'**atenció no presencial a les carteres de servei**.
- Incloure l'atenció no presencial en els **sistemes de registre** de l'activitat assistencial.
- Preveure l'atenció no presencial en els **sistemes de pagament**.

Consideracions prèvies a la implantació de l'atenció no presencial

- Les **organitzacions** han de **liderar** el projecte d'implantació.
- Invertir en les **infraestructures necessàries** que permetin la posada en marxa del projecte.
- Definir els **terminis del procés d'adaptació** que suposa la implantació dels canals virtuals dins dels processos assistencials.
- Incloure l'atenció no presencial en els **protocols** i els procediments dels serveis.
- **Formar** els professionals de la seva organització.
- Facilitar als professionals tot l'**equipament necessari**.
- Facilitar als professionals el **suport tècnic** efectiu que resolgui les incidències que puguin aparèixer.
- **Adequar les agendes** dels professionals a les necessitats de la implantació del projecte.
- Establir els sistemes necessaris per **garantir la confidencialitat i la protecció de les dades** de les persones ateses.

Consideracions posteriors a la implantació de l'atenció no presencial

- Garantir la continuïtat del projecte.
- Avaluar els resultats, en la pràctica assistencial i en l'evolució clínica de les persones ateses, de la utilització de canals virtuals.
- Avaluar la satisfacció de les persones ateses en relació amb l'ús de canals virtuals.
- Avaluació de la satisfacció dels professionals en relació a l'ús de canals virtuals.
- Promoure la recerca en l'àmbit de l'assistència no presencial.

ANNEX 3. ATENCIÓ NO PRESENCIAL EN SITUACIÓ DE CRISI SANITÀRIA. FITXA DE CONSULTA RÀPIDA PER ALS PROFESSIONALS

Principis generals

- És important tenir una clara perspectiva que, en situació de crisi sanitària, els **canals virtuals faciliten l'accessibilitat** de les persones als serveis assistencials.
- **Escollir** el canal d'intervenció cercant sempre el **benefici per la persona** atesa. No totes les persones poden ser ateses mitjançant canals d'atenció virtuals i, per tant, s'ha de valorar **l'estat clínic**, les **habilitats tecnològiques**, les **capacitats** i els **mitjans** i altres circumstàncies dels usuaris.
- **Consensuar** els canals d'intervenció, i la mesura en què seran utilitzats, amb les persones ateses i informar-los dels beneficis, les limitacions, les característiques i les possibilitats de cada canal.
- Utilitzar els canals virtuals després d'establir un **mínim vincle presencial** entre persona atesa i professional.
- Utilitzar els canals virtuals de forma **compaginada i complementària** a l'atenció presencial.
- Dotar les intervencions virtuals dels **estàndards de qualitat** que tenen les intervencions presencials.
- **Retornar** a la pràctica presencial sempre que **l'evolució clínica** així ho indiqui.
- **Retornar** a la pràctica presencial sempre que el **vincle terapèutic es debiliti**.

Consideracions prèvies a la implantació de l'atenció no presencial

- **Formar-se** en la utilització dels canals virtuals.
- Conèixer i complir els principis de **confidencialitat**.
- Acordar amb les persones ateses espais en què es pugui **garantir** la seva **privacitat i intimitat**.

E-consulta

Atenció mitjançant correu electrònic:

- Al ser una comunicació asíncrona té significatives **limitacions** en el seu ús per a l'atenció en salut mental i addiccions.
- És un canal que utilitzarem per a **comunicacions puntuals** entre persones ateses i professionals.
- És un canal vàlid per a:
 - Tasques **psicoeducatives** i resolució de **dubtes**.
 - Compartir **documents i informes**.
 - Complimentar **escales** autoaplicades.
 - I pot permetre **intervencions complementàries** al tractament que estiguin molt estructurades.
- S'ha de **garantir la bidireccionalitat** de la comunicació en situacions d'absència dels professionals referents de cada persona atesa.

Atenció per Videoconferència

Atenció mitjançant tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) que inclouen imatges i so en temps real:

- Canal virtual que té més potencial assistencial i el **que utilitzarem de forma preferencial** en relació a les visites telefòniques i l'e-consulta.
- El seu ús té major complexitat que l'atenció telefònica. Ens haurem d'assegurar que la **persona atesa se sent còmode** en el seu ús.
- La **primera visita**, sempre que sigui possible, es realitzarà de forma **presencial**.
- Permet un gran nombre d'intervencions i es pot utilitzar:
 - durant el procés de **diagnòstic**.
 - en el **tractament** en salut mental i addiccions.

Es recomana **acordar** amb la persona atesa com actuar davant

- d'una crisi identificant a les **persones properes** que puguin estar disponibles en aquestes circumstàncies.
- Sempre que sigui possible, **alternarem** l'atenció per videoconferència amb la atenció presencial.
- Implica una major **preparació** prèvia de la sessió que en l'atenció telefònica:
 - Respectar l'**horari programat** de visita.
 - **Espai confortable i privat**.
 - **Bona il·luminació, fons neutre, qualitat d'imatge i so, ...**
 - **Evitar interrupcions**.
 - Comprovar el funcionament dels dispositius i tenir una connexió estable i segura.

Atenció Telefònica

Atenció mitjançant telèfon:

- No comptar amb la comunicació visual comporta una notable **limitació** en el seu potencial terapèutic.
- Aquest tipus d'intervenció adquireix una especial **rellevància en situació de confinament**.
- Per a les persones ateses, a mig termini, no tenen la mateixa consideració que l'atenció per videoconferència.
- Es pot utilitzar per a:
 - **Seguiments i revisions.**
 - Tasques **psicoeducatives** i resolució de **dubtes**.
 - Valoració d'**efectes secundaris**.
 - Intervencions psicoterapèutiques puntuals no reglades.

- **Recolzament** de programes estandarditzats mitjançant internet.
- **Intervencions de contenció** en espera de poder programar una visita presencial, per videoconferència o domiciliària.
- Dins del programa de **prevenció de recaigudes** en addiccions.
- **Revincular** les persones que presenten trastorns mentals greus.

Àmbit Infantil i juvenil

- **Explicar i consensuar** la intervenció no presencial tant amb els pares com amb els infants i adolescents.
- **Pactar l'espai del menor i l'espai dels pares** en l'atenció no presencial.
- **Adaptar la intervenció a l'edat** i a l'estadi del desenvolupament de la persona atesa.
- **Avaluar la presència d'una persona de suport** a la sessió en funció de l'edat de la persona atesa.
- Tenir especial cura en relació a la **privacitat** i la **confidencialitat** en l'atenció no presencial dels adolescents.
- Tenir cura de la col·locació de les **càmeres** per a poder avaluar la reciprocitat del contacte visual.
- Posar en dubte la utilització de canals virtuals per sota dels 8 anys.



11. Membres del grup de treball



Luisa Baladón
P.S. Sant Joan de Déu

Jesús Berdún
TIC Salut i Social

Francesc Colom
Parc de salut mar de Barcelona

Marta Coronado
Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya

Maite Garolera
Consorti Sanitari de Terrassa

Begoña Gonzalvo
IAS Girona

Paloma Lago
CHM - Nou Barris

Luisa Lázaro
Hospital Clínic de Barcelona

Yolanda Lupiáñez
TIC Salut i Social

Cisa Llopis
Federació Salut Mental Catalunya

Àlex Marieges
SJD Lleida



Luisa Morales

CPB – Serveis de Salut Mental

Àurea Moreno

CHM-Salut Mental Les Corts

Josep Parés

Fundació Vidal i Barraquer

Noelia Reyes

Fundació Orienta

Teresa Ribalta

Fundació Orienta

Dolors Riesco

Consorti Hospitalari Vic

Marta Torrens

Parc de salut mar de Barcelona

Ángel Urbina

Federació Salut Mental Catalunya

Berna Villareal

Associació Catalana de Professionals de la Salut Mental-AEN Catalunya

COORDINACIÓ

Jordi Peris

H.U. Institut Pere Mata

SECRETARIA TÈCNICA

Gemma Salmeron Font

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut

