
POSTER ABSTRACT

Oncología de Enlace: resultados y retos futuros

19th International Conference on Integrated Care, San Sebastian, 01-03 April 2019

Jesus Manuel Blanco Alejo^{1,2}, Maria Aranzazu Bujedo Martinez^{1,2}, Larraitz Egaña Otaño^{1,2},
Maria Jose Esnaola Aguirrezabala^{1,2}, Maria Otaño Ariño^{1,2}, Ibone de ELejoste Echebarria^{1,2}

1: Hospital Universitario Donostia, Spain;

2: Instituto Donostia de Oncohematología (IDOH), Spain

Dada la orografía del País Vasco y, más concretamente de la Provincia de Guipuzcoa se hace evidente la dificultad de acceso de los pacientes a la atención especializada según su lugar de origen.

Así las cosas, en 2011 Osakidetza crea la primera Organización Sanitaria Integrada, OSI Bidasoa, a la que siguen Alto Deba, Donostialdea, Goierri, Debabarrena y Tolosaldea.

Concebidas como una red de servicios públicos de salud, ofrecen una atención coordinada a la población de cada comarca por profesionales de diferentes niveles asistenciales y con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia del sistema.

Teniendo en cuenta el nuevo modelo organizativo, OSI, y el cambio en el modelo de atención sanitaria centrada en los pacientes y por equipos multidisciplinares, la unidad de Gestión de Oncología se plantea nuevos objetivos:

Potenciar el Instituto Donostia de OncoHematología (IDOH) como referente para la atención del Cáncer en Guipuzkoa

El diagnóstico y el plan terapéutico en el cáncer implica a distintos equipos profesionales y niveles asistenciales. Esto requiere de una coordinación específica, del trabajo en equipo de profesionales multidisciplinares, de expertos en el conocimiento, próxima a las necesidades del paciente y una asistencia con el servicio más adecuado y eficiente. Todo ello permite un mejor manejo de los pacientes con cáncer.

Para poder llevar a cabo estos objetivos se crea el proyecto de Oncología de Enlace

Este proyecto consta de:

- Enfermera de Enlace
- Oncólogo de Enlace

La afluencia de pacientes se realiza mediante Interconsulta no presencial que es valorada según su complejidad por la enfermera, el médico ó ambos de cara a:

Coordinar la derivación del caso al circuito más adecuado para su gestión o resolución: comité de Tumores, consulta, Ingreso, valoración "in situ"···basada en competencias de conocimiento experto y capacidad organizativa sobre el conjunto del proceso asistencial.

Informar al médico remitente de las decisiones tomadas, y coordinar la información al paciente

Facilitar y fomentar la participación en el comité de los distintos profesionales implicados en el proceso y hacerles copartícipes del proceso y de las decisiones tomadas.

Crear una Red de comunicación , colaboración y de trabajo con los/las profesionales Gestores de Casos

Ser referente de los profesionales de los distintos niveles asistenciales para resolver las contingencias, garantizando la continuidad de cuidados

Es, por tanto, un proyecto que permite la mejora organizativa en la atención a los pacientes con cáncer. Hay evidencia que las mejoras organizativas suponen una mejora de los resultados de los procesos. El proyecto añade valor al proceso de atención al cáncer (resultados, satisfacción de pacientes y profesionales). Además contribuye a realizar una asistencia coordinada multidisciplinar e inter-niveles a los pacientes con cáncer, situando la paciente en el centro del proceso.

El equipo dispone de un coordinador global y el paciente, independientemente de su origen geográfico de una atención personalizada, eficiente y equitativa.

Presentaremos datos descriptivos desde su inicio (2016) hasta Diciembre de 2018

Keywords: oncología; médico de enlace; enfermería de enlace; multidisciplinar
