De la atención a la planificación, de la planificación a la atención: profundizando en el plan regional contra el cáncer 6

00:02

Bill, estás escuchando el podcast de asistencia contra el cáncer, presentado por el Dr. Bill Evans y presentado por el Programa de asistencia contra el cáncer. Independientemente de dónde te encuentres en tu experiencia, estamos aquí para brindarte ayuda y esperanza mientras te orientas en la prevención, el tratamiento y la atención del cáncer.

00:17

Ayuda cuando realmente lo necesitas.

00:20

Bienvenidos al podcast de asistencia para el cáncer. Soy su anfitrión, el Dr. Bill Evans, y hoy doy la bienvenida a dos invitados al podcast. Anil Johnson, vicepresidente de oncología y vicepresidente regional de oncología en Ontario Health y para Hamilton Ira Haldeman, Brandt Lin, que es un nombre muy largo, pero ya no es un Lin, sino la región. Creo que lo entendemos. Y Jennifer Smith, que es la directora del Programa Regional de Cáncer para la misma región, y también tiene responsabilidades en hematología, creo que parece una doble función, y debe estar exigiendo mucho a la gente en los jurados estos días. Pero creo que es un desafío en todo el sistema en términos de cantidad de líderes, profesionales y enfermeras, por lo que todos están trabajando muy, muy duro. De lo que queremos hablar hoy es de cómo Cancer Care Ontario planifica los servicios que ofrece. Y solo como una forma de dar antecedentes. Tengo la edad suficiente para haber estado presente en el primer plan de cáncer de Ontario, que se realizó en 2005.

01:28

Y estos son planes trienales , y de hecho tengo una copia de ellos. Así que, como estamos en YouTube, puedo sostenerlo y pueden ver este lindo folleto brillante que establece una serie de prioridades. Y en aquellos días, las prioridades giraban en torno a un sistema que no contaba con los recursos suficientes. No tenía suficientes máquinas, no tenía suficientes centros oncológicos, no tenía suficiente personal y no tenía suficiente orientación sobre cómo brindar atención de calidad al paciente. Y así , los planes de acción se basaron en todos esos elementos. Y posteriormente , se publicó un informe de progreso en 2008 y 2009.

02:09

Lo que realmente demostró que se han logrado avances significativos en todos estos temas, o planes para seis centros de cáncer más, por ejemplo, en la provincia de Ontario. Por lo tanto , estos planes han sido muy beneficiosos, y ahora estamos en el sexto plan, y creo que es una de las características que hace que el sistema de cáncer de Ontario sea uno de los mejores del mundo.

02:34

Pero siempre hay margen de mejora, ¿no? Y queremos hablar del plan seis, de cómo serán algunas de esas mejoras y cómo podrían implementarse en nuestra región.

02:47

has liderado varios de estos planes, y quizás quieras darnos tu propia impresión de cuán efectivos han sido antes de sumergirnos en el plan seis y algunas de las áreas temáticas que están señaladas para un desarrollo futuro. Sí, un placer, Bill, y siempre es genial encontrarme contigo, Bill. Bill y yo siempre nos sentamos a la mesa de liderazgo provincial durante varios años juntos, por lo que siempre es bueno volver a conectar contigo y, obviamente, con tus oyentes en el podcast. Sabes que tienes razón. Quiero decir, no se puede mejorar un sistema, ya sea un sistema oncológico o un sistema de atención médica, si no se tiene un plan. Y creo que Cancer Care Ontario ha tenido mucho éxito, realmente, durante las últimas dos décadas. Es cierto en lo que respecta a la organización de planes, pero también a su ejecución. Quiero decir, un plan sin ejecución no es nada. No es nada. Ya sabes, podría ser necesario dar un pequeño paso atrás y simplemente decirle a la gente: hay un Cancer Care Ontario. ¿Qué es eso? Y ahora se ha transformado un poco en una organización más grande llamada Ontario Health. Pero quizás si damos un paso atrás, déjenme darles un poco de contexto. Me encanta la historia de esto, porque creo que si no conocen la historia de las organizaciones, no pueden entender la cultura y cómo llegaron a existir, así que si nos remontamos a los años 1900 parece que fue hace mucho tiempo, pero supongo que es ahora. En los años 1930 y 1940, quiero decir, había tratamientos contra el cáncer muy limitados disponibles. El radio estaba empezando a aparecer y era necesario crear centros en torno al radio, porque había muy poco radio disponible en la radiación. Y entonces, ya saben, se formó una comisión real, o una comisión de Ontario que dijo que necesitábamos un sistema contra el cáncer, y eso es realmente lo que dio origen a la Fundación para el Tratamiento y la Investigación del Cáncer de Ontario. Ahora, sus oyentes tal vez quieran saber que el inimitable Dr. Bill Evans en realidad tiene un papel en el nombre de la actual Fundación para el Tratamiento y la Investigación del Cáncer de Ontario. Ahora bien, estoy muy orgulloso de haber sido el Dr. Bill Evans, quien es el autor de la historia de la Fundación para el Tratamiento y la Investigación del Cáncer de Ontario. Me han dicho que sí. Y puedes contar la historia más tarde si quieres, Bill, pero el cambio de nombre de OC T o F o la fundación de investigación y tratamiento del cáncer de Ontario a Cancer Care Ontario, Bill tuvo que lidiar un poco con eso, pero lo dejaré para más adelante en el podcast, tal vez.

04:55

Pero con el tiempo, Cancer Care Ontario administró centros oncológicos y.

05:00

Pero no tenía realmente control sobre cuestiones como la cirugía del cáncer, la recuperación, los cuidados paliativos, etc. Y así, en 2004

05:08

O bien, en el caso de Cancer Care Ontario, la situación cambió. Se convirtió en una organización de planificación, una organización de mejora, y los hospitales se hicieron cargo de las operaciones del centro oncológico. Por ejemplo, el Centro Oncológico Jarvinsky , que los hamiltonianos conocen bien. Y durante ese período de tiempo , sin embargo, hemos puesto en marcha plantas oncológicas, que abarcan todo el proceso de tratamiento del cáncer, desde la detección y la prevención hasta el tratamiento, ya sea cirugía, quimioterapia, hematología y neoplasias malignas que Jen supervisa en nuestro centro, y también radioterapia. Así que, en realidad, se trata de un continuo completo de servicios . Y uno de los principios que seguimos es desarrollar plantas y ejecutarlas a nivel provincial. Y una buena amiga mía, Mary Gospoderwitz , la Dra. Mary Gosper Edwards, que es una líder internacional reconocida internacionalmente en servicios oncológicos, estuve en una reunión con ejecutivos de hospitales hace dos años y ella habló precisamente de esto: ¿cuál es el estado actual de la planificación oncológica en todo el mundo? Y, por supuesto, todas las naciones desarrolladas tienen planes oncológicos. Incluso muchos países en desarrollo del mundo tienen planes contra el cáncer. Así que, independientemente del lugar del mundo en el que uno se encuentre, existe un mecanismo de planificación para mejorar los servicios para los pacientes con cáncer, porque el impacto del cáncer en nuestra sociedad es muy grande y Ontario no está solo, pero ha tenido mucho éxito en la implementación de sus planes.

06:39

El último comentario que tengo sobre esta parte, Bill, es que el plan se desarrolla realmente con tres partes componentes, o los aportes de tres partes componentes. En primer lugar , tiene que estar orientado a lo que los pacientes necesitan, lo que los pacientes quieren. Y por eso hacemos un énfasis específico en involucrar a los pacientes en lo que es importante para ellos. Y entonces, por ejemplo, participé en el plan que se desarrolló para el comité que desarrolló el sexto plan contra el cáncer de Ontario, del que vamos a hablar hoy, y un paciente estaba copresidiendo ese trabajo allí mismo. Y por eso es realmente importante tener esa retroalimentación allí. En segundo lugar, y lo sabrán, Lo apreciarás por tu experiencia, tiene que estar basado en evidencia. Tenemos que usar la mejor evidencia para informar en qué vamos a invertir. El ejemplo que usaría más recientemente es la detección del cáncer de pulmón. Hemos lanzado la detección del cáncer de pulmón en toda la provincia y, según tu experiencia profesional, entenderás esto bastante bien.

07:32

Bueno, en Hamilton, lo hemos lanzado en St Joseph's y lo vamos a ampliar, lo que se basó en una investigación clínica clave que se realizó probablemente hace menos de una década y que realmente demostró que la detección de una determinada manera conducirá a mejoras en el tiempo que las personas viven con la enfermedad y en la supervivencia, la supervivencia y las tasas de morbilidad y mortalidad de esa enfermedad, ¿no? Por lo tanto, debe basarse en buena evidencia. Y luego, el tercer componente es realmente asegurarse de que quienes brindan la atención tengan voz en el proceso, ¿no es así? Porque son ellos, los oncólogos, las enfermeras, los farmacéuticos, los dietistas, los trabajadores sociales, quienes ven los desafíos día tras día, y esa es una parte realmente importante , que den voz a eso, lo que ven, y lo incorporen al plan. Así que esos son todos los aportes. Hay muchas otras cosas que intervienen, pero así es como abordamos el proceso de planificación, y creo que es muy importante que nuestros oyentes lo escuchen porque uno de los resultados es, de hecho, que este es un sistema provincial. Así que , al final, la atención que se brinda en cada uno de los centros oncológicos, y hay 14 de ellos, es prácticamente la misma. Hay algunas áreas de especialidad. Se han racionalizado las cosas para algunos centros simplemente porque son poco frecuentes y el volumen es importante para tener la experiencia concentrada y producir los mejores resultados. Pero quiero que la gente sepa que hay una planificación para todo el sistema y que hay calidad incorporada en todo el sistema, para que puedan estar seguros de que los atiendan en Niagara , en Hamilton o en el Hospital Princess Margaret. A nivel de atención, recibirán una atención equivalente porque todo se basa en la evidencia, y todos estamos tratando de avanzar hacia mejores apoyos psicosociales y y otros elementos de calidad que harían de este un sistema de atención excelente. Acabo de notar que en la parte inferior del plan de 2005 se impulsa la calidad, y creo que esa calidad, esa idea, ha estado ahí desde el principio, y todavía estamos impulsando la calidad, la responsabilidad y la innovación en todo el sistema de Ontario. Por lo tanto, creo que eso es lo que cada uno de los planes sucesivos ha intentado hacer, e identificar la próxima área en la que podemos innovar, o la próxima área en la que podemos agregar calidad a todo el sistema, de modo que se mejore la experiencia del paciente y la experiencia del proveedor . Así que eso es realmente lo que está detrás de la idea de tener este podcast: tratar de hacer que nuestros oyentes sean más conscientes de cómo Así es como suceden las cosas. No es casualidad ni un solo médico de aquí piensa que esta es la mejor manera de tratar el cáncer.

10:00

Así que no tenemos eso. Tenemos un sistema que se basa en evidencia y que se ha planificado con mucho cuidado. Y creo que hay una evolución interesante en la planificación, porque creo que

10:09

podemos utilizar más recursos y, sin duda, más financiación para los recursos, pero ahora tenemos centros oncológicos bien distribuidos por toda nuestra provincia, algo que antes no ocurría. Así que eso se abordó desde el primer plan oncológico: necesitábamos tener más centros y distribuirlos adecuadamente. La planificación de los recursos humanos es mucho más sofisticada que nunca.

10:31

Y existe un mecanismo realmente excelente para generar evidencia, no solo en torno a los tratamientos, sino también en la organización de los sistemas a través de nuestro programa de atención basada en evidencia que se basa aquí en McMaster, esas cosas a las que se refería, la base de evidencia es tan importante que no hacemos cosas solo porque alguien piensa que es una buena idea. Se basa en una investigación sólida. Y creo que hemos visto mejoras sucesivas en el sistema del cáncer en cada uno de los planes, y no revisaremos los cinco planes que nos llevan a

11:05

Tengo una serie de seis partes o algo así, pero el plan contra el cáncer de Ontario me parece interesante porque enfatiza algunas cosas. Algunas de las cosas que se están volviendo importantes no solo en la atención médica, sino también, creo que de manera más general, toda la noción de equidad, creo que parte de eso surge de nuestras discusiones en torno a

11:27

Lo que hemos hecho como colonos a nuestros pueblos indígenas, pero también reconocemos que somos una sociedad pluralista y que tenemos muchos grupos diferentes aquí. ¿Hay grupos que están en desventaja de alguna manera y no tienen acceso al centro oncológico?

11:46

Ese es realmente el primer bloque de este nuevo plan contra el cáncer. Me interesa escuchar sus opiniones sobre la relevancia de eso para Hamilton, Nigra,

11:58

Área de Brandt, Haldeman Área de Brandt es que claramente tenemos sectores de comunidades marginadas en términos de las llamadas áreas rojas frías y en Hamilton, pero Branford y y Santa Catalina tiene áreas similares, tal vez más pequeñas, pero aún así están ahí. Tenemos una gran población aborigen, seis naciones. Entonces, ¿qué es la equidad ? ¿Cómo se ve la mejora de la equidad?

12:31

¿En nuestra región? Sí, tal vez puedas empezar. Y luego sé que Jen tiene muchos buenos ejemplos de su trabajo más directo con sus equipos en toda la región, ya sabes, volviendo al plan. Entonces , si pudieras hablar un minuto, Bill, sabes, hablas de los planes del uno al cinco, cada uno de ellos tenía un énfasis temático diferente, ¿verdad? Entonces, el primero fue sobre volver a lo básico, porque no sabíamos cuáles eran los tiempos de espera para la cirugía del cáncer, por ejemplo, ¿verdad? Construir las bases de nuevos centros oncológicos y demás, ¿verdad? En algún momento más adelante, creo que fue el tres o cuatro, nos metimos en la atención centrada en la persona y avanzamos en esa noción de que los pacientes tienen que tener voz en el sistema, ¿verdad? Y tienes razón. El siguiente tema, en realidad, es sobre la equidad. Y, ya sabes, aquí estoy hablando de la base de evidencia científica, pero voy a hacer un comentario no científico , y puedes desafiarme al respecto, pero, ya sabes, creo que es útil para el efecto. Sabes, creo que la cuestión de la equidad es incluso más importante en el sistema oncológico, en términos de impacto, que el tabaquismo y el consumo de tabaco. Sabes, cuando piensas, explícate,

13:30

Las desigualdades en nuestra sociedad dejan a muchas personas atrás. Y ese resultado de salud es algo que realmente vemos todos los días. Vemos personas que se quedan atrás, personas que no pueden, ya sabes, a quienes se les diagnostica una enfermedad en etapa terminal, que ni siquiera pudieron llegar a un centro de detección, o no saben, no tienen un médico de familia, o tienen algún otro impedimento en su vida desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, y entonces , ya sabes, los estamos dejando atrás. Planificamos el sistema históricamente, o muchas veces, parece que planificamos el sistema para tipos blancos adinerados como yo. Y ya sabes, la realidad es que puedo navegar por el sistema. Mucha gente no puede. Y entonces, ya sabes, ¿qué significa eso? Bueno, ya sabes, felicitaciones por el trabajo que hiciste cuando estabas en mi silla en mi oficina, o lo que ahora es mi oficina, supongo, con el entrenador móvil que tenemos que viaja por esta región y lleva la detección del cáncer a estos grupos. Pero más que eso, creo que no se trata solo de llevar los servicios allí, sino de las relaciones que estamos construyendo con esos grupos comunitarios que representan, defienden y tratan con comunidades muy sub especializadas en nuestras áreas, que podrían ser una comunidad de inmigrantes, podría ser un área muy empobrecida de nuestra sociedad, ya sabes, y estamos construyendo esas relaciones con ellos para que podamos entender mejor, ya sabes.

15:00

Le digo a nuestro equipo que lo primero que se puede hacer es tratar de comprender y luego desarrollar los servicios en torno a esas cuestiones. Pero Jen, tal vez puedas compartir algunas de las cosas. Quiero decir, en los seis meses que has visto en el trabajo aquí, bueno, creo que el entrenador móvil es un gran ejemplo de eso. Y no se trata solo de evaluar a las poblaciones desatendidas, sino a las poblaciones que no se someten a pruebas de detección, y realmente usar un espíritu de promoción de la salud como una forma de proporcionar información sobre por qué se debe realizar la prueba de detección. Y luego, aún más, cuando hablamos de tener esa voz presente y realmente asegurarnos de que nuestras comunidades indígenas o las comunidades desatendidas realmente estén ayudando con ese diseño de CO. Se trata de desarrollar esas vías de seguimiento para ellos , en caso de que se identifique algo a través de la detección. Así que eso es definitivamente algo en lo que hemos seguido centrándonos, y recientemente hemos formulado nuevas asociaciones con algunas de nuestras comunidades indígenas y hemos organizado algunas vías de seguimiento muy sólidas para ellos a través de Brantford o donde sea que esté el sitio de detección o evaluación más cercano para ellos después de esa evaluación. Así que creo que eso es realmente algo con lo que estamos muy comprometidos al utilizar nuestro equipo de cáncer indígena, nuestro navegador, nuestro coordinador de pacientes, para realmente ayudar a seguir fortaleciendo esas asociaciones y hacer oír esa voz. Gran parte de esto es Generar confianza en estas comunidades. Si vienes de un país extranjero, no tienes idea de cómo es el sistema de salud en este país, cómo te van a tratar, cómo empezar a usarlo. ¿Cómo te presentas a quién con tu queja? Así que es una experiencia muy , estoy seguro de que es muy aterradora para ellos, y el hecho de que el entrenador salga y visite estas diferentes áreas, y la gente hable entre sí, y comiencen a darse cuenta de que, ya sabes, son buenas personas. Están allí para ser útiles. Responden preguntas, etc. , etc. , y no solo promueven la detección. Sé que promueven el abandono del hábito de fumar, lo que me complace mucho.

16:54

Alguien que tenga que liderar eso en la provincia. Me alegra escuchar eso. Por eso es tremendamente importante. Pero, como usted sabe, una de las fallas del sistema de atención médica, me parece, es la falta de acercamiento. Han sido las organizaciones de atención médica, los hospitales, los edificios de artes médicas, los médicos, los consultorios privados. Se sientan allí y esperan que la gente venga a ellos. Ha funcionado . En la pequeña población, no lo somos, quizás, porque somos multiculturales , etc., pero tenemos que ir en la dirección opuesta, porque no queremos dejar atrás a la gente, que es la gente marginada, y lo vi de manera bastante dramática al trasladarnos de Ottawa al Centro Oncológico aquí en Hamilton, porque la población a la que servimos en Ottawa es un grupo de gente bastante bien educada, bastante bien asegurada, bastante informada, avara, muy exigente, y los resultados que el centro oncológico obtiene en términos de resultados del tratamiento son mejores que los que se ven en Hamilton, no por fallas de la gente, el equipo o el conocimiento. En Hamilton, es tan bueno como en Ottawa. La diferencia es que la gente viene más tarde, y es porque hay un grupo grande en el centro de la ciudad y en otros lugares que no sabe que escupir sangre es algo malo, o que esos calambres que tienen en el estómago deben ser examinados y que tener un entrenador que vaya, tal vez tenga que ser algo más que un entrenador de detección. Tal vez haya otro tipo de modelo similar, pero llegar a esas comunidades es útil de todos modos, es solo que no, creo que Bill Fingers agrega algo a eso, como, creo que tienes razón. Quiero decir, creo que es un enfoque filosófico que necesita cambiar, en el que estamos tratando de iniciar el cambio, y eso también es cultural. En el sistema de salud, ¿verdad? Ya sabes, la gente viene a un centro oncológico, viene a un hospital. Bueno, el destino no debería ser el hospital. Ahora bien, hay algunas cosas que debemos tener en el hospital. Y el equipo de radiación no va a estar en cada esquina, pero tenemos que pensar en cómo cuidar mejor a esas personas. Y sabes, Bill, esto no es solo una cuestión de equidad. Es un problema de calidad y también de capacidad. Algunas de las cosas de las que estamos empezando a hablar con uno de nuestros médicos como una importante subvención de investigación de casi 5 millones de dólares, para echar un vistazo a esto es, ¿cómo realizamos tratamientos importantes en los hogares de las personas con monitoreo remoto? Entonces, en el área de hematología de Jen, que es, nuevamente, la clave de los jurados, es uno de los tres únicos centros en la provincia que ofrece tratamientos completos para el cáncer de sangre. ¿Cómo podemos hacer cosas como tratamientos con células madre, infusiones de carboximetilcelulosa en los hogares de las personas? Ahora sabes exactamente lo que estás pensando: Vaya , eso es interno, pero no es tanto una cuestión de equidad, sino una cuestión de maximizar la capacidad de nuestro sistema. Pero simplemente ilustra que tenemos que pensar de manera diferente, ya sea que estemos abordando la equidad, la sostenibilidad o la capacidad. Necesitamos pensar que el hospital no es el único lugar para brindar atención, o el consultorio del médico o la clínica, ya que pensarás más allá de lo establecido y volverás a impulsar la innovación aquí. Sí. Entonces.

20:00

Sí, es un debate muy importante. Y claramente la cuestión de la equidad ocupa un lugar destacado en el OCP seis, al igual que otros temas. Y quizá pasemos al que está al lado en este pequeño mantel que dice: mejorar la atención al paciente. La atención al paciente , la experiencia de los socios y los proveedores. Me parece que sigo escuchando comentarios muy positivos sobre las experiencias de los pacientes en la sala de jurados. Algunas de ellas empiezan con que alguien esté en la puerta de entrada, alguien que abra la puerta del coche y te dé la bienvenida. Y si eres un recién llegado, la primera visita te lleva al mostrador de información, te ayuda a empezar. Algunas de esas pequeñas cosas realmente mejoran la experiencia de la atención. Y me gustaría hacer una presentación a favor del programa de asistencia para el cáncer. Creo que mejora la experiencia de la atención al proporcionar transporte gratuito, al proporcionar los equipos necesarios que ayudan a las personas a estar seguras en sus hogares, etc., y otros apoyos. Pero, ¿en qué más estamos pensando ahora en términos de innovaciones para mejorar la experiencia del paciente? ¿Qué oyes de los pacientes y de sus proveedores de atención, de sus familiares, que creen que sería una mejor manera de mejorar su experiencia? Jen y yo estamos tratando de averiguar quién va a empezar, o lo dejaré de una vez. Adelante. Jen, sí, este es un tema importante, y fue una de las cosas a las que primero prestamos atención, es que empezamos a analizar cómo utilizar algunos de los comentarios que habíamos recibido de nuestras sesiones de participación que habían comenzado antes de que yo comenzara en el puesto, y me dieron la divertida tarea de formular todos esos datos juntos para tratar de organizarlos en algunos temas. Y una de las cosas que me llamó la atención fue

21:36

Tanto nuestros pacientes como los proveedores dijeron muy alto y claro que la mayor presión a la que se enfrentan es la espera de dos semanas antes de poder ver a un oncólogo. Nuestros profesionales de la atención de apoyo en oncología psicosocial dicen que están recibiendo grandes volúmenes de llamadas de pacientes que se sienten perdidos y ansiosos y que esperan lo desconocido. Y, desde la perspectiva del paciente, las descripciones de sus experiencias mientras esperan esa consulta inicial ... se quedan grabadas en tu memoria. Y, si alguna vez has sido un ser querido o un paciente en ese período de espera, es duro. Así que lo que estamos viendo desde esa perspectiva mientras tratamos de mejorar la experiencia tanto del paciente como del proveedor es cómo creamos más mecanismos de apoyo entre pares. Y pensamos en nuestras asociaciones con el Programa de Asistencia para el Cáncer o Wellwood , o cualquiera de nuestras otras agencias comunitarias. Ya sabe, ¿cómo podemos aprovechar a esos socios externos, incorporarlos a nuestra organización, ver cómo podemos formular vías realmente sólidas para que los pacientes obtengan apoyo de pacientes que pueden haber experimentado algo similar a lo que están pasando actualmente? Uno para aliviar algunas de las presiones sobre los equipos, para asegurarnos de que tengan la capacidad de realmente ayudar a los pacientes una vez que hayan tenido esa cita y hayan recibido su diagnóstico, y también para los pacientes que están en ese período de espera. Así que eso es definitivamente algo a lo que estamos dirigiendo nuestra atención, que esperemos que tenga un doble impacto. Simplemente basándonos en eso, creo que el sistema de atención médica ha subestimado los recursos y la importancia de los pacientes que son personas, personas que tienen una enfermedad,

23:08

Encontrar una comunidad. Y por eso uso la palabra tribal. Ya sabes, los humanos somos una especie de criaturas tribales, ¿verdad? Somos parte de un equipo. Somos parte de esto. Y cuando recibes un diagnóstico de cáncer, de repente , estás aislado, solo, porque no conoces a nadie que tenga el mismo problema que tú. Sin embargo, hay cientos y miles de personas que tienen el mismo problema que la mayoría de estos pacientes, ¿verdad? Entonces, ¿cómo construimos esa conexión? La atención médica, creo, ha dicho que no se entrometa. Ya sabes, somos los expertos. Vamos a hacer todo eso por ti. Pero, sin embargo , los pacientes quieren hablar con alguien sobre su experiencia. Quieren saber que hay alguien como yo, y creo que ahí es donde, ya sabes, estamos pensando, ¿cómo no vamos a construir esas relaciones, sino cómo facilitamos que ocurran?

23:54

Y sabes, creo que la otra parte de esta experiencia es, ¿cómo hacer que sea fácil para un paciente o un miembro individual de la comunidad que tiene cáncer encontrar esos servicios, cierto? Entonces, ya sabes, como ejemplo, CAP está a la vuelta de la esquina. Tenemos algunos servicios en el edificio, como me encantaría tener un centro comercial comunitario en Jurados Key donde las personas que conoces que se enfrentan a un diagnóstico, en primer lugar, puedan ver, oh, aquí están los 10 programas diferentes. Aquí están las 10 agencias comunitarias diferentes a las que puedo acceder, ¿cierto? Y entonces, ¿cómo lo hacemos de manera integrada? ¿Cómo integramos los servicios de Well Woods y CAPS y las otras personas en nuestras operaciones? Porque ahora mismo todo se basa en la transferencia. Ve por la calle, habla con Deb y su equipo, ve a Well y verás cuáles son, ¿cierto? ¿Cómo integramos eso mejor? ¿Cierto? Y, ya sabe, creo que ese es un enfoque filosófico que debemos tener en el sistema oncológico: no necesitamos hacer todo para todos. No podemos. Hacemos bien la radioterapia, la cirugía y la quimioterapia, pero no somos buenos en lo que hacen otras agencias. Entonces, ¿cómo podemos integrarlas mejor? ¿Cómo?

25:00

¿Tienen esa bola de corte que facilita que las personas encuentren su camino? Bueno, también toca otro componente del plan, la integración de los diversos socios de cuidado. Y, de hecho, creo que la integración, o integrado, o alguna variación de esa palabra, aparece como cinco veces en este plan. Así que claramente

25:21

Los que redactaron el plan pensaron que esa era una dirección esencial. Y estoy de acuerdo, porque lo que se escucha constantemente de los pacientes es que el sistema, es un no sistema , está fragmentado y, tal como usted lo describe, es una especie de pieza desarticulada. Su idea de una especie de centro comercial donde todos los diferentes actores que podrían proporcionar diversos apoyos fueran visibles , fácilmente accesibles, pudieran registrarse para los servicios que brinda ese grupo en particular. Es genial. Solo se necesita un poco de dinero y tiempo y relaciones colegiales, que estoy seguro de que ya están construidas. Una de las otras cosas que recuerdo de mi experiencia con el jurado es que en ese período de dos semanas , la gente no tenía idea de cómo es un centro oncológico. Tampoco tenían idea de cómo sería la radiación, si la iban a recibir, como sería una máquina de radiación, no tenían idea de estas cosas. Y de hecho creamos una especie de recorrido virtual, pero era una visita guiada. No sé dónde está disponible eso todavía en su sitio web. Tenemos que rehacer ese proyecto de ley. Y, como sabéis, he tenido cierta experiencia con esto y con vidas pasadas, y una de las cosas más poderosas que he descubierto es que los pacientes, tanto presentes como pasados, se encarguen de educar a otros pacientes. Así que este es el recorrido por el centro. Esta fue mi experiencia en mi vida pasada. En nuestro programa de nefrología, un programa de diálisis, ¿no? Hacíamos que los pacientes enseñaran a otros pacientes los diferentes tipos de tratamientos de diálisis, que, como médicos, normalmente sabemos que son muy diferentes, ¿no? Y los pacientes tienen que tomar una decisión acertada.

26:56

En la misma situación, y fue bien recibido. Y, como saben, a los pacientes les encanta escuchar a otras personas que han vivido esa experiencia. ¿Y cómo podemos hacer que la paciencia sea el conducto de la educación y la orientación como ejemplo? Porque puedo decirles, Jen, puedo contarles cómo es la experiencia y cómo está diseñada para que ocurra. Pero la realidad es que, de todos modos, van a hablar con personas en la sala de espera y van a escuchar sobre esta o aquella experiencia. Entonces, ¿cómo podemos incorporar eso al principio para que las personas tengan un tiempo de incorporación más fácil? Es un desafío porque tal vez sea muy específico, específico para el tipo de cáncer que tienes. Lo que te va a pasar si tienes un linfoma , será diferente a si tienes un cáncer de colon metastásico. Entonces, incluso el hecho de orientarte en el edificio, cómo es. Así que no es de extrañar que cuando uno llega por primera vez tenga una idea del tipo de servicios que probablemente recibirá, pero recibir toda esa información en ese lapso de dos semanas parece una buena idea, si no se trata de un problema de sobrecarga de información. Porque, como usted sabe, algunos pacientes pueden manejar el diagnóstico de cáncer y las pruebas diagnósticas y toda esta avalancha de información que les llega. Así que es algo delicado de hacer, pero hay cosas que funcionan para distintas personas. Por lo tanto, también hay que tener un menú de opciones. Creo que hay que tener un menú de opciones. Así que está ahí si lo quieres, si quieres usarlo, pero si no, entonces más adelante, es posible que quieras volver a eso. Está disponible allí. Y cada experiencia es diferente. Cada experiencia familiar es diferente. Así que puede que no sea el paciente, puede ser un cuidador, un ser querido de nuevo, si hay barreras lingüísticas, potencialmente, ¿no? Una persona mayor inmigrante que tiene dificultades con el idioma. Tal vez sea el hijo o la hija el que lo está haciendo. Así que tenemos que pensar en, odio sonar como una persona de marketing, pero en un entorno multicanal en el que podamos servir mejor a nuestros clientes. Bueno, para nuestros oyentes, pueden ver que hay muchas cosas en este plan contra el cáncer que serán difíciles de implementar, pero es genial que la gente esté pensando en ello. Vamos a tomar un pequeño descanso ahora, pero volveremos y hablaremos sobre otros aspectos del plan en unos minutos. Nos gustaría tomarnos un momento para agradecer a nuestros generosos patrocinadores, el Hutton Family Fund y el estudio creativo Banco, que hacen posible el podcast de asistencia contra el cáncer. El Programa de Asistencia contra el Cáncer está más ocupado que nunca brindando apoyo esencial a los pacientes y sus familias. Seguimos comprometidos con brindar servicios gratuitos a los pacientes de nuestra comunidad, incluidos transporte y equipo, préstamos, artículos de cuidado personal y de confort, estacionamiento y educación práctica.

29:34

Estos servicios son posibles gracias a la generosidad de nuestros donantes, a través de donaciones únicas , donaciones mensuales, recaudación de fondos de terceros, patrocinios corporativos y oportunidades de voluntariado.

29:45

Visite cancer assist.ca para ver cómo puede marcar una diferencia en la vida de los pacientes con cáncer y sus familias.

29:53

Volvemos con Neil Johnson y Jennifer Smith hablando sobre el Plan 6 contra el cáncer de Ontario, y hemos hablado.

30:00

Conocí varios de los pilares de ese plan y qué planes se están desarrollando en nuestra propia región para implementar algunos de los aspectos del plan. Y una de las cosas que es...

30:12

El desafío que enfrentan los proveedores de atención en el área del cáncer es el increíble aumento de nuevas terapias que son efectivas y la necesidad de adoptarlas, pero al mismo tiempo, hay impactos en los recursos, hay costos de medicamentos o nueva radioterapia u otros enfoques, las demandas de capacitar a las personas para poder brindar la atención más cerca del hogar. Por lo tanto , es un tema complicado, y todo esto se basa en ensayos clínicos sobre el cáncer, de los que hemos hablado en podcasts anteriormente. Pero básicamente, los ensayos clínicos simplemente prueban nuevas terapias, primero por su toxicidad, cuál es su tolerancia en los seres humanos, en una fase temprana, por lo que la llamamos fase uno, luego avanzamos para ver dónde es efectiva en qué tipo de cáncer, y luego la comparamos con las mejores terapias actuales para ver si es una mejora en ellas, ya sea combinándola con la mejor existente o tal vez sea un tratamiento singularmente mejor que todo lo que hemos tenido antes, y luego se realiza un ensayo de fase tres. Entonces, hay una manera de introducir estos nuevos enfoques de tratamiento, y es maravilloso que estén sucediendo, pero también es muy difícil para los centros oncológicos actualmente

31:30

Ponte al día rápidamente e intégrate

31:34

En Hamilton, la idea es incorporarlos a las salas de quimioterapia, radioterapia, etc. , que ya están muy ocupadas, y contar con personal capacitado y disponible para administrarlos. Estoy seguro de que eso es lo que tienen en mente ahora mismo y cómo lo hacen. Tal vez escuchen sus opiniones, porque sé que ampliar el acceso a los ensayos clínicos es importante para los jurados y siempre lo ha sido. Creo que eso es parte de la filosofía de McMasters de ser un área de innovación.

32:08

pero eso crea

32:10

También se generan ciertas tensiones en la institución, por lo que se amplían los ensayos clínicos y se adoptan nuevos enfoques.

32:18

Y al mismo tiempo mantener un sistema que sea sostenible. Vaya, qué desafío tienen ustedes. Me alegro de estar haciendo preguntas en la oficina. Bill, es solo otro día en la oficina, tal vez pueda intentar arrojar algo de luz sobre eso. Y luego, Jen y su papel de supervisar nuestro complejo programa de hematología maligna tiene, creo, algunos ejemplos de casos realmente buenos . Sabes, Bill, creciste en hospitales académicos toda tu carrera.

32:47

También he trabajado en hospitales académicos durante toda mi carrera y sabemos el valor que tienen los hospitales docentes para llevar a cabo investigaciones. Y, como saben, los ensayos clínicos son muy importantes para mí y para nuestro programa. Les dije a nuestros equipos que somos un centro oncológico de investigación intensiva , punto y final. Eso significa hacer cosas realmente serias en torno a eso. Por eso, nuestro plan de transformación para nuestros ensayos clínicos, esperamos verlo crecer en un 100 % en los próximos años, ¿no? En términos de cantidad de ensayos, cantidad de personal, cantidad de investigadores, cantidad de proyectos que se están llevando a cabo, eso requiere mucho. Hay muchas partes móviles en eso. No todo está funcionando bien ahora mismo, pero queremos hacerlo por un par de cosas. Ya saben, está la contribución a la ciencia y la investigación y eso es, ya saben, justo, pero también va más allá de eso. Esto también es una cuestión de calidad de atención para nuestros pacientes, ¿no? A veces, ya sabes, hay enfermedades que no tienen tratamientos efectivos, y la única forma de que una persona pueda tener la esperanza de una vida más larga y mejor es a través de ensayos clínicos de un nuevo agente. Sabes, cuando estuve en Londres, me reuní con nuestro grupo asesor de familiares de pacientes. Y le pregunté, ¿en qué necesitamos realmente ser buenos como centro oncológico? Y todos tenían sus propias respuestas interesantes, pero uno de nuestros pacientes, que era un paciente con mieloma, dijo, Neil , necesitas ser realmente bueno en investigación, investigación clínica y ensayos clínicos. Y le pregunté sobre eso después, y dijo, no hay cura para mi enfermedad, y mi vida depende de que te vaya bien en los ensayos clínicos. Así que eso siempre me ha motivado, Bill, y sabes, te pasa a ti en nuestros equipos. Pero luego eso nos lleva al interesante enigma del que estás hablando, ¿verdad? Sabes, hemos tenido éxito

34:31

Se han tratado o estudiado diferentes agentes, diferentes moléculas, y ahora están en práctica. ¿Cómo se las arreglan con que cada dos semanas recibimos correos electrónicos con este agente que se ha mejorado, y esta indicación y demás? Y no es solo como escribir una receta

34:46

Para el medicamento, se requiere capacitación y recursos. Y también tenemos problemas de capacidad, porque antes, para el tratamiento del cáncer, había que pasar por un proceso de selección.

35:00

El tratamiento, y luego se detiene el tratamiento, y se espera a ver cómo van las cosas y se hace un seguimiento. La mayoría de nuestros tratamientos actuales se mantienen durante el resto de la vida de la persona, y eso es bueno, porque la gente vive más y mejor, pero también requiere muchos recursos de investigación . Nuestro sistema, nuestra suite de tratamiento sistémico, por ejemplo, ha crecido en volumen en un 50% en los últimos cuatro años, un 50% y, ya sabes, no puedo construir un edificio lo suficientemente grande o lo suficientemente rápido para poder acomodarlo. Así que eso nos lleva de nuevo a esa otra filosofía. Pero, ¿cómo no solo adoptamos sino que hacemos tratamientos de manera diferente, no en el centro oncológico, tal vez en la casa de alguien en un entorno diferente, alternativo, etc.? Bueno, pero yo, Jen tiene algunos ejemplos realmente buenos con los productos de los que nunca puedo recordar el nombre, pero sí, lo haría, gracias a los ensayos clínicos y al acceso a ellos. Quiero decir, hemos aprendido mucho localmente en el lado de la hematología sobre los anticuerpos que se unen a las células T, o biespecíficos , como se los conocía antes, y, ya sabe, fue a través de ensayos clínicos que mejor trataremos de explicar un poco eso a nuestros oyentes. Sé de lo que está hablando. Sí, puede que no sean anticuerpos que se unen a las células T. Por lo tanto , es un tipo de terapia que ayuda para una serie de indicaciones diferentes, para pacientes con cánceres de la sangre. Ya sabe, es un tipo de tratamiento que es innovador y tiene algunos matices en términos de algunos de los efectos secundarios que aparecen después de la infusión de estos medicamentos que requieren una formación y educación muy especializada para nuestro personal y para nuestros proveedores en términos de la administración de estos medicamentos. De hecho, a través de ensayos clínicos, pudimos obtener experiencia de primera mano con la adopción de algunas de estas terapias. Y creo que también nos dio la oportunidad de ser líderes en toda la región e incluso entre otras regiones en términos de cómo podríamos seguir adoptando esta terapia ahora que cada vez más de este tipo de medicamentos se están convirtiendo en líneas de terapia aprobadas para los pacientes. Así que creo que es una de esas cosas. Fue un aprendizaje clave para mí sobre cómo realmente debemos ser

37:00

Asegúrese de que somos conscientes de cuánto estamos promoviendo el acceso y de que contamos con procesos muy sólidos y estamos haciendo un análisis de impacto exhaustivo sobre cuál debería ser el camino para los pacientes cuando reciben este tipo de terapias, y apoyémonos en nuestros socios para poder ayudar con parte de esa capacidad una vez que los medicamentos se aprueben y se conviertan en esas líneas de terapia habituales. Por lo tanto, es un buen aprendizaje que creo que también se puede aplicar a otros ensayos clínicos, y es algo a lo que debemos seguir prestando atención mientras planificamos, por lo que estos agentes se facturan como un ejemplo, ya sabe, la monografía o las instrucciones serían que usted, cuando recibe este medicamento, tiene que estar ingresado durante una semana o cinco días, ¿verdad? Y todo eso está muy bien, pero cuando no hay camas, es difícil hacerlo, ¿ verdad? Pero a través de nuestros médicos, que son parte del equipo de investigación que está haciendo esto , se familiarizan con él, han adoptado una práctica que no requiere ese nivel de admisión, que requiere una forma diferente de hacer las cosas, ¿verdad? Entonces, aquí es donde estar al frente de los ensayos clínicos, ganar experiencia con estas moléculas y los tratamientos de la vida real nos ayuda a optar por la transición. Y luego también otros sitios asociados, como Trillium Health Partners en Mississauga y otros centros oncológicos de los alrededores, confían en nosotros para que les demos ese asesoramiento, porque no tienen esa experiencia. No han realizado los ensayos clínicos. Entonces , creo que hay un camino virtuoso entre la investigación y la adopción. ¿Y hasta qué punto podemos usar parte de la tecnología virtual para facilitar esto? Gran parte del monitoreo se puede hacer de forma remota en estos días. Y sé que hay un proyecto en marcha, y he olvidado cómo se llama, predecir o prevenir o algo así que BJ Devereaux, bueno, está cerca.

38:50

Era una palabra con P

38:53

Para monitorear,

38:55

Empezando por la cardiología, pero avanzando hacia la oncología para intentar, supongo, minimizar la necesidad de que los pacientes vengan y sean vistos en un centro oncológico, y así liberar algunos recursos, pero también hacer que sea mejor para el paciente y que no tengan que viajar, preocuparse por el estacionamiento, etc. , etc. Así que el uso creativo de la tecnología aplicada a situaciones como esa, con todos los tipos de ayudas de monitoreo remoto que tenemos, los dispositivos portátiles que controlan su presión arterial, su oxígeno, etc., puede ser útil en ese sentido. Así que supongo que simplemente tenemos que seguir buscando los enfoques innovadores para implementar los cambios realmente emocionantes que se están produciendo en el tratamiento y la facturación. Creo que eso también ayuda con la experiencia del paciente. Hace un par de semanas, estuvimos en una llamada provincial, y uno de los esposos de un paciente que desafortunadamente tuvo que ir a los Estados Unidos para un tratamiento con células madre, creo, habló sobre su experiencia, ¿verdad? Tuvo que vivir en Cleveland en una especie de hotel.

39:57

durante 100 días, y no pudo ser, ya sabes, con o.

40:00

Lejos de su esposa, que era suya, que era la paciente, ya sabes, no podía estar a más de 100 pies de distancia de ella, ¿verdad? Así que piensas en la alteración de esa enorme alteración de tu vida, y el coste, y el coste de 100 días en hoteles en algún lugar, sí, y, y, y. Así que, ya sabes, piensas en la oportunidad de residir en tu propia habitación, tu propia suite, pero también tener el respaldo de los expertos en la llave de los jurados . Es bastante sorprendente pensar en lo que podría deparar ese futuro. Así que, ya sabes, tenemos algunos ensayos de investigación activos en marcha con eso. Queremos asegurarnos de que sea seguro y eficaz, obviamente. Pero ya sabes, este es el tipo de cosas en las que tenemos que pensar de forma diferente.

40:37

Bueno, es un gran desafío pensar de manera diferente, pero ¿cómo se puede pensar de manera diferente sobre algo como un automóvil, las células T, la entrega, todo el proceso de fabricación, el tiempo que lleva fabricarlo, el tiempo que lleva recuperarlo, la infusión, el riesgo de algunas consecuencias bastante graves?

40:55

¿Sabes? ¿Cómo lo gestionas de forma diferente? ¿Qué piensan hacer los hematólogos al respecto? Sí, creo que el mayor desafío en este momento con la terapia con Cartilago es estar al tanto de lo que viene después, ¿no? Nos reunimos a nivel provincial, nos reunimos a nivel local para hablar sobre lo que está en proceso, no solo de lo que tenemos aprobado actualmente, sino de lo que viene y, ya sabes, hay nuevos medicamentos que potencialmente se aprobarán. Ya sabes, a principios de 2025.

41:21

Eso representa a CAR T como una opción para los pacientes con mieloma múltiple que no se ha introducido antes, eso va a ser desde una perspectiva de capacidad, desde una perspectiva de planificación, eso es enorme para nosotros localmente y en toda la provincia también. En este momento. Creo que la forma en que estamos pensando de manera diferente al respecto es que realmente estamos confiando en nuestras asociaciones con algunos de los otros hospitales, Trillium Health Partners como Neil, mencionó Grand River Hospital y su centro oncológico mientras intentaban desarrollar sus propios programas de terapia celular y realmente fortalecer esas asociaciones que tenemos para transferir pacientes de atención,

41:54

Ya sabes, ya sea el primer día después del trasplante , para que podamos mantener parte de esa atención especializada para Car T local mientras continuamos tratando a esos pacientes y luego descubrimos cómo podemos expandirnos y apoyarlos en su incorporación y aprendizaje. Así que ahí es donde estamos realmente en toda la provincia, tratando de crear algún nivel de integración. Seguimos volviendo a esa palabra,

42:13

Pero la integración entre los programas, ya sabes, nuestros tres centros principales son Princess, Margaret, Ottawa y Hamilton, y luego apoyar a nuestros sitios asociados en el desarrollo de sus programas también para ayudar a desarrollar esa capacidad. Así que creo que así es realmente como, en el lado de la hematología, estamos tratando de reimaginar cómo podemos brindar atención y al mismo tiempo mantenernos actualizados con todas las nuevas terapias y Y también estar preparados localmente. Y Bill, quiero decir, este verano, cuando lanzamos el programa Grand River en asociación con Grand River, ese fue el primer programa de células madre, un nuevo programa de células madre en más de una docena de años en la provincia de Ontario, ¿cierto? Entonces, este es el tipo de trabajo que necesitamos hacer con nuestros centros regionales. Si están haciendo ese tipo de tratamientos para los pacientes que residen o las personas que residen en sus comunidades, no tienen que venir a Jarvinsky y luego podemos hacer más cosas. ¿Y correcto? Entonces, es un enfoque continuo de ¿qué sigue? Durante muchos años, el área de Kitchener Waterloo remitió su hematología compleja aquí. Y entonces , en la medida en que pueden tener capacidad localmente, descargan nuestro centro. Es bueno para los pacientes recibir la atención en su propia región. Y entonces es un beneficio para todos .

43:20

Supongo que generalmente pensamos en la integración como un fenómeno más local o regional, y en realidad estamos hablando de una integración provincial . de programas. Hay múltiples niveles de integración , como se dice en el mantel. Este es un buen ejemplo de uno provincial. Tal vez podríamos terminar hablando sobre la mejora de la calidad de vida de los habitantes de Ontario. Ese es el cuarto pilar de este plan contra el cáncer y lo que eso significa a nivel local y regional. ¿En qué están pensando o qué encaja en ese pilar desde el punto de vista del centro oncológico Jarovinsky ?

44:03

Me refiero a lo local, lo que pensamos. Así que algunos nuevos, nuevos informes, nuevos datos han estado disponibles de Oh CCO que realmente analizan cada una de las regiones y sus datos de supervivencia. Y esto es nuevo a partir de junio, y ahora están buscando comentarios en términos de cómo podemos utilizar esos datos para informar la práctica. Y es realmente interesante ver cómo nos comparamos con nuestras otras regiones desde una perspectiva de supervivencia, cuando realmente analizamos eso, ya sabes, la calidad de vida y la prestación de atención a los pacientes más allá de su, ya sabes, su viaje de cáncer agudo a medida que continúan viviendo, viviendo con él. Y sabes, lo único en lo que pienso localmente en JCC, cómo podemos ayudar con eso, es realmente continuar nuestras asociaciones con nuestros equipos de salud de Ontario y la red de salud de Hamilton Health Network para asegurarnos de que también estamos involucrando a nuestros proveedores de atención primaria como parte de esto. Sabes, creo que históricamente, a veces cuando los pacientes reciben ese diagnóstico de cáncer, su Su equipo de oncología los rodea, mientras que nosotros mantenemos al proveedor de atención primaria esperando entre bastidores, si se le informa.

45:00

Todos, y creo que ese ha sido un aprendizaje clave para nosotros, que, ya saben, son muy importantes en esa parte de la evaluación y, ya saben, en esas etapas iniciales de diagnóstico temprano, bueno, ¿cómo continuamos aprovechándolas y haciéndolas participar como parte de eso, sabiendo que estos pacientes seguirán teniendo necesidades complejas, ya saben, más allá de esa fase de tratamiento agudo?

45:18

Entonces, creo que una cosa que me viene a la mente en términos de cómo podemos realmente enfocarnos en la calidad de vida de los habitantes de Ontario es realmente adoptar un enfoque de múltiples proveedores y asegurarnos de que estamos involucrando a nuestros proveedores en todos los niveles para asegurarnos de que estén informados y sean capaces de apoyar a los pacientes. Creo que el otro proyecto de ley, y es curioso, ni siquiera hemos mencionado la inteligencia artificial en esta conversación. Tenía miedo de hablar de eso, lo sé, pero lo voy a mencionar. Ya sabes, cuando piensas en la calidad de vida, cuando estás en el camino del cáncer, ya sabes , ya sabes, este es un tratamiento muy complejo y cada persona viene con un trasfondo diferente, cierto, un problema diferente. Hablamos de los determinantes sociales de la salud hace un tiempo como ejemplo, y entonces, ya sabes, estamos empezando a recopilar más datos sobre las circunstancias individuales de las personas directamente en su historial médico. Así que es su historial, no el nuestro. Pero, entonces, ¿cómo utilizamos herramientas de inteligencia artificial para identificar a las personas que corren riesgo en su camino hacia el cáncer, riesgo de perderse en el seguimiento, o tal vez riesgo de, como hablamos con el car T, con, ya sabes, efectos secundarios específicos? ¿Cómo nos aseguramos de que estamos pensando en ellos y luego diseñando los servicios en torno a ellos? Tengo recursos limitados. No tengo recursos ilimitados. Así que la forma en que pienso sobre esto es que necesito asegurarme de que los recursos que tengo se prioricen para aquellos con las mayores necesidades. Y, ya sabes, siempre hemos pensado que eso sería algo genial para hacer, pero creo que con la IA y la recopilación de algunos datos en torno a eso, podemos pensar en eso de manera diferente, y podemos predecir e identificar mejor a los pacientes que van a tener desafíos. Sabemos que estamos haciendo algo de trabajo en la clave del jurado , analizando a los pacientes que pasan por nuestro departamento de emergencias, y nuestras herramientas de IA pueden predecir a las personas o identificar a las personas con mayor riesgo de readmisión después de que regresan después de que son dadas de alta, por ejemplo. Así que creo que hay muchas cosas en eso. El otro aspecto que me llama la atención es que se trata de un mundo digital. Tenemos la aplicación MyChart, que conecta a los pacientes, y apenas estamos empezando a utilizarla. Y creo que, hace un par de meses estuve en Estados Unidos con nuestro proveedor de TI, y las cosas que están sucediendo en Estados Unidos, con personas conectadas en tiempo real con sus equipos de atención, son simplemente transformadoras y pueden mejorar la experiencia, pero también los resultados. Así que apenas estamos empezando a utilizar esas cosas. Esas cosas pueden ser más una intervención específica de Jarvinsky , pero son algunas cosas que, con el tiempo, tendremos que integrar en nuestro pensamiento, las cosas que se nos ocurran . Y me frustré cuando estaba en el puesto y estaba tratando de implementar por completo el poder del E SaaS, que es la Escala de evaluación de síntomas, que, ya sabes, te da una calificación de cuánto dolor, malestar, ansiedad, depresión experimenta un paciente. Si no se es consciente de esas cosas, no se puede empezar a abordarlas ni a dirigirlas a los servicios. Y parecía haber una especie de reticencia, en parte por parte de los pacientes a completar el instrumento, y en parte por parte de los proveedores a utilizarlo. Y parecía una oportunidad perdida para aumentar la calidad de la atención de los pacientes. No sé cómo va esto en todo el sistema en este momento, o específicamente en los jurados, pero puede ser un área en la que también se podría aplicar la IA para hacer que aparezcan indicadores que dirijan a las personas de forma bastante automática a los servicios, de modo que haya una oportunidad de abordar lo que esté perjudicando la calidad de vida de una manera más eficaz. Así que, sí, espero que te esté yendo mejor que a mí. Bueno, creo que toda la provincia ha sufrido un bajón, pero estamos en la cima de esa mala provincia en la que nos está yendo, no demasiado mal. Pero, sabes, es interesante, Bill. Quiero decir, East House es una gran herramienta, y en realidad es solo una herramienta de recopilación de datos, ¿verdad? ¿Cómo le está yendo al paciente? ¿Cierto? Y creo que en estos tiempos , como en estos tiempos, hace apenas 10 años que empezamos con esto, ¿no? Pero, ya sabes, en estos tiempos , hay diferentes maneras de acceder a esos datos. Pero volviendo a lo que dices, necesitamos esos datos para servir de manera efectiva a quienes buscan nuestra atención. A eso se reduce todo. No se pueden recopilar los datos por el mero hecho de recopilarlos. Hay que usarlos para que tengan un impacto en los resultados. Me parece que en una sesión de planificación de Cancer Care Ontario en este podcast, tal vez hayas sentido que Vancouver tenía que replanificar el OCP seis, pero para mí, ha sido un gran debate. Espero que nuestros oyentes se hayan beneficiado de él y hayan tenido una mayor idea de gran parte del arduo trabajo que implica pensar en cómo mejorar continuamente el sistema. Y ha mejorado enormemente desde que se realizó el primer plan contra el cáncer en 2005.

49:59

y.

50:00

Seguirá mejorando a medida que evolucione, pero seguirán existiendo desafíos, y es por eso que debemos seguir planificando y haciendo cosas.

50:09

Mejor. Nino Johnson, Jennifer Smith, muchas gracias por su tiempo. Gracias por sus ideas y por estar aquí hoy para el podcast. Muchas gracias. Lo disfruté. Gracias.

50:22

Gracias por escuchar el podcast de asistencia contra el cáncer. Encuentre más episodios, recursos e información en cancer assist.ca o siga el programa de asistencia contra el cáncer en Facebook, Twitter e Instagram.

50:34

Gracias por escuchar. Tú