Cura per pianificare, pianificare per curare: immersione nel Piano regionale contro il cancro 6

00:02

Bill, stai ascoltando il podcast Cancer Assist, condotto dal Dott. Bill Evans e offerto dal Cancer Assistance Program. Ovunque tu sia nella tua esperienza, siamo qui per offrirti aiuto e speranza mentre affronti la prevenzione, il trattamento e la cura del cancro,

00:17

aiuto quando ne hai veramente bisogno.

00:20

Benvenuti al podcast Cancer Assist. Sono il vostro ospite, il dottor Bill Evans, e oggi do il benvenuto a due ospiti al podcast. Anil Johnson, che è il vicepresidente di oncologia e vicepresidente regionale di oncologia presso Ontario Health e per Hamilton Ira Haldeman, Brandt Lin, è un boccone, ma non è più un Lin, è la regione. Penso che lo abbiamo capito. E Jennifer Smith, che è la direttrice del Regional Cancer Program per la stessa regione, e hai anche responsabilità in ematologia, immagino, sembra un doppio dovere, e deve mettere a dura prova le persone al momento della giuria. Ma penso che sia una sfida per tutto il sistema in termini di numero di leader, professionisti e infermieri e quindi tutti stanno lavorando molto, molto duramente. Ciò di cui vogliamo parlare oggi è in realtà come Cancer Care Ontario pianifica i servizi che fornisce. E solo come un modo per fare il punto della situazione. Sono abbastanza vecchio da essere stato presente al primo piano oncologico dell'Ontario, che è stato fatto nel 2005

01:28

e questi sono piani triennali in corso , e in realtà ne ho una copia. Quindi, dato che in questi giorni siamo su YouTube, posso effettivamente tenerlo in mano, e puoi vedere questo bel libretto patinato qui che esponeva un'intera serie di priorità. E a quei tempi, le priorità erano molto incentrate su un sistema che era sottofinanziato. Non aveva abbastanza macchine, non aveva abbastanza centri oncologici, non aveva abbastanza personale e non aveva abbastanza indicazioni su come fornire un'assistenza di qualità ai pazienti. E così i piani d'azione si basavano su tutti quegli elementi. E in seguito , nel 2008-2009 è uscito un rapporto sui progressi

02:09

che in realtà ha dimostrato che sono stati fatti progressi significativi contro tutti questi problemi, o piani per altri sei centri oncologici, ad esempio, nella provincia dell'Ontario. Quindi ci sono stati molti benefici da questi piani, che ora siamo arrivati al piano sei, e penso che sia una delle caratteristiche che rende il sistema oncologico dell'Ontario uno dei migliori al mondo.

02:34

Quindi, ma c'è sempre spazio per i miglioramenti, giusto? E quindi il piano sei è ciò di cui vogliamo parlare, e come appariranno alcuni di quei miglioramenti, e come potrebbero essere implementati nella nostra regione. Quindi

02:47

hai guidato anche tu un certo numero di questi piani, Neil, e potresti voler dare la tua impressione di quanto siano stati efficaci prima di immergerci nel semplice piano sei e in alcune delle aree tematiche che sono segnalate per uno sviluppo futuro? Sì, felice di Bill, ed è sempre bello incontrarti, Bill. Abbiamo sempre avuto Bill e io seduti al tavolo della leadership provinciale per un certo numero di anni insieme, quindi è sempre bello ricontattarti, e ovviamente con i tuoi ascoltatori sul podcast. Sai che hai ragione. Voglio dire, non puoi migliorare un sistema, che sia un sistema oncologico o un sistema sanitario, se non hai un piano. E credo che Cancer Care Ontario abbia avuto molto successo, davvero, negli ultimi due decenni. Giusto per organizzare i piani, ma anche per eseguirli. Voglio dire, un piano senza esecuzione non è niente. Non è niente. Sai, potrebbe fare un piccolo passo indietro e dire semplicemente alla gente, c'è un Cancer Care Ontario. Che cos'è? E ora si è trasformata un po' in un'organizzazione più grande chiamata Ontario Health. Ma forse basta fare un passo indietro, sì, lascia che ti dia un po' di contesto. Amo la storia di questo, perché penso che se non conosci la storia delle organizzazioni, non puoi capire la cultura e come sono venute, quindi se torni indietro al 1900 sembra tanto tempo fa, ma lo è, credo, ora. Sai, negli anni '30 e '40, voglio dire, c'erano cure per il cancro disponibili molto limitate. Il radio stava appena arrivando online e c'era la necessità di creare centri attorno al radio, perché c'è molto poco radio da avere nelle radiazioni. E così, sai, è stata istituita una commissione reale, o una commissione dell'Ontario che è stata istituita che ha detto che avevamo bisogno di un sistema per il cancro, ed è quello che ha davvero dato vita all'Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. Ora, i tuoi ascoltatori potrebbero voler sapere che l' inimitabile Dr. Bill Evans ha effettivamente un ruolo nel dare il nome all'attuale Cancer Care Ontario. Adesso sono Sono portato a credere. E puoi raccontare la storia più tardi se vuoi, Bill, ma il cambio di nome da OC T o F o Ontario Cancer Research and Treatment Foundation a Cancer Care Ontario, Bill ha avuto qualche piccolo problema con quello, ma lo lascerò per più avanti nel podcast, forse.

04:55

Ma col passare del tempo, Cancer Care Ontario ha gestito centri oncologici e.

05:00

Ma non aveva davvero la supervisione su cose come la chirurgia oncologica, la ripresa, la palliazione e così via. E così nel 2004

05:08

o lì su Cancer Care Ontario è cambiato. È diventato davvero un'organizzazione di pianificazione, un'organizzazione di miglioramento, e gli ospedali hanno assunto le operazioni del centro oncologico. Quindi , ad esempio, il Jarvinsky Cancer Center qui che gli hamiltoniani conosceranno bene. E così in quel periodo di tempo , però, abbiamo lanciato stabilimenti oncologici, la misura completa del percorso di trattamento del cancro dallo screening e dalla prevenzione fino al trattamento, che si tratti di chirurgia o chemioterapia o ematologia e tumori maligni che Jen supervisiona nel nostro centro e anche radiazioni. Quindi davvero un intero continuum di servizi . E quindi uno dei principi, però, su cui operiamo è sviluppare stabilimenti ed eseguire stabilimenti a livello provinciale. E la tua cara amica, Mary Gospoderwitz , la dottoressa Mary Gosper Edwards, che è una leader internazionale, riconosciuta a livello internazionale nei servizi oncologici. Ero a un incontro con dirigenti ospedalieri due anni fa, e ha parlato proprio di questa cosa, qual è lo stato dell'arte della pianificazione oncologica in tutto il mondo? E naturalmente, tutte le nazioni sviluppate hanno piani per il cancro. Anche molte nazioni in via di sviluppo nel mondo hanno piani per il cancro. Quindi, non importa dove ti trovi nel mondo, esiste un meccanismo di pianificazione per migliorare i servizi per i pazienti oncologici, perché l'impatto del cancro sulla nostra società è così grande, e quindi l'Ontario non è l'unico, ma ha avuto molto successo nel realizzare i suoi piani. E

06:39

l' ultimo commento che vorrei fare su questa parte, Bill, è che il piano è davvero sviluppato con tre componenti, o gli input di tre componenti. Prima di tutto , deve essere orientato a ciò di cui i pazienti hanno bisogno, a ciò che i pazienti vogliono. E quindi poniamo un'enfasi specifica sul coinvolgimento dei pazienti su ciò che è importante per loro. E così, ad esempio, ho fatto parte del piano sviluppato per il comitato che ha sviluppato il sesto piano contro il cancro in Ontario, di cui parleremo oggi, e un paziente era co-presidente di quel lavoro proprio lì. E quindi è davvero importante avere quel feedback lì. In secondo luogo, e lo farai lo apprezzerai dalla tua esperienza, deve essere basato sulle prove. Dobbiamo usare le migliori prove per informare ciò in cui investiremo. L'esempio che userei più di recente è lo screening del cancro ai polmoni. Quindi abbiamo lanciato lo screening del cancro ai polmoni in tutta la provincia e, in base alla tua esperienza professionale, capirai questo abbastanza

07:32

bene. E ad Hamilton, l'abbiamo lanciato al St Joseph's, e lo amplieremo, basato su una ricerca clinica fondamentale che è stata fatta probabilmente meno di un decennio fa, che ha dimostrato che lo screening in un certo modo porterà a miglioramenti nella durata del tempo in cui le persone vivono con la malattia e nella sopravvivenza, sopravvivenza e morbilità, tassi di mortalità di questo, giusto? Quindi deve essere ancorato a buone prove. E poi il terzo componente è davvero assicurarsi che coloro che forniscono l'assistenza. Abbiano voce nel processo, giusto? Perché sono loro, gli oncologi, gli infermieri, i farmacisti, i dietisti, gli assistenti sociali, che vedono le sfide giorno dopo giorno, e quindi questa è una parte davvero importante , fargli dare voce a ciò, a ciò che vedono, e vederlo nel piano. Quindi questi sono tutti gli input. Ci sono molte altre cose che entrano in gioco, ma è più o meno così che affrontiamo il processo di pianificazione, e penso che sia davvero importante che i nostri ascoltatori lo sentano perché uno degli output è, in effetti, che questo è un sistema provinciale. Quindi alla fine, l'assistenza fornita in ciascuno dei centri oncologici, e ce ne sono 14, è praticamente la stessa. Ci sono alcune aree specialistiche. Le cose sono state razionalizzate in alcuni centri solo perché sono poco frequenti e il volume è importante per avere la competenza concentrata e produrre i migliori risultati. Ma voglio che le persone sappiano che c'è una pianificazione per l'intero sistema e che c'è una qualità integrata nell'intero sistema, così possono essere sicure se vengono visitate a Niagara , ad Hamilton, al Princess Margaret Hospital. A livello di assistenza, riceveranno cure equivalenti perché è tutto basato sulle prove e stiamo tutti cercando di guidare verso migliori supporti psicosociali e e altri elementi di qualità che renderebbero il sistema di assistenza eccellente. Ho appena notato in fondo al piano del 2005 che sta guidando la qualità, e penso che quella qualità guida, quell'idea, sia stata lì fin dall'inizio, e stiamo ancora guidando la qualità, la responsabilità e l'innovazione in tutto il sistema dell'Ontario. Quindi, e penso che sia ciò che ciascuno dei piani successivi ha cercato di fare, e identificare la prossima area in cui possiamo innovare, o la prossima area in cui possiamo aggiungere qualità all'intero sistema, in modo che l'esperienza del paziente e l' esperienza del fornitore siano migliorate. Quindi è proprio questo che sta alla base dell'idea di avere questo podcast, ovvero cercare di rendere i nostri ascoltatori più consapevoli di quanto come accadono le cose. Non è un caso, o un dottore qui pensa che questo sia un buon modo, il migliore per curare il cancro e.

10:00

Quindi non abbiamo questo. Abbiamo un sistema che si basa su prove e che è stato pianificato con molta attenzione. E penso che ci sia un'evoluzione interessante nella pianificazione, perché penso

10:09

possiamo sempre usare più risorse, e certamente più finanziamenti per le risorse, ma ora abbiamo centri oncologici ben distribuiti nella nostra provincia, prima non lo erano. Quindi questo è stato affrontato fin dal primo piano oncologico, ovvero che avevamo bisogno di più centri e di distribuirli in modo appropriato, la pianificazione delle risorse umane è molto più sofisticata che mai,

10:31

e c'è un meccanismo davvero eccellente per generare prove, non solo sui trattamenti, ma anche sull'organizzazione dei sistemi attraverso il nostro programma di assistenza basata sulle prove che si basa qui alla McMaster, quelle cose a cui facevi riferimento, la base probatoria è così importante che non facciamo le cose solo perché qualcuno pensa che sia una buona idea. Si basa su una solida ricerca. E quindi penso che abbiamo visto miglioramenti successivi nel sistema del cancro in ciascuno dei piani, e non esamineremo tutti e cinque i piani che ci portano a

11:05

hanno una serie in sei parti o qualcosa del genere, ma il piano contro il cancro dell'Ontario, lo trovo interessante perché sottolinea dove sono le cose. Alcune delle cose che sono in un certo senso diventano prioritarie non solo nell'assistenza sanitaria, ma penso più in generale, l'intera nozione di equità, penso che parte di essa derivi dalle nostre discussioni su

11:27

cosa abbiamo fatto come coloni alla nostra popolazione indigena e ma poi riconosciamo anche di essere una società pluralistica, e abbiamo molti gruppi diversi qui. E ci sono gruppi che sono svantaggiati in qualche modo e non hanno accesso al centro oncologico? Quindi

11:46

questo è davvero il primo blocco di questo nuovo piano contro il cancro. Sono in un certo senso interessato a sentire i tuoi pensieri sulla rilevanza di ciò per Hamilton, nigra,

11:58

L'area di Brandt, l'area di Haldeman Brandt è dove abbiamo chiaramente sacche di comunità emarginate in termini di cosiddette aree rosse fredde e ad Hamilton, ma Branford e e St Catherines ha le sue aree simili, forse più piccole, ma ci sono comunque. Abbiamo una grande popolazione aborigena, sei nazioni. Quindi cosa significa equità ? Come si presenta il miglioramento dell'equità?

12:31

nella nostra regione? Sì, forse puoi iniziare. E poi so che Jen ha molti buoni esempi del suo lavoro più direttamente con i suoi team in tutta la regione, sai, tornando al piano. Quindi se potessi solo per un minuto, Bill, sai, parli dei piani da uno a cinque, ognuno di loro aveva un'enfasi tematica diversa, giusto? Quindi il primo era in giro, una specie di ritorno alle basi, perché non sapevamo quali fossero i tempi di attesa per l'intervento chirurgico per il cancro, ad esempio, giusto? Costruire le fondamenta di nuovi centri per il cancro e così via, giusto? Da qualche parte lungo la strada, penso che fossero tre o quattro, siamo entrati nell'assistenza incentrata sulla persona e abbiamo avanzato quella nozione che i pazienti devono avere voce nel sistema, giusto? E, e hai ragione. Il tema successivo, riguarda davvero l'equità. E, sai, qui sto parlando di base di prove scientifiche, ma farò un commento non scientifico , e puoi sfidarmi su questo, ma, sai, penso che sia utile per l'effetto. Sai, penso che la questione dell'equità sia ancora più grande nel sistema del cancro, in termini di impatto, di quanto lo sia il fumo e l'uso del tabacco. Sai, quando pensi, spiegati,

13:30

le disuguaglianze nella nostra società lasciano indietro molte persone. E quindi quel risultato sanitario è davvero quello che vediamo ogni giorno. Vediamo persone che cadono nelle crepe, persone che non possono, sai, che sono state diagnosticate allo stadio terminale della malattia, che non sono nemmeno riuscite ad arrivare a un sito di screening, o non sanno, hanno un medico di famiglia, o hanno qualche altro impedimento nella loro vita da una prospettiva di determinanti sociali della salute, e quindi , sai, li stiamo lasciando indietro. Pianifichiamo il sistema storicamente, o molte volte, sembra che pianifichiamo il sistema per ragazzi bianchi benestanti come me. E sai, la realtà è che io posso navigare nel sistema. Molte persone non possono. E quindi, sai, cosa significa? Beh, sai, complimenti per il lavoro che hai fatto quando eri sulla mia sedia nel mio ufficio, o quello che ora è il mio ufficio, immagino, con il coach mobile che abbiamo che viaggia in questa regione e porta lo screening del cancro a questi gruppi. Ma più di questo, penso che non si tratti solo di portare i servizi lì, ma anche delle relazioni che stiamo costruendo con quei gruppi della comunità che rappresentano, difendono e si occupano di comunità molto sotto-specializzate nelle nostre aree, che potrebbero essere una comunità di immigrati, potrebbero essere un'area molto povera della nostra società, sapete, e stiamo costruendo queste relazioni con loro in modo da poter capire meglio, sapete.

15:00

Dico al nostro team, sapete, la prima cosa che potete fare è cercare di capire e poi sviluppare i servizi attorno a queste cose. Ma Jen, forse puoi condividere alcune delle cose . Voglio dire, in sei mesi hai visto sul posto di lavoro qui, beh, penso che il coach mobile sia un ottimo esempio di ciò. E non si tratta solo di fare lo screening, sapete, delle popolazioni sottoservite, ma delle popolazioni sotto-sottoposte a screening, e di usare davvero, sapete, uno spirito di promozione della salute come un modo per, sapete, fornire informazioni sul perché dovreste sottoporvi allo screening. E poi, ancora di più, quando parliamo di avere quella voce presente e di assicurarci davvero che le nostre comunità indigene o le comunità sottoservite stiano davvero aiutando con quella progettazione di CO. Si tratta di sviluppare quei percorsi di follow-up per loro , nel caso in cui qualcosa venga identificato tramite lo screening. Quindi è sicuramente qualcosa su cui abbiamo continuato a concentrarci e abbiamo recentemente formulato nuove partnership con alcune delle nostre comunità indigene e organizzato alcuni percorsi di follow-up molto solidi per loro attraverso Brantford o ovunque si trovi il sito di screening o di valutazione più vicino per loro dopo quella valutazione. Quindi penso che sia davvero qualcosa su cui siamo molto impegnati nell'utilizzare il nostro team oncologico indigeno, il nostro navigatore, il nostro coordinatore dei pazienti, per aiutare davvero a continuare a rafforzare queste partnership e far emergere quella voce. Molto di questo è costruire la fiducia con queste comunità. Se vieni da un paese straniero, non hai idea di come sia il sistema sanitario in questo paese, di come verrai trattato, di come iniziare a usarlo. Come ti presenti a chi con il tuo reclamo dovresti presentarti? Quindi è un'esperienza molto Sono sicuro che sia un'esperienza molto spaventosa per loro, e il fatto che l'allenatore esca e visiti queste diverse aree, e le persone parlino tra loro, e inizino a rendersi conto che sai, sono brave persone. Sono lì per essere d'aiuto. Rispondono alle domande, ecc. , ecc. , e non promuovono solo lo screening. So che promuovono la cessazione del fumo, cosa di cui sono molto soddisfatto.

16:54

Qualcuno che deve guidare la provincia. Sono felice di sentirlo. Quindi è terribilmente importante. Ma sai, uno dei fallimenti del sistema sanitario, mi sembra, è l'incapacità di raggiungere. Sono state organizzazioni sanitarie, ospedali, edifici per le arti mediche, dottori, studi privati. Stanno lì seduti e aspettano che le persone vengano da loro. Ha funzionato abbastanza bene nella piccola popolazione. Forse non lo eravamo, come multiculturali e così via, ma dobbiamo andare nella direzione opposta, perché non lasciamo indietro le persone, e sono le persone emarginate, e l'ho visto in modo abbastanza drammatico spostandoci tra Ottawa e il Cancer Center qui ad Hamilton, perché la popolazione che serviamo ad Ottawa è un gruppo di persone piuttosto istruite, piuttosto ben assicurate, piuttosto informate, avide, molto esigenti, e i risultati che il centro oncologico ottiene in termini di esiti del trattamento sono migliori di quelli visti ad Hamilton, non a causa di carenze di persone o attrezzature o conoscenze ad Hamilton, ogni bit buono come ad Ottawa. La differenza è che le persone arrivano più tardi, ed è perché c'è un grande gruppo nel centro città e altrove che non sa che sputare sangue è una cosa brutta, o che quei crampi che hanno alla pancia dovrebbero essere esaminati e avere un allenatore che esce, forse deve essere più di un allenatore di screening. Forse c'è un altro tipo di modello simile, ma raggiungere quelle comunità che sono comunque utili, è solo No, penso che Bill dita aggiunga a quello, tipo, penso che tu abbia ragione. Voglio dire, penso che sia un approccio filosofico che deve cambiare, in cui stiamo cercando di avviare il cambiamento, e anche questo è culturale. Nel sistema sanitario, giusto? Sai, le persone vengono in un centro oncologico, vengono in un ospedale? Bene, la destinazione non dovrebbe essere l'ospedale. Ora, ci sono alcune cose che dobbiamo avere in ospedale. E le apparecchiature per le radiazioni non andranno ad ogni angolo, ma dobbiamo pensare a come prenderci cura al meglio di quegli individui? E sai, Bill, questa non è solo una questione di equità. È anche una questione di qualità e una questione di capacità. Alcune delle cose di cui stiamo iniziando a parlare in uno dei nostri medici come una grande borsa di ricerca di quasi 5 milioni di dollari, per dare un'occhiata a questo è, come facciamo i trattamenti principali nelle case delle persone con il monitoraggio remoto? Quindi, nell'area di ematologia di Jen, che è, di nuovo, la chiave dei giurati, è uno dei soli tre centri nella provincia che offre trattamenti completi per il cancro del sangue. Come possiamo fare cose come i trattamenti con cellule staminali, le infusioni di car T nelle case delle persone? Ora sai esattamente che i tuoi occhi stanno pensando, Wow , è interno ma, ma non è tanto una questione di equità, ma è una questione di massimizzare la capacità del nostro sistema. Ma dimostra solo che dobbiamo pensare in modo diverso, che ci stiamo avvicinando all'equità o alla sostenibilità o alla capacità. Dobbiamo pensare che l'ospedale non è l'unico posto in cui fornire assistenza, o lo studio medico o la clinica, perché penserai fuori dagli schemi e tornerai a guidare l'innovazione qui. Sì. Quindi.

ore 20:00

Sì, discussione molto importante. E chiaramente la questione dell'equità è importante in OCP sei, così come lo sono un certo numero di altre questioni. E forse passiamo a quella che c'è accanto su questo piccolo sottopiatto che dice, migliorare l'assistenza ai pazienti. Assistenza ai pazienti , esperienza del partner e del fornitore. Mi sembra di continuare a sentire feedback molto positivi sulle esperienze dei pazienti alla giuria, alcune iniziano con, sai, avere qualcuno alla porta d'ingresso, qualcuno apre la portiera della macchina e ti dà il benvenuto. E se sei un nuovo arrivato, la prima visita ti porta allo sportello informazioni, ti fa iniziare. Alcune di quelle piccole cose migliorano davvero l'esperienza di cura. E mi piace fare un discorso per il programma di assistenza per il cancro. Penso che migliori l'esperienza di cura fornendo un trasporto gratuito, fornendo le attrezzature necessarie che aiutano le persone a stare al sicuro nelle loro case e così via e altri supporti. Ma cos'altro stiamo pensando ora in termini di innovazioni per migliorare l'esperienza del paziente. Cosa senti dai pazienti e dai loro fornitori di assistenza, dai loro familiari, che pensano che sarebbe meglio per loro? Jen e io stiamo cercando di capire chi andrà per primo, o lascerò perdere questa volta. Forza. Jen, sì, questa è una cosa importante, ed è stata una delle cose a cui abbiamo rivolto per prime la nostra attenzione, ovvero abbiamo iniziato a considerare l'utilizzo di alcuni dei feedback che avevamo ricevuto dalle nostre sessioni di coinvolgimento che erano effettivamente iniziate prima che iniziassi il mio ruolo, e ho appena avuto il divertente compito di formulare tutti quei dati insieme per cercare di organizzarli in alcuni temi. E una delle cose che sono emerse

21:36

molto forte e chiaro, sia dai nostri pazienti che dai fornitori, era che, sai, la pressione più grande che affrontano è quell'attesa di due settimane prima di vedere effettivamente un oncologo. E sai, i nostri professionisti nel settore dell'assistenza di supporto psicosociale oncologica, dicono di dover gestire grandi volumi di chiamate in auto in cui i pazienti si sentono semplicemente persi e ansiosi e aspettano solo quell'ignoto. E poi dal punto di vista del paziente, conosci le loro descrizioni delle loro esperienze mentre aspettano quella consulenza iniziale . Ti rimane impresso. E sai, se sei mai stato tu stesso una persona cara o un paziente in quel periodo di attesa, è dura. Quindi quello che stiamo osservando da quella prospettiva mentre cerchiamo di migliorare l'esperienza sia per il paziente che per il fornitore è, come possiamo creare altri meccanismi di supporto di tipo peer to peer? E sai, pensiamo alle nostre partnership con il Cancer Assistance Program o Wellwood , o qualsiasi altra delle nostre agenzie comunitarie. Sai, come facciamo, come facciamo a sfruttare quei partner esterni, a portarli in azienda, a vedere come possiamo effettivamente formulare alcuni percorsi davvero solidi per i pazienti per ottenere supporto da pazienti che potrebbero aver vissuto qualcosa di simile a ciò che stanno attraversando attualmente. Uno per alleviare alcune delle pressioni sui team, per assicurarci che abbiano la capacità di avvolgere davvero i pazienti una volta che hanno avuto quell'appuntamento e hanno ricevuto la loro diagnosi, e anche per i pazienti che sono in quel periodo di attesa. Quindi è sicuramente qualcosa a cui stiamo rivolgendo la nostra attenzione, che si spera abbia un duplice impatto. Solo basandoci su questo, penso che il sistema sanitario abbia sottovalutato le risorse e l'importanza dei pazienti che sono persone, persone che hanno una malattia,

23:08

trovare una comunità. E quindi uso la parola tribale. Sai, gli umani sono una specie di creature tribali, giusto? Siamo parte di una squadra. Siamo parte di questo. E quando ricevi una diagnosi di cancro, all'improvviso , sei isolato, da solo, perché non hai nessuno che conosci, forse, che ha lo stesso problema che hai tu. Eppure, ci sono centinaia e migliaia di persone là fuori che hanno lo stesso identico problema che hanno la maggior parte di questi pazienti, giusto? Quindi come costruiamo quella connessione, l'assistenza sanitaria, penso, ha detto mani lontane. Sai, siamo gli esperti. Faremo tutto questo per te. Ma tuttavia , i pazienti vogliono parlare con qualcuno della loro esperienza. Vogliono sapere che c'è qualcuno come me, e penso che sia lì, sai, stiamo pensando, come non costruiremo quelle relazioni, ma come facilitiamo che ciò accada?

23:54

E sai, penso che l'altra parte di questa esperienza sia come rendere facile per un paziente o un singolo membro della comunità che ha il cancro trovare quei servizi, giusto? Quindi, sai, ad esempio, il cap è proprio dietro l'angolo. Abbiamo alcuni servizi nell'edificio, come mi piacerebbe avere un centro commerciale comunitario a Jurors Key dove le persone che conosci che stanno affrontando una diagnosi, prima di tutto, possono vedere, oh, ecco i 10 programmi diversi. Ecco le 10 diverse agenzie della comunità a cui posso attingere, giusto? E quindi come lo facciamo in modo integrato? Come integriamo i servizi di Well Woods e dei CAP e delle altre persone nelle nostre operazioni? Perché in questo momento è tutto basato sul passaggio di consegne. Vai in fondo alla strada, parla con Deb e il suo team, vai a Well per vedere cosa sono, giusto? Come lo integriamo meglio? Giusto? E, sapete, penso che sia un approccio filosofico che dobbiamo avere nel sistema oncologico, che non è che non dobbiamo fare tutto per tutti. Non possiamo. Siamo bravi con la radioterapia, la chirurgia e la chemioterapia, ma non siamo bravi con le cose che fanno le altre agenzie. E quindi come possiamo integrarle meglio? Come.

25:00

Hai quella palla tagliente che rende facile per le persone trovare la strada? Beh, tocca anche un altro componente del piano, l'integrazione dei vari partner di cura. E in effetti, penso che integrazione, o integrato, o qualche variazione di quella parola, compaia circa cinque volte in questo piano. Quindi chiaramente

25:21

coloro che hanno redatto il piano pensavano che quella fosse una direzione essenziale. E io, sono d'accordo, perché quello che senti costantemente dai pazienti è che il sistema, è un non sistema , è frammentato, e proprio come stai descrivendo è, è una specie di pezzo sconnesso, la tua idea di una specie di centro commerciale dove tutti i diversi attori che potrebbero fornire vari supporti erano visibili , facilmente accessibili, potevano essere registrati ai servizi che quel particolare gruppo fornisce. È una grande idea. Ci vogliono solo un po' di soldi e tempo e relazioni collegiali, che sono sicuro siano già costruite. Un'altra delle cose che ricordo dalla mia esperienza con il jurorsky è che in quel periodo di due settimane , le persone, non hanno idea di come sia un centro oncologico. Non hanno nemmeno idea di quale radiazione se dovessero riceverla sarebbe come quella di una macchina per le radiazioni, nessuna idea di queste cose. E in realtà abbiamo creato una specie di tour virtuale, ma era una visita guidata. Non so dove sia ancora disponibile sul tuo sito web. Dobbiamo, dobbiamo rifare quella legge. E sai, ho avuto un po' di esperienza con questa e vite passate, e una delle cose più potenti che ho scoperto è che i pazienti, sia presenti che passati, fanno l'educazione di altri pazienti. Quindi questo è il tour attraverso il centro. Questa è stata la mia esperienza nella mia vita passata. Nel nostro programma di nefrologia, un programma di dialisi, giusto? Avremmo pazienti che insegnavano ad altri pazienti i diversi tipi di trattamenti di dialisi, che di solito conosci come medico, sono molto diversi, giusto? E devono , i pazienti devono fare una scelta saggia

26:56

nella stessa situazione. Ed è stato ben accolto. E sai, ai pazienti piace sentire altre persone che hanno vissuto quell'esperienza. E quindi come possiamo avere pazienza come canale di istruzione e orientamento, ad esempio? Perché posso dire loro, Jen, posso dire loro com'è l'esperienza e come è progettata per verificarsi. Ma la realtà è che parleranno comunque con le persone nella sala d'attesa e sentiranno parlare di questa o quell'esperienza. Quindi come possiamo costruirlo all'inizio in modo che le persone abbiano un tempo di inserimento più facile? È impegnativo perché forse è molto specifico, specifico per il tipo di cancro che hai. Cosa ti succederà se hai un linfoma , sarà diverso da se hai un cancro al colon metastatico. Quindi, ma anche solo per orientarti nell'edificio, com'è. Quindi non è spaventoso quando arrivi la prima volta e hai un'idea del tipo di servizi che probabilmente riceverai, ma ottenere tutte quelle informazioni in quel lasso di tempo di due settimane sembra una buona idea, se non è un problema di sovraccarico di informazioni. Perché, come sai, alcuni pazienti possono gestire la diagnosi di cancro e i test diagnostici e tutta questa valanga di informazioni che gli arrivano. Quindi è una cosa delicata da fare, ma cose diverse funzionano per persone diverse. Quindi devi avere anche un menu di opzioni. Penso che tu debba avere un menu di opzioni. Quindi è lì se lo vuoi, se vuoi usarlo, ma se non lo vuoi, allora più avanti, potresti voler tornare a quello. È disponibile lì. E ogni esperienza è diversa. Ogni esperienza familiare è diversa. Quindi potrebbe non essere il paziente, potrebbe essere un assistente, di nuovo una persona cara, se ci sono barriere linguistiche, potenzialmente, giusto? Una persona immigrata anziana che ha difficoltà linguistiche. Forse è il figlio o la figlia che lo sta facendo. Quindi dobbiamo pensare a, mi dispiace sembrare un esperto di marketing, ma multicanale , tipo di ambiente in cui possiamo servire meglio i nostri clienti. Bene, per i nostri ascoltatori, potete vedere che ci sono molte cose in questo piano oncologico sei che saranno difficili da implementare, ma è fantastico che le persone ci stiano pensando. Ora faremo una piccola pausa, ma torneremo e parleremo di altri aspetti del piano tra qualche minuto. Vorremmo prenderci un momento per ringraziare i nostri generosi sostenitori, l'Hutton Family Fund e lo studio creativo Banco, che rendono possibile il podcast Cancer Assist. Il Cancer Assistance Program è più impegnato che mai a fornire supporto essenziale ai pazienti e alle loro famiglie. Restiamo impegnati a fornire servizi gratuiti per i pazienti nella nostra comunità, tra cui trasporto e attrezzature, prestiti, articoli per la cura personale e di conforto, parcheggio e istruzione pratica.

29:34

Questi servizi sono resi possibili dalla generosità dei nostri donatori, attraverso donazioni una tantum , donazioni mensili, raccolte fondi da terze parti, sponsorizzazioni aziendali e opportunità di volontariato.

29:45

Visita cancer assist.ca. Per scoprire come puoi fare la differenza nella vita dei pazienti oncologici e delle loro famiglie.

29:53

Siamo tornati con Neil Johnson e Jennifer Smith a parlare del sesto piano contro il cancro dell'Ontario, e ne abbiamo parlato.

ore 30:00

Ho diversi pilastri in quel piano, e quali piani si stanno sviluppando nella nostra regione per implementare alcuni aspetti del piano. E una delle cose che è

30:12

è una sfida che devono affrontare i fornitori di assistenza nell'area del cancro è l'incredibile aumento di nuove terapie efficaci e la necessità di adottarle, ma allo stesso tempo, ci sono impatti sulle risorse, ci sono costi di farmaci o nuove radioterapie o altri approcci, le esigenze di formare gli individui per essere in grado di fornire l'assistenza più vicino a casa. Quindi è una questione complicata e tutto questo è informato dalle sperimentazioni cliniche sul cancro, di cui abbiamo parlato in podcast in precedenza. Ma fondamentalmente le sperimentazioni cliniche stanno semplicemente testando nuove terapie, prima per la loro tossicità, qual è la loro tolleranza negli esseri umani, in una fase iniziale, quindi la chiamiamo fase uno, quindi si passa a vedere dove è efficace che tipo di cancro, e poi lo si confronta con le migliori terapie attuali per vedere se è un miglioramento rispetto a loro, sia combinandolo con il migliore esistente o forse è un trattamento singolarmente migliore di qualsiasi cosa abbiamo avuto prima, e poi essere una sperimentazione di fase tre. Quindi c'è un modo per introdurre questi nuovi approcci terapeutici, ed è meraviglioso che ciò stia accadendo, ma è anche molto difficile per i centri oncologici attualmente

31:30

aggiornarsi rapidamente e integrarsi

31:34

in sale chemioterapiche, sale radioterapia, ecc . già molto affollate, e avere personale sufficiente formato e disponibile per somministrarle, quindi sono sicuro che questo sia un problema che vi assilla in questo momento, e come lo fate e forse ascoltate i vostri pensieri, perché so che ampliare l'accesso alle sperimentazioni cliniche è importante per la giuria, e lo è sempre stato ad Hamilton. Penso che faccia parte della filosofia di McMasters di essere un'area di innovazione,

32:08

ma ciò crea

32:10

anche alcune tensioni per l’istituzione, quindi l’espansione delle sperimentazioni cliniche e l’adozione di nuovi approcci

32:18

e mantenendo un sistema sostenibile. Ragazzi, che sfida avete. Sono contento di fare domande solo in ufficio. Bill, solo un altro giorno in ufficio, forse posso provare a fare un po' di luce sulla questione. E poi Jen e il suo ruolo di supervisione del nostro complesso programma di ematologia maligna ha, credo, alcuni esempi di casi davvero buoni . Sai, Bill, sei cresciuto negli ospedali universitari per tutta la tua carriera.

32:47

Ho lavorato anche negli ospedali universitari per tutta la mia carriera. E sappiamo quanto sia importante che gli ospedali universitari svolgano la ricerca. E sai, quello delle sperimentazioni cliniche è davvero importante per me e per il nostro programma, io, sai, ho detto ai nostri team, siamo un centro oncologico intensivo di ricerca , punto e basta, limite della frase. E quindi significa fare davvero le cose seriamente in merito. E quindi il nostro piano di trasformazione per le nostre sperimentazioni cliniche, speriamo di vederlo crescere del 100% nei prossimi due anni, giusto? Quindi in termini di numero di sperimentazioni, numero di personale, numero di ricercatori, numero di progetti in corso, e questo richiede molto. Ci sono molte parti in movimento. Non sta tutto funzionando bene in questo momento, ma vogliamo farlo per un paio di cose. Sai, c'è il contributo alla scienza e alla ricerca e questo è, sai, è giusto, ma va anche oltre. Questo è anche un problema di qualità dell'assistenza per i nostri pazienti, giusto? A volte, sai, ci sono malattie che non hanno trattamenti efficaci, e l'unico modo in cui una persona può avere una speranza di una vita più lunga e migliore è attraverso le sperimentazioni cliniche di un nuovo agente. Sai, quando ero a Londra, ho incontrato il nostro gruppo consultivo di pazienti familiari. E gli ho chiesto, in cosa dobbiamo davvero essere bravi come centro oncologico? E ognuno ha dato le sue risposte interessanti, ma uno dei nostri pazienti, che era un paziente con mieloma, ha detto, Neil , devi essere davvero bravo nella ricerca e nella ricerca clinica e nelle sperimentazioni cliniche. E gli ho chiesto di questo in seguito, e ha detto, non c'è cura per la mia malattia, e la mia vita dipende dal tuo successo nelle sperimentazioni cliniche. Quindi questo mi ha sempre motivato, Bill, e sai, ti motiva nei nostri team. Ma poi questo porta all'interessante enigma di cui stai parlando, giusto? Sai, abbiamo avuto successo

34:31

trattati o studiati agenti diversi, molecole diverse, e ora sono in pratica. Come fai a gestire ogni due settimane che riceviamo e-mail con questo agente è stato migliorato, e questa indicazione e così via. E non è solo come scrivere una prescrizione

34:46

per il farmaco. C'è una formazione coinvolta. Ci sono anche risorse coinvolte. E abbiamo anche problemi di capacità, perché in precedenza il trattamento del cancro, sai, si doveva affrontare.

35:00

Trattamento, e poi interromperesti il trattamento, e aspetteresti di vedere come vanno le cose e faresti un follow-up. La maggior parte dei nostri trattamenti ora sono in corso per il resto della vita di una persona. E quindi è una buona cosa, perché le persone vivono più a lungo e meglio, ma è anche un'intensa risorsa di ricerca . Quindi il nostro sistema, la nostra suite di trattamento sistemico, ad esempio, è cresciuta in volume del 50% negli ultimi quattro anni, 50% e quindi, sai, non posso costruire un edificio abbastanza grande o abbastanza veloce per far fronte a cosa ospitarlo. Quindi questo ci riporta a quell'altra, altra filosofia. Ma come possiamo non solo adottare ma fare i trattamenti in modo diverso, non nel centro oncologico, forse a casa di qualcuno in un ambiente diverso, alternativo e così via, giusto? Quindi, ma io, Jen, ho alcuni esempi davvero buoni con i prodotti di cui non riesco mai a ricordare il nome, ma sì, lo farei, grazie alle sperimentazioni cliniche e all'accesso ad esso. Voglio dire, abbiamo imparato molto a livello locale sul lato ematologico della casa sugli anticorpi che coinvolgono le cellule T, o bispecifici , come erano conosciuti, e sai, è stato attraverso la clinica, meglio cercare di spiegarlo un po' ai nostri ascoltatori. So di cosa stai parlando. Sì, potrebbero non essere anticorpi che coinvolgono le cellule T. Quindi è un tipo di terapia che aiuta per una serie di indicazioni diverse, per i pazienti con tumori del sangue. Sai, è un tipo di trattamento innovativo e ha qualche sfumatura in termini di alcuni degli effetti collaterali che si verificano dopo l'infusione di questi farmaci che richiedono una formazione e un'istruzione molto specializzate per il nostro personale e per i nostri fornitori in termini di somministrazione di questi farmaci. Quindi in realtà, attraverso le sperimentazioni cliniche, siamo stati in grado di ottenere un'esperienza di prima mano con l'adozione di alcune di queste terapie. E quello che penso abbia fatto anche, mentre all'inizio era molto dispendioso in termini di risorse, e dovevamo davvero essere molto determinati nella nostra pianificazione di come li avremmo forniti, quello che ha fatto anche è stato darci l'opportunità di essere leader in tutta la regione e persino tra le altre regioni, in termini di come potremmo continuare ad adottare questa terapia ora che sempre più di questi tipi di farmaci stanno diventando linee di terapia approvate per i pazienti. Quindi penso che sia uno di quelli. È stato un apprendimento fondamentale per me su come dobbiamo davvero essere

37:00

assicuriamoci di essere consapevoli di quanto stiamo promuovendo l'accesso e di garantire che abbiamo processi molto solidi in atto e stiamo facendo un'analisi di impatto approfondita su quale dovrebbe essere il percorso per i pazienti mentre ricevono questi tipi di terapie, e appoggiamoci ai nostri partner per essere in grado di aiutare con parte di quella capacità una volta che i farmaci saranno approvati e diventeranno quelle linee regolari di terapia. Quindi è un buon apprendimento che penso possa essere applicato anche ad altre sperimentazioni cliniche, ed è qualcosa a cui dobbiamo continuare a rivolgere la nostra attenzione mentre pianifichiamo in modo che questi agenti facciano la fattura ad esempio, sai, la monografia o le istruzioni sarebbero che tu, quando prendi questo farmaco, devi essere ricoverato per una settimana o cinque giorni, giusto? E va tutto bene e va tutto bene, ma quando non hai letti, è difficile farlo, giusto ? Ma attraverso i nostri medici, che fanno parte del team di ricerca che sta facendo questo , hanno acquisito familiarità con esso, hanno adottato una pratica che non richiede quel livello di ammissione, che richiede un modo diverso di fare le cose, giusto? Quindi è qui che essere in prima linea nelle sperimentazioni cliniche, acquisire esperienza con queste molecole e i trattamenti della vita reale ci aiuta a scegliere la transizione. E poi anche altri altri siti partner, come i partner sanitari di Trillion Health a Mississauga e altri centri oncologici in giro si affidano a noi per dare loro quel consiglio, perché non hanno quell'esperienza. Non hanno fatto le sperimentazioni cliniche. Quindi c'è un, sai, c'è un, penso, un percorso virtuoso tra ricerca e adozione. E in che misura possiamo usare parte della tecnologia virtuale per facilitare così, gran parte del monitoraggio può essere fatto da remoto in questi giorni. E so che c'è un progetto in corso, e ho dimenticato come si chiama, predire o prevenire o qualcosa che BJ Devereaux, beh, è vicino.

38:50

Era una parola che inizia con P?

38:53

monitorare,

38:55

iniziando dalla cardiologia, ma per passare all'oncologia per provare e, credo, ridurre al minimo la necessità che i pazienti vengano e vengano visitati in un centro oncologico, e quindi liberare alcune risorse, ma anche migliorare la situazione per il paziente e non devono viaggiare, preoccuparsi del parcheggio, ecc ., ecc. Quindi l'uso creativo della tecnologia applicata a situazioni come questa, con tutti i tipi di monitoraggio remoto di aiuti che abbiamo, i dispositivi indossabili che ti faranno abbassare la pressione sanguigna, l'ossigeno, quant'altro può essere utile in tal senso. Quindi credo che dobbiamo solo continuare a cercare approcci innovativi per implementare i cambiamenti davvero entusiasmanti che stanno arrivando nel trattamento e nella fattura. Penso, credo che questo aiuti anche con l'esperienza del paziente. Un paio di settimane fa, eravamo in una chiamata provinciale e uno dei mariti di una paziente che sfortunatamente ha dovuto andare negli Stati Uniti per o per il trattamento con cellule staminali, credo, ha parlato della sua esperienza, giusto? Ha dovuto vivere a Cleveland in una specie di hotel

39:57

per 100 giorni, e non poteva essere, sai, con o.

40:00

Lontano da sua moglie, che era sua, che era la paziente, sai, non poteva essere a più di 100 piedi di distanza da lei, giusto? Quindi pensi alla rottura di quella massiccia rottura della tua vita, e al costo, e al costo di 100 giorni in hotel da qualche parte, sì, e, e, e. Quindi, sai, pensi all'opportunità di risiedere nella tua stanza, nella tua suite, ma anche di avere il supporto degli esperti alla chiave dei giurati . È abbastanza sorprendente pensare a cosa potrebbe riservare quel futuro. Quindi, sai, abbiamo in corso alcuni test di ricerca attivi su questo. Vogliamo assicurarci che sia sicuro ed efficace, ovviamente. Ma sai, questi sono i tipi di cose che dobbiamo pensare in modo diverso

40:37

circa. Beh, è una sfida enorme pensare in modo diverso, ma come si fa a pensare in modo diverso a qualcosa come un'auto, una cellula T, la consegna, l'intero processo di produzione, il tempo necessario per la produzione, il tempo necessario per ottenerla, l'infusione, il rischio di conseguenze piuttosto gravi,

40:55

sai? Come fai a come gestirlo in modo diverso? Cosa stanno pensando di fare gli ematologi a riguardo? Sì, penso che la sfida più grande in questo momento con la T sia rimanere al passo con quello che verrà dopo, giusto? Ci incontriamo a livello provinciale, ci incontriamo a livello locale per parlare di cosa c'è in cantiere, non solo di quello che abbiamo attualmente approvato, ma di quello che arriverà e, sai, ci sono nuovi farmaci che potenzialmente saranno approvati in arrivo. Sai, all'inizio del 2025

41:21

che rappresenta la car t come un'opzione per i pazienti affetti da mieloma multiplo che non è mai stata introdotta prima, questo sarà da una prospettiva di capacità, da una prospettiva di pianificazione, è enorme per noi a livello locale e anche in tutta la provincia. In questo momento. Penso che il modo in cui la stiamo pensando in modo diverso è che stiamo davvero, davvero facendo affidamento sulle nostre partnership con alcuni degli altri ospedali, Trillium Health Partners come Neil, ha menzionato il Grand River Hospital e il loro centro oncologico mentre cercavano di sviluppare i propri programmi di terapia cellulare e di rafforzare davvero quelle partnership che abbiamo per trasferire i pazienti di cura,

41:54

sai, che sia il primo giorno dopo il trapianto , in modo che possiamo davvero mantenere parte di quella cura specializzata per Car T locale mentre continuiamo a gestire quei pazienti e poi capire come possiamo espanderci e supportarli nel loro inserimento e apprendimento. Quindi è lì che siamo davvero in tutta la provincia, cercando di creare un certo livello di integrazione. Continuiamo a tornare a quella parola,

42:13

ma integrando i programmi, sai, i nostri tre centri principali sono Princess, Margaret, Ottawa e Hamilton, e poi supportando i nostri siti partner nello sviluppo dei loro programmi per aiutare a costruire quella capacità. Quindi penso che sia davvero così, dal lato ematologico della casa, che stiamo cercando di reimmaginare come possiamo fornire assistenza e allo stesso tempo tenerci aggiornati su tutte le nuove terapie e e anche essere pronti a livello locale. E Bill, intendo, quest'estate, quando abbiamo lanciato il programma Grand River in collaborazione con Grand River, è stato il primo programma sulle cellule staminali, un nuovo programma sulle cellule staminali in oltre una dozzina di anni nella provincia dell'Ontario, giusto? Quindi, questo è il tipo di lavoro che dobbiamo fare con i nostri centri regionali. Se stanno facendo quei tipi di trattamenti per i pazienti che risiedono o le persone che risiedono nelle loro comunità, non devono venire al Jarvinsky e quindi siamo in grado di fare altre cose. E giusto? Quindi, è un continuo cosa c'è dopo? Tipo di approccio. Per molti anni, l'area di Kitchener Waterloo ha indirizzato qui la sua ematologia complessa. E quindi la misura in cui possono avere capacità a livello locale, scarica il nostro centro. È positivo per i pazienti avere le cure nella loro, propria regione. E quindi è una situazione vantaggiosa per tutti .

43:20

Immagino che di solito pensiamo all'integrazione più come a un fenomeno locale o regionale, mentre in realtà stiamo parlando di un'integrazione provinciale . di programmi. Ci sono più livelli di integrazione , parola sul tovaglietta qui. Quindi questo è un buon esempio di provincia. Forse basta concludere con un po' di chiacchiere sul miglioramento della qualità della vita degli abitanti dell'Ontario. Questo è il quarto pilastro di questo piano oncologico e cosa significa a livello locale e regionale. Quali sono le cose a cui stai pensando, o cosa rientra in quel pilastro, dal punto di vista del centro oncologico Jarovinsky .

44:03

Voglio dire, a livello locale, cosa pensiamo. Quindi, alcuni nuovi, nuovi report, nuovi dati sono stati resi disponibili da Oh CCO che esaminano davvero ciascuna delle regioni e i loro dati di sopravvivenza. E questa è una novità di giugno, e ora stanno effettivamente cercando un feedback in termini di come possiamo utilizzare quei dati per informare la pratica. Ed è, è davvero interessante vedere, sai, come ci confrontiamo con le nostre altre regioni da una prospettiva di sopravvivenza, quando guardiamo davvero a quella, sai, qualità della vita e fornitura di assistenza ai pazienti oltre il loro , sai, il loro percorso di cancro acuto mentre continuano a vivere, a conviverci. E sai, l'unica cosa a cui penso a livello locale al JCC, come possiamo aiutare in questo, è davvero continuare le nostre partnership con i nostri team sanitari dell'Ontario e la più ampia rete sanitaria Hamilton Health Network per assicurarci davvero di coinvolgere anche i nostri fornitori di cure primarie come parte di questo. Sai, penso che storicamente, a volte quando i pazienti ricevono quella diagnosi di cancro, il loro il loro team oncologico li circonda, mentre noi lasciamo il medico di base in attesa, se ne siamo informati.

45:00

Tutti, e penso che questa sia stata una lezione fondamentale per noi, che, sapete, sono così importanti in quella fase di screening, e sapete, in quelle fasi iniziali di diagnosi precoce, beh, come possiamo continuare a sfruttarle e coinvolgerle come parte di tutto ciò, sapendo che questi pazienti continueranno ad avere esigenze complesse, sapete, oltre quella fase di trattamento acuto.

45:18

Quindi penso che una cosa che mi viene in mente in termini di come possiamo davvero concentrarci sulla qualità della vita degli abitanti dell'Ontario sia adottare un approccio multi-provider e assicurarci di coinvolgere a tutti i livelli i nostri provider per assicurarci che siano informati e in grado di supportare i pazienti. Penso che l'altra legge, ed è divertente, non abbiamo nemmeno menzionato l'intelligenza artificiale in questa conversazione. Avevo paura di scendere, lo so, ma io, ma lo tirerò fuori. Sai, quando pensi alla qualità della vita, quando sei nel percorso del cancro, sai , sai, questo è un trattamento molto complesso e ognuno ha un background diverso, giusto, un problema diverso. Abbiamo parlato dei determinanti sociali della salute un po' di tempo fa come esempio, e quindi, sai, stiamo iniziando a raccogliere più dati sulle circostanze individuali delle persone proprio nella loro cartella clinica. Quindi è la loro cartella, non la nostra. Ma allora, come utilizziamo gli strumenti di intelligenza artificiale per identificare le persone a rischio nel loro percorso oncologico, a rischio di essere persi al follow-up, o forse a rischio di cui abbiamo parlato con l'auto T con, sai, effetti collaterali specifici. Come possiamo essere sicuri di pensare a queste cose e quindi progettare i servizi attorno a loro? Ho risorse limitate. Non ho risorse illimitate. Quindi il modo in cui la penso è che devo assicurarmi che le risorse che ho siano prioritarie per coloro che hanno le esigenze più elevate. E, sai, abbiamo sempre pensato che sarebbe stata una cosa grandiosa da fare, ma penso che con l'intelligenza artificiale e la raccolta di alcuni dati al riguardo, possiamo pensarci in modo diverso e possiamo prevedere e identificare meglio i pazienti che avranno delle sfide. Sappiamo che stiamo lavorando alla chiave dei giurati , esaminando i pazienti che arrivano al nostro pronto soccorso e i nostri strumenti di intelligenza artificiale possono prevedere le persone o identificare le persone a più alto rischio di riammissione dopo il loro ritorno dopo essere state dimesse, ad esempio. Quindi penso che ci siano molte cose su questo. L'altro aspetto che mi colpisce è, sai, che è un mondo digitale. Abbiamo l'app MyChart, che collega i pazienti, e stiamo solo scalfendo la superficie di questo. E penso che ci sia, ero negli Stati Uniti un paio di mesi fa con il nostro fornitore IT, e le cose che stanno succedendo negli Stati Uniti, con le persone connesse in tempo reale, con i loro team di assistenza, semplicemente trasformative, e questo può anche migliorare l'esperienza, ma anche i risultati. Quindi stiamo solo scalfendo la superficie di queste cose. Quelle cose potrebbero essere più un intervento specifico di Jarvinsky , ma queste sono alcune cose che sai che più avanti, dovremo integrare nel nostro pensiero, le cose che ci vengono in mente. Ed ero frustrato dal fatto che quando ero nel ruolo cercavo di implementare completamente la potenza dell'E SaaS, che è la Symptom Assessment Scale, che, sai, ti dà una valutazione di quanto dolore, disagio, ansia, depressione, un paziente sta vivendo. Se non sei a conoscenza di queste cose, non puoi nemmeno iniziare ad affrontarle o indirizzarle ai servizi. E c'era, sembrava esserci una sorta di riluttanza in parte da parte del paziente a completare lo strumento, in parte da parte dei fornitori a utilizzare lo strumento. E sembrava un'opportunità persa per aumentare la qualità delle cure dei pazienti. Non so come sta andando nel sistema in questo momento, o specificamente nei giurati, ma potrebbe essere un'area in cui l'intelligenza artificiale potrebbe anche essere applicata per creare, sai, bandiere che indirizzano davvero le persone in modo abbastanza automatico ai servizi in modo che lì, ci sia un'opportunità per affrontare qualsiasi cosa stia compromettendo la qualità della vita in un modo più efficace. Quindi, sì, spero che tu stia andando meglio di me. Beh, penso che l'intera provincia abbia avuto un calo, ma siamo in cima a quella cattiva provincia dove stiamo andando, non troppo male. Ma, sai, è interessante, Bill. Voglio dire, East House è un ottimo strumento, ed è davvero solo uno strumento di raccolta dati, giusto? Come sta il paziente? Giusto? E penso che al giorno d'oggi , come al giorno d'oggi, abbiamo iniziato solo 10 anni fa, giusto? Ma, sai, al giorno d'oggi , ci sono diversi modi per ottenere quei dati. Ma per tornare al tuo punto, abbiamo bisogno di quei dati per servire efficacemente coloro che cercano le nostre cure. Ecco a cosa si riduce. Non puoi semplicemente raccogliere i dati per il gusto dei dati. Devi usarli in modo che abbiano un impatto sui risultati. Mi sembra che un po' in una sessione di pianificazione di Cancer Care Ontario in questo podcast qui, forse hai pensato che Vancouver dovesse ripianificare l'OCP sei, ma per me, questa è stata una grande discussione. Spero che i nostri ascoltatori ne abbiano tratto beneficio e abbiano avuto un'idea più ampia di gran parte del duro lavoro che c'è dietro il pensare a come migliorare continuamente il sistema. Ed è migliorato enormemente da quando è stato fatto il primo piano oncologico nel 2005

49:59

E.

50:00

Continuerà a migliorare man mano che si evolve, ma ci saranno sfide continue, ed è per questo che dobbiamo continuare a pianificare e fare le cose

50:09

meglio. Nino Johnson, Jennifer Smith, grazie mille per il vostro tempo. Grazie per le vostre idee e per essere qui oggi per il podcast. Grazie mille. Mi è piaciuto. Grazie.

50:22

Grazie per aver ascoltato il podcast Cancer Assist. Trova altri episodi, risorse e informazioni su Cancer Assist.ca o segui il programma Cancer Assistance su Facebook, Twitter e Instagram.

50:34

Grazie per l'ascolto. Tu