Cuidar para planejar, planejar para cuidar: mergulhando no Plano Regional do Câncer 6

00:02

Bill, você está ouvindo o podcast cancer assist, apresentado pelo Dr. Bill Evans e trazido a você pelo Cancer Assistance Program. Onde quer que você esteja em sua experiência, estamos aqui para fornecer ajuda e esperança enquanto você navega na prevenção, tratamento e cuidado do câncer,

00:17

ajuda quando você realmente precisa.

00:20

Bem-vindo ao podcast de assistência ao câncer. Sou seu anfitrião, Dr. Bill Evans, e hoje estou dando as boas-vindas a dois convidados para o podcast. Anil Johnson, que é o vice-presidente de oncologia e vice-presidente regional de oncologia da Ontario Health e para o Hamilton Ira Haldeman, Brandt Lin, isso é um bocado, mas não é mais um Lin, mas é a região. Acho que entendemos isso. E Jennifer Smith, que é a diretora do Programa Regional de Câncer para a mesma região, e você também tem responsabilidades em hematologia, eu acho, parece uma dupla tarefa, e deve estar esticando as pessoas muito finamente na chave dos jurados atualmente. Mas acho que isso é um desafio em todo o sistema em termos de números de líderes, profissionais e enfermeiros, então todos estão trabalhando muito, muito duro. O que queremos falar hoje é, na verdade, como o Cancer Care Ontario planeja os serviços que oferece. E apenas como um histórico. Tenho idade suficiente para ter estado por perto no primeiro plano de câncer de Ontário, que foi feito em 2005

01:28

de três anos contínuos , e eu realmente tenho uma cópia deles. Então, como estamos no YouTube atualmente, eu posso realmente segurá-lo, e você pode ver este livreto bonito e brilhante aqui que expôs uma série de prioridades. E naquela época, as prioridades eram muito em torno de um sistema que estava com poucos recursos. Não tinha máquinas suficientes, não tinha centros de câncer suficientes, e não tinha pessoas suficientes, e não tinha orientação suficiente sobre como fornecer atendimento de qualidade ao paciente. E então os planos de ação foram construídos em torno de todos esses itens. E subsequentemente a isso, um relatório de progresso foi lançado em 2008 2009

02:09

que realmente mostrou que houve um progresso significativo feito contra todas essas questões, ou planos para mais seis centros de câncer, por exemplo, na província de Ontário. Então, houve muitos benefícios desses planos, que agora estamos no plano seis, e acho que é uma das características que torna o sistema de câncer em Ontário um dos melhores do mundo.

02:34

Então, mas sempre há espaço para melhorias, certo? E então o plano seis é sobre o que queremos falar, e como algumas dessas melhorias serão, e como elas podem ser implementadas em nossa região. Então

02:47

você liderou vários desses planos também, Neil, e você pode querer dar sua própria impressão de quão eficazes eles foram antes de mergulharmos no plano seis e em algumas das áreas temáticas que estão sinalizadas para desenvolvimento futuro? Sim, feliz por Bill, e é sempre ótimo conhecê-lo, Bill. Nós sempre tivemos Bill e eu sentados na mesa de liderança provincial por vários anos juntos, então é sempre bom reconectar com você e, obviamente, com seus ouvintes no podcast. Você sabe que está certo. Quero dizer, você não pode melhorar um sistema, seja um sistema de câncer ou sistema de saúde, se você não tiver um plano. E eu acredito que o Cancer Care Ontario tem sido muito bem-sucedido, realmente, nas últimas duas décadas. Certo sobre organizar planos, mas também executá-los. Quero dizer, um plano sem execução não é nada. Não é nada. Você sabe, pode dar um pequeno passo para trás e apenas dizer às pessoas, existe um Cancer Care Ontario. O que é isso? E se transformou um pouco agora em uma organização maior chamada Ontario Health. Mas talvez recue um pouco, sim, deixe-me dar-lhe um pouco de contexto. Eu adoro a história disto, porque acho que se não conhece a história das organizações, não consegue entender a cultura e como elas surgiram, então se voltar para os anos 1900 parece muito tempo atrás, mas é, eu acho, agora. Sabe, nos anos 1930 e 40, quero dizer, havia um tratamento de câncer muito limitado disponível. O rádio estava apenas a entrar em funcionamento, e havia a necessidade de criar centros em torno do rádio, porque há muito pouco rádio disponível na radiação. E então, sabe, houve uma comissão real, ou uma comissão de Ontário que foi formada que disse que precisávamos de um sistema de câncer, e foi isso que realmente deu origem à Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. Agora, os seus ouvintes podem querer saber que o inimitável Dr. Bill Evans tem realmente um papel na nomeação do atual Cancer Care Ontario. Agora estou Sou levado a acreditar. E você pode contar a história depois se quiser, Bill, mas a mudança de nome de OC T ou F ou Ontario Cancer Research and Treatment Foundation para Cancer Care Ontario, Bill teve um pequeno problema com isso, mas vou deixar isso para mais tarde no podcast, talvez.

04:55

Mas com o tempo, o Cancer Care Ontario administrou centros de tratamento de câncer e.

05:00

Mas não tinha realmente supervisão para coisas como cirurgia de câncer, recuperação, paliação e assim por diante. E então em 2004

05:08

ou lá sobre o Cancer Care Ontario mudou. Tornou-se realmente uma organização de planejamento, uma organização de melhoria, e os hospitais assumiram as operações do centro de câncer. Então , por exemplo, o Jarvinsky Cancer Center aqui, com o qual os hamiltonianos estarão bem familiarizados. E então, durante esse período de tempo , lançamos plantas de câncer, a medida completa da jornada de tratamento do câncer, desde a triagem e prevenção até o tratamento, seja cirurgia ou quimioterapia ou hematologia e malignidades que Jen supervisiona em nosso centro e também radiação. Então, realmente, todo um continuum de serviços . E então um dos princípios, no entanto, em que operamos é desenvolver plantas e executar plantas em nível provincial. E sua boa amiga minha, Mary Gospoderwitz , Dra. Mary Gosper Edwards, que é uma líder internacional, reconhecida internacionalmente em serviços de câncer. Eu estava em uma reunião com executivos de hospitais há dois anos, e ela falou sobre isso mesmo, qual é o estado da arte com o planejamento do câncer em todo o mundo? E, claro, todas as nações desenvolvidas têm planos de câncer. Até mesmo muitas nações em desenvolvimento no mundo têm planos contra o câncer. Então, não importa onde você esteja no mundo, há um mecanismo de planejamento para melhorar os serviços para pacientes com câncer, porque o impacto do câncer em nossa sociedade é muito grande, e Ontário não está sozinho, mas tem sido muito bem-sucedido em fazer seus planos. E

06:39

o último comentário que eu teria sobre essa parte, Bill, é que o plano é realmente desenvolvido com três partes componentes, ou as contribuições de três partes componentes. Primeiro , ele tem que ser orientado para o que os pacientes precisam, o que os pacientes querem. E então damos ênfase específica em envolver os pacientes sobre o que é importante para eles. E então, por exemplo, eu participei do plano que foi desenvolvido para o comitê que desenvolveu o sexto plano de câncer de Ontário, sobre o qual falaremos hoje, e um paciente estava copresidindo esse trabalho ali. E então é realmente importante ter esse feedback lá. Segundo, e você vai você vai apreciar isso pela sua experiência, tem que ser baseado em evidências. Temos que usar as melhores evidências para informar no que vamos investir. O exemplo que eu usaria mais recentemente é o rastreamento do câncer de pulmão. Então, lançamos o rastreamento do câncer de pulmão em toda a província e, com base na sua experiência profissional, você entenderá isso muito bem

07:32

Bem. E em Hamilton, nós lançamos isso no St Joseph's, e vamos expandir isso com base em pesquisas clínicas importantes que foram feitas provavelmente há menos de uma década, que realmente mostraram que a triagem de uma certa maneira levará a melhorias no tempo que as pessoas vivem com a doença e na sobrevivência, sobrevivência e nas taxas de morbidade e mortalidade disso, certo? Então, tem que ser ancorado em boas evidências. E então o terceiro componente realmente é garantir que aqueles que estão fornecendo o cuidado. Tenham voz no processo, certo? Porque eles são os únicos, os oncologistas, os enfermeiros, os farmacêuticos, os nutricionistas, os assistentes sociais, que veem os desafios dia após dia, e então essa é uma parte muito importante , fazê-los dar voz a isso, o que eles veem, e ver isso no plano. Então, essas são todas as entradas. Muitas outras coisas entram nisso, mas é mais ou menos assim que abordamos o processo de planejamento, e acho que é muito importante para nossos ouvintes ouvirem porque um dos resultados é, de fato, que este é um sistema provincial. Então , no final, o atendimento dado em cada um dos centros de câncer, e há 14 deles, é praticamente o mesmo. Existem algumas áreas de especialidade. As coisas foram racionalizadas para alguns centros apenas porque são pouco frequentes e o volume é importante para ter a expertise concentrada e produzir os melhores resultados. Mas quero que as pessoas saibam que há planejamento para todo o sistema e que há qualidade incorporada em todo o sistema, para que possam ter certeza se forem atendidas em Niagara , em Hamilton, no Princess Margaret Hospital. Em um nível de atendimento, elas receberão atendimento equivalente porque tudo é baseado em evidências, e todos nós estamos tentando impulsionar melhores apoios psicossociais e e outros elementos de qualidade que criariam um excelente sistema de assistência. Acabei de perceber na parte inferior do plano de 2005 que está impulsionando a qualidade, e acho que essa qualidade impulsionadora, essa ideia, está lá desde o início, e ainda estamos impulsionando a qualidade, a responsabilidade e a inovação em todo o sistema de Ontário. Então, e acho que é isso que cada um dos planos sucessivos tentou fazer, e identificar a próxima área onde podemos inovar, ou a próxima área onde podemos adicionar qualidade a todo o sistema, para que a experiência do paciente e a experiência do provedor sejam aprimoradas. Então, isso está realmente por trás da ideia de ter este podcast, é tentar tornar nossos ouvintes mais conscientes de como como as coisas acontecem. Não é por acaso, ou um médico aqui acha que esta é uma boa, melhor maneira de tratar o câncer e.

10:00

Então não temos isso. Temos um sistema que é baseado em evidências e que há um planejamento muito cuidadoso que foi feito nele. E eu acho que há uma evolução interessante no planejamento, porque eu acho

10:09

podemos usar mais recursos, e certamente mais financiamento para os recursos, mas nós temos centros de câncer que estão bem distribuídos em nossa província agora, eles não estavam antes. Então isso foi abordado desde o primeiro plano de câncer que precisávamos ter mais centros e distribuí-los apropriadamente, o planejamento de recursos humanos é muito mais sofisticado do que nunca,

10:31

e há um mecanismo realmente excelente de geração de evidências, não apenas em torno de tratamentos, mas na organização de sistemas por meio do nosso programa de cuidados baseados em evidências que se baseia aqui na McMaster, essas coisas que você estava mencionando, a base de evidências é tão importante que não fazemos as coisas só porque alguém acha que é uma boa ideia. É baseado em pesquisas sólidas. E então eu acho que vimos melhorias sucessivas no sistema de câncer em cada um dos planos, e não revisaremos todos os cinco planos que nos levam a

11:05

tem uma série de seis partes ou algo assim, mas o plano de câncer de Ontário, eu acho interessante por causa de onde ele está enfatizando as coisas. Algumas das coisas que estão se tornando uma prioridade não apenas na área da saúde, mas eu acho que de forma mais geral, toda a noção de equidade, eu acho que parte disso sai das nossas discussões em torno

11:27

o que fizemos como colonos para nossos povos indígenas e, mas também reconhecemos que somos uma sociedade pluralista, e temos muitos grupos diferentes aqui. E há grupos que estão sendo prejudicados de alguma forma e não têm acesso ao centro de câncer? Então

11:46

esse é realmente o primeiro bloco neste novo plano de câncer. Estou meio interessado em ouvir seus pensamentos sobre a relevância disso para Hamilton, Nigra,

11:58

Área de Brandt, Haldeman A área de Brandt é que claramente temos bolsões de comunidades marginalizadas em termos das chamadas áreas vermelhas frias e em Hamilton, mas Branford e St Catherines têm áreas semelhantes, talvez menores, mas ainda assim estão lá. Temos uma grande população aborígene, seis nações. Então, o que é equidade ? Como é melhorar a equidade?

12:31

na nossa região? Sim, talvez você possa começar. E então eu sei que Jen tem muitos bons exemplos de seu trabalho mais diretamente com suas equipes em toda a região, você sabe, voltando ao plano. Então , se eu pudesse por um minuto, Bill, você sabe, você fala sobre os planos de um a cinco, cada um deles tinha uma ênfase temática diferente, certo? Então o primeiro foi em torno de, meio que voltando ao básico, porque não sabíamos quais eram os tempos de espera para cirurgia de câncer como exemplo, certo? Construindo as bases de novos centros de câncer e assim por diante, certo? Em algum lugar no futuro, acho que foram três ou quatro, entramos no atendimento centrado na pessoa e avançamos essa noção de que os pacientes têm que ter voz no sistema, certo? E, e você está certo. O próximo tema, realmente é sobre equidade. E, você sabe, aqui estou falando sobre base de evidências científicas, mas vou fazer um comentário não científico , e você pode me desafiar sobre isso, mas, você sabe, acho que é útil para o efeito. Sabe, eu acho que a questão da equidade é ainda maior no sistema do câncer, em termos de impacto, do que fumar e usar tabaco. Sabe, quando você pensa, explique-se,

13:30

as desigualdades em nossa sociedade deixam muitas pessoas para trás. E então esse resultado de saúde é realmente o que vemos todos os dias. Vemos pessoas que caem nas rachaduras, pessoas que não podem, você sabe, que são diagnosticadas em estágio terminal da doença, que não conseguiram nem chegar a um local de triagem, ou não sabem, têm um médico de família, ou têm algum outro impedimento em sua vida de uma perspectiva de determinantes sociais de saúde, e então , você sabe, estamos deixando-os para trás. Nós planejamos o sistema historicamente, ou muitas vezes, parece que planejamos o sistema para caras brancos ricos como eu. E você sabe, a realidade é que eu posso navegar no sistema. Muitas pessoas não podem. E então, você sabe, o que isso significa? Bem, você sabe, parabéns pelo trabalho que você fez quando estava na minha cadeira no meu escritório, ou o que é agora meu escritório, eu acho, com o treinador móvel que temos que viaja por esta região e leva exames de câncer para esses grupos. Mas mais do que isso, acho que não se trata apenas de levar os serviços para lá, mas também dos relacionamentos que estamos construindo com esses grupos comunitários que representam, defendem e lidam com comunidades muito subespecializadas em nossas áreas, que podem ser uma comunidade de imigrantes, podem ser áreas muito empobrecidas da nossa sociedade, sabe, e estamos construindo esses relacionamentos com eles para que possamos entender melhor, sabe.

15:00

Eu digo à nossa equipe, você sabe, a primeira coisa que você pode fazer é procurar entender e então desenvolver os serviços em torno dessas coisas. Mas Jen, talvez você possa compartilhar algumas das coisas . Quero dizer, em seis meses você viu no trabalho aqui, bem, eu acho que o treinador móvel é um ótimo exemplo disso. E não se trata apenas de triagem, você sabe, populações carentes, mas populações sub-triadas, e realmente usar, você sabe, um espírito de promoção da saúde como uma forma de, você sabe, fornecer informações sobre por que você deve ser rastreado. E então, ainda mais, quando falamos em ter essa voz presente e realmente garantir que nossas comunidades indígenas ou comunidades carentes estejam realmente ajudando com esse design de CO. É desenvolver esses caminhos de acompanhamento para eles , caso algo seja identificado por meio da triagem. Então, isso é definitivamente algo em que continuamos a focar, e recentemente formulamos novas parcerias com algumas de nossas comunidades indígenas e organizamos alguns caminhos de acompanhamento muito robustos para elas por meio de Brantford ou onde quer que o local de triagem ou avaliação mais próximo possa ser para elas após essa avaliação. Então, acho que isso é realmente algo em que estamos muito comprometidos ao utilizar nossa equipe de câncer indígena, nosso navegador, nosso coordenador de pacientes, para realmente ajudar a continuar a fortalecer essas parcerias e trazer essa voz à tona. Muito disso é construindo confiança com essas comunidades. Se você vem de um país estrangeiro, você não tem ideia de como é o sistema de saúde neste país, como você será tratado, como começar a usá-lo. Como você se apresenta a quem com sua reclamação você deve se apresentar? Então é uma experiência muito , tenho certeza de que é uma experiência muito assustadora para eles, e o fato de que o treinador sai e visita essas diferentes áreas, e as pessoas conversam entre si, e elas começam a perceber que elas, você sabe, são boas pessoas. Elas estão lá para ajudar. Elas respondem perguntas, etc , etc , e elas não promovem apenas a triagem. Eu sei que elas promovem a cessação do tabagismo, o que me deixa muito satisfeito.

16:54

Alguém que tem que liderar isso na província. Fico feliz em ouvir isso. Então é terrivelmente importante. Mas você sabe, uma das falhas do sistema de saúde, me parece, é a falha em estender a mão. Foram organizações de saúde, hospitais, prédios de artes médicas, médicos, consultórios particulares. Eles ficam sentados lá e esperam que as pessoas venham até eles. Funcionou muito bem na pequena população. Nós não éramos talvez, como multiculturais e assim por diante, mas temos que ir na direção inversa, porque não deixamos as pessoas para trás, e elas são as pessoas marginalizadas, e eu vi isso de forma bastante dramática ao nos mudarmos entre Ottawa e o Cancer Center aqui em Hamilton, porque a população que atendemos em Ottawa é um grupo de pessoas muito bem educado, muito bem segurado, bastante informado, avarento, muito exigente, e os resultados que o Cancer Center obtém em termos de resultados de tratamento são melhores do que os vistos em Hamilton, não por causa de falhas de pessoas, equipamentos ou conhecimento em Hamilton, tão bons quanto em Ottawa. A diferença é que as pessoas vêm depois, e é porque há um grande grupo no centro da cidade e em outros lugares que não sabe que cuspir sangue é uma coisa ruim, ou que essas cólicas que estão tendo na barriga devem ser investigadas e ter um treinador saindo, talvez precise ser mais do que um treinador de triagem. Talvez haja outro tipo de modelo semelhante, mas alcançando essas comunidades que ajudam de qualquer maneira, é só Não, eu acho que Bill Fingers adiciona a isso, tipo, eu acho que você está certo. Quero dizer, eu acho que é uma abordagem filosófica que precisa mudar, na qual estamos tentando iniciar a mudança, e isso é cultural também. No sistema de saúde, certo? Você sabe, as pessoas vêm para um centro de câncer, elas vêm para um hospital? Bem, o destino não deve ser o hospital. Agora, há algumas coisas que temos que ter no hospital. E o equipamento de radiação não vai ficar em cada esquina, mas precisamos pensar sobre como você cuida melhor desses indivíduos? E você sabe, Bill, isso não é apenas uma questão de equidade. É uma questão de qualidade também para uma questão de capacidade. Algumas das coisas sobre as quais estamos começando a falar em um de nossos médicos como uma grande bolsa de pesquisa de quase US$ 5 milhões, para dar uma olhada nisso é, como fazemos grandes tratamentos nas casas das pessoas com monitoramento remoto? Então, na área de hematologia de Jen, que é, novamente, a chave dos jurados, é um dos três únicos centros na província que oferece tratamentos completos para câncer no sangue. Como podemos fazer coisas como tratamentos com células-tronco, infusões de células T nas casas das pessoas? Agora você sabe exatamente que seus olhos estão pensando, Uau , isso é interno, mas, mas isso não é tanto uma questão de equidade, mas é uma questão de maximizar a capacidade do nosso sistema. Mas isso apenas ilustra que temos que pensar diferente, quer estejamos abordando equidade, sustentabilidade ou capacidade. Precisamos pensar que o hospital não é o único lugar para fornecer cuidados, ou o consultório médico ou a clínica, pois você pensará fora da caixa e voltará a impulsionar a inovação aqui. Sim. Então.

20:00

Sim, uma discussão muito importante. E claramente a questão da equidade é proeminente no OCP seis, assim como uma série de outras questões. E talvez passar para a que está ao lado neste pequeno jogo americano que diz, melhorar o atendimento ao paciente. Atendimento ao paciente , experiência do parceiro e do provedor. Parece-me que continuo a ouvir comentários muito positivos sobre as experiências do paciente na chave dos jurados , algumas delas começam com, você sabe, ter alguém na porta da frente, alguém abre a porta do carro e lhe dá as boas-vindas. E se você é um novato, a primeira visita leva você ao balcão de informações, o inicia. Algumas dessas pequenas coisas realmente melhoram a experiência do atendimento. E eu gosto de fazer um pitch para o programa de assistência ao câncer. Acho que melhora a experiência do atendimento ao fornecer algum transporte gratuito, ao fornecer necessidades de equipamentos que ajudam as pessoas a ficarem seguras em suas casas e assim por diante e outros apoios. Mas o que mais estamos pensando agora em termos de inovações para melhorar a experiência do paciente. O que você ouve dos pacientes e seus provedores de cuidados, seus familiares, que eles acham que seria uma melhor experiência para eles? Jen e eu estamos tentando descobrir quem vai primeiro, ou eu vou desistir dessa. Vá em frente. Jen, sim, então essa é uma grande, e foi uma das coisas para as quais voltamos nossa atenção primeiro, é que começamos a olhar para utilizar parte do feedback que recebemos de nossas sessões de engajamento que realmente começaram antes de eu começar na função, e eu acabei de ter a tarefa divertida de formular todos esses dados juntos para tentar organizá-los em alguns temas. E uma das coisas que surgiram

21:36

muito alto e claro, tanto de nossos pacientes quanto dos provedores, foi que, você sabe, as maiores pressões que eles enfrentam são as duas semanas de espera antes de realmente verem um oncologista. E você sabe, nossos profissionais no lado de cuidados de suporte da oncologia psicossocial, eles dizem que estão atendendo grandes volumes de chamadas de carros onde os pacientes estão se sentindo perdidos e ansiosos e apenas esperando por esse desconhecido. E então, da perspectiva do paciente, você conhece as descrições de suas experiências enquanto esperam por essa consulta inicial . Isso fica com você. E você sabe, se você já foi o ente querido ou um paciente naquele período de espera, é difícil. Então , o que estamos observando dessa perspectiva enquanto tentamos melhorar a experiência para o paciente e o provedor é, como criamos mais mecanismos de suporte do tipo ponto a ponto? E você sabe, pensamos em nossas parcerias com o Programa de Assistência ao Câncer ou Wellwood , ou qualquer uma de nossas outras agências comunitárias. Você sabe, como nós, como nós alavancamos esses parceiros externos, os trazemos para dentro de casa, olhamos como podemos realmente formular alguns caminhos realmente robustos para os pacientes obterem suporte de pacientes que podem ter passado por algo semelhante ao que eles estão passando atualmente. Um para aliviar algumas das pressões sobre as equipes, para garantir que eles tenham capacidade de realmente envolver os pacientes depois que eles tiverem essa consulta e receberem seu diagnóstico, e para os pacientes que estão nesse período de espera também. Então, isso é definitivamente algo para o qual estamos voltando nossa atenção, que esperançosamente teria um impacto duplo . Apenas construindo sobre isso, como eu acho que o sistema de saúde subestimou os recursos e a importância dos pacientes que são pessoas, pessoas que têm uma doença,

23:08

encontrando comunidade. E então eu uso a palavra tribal. Você sabe, humanos são meio que criaturas tribais, certo? Nós somos parte de uma equipe. Nós somos parte disso. E quando você recebe um diagnóstico de câncer, de repente , você fica isolado, sozinho, porque você não tem ninguém que você conheça, talvez, que tenha o mesmo problema que você tem. No entanto, há centenas e milhares de pessoas por aí que têm o mesmo problema que a maioria desses pacientes tem, certo? Então, como construímos essa conexão, a assistência médica, eu acho, disse mãos fora. Você sabe, nós somos os especialistas. Nós faremos tudo isso por você. Mas ainda assim , os pacientes querem falar com alguém sobre sua experiência. Querem saber que há alguém como eu, e eu acho que é aí que, você sabe, estamos pensando, como nós não vamos construir esses relacionamentos, mas como facilitamos que isso ocorra?

23:54

E você sabe, eu acho que a outra parte nessa experiência é, como você torna mais fácil para um paciente ou um membro individual da comunidade que tem câncer encontrar esses serviços, certo? Então, você sabe, como exemplo, o cap fica logo ali na rua. Temos alguns serviços no prédio, como eu adoraria ter um shopping comunitário na Jurors Key onde as pessoas que você conhece que estão enfrentando um diagnóstico, primeiro, podem ver, oh, aqui estão os 10 programas diferentes. Aqui estão as 10 agências comunitárias diferentes que eu posso acessar, certo? E então como fazemos isso de forma integrada? Como integramos os serviços do Well Woods e do Caps e das outras pessoas em nossas operações? Porque agora é tudo baseado em transferência. Vá até a rua, converse com Deb e sua equipe, vá até o Well e veja o que eles são, certo? Como integramos isso melhor? Certo? E, você sabe, eu acho que essa é uma abordagem filosófica que temos que ter no sistema de câncer, que não precisamos fazer tudo para todos. Não podemos. Nós somos bons em radiação, cirurgia e quimioterapia, mas não somos bons nas coisas que outras agências fazem. E então como podemos integrá-los melhor? Como.

25:00

Você tem aquela bola de corte que facilita para as pessoas encontrarem o caminho? Bem, ela também toca em outro componente do plano, a integração dos vários parceiros de cuidados. E, na verdade, acho que integração, ou integrado, ou alguma variação dessa palavra, aparece cinco vezes neste plano. Então, claramente

25:21

aqueles que elaboraram o plano pensaram que essa era uma direção essencial. E eu, eu concordo, porque o que você ouve constantemente dos pacientes é que o sistema, é um não sistema , é fragmentado, e assim como você está descrevendo é, é uma espécie de peça desconexa, sua ideia de algum tipo de shopping onde todos os diferentes participantes que poderiam fornecer vários suportes eram visíveis , facilmente acessíveis, poderiam ser registrados nos serviços que aquele grupo em particular fornece. É ótimo. Só leva um pouco de dinheiro, tempo e relacionamentos colegiais, que tenho certeza que já estão construídos. Uma das outras coisas que me lembro da minha experiência com o jurado é que naquele período de duas semanas , as pessoas, elas não têm noção de como é um centro de câncer. Elas também não têm noção de qual radiação, se fossem receber, seria como uma máquina de radiação, nenhuma noção dessas coisas. E nós realmente criamos um tour virtual, mas era um tour guiado. Não sei onde isso ainda está disponível no seu site. Temos que, temos que refazer essa conta. E você sabe, eu tive alguma experiência com isso e vidas passadas, e uma das coisas mais poderosas que eu descobri é ter pacientes, tanto presentes quanto passados, fazendo a educação de outros pacientes. Então esse é o tour pelo centro. Essa foi minha experiência na minha vida passada. No nosso programa de nefrologia, um programa de diálise, certo? Nós teríamos pacientes ensinando outros pacientes sobre os diferentes tipos de tratamentos de diálise, que você geralmente sabe como um clínico, eles são muito diferentes, certo? E eles têm que , os pacientes têm que fazer uma escolha sábia

26:56

na mesma situação. E foi bem recebido. E você sabe, os pacientes adoram ouvir de outras pessoas que viveram essa experiência. E então como podemos ter paciência como canal de educação e orientação como um exemplo? Porque eu posso dizer a eles, Jen, posso dizer a eles como é a experiência e como ela foi projetada para ocorrer. Mas a realidade é que eles vão falar com as pessoas na sala de espera de qualquer maneira, e eles vão ouvir sobre essa ou aquela experiência. Então como construímos isso na frente para que as pessoas tenham um tempo de integração mais fácil? É desafiador porque talvez seja muito específico, específico para o tipo de câncer que você tem. O que vai acontecer com você se você tiver um linfoma , vai ser diferente do que você tem um câncer de cólon metastático. Então, mas apenas se orientar para o prédio, como é. Então não é assustador quando você chega pela primeira vez e tem um conceito dos tipos de serviços que provavelmente receberá, mas obter todas essas informações em algum momento nesse intervalo de duas semanas parece uma boa ideia, se não for um problema de sobrecarga de informações. Porque, como você sabe, alguns pacientes conseguem lidar com o diagnóstico de câncer e os testes de diagnóstico e toda essa avalanche de informações que chegam até eles. Então é algo delicado de se fazer, mas coisas diferentes funcionam para pessoas diferentes. Então você tem que ter um menu de opções também. Eu acho que você tem que ter um menu de opções. Então está lá se você quiser, se quiser usar, mas se não quiser, mais tarde, você pode querer voltar a isso. Está disponível lá. E cada experiência é diferente. Cada experiência familiar é diferente. Então pode não ser o paciente, pode ser um cuidador, um ente querido novamente, se houver barreiras linguísticas, potencialmente, certo? Um imigrante idoso que tem dificuldades linguísticas. Talvez seja o filho ou a filha que está fazendo isso. Então , temos que pensar, odeio soar como uma pessoa de marketing, mas multicanal , tipo de ambiente que podemos atender melhor nossos clientes. Bem, para nossos ouvintes, vocês podem ver que há muitas coisas neste plano de câncer seis que serão desafiadoras de implementar, mas é ótimo que as pessoas estejam pensando nisso. Vamos fazer uma pequena pausa agora, mas voltaremos e falaremos sobre alguns outros aspectos do plano em alguns minutos. Gostaríamos de reservar um momento para agradecer aos nossos generosos apoiadores, o Hutton Family Fund e o estúdio criativo Banco, que tornam o podcast do Cancer Assist possível. O Programa de Assistência ao Câncer está mais ocupado do que nunca, fornecendo suporte essencial aos pacientes e suas famílias. Continuamos comprometidos em fornecer serviços gratuitos para pacientes em nossa comunidade, incluindo transporte e equipamentos, empréstimos, cuidados pessoais e itens de conforto, estacionamento e educação prática.

29:34

Esses serviços são possíveis graças à generosidade de nossos doadores, por meio de doações únicas , doações mensais, arrecadação de fundos de terceiros, patrocínios corporativos e oportunidades de voluntariado.

29:45

Visite cancer assist.ca. Para ver como você pode fazer a diferença na vida de pacientes com câncer e suas famílias.

29:53

Estamos de volta com Neil Johnson e Jennifer Smith falando sobre o plano seis de câncer de Ontário, e nós conversamos.

30:00

Temos vários pilares nesse plano, e quais planos estão se desenvolvendo em nossa própria região para implementar alguns dos aspectos do plano. E uma das coisas que é

30:12

é um desafio que os provedores de cuidados na área do câncer enfrentam é o aumento incrível de novas terapias que são eficazes e a necessidade de adotá-las, mas ao mesmo tempo, há impactos de recursos, há custo de medicamentos ou nova radioterapia ou outras abordagens, as demandas de treinamento de indivíduos para serem capazes de fornecer o cuidado mais perto de casa. Então é uma questão complicada, e tudo isso é informado por ensaios clínicos de câncer, sobre os quais falamos em podcasts anteriormente. Mas basicamente os ensaios clínicos estão simplesmente testando novas terapias, primeiro para sua toxicidade, qual é sua tolerância em seres humanos, em uma fase inicial, então chamamos de fase um, depois avançando para ver onde é eficaz, que tipo de câncer, e então comparando com as melhores terapias atuais para ver se é uma melhoria nelas, combinando-as com as melhores existentes ou talvez seja um tratamento singularmente melhor do que qualquer coisa que tivemos antes, e então ser um ensaio de fase três. Então há uma maneira de introduzir essas novas abordagens de tratamento, e é maravilhoso que elas estejam acontecendo, mas também é muito difícil para os centros de câncer atualmente

31:30

fique atualizado rapidamente e integre-se

31:34

etc. existentes e já muito ocupadas , e ter pessoas treinadas e disponíveis o suficiente para administrá-las, então isso, tenho certeza, está pesado em suas mentes agora, e como você faz isso e talvez ouvir seus pensamentos, porque eu sei que expandir o acesso a ensaios clínicos é importante para os jurados, e sempre foi em Hamilton. Eu acho que isso é parte da filosofia da McMasters de ser uma área de inovação,

32:08

mas isso cria

32:10

também exercem certas pressões sobre a instituição, expandindo assim os ensaios clínicos e adoptando novas abordagens

32:18

e mantendo um sistema sustentável. Rapaz, que desafio vocês têm. Estou feliz por estar apenas fazendo perguntas no escritório. Bill, apenas mais um dia no escritório, talvez eu possa tentar esclarecer isso. E então Jen e seu papel de supervisionar nosso complexo programa de hematologia maligna tem, eu acho, alguns exemplos de casos realmente bons . Sabe, Bill, você cresceu em hospitais acadêmicos durante toda a sua carreira.

32:47

Também trabalhei em hospitais acadêmicos durante toda a minha carreira. E sabemos o valor que os hospitais de ensino têm na realização de pesquisas. E você sabe, os ensaios clínicos são realmente importantes para mim e para o nosso programa, eu, você sabe, eu disse às nossas equipes, somos um centro de câncer de pesquisa intensiva , ponto final, fim da frase. E isso significa realmente fazer as coisas seriamente em torno disso. E então nosso plano de transformação para nossos ensaios clínicos, esperamos vê-lo crescer 100% nos próximos dois anos, certo? Então, em termos de número de ensaios, número de funcionários, número de pesquisadores, número de projetos em andamento, e isso exige muito. Há muitas partes móveis nisso. Não está tudo funcionando bem agora, mas queremos fazer isso por algumas coisas. Você sabe, há a contribuição para a ciência e a pesquisa e isso é, você sabe, justo, mas também vai além disso. Esta também é uma questão de qualidade de atendimento para nossos pacientes, certo? Às vezes, você sabe, há doenças que não têm tratamentos eficazes, e a única maneira de uma pessoa ter esperança de uma vida mais longa e melhor é por meio de ensaios clínicos de um novo agente. Sabe, quando eu estava em Londres, me encontrei com nosso grupo consultivo de familiares de pacientes. E perguntei a ele, no que realmente precisamos ser bons como um centro de câncer? E todos tinham suas próprias respostas interessantes, mas um de nossos pacientes, que era um paciente com mieloma, disse, Neil , você precisa ser muito bom em pesquisa e pesquisa clínica e ensaios clínicos. E eu perguntei a ele sobre isso depois, e ele disse, não há cura para minha doença, e minha vida depende de você se sair bem em ensaios clínicos. Então isso sempre me motivou, Bill, e você sabe, isso motiva você em nossas equipes. Mas então isso leva ao enigma interessante de que você está falando, certo? Você sabe, nós temos sucesso

34:31

tratados ou estudados diferentes agentes, diferentes moléculas, e agora estão em prática. Como você lida com cada segunda semana que recebemos e-mails com este agente foi melhorado, e esta indicação e assim por diante. E não é apenas como escrever uma receita

34:46

para o medicamento. Há treinamento envolvido. Há recursos envolvidos também. E também temos os problemas de capacidade, porque antes do tratamento do câncer, você sabe, você passaria por.

35:00

Tratamento, e então você pararia o tratamento, e esperaria para ver como as coisas iriam e faria o acompanhamento. A maioria dos nossos tratamentos agora são contínuos para o resto da vida de alguém. E isso é uma coisa boa, porque as pessoas estão vivendo mais e melhor, mas também é um recurso de pesquisa intenso. Então nosso sistema, nosso conjunto de tratamento sistêmico, por exemplo, cresceu em volume em 50% nos últimos quatro anos, 50% e então, você sabe, eu não consigo construir um prédio grande o suficiente ou rápido o suficiente para realmente lidar com o que acomodar. Então isso remonta àquela outra, outra filosofia. Mas como não apenas adotamos, mas fazemos tratamentos de forma diferente, não no centro de câncer, talvez na casa de alguém em um ambiente diferente e alternativo e assim por diante, certo? Então, mas eu, Jen, tenho alguns exemplos realmente bons com os produtos dos quais nunca consigo lembrar o nome, mas sim, eu faria, graças aos ensaios clínicos e ao acesso a eles. Quer dizer, aprendemos muito localmente no lado hematológico da casa sobre anticorpos de envolvimento de células T, ou bispecíficos , como costumavam ser conhecidos, e você sabe, foi por meio clínico que tentamos explicar um pouco isso aos nossos ouvintes. Eu sei do que você está falando. Sim, eles podem não ter anticorpos de envolvimento de células T. Então é um tipo de terapia que ajuda em várias indicações diferentes, para pacientes com câncer no sangue. Você sabe, é um tipo de tratamento inovador, e tem algumas nuances em termos de alguns dos efeitos colaterais que vêm após a infusão desses medicamentos que exigem algum treinamento e educação muito especializados para nossa equipe e para nossos provedores em termos de administração desses medicamentos. Então , na verdade, por meio de ensaios clínicos, conseguimos obter alguma experiência em primeira mão com a adoção de algumas dessas terapias. E o que eu acho que também fez, embora tenha sido intensivo em recursos no começo, e nós realmente tivemos que ser muito propositais em nosso planejamento de como iríamos fornecê-los, o que também fez foi nos dar uma oportunidade de sermos líderes em toda a região e até mesmo entre outras regiões, em termos de como poderíamos continuar a adotar essa terapia agora que é, pois mais e mais desses tipos de medicamentos estão se tornando linhas de terapia aprovadas para pacientes. Então eu acho que é uma delas. Foi um aprendizado fundamental para mim sobre como realmente precisamos ser

37:00

certifique-se de que estamos atentos ao quanto estamos promovendo o acesso e garantindo que temos processos muito robustos em vigor e estamos fazendo uma análise de impacto completa sobre qual deve ser o caminho para os pacientes conforme eles recebem esses tipos de terapias, e conte com nossos parceiros para poder ajudar com parte dessa capacidade assim que os medicamentos forem aprovados e se tornarem essas linhas regulares de terapia. Então é um bom aprendizado que eu acho que pode ser aplicado a outros ensaios clínicos também, e é algo que precisamos continuar a voltar nossa atenção conforme planejamos, então esses agentes faturam como um exemplo, você sabe, a monografia ou as instruções seriam que você, quando você recebe esse medicamento, você tem que ser internado por uma semana ou cinco dias, certo? E isso é tudo bem e isso é tudo muito bom, mas quando você não tem leitos, é difícil fazer isso , certo? Mas através dos nossos clínicos, que fazem parte da equipe de pesquisa que está fazendo isso, ganham familiaridade com isso, eles adotaram uma prática que não requer esse nível de admissão, que requer uma maneira diferente de fazer as coisas, certo? Então é aqui que estar na vanguarda dos ensaios clínicos, ganhar experiência com essas moléculas e os tratamentos da vida real nos ajuda a optar pela transição. E então também outros outros sites parceiros, como o Trillion Health Partners em Mississauga e outros centros de câncer ao redor confiam em nós para dar-lhes esse conselho, porque eles não têm essa experiência. Eles não fizeram os ensaios clínicos. Então há um, você sabe, há um, eu acho, um caminho virtuoso entre pesquisa e adoção. E até que ponto podemos usar parte da tecnologia virtual para facilitar assim, muito do monitoramento pode ser feito remotamente hoje em dia. E eu sei que há um projeto em andamento, e eu esqueci qual é o nome dele, prever ou prevenir ou algo que BJ Devereaux, bem, está perto.

38:50

Era uma palavra com P

38:53

para monitorar,

38:55

começando com cardiologia, mas para mudar para oncologia para tentar e, eu acho, minimizar a necessidade de pacientes virem e serem vistos em um centro de câncer, e, portanto, liberando alguns recursos, mas também tornando-o melhor para o paciente e eles não precisam viajar, se preocupar com estacionamento, etc. , etc. Então, o uso criativo da tecnologia aplicada a situações como essa, com todos os tipos de monitoramento remoto de auxílios que temos, os wearables que vão vencer sua pressão arterial, seu oxigênio, o que você tem pode ser útil a esse respeito. Então, eu acho que só temos que continuar procurando as abordagens inovadoras para implementar as mudanças realmente emocionantes que estão chegando no tratamento e na conta. Eu acho, eu acho que isso também ajuda com a experiência do paciente também. Algumas semanas atrás, estávamos em uma chamada provincial, e um dos maridos de um paciente que infelizmente teve que ir para os estados para ou para tratamento com células-tronco, eu acredito, falou sobre sua experiência, certo? Ele teve que viver em Cleveland em uma espécie de hotel

39:57

por 100 dias, e não poderia estar, você sabe, com ou.

40:00

Longe da esposa, que era dele, que era a paciente, sabe, não poderia estar a mais de 100 pés de distância dela, certo? Então você pensa sobre a interrupção dessa interrupção massiva na sua vida, e o custo, e o custo de 100 dias em hotéis em algum lugar, sim, e, e, e. Então, você sabe, você pensa sobre a oportunidade de residir em seu próprio quarto, sua própria suíte, mas também ter o apoio dos especialistas na chave dos jurados . É incrível pensar sobre o que esse futuro pode reservar. Então, você sabe, temos alguns testes de pesquisa ativos em andamento com isso. Queremos ter certeza de que é seguro e eficaz, obviamente. Mas você sabe, esses são os tipos de coisas que temos que pensar de forma diferente

40:37

sobre. Bem, é um grande desafio pensar diferente sobre, mas como você pensa diferente sobre algo como carro, célula T, entrega, todo o processo de fabricação, o tempo que leva para fabricar, o tempo que leva para recuperá-lo, a infusão, o risco de algumas consequências muito sérias,

40:55

sabe? Como você, como você administra isso de forma diferente? O que os hematologistas estão pensando em fazer sobre isso? Sim, acho que o maior desafio agora com o carro T é ficar por dentro do que está por vir, certo? Nós nos reunimos provincialmente, nos reunimos localmente para falar sobre o que está em andamento, não apenas do que temos aprovado atualmente, mas do que está por vir e, você sabe, há novos medicamentos que potencialmente serão aprovados chegando. Você sabe, no início de 2025

41:21

que representa o car t como uma opção para pacientes com mieloma múltiplo que não foi introduzida antes, isso vai ser de uma perspectiva de capacidade, de uma perspectiva de planejamento, isso é enorme para nós localmente e em toda a província também. Agora mesmo. Acho que a maneira como estamos pensando diferente sobre isso é que estamos realmente, realmente confiando em nossas parcerias com alguns dos outros hospitais, Trillium Health Partners como Neil, mencionou o Grand River Hospital e seu centro de câncer enquanto tentavam desenvolver seus próprios programas de terapia celular e realmente fortalecer essas parcerias que temos para transferir pacientes de cuidados,

41:54

você sabe, seja no primeiro dia após o transplante , para que possamos realmente manter parte desse cuidado especializado para o Car T local enquanto continuamos a gerenciar esses pacientes e então descobrir como podemos expandir e apoiá-los em sua integração e aprendizado. Então é aí que estamos realmente em toda a província, tentando criar algum nível de integração. Continuamos voltando a essa palavra,

42:13

mas integrando os programas, você sabe, nossos três principais centros sendo Princess, Margaret, Ottawa e Hamilton, e então apoiando nossos sites parceiros no desenvolvimento de seus programas também para ajudar a construir essa capacidade. Então eu acho que é realmente assim que, no lado da hematologia da casa, estamos tentando reimaginar como podemos fornecer cuidados enquanto também nos mantemos atualizados com todas as novas terapias e e estar pronto localmente também. E Bill, quero dizer, neste verão, quando lançamos o programa Grand River em parceria com a Grand River, esse foi o primeiro programa de células-tronco, novo programa de células-tronco em mais de uma dúzia de anos na província de Ontário, certo? Então, e esse é o tipo de trabalho que precisamos fazer com nossos centros regionais. Se eles estão fazendo esses tipos de tratamentos para os pacientes que residem ou as pessoas que residem em suas comunidades, eles não precisam vir para o jarvinsky e então podemos fazer mais outras coisas. E certo? Então, é um tipo de abordagem contínua do tipo "o que vem a seguir?". Por muitos anos, a área de Kitchener Waterloo encaminhou sua hematologia complexa para cá. E então, a extensão em que eles podem ter capacidade localmente, alivia nosso centro. É bom para os pacientes terem o atendimento em sua própria região. E então é uma situação ganha - ganha .

43:20

Acho que normalmente pensamos na integração mais como um fenômeno local ou regional, que na verdade estamos falando de uma integração provincial . de programas. Há vários níveis de integração , palavra no jogo americano aqui. Então esse é um bom exemplo de um provincial. Talvez apenas encerrar com alguma conversa sobre a qualidade de vida dos ontarianos sendo melhorada. Esse é o quarto pilar deste plano de câncer, e o que isso significa no nível local e regional. Quais são as coisas que você está pensando, ou o que se encaixa nesse pilar, do ponto de vista do centro de câncer Jarovinsky .

44:03

Quero dizer, localmente, o que pensamos. Então, alguns novos, novos relatórios, novos dados estão disponíveis do Oh CCO que realmente analisam cada uma das regiões e seus dados de sobrevivência. E isso é novo desde junho, e agora eles estão realmente buscando algum feedback em termos de como podemos utilizar esses dados para informar a prática. E é, é realmente interessante ver, você sabe, como nos comparamos com nossas outras regiões de uma perspectiva de sobrevivência, quando realmente olhamos para isso, você sabe, qualidade de vida e prestação de cuidados para pacientes além de sua jornada aguda de câncer enquanto eles continuam a viver, viver com isso. E você sabe, a única coisa que penso localmente no JCC, como podemos ajudar com isso, é realmente continuar nossas parcerias com nossas equipes de saúde de Ontário e a maior rede de saúde Hamilton Health Network para realmente garantir que estamos envolvendo nossos provedores de cuidados primários como parte disso também. Você sabe, eu acho que historicamente, às vezes, quando os pacientes recebem esse diagnóstico de câncer, seus a equipe de oncologia os envolve, enquanto nós meio que deixamos o médico primário esperando nos bastidores, se informado.

45:00

Tudo bem, e acho que isso foi um aprendizado fundamental para nós, que, você sabe, eles são muito importantes nesse aspecto da triagem, e você sabe, nesses estágios iniciais de diagnóstico precoce, bem, como continuamos a aproveitá-los e envolvê-los como parte disso, sabendo que esses pacientes continuarão a ter necessidades complexas, você sabe, além dessa fase aguda de tratamento.

45:18

Então, acho que é uma coisa que me vem à mente em termos de como podemos realmente focar na qualidade de vida dos ontarianos, é realmente adotar uma abordagem multiprovedor e garantir que estamos envolvendo nossos provedores em todos os níveis para garantir que eles estejam informados e capazes de dar suporte aos pacientes. Acho que a outra conta, e é engraçado, nem mencionamos inteligência artificial nesta conversa. Eu estava com medo de descer, eu sei, mas eu, mas eu vou trazer isso à tona. Sabe, quando você pensa em qualidade de vida, quando você está na jornada do câncer, sabe , você sabe, este é um tratamento muito complexo, e cada um vem com uma história diferente, certo, um problema diferente. Falamos sobre determinantes sociais da saúde há pouco tempo como exemplo, e então, você sabe, estamos começando a coletar mais dados sobre as circunstâncias individuais das pessoas diretamente em seus registros de saúde. Então é o registro delas, não o nosso. Mas então, como usamos ferramentas de inteligência artificial para identificar pessoas que estão em risco em sua jornada contra o câncer, um risco de serem perdidas para acompanhamento, ou talvez risco para o que falamos com o carro T com, você sabe, efeitos colaterais específicos. Como podemos ter certeza de que estamos pensando sobre isso e então projetando os serviços em torno deles? Eu tenho recursos limitados. Eu não tenho recursos ilimitados. Então, a maneira como penso sobre isso é que preciso ter certeza de que os recursos que eu tenho são priorizados para aqueles com as maiores necessidades. E, você sabe, nós sempre pensamos que isso seria uma ótima coisa a se fazer, mas eu acho que com IA e coletando alguns dados em torno disso, podemos pensar sobre isso de forma diferente, e podemos prever e identificar melhor os pacientes que terão desafios. Sabemos que estamos fazendo algum trabalho na chave dos jurados , dando uma olhada nos pacientes que passam pelo nosso departamento de emergência, e nossas ferramentas de IA podem prever pessoas ou identificar pessoas com maior risco de readmissão depois que elas retornam após receberem alta, como um exemplo. Então eu acho que há muitas coisas sobre isso. A outra parte que me impressiona é, você sabe, é um mundo digital. Temos o aplicativo MyChart, que conecta pacientes, e estamos apenas arranhando a superfície disso. E eu acho que há, eu estava nos Estados Unidos há alguns meses com nosso fornecedor de TI, e as coisas que estão acontecendo nos Estados Unidos, com pessoas conectadas em tempo real, com suas equipes de atendimento, apenas transformadoras, e isso também pode melhorar a experiência, mas também os resultados. Então, estamos apenas arranhando a superfície dessas coisas. Essas coisas podem ser mais uma intervenção específica de Jarvinsky , mas essas são algumas coisas que você sabe que no futuro, teremos que integrar em nosso pensamento, as coisas que vêm à mente. E eu estava frustrado quando estava na função estava tentando implementar totalmente o poder do E SaaS, que é a Escala de Avaliação de Sintomas, que, você sabe, fornece uma classificação de quanta dor, desconforto, ansiedade, depressão um paciente está experimentando. Se você não estiver ciente dessas coisas, não poderá começar a lidar com elas ou direcioná-las aos serviços. E havia, parecia haver uma espécie de relutância em parte do lado do paciente para completar o instrumento, em parte do lado dos provedores para usar o instrumento. E parecia uma oportunidade perdida de aumentar a qualidade do atendimento aos pacientes. Não sei como está indo no sistema agora, ou especificamente nos jurados, mas pode ser uma área onde a IA também poderia ser aplicada para fazer, você sabe, sinalizadores aparecerem que realmente direcionassem as pessoas automaticamente para os serviços para que houvesse uma oportunidade de lidar com o que quer que esteja prejudicando a qualidade de vida de uma forma mais eficaz. Então, sim, espero que você esteja melhor do que eu. Bem, acho que toda a província caiu, mas estamos no topo daquela província ruim onde estamos indo, não tão mal. Mas, você sabe, é interessante, Bill. Quer dizer, a East House é uma ótima ferramenta, e é realmente apenas uma ferramenta de coleta de dados, certo? Como está o paciente? Certo? E eu acho que hoje em dia , como hoje em dia, faz apenas 10 anos que começamos isso, certo? Mas, você sabe, hoje em dia , há diferentes maneiras de obter esses dados. Mas, para o seu ponto, precisamos desses dados para atender efetivamente aqueles que estão buscando nossos cuidados. É nisso que se resume. Não podemos simplesmente coletar os dados por causa dos dados. Você tem que usá-los para que tenham um impacto nos resultados. Eu me sinto um pouco em uma sessão de planejamento do Cancer Care Ontario neste podcast aqui, talvez você tenha sentido Vancouver tendo que replanejar o OCP seis, mas para mim, esta tem sido uma ótima discussão. Espero que nossos ouvintes tenham se beneficiado disso e tenham uma noção maior de muito do trabalho duro que envolve pensar em como melhorar continuamente o sistema. E melhorou muito desde que o primeiro plano de câncer foi feito em 2005

49:59

e.

50:00

Continuará a melhorar à medida que evolui, mas haverá desafios contínuos, e é por isso que precisamos continuar a planejar e fazer as coisas

50:09

melhor. Nino Johnson, Jennifer Smith, muito obrigado pelo seu tempo. Obrigado pelas suas ideias e por estarem aqui hoje para o podcast. Muito obrigado. Gostei. Obrigado.

50:22

Obrigado por ouvir o podcast cancer assist. Encontre mais episódios, recursos e informações em cancer assist.ca ou siga o programa de assistência ao câncer no Facebook, Twitter e Instagram.

50:34

Obrigado por ouvir. Você