



Perspectivas informadas

Una discusión con el doctor Dr. David Jackman

David Jackman es doctor en medicina y director médico de métodos clínicos en el Dana-Farber Cancer Institute de Boston, Massachusetts. Es oncólogo médico en el Centro Lowe de Oncología Torácica, Dana-Farber, donde se especializa en la atención clínica del cáncer de pulmón, mesotelioma, timoma y carcinoides bronquiales. Además de eso, es el director médico del programa de métodos clínicos en Dana-Farber.



P: Jackman, cuéntenos un poco sobre el programa de métodos clínicos en Dana-Farber.

Dr. Jackman: Lo que hicimos fue solicitarle a nuestro cuerpo médico de clase mundial que se reuniera y pensara, para cualquier situación dada y para un paciente con una condición, genómica, preocupaciones y preferencias determinadas, ¿cuál es la mejor atención que podríamos proporcionarle a ese paciente? Y luego nos asociamos con Philips para poner todo eso en una plataforma basada en la nube, para que los médicos en cualquier lugar puedan acceder a ella para decirnos, "Tengo este tipo de paciente", y recibir como respuesta, "Esto es lo que los médicos de Dana-Farber recomendarían, y estos son algunos ensayos clínicos que podrían interesarle, para los que este paciente sería elegible".

Q: ¿Qué significan para usted los flujos de trabajo operativa y clínicamente eficientes?

Dr. Jackman: Cuando pensamos en la eficiencia operativa y clínica y en el flujo de trabajo, creo que tenemos que dar un paso atrás. Como pacientes, médicos y líderes todos queremos que se proporcione la atención adecuada, la mejor atención. Queremos que sea siempre reflexiva y compasiva. Queremos que sea rápida cuando pueda serlo, y más lento y más medida cuando tenga que serlo. En última instancia, cuando pienso en la eficiencia a lo largo de esto, se trata de la fluidez. ¿Cómo aseguramos que en cada paso del camino, estemos empoderando a los pacientes, que estemos empoderando a los médicos, para que hagan todas las cosas correctas y de la manera más conveniente posible, para que la atención avance de la mejor manera? ¿Cómo llegamos a eso? Eso es difícil. Creo que, en última instancia, para mí, hay tres temas primordiales en los que tenemos que pensar: la estandarización, la comunicación y la cultura.

Para la estandarización, es esta noción de, en cualquier situación dada, ¿podemos definir cuál es la mejor atención y podemos asegurar que les proporcionamos a todos esa atención de manera consistente? Cuando pensamos en la comunicación, ¿cómo nos aseguramos de poner a las personas adecuadas en el lugar correcto, con la información correcta, para que lleguen a la toma de decisiones, para que pongan su experiencia a disposición de un paciente? Cuanto más complejo sea el caso, más debemos conversar. ¿Cómo tomamos a las personas, a veces a lo largo de las instituciones o en distancias más grandes, para reunirlos en una sala virtual, de una manera que sea significativa?

Por último, y creo que esta es la parte más difícil, esta noción de cultura. ¿Cómo nos alejamos de donde solíamos estar? De esta noción de, este médico que lo sabe todo y puede hacerlo todo. Ese ya no puede ser el lema. La atención médica es más compleja y requiere más personas y más experiencia, todo ello trabajando en conjunto. Tenemos que crear una cultura en la que adoptemos esa interdependencia, donde acojamos la comunicación. Avanzar hacia el futuro, es reconocer eso, que necesitamos trabajar juntos de la manera más óptima posible, para realmente avanzar con buen paso.

Q: ¿Qué área del flujo de trabajo ha planteado tradicionalmente el mayor desafío para usted o para sus equipos?

Dr. Jackman: Uno de los mayores desafíos a los que nos enfrentamos en la atención médica, son los océanos de datos que tenemos ante nosotros. Y gran parte de ellos, inexplorados. Averiguar cómo capturar esos datos, cómo correlacionarlos y analizarlos, y cómo presentarlos a los médicos e instituciones, creo que es uno de los grandes desafíos de nuestro tiempo y algo que necesitamos mejorar continuamente. Hacer esto en el área de la atención médica se ve aún más desafiado por el hecho de que tenemos que hacerlo de una manera que aún proteja la privacidad del paciente, además de proteger los derechos y el tiempo de las personas, los médicos y las instituciones que brindan esos datos. Ellos deben saber que se están protegiendo, que no se están vendiendo sin su consentimiento. Hacer todo esto de una manera que sea segura, pero transparente y confiable, es, creo, uno de los mayores desafíos para nuestro tiempo en la atención médica.

Q: ¿Qué cree que podría mejorar la obtención de esos registros externos para los pacientes que viajan cierta distancia?

Dr. Jackman: A medida que tratamos de darle sentido a todos estos datos, creo que hay dos maneras de mejorar. La primera consiste en los sistemas de interfaz. Tenemos tantos sistemas clínicos que intentan hacer cosas diferentes, imágenes, pruebas genómicas, sistemas de historias médicas, ¿cómo hacemos que se comuniquen entre sí para reducir los errores y permitir el aprendizaje? Tenemos tantos sistemas clínicos que intentan hacer cosas diferentes, imágenes, pruebas genómicas, sistemas de historias médicas, ¿cómo hacemos que se comuniquen entre sí para reducir los errores y permitir el aprendizaje? Más allá de los sistemas de interfaz, creo que la otra parte es, ¿cómo podemos capturar mejor los datos de una manera que permita un análisis aún más robusto? Para mí, lo que ha significado el programa de métodos clínicos, más allá de tantas otras cosas, es la creación de un modelo robusto de datos. Un conjunto de metadatos, si se desea, que toma estándares de otros lugares como el sistema de estadificación AJCC, el sistema de histología ICD-O-3 o el estado de rendimiento de ECOG y los lleva a todos a un solo lugar. Luego, agregar elementos de datos únicos para nuestros pacientes con cáncer de una manera que se pueda mejorar la captura de datos, el posterior análisis granular de los resultados y otros aspectos de la atención.

Q: ¿Cómo ha cambiado el flujo de trabajo de su departamento o de sus programas en respuesta al COVID-19?

Dr. Jackman: ¿Cómo pensamos acerca de cambiar nuestros flujos de trabajo para enfrentar a esta pandemia? Gran parte de ello ha tenido que ver con mover algunas cosas a la esfera de lo virtual cuando podemos, mientras conservamos lo que necesitamos retener en persona. Cuando pensamos en nuestra atención al paciente, ¿qué reuniones pueden suceder en el espacio virtual? ¿Qué reuniones suceden mejor en el espacio virtual? Tener ciertas visitas con pacientes en el espacio virtual permite de repente que sus hijos e hijas, que quizá vivan al otro lado del país, participen de una manera en que antes no podían. ¿Cómo pensamos en algunas de estas cosas no solo como alternativas adecuadas, sino también potencialmente como mejoras? Creo que esa ha sido una de las piezas que hemos adquirido del COVID. ¿Cómo pensamos más sobre las visitas virtuales? ¿Cómo las aplicamos adecuadamente? ¿Qué es apropiado en el espacio virtual y qué no lo es? ¿Cómo amplificamos eso de maneras que puedan mejorar la atención al paciente, y no solo ayudarlo?

Q: La telemedicina y la telesalud, ¿cuánto de eso se ha adoptado por usted o por sus equipos? ¿Cómo ha cambiado eso desde antes del COVID?

Dr. Jackman: Para el equipo de métodos clínicos de Dana-Farber, el mayor cambio ha sido pasar al mundo virtual. Esto ha presentado desafíos, pero también oportunidades. Desde el punto de vista de la oportunidad, nos obligó a pasar todas nuestras reuniones al espacio virtual, y esto ha sido, de alguna manera, algo bueno. Cuando pensamos en nuestras reuniones de revisión, donde traemos expertos de toda nuestra institución y de otras instituciones al mismo espacio, ya no hay una dicotomía entre las personas que están literalmente en la sala, o fuera de ella y en el teléfono. Todo el mundo está en Zoom y eso democratiza la discusión. Es más fácil vernos, es más fácil ver los datos cuando se presentan en la pantalla en lugar de entrecerrar los ojos desde el fondo de la habitación. Así que, de alguna manera, esas discusiones han mejorado, se han vuelto más robustas.

Creo que uno de los desafíos para nosotros, y creo que este es un desafío para tantos equipos en todo el mundo, y en tantos campos, es, ¿cómo hacemos para que la gente trabaje desde casa, pero mientras conservamos la misma motivación, mientras conservamos el mismo espíritu de equipo, mientras conservamos el sentido de cordura cuando la gente tiene que trabajar desde sus oficinas o sus dormitorios? Creo que, además de los desafíos, perdemos el beneficio real de la comunicación humana, las conversaciones accidentales en los refrigeradores de agua o toparse con personas en el ascensor, donde realmente ocurren muchas sinergias. ¿Cómo podemos recrear eso cuando, en el mundo virtual, todo es una reunión programada? Creo que uno de los desafíos consiste en intentar reproducir algunas de esas conversaciones accidentales, pero aún así realmente significativas.

Q: ¿Cómo cree que la virtualización de la atención (telesalud, trabajo remoto, lectura remota, revisiones y preparación de casos, consultas remotas, etc.) afecta el futuro de la atención del cáncer?

Dr. Jackman: La telesalud ha llegado para quedarse. Han surgido tantas oportunidades y descubrimientos sobre los beneficios que puede proporcionar en las situaciones adecuadas que, es algo de lo que no podemos ni debemos retroceder. Sin embargo, habrá un montón de piezas en movimiento relacionadas con esto. ¿Qué estará dispuesto a reembolsar el pagador por las visitas de telesalud en el futuro, y no solo me refiero a lo que los pacientes y los médicos encuentran útil? ¿Qué permitirán los estados en este país en términos de fronteras y licencias médicas, que se hace con base en cada estado? Algunas de estas decisiones políticas deberán resolverse en el futuro.

Q: ¿Qué está impulsando esas prioridades?

Dr. Jackman: Claramente hemos encontrado un papel para la telesalud, tanto en nuestra comunicación con nuestros pacientes, así como también en la comunicación entre nosotros. Creo que uno de los mejores ejemplos concretos que se me ocurren, en mi propia práctica diaria, son nuestras consultas virtuales con nuestros radiólogos. En el mundo pre-COVID, cada vez que uno de mis pacientes se hacía una exploración, me acercaba al área de radiología para poder ver la exploración con el radiólogo. Todo eso requiere tiempo. No solo el tiempo que se pasa con el radiólogo, sino también el tiempo físico de caminar, el tiempo físico de espera en la fila. Todo eso se hace operativamente de manera más eficiente en este nuevo espacio virtual, cuando solo tengo que hacer clic en un botón de mi computadora, y puf, aparece un radiólogo. Parece cosa de los Supersónicos de alguna manera, pero nos permite obtener el mismo beneficio médico; para todavía tener la capacidad de mirar las exploraciones junto con un radiólogo y saber lo que piensa al respecto, pero de una manera mucho más eficiente.

Q: How can health technology help you standardize and improve the quality of care across your health system/hospital/practice?

Dr. Jackman: When we instituted Dana-Farber Pathways back in 2014 in our lung cancer group, we sought to think about the best care we could provide in a way that would optimize effectiveness, minimize toxicity, but also, think about costs and what was necessary, what was useful, and what wasn't.

When we looked at the care we were providing prior to the implementation of Pathways, and subsequent to the implementation of our Pathways, what we found was, there was actually a cost savings in the patients who were treated once we implemented Pathways in our metastatic lung cancer patients. A cost savings that was, on average, about \$17,000 a year for our metastatic lung cancer patients. Where did this come from? Primarily it came from lower chemotherapy costs. Not because we were choosing what the cheapest things were, but because the Pathways discussions really forced us to think about -- were we doing things that weren't adding a whole lot of bang for the buck, and where could we eliminate some of those medications? In doing so, we retained quality of care. There was no drop in efficacy, in fact, there was some improvement, and there was a trend towards improvement and survival, and yet, at a cheaper cost.

Q: What solutions would you like to see that can help you navigate the additional complexities of combination therapies both by making decisions and then in the delivery stages?

Dr. Jackman: When I think about the complexity of cancer care there's so many pieces to it. There is obviously being with the patient and understanding their fears and their needs. There is genomic testing, and searching for alterations in cancer cell DNA that might lend themselves to targeting with specific therapies. There is talking to radiologists. There is talking with surgeons, and medical oncologists, and radiation oncologists, to together come to appropriate decision-making.

When we think about the future of healthcare, and how we make all of this more efficient, again, it's this notion of how do we improve collaboration and communication? How do we bring the right people together with the right information? And how do we do this all in a seamless a way as possible? This is an important part of where healthcare is going to go and an important piece of what we need to continually improve upon, with our existing systems. Part of that is through telecommunication systems, but part of it is also thinking about, one of the pieces I alluded to, the right information. For a community oncologist who has to face 30 patients in a day with different diagnosis, and keep up with the medical literature across all of these different diagnosis, that's almost an impossibility.

How do we put information at their fingertips, instead of them having to go to a myriad of different resources, and textbooks, and online sites, to try to come with the right decisions? This is part of what Dana-Farber's Pathways are trying to do. How do we obviate the need to go to multiple different places because we've put it all in one place? Here's what Dana-Farber would recommend in this situation, but in addition, here's why, and here's a link to the publications, or presentations, on which these decisions are based, so that it's really one-stop shopping to improve and expedite medical decision-making.

Q: How can COVID-19 make changes for the better with respect to cancer care and radiation oncology?

Dr. Jackman: When we think about collaboration in the time of COVID, I think an important piece has been learning from our peers at other institutions. As Boston began to hit our COVID surge in April and May, it was very important that we were able to reach out to colleagues in China, Italy, New York, and in Seattle, where the pandemic had already hit hard. They were willing and able to share with us the lessons that they had learned, so that we could optimize our own care delivery. That's something that's been an integral part of our initial response, and then thinking about how we and others adapt along the way, as we continue to learn new things.

Our response has to grow and change. We've been lucky that we've been able to do that, and it's that kind of global communication and collaboration, that has been so much a part of how hospitals, how physicians have responded to this. I truly look forward to that being part of how we think about care in other non-COVID aspects of medicine going forward.

Q: What does the future of healthcare look like specifically in oncology?

Dr. Jackman: The future of oncology care is going to be one that's marked by a greater accessibility. It's going to be one that's marked by discovery. It's going to be marked by collaboration. Everything that's happened over the last decade in cancer care speaks to this. The pace of discovery, the development of new clinical agents - these are all things that are incredibly powerful and meaningful, and will only take us further in the years to come.

When we think about what we've learned in COVID, and bringing resources to bear that we didn't have before, in terms of our ability to look at cancer cell genomes, our ability to run clinical trials in a more targeted and efficient way - all of these things are only going to improve the quality and speed of discovery going forward.

In addition, we know that our future within healthcare in general, and oncology specifically, is going to be one where we need to think meaningfully about resource management. As we see drugs being brought forward at cost of \$20 to \$30,000 a month for patients, we know that this can't continue to be the future. We need to acknowledge that a problem exists. We need to create a culture where we actively think about cost. We need to create spaces where we can have discussions about what truly is being brought to the table with an individual drug, or regiment. With our Pathways conversations, we've created a space in our review meetings, where doctors not only look at the improvements and survival and the side effects, but also the cost that comes with each of these.

In one of our lymphoma meetings for T-cell lymphoma, they saw that there was a therapy that cost thousands of dollars more than an older treatment, but didn't really offer any additional benefit in terms of survival, or side effects. So they stood up and said, "No, we're not going to do this." While that feels like an easy example, it's one where it shows that we have to create a space to at least have these conversations. We have to ask better questions. We have to recognize when a treatment is only benefiting a small number of patients, rather than a larger number of patients, and when that's the case, we need to better define who those patients are. Can we find biomarkers? Can we find clinical characteristics that can define that population, so that we make sure they get those treatments? Then for the rest of the patients, can we say, "You know what? This treatment isn't really that good for them." We need to find something better, something else for this group. We need to expand our minds in all of these different ways over the coming years and that's what I see for oncology care over the next few years.

Q: How do you collaborate with a patient's multi-disciplinary care team today and where can you see improvements moving into the future?

Dr. Jackman: Multi-disciplinary care is something that's so incredibly important to cancer care. Pre-COVID, we were very lucky at Dana-Farber, that the organization, and the physicians within it, made this commitment to making sure that we saw patients together. How do we put radiation oncologists, and surgeons, and medical oncologists in the same work room, and go and see patients together, and have meaningful discussions on the spot there?

Obviously, with COVID, that has changed, and so we can't physically be together, but we're working incredibly hard to maintain that same sort of collaborative and communicative spirit, doing that virtually. As we go forward, I think that the lessons that we and so many people are learning are, how do we make sure that we retain that element of collaboration, and enable us to do it across distances?

As we're getting better at our virtual communication, I think it's also enabling us to do this more across a broader enterprise. In really meaningful ways we're able to think about the scope of our enterprise and use this time in COVID, to make sure that our collaboration at different sites within the Dana-Farber family is improving that much more, so that the care we deliver at our satellite in Milford, is the same care that we deliver at our academic campus in Boston.

That's been meaningful, it's been cross-disciplinary, and it's something that I hope that we and others take into the future.



Results from customer experiences are not predictive of experiences in other cases. Results in other experiences may vary.

© 2021 Koninklijke Philips N.V. All rights reserved. Specifications are subject to change without notice. Trademarks are the property of Koninklijke Philips N.V. or their respective owners.

4522 991 70331 * JUN 2021