Wait times for cardiovascular procedures

In this issue of the *Journal*, an article by Munt and colleagues (pages 497-502) addresses the difficulties we have all experienced surrounding the calculation and meaning of wait times for cardiovascular procedures. What the authors of this paper suggest is that the current methods for estimating wait times grossly underestimate the 'risk' time, actually by a factor of 3.2 for the surgical treatment of aortic stenosis. They suggest that the real time of importance to the patient's risk is "the time interval between the patient's first contact with a medical care provider with symptoms or signs which ultimately lead to cardiovascular surgery and the date of that surgery". This makes a lot of sense from the patient's perspective.

In an editorial accompanying this article (pages 503-504), Ghali and Noseworthy point out some of the limitations of this proposed method from the viewpoint of standardization and collection of such data. Obviously, there is conflict between what would be ideal from the patient's perspective and what is feasible in our health care system.

However, this is a very important issue and one that will be central to government planning to address access to health care issues. Access remains the major issue in the minds of Canadians and the one that all political parties promised to address during the recent federal election campaign. The provision of guaranteed wait times for a number of procedures seems the likely outcome in most provinces as a way to address the concerns of the public. The Canadian Cardiovascular Society participated in the recent Canadian Wait Time Alliance for Timely Access to Healthcare and has proposed wait times for the most common cardiovascular procedures based on available evidence and clinical judgment.

Is a guarantee of wait time for medical procedures a feasible approach to the increasing concerns expressed over delays in accessing health care in Canada? The guarantee in itself does little to accomplish the goal, although there is the potential to markedly increase costs if the guaranteed target is not met. But if there are incentives for the health care providers and managers to re-engineer the system of referral and treatment priorities, then real difference can be made. This was recently documented in a demonstration project by the Alberta Bone and Joint Institute addressing the long wait times for hip and knee surgery. This successful initiative provided special clinics that evaluated patients very quickly and then provided surgery in specified operating room slots. The decrease in time from referral to surgery was very impressive and is now planned to be made a permanent feature of the service in Alberta. Similar gains could be made for cardiovascular procedures considered to be priority areas. However, the gains in the priority areas will be offset by losses in access times for nonpriority services — at least in the absence of additional workforce, resources or both.

The Canadian Cardiovascular Society's Access to Care Working Group have continued their work and will be

Eldon R Smith

Les temps d'attente avant de subir des interventions cardiovasculaires

Dans ce numéro du journal, un article de Munt et de ses collaborateurs (pages 497 à 502) porte sur les difficultés que nous avons tous vécues quant au calcul et à la signification des temps d'attente avant les interventions cardiovasculaires. Ce que les auteurs de cet article laissent entendre, c'est que les méthodes actuelles pour évaluer les temps d'attente sous-estiment grossièrement le temps de « risque », par un facteur de 3,2 pour ce qui est du traitement chirurgical de la sténose aortique. Ils indiquent que le véritable temps d'importance pour le risque du patient est

« l'intervalle entre le premier contact avec un dispensateur de soins médicaux par suite de signes ou symptômes qui finissent par donner lieu à une opération cardiovasculaire et la date de cette opération. » C'est logique du point de vue du patient.

Dans un éditorial accompagnant cet article (pages 503 à 504), Ghali et Noseworthy soulignent certaines limites de cette méthode du point de vue de la standardisation et de la collecte des données. De toute évidence, il existe un conflit entre ce qui serait idéal du point de vue du patient et ce qui est faisable dans le système de santé.

Cependant, c'est un enjeu très important, qui sera au centre de la planification gouvernementale afin de répondre aux problèmes d'accès aux soins. Dans l'esprit des Canadiens, l'accès demeure le principal problème, et c'est celui que tous les partis politiques ont promis de régler pendant la récente campagne électorale fédérale. Des temps d'attente garantis pour diverses interventions semblent être le moyen que privilégieront la plupart des provinces pour répondre aux préoccupations du public. La Société canadienne de cardiologie a participé à la récente Alliance canadienne des temps d'attente pour un accès rapide aux soins de santé et a proposé des temps d'attente pour les interventions cardiovasculaires les plus courantes, d'après les données probantes disponibles et le jugement clinique.

Une garantie de temps d'attente avant les interventions chirurgicales est-elle une démarche faisable pour répondre aux préoccupations croissantes exprimées à l'égard des délais pour accéder aux soins de santé au Canada ? La garantie en elle-même ne fait pas grand-chose pour réaliser l'objectif, mais elle pourrait accroître considérablement les coûts si elle n'était pas respectée. Cependant, si des mesures incitatives sont mises en place pour que les dispensateurs de soins et les gestionnaires restructurent le système d'aiguillage et les priorités de traitement, de réels changements pourraient être apportés. C'est ce qu'a récemment démontré un projet-pilote de l'Alberta Bone and Joint Institute portant sur les longs temps d'attente avant un remplacement de la hanche ou du genou. Ce projet réussi était constitué de cliniques spéciales pour évaluer les patients très rapidement et les opérer dans des salles opératoires réservées. La diminution du délai entre l'aiguillage et l'opération était impressionnante, et ce système devrait s'intégrer en permanence aux services en Alberta. Des améliorations semblables pourraient être apportées à l'égard

publishing a series of articles in the *Journal* over the next several months addressing in more detail the challenges and options to address wait times in such areas as management of heart failure, electrophysiology services, nuclear imaging and interventional cardiology procedures.

Hopefully, these articles will help focus the challenges and provide insights into solutions.

Eldon R Smith
Editor-in-Chief

des interventions cardiovasculaires jugées prioritaires. Cependant, les améliorations dans les secteurs prioritaires seront ternies par les pertes de temps d'accès pour des services non prioritaires, du moins en l'absence d'effectifs ou de ressources supplémentaires, ou de ces deux éléments.

Le groupe de travail de l'accès aux soins de la Société canadienne de cardiologie a poursuivi ses travaux et publiera une série d'articles dans le journal au cours des prochains mois afin d'approfondir les défis et les possibilités pour régler les temps d'attente dans des domaines comme la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, les services d'électrophysiologie, l'imagerie nucléaire et la cardiologie interventionniste.

Nous espérons que ces articles contribueront à circonscrire les défis et à jeter une lumière nouvelle sur les solutions.

Eldon R Smith
Rédacteur en chef

The views expressed on this page are those of the Editor-in-Chief and are not intended to reflect the opinions of the Canadian Cardiovascular Society or Pulsus Group Inc.

Le présent point de vue n'engage que le rédacteur en chef et ne reflète pas nécessairement celui de la Société canadienne de cardiologie ou de Pulsus Group Inc.