Let's stop talking – our patients are waiting

Many Canadians today are worried about wait times and the principle of timely access. They wonder how we can ever sustain the promise of reasonable access. We all know that first ministers have developed benchmarks for medically acceptable wait times in five priority areas: cancer, cardiac care, diagnostic imaging, joint replacement and sight restoration. However, there remains an urgent need for governments to work collaboratively with providers and patients to chart a future that will provide Canadians with more timely access to high-quality care.

Yes, our patients are waiting too long for treatment, and cardiac care is as deeply affected as any other field. All the same, I believe we have reached a turning point, thanks greatly in part to the Access to Care Working Group, chaired by Dr Blair O'Neill. Their proposed benchmarks were published in 2006 (see <www.ccs.ca>) and covered a broad array of cardiovascular services and procedures. These targets were the result of an enormous effort by our colleagues to analyze needs, consider the resources at hand and propose workable solutions. They also reflect the inevitable compromises that are the foundation of any action plan that aims to shape health care for an entire generation to come.

The Whole Patient journey

The Working Group's suggested wait times address a wide range of procedures, and they do so out of sheer necessity. The earlier government proposal had focused on only one area of cardiovascular care: bypass surgery. It is a crucial element, but our community also views the numerous other interventions in which we share expertise to be vital. From our patients' perspectives, the journey includes the wait time for the initial consultation, then a wide range of cardiac testing and procedures leading to their eventual return to home, work and full productivity. This continuum of care was addressed by Dr O'Neill at the 2006 Canadian Cardiovascular Congress. He mentioned how difficult it is to isolate a specific procedure and assign a wait time when many other steps play a part in the desired outcome. In a similar respect, I believe that key government players must be encouraged to regard cardiac health as more of a life-long concept within a multidisciplinary framework.

Like many of you, I had high expectations of the Conference on Timely Access to Health Care, held in Toronto on February 9 of this year. Our benchmarks for wait times presented a plausible set of guidelines for the ministers of health from both levels of government. On the other hand, I did not expect the media to report "No timeline for fulfilling government promise on wait times", to cite one headline among several similar themes.

In the area of cardiac care, the preparatory work has already been done. It is 'groundwork' rooted in solid research and long-term, community-wide collaboration. There is a scant need for further study, so let us get on with implementing our five- and

Cessons de discuter – les patients attendent

Dr Lyall A Higginson

De nombreux Canadiens s'inquiètent des temps d'attente et du principe d'accès en temps opportun. Ils se demandent si nous pourrions un jour tenir la promesse d'un accès raisonnable. Nous savons tous que les premiers ministres ont établi des normes de référence en matière de temps d'attente médicalement acceptables dans cinq secteurs prioritaires : cancer, maladies cardiaques, imagerie diagnostique, remplacement d'articulations et restauration de la vue. Les gouvernements doivent toutefois travailler de toute urgence en collaboration avec les dispensateurs et les patients afin qu'à l'avenir, les Canadiens aient accès plus rapidement à des soins de qualité.

Oui, nos patients attendent trop longtemps avant d'être traités, et les maladies cardiaques sont tout aussi touchées que les autres secteurs. Pourtant, je pense que nous avons atteint un point tournant, en grande partie grâce au groupe de travail de l'accès aux soins, présidé par le docteur Blair O'Neill. Le groupe a proposé des normes de référence en 2006 (voir <www.ccs.ca>) et a couvert toute une série de services et d'interventions cardiovasculaires. Nos confrères ont établi ces cibles par suite d'énormes efforts pour analyser les besoins, évaluer les ressources disponibles et proposer des solutions exploitables. Les cibles reflètent également les compromis inévitables à la base de tout plan d'action visant à modeler les soins de santé pour toute une génération à venir.

Tout le parcours du patient

Les temps d'attente que propose le groupe de travail couvrent une pléthore d'interventions, par pure nécessité. La proposition précédente du gouvernement s'attardait à un seul aspect des soins cardiovasculaires : le pontage. C'est un élément crucial, mais notre collectivité juge essentielles les nombreuses autres interventions pour lesquelles nous partageons des compétences. Du point de vue des patients, le parcours inclut le temps d'attente avant la première consultation, suivi d'une série d'exams et d'interventions cardiaques qui finiront par leur permettre de rentrer chez eux, de travailler et de retrouver une pleine productivité. Le docteur O'Neill a traité de ce continuum de soins au Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire. Il a souligné combien il est difficile d'isoler une intervention précise et de lui attribuer un temps d'attente lorsque de nombreuses autres étapes sont nécessaires pour parvenir au résultat désiré. À un égard similaire, je pense qu'il faudrait inciter les principaux décideurs gouvernementaux à percevoir les soins cardiaques comme un concept de vie au sein d'une structure multidisciplinaire.

À l'instar de bon nombre d'entre vous, j'avais des attentes élevées à l'égard de la Conférence sur l'accès en temps opportun aux soins de santé, qui avait lieu à Toronto le 9 février dernier. Nos normes de référence en matière de temps d'attente constituaient un mode d'orientation plausible à l'intention des ministères de la santé des deux paliers de gouvernement. Cependant, je ne m'attendais pas que les médias clament « Aucun échéancier pour respecter les promesses gouvernementales sur les temps d'accès », pour ne citer qu'un titre parmi d'autres.

Pour ce qui est des soins cardiaques, les travaux préparatoires sont déjà terminés. Ils prennent racine dans des recherches solides et une collaboration prolongée avec l'ensemble de la collectivité. Il est impérieux de mener d'autres études. C'est pourquoi il faut implanter

10-year targets for cardiovascular services before the lineups outside our clinics and operating theatres get any longer. I am confident that we can make some significant progress toward achieving those benchmarks, but we can only realize this if we actually integrate them into our daily routine.

The aftermath

I am not disheartened by the outcome of the conference; our community and the two levels of government in Canada are in the same boat. But all hands are not on the same deck. It is a case of identical objectives, but with different access routes awaiting convergence. The government stakeholders have already pledged themselves to further discussion. Meanwhile, we have an opportunity – or perhaps I should say challenge – to strive the best we can to reduce wait times through our own efforts.

In the near term, our success will depend heavily on innovation, tireless action on the part of the Canadian Cardiovascular Society (CCS), and the voice of our members to act as champions on these issues on behalf of our patients. CCS members have identified the dissemination and adoption of the cardiac care wait time benchmarks, as well as advocacy on the continuum of care, as strategic priorities for this year. Louise Marcus, the new Director of Health Policy/Advocacy of the CCS, will be focusing on this strategic priority and on strengthening our message to governments and other stakeholders. We also want to provide CCS members with the tools to help them be effective advocates within their own communities. We will work with as many of our members as possible to examine how fresh approaches and increased efficiency may bring about improved access.

While governments debate the money issue, can we be making better use of our human resources? Should more follow-up visits be transferred away from cardiologists or internists toward family physicians or nurse practitioners? At the local level, is there room in our system to establish a central service for urgent and semiurgent consults? How many divisions of cardiology or group practices can adopt, monitor and strive to meet the benchmarks already established? How can we be more responsive to our patients when the lack of resources causes bottlenecks? These are just a few of many questions that arise, and I want to hear questions and comments from you as well.

As physicians and specialists, we are spokespersons and advocates for the patients who rely on our collective voice. We represent their grassroots interests in the boardrooms in which decisions are made. Our relationships with government and parliamentary partners are still collegial and remain on stable footing. But I would like to encourage those who hold the power and the purse strings to consider every element in our multilayered cardiac care system. No component should be fixed in isolation.

Armed with carefully composed wait time targets, I know we can make a difference in the life – and lifespan – of every patient under our care. We know enough to act – let us do so.

Visit <www.ccs.ca> for the Access to Care Benchmarks and Commentaries located in the 'Position Statements' section of the Web site, or contact Louise Marcus, Director Health Policy/Advocacy, at marcus@ccs.ca.

Lyall A Higginson
President
Canadian Cardiovascular Society

nos cibles quinquennales et décennales en matière de services cardiovasculaires avant que les files d'attente s'allongent encore à l'extérieur de nos cliniques et de nos salles d'opération. Je suis persuadé que nous pouvons réaliser des progrès considérables vers ces normes de référence, mais nous n'y parviendrons que si nous les intégrons à notre routine quotidienne.

Les répercussions

Je ne suis pas démoralisé par les résultats de la conférence. Notre collectivité et les deux échelons du gouvernement du Canada sont dans le même bateau, mais nous ne travaillons pas tous sur le même pont. Nous avons les mêmes objectifs, mais utilisons des voies d'accès différentes qui n'ont pas encore convergé. Les intervenants du gouvernement se sont déjà engagés à poursuivre les discussions. Entre-temps, nous avons l'occasion, ou devrais-je plutôt dire le défi, de prendre toutes les mesures possible pour réduire nous-mêmes les temps d'attente.

À court terme, notre réussite dépend largement de l'innovation, d'actions infatigables de part de la Société canadienne de cardiologie (SCC) et de la voix de nos membres qui doivent défendre ces enjeux au nom de nos patients. Cette année, les membres de la SCC ont établi comme priorités stratégiques les modes de diffusion et d'adoption des normes de référence en matière de temps d'attente pour les maladies cardiaques et la défense du continuum de soins. Louise Marcus, la nouvelle directrice des politiques de santé et de défense de la SCC, se concentrera sur ces priorités stratégiques et sur le renforcement de notre message aux gouvernements et aux autres intervenants. Nous désirons également fournir aux membres de la SCC les outils qui les aideront à devenir des défenseurs d'intérêts efficaces au sein de leur collectivité. Nous examinerons avec le plus de membres possible le moyen d'améliorer l'accès grâce à de nouvelles démarches et à une plus grande efficacité.

Tandis que les gouvernements discutent d'argent, pouvons-nous faire meilleur usage des effectifs ? Devrait-on transférer un plus grand nombre des visites de consultation auprès des cardiologues ou des internistes aux médecins de famille ou aux infirmières praticiennes ? Sur la scène locale, y a-t-il place dans notre système pour un service central de consultations urgentes et semi-urgentes ? Combien d'unités de cardiologie ou de groupes de pratique peuvent adopter, surveiller et chercher à respecter les normes de référence déjà établies ? Comment peut-on être plus réceptifs à nos patients lorsque le manque de ressources provoque des goulots d'étranglement ? Ce ne sont là que quelques-unes des nombreuses questions soulevées, et je veux connaître vos questions et vos commentaires à ce sujet.

À titre de médecins et de spécialistes, nous sommes des porte-parole et des défenseurs des patients qui se fient à notre voix collective. Nous représentons leurs intérêts de base dans les salles de conférence où les décisions sont prises. Nos relations avec les partenaires gouvernementaux et parlementaires sont toujours collégiales et stables. J'aimerais toutefois encourager les détenteurs du pouvoir et des cordons de la bourse à envisager chaque élément du système de soins cardiaques multicouche. Aucun élément ne devrait être déterminé de manière isolée.

Si nous sommes munis de temps d'attente composés consciencieusement, je sais que nous pouvons influencer sur la vie, et la durée de vie, de chaque patient que nous soignons. Nous en savons assez pour agir, alors allons-y.

Consultez le site <www.ccs.ca> pour consulter, en anglais, les normes de référence d'accès aux soins et les commentaires situés dans la zone « Position Statements » ou écrivez à Louise Marcus, directrice des politiques de santé et de la défense d'intérêts, à marcus@ccs.ca.

Lyall A Higginson
président
Société canadienne de cardiologie