

Coeditors

Corédacteurs

JONATHAN L. MEAKINS, MD
Montreal: tel 514 843-1504
fax 514 843-1503

email jmeakins@is.rvh.mcgill.ca
JAMES P. WADDELL, MD
Toronto: tel 416 864-5048
fax 416 864-6010

Managing Editor

Rédactrice administrative

GILLIAN PANCIROV
Ottawa

Book Review Editor

Rédacteur, critiques de livres

RAY CHU-JENG CHIU, MD
Montreal

Editorial Board

Conseil de rédaction

GILLES BEAUCHAMP, MD

Montreal

ROBERT S. BELL, MD

Toronto

RAY CHU-JENG CHIU, MD

Montreal

LUC DESCHÈNES, MD

Québec

KENNETH A. HARRIS, MD

London

CHRISTOPHER HEUGHAN, MB BChir

St. John's

RÉAL LAPOINTE, MD

Montreal

JOHN K. MACFARLANE, MD

Vancouver

ERNEST W. RAMSEY, MD

Winnipeg

CECIL H. RORABECK, MD

London

NORMAN S. SCHACHAR, MD

Calgary

JULIUS L. STOLLER, MD

Vancouver

GARTH L. WARNOCK, MD

Edmonton

Section Editors

Rédacteurs des sections

Radiology for the Surgeon

Chirurgie et radiologie

LAWRENCE A. STEIN, MD

Montreal

Surgical Images

Imagier chirurgical

DAVID P. GIRVAN, MD

London

NIS SCHMIDT, MD

Vancouver

Editors' View

Mot de la rédaction

MEETING THE FUTURE

These are trying times for surgeons. Waiting lists for surgery seem to be getting longer, resources tighter, equipment harder to purchase, to say nothing of replacement or repair. Patients have the same expectations, quite rightly, as in times of plenty, are just as unwell and are not interested in hearing about budget cuts. The emergency wards in areas where hospitals have closed are bursting at the seams. Governments have reduced budgets without useful objectives or directions to administrators or surgical leaders on how to maintain services. In surgical departments this has led to a patchwork quilt of initiatives aimed at changing the professional behaviour not only of surgeons and the physicians with whom they work but also, and as importantly, of nursing and all allied health professionals.

How can (does) the practice of surgery contribute to better cost efficiency and therefore maintenance of services to patients? There are the obvious efficiencies of same day admission, day surgery, earlier discharge, efficient use of operating room time, drugs and so on. In this issue of the Journal, but continuing the coeditors' view that if we don't change ourselves external forces will do so and the results will be worse, there are articles that can or do lead to different surgical approaches that will have an impact on costs. What are not always available are the data that permit good choices.

Minimally invasive surgery, not always laparoscopy, is an important direction, broadly applicable to many

disciplines. Breast cancer articles highlight less surgery for the elderly but also suggest changes in axillary dissection. Rectal cancer is a condition often employing multimodality therapy. Is mesorectal excision better than or equivalent to regular resection plus radiotherapy? Are the costs to the patient and society equivalent? If mesorectal excision is better or equal oncologically and the total financial burden on society less, should any other procedure be done? If we make these rules, can we progress?

Articles in this issue also directly or indirectly address specialist versus non-specialist care: hip fracture, breast cancer, rectal cancer. As a profession, we need to address these issues in a coherent manner. Our concern is that with regional and sometimes local differences in care and costs politicians and administrators will step in and dictate management options. We often look enviously at the United States. However, managed care is often dictated care, based on what is locally available without consideration of referral options, which remains possible in all our provinces.

If their arguments are coherent and based upon data, surgeons are well placed to lead the way out of this potential and unhappy intrusion into clinical practice.

In the December issue, we plan to examine dilemmas confronting all surgeons with respect to equipment. There are no easy answers, but physician management and involvement is surely one. So, too, will be the way we practise surgery and the nature of the operations we perform. We welcome ideas that will improve our ability to care for our patients more efficiently and effectively.

POUR FAIRE FACE À L'AVENIR

Les chirurgiens vivent des temps difficiles. Les listes d'attente semblent s'allonger, les ressources semblent diminuer, le matériel semble plus difficile à acheter : on ne parlera pas de le remplacer ou de le réparer. Les patients ont les mêmes attentes qu'en période d'abondance, et avec raison, ils sont aussi malades et les compressions budgétaires ne les intéressent pas. Les salles d'urgence dans les régions où l'on a fermé des hôpitaux débordent. Les gouvernements ont réduit les budgets sans donner, aux administrateurs ou aux dirigeants chirurgicaux, d'orientations ou d'objectifs utiles sur la façon de maintenir les services. Dans les départements de chirurgie, le chaos est à l'origine d'initiatives disparates qui visent à changer le comportement professionnel non seulement des chirurgiens et des médecins, mais aussi, ce qui est tout aussi important, du personnel infirmier et des professionnels des disciplines paramédicales.

Comment la pratique de la chirurgie contribue-t-elle à améliorer l'efficacité des coûts et, par conséquent, le maintien des services aux patients ou peut-elle contribuer à le faire? L'admission le jour même, la chirurgie de jour, la libération précoce, l'utilisation efficace des salles d'opération, des médicaments, etc., entraînent des efficacités évidentes. Dans ce numéro du Journal, comme les corédacteurs sont d'avis que si nous ne changeons pas nous-même, des forces de l'extérieur

nous imposeront un changement et les résultats seront pires, le lecteur trouvera des articles qui peuvent déboucher ou débouchent sur des stratégies chirurgicales différentes qui auront une incidence sur les coûts. Ce qui manque parfois, ce sont les données qui permettent de faire de bons choix.

L'intervention chirurgicale la moins effractive, et non pas toujours la laparoscopie, constitue une orientation importante qui peut s'appliquer en général à de nombreuses disciplines. Des articles sur le cancer du sein prônent une réduction des interventions chirurgicales imposées aux personnes âgées mais proposent aussi des modifications de la dissection des ganglions axillaires. Le cancer du rectum est un problème qui oblige souvent à recourir à une thérapie multimodale. L'excision mésorectale équivaut-elle à une résection ordinaire conjuguée à une radiothérapie, ou est-elle meilleure? Les coûts sont-ils les mêmes pour les patients et pour la société? Si l'excision mésorectale est meilleure ou égale sur le plan oncologique et si le fardeau financier total imposé à la société est moindre, faudrait-il recourir à une autre intervention? De telles règles permettent-elles d'aller de l'avant?

Les articles publiés dans ce numéro portent aussi directement ou indirectement sur les soins des spécialistes par rapport à ceux des non-spécialistes : fracture de la hanche, cancer du sein, cancer du rectum. Comme profession, nous devons aborder ces questions de façon cohérente. Ce qui nous préoccupe, c'est que les différences régionales et par-

fois locales sur les plans des soins et des coûts inciteront les politiciens et les administrateurs à intervenir et à imposer des options administratives. Nous envions souvent les États-Unis. Or, souvent, les soins dirigés sont souvent des soins imposés fondés sur ce qui est disponible à l'échelon local et ne tiennent pas compte des options liées à la présentation, possibilités qui existent toujours dans toutes nos provinces.

Si leurs arguments sont cohérents et fondés sur des données, les chirurgiens sont bien placés pour nous guider hors de cette ingérence éventuelle et malheureuse dans la pratique clinique.

Dans le numéro de décembre, nous prévoyons aborder des dilemmes auxquels font face tous les chirurgiens en ce qui concerne le matériel. Il n'y a pas de solution facile, mais la gestion par les médecins et leur intervention en est sûrement une. Notre façon de pratiquer la chirurgie et la nature des interventions que nous pratiquons en seront aussi. Nous accueillons avec plaisir les idées qui amélioreront notre capacité de prendre soin de nos patients de façon plus efficace et efficace.

Jonathan L. Meakins, MD

Coéditeur
Corédacteur



© 1997 Canadian Medical Association
© Association médicale canadienne 1997