

Coeditors
Corédacteurs

James P. Waddell, MD, *Toronto*
tel 416 864-5048
fax 416 864-6010
waddellj@smh.toronto.on.ca

Garth L. Warnock, MD, *Vancouver*
tel 604 875-4136
fax 604 875-4036
gwarnock@interchange.ubc.ca

Managing Editor
Rédactrice administrative

Patricia Lightfoot, *Ottawa*

Editorial Coordinator
Coordonnatrice de la rédaction

Melanie Mooy, *Ottawa*

Editorial Board
Conseil de rédaction

Richard J. Finley, MD, *Vancouver*
Michael Gross, MD, *Halifax*
Edward J. Harvey, MD, *Montréal*
Geoffrey H.F. Johnston, MD, *Saskatoon*
William J. Mackie, MB ChB, *Edmonton*
Vivian C. McAlister, MB, *London*
Peter J. O'Brien, MD, *Vancouver*
Eric C. Poulin, MD, *Toronto*
William R.J. Rennie, MD, *Winnipeg*
David C. Taylor, MD, *Vancouver*

Section Editors
Rédacteurs des sections

David P. Girvan, MD, *London*
Edward J. Harvey, MD, *Montréal*
Andrew W. Kirkpatrick, MD, *Calgary*
Ronald R. Lett, MD, MSc, *Vancouver*
Peter L. Munk, MD, *Vancouver*
Ori D. Rotstein, MD, *Toronto*
Nis Schmidt, MD, *Vancouver*
Richard K. Simons, MB BChir, *Vancouver*
Lawrence A. Stein, MD, *Montréal*

Book Review Editor
Rédacteur, critiques de livres

Vivian C. McAlister, MD, *London*



Printed on recycled paper • Imprimé sur papier recyclé

Editorial
Éditorial

Editor's view

My Editor's View was late for this issue. I received numerous reminders from the people at CMA Media that the deadline for the piece had passed — a delay that as an editor I would not tolerate from other contributors to the journal! Why was I late? On reviewing the activities in my office over the last 2 months, I can identify a number of factors that would contribute to this uncharacteristic problem with meeting a deadline.

There are the usual time-consuming elements that go with academic practice — committee meetings, preparation of lectures, checking the proofs of manuscripts, etc. However, most of these things can be easily dealt with in a properly scheduled day or week. Although time consuming, they are an inevitable part of academic surgery and can be planned for and accommodated relatively easily.

The real problem, as it turns out, is patient-related correspondence. I am sure I am not alone in noticing the increasing volume of paper that crosses my desk relating to patient care. It starts with the initial request for consultation by the referring physician — this letter (or fax) has to be read and a decision made about the suitability of the referral. The referring physician has to be contacted or the patient contacted directly, usually in writing, to confirm the date and time of the appointment. This correspondence includes requirements such as the results of recent laboratory investigations, x-rays, etc. This information then has to be sent to the clinic in a slightly modified form to ensure an appropriate booking for the patient for assessment.

After the patient is seen, a letter has to be written to the referring physician outlining the findings, the

details of the discussion with the patient and the decision with regard to patient disposition. If further investigations are required, these are usually the responsibility of the consulting surgeon, necessitating further forms to be filled out accurately and bookings for these investigations confirmed.

If a surgical booking is made, the volume of paperwork goes up exponentially. Consents must be obtained and witnessed by the treating surgeon — consent for surgery, consent for blood transfusion — and various types of literature regarding the procedure must be explained. Orders have to be written, consultation requests completed and discharge disposition decided before admission.

Two to 3 weeks before the planned surgical procedure, the patient will be seen in the preadmission facility usually in consultation by an anesthesiologist and by representatives of other appropriate specialties. Consultation notes will be written and sent to you, the consulting surgeon, to add to the patient's chart.

The patient is admitted for surgery, the procedure performed and the patient discharged from hospital at the appropriate time. During the time in hospital, progress notes will be made, orders written, discharge disposition confirmed and follow-up visits planned.

When the patient is discharged from hospital, however, the paperwork does not stop. There is a letter to the referring doctor confirming the events around the admission, the hospital final note or discharge summary, confirmation of pathology reports — the list continues.

More and more patients now have some type of supplementary health insurance covering short-term disability, long-term disability, mortgage insurance — the number and complexity of these forms is bewildering as the insurance companies

require more and more detailed information about the patient before the patient can receive the benefits to which he or she is entitled.

It is my impression that the volume of paperwork is not only increasing but the speed at which it must be done is increasing as well. Same-day admission, expedited discharge and rapid turnaround times in

order to increase the volume of patients treated in any given period have resulted in marked compression of the time frame available for the necessary paperwork that accompanies each patient's interaction with the surgeon or the hospital.

Some years ago, people thought the solution to this problem was the "paperless office" — for most of us

this remains an elusive dream.

So that is why the Editor's View was late this month — I promise to return to more substantive topics next time around.

James P. Waddell, MD
Coeditor

Competing interests: None declared.

Mot du rédacteur

Mon Mot du rédacteur était en retard pour ce numéro. Les gens d'AMC Média m'ont rappelé à de nombreuses reprises que l'échéance était passée — retard que, comme rédacteur, je ne tolérerais d'aucun autre contributeur du journal! Pourquoi étais-je en retard? En jetant un coup d'œil sur les activités de mon bureau au cours des deux derniers mois, je peux dégager beaucoup de facteurs qui contribueraient à ce problème inhabituel de respect d'une échéance.

Il y a les dimensions chronophages habituelles de la pratique en milieu universitaire — réunions de comités, préparation de cours, lecture des épreuves de manuscrits, etc. Il est toutefois possible de régler facilement toutes ces choses en organisant convenablement son horaire de travail de la journée ou de la semaine. Même si ces tâches prennent du temps, elles constituent un élément inévitable de la chirurgie en milieu universitaire et il est relativement facile de les prévoir et d'en tenir compte.

Le vrai problème en fait, c'est la correspondance reliée aux patients. Je ne suis pas le seul, j'en suis persuadé, à constater l'augmentation du volume de paperasse qui passe sur mon bureau au sujet du soin des patients. Tout commence par la demande initiale de consultation qui provient du médecin

traitant — il faut lire la lettre (ou la télécopie) et déterminer si la référence convient. Il faut communiquer avec le médecin traitant ou directement avec le patient, habituellement par écrit, pour confirmer la date et l'heure du rendez-vous. Cette correspondance porte notamment sur des besoins comme les résultats de récents examens de laboratoire, de radiographies, etc. Il faut ensuite envoyer à la clinique ces renseignements sous une forme légèrement modifiée afin d'assurer que l'on réserve le temps nécessaire pour l'évaluation du patient.

Après avoir vu le patient, il faut écrire au médecin traitant pour lui présenter les constatations, les détails de la discussion avec le patient et la décision sur le traitement. Si d'autres examens s'imposent, ils relèvent habituellement de la compétence du chirurgien-conseil, ce qui l'oblige à remplir d'autres formulaires avec précision et à confirmer les rendez-vous nécessaires.

Si l'on réserve une intervention chirurgicale, le volume de la paperasse gonfle de façon exponentielle. Il faut obtenir les consentements dont le chirurgien traitant doit attester comme témoin — consentement à la chirurgie, consentement à une transfusion sanguine — expliquer divers types de documents sur l'intervention, rédiger des ordonnances,

remplir des demandes de consultation et prendre les dispositions relatives au congé avant l'admission.

De deux à trois semaines avant l'intervention chirurgicale prévue, le patient est reçu au service de préadmission et on consulte habituellement un anesthésiologiste et des représentants d'autres spécialités appropriées, qui rédigent des notes de consultation et vous les font parvenir, à titre de chirurgien-conseil, pour que vous les versiez au dossier du patient.

Le patient est admis pour l'intervention chirurgicale, subit l'intervention et reçoit son congé de l'hôpital au moment voulu. Pendant son séjour à l'hôpital, on rédige des notes sur l'évolution de son état ainsi que des ordonnances, on confirme le congé et on prévoit les visites de suivi.

Lorsque le patient obtient son congé de l'hôpital, ce n'est toutefois pas la fin de la paperasse. Il reste la lettre au médecin traitant pour confirmer les événements découlant de l'admission, la note de clôture de dossier d'hôpital ou le résumé de congé, la confirmation des rapports de pathologie — et la liste continue.

De plus en plus de patients ont maintenant une assurance-maladie complémentaire qui couvre l'invalidité de courte durée, l'invalidité de longue durée, l'assurance hypothé-