Editorial

Preadmission and outpatient consultation clinics

B.A. Finegan FRCPSC

Amendments to the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act enacted in 1991 will effectively terminate Federal financial support for health care by 2005. While the first quarter century of medicare was not excessively constrained by fiscal boundaries it is clear that future funding will be limited and subject to intense scrutiny. It is imperative that physicians respond to this reality not with despair or apathy, but with innovation and leadership.

The initiative described by Conway *et al.*, in this issue of the Journal, is an example of a response to the new realities in Canadian hospitals. There has been an increase in the number of patients with chronic medical conditions presenting for outpatient surgery and there is pressure to reduce in-hospital cancellation rates for elective surgery. The figure of 19% "inappropriate" referrals, and 5% "operative delay" subsequent to a preoperative consultation is clearly unacceptable and, as the authors conclude, underscores the need to curtail, by physician education, wasteful practice patterns.

At the University of Alberta Hospitals we have taken a different approach to outpatient pre-operative assessment. In 1987, a feasibility study was conducted into the development of an outpatient Pre Admission Clinic (PAC) to provide perioperative services to ASA class 1 and 2 surgical patients. The initiative was motivated primarily by a desire to improve inpatient bed utilization, but it was also recognized that a PAC would lead to improved patient satisfaction and a decrease in inappropriate preoperative diagnostic testing. It was determined that a single centralized PAC should be developed for the hospital and that it should offer the range of services necessary to allow substitution of an outpatient visit for an inpatient stay. Accordingly, an implementation planning group was formed in 1988. The group was divided into three sub-committees (operation and administration; scheduling; clinical issues) to develop detailed plans and the clinic was established in 1990. A Same Day Admission Surgery Unit

(SDASU) operating in conjunction with the PAC was opened later that year.

A PAC visit involves an anaesthetic assessment and discussion of the anaesthetic options, the formal surgical admission, the preoperative nursing admission and the formulation of a discharge plan. Blood sampling and non-invasive testing (ECG, PFT's etc.) are performed in the PAC. Sub-specialty consultation, if required, is available on a stat basis facilitating the timely development of an appropriate plan for the patient. One disadvantage of the PAC screening process is that the PAC anaesthetist will frequently not be caring for the patient during his inpatient stay and therefore admission on the day prior to surgery may be indicated if anaesthesia related problems (e.g., morbid obesity; airway obstruction) are identified. An anaesthesia consultation clinic, such as that described by Conway *et al.*, is held daily in tandem with the PAC process.

On the day of surgery, the patient returns to the SDASU at 6:00 am. This unit forms part of the PAC (the PAC/SDASU being located on a previously closed ward) and is staffed by the same nursing personnel. This provides continuity of care and reduces anxiety on the day of surgery. Staff efficiency is enhanced as the time requirements of the SDASU and PAC are complementary. An SDASU is imperative if the full economic benefit of a PAC programme is to be realized. Otherwise, beds must be held open overnight in the inpatient wards for pre-admitted patients and consequently bed occupancy is not optimal.

A preadmission programme should not be developed in isolation, but be part of an organized approach to the management of elective hospital admissions. The process should include the appointment of individuals whose sole responsibility is the coordination of patient care from admission to discharge and the development of surgical short stay wards (wards closed on weekends). The trend towards less invasive surgical techniques encourages this process. The success of anaesthesia consultation clinics or pre-admission/same day surgery units requires that physicians, nurses, patients, hospital administrators and

Director, Preadmission Clinic, University of Alberta Hospitals.

support staff, understand that it is in their interest to act co-operatively and responsibly in the use of hospital services. The experience of the University of Alberta Hospitals indicates that substantial cost savings (c. \$600/day) can be achieved without compromising quality of patient care, by the operation of a PAC/SDASU. These savings are possible not only by reducing the length of hospital stay but also by fostering an institution-wide awareness of the need for efficient management.

The creation of outpatient preoperative assessment clinics offers the opportunity for anaesthetists to be involved as leaders in their planning, administration and daily operation. A pre-admission programme should not involve the abandonment of quality as a cost-saving measure. In particular, it is doubtful whether the anaesthetic preoperative evaluation of the patient presenting for elective major surgery should occur in the holding area of an operating room suite. Anaesthetists must recognize their responsibility to preserve and defend an appropriate standard of care and, in doing so, maintain the rights of the patient and the dignity of the speciality.

Les cliniques de préadmission et de patients ambulatoires

Les amendements aux ententes fiscales fédérales-provinciales et à la loi sur le financement des programmes établis adoptée en 1991, à toutes fins pratiques, mettront un terme à l'aide financière à la santé du gouvernement fédéral en l'an 2005. Alors que le premier quart de siècle de l'assurance-santé ne connut pas de contraintes fiscales exagérées, il devient clair qu'à l'avenir le financement sera encore plus réduit et soumis à une analyse très minutieuse. Pour les médecins, il est important de répondre à ce nouveau défi par une attitude innovatrice et un leadership déterminé et d'éviter à tout prix le désespoir et l'apathie.

L'initiative décrite dans ce numéro du Journal par Conway et coll. est un bon exemple de réaction appropriée aux nouvelles réalités hospitalières canadiennes. Le nombre de malades chroniques en attente de chirurgie ambulatoire est en nette croissance alors que de plus en plus on s'efforce d'éliminer les annulations d'interventions en chirurgie réglée de malades déjà admis. Les chiffres de 19% d'orientation inappropriée et de 5% de

délais opératoires causés par une consultation préopératoire sont clairement inacceptables. Comme les auteurs le démontrent, ces chiffres soulignent le besoin de réduire un type d'exercice non rentable par l'éducation du médecin lui-même.

A l'hôpital de l'université de l'Alberta, nous avons adopté une approche toute différente pour l'évaluation préanesthésique. En 1987, nous avons mené une étude de faisabilité portant sur la réalisation d'une clinique d'admission préopératoire (CAP) pour patients ambulatoires dans le but de favoriser la chirurgie de patients de classe ASA 1 et 2. L'initiative était motivée par le désir d'améliorer l'utilisation des lits, mais aussi par l'impression qu'une CAP augmenterait le degré de satisfaction du patient et diminuerait le nombre de tests inutiles. Une CAP unique centralisée devait être créée dans l'hôpital et offrirait la gamme de services nécessaires à la transformation d'une visite ambulatoire simple à un séjour hospitalier lorsque jugé nécessaire. Avec ces objectifs en vue, un groupe de planification fut formé en 1988. Le groupe fut divisé en trois sous-comités (opération et administration, programmation de liste opératoire, aspects cliniques) pour concevoir des plans détaillés. La clinique ouvrit en 1990. Une unité d'admission pour la chirurgie d'un jour (UACJ) en association à la CAP vit le jour l'année suivante.

Une visite à la CAP comprend une évaluation et une discussion avec le patient sur les options anesthésiques, une admission formelle en chirurgie, une admission préopératoire en nursing et l'élaboration d'une stratégie pour le congé. Les prélèvements sanguins et l'évaluation non-invasive (ECG, EFR, etc) se font à la CAP. La consultation en sous-spécialité, si nécessaire, est disponible dans l'immédiat, ce qui facilite la préparation d'un plan approprié au cheminement du patient. Un désavantage du processus de sélection à la CAP consiste en ce que l'anesthésiste présent n'aura pas nécessairement la charge du patient pendant son séjour hospitalier si l'admission devenait indiquée par l'identification d'un problème important pour l'anesthésie (e.g., obésité morbide, obstruction des voies aériennes, etc). Une clinique de consultation anesthésique, comme l'a décrite Conway et coll fonctionne en association avec la CAP.

Le jour de la chirurgie, le patient arrive à l'UACJ à 6:00 a.m. Cette unité fait partie intégrante de la CAP (la CAP/UACJ occupe un local utilisé autrefois comme salle d'hospitalisation) et emploie le même personnel infirmier. Ceci procure la continuité de soins et réduit l'anxiété causée par la chirurgie prochaine. L'efficacité du personnel est améliorée du fait que les activités des deux sections sont complémentaires. Une UACJ est nécessaire pour réaliser le plein potentiel économique d'un programme de CAP sinon des lits devront être

gardés vides la nuit précédente dans les chambres réservées aux malades préadmis. La gestion des lits s'éloignerait alors de l'optimum.

Un programme de préadmission ne doit pas se créer isolément, mais doit faire partie d'une approche globale pour l'organisation efficace des admissions hospitalières non urgentes. Le processus doit prévoir la désignation de personnels dont la seule responsabilité est la coordination des soins au patient, de l'arrivée au départ, et la création de salles de court séjour qu'on ferme les week-ends. La tendance actuelle vers une chirurgie moins invasive favorise cette option. Le succès des cliniques de consultation anesthésique et des unités de chirurgie d'un jour requiert de la part des médecins, infirmiers, patients, administrateurs et auxiliaires, la certitude qu'il est dans leur intérêt de fonctionner en collaboration et consciencieusement si on veut devenir efficace. L'expérience des hôpitaux de l'université de l'Alberta démontre que des économies substantielles (de l'ordre de 600\$ par jour) peuvent se réaliser sans compromettre la qualité des soins par la mise en opération d'un complexe CAP/UACJ. Ces économies ne sont pas uniquement le fait de la réduction de la durée du séjour hospitalier mais aussi bien par la prise de conscience par tout le personnel de la nécessité d'une gestion efficace.

La création de cliniques d'évaluation préopératoire pour patients ambulatoires offre aux anesthésistes toute une opportunité : celle d'intervenir à titre de leaders en planification, administration et gestion quotidienne. Un programme de préadmission ne doit pas se réaliser au dépend de la qualité, comme si c'était uniquement une mesure d'économie. De la même façon, on pourrait douter du bien-fondé de l'évaluation préopératoire d'un malade programmé pour une chirurgie majeure qui se tiendrait dans la salle d'attente des salles d'opération. Les anesthésistes doivent se reconnaître responsables de la préservation et de la défense des normes de qualité. Ce sera le meilleur moyen de protéger nos patients et la dignité de notre spécialité.