
Editorial

Quality: a job well done!

Peter Duncan MD FRCPC

If any amongst us was about to undergo an anaesthetic and surgical procedure, we would have definite feelings as to who should (or should not) provide the service. However, if questioned as to *why* that particular anaesthetist was chosen we may have difficulty enunciating the basis for the decision. Presumably there is something in the quality of the care provided by that physician that has impressed, and is rewarded by our trust and personal referral.

In practice we owe it to other patients to provide, as best we can, a standard of care similar to that we would choose for ourselves. While even we professionals may have difficulty identifying the specific components of such a standard, when we do we will begin to define "quality" in the practice of anaesthesia.

But why bother? Surely we all know that anaesthesia has become remarkably safe, and that "intact survival" can be virtually guaranteed. The essence is that our success has been gained at a cost, and our technological and pharmaceutical advances may have been achieved at a price society is no longer willing to accept. When financial imperatives prompt health care reform we will be obligated to do more with less, but both the profession and the public will expect maintenance of "quality." Unfortunately, before we can defend what we do as important to the quality of health care we have to measure our success, and preserve innovations that elevate that professional standard.

To this end the review by Drs. Eagle and Davies¹ is both timely and important. In days gone by medical practices were peer-reviewed only when disasters occurred, generating fodder for the "M and M" rounds. This undoubtedly led to practice improvements, but too late for those reviewed! Fortunately, such tragedies of anaesthesia practice have now become so rare that they are simply anecdotes, and defy systematic analysis. More recently we have been challenged to review regularly our departments from the three keystones of quality assurance (Q/A): structure (the physical plant), process (what we do), and outcome (what actually happened). As a generic sys-

tem designed to suit all medical practice such steps seem rational and serve to focus attention upon individual and departmental practice. Anyone who has participated in a Q/A programme knows that the process of routine surveillance will usually identify items requiring change; indeed, such has been the basis for innovation in medical practice for years, and is now merely formalized, mandated, and documented.

But there have been problems with simple Q/A. For one, an excessive focus on "negative outcomes" has made it an unpleasant and demoralizing process, and seldom does it advance the level of care provided to the large majority who undergo uncomplicated anaesthetic procedures. Second, the documentation has concentrated upon the individual care provider, and has been used in a punitive fashion. Third, it is naive to think that meaningful examination of our practice can occur on a departmental basis, for a given patient's perception of his or her care is a composite of all aspects of the interface with a complex medical care system. For this reason the newer concepts of quality management have recognized the integration of all those who participate in a given event, and upon the systems in which we work. When something goes wrong it is not somebody's "goof," but rather a problem with our system which needs to be addressed. The industrial models reviewed by Drs. Eagle and Davies describe methods by which this can be done, and which are now being applied to the practice of medicine.²

Is it worth it? The skeptics will identify the absence of published documentation of benefit to anaesthesia of such programmes, although Eagle and Davies do identify several examples. More important, however, is the enhancement of our perceived value in the eyes of the "customers" of our service. There is no reimbursement item for a quality performance in anaesthesia and, unlike other medical specialties, augmented peer respect does not enhance a given anaesthetist's referral practice. However, as any investment counsellor will confirm, the value and the monetary price paid for a commodity (a stock, for example) are often totally different. Our "customers" want to get value for their money, and will support a specialty that visibly seeks to improve the worth of its collective practice.

From the Department of Anaesthesia, Queen's University, Kingston, Ontario.

The value of an anaesthetic service means different things to different observers. To our patients it would include safe, compassionate, and empathetic care provided with the best of pharmaceutical and technological advances. To our surgical colleagues it may include a service provided "on time," and with facilitation of their operative procedure. While administrators may desire both of the above, they might also mention efficient use of hospital resources, and respect for the institutional mission and for other health care workers. Finally, our students, residents, and fellow anaesthetists seek performances that advance both the science of practice and the public opinion accorded the specialty. The singular act of administering an anaesthetic is therefore perceived differently by each individual, yet each can identify their own minimal expectations of the "value" of an anaesthetic.

When we, as individuals or collectively as a department, meet and exceed these expectations we will be recognized for the "quality" in our anaesthetic practice. Indeed, superlative performance can only be assessed by those receiving the service. It is our *customer's* view of what we do, not our own opinion of ourselves, that decides our worth to the medical care system. In turn, in the future, as reform affects our practice by restricting technological advances, evaluating alternative care providers, or constraining pharmaceutical budgets, anaesthetists will maintain our value as perceived by those who control our destiny. The advancement of quality is a definite investment in our collective future, and we must all subscribe to its principles.

La qualité, c'est un travail bien fait!

Lorsque l'un de nous doit subir une anesthésie et une intervention chirurgicale, il sait à l'avance à qui s'adresser (ou ne pas s'adresser). Cependant, si on nous demande sur quoi on base notre décision, on ne sait trop comment répondre à cette question. On peut certes présumer que ce médecin prodigue des soins dont la qualité qui nous impressionne et que par là il mérite notre confiance.

En pratique, nous devons, au meilleur de notre connaissance, procurer à nos patients la même qualité de soins que nous nous offrons. On constate qu'il est difficile même pour des professionnels de définir ce standard, mais on peut toutefois énoncer que lorsque nous

pourrons donner cette définition, nous aurons réussi à identifier la qualité de l'exercice en anesthésie.

Mais pourquoi se donner tout ce trouble? Nous savons que l'anesthésie a maintenant atteint un degré de sécurité très élevée, et qu'une survie avec intégrité totale est pratiquement assurée. Mais ce succès a coûté quelque chose et nos progrès technologiques et pharmacologiques ont peut-être atteint un prix qui dépasse les moyens actuels de la société. Quand les contraintes budgétaires provoquées par les réformes des soins de santé entreront en vigueur, nous aurons à produire plus avec moins de ressources. Toutefois, la profession et le public s'attendent au maintien de la même qualité. Malheureusement, avant de pouvoir défendre nos réalisations sur la qualité des soins de santé, nous devons prendre la mesure de notre succès et préserver les innovations qui nous ont permis d'élever nos standards professionnels.

Sous cet aspect, la revue des Docteurs Eagle et Davies¹ tombe à point et revêt toute son importance. Dans le passé, les gestes médicaux n'étaient évalués par des conseils de révision seulement lorsque des désastres survenaient, ce qui engendrait des murmures et chuchotements de corridors. Cette façon de procéder avait des effets bénéfiques sur notre pratique mais survenait souvent trop tard. Heureusement, ces tragédies de la pratique anesthésique sont maintenant devenues si rares qu'elles demeurent anecdotiques et défient toute analyse systématique. Plus récemment, on nous a sommé de réviser nos actes au regard des trois piliers de l'assurance de qualité: la structure (l'organisation physique), le processus (ce que nous faisons) et le résultat (ce qui est réellement arrivé). Comme système général destiné à accommoder toute la pratique médicale, ces étapes semblent rationnelles et permettent de fixer l'attention sur la pratique individuelle et départementale. Celui qui participe à un programme d'assurance de qualité reconnaîtra que le processus de surveillance continue réussit à identifier les points à modifier; en réalité, ce qui fut pendant des années la base de toute innovation de l'exercice médical, est maintenant devenue formelle, obligatoire et étayée sur des documents.

Il faut toutefois concéder que la simple assurance de qualité a aussi ses problèmes qu'il faut régler. Premièrement, le fait de se concentrer sur les résultats négatifs a produit des résultats démoralisants; ce qui sert mal notre intention d'améliorer le niveau des soins fournis à la très grande majorité des patients qui subissent une anesthésie. Deuxièmement, la documentation axée sur l'anesthésiste individuel a été utilisée pour punir. Troisièmement il est naïf de penser qu'un examen valide de notre pratique peut se réaliser au niveau départemental seulement, parce que l'attribution de soins à un patient ou une patiente fait partie d'un système médical complexe. C'est la raison pour laquelle les nouveaux concepts de gestion de la qua-

lité reconnaissent qu'il faut intégrer tous ceux qui participent de près ou de loin à un geste particulier. Quand quelque chose tourne au pire, ce n'est parce que quelqu'un a gaffé, mais bien qu'il existe un problème dans notre système qui nécessite une correction. Les modèles industriels décrits par les docteurs Eagle et Davies rapportent des méthodes par lesquelles on peut y arriver, et qu'on peut appliquer maintenant à l'exercice de la médecine.²

Cela en vaut-il la peine? Les sceptiques vont prétexter qu'il n'existe pas de documentation écrite qui permettrait de faire bénéficier de tels programmes adaptés à l'anesthésie; pourtant Eagle et Davies donnent plusieurs exemples. Ce qui est encore plus important, cependant, c'est de pouvoir se valoriser aux yeux de nos « clients ». Il n'existe pas de clause de remboursement pour la qualité en anesthésie; contrairement à d'autres disciplines, le gain de prestige aux yeux des confrères ne se traduit en augmentation du nombre de cas référés. Cependant, comme tout conseiller en placement vous le dira, la valeur et le prix en argent d'un article (une action en bourse par exemple) sont souvent complètement différents. Nos « clients » veulent de la valeur pour leur argent, et ils supporteront une spécialité qui de toute évidence cherche à améliorer la qualité de l'exercice de ses membres.

La valeur d'un service anesthésique n'a pas la même signification pour tous. Pour les patients, celle-ci veut dire sécurité, compassion et bonne communication associées à des connaissances pharmacologiques et technologiques de pointe. Pour nos collègues chirurgiens, cette valeur peut signifier ponctualité et facilitation de l'intervention. Tout en étant d'accord avec tout ceci, les administrateurs insisteront surtout sur l'efficacité des ressources hospitalières, et le respect de la mission de l'institution et des autres membres de l'équipe sanitaire. Finalement, nos étudiants, nos résidents et nos collègues anesthésistes désireront des rendements qui font progresser la science et la bonne réputation accordée de la spécialité d'anesthésie dans le public. L'administration d'un anesthésique peut être perçue de façon différentes par les individus; par contre, chacun peut identifier à sa façon ce qui fait la valeur d'une anesthésie.

Lorsque nous aurons, individuellement, ou collectivement dans nos départements, rencontré ou même dépassé ces attentes, nous serons reconnus comme des spécialistes de qualité. Les performances exceptionnelles ne peuvent être jugées que par ceux qui en bénéficient. C'est bien l'opinion de nos actes émise par le « client » et non l'opinion que nous nous faisons de nous-mêmes qui décide de la valeur de notre système sanitaire. Par contre, dans l'avenir, lorsque la réforme en cours affectera notre pratique en restreignant les bienfaits de la technologie, en introduisant de nouveaux dispensateurs de soins, ou en comprimant le budget des pharmacies, les anesthésistes

maintiendront la valeur perçue par ceux qui contrôlent notre destinée. La promotion de la qualité de l'acte est un investissement dans notre avenir collectif, et nous devons tous adhérer à ses principes.

References

- 1 *Eagle CJ, Davies JM.* Current models of "quality" – an introduction for anaesthetists. *Can J Anaesth* 1993; 40: 851–62.
- 2 *Mary Lou Harrigan.* Quality of Care: Issues and Challenges in the 90's. 1992 Canadian Medical Association.