

The re-silofication of health care

John Wootton, MD
Shawville, Que.

Scientific editor, CJRM

Correspondence to:
Dr. John Wootton,
Box 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

Let's get this straight — I like silos. They may be dangerous places to fall into, but they make for pleasing sillouettes behind hayfields and beside the barns and buildings of the family farm. Much of rural Canada has depended on the silo for storage and survival. So it is with some pain that I am perpetuating here the negative connotations some economic wag has brought to this, admittedly very vertical, structure. That is in fact its only fault, to be seen to be standing tall, alone, seemingly disconnected (though we know better) from the world.

Metaphorically speaking horizontal structures have found better favour with health care planners. Horizontal structures are connected one with the other, they can share, they can link, they can multitask, they can distribute the work among many hands.

This was well and good until along came "measurement." At first there was no problem, but soon it became evident that horizontal, integrated and distributed structures were actually quite difficult to manage, let alone measure. With the work distributed among many hands it became necessary to bend those hands to the task of reporting on their portion of the task. Some reported better than others, and overall it was an unsatisfactory process, particularly when the mission was to manage. Remember the slogan: "If you measure you must manage"? This has now been turned around to read: "To manage you must measure."

Hence the silo. How much easier to measure by pulling tasks together around common themes in the hands of dedicated teams. Cancer, diabetes, congestive heart failure, obesity . . . all so much more easily managed in the hands of specialized programs, where patients become their disease. How many CHF patients on β-blockers? A cinch — just consult the database. How long does patient X wait for procedure Y? Not a problem, just ask the program manager.

As they say, " It's all good"!

Ah, but is it? I confess that I am not sure. If we strip away some of the lingo of the moment, if we scratch the surface of this measuring craze, will we in fact find better outcomes, or simply better known outcomes? And what might we sacrifice along the way? The generalist, perhaps, with his or her fingers in many pies? The holistic physician of yore who saw patients as more than the sum of their (failing) parts? The full service rural doc who stands at the centre of rural health care?

In the part of the world I know best, this is happening in spades. It is top-down planning of the most blatant kind. It is centrophilic. It is designed for places where numbers can be logically concentrated for the sake of efficiency. In other words, it is urban. However, it is also motivated by a believable desire to improve care and better meet the needs of individuals, particularly when these needs coalesce around one pathology, which it does often enough to make the approach worth understanding.

The challenge for small places, particularly those that may already be providing high quality comprehensive and very personal (if unexamined) care, is to manage all this measurement.

Good luck!

© 2006 Society of Rural Physicians of Canada



Le re-silofication des soins de santé

John Wootton, MD

Shawville (Qué.)

Rédacteur scientifique,
JCMR

Correspondance :
Dr John Wootton,
CP 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

Précisons une chose — j'aime les silos. Il peut être dangereux d'y tomber, mais ils créent des horizons agréables à l'œil derrière les champs de foin et à côté des granges et des bâtiments de la ferme familiale. Une grande partie du Canada rural dépend du silo pour l'entreposage et pour sa survie. C'est donc avec un pincement au cœur que j'emprunte ici les connotations négatives qu'un économiste blagueur a rattachées à cette structure que je reconnais très verticale. C'est en fait son seul défaut : la haute structure verticale solitaire qui semble n'avoir aucun lien avec le monde (même si nous savons que ce n'est pas le cas).

En matière de métaphores, les planificateurs des soins de santé préfèrent les structures horizontales : elles sont reliées les unes aux autres, elles peuvent partager, avoir des liens, réaliser de multiples tâches simultanément et distribuer le travail entre de nombreux intervenants.

L'image fonctionnait bien jusqu'à ce que l'on introduise la «mesure». Au début, il ne semblait pas y avoir de problème, mais il est devenu assez vite évident que les structures horizontales intégrées et distribuées sont en réalité très difficiles à gérer et encore plus à mesurer. Comme le travail était réparti entre de nombreux intervenants, il a fallu les obliger à produire des rapports sur leur volet de la tâche. Or, certains produisaient de meilleurs rapports que d'autres et dans l'ensemble, le processus était insatisfaisant, surtout lorsque la mission consistait à gérer. Vous vous rappelez le slogan : «Si vous mesurez, vous devez gérer»? On a maintenant fait volte-face et on affirme : «Pour gérer, il faut mesurer».

D'où la structure verticale — qui est plus facile à mesurer si on regroupe les tâches autours de thèmes communs entre les mains d'équipes dévouées. Cancer, diabète, insuffisance cardiaque globale, obésité ... tous ces problèmes sont gérés tellement plus facilement par des programmes spécialisés où les patients deviennent leur maladie. Combien de patients atteints d'ICG prennent des bêta bloquants? Réponse instantanée : il suffit de consulter la base de données. Depuis combien de temps le patient X attend-il de subir l'intervention Y? Pas de problème : il suffit de demander au gestionnaire de programme.

Tout va donc bien, semblerait-il.

J'avoue toutefois ne pas en être certain. Si nous éliminons une partie de la terminologie à la mode pour creuser plus loin que la surface de cette folie de la mesure, trouverons-nous en fait de meilleurs résultats ou simplement des résultats mieux connus? Que risquons-nous de sacrifier en cours de route? Le généraliste, peut-être, qui s'occupe de divers volets des soins? Le médecin holistique d'hier qui considérait que les patients sont plus que la somme de leurs parties (défaillantes)? Le médecin rural tous services qui constitue le point de convergence des soins de santé en milieu rural?

Dans la partie du monde que je connais le mieux, c'est effectivement ce qui se produit, c'est-à-dire une planification descendante du type le plus flagrant. Cette planification centrophile est conçue pour des lieux où il est possible de concentrer logiquement les statistiques pour l'amour de l'efficience. Autrement dit, c'est une planification urbaine. Elle est toutefois motivée aussi par un désir crédible d'améliorer les soins et de mieux répondre aux besoins des personnes, particulièrement lorsque ces besoins se regroupent autour d'une pathologie, ce qui suffit souvent pour qu'il vaille la peine de comprendre l'approche.

Le défi, pour les petites localités, et en particulier pour celles qui fournissent peut-être déjà des soins complets et très personnels (même s'ils ne sont pas scrutés à la loupe) de grande qualité, consiste à gérer toutes ces mesures. Bonne chance!

© 2006 Société de la médecine rurale du Canada