

Patients are waiting

Grant Innes, MD

SEE RELATED ARTICLE, PAGE 292.

In this issue, Lazarenko and colleagues¹ describe the potential time saving achieved by moving laboratory-based pregnancy tests to the emergency department (ED). One might think: Who cares? Or one might assume, as I did, that all EDs already do pregnancy tests. But when a friend told me that his hospital laboratory also prohibits point-of-care (POC) pregnancy tests, I asked around and learned that many Canadian EDs depend on lab-based testing.

When a patient's treatment or disposition depends on a test result, faster testing facilitates faster treatment and shorter ED length of stay (LOS). For those who don't work in an ED, a few hours of stretcher time seems trivial, but it's not. Efficiency has become critical, and the more patients we can care for in a plummeting number of available stretcher hours, the fewer we will leave untreated in our hallways. Lazarenko and colleagues found that POC pregnancy tests could potentially have freed up 475 hours of ED stretcher time — enough to treat 194 migraines, 307 myocardial infarctions or 5708 drug-seekers demanding Percocet.

In my ED, all the stretchers are occupied all the time. If you stagger in with a bowel obstruction or pneumonia, you will be triaged to a waiting

room or hallway — the only spaces available. But we are adapting to this. We've learned to palpate abdomens by reclining patients in their chairs and we've instituted physician order entry, which allows us to order tests and x-rays on people who may never get to a stretcher. We don't undress people in the waiting room, of course, and we don't do rectal or pelvic exams. Hallway patients receive poor evaluations and inadequate symptom relief. And they vomit in wastebaskets.

In such a setting, if there is a single patient lying in a stretcher — just waiting — it is a misuse of medical resources. Yet many patients do just this. Patients referred in to see specialists all seem to wait from 11 am until 5:30 pm when office hours end. Stable patients lie in stretchers waiting for ultrasounds, CT scans or lab results. Many patients wait 2 hours for a consulting service to respond and 3 more hours for an admission decision. Admitted patients who already have beds upstairs can't go to them because wards won't accept new patients until after shift change. Discharged patients wait in ward beds until 6 pm when a family member can come to drive them home.

Would any sane person design a system like this? No! We need to reconsider our processes, to look at who we put in stretchers, how long we leave them there, and where they wait after assessment. We need to question how much diagnosis and

treatment is necessary in the ED. We need to streamline our diagnostic and discharge processes, and educate our consultant colleagues about the value of ED stretcher time. A health economics expert at our hospital recently told me that the average cost of an ED visit is \$400 — about \$133 per hour. One could argue (correctly) that EDs have high fixed costs and that this is not the *real* cost of an ED stretcher, but the numbers should make us think carefully about how we use stretcher time.

Your imaging director may tell you it is cheaper to observe a head injured patient than to do an off-hours CT, but if other patients need the stretcher, she is wrong (the cost of not treating patients is higher). Your lab director may tell you that POC tests are expensive and evil, but in situations where a POC test will reduce LOS and improve another patient's access to care, he is wrong. In today's world, ED stretchers are our most valuable resource, and ED length of stay is the home of cost effectiveness. In today's world, patients should not "wait" in ED stretchers.

Reference

1. Lazarenko GC, Dobson C, Enokson R, Brant R. Accuracy and speed of urine pregnancy tests done in the emergency department: a prospective study. *CJEM* 2001;3(4):292-5.

Correspondence to: Dr. Grant Innes, ginnes@interchange.ubc.ca

St. Paul's Hospital, Vancouver, BC;
Editor-in-Chief, *CJEM*

Les patients attendent

Grant Innes, MD

VOIR L'ARTICLE SUR LE SUJET, PAGE 292.

Dans le présent numéro, Lazarenko et collègues¹ décrivent la possibilité de gagner du temps en déplaçant les tests de grossesse effectués au laboratoire vers le département d'urgence. Certains diront : «On s'en fout.» Ou d'autres prendront pour acquis, comme moi, que tous les départements d'urgence effectuent déjà tous leurs tests de grossesse. Mais lorsqu'un ami à moi m'a dit que le laboratoire de son hôpital interdisait les tests de grossesse sur les lieux des soins, je me suis informé et j'ai appris que plusieurs départements d'urgence canadiens dépendaient des épreuves effectuées en laboratoire. Lorsque le traitement ou la disposition d'un patient dépend d'un résultat de laboratoire, des épreuves obtenues plus rapidement permettent un traitement plus rapide et par conséquent, une durée de séjour à l'urgence plus courte. Pour ceux qui ne travaillent pas à l'urgence, quelques heures passées sur une civière semblent sans importance, mais ce n'est pas le cas. L'efficacité est devenue primordiale, et plus nous pourrions traiter de patients au cours de la période de plus en plus courte où des civières sont disponibles, moins nous en laisserons sans soins dans les corridors. Lazarenko et collègues ont découvert que les tests de grossesse sur les lieux des soins auraient potentiellement pu libérer jusqu'à 475 heures de temps de civière à l'urgence — soit suffisamment de temps pour traiter 194 migraines, 307 infarctus du myocarde ou 5 708 toxicomanes à la recherche de Percocet.

À mon département d'urgence, les civières sont toujours occupées. Si vous vous présentez en titubant pour une occlusion intestinale ou une pneumonie, le triage vous dirigera vers la salle d'attente ou le corridor — les seuls endroits disponibles. Mais nous nous adaptons à

cette situation. Nous avons appris à palper les abdomens en allongeant les patients sur leur chaise et nous avons instauré un système d'inscription de prescriptions médicales qui nous permet de d'obtenir des examens et des radiographies pour des gens qui ne se rendront peut-être jamais jusqu'à une civière. Évidemment, nous ne déshabillons pas les patients dans la salle d'attente et nous ne faisons pas d'examen pelviens ou rectaux. Les patients dans les corridors reçoivent des évaluations de piètre qualité et un soulagement inadéquat de leurs symptômes. Et ils vomissent dans les poubelles.

Dans un tel environnement, si un seul patient est étendu sur une civière à attendre tout simplement, il s'agit là d'une mauvaise utilisation des ressources médicales. Or, c'est ce que font de nombreux patients. Ceux qui sont envoyés à l'urgence pour consulter des spécialistes semblent tous attendre de 11 heures le matin à 5 heures le soir lorsque les heures de bureau sont terminées. Les patients dont l'état est stable sont étendus sur des civières en attendant une échographie, une tomodensitométrie ou un résultat de laboratoire. De nombreux patients attendent pendant deux heures qu'un service de consultation réponde et trois heures de plus pour une décision d'hospitalisation. Les patients hospitalisés qui ont déjà un lit sur un des étages ne peuvent s'y rendre parce que les étages n'acceptent les nouveaux patients qu'après le changement de quart de travail. Les patients ayant reçu leur congé attendent dans leur lit d'hôpital jusqu'à six heures du soir qu'un membre de leur famille puisse les ramener à la maison.

Une personne saine d'esprit créerait-elle un tel système? Non! Nous devons revoir nos façons de faire et examiner qui sont les patients que nous mettons sur des civières, combien de temps nous les laissons là et où ils attendent après leur évaluation. Nous devons nous interroger sur jusqu'où doit aller notre démarche diag-

nostique et thérapeutique à l'urgence. Nous devons rationaliser nos processus diagnostiques et de congé et éduquer nos collègues consultants quant à la valeur du temps de civière à l'urgence. Un expert en économie de la santé à notre hôpital m'a confié récemment que le coût moyen d'une visite à l'urgence était de 400 \$, soit environ 133 \$ de l'heure. Certains pourraient faire valoir (avec justesse) que les départements d'urgence ont des coûts fixes très élevés et qu'il ne s'agit pas en fait du prix *réel* d'une civière à l'urgence, mais les chiffres avancés devraient nous inciter à réfléchir sur notre utilisation du temps de civière.

Votre directeur de médecine nucléaire vous dira peut-être qu'il est moins coûteux de garder un patient ayant subi un traumatisme à la tête sous observation que de procéder à une tomodensitométrie cérébrale en dehors des heures de bureau, mais si d'autres patients ont besoin de la civière, il a tort (le coût associé au non traitement des patients est plus élevé). Votre directeur de laboratoire vous dira peut-être que les épreuves sur les lieux des soins sont coûteuses et néfastes, mais dans des situations où une épreuve sur les lieux des soins réduira la durée de séjour et permettra à un autre patient d'avoir accès à des soins, il a tort. Dans notre monde d'aujourd'hui, les civières à l'urgence sont notre ressource la plus précieuse et la durée de séjour à l'urgence est la pierre angulaire de l'efficacité. Dans notre monde d'aujourd'hui, les patients ne devraient pas «attendre» sur des civières à l'urgence.

Référence

1. Lazarenko GC, Dobson C, Enokson R, Brant R. Accuracy and speed of urine pregnancy tests done in the emergency department: a prospective study. *JCMU* 2001;3(4):292-5.

Correspondance : D^r Grant Innes; ginnes@interchange.ubc.ca

St. Paul's Hospital, Vancouver, BC;
Rédacteur en chef, *JCMU*