

New Brunswick Heart Centre

HeartBeat au Coeur

du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

2010 Health
Improvement
Challenge

Défi mieux-être 2010

Plus:

- STEMI Program ... p. 4
- 19th Annual NBHC Symposium ... p. 6
- Cardiac Surgery Patient Follow-Up Initiative ... p. 8
- To the Editor ... p. 14

Plus:

- programme IMEST ... p. 4
- Le 19e symposium annuel du CCNB ... p. 6
- Initiative de suivi des patients en attente d'une chirurgie cardiaque ... p. 8
- Madame la rédactrice, Monsieur le rédacteur, ... p. 14



**New Brunswick
Heart Centre**
Centre cardiaque
du Nouveau-Brunswick



RÉSEAU DE SANTÉ
Horizon
HEALTH NETWORK

Cardiovascular news as presented by the New Brunswick Heart Centre | **Spring 2010**
Nouvelles du domaine cardiovasculaire au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick | **printemps 2010**

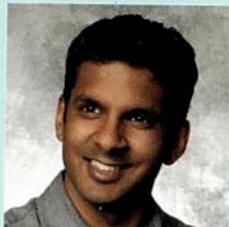


Bristol-Myers Squibb

sanofi aventis

Because health matters

Welcome



Welcome back to the New Brunswick Heart Centre's Heartbeat – our twice yearly newsletter designed to keep our stakeholders abreast of our activities here and across the province. Headlining our spring issue is an expanded section detailing our surgical programs'

new Cardiac Surgery Patient Follow up Initiative. Unhappy with the level of uncertainty and anxiety in our outpatients awaiting bypass surgery, our Heart Centre team is now actively monitoring and modifying their position on the wait list in a dynamic and individualized manner.

Another exciting NBHC initiative is the expedited transfer of thrombolytic treated STEMI (ST elevation MI) patients championed by Dr Colin Barry. While the wait times of patients for cardiac catheterization has more than met national Wait

Bienvenue

Quelle joie de vous retrouver pour ce numéro d'Au Cœur du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB), notre bulletin d'information semestriel conçu pour garder les intervenants à l'affût des activités qui se déroulent ici et ailleurs dans la province. Faisant la manchette de notre numéro du printemps est la section détaillée expliquant la nouvelle Initiative de suivi des patients ayant subi une chirurgie cardiaque du Programme chirurgical. L'équipe du Centre cardiaque, insatisfaite du degré d'incertitude et d'anxiété éprouvé par les patients externes qui attendent un pontage coronarien, suit maintenant de près la position des patients sur la liste d'attente et la modifie de façon dynamique et selon les besoins individuels.

Une autre initiative intéressante du CCNB est le transfert accéléré des patients du STEMI thrombolytique (infarctus du myocarde avec élévation du segment ST) piloté par le docteur Colin Barry. Bien que les périodes d'attente pour le cathétérisme cardiaque aient respecté les normes nationales de L'Alliance sur les temps d'attente, le docteur

Time Alliance guidelines, Dr Barry is interested in pushing the envelope even further towards immediate transfer of thrombolyzed STEMI patients from our referral hospital emergency rooms. His pilot project has already begun, accepting patients from George Dumont Hospital. He explains how his pilot program may soon expand across the province, and how it can give patients the dual advantage of early reperfusion with thrombolysis and more immediate access to mechanical reperfusion.

We also touch on the Atlantic Cardiovascular Health Improvement Challenge in our issue. Dr Greg Searles has expanded his successful workplace wellness competition across the Maritimes, to better the health and morale of our cardiology health care workers.

We are more than happy with our new redesigned Heartbeat, and plan on the inclusion of regular columns and sections in our Fall issue. If you have any comments or suggestions, please contact us at sohrab.lutchmedial@HorizonNB.ca.

Barry désire pousser la note davantage afin de permettre le transfert immédiat des patients du STEMI thrombolytique des salles d'urgence d'origine. Son projet pilote a déjà vu ses débuts, acceptant des patients de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont. Il explique comment son programme pilote pourrait bientôt s'étendre sur toute la province et comment il donne aux patients l'avantage double de la reperfusion avec thrombolyse précoce et un accès plus immédiat à la thrombolyse mécanique.

Ce numéro traite également sur le défi « Atlantic Cardiovascular Health Improvement Challenge ». Le docteur Greg Searles a élargi l'étendue de son concours de mieux-être en milieu de travail pour inclure toutes les provinces Maritimes afin d'améliorer la santé et le moral des travailleurs de la santé en cardiologie.

Nous sommes plus que satisfaits du nouveau format de notre bulletin au Cœur et nous avons l'intention d'y inclure des rubriques et des sections régulières dans le numéro prévu pour l'automne/hiver. Si vous avez des commentaires ou des suggestions, veuillez communiquer avec nous à l'adresse Sohrab.Lutchmedial@horizonnb.ca.



Bristol-Myers Squibb
sanofi aventis

Because health matters

Dr. Sohrab Lutchmedial
Interventional Cardiologist, NBHC
Cardiologue interventionnel, CCNB



**New Brunswick
Heart Centre**
Centre cardiaque
du Nouveau-Brunswick



RÉSEAU DE SANTÉ
Horizon
HEALTH NETWORK

Editorial Board / L'équipe de rédaction

- **Dr. Sohrab Lutchmedial**
Interventional Cardiologist, NBHC
Cardiologue interventionnel, CCNB
- **Nancy Savage**
Vice President of Clinical Services,
Horizon Health Network
Vice-présidente des Services
cliniques, Réseau de santé Horizon
- **Clarissa Andersen**
Director Internal Communications,
Horizon Health Network
Chef des communications internes,
Réseau de santé Horizon

Contact us by e-mail: /
Communiquer avec
nous par courriel au :

nbhc@HorizonNB.ca

Visit our
website:

Visitez notre
site web:

[www.ahsc.health.nb.ca
/Programs/NBHC](http://www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC)



Design and layout:
Design et mise en page :
Sheena Dougan Mosher

Atlantic Cardiovascular Health Improvement Challenge

Dr Greg Searles led the NBHC Health Improvement Challenge last year to local and national acclaim. He presented the design and outcome of this initiative at last Fall's CCC in Edmonton. Bolstered by the success of this local initiative, this year he is expanding the challenge across the Maritimes!

Six Atlantic Canadian hospitals will be competing in an exciting competition this winter – the Atlantic Cardiovascular Health Improvement Challenge. Each site will form teams, earning points for regular exercise, maintaining a healthy diet, weight loss and improvement of their overall cardiovascular health.

The sites participating are :

- Saint John Regional Hospital
- Hopital Dr. Georges Dumont
- Dr. Everett Chalmers Hospital
- Cape Breton Regional Hospital
- Valley Regional Hospital
- The Moncton Hospital

Further adding to the competitive nature of the challenge, each site may end up with multiple teams who may also compete

with each other. The friendly competition demonstrated at the NBHC's Health Improvement Challenge last year was shown to help keep participants motivated and on target.

The program started officially on Friday, January 22. On that date, participants began tracking their daily exercise and eating habits in order to earn valuable EFFORT POINTS. In addition, they had measurements and blood work done in order to assess their cholesterol levels, blood sugar, waist circumference and weight. Positive changes in these variables will be used to earn their team RESULTS POINTS.

An update on this exciting Atlantic Canada challenge will be published in this fall's Heartbeat edition.



Défi Mieux-Être Cardiovasculaire Atlantique

Le Défi santé du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB), mené par le Dr Greg Searles, a été applaudi à l'échelle locale et nationale. Le Dr Searles a présenté la conception et les résultats de cette initiative pendant le dernier Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire (CCSC) qui a eu lieu l'automne dernier à Edmonton. Encouragé par le succès de cette initiative locale, il lance le défi, cette année, à l'échelle des Maritimes.

Six hôpitaux du Canada atlantique seront en compétition cet hiver dans le cadre de ce défi passionnant – le Défi santé CV de l'Atlantique. Des équipes seront formées dans chacun des hôpitaux, et celles-ci gagneront des points pour des activités physiques faites régulièrement, l'adoption d'une saine alimentation, la perte de poids et l'amélioration de la santé cardiovasculaire.

Les hôpitaux participant sont les suivants :

- Hôpital régional de Saint John
- Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont
- Hôpital Dr Everett Chalmers
- Cape Breton Regional Hospital
- Valley Regional Hospital
- L'Hôpital de Moncton

Pour mettre du piquant au défi, plusieurs équipes peuvent être formées dans chaque hôpital et rivaliser les unes avec les autres. L'esprit de compétition amicale dont ont fait preuve les participants du Défi santé du CCNB de l'an dernier leur a permis de rester motivés et d'atteindre leurs objectifs.

Le lancement officiel du programme a eu lieu le vendredi 22 janvier. C'est à cette date que les participants ont commencé à prendre note de leurs exercices quotidiens et de leurs habitudes alimentaires pour accumuler de précieux POINTS D'EFFORT. De plus, des analyses sanguines ont été effectuées et des mesures ont été prises afin d'évaluer le taux de cholestérol, la glycémie, la taille et le poids de chacun des participants. Les changements positifs observés pour ces variables permettront à l'équipe d'accumuler des POINTS DE RÉSULTATS.

Un compte rendu de ce passionnant défi sera publié cet automne dans le bulletin au Cœur.

STEMI Program

programme IMEST



Dr. Colin Barry is an interventional cardiologist at the NBHC. He is a native New Brunswicker, trained at Dalhousie University and the University of Ottawa. He is heading the STEMI project, aiming to streamline transfer of ST elevation MI patients receiving thrombolytic therapy at their home hospital to the New Brunswick Heart Centre for rapid access for cardiac catheterization. *The pilot project has been implemented between George Dumont Hospital and the NBHC since early January. Patients receive thrombolytic for their STEMI at the GDH emergency, and then are immediately transferred to the NBHC for further investigation and treatment.*

Le Dr Colin Barry est cardiologue interventionnel au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB). Originaire du Nouveau-Brunswick, il a fait ses études à l'Université Dalhousie et à l'Université d'Ottawa. Il dirige le projet IMEST, dont le but consiste à simplifier le transfert des victimes d'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (IMEST) qui ont reçu un traitement thrombolytique à leur hôpital d'origine, jusqu'au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick afin qu'ils aient rapidement accès à un cathétérisme cardiaque. Le projet pilote est en cours à l'Hôpital George-L.-Dumont et au CCNB depuis le début janvier. Les patients reçoivent des médicaments thrombolytiques pour leur IMEST au Service d'urgence de l'Hôpital George-L.-Dumont et sont immédiatement transférés au CCNB pour des examens et des traitements supplémentaires.



How would you describe your STEMI program for a lay person, and how does it benefit people around the province?

It is a program designed to give the benefit of immediate clot busting medication for a heart attack, combined with the benefit of urgent cardiac catheterization for those patients who need it. It is a program which can be applied to all patients around the province. This approach has been proven in several recent studies to be a safe and effective way to deliver these treatments to our sickest heart attack patients.

How does this compare to directly proceeding to a cardiac catheterization?

Results of this combined 'drip and ship' procedure have given very similar results to direct cardiac catheterization, even in comparable Canadian populations like Nova Scotia.

How have the initial results been with the pilot project at George Dumont Hospital?

We have been very happy with our success so far, with excellent clinical results, good transport times and lack of complications. We are looking at ways to improve our performance especially with how fast patients are transferred and the time taken to activate the system.

Have there been any issues or problems during the ambulance transfers?

We have not had any complications during transfer. We are working closely with Ambulance New Brunswick to ensure the safety of our patients. They have been a great partner in this project and will be closely involved as we expand this program to the rest of the province.

What is your next step in regards to the STEMI program?

The next step is to expand the program to other hospitals. We have had meetings with the Moncton Hospital to include them as our next centre.

What do we demand of our referring hospitals as their contribution towards this service?

For this program to work properly, there must be good communication between centres and adherence to the treatment protocols for these patients. More importantly, there must be a commitment to accept these patients back in transfer once they have had their cardiac catheterization. The patient will require further treatment and education and this is best done at their referral centre close to their families and support systems. This establishes good continuity of care and allows the referral centres to be true partners in the care of these individuals.

Comment décririez-vous votre programme IMEST pour un non-initié, et quels en sont les avantages pour les gens de la province?

Il s'agit d'un programme conçu pour procurer, en cas de crise cardiaque, les bienfaits de l'administration immédiate de médicaments qui détruisent les caillots ainsi que les bienfaits du cathétérisme cardiaque d'urgence pour les patients qui en ont besoin. Le programme peut servir à tous les patients, dans toute la province. Plusieurs études récentes indiquent que cette formule est un moyen sûr et efficace de traiter les victimes les plus gravement touchées par une crise cardiaque.

Comment cette intervention se compare-t-elle à la réalisation immédiate d'un cathétérisme cardiaque?

Les résultats de cette double intervention « drip and ship » (administrer et transférer) sont très semblables à ceux que l'on obtient à la suite d'un cathétérisme cardiaque direct, même dans des populations canadiennes comparables comme celle de la Nouvelle-Écosse.

Quels ont été les résultats initiaux du projet pilote mené à l'Hôpital George-L.-Dumont?

Nous sommes très heureux de la réussite du projet jusqu'à présent : les résultats cliniques sont excellents, les délais de transport sont bons et les complications sont inexistantes. Nous cherchons des moyens d'améliorer notre rendement, surtout en ce qui a trait à la vitesse de transfert des patients et au temps requis pour activer le système.

Avez-vous connu des difficultés ou des problèmes lors des transferts en ambulance?

Nous n'avons eu aucune complication durant les transferts. Nous travaillons de près avec Ambulance Nouveau-Brunswick pour assurer la sécurité de nos patients. Ce dernier s'est avéré un excellent partenaire et il demeurera un acteur important à mesure que nous étendons ce programme au reste de la province.

Quelle est la prochaine étape du programme IMEST?

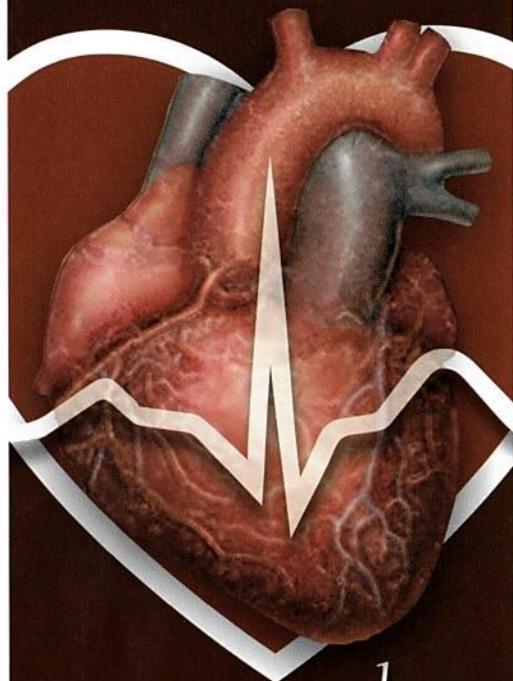
La prochaine étape consiste à étendre le programme à d'autres hôpitaux. Nous avons d'ailleurs déjà tenu des rencontres avec les représentants de L'Hôpital de Moncton, le prochain établissement à se joindre au projet.

Quelle contribution exige-t-on des hôpitaux d'origine?

Pour que le programme soit efficace, il doit y avoir une bonne communication entre les centres, et les protocoles de traitement doivent être respectés. Surtout, les hôpitaux doivent s'engager à accueillir les patients de nouveau après le cathétérisme cardiaque. Le patient aura besoin d'autres traitements et d'enseignement, ce qui se fait plus facilement à l'hôpital d'origine, près de la famille et du réseau de soutien du patient. Cette formule permet d'établir une bonne continuité des soins et permet aux hôpitaux d'origine d'être de véritables partenaires en matière de soins pour ces patients.



**NEW BRUNSWICK
HEART CENTRE
CENTRE CARDIAQUE DU
NOUVEAU-BRUNSWICK**



Annual Cardiovascular Symposium

The 19th annual NBHC Symposium

The Annual Cardiovascular Symposium was held Sept 17-19th at the Saint John Regional Hospital. Lecturers from across North America presented topics ranging under such broad categories as Wellness, Health and Prevention, Cardiac Rehabilitation, Office Based Cardiology, and Current Perspectives in Cardiovascular Disease. 169 Physicians attended this year's sessions, and over 400 total participants took part over the 4 day event.

The Friday evening sessions were grouped under the title 'Canadian Pioneers' as Lyall Higginson provided an overview of the significant advances in Cardiac care over the last decade. This was followed by a very well received lecture by Senator Romeo D'Allaire speaking of his experiences with the Canadian Military overseas and the importance of a Canadian presence in world affairs. Senator

D'Allaire headlined the first NBHC Foundation Fundraising dinner to overwhelmingly positive reviews.

This year's symposium also included the first ever Resident Trainee session, chaired by Dr Colin Barry. The lectures ranged from broad overviews of common cardiology issues to practical approaches to choosing specialties or becoming involved in clinical research.

Echocardiography, Stress Echo and Arrhythmia Device workshops provided a practical grounding in these continually evolving fields. Cardiovascular nursing and Atlantic/New Brunswick Cardiac Rehabilitation meetings were also held at this year's sessions.

Attendance at the NBHC Symposium was seemingly unaffected by the global recession,

even as lecture halls at international meetings have stood nearly empty. The feedback from attendees continues to be positive - Most participants agreed or strongly agreed that they increased their knowledge and understanding of current advances in the diagnosis and management of cardiovascular disease, and will attend next year's sessions.

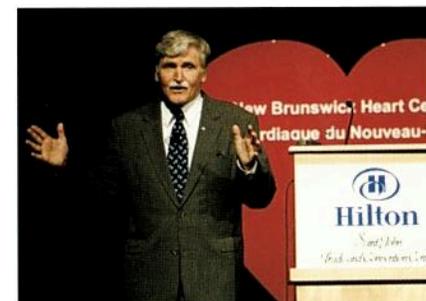


Photo: Katé Braydon, Telegraph Journal

Le 19e symposium annuel du CCNB

Le 19e symposium annuel du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick a eu lieu du 17 au 19 septembre à l'Hôpital régional de Saint John. Des conférenciers venant de partout en Amérique du Nord ont donné des conférences sur des sujets variés, comme le bien-être, la santé et la prévention, la réadaptation cardiaque, la cardiologie clinique et les perspectives actuelles liées aux maladies cardiovasculaires. Cent soixante-neuf médecins ont assisté à la séance de cette année et, au total, 400 personnes ont pris part à cet événement qui a duré quatre jours.

Les séances du vendredi soir étaient regroupées sous le thème des « pionniers canadiens ». Lyall Higginson a présenté un aperçu des progrès importants qui ont été réalisés dans le domaine des soins cardiaques au cours des dix dernières années, lequel a été suivi d'une conférence du sénateur

Roméo Dallaire sur ses expériences outre-mer dans l'armée canadienne et l'importance d'une présence canadienne sur la scène internationale. Le sénateur Dallaire était le maître de cérémonie du premier souper organisé au profit de la Fondation du CCNB, ce dernier a reçu de nombreux commentaires positifs.

Le symposium de cette année comptait également la toute première séance à l'intention des stagiaires résidents, présidée par le Dr Colin Barry. Les conférences portaient notamment sur les problèmes de cardiologie courants et sur les approches pratiques pour choisir sa spécialité et commencer à participer à la recherche clinique.

Des ateliers sur l'échocardiographie, l'échographie de stress et les dispositifs anti-arythmie offraient une formation pratique

sur ces domaines en constante évolution. Des séances sur les soins infirmiers cardiovasculaires ainsi que des réunions du groupe Réadaptation cardiaque de Nouveau-Brunswick et du Réseau atlantique de réadaptation cardiaque ont également été organisées dans le cadre du symposium de cette année.

Même si des salles de conférence étaient pratiquement vides dans le cadre de rencontres internationales, le taux de participation au symposium du CCNB ne semble pas avoir été touché par la récession mondiale. Les commentaires des participants sont toujours positifs : la plupart sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils ont approfondi leurs connaissances ou leur compréhension des nouveautés concernant le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires, et qu'ils assisteront à l'édition de l'an prochain.

2009 Attendance Summary / Sommaire de la participation 2009

Event	Day	MD	RN/Other	Total
Device/Arrhythmia Workshop	Thursday morning	45	91	136
Stress Echo Workshop	Thursday afternoon	40	44	84
Atlantic Cardiac Rehab/CRNB Meeting	Thursday afternoon	5	47	52
Cardiovascular Nursing	Thursday afternoon	0	69	69
Challenges in Clinical Cardiology	Thursday evening	56	99	155
Primary Prevention in CV Disease	Friday morning	101	127	228
Current Concepts in Echocardiography	Friday all day	24	35	59
Cardiac Rehabilitation	Friday afternoon	3	84	87
ECG Workshop (Saturday all day)	Saturday morning	4	20	24
Resident Trainee Session		16		16
Pioneers in Medicine		76		76
Current Perspectives in CV Disease		105		105
Echocardiography Workshop		9		9

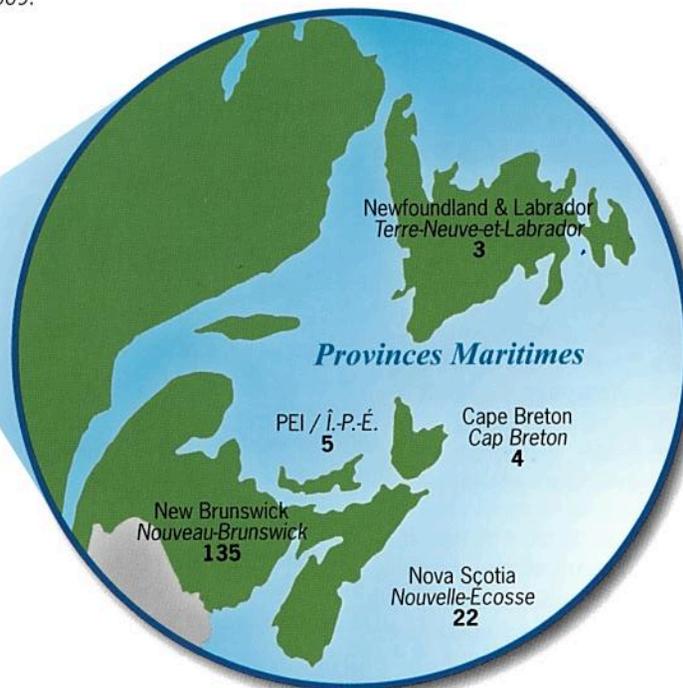
* Industry Sponsorship: Platinum - 1, Gold - 1, Silver - 8, Exhibitors - 12

New Brunswick/ Nouveau-Brunswick

Zone 1, Moncton:	16
Zone 2, Saint John:	67
Zone 3, Fredericton:	25
Zone 4, RHA A:	1
Zone 5, RHA A:	3
Zone 6, RHA A:	4
Zone 7, Miramichi:	7

Nova Scotia/ Nouvelle-Ecosse

Halifax/Dartmouth:	5
Truro:	4



TOTAL ATTENDANCE / NBRE TOTAL DE PARTICIPANTS

Physicians / Médecins:

Physician Distribution / Répartition des médecins

- New Brunswick / Nouveau-Brunswick: 135
- Nova Scotia / Nouvelle-Écosse: 22
- Prince Edward Isle / Île-du-Prince-Édouard: 5
- Newfoundland & Labrador / Terre-Neuve-et-Labrador: 3
- Other: 4 **

Physician attendance increased 19.5% from 136 last year.
Overall attendance increased 22% from 322.

Le taux de participation des médecins a augmenté de 19,5 % (136 participants l'an dernier). Le taux de participation global a grimpé de 22 % (322 participants l'an dernier).

RN-Other / Infirmières-autres

TOTAL 413

** Four physicians (not including faculty speakers) travelled from Ontario and Quebec; other health professionals travelled from Ontario and Alberta to attend the 2009 NB Heart Symposium.

** Quatre médecins (excluant les conférenciers) sont venus de l'Ontario et du Québec; d'autres professionnels de la santé sont venus de l'Ontario et d'Alberta pour assister au symposium du CCNB 2009.

The New Brunswick Heart Centre (NBHC) Cardiac Surgery Patient Follow-Up Initiative

Background

In the fall of 2007, the wait list for access to cardiovascular surgery (CVS) services was demonstrating an alarming trend in the number of patients waiting in the outpatient queue. Those numbers continued to rise in the first quarter of 2008 resulting in longer wait times for access to services and a decrease in the percentage of patients accessing services within Canadian Cardiovascular Society (CCS) guidelines¹. An additional two cardiac surgery cases/week were absorbed into the current program structure to the present maximum of 16 cases/week beginning May 2008. Despite this response, the number of outpatients waiting for procedures continued to increase. This then led to the Cardiac Surgery Enhancement Proposal which received funding from the Department of Health in 2009. This proposal will lead to an expanded number of surgical cases done at the NBHC in the near future.

Despite the results of the Surgery Enhancement Proposal, it was nonetheless recognized that additional initiatives had to be explored to enable us to better manage those outpatients that were waiting in the queue. Increasing the number of patients operated on was one issue, but taking better care of the patients already 'on the list' was an important clinical necessity as well.

Aside from the occasional update received by attending healthcare providers, we had

no means of re-prioritizing patients once they were discharged from our facility. As wait times for access to services increased, we were concerned with the risk of patients suffering adverse events while at home waiting for a call for surgery. It was therefore necessary for us to mitigate that patient risk and the Cardiac Surgery Patient Follow-up Initiative was developed and implemented for that purpose.

Target Population & Method

In the fall of 2008, NBHC Access personnel developed telephone scripts and added cells to an existing database to enable us to capture pertinent variables for all patients waiting in the queue for CVS. Nursing personnel with advanced knowledge of cardiovascular disease are delegated the task of contacting every patient whose name is on the wait list. These calls are repeated every 4-6 weeks until surgery is completed. Each call can take from 10 minutes up to as much as 55 minutes.

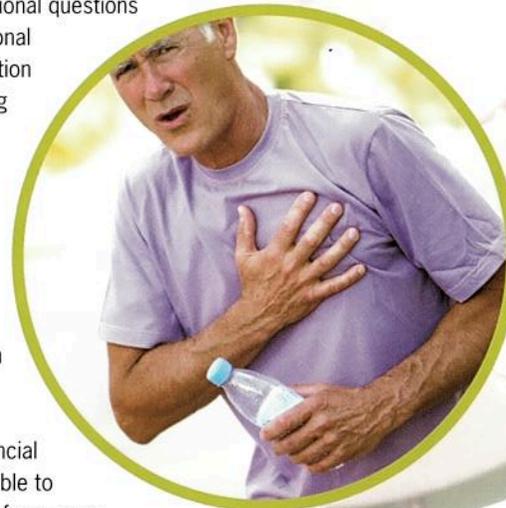
With the first call, additional explanations are provided with respect to the purpose of the follow-up initiative. Generic information such as the dynamics of the wait list are explained, as few patients understand the impact of urgent and emergent CVS inpatients on a community wait list. Patients are also provided with names and contact numbers of NBHC personnel.

For every call made, diagnosis-specific clinical questions are posed and answers documented. This enables NBHC personnel to determine the patient's current medical

status compared to the status at the time of discharge, and to the self-reported status at the time of the last telephone conversation. When answers reveal issues or concerns, additional questions are posed. Additional subjective information documented during the telephone conversations includes the patient's level of anxiety and coping mechanism. Work related information is also acquired as some patients are subject to financial hardship when unable to work while waiting for surgery.

Although financial strain does not take priority over clinical urgency, this enables us to better prioritize those with similar urgency ratings. All patients are given an opportunity to ask additional questions.

In the fall of 2008 the NBHC chief cardiovascular surgeon had approached colleagues in Halifax, Quebec and Montreal centres to support additional New Brunswick referrals. During the initial telephone communication, most patients were asked whether they would consent to having their surgery performed at another site if it could be done sooner. When the clinician making the telephone contact felt that this question would cause the patient



Initiative de suivi des patients en attente d'une chirurgie cardiaque du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB)

Contexte

À l'automne 2007, la liste d'attente pour l'accès à des services de chirurgie cardiovasculaire (CCV) affichait une tendance alarmante quant au nombre de patients externes en attente d'une chirurgie. Ce nombre a continué d'augmenter pendant le premier trimestre de 2008, ce qui a entraîné des périodes d'attente plus longues pour l'accès aux services ainsi qu'une diminution du pourcentage des patients accédant aux services prévus par les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie¹. Deux cas de chirurgie cardiaque de plus par semaine ont été absorbés dans la structure du programme actuelle, atteignant le nombre maximal actuel qui est de 16 cas/semaine depuis mai 2008. Malgré cet ajout, le nombre de patients externes attendant une opération a continué d'augmenter. En 2009, pour répondre à cette hausse, le ministère de la Santé a financé la proposition d'amélioration de la chirurgie cardiaque. Cette proposition permettra d'accroître le nombre de cas traités au CCNB dans un avenir proche.

Malgré les résultats de la proposition d'amélioration de la chirurgie cardiaque, on a admis que des initiatives supplémentaires devaient être explorées pour permettre de mieux gérer les patients externes en attente de chirurgie.

Augmenter le nombre de patients opérés était un aspect à considérer, mais améliorer les soins prodigués aux patients déjà inscrits « sur la liste » était également une nécessité importante.

Outre le compte rendu occasionnel reçu par les fournisseurs de soins consultés, il n'existait aucun moyen de reclasser les patients par ordre de priorité une fois leur congé obtenu. Comme les temps d'attente augmentaient, nous nous préoccupions du risque d'événements indésirables susceptibles de se produire à la maison chez les patients en attente d'une chirurgie. Nous devons donc réduire ces risques, c'est pourquoi nous avons élaboré et mis en œuvre l'initiative de suivi des patients en attente d'une chirurgie cardiaque.

Méthode et population ciblée

À l'automne 2008, le personnel de coordination de l'accès au CCNB a rédigé des textes téléphoniques et ajouté des cellules à une base de données existante pour tenir compte des variables de tous les patients en attente de CCV. Des membres du personnel infirmier connaissant très bien les maladies cardiovasculaires sont chargés de communiquer avec tous les patients figurant sur la liste d'attente. Ces appels sont effectués toutes les quatre à six semaines jusqu'à ce que la chirurgie ait lieu. La durée des appels peut varier entre 10 et 55 minutes.

À l'occasion du premier appel, des explications supplémentaires concernant le but de l'initiative de suivi sont données aux patients, ainsi que des renseignements généraux, comme le fonctionnement de la liste d'attente, puisque

peu d'entre eux comprennent l'incidence des CCV urgentes et très urgentes pour les malades hospitalisés inscrits sur une liste d'attente. On leur fournit également les noms et les coordonnées des membres du personnel du CCNB.

Pendant chaque appel, on pose des questions propres au diagnostic et on consigne les réponses. De cette façon, le personnel du CCNB peut déterminer l'état de santé du patient par rapport à son état au moment du congé et à son état autodéclaré à la dernière conversation téléphonique. Lorsque les réponses révèlent des problèmes ou des préoccupations, des questions supplémentaires sont posées. Les renseignements subjectifs supplémentaires notés pendant la conversation téléphonique sont notamment le niveau d'anxiété ainsi que le mécanisme d'adaptation du patient. Le patient donne également des renseignements sur son travail, puisque certaines personnes peuvent avoir des difficultés financières lorsqu'ils attendent une chirurgie et ne peuvent pas travailler. Bien que les contraintes financières ne priment pas sur l'urgence clinique, ce facteur nous permet de mieux établir l'ordre de priorité pour des patients ayant des degrés d'urgence semblables. Tous les patients ont la possibilité de poser des questions.

À l'automne 2008, le chef de la chirurgie cardiovasculaire du CCNB a communiqué avec des collègues des centres de Halifax, de Québec et de Montréal pour leur diriger des patients supplémentaires venant du Nouveau-Brunswick. Pendant la première conversation téléphonique, on a demandé à la plupart des



additional apprehension and/or confusion, the question would be omitted. As the wait list is currently under better control, this question is no longer posed.

Outcome/Results

Through information acquired during the telephone communication, we determined that there are patients and families that required more aggressive case management. When indicated, we facilitated the implementation of additional support services in the community which enable the patient to transition seamlessly into our system and back home after surgery. We also identified and addressed additional generic communication gaps that were a source of stress and anxiety to those waiting at home.

When additional information is needed to support what is being communicated by the patient/family member, this is acquired and added to the NBHC file. All information captured is entered into a database and kept in hard copy format. A patient prioritization communication system was developed to assist those responsible for making up the cardiac surgery slate. This patient focused system has improved the efficiency of many tasks associated with the CVS slate. The system makes use of a series of symbols with an associated legend outlining the meaning of the symbol. A symbol appears beside each patient name on the CVS outpatient waitlist and the legend appears at the top of the list.

The following is a summary of information gathered from November 2008 until the end of October 2009:

- 44 patients were readmitted and stayed in-house until surgery could be completed.
- 59 patients had a change in their clinical status and required re-prioritization, but

were admitted for surgery before suffering any adverse events.

- 11 cases were flagged for consideration due to employment related issues.
 - 2 fishermen were dependent on seasonal work and both had their procedures in time to be recovered to return to work.
 - 2 farmers faced potential financial hardship if unable to work during determined timeframes, both had their procedures in time to be recovered to return to work.
 - 1 patient had a planned residential relocation that could not proceed until surgery completed, this was accommodated
 - 6 other patients were suffering financial hardship as they were unable to work while waiting for surgery. These cases were prioritized above others with similar acuity but without financial strain.
- 17 cases required additional case management strategies
 - 1 patient was referred to a local alcohol addiction centre. The patient received the support and counseling needed and was later scheduled for surgery.
 - 1 patient did not have a residence that could easily support his needs post operatively. A bed and portable bathroom were organized for the first level of his residence so that he could return home post procedure.
 - 1 patient required additional social assistance for a family member during his stay in Saint John. The processes were coordinated and in place prior to being scheduled for surgery.
 - 2 cases were describing other concerning non-cardiac symptoms and were referred to their primary healthcare providers. Both are currently being investigated for cancer.

Not able to proceed with surgery at this time. There are various reasons for this to occur. During the fall and winter months, it is common for patients to have a cold, or flu like symptoms where surgery should be deferred until symptoms have subsided. During the summer, many have coordinated events/gatherings/vacation that can be accommodated if known. We found that, from the patient's perspective, a large burden of stress was linked to the possibility of getting a call for surgery that might coincide with their planned event and potential unavailability. Many felt that self deferral would likely result in "losing their place" in the queue. This system enables many patients to continue to live their lives to the fullest while waiting in the queue.

This system has also had a positive impact on NBHC clinician time utilization as less time is wasted making calls to patients who are unavailable for surgery.



Ready to proceed with surgery at any time.



Increasing Symptoms: The 2 checkmarks is to raise a flag that this person has increasing symptoms and that we should be concerned. Surgery should be scheduled in the near future.



The 3 checkmarks is to note that this person is **experiencing concerning clinical symptoms** and will likely require hospitalization in the near future. The patient should be scheduled for surgery within the following days or week.



This indicates that the **patient is not ready for surgery**. Additional investigations are required and the patient can not be scheduled until these investigations are completed and the results are on file.



This indicates that the **patient is ready for surgery**, has previously been scheduled and cancelled. The symbol was added so that the person responsible for determining the order of cases to be placed on the surgery slate could be sensitive to which slot the patient is rescheduled. We felt that it was imperative that these patients be rescheduled to a slot with the least probability of cancellation. We had noted that there were patients who had been rescheduled up to 3 times and the distress caused to both the patient and family was immeasurable. Despite best efforts, planning and communication, cancellations can occur; however we did identify a gap in the communication process related to case cancellations. This gap has effectively been bridged with the current communication scheme.

Ne peut pas subir de chirurgie pour l'instant. Il existe plusieurs raisons qui expliquent cette indisponibilité. Pendant l'automne et l'hiver, il n'est pas rare que les patients présentent des symptômes de grippe ou de rhume, ce qui entraîne le report de la chirurgie jusqu'à la disparition des symptômes. Pendant l'été, de nombreux patients ont des vacances, des réunions de famille ou des événements planifiés dont nous pouvons tenir compte lorsque nous en sommes avisés. Nous avons appris que, du point de vue des patients, une grande partie du stress était liée à la possibilité de recevoir un appel pour la chirurgie pouvant coïncider avec leurs activités, de sorte qu'ils ne seraient pas disponibles. Beaucoup avaient l'impression que s'ils reportaient eux-mêmes la chirurgie, ils « perdraient leur place » sur la liste. Ce système permet à un grand nombre de patients de continuer à vivre leur vie pleinement durant leur période d'attente.

Ce système a également eu une incidence positive sur l'utilisation des heures de travail des cliniciens du CCNB, grâce à la réduction des pertes de temps associées aux appels faits aux patients qui ne sont pas disponibles pour la chirurgie.

Prêt à subir la chirurgie.

Aggravation des symptômes : Les deux coches servent à signaler que les symptômes de cette personne s'aggravent et qu'il s'agit d'une source d'inquiétude. La chirurgie doit avoir lieu prochainement.

Les trois coches indiquent que cette personne **présente des symptômes préoccupants** et qu'elle est susceptible d'être hospitalisée dans un avenir proche. Le patient doit se faire opérer dans la semaine ou les jours qui suivent.

Ce symbole indique que **le patient n'est pas prêt pour la chirurgie**. Des examens supplémentaires sont requis et la chirurgie ne peut être planifiée jusqu'à ce que ces examens soient effectués et que les résultats soient inscrits au dossier du patient.

Ce symbole indique que **le patient est prêt pour la chirurgie** et que sa chirurgie avait déjà été programmée mais annulée. Ce symbole a été ajouté pour que la personne responsable d'établir l'ordre des cas à inscrire à la liste des chirurgies puisse porter une attention particulière au créneau choisi pour reprogrammer la chirurgie. Nous étions d'avis qu'il était crucial que la chirurgie de ces patients soit reprogrammée dans un créneau présentant le plus faible risque d'annulation. Nous avons observé que la chirurgie de certains patients avait été reprogrammée jusqu'à trois reprises, ce qui causait un stress très important pour le patient et sa famille. Malgré tous nos efforts de planification et de communication, des chirurgies peuvent être annulées. Nous avons toutefois cerné une lacune dans le processus de communication relativement aux annulations. Le système de communication actuel a permis de remédier efficacement à cette lacune.

patients s'ils consentiraient à subir leur chirurgie dans un autre centre si celle-ci pouvait avoir lieu plus tôt. Lorsque le clinicien qui communiquait avec le patient sentait que cette question pouvait le troubler ou l'inquiéter, il ne la posait pas. Comme la liste d'attente est actuellement mieux gérée, on ne pose plus cette question.

Résultats

L'information obtenue pendant les conversations téléphoniques nous a permis de déterminer que certains patients et certaines familles ont besoin d'une prise en charge plus importante. Lorsque cela s'avérait nécessaire, nous avons facilité la mise en place de services de soutien supplémentaires dans la collectivité, permettant au patient de faire une transition harmonieuse vers notre système, puis à son retour à la maison après la chirurgie. Nous avons également identifié d'autres problèmes de communication, lesquels constituaient une source de stress et d'anxiété pour les patients en attente d'une chirurgie.

Les renseignements supplémentaires requis pour appuyer l'information transmise par le patient ou un membre de sa famille sont obtenus puis inscrits au dossier du CCNB. Tous ces renseignements sont saisis dans une base de données et conservés en format papier. Un système de communication pour le classement des patients par ordre de priorité a été créé pour aider les personnes responsables de l'élaboration de la liste provisoire des chirurgies cardiaques. Ce système axé sur le patient a permis d'améliorer l'efficacité de nombreuses tâches associées à la liste provisoire des CCV. Ce système utilise une série de symboles ainsi qu'une légende expliquant le sens de chacun des symboles. Un symbole s'affiche à côté du nom de chaque patient inscrit sur la liste d'attente des patients externes et la légende est présentée au-dessus de la liste.

Voici un résumé des renseignements recueillis de novembre 2008 à fin octobre 2009 :

- 44 patients ont été de nouveau admis et sont restés à l'hôpital jusqu'à leur chirurgie.
- 59 patients ont vu des changements dans leur

état de santé, ce qui a nécessité un nouveau classement. Ils ont cependant été admis pour une chirurgie avant de subir des événements indésirables.

- 11 cas ont été signalés aux fins d'examen en raison de problèmes liés à l'emploi.
 - 2 pêcheurs dépendaient du travail saisonnier et ont pu subir l'opération à temps pour être guéris au moment de retourner au travail.
 - 2 agriculteurs pouvaient avoir des difficultés financières s'ils n'étaient pas en mesure de travailler pendant une période donnée; ces deux personnes ont pu cependant être opérés à temps pour être guéris au moment de retourner au travail.
 - 1 patient avait un déménagement prévu qui ne pouvait pas avoir lieu avant la chirurgie, ce qui a été pris en compte.
 - 6 autres patients avaient des difficultés financières car ils ne pouvaient pas travailler en attendant leur chirurgie. On a accordé la priorité à ces cas par rapport à d'autres cas présentant une gravité similaire, mais sans difficulté financière.
- 17 cas nécessitaient des stratégies de prise en charge supplémentaires.
 - 1 patient a été dirigé vers un centre local de traitement de dépendance à l'alcool. Il a reçu les services de soutien et d'aide psychologique dont il avait besoin, et sa chirurgie a ensuite été planifiée.
 - 1 patient avait une résidence qui n'était pas adaptée à ses besoins postopératoires.
 - Un lit ainsi qu'une salle de bains portable ont été aménagés au premier étage de sa résidence pour qu'il puisse retourner à la maison après son opération.
 - 1 patient avait besoin d'une assistance sociale supplémentaire pour un membre de sa famille pendant son séjour à Saint John. Les processus ont été coordonnés et mis en place avant la chirurgie.

- 1 case required additional information/direction for recommended weight loss.
- All other 11 cases required additional support for anxiety and depression that seemed to be related to the dynamics of waiting for surgery. More frequent communication was necessary combined with follow-up with primary healthcare providers.

- 16 patients had surgery coordinated in other centers

- 6 had surgery in Laval
- 3 had surgery in Montreal
- 1 had surgery in Boston
- 6 had surgery in Halifax

- There were 3 cardiac related deaths

- 1 occurred in the SJRH after admission for surgery
- 2 occurred at home. Both occurred shortly after discharge and neither had exceeded their target date for access to surgery services. One death occurred as a result of excessive physical activity against medical advice.

Conclusion

A comparison of re-admission rates is currently the only objective variable that can be measured to demonstrate a change from before the initiative was implemented. From May 1st 2008 until October 31st 2008, before this initiative was in place, there were 35 re-admissions. These patients came to the NBHC and had to have

surgery in an urgent setting. From May 1st 2009 until October 31st 2009, there were 10 re-admissions.

Although some patients discharged home to wait for CVS still exceed their recommended target dates, we are confident that we now have superior wait list management capabilities. This initiative aligns with the NBHC mission and values and considering the positive patient

response and the potential reduction in adverse events as a result of improved case management, it is evident that this initiative must continue. The NBHC access management structure has been modified to accommodate this additional patient service. We plan on expanding the scope of this service to include those not yet eligible for surgery for which more aggressive case management is required.

Reference

New Brunswick Heart Centre. Wait time- cardiac surgery. Available online at: [www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC/wait_time/CV%20Wait%20Oct%2006-Sept%2009%20\(eng\).pdf](http://www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC/wait_time/CV%20Wait%20Oct%2006-Sept%2009%20(eng).pdf)

This initiative aligns with the NBHC mission and values and considering the positive patient response and the potential reduction in adverse events as a result of improved case management, it is evident that this initiative must continue.

Cette initiative cadre avec la mission et les valeurs du CCNB. De plus, si l'on considère la réponse positive des patients ainsi que la réduction possible des événements indésirables qu'a permise une amélioration de la gestion de cas, il est clair que cette initiative doit se poursuivre.

- 2 cas présentaient d'autres symptômes non cardiaques préoccupants et ont été dirigés vers des fournisseurs de soins de santé primaires. Ils subissent actuellement des examens de dépistage du cancer.

- 1 cas nécessitait des renseignements ou des conseils supplémentaires concernant une perte de poids recommandée.

- Les 11 cas restants nécessitaient tous un soutien supplémentaire pour traiter l'anxiété et la dépression qui semblaient liées à l'attente d'une chirurgie. Des communications plus fréquentes, combinées à un suivi auprès de fournisseurs de soins de santé primaires se sont avérés nécessaires.

- 16 patients ont subi leur chirurgie dans d'autres centres :

- 6 à Laval
- 3 à Montréal
- 1 à Boston
- 6 à Halifax

- On a constaté 3 décès liés à des troubles cardiaques :

- 1 décès s'est produit à l'Hôpital régional de Saint John après l'admission pour la chirurgie.
- 2 décès se sont produits à la maison, peu de temps après le congé des patients de l'hôpital, et les deux cas n'avaient pas dépassé la date cible d'accès aux services de chirurgie. L'un des décès était attribuable à une activité physique excessive effectuée à l'encontre de l'avis médical.

Conclusion

À l'heure actuelle, la seule variable objective qui puisse être mesurée pour démontrer un changement suite à la mise en œuvre de l'initiative est la comparaison des taux de réadmission. Entre le 1^{er} mai 2008 et le 31 octobre 2008, avant la mise en œuvre de l'initiative, il y avait eu 35 réadmissions. Ces patients ont été admis au CCNB car ils devaient subir une chirurgie d'urgence. Entre le 1^{er} mai 2009 et le 31 octobre 2009, on a compté 10 réadmissions.

Bien que la date cible recommandée pour certains

patients ayant reçu un congé d'attente à la maison pour une CCV ait été dépassée, nous sommes convaincus que nous pouvons maintenant beaucoup mieux gérer les listes d'attente. Cette initiative cadre avec la mission et les valeurs du CCNB. De plus, si l'on considère la réponse positive des patients ainsi que la réduction possible des événements indésirables qu'a permise une amélioration de la gestion de cas, il est clair que cette initiative doit se poursuivre. La structure de gestion de l'accès au CCNB a été modifiée afin de tenir compte de ce service supplémentaire offert aux patients. Nous avons l'intention d'étendre la portée de ce service pour inclure les personnes qui ne sont pas encore admissibles à une chirurgie mais qui ont besoin d'une prise en charge plus importante.

Référence

Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick. Wait time - cardiac surgery. Accessible en ligne à l'adresse : [http://www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC/wait_time/CV%20Wait%20Oct%2006-Sept%2009%20\(eng\).pdf](http://www.ahsc.health.nb.ca/Programs/NBHC/wait_time/CV%20Wait%20Oct%2006-Sept%2009%20(eng).pdf)

Wait Time for Cardiovascular Surgery October 2006 to December 2009

Based on the Canadian Cardiovascular Society (CCS) Wait Time Benchmarks for Cardiac Surgery

Temps d'attente Chirurgie cardiovasculaire Octobre 2006 à Décembre 2009

Basé sur les points de repère pour les temps d'attente pour chirurgie cardiaque publié par la Société canadienne de cardiologie (SCC)

Table 1: Patients Waiting Monthly Average
Tableau 1 : Patients en attente Moyenne mensuelle

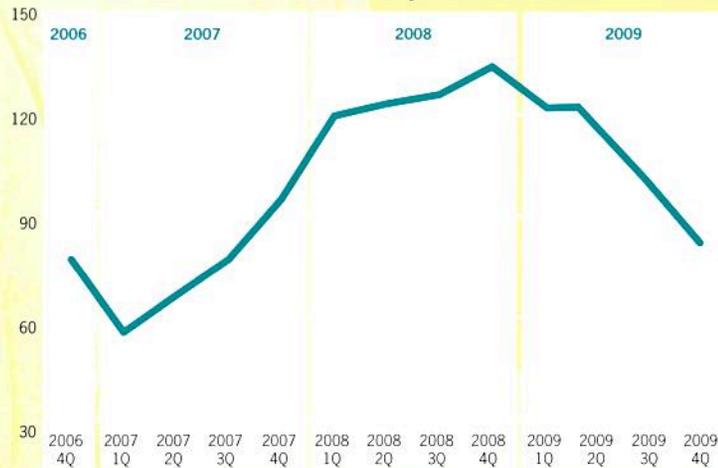


Table 2: Surgery within Recommended Maximal Wait Time

Tableau 2 : Chirurgie cardiaque à l'intérieur du Temps d'Attente Maximale Recommandé

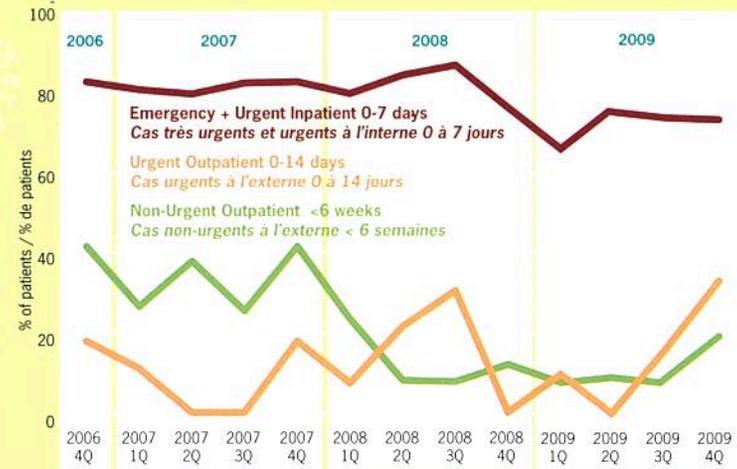
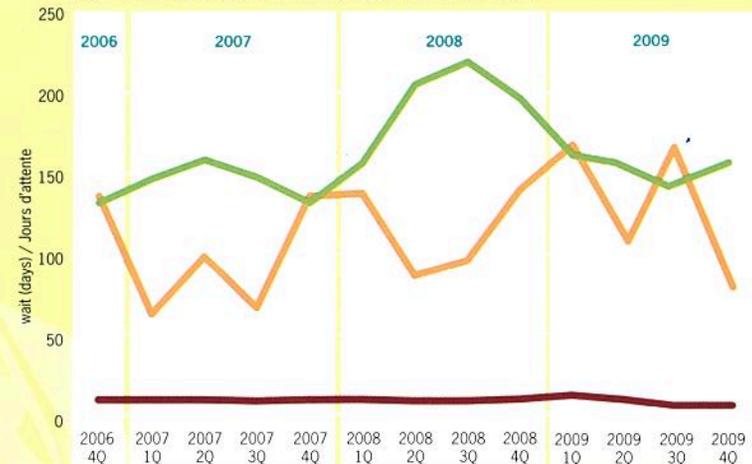


Table 3: 90th Percentile Wait (days)
Tableau 3 : Jours d'attente (90e percentile)



Letter to the editor:

In response to a series of news articles, this letter to editor was submitted to provincial newspapers earlier this spring.

Recent newspaper articles have suggested the quality of care of heart attack patients in New Brunswick is not optimal. These articles have been based on a recent study (written by University of Calgary professor, Dr. William Ghali) demonstrating that a majority of New Brunswick patients live more than an hour away from facilities that can provide emergency cardiac catheterization for heart attack patients. Unfortunately, the newspaper articles focused on one small aspect of the study and neglected the main conclusion of the study. This study has provided important information but needs to be taken in context in how it applies to our province.

Firstly, there are many degrees of severity of heart attack, and only a minority of them gain benefit from immediate treatment with a cardiac catheterization. The more common form of heart attack occurs in approximately 65 percent of cases and does not require an immediate cardiac catheterization. The patient can be stabilized with medications and the catheterization done safely within one to seven days. The New Brunswick Heart Centre has been successful in meeting this nationally accepted treatment guideline in practically 100 percent of patients across the province over the past 4 years.

The less common type of heart attack is labelled an 'ST elevation MI', and this type of heart attack can be treated in two different ways. One is with 'clot-busting' medications and the other is immediate heart catheterization. The majority of patients throughout Canada and the world are treated with 'clot-busting' medications available in every hospital and emergency room across the province.

Previous research has shown that of the two treatments for an ST elevation MI, immediate heart catheterization provides better outcomes under very controlled circumstances. To be beneficial, a cardiac

catheterization needs to be provided within 90 minutes upon arrival to the emergency department. This proves to be very difficult especially for patients arriving after usual work hours. American research has shown that less than 60 percent of the time do patients actually receive the procedure within the recommended timeframe, potentially negating some of the benefits. Furthermore, the majority of studies that show cardiac catheterization is superior to 'clot-busting' medications have been performed in large well-established cardiac specialty hospitals located in cities whose population exceeds that of the entire province of New Brunswick. In fact, cardiac catheterization labs are generally in large urban areas with a large number of health care professionals and doctors that can provide this service. Atlantic Canada is simply not in that type of situation. PEI does not have a cardiac catheterization lab and Nova Scotia and Newfoundland only have one each, both of which are located in provinces with even longer travel distances than New Brunswick.

Very few of these older studies looked at the benefits of using clot busting medications combined with a heart catheterization. Based on recent Canadian research, we now know that giving 'clot-busting' medications and then immediately transferring patients for a heart catheterization provides excellent treatment outcomes. This option was described in the Ghali study as the 'drip and ship' option. This option was recently presented as a province wide initiative to the New Brunswick Cardiac Services Advisory Committee. A pilot study was started in September 2009 and we plan to expand the 'drip and ship' treatment strategy province wide. This will ensure that all patients in our province receive the same care regardless of where they live.

Unfortunately, recent newspaper articles leave the impression that patients who do not live near the New Brunswick Heart Centre do not receive quality care. There is much more involved to

providing quality heart attack care than having a catheterization laboratory. Previous research has shown that heart attack mortality rates vary across our province, with the distance from the New Brunswick Heart Centre having no bearing on these statistics. This suggests that the presence of a cardiac catheterization lab is only one of many factors involved in providing quality patient care.

Health care dollars also need to be divided amongst many competing needs. While cardiac catheterization laboratories have become a 'hot topic', these services are only a small component of a provincial cardiac care system. Prevention of cardiac disease with promotion of healthy lifestyles and smoking cessation would benefit New Brunswickers far more than another multimillion dollar capital expenditure.

The recent study has highlighted several important issues. The New Brunswick Heart Centre will continue to focus on these issues that will improve

outcomes for all patients. We will continue to work hand in hand with the New Brunswick Department of Health, Horizon Health Network, Regional Health Authority A and Ambulance New Brunswick to develop a province wide heart attack strategy. The final

conclusion of the Dr Ghali's research supports our plan for the entire province in developing a 'Regionalized STEMI care model' for our province. Our approach to improving cardiac care around our province will continue to welcome innovation of health care delivery rather than duplication of services.

Dr. Colin Barry
Interventional cardiologist, NBHC

Dr. Sohrab Lutchmedial
Interventional Cardiologist, NBHC

Prevention of cardiac disease with promotion of healthy lifestyles and smoking cessation would benefit New Brunswickers far more than another multimillion dollar capital expenditure.

Madame la rédactrice, Monsieur le rédacteur,

De récents articles de journaux ont laissé entendre que la qualité des soins prodigués aux victimes de crise cardiaque au Nouveau-Brunswick n'est pas optimale. Ces articles s'inspirent d'une récente étude (rédigée par le Dr William Ghali, professeur à l'Université de Calgary) qui indique que la majorité des patients néo-brunswickois habitent à plus d'une heure de route des établissements capables d'effectuer un cathétérisme cardiaque d'urgence. Malheureusement, les journalistes se sont concentrés sur un aspect limité de l'étude et ont négligé la principale conclusion. L'étude en question comporte certes des renseignements importants, mais il faut la comprendre en fonction du contexte afin de comprendre comment elle s'applique à notre province.

D'abord, la gravité d'une crise cardiaque varie d'un cas à l'autre et le traitement immédiat au moyen du cathétérisme cardiaque n'est bénéfique que dans une minorité des cas. La forme la plus courante de crise cardiaque survient dans environ 65 p. 100 des cas et ne requiert pas de cathétérisme cardiaque immédiat. Le patient peut être stabilisé à l'aide de médicaments, et le cathétérisme peut être pratiqué en toute sécurité dans les sept jours suivant l'incident. Au cours des quatre dernières années, le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick a réussi à répondre à cette norme de traitement reconnue à l'échelle nationale pour pratiquement 100 p. 100 de ses patients de tous les coins de la province.

Le type de crise cardiaque le moins commun, qu'on appelle « infarctus du myocarde sans élévation du segment ST », peut être traité de deux façons : au moyen de médicaments thrombolytiques (qui détruisent les caillots) ou d'un cathétérisme cardiaque immédiat. La majorité des patients, surtout au Canada et dans le monde entier, sont

traités à l'aide de médicaments thrombolytiques. Il est à noter que ceux-ci sont disponibles dans tous les hôpitaux et toutes les salles d'urgence de la province.

Des études antérieures ont montré que parmi les deux traitements possibles pour un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST, le cathétérisme cardiaque immédiat produit de meilleurs résultats dans des conditions très précises. Pour être bénéfique, le cathétérisme cardiaque doit être pratiqué dans les 90 minutes suivant l'arrivée du patient au Service d'urgence. Une telle intervention s'avère très difficile, surtout pour les patients qui arrivent après les heures de travail normales. Selon des études américaines, le pourcentage de patients qui subissent ce type d'intervention

dans les délais recommandés est inférieur à 60 p. 100. Après ce délai, certains des effets bénéfiques risquent d'être compromis. Par ailleurs, la majorité des études qui indiquent que le cathétérisme cardiaque est supérieur aux médicaments thrombolytiques ont été réalisées dans de grands hôpitaux spécialisés en cardiologie et situés dans des villes dont la population dépasse celle de la province du Nouveau-Brunswick. De ce fait, la plupart des laboratoires de cathétérisme cardiaque se trouvent dans des grands centres urbains dotés d'un grand nombre de professionnels de la santé et de médecins qui peuvent fournir ce service. Le Canada atlantique n'est simplement pas dans ce type de situation. L'Île-du-Prince-Édouard n'a pas de laboratoire de cathétérisme cardiaque, tandis que

la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador n'en ont qu'un chacune. De plus, ces derniers sont situés dans des provinces où les distances à parcourir sont encore plus grandes qu'au Nouveau-Brunswick.

Très peu de ces études antérieures ont examiné les bienfaits d'utiliser des médicaments thrombolytiques de pair avec le cathétérisme cardiaque. Selon des études récentes menées au Canada, nous savons maintenant que l'administration de médicaments thrombolytiques, suivie d'un transfert immédiat du patient en prévision d'un cathétérisme cardiaque, produit d'excellents résultats. Cette formule, décrite dans l'étude de Ghali comme option « drip and ship » (administrer et transférer), a récemment été proposée comme stratégie provinciale au Comité consultatif sur les services en cardiologie du

Nouveau-Brunswick. Une étude pilote a été entamée en septembre 2009 et nous comptons appliquer la stratégie de traitement « administrer et transférer » dans toute la province. Nous nous assurerons ainsi que tous les patients au Nouveau-Brunswick reçoivent les mêmes soins, où qu'ils habitent.

Malheureusement, les récents articles de journaux donnent l'impression que les patients qui n'habitent pas près du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick n'obtiennent pas des soins de qualité. Fournir des soins de qualité aux victimes d'une crise cardiaque ne se résume certainement pas à avoir un laboratoire de cathétérisme. La recherche indique que les taux de mortalité attribuable à une crise cardiaque varient dans notre province, et la distance par rapport au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick n'a aucune incidence sur ces statistiques. Ces constats semblent indiquer que la présence d'un laboratoire de cardiologie n'est qu'un des nombreux facteurs qui contribuent à la qualité des soins offerts aux patients.

Par ailleurs, le budget des soins de santé doit être réparti pour répondre à de nombreux besoins qui ne sont pas nécessairement compatibles. Bien que les laboratoires de cathétérisme cardiaque soient devenus la question de l'heure, ces services ne représentent qu'une petite partie du système provincial de soins en cardiologie. La prévention des maladies du cœur par la promotion de modes de vie sains et la renonciation au tabac serait beaucoup plus avantageuse pour les Néo-Brunswickois qu'une autre dépense de plusieurs millions de dollars en immobilisations.

La récente étude du Dr Ghali a attiré l'attention sur plusieurs questions importantes. Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick continuera de travailler aux dossiers susceptibles d'améliorer les résultats pour tous les patients. Nous continuerons aussi de travailler main dans la main avec le ministère de la Santé, le Réseau de santé Horizon, la RRS-A et Ambulance Nouveau-Brunswick pour mettre au point une stratégie provinciale en matière de traitement des crises cardiaques. La conclusion finale de la recherche du Dr Ghali appuie notre plan visant la mise en œuvre d'un modèle régionalisé pour le traitement, dans la province, de l'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST. Soucieux d'améliorer les soins en cardiologie dans toute la province, nous continuerons de favoriser l'innovation en matière de prestation des soins de santé plutôt que le chevauchement des services.

Dr. Colin Barry
Cardiologue interventionnel, CCNB

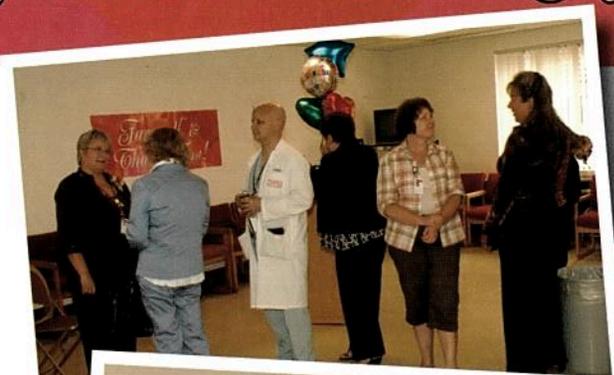
Dr. Sohrab Lutchmedial
Cardiologue interventionnel, CCNB

Farewell & Thank You!

Adieu et merci!

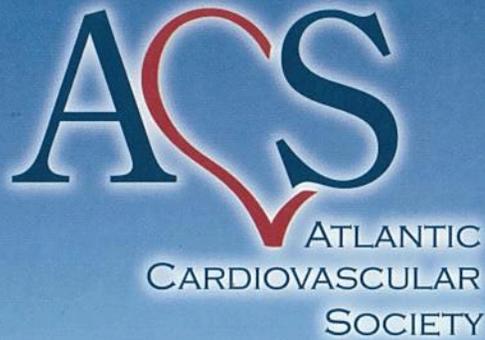
The New Brunswick Heart Centre bid a tearful farewell to Francine Bordage this past September. Francine was named the administrative Director of the NBHC and was given the task of implementing the External Cardiac Services review in 2005. During her four year tenure as NBHC Director, Francine was responsible for many significant developments including the development of the Cardiac Triage Referral department, the Language of Service survey, aggressive bilingual nursing recruitment and the installation and creation of the Electrophysiology department and the third Cardiac Catheterization Laboratory. During her tenure, the NBHC saw a growth of cardiology staff from 8 to 13, and cardiac surgeons increase from 3 to 4. Cardiac surgery volume increased from around 650 cases per year to the current volume of 750 surgeries annually. The electrophysiology department brought a critical expertise and service to our province allowing our patients to be treated closer to home and in their language of preference.

Francine faced many challenges during her tenure, and faced them with a mixture of optimism and steely determination that helped propel the NBHC into the 21st century. Her spark and personality are dearly missed in our offices. We wish Francine well in her new post as the Director Clinical Services of the Hospital Services Branch of the Department of Health.



En septembre dernier, le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB) a fait ses adieux émouvants à Francine Bordage. Francine avait été nommée directrice administrative du CCNB et avait le mandat de mettre en œuvre l'examen externe des services cardiaques en 2005. Pendant les quatre années où elle a occupé son poste de directrice du CCNB, Francine a été l'auteure de nombreuses réalisations importantes, dont le développement de service de triage cardiaque, le sondage sur la langue de service, le recrutement d'infirmières bilingues ainsi que la création et la mise sur pied du service d'électrophysiologie et du troisième laboratoire de cathétérisme cardiaque. Au cours de son mandat, le personnel du service de cardiologie du CCNB est passé de 8 à 13 personnes, et le nombre de chirurgiens, de 3 à 4. Le nombre de chirurgies cardiaques a augmenté, passant de 650 cas par année au nombre actuel de 750 chirurgies annuelles. Le service d'électrophysiologie fournit une expertise et un service importants à notre province et permet à nos patients d'être traités plus près de chez eux dans la langue de leur choix.

Francine a fait face à de nombreux défis dans le cadre de son mandat, défis qu'elle a su relever avec beaucoup d'optimisme et une détermination inébranlable, ce qui a permis de propulser le CCNB vers l'avenir. Sa personnalité et son dynamisme nous manquent énormément. Nous lui offrons nos meilleurs souhaits dans son nouveau poste de directrice des services cliniques de la Direction des services hospitaliers du ministère de la Santé.



SOCIÉTÉ
CARDIOVASCULAIRE
DE L'ATLANTIQUE

KNOW US
BY HEART

VOUS NOUS
CONNAISSEZ
PAR CŒUR

Save the Date!

**Notez la date sur
votre calendrier!**

Atlantic Cardiovascular Society
**Annual Symposium &
Business Meeting**

FRIDAY & SATURDAY

September 10 & 11, 2010

Charlottetown, Prince Edward Island
Delta Prince Edward Hotel

Symposium annuel et assemblée d'affaires
**de la Société cardiovasculaire
de l'Atlantique**

LES VENDREDI ET SAMEDI

10 et 11 septembre 2010

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
Hôtel Delta Prince Edward

For More Information Contact:

Pat Lively, Executive Director
Email: pat.lively@ac-society.org
Ph: (506) 639-2284
or visit us at www.ac-society.org

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec :

Pat Lively, directrice générale
Courriel : pat.lively@ac-society.org
Téléphone : 506-639-2284
Ou visitez notre site Web au www.ac-society.org/fr.

Careers at the New Brunswick Heart Centre

We are looking for dynamic (preferably) bilingual individuals interested in working in a busy practice at the Saint John Regional Hospital in Saint John, New Brunswick. Our centre offers an attractive combination of clinical and academic medicine in a tertiary care environment providing adult cardiac care in both official languages of the province.

The NBHC offers a wide variety of cardiac investigations and therapies. Cardiac surgery, diagnostic and interventional cardiology, interventional radiology and vascular surgery programs provide a full complement of therapeutic procedures for patients with cardiovascular disease. The interventional cardiology team makes use of contemporary techniques like FFR

and IVUS technology. A complete array of non-invasive tests including electrocardiography, stress testing, echocardiography, nuclear imaging, stress and dobutamine echocardiography, MRI, and CT angiography are performed at the NBHC. In 2007, our electrophysiology program commenced with the completion of a state of the art EP laboratory, and currently we are performing electrophysiology testing, cardiac resynchronization and defibrillation device therapy and arrhythmia ablation.

For more information about these careers at the New Brunswick Heart Centre please contact us by e-mail at: Janine.Doucet@HorizonNB.ca or by phone at (506) 648-7911.

Une carrière au Centre Cardiaque du Nouveau-Brunswick

Nous sommes à la recherche de candidats dynamiques et (de préférence) bilingues intéressés à travailler au sein d'un centre de santé acheminé de l'Hôpital régional de Saint John, Nouveau-Brunswick. Notre centre propose un agréable mélange de pratique médicale clinique et académique dans un environnement de soins tertiaires dispensant des soins cardiaques aux adultes, et ce, dans les deux langues officielles de la province.

Le Centre Cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB) offre un large

éventail d'examen et de thérapies cardiaques. Les programmes de chirurgie cardiaque, de cardiologie diagnostique et interventionnelle, de radiologie interventionnelle et de chirurgie vasculaire s'ajoutent aux procédures thérapeutiques destinées aux patients atteints de maladies cardiovasculaires pour former un ensemble complet de services. L'équipe de cardiologie interventionnelle utilise des techniques ultramodernes comme la FFR et l'échographie intravasculaire (IVUS). Le CCNB exécute également toute la gamme des examens non invasifs, notamment l'électrocardiographie, l'épreuve à l'effort, l'échographie, l'IRM et l'angiographie CT.

En 2007, notre programme d'électrophysiologie prenait son envol avec l'achèvement de son laboratoire EP à la fine pointe de la technologie et, depuis, nous pouvons pratiquer des examens d'électrophysiologie, la resynchronisation cardiaque, la thérapie par dispositif de défibrillation et la correction de l'arythmie.

Pour obtenir davantage de renseignements sur les carrières proposées par le Centre Cardiaque du Nouveau-Brunswick, prière de nous faire parvenir un courriel à Janine.Doucet@HorizonNB.ca ou de téléphoner au 506 648-7911.

Careers

- **Bilingual (English/French) Registered Nurses**

Coronary Care Unit 5AN/CCU & Cardiac Services Nursing Unit 5BN

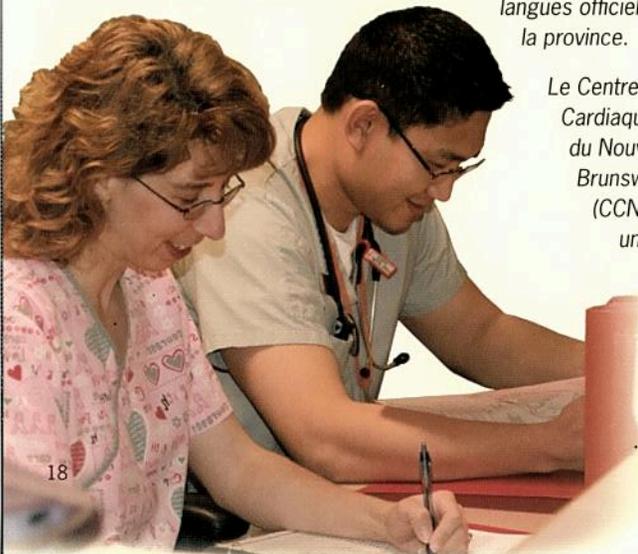
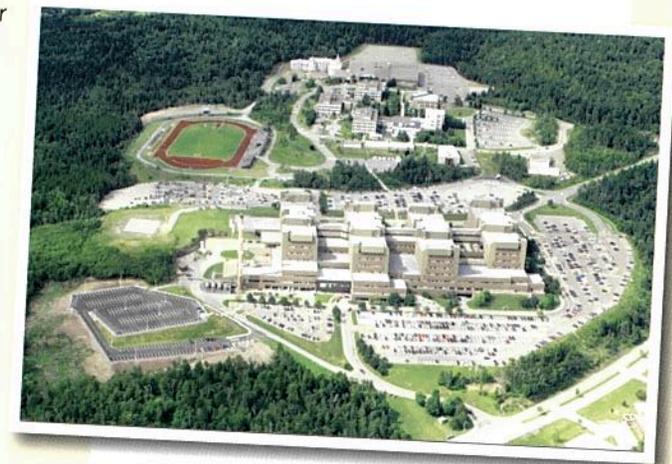
20 Bed Medical/Surgical/Cardiovascular Intensive Care Unit with Trauma Designation

Carrières

- **Infirmières et infirmiers immatriculés bilingues**

Unité de soins coronariens 5AN /CCU et Unité de soins des services cardiaques 5BN

Unité de soins intensifs médicaux, chirurgicaux ou cardiovasculaires de 20 lits avec désignation de centre de traumatologie





New Brunswick Heart Centre Foundation
Fondation du Centre cardiaque
du Nouveau-Brunswick

Public and corporate philanthropy makes a significant difference in healthcare. Public donations help care providers take on projects and services that are beyond the reach of regular government funding. Projects can involve everything from patient comforts to advanced medical technology, from leading edge research to cardiac forums and clinical trials. Donations are important.

The New Brunswick Heart Centre Foundation has been created to accept gifts directed to the cultivation of excellence at the New Brunswick Heart Centre. These gifts will result in enhanced cardiac care right here in New Brunswick . . . right away.

The latest equipment and technology help attract and retain the best medical staff. Opportunities for research and drug trials are also related to the quality of the personnel and equipment. The Heart Centre's vision is to advance the reputation of the New Brunswick Heart Centre as a centre of excellence in Canada for cardiac care. But reputations are built on action. Our new Charitable Foundation is essential to this vision.

Donors with an interest in cardiac care have a place to direct their contributions. The Foundation will accept charitable donations, encourage estate gifts, promote the creation of endowments and conduct periodic campaigns and special events. Donations will be used entirely to support the New Brunswick Heart Centre.

La philanthropie public et d'entreprise ont une influence considérable sur les soins de santé. Grâce aux dons publics, les fournisseurs de soins de santé peuvent mettre sur pied des projets et des services qu'il ne serait pas possible d'offrir dans le cadre du financement public. Ces projets peuvent porter sur le confort des patients, une nouvelle technologie médicale, des travaux de recherche de pointe qu'un groupe de discussion sur des questions médicales ou même des essais cliniques. Les dons sont importants.

La Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick a été créée en vue de recevoir des dons grâce auxquels le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick pourra poursuivre sa quête en matière d'excellence. Ces dons permettront d'améliorer les soins cardiaques fournis au Nouveau-Brunswick, et ce, dès aujourd'hui.

L'équipement et la technologie dernier cri permettent d'attirer et de garder les meilleurs employés du domaine médical. Les possibilités de recherche et les essais cliniques ont également une impacte sur la qualité du personnel et de l'équipement. Le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick souhaite améliorer sa réputation et être reconnu pour son excellence dans les soins cardiaques au Canada. Pour construire notre réputation, nous devons agir. C'est pourquoi notre fondation de bienfaisance est essentielle à la réalisation de notre vision.

Les donateurs qui ont un intérêt dans les soins cardiaques ont maintenant un endroit où envoyer leurs dons. La Fondation accepte les dons de bienfaisance, encourage les dons successoraux, préconise la création de fonds de dotation et organise des campagnes périodiques et des activités spéciales. Les dons serviront uniquement à financer le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick.

A donation to the New Brunswick Heart Centre Foundation will:

- Maintain advanced cardiac care right here in New Brunswick.
- Help attract and retain cardiac specialists.
- Help us keep pace with the latest in medical equipment and technology.

Votre don à la Fondation du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick :

- nous permettra de continuer à offrir des soins cardiaques d'avant-garde;
- aidera à attirer et à garder les spécialistes du domaine de la cardiologie;
- nous aidera à suivre le rythme des nouveautés dans l'équipement médical et la technologie médicale.

Yes, I support the New Brunswick Heart Centre.
Oui, j'accorde mon appui au
Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick.

Here is my donation of: / Ci-joint un don de :

- \$25 \$50 \$100 \$500 Other/Autre \$ _____
 I have enclosed a cheque for NB Heart Centre Foundation

J'inclus un chèque payable à la Fondation
du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

Charge my: / Facturer à Visa Mastercard

Name / Nom

Address / Adresse

City / Ville

Postal Code / Code postal

Card Number: / Numéro de carte :

Expiry Date: /
Date d'expiration:

Signature:

Donation Reply to: New Brunswick Heart Centre Foundation,
PO Box 2100 Saint John, NB E2L 4L2

Envoyez votre don à : Fondation du Centre cardiaque du
Nouveau-Brunswick - C.P. 2100, Saint John (N.-B.) E2L 4L2

NBHC Mission Statement

Vision

The NB Heart Centre overall vision is to take a leadership role in the detection, prevention, management, and reporting of cardiovascular disease in the province of New Brunswick.

Mission

- Our Mission is to deliver the highest possible quality health care, while respecting the dignity and individuality of our patients, co-workers, and the public we serve.
- We are committed to continuous improvement in the delivery of patient care.
- We are committed to providing services in both official languages (English/French).
- We are committed to the promotion of wellness and in the effective communication of health care issues.
- We are committed to the development and promotion of a Provincial Cardiac Network.

Values

- Commitment and dedication to quality patient care.
- Respect for the individual, showing dignity and caring in every aspect of what we do.
- Linguistic duality, offering services in both official languages.
- Openness, which embodies the concepts of honesty, sincerity, and trust... and a belief in the ability of our patients to make their own personal choices – within the framework of medical ethics and community standards.

- Equality and fairness in providing appropriate access to services.
- Fiscal responsibility, by budgeting and spending money wisely and in a manner that matches accountability with authority.
- Teamwork, by respecting our people and valuing their ability to contribute in a meaningful way to the process of change.
- Adaptability, by thriving on change and embracing new ideas in the pursuit of excellence.
- Transparency, by creating and supporting a network where information sharing occurs between the NB Heart Centre and its stakeholders.
- Partnership and the spirit of partnering in all its forms, by co-operatively and jointly working with all stakeholders to enhance patient care and delivery of services.

Philosophy

- We believe in the provision of tertiary cardiology and cardiac surgery services to all adults on a provincial referral basis. We believe that patient access to the program is determined on the basis of clinical acuity as assessed by the access coordinator in conjunction with a cardiologist / cardiac surgeon at the NB Heart Centre.
- We believe in a skilled compassionate multidisciplinary health care team approach to the diagnosis, treatment, and management of patients with cardiovascular disease.
- We believe in the need for lifelong patient and family education extending beyond the hospital admission.

Déclarations du CCNB

Vision

- La vision globale du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick est d'être un chef de file dans le dépistage, la prévention, la gestion et la diffusion de données en matière de maladies cardiovasculaires dans la province du Nouveau-Brunswick.

Mission

- Notre mission consiste à offrir des soins de santé de la plus haute qualité possible, tout en respectant la dignité et l'individualité de nos patients, de nos collègues et de la population que nous servons.
- Nous nous faisons un devoir d'apporter des améliorations continues à la prestation de soins aux patients.
- Nous nous faisons un devoir d'offrir des services dans les deux langues officielles (anglais et français).
- Nous nous faisons un devoir de promouvoir le mieux-être et de communiquer efficacement les enjeux des soins de santé.
- Nous nous faisons un devoir de développer et de promouvoir un réseau provincial en soins cardiaques.

Valeurs

- Engagement et dévouement envers des soins de qualité pour les patients.
- Respect de la personne, en faisant preuve de dignité et de bienveillance dans tous nos actes.
- Dualité linguistique, en offrant des services dans les deux langues officielles.
- Ouverture, ce qui comprend les concepts d'honnêteté, de sincérité et de confiance... ainsi que la conviction que nos patients sont capables de faire leurs propres choix – dans le respect de l'éthique médicale et des normes communautaires.
- Égalité et équité, en assurant un accès approprié aux services.

- Responsabilité financière, en préparant les budgets et en dépensant l'argent de façon judicieuse et de sorte à faire concorder responsabilité et autorité.
- Travail d'équipe, en respectant nos employés et en valorisant leur capacité à apporter une contribution positive au processus de changement.
- Adaptabilité, en accueillant le changement à bras ouverts et en embrassant les nouvelles idées afin de parvenir à l'excellence.
- Transparence, en créant et en appuyant un réseau qui favorise l'échange d'information entre le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick et ses intervenants.
- Partenariat, et l'esprit de partenariat sous toutes ses formes, en travaillant de concert avec tous les intervenants afin d'améliorer les soins aux patients et la prestation des services.

Philosophie

- Nous croyons à la prestation de services tertiaires de cardiologie et de chirurgie cardiaque pour tous les adultes en fonction d'un système d'aiguillage provincial. Nous croyons que l'accès des patients au programme dépend de l'acuité clinique, telle qu'elle est évaluée par le coordonnateur de l'accès en collaboration avec le cardiologue ou le chirurgien cardiologue du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick.
- Nous croyons que le diagnostic, le traitement et la gestion des patients qui souffrent de maladies cardiovasculaires doit se faire selon une approche pluridisciplinaire et par une équipe composée de professionnels de la santé compétents et compatissants.
- Nous croyons que le patient et sa famille peuvent bénéficier d'un enseignement continu qui dépasse les cadres du séjour à l'hôpital.