

President's Page



Dr Catherine Kells, President

For Health Human Resource, as for Care, Planning Is Key

The laws of supply and demand may work in the marketplace, but health human resource (HHR) planning can be a tougher terrain. The training periods are lengthy. And people are unpredictable. Will they remain in certain areas of care? Will they stay in particular geographic locations? In medicine, supply and demand is complex.

HHR is vital overall and to many medical specialties. Ensuring the right mix of cardiovascular specialists and the right opportunities for trainees are concerns. So what can we do about it?

The Canadian Cardiovascular Society (CCS) has long been interested in advocating for physician resource data and for appropriate planning for cardiovascular specialist needs in the future.

As part of its health policy work, the CCS has previously explored HHR issues and delved into profiles of the cardiovascular specialist workforce. In 2006, Dr Lyall Higginson published the results of a major CCS survey on the topic in the *Canadian Journal of Cardiology*.¹

Back then, we predicted some of the issues we'd be facing today. We also noted that the workforce information was difficult to obtain. Provincial licensing boards and other databases were often out-of-date and inaccurate, especially regarding categories, specialist and sub-specialist training and practice. The CCS dug deeper, often confirming data through personal communication with chiefs of cardiology and cardiovascular surgery. It was a sound environmental scan for the time.

The CCS has also been a leading voice with the Royal College of Physicians and Surgeons as they convene communities on the HHR issue. In May, I attended their 5th Annual Human Resources for Health Dialogue Meeting. This meeting focused on sharing information on current data-gathering and research efforts.

Les ressources humaines exigent le même effort de planification que les soins aux patients

Les lois de l'offre et de la demande fonctionnent assez bien dans le contexte d'un marché. Le domaine des ressources humaines de la santé (RHS), hélas, présente certaines difficultés qui lui sont propres. Les périodes de formation sont longues. Et les gens sont imprévisibles. Par exemple : travailleront-ils longtemps dans tel ou tel domaine de soins? Resteront-ils à tel ou tel emplacement géographique? En d'autres termes, l'offre et la demande en médecine a un certain niveau de complexité par rapport à d'autres marchés.

Les RHS ont une grande importance pour toute la médecine, et notamment pour certaines spécialités. S'assurer qu'il y a un bon mélange de spécialistes de la médecine cardiovasculaire et que les stagiaires ont accès à des occasions de formation intéressantes reste une préoccupation de premier ordre. Alors, que pouvons-nous faire?

La Société canadienne de cardiologie (SCC) milite depuis longtemps en faveur de données sur les effectifs médicaux et de la planification adéquate des besoins futurs en spécialistes de la santé cardiovasculaire.

Dans le cadre de son travail lié aux politiques de la santé, la SCC a déjà examiné de près les enjeux des RHS et a analysé notamment des profils des effectifs de spécialistes en santé cardiovasculaire. En 2006, le D^r Lyall Higginson a publié les résultats d'un important sondage de la SCC à ce sujet dans le *Journal canadien de cardiologie*.¹

Nous avons alors été en mesure de prédire certains des problèmes auxquels nous nous heurtons maintenant. Nous avons déjà remarqué à l'époque que l'information en matière d'effectifs est difficile à obtenir. Les ordres provinciaux responsables des permis d'exercice et d'autres bases de données n'ont pas toujours des renseignements à jour ou offrent des renseignements imprécis, surtout lorsqu'il s'agit de catégories, ainsi que de la formation et de la pratique des spécialistes et surspécialistes. La SCC avait alors consulté toutes les sources d'information possibles, en communiquant notamment avec

The Royal College also unveiled its Medical Workforce Knowledgebase (MWK). It centralizes authoritative physician supply data and highlights workforce changes for 31 primary disciplines, including cardiac surgery and general internal medicine. This includes an overview and four data snapshots (R1 residency positions offered; first-year residents beginning training; newly certified specialists; and the practicing physician population and its age distribution).

Currently, the MWK focuses on inflows (the number of entry-level training positions and newly-certified specialists), and outflows (retirement and other migration). In the future, this tool will include factors such as physician workload, scope of practice information, and full-time equivalency (not just head counts).

Together, the MWK data is a key foundation for providing insight into patient access to specialized medical care and long-term planning.

In follow-up, the Royal College convened a Speciality Medicine Summit in December, which I attended. There, leaders of National Speciality Committees had the chance to engage with the Royal College and the federal government-sponsored Physician Resource Planning Task Force.

We applaud the Royal College and the Task Force for their efforts. This is a starting point. To inform workforce planning, bodies like the Royal College and provincial and federal health departments ultimately need input from specialty societies like the CCS. For HHR, we can help sort through what and who to count. Without that perspective, the information simply won't be useful to make workforce predictions.

We know some traditional measures—such as number of doctors per population—just aren't helpful. Too much depends on demographics of the population and the disease burden. The pure number means nothing.

Right now, some provincial governments are developing HHR plans and using them to change the numbers of training spots and accept or reject applications for physician licenses. We want to ensure that governments make these decisions with accurate up-to-date HHR data.

So let's pull the databases together and do it right, engaging us and the other speciality societies in the effort.

Many groups are interested in the ability to gather data for proper HHR planning, not least the trainees who need to know where the jobs of the future will be. We want to help answer those questions, so that we're not training people in disciplines that are redundant or lacking resources in some areas of need down the road.

So much of medicine is about proper planning. Institutions plan how to deliver the most effective programs and services. And health care professionals plan an approach with their colleagues and patients. For all of that to work, we need to have the appropriate people in place—in the right locations, with the right skills, and in the right numbers.

Dr Catherine Kells
President, Canadian Cardiovascular Society

Reference

1. Ross H, Higginson L, Ferguson A, et al. Too many patients, too few cardiologists to care? *Can J Cardiol* 2006;22:901-2.

les chefs de la cardiologie et de la chirurgie cardiovasculaire. Il s'agissait pour l'époque d'une analyse du contexte d'une grande rigueur.

La SCC a également été aux premières loges lorsque le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a rassemblé des communautés afin de discuter des enjeux liés aux RHS. En mai, j'ai participé à la 5^e réunion annuelle du Dialogue sur les ressources humaines de la santé. La réunion visait à mettre en commun ce que nous savons sur les méthodes actuelles de collecte de données et à présenter les initiatives actuelles en matière de recherche.

Le Collège royal a notamment fait une présentation sur sa Base de connaissances sur les effectifs médicaux. La Base centralise des données sur le bassin de médecins et fait le suivi de changements des effectifs dans 31 spécialités médicales primaires, notamment la chirurgie cardiaque et la médecine interne générale. La Base propose un survol et quatre tableaux de données (le nombre de postes de résidence R1 offerts; le nombre de résidents en 1^{re} année amorçant leur formation; les spécialistes récemment certifiés, et le nombre de médecins pratiquant et leur ventilation selon l'âge).

La Base met actuellement l'accent sur les effectifs entrants (le nombre de postes de formation d'entrée dans la pratique et de spécialistes récemment certifiés) et sur les effectifs sortants (les départs à la retraite et les autres formes de migrations). À une date ultérieure, l'outil tiendra compte d'autres facteurs comme la charge de travail des médecins, des renseignements sur le champ de pratique et sur les équivalents temps plein (plutôt que le nombre de médecins en poste).

La Base de connaissances dans son ensemble est un fondement solide pour une meilleure compréhension de l'accès des patients aux soins médicaux spécialisés et pour la planification à long terme.

À titre de suivi, le Collège royal a organisé en décembre un Sommet sur la médecine spécialisée, auquel j'ai participé. Des dirigeants de comités nationaux de spécialistes ont eu l'occasion de dialoguer avec le Collège royal et avec le Groupe de travail sur la planification des effectifs médicaux, commandité par le gouvernement fédéral.

Nous souhaitons féliciter le Collège royal et le Groupe de travail pour leur travail essentiel. Il s'agit d'un bon début. Pour planifier les effectifs en connaissance de cause, des organismes comme le Collège royal et les ministères provinciaux et fédéral de la Santé doivent en dernière analyse recevoir de l'information de sociétés de spécialistes comme la SCC. En matière de RHS, nous sommes en mesure de formuler des conseils sur ce qu'il faut compter et comment compter. Sans ce point de vue, l'information ne sera tout simplement pas utile pour les besoins de prévisions en matière d'effectifs.

Nous savons que certaines mesures traditionnelles, comme le nombre de médecins par habitant, ne servent pas à grand-chose. Les choses dépendent beaucoup trop d'autres facteurs comme les caractéristiques démographiques de la population et le fardeau de morbidité. Les chiffres sans ces autres facteurs ne veulent donc rien dire.

En ce moment, certains gouvernements provinciaux élaborent des plans de RHS et les utilisent pour déterminer le nombre de postes de formation et pour accepter ou rejeter des demandes de permis d'exercice. Nous voulons nous assurer que les gouvernements prennent ces décisions en ayant accès à des données de RHS exactes et à jour.

Rassemblons donc ces différentes bases de données et faisons-le correctement, en collaboration avec les autres sociétés de spécialistes.

Plusieurs groupes voudraient avoir la capacité de recueillir des données pour les besoins d'une planification judicieuse des RHS, notamment les stagiaires qui ont besoin de savoir dans quels domaines seront les emplois de demain. Nous voulons participer à la recherche de réponses, et ainsi éviter de former des gens dans des disciplines en voie de disparition, ou de manquer de ressources à une date ultérieure dans des domaines où les besoins sont insatisfaits.

Une bonne partie de la médecine consiste en une planification judicieuse. Les institutions ont l'habitude de planifier leurs programmes et leurs services pour qu'ils soient le plus efficaces possible. Les professionnels de la santé aussi planifient les approches à adopter avec leurs collègues et leurs patients. Pour que tout cela fonctionne, nous devons avoir un nombre suffisant de gens pour répondre aux besoins, ayant les bonnes compétences et travaillant au bon endroit.

D^{re} Catherine Kells
Présidente, Société canadienne de cardiologie

Reference

1. Ross H, Higginson L, Ferguson A, et al. Too many patients, too few cardiologists to care? *Can J Cardiol* 2006;22:901-2.