

# Why Tolstoy Doesn't Fit Healthcare

“Happy families are all alike; every unhappy family is unhappy in its own way,” according to Leo Tolstoy. In healthcare, the opposite seems to me to be true. Go to a health policy meeting in Sydney, Singapore, Saskatoon or Seattle and you will hear talk of population aging, tight finances, recruitment problems and many other shared challenges.

The silences interest me as much, maybe more. Why are there some places where you get puzzled looks when you mention problems with access to primary care or adoption of e-health? Why are there others where you don't hear about wait times in emergency departments? And what are the secrets of those places that are able to recruit and retain all the nurses that they wish to hire?

I have happened upon several of those intriguing silences since moving to Denmark. When I moved, I expected – even looked forward to – a certain degree of culture shock. The rhythms of Copenhagen and of Danish life would be different. I would make new friends and, hopefully, learn a new language. There would be new tastes to explore and familiar comforts that I would miss. More than a year later, I have experienced all these changes and many more.

It also feels different to be a patient here. On my first full day in Denmark, I went with Louise, my relocation agent, on a bureaucratic odyssey. We set out to register me with the authorities, get a bank account and a tax card, and fill in all those other forms that a move to the other side of the world requires. This process included applying for the magic yellow card that is the key to your life in Denmark, from taking out library books to accessing healthcare. When you sign up, you can roster with a primary care practice. Surprise #1: The local Kommune office has an up-to-date list of doctors accepting new patients, and there are lots of physicians on the list. On the day that I wrote this editorial, for example, 64% of family physicians in the capital region were accepting new patients (sundhed.dk 2009). And you don't have to call or wheedle to be accepted; you just tell the clerk at the Kommune which practice you would like to join (or later, change online if you would like to switch).

Since I spoke about three words of Danish at the time, Louise riffled through the list and picked a practice for me. How did she choose? The first criterion she cited was predictable: convenience. The practice she recommended is a block and a half from my apartment. But the second was unexpected. In addition to address, phone number, public transit directions and wheelchair access information, the government's list of

doctors tells you whether you can book appointments, renew prescriptions and have e-consults online. My new practice ticked all three boxes, a plus from Louise's point of view. Surprise #2: Patients are choosing where they will seek care based on the extent of adoption of e-health technologies.

And that brings me to surprise #3. I didn't realize how pervasive e-health truly is in primary care until I booked my first appointment. The booking process is online. I could take a leisurely look at the options on a Sunday afternoon and choose a time that suited my schedule. Two days later, when the time came for my appointment (or, technically, 20 minutes after that – some things seem universal), I entered the exam room. Shortly after saying hello, my GP apologized for the fact that his electronic health record, which was visible to both doctor and patient, had an old user interface and promised that an upgrade was planned soon. Clearly, he felt that reassuring a new patient of this upcoming change was important at the outset. The statistics confirm that my experience was not an anomaly. In 2007, 98% of primary care physicians in Denmark had computers in consultation rooms, 97% used e-prescribing, 96% used e-lab results and 74% exchanged information electronically with other providers (Dobrev et al. 2008).

From options for after-hours care to the ways that healthy choices are considered in urban design, I could cite many more experiences that have opened my eyes since moving to Denmark. Why is it sometimes difficult to translate these types of experiences across oceans? It's not as simple as money. Denmark spends less per capita on healthcare than Canada (OECD 2008a). It's not technology. Overall levels of technology adoption seem relatively similar. For example, about two-thirds of households have broadband Internet access in both countries (OECD 2008b). Neither is it purely geography. Yes, Canada's land mass is much bigger than Denmark's. But the Greater Toronto Area, where I lived before I moved, has about the same population, covers a smaller geographic area and has more doctors per capita than Denmark (CIHI and Statistics Canada 2008; OECD 2008a). Which has caused me to wonder – why is my "Danish experience" not more common?

That's exactly the type of question that we hope *Healthcare Policy/Politiques de Santé* will provoke. Whether the papers feature research or commentary from down the hall or across the world, we hope that they will cause you to think about opportunities for improving health and healthcare in your community. We encourage you to submit papers to share the knowledge and perspectives that you have gained with others for consideration in future issues of the journal. We particularly welcome innovative manuscripts that profile new knowledge from research studies that will inform health policy and management decisions, focused analyses of health administrative or survey data that shed light on significant health services and policy issues, insightful essays and commentaries for the Discussion and Debate section, and brief reports of health technology assessments and policy analyses.

P.S.: Lest the description above make you jealous and motivate you to consider immigrating, Copenhagen is particularly lovely in the spring and summer. That said, I could as easily turn the tables and talk about intriguing “silences” in Canada that would be of interest here. That’s what makes comparative health policy so interesting and potentially productive. And possibly also comparative immigration policy – but that’s another story.

#### REFERENCES

- Canadian Institute for Health Information (CIHI) and Statistics Canada. 2008. *Health Indicators*. Ottawa: Authors. Retrieved June 2, 2009. <<http://www.cihi.ca/indicators>>.
- Dobrev, A., M. Haesner, T. Hüsing, W.B. Korte and I. Meyer. 2008 (April). *Benchmarking ICT Use among General Practitioners in Europe: Final Report*. Bonn: European Commission Information Society and Media Directorate General. Retrieved June 2, 2009. <[http://ec.europa.eu/information\\_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/gp\\_survey\\_final\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/i2010/docs/benchmarking/gp_survey_final_report.pdf)>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008a. *OECD Health Data 2008: Statistics and Indicators for 30 Countries*. Version 12/10/2008. Paris: Author.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008b. “OECD Key ICT Indicators: Households with Broadband Internet Access, 2000–2007, Percentage of All Households.” Paris: Author. Retrieved June 2, 2009. <<http://www.oecd.org/dataoecd/23/34/41625794.xls>>.
- sundhed.dk. 2009. Vejviser. Retrieved June 2, 2009. <<http://www.sundhed.dk>>.

JENNIFER ZELMER, BSC, MA, PHD  
*Editor-in-chief*

---

## Tolstoï ne convient pas pour les services de santé

**S**elon Léon Tolstoï, « Les familles heureuses se ressemblent toutes; les familles malheureuses sont malheureuses chacune à sa façon. » Dans les services de santé, il me semble bien que ça soit le contraire. Si vous allez à une rencontre

sur les politiques de santé à Sydney, à Singapour, à Saskatoon ou à Seattle, vous entendrez parler du vieillissement de la population, des finances serrées, des problèmes de recrutement et de bien d'autres défis communs.

Les silences m'intéressent tout autant, peut-être même plus. Pourquoi à certains endroits on vous regarde avec consternation quand vous parlez de problèmes d'accès aux soins primaires ou de mise en place de la cybersanté? Pourquoi à d'autres endroits on ne mentionne même pas les temps d'attente dans les services des urgences? Et quel est le secret de ces établissements qui arrivent à attirer et à retenir toutes les infirmières qu'ils désirent recruter?

J'ai été témoin de plusieurs de ces curieux silences depuis mon installation au Danemark. En arrivant ici, je m'attendais à un certain degré de choc culturel. Les rythmes de la vie à Copenhague et au Danemark seraient sans doute différents. Je me ferais de nouveaux amis et, avec un peu de chance, j'apprendrais une nouvelle langue. Il y aurait de nouveaux goûts à découvrir, mais je sentirais aussi une certaine nostalgie pour les lieux qui me sont familiers. Un an plus tard, je considère avoir fait l'expérience de tous ces changements et bien plus.

Être un patient ici est également une expérience différente. Lors de ma première journée au Danemark, j'ai parcouru avec Louise, mon agente de réinstallation, une odyssée bureaucratique. Je me suis inscrite auprès des autorités, j'ai ouvert un compte en banque, obtenu une carte de crédit et rempli tous les formulaires nécessaires pour mon installation dans ce coin du monde. Le processus comprenait également la demande de la fameuse carte jaune, qui est la clé de la vie au Danemark, que ce soit pour emprunter des livres à la bibliothèque ou pour obtenir des services de santé. Au moment de l'inscription, il est possible de choisir sa clinique de soins primaires. Première surprise : le bureau de la Kommune présente une liste à jour des médecins qui acceptent de nouveaux patients et la liste contient beaucoup de noms. Au moment d'écrire ces lignes, par exemple, 64 pour cent des médecins de famille de la région de la capitale acceptent de nouveaux patients (sundhed.dk 2009). Et il n'est pas nécessaire de téléphoner ou d'implorer pour être accepté : il suffit d'indiquer au préposé de la Kommune le nom de la clinique qui vous intéresse (éventuellement, vous pouvez changer de clinique par Internet si vous le souhaitez).

Puisque je ne parlais alors que trois mots de danois, Louise a consulté la liste et a choisi à ma place. Comment a-t-elle fait son choix? Le premier critère qu'elle a employé est, bien sûr, la commodité. La clinique recommandée se trouvait à deux coins de rue de chez moi. Le second critère, cependant, était inattendu. En plus des adresses, téléphones et accès pour fauteuils roulants, la liste gouvernementale précise si vous pouvez utiliser Internet pour prendre rendez-vous, renouveler les prescriptions ou obtenir une consultation en ligne. Ces trois cases étaient cochées pour ma clinique, ce que Louise considérait comme un atout. Deuxième surprise : les patients choisissent leur clinique en fonction du degré de cybersanté qu'elles offrent.

Cela me conduit à la troisième surprise. Avant de prendre mon premier rendez-vous, je ne m'étais pas rendue compte à quel point la cybersanté était présente dans l'organisation des services primaires. La prise de rendez-vous se fait en ligne. Je pouvais facilement voir les disponibilités du dimanche après-midi et choisir une heure en fonction de mon agenda. Deux jours plus tard, à l'heure du rendez-vous (techniquement 20 minutes plus tard – certaines choses semblent universelles), j'entrais dans le cabinet de consultation. Après m'avoir saluée, le médecin s'est excusé du fait que l'interface de son système pour le dossier de santé électronique (visible tant pour le médecin que pour le patient) n'était pas actualisée, et il m'a promis qu'une mise à jour était prévue dans peu de temps. Il était clair que le fait de rassurer d'entrée de jeu la nouvelle patiente au sujet de cette mise à jour était un élément important pour lui. Les statistiques montrent que mon expérience n'est pas unique. En 2007, 98 pour cent des médecins de première ligne avaient un ordinateur dans leur cabinet, 97 pour cent d'entre eux utilisaient l'ordonnance électronique, 96 pour cent employaient les résultats de laboratoire électroniques et 74 pour cent échangeaient en ligne des renseignements avec d'autres fournisseurs de services (Dobrev et al. 2008).

Je pourrais évoquer plusieurs autres expériences qui m'ont ouvert les yeux depuis mon arrivée au Danemark, par exemple les diverses options pour obtenir des soins après les heures normales de travail ou encore comment la planification urbaine tient compte des choix santé. Pourquoi donc ces initiatives ne traversent-elles pas l'océan? Ce n'est pas simplement une question d'argent. Les dépenses en santé par personne sont moins grandes au Danemark qu'au Canada (OCDE 2008a). Ce n'est pas non plus une question de technologie. Le niveau général d'adoption des technologies est relativement le même dans les deux pays. Par exemple, environ deux tiers des foyers ont un accès Internet à haut débit (OCDE 2008b). Ce n'est pas non plus une question de géographie. Le Canada est en effet plus grand que le Danemark; cependant, par rapport au Danemark, la région du Grand Toronto – où j'habitais avant mon déménagement – couvre un territoire plus petit, présente plus de médecins par personne et contient environ la même population (ICIS et Statistique Canada 2008; OCDE 2008a). Ce qui me porte à me demander pourquoi mon « expérience danoise » n'est pas plus répandue.

Voilà exactement le genre de questions que nous espérons susciter avec *Politiques de santé/Healthcare Policy*. Qu'ils présentent des recherches ou relatent des faits d'ici ou d'ailleurs, nous souhaitons que les articles provoquent une réflexion qui vise l'amélioration de la santé et des services dans les communautés. Nous vous invitons donc à proposer vos articles pour d'éventuels numéros de la revue, afin de partager avec les autres vos connaissances et vos points de vue. Nous invitons tout particulièrement des manuscrits novateurs qui présentent de nouvelles connaissances à partir d'études de recherche qui informent sur les politiques de santé et la gestion du système de soins de santé, des analyses centrées sur des données administratives de santé ou d'enquêtes

qui éclairent les questions cruciales liées aux services de santé et les politiques, des comptes rendus et des commentaires pénétrants pour la section « Discussions et débats » et de courts résumés d'évaluations des technologies de la santé ou d'analyses de politiques.

P.S. : De crainte que la description ci-dessus ne vous rende jaloux et vous pousse à penser à l'immigration, sachez que Copenhague est une ville particulièrement charmante au printemps et en été. Cela dit, je pourrais facilement parler des curieux « silences » du Canada qui intéresseraient à leur tour les Danois. C'est ce qui rend la politique de santé comparative si captivante et si pleine de potentiel. C'est sans doute aussi le cas de l'immigration comparative, mais il s'agit là d'une autre histoire.

#### RÉFÉRENCES

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada. 2008. *Indicateurs de santé*. Ottawa: auteurs. Consulté le 2 juin 2009. <<http://www.cihi.ca/indicateurs>>.
- Dobrev, A., M. Haesner, T. Hüsing, W.B. Korte et I. Meyer. 2008 (April). *Benchmarking ICT Use among General Practitioners in Europe: Final Report*. Bonn: European Commission Information Society and Media Directorate General. Consulté le 2 juin 2009. <[http://ec.europa.eu/information\\_society/europe/i2010/docs/benchmarking/gp\\_survey\\_final\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/europe/i2010/docs/benchmarking/gp_survey_final_report.pdf)>.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2008a. *Éco-Santé OCDE 2008 : Statistiques et Indicateurs pour 30 pays*. Version 12/10/2008. Paris: auteur.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2008b. "OECD Key ICT Indicators: Households with Broadband Internet Access, 2000–2007, Percentage of All Households." Paris: auteur. Consulté le 2 juin 2009. <<http://www.oecd.org/dataoecd/23/34/41625794.xls>>.
- sundhed.dk. 2009. Vejviser. Consulté le 2 juin 2009. <<http://www.sundhed.dk>>.

JENNIFER ZELMER, BSC, MA, PHD

*Rédactrice en chef*