

# EDITORIALS

## Surgical skills for family physicians

### *Do family physicians make the cut?*

Len Kelly, BSc, MD, CCFP

This month's issue deals with procedures performed by family physicians, including surgery. Two articles discuss modern family medicine practices, in urban and rural centres, offering needed surgical services safely for their patients.

Reynolds (page 552) documents the rise in vasectomies in his practice following the introduction of no-scalpel vasectomies. He discusses his experience with the procedure as well as the family doctor-to-family doctor training involved and suggests a number of considerations for such training.

Wetmore and colleagues (page 521) show increased performance of procedures within a generalist, multiskilled practice style, which (for some) was affected by practice location.

### **Safe and convenient services**

What does the future hold for such a generalist practice style? These studies raise the question of urban and rural patient access to safe and convenient procedural services provided by family physicians.

Evidence shows that graduating family physicians are often uncomfortable with their skill level for routine procedures. Two recent surveys, one in Ontario<sup>1</sup> and one in British Columbia,<sup>2</sup> demonstrate that rural programs do succeed, while more traditional family medicine programs have low self-rated levels of competency in common procedures, including lumbar puncture, pediatric intravenous access, simple fracture reduction, and arthrocentesis. Such urban-based programs



likely need to introduce procedural skills formally into the residency curriculum.

If an appropriate routine skill set exists for family physicians, it makes sense that its breadth will expand as one moves farther afield. The scope of an expanded procedural skill set broadens with increased distance from a referral centre, often to include cesarean sections, orthopedic reductions, psychotherapy, chemotherapy, and other enhanced emergency, surgical, and obstetrical skills.

Specialty training programs often feel a sense of ownership over given procedures. The more involved the procedure, the more ownership felt by specialty services. Who will decide what skills are appropriate and how will the appropriate training be accessed? If one is still in a residency program and the community-required skill is identified, existing programs might require only flexibility and cooperation to give access to the required training. More often, physicians are made aware of a given procedural need after they arrive in the community.

Experienced community practitioners need access to appropriate retraining to deliver safe and cost-effective services that their communities require. Returning for new skill acquisition entails suffering an income loss and might require the support of their communities and a

flexible, learner-based setting. Several provinces have instituted programs that subsidize learner-driven "clinical traineeships." Re-entry positions for full specialty training for experienced family practitioners are all but extinct. Designated 1-year traineeships in specified areas occasionally become available (there were 10 in Ontario last year), but this is often more than experienced physicians need or takes more time than they can afford away from family and practice.

### **Remote communities need access to services**

Communities themselves have an interest in securing access to necessary procedures.<sup>3</sup> Rural physicians and their communities have found ways to deliver safe, convenient access to required services when faced with shortfalls or local needs. Twenty-five percent of the Canadian population live in communities under 10000 population and these communities are home to less than 4% of our country's specialists.<sup>4</sup>

The need for skilled family physicians to access the training they need<sup>5,6</sup> to meet local needs and to provide high-quality health care clearly exists. The question is who will work in partnership to ensure these needs are met?

Family medicine residency programs<sup>7</sup> often have difficulty getting some skills passed on to their residents. There is resistance to prying some of the skills required for rural practice away from their typical setting in a 6-year specialty residency program. Academic programs might be at a real disadvantage to decide on such issues.<sup>8,9</sup> They might be unfamiliar<sup>10</sup> with what community services are now provided in many areas of the country. Evaluation is always a concern. Concerns about it and quality assurance are real roadblocks that

## EDITORIALS

.....

reinforce the mind-set that specific procedures are the sole property of an indivisible set of specialty skills.<sup>11</sup>

### Deciding who does what

What is the community's role? Can local medical communities decide who is most capable of performing a given skill and even what skills make the most sense in that setting? The local hospital medical advisory committee is the arbiter of granting privileges for skill performance, which are then decided on finally by the community-representative hospital board. I suggest that this is the proper seat of control for deciding<sup>12</sup> who does what, with what training behind them. The hospital board and medical advisory committee have access to professional and society standards and guidelines to inform them, when required.

The College of Family Physicians of Canada, the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, and the Society of Rural Physicians of Canada<sup>13</sup> have begun to acknowledge that some of the reservations about rural obstetrics might not hold water. For example, communities that have delivered babies safely for decades without cesarean section coverage now see organizational support for what they already know is good and necessary practice.

We need to accept the expanded role that rural general practitioners play and to support a generalist practice style in urban centres. These are necessary attributes for a healthy medical culture and will allow us to provide safe, high-quality, and cost-effective medical care in the coming decades. It is a good time for creative solutions to access procedural skills for family physicians, within and beyond residency programs. We need to recognize what procedures are practised by skilled family physicians across the country and to keep these services alive and well in the coming years. ♦

*Dr Kelly practises family medicine in Sioux Lookout, Ont.*

*Correspondence to: Dr L. Kelly, PO Box 489, Sioux Lookout, ON P8T 1A8*

### References

1. Dixon-Warren N. Competency scores of common procedural skills as self-reported by graduating family medicine residents in Ontario. *North Ontario Medical Program News* 1997;Dec:3.
2. Whiteside C, Mathias R. Training for rural practice. Are the graduates of a UBC program well prepared? *Can Fam Physician* 1996;42:1113-21.
3. Murray TJ. Medical education and society. *Can Med Assoc J* 1995;153(10):1433-6.
4. Canadian Medical Association. *Report of the Advisory Panel on the Provision of Medical Services in Underserved Regions*. Ottawa: Canadian Medical Association; 1992.
5. World Organisation of Family Doctors. *Policy on training for rural practice*. Hong Kong: WONCA; 1995.
6. Rourke J. *Postgraduate training for rural general/family practice*, pl 51-164. *Education for rural medical practice: goals and opportunities*. An Annotated Bibliography. Moe, Aust: Australian Rural Health Research Institute; 1995.
7. Carter R. Training for rural practice: what's needed? *Can Fam Physician* 1987;33:1713-5.
8. Chouinard A. Family medicine departments not doing their job, rural MD asserts. *Can Med Assoc J* 1989;140:314-5.
9. Ellis CG. Training surgeons for Africa. *S Afr Med J* 1988;73:574.
10. Vaneslow NA. Medical education and rural health crisis: a personal perspective from experience in five states. *Acad Med* 1990;65(Suppl 3):S27-S31.
11. Kruse J, Phillips DM, Wesley R. A comparison of the attitudes of obstetricians and family physicians toward obstetrical practice, training, and hospital privileges of family physicians. *Fam Med* 1990;22(3):219-25.
12. Hays RB. Clinical privileges for rural general practitioners. *Aust J Rural Health* 1997; 5(2):94-7.
13. Joint Working Group of the Society of Rural Physicians of Canada, the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, and the College of Family Physicians of Canada. Joint policy statement: rural obstetrics, SRP Shawville QC, 1998. *Can J Rural Med*. In press 1998.

## Well-baby care in the new millennium

### *Evidence-based care and the new Rourke Baby Record*

Susan Gundrum, BSCN, MD, CCFP

I love family medicine. Like every profession, however, there are aspects of daily life that are particularly onerous: charts piling perilously high on my desk, the telephone constantly ringing, and the "please return call" notes staring at me. I bustle from room to room, never having the time to complete my records until the end of the day.

I worry that I have failed to elicit important details of history and physical examination. Preventive care measures might not be addressed consistently. For practitioners like me, the Rourke Baby Record alleviates these concerns by providing a tool for assessing, recording, and promoting the health of young children.

The Rourke Baby Record was initially developed by Drs James and Leslie Rourke to use in their private practice, which they established in 1979. One of their initial challenges was developing medical records from scratch. Their baby record was the most successful tool and was soon used enthusiastically by locum tenens and colleagues. The Rourkes published their baby record in 1985<sup>1</sup> and updated it in 1994.<sup>2</sup> This month we view the new format (page 558), which includes evidence-based recommendations for preventive care for infants and young children.

### Familiar to family physicians

The Rourke Baby Record is familiar to many family physicians. McNeil Consumer Products note that, in the last 10 years alone, more than 1000 physicians and clinics have

# ÉDITORIAUX

## Les compétences chirurgicales des médecins de famille

*Les médecins de famille sont-ils à la hauteur ?*

Len Kelly, BSc, MD, CCFP

Le numéro de ce mois-ci traite des interventions réalisées par les médecins de famille, y compris la chirurgie. Deux articles portent sur les cabinets des médecins de famille d'aujourd'hui, en milieu urbain et rural, qui offrent, en toute sécurité, des services de chirurgie.

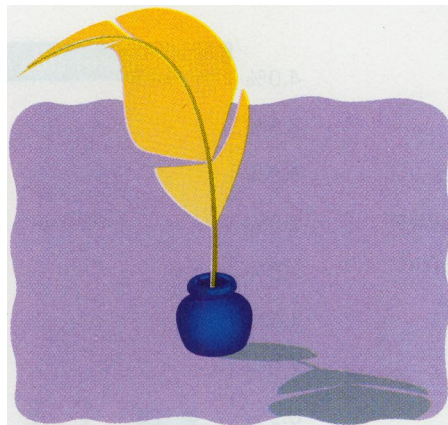
Reynolds (page 552) documente l'augmentation des vasectomies dans son cabinet à la suite de l'introduction des vasectomies sans bistouri. Il traite de son expérience de ce type d'intervention ainsi que de la formation offerte à ses collègues médecins de famille. Il propose aussi divers points à examiner à cet égard.

Wetmore et ses collègues (page 521) font état d'un accroissement du nombre des interventions dans le cadre d'un mode de pratique généraliste et polyvalente qui (pour certains) était fonction de l'endroit où ils exerçaient.

### Des services sûrs et pratiques

Que réserve l'avenir à un tel mode de pratique généraliste ? Ces études soulèvent la question de l'accès des patients, en milieu urbain et rural, à des services de chirurgie sûrs et pratiques offerts par les médecins de famille.

Les données révèlent que les médecins de famille nouvellement diplômés



ne se sentent pas toujours compétents pour effectuer les interventions courantes. Deux enquêtes récentes, l'une réalisée en Ontario<sup>1</sup> et l'autre en Colombie-Britannique,<sup>2</sup> montrent que les programmes réalisés en milieu rural ont du succès tandis que les programmes de médecine familiale plus traditionnels font état de niveaux de compétence moins élevés lors de l'auto-évaluation des interventions courantes telles que les ponctions lombaires, l'accès intraveineux pédiatrique, la réduction des fractures simples et l'arthrocentèse. De tels programmes en milieu urbain devraient probablement intégrer officiellement les techniques de chirurgie au programme d'études.

S'il existe un ensemble de compétences courantes pour les médecins de famille, il va de soi que ces compétences doivent être plus diversifiées à mesure qu'on s'éloigne des grands centres. Plus on est loin du centre de référence, plus il faut posséder une variété de compétences ; celles-ci devront souvent comprendre les césariennes, la réduction des fractures, la psychothérapie, la chimiothérapie et des compétences accrues en médecine d'urgence, en chirurgie et en obstétrique.

Les responsables des programmes de formation spécialisée estiment souvent que certaines interventions leur

appartiennent en propre. Plus l'intervention est complexe, plus ce sentiment de propriété est fort. Qui déterminera les compétences pertinentes et comment pourra-t-on avoir accès à la formation nécessaire ? Si la personne n'a pas terminé son programme de résidence et que l'on peut déterminer quelles sont les compétences nécessaires pour exercer dans tel milieu, les programmes en place pourraient permettre d'offrir la formation nécessaire, pourvu qu'on fasse preuve d'un peu de flexibilité et de coopération. Mais plus souvent qu'autrement, les médecins prennent conscience du besoin de réaliser certaines interventions une fois installés dans le milieu.

Les praticiens chevronnés de la médecine communautaire doivent avoir accès à une formation adéquate pour offrir les services sûrs et rentables qu'exige la collectivité. Pour suivre la formation nécessaire à l'acquisition de nouvelles compétences, il faut accepter de subir une perte de revenu ; cette démarche peut aussi exiger le soutien de la collectivité ainsi qu'un milieu souple, axé sur l'apprenant. Plusieurs provinces ont créé des programmes qui subventionnent des « stages cliniques » fondés sur les besoins de l'apprenant. Il n'existe plus, à toutes fins utiles, de postes de réintégration en vue d'une formation spécialisée complète pour les médecins de famille d'expérience. On offre, à l'occasion, des stages d'une année dans des domaines bien définis (on en dénombrait 10 en Ontario l'année dernière), mais les médecins d'expérience n'ont pas toujours besoin d'une formation aussi poussée ou ne peuvent quitter leur famille et leur pratique durant une aussi longue période.

## Les collectivités éloignées doivent avoir accès à des services

Les collectivités elles-mêmes ont intérêt à se garantir un accès aux interventions nécessaires.<sup>3</sup> Les médecins qui exercent en milieu rural et leur clientèle ont trouvé le moyen d'offrir un accès sûr et pratique aux services nécessaires pour répondre aux besoins du milieu ou combler les lacunes des services. Vingt-cinq pour cent de la population canadienne habite dans des collectivités de moins de 10 000 habitants où exercent moins de 4 % des spécialistes du pays.<sup>4</sup>

Il existe un besoin manifeste de former<sup>5,6</sup> des médecins de famille compétents pour répondre aux besoins du milieu et offrir des soins de santé de qualité. Il s'agit de savoir qui se concurrencera pour veiller à ce qu'on réponde à ces besoins.

Les programmes de résidence en médecine familiale<sup>7</sup> ont souvent de la difficulté à faire enseigner certaines techniques à leurs résidents. On se heurte souvent à une certaine résistance lorsqu'on veut arracher les compétences nécessaires à l'exercice en milieu rural à leur contexte habituel, soit le programme de spécialisation de six ans. Il se peut que les responsables des programmes universitaires soient mal placés pour prendre des décisions sur de telles questions.<sup>8,9</sup> Ils connaissent peut-être mal<sup>10</sup> les services communautaires offerts actuellement dans de nombreuses régions du pays. L'évaluation pose toujours problème. Les préoccupations qu'elle soulève et que soulève aussi l'assurance de la qualité sont de réels obstacles qui renforcent les mentalités voulant que certaines interventions appartiennent exclusivement à un ensemble indivisible de compétences spécialisées.<sup>11</sup>

## Déterminer qui fait quoi

Quel est le rôle de la collectivité ? Le milieu médical local peut-il déterminer qui est le plus apte à réaliser telle ou telle intervention et même à quelles compétences il faut faire appel dans ce contexte précis ? Le comité consultatif

médical de l'hôpital local octroie les privilèges pour l'exercice des compétences tandis que la décision finale revient aux représentants de la collectivité qui siègent au conseil d'administration de l'hôpital. À mon avis, il s'agit là du lieu propice où déterminer<sup>12</sup> qui fait quoi, et avec quelle formation. Le conseil d'administration de l'hôpital et le comité consultatif médical ont accès aux normes et aux lignes directrices de la profession et de la société pour les éclairer, au besoin.

Le Collège des médecins de famille du Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et la Society of Rural Physicians of Canada<sup>13</sup> ont commencé à admettre que certaines des réserves au sujet de l'obstétrique en milieu rural pourraient être sans fondement. Par exemple, les collectivités qui ont accouché des bébés en toute sécurité durant des décennies sans possibilité de pratiquer des césariennes se voient maintenant offrir un soutien organisationnel pour ce qu'elles savent déjà être une pratique bonne et nécessaire.

Il nous faut accepter le rôle élargi que jouent les omnipraticiens en milieu rural et favoriser un mode de pratique généraliste en milieu urbain. Ce sont là les attributs nécessaires d'une saine culture médicale, qui nous permettront d'offrir des soins médicaux sûrs, de qualité et rentables au cours des prochaines décennies. Le moment est bien choisi pour adopter des solutions créatrices en vue de permettre aux médecins de famille d'avoir accès à des compétences spécialisées dans le cadre des programmes de résidence et à l'extérieur. Il nous faut reconnaître les interventions pratiquées par des médecins de famille compétents partout au pays et prendre les moyens pour que ces médecins puissent continuer d'offrir ces services sans entrave au cours des années à venir. ♣

*Le Docteur Kelly exerce la médecine familiale à Sioux Lookout, Ontario*

**Correspondance à :** Docteur L. Kelly, C.P. 489, Sioux Lookout, ON P8T 1A8

## Références

1. Dixon-Warren N. Competency scores of common procedural skills as self-reported by graduating family medicine residents in Ontario. *North Ontario Medical Program News* 1997;Dec:3.
2. Whiteside C, Mathias R. Training for rural practice. Are the graduates of a UBC program well prepared? *Can Fam Physician* 1996;42:1113-21.
3. Murray TJ. Medical education and society. *Can Med Assoc J* 1995;153(10):1433-6.
4. Canadian Medical Association. *Report of the Advisory Panel on the Provision of Medical Services in Underserved Regions*. Ottawa: Canadian Medical Association; 1992.
5. Organisation mondiale des médecins de famille, *Policy on training for rural practice*. Hong Kong: WONCA; 1995.
6. Rourke J. *Postgraduate training for rural general/family practice, pl 51-164. Education for rural medical practice: goals and opportunities*. An Annotated Bibliography. Moe, Aust: Australian Rural Health Research Institute; 1995.
7. Carter R. Training for rural practice: what's needed? *Can Fam Physician* 1987;33:1713-5.
8. Chouinard A. Family medicine departments not doing their job, rural MD asserts. *Can Med Assoc J* 1989;140:314-5.
9. Ellis CG. Training surgeons for Africa. *S Afr Med J* 1988;73:574.
10. Vaneslow NA. Medical education and rural health crisis: a personal perspective from experience in five states. *Acad Med* 1990; 65(Suppl 3):S27-S31.
11. Kruse J, Phillips DM, Wesley R. A comparison of the attitudes of obstetricians and family physicians toward obstetrical practice, training, and hospital privileges of family physicians. *Fam Med* 1990;22(3):219-25.
12. Hays RB. Clinical privileges for rural general practitioners. *Aust J Rural Health* 1997; 5(2):94-7.
13. Joint Working Group of the Society of Rural Physicians of Canada, the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, and the College of Family Physicians of Canada. Joint policy statement: rural obstetrics, SRP Shawville QC, 1998. *Can J Rural Med.*, à paraître en 1998.