

Family medicine and psychiatry

Opportunities for sharing mental health care

Nick Kates, MB, BS, FRCPC Marilyn Craven, MD, CCFP, PHD

A family physician's office is frequently the point of entry into a community's mental health system and often the only contact. Most people with mental health problems receive care only from their family physicians,¹ a situation often reinforced by lengthy waiting times for psychiatric services.

Indeed, difficulties in accessing mental health services and navigating complex referral procedures are a source of frustration for family physicians in many communities. These difficulties, however, often reflect wider problems in coordination of primary care and mental health services.² These problems can include poor communication, lack of personal contacts among practitioners from different disciplines, difficulties in obtaining "informal" advice about cases, delays in sending consultation or discharge information to referral sources, and perceptions that family physicians are unwilling to take on complicated cases. All of these can create distrust and lack of respect between providers who should be natural partners in delivering mental health care.

Strengthening connections

All of this points to the importance of strengthening links between the two sectors to overcome these problems. New models of collaboration that support and enhance the role of family physicians as primary providers of mental health care, while increasing access to advice and treatment, are required.

Implementing such models successfully could have three further benefits. Results from household surveys in Edmonton, Alta, and Ontario found that as many as 70% of people with psychiatric disorders receive no mental health care at all over the course of a year.¹ While traditional models of delivering mental health services have failed to meet the needs of this population, more than 80% will visit their family physicians over the course of the year. This suggests that family physicians' offices might be the only place to detect and initiate treatment for these problems.

The second benefit of collaboration would be more effective treatment for those mental health problems, predominantly depression and anxiety, that accompany many medical disorders. The presence, effect, and consequences of these problems are often underappreciated. To cite just one example, the mortality rate in the 6 months following a myocardial infarction is approximately five times higher for people who are depressed than for people who are not.³ Few of these people receive any specialized mental health counseling but see their family physicians regularly. Again, a family physician's office might be the optimal place for detecting and initiating treatment for these problems.

More effective treatment of comorbid depression leads to a third benefit: reduction in health care costs, as untreated comorbid depression or anxiety can increase the cost of treating general medical disorders. Other cost savings from detecting and initiating early treatment of mental illness include more effective use of medications and more efficient use of specialized services.

Health system restructuring

Two other factors are also driving the need for new models to improve relationships between the two specialties. The first is health system restructuring, currently taking place in most Canadian provinces. Restructuring has led to a shift in resources from hospitals to community services, with increased expectations of the levels of care to be delivered by family physicians. One of the challenges is to establish new partnerships between primary care and specialty providers, with specialists moving out of hospitals and working more closely in primary care settings. Psychiatry offers a model of how new partnerships can be established.

The second factor is primary care reform, the goals of which are consistent with those of restructuring: strengthening the role of primary care and integrating a broader range of services,

including mental health services, within primary care settings.⁴

The importance of improving the relationship between psychiatrists and family physicians has been recognized by the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. The two organizations established a task force to prepare a position paper on Shared Mental Health Care in Canada,⁵ and then formed a working group to implement the recommendations of this report and facilitate further collaboration between the two disciplines. This group has identified three broad approaches that can lead to new partnerships and more collaborative relationships: increase family physicians' skills and comfort in handling mental health problems, strengthen links between primary care and mental health services, and integrate mental health care providers in primary care settings.

Across Canada, more and more examples of these new models of care are appearing. While some are on larger scales, such as the programs in Hamilton, Ont; Halifax, NS; and Calgary, Alta, that integrate counselors and psychiatrists in primary care settings,⁶ most are on much smaller scales. These might aim to improve the exchange of information between sectors; to create opportunities for mental health and primary care workers to discuss cases or participate in educational events; to provide educational materials for family physicians in relevant and innovative formats; or to integrate these concepts, skills, and attitudes while training future practitioners.

Importance of training

Despite the variety of topics covered, the papers in this issue of *Canadian Family Physician* reflect these aims. The paper by Bethune and colleagues (page 2636) describes a residency training program that identifies the importance of providing relevant training for family physicians according to the nature of practice into which they will be entering. They report on resident confidence in dealing with mental health issues after graduating from a program that provides mental health training exclusively by psychologists and family physicians. As might be expected, the program's emphasis on counseling skills for "real life" issues, such as violence, abuse, death, and dying, was highly valued by residents in contrast with programs that focus on diagnoses and their treatments from the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.

The authors focus on developing the skills and knowledge required by family physicians working in rural settings, often with little access to psychiatry. While this makes sense at first glance, an alternative training paradigm might train family medicine residents in rural communities with few psychiatric resources to explore different models for working collaboratively with psychiatrists. Teleconferencing, telemedicine, periodic consultation visits sponsored by an academic health centre or a general hospital, and use of the Internet and cellular telephones are new options for underserved and rural communities wishing to develop links with psychiatrists. Despite problems some programs face in finding psychiatrists willing to participate in resident training, it remains important that family medicine residents be exposed to psychiatrists and psychiatry residents during their training to improve communication, understand what each specialty has to offer, and facilitate development of postresidency professional relationships.

Interestingly, two other papers in this issue (Berber, page 2663 and Links et al, page 2656) are written by psychiatrists. Each article addresses an important and challenging issue for family physicians and presents a thorough review of the current state of knowledge and possible implications for primary care. These papers highlight both the strengths and shortcomings of the current system. On one hand, psychiatrists recognize the importance of making data on mental health problems and their management available for family physicians in the most relevant and accessible manner. Psychiatrists also recognize that there are differences in the spectrum of problems seen by psychiatrists and family physicians and in the way mental health problems can present in primary care.

This kind of information might be more helpful if family physicians have good working relationships with psychiatric colleagues, to discuss the findings of the paper and look at their implications for specific clinical situations. In managing suicidal patients, for example, risk-reduction strategies from family physicians are more likely to be effective if support and advice from a psychiatrist or an emergency psychiatric assessment is available. This can make it easier for family physicians to handle suicidal patients and apply the concepts outlined by Links and colleagues, especially if the psychiatrist continues to be available as a consultant and if responsibilities for care remain "shared."

Stronger personal contacts

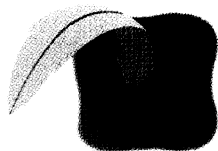
The key to successful collaboration between mental health and primary care providers is stronger personal contacts. The more providers from different disciplines get to know each other and discuss clinical issues, participate in educational events, exchange ideas on ways in which programs could be developed, and explore possibilities for collaborative research, the closer we will be to creating the new kinds of partnerships on which shared care can be based. ♣

Dr Kates is a Professor and Dr Craven is an Associate Clinical Professor in the Department of Psychiatry and Behavioural Neuroscience at McMaster University in Hamilton, Ont.

Correspondence to: Dr Nick Kates, Hamilton-Wentworth HSO Mental Health Program, 40 Forest Ave, Hamilton ON L8N 1X1; telephone (905) 521-6133; fax (905) 521-6107; e-mail nkates@fhs.mcmaster.ca

References

1. Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Can J Psychiatry* 1996;41:572-7.
2. Craven M, Cohen M, Campbell D, Williams J, Kates N. Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *Can J Psychiatry* 1997;42:943-9.
3. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999-1005.
4. Health Canada. *Reform of Canada's Primary Care System. Statement by Canada's Deputy Ministers of Health.* Ottawa, Ont: Health Canada, 1995.
5. Kates N, Craven M, Bishop J, Clinton T, Kraftcheck D, LeClair K, et al. *Shared mental health care in Canada.* Ottawa, Ont: Canadian Psychiatric Association; 1997.
6. Kates N, Craven M, Crustolo A, Nikolaou L. Integrating mental health services into the family physicians office: a Canadian Program. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:324-32.



Ethical considerations in sharing personal information on computer data sets

Albert J. Kirshen, MD, MSC, FRCPC Caroline Ho

Do you want your town clerk to know you had your nose fixed when she makes up your tax bill? Do you know how many institutions might already have your personal information without your knowledge? Governments, banks, and medical institutions, among others, are collecting personal information at an amazing rate. In order to deal efficiently with the enormous amount of data collected, large administrative data sets have been created.

Collecting and managing these data have been facilitated by the development of computer systems. Medical researchers have used the information for epidemiologic research¹ and for policy and program evaluation.^{2,3} This widespread sharing and dissemination of personal information, while essential for research, raises ethical issues.

Databases contain private information about individuals. Autonomy becomes an important ethical concern in protecting our privacy rights. Informed consent is the means of exercising these rights. Society's right to use this information clashes with our autonomy. We explore the ethical issues involved in acquiring and storing personal information and in using secondary data sets.

Autonomy and informed consent

The Nuremberg trials raised the recognition and protection of autonomy and informed consent to previously unheard of levels. As a result these principles have become crucial in acquiring personal data. When you, as a patient, provide a health professional with personal information, you consent to its current use for the purposes of care and its subsequent use in assessing care received by the population. You are exercising your personal autonomy over information because you have control over who you allow to receive that information. Or do you? Have you really received enough information to give informed consent?

We can define autonomy as an individual's right to control his or her own person "free from both controlling interferences by others and personal limitations, such as inadequate understanding, that prevent meaningful choice."⁴ Thus, the autonomous person who gives information to a health professional is presumably acting in accordance with a freely chosen and informed plan. If an individual is unaware that this same information might be used for research at a later



La médecine familiale et la psychiatrie

Des possibilités de soins partagés en santé mentale

Nick Kates, MB, BS, FRCPC Marilyn Craven, MD, CCFP, PHD

Le cabinet du médecin de famille représente fréquemment le premier point de contact avec le régime communautaire des soins de santé mentale et souvent aussi, le seul et unique. La majorité des gens qui souffrent de problèmes mentaux ne reçoivent des soins que de leur médecin de famille¹, une situation que viennent exacerber les longues périodes d'attente avant d'avoir accès aux services psychiatriques.

De fait, dans de nombreuses collectivités, les problèmes d'accès aux services de santé mentale et le dédale des procédures complexes d'aiguillage sont une source de frustration chez les médecins de famille. Par ailleurs, ces difficultés sont souvent le reflet de problèmes plus généralisés dans la coordination des soins de première ligne et des services de santé mentale². Au nombre de ces problèmes figurent le manque de communication et de rapports entre les praticiens de disciplines différentes, les difficultés d'obtenir des conseils « informels » concernant des cas, les délais avant d'avoir une consultation ou de transmettre les renseignements aux consultants, et la perception que les médecins de famille ne sont pas enclins à prendre en charge les cas compliqués. Tous ces facteurs peuvent se traduire par une méfiance et un manque de respect entre des soignants qui devraient être des partenaires naturels dans la prestation des soins de santé mentale.

Le resserrement des liens

Cette situation fait valoir l'importance de resserrer les liens entre ces deux secteurs pour surmonter les problèmes. Il est nécessaire d'élaborer de nouveaux modèles de collaboration qui appuient et valorisent le rôle des médecins de famille comme premiers dispensateurs de soins de santé mentale, tout en accroissant l'accès aux conseils et aux thérapies.

Le succès dans la mise en œuvre de tels modèles pourrait engendrer trois autres avantages. Les résultats de sondages auprès de ménages à Edmonton, en Alberta, et en Ontario signalaient qu'une proportion aussi élevée que

70% des personnes souffrant de troubles psychiatriques n'avaient reçu aucun soin en santé mentale durant toute une année¹. Par contre, si les modèles traditionnels de prestation des soins de santé mentale n'ont pas réussi à répondre aux besoins de cette population en particulier, plus de 80% de ces personnes se rendent au cabinet de leur médecin de famille durant l'année. Ceci laisse entendre que les cabinets de médecin de famille pourraient être les seuls endroits pour dépister de tels problèmes et initier leur traitement.

Le deuxième bénéfice d'une étroite collaboration serait une thérapie plus efficace pour les problèmes de santé mentale, majoritairement des dépressions et de l'anxiété, qui accompagnent plusieurs affections médicales. On sous-estime souvent la présence, l'effet et les conséquences de tels problèmes. Pour n'en citer qu'un exemple, le taux de mortalité dans les six mois suivant un infarctus du myocarde est environ cinq fois plus élevé chez les personnes déprimées que chez celles qui ne le sont pas³. Rares sont les personnes qui reçoivent un counseling spécialisé en santé mentale, mais la majorité consultent régulièrement leur médecin de famille. Une fois de plus, tout pointe vers les cabinets de médecins de famille comme lieu privilégié pour la détection de ces problèmes et l'amorce d'une thérapie.

Un traitement plus efficace d'une dépression concomitante entraîne un troisième avantage: la réduction des coûts des soins de santé, puisqu'une dépression ou une anxiété concomitante à une autre affection laissée sans traitement peut augmenter le coût du traitement des problèmes médicaux généraux. Au nombre des autres économies de coûts issues du dépistage précoce de la maladie mentale et de l'amorce de son traitement figurent une utilisation plus efficace de la médication et un recours plus efficient aux services spécialisés.

La restructuration du régime de la santé

Deux autres facteurs viennent alimenter la nécessité de nouveaux modèles visant à améliorer les

relations entre les deux spécialités. Le premier se situe dans la restructuration du régime de la santé qui se déroule actuellement dans la majorité des provinces canadiennes. La restructuration s'est traduite par une réorientation des ressources, les faisant passer des hôpitaux aux services communautaires, dont s'ensuivent des attentes accrues à l'égard du niveau de soins dispensés par les médecins de famille. Parmi les défis vient celui d'établir de nouveaux partenariats entre les dispensateurs de soins de première ligne et de soins spécialisés, les spécialistes s'éloignant des hôpitaux pour se rapprocher davantage des milieux communautaires de soins de première ligne. La psychiatrie procure un bon exemple de la façon dont de nouveaux partenariats peuvent être édifiés.

Le deuxième facteur est la réforme des soins de première ligne, dont les objectifs se conforment à ceux de la restructuration: le renforcement du rôle des soins de première ligne et l'intégration d'un vaste éventail de services, notamment les services de santé mentale, dans les milieux de soins de première ligne⁴.

Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des psychiatres du Canada ont reconnu l'importance d'améliorer la relation entre les psychiatres et les médecins de famille. Les deux organisations ont mis sur pied une équipe mandatée pour préparer une déclaration de principes sur les Soins de santé mentale partagés au Canada⁵, ainsi qu'un groupe de travail pour mettre en œuvre les recommandations du rapport et faciliter une collaboration plus étroite entre les deux disciplines. Ce groupe a identifié trois approches générales qui peuvent se traduire par de nouveaux partenariats et des relations plus coopératives: accroître les compétences et l'aisance des médecins de famille dans la prise en charge des problèmes de santé mentale, renforcer les liens entre les services de première ligne et ceux de santé mentale, et intégrer les dispensateurs de soins de santé mentale aux milieux de soins de première ligne.

Dans toutes les régions du Canada apparaissent de plus en plus d'exemples de tels nouveaux modèles de soins. Si certains procèdent à une large échelle, comme les programmes à Hamilton, en Ontario, à Halifax, en Nouvelle-Écosse, et à Calgary, en Alberta, qui intègrent les conseillers et les psychiatres dans les milieux de première ligne⁶, la majorité des autres se déroulent dans un contexte plus restreint. Ces derniers ont pour but d'améliorer le partage d'information entre les secteurs; de créer des possibilités pour les

professionnels de la santé mentale et des soins de première ligne; de discuter de cas ou de participer à des activités éducatives; de fournir du matériel éducatif aux médecins de famille présenté de manière pertinente et innovatrice; ou encore d'intégrer les concepts, les habiletés et les attitudes nécessaires dans la formation aux futurs praticiens.

L'importance de la formation

Même si les articles présentés dans le présent numéro du *Médecin de famille canadien* portent sur des sujets variés, ils reflètent tous ces objectifs. L'article par Bethune et ses collègues (page 2636) décrit un programme de formation postdoctorale qui insiste sur l'importance de dispenser une formation pertinente aux médecins de famille en fonction de la nature de l'exercice pour lequel ils se destinent. Les auteurs signalent la confiance manifestée par les résidents dans la prise en charge des problèmes de santé mentale une fois diplômés d'un programme dans lequel la formation en santé mentale est dispensée exclusivement par des psychologues et des médecins de famille. Comme on pouvait s'y attendre, le programme met l'accent sur des compétences en counseling dans le cas de problèmes de la «vraie vie», comme la violence, la toxicomanie, la mort et la phase terminale. Les résidents l'ont trouvé extrêmement utile en comparaison de programmes qui se concentrent sur le diagnostic et le traitement des problèmes fondés sur la 4^e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Les auteurs insistent sur le perfectionnement des habiletés et des connaissances requises par les médecins de famille qui travaillent en milieu rural, où l'accès aux services psychiatriques est souvent difficile. Si cette approche est logique à première vue, un autre paradigme de la formation pourrait être de former les résidents en médecine familiale dans les collectivités où les ressources psychiatriques sont rares à explorer différents modèles de travail en collaboration avec les psychiatres. La téléconférence, la télémédecine, des visites de consultation périodiques parrainées par un centre de santé universitaire ou un hôpital général, ou encore le recours à Internet et aux téléphones cellulaires représentent de nouvelles options pour les collectivités rurales et éloignées qui désirent établir des liens avec les psychiatres. En dépit des problèmes qu'éprouvent certains programmes à trouver des psychiatres disposés à participer à la formation des résidents, il reste

important que les résidents en médecine familiale aient des contacts avec des psychiatres et des résidents en psychiatrie pendant leur formation. Ces rapports permettent d'améliorer la communication et de comprendre réciproquement ce que chaque spécialité a à apporter, et facilitent les relations professionnelles une fois la résidence achevée.

Il est intéressant de constater que deux autres articles dans le présent numéro (Berber, page 2663 et Links et collègues, page 2656) sont rédigés par des psychiatres. Chaque ouvrage se penche sur des enjeux importants et remplis de défis pour les médecins de famille, et présente une étude approfondie de l'état actuel du savoir et de ses répercussions éventuelles sur les soins de première ligne. Les articles font ressortir à la fois les forces et les lacunes du régime actuel. D'une part, les psychiatres reconnaissent l'importance de rendre accessible aux médecins de famille l'information sur les problèmes de santé mentale de la façon la plus pertinente et pratique possible. Les psychiatres reconnaissent aussi les distinctions qui existent dans l'éventail des problèmes que voient les psychiatres et les médecins de famille, et dans la façon dont les problèmes de santé mentale se présentent dans le contexte des soins de première ligne.

Ce genre de renseignements se révélerait encore plus utile si les médecins de famille entretenaient de bons rapports professionnels avec leurs collègues psychiatres et s'ils discutaient des conclusions de l'article pour examiner leurs répercussions dans des situations cliniques précises. Dans la prise en charge des patients suicidaires, par exemple, les stratégies pour réduire le risque adoptées par les médecins de famille sont davantage susceptibles d'être efficaces lorsqu'ils ont accès au soutien et aux conseils d'un psychiatre ou si une évaluation psychiatrique d'urgence leur est accessible. Il serait ainsi plus facile pour les médecins de famille de prendre en charge les patients suicidaires et de mettre en pratique les concepts relevés par Links et ses collègues, en particulier lorsque le psychiatre continue d'être disponible pour des consultations et si la responsabilité des soins demeure « partagée ».

Des rapports personnels plus étroits

La réussite de la collaboration entre les dispensateurs de soins de santé mentale et de soins de première ligne est tributaire de rapports personnels plus étroits. Plus il y aura de soignants de différentes disciplines qui apprennent à se connaître et

discutent de problèmes cliniques, participent à des activités éducatives, partagent des idées sur la façon d'élaborer des programmes et explorent des possibilités de recherche en collaboration, plus solides seront les nouveaux genres de partenariats sur lesquels fonder les soins partagés. ♣

D^r Kates est professeur et D^r Craven est professeure clinique agrégée au Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales de la McMaster University à Hamilton, en Ontario.

Correspondance à: D^r Nick Kates, Hamilton-Wentworth HSO Mental Health Program, 40 Forest Ave, Hamilton Ontario L8N 1X1; téléphone (905) 521-6133; télécopieur (905) 521-6107; courriel nkates@fhs.mcmaster.ca

Références

1. Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Can J Psychiatry* 1996;41:572-7.
2. Craven M, Cohen M, Campbell D, Williams J, Kates N. Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *Can J Psychiatry* 1997;42:943-9.
3. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999-1005.
4. Santé Canada. *Reform of Canada's Primary Care System. Statement by Canada's Deputy Ministers of Health.* Ottawa, Ont: Santé Canada, 1995.
5. Kates N, Craven M, Bishop J, Clinton T, Kraftcheck D, LeClair K, et al. *Les soins de santé mentale partagés au Canada.* Ottawa, Ont: L'Association des psychiatres du Canada; 1997.
6. Kates N, Craven M, Crustolo A, Nikolaou L. Integrating mental health services into the family physicians office: a Canadian Program. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:324-32.

...