I am giving up obstetrics

Peter Hutten-Czapski, MD
Scientific editor, CJRM
Haileybury, Ont.

Correspondence to:
Peter Hutten-Czapski;
phc@srpc.ca

We know that rural practice is associated with a significantly broader scope of generalist medicine than urban practice.[1,2] Yet studies show that older rural physicians in Canada[1,2] and other jurisdictions[3,4] tend to reduce their scope of practice. This effect might be particularly true in obstetrics. In a study from rural Idaho, 65% of physicians aged 30–48 years attended vaginal deliveries compared with 39% of older physicians.[3] Despite being a dyed-in-the-wool rural generalist, I struggle with this as well.

Ego is one of those issues that is not often mentioned, but may be important. It is always disappointing when long-time patients choose other providers for care during their pregnancies, and the longer you are in practice the more you will experience this. If you are not valued, then why bother? At our nearest urban referral centre, with competition from other groups, such as obstetrician–gynecologists for high-risk cases and midwives for low-risk cases, there are no longer any births attended by family doctors.

There are system-level reasons why some doctors quit. If you are tied to a community and the local hospital stops providing obstetric care, then you are likely to stop as well. Although I know of hospitals and physicians that have resumed obstetrics, this is uncommon because of a lack of incremental funding to the hospital and retraining challenges for nurses and physicians alike.

You would have to be callous not to be affected by a bad outcome in practice. Certainly, a malpractice claim is associated with physicians leaving that part of practice.[5] Even without a malpractice claim, I know of rural physicians who had an outcome in either the nursery or the delivery suite that directly led them to resign their obstetric privileges.

The economics of obstetrics might be overstated as a reason. That said, obstetrics accounts for substantially less than 5% of my income, and it occupies easily half of my malpractice premiums. Put another way, given that obstetric volumes, if not fixed in rural practice, are not easily mutable, the expense of malpractice premiums can provide a disincentive.

Personally, a core problem has been a decrease in obstetric volumes. Last year I attended 12 deliveries. It is not so much fear of malpractice that is driving me but rather my own decreased confidence in my currency in being able to deal with complicated obstetric care.

I can be somewhat reassured by work showing that, for family physicians, length in practice is positively associated with good obstetric outcomes.[6] Furthermore family physicians have good outcomes regardless of volume.[7] However, providers with lower volumes refer more,[7] and, without ready on-site access to pediatricians and obstetrician–gynecologists, rural doctors cannot fully rely on such fail-safe supports.

Although I have delivered notice of giving up obstetrics, I am still delaying choosing the date. For all the challenges, attending a birth is a privilege and gives boundless joy. I am currently caring for a woman whom I held in my hands as a newborn 27 years ago. That type of continuity is special to me. Her baby is due next May. I will continue practising the full scope of "womb to tomb" medicine until then.

© 2017 Society of Rural Physicians of Canada

REFERENCES

1. Hutten-Czapski P, Pitblado R, Slade S. Short report: scope of family practice in rural and urban settings. *Can Fam Physician* 2004; 50:1548-50.
2. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician* 2010;56:e219-25.
3. Baker E, Schmitz D, Epperly T, et al. Rural Idaho family physicians' scope of practice. *J Rural Health* 2010;26:85-9.
4. Schmitz D, Baker E, MacKenzie L, et al. Assessing Idaho rural family physician scope of practice over time. *J Rural Health* 2015; 31:292-9.
5. Rosenblatt RA, Weitkamp G, Lloyd M, et al. Why do physicians stop practicing obstetrics? The impact of malpractice claims. *Obstet Gynecol* 1990;76:245-50.
6. Kelly A, Klein MC, Kaczorowski J, et al. Does experience or delivery volume of family physicians predict maternal and newborn outcomes? [letter] *CMAJ* 2004;170:446-7.
7. Klein MC, Spence A, Kaczorowski J, et al. Does delivery volume of family physicians predict maternal and newborn outcome? *CMAJ* 2002;166:1257-63.

L'obstétrique? Fini pour moi

Peter Hutten-Czapski, MD
Rédacteur scientifique, JCMR
Haileybury (Ont.)

Correspondance :
Peter Hutten-Czapski;
phc@srpc.ca

Nous savons que le champ d'exercice de la médecine familiale est considérablement plus vaste en milieu rural qu'en milieu urbain[1,2]. Pourtant, des études montrent qu'au Canada[1,2] et ailleurs dans le monde[3,4], les médecins ruraux d'un certain âge tendent à réduire leur champ d'exercice. C'est peut-être particulièrement vrai en obstétrique. Dans une étude réalisée dans l'Idaho rural, 65 % des médecins de 30 à 48 ans ont dit pratiquer des accouchements vaginaux, comparativement à 39 % pour les médecins plus âgés[3]. J'ai beau être un omnipraticien rural convaincu, c'est pour moi aussi un aspect difficile de la pratique.

L'égo est un problème rarement évoqué, mais possiblement important. En effet, c'est toujours dur pour l'égo quand une patiente qu'on suit depuis longtemps se tourne vers un autre fournisseur de soins pendant sa grossesse — les plus chevronnés d'entre nous l'ont vécu plus souvent qu'à leur tour. On se dévoue pour des patientes qui croient trouver mieux ailleurs ... à quoi bon? Au centre régional urbain le plus près de chez moi, la concurrence d'autres groupes, comme les obstétriciens–gynécologues pour les grossesses à risque élevé et les sages-femmes pour les autres, a sorti les médecins de famille des salles d'accouchement.

Les raisons qui poussent des médecins à quitter l'obstétrique sont parfois systémiques. Par exemple, si vous avez tissé des liens serrés avec votre communauté et que l'hôpital de votre région cesse d'offrir des soins obstétricaux, vous allez vraisemblablement devoir lui emboîter le pas. Certes, l'obstétrique est revenue dans certains hôpitaux, et certains médecins ont recommencé à la pratiquer, mais il s'agit de cas d'exception, puisque les hôpitaux ne reçoivent pas de fonds supplémentaires pour ces services et que la mise à jour des connaissances des infirmières et des médecins s'avère particulièrement complexe.

Dans un autre ordre d'idée, comment rester insensible à une issue malheureuse? On ne s'étonnera guère qu'un médecin cesse de pratiquer des accouchements après une plainte pour faute professionnelle[5]. Même sans plainte, j'en connais en milieu rural qui ont connu une issue défavorable dans la pouponnière ou dans la salle d'accouchement qui les a directement menés à renoncer à cette branche de la profession.

Il serait peut-être exagéré de mettre cette situation sur le compte de l'économie de l'obstétrique. Et pourtant, l'obstétrique a beau représenter moins de 5 % de mon

revenu, elle correspond facilement à plus de la moitié de mes primes d'assurance contre la faute professionnelle. Autrement dit, comme le volume de travail en obstétrique en médecine rurale n'est pas fixe, mais qu'il n'est pas facile à changer, le coût des primes d'assurance peut en décourager plus d'un.

Un problème fondamental qui m'a touché personnellement est la diminution du nombre d'accouchements. L'année dernière, j'en ai pratiqué 12. Ce n'est pas tant que je crains les plaintes pour fautes professionnelles, mais plutôt que j'ai de moins en moins confiance en ma capacité de pouvoir prendre en charge un cas compliqué.

La recherche me rassure un peu : une étude a établi une corrélation positive entre le nombre d'années d'expérience d'un médecin de famille et des issues obstétricales favorables[6]. Une autre étude a conclu que les médecins de famille obtiennent de bons résultats, peu importe le volume[7]. Cependant, cette même étude précise que les fournisseurs ayant un volume relativement faible dirigent davantage leurs patientes vers d'autres professionnels[7] et que, sans accès à des pédiatres et à des obstétriciens–gynécologues directement sur place, les médecins ruraux ne peuvent pas compter entièrement sur une telle assistance de secours.

Bien que j'aie déclaré officiellement que je quitterai l'obstétrique, je remets toujours le choix de la date à plus tard. Malgré tous les défis, pratiquer un accouchement est un privilège qui procure une joie indicible. Je m'occupe actuellement d'une femme que j'ai accueillie dans ce monde il y a 27 ans. Ce type de continuité est précieux pour moi. L'accouchement étant prévu pour mai, je continuerai d'exercer la médecine « du berceau à la tombe » au moins jusque-là.

RÉFÉRENCES

1. Hutten-Czapski P, Pitblado R, Slade S. Short report: scope of family practice in rural and urban settings. *Can Fam Physician* 2004; 50:1548-50.
2. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician* 2010;56:e219-25.
3. Baker E, Schmitz D, Epperly T, et al. Rural Idaho family physicians' scope of practice. *J Rural Health* 2010;26:85-9.
4. Schmitz D, Baker E, MacKenzie L, et al. Assessing Idaho rural family physician scope of practice over time. *J Rural Health* 2015; 31:292-9.
5. Rosenblatt RA, Weitkamp G, Lloyd M, et al. Why do physicians stop practicing obstetrics? The impact of malpractice claims. *Obstet Gynecol* 1990;76:245-50.
6. Kelly A, Klein MC, Kaczorowski J, et al. Does experience or delivery volume of family physicians predict maternal and newborn outcomes? [lettre]. *CMAJ* 2004;170:446-7.
7. Klein MC, Spence A, Kaczorowski J, et al. Does delivery volume of family physicians predict maternal and newborn outcome? *CMAJ* 2002;166:1257-63.

Are you a researcher?

Have you an original research paper ready to submit? Send it in!

Have you a research paper archived on your computer waiting for the right time to submit? Dust it off!

Are you in the midst of doing a research paper and looking to have it published? Think *CJRM*!

CJRM welcomes original research submissions with a rural medicine slant, up to 3500 words long and sent in for peer review and potential publication. Check out our Instructions for Authors at srpc.ca.