

Generalism and rural Canada

Keith MacLellan, MD

Shawville, Que.

Correspondence to: Dr. Keith MacLellan, PO Box 609, Shawville QC J0X 2Y0

By all means, if possible, let [the young physician] be a pluralist, and — as he values his future life — let him not get early entangled in the meshes of specialism.[1]

We salute those dedicated practitioners providing surgical services to Canadian rural populations. They are truly the heart of all rural health care, and this issue of the *CJRM* is for them.

Without an operating room (OR) most rural hospitals can offer primary care, basic hospitalizations and triage — important, but inadequate, as laboratory resources crumble, precluding any kind of secondary care. Given Canada's geography, how far then must rural patients travel to get even the most basic of secondary care?

The problem with Canadian rural heath care is that our medical system is squeezing out the generalist — both in family medicine and surgery.

Two characteristics define the rural workforce: 1) community importance in determining needs, and 2) the work of jack-of-all-trades or generalists. This holds true for most of the rural workforce but is quite evident in health care. We see these 2 characteristics in any rural OR — in the broadly trained nurses, the GP-anesthesiologist, the GP-surgeon or the fellowship surgeon with skills in many disciplines.

And what is a generalist? The intellect naturally specializes and, by contrast, the artist within, integrates. The generalist is found somewhere on the spectrum between these 2 poles, the location continually varying. The generalist is best suited to deal with sick humanity while, at the 2 poles, the specialist and the artist serve the medical generalist. This argument is found in reading Osler, who might agree that the hallmark of generalism is one or several "defined competencies." A defined competency is the partial practice of a discipline — "defined" in the sense of being circumscribed but also in the sense of matching a social need; "competency" in the sense of a capable skill set. A defined competency implies the best of what physicians have always done — devoting themselves to healing, responding to social needs, research, teaching, understanding limits and lifelong learning.

Defined competencies link, for example, the fellowship general surgeon pinning hips with a family doctor performing cesarean sections. Ideally, the competency is defined by the needs of the community and supported by the entire medical system. The needs of rural communities are unavoidable. Unfortunately, system support vanishes as differentiation of our medical workforce accelerates. Without validation of defined competencies at all levels of the medical system, especially nationally, the generalist's lot is doomed. Inevitably, rural surgeons are among the most vulnerable.

Rural Canada needs the generalist with defined competencies, constantly fluctuating between the primary, secondary and tertiary levels of care. Those who advocate for tightly compartmentalized levels of secondary care or those who want family medicine to be a primary care specialty are not just denying centuries of careful generalist medical practice, they are abandoning a large part of what defines Canada.

Reference

1. Osler W. Internal medicine as a vocation. *Med News* 1897;71:660.

© 2006 Society of Rural Physicians of Canada



Le généralisme et le Canada rural

Keith MacLellan, MD

Shawville (Que.)

Correspondance : Dr Keith MacLellan, CP 609, Shawville QC J0X 2Y0

Laissons si possible, par tous les moyens, [le jeune médecin] être pluraliste et — comme il attache de la valeur à sa vie future — évitons-lui de se laisser prendre tôt dans les filets de la spécialisation.[1] [Traduction]

Nous saluons les praticiens dévoués qui fournissent des services chirurgicaux aux populations rurales du Canada. Ils sont véritablement le cœur des soins de santé en milieu rural, et ce numéro du *JCMR* leur est dédié.

Sans salle d'opération, la plupart des hôpitaux ruraux peuvent offrir des soins primaires, des services d'hospitalisation et de triage de base — importants, mais inadéquats à mesure que les ressources de laboratoire s'effritent, ce qui empêche d'offrir tout type de soins secondaires. Compte tenu de la géographie du Canada, quelle distance doivent alors parcourir les patients ruraux pour obtenir même les soins secondaires les plus élémentaires?

Le problème des soins de santé en milieu rural au Canada, c'est que notre système médical exclut graduellement le généraliste — tant en médecine familiale qu'en chirurgie.

Deux caractéristiques définissent les effectifs ruraux : 1) l'importance de la communauté dans la détermination des besoins et 2) le travail des polyvalents ou généralistes. Ces caractéristiques s'appliquent à la plupart des travailleurs ruraux, mais elles sont particulièrement évidentes dans le secteur des soins de santé. Nous constatons ces deux caractéristiques dans toute salle d'opération rurale — chez l'infirmière qui a suivi une formation générale, l'omnipraticien anesthésiste, l'omnipraticien chirurgien ou le fellow chirurgien possédant des compétences dans de nombreuses disciplines.

Et qu'est-ce qu'un généraliste? L'intellect tend naturellement à se spécialiser, tandis que notre artiste intérieur, lui, intègre. Le généraliste se trouve quelque part entre ces deux pôles, à un endroit qui change constamment. Le généraliste convient le mieux pour traiter l'humain malade, tandis qu'aux deux pôles, le spécialiste et l'artiste sont au service du généraliste médical. On retrouve cet argument en lisant Osler, qui pourrait reconnaître qu'une ou plusieurs «compétences définies» constituent la marque du généralisme. On entend par compétence définie la pratique partielle d'une discipline — qui est «définie» au sens d'être délimitée mais aussi de son jumelage à un besoin social; «compétence» s'entend d'un ensemble de connaissances spécialisées. Une compétence définie sous-entend le meilleur de ce que les médecins ont toujours fait — se consacrer à leur travail de guérisseur, répondre aux besoins de la société, effectuer de la recherche, enseigner, comprendre des limites et apprendre leur vie durant.

Les compétences définies relient, par exemple, le chirurgien général boursier en recherche qui pratique des arthroplasties de la hanche et le médecin de famille qui effectue des césariennes. Idéalement, la compétence est définie par les besoins de la communauté et appuyée par le système médical dans son ensemble. Les besoins des communautés rurales sont incontournables. L'appui du système disparaît malheureusement à mesure que la différenciation de nos effectifs médicaux s'accélère. Sans validation des compétences définies à tous les paliers du système médical, et en particulier à l'échelle nationale, le généraliste est condamné, et les chirurgiens ruraux sont inévitablement parmi les plus vulnérables.

Le Canada rural a besoin du généraliste qui possède des compétences définies, fluctuant constamment entre les soins primaires, secondaires et tertiaires. Ceux qui préconisent des niveaux de soins secondaires rigoureusement compartimentés ou qui souhaitent que la médecine familiale soit une spécialité des soins primaires ne font pas que nier des siècles de pratique généraliste prudente de la médecine : ils laissent aussi tomber une grande partie de ce qui définit le Canada.

Référence

1. Osler W. Internal medicine as a vocation. *Med News* 1897;71:660.

© 2006 Société de la médecine rural du Canada