

Working to the breadth of our licence

Peter Hutten-Czapowski,
MD

Scientific editor, CJRM
Haileybury, Ont.

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

Perhaps nowhere as much as in rural practice do physicians work to the breadth of their licence. We do more. This has been documented for general practice, in which doctors in the most remote areas have 80% greater breadth of practice than their urban counterparts,¹ and is anecdotally reported for rural specialties. We practise these skills for the joy of providing needed services. We hope to provide better outcomes for our patients and community. One of the skills within the breadth of general practice is cesarean delivery. Between 2007 and 2010, a quarter of women in rural Canada underwent cesarean delivery performed by practitioners in their communities who were not obstetrician/gynecologists.² Is this safe? We used to think it was. Now we know it is.

That proof of good outcome is buttressed by the article by Grzybowski and colleagues in the current issue.³ This well-constructed study included 9174 births in regions where cesarean delivery, when needed, was provided by general practitioners (GPs) with enhanced surgical skills. To prevent bias from more complicated cases sent to the city for delivery, the authors attributed results to the rural hospital, regardless of where the patient delivered.³

Outcomes for surgical services provided by GPs compared favourably to those provided by obstetricians.³ This study supports the joint position paper on rural maternity care published in this journal.⁴

Do not make the error of believing that safe rural maternity services can be replaced by travel, plus urban maternity services. The travel part is a problem, because humans make for fragile cargo. Data from the Canadian Insti-

tute for Health Information show that prolonged travel increases rates of prematurity.² Furthermore, a study from Washington state by Nesbitt and colleagues⁵ showed that

women from communities with relatively few obstetrical providers in proportion to number of births were less likely to deliver in their local community hospital ... Women from these high-outflow communities had a greater proportion of complicated deliveries, higher rates of prematurity, and higher rates of neonatal care than women from communities where most patients delivered in the local hospital.⁵

We have ongoing political challenges in ensuring that policy-makers are aware and accepting of the fact that closure of rural maternity units causes not only inconvenience for patients, but also poorer (and more expensive) outcomes. These poor outcomes are mostly endured by the women and their children in urban neonatal intensive care units. By publishing much-needed research on this topic, our journal is building on that awareness.

Here too, perhaps working to the breadth of our licence, it is meet and good.

REFERENCES

1. Hutten-Czapowski P, Pitblad R, Slade S. Short report: scope of family practice in rural and urban settings. *Can Fam Physician* 2004;50:1548-50.
2. *Hospital births in Canada: a focus on women living in rural and remote areas*. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2013.
3. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. The outcomes of perinatal surgical services in rural British Columbia: a population-based study. *Can J Rural Med* 2013;18:123-9.
4. Joint Position Paper Working Group. Joint position paper on rural maternity care. *Can J Rural Med* 2012;17:135-41.
5. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, et al. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health* 1990;80:814-8.

Utiliser notre permis d'exercice dans toute son envergure

Peter Hutten-Czapski,
MD

Rédacteur scientifique,
JCMR
Haileybury (Ont.)

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

Nulle part ailleurs que dans la pratique rurale, sans doute, les médecins n'utilisent autant leur permis d'exercice dans toute son envergure. Ce fait a été documenté dans le cas de la pratique générale : l'envergure de la pratique des médecins des zones les plus éloignées dépasse de 80 % celle de leurs homologues urbains¹. Il en est de même pour les spécialités rurales, selon des rapports anecdotiques. Nous pratiquons ces compétences pour le plaisir d'offrir les services nécessaires. Nous espérons produire de meilleurs résultats pour nos patients et la collectivité. La césarienne est l'une des compétences de la médecine générale. Entre 2007 et 2010, un quart des femmes enceintes en milieu rural au Canada ont subi, dans leur propre collectivité, une césarienne effectuée par des médecins qui n'étaient ni obstétriciens ni gynécologues². Est-ce sûr ? Il est désormais prouvé que oui.

Cette preuve de bons résultats est étayée par l'article de Grzybowski et coll. figurant dans ce numéro³. Cette étude bien conçue porte sur 9174 naissances dans les régions où l'accouchement par césarienne, si nécessaire, a été pratiqué par des omnipraticiens ayant des compétences chirurgicales avancées. Pour éviter le biais lié aux cas plus complexes qui sont référés aux hôpitaux urbains, les auteurs ont attribué les résultats à l'hôpital rural, indépendamment du lieu où la patiente a accouché³.

Les résultats pour les services chirurgicaux fournis par les omnipraticiens se comparent favorablement à ceux fournis par des obstétriciens³. Cette étude confirme l'énoncé de principe conjoint sur les soins de maternité en milieu rural publié dans ce journal⁴.

Ne croyez pas que l'on puisse remplacer les services de maternité sûrs en milieu rural par des services en milieu urbain nécessitant des déplacements. Le déplacement pose problème parce que le « cargo » humain est fragile. Les don-

nées de l'Institut canadien d'information sur la santé montrent que les longs déplacements augmentent le risque d'accouchement prématuré². En outre, une étude de l'État de Washington réalisée par Nesbitt et coll.⁵ a établi que

les femmes des localités où il y a relativement peu de fournisseurs de soins obstétricaux par rapport au nombre de naissances étaient moins susceptibles d'accoucher dans leur hôpital communautaire local (...). On note dans ces localités, où un grand nombre des femmes doivent se déplacer pour accoucher, une plus forte proportion de complications, de prématurité et de soins néonataux que dans les localités où la plupart des femmes ont accouché à l'hôpital local⁵.

Nous avons toujours des défis politiques à relever. Nous devons veiller à ce que les décideurs sachent que la fermeture des unités de naissance rurales ne cause pas seulement des inconvénients pour les patientes, mais entraîne aussi des résultats plus médiocres (et plus coûteux). Ce sont les femmes et les nouveau-nés qui subissent principalement ces préjudices dans les unités néonatales de soins intensifs en milieu urbain. En publiant des recherches essentielles sur la question, notre journal contribue à cette prise de conscience.

Ici aussi, il se peut fort qu'exercer dans toute l'envergure de notre permis d'exercice soit bon et bien.

RÉFÉRENCES

1. Hutten-Czapski P, Pitblad R, Slade S. Short report: scope of family practice in rural and urban settings. *Can Fam Physician* 2004;50:1548-50.
2. Naissances à l'hôpital au Canada : un regard sur les femmes vivant dans les régions rurales et éloignée. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2013.
3. Grzybowski S, Stoll K, Kornelsen J. The outcomes of perinatal surgical services in rural British Columbia: a population-based study. *Can J Rural Med* 2013;18:123-9.
4. Joint Position Paper Working Group. Joint position paper on rural maternity care. *Can J Rural Med* 2012;17:135-41.
5. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, et al. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health* 1990;80:814-8.