Competency in rural practice

C. Stuart Johnston, MSc (Civil Eng), MB ChB, CCFP, FRRM
Clinical Associate Professor, Department of Family Practice, University of British Columbia, Vancouver, BC; Associate Director, Rural Coordination Centre of BC, Vancouver, BC

Michael C. Klein, MD, CCFP, FCFP, FAAP, FCPS
Professor Emeritus, Departments of Family Practice and Pediatrics, University of British Columbia, Vancouver, BC; Senior Scientist Emeritus, Child and Family Research Institute, Vancouver, BC

Stuart Iglesias, MD
Bella Bella, BC

Granger Avery, MBBS, Dip Obst, FRRM
Co-Chair, Joint Standing Committee on Rural Issues; Executive Director, Rural Coordination Centre of BC; Clinical Professor, Department of Family Practice, University of British Columbia, Vancouver, BC

Correspondence to: Stuart Johnston; cstuartjohnston@gmail.com

In response to the Cochrane report,[1] which arose from a situation where diagnostic images were being interpreted by a physician who did not have the necessary training, the BC government has proposed a new profession-wide quality assurance (QA) process.[2] A minimum number of hours performing anesthesiology, babies delivered, cesarean deliveries performed and so on, will be expected. Although we fully support a QA system, this particular approach has the potential for unintended consequences that could damage family practice in rural settings.

Rural family practice is substantially different from urban family practice by virtue of its generalism. The rural family physician may run a clinic, deliver a baby, give an anesthetic, manage the oncology outreach program and cover the emergency department within a single day. In rural practice, generalism is the norm. Because so many facets of medicine are involved, the numbers of specific procedures performed are typically low compared with those of a physician with a single area of expertise. Despite these low numbers, the outcomes of rural health care have been consistently shown to be good in obstetric and surgical reviews.[3–5]

The proposed use of numbers to determine whether rural physicians are current or competent has no evidence to support it in the literature. There is, however, evidence to show that use of numbers for a QA system has done substantial damage to rural health care services historically.[6–9]

Some years ago, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) recommended that a minimum of 25 deliveries per year was necessary for a physician to remain competent in obstetrics.[10] The College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan introduced this requirement, with the consequence that most rural physicians left maternity care. Saskatchewan went from 80% of births being attended by family physicians to less than 20% of births (JANUS database of The College of Family Physicians of Canada: unpublished data).[11–13]

Most important, despite the SOGC subsequently reversing its position and explicitly stating that there is no minimum number of deliveries required to remain competent,[14,15] the damage was done, and the number of deliveries by family physicians in Saskatchewan never recovered.

Rural physicians are generalists. Attempting to measure specific skills using a numbers-based QA system ignores the realities of the broad scope of rural practice, the teamwork and the transference of skills among procedures. Such a system has the effect of shutting down services rather than enhancing and expanding the services provided to rural populations. The loss of any part of a rural medical community has consequences for the entire population that are not seen in the urban environment.[16,17] In the risk-averse climate that now exists, to be advised that your numbers have not reached an arbitrary threshold will be sufficient to cause many rural physicians to cease providing that service, as was seen in Saskatchewan.

There is no evidence that numbers support QA in rural Canada, and numbers-based QA systems have the potential to cause substantial damage. There are other very successful models for continuous quality improvement, such as the MORE^{OB} Program (Managing

© 2014 Society of Rural Physicians of Canada

Obstetrical Risk Efficiently; moreob.com) and The CARE Course (The Comprehensive Approach to Rural Emergencies; thecarecourse.ca), which should inform governments if they intend to protect and promote rural health care.

REFERENCES

1. Cochrane DD. *Investigation into medical imaging, credentialing and quality assurance. Phase 2 report.* Vancouver (BC): BC Patient Safety and Quality Council; 2011. Available: www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/cochrane-phase2-report.pdf (accessed 2014 Mar. 11).
2. Slater J, Bloch-Hansen E. Changes to medical staff privileging in British Columbia. *BCMJ* 2014;56:23-7.
3. Centre for Rural Health Research. *Proceedings from the Invitational Meeting on Rural Surgical Services.* 2007 June 22–23; Vancouver, BC.
4. Iglesias S, Grzybowski S, Klein MC, et al. Rural obstetrics. Joint position paper on rural maternity care. Joint Working Group of the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC), The Maternity Care Committee of the College of Family Physicians of Canada (CFPC), and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). *Can Fam Physician* 1998;44:831-43.
5. Klein MC, Spence A, Kaczorowski J, et al. Does delivery volume of family physicians predict maternal and newborn outcome? [see comment]. *CMAJ* 2002;166:1257-63.
6. Klein MC. The Canadian family practice accoucheur. *Can Fam Phys* 1986;32:533-540.
7. Allen VM, Jilwah N, Joseph KS, et al. The influence of hospital closures in Nova Scotia on perinatal outcomes. *JOGC* 2004;26:1077-85.
8. Klein MC, Reynolds J, Boucher F, et al. Obstetrical practice and training in Canadian family medicine: preserving an endangered species. *Can Fam Physician* 1984;30:2093.
9. Rosenblatt RA, Reinken J, Shoemack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from New Zealand's regionalised perinatal system. *Lancet* 1985;2:429-32.
10. Number of births to maintain competence. In: *SOGC Clinical Practice Guidelines.* No. 58; November 1996.
11. *Giving birth in Canada: a regional perspective.* Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2004.
12. *Giving birth in Canada: providers of maternity and infant care.* Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information; 2004.
13. *Indicators report 2007 for every health region.* Ottawa (ON): Canadian Institute of Health Information; 2007.
14. Joint Policy Statement. Number of births to maintain competence. *JOGC* 2002;(113).
15. Jackson WD, Daimond MR. Procedural medicine: Is your number up? *Aust Fam Physician* 1993;22:1633-6;1639.
16. Klein M, Christilaw J, Johnston S. Loss of maternity care: cascade of unforeseen dangers. *Can J Rural Med* 2002;7:120-1.
17. Klein M, Johnston S, Christilaw J, et al. Mothers, babies and communities. Centralizing maternity care exposes mothers and babies to complications and endangers community sustainability. *Can Fam Physician* 2002;48:1177-9.

Compétences en pratique rurale

C. Stuart Johnston, MSc (Civil Eng), MB ChB, CCFP, FRRM
Professeur agrégé de clinique, Département de pratique familiale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.); directeur associé, Centre de coordination rural de la C.-B., Vancouver (C.-B.)

Michael C. Klein, MD, CCFP, FCFP, FAAP, FCPS
Professeur émérite, Départements de médecine familiale et de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.); chercheur principal émérite, Institut de recherche sur l'enfant et la famille, Vancouver (C.-B.)

Stuart Iglesias, MD
Bella Bella (C.-B.)

Granger Avery, MBBS, Dip Obst, FRRM
Co-président, Comité permanent mixte sur les enjeux ruraux; directeur général, Centre de coordination rural de la C.-B.; professeur de clinique, Département de pratique familiale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)

Correspondance : Stuart Johnston; cstuartjohnston@gmail.com

En réponse au rapport Cochrane[1] issu d'une enquête sur une situation où les images de diagnostic ont été interprétées par un médecin qui n'avait pas la formation nécessaire, le gouvernement de la Colombie-Britannique a proposé un nouveau processus d'assurance-qualité (AQ) pour l'ensemble de la profession[2]. Les médecins devront cumuler un nombre minimum d'heures en anesthésiologie, d'accouchements, de césariennes et ainsi de suite. Bien que nous soyons entièrement en faveur d'un système d'AQ, cette approche risque d'avoir des conséquences imprévues qui pourraient nuire à la médecine familiale en milieu rural.

La médecine familiale en milieu rural est nettement différente de la médecine familiale en milieu urbain en raison de son caractère généraliste. Le médecin de famille en milieu rural peut, dans une même journée, diriger une clinique, pratiquer un accouchement, administrer un anesthésique, gérer le programme de sensibilisation au cancer et travailler à l'urgence. En milieu rural, le généralisme est la norme. Comme le travail de ces médecins est très varié, le nombre d'interventions précises effectuées est généralement faible par rapport à celles pratiquées par un médecin spécialisé dans un seul domaine. Malgré ces faibles taux, les résultats des soins de santé en milieu rural sont bons, comme l'indiquent les études en obstétrique et chirurgie[3–5].

Il n'existe aucune preuve dans la littérature qui appuie le recours à des seuils quantitatifs pour déterminer si les médecins en milieu rural sont compétents ou si leurs connaissances sont à jour. Il y a, cependant, des preuves indiquant que l'utilisation de tels seuils pour un système d'AQ a nui substantiellement à des services de soins de santé en milieu rural[6–9].

En effet, il y a quelques années, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a recommandé qu'un médecin fasse au moins 25 accouchements par année pour maintenir ses compétences en obstétrique[10]. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a appliqué cette exigence, ce qui a eu pour conséquence que la plupart des médecins ruraux ont cessé d'offrir des soins de maternité. Le nombre d'accouchements pratiqués par des médecins de famille dans cette province est passé de 80 % à moins de 20 % (base de données JANUS du Collège des médecins de famille du Canada : données non publiées)[11–13].

Plus important encore, lorsque la SOGC a inversé sa position et précisé explicitement qu'il n'y avait pas de nombre minimum d'accouchements nécessaire pour maintenir ses compétences[14–15], le mal était déjà fait, et le nombre d'accouchements pratiqués par les médecins de famille en Saskatchewan n'est jamais remonté.

Les médecins ruraux sont des généralistes. Tenter de mesurer des compétences particulières à l'aide d'un système d'AQ fondé sur des nombres ne tient pas compte du vaste champ de pratique en milieu rural, du travail d'équipe et du transfert de compétences d'une intervention à l'autre. Un tel système entraîne la fermeture de services plutôt que le renforcement et l'élargissement des services offerts aux populations rurales. La perte de n'importe quelle partie de la communauté médicale en milieu rural a des conséquences pour l'ensemble de la population qui ne

© 2014 Society of Rural Physicians of Canada

consulte pas de médecins en milieu urbain[16–17]. Dans le climat actuel d'aversion au risque, se faire dire que l'on n'a pas atteint un seuil arbitraire sera suffisant pour que de nombreux médecins en milieu rural cessent de fournir le service en question, comme on l'a vu en Saskatchewan.

Il n'existe aucune preuve que les seuils quantitatifs appuient l'AQ dans le Canada rural, et des systèmes d'AQ fondés sur de tels seuils peuvent avoir de graves répercussions. Par ailleurs, il existe d'autres modèles très efficaces pour l'amélioration continue de la qualité, notamment le Programme AMPRO^{OB} (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux; amproob.com) et le cours CARE (Comprehensive Approach to Rural Emergencies; thecarecourse.ca), qui devraient guider les gouvernements, s'ils ont l'intention de protéger et de promouvoir les soins de santé en milieu rural.

RÉFÉRENCES

1. Cochrane DD. *Investigation into medical imaging, credentialing and quality assurance. Phase 2 report.* Vancouver (C.-B.) : BC Patient Safety and Quality Council; 2011. Accessible ici : www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2011/cochrane-phase2-report.pdf (consulté le 11 mars 2014).
2. Slater J, Bloch-Hansen E. Changes to medical staff privileging in British Columbia. *BCMJ* 2014;56:23-7.
3. Centre for Rural Health Research. *Proceedings from the Invitational Meeting on Rural Surgical Services.* 22–23 juin 2007; Vancouver (C.-B.).
4. Iglesias S, Grzybowski S, Klein MC, et coll. Soins de maternité en région rurale — Déclaration de principe commune sur les soins maternels en milieu rural . Groupe de travail sur la déclaration de principe commune de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), du Comité sur les soins de maternité du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Publié en anglais dans Can Fam Physician 1998;44:831-43. En français à : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/JointPositionPaper_RuralMaternityCare_fre.pdf.
5. Klein MC, Spence A, Kaczorowski J, et coll. Does delivery volume of family physicians predict maternal and newborn outcome? [see comment]. *CMAJ* 2002;166:1257-63.
6. Klein MC. The Canadian family practice accoucheur. *Can Fam Phys* 1986;32:533-540.
7. Allen VM, Jilwah N, Joseph KS, et coll. The influence of hospital closures in Nova Scotia on perinatal outcomes. *JOGC* 2004;26:1077-85.
8. Klein MC, Reynolds J, Boucher F, et coll. Obstetrical practice and training in Canadian family medicine: preserving an endangered species. *Can Fam Physician* 1984;30:2093-9.
9. Rosenblatt RA, Reinken J, Shoemack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from New Zealand's regionalised perinatal system. *Lancet* 1985;2:429-32.
10. Number of births to maintain competence. Dans : *SOGC Clinical Practice Guidelines.* No 58; novembre 1996.
11. *Donner naissance au Canada : un profil régional.* Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2004.
12. *Donner naissance au Canada : les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant.* Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2004.
13. Rapport *Indicateurs de santé 2007*. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2007.
14. Joint Policy Statement. Number of births to maintain competence. *JOGC* 2002;(113).
15. Jackson WD, Daimond MR. Procedural medicine: Is your number up? *Aust Fam Physician* 1993;22:1633-6;1639.
16. Klein M, Christilaw J, Johnston S. Loss of maternity care: cascade of unforeseen dangers. *Can J Rural Med* 2002;7:120-1.
17. Klein M, Johnston S, Christilaw J, et al. Mothers, babies and communities. Centralizing maternity care exposes mothers and babies to complications and endangers community sustainability. *Can Fam Physician* 2002;48:1177-9.