Trading horses and other tails

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

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

It's inevitable: for some reason you are scheduled to be on call when you want to go to the Rural and Remote conference or on vacation or it's your anniversary. It doesn't really matter what you are on call for; one of my definitions of rural practice is that you will be on call, and you will need to be able to switch your on-call shift. The ability to accommodate a switch in the schedule, I think, is a barometer on how well the system (and the doctors) gets along in town.

In the old days, it was just *on call*. Everyone did everything, so "on call" meant emergency room + inpatients + obstetrics + operating room + phone calls from remote nursing stations +++. It was like that at my hospital when I started, and I can think of a few places in Canada and elsewhere that still swing that way.

The unwritten (and false) curriculum that you have to have extra training to do anything outside the office (e.g., obstetrics, emergency room) has combined with a lack of accreditation, training and examination requirements for broad generalist competencies, resulting in family medicine trainees leaving their programs without confidence in the spectrum of rural medicine. Together, these factors have contributed to making it difficult to sustain simple call systems. For most of us in rural practice, call has become more complicated.

Our original call schedule, which would cover everything in one rota, has been broken up into multiple overlapping Venn diagrams of call so that some rural doctors seem to be on call all the time, but for different things. I'm on for obstetrics (1:7), emergency room (1:7, almost a completely different 7), weekend call for inpatients (1:6), operating room assist (1:8) and orphan patients (1:9), and now our preceptoring duties for the medical students are on the schedule (4:8).

This becomes a perverse incentive to limit one's scope of practice because it becomes even harder to get away. Luckily, there are ways to cope other than dropping everything or moving to the city.

One approach is to require that everyone covers everything. You might think that this arrangement would be hard to maintain in an era of increasing personnel shortage, but this approach is the gold standard in places such as Happy Valley–Goose Bay. As long as there are rural doctors, both old and new, who like doing everything, this approach is almost a recruitment strategy.

Another approach is to make call painless. Here in Temiskaming Shores, Ont., we all do our own obstetrics, so the on-call obstetrics doctor doesn't get much work. Thus, it's never an issue to sign out to the on-call obstetrics doctor, and it's completely guiltless. Unless you are on call that week, you can skip town, have that second beer or go to the birthday party knowing that someone has your back, and you don't have to count favours doing it.

These strategies aside, remember that the next time your colleague asks you to take call for them, it's better for you and the town if the habit is to say, "Of course!" ... Mind you, there needs to be a discussion about who keeps the shop open this year while everyone is away at Rural and Remote.

© 2011 Society of Rural Physicians of Canada

Tractations et autres techniques

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

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

C'est inévitable : pour une raison ou pour une autre, vous devez être de garde lorsque vous auriez voulu participer à la conférence sur la médecine en milieu rural et éloigné, prendre des vacances ou fêter votre anniversaire. Peu importe le genre de garde d'ailleurs. Pour moi, une des définitions de la pratique en milieu rural, c'est être de garde. Or, il faut pouvoir échanger les périodes de garde. La capacité de faire un changement d'horaire illustre à mon avis comment le système, et les médecins, s'en tirent en ville.

Autrefois, le médecin était tout simplement *de garde*. Tous faisaient tout et c'est pourquoi « de garde » signifiait salle d'urgence + patients hospitalisés + obstétrique + salle d'opération + appels téléphoniques de postes infirmiers éloignés et + + +. C'était comme ça à mon hôpital à mes débuts et je connais quelques endroits au Canada et ailleurs où ça se passe toujours ainsi.

La combinaison du programme d'études non écrit (et faux) selon lequel il faut suivre une formation supplémentaire pour faire quoi que ce soit en dehors du cabinet (p. ex., obstétrique, salle d'urgence) et de l'absence de certification, de formation et d'examens obligatoires portant sur les compétences globales du généraliste, a eu pour effet que les stagiaires en médecine familiale quittent leur programme sans avoir confiance en l'éventail de la médecine rurale. À cause de la convergence de ces facteurs, il est difficile de maintenir des systèmes de garde simples. Pour la plupart d'entre nous en médecine rurale, les périodes de garde sont devenues plus compliquées.

Notre horaire de garde à l'origine, qui couvrait tout dans un seul tableau de service, s'est retrouvé ventilé en multiples diagrammes de Venn qui se chevauchent. C'est pourquoi certains médecins ruraux semblent être de garde en permanence, mais pour différentes raisons. Je suis de garde en obstétrique (1:7), à l'urgence (1:7, un 7 presque entièrement différent), en fin de semaine pour les patients hospitalisés (1:6), assistant en salle d'opération (1:8) et de garde pour les patients orphelins (1:9), sans compter que nos obligations de préceptorat à l'égard des étudiants en médecine figurent maintenant à l'horaire (4:8).

Cette situation devient une incitation perverse à limiter notre champ d'exercice parce qu'il devient encore plus difficile de partir. Heureusement, il y a d'autres façons de s'adapter que de tout laisser tomber ou déménager en ville.

Une façon de procéder consiste à exiger que tous couvrent tout. On pourrait penser qu'un tel arrangement serait difficile à maintenir en période de pénurie croissante d'effectifs, mais cette méthode constitue l'étalon-or à des endroits comme Happy Valley–Goose Bay. Tant qu'il y aura des médecins ruraux, autant âgés que jeunes, qui aiment tout faire, cette approche constituera presque une stratégie de recrutement.

Une autre façon de procéder consister à rendre les périodes de garde indolores. Ici à Temiskaming Shores (Ontario), nous nous occupons tous de nos patientes en obstétrique, ce qui ne laisse pas grand-chose pour le médecin de garde en obstétrique. Ainsi, il n'est jamais difficile de s'en remettre à lui sans ressentir la moindre culpabilité. À moins d'être de garde au cours de la semaine en cause, il est possible de partir, de prendre cette fameuse deuxième bière ou d'aller à la soirée d'anniversaire en se sachant couvert par quelqu'un. Et il n'est pas nécessaire de compter les faveurs en agissant ainsi.

Outre ces stratégies, il ne faut pas oublier que la prochaine fois que votre collègue vous demande de le remplacer pendant une période de garde, il est préférable pour vous et pour la ville d'avoir l'habitude de répondre « Bien entendu ! »… Il restera à déterminer qui sera de garde cette année pendant que tous les autres seront partis à la conférence sur la médecine en milieu rural et éloigné, mais bon.

© 2011 Society of Rural Physicians of Canada