

Patient-friendly guidelines

In response to Dr Nicholas Pimlott's Commentary ("Who has time for family medicine?"¹), incorporating more primary care practitioners when forming clinical practice guidelines would be a good start to improving guidelines. Involving a substantial number of patients in the process would be an even better finish. The patient remains the excluded member of the oft-heralded "health care team," yet no one can deny that patients will need to take directive roles for their own chronic and preventive health care issues. They are already doing it, reading food labels and personalizing their exercise programs. Clinical practice guidelines need to be written with the goal of patient understanding, not the goal of physician interpretation.

—Russ Springate MD CCFP FCFP
Hamilton, Ont
by Rapid Responses

Reference

1. Pimlott N. Who has time for family medicine? *Can Fam Physician* 2008;54:14-6.

Preventive guidelines

You tell 'em, Pimlott! The only thing preventive care has ever done for me is engender guilt every time one of my patients gets sick. We family physicians spend hours a day counseling patients about osteoporosis and prostate cancer, while 80-year-old women with progressive heart failure get rushed to emergency departments because we're too busy to make the preventive housecall. Ditto for our patients with cancer, dementia, and advanced diabetes. At some point, society needs to decide how we will care for those with advanced (terminal) disease. Home care requires doctors to make housecalls. Hospital care means long waits in the emergency room, with even longer waits for a bed, and a new set of doctors every time the symptoms recur and readmission is needed. Questionable preventive maneuvers and an office-based practice or care of the sick outside of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infected hospitals? If sick yourself, what would you wish for?

—Bill Eaton MD CCFP FCFP
St John's, Nfld
by Rapid Responses

Reference

1. Pimlott N. Who has time for family medicine? *Can Fam Physician* 2008;54:14-6.

Response

Thank you to Drs Eaton and Springate for their Rapid Responses to my recent Commentary.

I agree with Dr Springate that yet another area needs to develop in the creation of guidelines: the integration

of patient ideas and preferences regarding their care. I did comment on that in the article but, given the space constraints of the Commentary format, did not develop the issue more fully.

I also enjoyed reading Dr Eaton's words of encouragement.

I am not a guidelines nihilist by any means. I recognize and support their role in helping us care for our patients in a more effective and evidence-based manner. I use them in my practice and when teaching medical students and residents. I believe, however, that their current state fails to properly take into account the voices and the working-world realities of both family physicians and their patients.

Guidelines ... like holding a wolf by the ears ... you don't like to do it, but you don't want to let go.

—Nicholas Pimlott MD CCFP
Associate Editor, Canadian Family Physician
by Rapid Responses

Le poids des visites à domicile

Je ne peux m'empêcher de réagir à l'éditorial du Dr Ladouceur¹. Si effectivement, les visites à domicile (VAD) par les omnipraticiens représentent 2,3% des actes facturés, c'est énorme à mon avis. Un médecin peut facilement facturer de 5 à 10 actes dans le temps nécessaire pour faire 1 VAD (60 à 90 minutes). Il faudrait donc savoir plutôt le temps dévolu aux VAD dans la pratique des médecins. En se basant sur l'estimation précédente que la VAD prend au moins 5 fois plus de temps qu'une visite au cabinet, on arrive à une moyenne de 10% du temps pour les médecins payés à l'acte, le tableau est bien différent et compte tenu que ce n'est pas tous les médecins de famille qui ont une pratique où la VAD peut être indiquée, je trouve plus que raisonnable ce 2,3% des actes facturés. D'autant plus que ces chiffres ne tiennent aucunement compte des VAD facturées par les médecins non participants mais surtout comme tu le soulignes la majorité des VAD sont faites par des médecins qui ne sont pas payés à l'acte comme dans les CLSC. Le désavantage de ce type d'organisation est que le médecin qui se rend à domicile n'est pas le médecin de famille habituel, mais il est peu probable que nous ayons le même médecin tout au long de notre vie et quel que soit le lieu où les services sont rendus (cabinet, urgence, hospitalisation, domicile).

La vraie question est de savoir si les patients qui nécessitent une visite ou un suivi à domicile y ont vraiment accès. La réponse est certainement très variable selon la région observée. Ce type de pratique par les médecins payés à l'acte est un service de «bon samaritain» qui a certainement sa place dans une pratique