Special announcement: Guidelines to the Practice of Anesthesia – Revised Edition 2015

Richard N. Merchant, MD

Received: 22 September 2014 / Accepted: 14 October 2014 / Published online: 18 November 2014
© Canadian Anesthesiologists' Society 2014

This issue continues the *Journal's* policy of publishing the yearly revised version of the Guidelines to the Practice of Anesthesia¹ as developed by the Canadian Anesthesiologists' Society (CAS) Committee on Standards and approved by the CAS Board. The Society has promulgated Guidelines since 1974 and published yearly updates as a special article within the *Journal* since 2009.

The Committee actively considers a number of issues each year. This year, while a number of changes were considered, only one modification was approved. This change relates to the potential for injury related to endotracheal intubation. In the light of recent literature, the Committee considered that anesthesiologists should be encouraged to be vigilant with regard to endotracheal tube cuff pressure and that an endotracheal tube cuff pressure manometer should be immediately available for use in anesthetizing locations.

Several other issues were discussed but did not prove to be ready for implementation in the current Guidelines. For example, updated guidelines for anesthetic management are currently being prepared in the CAS Section of obstetric anesthesia. This may result in a significant guidance document as well as some parallel changes in the general CAS Guidelines document.

Considering that certain issues are discussed in the Guidelines in only general terms, this raises the issue of whether to put forward more specific statements or recommendations. This is always challenging for the Committee, as the circumstances in which each

anesthesia department functions vary widely, and specific (as opposed to general) statements may not be uniformly supported. For example, the current Guidelines for "Patient Monitoring" state: "*Respiratory monitoring should be considered in non-OR locations (PACU and elsewhere) for sedated patients and those at risk of respiratory depression.*" Discussion occurred as to whether there should be specific language regarding the use of capnography in patients with tracheal intubation in the postanesthesia care unit – as is the case regarding its use in the operating room – or, alternatively, whether the more general statement that "monitoring should be used" may be sufficient to emphasize the importance of safe care in this vulnerable population.

"Fitness to Practice" received further attention this year when it was pointed out that complaints against anesthesiologists appear to be weighted towards older anesthesiologists. Inasmuch as age discrimination has been ruled unacceptable in current Canadian law, there is no current suggestion that a fixed age for retirement should be introduced into anesthesia practice. Nevertheless, the changes regarding "Fitness to Practice" which were introduced into these Guidelines in 2014² do require that departments must develop "*policies which, as far as possible, ensure that practitioners are healthy and fit to undertake their duties of practice.*" This includes assessing whether a member's physical and mental capabilities are such as to ensure uniformly safe patient care. Baxter *et al.* provide a detailed review in the October 2014 issue of the *Journal*³ that is certain to provide an impetus to continue to consider this important issue.

The role of anesthesia assistants (AAs) continues to receive attention. Canadian Anesthesiologists' Society members have questioned whether anesthesiologists should accept an enhanced scope of practice for AAs

R. N. Merchant, MD (✉)
Committee on Standards, Canadian Anesthesiologists' Society,
1 Eglinton Avenue East, Suite 208, Toronto, ON M4P 3A1,
Canada
e-mail: richard.merchant@ubc.ca

from that currently described in Appendix 5 (Position Paper on Anesthesia Assistants) and Appendix 6 (Position Paper on Procedural Sedation) of the Guidelines. Inasmuch as the CAS Committee on Anesthesia Care Teams is in a multi-year process of defining the roles, expectations, and scope of knowledge of the anesthesia assistant in consultation with other stakeholders, we determined that this process needed to be allowed to evolve prior to modifying the current statements in the Guidelines.

Finally, we discussed the role of physicians who have not achieved Royal College certification in anesthesiology in Canada. The Guidelines have stated for many years that *“The independent practice of anesthesia is a specialized field of medicine. As such, it should be practised by physicians with appropriate training in anesthesia. The only route to specialist recognition in anesthesia in Canada is through the certification process of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.”* This statement is tempered by recognition that *“remote communities often lack the population base to support a specialist anesthetic practice. In these communities, appropriately trained family physicians may be required to provide anesthesia services.”* There is recognition that there are communities in which anesthetists trained in family practice do practice full time in anesthesia despite a workload that might reasonably support a specialist anesthesiology practice. Similarly, other communities are served by international medical graduate physicians who have not achieved specialist recognition in Canada despite the opportunity to do so. The discussions concluded that Canadians are served best and most safely by physicians achieving specialist certification as defined by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. This view is clearly defined by our well-established current statements in the Guidelines and should be emphasized to licensing and credentialing bodies.

The CAS Committee on Standards and partner groups within the CAS are actively engaged in considering these and other issues. The Committee looks forward to receiving any feedback put forward by members of the Canadian anesthesia community and expects to develop formal mechanisms for such community involvement in the future.

Communiqué spécial: Guide d'exercice de l'anesthésie – Édition révisée 2015

Ce numéro poursuit la politique de publication du *Journal* des versions annuelles révisées du Guide d'exercice de l'anesthésie¹ tel qu'il a été élaboré par le

Comité des normes de la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) et approuvé par son conseil d'administration. La Société a promulgué le Guide depuis 1974 et publié des mises à jour annuelles sous forme d'article spécial dans le *Journal* depuis 2009.

Le Comité analyse activement un certain nombre de problèmes chaque année. Cette année, bien qu'un certain nombre de modifications aient été envisagées, une seule a été approuvée. Cette modification concerne le risque de lésion liée à l'intubation endotrachéale. À la lumière de publications récentes, le Comité a considéré qu'il fallait appeler les anesthésiologistes à la vigilance pour ce qui concerne la pression du ballonnet du tube endotrachéal et qu'un manomètre de ballonnet de tube endotrachéal devrait être immédiatement mis à disposition dans les lieux où sont pratiquées des anesthésies.

Quelques autres problèmes ont été débattus mais ne se sont pas avérés prêts pour une mise en œuvre dans le Guide actuel. Il s'agit, par exemple, d'une actualisation des lignes directrices pour la gestion anesthésique, actuellement en préparation par la section d'anesthésie obstétricale de la SCA. Cela pourrait déboucher sur un document d'orientation significatif ainsi que sur certaines modifications en parallèle dans le document général du Guide de la SCA.

Considérant que certains problèmes ne sont abordés qu'en termes généraux dans le Guide, cela soulève la question de savoir s'il y a lieu d'avancer des déclarations ou des recommandations plus spécifiques. C'est toujours un défi pour le Comité, comme les circonstances dans lesquelles fonctionne chaque département d'anesthésie varient grandement, et des déclarations précises (par opposition à des énoncés généraux) peuvent ne pas recevoir un soutien uniforme. Pour le « monitoring du patient », par exemple, le Guide indique: *le monitoring de la respiration doit être envisagé en dehors de la salle d'opération (en salle de réveil et ailleurs) pour les patients sous sédation et pour ceux présentant un risque de dépression respiratoire*. Il y a eu un débat pour savoir s'il fallait adopter des termes plus spécifiques concernant l'utilisation de la capnographie dans l'unité de soins post anesthésie chez des patients ayant une intubation trachéale, comme c'est le cas concernant son utilisation en salle d'opération, ou si un énoncé plus général indiquant que le « monitoring devrait être utilisé » pouvait être suffisant pour insister sur l'importance de soins sans risques pour cette population vulnérable.

L'aptitude à la pratique a bénéficié d'un intérêt particulier cette année quand il a été souligné que les plaintes contre les anesthésiologistes semblaient peser davantage contre les professionnels les plus âgés. Dans la mesure où toute discrimination fondée sur l'âge a été jugée inacceptable par la loi canadienne actuelle, il n'y a eu

aucune proposition d'introduire un âge fixe de la retraite dans la pratique de l'anesthésiologie. Néanmoins, les modifications concernant l'*aptitude à la pratique* qui avaient été introduites dans ce Guide en 2014² exigent que les départements développent *des politiques qui, dans la mesure du possible, garantissent que les praticiens soient en bonne santé et aptes à remplir les obligations liées à leur pratique*. Ceci inclut une évaluation pour savoir si les capacités physiques et intellectuelles d'un membre sont de nature à permettre des soins sécuritaires uniformes aux patients. Baxter *et coll.* fournissent dans le numéro d'octobre 2014 du *Journal*³ une analyse détaillée qui soulève certainement un regain d'intérêt pour continuer à prendre en compte cette importante question.

Le rôle des assistants en anesthésie (AA) continue à recevoir de l'attention. Les membres de la Société canadienne des anesthésiologistes ont posé des questions pour savoir si les anesthésiologistes devraient accepter d'élargir le champ d'activité des AA au-delà de ce qui est actuellement décrit dans l'Annexe 5 (*Exposé de principe sur les assistants en anesthésie*) et dans l'Annexe 6 (*Exposé de principe sur la sédation consciente*) du Guide. Dans la mesure où le Comité de la SCA sur les équipes de soins en anesthésie a entrepris un processus pluriannuel de définition des fonctions, attentes, et champs de connaissances des assistants en anesthésie, en concertation avec d'autres acteurs, nous avons déterminé qu'il fallait laisser à ce processus le temps d'évoluer avant de modifier les énoncés actuels du Guide.

Enfin, nous avons discuté de la place des médecins qui n'ont pas obtenu la certification en anesthésiologie du Collège Royal au Canada. Le Guide a énoncé pendant de nombreuses années que *l'exercice indépendant de l'anesthésie est une spécialité médicale qui, à ce titre, doit être exercée par des médecins ayant une formation appropriée en anesthésie. La seule voie de reconnaissance comme spécialiste en anesthésie au Canada est par le biais du processus de certification du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. Cette affirmation est tempérée par la reconnaissance que *certaines collectivités éloignées n'ont pas une population suffisamment nombreuse pour maintenir un spécialiste certifié en anesthésie en exercice. Afin de dispenser les services*

d'anesthésie dans ces collectivités, on pourrait devoir recourir à des médecins de famille ayant reçu une formation adéquate. Il est reconnu qu'il existe des communautés dans lesquelles des anesthésiologistes formés à la médecine de famille pratiquent l'anesthésie à temps plein en dépit d'une charge de travail qui justifierait raisonnablement la pratique d'un spécialiste en anesthésiologie. De même, d'autres communautés sont servies par des diplômés en médecine formés à l'étranger et qui n'ont pas obtenu une reconnaissance de spécialiste en dépit de la possibilité de le faire. La conclusion de ces discussions a été que les Canadiens sont servis au mieux et de la façon la plus sûre par des médecins obtenant la certification de spécialiste telle que définie par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ce point de vue est clairement défini par nos déclarations actuelles clairement établies dans le Guide et il devrait être mis en avant auprès des organismes délivrant licences et autorisations d'exercice.

Le Comité des normes de la SCA et les groupes partenaires au sein de la SCA sont activement impliqués dans l'étude de ces problèmes parmi d'autres. Le Comité espère recevoir les réactions émises par les membres de la communauté canadienne de l'anesthésie et compte élaborer des mécanismes formels d'une telle implication de la communauté à l'avenir.

Competing interests None declared.

Conflit d'intérêt Aucun déclaré.

References

1. Merchant R, Chartrand D, Dain S, *et al.* Guidelines to the Practice of Anesthesia – Revised Edition 2015. Can J Anesth 2015; 62: this issue. DOI: [10.1007/s12630-014-0232-8](https://doi.org/10.1007/s12630-014-0232-8).
2. Merchant R, Chartrand D, Dain S, *et al.* Guidelines to the Practice of Anesthesia – Revised Edition 2014. Can J Anesth 2014; 61: 46-71.
3. Baxter AD, Boet S, Reid D, Skidmore G. The aging anesthesiologist: a narrative review and suggested strategies. Can J Anesth 2014; 61: 865-75.