



Canadian Critical Care Society position statement on Equity, Diversity, Decolonization, and Inclusion

Murdoch Leeies, MD, FRCPC, MSc · Sabira Valiani, MD, FRCPC, MSc · Varuna Prakash, MD, MHSc, FRCPC · Wael M. R. Haddara, BScPharm, MD, FRCPC, MMed · Ravi Taneja, MBBS, MD, FFARCSI, FRCA, FRCPC · Kathryn G. Whittemore, MBBS, FRCPC · Carmen S. Hrymak, MD, FRCPC, MScHQ · Gloria Vazquez-Grande, MD, PhD, CCSEAP · Bojan N. Paunovic, MD, FRCPC · Ruth E. MacRedmond, MB, MRCPI, MD, FRCPC · James Downar, MDCM, MHSc, FRCPC · Catherine A. Farrell, MD, FRCPC · Srinivas Murthy, MDCM, MHSc, FRCPC · Babar A. Haroon, MD, FRCPC, Med · Claudia DosSantos, MD, MSc, FRCPC · Jason Waechter, MD, FRCPC · Bram Rochweg, MD, MSc, FRCPC · Frédérick D’Aragon, MD, MSc, FRCPC · Karen E. A. Burns, MD, FRCPC, MSc

Received: 2 February 2023 / Revised: 2 February 2023 / Accepted: 3 February 2023 / Published online: 25 May 2023
© Canadian Anesthesiologists’ Society 2023

Keywords critical care medicine · decolonization · diversity · equity · inclusion

Background

The Canadian Critical Care Society (CCCS) is committed to promoting Equity, Diversity, Decolonization, and Inclusion (EDDI) as foundational principles for our organization and how we approach the practice of critical care medicine (CCM) in Canada. We aim to promote EDDI in five key domains relevant to CCM: 1) clinical practice, 2) education, 3) research and innovation, 4) administration and governance, and 5) community engagement.

The CCCS is uniquely positioned as our Canadian national professional CCM society to lead by example and engage Canadian CCM practitioners to meaningfully integrate EDDI through policy and advocacy. Since its inception in 1978, the CCCS has been a socially progressive society.¹ As the Canadian national CCM specialty society, we represent multidisciplinary adult and pediatric critical care physicians, trainees, and allied health team members. In 2018, the CCCS published a diversity policy that advocated for diverse representation on CCCS committees and recommended collecting and reporting of diversity metrics.² In 2023, the CCCS Board of Directors

approved an updated and enhanced CCCS EDDI policy to ensure the principles of EDDI are explicitly integrated into the governance of the CCCS and any events that the CCCS cohosts, supports, formally endorses, or nominates representatives to attend or engage in.

Diversity and inclusion in workplaces enhances innovation, collaboration, productivity, and safety.³ Recently, a diversity gap in the field of CCM has been identified with a particular focus on the need for gender parity.^{4–6} As we move forward, our concept of EDDI in the workplace must strive to be more inclusive and safer for persons of all identities and intersections of identities.

We recognize that critically ill patients are also vulnerable to systemic discrimination and experience disparities in access and clinical outcomes.^{7–12} Further research to better understand the full extent of existing inequities and to inform strategies to prevent these inequities is needed. The CCCS supports knowledge generation through collaboration and advocacy. An enhanced EDDI-focused knowledge translation strategy is underway with a plan for the CCCS to develop and disseminate relevant position statements and recommendations on EDDI-relevant topics, host educational sessions, and amplify proequity and antioppression knowledge to its membership.

Author affiliations appear at the end of this article.

Guiding principles

- We strive for equity in access, outcomes, and well-being for patients, patient caregivers, trainees, and health care providers in all facets of CCM.
- Decolonization should be prioritized as an element of equity-focused work in Canada. The CCCS will seek partnerships with First Nations, Métis, and Inuit/Inuk organizations to better engage in decolonization within CCM.
- We recognize that inclusion of diverse identities and perspectives is a desirable goal but will not occur of its own accord. Consequently, the CCCS will develop policies and procedures and engage in social activism to systemically integrate inclusion and representation in all facets of CCM.
- For CCM providers, trainees, and academics and at leadership tables, diversity in identities that represent underlying population distributions will facilitate equity. This diversity should be measured, reported transparently, and actively promoted.
- Accessibility and inclusion should be supported through knowledge and communication materials produced by the CCCS in both nationally recognized languages (French and English) at a minimum. Translation to additional languages should be considered when engaging with groups or populations who have a primary language that is not French or English.
- The CCCS commits to developing a process for ensuring the safety and inclusion of CCCS members at any educational or scientific events that it promotes, supports, or endorses.
- The CCCS commits to a reflexive approach and acknowledges that we will learn and refine our policies with time. Guided by the principles of EDDI, we will advocate for our patients and our colleagues to the best of our abilities.

Position statement

To ensure that EDDI is integrated into CCM clinical practice, scholarly work, education, administration, and governance across Canada, the following actions, goals, and recommendations are supported.

Clinical practice

The CCCS will work to advance the integration and promotion of EDDI into the clinical practice of CCM for:

- Critical care medicine physicians

1. By advocating for specific mentorship opportunities for members of equity-deserving populations.
 2. By conducting interval pan-Canadian environmental data scans of CCM provider sociodemographics to better understand the diversity of practicing CCM providers in Canada.
 3. By acting as a point of knowledge translation for current issues at the intersection of EDDI and CCM.
 4. By recommending that CCM programs integrate EDDI considerations including implicit bias training into their promotions, recruitment, and hiring processes.
- Patients and caregivers
 1. By developing and implementing a tool for enhanced, harmonized collection of sociodemographic variables for patients in intensive care units to better measure and mitigate CCM health inequities.
 2. By generating recommendations for engagement of equity-deserving patients and/or patient caregivers in equity-related quality improvement innovations and/or policy development.

Education

Insufficient health care worker training in cultural humility, implicit bias, and antioppression theory has been well documented, as have gaps in medical knowledge concerning equity-deserving population-specific groups.¹³

In 2022, the CCCS updated its minimum requirements for diversity and representation for planning committees and speakers at educational events and mandates these as a requirement for endorsement.

In 2022/2023, we developed and provided suggested sociodemographic variable collection tools for educational events to enable evaluation of diversity in participants.

The CCCS further recommends that:

1. Training in EDDI including cultural humility, implicit bias, and antioppression training should be required for all who practice CCM. The CCCS will curate a collection of EDDI educational resources (weblinks) and materials that will be shared with the members of the CCCS on the CCCS website and via communications.
2. The CCM Specialty Committee within the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada integrate cultural humility, implicit bias, and antioppression into the design and assessment of competencies to be achieved for certification in CCM.

3. Critical care medicine residency training programs critically review their educational curricula to ensure that content (including clinical simulation scenarios, written and oral examinations) are inclusive and nondiscriminatory in patient and illness descriptions. A national survey of Canadian CCM residency training programs should be conducted to assess current EDDI considerations.
4. Critical care medicine residency training programs integrate EDDI considerations including implicit bias training into their residency selection and admissions process.
5. Critical care medicine educational materials explicitly consider and integrate accessible options for delivery to individuals with a range of abilities.
6. The CCCS supports equitable access to CCM continuing medical educational materials through partnership with Corpus Continulus.

Research and innovation

The CCCS supports the integration of EDDI principles through partnership and collaboration with the Canadian Critical Care Trials Group (CCCTG) and has specifically collaborated with the CCCTG on their own policy regarding the integration of EDDI principles into CCCTG endorsed research programs. The CCCS also mandates minimum diversity and representation requirements at scientific assemblies and conferences that it endorses. The CCCS intends to:

1. Launch a CCCS EDDI Abstract Award to recognize outstanding EDDI-relevant research presented at the CCCF.
2. Recommend dedicated space at CCM conferences for EDDI topics and projects.
3. Partner with the *Canadian Journal of Anesthesia* to publish its CCCS EDDI policy statement and future position statements.
4. Seek additional funding to support EDDI in research team composition.

Administration and governance

In 2022, the CCCS added a new role to its Board of Directors with a position for a Director of EDDI to better integrate and promote the principles of EDDI. This led to the formation of a CCCS EDDI Committee with diverse representation of CCCS members across Canada. In 2022, the CCCS substantially updated and expanded its diversity policy to expand equity promotion for multiple social

identities. Future steps for the CCCS EDDI Committee include:

1. Transparent and public commitments to EDDI (diversity policy, other EDDI-related content) through this position statement, and in postings on the CCCS website and in social media.
2. Establish processes for expanded sociodemographic variable collection for CCCS members and attendees at conferences that we cohost to better track and promote membership diversity.
3. Mandatory training in cultural humility, implicit bias, and antioppression for all CCCS Board members.
4. Adoption of a recommendation that CCCS members complete directed learnings in cultural humility, implicit bias, and antioppression.

Patient, public, and community engagement

The CCCS will continue to serve as a hub for interdisciplinary CCM providers including physicians, physicians in training, nurses, respiratory therapists, pharmacists, and other allied health providers and promote inclusion and diverse engagement in the Canadian CCM community.

We will also seek partnerships with international CCM organizations to nurture CCM collaboration globally. The CCCS recognizes the importance of engagement with equity-deserving and/or systemically marginalized communities when undertaking health equity work. The CCCS advocates that organizations and institutions develop a patient, public, and community engagement strategy so that the lived experience of equity-deserving people can be integrated into EDDI-focused work. To promote an inclusive and diverse CCM community the CCCS will:

1. Aim to expand the CCCS membership while promoting membership diversity.
2. Develop a knowledge translation strategy for EDDI content including CCCS website and social media platforms in collaboration with the CCCS Knowledge Translation Committee.
3. Develop and conduct webinars on EDDI-relevant topics in CCM.
4. Develop and disseminate recommendations for the explicit enhancement of EDDI through policies and procedures at the Canadian Critical Care Forum and the Canadian Critical Care Review course.
5. Partner with international CCM organizations to identify opportunities for collaboration and engagement on EDDI-related work.

Énoncé de position de la Société canadienne de soins intensifs sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la décolonisation

Contexte

La Société canadienne de soins intensifs (SCSI) s'est engagée à promouvoir l'équité, la diversité, l'inclusion et la décolonisation (EDID) en tant que principes fondamentaux de notre organisation et de la façon dont nous abordons la pratique de la médecine des soins intensifs (SI) au Canada. Notre objectif est de promouvoir l'EDID dans cinq domaines clés pertinents pour les soins intensifs : 1) la pratique clinique, 2) l'éducation, 3) la recherche et l'innovation, 4) l'administration et la gouvernance, et 5) l'engagement communautaire.

La SCSI est particulièrement bien placée en tant que société professionnelle nationale canadienne de soins intensifs pour donner l'exemple et intéresser les intensivistes au Canada à intégrer de manière significative l'EDID par le biais de politiques et de plaidoyers. Depuis sa création en 1978, la SCSI a toujours été une société socialement progressiste.¹ En tant que société nationale canadienne de spécialistes en médecine des soins intensifs, nous représentons des médecins multidisciplinaires en soins intensifs adultes et pédiatriques, des stagiaires et des membres des équipes paramédicales. En 2018, la SCSI a publié une politique sur la diversité qui préconisait une représentation diversifiée au sein des comités de la SCSI et recommandait la collecte et la communication de mesures de la diversité.² En 2023, le conseil d'administration de la SCSI a approuvé une politique sur l'EDID au sein de la SCSI mise à jour et améliorée pour s'assurer que les principes d'EDID sont explicitement intégrés dans la gouvernance de la Société et de tout événement que la SCSI coorganise, soutient, approuve officiellement ou dans tout événement auquel des représentant-es nommé-es assistent ou participent.

La diversité et l'inclusion en milieu de travail améliorent l'innovation, la collaboration, la productivité et la sécurité.³ Récemment, des lacunes en matière de diversité dans le domaine des soins intensifs ont été identifiées, avec un accent particulier sur la nécessité d'une meilleure parité entre les sexes.⁴⁻⁶ À mesure que nous progressons, notre concept d'EDID en milieu de travail doit s'efforcer d'être plus inclusif et plus sécuritaire pour toutes les personnes, quelle que soit leur identité ou leur intersection d'identités.

Nous reconnaissons que les patients et patientes gravement malades sont également vulnérables à la discrimination systémique et sont confronté-es à des disparités en matière d'accès et d'issues cliniques.⁷⁻¹² D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre toute l'étendue des iniquités existantes et éclairer des stratégies visant à prévenir ces iniquités. La SCSI soutient la production de connaissances par la collaboration et la défense des intérêts. Une stratégie améliorée d'application des connaissances axée sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la décolonisation est en cours. Cette stratégie comprend un plan pour que la SCSI élabore et diffuse des énoncés de position et des recommandations ad hoc sur des sujets pertinents en matière d'EDID, organise des séances éducatives et accroisse les connaissances pro-équité et anti-oppression de ses membres.

Principes de base

- Nous visons l'équité dans l'accès, les issues et le bien-être des patientes et patients, des soignants et soignantes, des stagiaires et des prestataires de soins de santé dans tous les aspects de la médecine de soins intensifs.
- La décolonisation devrait être priorisée comme un élément du travail axé sur l'équité au Canada. La SCSI cherchera à établir des partenariats avec des organisations des Premières Nations, des Métis et des Inuits afin de mieux participer à la décolonisation au sein de la médecine des soins intensifs.
- Nous reconnaissons que l'inclusion d'identités et de perspectives diverses est un objectif souhaitable, mais qu'elle ne se produira pas de son propre chef. Par conséquent, la SCSI élaborera des politiques et des procédures et s'impliquera dans l'activisme social afin d'intégrer de manière systématique l'inclusion et la représentation dans toutes les facettes des soins intensifs.
- Pour les prestataires de soins intensifs, les stagiaires et les universitaires et aux tables de direction, la diversité des identités qui représentent les répartitions sous-jacentes de la population facilitera l'équité. Cette diversité devrait être mesurée, communiquée de manière transparente et activement encouragée.
- L'accessibilité et l'inclusion devraient être soutenues par des connaissances et du matériel de communication produits par la SCSI dans les deux langues reconnues à l'échelle nationale (français et anglais) au minimum. La traduction vers d'autres langues devrait être envisagée lors de la communication avec des groupes ou des

populations dont la langue principale n'est ni le français ni l'anglais.

- La SCSI s'engage à élaborer un processus pour assurer la sécurité et l'inclusion des membres de la SCSI lors de tout événement éducatif ou scientifique qu'elle promeut, soutient ou appuie.
- La SCSI s'engage à utiliser une approche réflexive et reconnaît que nous apprendrons et affinerons nos politiques au fil du temps. Guidé-es par les principes de l'équité, de la diversité, de l'inclusion et de la décolonisation, nous défendrons nos patient-es et nos collègues au mieux de nos capacités.

Énoncé de position

Pour s'assurer que les principes d'EDID sont intégrés à la pratique clinique, aux travaux universitaires, à l'éducation, à l'administration et à la gouvernance en médecine des soins intensifs partout au Canada, les mesures, les objectifs et les recommandations suivants sont appuyés.

Pratique clinique

La SCSI travaillera à faire progresser l'intégration et la promotion de l'équité, de la diversité, de l'inclusion et de la décolonisation dans la pratique clinique des soins intensifs pour :

- Les intensivistes
 1. En privilégiant des possibilités de mentorat spécifiques pour les membres des populations dignes d'équité.
 2. En effectuant des analyses des données environnementales rétrospectives pancanadiennes des prestataires de soins intensifs afin de mieux comprendre la diversité des praticiennes et praticiens de soins intensifs au Canada.
 3. En agissant comme point de transfert des connaissances en ce qui a trait aux enjeux actuels à l'intersection de l'EDID et de la médecine des soins intensifs.
 4. En recommandant que les programmes de soins intensifs intègrent les considérations en matière d'équité, de diversité, d'inclusion et de décolonisation, y compris de la formation sur les préjugés implicites, dans leurs processus de promotion, de recrutement et d'embauche.
- Les patient-es et les soignant-es
 1. En élaborant et en mettant en œuvre un outil pour une collecte améliorée et harmonisée de variables

sociodémographiques pour les personnes soignées dans les unités de soins intensifs afin de mieux mesurer et atténuer les inégalités en matière de santé dans la médecine des soins intensifs.

2. En formulant des recommandations pour l'engagement des patient-es et/ou des soignant-es dignes d'équité dans les innovations en matière d'amélioration de la qualité et/ou l'élaboration de politiques liées à l'équité.

Éducation

La formation insuffisante des personnes travaillant dans le domaine de la santé en matière d'humilité culturelle, de préjugés implicites et de théorie anti-oppression a été bien documentée, tout comme les lacunes dans les connaissances médicales concernant les groupes spécifiques dignes d'équité dans la population.¹³

En 2022, la SCSI a mis à jour ses exigences minimales en matière de diversité et de représentation dans les comités de planification et parmi les conférenciers et conférencières lors d'événements éducatifs et les impose comme exigence d'approbation.

En 2022-2023, nous avons élaboré et suggéré des outils de collecte de variables sociodémographiques pour les événements éducatifs afin de pouvoir évaluer la diversité des personnes y participant.

La SCSI recommande en outre que :

1. Une formation en matière d'EDID, comportant de la formation portant spécifiquement sur l'humilité culturelle, les préjugés implicites et la formation anti-oppression, soit exigée pour toutes les personnes qui pratiquent la médecine des soins intensifs. La SCSI éditera une collection de ressources éducatives portant sur l'EDID (liens Web) et de matériel qui seront partagés avec les membres de la SCSI sur son site Web et par le biais de communications.
2. Le comité de spécialité de médecine des soins intensifs du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada intègre l'humilité culturelle, les préjugés implicites et la lutte contre l'oppression dans la conception et l'évaluation des compétences à acquérir pour la certification en médecine des soins intensifs.
3. Les programmes de résidence en médecine des soins intensifs examinent de façon critique leurs programmes d'études pour s'assurer que le contenu (y compris les scénarios de simulation clinique, les examens écrits et oraux) est inclusif et non discriminatoire dans les descriptions des patient-es et des maladies. Une enquête nationale sur les programmes canadiens de résidence en médecine des

soins intensifs devrait être menée afin d'évaluer les considérations actuelles en matière d'EDID.

4. Les programmes de résidence en médecine des soins intensifs intègrent des considérations pertinentes à l'EDID, y compris de la formation sur les préjugés implicites, dans leur processus de sélection et d'admission des résidents et résidentes.
5. Le matériel éducatif de médecine des soins intensifs envisage explicitement et intègre des options accessibles pour la prestation aux personnes ayant un éventail de capacités.
6. La SCSi soutienne un accès équitable au matériel de formation médicale continue de médecine des soins intensifs grâce à un partenariat avec Corpus Continulus.

Recherche et innovation

La SCSi appuie l'intégration des principes d'EDID via son partenariat et sa collaboration avec le Groupe canadien de recherche en soins intensifs (CCCTG) et a spécifiquement collaboré avec le CCCTG sur sa propre politique concernant l'intégration de ces principes dans les programmes de recherche approuvés par le CCCTG. La SCSi impose également des exigences minimales en matière de diversité et de représentation lors des assemblées et conférences scientifiques qu'elle appuie. La SCSi a l'intention de :

1. Lancer un prix pour le Résumé de la SCSi en matière d'EDID pour reconnaître les recherches exceptionnelles pertinentes pour ces principes présentées lors du Forum canadien sur les soins intensifs (CCCF).
2. Recommander un espace dédié lors des conférences en médecine des soins intensifs pour les sujets et les projets liés aux principes d'EDID.
3. S'associer au *Journal canadien d'anesthésie* pour publier l'énoncé de politique en matière d'EDID de la SCSi et ses futurs énoncés de position.
4. Rechercher des fonds supplémentaires pour soutenir l'EDID dans la composition de l'équipe de recherche.

Administration et gouvernance

En 2022, afin de mieux intégrer et promouvoir ces principes, la SCSi a ajouté un nouveau poste à son conseil d'administration, soit celui de responsable de l'EDID. Cela a mené à la formation d'un comité sur l'EDID au sein de la SCSi, avec une représentation diversifiée des membres de la SCSi à travers le Canada. En 2022, la SCSi a considérablement mis à jour et élargi sa

politique de diversité afin d'élargir la promotion de l'équité pour englober de multiples identités sociales. Les prochaines étapes du Comité sur l'EDID de la SCSi sont les suivantes :

1. S'engager de manière transparente et publique à l'égard de l'EDID (politique de diversité, autre contenu lié) par le biais du présent énoncé de position, dans les publications sur le site Web de la SCSi, et dans les médias sociaux.
2. Établir des processus visant à élargir la collecte de variables sociodémographiques pour les membres de la SCSi et les personnes participant aux conférences que nous coorganisons afin de mieux suivre et promouvoir la diversité des membres.
3. Rendre obligatoire une formation sur l'humilité culturelle, les préjugés implicites et l'anti-oppression pour tous les membres du conseil d'administration de la SCSi.
4. Adopter une recommandation voulant que les membres de la SCSi suivent des apprentissages dirigés sur l'humilité culturelle, les préjugés implicites et l'anti-oppression.

Engagement de la patientèle, du public et de la communauté

La SCSi continuera de servir de pôle pour les prestataires interdisciplinaires de médecine des soins intensifs, y compris les médecins, les médecins en formation, le personnel infirmier, les inhalothérapeutes, les pharmaciennes et autres prestataires paramédicaux, et de promouvoir l'inclusion et l'engagement diversifié dans la communauté canadienne de médecine des soins intensifs.

Nous chercherons également à établir des partenariats avec des organisations internationales de médecine des soins intensifs afin de favoriser la collaboration à l'échelle mondiale. La SCSi reconnaît l'importance de l'engagement auprès des communautés dignes d'équité et/ou qui sont systématiquement marginalisées lorsqu'elles entreprennent un travail sur l'équité en santé. La SCSi préconise que les organisations et les établissements élaborent une stratégie d'implication de la patientèle, du public et de la communauté afin que l'expérience vécue des personnes dignes d'équité puisse être intégrée au travail axé sur l'EDID. Pour promouvoir une communauté inclusive et diversifiée en médecine des soins intensifs, la SCSi :

1. Visera à élargir le nombre de membres de la SCSi tout en promouvant la diversité des membres.
2. Élaborera une stratégie de transfert des connaissances pour le contenu touchant à l'EDID, y compris sur le site Web de la SCSi et sur les plateformes de médias

sociaux, en collaboration avec le Comité d'application des connaissances de la SCSI.

3. Élaborera et organisera des webinaires sur des sujets pertinents pour l'EDID en médecine des soins intensifs.
4. Élaborera et diffusera des recommandations pour l'amélioration explicite de l'EDID au moyen de politiques et de procédures lors du Forum canadien sur les soins intensifs et du Cours canadien de revue des soins intensifs.
5. Établira des partenariats avec des organisations internationales de médecine des soins intensifs pour identifier les possibilités de collaboration et d'implication dans le travail lié à l'EDID.

Author contributions All authors contributed to the development of this position statement and confirm that it represents our position as the Board of Directors and the Equity, Diversity, Decolonization & Inclusion Committee of the Canadian Critical Care Society.

Disclosures All authors confirm they have no relevant disclosures.

Funding statement There was no funding associated with this manuscript.

Editorial responsibility This submission was handled by Stephan K. W. Schwarz, Editor-in-Chief, *Canadian Journal of Anesthesia*.

Contributions des auteurs et autrices Toutes les personnes dont le nom apparaît ici ont contribué à l'élaboration de cet énoncé de position et confirment qu'il représente notre position en tant que conseil d'administration et que Comité sur l'EDID de la Société canadienne de soins intensifs.

Déclaration Tous les personnes ayant contribué à cet énoncé confirment qu'elles n'ont pas de divulgations pertinentes.

Déclaration de financement Il n'y a eu aucun financement associé à ce manuscrit.

Responsabilité éditoriale Ce manuscrit a été traité par Dr Stephan K.W. Schwarz, rédacteur en chef, *Journal canadien d'anesthésie*.

References

1. *Canadian Critical Care Society*. History of CCCS. Available from URL: <https://canadiancriticalcare.org/History-of-CCCS> (accessed February 2023).
2. *Canadian Critical Care Society*. Canadian Critical Care Society diversity policy. Available from URL: <https://canadiancriticalcare.org/resources/Documents/3.%20CCCS%20Diversity%20Policy%2011%20April%202018.pdf> (accessed February 2023).
3. *Apple*. Inclusion & diversity. Available from URL: <https://www.apple.com/diversity/> (accessed February 2023).
4. Mehta S, Burns KEA, Machado FR, *et al*. Gender parity in critical care medicine. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 196: 425–9. <https://doi.org/10.1164/rccm.201701-0076cp>
5. Mehta S, Rose L, Cook D, Herridge M, Owais S, Metaxa V. The speaker gender gap at critical care conferences. *Crit Care Med* 2018; 46: 991–6. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003114>
6. Parsons Leigh J, de Grood C, Brundin-Mather R, *et al*. Identification and assessment of strategies to address gender inequity in the specialty of critical care medicine: a scoping review, modified consensus process, and stakeholder meeting. *Crit Care Explor* 2022; 4: e0612. <https://doi.org/10.1097/ccce.0000000000000612>
7. McGowan SK, Sarigiannis KA, Fox SC, Gottlieb MA, Chen E. Racial disparities in ICU outcomes: a systematic review. *Crit Care Med* 2022; 50: 1–20. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000005269>
8. Bartlett E, Greenwood-Erickson M. Indigenous health inequities arising from inadequate transfer systems for patients with critical illness. *JAMA Heal Forum* 2022; 3: e223820. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.3820>
9. Kaushik R, Ferrante LE. Long-term recovery after critical illness in older adults. *Curr Opin Crit Care* 2022; 28: 572–80. <https://doi.org/10.1097/mcc.0000000000000981>
10. Flower L, Cheung A, Connal S, *et al*. Management of transgender patients in critical care. *J Intensive Care Soc* 2022; <https://doi.org/10.1177/17511437221145102>
11. Bierman AS. Sex matters: gender disparities in quality and outcomes of care. *CMAJ* 2007; 177: 1520–1. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071541>
12. Fowler RA, Sabur N, Li P, *et al*. Sex- and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care. *CMAJ* 2007; 177: 1513–9. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071112>
13. Leeies M, Grunau B, Askin N, *et al*. Equity-relevant sociodemographic variable collection in emergency medicine: a systematic review, qualitative evidence synthesis, and recommendations for practice. *Acad Emerg Med* 2022; <https://doi.org/10.1111/acem.14629>

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Springer Nature or its licensor (e.g. a society or other partner) holds exclusive rights to this article under a publishing agreement with the author(s) or other rightsholder(s); author self-archiving of the accepted manuscript version of this article is solely governed by the terms of such publishing agreement and applicable law.

M. Leeies, MD, FRCPC, MSc (✉) ·

C. S. Hrymak, MD, FRCPC, MScHQ
Section of Critical Care Medicine, University of Manitoba,
Winnipeg, MB, Canada
e-mail: murdoch.leeies@umanitoba.ca

Department of Emergency Medicine, University of Manitoba,
S203 Medical Services Building, 750 Bannatyne Ave, Winnipeg,
MB R3E 0W2, Canada

S. Valiani, MD, FRCPC, MSc
Department of Medicine, University of Saskatchewan,
Saskatoon, SK, Canada

V. Prakash, MD, MHSc, FRCPC
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

W. M. R. Haddara, BScPharm, MD, FRCPC, MMed
Division of Critical Care Medicine, Western University, London,
ON, Canada

Critical Care Medicine Program, London Health Sciences
Centre, London, ON, Canada

R. Taneja, MBBS, MD, FFARCSI, FRCA, FRCPC
Division of Critical Care Medicine, Western University, London,
ON, Canada

Department of Anesthesia and Perioperative Medicine, Western
University, London, ON, Canada

K. G. Whittemore, MBBS, FRCPC
Department of Medicine, University of Saskatchewan,
Saskatoon, SK, Canada

Department of Critical Care, Regina General Hospital, Regina,
SK, Canada

G. Vazquez-Grande, MD, PhD, CCSEAP ·

B. N. Paunovic, MD, FRCPC
Section of Critical Care Medicine, University of Manitoba,
Winnipeg, MB, Canada

R. E. MacRedmond, MB, MRCPI, MD, FRCPC
Critical Care Medicine, St. Paul's Hospital, Vancouver, BC,
Canada

Division of Critical Care Medicine, The University of British
Columbia, Vancouver, BC, Canada

J. Downar, MDCM, MHSc, FRCPC
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

Division of Palliative Care, University of Toronto, Toronto, ON,
Canada

C. A. Farrell, MD, FRCPC

Division of Pediatric Intensive Care, Centre Hospitalier
Universitaire de Sainte-Justine, Montreal, QC, Canada

Department of Pediatrics, Université de Montréal, Montreal, QC,
Canada

S. Murthy, MDCM, MHSc, FRCPC
Faculty of Medicine, The University of British Columbia,
Vancouver, BC, Canada

B. A. Haroon, MD, FRCPC, Med
Department of Critical Care, Dalhousie University, Halifax, NS,
Canada

C. DosSantos, MD, MSc, FRCPC
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital,
Toronto, ON, Canada

J. Waechter, MD, FRCPC
Department of Critical Care Medicine, University of Calgary,
Calgary, AB, Canada

Department of Anesthesiology, Perioperative & Pain Medicine,
University of Calgary, Calgary, AB, Canada

B. Rochweg, MD, MSc, FRCPC
Department of Medicine, Department of Health Research
Methods, Evidence & Impact, McMaster University, Hamilton,
ON, Canada

F. D'Aragnon, MD, MSc, FRCPC
Department of Anesthesiology, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, QC, Canada

Centre de Recherche du Centre Hospitalier, Universitaire de
Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

K. E. A. Burns, MD, FRCPC, MSc
Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University
of Toronto, Toronto, ON, Canada

Department of Critical Care Medicine, University of Calgary,
Calgary, AB, Canada

Division of Critical Care, Department of Medicine, Unity Health
Toronto – St. Michael's Hospital, Toronto, ON, Canada