



Canadian anesthesiologists: it's high time to unmask the physician behind the drapes

Lucie Filteau, MD, FRCPC 

Received: 21 February 2023 / Revised: 21 February 2023 / Accepted: 22 February 2023 / Published online: 10 August 2023
© Canadian Anesthesiologists' Society 2023

In this issue of the *Journal*, Neilipovitz *et al.*¹ report the results of a survey looking at the Canadian public perception of anesthesiologists. I want to congratulate the authors on having both the curiosity and the *courage* to explore this. What did they find? Their results revealed that *over half* of the respondents, which were deemed to be representative of the Canadian public, did not identify general anesthesia providers as physicians. Furthermore, this percentage did not improve with higher levels of education or even with previous exposure to anesthesia. As is pointed out in the article, these results are quite comparable to those found in other countries, so this issue is indeed a systemic one. That being said, the authors did report that most respondents (77%) had a favourable impression of anesthesiologists (21% of the remaining patients had an unknown impression). This favourable impression percentage increased to 90% in those who had recent surgery. This strongly suggests that patients in Canada are very satisfied with the quality of the anesthesia care they received, despite many lacking awareness of the anesthesia provider's training.

Let's be honest. It's not a big shock to discover that our patients are unaware that Canadian anesthesia providers are physicians. We encounter this, not infrequently, in our day-to-day interactions with patients. Whenever I introduce myself, I open with: "I'm Dr. Filteau. I am the *doctor* that will be giving you your anesthetic." (Yes, the emphasis is

intentional). Occasionally, eyebrows go up. "You need to be a doctor to do that?" I never miss this opportunity to explain to patients that being a specialist anesthesiologist in this country requires five additional years of training after medical school. I'd like to think that many of my colleagues do the same and proudly represent our specialty as being part of the medical profession. Thus, it's rather surprising, and extremely disappointing, to discover the deep pervasiveness of this knowledge gap among members of the public. The fact that almost a quarter of respondents actually believed their anesthesia provider to be a technician certainly suggests a lack of understanding of the complexity of anesthesia delivery. Patients receive medications, then "fall asleep" and later they wake up. Alternatively, they simply "get an injection" and cannot feel their limbs until after the surgery is done. Simple! If one can master the hands-on techniques, then surely a skilled technician can give an anesthetic, right? This belief shows a complete lack of appreciation for the sophisticated knowledge (anatomy, physiology, pathophysiology, pharmacology, and understanding of surgical procedures) and judgement required to deliver anesthetics. Hence, "anesthesia" remains a mysterious black box to all but anesthesia providers and a smooth, expertly administered anesthetic typically goes unnoticed. We pull off amazing feats, getting extremely sick patients (with limited physiologic reserve) successfully through major surgeries. Very few around us realize that what we accomplished is both complicated and, on some days, nothing short of miraculous.

Why is it that we don't showcase this sheer level of skill, knowledge, and judgement that took years to hone? I believe one reason that we don't actively promote what we do is that we don't tend to seek out external accolades as a means of obtaining satisfaction from our work. The inner

L. Filteau, MD, FRCPC (✉)

Department of Anesthesiology and Pain Medicine, The Ottawa Hospital, Civic Campus, 1053 Carling Ave., Ottawa, ON K1Y 4E9, Canada

Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada

e-mail: lfilteau@toh.ca

rewards are fulfilling enough. This “low profile” specialty largely attracts individuals who simply love the nature of the work itself and are happy to do it without any hint of recognition from others. I suspect another reason why we downplay the complexity of administering an anesthetic is because of our compassion for our patients. During our preoperative visits, one of our goals is to reassure patients and reduce their anxiety about an upcoming procedure. I cannot imagine delivering a preop spiel that would include: “... and then I will give you a mixture of medications that will put you in a coma and essentially shut down all of your critical bodily functions. I will put you on life support and control your breathing, blood pressure, heart beats, muscle function, hydration, and temperature ...” Surely, this frank discussion about what receiving an anesthesia involves would have the opposite effect! So then, we simplify the explanation, which is in the patient’s best interest psychologically, yet at our own specialty’s expense.

Unfortunately, this chronic collective self-effacement is not limited to our interactions with the general public. It also extends to our health care colleagues, hospital administrators, and governments. This has led to a widespread underestimation of exactly what we do (and the education/training required to do it well). The natural consequence is that some hospital and government-level decision makers believe that we can easily be replaced by nonphysician anesthesia providers, without any impact to the quality and safety of patient care. To address the mounting surgical backlog, some provinces are looking to introduce independent nonphysician anesthesia providers. Some centres are shifting to a 2:1 delivery model whereby an anesthesiologist oversees the simultaneous administration of general/neuraxial anesthesia in more than one operating room (OR) (each staffed by anesthesia assistants). Both of these options represent a significant departure from the anesthesia care that Canadians have been accustomed to receiving since the dawn of the specialty in our country.

Taking on the task of trying to better inform the public about who we are and what we do certainly has its merits. Nevertheless, I’m not convinced that such a massive awareness campaign, *even* if successful, would yield a strong public demand to maintain our current standard of anesthesia delivery from physician providers. Realistically, patients are facing many other significant challenges in accessing health care (e.g., getting a family physician or timely emergency room care) that takes precedence in their lobbying for government action. Our efforts to educate would be more wisely focused on health care decision makers at both the hospital and government level. At the Canadian Anesthesiologists’ Society (CAS), in addition to publishing the annually revisited Guidelines to the Practice of Anesthesia,² we are stepping up our advocacy activities

and are reaching out to provincial policy makers. We have recently created a Public Affairs Committee to continue these efforts with better focus and consistency.

There is no easy fix to tackling the surgical backlog in the setting of an anesthesiologist shortage. A multipronged approach is required, which includes both short- and long-term strategies, to maintain the Canadian model of physician administered anesthesia. Our Public Affairs Committee recommendations include:

- A significant increase in the number of anesthesia residency training positions
- A streamlining of the process to assess and license foreign-trained anesthesiologists
- An increase in the number of trained anesthesia assistants to better support physician anesthesia providers in the delivery of safe and efficient anesthesia care
- Redirection of some surgical procedures, where possible, to underused centres
- Development of more high efficiency day surgery units to offload the demands on hospitals (this initiative must be carried out in collaboration with hospitals and must not result in reduction/depletion of hospital staff who are needed to manage more complex and emergency surgical care)
- Enhancing supports to physician anesthesia providers to reduce burnout/dropout (with particular attention to supports for rural and remote physicians, to enable delivery of care in patients’ own communities, when appropriate)
- Investment in institution-specific OR efficiency assessments; identifying and addressing key institution-specific bottlenecks to timely perioperative care
- Recognition of health care worker licensure and credentialing between hospitals/regions/provinces to facilitate more agile movement of workers to areas of greatest need (variable bottlenecks result in some anesthesiologists being idle and available for work when there are operating room closures in their hospitals for other reasons)
- A national health care workforce commission, aimed at more proactive workforce planning to avoid predictable and preventable workforce shortage crises in the future

As much as the CAS needs to participate in this advocacy work, it must also be carried out at the hospital level by *each and every* anesthesiologist involved in decisions impacting anesthesia care. This includes both department leaders and those directly involved in the delivery of anesthesia services. All strategies that help preserve the gold standard of physician-administered

anesthetics in a 1:1 (patient to physician) ratio should be explored and promoted. Frontline anesthesiologists also need to be engaged in identifying the systemic issues impacting perioperative care efficiency. Providing valuable feedback on the bottlenecks will better enable hospitals to address the backlog through a more effective use of the limited human resources. A fundamental change in the well-established, high quality Canadian anesthesia delivery model should not be undertaken lightly, as a result of these recently escalated production pressures.

Despite not being recognized as physicians by our patients, we are a specialty that has a longstanding track record of advocating for our patients on a daily basis and prioritizing and promoting safe perioperative care. I genuinely hope that we all draw on and exercise this skill at this critical juncture, even if it requires us to step out from behind the drapes to do so.

Anesthésiologistes du Canada : il est grand temps d'ouvrir les rideaux et de démasquer le-la médecin qui se cache derrière!

Dans ce numéro du *Journal*, Neilipovitz *et coll.*¹ présentent les résultats d'un sondage portant sur la perception du public canadien à l'égard des anesthésiologistes. Je tiens à féliciter cette équipe de recherche d'avoir à la fois la curiosité et le *courage* d'explorer ces thématiques. Qu'a-t-on découvert? Leurs résultats ont révélé que *plus de la moitié des personnes* répondantes, jugées représentatives du public canadien, ne pensaient pas que les prestataires d'anesthésie générale étaient des médecins. Qui plus est, ce pourcentage ne s'améliore pas avec des niveaux d'éducation plus élevés ou même avec une exposition antérieure à l'anesthésie. Comme l'article le souligne, ces résultats sont tout à fait comparables à ceux d'autres pays: il s'agit effectivement d'un problème systémique. Cela dit, les autrices et auteurs ont signalé que la plupart des répondant-es (77 %) avaient une impression favorable des anesthésiologistes (21 % des autres patient-es avaient une opinion inconnue/ne savaient pas). Ce pourcentage d'impression favorable a augmenté à 90 % chez les personnes qui avaient récemment bénéficié d'une chirurgie. Cela laisse fortement entendre que la patientèle canadienne est très satisfaite de la qualité des soins d'anesthésie reçus, même si une large proportion n'est pas consciente de la formation des prestataires d'anesthésie.

Soyons honnêtes. Il n'y a pas grand chose de surprenant à découvrir que les personnes que nous soignons ne savent pas qu'au Canada, les prestataires d'anesthésie sont des médecins. Nous rencontrons cela, assez fréquemment, dans nos interactions quotidiennes avec nos patient-es. Chaque fois que je me présente, j'ouvre par : « Je suis Docteur Filteau. Je suis la *docteure* qui va vous anesthésier. » (Et oui, l'emphase est intentionnelle). Parfois, les gens sont étonnés. « Vous devez être médecin pour faire ça? » Je ne manque jamais cette chance de leur expliquer que, pour être anesthésiologiste spécialisée au Canada, j'ai complété cinq années supplémentaires de formation après la médecine. J'aime à penser que beaucoup de mes collègues font de même et représentent fièrement notre spécialité comme faisant partie de la profession médicale. C'est pourquoi il est plutôt surprenant – et extrêmement décevant – de découvrir l'omniprésence de ces lacunes dans les connaissances du public. Le fait que près d'un quart des personnes ayant répondu au sondage croient réellement que leur prestataire d'anesthésie est un-e technicien-ne met certainement le doigt sur un manque criant de compréhension quant à la complexité de l'administration d'une anesthésie. Les patient-es reçoivent des médicaments, « s'endorment », puis se réveillent. Ou alors, on « reçoit simplement une injection » et on ne peut plus sentir ses extrémités jusqu'à la fin de la chirurgie. Aussi simple que ça! S'il est facile de maîtriser les techniques pratiques, alors un-e technicien-ne qualifié-e peut sûrement réaliser une anesthésie, non? Cette croyance montre un manque total d'appréciation pour les connaissances approfondies (anatomie, physiologie, physiopathologie, pharmacologie et compréhension des interventions chirurgicales) et le jugement requis pour administrer une anesthésie. Ainsi, « l'anesthésie » demeure une mystérieuse boîte noire pour toutes et tous, sauf pour les prestataires d'anesthésie, et une anesthésie sans heurts et administrée de manière experte passe généralement inaperçue. Nous réalisons des exploits incroyables, en permettant à des personnes extrêmement malades (avec des réserves physiologiques limitées) de passer au travers de chirurgies majeures sans encombre. Rares sont celles et ceux autour de nous qui réalisent à quel point ce que nous accomplissons est complexe – certains jours, nos exploits sont tout simplement miraculeux.

Comment se fait-il que nous ne mettions pas en valeur ce niveau de compétence pure, de connaissances approfondies et de jugement assuré, lesquels ont pris des années à peaufiner et perfectionner? Selon moi, l'une des raisons pour lesquelles nous ne faisons pas la promotion active de nos réalisations et exploits est que nous n'avons pas tendance à rechercher une validation externe afin d'obtenir satisfaction de notre travail. Les récompenses internes sont suffisamment épanouissantes. Cette spécialité

discrète attire principalement des personnes qui aiment simplement la nature du travail lui-même et sont heureuses de le faire sans aucune trace de reconnaissance de la part des autres. Je soupçonne qu'une autre raison pour laquelle nous minimisons la complexité de l'administration d'une anesthésie réside dans notre compassion pour les personnes que nous soignons. Lors de nos visites préopératoires, l'un de nos objectifs est de les rassurer et de réduire leur anxiété face à l'intervention à venir. Je ne peux pas imaginer avoir une conversation préopératoire avec un-e patient-e et lui annoncer : « ... ensuite je vous donnerai un mélange de médicaments qui vous mettront dans le coma et qui, en gros, interrompront toutes vos fonctions vitales importantes. Je vais vous mettre sous assistance respiratoire et contrôler votre respiration, votre tension artérielle, les battements de votre cœur, votre fonction musculaire, votre hydratation et votre température ... ». Il va sans dire qu'une discussion aussi franche sur ce qui arrive lors d'une anesthésie aurait l'effet inverse! Nous simplifions donc l'explication, dans le meilleur intérêt psychologique de nos patient-es, mais aux dépens de notre spécialité.

Malheureusement, cet effacement collectif chronique ne se limite pas à nos interactions avec le grand public. Il s'étend également à nos collègues des soins de santé, aux directions d'hôpitaux et aux gouvernements. Cela a conduit à une sous-estimation généralisée de ce que notre profession accomplit précisément (et de l'éducation et la formation requises pour bien le faire). La conséquence naturelle est que certaines instances hospitalières et gouvernementales estiment que nous pouvons facilement être remplacé-es par des prestataires d'anesthésie non médecins, sans aucun impact sur la qualité et la sécurité des soins. Pour réduire les retards chirurgicaux croissants, certaines provinces cherchent à introduire des prestataires d'anesthésie indépendant-es non médecins. Certains centres adoptent un modèle de prestation 2:1, dans le cadre duquel l'anesthésiologiste supervise l'administration simultanée d'une anesthésie générale ou neuraxiale dans plus d'une salle d'opération (chacune dotée d'assistant-es en anesthésie). Ces deux options représentent un écart important par rapport aux soins d'anesthésie que la communauté canadienne a l'habitude de recevoir depuis les commencements de notre spécialité au pays.

Certes, il serait méritoire d'essayer de mieux informer le public sur qui nous sommes et ce que nous faisons. Cela dit, je ne suis pas convaincue qu'une campagne de sensibilisation aussi importante, *même* si elle réussissait, entraînerait véritablement une forte demande du public pour maintenir nos standards actuels de prestation d'anesthésie par des médecins. En fait, le public fait face à bon nombre d'autres défis majeurs dans l'accès aux soins de santé (qu'il s'agisse d'obtenir un-e médecin de famille

ou des soins à l'urgence dans un délai raisonnable), et ces défis ont, de façon tout à fait réaliste, préséance dans ses revendications auprès du gouvernement. Nos efforts d'éducation seraient plus judicieusement dirigés vers les instances décisionnaires en matière de soins de santé, tant au niveau hospitalier qu'au niveau gouvernemental. À la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA), en plus de publier le Guide d'exercice de l'anesthésie, qui est révisé chaque année,² nous intensifions nos activités de promotion et nous les transmettons aux responsables des politiques provinciales. Nous avons récemment créé un Comité des affaires publiques pour poursuivre ces efforts avec une concentration et une cohérence améliorées.

Il n'y a pas de solution facile pour s'attaquer à l'arriéré d'accès à la chirurgie dans un contexte de pénurie d'anesthésiologistes. Une approche à plusieurs volets est nécessaire, laquelle comprend des stratégies à court et à long terme, pour maintenir le modèle canadien d'anesthésie administrée par un-e médecin. Voici quelques-unes des recommandations de notre Comité des affaires publiques :

- une augmentation significative du nombre de postes de résidence en anesthésie;
- une simplification du processus d'évaluation et de délivrance de permis aux anesthésiologistes qui ont suivi leur formation à l'étranger;
- une augmentation du nombre d'assistant-es en anesthésie formé-es afin de mieux soutenir les médecins prestataires d'anesthésie pour l'administration de soins anesthésiques sécuritaires et efficaces;
- la réorientation de certaines interventions chirurgicales, dans la mesure du possible, vers des centres sous-utilisés;
- la mise au point d'unités de chirurgie d'un jour plus efficaces pour alléger le fardeau des hôpitaux (cette initiative doit être menée en collaboration avec les hôpitaux et ne doit pas entraîner de réduction ou de déplétion du personnel hospitalier nécessaire à la prise en charge de soins chirurgicaux plus complexes et urgents);
- l'amélioration des soutiens aux médecins prestataires d'anesthésie afin de réduire l'épuisement et l'abandon professionnel (en portant une attention particulière aux soutiens destinés aux médecins travaillant en milieu rural et dans les régions éloignées, afin de permettre la prestation de soins au sein-même des communautés lorsque possible);
- l'investissement dans des évaluations de l'efficacité des SOP propres à chaque établissement; l'identification et l'élimination des principaux goulots d'étranglement propres à chaque établissement qui

freinent la prestation de soins périopératoires en temps opportun;

- la reconnaissance des certifications et permis d'exercer du personnel de la santé entre les hôpitaux, les régions et les provinces afin de faciliter un déplacement plus rapide des professionnel·les vers les régions où les besoins sont les plus criants (divers goulots d'étranglement ont pour conséquence que certain·es anesthésiologistes sont disponibles mais ne travaillent pas lorsqu'il y a des fermetures de SOP dans leurs établissements pour d'autres raisons);
- une commission nationale sur la main-d'œuvre en soins de santé, visant à une planification plus proactive afin d'éviter des crises de pénurie de main-d'œuvre prévisibles et évitables à l'avenir.

Bien que la SCA doive participer à ce travail de plaidoyer, ces efforts doivent également être déployés au niveau hospitalier par *chaque* anesthésiologiste impliqué·e dans les décisions ayant une incidence sur les soins d'anesthésie. Cela comprend à la fois les directions de département et les personnes directement impliquées dans la prestation des services d'anesthésie. Toutes les stratégies qui aident à préserver l'étalon or des anesthésies administrées par un·e médecin dans un rapport de 1:1 (patient·e-médecin) devraient être explorées et encouragées. Les anesthésiologistes de première ligne doivent également participer à l'identification des problèmes systémiques ayant une incidence sur l'efficacité des soins périopératoires. La fourniture d'une rétroaction précieuse sur les goulots d'étranglement permettra aux hôpitaux de mieux réduire l'arriéré grâce à une utilisation plus efficace des ressources humaines limitées. Un changement fondamental dans le modèle canadien bien établi et de haute qualité pour l'administration de l'anesthésie ne devrait pas être

entrepris à la légère, en conséquence des pressions récemment accrues de rendement.

Bien que nous ne soyons pas reconnu·es comme médecins par notre patientèle, notre spécialité défend quotidiennement ces personnes, et ce depuis longtemps; en outre, la priorisation et la promotion de soins périopératoires sécuritaires sont inscrites dans notre ADN. J'espère sincèrement que nous tirerons toutes et tous parti de cette compétence et que nous l'exercerons à ce moment critique, même si cela nous oblige à sortir de derrière les rideaux pour le faire.

Disclosures None.

Funding statement None.

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

Déclaration Aucune.

Déclaration de financement Aucune.

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

References

1. Neilipovitz D, Cooke-Lauder J, Bryson GL, McIsaac D. Canadian public perception of anesthesiologists. *Can J Anesth* 2023; <https://doi.org/10.1007/s12630-023-02541-z>
2. Dobson G, Chau A, Denomme J et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia—Revised Edition 2023. *Can J Anesth* 2023; 70: 16–55. <https://doi.org/10.1007/s12630-022-02368-0>

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