Under the Hood

Peter Hutten-Czapski, MD[1]

[1]*Scientific Editor CJRM, Haileybury, ON, Canada*

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

The medical publishing field can be opaque. For many readers, that is of little concern; they just need to trust in the process that provides the article that they are reading. But should you?

It is instructive to follow the money. There are journals out there that will publish anything if the author gives them enough money. As a direct result, these predatory journals prove thin in quality. Others are big enough names to draw advertising and institutional subscriptions and hide "intellectual property" from readers with paywalls. Their quality may be high, but they are unlikely to print many rurally relevant articles. We at the CJRM depend on volunteers, and intentionally do not charge authors, or readers (we are freely licensed under creative commons) but are supported by funding from Society of Rural Physicians of Canada membership fees.

Authors upload their work to our manuscript management system at cjrm.ca. Some of the articles are screened out initially due to being out of scope, that is being not relevant to our core readership of Canadian rural generalist physicians.

Suzanne Kingsmill (our managing editor) takes the articles and assigns them to our assistant editors and other reviewers for analysis. Care is taken to ensure that the authors are anonymous and that the editorial process is unbiased. Our reviewers examine each article, determine its strengths and faults and pass on their recommendations to either me as scientific editor or the associate scientific editor (Gordon Brock) for a decision.

Much of the time the reviewers and scientific editor find issues with the work. Often, the rural locale has to be better identified (with rural context being everything) and often, it is best to identify the community (or communities). Other common faults include lack of rural insight. After all, the mere fact that the case occurred in a rural setting does not make the case rural unless there is a description on how rural circumstances altered management.

After scientific review (and successful revision), our managing editor does an English review ensuring that the intent of the writing is clear and follows the proper scientific presentation for a research paper.

After translation (if applicable), the article gets copyedited and sent to be typeset by our printers. A PDF mock-up of the article (lacking only the DOI and page numbers) is sent to the author for final review. Once all questions are answered and the proof is approved, it moves to publication. In the case of the CJRM, this involves both web copies and hard copies that are mailed to subscribers who pay extra.

If you have read this far and you want to contribute articles, or want to apply to become an assistant editor, please contact me.

Received: 24-07-2021 **Revised:** 26-07-2021 **Accepted:** 27-07-2021 **Published:** 06-10-2021

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

How to cite this article: Hutten-Czapski P. Under the hood. Can J Rural Med 2021;26:147-8.

Access this article online

Quick Response Code:

Website: www.cjrm.ca

DOI: 10.4103/cjrm.cjrm_50_21

© 2021 Society of Rural Physicians of Canada | Published by Wolters Kluwer - Medknow

Sous le capot

Peter Hutten-Czapski, MD[1]

[1]*Rédacteur Scientifique, JCMR, Haileybury, ON, Canada*

Correspondance to: Peter Hutten-Czapski, phc@srpc.ca

Le domaine de la publication médicale est parfois bien opaque. Pour de nombreux lecteurs, ce n'est pas un problème; il suffit de faire confiance au processus qui produit l'article qu'ils lisent. Mais est-ce sage?

Suivre l'argent est très instructif. Il existe des revues scientifiques qui publient tout ce qui leur tombe sous la main si l'auteur les paie suffisamment. En conséquence directe, ces revues scientifiques prédateurs sont de très faible qualité. Le nom d'autres est assez connu pour attirer publicité et abonnements institutionnels et cacher la " propriété intellectuelle " de la vue des lecteurs à l'aide de verrous d'accès payants. Leur qualité est peut-être grande, mais il est improbable qu'elles publient beaucoup d'articles pertinents aux régions rurales. Le CJRM dépend de bénévoles et a pris la décision de ne pas faire payer les auteurs ni les lecteurs (nous sommes titulaires d'une licence libre de creative commons), mais nous sommes financés par les cotisations des membres de la SMRC.

Les auteurs téléversent leur travail dans notre système de gestion des manuscrits dont le lien apparaît sur cjrm.ca. Certains articles sont éliminés dès le départ, car le sujet n'est pas pertinent à notre lectorat composé de généralistes canadiens des régions rurales.

Suzanne Kingsmill (notre rédactrice en chef) répartit les articles à nos rédacteurs adjoints et autres réviseurs aux fins d'analyse. Ils prennent le soin d'assurer l'anonymat des auteurs et l'impartialité du processus éditorial. Nos réviseurs examinent chaque article, en déterminent les points forts et les points faibles, et envoient leurs recommandations à moi, l'éditeur scientifique, ou à l'éditeur scientifique adjoint (Gordon Brock) pour prendre une décision.

La plupart du temps, les réviseurs et l'éditeur scientifique découvrent des problèmes dans l'article. Souvent l'emplacement rural doit être mieux identifié (le contexte rural étant primordial) et souvent, il vaut mieux nommer la communauté (ou les communautés). Une autre faute courante est l'absence de perspective rurale. Après tout, le seul fait qu'un cas SE soit produit dans un contexte rural ne signifie pas que le cas soit rural à moins qu'il y ait une description de la façon dont les circonstances rurales ont altéré la prise en charge.

Après une revue scientifique (et révision), notre rédactrice en chef révise la version anglaise pour s'assurer que le message écrit soit clair et respecte la présentation scientifique d'un rapport de recherche en bonne et due forme.

Après traduction en français (le cas échéant), l'article est copié-collé et mis en page et notre imprimeur relit l'épreuve. Une maquette pdf de l'article (qui ne manque que le DOI et la pagination) est envoyée à l'auteur pour un dernier coup d'œil. Après avoir répondu à toutes les questions et avoir approuvé l'épreuve, l'article est publié. Dans le cas du CJRM, cela inclut une version en ligne et des versions papier qui sont postées aux abonnés qui paient un supplément.

Si vous avez lu jusqu'ici et souhaitez soumettre des articles, ou poser votre candidature pour être rédacteur adjoint, veuillez communiquer avec moi.

Gabe Woollam, MD, FCFP, FRRMS[1]

[1]*President Society of Rural Physicians of Canada, Happy Valley Goose Bay, NL, Canada*

Correspondence to: Gabe Woollam, president@srpc.ca

Society of Rural Physicians of Canada
Société de la médecine rurale du Canada

PRESIDENT / PRÉSIDENTE
DR. GABE WOOLLAM - MD
CCFP FCFP FRRMS
Happy Valley Goose Bay, NL

PRESIDENT-ELECT
DR. SARAH LESPÉRANCE - MD, CCFP PETITCODIAC NB

TREASURER/ TRÉSORIER
DR. GAVIN PARKER - BSC, MSC (MED. ED.), M.D., CCFP (FPA), FRRMS
Pincher Creek, AB

SECRETARY / SECRÉTAIRE
DR. ELAINE BLAU, MD CCFP FCFP FRRMS
Tobermory, ON

MEMBER-AT-LARGE
DR. MERRILEE BROWN - MD B.A&SC(HON) CCFP FCFP FFRMS
Assistant Professor Queens, Lecturer UofT, NOSM
Port Perry, ON
DR. SARAH GILES - MD, CCFP (EM), FCFP, FRRMS
KENORA, ON
DR. PAUL DHILLON - MD, CCFP (EM), SECHELT, BC

CHIEF OPERATING OFFICER
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
JENNIFER BARR
SRPC Office, Shawville, Que.

SRPC / SMRC
Box 893, Shawville QC J0X 2Y0; 819 647-7054, 877 276-1949; fax 819 647-2485; info@srpc.ca

srpc.ca

Access this article online

Quick Response Code:

Website: www.cjrm.ca

DOI: 10.4103/cjrm.cjrm_49_21

President's Message. Rural Advocacy

The theme of the cancelled 2020 R and R conference was 'Rural Physician Advocacy'. Our organisation exists because of the powerful advocacy of rural physicians. Over the years, the SRPC and its members have punched above their weight to improve health care for rural Canadians. Through the difficulties of the pandemic, we have continued to make advancements in some important areas of rural health care. These include national physician licensure, virtual care and rural patient transfer.

For several years, the SRPC and our allies have advocated for national physician licensure. Many rural and remote communities depend on physicians from other jurisdictions to provide virtual care and locum relief. This advocacy has continued through the pandemic. In May 2021, the SRPC and other physician groups circulated a letter to all ministers of health calling for action on a national approach to licensure. We also submitted a brief to the House of Commons Standing Committee on Health. This work appears to be garnering attention from decision-makers. The pandemic may prove to be a tipping point in the ongoing work for a system of national licensure.

Virtual care changed our practises significantly over the past year and a half. Many of the improvements are likely to become permanent parts of how we work. While virtual care has improved access for many patients, the rapid uptake has raised important questions. What conditions are most appropriate for virtual care? What platforms work best? How can virtual care support continuity of care for rural patients? These need to be answered with a rural lens and in the context of infrastructure and bandwidth deserts that remain widespread across rural Canada. SRPC has been represented on a national Virtual Care Taskforce and at a recent virtual care stakeholder summit.

The need for patient access to COVID-related critical care has highlighted the reliance on and gaps within the transfer systems for many rural and remote communities. The inadequacies of existing medical transportation infrastructure often leave patients waiting in underserved areas for too long and cause stress for patients, families and transferring physicians. [1] Following the release of our joint *recommendations for improving patient transfer,* [2] the SRPC is planning the next steps in advancing this issue through research and advocacy.

I hope that we can capitalise on the opportunities for change that the pandemic has given us. Canada's post-pandemic rural health care will be better as a result.

REFERENCES

1. Wilson MM, Devasahayam AJ, Pollock NJ, Dubrowski A, Renouf T. Rural family physician perspectives on communication with urban specialists: A qualitative study. BMJ Open 2021;11:e043470.
2. College of Family Physicians of Canada, Society of Rural Physicians of Canada. Call to Action: An Approach to Patient Transfers for Those Living in Rural and Remote Communities in Canada. Online: 2021. Available from: https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/Rural-Road-Map-Call-to-Action-EN-final.pdf. [Last accessed 2021 Jul 15]. 49-21

Received: 18-07-2021 **Revised:** 25-07-2021 **Accepted:** 26-07-2021 **Published:** 06-10-2021

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

How to cite this article: Woollam G. President's Message. Rural Advocacy. Can J Rural Med 2021;26:149-50.

© 2021 Society of Rural Physicians of Canada | Published by Wolters Kluwer - Medknow

Message du président. Promotion Rurale

Gabe Woollam, MD, FCFP, FRRMS[1]

[1]*Président, Society of Rural Physicians of Canada, Happy Valley Goose Bay, NL, Canada*

Correspondance: Gabe Woollam, president@srpc.ca

Le thème de la mouture 2020 de la conférence de médecine rurale et éloignée qui a été annulée était "Promotion du médecin rural". Notre organisation doit son existence à la puissante promotion et sensibilisation des médecins en région rurale. Au fil des ans, la SMRC et ses membres ont déployé un énorme effort pour améliorer les soins de santé aux Canadiens vivant en régions rurales. Malgré les obstacles de la pandémie, nous avons continué de progresser dans des domaines importants des soins ruraux, notamment le permis national d'exercer, la télémédecine et le transfert des patients ruraux.

Depuis plusieurs années, la SMRC et nos alliés font campagne en faveur du permis national d'exercer. De nombreuses communautés rurales et éloignées dépendent en effet de médecins d'autres provinces pour assurer les soins virtuels et les remplacements. Ce travail de sensibilisation s'est poursuivi durant la pandémie. En mai 2021, la SMRC et d'autres groupes de médecins ont fait circuler une lettre à tous les ministres de la Santé appelant à l'action dans le dossier du permis national d'exercer. Nous avons également soumis un mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Ces efforts semblent attirer l'attention des décideurs. La pandémie serait-elle le moment décisif des efforts continus en faveur d'un permis national d'exercer?

Depuis les 18 derniers mois, la télémédecine a significativement changé nos pratiques. Beaucoup de ces améliorations seront dorénavant permanentes dans notre travail. Alors que la télémédecine a amélioré l'accès de beaucoup de patients, son adoption rapide a soulevé d'importantes questions. Quelles affections sont le plus appropriées à la télémédecine? Quelles plateformes fonctionnent le mieux? De quelle façon la télémédecine peut-elle favoriser la continuité des soins des patients en milieu rural? Il faut répondre à ces questions à travers un filtre rural et dans le contexte du désert d'infrastructure et de largeur de bande toujours répandu dans les régions rurales du Canada. La SMRC a siégé à un groupe de travail national sur les soins virtuels et à un récent sommet des intervenants en télémédecine.

Le besoin d'accès des patients à des soins critiques liés à la COVID-19 a mis en lumière notre dépendance aux systèmes de transfert et leurs lacunes dans de nombreuses communautés rurales et éloignées. Les déficiences de l'infrastructure actuelle de transport médical laissent souvent les patients attendre trop longtemps dans les régions mal desservies, ce qui est stressant pour le patient, la famille et le médecin qui demande le transfert[1]. Après la publication conjointe de nos *recommandations pour améliorer le transfert de patients*[2], la SMRC planifie les étapes suivantes pour faire progresser le dossier en recherche et sensibilisation.

J'espère que nous pourrons tirer profit des occasions de changement que la pandémie nous a offertes. Les soins de santé ruraux canadiens après la pandémie n'en seront qu'améliorés.

REFERENCES

1. Wilson MM, Devasahayam AJ, Pollock NJ, Dubrowski A, Renouf T. Rural family physician perspectives on communication with urban specialists: A qualitative study. BMJ Open 2021;11:e043470.
2. College of Family Physicians of Canada, Society of Rural Physicians of Canada. Call to Action: An Approach to Patient Transfers for Those Living in Rural and Remote Communities in Canada. Online: 2021. Available from: https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/Rural-Road-Map-Call-to-Action-EN-final.pdf. [Last accessed 2021 Jul 15].