

A SUCCESSION PLAN IS NEEDED FOR OPERATING ROOM NURSES

Author: Gyslaine Desrosiers, President of the Order of Nurses of Quebec.

Following her Bachelor of Science in Nursing, Gyslaine Desrosiers completed a Masters of Business Administration (MBA) at l'École des Hautes Études Commerciales de l'Université de Montréal. She has been President of the Order of Nurses of Quebec since 1992.

Mrs. Desrosiers is also President of the Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ) and President of the Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF).

This editorial first appeared in the November/December 2007 issue of the OIIQ Journal *Perspective Infirmière* (page 10-11). While it was written with a provincial focus it provides a perspective that is of immense interest to perioperative registered nurses across Canada.

It is reprinted with permission of the author Gyslaine Desrosiers, President of the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (Order of Nurses of Quebec).

Nothing appeals to people's imaginations quite as much as the mysterious goings-on in an operating room—that place where consciousness fades, where the heart stops beating, where blood is shunted through a pump as bones are sawed and nailed back together and the brain is laid bare. Where the soul waits to flow back into a damaged body filled with new hope.

We've all seen the images in TV hospital shows: a stretcher being wheeled away down a long corridor, loved ones clasping the patient's hands, and the anxious faces waiting outside the swinging doors. The doctors and nurses, caps and masks hiding all but their eyes, exchanging meaningful glances expressing wordless concern. And all the time we hear the beep-beep of the heart monitor

and the whooshing of the mechanical ventilator, as gloved hands push aside the organs, cauterize and suture incisions. *Grey's Anatomy* and *House* are two series that take viewers straight into operating rooms these days and leave us all admiring the miracles of modern medicine.

Who are operating room nurses?

There are about 2,500 operating room nurses in Quebec, and 46 nurse first surgical assistants (NFSAs). They are grouped into two dynamic associations: the Corporation of Operating Room Nurses of Quebec (CORNQ) and the Registered Nurse First Surgical Assistant Association (RIPAC). There is considerable concern at the moment about what will become of them, for 41.6% of them are age 50 or older. Will they have time to pass along their unique knowledge and expertise before they retire?

Clearly, a succession plan is needed.

It wasn't so long ago that all nurses received an introduction to internal and external operating room services. But as the profession evolved and hospital nursing schools closed, the college-level nursing program kept only a few hours of observation in an operating room. When the program was revised, training in this area disappeared completely from the basic nursing curriculum. The length of the training and its specific nature made it difficult to include it in the DEC-BAC program, as well. This means that in Quebec, each hospital offers its own theory and practical training lasting six to nine months, and covered by no outside certification. To guarantee the skills required to work in an operating room, many countries demand that candidates wishing to practise in this setting have a degree on top of their basic training, or special certification. In France, operating room nurses with state diplomas (IBODE) are very highly regarded.

An operating room, it must be remembered, is a place where the risk factors for patients are high: 51.4% of adverse events in hospitals are related to surgical care, mainly in perioperating

Continued on Page 21

SKYTRON® SkyVision Hybrid Systems powered by GDM



Engineered to make the complex world of O.R. Communications
Simple, Seamless and Intuitive

SKYTRON®
www.skytron.us

Today Cardinal Health Canada is

**CHASING
ZERO
INFECTIONS.**

The Clean and Simple Solution

ORwell™ Fluid Collection and Disposal System

ORwell™

There's a new way to handle surgical fluid waste, and it's going to help make your operating room a cleaner, safer and a more pleasant place to work.

The ORwell system is the only closed fluid collection and disposal system that utilizes a single-use collection disc with a 20L liner to virtually eliminate chances for staff exposure and cross-contamination. With ergonomic controls and easy maneuverability, the ORwell system allows you to focus on your patients, not the fluid.

**Introducing ORwell™
to our family of products
March 2009**

CardinalHealthCanada

For further information, please contact our Cardinal Health marketing department at

1.888.871.5945 ext. 3765

SUCCESSION PLAN (cont.)

room settings, and it is estimated that 37% of these events are avoidable.¹ Nurses working there must master a wide range of knowledge and skills required for the different kinds of surgery, asepsis control, infection prevention, compliance with environmental standards, the safe use of a huge variety of devices, operating room and recovery room pharmacology and clinical monitoring during the immediate postoperative phase.

In 2000, Quebec led the way among Canadian provinces by adopting a regulation recognizing the delegation of medical acts to NFSAs, in keeping with North American trends. This role goes beyond internal service, allowing such nurses to perform clinical and technical activities, i.e. using surgical instruments during the operation; exposing the surgical site; handling tissues safely; performing hemostasis; dissecting tissues and helping to close incisions. This regulated role requires at least three years' operating room experience and a baccalaureate including a 30-credit certificate offered only at the Université du Québec à Trois-Rivières. It should be noted that at the time, it was assumed that these nurses' role would evolve into that of specialized nurse practitioners. However, perioperating room functions were not included in the role of nurse practitioners specializing in cardiology.

A study² done by the Order in winter 2006 showed that administrative, budgetary and other constraints related to the requirement for this baccalaureate and insufficient access to training have delayed the deployment of NFSAs. Yet 92% of hospitals estimate that they are needed for certain operations. In addition, 48% of hospital centres feel that nurses in internal service exceed their roles by providing first assistance, in violation of the regulation in effect.

What does the future hold?

Given the widespread nursing shortage, the Federation of Medical Specialists of Québec (FMSQ) has suggested that a new category of operating room personnel be introduced in Quebec: instrumentalists. Heart surgeons and orthopedists continue to call for NFSAs,

however. In short, the situation is becoming confused, and all the more worrisome in that there is considerable pressure on operating rooms with the aim of reducing waiting times, shortages of nurses (and doctors) appear to be here to stay, and hundreds of young nurses will have to be trained to work in operating rooms. Not to mention the opening of private clinics, where the current regulation concerning NFSAs would not apply...

The Order wishes to propose, in conjunction with the CORNQ and the RIPAC, a succession plan³ for operating room nurses and an approach to enhancing their role, based on the following principles:

- Focus on attracting and retaining operating room nurses. This will mean setting up mandatory province-wide training for operating room nurses through a 30-credit post-DEC alternating work/study program and recognizing operating room nurses by means of a permit attesting to their competency.
- Reorganize operating room work. This will mean increasing nurses' versatility by enhancing their skills so that all of them are capable of providing surgical assistance in both public and private settings, thanks to a specific permit for perioperative care and first assistance. Nursing assistants will also have to be trained for internal service in large surgeries.
- Ensure operating room safety by identifying which operations require surgical assistance, obliging all new nurses working in this field to have the specific permit, and providing appropriate professional training for nursing assistants in internal service and nurse first assistants.

I am convinced that by reorienting and enhancing the role of operating room nurses so that they can act as nurse surgical assistants, the versatility gained would help ensure public safety. Moreover, creating a specific permit could help attract competent newcomers to the field.

REFERENCES:

1. Baker, G. R., *et al.* "The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events amongst hospital patients in Canada". *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 170, No. 11, May (2004), p. 1678-1686.
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Évaluation de la situation de la fonction d'infirmière première assistante en chirurgie. Document de référence*, Montréal, OIIQ, 2007.
3. Brief being prepared at the time this editorial was written. ❁

UN PLAN DE RELEVÉ S'IMPOSE AU BLOC OPÉRATOIRE

Auteur : Gyslaine Desrosiers, Présidente, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec Titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal, Gyslaine Desrosiers a complété également une maîtrise en administration des affaires (MBA) à l'École des Hautes Études Commerciales de l'Université de Montréal. Elle préside l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec depuis 1992.

Madame Desrosiers est également présidente de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), et présidente du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF).

Cet éditorial a premièrement été publié dans le numéro de novembre/décembre 2007 du périodique *Perspective infirmière* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (pages 10 à 11). Bien que sa perspective soit provinciale, il fournit un point de vue d'un grand intérêt aux infirmier(ère)s autorisé(e)s de salle d'opération à travers le Canada.

Cet article est réimprimé avec l'autorisation de l'auteure Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Rien ne nourrit mieux l'imaginaire collectif que le mystère qui plane sur les salles d'opération. Ce lieu où la conscience s'engourdit, où le cœur cesse de battre, où le sang est dérivé vers une pompe, où les os sont sciés et cloués, où le cerveau est mis à nu. Ce lieu où l'âme espère réintégrer ce corps usé mais plein d'espérance.

Quelle télésérie médicale ne montre pas le corridor dans lequel s'engouffre la civière, les mains qui serrent celles du patient et les visages anxieux des proches qui restent derrière les portes battantes ? Puis, les médecins et les infirmières, bonnet et masque couvrant presque tout le visage, échangent des regards complices et lourds de préoccupation. Avec pour seul fond sonore le bip-bip du moniteur cardiaque et le chuintement du ventilateur mécanique, les mains gantées sanguinolentes écartent des viscères, cautérisent, suturent. *D^{re} Grey*, *leçons d'anatomie* et *D^r House* sont deux téléséries qui, par les temps qui courent, nous en mettent plein la vue et nous laissent admiratifs devant les miracles de la médecine moderne.

Qui sont les infirmières de salle d'opération ?

Au Québec, il y a environ 2 500 infirmières de salle d'opération et 46 infirmières premières assistantes en chirurgie. Elles sont regroupées dans des associations dynamiques : la Corporation des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec (CIISOQ) et le Regroupement des infirmières premières assistantes en chirurgie (RIPAC). Aujourd'hui, l'inquiétude règne sur leur devenir. En effet, 41,6 % ont 50 ans et plus. Partiront-elles sans avoir transmis leur savoir et leur expertise uniques ?

De toute évidence, un plan de relève s'impose. Il n'y a pas si longtemps encore toutes les infirmières étaient initiées aux services interne et externe de salle d'opération. Mais l'évolution de la profession a fait en sorte qu'à la fermeture des écoles d'infirmières des hôpitaux, le programme collégial de soins infirmiers n'a conservé que quelques heures d'observation en salle d'opération et, lors d'une révision du programme, la formation relative à ce domaine a complètement disparu de la formation initiale. La longueur de cette formation et son caractère particulier ne permettent pas davantage de l'intégrer au

programme DEC-BAC. Ainsi, au Québec, chaque hôpital offre sa propre formation pratique et théorique d'une durée de six à neuf mois qui ne fait l'objet d'aucun agrément externe. Afin de garantir les compétences requises pour travailler en salle d'opération, plusieurs pays exigent des candidates désirant exercer dans ce domaine un diplôme postérieur à la formation initiale ou une certification particulière. En France, les infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE) jouissent d'une réputation enviable.

Il faut souligner que le bloc opératoire est un lieu où les facteurs de risque pour les patients sont élevés : 51,4 % des incidents indésirables en milieu hospitalier sont reliés aux soins chirurgicaux, principalement en peropératoire, et on estime que 37 % des incidents pourraient être évités.¹ Les infirmières doivent y maîtriser un large éventail de connaissances et d'habiletés reliées aux activités infirmières requises pour les différents types de chirurgies, le contrôle de l'asepsie, la prévention des infections, le respect des normes environnementales, l'utilisation sécuritaire d'appareils très divers, la pharmacologie utilisée en salle d'opération et salle de réveil ainsi que celle nécessaire à la surveillance clinique durant la phase postopératoire immédiate.

En 2000, le Québec a innové par rapport aux autres provinces canadiennes en reconnaissant dans un règlement de délégation d'actes médicaux la fonction d'infirmière première assistante en chirurgie (IPAC), et ce, conformément à la tendance nord-américaine. Cette fonction qui va au-delà du service interne permet d'exercer les activités cliniques et techniques qui consistent à utiliser des instruments chirurgicaux en cours d'opération ; exposer le champ opératoire ; manipuler les tissus de façon sécuritaire ; procéder à l'hémostase ; disséquer les tissus et assister pour la fermeture de la plaie. Cette fonction réglementée exige au minimum trois années d'expérience au bloc opératoire et un baccalauréat comportant un certificat de 30 crédits offert uniquement à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il faut mentionner qu'à l'époque, on avait prévu que les IPAC verraient leur rôle évoluer vers celui d'infirmière praticienne spécialisée (IPS). Or, le

peropératoire a été exclu du rôle de l'IPS spécialisée en cardiologie.

De plus, une enquête² effectuée par l'Ordre à l'hiver 2006 a démontré que des difficultés administratives, budgétaires et d'autres liées à l'exigence du baccalauréat et au manque d'accès à la formation ont freiné le déploiement des IPAC. Pourtant, on estime dans 92 % des hôpitaux que certaines opérations nécessitent la présence d'une première assistante. De plus, on est d'avis dans 48 % des centres hospitaliers que les infirmières en service interne vont au-delà de leur rôle et font de la première assistance, et ce, en contrevenant au règlement en vigueur.

Quel avenir devons-nous aménager ?

Devant la pénurie généralisée d'infirmières, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a proposé d'introduire dans les salles d'opération du Québec une nouvelle classe de personnel, à savoir les instrumentistes. Par ailleurs, les chirurgiens cardiaques et les orthopédistes continuent d'exiger des IPAC. Bref, la situation devient confuse et d'autant plus préoccupante que la pression exercée sur les blocs opératoires en vue de réduire les listes d'attente est grande, que la pénurie d'infirmières (et de médecins) s'annonce permanente et que des centaines de jeunes infirmières devraient être formées pour intégrer les blocs opératoires. Sans oublier l'ouverture de cliniques privées où le règlement actuel visant les IPAC ne s'appliquerait pas...

Conjointement avec la CIISOQ et le RIPAC, l'OIIQ propose un Plan de relève³ des infirmières de salle d'opération et de mise en valeur de leur rôle basé sur les orientations suivantes :

- Assurer l'attraction et la rétention des infirmières de salle d'opération. À cet effet, il faut uniformiser sur le plan provincial une formation obligatoire pour l'exercice infirmier en salle d'opération dans un programme de 30 crédits post-DEC de type alternance études/travail et reconnaître les infirmières de salle d'opération au moyen d'un permis qui garantit leur compétence.
- Réorganiser le travail en salle d'opération. Pour ce faire, il faut améliorer la

SUCCESSION PLAN (cont.)

polyvalence des infirmières en rehaussant leurs compétences pour permettre à toutes de faire de l'assistance chirurgicale dans le milieu public comme dans le milieu privé grâce à un permis particulier en soins périopératoires et première assistance. Il faut aussi former des infirmières auxiliaires pour le service interne dans les blocs opératoires à grand volume.

- Assurer la sécurité dans les blocs opératoires en déterminant les opérations qui requièrent une assistance chirurgicale, en obligeant toutes les nouvelles infirmières travaillant dans ce domaine à posséder le permis particulier et en offrant un encadrement professionnel approprié aux infirmières auxiliaires en service interne ainsi qu'aux infirmières qui assurent la première assistance.

Je suis convaincue qu'en recadrant et en rehaussant le rôle des infirmières de salle

d'opération pour qu'elles puissent faire de l'assistance chirurgicale, la polyvalence acquise serait une garantie pour la sécurité du public. De plus, la création d'un permis particulier pourrait devenir une force d'attraction pour une relève compétente dans ce domaine.

REFERENCES :

1. Baker, G. R., *et al.* "The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events amongst hospital patients in Canada". *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 170, No. 11, May (2004), p. 1678-1686.
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Évaluation de la situation de la fonction d'infirmière première assistante en chirurgie. Document de référence*, Montréal, OIIQ, 2007.
3. Mémoire en cours d'élaboration au moment d'écrire l'éditorial. 🍁

L'AIISOC PRESENTE LE PRIX DE SECURITE DES PATIENTS RMAC!

L'AIISOC et RMAC reconnaissent l'importance de la sécurité en soins de santé, en particulier pour les patients périopératoires. À cette fin, un nouveau prix sera décerné pour la première fois à la conférence nationale 2009 de l'AIISOC : le **Prix de sécurité des patients RMAC**. Ce prix a été conçu par Ron MacLeod, infirmier autorisé et président de RMAC Surgical Inc.

Ce prix reconnaît les leaders en soins infirmiers faisant preuve d'innovation dans le domaine de la sécurité des patients, c'est-à-dire des personnes ayant développé ou décrit des stratégies de sécurité des patients pertinentes et pratiques.

Ce prix sera décerné à un(e) infirmier(ère) autorisé(e) périopératoire ayant présenté un discours exceptionnel au sujet de la problématique de la sécurité des patients dans un des formats suivants :

- Article dans la revue de l'AIISOC, *Canadian Operating Room Nursing Journal* (publié dans les deux ans précédant l'année de la conférence nationale)
- Affiche présentée lors de la conférence nationale de l'AIISOC
- Discours présenté lors de la conférence nationale de l'AIISOC

Les sujets traités peuvent inclure les innovations touchant aux systèmes, à la formation, à la communication, à la revendication ou à la recherche dans le domaine de la sécurité des patients.

Le prix de 1 000 \$, accompagné d'un certificat et d'une épingle, sera présenté lors de chaque conférence nationale de l'AIISOC. Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter www.ornac.ca, cliquez sur *Education* et ensuite sur *Awards*.



QUESTION:

My question is regarding flipping of scrub nurses gloves on a sterilegloving stand. I understand that the standards are against flipping of any materials, but why are we not allowed to flip gloves on the gowning stand, which is separate from the main sterile table?

ANSWER:

You are correct that ORNAC's **Recommended Standards, Guidelines, and Position Statements for Perioperative Registered Nursing Practice (8th edition)** states "items shall not be flipped". The rationale for this standard includes:

- ❖ A sterile item may become contaminated as it shifts from the sterile inner package, across the peel package edges and onto the sterile table.
- ❖ Flipping requires reaching over the sterile field, which is not an acceptable practice.
- ❖ Air currents can be created when flipping which can cause movement of microorganisms in the operating room leading to contamination.
- ❖ Flipped items may also miss their intended mark and land on an unsterile space.

In addition:

- ❖ There is a risk of cutting the table drape when flipping larger items, which may not be immediately noticed.
- ❖ Mechanical items may be damaged if flipped.
- ❖ Flipping creates a risk of contamination which saves minimal time. Patients deserve best practice.



QUESTION :

Ma question concerne déposer ses gants stériles sur un guéridon stérile réservé à cette fin en renversant l'emballage.

Je comprends que les normes interdisent cette procédure pour tout matériel, mais pourquoi pas laisser tomber ses gants sur un champ stérile autre que la table stérile principale?

REPOSE :

Vous avez raison, les **Recommended Standards, Guidelines, and Position Statements for Perioperative Registered Nursing Practice (8^e édition)** de l'AIISOC interdisent ce procédé. Le raisonnement derrière cette interdiction est la suivante :

- ❖ En sortant de l'emballage stérile intérieur pour tomber sur le champ stérile, l'article stérile peut être contaminé par les bords de l'emballage extérieur.
- ❖ Déposer un article directement sur le champ stérile exige placer ses mains au-dessus de ce champ, ce qui constitue une pratique inacceptable.
- ❖ Les courants d'air créés en laissant tomber l'article peuvent déplacer des microorganismes dans la salle d'opération, ce qui peut contaminer le champ stérile.
- ❖ Un article ainsi déposé peut finir ailleurs que prévu, même sur une surface non stérile.

De plus,

- ❖ En suivant ce procédé pour ouvrir l'emballage d'articles plus grands, vous courez le risque de couper ou déchirer le champ stérile, ce qui pourrait passer inaperçu.
- ❖ Les articles mécaniques peuvent être endommagés en tombant sur le champ stérile.
- ❖ Laisser tomber un article sur le champ stérile court le risque de contamination et n'économise que très peu de temps. Nos patients méritent les meilleures pratiques.

