

Message de la présidente

Mary Knight, inf, BScN, MN, CSP(c)

Le thème choisi pour la semaine de l'infirmière en soins périopératoires 2002, "Assurer la sécurité du patient", a été retenu parce que, comme nous le savons tous, les activités des soins infirmiers à l'intérieur du bloc opératoire sont axées sur la promotion de la sécurité du patient en chirurgie, et ce depuis le début de la chirurgie. A tous les niveaux, de la vérification de l'identité du patient et du site chirurgical, à l'asepsie du champ opératoire, aux pratiques de contrôle de l'infection, à la sécurité de l'environnement, aux décomptes chirurgicaux, à la documentation, etc., nous avons intégré la valeur de base qu'est la sécurité du patient dans notre pratique journalière, laquelle est dans un environnement incroyablement complexe et de haute technologie. La sécurité du patient a toujours été, et sera toujours, notre principale raison d'être.

Dans le contexte élargi des soins de santé, il a été reconnu que les préoccupations concernant la sécurité des patients sont bien réelles, que le système est sujet aux fautes et aux erreurs, et que des mesures doivent être prises pour réduire les risques. La publication de "L'erreur est humaine" (1999), par l'Institut américain de médecine, considérait équivalents les effets indésirables et les erreurs dans le domaine public, démontrant ainsi le besoin primordial de passer à l'action en Amérique du Nord. Des rapports de l'Australie et du Royaume-Uni ont entraîné la mise en commun d'efforts de la part des deux juridictions pour promouvoir des améliorations à apporter au système concernant la sécurité et la qualité des soins de santé, en mettant l'accent sur la diminution des effets indésirables.

Au Canada, la publication récente du rapport du Comité national de direction pour la sécurité des patients, "Bâtir un système plus sécuritaire : une stratégie nationale intégrée pour l'amélioration du système de santé canadien" (septembre 2002), est une tentative pour soutenir une approche nationale pour la sécurité des patients. Les hypothèses telles que la sécurité est un aspect fondamental de la qualité des soins de santé, l'erreur humaine est inévitable, et les facteurs systémiques sous-jacents contribuent de près à plusieurs manquements, effets indésirables et incidents critiques soutiennent les recommandations du comité. D'autres hypothèses sont également suggérées, soit la collaboration entre tous les secteurs du système de santé canadien doit se produire pour assurer une stratégie coordonnée et efficace pour l'amélioration de la sécurité des

patients, le système de soins de santé doit faciliter une identification claire des risques, le système de soins de santé doit développer un climat de confiance dans lequel l'ouverture et la franchise dans l'identification et le rapport des problèmes sont encouragés et récompensés (aucun reproche), le partenariat entre tous les consommateurs et les fournisseurs de soins de santé, et la divulgation à tous les partenaires doit être encouragée.

Dix-neuf recommandations fournissent plusieurs réflexions intéressantes sur la manière dont notre modèle de travail dans les systèmes de santé provincial et territorial pourrait être organisé pour assurer un système de santé sécuritaire pour tous les Canadiens. L'une des plus grandes tragédies n'est pas seulement qu'un incident critique survienne, mais que nous n'ayons pas toujours pris l'occasion d'apprendre de nos propres erreurs, ni de celles de nos collègues.

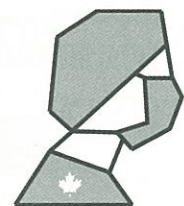
Que toutes les recommandations du comité soient adoptées ou non, les systèmes des soins de santé du Canada et du monde entier sont déjà en train de changer. Les rapports traditionnels sont maintenant en restructuration pour inclure le rapport des erreurs évitées et les démarches entreprises pour changer la culture de blâme en relation avec le rapport d'incidents.

La reconnaissance de la grande complexité du système de soins de santé, incluant ses processus et sa rapidité des changements, a contribué à mettre l'accent sur la sécurité des patients. Il est aussi clair que notre méthode traditionnelle pour assurer la sécurité n'est pas suffisante pour contrôler les résultats indésirables (2002). La sécurité des patients, raison d'être de l'infirmière en soins périopératoires, est en voie de prendre la place qui lui est due, à l'avant-scène et au centre des préoccupations.

Références:

Kohn, L.T. Corrigan, J.M. & Donaldson, M. (eds.) (1999). *To Error is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.

National Steering Committee on Patient Safety (September 2002). *Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care*. ❁



CANADIAN Operating Room Nursing Journal

Published Quarterly ❁ Volume 21, Issue 1, March 2003

A peer-reviewed Journal published quarterly for the Operating Room Nurses' Association of Canada by Clockwork Communications.

Editor: Deborah Murphy
Art Director: Sherri Cleveland

Canadian Operating Room
Nursing Journal

c/o Clockwork Communications
3700 Kempt Road, Suite 255
Halifax, NS B3K 4X8
Tel: 902.497.1598
Fax: 902.423.1961
E-Mail: Contact@
ClockworkCanada.com

Editorial Board:

Editorial Advisor: Linda Socha
Saskatchewan

Committee & Review Panel: Tina Kennah
New Brunswick

Marcy McKay
British Columbia

Lucette McLean
Manitoba

Claire Tremblay
Quebec

Rotating Independent Review Panel: Lidia Abbott
Marg Farley
Marion Morrissey
Hilda Power

Non-Member Subscription Rates

Canada	\$30 plus GST/HST
United States	\$48
Other Countries	\$50
Single Copy Orders	\$10 + tax in Canada \$15 outside Canada

HST# 886-118-926-RT001
I.S.S.N. No. 0712-6778

Canadian Publications Mail Product Sales
Agreement No. 40012007

Editorial Contents

NATIONAL CONFERENCE FEATURES

7 18th National
Conference Preview
By: Karen Steindel

9 National Conference
Exhibitors

33 Key Note Address,
National Conference



Cover photo by
Joan Porteous

FEATURE ARTICLES

11 2002 Congress Report from NATN
By: Mary Knight

14 Meetings, Bloody Meetings
Canadian OR Leaders
Pearls of Wisdom
By: Muriel Shewchuk

18 Reuse of Single Use Medical Devices
By: Ann Tapp

24 Upcoming Events

26 Report from ACORN
By: Phyllis Davis

31 Flash Sterilization
By: Barbara Bolding

34 20th ORNAA Conference Report
By: Nadine Englehart

Correction

In "Determining the Cost-Effectiveness of the Registered Nurse First Assistant: The Research Link" (Volume 20, Issue 4) reference is made to educated RNFA's as being "certified". This was incorrect. To qualify for certification (CRNFA), a RNFA must also complete 2000 hours of clinical work and obtain a passing grade on the RNFA exam. We sincerely apologize for any confusion this error caused.