

L'Assistance Opératoire: Un projet en développement

Par Suzanne Daigle, Inf. B. Sc.

The **third** deals with technical assistance:

- Proper use of equipment during the procedure.
- Manipulating tissues (using haemostasia techniques).
- Anticipating use of thread and needles.
- Suturing tissues and fascia.
- Anticipating and facilitating surgical procedures.

During the third module, the nurse undergoes OTJ training. Two tutors (surgeons) supervise the training. The nurse takes part in 30 operations: 20 myocardiac revascularization procedures and 10 valvular replacement procedures.

She must master the following techniques:

- Taking and preparing the saphena.
- Closing the leg wound.
- Assisting in the arterial, venous and cardioplegic cannulation.
- Providing technical assistance during coronary and aortic anastomosis.
- Assisting during cannula exeresis.
- Assisting during aortic and mitral valve replacements.
- Assisting in closing the sternal bone.
- Closing the sternal wall (subcutaneous and cutaneous).

A progress report is prepared after every procedure. Each nurse must undergo an evaluation at the end of the training period in order to ascertain that she has met all of the objectives. The evaluation is made by the two teaching surgeons.

Maintaining Proficiency

The nurse first assistant is responsible for maintaining her proficiency. To this end, she establishes and maintains a record of proficiency in which she writes down her ongoing training activities. She makes selected readings. She establishes and meets her personal development goals and objectives.

Implementation

Two nurses have already been selected for this project.

During the selection process, we took into account:

- Basic training: University Degree in Nursing Sciences (in hand or soon to be completed).
- Curriculum Vitae: five (5) years experience in an operating room, including two (2) in the specialty.

Selection Interview Questions

- Vision of the role: functions, responsibilities, cooperation.
- Conceptual abilities: knowledge, technical aspects, cognitive strategies.
- Judgement: Case studies, analysis, problem solving.

The two nurses have completed their training. Their integration into the role of nurse first assistant is ongoing. Evaluation of this pilot project will be done in February, 1997.

References

Montreal Heart Institute: *Surgical Assistant Nurses. a Pilot Project on Operating Assistance*, September, 1995.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *The Function of Nurse First Assistant. Position Paper*, September, 1994.

Professional Corporation of Physicians of Québec: *Assisting the Surgeon in the Operating Room (Operating Assistant)*, Bulletin, vol.XV, no. 3, July, 1975.

Montreal Heart Institute: *Training Program*, Odette Doyon, Suzanne Daigle, in cooperation with Dr. Yves Leclerc.

Summary

Changes in the work environment, quotas imposed on the number of resident physicians, scientific and technological advances, and nurses having to play two roles, that of scrub nurse and of nurse first assistant, have all contributed to the development of a new role, that of nurse first assistant.

For the purpose of providing optimal quality care to patients and at the request of its surgeons, the Montreal Heart Institute has presented a project to the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec and the Professional Corporation of Physicians of Québec.

The project was accepted by both bodies. The OIIQ moved in favour of recognizing the function of nurse first assistant in September, 1994, and the PCPQ gave its approval for the project on March 30, 1995.

A 186 hour training program was developed. The two selected nurses have been trained and have been integrated into a medico-surgical team since February, 1996.

The Nurse First Assistant pilot project will be evaluated in February, 1997.

La recherche de l'atteinte des plus hauts niveaux de professionnalisme, le changement de contexte du travail en salle d'opération, l'évolution scientifique et technologique dans le domaine chirurgical, les demandes formulées par les chirurgiens en 1992 et en 1993, et le contingentement des médecins résidents provoquent la nécessité et l'urgence de revoir les interventions faites par les infirmières auprès des usagers.

Dans la pratique, les infirmières étaient souvent placées dans des situations où elles devaient assumer simultanément le rôle d'infirmière en service interne et celui de première assistante chirurgicale.

Ce projet de développement vise à établir le rôle des infirmières et leur assistance à l'intérieur de l'équipe médico-chirurgicale afin d'optimiser la qualité de soins.

Compte tenu des besoins du milieu doublés d'un vif intérêt des intervenants, l'Institut de cardiologie de Montréal, à la demande des chirurgiens, a présenté un projet à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi qu'à la Corporation professionnelle des médecins du Québec, pour approbation.

Dans ce contexte, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec s'est prononcé, en septembre 1994, en faveur de la reconnaissance de la fonction d'infirmière première assistante pour les soins infirmiers périopératoires.

De son côté, le Collège des médecins du Québec a donné son appui au projet-pilote autorisant l'Institut de cardiologie de Montréal à confier aux infirmières le rôle de premières assistantes. Les infirmières recrutées pour cette première expérience officielle au Québec pourront seconder les chirurgiens après avoir reçu une formation adéquate.

Description du projet

La fonction de l'infirmière première assistante se définit comme suit:

- L'infirmière première assistante assume des responsabilités différentes de celles de l'infirmière en service interne. Elle apporte une collaboration immédiate et continue, au chirurgien, au niveau du site opératoire en procédant à l'exécution de diverses manoeuvres inhérentes au déroulement de l'intervention chirurgicale afin d'atteindre les résultats optimaux pour les usagers. Elle agit en interaction constante avec le chirurgien et sous sa supervision directe.

La fonction de l'infirmière première assistante, telle que définie par le document de l'OIIQ (Prise de position: Soins infirmiers périopératoires) est distinguée de l'assistance opératoire telle que définie par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, cette dernière étant une responsabilité médicale qui consiste à prendre part activement à l'intervention chirurgicale, à poser des jugements et à prendre des décisions nécessitant obligatoirement des connaissances médicales (Bulletin, vol. 15, no 3, juillet 75).

Nature de la fonction

Essentiellement, l'infirmière première assistante doit contribuer à assurer la sécurité de l'utilisateur et à apporter une aide technique et clinique au chirurgien.

Daigle, Suzanne, Inf. B. Sc, Coordonnatrice du bloc opératoire et de la stérilisation, Institut de cardiologie de Montréal, Québec, Canada.

Cet article présente le projet de développement de l'infirmière première assistante instauré à l'Institut de cardiologie de Montréal en 1995.

Les activités spécialisées accomplies par l'infirmière première assistante sont:

- Positionner l'utilisateur.
- Préparer la peau (badigeon).
- Faire l'hémostase à l'aide de moyens mécaniques et thermiques. Clamper, cautériser et ligaturer les vaisseaux.
- Assurer l'exposition des organes et des tissus.
- Succionner, éponger, tenir les écarteurs.
- Suturer les fascias, les tissus sous-cutanés et la peau, faire des noeuds.
- Utiliser tout instrument à la demande du chirurgien.

Politiques et règles adoptées pour la mise en application de la fonction d'infirmière première assistante

Afin d'encadrer la mise en place, le développement et l'évaluation de ce projet, des mécanismes ont été déterminés par les intervenants du milieu et approuvés par les directions concernées.

Règle des soins infirmiers

- L'infirmière qui agit comme première assistante ne devrait, en aucun temps, agir simultanément comme infirmière en service interne.
- L'infirmière a toujours le droit de refuser de poser un geste lorsqu'elle juge qu'elle n'a pas les connaissances ou habiletés nécessaires pour le faire.
- L'infirmière qui agit comme première assistante chirurgicale doit toujours être sous la supervision directe du chirurgien.

Politiques administratives

- Le projet-pilote de l'assistance opératoire par une infirmière doit être adopté par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Institut de cardiologie de Montréal et son Conseil d'administration.
- L'infirmière-chef détermine et applique un mécanisme d'évaluation de l'infirmière première assistante chirurgicale, ainsi que de la qualité de ses activités.
- L'infirmière première assistante peut assumer les fonctions de service interne ou de service externe à la demande de son supérieur immédiat.
- Les enveloppes budgétaires reliées à

l'assignation d'une infirmière première assistante chirurgicale doivent être prévues de façon à ne pas affecter les soins infirmiers existants.

- Il s'agit d'un projet-pilote dont la pertinence de le rendre permanent sera réévaluée dans un an.

Règles de soins médicaux

- La présence du chirurgien en tout temps durant l'intervention chirurgicale est requise.
- Présence d'un assistant médical (chirurgien, résident ou omnipraticien), telle que définie par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, pour le temps principal de l'intervention chirurgicale, lorsque requise.
- Les infirmières assumeront le rôle de premières assistantes chirurgicales dans les cas de revascularisation cardiaque simple et de remplacement valvulaire simple. Dans les cas compliqués tels que les réinterventions, les remplacements valvulaires multiples ou les chirurgies complexes, la présence d'un assistant médical est requise.

Formation

La reconnaissance de la fonction d'infirmière première assistante nécessite l'acquisition de connaissances et d'habiletés spécialisées. Pour combler ce besoin, un programme de formation d'une durée de 186 heures a été élaboré.

But du programme de formation

Permettre aux infirmières d'acquérir et de développer des habiletés spécifiques afin de pouvoir apporter l'aide clinique et technique dont le chirurgien a besoin pour procéder de façon sécuritaire à l'intervention chirurgicale.

Pré-requis au programme

- Basic cardiac life support (RCR).
- Connaissances concernant les principes d'asepsie, le contrôle de stérilité, la prévention des infections, les déchets biomédicaux et les principes de positionnement de l'utilisateur.
- Connaissances spécifiques en soins infirmiers cardio-vasculaires:

Cardio 1: Physiologie cardio-vasculaire et rythmologie de base (28 heures).

Cardio 2: Maladies ischémiques du coeur: Angine

et infarctus (14 heures).

Cardio 3: Processus évolutif de la défaillance cardiaque: De l'insuffisance cardiaque au choc cardiogénique (14 heures).

Encadrement pédagogique

Le programme d'une durée de 186 heures incluant les pré-requis au programme (56 heures) est subdivisé en 3 modules distincts:

Le **premier** concerne le maintien d'un environnement sécuritaire pour l'utilisateur:

- Décrire le cadre de la pratique infirmière.
- Décrire les mesures préventives des risques biologiques.
- Appliquer les mesures préventives des risques physiques: brûlures, points de pression.
- Comprendre son stress et connaître les moyens pour le rendre bénéfique.

Le **second** concerne l'apport de l'aide clinique au chirurgien:

- Prévoir le déroulement de l'intervention chirurgicale.
- Agir efficacement lors de complications.

Le **troisième** concerne l'apport de l'aide technique:

- Utiliser le matériel adéquatement lors de l'intervention.
- Manipuler les tissus (Appliquer les techniques d'hémostase).
- Prévoir l'utilisation des fils et des aiguilles.
- Suturer les tissus et les fascias.
- Anticiper et faciliter la technique chirurgicale.

Au cours du troisième module, l'infirmière fait son stage de formation pratique. Deux tuteurs cliniques (chirurgiens) supervisent son stage. L'infirmière doit participer à 30 opérations, soit: 20 interventions de revascularisation myocardique et 10 de remplacements valvulaires.

Elle doit maîtriser les techniques suivantes:

- Prélèvement de la veine saphène, préparation de la veine.
- Fermeture de la plaie de la jambe.
- Assistance à la canulation artérielle, veineuse et cardioplégique.
- Assistance technique lors des anastomoses coronariennes et aortiques.
- Assistance lors de l'exérèse des canules.
- Assistance particulière lors des remplacements de valves aortiques et mitrales.

- Assistance à la fermeture de l'os sternal.
- Fermeture de la paroi sternale (tissu sous-cutané et cutané).

Une fiche de progression est complétée après chaque intervention. Chaque infirmière est soumise à une évaluation de fin de stage afin de certifier qu'elle a répondu à tous les objectifs. Cette évaluation est complétée par les deux chirurgiens enseignants.

Maintien de la compétence

L'infirmière première assistante est responsable de voir au maintien de sa compétence. L'infirmière première assistante maintient à jour un dossier de compétence. Elle fait le registre des activités de formation continue. Elle effectue des lectures dirigées. Elle élabore et réalise ses objectifs personnels de développement.

Mise en oeuvre

Nous avons procédé à la sélection des deux infirmières impliquées dans ce projet de développement.

Lors du processus de sélection, nous avons tenu compte:

- Formation de base: Baccalauréat en Sciences infirmières ou en voie d'obtention.
- Curriculum vitae: 5 années d'expérience en salle d'opération dont 2 ans dans la spécialité.

Entrevue de sélection: Questions concernant

- Vision du rôle: Fonctions, responsabilités, collaboration.
- Habiletés conceptuelles: Connaissances, aspects techniques, stratégies cognitives.
- Jugement: Mise en situation, pensée, réflexion, résolution de problèmes.

La formation des deux infirmières est terminée. L'intégration des deux infirmières dans le rôle d'infirmière première assistante est en cours.

L'évaluation de ce projet-pilote se fera en Février 1997.

Références:

Institut de cardiologie de Montréal: *Infirmières assistantes chirurgicales dans le cadre d'un projet-pilote en assistance opératoire*, septembre 1995.



Colette Pelletier (centre) performing as First Assistant with cardiac surgeons at the Montreal Heart Institute.



Photo Left - Christiane Godin, RN, Montreal Heart Institute. Photo Right - Colette Pelletier, R.N., Montreal Institute. Both are training as First Assistants.



Abrégé

Les changements du contexte de travail, le contingentement des médecins résidents, l'évolution scientifique et technologique, le cumul des deux fonctions pour les infirmières soit: infirmière en service interne et infirmière première assistante, ont amené le développement d'un nouveau rôle, celui d'infirmière première assistante.

Dans un souci de donner des soins d'une qualité optimale à l'usager, à la demande des chirurgiens, l'Institut de cardiologie de Montréal a présenté un projet à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et au Collège des médecins du Québec.

Le projet a été bien reçu des deux instances. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec s'est prononcé en faveur de la reconnaissance de l'infirmière première assistante en Septembre 1994 et le Collège des médecins a donné son accord au projet en date du 30 mars 1995.

Un programme de formation d'une durée de 186 heures a été élaboré. Les deux infirmières sélectionnées ont reçu leur formation. Leur intégration à travers l'équipe médico-chirurgicale est en place depuis Février 1996.

Une évaluation de ce projet-pilote se fera en Février 1997.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec: *La fonction d'infirmière première assistante, Prise de position*, septembre 1994.

Collège des médecins du Québec: *Assistance du chirurgien en salle d'opération (Assistance opératoire)*, Bulletin, vol. XV, no 3, juillet 1975.

Institut de cardiologie de Montréal: *Programme de formation*, Odette Doyon, Suzanne Daigle, en collaboration avec Dr. Yves Leclerc.

An Undergraduate Preceptorship in the Perioperative Specialty

By Kimberly Andrus, RN, CNOR, CPN(C)

At Mount Sinai Hospital the clinical nurses are experienced with instructing post-graduate students enrolled in the perioperative certificate programs offered by various community colleges. However, this summer I had the unusual experience and pleasure of teaching an undergraduate nursing student from the University of Toronto. In the past a clinical rotation in the operating room was a compulsory component of the basic nursing program. Over the years the presence of basic students in the operating room has decreased as the curriculum in nursing schools changed and the development of sub-specialties evolved. As a clinical preceptor, I decided that before the undergraduate student arrived I had to adjust my methods of teaching and my clinical expectations of this particular student.

This article will discuss the issues around teaching the undergraduate nurse in a specialty area such as the operating room, my methods of integrating the student into this specialized environment, and the outcome of this unique experience.

Undergraduate Students in the Perioperative Specialty

The most obvious issue regarding a student's clinical rotation in the operating room was the student's clinical experience and objectives. In this situation the student had no experience within the hospital setting and the purpose of the rotation was to assist the student with gaining clinical confidence before entering into her final year where she will be expected to function more autonomously. Although the student outlined her objectives specifically to the area she was assigned, my objectives in teaching had a broader scope

than simply teaching technical skills.

Another issue regarding an undergraduate student in this setting was integrating her into the environment with respect to other professional disciplines. Continuous communication with the nursing, respiratory therapy, surgical and anaesthesia staff was necessary to avoid any unfair assumptions regarding the student's role. Mount Sinai Hospital is a large teaching hospital for the local universities and colleges and the number of students working in this environment is very high. This issue was not a problem for the student because she was very confident with her knowledge and aware of her limitations.

Finally, the issue of ongoing evaluation between the preceptor and student was an important part of this experience. I encouraged the student to guide her own experience and provide me with feedback regarding all clinical situations. This open relationship allowed us to establish a rapport that was non threatening and conducive to learning. Giving a student the opportunity to take responsibility for her own learning experiences under my guidance enabled her to feel that she was functioning as part of the surgical team.

Author

Kimberly Andrus, RN, CNOR, CPN(C) is a Clinical Perioperative Nurse and Preceptor at Mount Sinai Hospital, Toronto. She is a member of the Faculty of Nursing at the University of Toronto, and is currently working towards her baccalaureate degree in nursing at Ryerson Polytechnic University.