

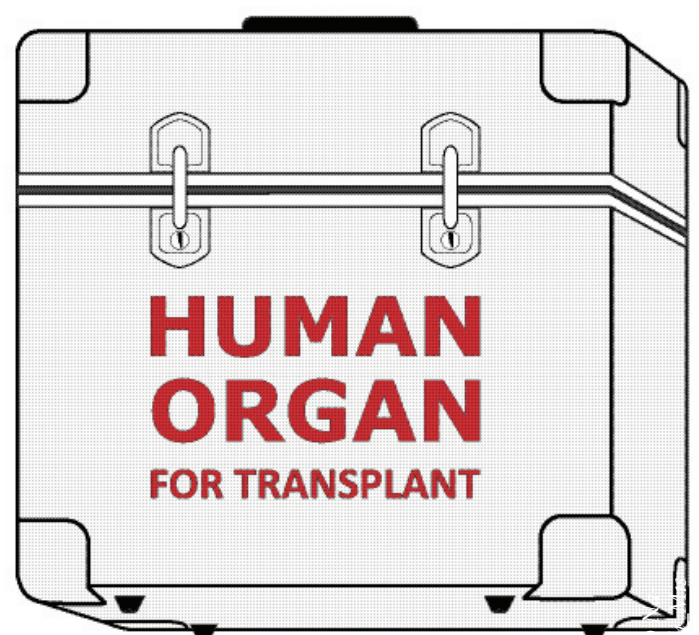


December/décembre 2021

Volume 39, Issue/numéro 4

# ORNAC JOURNAL

# REVUE DE L'AIISOC



*Photo Credit: Tetyana Rusanova*

Organ procurement • Approvisionnement en organes

Barriers to advocacy • Obstacles à la défense des intérêts

ORNAC AGM - AGA de l'AIISOC



[www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca)

PM43490512



# 3 PLY DISPOSABLE EAR LOOP PROCEDURAL MASKS

## Three Layers of Protection MADE IN CANADA

- Level 1
- Level 2
- Level 3



**OUTER LAYER**  
Non-Woven  
Polypropylene Fabric

**MIDDLE LAYER**  
28gsm Meltblown Filter

**INNER LAYER**  
Non-Woven  
Polypropylene Fabric

**LATEX FREE  
DISPOSABLE**

(17.5CM X 9.5CM)

**Support Made in Canada PPE**

<b>Mask Specifications</b> ASTM F-2100-19 PFE measured at 0.1 microns		<b>Level 1</b>		<b>Level 2</b>		<b>Level 3</b>	
<b>BFE</b>	≥ 95%	<b>BFE</b>	≥ 98%	<b>BFE</b>	≥ 98%	<b>BFE</b>	≥ 98%
<b>PFE</b>	≥ 95%	<b>PFE</b>	≥ 98%	<b>PFE</b>	≥ 98%	<b>PFE</b>	≥ 98%
<b>BLOOD Penetration</b>	Minimum 80mmHg	<b>BLOOD Penetration</b>	Minimum 120mmHg	<b>BLOOD Penetration</b>	Minimum 160mmHg	<b>BLOOD Penetration</b>	Minimum 160mmHg
<b>Diff. Pressure</b>	≤ 5.0 mmH <sub>2</sub> O/cm <sup>2</sup>	<b>Diff. Pressure</b>	≤ 6.0 mmH <sub>2</sub> O/cm <sup>2</sup>	<b>Diff. Pressure</b>	≤ 6.0 mmH <sub>2</sub> O/cm <sup>2</sup>	<b>Diff. Pressure</b>	≤ 6.0 mmH <sub>2</sub> O/cm <sup>2</sup>
<b>Flammability</b>	Class 1	<b>Flammability</b>	Class 1	<b>Flammability</b>	Class 1	<b>Flammability</b>	Class 1
<b>Manufactured in Canada by:</b> RMAC Surgical Inc. 80 Galaxy Blvd, Units 8-9 Etobicoke, Ontario M9W-4Y8 Toll Free: 1-888-299-2661 E-mail: Sales@Pharmatags.com <a href="http://www.RMACsurgical.com">www.RMACsurgical.com</a>							

**Proud Sponsor of the RMAC Surgical Patient Safety Award**



# ORNAC JOURNAL

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

Published Quarterly ✦ Volume 39, Issue 4, December 2021

## TABLE OF CONTENTS

### ORNAC Journal

c/o Clockwork Communications Inc.  
PO Box 31035, Halifax, NS, B3K 5T9  
Tel: 902.442.3882 Fax: 888.330.2116  
Info@ClockworkCanada.com  
www.ClockworkCanada.com

#### EDITOR:

Deborah McNamara

#### ART DIRECTOR:

Sherri Keenan

#### PROJECT COORDINATOR:

Tracey Reid

#### TRANSLATION:

Jocelyne Demers-Owoka

#### EDITORIAL CO-CHAIRS:

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

### SUBSCRIPTIONS:

Canada - \$60 plus GST/HST  
Outside Canada - \$90  
subscriptions@clockworkcanada.com

GST/HST# 84200 7148  
ISSN 1927-6141 (Print)  
ISSN 2561-4657 (Online)

Indexed in CINAHL, Ebsco Publishing, and  
part of the EBSCOHOST suite of CINAHL  
programs and in Cengage Learning/Gale.

Publications Mail Agreement No.  
43490512  
Return Undeliverable  
Canadian Addresses to  
PO Box 31035, Halifax, NS, B3K 5T9

### ADDRESS CHANGES:

**ORNAC members:**  
[www.ORNACmembers.ca](http://www.ORNACmembers.ca)  
address changes.

**Non-member Subscribers:**  
send address changes to  
subscriptions@ClockworkCanada.com  
or fax to 1.888.330.2116 provide your old  
and new address as well as an e-mail or  
telephone contact.



## FEATURE ARTICLES

### Organ Procurement Processes in the Operating Room: The Effects of an Educational Session on Levels of Confidence and Understanding in Operating Room Registered Nurses and Surgical Technologists

18

BY: ANN ROSS MSN, BSN, RN; JANET REILLY DNP, APRN-BC, RN; EMILY HALLA DNP, MS, BSN, RN; KATHRYN ANDERSON BS, BUSINESS MANAGEMENT.

### Identifying barriers to patient advocacy in the promotion of a safety culture: An integrative review

43

BY: TEENA SHOEMARK MCN (ANAESTHETICS AND RECOVERY NURSING), RN, MACORN; PAULA FORAN PhD, RN, FACORN, FACPAN, MACN.

## ORNAC NETWORK

### Upcoming Events

10

### 2022 Annual General Meeting (AGM)

30

### Perioperative Nurses Week Contests

31

### ORNAC Award Opportunities

42



# ORNAC Executive and Board

## ORNAC Executive

---

**PRESIDENT** - Sharon Hollett RN, BN, CPN(C) - Kingston, NB - [president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)

**PRESIDENT ELECT** - Tanya Vandale RN, BN, CPN(C) - Hubley, NS - [presidentelect@ornac.ca](mailto:presidentelect@ornac.ca)

**TREASURER** - Tanya Vandale RN, BN, CPN(C) - Hubley, NS - [treasurer@ornac.ca](mailto:treasurer@ornac.ca)

**SECRETARY** - Jennifer Sutton RN, BN, MN - St. John's, NL - [secretary@ornac.ca](mailto:secretary@ornac.ca)

**EXECUTIVE DIRECTOR (Acting)** - Chris Downey RN, BScN, MSc, RNFA, CPN(C), - Bath, ON - [admin@ornac.ca](mailto:admin@ornac.ca)

## ORNAC Board Members

---

### British Columbia

Jeanette Hill RN, BScN, CPN(C)  
[directorbc@ornac.ca](mailto:directorbc@ornac.ca)

### Alberta

Bryana Hahn RN, BN  
[directorab@ornac.ca](mailto:directorab@ornac.ca)

### Saskatchewan

Vacant  
[directorsk@ornac.ca](mailto:directorsk@ornac.ca)

### Manitoba

Vacant  
[directormb@ornac.ca](mailto:directormb@ornac.ca)

### Ontario

Angela Russell RN, BN, CPN(C)  
[directoron@ornac.ca](mailto:directoron@ornac.ca)

### Québec

Kat Yemendjian RN, BN  
[directorqc@ornac.ca](mailto:directorqc@ornac.ca)

### New Brunswick

Heidi Kelly RN, BN, CPN(C)  
[directornb@ornac.ca](mailto:directornb@ornac.ca)

### Nova Scotia

Phuong Nguyen RN, BScN, CPN(C)  
[directorns@ornac.ca](mailto:directorns@ornac.ca)

### Prince Edward Island

Julie Bell RN, BScN  
[directorpei@ornac.ca](mailto:directorpei@ornac.ca)

### Newfoundland & Labrador

Jennifer Sutton RN, BN, MN  
[directornl@ornac.ca](mailto:directornl@ornac.ca)

### Leadership

Carol Kirkwood RN  
[leadership@ornac.ca](mailto:leadership@ornac.ca)

### Education

Erin Byrant RN, BScN, MN (cand.)  
[education@ornac.ca](mailto:education@ornac.ca)

### Advanced Practice

Sarah Davis RN, BN, RNFA  
[ap@ornac.ca](mailto:ap@ornac.ca)

For information  
about the Board visit

[www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca)

## ORNAC Mission, Vision, and Core Values:

---

### Mission:

Lead the profession to shape the future of evidence-based perioperative nursing.

### Vision:

People experiencing surgery are safer through the power of perioperative nursing practice.

### Core Values:

Knowledge, collaboration, respect, professionalism and accountability, and continuous quality.



# REVUE DE L'AIISOC

Une revue révisée par des pairs et publiée par Clockwork Communications Inc.  
pour l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada

Publiée chaque trimestre ❁ Volume 39, numéro 4, décembre 2021

## TABLE DES MATIÈRES

Revue de l'AIISOC  
a/s de Clockwork Communications Inc.  
CP 31035, Halifax, N.-É., B3K 5T9  
N° de tél. : 902.442.3882 Téléc. : 888.330.2116  
Info@ClockworkCanada.com  
www.ClockworkCanada.com

**RÉDACTRICE EN CHEF :**

Deborah McNamara

**DIRECTRICE ARTISTIQUE :**

Sherri Keenan

**COORDONNATRICE DE PROJET :**

Tracey Reid

**TRADUCTION :**

Jocelyne Demers-Owoka

**COPRÉSIDENTES DU COMITÉ DE RÉDACTION :**

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

### ABONNEMENT :

Canada - 60 \$ + TPS/TVH  
À l'extérieur du Canada - 90 \$  
abonnements@clockworkcanada.com

TPS/TVH n° 84200 7148  
ISSN 1927-6141 (version imprimée)  
ISSN 2561-4657 (version en ligne)

Indexée dans CINAHL, Ebsco Publishing et une  
partie de la suite de programmes EBSCOHOST  
de CINAHL et dans Cengage Learning/Gale.

Convention de vente des envois de  
publications canadiennes  
No. 43490512

Retourner toute correspondance  
canadienne ne pouvant être livrée au CP 31035,  
Halifax, N.-É., B3K 5T9

### CHANGEMENTS D'ADRESSE :

**Membres de l'AIISOC :**

[www.ORNACmembers.ca](http://www.ORNACmembers.ca) pour  
effectuer un changement d'adresse.

**Abonnés non membres :**

Envoyer les changements d'adresse à  
abonnements@clockworkcanada.com  
ou par télécopieur à 1.888.330.2116. Veuillez  
fournir votre ancienne et votre nouvelle adresse  
ainsi qu'un courriel ou un numéro de téléphone  
où l'on peut vous rejoindre.

### ARTICLES DE FOND

**Processus d'approvisionnement en organes en  
salle d'opération : Les effets d'une séance  
éducative sur le niveau de confiance et  
la compréhension des infirmières et des techniciens  
en chirurgie (surgical tech.) en salle d'opération**

PAR : ANN ROSS M.S.INF., B.SC.INF., INF., JANET REILLY, DOCTEUR EN  
PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS, IA EN PIA-BC, INF.; EMILY HALLA,  
DOCTEUR EN PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS, M.Sc., B.Sc.INF., INF.;  
KATHRYN ANDERSON, B.Sc., ADMINISTRATION DES AFFAIRES.

**24**

**Cerner les obstacles à la défense des intérêts des  
patients dans la promotion d'une culture de sécurité :  
une revue intégrative**

PAR : TEENA SHOEMARK, MCN (ANESTHÉSIE ET SOINS  
DE RÉTABLISSEMENT), INF., MACORN; PAULA FORAN,  
PH.D., INF., FACORN, FACPAN, MACN.

**32**

### RÉSEAU DE L'AIISOC

**Prochains événements**

**10**

**Assemblée générale annuelle (AGA) 2022**

**30**

**Concours de la Semaine des infirmières et  
infirmiers en soins périopératoires**

**31**

**Opportunités de prix de l'AIISOC**

**42**



### COMITÉ DE DIRECTION DE L'AIISOC

---

**PRÉSIDENTE** - Sharon Hollett, inf., B.Sc.Inf., CSP(C) - Kingston, NB - [president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)

**PRÉSIDENTE ÉLUE** - Tanya Vandale, inf., B.Sc.Inf, CSP(C) - Hubley, N.-É - [presidentelect@ornac.ca](mailto:presidentelect@ornac.ca)

**TRÉSORIÈRE** - Tanya Vandale, inf., B.Sc.Inf., CSP(C) - Hubley, N.-É - [treasurer@ornac.ca](mailto:treasurer@ornac.ca)

**SECRÉTAIRE** - Jennifer Sutton, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf. - St. John's, T.-N.-L. - [secretary@ornac.ca](mailto:secretary@ornac.ca)

**DIRECTRICE GÉNÉRALE (par intérim)** - Chris Downey, inf., B.Sc.Inf., M.Sc., IASO, CSP(C) - Bath, ON - [admin@ornac.ca](mailto:admin@ornac.ca)

### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIISOC

---

#### Colombie-Britannique

Jeanette Hill, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)  
[directorbc@ornac.ca](mailto:directorbc@ornac.ca)

#### Québec

Kat Yemendjian, inf., B.Sc.Inf.  
[directorqc@ornac.ca](mailto:directorqc@ornac.ca)

#### Leadership

Carol Kirkwood, inf.  
[leadership@ornac.ca](mailto:leadership@ornac.ca)

#### Alberta

Bryana Hahn inf., B.Sc.Inf.  
[directorab@ornac.ca](mailto:directorab@ornac.ca)

#### Nouveau-Brunswick

Heidi Kelly inf., B.Sc.Inf., CSP(C)  
[directornb@ornac.ca](mailto:directornb@ornac.ca)

#### Éducation

Erin Byrant, inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. « cand. »  
[education@ornac.ca](mailto:education@ornac.ca)

#### Saskatchewan

À pourvoir  
[directorsk@ornac.ca](mailto:directorsk@ornac.ca)

#### Nouvelle-Écosse

Phuong Nguyen, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)  
[directorns@ornac.ca](mailto:directorns@ornac.ca)

#### Pratique avancée

Sarah Davis inf., B.Sc.Inf., IPAC  
[ap@ornac.ca](mailto:ap@ornac.ca)

#### Manitoba

À pourvoir  
[directormb@ornac.ca](mailto:directormb@ornac.ca)

#### Île-du-Prince-Édouard

Julie Bell, inf., B.Sc.Inf  
[directorpei@ornac.ca](mailto:directorpei@ornac.ca)

#### Ontario

Angela Russell, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)  
[directoron@ornac.ca](mailto:directoron@ornac.ca)

#### Terre-Neuve-et-Labrador

Jennifer Sutton, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf  
[directornl@ornac.ca](mailto:directornl@ornac.ca)

Pour plus de renseignements  
concernant le Conseil  
d'administration, visitez  
[www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca)

### Mission, vision et valeurs fondamentales de l'AIISOC :

---

#### Mission :

Être chef de file de notre profession afin de façonner l'avenir des soins infirmiers périopératoires fondés sur des données probantes.

#### Vision :

Les personnes subissant une chirurgie sont plus en sécurité grâce au pouvoir de la pratique périopératoire.

#### Valeurs fondamentales :

Connaissances, collaboration, respect, professionnalisme, responsabilisation et qualité constante.

# ADVERTISER DIRECTORY

# ANNUAIRE DES ANNONCEURS

## Product Advertisers Annonceurs de produits

<b>3M Canada</b>	<b>11</b>
<b>BD</b>	<b>51</b>
<b>Hillrom</b>	<b>8</b>
<b>Medline</b>	<b>17</b>
<b>Medline</b>	<b>52</b>
<b>Meditek</b>	<b>15</b>
<b>RMAC</b>	<b>2</b>
<b>Steris</b>	<b>48</b>
<b>Zimmer Biomet</b>	<b>10</b>

## Career Opportunities Possibilités de carrière

<b>Health Match BC</b>	<b>23</b>
<b>Northern Health</b>	<b>22</b>

Looking For Information About Advertising  
In This Journal?

Vous cherchez l'Information pour mettre une  
annonce dans cette revue ?

[advertising@ClockworkCanada.com](mailto:advertising@ClockworkCanada.com)

or / ou

902.442.3882

# MEET THE PST 500 — THE FOUNDATION OF SURGICAL CARE

This versatile, easy-to-use table sustains the volume and variety of procedures you face every day—helping you support your patients and streamline your workflow.

Because the right surgical table isn't just a table—it's the foundation on which care happens. And with a strong foundation, anything is possible.

The PST 500 is designed to handle realworld surgical environments - including yours. It builds upon Hillrom's strong surgical legacy of high-quality engineering.



## TABLES

From the PST 500 to the TS7000, our portfolio is flexible and easily adjustable, with built-in safety features, to keep the focus on patients.



## ACCESSORIES

Our comprehensive accessory packages allow your care teams to do their best work.



## SMARTCARE™ SERVICE PLANS

You can rely on us to keep your equipment in top condition. Complimentary service training options available, consult with Hillrom sales team member for details.

**LEARN ABOUT OUR HILLROM SURGICAL TABLES, ACCESSORIES & SERVICE SOLUTIONS AT [HILLROM.CA](https://www.hillrom.com)**

For more information, please contact your local Hillrom sales representative.

# PRESIDENT'S MESSAGE

*Sharon Hollett RN, BN, CPN(C), ORNAC President, works as a staff nurse in the operating room at the Saint John Regional Hospital in New Brunswick. Sharon specializes in cardiac, plastics, and orthopedic surgery. She is a Past-President of NBORN and served as the New Brunswick Board Director on the ORNAC board for three years. Sharon has also held the positions of Secretary and President-Elect for ORNAC.*

[president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)



Due to the timelines involved in preparing a journal of this type this President's Message was written for you in September. September 11<sup>th</sup> to be exact. The internet has been filled with images of the devastation of 9/11 from twenty years ago. Many of us can remember exactly where we were that day. I was working in room eight, our plastics room. Our anaesthesiologist received a telephone call telling him about the first plane. There was disbelief and shock as we continued to hear the reports throughout the day from the staff room where the only television set was located. Our thoughts were with all New Yorkers that day. Our perioperative nursing colleagues were no doubt preparing for the influx of the injured.

The Taliban is back in power in Afghanistan. There are protestors targeting hospitals. And the unvaccinated are filling our intensive care units. Elective cases are being cancelled and perioperative nurses in Canada are being redeployed again to the critical care units. It is difficult for me writing this now and not knowing how things will look when you are reading this in late November. Everything seems to be changing so quickly in the world.

Behind the scenes at ORNAC, the volunteer Executive and Board are working hard to fulfill our mandate to ensure that ORNAC continues to flourish. All of us are balancing our work life with our home responsibilities and with our important volunteering on behalf of ORNAC. I am quite honestly enjoying my time so far as your ORNAC President. It does, however, require a serious commitment to the work that needs to be done. It is a balancing act for me.

In October, the executive will be holding another "virtual retreat" to discuss ORNAC's direction, and to ensure that we continue to meet ORNAC's strategic goals. I look forward to these virtual Executive and Board meetings as they offer a chance to connect with perioperative nurses across Canada. If only it could be done in person!

The *ORNAC Journal* is a quarterly peer-reviewed publication that is provided as part of our ORNAC membership benefits. Readers can expect to see peer-reviewed articles related to perioperative nursing practice, links to events sanctioned by ORNAC, and information related to awards and contests. Vendor advertisements also keep us apprised of

new developments and products. The journal's content has been the subject of much discussion within the executive meetings over the past two months. It has always been our goal to include as much original content, researched and written by Canadian perioperative nurses, as possible. That content can be hard to find... and we hope more of you will consider submitting.

Publishing an article feels overwhelming for many of us. There is, however, support available. Unlike many journals our editor works with all authors to help fine tune their manuscript following peer-review. We recognize that our members have a great deal of knowledge but may need support putting it in written form – we are here for you! We are also working on plans for a webinar on the writing process and opportunities to be mentored while writing.

I look forward to reading the works of many more ORNAC members. But if you have any questions or wish to discuss article topics, please reach out to [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) or visit the journal page of our website. 🌟

A handwritten signature in black ink that reads "Sharon Hollett". The signature is written in a cursive, flowing style.

# UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

**Perioperative  
Nurses Week is  
November 7 - 13, 2022.**

**La semaine des  
infirmières et des  
infirmiers en soins  
périopératoires est du 7  
au 13 novembre 2022.**

## ORNAC & PROVINCIAL COUNCILS L'AIISOC ET LES CONSEILS PROVINCIAUX

PRNABC Biennial Conference	Kamloops, BC	June 8 - 13, 2022
ORNAA Biennial Conference	Red Deer, AB	Sept. 28 - 30, 2022
Atlantic Conference - Perioperative Nurses	Cape Breton, NS	Sept. 22 - 24, 2022

## OTHER CONFERENCES AUTRES CONFÉRENCES

ACORN International Conference <a href="http://www.acorn.org.au/conference-2022">www.acorn.org.au/conference-2022</a>	Gold Coast Australia	May 19 - 21, 2022
--	----------------------	-------------------

**Additional conferences can be found at [www.ornac.ca](http://www.ornac.ca).  
Jetez un coup d'œil aux conférences additionnelles à [www.ornac.ca](http://www.ornac.ca).**

# X SERIES™ Power System

One **system**.  
One **solution**.  
Completely for **you**.

Learn more at [www.zimmerbiomet.com/xseries](http://www.zimmerbiomet.com/xseries)  
or contact your local sales representative



This material is intended for health care professionals. Distribution to any other recipient is prohibited. For indications, contraindications, warnings, precautions, potential adverse effects and patient counseling information, see the user manual or contact your local representative; visit [www.zimmerbiomet.eu](http://www.zimmerbiomet.eu) for additional product information. Check for country product clearances and reference product specific instructions for use.  
©2021 Zimmer Biomet





**Prevena Restor™**  
Postoperative Recovery

# 3M™ Prevena Restor™ Therapy System

**Rethink recovery.**

With expanded coverage, precision design, and extended 14-day therapy time, the 3M™ Prevena Restor™ Therapy System offers a low-maintenance solution to post-op care.

**Taking post-op healing to the next level.**



**3M™ Prevena Restor™  
Bella Form™ Incision  
Management System**



**3M™ Prevena Restor™  
Arthro Form™ Incision  
Management System**

**Learn more at [3m.ca/prevenarestor](https://3m.ca/prevenarestor)**



Available in Canada from your authorized 3M+KCI distributors.  
KCI USA Inc., a 3M Company  
KCI owned and operated by 3M Company

KCI Medical Canada Inc.  
75 Courtneypark Dr., W, Unit 4  
Mississauga, ON  
LSW 0E3

KCI USA, INC.  
12930 IH 10 West  
San Antonio, TX  
78249

NOTE: Specific indications, contraindications, warnings, precautions and safety information exist for these products and therapies. Please consult a clinician and product instructions for use prior to application. This material is intended for healthcare professionals.

© 2021 3M. All rights reserved. 3M and the other marks shown are marks and/or registered marks. Unauthorized use prohibited. Used under license in Canada. PRA-PM-CA-00262 (09/21) 2109-21749-E

# MOT DE LA PRÉSIDENTE

Sharon Hollett, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), présidente de l'AIISOC, travaille comme infirmière de soins généraux en salle d'opération à l'Hôpital régional Saint John au Nouveau-Brunswick. Sharon est spécialisée en chirurgie cardiaque, plastique et orthopédique. Elle a auparavant occupé le poste de présidente du NBORN et a siégé comme directrice provinciale au sein du conseil d'administration de l'AIISOC durant trois ans. Sharon a également occupé les postes de secrétaire et de présidente élue de l'AIISOC.  
[president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)



En raison de l'échéancier établi pour élaborer une revue de ce genre, ce Message de la présidente a été rédigé pour vous en septembre. Le 11 septembre pour être exacte. À cette date, l'Internet était rempli d'images de la dévastation de la journée du 11 septembre d'il y a vingt ans. Plusieurs d'entre nous se rappellent exactement où nous étions cette journée-là. Je travaillais dans la salle huit, notre salle des plastiques. Notre anesthésiste a reçu un appel l'informant du premier avion. Nous n'en croyions pas nos oreilles et nous étions stupéfaites à mesure que nous écoutions les nouvelles tout au cours de la journée dans la salle du personnel où se trouvait le seul téléviseur. Nos pensées étaient dirigées vers tous les New-Yorkais cette journée-là. Nos collègues en soins périopératoires se préparaient sans aucun doute à recevoir un afflux de blessés.

De nos jours, les talibans sont de retour au pouvoir en Afghanistan. Des manifestants ciblent les hôpitaux et les personnes non vaccinées engorgent nos services de soins intensifs. Les cas ajournables sont annulés et les infirmières en soins périopératoires au Canada sont redéployées dans les services de soins intensifs. Il est difficile pour moi d'écrire ceci maintenant sans savoir à quoi ressemblera la situation, lorsque vous lirez ces lignes à la fin novembre. Tout semble changer si rapidement dans le monde.

En coulisses à l'AIISOC, les conseils d'administration et exécutifs bénévoles

s'efforcent de remplir leur mandat afin de s'assurer que l'AIISOC continue de prospérer. Nous essayons toutes d'équilibrer notre vie personnelle, nos responsabilités familiales et notre bénévolat important au nom de l'AIISOC. Bien sincèrement, j'aime beaucoup mes fonctions à titre de présidente de l'AIISOC. Cela nécessite cependant un sérieux engagement en termes de travail qui doit être fait et c'est pour moi un équilibre difficile à maintenir.

En octobre, le conseil exécutif tiendra une autre « retraite virtuelle » afin de discuter de l'orientation de l'AIISOC, et de s'assurer que nous continuons à atteindre les objectifs stratégiques de l'AIISOC. Je suis impatiente d'assister à ces réunions virtuelles du conseil d'administration et du conseil exécutif, car elles m'offrent la chance de rencontrer des infirmières en soins périopératoires d'à travers le Canada. Si seulement on pouvait le faire en personne!

La *Revue de l'AIISOC* est une publication semestrielle révisée par des pairs qui fait partie des avantages de l'adhésion à l'AIISOC. Les lecteurs peuvent s'attendre à consulter des articles révisés par des pairs portant sur la pratique des soins périopératoires, des liens vers des événements sanctionnés par l'AIISOC et des renseignements sur les prix et les concours. La publicité des fournisseurs nous permet aussi de rester informés des nouveaux développements et produits. Le contenu de la revue a fait l'objet de

beaucoup de discussions lors des réunions du conseil exécutif au cours des deux derniers mois. Notre objectif a toujours visé à inclure le plus possible de contenus originaux, recherchés et rédigés par des infirmières en soins périopératoires canadiennes. Il peut être difficile de trouver ce type de contenu et nous espérons que vous serez nombreuses à envisager de nous en soumettre.

Pour nombre d'entre nous, il peut sembler écrasant de publier un article. Il existe toutefois du soutien. Contrairement à de nombreuses revues, notre rédactrice travaille avec tous les auteurs pour les aider à peaufiner leur article avant qu'il ne soit révisé par des pairs. Nous sommes conscients que nos membres possèdent de bonnes connaissances, mais ils ont peut-être besoin de soutien pour les mettre sur papier, et nous sommes ici pour vous aider! Nous travaillons également à mettre en œuvre un webinaire sur le processus de rédaction et les occasions d'obtenir du mentorat lors de la rédaction.

J'ai très hâte de lire le travail de plusieurs autres membres de l'AIISOC. D'ailleurs, si vous avez des questions ou si vous souhaitez discuter de sujets d'articles, n'hésitez pas à m'écrire à [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) ou à visiter la page de notre site Web sur la Revue. 🍁

A handwritten signature in black ink that reads "Sharon Hollett". The signature is fluid and cursive.

# THERE ARE MANY REASONS TO JOIN ORNAC...

ORNAC memberships are now valid for 365 days. Join today and enjoy the below benefits for a full 12 months!

## MEMBER BENEFITS

*Vote* at AGM  
*Apply* for board positions  
*Discount* on CNA Certification [CPN(C)]  
*Eligible* for ORNAC Awards, Bursaries, and Grants  
*Participate* on committees

## MEMBER AND ASSOCIATE BENEFITS

*Preferred rates* at ORNAC conferences  
*Eligible* for the writing award (RN, RPN, LPN, Retired)  
*Submit* abstracts and posters for conferences  
*Earn* CNE credits (through local, region, provincial and national activities)  
*Discounts* on purchases of ORNAC standards or from the boutique  
*Receive* the peer-reviewed *ORNAC Journal* (hard copy or electronic)  
*Access* the ORNAC discussion forum, webinars, secure member's directory  
*Networking* opportunities  
*Contest* eligibility

## For further information visit

[www.ornac.ca/en/membership/benefits](http://www.ornac.ca/en/membership/benefits)

# IL EXISTE DE NOMBREUSES RAISONS D'ADHÉRER À L'AIISOC...

Les adhésions à l'AIISOC sont maintenant valables durant 365 jours. Adhérez dès aujourd'hui et profitez des avantages ci-dessous durant 12 mois complets!

## AVANTAGES POUR LES MEMBRES

*Droit de vote* à l'AGA  
*Droit de soumettre sa candidature* à des postes à pourvoir au Conseil d'administration  
*Rabais* sur la certification de l'AIIC [CSP(C)]  
*Admissibilité* aux prix, bourses et subventions de l'AIISOC  
*Droit de participer* aux comités

## AVANTAGES POUR LES MEMBRES ET LES ASSOCIÉS

*Tarifs préférentiels* aux conférences de l'AIISOC  
*Admissibilité* au prix de rédaction (inf., inf. aux. aut., retraitées)  
*Possibilité de soumettre* des résumés et des affiches en vue des conférences  
*Possibilité d'obtenir* des crédits de formation continue en soins infirmiers (par le biais d'activités locales, régionales, provinciales et nationales)  
*Rabais* à l'achat des Normes de l'AIISOC ou d'articles de la boutique  
*Abonnement* à la *Revue de l'AIISOC* révisée par des pairs (en copie papier ou en version électronique)  
*Accès* au groupe de discussion, aux webinaires, au répertoire sécurisé des membres de l'AIISOC  
*Occasions de réseautage*  
*Admissibilité aux concours*

Pour de plus amples renseignements, visitez

[www.ornac.ca/fr/membership/benefits](http://www.ornac.ca/fr/membership/benefits)

**Check Us Out Today!**

**Visitez-nous dès aujourd'hui!**

---

# MESSAGE FROM THE EXECUTIVE DIRECTOR

Chris Downey RN, BScN, CPN(C), MSc, RNFA, ORNAC Executive Director (Acting).  
[admin@ORNAC.ca](mailto:admin@ORNAC.ca)

## Where did 2021 go?

While COVID-19 once again took control of our lives I find the year seems to have passed very quickly and I wanted to reflect on our accomplishments throughout 2021.

Our greatest achievement has been our ability to organise and run a virtual conference. The talents of many members were used to ensure a seamless transition to virtual. They used them well. We were delighted to read in the evaluations that this method of presentation provided many, who would not otherwise attend, with the opportunity to access continuing education and enjoy an, albeit limited, ability to socialize with colleagues “on the web.”

Our rolling membership passed its first year mark and shows, by the numbers, that this is indeed a positive change for ORNAC. We have over 1,000 members with the new membership numbers steadily growing. Renewal reminders are now sent automatically at one month and then two weeks prior to the membership expiry date.

Our Masterclass Webinar Series, in association with our industry partners, was another first in 2021 and it was well received. There are plans for more such webinars in 2022 and beyond and we are encouraged by the level of interest and participation in these presentations.

Another virtual option for members is the online *ORNAC Journal* which is available in every member's profile.

This allows for total portability and access on any device, any time, any day.

Through our partnership with CSA Group, we launched an e-subscription option for access to the *ORNAC Standards, Guidelines and Position Statements for Perioperative Registered Nurses* in late November of 2020. Educational institutions and larger healthcare authorities are now able to subscribe to the electronic version for desktop access at work by their staff and/or students. We also added the option of a bundle that includes 9 Medical Device Reprocessing Standards with the ORNAC Standards. This subscription option has been very successful and well received.

Finally, we have reviewed and revised our Educational Program Approval process. It has been updated and available since June of 2021. George Brown College and MacEwan University have been successful in achieving the ORNAC Approved status for their programs for the next three years. Three more educational facilities are at various stages of the new process.

All in all, a successful year despite the pandemic. ORNAC, as our Perioperative Nurses Week theme for 2021 stated, “Adapted and Evolved” and continues to move forward with many more possibilities being discussed for 2022!

Wishing you all the best for the Holiday Season. And a healthy and happy new year. 🍀

# Prevent pressure injuries during spine procedures.



Pressure ulcers are a common complication of prolonged prone positioning during spine surgeries.



One in five people with spinal cord injury (SCI) will develop a pressure injury.



Spinal surgery is the cause of 67% of postoperative visual loss (POVL) cases.

Contact us for more insights on patient positioning products and operating room equipment.

[meditek.ca](http://meditek.ca) | 1.800.567.8400 | [info@meditek.ca](mailto:info@meditek.ca)

---

# MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Chris Downey, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, directeur général de l'AIISOC (par intérim).  
[admin@ORNAC.ca](mailto:admin@ORNAC.ca)

## Où est passé 2021?

**A** lors que la COVID-19 a à nouveau pris nos vies en otage, j'ai l'impression que l'année a passé très rapidement et je souhaitais faire un retour sur nos réalisations au cours de 2021.

Notre plus grande réalisation a été notre capacité à nous organiser et à mettre sur pied un congrès virtuel. Le talent de nombreux membres a été mis à profit pour assurer une transition sans accroc vers le virtuel et ils les ont bien exploités. Nous avons été ravis de lire les évaluations mentionnant que cette méthode de présentation a donné à de nombreuses personnes, qui n'auraient autrement pas pu y participer, l'occasion d'avoir accès à de la formation continue et de profiter, bien que ce soit de façon limitée, de la possibilité de socialiser avec des collègues « sur le Web ».

Notre système d'adhésion sur douze mois a franchi le cap de sa première année et les chiffres indiquent que ce changement s'est avéré positif pour l'AIISOC. Plus de 1 000 membres ont adhéré sous le nouveau système d'adhésion et les chiffres sont à la hausse. Les rappels d'adhésion sont maintenant envoyés automatiquement un mois et ensuite deux semaines avant la date d'échéance de l'adhésion.

Notre série de webinaires *La classe des maîtres*, en association avec nos partenaires de l'industrie, était également une première en 2021 et elle a été bien accueillie. Nous prévoyons offrir plus de webinaires de la sorte en 2022 et par après et le niveau d'intérêt et de participation à ces présentations nous encouragent grandement.

La *Revue de l'AIISOC* en ligne se veut une autre option virtuelle pour les membres. Cette dernière peut être consultée dans le profil des membres,

leur permettant ainsi d'y avoir accès en tout temps sur n'importe quel appareil.

Grâce à notre partenariat avec le Groupe CSA, nous avons lancé une option d'abonnement virtuel permettant l'accès aux *Normes, lignes directrices et énoncés de positions pour la pratique de soins infirmiers périopératoires autorisés* à la fin du mois de novembre 2020. Les établissements d'enseignement et les autorités de soins de santé d'envergure peuvent maintenant s'abonner à la version électronique pour que leur personnel et leurs étudiants y aient accès sur un ordinateur de bureau. Nous avons aussi ajouté l'option d'un forfait qui inclut neuf normes de retraitement des dispositifs médicaux avec les Normes de l'AIISOC. Cette option d'abonnement a connu un vif succès et a été bien accueillie.

Enfin, nous avons passé en revue et révisé notre processus d'autorisation de programmes éducatifs. Ce dernier a été mis à jour et est maintenant disponible depuis juin 2021. Le Collège George Brown et l'Université MacEwan ont réussi à obtenir pour les trois prochaines années le statut d'autorisation de l'AIISOC pour leurs programmes. Trois autres établissements d'enseignement sont à différentes étapes de ce nouveau processus.

Dans l'ensemble, ce fut une année réussie malgré la pandémie. L'AIISOC, comme l'indiquait le thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires de 2021, « s'adapte et évolue dans un monde en changement » et nous continuons d'aller de l'avant avec de nombreuses autres possibilités en discussion pour 2022!

Je vous souhaite à tous et à toutes un joyeux temps des Fêtes et une bonne et heureuse Nouvelle Année. ❄️



Together Improving Lives  
Ensemble, améliorons des vies

# MedPack App from Medline

Manage your Medline custom OR pack program anytime, from anywhere.

Medpack from Medline is a personalized, online hub for managing and simplifying pack inventory that enables OR staff to be prepared.

Through the app customers have 24/7 access to real-time visibility and control of your Medline custom pack information.

- Quickly find details on your current custom program, including: componentry and usage
- Communicate desired changes and get quotes for new packs
- Quickly identify and approve substitutes for missing components and track changes



For more information speak with your local Medline Expert at 1-800-268-2848.

**Keywords:** Organ procurement processes, Perioperative nursing roles, Self-directed online education.

This article was peer-reviewed by the ACORN *Journal of Perioperative Nursing*.

# ORGAN PROCUREMENT PROCESSES IN THE OPERATING ROOM: THE EFFECTS OF AN EDUCATIONAL SESSION ON LEVELS OF CONFIDENCE AND UNDERSTANDING IN OPERATING ROOM REGISTERED NURSES AND SURGICAL TECHNOLOGISTS

**Authors:** Ann Ross<sup>1,\*</sup> MSN, BSN, RN; Janet Reilly<sup>1</sup> DNP, APRN-BC, RN; Emily Halla<sup>2</sup> DNP, MS, BSN, RN; Kathryn Anderson<sup>3</sup> BS, Business Management.

**Affiliations:** <sup>1</sup>University of Wisconsin-Green Bay, Wisconsin, USA.  
<sup>2</sup>Hospital Sisters Health System (HSBS) St Vincent's Hospital, Clinical Educator–Surgical Services, Green Bay, Wisconsin, USA.  
<sup>3</sup>University of Wisconsin–Organ and Tissue and Donation, Hospital Development, Madison, Wisconsin, USA.  
\*Author for correspondence.

**Funding:** No monies were received, and the authors have no financial interests.

First published in *Journal of Perioperative Nursing*, April 2020.  
Reprinted with kind permission from Australian College of Perioperative Nurses (ACORN).

## ABSTRACT

**Objectives:** This project aimed to determine the effects an online educational course about organ procurement procedures (OPPs) in the operating room (OR) had on the levels of confidence and understanding among OR registered nurses (RNs) and surgical technologists (STs).

**Sample and setting:** Data was collected from OR RNs and STs in the United States (US) at a Level II trauma centre with 19 operating rooms that completes eight to ten OPPs per year. A graduate nursing leadership student in this hospital created a Microsoft PowerPoint

educational course about OPPs as her capstone project.

**Methods and variables:** The course was developed and offered through the online learning management system the hospital uses. A retrospective pretest– posttest survey was designed and evaluated the effects of the course on participants' levels of confidence and understanding.

**Results:** The overall levels of understanding and confidence about OPPs improved in the RNs and STs, comparing aggregate scores.

**Implications for perioperative nursing:** An educational course can enhance

understanding of and confidence in OPPs for OR RNs and STs. Increased confidence and understanding can advance the successful outcomes of the OPPs. Ongoing education is needed to reinforce confidence and understanding in rarely done surgical procedures like OPPs.

## INTRODUCTION

Lack of organs for donation and transplantation is a global issue. For example, in 2018, over 113 000 people in the United States (US) awaited organ transplantation, with 20 people dying each day while waiting<sup>1</sup>. Similar need is evident in Australia. Global comparison of organ donation rates is measured in donors per million of population (DPMP) which considers changes in population over time; Australia's DPMP is 20.8 compared to the US at 31.72<sup>2</sup>. The lack of available organs for transplant is complex. Only three in one thousand deaths occur in a way that allows the deceased persons' organs to be eligible for donation and subsequent transplant, either through donation after brainstem death (DBD) or donation after circulatory (cardiac) death (DCD)<sup>1,3,4</sup>. The limited availability of eligible donated organs compared to the number of people awaiting transplantation prioritises the need for successful outcomes in organ procurement and transplant procedures.

In the US, organ transplant procedures can only be completed by an authorised organ procurement organisation (OPO)<sup>5</sup>. However, the organ procurement procedure (OPP) can occur in any hospital in the US that has an operating room (OR), ventilator and the staff with the ability to manage a patient requiring ventilation. The OR registered nurses (RNs) and surgical technologists (STs) that participate play an important role in the success of OPPs in the US. RNs in the US are licensed and have completed a two- to four-year nursing program at a technical or university college. The RNs function in the role of the circulator in the OR, ensuring the team works together for the patient's best interest. While not a role in Australia, STs in the US are trained through a specialised program at local

technical colleges. Their focus is on handling the instruments in the operating room.

While the literature addresses education that RNs receive about patient care prior to the OPP, it is limited in regard to education that RNs and STs receive about patient care during the OPP. This education is predominantly hospital-based and provided either as in-service training sessions taught by the OPO organ donor coordinators or offered during OR employee orientation, neither of which include the RN or ST responsibilities during the OPP<sup>6</sup>. Lack of, or insufficient, organ and tissue donation procedure education is a global issue and the need for more specialised education for health professionals closely involved in OPPs has been identified by international studies<sup>7-11</sup>. In both Australia and the US, dedicated teams to complete OPPs are not always available in smaller hospitals and those in less urban areas<sup>7</sup>. Therefore, OR RNs and STs who may be less familiar with OPPs participate in these procedures, possibly feeling vulnerable and more uncertain about their roles and responsibilities<sup>7</sup>. Education about OPPs can alleviate some of their uncertainty and result in successful functioning and job satisfaction<sup>12</sup>.

## Objectives

This project was developed by a nursing graduate student in a leadership and management program. The focus was to determine the effects of a self-directed education session about OPPs for OR RNs and STs on their level of understanding and confidence in the processes, using a retrospective pretest-posttest design.

## Sample and setting

The project setting was a non-profit, 517-bed hospital in the midwestern US, which is part of a health care system with fifteen hospitals and numerous clinics across two states. Fifty-nine RNs and STs were employed in the hospital OR and invited to participate in the project. The OR RNs and STs verbalised to the nurse educator concerns about

their lack of comfort providing care during OPPs. This hospital completes eight to ten OPPs per year (almost equal numbers of DBD and DCD) and works with a regional OPO, located about 300 kilometres away.

### METHODS AND VARIABLES

The project was deemed Institutional Review Board (IRB) exempt for the graduate student's university and the hospital. An education session was developed by the nursing graduate student to help address OR RNs and STs' concerns. Throughout its development, the education session was edited with feedback from the RN and ST managers, regional OPO staff and two hospital nurse educators. The session was offered to OR RNs and STs through the hospital's online learning management system. All 59 RNs and STs employed received an automated email when the session was available to be completed with periodic email reminders to encourage completion prior to the due date. Participants were able to log on and complete the self-directed education session individually on any hospital computer during work time. The content in the session was identified in the literature<sup>6,13,14</sup> and included an overview of OPP, perioperative responsibilities for OR RNs and STs, information on the criteria for DBD and DCD, and post-mortem care. Content was presented in a format similar to a PowerPoint presentation. The education session also included a video showing a meeting between organ donor and recipient family members, which is voluntary in the US. The education session took 30 minutes to complete and was available for one month. Responses were de-identified except by role (RN or ST). After completing the session, the participants were directed to complete an anonymous online survey which identified their levels of confidence and understanding before and after the OPP education session.

The survey used a retrospective pretest-posttest design, which allowed each participant to rate his or her perceptions before and after the training from the

same frame of reference. This design can remove response shift bias<sup>15</sup>. This form of evaluation was also used because individuals 'may not know what they do not know' nor be able to accurately reflect and self-report their level of knowledge and confidence prior to participation in the educational session<sup>16</sup>. Before answering survey questions, informed consent was obtained from participants after they read a summary of the project title, investigators, purpose, procedure, benefits, risk, safeguards, and IRB approval (see additional files).

The survey consisted of demographic questions (Q1–5) and quantitative questions regarding participants' understanding and confidence in OPPs (Q6–11) that were answered using a five-point Likert-type scale ('strongly agree', 'agree', 'neutral', 'disagree', 'strongly disagree'). Two qualitative, open-ended questions were also asked (Q12–13). De-identified results of the survey questions were analysed in the aggregate.

### RESULTS

The OPP session was completed by 41 RNs and STs employed in the hospital (69%). Eighteen of these RNs (n=11) and STs (n=7) also consented and completed the survey. The majority of survey participants (72%, n=13) had participated in less than five OPPs and had varied surgical experience. Six participants (33%) had more than 15 years of experience in their current OR position, while seven participants (39%) had worked less than five years. More than half of the participants (56%, n=10) indicated they had some form of formal education or training about OPPs prior to completing this online education session, mostly through in-service trainings (Q5).

Aggregate survey responses to Q6–11 noted increased confidence and understanding related to OPPs after the education session compared to before the session (see Figure 1 below). For example, the number of responses rating confidence in the ability to explain two types of OPPs (DBD, DCD) improved

after completing the education session (78%; n=14), compared to before the education session (50%; n=9). Similarly, confidence to perform OPPs changed from 83% (n=15) who 'agreed' or 'strongly agreed' (collectively hereafter called as 'agreed') after session completion, compared to 62% (n=11) before completing the session. Unanimous agreement was reported by participants after completing the education session in three areas. All eighteen participants (100%) 'agreed' they were able to differentiate the two types of OPPs, and they understood their responsibilities before and during OPPs.

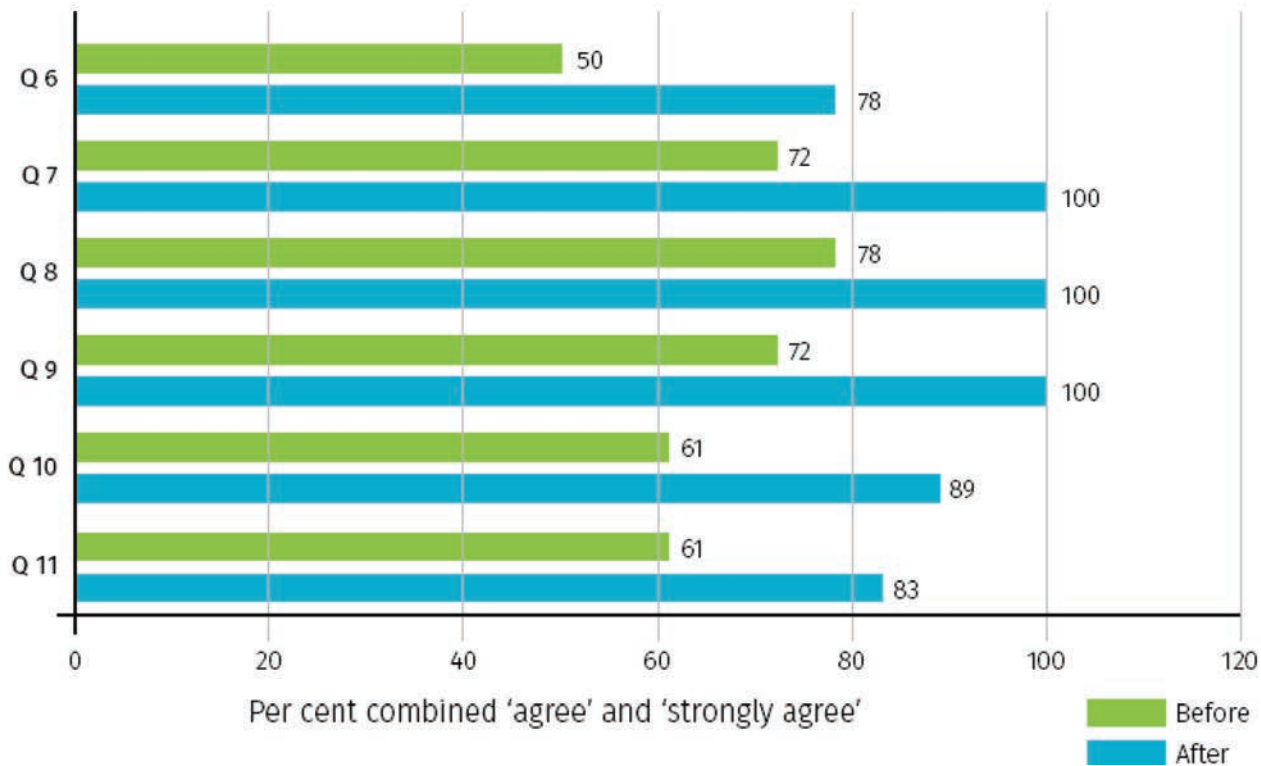
### Survey responses

Participants identified what they learned that would help them the next time they participated in an OPP. These were information about set up for each of the rooms (n=3), charting or paperwork to be completed (n=3), differences between DBD and DCD (n=2), and roles (n=2). For example, participants' responses included learning whether anaesthesia was needed for the OPP and knowing that family members were able to be in the OR. Information that RNs and STs stated should be included in future educational sessions involved the processes before patients come into the OR (n=2), charting and forms (n=1), what happens after OPPs, time frames for transplantation (n=1) and OPP in-service for new OR RN and STs (n=1). One participant echoed the purpose of this project by saying an educational session can be helpful to new employees or people who do OPPs infrequently to 'know what it's like to be in a transplant procedure just so you are more prepared'.

### Implications for perioperative nursing

There are important implications from this project, although they are not generalisable nor statistically significant due to the small sample size. After the education session, every survey question related to participants' levels of understanding and confidence in OPPs improved. Participants were also able to

**Figure 1.** Comparison of survey responses before and after the education session.



identify things they could apply in future OPPs. Despite participants having previous education and surgical experience, the need for ongoing specialised education for those participating in OPPs was found, as supported by the literature<sup>7</sup>.

**Knowledge translation**

Ongoing education, in an easily accessible and convenient format, needs to be provided for RNs and STs in each hospital in the US and RNs in Australia where OPPs may take place<sup>6</sup>. A standardised presentation of the OPP information from the education session in this project could be customised for use in other hospitals. Similar education could increase participants’ understanding and confidence in other infrequent surgical procedures.

**REFERENCES**

1. Health Resources & Services Administration (HRSA). Organ donation statistics [Internet].

Rockville, USA: HRSA; 2018. Available from: [www.organ-donor.gov/statistics-stories/statistics.html](http://www.organ-donor.gov/statistics-stories/statistics.html).

2. ShareLife. Australian organ donation performance-leading practice and global comparison [Internet]. Sydney: ShareLife; 2018. Available from: [www.sharelife.org.au/australian-organ-donation-comparison](http://www.sharelife.org.au/australian-organ-donation-comparison).

3. National Health Service, UK. Blood and Transplant. Donation after brainstem death [Internet]. London: NHS; Available from: [odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-brainstem-death/](http://odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-brainstem-death/)

4. National Health Service, UK (NHS). Blood and Transplant. Donation after circulatory death [Internet]. London: NHS; Available from: [odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-circulatory-death/](http://odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-circulatory-death/).

5. Health Resources and Services Administration (HRSA). Organ Transplant and Procurement Network policies [Internet]. Rockville, USA: HRSA; 2019. Available from: [optn.transplant.hrsa.gov/media/1200/optn\\_policies.pdf](http://optn.transplant.hrsa.gov/media/1200/optn_policies.pdf).

6. Smith Z, Leslie G, Wynaden D. Experiential learning not enough for organ procurement surgery: Implications for perioperative nursing education. *Prog Transplant* 2015;25(4):339–350.

7. Smith Z, Woods D, Lea J, Usher K. Australian perioperative nurses’ attitudes, levels of knowledge, education and support needs related to organ donation and procurement surgery: A national survey. *JPN* 2019;32(2):7-15.

8. Collins TJ. Organ and tissue donation: A survey of nurse’s knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21(4):226-233.

9. Kim JR, Fisher MJ, Elliott D. Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: Instrument development and testing. *J Adv Nurs* 2006;53(5):571-582.
10. Flodén A, Forsberg A. A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25(6):306-313.
11. Meyer K, Bjørk IT, Eide H. Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: A national survey. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):104-115.
12. Carter-Gentry D, McCurren C. Organ procurement from the perspective of perioperative nurses. *AORN J* 2004;80(3):417- 431.
13. Gao W, Plummer V, Williams A. Perioperative nurses' attitudes towards organ procurement: A systematic review. *J Clin Nurs* 2017;26(3/4):302-319.
14. Lyons P, Treasure E. The design and implementation of an organ donation education workshop for perioperative nurses. *ACORN J* 2014;27(1):28-29.
15. Chang R, Little TD. Innovations for evaluation research: Multiform protocols, visual analog scaling, and the retrospective pretest-posttest design. *Eval Health Prof* 2018;4(2):246-269.
16. Brook J, Akin B, Lloyd M, Bhattarai J, McDonald T. The use of prospective versus retrospective pretests with child-welfare involved families. *J Child Fam Stud* 2016;25(9):2740-2752. 🌸

# Northern Health is looking for experienced OR Nurses

Where fulfilling careers meet exceptional lifestyle.  
Please submit your application to [njobs@northernhealth.ca](mailto:njobs@northernhealth.ca)



# EXPLORE YOUR OPTIONS

DISCOVER MORE AT  
**healthmatchbc.org**

Health Match BC is a free recruitment service funded by the government of British Columbia. We help facilitate recruitment at over 200 facilities province wide and are here to answer your questions, connect you to the people you need to be connected with, and help you find the right role in the right location.

Email: [jobs4nurses@healthmatchbc.org](mailto:jobs4nurses@healthmatchbc.org)  
Phone (Toll-Free): 1.877.867.3061

health  
match bc 

**Mots-clés :** Processus d'approvisionnement en organes, rôles en soins infirmiers périopératoires, éducation autodirigée en ligne.

Cet article a été révisé par des pairs de la revue de l'ACORN intitulée *Journal of Perioperative Nursing*.

# PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT EN ORGANES EN SALLE D'OPÉRATION : LES EFFETS D'UNE SÉANCE ÉDUCATIVE SUR LE NIVEAU DE CONFIANCE ET LA COMPRÉHENSION DES INFIRMIÈRES ET DES TECHNICIENS EN CHIRURGIE (SURGICAL TECH.) EN SALLE D'OPÉRATION

**Auteurs :** Ann Ross<sup>1,\*</sup>, M.S.Inf., B.Sc.Inf., inf., Janet Reilly<sup>1</sup>, docteur en pratique des soins infirmiers, IA en PIA-BC, inf.; Emily Halla<sup>2</sup>, docteur en pratique des soins infirmiers, M.Sc., B.Sc.Inf., inf.; Kathryn Anderson<sup>3</sup>, B.Sc., administration des affaires.

**Affiliations :** <sup>1</sup>Université du Wisconsin-Green Bay, Wisconsin, É.-U.  
<sup>2</sup>Hospital Sisters Health System (HSBS) St Vincent's Hospital, éducatrice clinique – Services chirurgicaux, Green Bay, Wisconsin, É.-U.  
<sup>3</sup>Université du Wisconsin – Don d'organes et de tissus, développement hospitalier, Madison, Wisconsin, É.-U.  
\*Auteure pour la correspondance.

**Divulgence de financement ou d'intérêts financiers :** Les auteurs n'ont aucun financement ni intérêt financier à divulguer.

*Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, trad. a., Ideal Translation.*

Publié à l'origine dans la revue *Journal of Perioperative Nursing* en avril 2020.  
Réimprimé avec l'aimable autorisation du Australian College of Perioperative Nurses (ACORN).

## RÉSUMÉ

**Objectifs :** Ce projet vise à déterminer les effets qu'un cours éducatif en ligne au sujet de l'approvisionnement en organes en salle d'opération (SOP) a eu sur le niveau de confiance et la compréhension des infirmières et des techniciens en chirurgie (surgical tech.) (surgical tech.) en salle d'opération.

**Échantillonnage et contexte :** Les données ont été recueillies des infirmières et techniciens en chirurgie (surgical tech.) (surgical tech.) en SOP aux États-Unis dans un centre de traumatologie de niveau II, doté de 19 salles d'opération effectuant de huit à dix processus d'approvisionnement en organes par année. Dans le cadre de son projet intégrateur, une étudiante

diplômée en leadership infirmier de cet hôpital a créé un cours éducatif en format Microsoft PowerPoint au sujet des processus d'approvisionnement en organes.

**Méthodologies et variables :** Le cours a été conçu et offert par le biais du système de gestion de l'apprentissage en ligne qu'utilise l'hôpital. Une enquête rétrospective prétest et posttest a été développée et évaluait les effets du cours sur le niveau de confiance et la compréhension des participants.

**Conclusions :** Dans l'ensemble, le niveau de compréhension et de confiance au sujet des processus d'approvisionnement en organes s'est amélioré chez les infirmières et les techniciens en chirurgie (surgical tech.) (surgical tech.) comparativement aux résultats globaux. Conséquences pour les soins périopératoires : Un cours éducatif peut améliorer la compréhension et la confiance des infirmières et des techniciens en chirurgie (surgical tech.) (surgical tech.) par rapport aux processus d'approvisionnement en organes. Une plus grande confiance et une meilleure compréhension peuvent favoriser des résultats positifs pour les processus d'approvisionnement en organes. Afin d'améliorer la confiance et la compréhension, l'éducation continue est nécessaire pour les interventions chirurgicales rarement effectuées comme les processus d'approvisionnement en organes.

### INTRODUCTION

La pénurie d'organes destinés aux dons et à la transplantation est un problème mondial. Par exemple, en 2018, plus de 113 000 personnes aux États-Unis étaient en attente pour une greffe d'organe, et 20 personnes décèdent chaque jour en l'attendant<sup>1</sup>. Un besoin semblable peut aussi être observé en Australie. La comparaison mondiale du taux de dons d'organes se mesure en donneurs par million d'habitants qui tient compte des changements temporels au sein de la population. Le nombre de donneurs par million d'habitants en Australie se chiffre à 20,8

comparativement à 31,72 aux États-Unis<sup>2</sup>. La pénurie d'organes disponibles pour la transplantation est complexe. Seulement trois décès sur mille surviennent d'une façon permettant aux organes des personnes décédées d'être admissibles pour un don et une transplantation subséquents, que ce soit par don à la suite d'une mort cérébrale ou par don après une mort cardiaque<sup>1,3,4</sup>. La disponibilité restreinte des organes admissibles donnée comparée au nombre de personnes en attente d'une transplantation priorise le besoin pour des résultats fructueux en matière de procédures d'approvisionnement en organes et de transplantation.

Aux É.-U., les procédures de transplantation d'organes peuvent seulement être effectuées par un organisme autorisé en approvisionnement d'organes<sup>5</sup>. Cependant, ces dernières peuvent s'effectuer dans n'importe quel hôpital aux É.-U. qui est doté d'une salle d'opération (SOP), d'un ventilateur et de personnel ayant la capacité de gérer un patient nécessitant de la ventilation. Les infirmières en SOP et les techniciens en chirurgie (surgical tech.) qui participent jouent un rôle important quant au succès du processus d'approvisionnement en organes aux É.-U. Aux É.-U., les infirmières sont autorisées et ont complété un programme en soins infirmiers de deux à quatre ans dans un établissement collégial ou universitaire. La fonction des infirmières occupant le rôle d'infirmière en service externe en SOP est de s'assurer que l'équipe travaille ensemble dans l'intérêt fondamental du patient. Même si ce rôle n'existe pas en Australie, les techniciens en chirurgie (surgical tech.) aux É.-U. sont formés grâce à un programme spécialisé dans un établissement collégial. Ces derniers se chargent de la manutention des instruments en salle d'opération.

Même si la littérature traite de l'éducation que reçoivent les infirmières au sujet des soins aux patients avant le processus d'approvisionnement en organes, elle est limitée en ce qui concerne l'éducation que reçoivent les infirmières et les techniciens en chirurgie (surgical tech.) quant aux soins aux

patients durant le processus d'approvisionnement en organes. Cette éducation est essentiellement offerte à l'hôpital, soit sous forme de séances de formation interne, enseignées par les coordonnateurs en dons d'organes des SAO, soit offertes lors de l'intégration de l'employé en SOP, mais aucune d'elles n'inclut les responsabilités des infirmières et de techniciens en chirurgie (surgical tech.) lors du processus d'approvisionnement en organes<sup>6</sup>. Le manque d'éducation, ou l'éducation insuffisante en matière de procédures de don d'organes et de tissus s'avèrent être un problème mondial et des études internationales ont déterminé qu'il existait un besoin pour de l'éducation plus spécialisée pour les professionnels de la santé impliqués directement dans les processus d'approvisionnement en organes<sup>7-11</sup>. En Australie, tout comme aux É.-U., des équipes exclusivement consacrées à effectuer des processus d'approvisionnement en organes ne sont pas toujours disponibles dans les hôpitaux de plus petite taille et dans ceux situés dans des zones à la population moins dense<sup>7</sup>. Par conséquent, il se peut que les infirmières en SOP et les techniciens en chirurgie (surgical tech.) moins familiers avec les processus d'approvisionnement en organes participent à ces interventions en se sentant possiblement vulnérables et moins certains de leurs rôles et de leurs responsabilités<sup>7</sup>. L'éducation au sujet des processus d'approvisionnement en organes peut alléger leurs incertitudes et mener au bon fonctionnement de l'équipe et à leur satisfaction au travail<sup>12</sup>.

### Objectifs

Ce projet a été élaboré par une étudiante diplômée en soins infirmiers dans le cadre d'un programme de leadership et de gestion. Le but était de déterminer les effets d'une séance éducative autodirigée sur les processus d'approvisionnement en organes pour les infirmières en SOP et les techniciens en chirurgie (surgical tech.) quant à leur niveau de compréhension et de confiance face aux processus, en utilisant un concept de rétrospective prétest et posttest.

### Échantillonnage et contexte

Le contexte du projet se situait dans un hôpital à but non lucratif de 517 lits dans le Midwest américain, qui fait partie d'un système de santé se composant de quinze hôpitaux et de nombreuses cliniques à travers deux états. Cinquante-neuf infirmières et techniciens en chirurgie (surgical tech.) étaient employés par la SOP de cet hôpital et ils ont été invités à participer au projet. Les infirmières en SOP et les techniciens en chirurgie (surgical tech.) ont indiqué de vive voix leurs préoccupations à l'infirmière enseignante quant à leur inconfort à fournir des soins lors des processus d'approvisionnement en organes. Cet hôpital effectue de huit à dix processus d'approvisionnement en organes par année (presque le même nombre de dons après un décès cardiocirculatoire (DDC) et de dons après un décès cérébral) et travaille en collaboration avec un SAO régional, situé à environ 300 kilomètres.

### MÉTHODOLOGIES ET VARIABLES

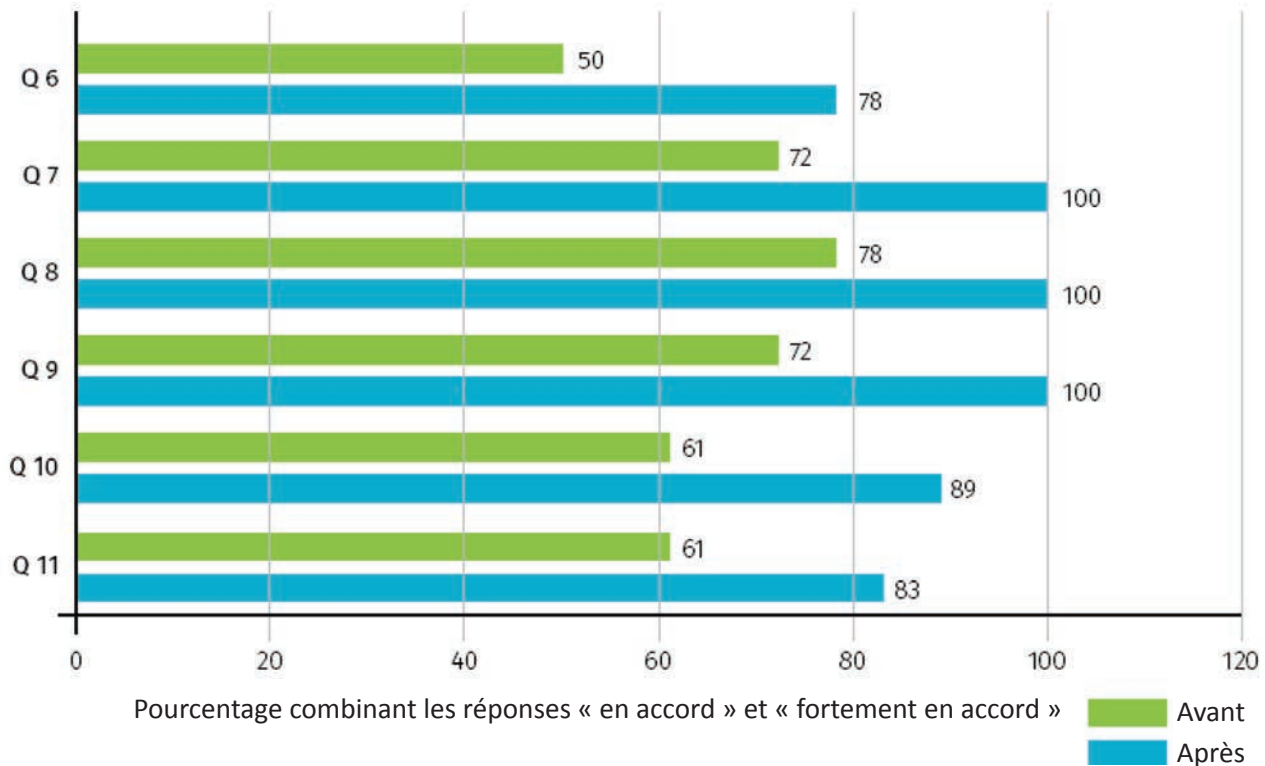
Les étudiants diplômés de l'université et l'hôpital ont été considérés comme exemptés du projet par le comité d'examen de l'établissement (CEE). Une séance éducative a été élaborée par l'étudiante diplômée en soins infirmiers pour aider à aborder les préoccupations des infirmières en SOP et des techniciens en chirurgie (surgical tech.). Tout au long de son élaboration, la séance éducative a été modifiée à la suite des rétroactions des gestionnaires des infirmières et des techniciens en chirurgie (surgical tech.), du personnel du SAO régional et des deux infirmières enseignantes de l'hôpital. La séance a été offerte aux infirmières en SOP et aux techniciens en chirurgie (surgical tech.) par le biais du système de gestion de l'apprentissage en ligne de l'hôpital. Les 59 infirmières et techniciens en chirurgie (surgical tech.) employés recevaient un courriel automatisé lorsque la séance pouvait être complétée, avec des rappels périodiques par courriel pour les encourager à la terminer avant la date d'échéance. Les participants pouvaient ouvrir une séance et compléter par eux-mêmes la séance éducative autodirigée à partir de n'importe quel ordinateur de

l'hôpital durant leurs heures de travail. Le contenu de la séance a été identifié dans la littérature<sup>6,13,14</sup> et incluait un aperçu des processus d'approvisionnement en organes, les responsabilités périopératoires des infirmières en SOP et des techniciens en chirurgie (surgical tech.), de l'information sur les critères pour les dons après un décès cardiocirculatoire et les dons après un décès cérébral et les soins post-mortem. Le contenu était présenté dans un format semblable à une présentation PowerPoint. La séance éducative incluait également une vidéo montrant une réunion entre un donneur d'organe et les membres d'une famille récipiendaire, une réunion facultative aux É.-U. La séance éducative durait 30 minutes et était disponible durant un mois. Les réponses étaient anonymisées, sauf pour le rôle (infirmière ou technicien en chirurgie (surgical tech.)). Après avoir complété la séance, on demandait aux participants de remplir une enquête anonyme en ligne qui analysait leur niveau de confiance et de compréhension avant et après la séance éducative sur les processus d'approvisionnement en organes.

L'enquête avait recours à un concept rétrospectif de prétest et posttest, qui permettait à chaque participant d'évaluer ses perceptions avant et après la formation à partir du même cadre de référence. Ce concept peut éliminer les déviations systématiques de changement des réponses<sup>15</sup>. Cette forme d'évaluation a également été utilisée parce qu'il se peut que les personnes « ne sachent pas ce qu'elles ne savent pas » ni être capables de refléter et de signaler elles-mêmes de manière précise leur niveau de connaissances et de confiance avant de participer à la séance éducative<sup>16</sup>. Avant de répondre aux questions de l'enquête, les participants donnaient leur consentement éclairé après avoir lu un résumé du projet indiquant son titre, les chercheurs, le but, la procédure, les avantages, le risque, les mesures de protection et l'approbation du comité d'examen interne (CEI) (voir les fichiers additionnels).

L'enquête se composait de questions sur les données démographiques (Q1-5) et de

Image 1. Comparaison des réponses à l'enquête avant et après la séance éducative.



questions quantitatives au sujet de la compréhension et de la confiance des participants quant aux processus d'approvisionnement en organes (Q6–11) auxquelles ils répondaient en utilisant une échelle de Likert de cinq points (« fortement en accord », « en accord », « neutre », « en désaccord », « fortement en désaccord »). L'enquête comprenait aussi deux questions qualitatives ouvertes (Q12–13). Les résultats anonymisés aux questions de l'enquête ont été analysés dans leur ensemble.

### CONCLUSIONS

Quarante et une infirmières et techniciens en chirurgie (surgical tech.) employés par l'hôpital (69 %) ont suivi la séance éducative sur les processus d'approvisionnement en organes. Parmi ces derniers, dix-huit infirmières (n=11) et techniciens en chirurgie (surgical tech.) (n=7) ont également donné leur consentement et ont rempli l'enquête. La majorité des participants à l'enquête (72 %, n=13) avait participé à moins de cinq séances sur les processus

d'approvisionnement en organes et possédait une expérience chirurgicale variée. Six participants (33 %) possédaient plus de 15 ans d'expérience dans leur poste actuel en SOP, tandis que sept participants (39 %) avaient travaillé durant moins de cinq ans. Plus de la moitié des participants (56 %, n=10) ont indiqué qu'ils possédaient une certaine éducation ou formation formelle au sujet des processus d'approvisionnement en organes avant de suivre cette séance éducative en ligne, la plupart ayant reçu des formations sur leur lieu de travail (Q5).

L'ensemble des réponses Q6 à 11 de l'enquête indiquait une confiance accrue et une meilleure compréhension des processus d'approvisionnement en organes après la séance éducative comparativement à avant la séance (voir Image 1 ci-dessous). Par exemple, le nombre de réponses considérant la confiance face à sa capacité d'expliquer les deux types de processus d'approvisionnement en organes (don après un décès cardiocirculatoire et don

après un décès cérébral) s'était améliorée après avoir suivi les séances éducatives (78 %; n=14), comparativement à avant les séances éducatives (50 %; n=9). De même, la confiance à effectuer les processus d'approvisionnement en organes a changé, passant à 83 % (n=15) parmi les participants qui étaient « d'accord » ou « fortement en accord » (collectivement appelés aux présentes « en accord ») après avoir suivi les séances comparativement à 62 % (n=11) avant les séances. Les participants ont signalé un accord unanime dans les trois domaines après avoir suivi les séances éducatives. Les dix-huit participants (100 %) étaient « en accord » quant au fait d'être capables de différencier les deux types de processus d'approvisionnement en organes et ils comprenaient leurs responsabilités avant et durant les processus d'approvisionnement en organes.

### Réponses à l'enquête

Les participants ont indiqué ce qu'ils avaient appris et qui pourrait les aider la prochaine fois qu'ils participeront à un processus d'approvisionnement en organes. Ces informations incluaient des notions sur l'organisation de chacune des salles (n=3), la consignation des notes au dossier ou les documents à remplir (n=3), les différences entre les dons après un décès cardiocirculatoire et les dons après un décès cérébral (n=2) et les rôles (n=2). Par exemple, les réponses des participants incluaient : apprendre si une anesthésie était nécessaire pour le processus d'approvisionnement en organes et savoir que les membres de la famille pouvaient entrer en SOP. L'information indiquée par les infirmières et les techniciens en chirurgie (surgical tech.) qui devrait être incluse dans les séances éducatives ultérieures concernant les processus avant que les patients n'entrent en SOP (n=2), la consignation des notes au dossier et les formulaires (n=1), ce qui se passe après les processus d'approvisionnement en organes, les délais pour la transplantation (n=1) et la formation sur le lieu de travail quant aux processus d'approvisionnement en organes pour les nouvelles infirmières en SOP et les nouveaux techniciens en chirurgie

(surgical tech.) (n=1). Un participant a fait écho au but de ce projet en mentionnant que les séances éducatives pouvaient être utiles aux nouveaux employés ou aux personnes qui n'effectuent pas souvent des processus d'approvisionnement en organes afin qu'ils « sachent comment se déroule une intervention de transplantation pour être mieux préparés ».

### Répercussions pour les soins infirmiers périopératoires

Il existe d'importantes répercussions découlant de ce projet, même si elles ne sont pas généralisées ni significatives sur le plan statistique en raison de la petite taille de l'échantillon. Après les séances éducatives, chaque question de l'enquête liée au niveau de compréhension et de confiance des participants dans les processus d'approvisionnement en organes indiquait que ce dernier s'était amélioré. Les participants pouvaient aussi identifier les notions qu'ils pouvaient appliquer dans les processus futurs d'approvisionnement en organes. Malgré le fait que les participants possédaient déjà un niveau d'éducation et d'expérience chirurgicale, on a constaté un besoin pour de l'éducation spécialisée continue pour les employés participant aux processus d'approvisionnement en organes, comme le soutient la littérature<sup>7</sup>.

### Transfert des connaissances

L'éducation continue, dans un format facilement accessible et commode, doit être fournie aux infirmières et techniciens en chirurgie (surgical tech.) dans chaque hôpital aux É.-U. ainsi qu'aux infirmières en Australie où les processus d'approvisionnement en organes pourraient avoir lieu<sup>6</sup>. Une présentation normalisée de l'information sur les processus d'approvisionnement en organes tirée des séances éducatives de ce projet pourrait être personnalisée pour être utilisée dans d'autres hôpitaux. De l'éducation semblable pourrait accroître la compréhension et la confiance des participants relativement à d'autres interventions chirurgicales moins fréquentes.

**RÉFÉRENCES**

1. Health Resources & Services Administration (HRSA). Organ donation statistics [Internet]. Rockville, USA: HRSA; 2018. Peut être téléchargé à : [www.organ-donor.gov/statistics-stories/statistics.html](http://www.organ-donor.gov/statistics-stories/statistics.html).
2. ShareLife. Australian organ donation performance-leading practice and global comparison [Internet]. Sydney: ShareLife; 2018. Peut être téléchargé à : [www.sharelife.org.au/australian-organ-donation-comparison](http://www.sharelife.org.au/australian-organ-donation-comparison).
3. National Health Service, UK. Blood and Transplant. Donation after brainstem death [Internet]. London: NHS; Peut être téléchargé à : [odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-brainstem-death/](http://odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-brainstem-death/)
4. National Health Service, UK (NHS). Blood and Transplant. Donation after circulatory death [Internet]. London: NHS; Peut être téléchargé à : [odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-circulatory-death/](http://odt.nhs.uk/deceased-donation/best-practice-guidance/donation-after-circulatory-death/).
5. Health Resources and Services Administration (HRSA). Organ Transplant and Procurement Network policies [Internet]. Rockville, USA: HRSA; 2019. Peut être téléchargé à : [optn.transplant.hrsa.gov/media/1200/optn\\_policies.pdf](http://optn.transplant.hrsa.gov/media/1200/optn_policies.pdf).
6. Smith Z, Leslie G, Wynaden D. Experiential learning not enough for organ procurement surgery: Implications for perioperative nursing education. *Prog Transplant* 2015;25(4):339-350.
7. Smith Z, Woods D, Lea J, Usher K. Australian perioperative nurses' attitudes, levels of knowledge, education and support needs related to organ donation and procurement surgery: A national survey. *JPN* 2019;32(2):7-15.
8. Collins TJ. Organ and tissue donation: A survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21(4):226-233.
9. Kim JR, Fisher MJ, Elliott D. Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: Instrument development and testing. *J Adv Nurs* 2006;53(5):571-582.
10. Flodén A, Forsberg A. A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive Crit Care Nurs* 2009;25(6):306-313.
11. Meyer K, Bjørk IT, Eide H. Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: A national survey. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):104-115.
12. Carter-Gentry D, McCurren C. Organ procurement from the perspective of perioperative nurses. *AORN J* 2004;80(3):417-431.
13. Gao W, Plummer V, Williams A. Perioperative nurses' attitudes towards organ procurement: A systematic review. *J Clin Nurs* 2017;26(3/4):302-319.
14. Lyons P, Treasure E. The design and implementation of an organ donation education workshop for perioperative nurses. *ACORN J* 2014;27(1):28-29.
15. Chang R, Little TD. Innovations for evaluation research: Multiform protocols, visual analog scaling, and the retrospective pretest-posttest design. *Eval Health Prof* 2018;4(2):246-269.
16. Brook J, Akin B, Lloyd M, Bhattarai J, McDonald T. The use of prospective versus retrospective pretests with child-welfare involved families. *J Child Fam Stud* 2016;25(9):2740-2752. 🍀

**Operating Room Nurses Association of Canada**  
**Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada**

# ORNAC AIISOC

## **2022 Annual General Meeting and Educational Sessions**

**Saturday April 23, 2022**

**-Virtual-**

Further info will be posted on our  
website [www.ornac.ca](http://www.ornac.ca)

## **Assemblée générale annuelle (2022) et séances d'éducation**

**Samedi 23 avril 2022**

**-Virtuelle-**

De plus amples informations seront  
affichées sur notre site web

[www.ornac.ca/fr](http://www.ornac.ca/fr)



# PERIOPERATIVE NURSES WEEK CONTESTS

Every year ORNAC Members and Associates have the opportunity to participate in three Perioperative Nurses Week (PNW) contests. Show us your perioperative nursing spirit and you could win conference registration or a copy of the ORNAC Standards.



## **Theme Contest:**

Submit your suggested theme for next year's PNW. Contest runs from mid-November to mid-December.

## **Poster Contest:**

Create a design of a poster reflecting this year's PNW theme. Contest runs from mid-January to early March. The winning poster is provided to ORNAC members and highlighted during PNW activities.

## **Video and Written Contest:**

Submit a written piece or short video that reflects your perspective on this year's PNW theme. Contest runs from mid-January to September 1.

Contest details are at [ornac.ca/en/news-events/perioperative-nurses-week](http://ornac.ca/en/news-events/perioperative-nurses-week)

# CONCOURS DE LA SEMAINE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Chaque année, les membres et associés de l'AIISOC ont la possibilité de participer aux trois concours de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires. Faites-nous part de votre esprit pour les soins périopératoires et vous pourriez gagner une inscription au congrès ou un exemplaire des Normes de l'AIISOC.



## **Concours du thème :**

Soumettez votre suggestion pour le thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires de l'année prochaine. Le concours se déroule de la mi-novembre à la mi-décembre.

**Concours pour une affiche :** Créez une affiche reflétant le thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires de cette année. Le concours se déroule de la mi-janvier au début de mars. L'affiche gagnante sera présentée aux membres de l'AIISOC et elle sera affichée lors des activités de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires.

## **Concours pour une vidéo ou un document écrit :**

Soumettez un document écrit ou une courte vidéo qui reflètent votre point de vue sur le thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires de cette année. Le concours se déroule de la mi-janvier au 1er septembre.

Vous trouverez les détails du concours à :

<http://ornac.ca/fr/news-events/semaines-des-infirmieres-perioperatives>

**Mots-clés :** Sécurité des patients, culture de sécurité, défense des intérêts des patients, soins infirmiers périopératoires.

Cet article a été révisé par des pairs de la revue de l'ACORN intitulée *Journal of Perioperative Nursing*.

# CERNER LES OBSTACLES À LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS DES PATIENTS DANS LA PROMOTION D'UNE CULTURE DE SÉCURITÉ : UNE REVUE INTÉGRATIVE

**Auteurs :** Teena Shoemark, MCN (anesthésie et soins de rétablissement), inf., MACORN; Dre Paula Foran, Ph.D., inf., FACORN, FACPAN, MACN.

**Remerciements :** Ce travail a été soumis à l'Université de la Tasmanie dans le cadre d'une exigence partielle du cours CNA803, Pratique clinique avancée en soins infirmiers, inscrit à la maîtrise en soins infirmiers cliniques (soins infirmiers périopératoires). L'auteure tient à remercier la Dre Paula Foran, coordonnatrice d'unité, pour ses encouragements et ses conseils lors de la rédaction de ce document de discussion.

*Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, trad. a., Ideal Translation.*

Publié à l'origine dans la revue *Journal of Perioperative Nursing* en mai 2021.  
Réimprimé avec l'aimable permission du Australian College of Perioperative Nurses (ACORN)

## RÉSUMÉ

**Exposition du problème :** La promotion de la sécurité des patients, par le biais de la défense de leurs intérêts, fait partie intégrante du rôle de l'infirmière en soins périopératoires. Toutefois, les obstacles soulevés à la défense efficace des intérêts des patients ont également fait ressortir les lacunes des caractéristiques de la culture de sécurité. Cette revue intégrative vise à mettre en évidence ces obstacles et à discuter des stratégies visant à promouvoir la sécurité des patients dans le contexte périopératoire en présentant les liens entre la promotion des intérêts des patients et la culture de sécurité.

**Recherche bibliographique :** Une recherche électronique des bases de

données EBSCOhost, Academic Search Ultimate, Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Healthsource, MEDLINE et PubMed a été entreprise et a produit dix articles à inclure. La recherche originale incluse dans cette revue comprend cinq études qualitatives, trois études quantitatives et deux études de cas. D'autres documents ont été consultés pour obtenir des renseignements généraux sur ce sujet et des conseils sur la rédaction de cet article.

**Synthèse de l'évaluation des données :** La recherche sélectionnée a fait l'objet d'une évaluation critique de sa qualité méthodologique à l'aide de listes de contrôle d'évaluation critique de JBI pour les études de cas et les recherches qualitatives et de prévalence. Un tableau

d'extraction de données a permis d'enregistrer, de regrouper, de comparer et de guider le processus d'intégration de l'analyse thématique et de la synthèse des données, produisant des thèmes qui ont émergé dans les documents sélectionnés.

**Conséquences pour la pratique :** Les résultats synthétisés soulignent l'importance de la défense des intérêts des patients par l'infirmière en soins périopératoires pour accroître la sécurité des patients. Cette revue des documents présente les obstacles à la défense des patients et aborde la suggestion selon laquelle un engagement organisationnel visant à accroître la défense des intérêts des patients par les infirmières en soins périopératoires qui leur permettrait de parler au nom de leurs patients pourrait être la clé du succès pour assurer une plus grande sécurité des patients.

## INTRODUCTION

Les patients font confiance au système de soins de santé qui devrait offrir des soins de haute qualité et sécuritaires répondant à leurs besoins et à leurs attentes.<sup>1</sup> Il est primordial d'accepter l'obligation de rendre compte de la pratique et de reconnaître le rôle de l'infirmière dans la protection de l'autonomie d'un patient et de son droit à des soins de haute qualité sécuritaires à la fois sur le plan clinique et culturel.<sup>2</sup> Cette déclaration est d'autant plus importante vu le contexte périopératoire où les patients sont exposés aux vulnérabilités associées à l'anesthésie lorsqu'ils sont temporairement incapables d'agir pour eux-mêmes.<sup>3</sup>

Pour citer Virginia Henderson, une célèbre théoricienne en soins infirmiers, lorsque l'on définit la défense des patients en soins infirmiers : « l'infirmière est temporairement la conscience de l'inconscient, l'amour de la vie pour le suicidaire, la jambe de l'amputé, les yeux du nouvel aveugle, un moyen de locomotion pour le nouveau-né, les connaissances et la confiance de la jeune mère, et un « micro » pour ceux qui sont trop faibles ou réservés pour parler. »<sup>4</sup> (p.63)

Les objectifs de cette revue visent à comprendre la relation entre la défense des intérêts des patients et la culture de sécurité dans le contexte périopératoire; de présenter le rôle de l'infirmière en soins périopératoires dans la défense des patients; de discuter de certains obstacles à la défense des patients, notamment la hiérarchie dans l'environnement périopératoire et la peur du blâme, et d'élaborer des stratégies pour surmonter ces obstacles, notamment le nivellement de la hiérarchie, la communication ouverte et les approches non punitives au rapport des risques.

## EXPOSITION DU PROBLÈME

La défense des intérêts des patients dans le contexte périopératoire a fait l'objet de nombreuses recherches au cours des deux dernières décennies. Les résultats ont démontré que les infirmières en soins périopératoires considèrent qu'elles jouent un rôle protecteur contre les préjudices et un rôle de militantes pour les droits de la personne.<sup>3</sup> La défense des intérêts des patients donne aux infirmières l'occasion d'exercer leur jugement professionnel, moral et éthique, en favorisant l'autonomisation et la satisfaction professionnelle.<sup>5</sup> Les obstacles à la défense des intérêts auxquels sont confrontées les infirmières en soins périopératoires, comme les contraintes de hiérarchie et de communication, ont été largement décrits dans les documents de discussion sur la pratique clinique.<sup>6-8</sup> Ces documents soulignent également la relation entre la défense des intérêts et le concept de culture de sécurité.<sup>6-8</sup> Comme l'a reconnu la Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), la culture de sécurité est un élément clé de la prestation collaborative de soins de haute qualité et sécuritaires et elle se manifeste par le biais des attitudes organisationnelles qui façonnent les comportements des cliniciens et des dirigeants.<sup>9</sup> En dépit de ceci, le rôle de défenseur a été entravé et pour cette raison, il est essentiel pour la sécurité des patients de reconnaître et de surmonter les obstacles à la défense des intérêts des patients par les infirmières en soins périopératoires.<sup>3</sup>

## RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

### Stratégie de recherche

Une recherche électronique de la documentation a été effectuée dans les bases de données. Parmi les sites consultés : PubMed et, par l'entremise de EBSCOhost, Academic Search Ultimate, Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) au complet, Healthsource: édition soins infirmiers/académique, MEDLINE et MEDLINE au complet.

Les termes clés choisis dans la recherche étaient *patient, advocacy, perioperative, operating room, nurse\*, patient advocacy, et safety culture* (soit en français *patient, défense des intérêts, périopératoire, salle d'opération, inf\*, défense des intérêts des patients et culture de sécurité*).

Les moteurs de recherche de données PubMed MeSH et PubMed ont été utilisés pour inclure des en-têtes de sujets médicaux (en anglais medical subject headings ou MeSH) dans la recherche. Les termes MeSH étaient *patient safety* [Mesh], *Perioperative Care/ethics* [Mesh], *Perioperative Care/legislation and jurisprudence* [Mesh], *Perioperative Care/organisation and administration* [Mesh] (soit en français *sécurité des patients* [Mesh], *soins/éthique périopératoires* [Mesh], *soins/législation et jurisprudence périopératoires* [Mesh], *soins/organisation et administration périopératoires* [Mesh]). Les expressions booléennes ET et OU ont été appliquées pour restreindre les termes de recherche et la troncature « \* » a été appliquée pour inclure les pluriels des termes clés.

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour accéder aux recherches originales les plus récentes et aux documents scientifiques révisés par des pairs, les résultats de recherche ont été limités aux années 2015 à 2020 et aux articles des revues révisés par des pairs seulement. Les articles inclus faisaient référence aux termes clés et étaient en

anglais en raison des contraintes linguistiques des auteurs. Les critères d'exclusion comportaient la recherche non liée aux soins infirmiers, à la défense des intérêts des patients ou à la culture de sécurité; les sources secondaires de recherche; les protocoles; les lignes directrices et la recherche non transférable au contexte périopératoire.

## SYNTHÈSE D'ÉVALUATION DES DONNÉES

### Extraction et évaluation des données

L'extraction des données comprenait l'auteur, la date de publication, l'origine de l'étude, la population et la méthode d'échantillonnage, la conception de l'étude, le niveau de preuve, les principales conclusions et les limites. En accord avec Whittemore et Knafl, la diversité dans la conception des études incluses a indiqué que l'application des outils d'évaluation de la qualité était appropriée.<sup>10</sup> La fiabilité et la validité de la recherche sélectionnée ont été déterminées en utilisant les niveaux de preuve décrits par Jirojwong, Johnson et Welch, du niveau I, le plus élevé, au niveau VII, le plus faible.<sup>11</sup> La recherche sélectionnée a été évaluée de façon critique pour sa « qualité méthodologique » à l'aide des listes de contrôle d'évaluation critique JBI pour les études de cas et les recherches qualitatives et de prévalence.<sup>12</sup> Chaque liste de contrôle comportait entre huit et dix questions et recevait une note, « oui », « pas clair », « non », « inapplicable », qui était interprétée par l'auteur avec une cote de recherche, soit faible, modérée ou de haute qualité.

### Analyse et synthèse des données

Comme l'ont suggéré Whittemore et Knafl, la méthode de revue intégrative a été suivie pour analyser et synthétiser les données par analyse thématique.<sup>10</sup> La réduction des données occasionnait au départ le regroupement de la recherche par conception d'étude. Le tableau d'extraction des données, qui

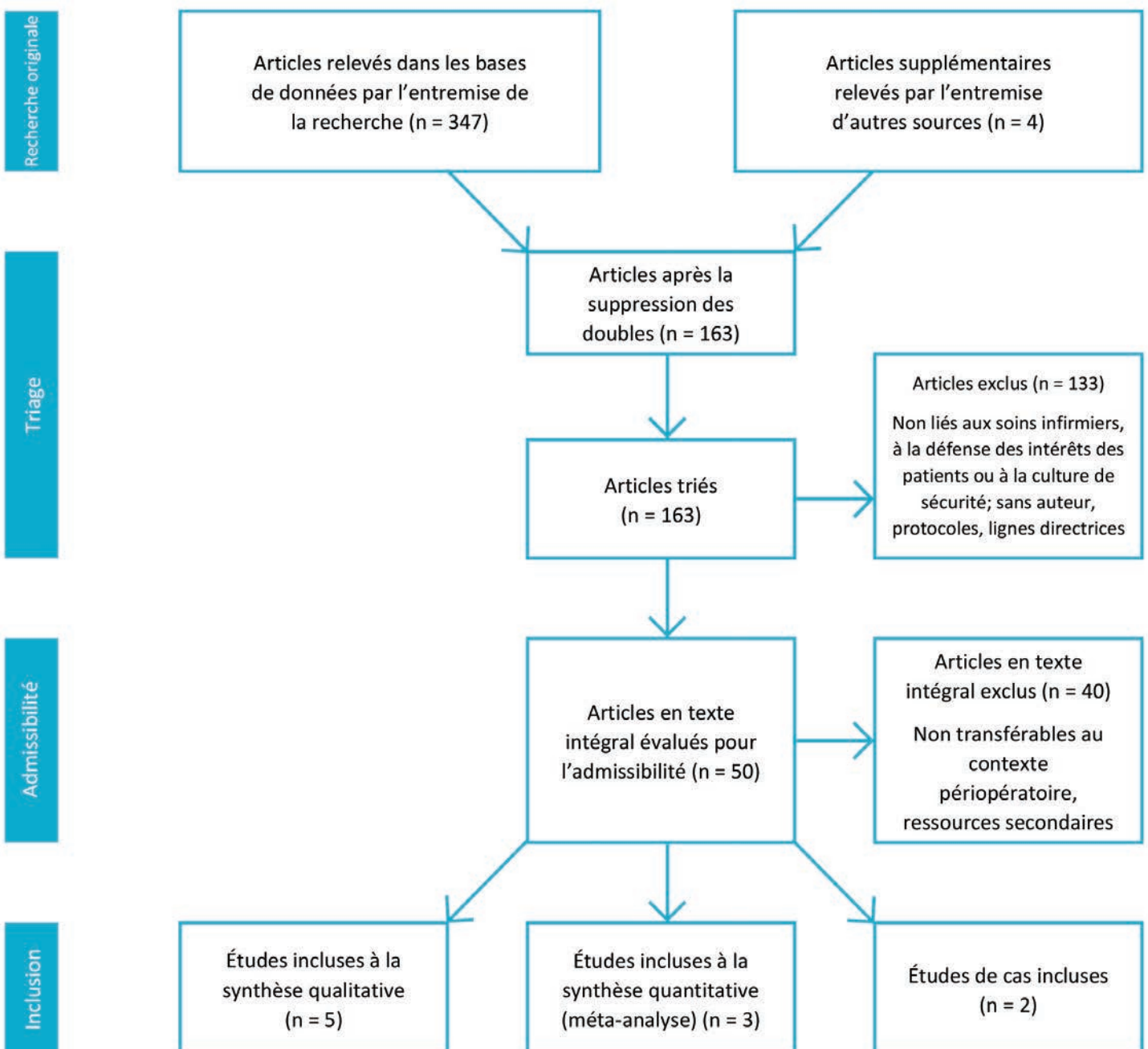
sert à enregistrer les données extraites à des fins de comparaison ultérieure, est joint comme matériel supplémentaire. L'affichage des données a été réalisé par le biais du tableau appliqué en groupant les données similaires. La comparaison des données groupées a été effectuée pour produire des thèmes et des liens. Les thèmes et les liens ont été intégrés pour la discussion et synthétisés pour la vérification et pour tirer des conclusions.

**Conclusions descriptives**

Comme l'indique l'organigramme PRISMA (Tableau 1), la stratégie de recherche a permis de relever 347 articles alors qu'une recherche des listes de référence dans les documents sélectionnés a relevé 4 articles, selon les recommandations de Liberati et coll.13 Après la suppression des articles en double du total de 351 articles, il en restait 163. Sur les 163 articles, 113 ont

été exclus après que les titres et les résumés aient été triés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Les 50 autres articles en texte intégral ont été examinés pour déterminer leur pertinence par rapport aux objectifs de l'étude, ce qui a entraîné l'exclusion de 40 articles. La majorité des articles en texte intégral exclus ont été jugés pertinents pour la défense des intérêts des patients et la culture de sécurité, toutefois, en raison des

**Tableau 1.** Organigramme PRISMA d'articles inclus.



recommandations de Jirojwong et coll.<sup>11</sup> et de Joanna Briggs Institute (JBI)<sup>12</sup>, ils ont été exclus puisque l'auteur les a classés comme étant des documents de discussion de bas niveau ou des études de cas de faible qualité pour lesquels la fiabilité et la validité des résultats n'ont pas pu être démontrées. Trois articles en texte intégral ont également été jugés pertinents pour les objectifs de la revue, mais ils ont été exclus, car il s'agissait d'articles de synthèse. Au total, dix articles de recherche originale ont été inclus. L'origine des articles sélectionnés était comme suit : États-Unis ( $n=7$ ), Suède ( $n=1$ ), Australie ( $n=1$ ) et Canada ( $n=1$ ).

### Évaluation de la qualité

La qualité des dix articles inclus a été évaluée selon les critères de Jirojwong et coll.<sup>11</sup> et JBI.<sup>12</sup> Les trois études quantitatives ont été jugées comme des études transversales de niveau III-3 et ont été évaluées de façon critique selon neuf critères pour que la recherche de prévalence soit de qualité modérée. La qualité s'est avérée réduite en raison des faibles taux de réponse et de la description des méthodes d'échantillonnage. Parmi les cinq études qualitatives de niveau VI, quatre comprenaient des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion, et une adoptait une approche étiquette observationnelle avec des entrevues informelles. Toutes les études qualitatives étaient composées de notes ou d'entrées de journal, de codage et d'analyse thématique. Les cinq études qualitatives ont été évaluées de façon critique selon dix critères de recherche qualitative et leur qualité a été jugée élevée. Des deux études de cas de niveau IV, l'une a été évaluée de façon critique selon huit critères et l'autre, selon six des huit critères, en raison du manque d'applicabilité. Les deux études ont été considérées de qualité élevée.

### RÉSULTATS

L'analyse des données a été représentée par comparaison des similitudes dans la méthodologie, les buts et les résultats

de la recherche sélectionnée. Par ce processus itératif, le thème principal à émerger liant la défense des intérêts des patients périopératoires à la culture de sécurité a été le « rôle des infirmières en soins périopératoires dans la défense des intérêts des patients ». Les sous-thèmes ressortissants sous les obstacles à la défense en soins périopératoires ont été « la hiérarchie dans l'environnement périopératoire » et « la peur du blâme ».

## DISCUSSION

### Rôle de l'infirmière périopératoire dans la défense des intérêts des patients

Quatre études qualitatives se sont penchées sur la perspective des infirmières en soins périopératoires jouant un rôle de défenseuses des patients.<sup>14-17</sup> Deux études qualitatives ont révélé que les infirmières périopératoires considéraient leurs patients comme vulnérables et que l'attention aux besoins et aux attentes des patients renforce la confiance et favorise la défense des intérêts.<sup>14,15</sup> Grâce aux expériences collectives des infirmières en soins préopératoires et des utilisateurs finaux des soins préopératoires, Malley et coll. ont constaté qu'il existe souvent un écart entre les attentes des patients et les connaissances du spécialiste, lequel peut nuire à la transition des soins.<sup>14</sup> Cette étude a révélé que les patients qui se présentent pour une intervention chirurgicale s'attendent à ce que toutes les informations relatives à leurs soins soient disponibles à leur arrivée.<sup>14</sup> Lorsque des lacunes d'information se produisent, la méfiance et la peur s'installent et les conséquences sur les patients risquent d'être négatives.<sup>14</sup> Cette recherche a révélé que les infirmières se percevaient comme importantes pour combler ces lacunes afin d'établir la confiance, et qu'en recueillant toutes les informations nécessaires, elles se plaçaient en position de protéger leurs patients des dangers.<sup>14</sup> Faisant écho à ces sentiments, Ingvarsdottir et coll. ont réitéré l'importance de ces conclusions

en expliquant que, bien que les infirmières ne disposent que peu de temps avec les patients avant la chirurgie, elles ont déterminé qu'il s'agissait d'un moment très important pour combler les lacunes liées à l'information et pour établir un climat de confiance avec les patients.<sup>15</sup>

Sundqvist et coll. ont souligné que, malgré le temps limité des infirmières en soins périopératoires avec un patient conscient pendant la transition à la phase opératoire, le renforcement de la confiance était encore réalisable par des actes de défense qui favorisent le soutien psychosocial, l'intégrité et l'autonomie.<sup>16</sup> Par exemple, dans le cadre d'une étude, on a observé une infirmière qui répondait consciemment aux besoins du patient en s'adressant à lui par son nom, en vérifiant son confort, en aidant à son transfert sur la table de la salle d'opération, en lui expliquant les étapes du processus et en fermant les stores pour couvrir la fenêtre de la galerie d'observation.<sup>16</sup> Pendant la phase d'anesthésie, lorsque le patient n'était pas conscient, on a aussi remarqué des membres de l'équipe de la salle d'opération protéger le patient par une surveillance constante, des interactions de collaboration, des actes de partage d'information à différents moments de la transition du patient dans l'environnement périopératoire et des contestations de décisions en matière de soins au patient.<sup>16</sup>

La contestation des décisions et la surveillance pour la protection des patients sont également conformes à une étude qualitative de Bacon qui a examiné l'expérience des infirmières dans le cadre d'un « échec des secours » après l'opération.<sup>17</sup> Bien que le concept d'échec des secours ne soit pas particulier au contexte périopératoire, les résultats sont généralisables par application aux normes australiennes actuelles en reconnaissant le patient dont l'état se détériore.<sup>18</sup> Il a été constaté que les participants à cette étude considéraient qu'ils jouaient un rôle de protecteurs des patients par le biais de la surveillance en ce qui

concerne leur capacité à acheminer les soins au niveau supérieur.<sup>17</sup> Cette conclusion a été liée à la défense des intérêts des patients, car l'étude a souligné à la fois l'importance et les difficultés à parler au nom du patient lorsque la détérioration est détectée.<sup>17</sup> Grâce à des descriptions détaillées, il a été conclu que les infirmières les moins anciennes ont particulièrement de la difficulté à discerner quand et à quelle intensité poursuivre des escalades de soins quand elles s'inquiètent du bien-être d'un patient.<sup>17</sup> L'échec des secours, même avec des infirmières expérimentées dans l'unité des soins postanesthésiques et malgré les efforts visant à défendre les intérêts et à escalader les soins aux patients, a entraîné des événements indésirables.

### **OBSTACLES À LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES**

#### **Hiérarchie dans l'environnement périopératoire**

De riches données issues de deux études qualitatives ont révélé que la capacité à escalader les soins est souvent associée à la peur.<sup>15,20</sup> Dans une étude phénoménologique, les participants ont décrit leur expérience vécue et déclaré qu'ils étaient « impopulaires » pour avoir parlé dans le meilleur intérêt des patients.<sup>15</sup> Une étude théorique à base empirique a démontré que la culture dans l'environnement périopératoire était caractérisée par une « hiérarchie escarpée » qui jouait un rôle central dans le fonctionnement et l'humeur de l'environnement.<sup>20</sup> Bien que cette étude ait été menée auprès de chirurgiens résidents qui travaillent en salle d'opération, elle s'est montrée pertinente dans son aperçu de la culture du milieu périopératoire.<sup>20</sup> L'expérience a été décrite comme une situation où les participants évitaient les conflits avec les infirmières et les spécialistes, supprimaient leurs sentiments ou utilisaient les questions, indirectes ou directes, pour contester les décisions.<sup>20</sup> Cette constatation conforme aux conclusions de Rainer et Schneider qui suggèrent que les infirmières se sentent

subordonnées aux médecins, ce qui entrave leur capacité à faire valoir leur point.<sup>21</sup> Soutenant cette notion, une étude de cas a décrit une infirmière soulevant des inquiétudes auprès d'un chirurgien concernant la viabilité d'un consentement écrit et, malgré les préoccupations de l'infirmière, le chirurgien insistant pour que le patient soit toujours transféré au bloc opératoire.<sup>22</sup> Ressentant la pression du conflit entre ses obligations professionnelles envers le patient et les points de vue du chirurgien, l'infirmière a transféré le patient à la salle d'opération, mais a toutefois fait connaître ses préoccupations au gestionnaire.<sup>22</sup> Le gestionnaire a abordé les points soulevés de l'infirmière avec le chirurgien, soutenant ainsi l'infirmière et nivelant la hiérarchie, et la chirurgie du patient a été reportée jusqu'à obtention d'un consentement valide.

#### **Peur du blâme**

La peur du blâme était un obstacle commun au rapport des risques dans les documents sélectionnés.<sup>15,20,23-25</sup> Les données d'une étude quantitative ont révélé que 59 participants sur 352 ont admis qu'ils n'avaient pas signalé leur préoccupation face à la sécurité des patients et 33 d'entre eux citaient la peur du blâme comme raison.<sup>24</sup> Dans la même étude, les données ont établi que même si 94,8 % des participants étaient d'avis que leur établissement était favorable au rapport des risques, 37 % n'avaient pas signalé une pratique dangereuse qu'ils avaient observée.<sup>24</sup> Une étude qualitative a également montré que les faibles taux de rapport des risques pour la sécurité des patients s'expliquaient par le manque d'occasion de discussions formelles et ouvertes et par la crainte que des rapports de risque soient utilisés pour blâmer le personnel.

### **LIENS À LA CULTURE DE SÉCURITÉ**

Fan et coll. ont émis l'hypothèse que les taux d'infection du site opératoire

étaient liés au concept de culture de sécurité.<sup>25</sup> Cette recherche s'est servie d'un sondage portant sur douze dimensions de la culture de sécurité qui examinaient les perceptions de la communication ouverte, de la rétroaction, des processus et des approches de rapport des risques, de la gestion et du soutien de la sécurité des patients et du travail d'équipe.<sup>25</sup> Les résultats ( $r = -0,90$ ; IC 95 % =  $[-0,45, 0,99]$ ) ont révélé que le manque d'engagement organisationnel envers la sécurité conduit à de faibles perceptions de la culture de sécurité par le personnel dans le milieu de travail, ce qui entraîne, par conséquent, des taux plus élevés d'infections du site opératoire.

Dans une étude de cas sur l'amélioration de la qualité, Locito et coll. ont souligné une augmentation des préjudices aux patients découlant d'erreurs chirurgicales et d'accidents « manqués de justesse » qui n'étaient souvent pas signalés.<sup>23</sup> Il a été déterminé, dans le cadre d'un sondage auprès du personnel, que les approches de communication ouverte et non punitives en matière de rapport des risques devaient être améliorées.<sup>23</sup> Dans cette étude, la stratégie de mise en œuvre comprenait des initiatives d'éducation à la culture de sécurité, la normalisation du processus de rapport et des comptes rendus suivant le signalement afin de promouvoir une discussion ouverte et un apprentissage basé sur la réflexion.<sup>23</sup> L'étude a indiqué que la mise en œuvre de stratégies visant à renforcer l'engagement organisationnel envers la sécurité des patients a amélioré les rapports d'accidents « manqués de justesse », des résultats étant statistiquement considérables ( $p < 0,05$ ).<sup>23</sup> Lozito et coll. ont mis en évidence qu'un engagement organisationnel envers la sécurité, obtenu grâce à des stratégies d'enrichissement de la communication, se traduisait par une augmentation de 15 à 20 % de la satisfaction du personnel à l'égard des aspects de la culture de sécurité – communication ouverte, rétroaction, approches « non

punitives » suite au rapport des risques et éducation.<sup>23</sup>

Ces conclusions sont étayées par une étude quantitative qui a exploré comment la culture de sécurité influence le comportement de l'équipe. L'étude a révélé une corrélation statistiquement significative entre la défense des intérêts des patients en « s'exprimant » et une culture de sécurité positive ( $p=0,000$ ).<sup>21</sup> Cette étude a conclu qu'une culture de sécurité qui accueille les questions, le rapport des risques et les contestations au nom du patient pour assurer sa sécurité réduisait la « détresse morale » vécue par les infirmières en les encourageant à « se faire entendre », défendant ainsi la sécurité de leurs patients.<sup>21</sup>

### **CONSÉQUENCES POUR LA PRATIQUE OU LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES**

L'objectif de cette revue intégrative visait à comprendre la relation entre la défense des intérêts des patients et la culture de sécurité et à élaborer des stratégies pour promouvoir la défense des patients et leur sécurité dans le contexte périopératoire. Les documents inclus reconnaissent le rôle de l'infirmière en soins périopératoires visant à protéger les patients contre les préjudices. La recherche met en évidence la complexité de l'environnement de l'équipe périopératoire et reconnaît les structures hiérarchiques comme un obstacle à la défense de la sécurité des patients. La communication ouverte et les approches non punitives suivant le rapport des risques ont été reconnues comme des caractéristiques essentielles de la culture de sécurité, influençant grandement le climat périopératoire. Pour les dirigeants du milieu, les conclusions de cette étude fourniront un contexte aux trousseaux d'outils de mesure de la culture de sécurité récemment mises au point par l'ACSQHC et visant à améliorer la sécurité des patients au sein des établissements de soins de santé australiens.<sup>9</sup>

## APPLICATION DES CONNAISSANCES

1. Les infirmières en soins périopératoires considèrent les patients au sein de l'environnement périopératoire comme étant vulnérables et elles-mêmes comme des protectrices contre les préjudices. Par des actes de défense, les infirmières assument leur responsabilité et s'acquittent de leur conscience morale pour défendre les droits de leurs patients et pour fournir des soins au plus haut niveau de sécurité.
2. Les infirmières qui craignent de « parler » au nom de leurs patients lorsqu'il existe une hiérarchie perçue et un manque de soutien de la part des dirigeants cliniques nuisent à la communication et promeuvent une mauvaise culture de sécurité.
3. Le nivellement de la hiérarchie au moyen de stratégies de communication ouvertes et d'approches non punitives aux rapports des risques favorise une culture de sécurité positive qui soutient mieux la défense des intérêts des patients.

## LIMITES

Le faible nombre d'articles de recherche originale trouvés à l'aide de la stratégie de recherche limite les résultats de cette étude intégrative, une seule étude étant australienne. La généralisabilité et la transférabilité des résultats peuvent être biaisées étant donné que seulement six des études incluses s'appliquent au contexte périopératoire. Parmi celles-ci, seulement quatre pourraient être directement liées à la pratique infirmière périopératoire australienne.

## CONCLUSION

Cette revue intégrative a exploré les perceptions du rôle de l'infirmière en soins périopératoires dans la défense des intérêts des patients en tant que protectrice contre les préjudices. Les résultats synthétisés des documents sélectionnés soulignent que la culture

d'équipe peut constituer un obstacle à la défense de la sécurité des patients lorsqu'elle est hiérarchique et qu'elle favorise une communication fermée et punitive.

La capacité des infirmières en soins périopératoires à parler au nom de leurs patients est primordiale dans le bloc opératoire où les patients sont vulnérables et souvent incapables de parler pour eux-mêmes. Les infirmières en soins périopératoires ont à cœur ce rôle de défense et considèrent cette tâche comme très importante.

Étant donné que la documentation disponible sur la défense des intérêts des patients et sur les résultats plus sécuritaires pour les patients était limitée, il peut être nécessaire de poursuivre la recherche sur ces liens importants.

Les documents de cette revue ont révélé que les stratégies des dirigeants organisationnels visant à promouvoir une communication ouverte et de soutien, sans crainte, ont le potentiel de renforcer la capacité des infirmières en soins périopératoires à défendre les patients et ultimement à améliorer les résultats en matière de sécurité des patients.

## RÉFÉRENCES

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). The state of patient safety and quality in Australian hospitals 2019 [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [consulté le 5 octobre 2020]. Peut être téléchargé à : [www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf).
2. Battie R, Steelman V. Accountability in nursing practice: Why it is important for patient safety. *JPN* 2016;29(4):11-14.
3. Munday J, Kynoch K, Hines S. Nurses' experiences of advocacy in the perioperative department: A

- systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2015;13(8):146-189. DOI: 10.11124/jbisrir-2015-2121.
4. Henderson, V. The nature of nursing. *AJN* 1964; 64(8): 62-68.
  5. Sundqvist A-S, Holmefur M, Nilsson U, Carlsson A. Perioperative patient advocacy: An integrative review. *J Perianesth Nurse* 2016;31(5):422-433. DOI: 10.1016/j.jopan.2014. 12.001.
  6. McClelland G, Smith MB. Just a routine operation: A critical discussion. *J Perioper Pract* 2016;26(5):114-117. DOI: 10.1177/1750458916026 00504.
  7. Clark C, Kenski, D. Promoting civility in the OR: An ethical imperative. *AORN J* 2017;105(1):60-66. DOI: 10.1016/j. aorn.2016.10.019.
  8. Crook C. Advocacy: How far would you go to protect your patients? *AORN J* 2016;103(5):522-526. DOI: 10.1016/j. aorn.2016.03.009.
  9. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Patient safety culture [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [consulté le 5 octobre 2020]. Peut être téléchargé à : [www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture](http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture).
  10. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs* 2005;52(5):546-553.
  11. Jirojwong S, Johnson M, Welch, editors. *Research Methods in Nursing and Midwifery: Pathways to Evidence-based Practice*. 2nd ed. Melbourne: Oxford university press; 2014.
  12. Joanna Briggs Institute (JBI). Critical appraisal tools [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [consulté le 19 septembre 2020]. Peut être téléchargé à : <https://joanna-briggs.org/critical-appraisal-tools>.
  13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et. al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009; 6(7): e1000100. DOI: 10.1371/journal. pmed.10000100.
  14. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN J* 2015;102(2):181e1-181e9. DOI: 10.1016/j. aorn.2015.06.004.
  15. Ingvarsdottir E, Halldorsdottir S. Enhancing patient safety in the operating theatre: From the perspective of the experienced operating theatre nurses. *Scan J Caring Sci* 2017;32(2):951-960. DOI: 10.1111/scs.12532.
  16. Sundqvist A-S, Holmefur M, Nilsson U, Carlsson A. Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *J Clin Nurs* 2018;27(11-12):2403-2415. DOI: 10.1111/jocn.14181.
  17. Bacon C. Nurses' experiences with patients who die from failure to rescue after surgery. *J Nurs Scholarsh* 2017;49(3):303-311. DOI: 10.1111/jnu.12294.
  18. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Recognising and responding to acute deterioration standard [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2017 [consulté le 30 septembre 2020]. Peut être téléchargé à : <http://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/recognising-and-responding-acute-deterioration-standard>.
  19. State Coroners Court of New South Wales (NSW). In: Coroners Court of New South Wales, editor [Internet]. Sydney: State Coroners Court; 2019 [consulté le 6 mai 2021]. Peut être téléchargé à : [www.coroners.nsw.gov.au/coroners-court/coronial-findings-search.html?searchtext=p.%201-31.&searchYear=2019](http://www.coroners.nsw.gov.au/coroners-court/coronial-findings-search.html?searchtext=p.%201-31.&searchYear=2019).
  20. Bould D, Sutherland S, Sydor D, Naik V, Friedman Z. Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: A qualitative study. *J Can Anesth* 2015;62(6):576-586. DOI: 10.1007/s12630-015-0364-5.
  21. Rainer J, Schneider J. Testing a model of speaking up in nursing. *JONA* 2020;50(6):349-354. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000896.
  22. Gilbert J, Gillespie B. Surgical consent and the importance of a substitute decision-maker: A case study. *JPN* 2017;30(1):15-19.
  23. Lozito M, Whiteman K, Swanson-Bearman, Barkhymer M. Good catch campaign: Improving the perioperative culture of safety. *AORN J* 2018;107(6):705-714. DOI:10.1002/aorn.12148.
  24. Cole D, Bersick E, Skarbek A, Cummins K, Dugan K, Grantzoza R. The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care. *J Nurs Manag* 2019;27:1176-1181. DOI: 10.1111/jonm.12789.
  25. Fan C, Pawlik T, Daniels T, Vernon V, Banks K, Westby P et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *J Am Coll Surg* 2016; 222(2):122-128. DOI: 10.1016/j.amcollsurg.2015.11.008. 🍁

# ORNAC Editorial Review Panel

**Audrey Cook** RN, CPN(C), BN, B.Sc., BA, Staff Nurse, South Shore Regional Hospital, Bridgewater, NS.

**Chris Downey** RN, BScN, CPN(C), MSc, RNFA, Registered Nurse First Assistant (PT), Hotel Dieu Hospital, Kingston, ON.

**Margaret Farley** RN, CPN(C), Part-time Faculty Member with Saskatchewan Polytechnic Perioperative Nursing Program, Regina, SK.

**Kimberly Ferguson** RN, BSN, CNOR, Manager Surgical Services, Brockville General Hospital, Brockville, ON.

**Donna Gramigna** RN, BSN, CPN(C), VIHA Regional Clinical Nurse Educator, Royal Jubilee & Victoria General Hospitals, Victoria, BC.

**Trudy Hebb** RN, BScN, MHI, CPN(C), Perioperative Nursing Program Instructor, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, NS.

**Antoniette Labricciosa** RN, BScN, MEd, CPN(C), Staff Nurse, Mount Sinai Hospital and Trillium Health Centre, and Faculty, at Centennial College, Toronto, ON.

**Alicia Oucharek** RN, BScN, MN, CPN(C), Staff Nurse - OR, St. Paul's Hospital, Saskatoon, SK.

**Karin Page-Cutrara** RN, PhD, CCNE, Faculty, School of Nursing, York University, Toronto, ON.

**Sue Styles** RN, MSN, CPN(C), Perioperative Nursing Instructor, Grande Prairie Regional College, Grande Prairie, AB.

**Leah McKerricher** RN, BScN, MN Perioperative Clinical & Theory Instructor, Faculty for Perioperative Nursing at Saskatchewan Polytechnic, Regina, SK.

**Lesia Yasinski** RN, BN, MSA, Manager of Nursing Initiatives, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.

If you're interested in joining the ORNAC Editorial Review Panel e-mail [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) for more information.

## Comité de révisions de l'AIISOC

**Audrey Cook**, inf., CSP(C), B.S.Inf., B.Sc., B.A., infirmière en service général, Hôpital régional South Shore, Bridgewater, N.-É.

**Chris Downey**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, infirmière première assistante (TP), Hôpital Hotel Dieu, Kingston, ON.

**Margaret Farley**, inf., CSP(C), membre du corps enseignant à temps partiel pour le programme de soins périopératoires de l'école polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

**Kimberly Ferguson**, inf., B.Sc.inf., IASO, directrice des services chirurgicaux, Hôpital général de Brockville, Brockville, ON.

**Donna Gramigna**, inf., B.Sc.inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante au VIHA Regional, Hôpitaux Royal Jubilee et Victoria General, Victoria, C.-B.

**Trudy Hebb**, inf., B.Sc.inf., ICM, CSP(C), chargée de cours pour le programme de soins périopératoires, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, N.-É.

**Antoniette Labricciosa**, inf., B.Sc.Inf., M.Ed., CSP(C), infirmière en service général, Mount Sinai Hospital et Trillium Health Centre, membre du corps enseignant au Collège Centennial, Toronto, ON.

**Alicia Oucharek**, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C), infirmière en service général – salle d'opération, Hôpital St. Paul, Saskatoon, SK.

**Karin Page-Cutrara**, inf., Ph. D., CCNE, membre du corps enseignant, École des sciences infirmières, Université York, Toronto, ON.

**Sue Styles**, inf., M.S.Inf., CSP(C), chargée de cours en soins périopératoires, Collège régional Grande Prairie, Grande Prairie, AB.

**Leah McKerricher**, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., formatrice clinique et théorique en soins périopératoires, Faculté des soins infirmiers périopératoires à l'École polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

**Lesia Yasinski**, inf., B.S.Inf., M.Sc.A., gestionnaire des initiatives en soins infirmiers, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.

Si vous souhaitez vous joindre au comité de révisions de l'AIISOC, veuillez faire parvenir un courriel à [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) pour obtenir plus d'information.

## ORNAC/J&J Medical Products Drake-Thompson Writing Award



Submit an article to *ORNAC Journal* and you could win this annual award that is presented to the author(s) of the best article in each calendar year. It is designed to recognize Canadian perioperative nurses who contribute to the advancement of the profession and to the education of their colleagues through informative and relevant articles.

### So get writing!

The **ORNAC/Johnson & Johnson Medical Products Drake-Thompson Writing Award** is presented annually at ORNAC's National Conference or at the Provincial Conference of the winning author. So get writing! *ORNAC Journal* is your Journal – it is written by you and your peers, for the benefit of your profession – and your contribution is what ensures its future success. Share your knowledge on new surgical procedures, nursing care issues, new technologies, new programs, educational material, and any other industry issue that is important to you and the people you work with..

For more Details visit [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) and click on [Awards](#).

## Prix de rédaction Drake-Thompson de J&J Medical Products/AISOC



Soumettez un article à la *revue de l'AISOC* et courez la chance de gagner ce prix annuel qui est décerné à l'auteur(e) ou aux auteur(e)s du meilleur article de chaque année civile. Le prix est conçu pour reconnaître les infirmières et infirmiers qui contribuent à l'avancement du domaine des soins périopératoires et à la formation de leurs collègues en rédigeant des articles instructifs et pertinents.

### Alors allez-y, écrivez!

Le **Prix de rédaction Drake-Thompson de J&J Medical Products/AISOC** est présenté annuellement à la conférence nationale de l'AISOC ou à la conférence provinciale de l'auteur(e) gagnant(e). Alors allez-y, écrivez! La *revue de l'AISOC* est la vôtre – elle est rédigée par vous et vos collègues pour le bien de votre profession – et c'est bel et bien vos contributions qui assurent son succès. Partagez vos connaissances sur les nouvelles techniques chirurgicales, les problématiques en soins infirmiers, les nouvelles technologies, les nouveaux programmes, les outils de formation et tout autre sujet touchant le domaine qui est important pour vous et pour vos collègues.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) et cliquer sur le lien *Prix*.

**Keywords:** Patient safety, safety culture, patient advocacy, perioperative nursing.

This article was peer-reviewed by the ACORN Journal of Perioperative Nursing.

# IDENTIFYING BARRIERS TO PATIENT ADVOCACY IN THE PROMOTION OF A SAFETY CULTURE: AN INTEGRATIVE REVIEW

**Authors:** Teena Shoemark MCN (Anaesthetics and Recovery Nursing), RN, MACORN; Paula Foran PhD, RN, FACORN, FACPAN, MACN.

**Acknowledgment:** This paper was submitted to the University of Tasmania as part fulfilment of subject CNA803, Advanced Clinical Nursing Practice, for the Master of Clinical Nursing (Perioperative Nursing). The author sincerely wishes to thank Dr Paula Foran, unit coordinator, for her guidance throughout the master's course and work in preparing this paper for publication.

First published in *Journal of Perioperative Nursing*, May 2021.  
Reprinted with kind permission from Australian College of Perioperative Nurses (ACORN)

## ABSTRACT

**Problem identification:** Promoting patient safety, through patient advocacy, is an important part of the perioperative nurse role. However, identified barriers to effective patient advocacy have also reflected deficits in the characteristics of safety culture. This integrative review aims to highlight these barriers and discuss strategies for promoting patient safety within the perioperative context by presenting links between patient advocacy and safety culture.

**Literature search:** An electronic search of the databases, EBSCOhost, Academic search ultimate, Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Healthsource, MEDLINE and PubMed, was undertaken and yielded ten articles for inclusion. Primary research included in this review consisted of five qualitative studies, three quantitative studies and two case studies. Further literature was used to provide background into this

subject and guidance on writing this paper.

**Data evaluation synthesis:** The selected research was critically appraised for methodological quality using JBI critical appraisal checklists for case reports, qualitative and prevalence research. A data extraction table was used to record, group, compare and inform the integrative process of thematic analysis and data synthesis, generating themes that emerged through the selected literature.

**Implications for practice:** Synthesised findings will highlight the importance of patient advocacy by the perioperative nurse to increase patient safety. This review of the literature will present barriers to patient advocacy and discuss the suggestion that the key to greater patient safety may be an organisational commitment to enhance patient advocacy by perioperative nurses allowing them to speak up on behalf of their patients.

## INTRODUCTION

Patients put their trust in the health care system to provide high-quality, safe care that will meet their needs and expectations.<sup>1</sup> Acceptance of accountability for practice and acknowledgement of the nurse's role in protecting a patient's autonomy and right to care that is of high quality, and both clinically and culturally safe, is paramount.<sup>2</sup> This could not be more important than in the perioperative context, where patients are exposed to the vulnerabilities associated with undergoing anaesthesia when they are temporarily unable to act on their own behalf.<sup>3</sup>

In the words of Virginia Henderson, a famous nursing theorist, when defining patient advocacy in nursing "The nurse is temporarily the consciousness of the unconsciousness, the love of life for the suicidal, the leg of the amputee, the eyes of the newly blind, a means of locomotion for the infant, knowledge and confidence for the young mother, and a 'mouthpiece' for those too weak or withdrawn to speak."<sup>4(p.63)</sup>

The objectives of this review are to understand the relationship between patient advocacy and safety culture in the perioperative context; to present the perioperative nurse role in patient advocacy; discuss some of the barriers to patient advocacy, including hierarchy in the perioperative environment and fear of blame; and identify strategies to overcome these barriers, including flattening the hierarchy, open-communication and non-punitive approaches to risk reporting.

## PROBLEM IDENTIFICATION

Patient advocacy in the perioperative context has been widely researched over the last two decades. Results have shown that perioperative nurses view their role as a protector from harm and a human rights activist.<sup>3</sup> Patient advocacy provides nurses with the opportunity to exercise their professional, moral and ethical

perspective, promoting empowerment and professional satisfaction.<sup>5</sup> Barriers to perioperative nurse advocacy, such as hierarchy and communication constraints, have been well described in discussion papers reflecting on clinical practice.<sup>6-8</sup> These papers also highlight the relationship between advocacy and the concept of safety culture.<sup>6-8</sup> As recognised by the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), safety culture is a key element in the collaborative delivery of high-quality, safe care and is demonstrated through organisational attitudes that shape the behaviours of clinicians and leaders.<sup>9</sup> Despite this, the role of patient advocate has been impeded; therefore, identifying and overcoming the barriers to patient advocacy by perioperative nurses is vital for patient safety.<sup>3</sup>

## LITERATURE SEARCH

### Search strategy

An electronic database search of the literature was conducted. Included in the search were, PubMed and, via EBSCOhost, Academic search ultimate, Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) complete, Healthsource: nursing/academic edition, MEDLINE, and MEDLINE complete.

Key terms used in the search were *patient, advocacy, perioperative, operating room, nurse\**, *patient advocacy*, and *safety culture*. The PubMed MeSH and PubMed search builder were utilised to include medical subject headings (MeSH) terms in the search. MeSH terms were *patient safety* [Mesh], *Perioperative Care/ethics* [Mesh], *Perioperative Care/legislation and jurisprudence* [Mesh], *Perioperative Care/organisation and administration* [Mesh]. Boolean phrases, AND and OR were applied to narrow the search terms and the truncation '\*' applied to include plurals of key terms.

## Inclusion and exclusion criteria

To access the most up-to-date primary research and scholarly, peer-reviewed literature, the search results were limited to the years 2015 to 2020 and articles from peer-reviewed journals only. Included articles referenced the key terms and were in English due to language constraints of the authors. Exclusion criteria included research not related to nursing, patient advocacy or safety culture; secondary sources of research; protocols; guidelines and research not transferrable to the perioperative context.

## DATA EVALUATION SYNTHESIS

### Data extraction and evaluation

Data extraction included the author, date of publication, origin of the study, population and sampling method, study design, level of evidence, key findings and limitations. In agreement with Whittemore and Knafl, the diversity in research design of the included studies indicated the appropriateness for the application of quality appraisal tools.<sup>10</sup> Reliability and validity of the selected research was determined using the levels of evidence as described by Jirojwong, Johnson and Welch from level I, the highest, to level VII, the lowest.<sup>11</sup> The selected research was critically appraised for ‘methodological quality’ using the JBI critical appraisal checklists for case reports, qualitative and prevalence research.<sup>12</sup> Each checklist had between eight and ten questions that was allocated a score, ‘yes’, ‘unclear’, ‘no’, ‘not applicable’, which was interpreted by the author with a rating of low-, moderate- or high-quality research.

### Data analysis and synthesis

As suggested by Whittemore and Knafl, the integrative review method was followed to analyse and synthesise the data through thematic analysis.<sup>10</sup> Data reduction initially involved grouping the research by study design. The data extraction table, used to record

extracted data to be later used for comparison, is included as supplemental material. Data display was achieved through the applied table by grouping similar data. Comparison of the grouped data was used to generate themes and connections. The themes and connections were integrated for discussion and synthesised for verification and to draw conclusions.

### Descriptive findings

As indicated in the PRISMA flow diagram (Figure 1), the search strategy identified 347 articles and four articles were identified through a search of the reference lists in the selected literature, as recommended by Liberati et al.<sup>13</sup> After duplicates were removed from the total 351 articles, 163 remained. Of the 163 articles, 113 articles were excluded after titles and abstracts were screened against the inclusion and exclusion criteria. The 50 remaining full-text articles were screened for relevance to the review aims resulting in 40 articles being excluded. The majority of the excluded full-text articles were found to be relevant to patient advocacy and safety culture; however, based on the recommendations of Jirojwong et al.<sup>11</sup> and Joanna Briggs Institute (JBI)<sup>12</sup> they were excluded as they were determined by the author to be low-level discussion papers or low-quality case reports where reliability and validity of the results could not be determined. Three full-text articles were also found to be relevant to the review aims but were excluded as they were review articles. A total of ten primary research articles were selected for inclusion. The origin of selected articles were the USA ( $n=7$ ), Sweden ( $n=1$ ), Australia ( $n=1$ ), and Canada ( $n=1$ ).

### Quality assessment

The ten included articles were assessed for quality according to Jirojwong et al.<sup>11</sup> and JBI.<sup>12</sup> The three quantitative studies were found to be level III-3 cross-sectional studies and were critically appraised across nine criteria for prevalence research to be of

moderate quality. Quality was reduced by low response rates and description of sampling methods. The five level VI qualitative studies included four that consisted of semi-structured interviews and focus groups, and one with an etic approach that was observational with informal interviews. All qualitative studies included field notes or journaling, coding and thematic analysis. The five qualitative studies were critically appraised across ten criteria for qualitative research and found to be of high quality. Of the two level IV case studies, one was critically appraised against eight criteria and one against six of the eight criteria, due to no applicability to the study. Both were found to be of high quality.

## RESULTS

The analysis of the data was mapped through comparison for similarities in the methodology, aims and findings of the selected research. Through this iterative process the overarching theme to emerge linking perioperative patient advocacy and safety culture, was ‘perioperative nurse role in patient advocacy’. Subthemes generated under barriers to perioperative advocacy were ‘hierarchy in the perioperative environment’ and ‘fear of blame’.

## DISCUSSION

### Perioperative nurse role in patient advocacy

Four qualitative studies researched the perspective of perioperative nurses as patient advocates.<sup>14-17</sup> Two qualitative studies found that perioperative nurses viewed their patients as vulnerable and that attentiveness to patients’ needs and expectations builds trust and promotes advocacy.<sup>14,15</sup> Through the collective experiences of preoperative nurses, and end-users of preoperative care, Malley et al. found that there is often a gap between patient expectation and specialist knowledge that can negatively impact transitions of care.<sup>14</sup> This study found that patients coming in for surgery expected that all the information pertaining to their care

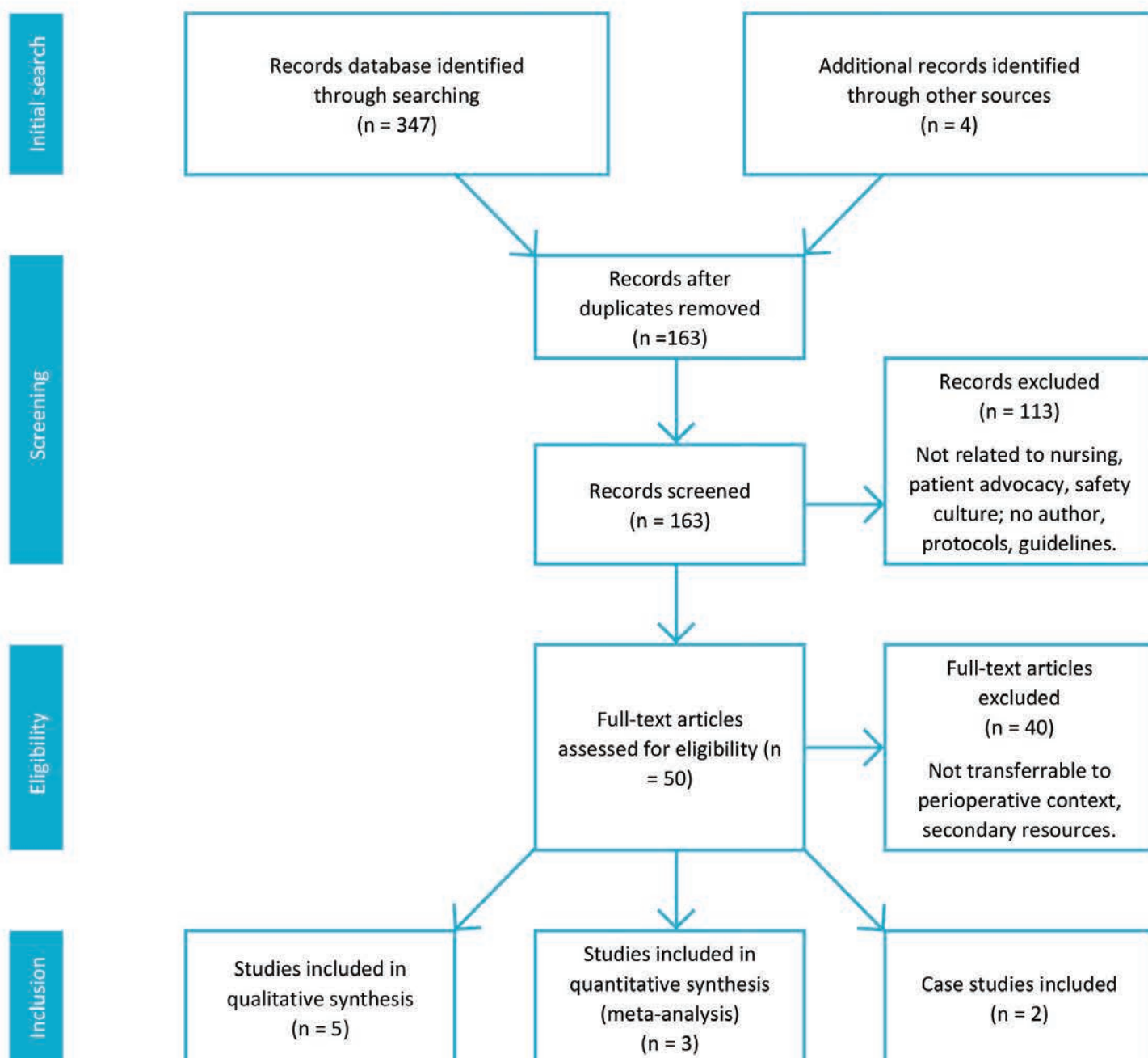
would be available when they arrived.<sup>14</sup> When gaps in information occur, distrust and fear builds, and patient outcomes are negatively impacted.<sup>14</sup> This research revealed that nurses perceived themselves as important in filling these gaps to build trust, and that by gathering all the necessary information nurses put themselves in a position to protect their patients from harm.<sup>14</sup> Echoing these sentiments, Ingvarsdottir et al. reiterated the

importance of these findings, explaining that while there was limited time preoperatively to spend with patients, perioperative nurses identified this as being very important to filling the gaps in information and building patient trust.<sup>15</sup>

Sundqvist et al. highlighted that, despite the limited time perioperative nurses have with a conscious patient during transition to the operative

phase, trust building was still achievable through acts of advocacy that promote psychosocial support, integrity and autonomy.<sup>16</sup> For example, in one study a nurse was observed to be conscious of meeting the patient's needs in addressing the patient by name, checking for comfort, assisting with transfer onto the theatre table, talking the patient through steps in the process and pulling the blinds down to cover the window into the theatre.<sup>16</sup> During

**Figure 1.** PRISMA flow diagram of papers for inclusion.



the phase of anaesthesia, where the patient was unaware, members of the theatre team were also seen to protect the patient through constant surveillance, collaborative interactions, acts of information-sharing at different points in the patient's transition through the perioperative environment and challenging each other on decisions in patient care.<sup>16</sup>

The findings of challenging decisions and surveillance for patient protection are also consistent with a qualitative study by Bacon that researched the nurse experience of 'failure-to-rescue' (FTR) post-operatively.<sup>17</sup> Although the concept of FTR is not specific to the perioperative context, the results are generalisable through application to current Australian standards in recognising the deteriorating patient.<sup>18</sup> It was found that the participants in this study viewed their role as patient protectors through patient surveillance in relation to their abilities to escalate care.<sup>17</sup> This was linked to patient advocacy, as the study highlighted both the importance and the difficulties in speaking up on behalf of the patient when deterioration is detected.<sup>17</sup> Through rich description, it was also found that junior nurses, in particular, have difficulty in knowing when or how intensely to pursue escalations of care when they have concerns for a patient's welfare.<sup>17</sup> FTR, even with experienced nurses in the PACU and despite efforts to advocate and escalate care for their patients, has resulted in adverse events.<sup>19</sup>

## **BARRIERS TO PERIOPERATIVE ADVOCACY**

### **Hierarchy in the perioperative environment**

Rich data from two qualitative studies found that the ability to escalate care is often associated with fear.<sup>15,20</sup> In a phenomenological study, the lived experience of participants described the view of being 'unpopular' for speaking up in the best interest of patients.<sup>15</sup> A grounded theory study found that culture in the perioperative

environment was characterised by a 'steep hierarchy' that played a central role in the functioning and mood of the environment.<sup>20</sup> Although this study was of surgical resident doctors working in the operating suite, it was relevant in its insight into the culture of the perioperative milieu.<sup>20</sup> The experience of participants was described as avoiding conflict with both nurses and consultant doctors, suppressing feelings or using questioning, either indirect or direct, to challenge decisions.<sup>20</sup> This is consistent with the findings of Rainer and Schneider that suggest that nurses feel subordinate to doctors, hindering their ability to speak up.<sup>21</sup> In support of this notion, one case study described a nurse raising concern with a surgeon over the viability of a written consent and, despite the nurse's concern, the surgeon insisting the patient still be transferred to the operating suite.<sup>22</sup> Feeling pressured by the conflict between their professional obligations to the patient and the perspectives of the surgeon, the nurse transferred the patient to the theatre; however, the nurse did escalate her concerns to the manager.<sup>22</sup> The manager pursued the nurse's concerns with the surgeon, thus supporting the nurse and flattening the hierarchy, and the patient's surgery was subsequently postponed until a valid consent was obtained.<sup>22</sup>

### **Fear of blame**

Fear of blame was a common barrier to risk reporting within the selected literature.<sup>15,20,23-25</sup> The data from one quantitative study showed that 59 out of 352 participants revealed they had not reported a patient safety concern, with 33 of those citing the reason as fear of blame.<sup>24</sup> In the same study, data revealed that even though 94.8 per cent of participants believed their facility was supportive of risk reporting, 37 per cent did not report an unsafe practice they had seen.<sup>24</sup> One qualitative study also found that low rates of reporting risks to patient safety was due to a lack of opportunity for formal, open discussion and a fear of

documented risk reports being used to leverage individual blame.<sup>15</sup>

### LINKS TO SAFETY CULTURE

Fan et al. hypothesised that surgical site infection rates were linked to the concept of safety culture.<sup>25</sup> This research used a survey with twelve dimensions of safety culture that examined perceptions of open communication, feedback, risk reporting processes and approaches, management of and support for patient safety, and teamwork.<sup>25</sup> Findings ( $r = -0.90$ ; CI 95% =  $[-0.45, 0.99]$ ) revealed that poor organisational commitment to safety leads to low perceptions of safety culture by staff in the workplace, which in turn leads to higher rates of surgical site infections.<sup>25</sup>

In a quality improvement case study, Lozito et al. had identified an increase in patient harm from surgical error and 'near-miss' events that were often not being reported.<sup>23</sup> It was identified through a staff survey, that open communication and non-punitive approaches to risk reporting needed improvement.<sup>23</sup> In this study the implementation strategy included education for safety culture, standardising the reporting process and debriefing following reporting to promote open discussion and reflective learning.<sup>23</sup> This study showed that implementing strategies to improve organisational commitment to patient safety improved 'near-miss' reporting, with statistically significant results ( $p < 0.05$ ).<sup>23</sup> Lozito et al. showed that an organisational commitment to safety, through improved communication strategies, resulted in a 15 to 20 per cent increase in staff satisfaction with aspects of safety culture – open communication, feedback, 'non-punitive' approaches to risk reporting and education.<sup>23</sup>

These findings are supported by a quantitative study that explored how safety culture influences team behaviour. The study found a statistically significant correlation between patient advocacy in 'speaking up' and a positive

safety culture ( $p = 0.000$ ).<sup>21</sup> This study showed that a safety culture which is supportive of questioning, risk reporting and the ability to challenge on behalf of patient safety issues, reduced 'moral distress' experienced by nurses through promoting their ability to 'speak up' thus advocating for the safety of their patients.<sup>21</sup>

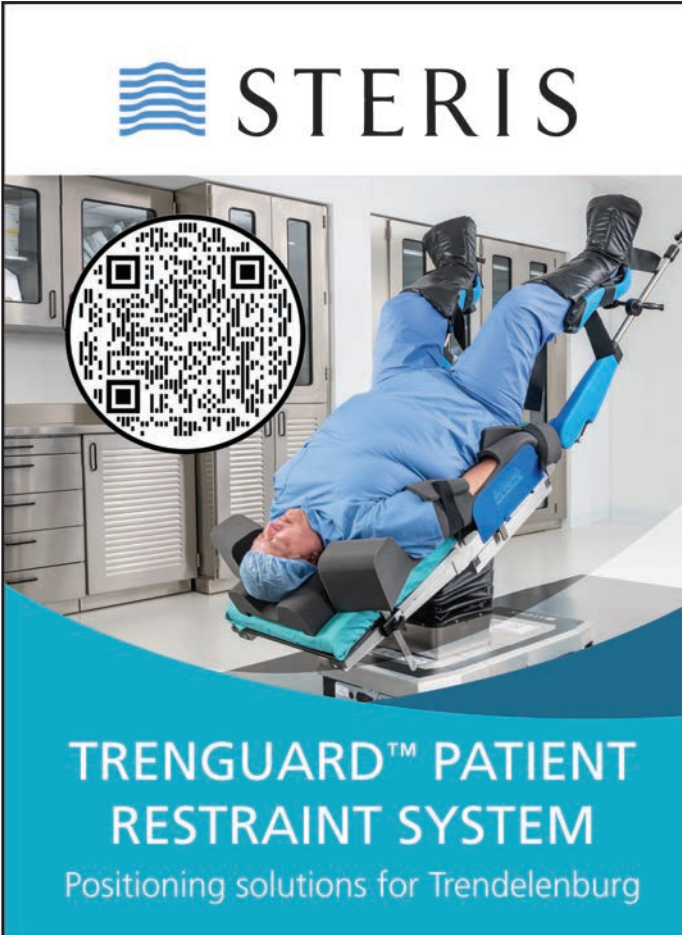
### IMPLICATIONS FOR PERIOPERATIVE NURSING PRACTICE OR RESEARCH

The aim of this integrative review was to understand the relationship between patient advocacy and safety culture, and identify strategies to promote patient advocacy and patient safety within the perioperative context. The included literature recognises the perioperative nurse role as a protector of patients from harm. The research highlights the complexities of the perioperative team environment and

identifies hierarchical structures as a barrier to advocating for patient safety. Open communication and non-punitive approaches to risk reporting, were recognised as key characteristics of safety culture, greatly influencing the perioperative climate. For perioperative leaders, the findings of this review will provide context to the recently devised ACSQHC safety culture measurement toolkits, aimed at improving patient safety within Australian health care organisations.<sup>9</sup>

### KNOWLEDGE TRANSLATION

1. Perioperative nurses view patients within the perioperative environment as vulnerable, and themselves as protectors from harm. Through acts of advocacy, nurses execute their responsibility and moral compass to promote the rights of their patients and to provide the highest standard of safe patient care.



**STERIS**

**TRENGUARD™ PATIENT RESTRAINT SYSTEM**

Positioning solutions for Trendelenburg

2. Nurses fearing to 'speak up' on behalf of their patients, when there is a perceived hierarchy and lack of support from clinical leaders, negatively impacts communication and promotes a poor safety culture.
3. Flattening the hierarchy through open communication strategies and non-punitive approaches to risk reporting were identified as promoting a positive safety culture that better supports patient advocacy.

### LIMITATIONS

The results of this integrative review are limited by the low number of primary research articles found through the search strategy, with only one study being Australian. Generalisability and transferability of the results may be biased by only six of the included studies being specific to the perioperative context. Of those, only four could be related directly to Australian perioperative nursing practice.

### CONCLUSION

This integrative review explored the perceptions of the perioperative nurse role in patient advocacy as protector from harm. Synthesised findings of the selected literature highlight that team culture can be a barrier to advocating for patient safety when it is hierarchical and promotes communication that is closed and punitive.

The ability of perioperative nurses to speak up on behalf of their patients is paramount in the operating suite where patients are vulnerable and often unable to speak for themselves. This advocacy sits close to the heart of perioperative nursing and perioperative nurses see this task as very important.

As limited literature was available on patient advocacy and safer patient outcomes, further research into these important links may be warranted.

The literature in this review revealed that strategies by organisational leaders to promote supportive, open

communication, free from fear, have the potential to strengthen the ability of perioperative nurses as patient advocates, ultimately improving patient safety outcomes.

### REFERENCES

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). The state of patient safety and quality in Australian hospitals 2019 [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [cited 2020 October 5]. Available from: [www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf).
2. Battie R, Steelman V. Accountability in nursing practice: Why it is important for patient safety. *JPN* 2016;29(4):11-14.
3. Munday J, Kynoch K, Hines S. Nurses' experiences of advocacy in the perioperative department: A systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2015;13(8):146-189. DOI: 10.11124/jbisrir-2015-2121.
4. Henderson, V. The nature of nursing. *AJN* 1964; 64(8):62-68.
5. Sundqvist A-S, Holmefur M, Nilsson U, Carlsson A. Perioperative patient advocacy: An integrative review. *J Perianesth Nurse* 2016;31(5):422-433. DOI: 10.1016/j.jopan.2014. 12.001.
6. McClelland G, Smith MB. Just a routine operation: A critical discussion. *J Perioper Pract* 2016;26(5):114-117. DOI: 10.1177/175045891602600504.
7. Clark C, Kenski, D. Promoting civility in the OR: An ethical imperative. *AORN J* 2017;105(1):60-66. DOI: 10.1016/j.aorn.2016.10.019.
8. Crook C. Advocacy: How far would you go to protect your patients? *AORN J* 2016; 103(5):522-526. DOI: 10.1016/j.aorn.2016.03.009.
9. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Patient safety culture [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [cited 2020 October 5]. Available from: [www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture](http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture).
10. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs* 2005;52(5):546-553.
11. Jirojwong S, Johnson M, Welch, editors. *Research Methods in Nursing and Midwifery: Pathways to Evidence-based Practice*. 2nd ed. Melbourne: Oxford university press; 2014.
12. Joanna Briggs Institute (JBI). Critical appraisal tools [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2020 September 19]. Available from: <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>.
13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et. al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009; 6(7): e1000100. DOI: 10.1371/journal.pmed.10000100.
14. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B. The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. *AORN J* 2015;102(2):181e1-181e9. DOI: 10.1016/j.aorn.2015.06.004.
15. Ingvarsdottir E, Halldorsdottir S. Enhancing patient safety in the operating theatre: From the perspective of the experienced operating theatre nurses. *Scan J Caring Sci* 2017;32(2):951-960. DOI: 10.1111/scs.12532.

16. Sundqvist A-S, Holmefur M, Nilsson U, Carlsson A. Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *J Clin Nurs* 2018;27(11-12):2403-2415. DOI: 10.1111/jocn.14181.
17. Bacon C. Nurses' experiences with patients who die from failure to rescue after surgery. *J Nurs Scholarsh* 2017;49(3):303-311. DOI: 10.1111/jnu.12294.
18. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Recognising and responding to acute deterioration standard [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2017 [cited 2020 September 30]. Available from: [www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/recognising-and-responding-acute-deterioration-standard](http://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/recognising-and-responding-acute-deterioration-standard).
19. State Coroners Court of New South Wales (NSW). In: Coroners Court of New South Wales, editor [Internet]. Sydney: State Coroners Court; 2019 [cited 6 May 2021]. Available from: [www.coroners.nsw.gov.au/coroners-court/coronial-findings-search.html?searchtext=p.%201-31.&searchYear=2019](http://www.coroners.nsw.gov.au/coroners-court/coronial-findings-search.html?searchtext=p.%201-31.&searchYear=2019).
20. Bould D, Sutherland S, Sydor D, Naik V, Friedman Z. Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: A qualitative study. *J Can Anesth* 2015;62(6):576-586. DOI: 10.1007/s12630-015-0364-5.
21. Rainer J, Schneider J. Testing a model of speaking up in nursing. *JONA* 2020;50(6):349-354. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000896.
22. Gilbert J, Gillespie B. Surgical consent and the importance of a substitute decision-maker: A case study. *JPN* 2017;30(1):15-19.
23. Lozito M, Whiteman K, Swanson-Bearman, Barkhymer M. Good catch campaign: Improving the perioperative culture of safety. *AORN J* 2018;107(6):705-714. DOI:10.1002/aorn.12148.
24. Cole D, Bersick E, Skarbek A, Cummins K, Dugan K, Grantzoza R. The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care. *J Nurs Manag* 2019;27:1176-1181. DOI: 10.1111/jonm.12789.
25. Fan C, Pawlik T, Daniels T, Vernon V, Banks K, Westby P et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *J Am Coll Surg* 2016; 222(2):122-128. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008. 🌿

Peer-reviewed feature articles appearing in this publication have undergone a double blind peer review process. The views or opinions expressed in the editorial or articles are those of the authors and do not necessarily represent the policies or views of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). Although reasonable efforts are made to ensure accuracy ORNAC, and its agents, take no responsibility whatsoever for errors, omissions or any consequences of reliance on material or the accuracy of information. In the event of a discrepancy, between the original and translated versions of the texts, the original version shall take precedence.

Publication does not constitute ORNAC endorsement of, or assumption of liability for, any claims made in advertisements.



**ORNAC /  
AIISOC**

This publication is copyright in its entirety. Material may not be reprinted without the written permission of ORNAC. Contact through [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca).

Les articles de chroniques évalués par un comité de lecture qui apparaissent dans cette publication ont été soumis à un processus d'évaluation par les pairs en double aveugle. Les points de vue ou les opinions exprimés dans l'article de tête ou les autres articles sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Bien que tous les efforts aient été mis en œuvre pour assurer l'exactitude des articles, l'AIISOC et ses représentants ne sont en aucun cas responsables des erreurs, des omissions ou de toutes conséquences pouvant découler de l'utilisation du matériel ou de la justesse de l'information. En cas de doute quant à la traduction des articles, la version originale la version originale prévaudra.

La publication des annonces publicitaires ne signifie en aucun cas que l'AIISOC n'approuve ou n'assume la responsabilité de toute revendication faite par ces dernières.

L'intégralité de cette publication est protégée par la loi sur le droit d'auteur. Les documents ne peuvent être réimprimés sans l'autorisation écrite de l'AIISOC. Communiquez avec [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca).



# THE DIFFERENCE IS A HIGHER STANDARD OF CARE



**WITH A DUAL FORMULATION STERILE SOLUTION AND STERILE APPLICATOR.** The new BD ChloraPrep™ Patient Preoperative Skin Preparation has elevated sterility assurance to a higher level, achieving a sterility assurance level (SAL) of  $10^{-6}$ , the same required for injectable products.<sup>1</sup> Other 2% chlorhexidine gluconate (CHG)/alcohol applicators used in hospitals today do not contain sterile solutions, which may put patients at risk of infection.<sup>2</sup> Rest assured that you're putting your patients' safety first when using this dual formulation of sterile 2% CHG + 70% isopropyl alcohol (IPA) solution packaged in a one-step, single-use sterile applicator. Developed by our unique proprietary sterilization process,<sup>1</sup> we have achieved what may have been thought of as impossible. Discover the difference of overcoming antiseptic contamination. **Discover the new BD.**

#### References

<sup>1</sup> Degala, et al. United States Patent 9,078,934; July 14, 2015.

<sup>2</sup> Chang C, Furlong LA. Microbial stowaways in topical antiseptic products. *N Eng J Med.* 2012;367(23):2170-2173.

Discover our fully sterile skin prep products at [bd.com/SterileSolution](http://bd.com/SterileSolution)





Together Improving Lives  
Ensemble, améliorons des vies

# Ensuring that OR staff are equipped, organized, and prepared

Working together, we put patient care **FIRST**.

When it comes to patient care in the OR, nothing is more important than being prepared. Medline makes sure that OR staff have what they need, when they need it.



## COMPLETE DELIVERY SYSTEM. FOR INCREASED EFFICIENCIES WHEN TIME IS ESSENTIAL.

Our exclusive CDS solution is designed for efficiency. Serving as the link between staff supply needs and OR inventory, our CDS puts all your perioperative supplies in one container – saving on both time and costs.



## OR INSTRUMENT CONSIGNMENT PROGRAM. FOR THE RIGHT PRODUCTS AT THE RIGHT TIME.

Flexibility and reliability are exactly what our OR Instrument Consignment Program delivers. This way OR staff are better able to focus on patient care and needs instead of inventory management.



## SURGICAL PROCEDURE TRAYS. FOR THE RIGHT PRODUCTS IN THE RIGHT PLACE.

Gathering all the required components for standard surgical procedures is time consuming. With the fast-pace of any OR, it can also lead to being unprepared. Our SPTs provide the accurate product preparation that your staff needs.

For more information speak with your local Medline Expert at 1-800-268-2848.