September/septembre 2021
Volume 39, Issue/numéro 3

ORNAC Journal | Revue de l'AIISOC



Identifying research priorities • Déterminer les priorités de recherche

2021 poster abstracts • Résumés par affiches 2021

FLIPing failure • La méthode FLIP pour transformer l'échec

www.ORNAC.ca

PM43490512

RMAC Surgical INC.

KEEPING SAFETY IN CHECK

3 PLY DISPOSABLE EAR LOOP PROCEDURAL MASKS

Three Layers of Protection

MADE IN CANADA

Level 1
Level 2
Level 3

MADE IN CANADA / FABRIQUE AU CANADA



(17.5CM X 9.5CM)

OUTER LAYER
Non-Woven
Polypropylene Fabric

MIDDLE LAYER
28gsm Meltblown Filter

INNER LAYER
Non-Woven
Polypropylene Fabric

LATEX FREE
DISPOSABLE

Support Made in Canada PPE

Mask Specifications
ASTM F-2100-19
PFE measured at 0.1 microns

Manufactured in Canada by:
RMAC Surgical Inc.
80 Galaxy Blvd, Units 8-9
Etobicoke, Ontario M9W-4Y8
Toll Free: 1-888-299-2661
E-mail: Sales@Pharmatags.com
www.RMACsurgical.com

Level 1		Level 2		Level 3	
BFE	≥ 95%	BFE	≥ 98%	BFE	≥ 98%
PFE	≥ 95%	PFE	≥ 98%	PFE	≥ 98%
BLOOD Penetration	Minimum **80mmHg**	BLOOD Penetration	Minimum **120mmHg**	BLOOD Penetration	Minimum **160mmHg**
Diff. Pressure	≤ **5.0** mmH2O/cm2	Diff. Pressure	≤ **6.0** mmH2O/cm2	Diff. Pressure	≤ **6.0** mmH2O/cm2
Flammability	**Class 1**	Flammability	**Class 1**	Flammability	**Class 1**

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 3, September 2021

Table of Contents

Feature Articles

Identifying research priorities for improving patient care in the perioperative environment: A descriptive cross-sectional study 15

By: Patricia Nicholson PhD, RN, FACORN; Lois Hamlin DNurs, RN, FACN, FACORN(Hon); Jed Duff PhD, RN, FACORN; Brigid M Gillespie PhD, RN, FACORN; Carollyn Williams M Hlth Sc (Nur), FACN, FACORN.

2021 ORNAC National Conference Poster Abstracts 50

FLIPing failure into resilience 75

By: Sarah McVanel MSc, PCC, CHRL, CSODP

ORNAC Network

Perioperative Nurses Week Contests 11

ORNAC Award Opportunities 38

ORNAC Call for Nominations 2022 40

Report on the 27th ORNAC National Conference 44

Upcoming Events 66

2021 ORNAC Award, Bursary, and Grant Recipients 67

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 - $52 plus GST/HST
Outside Canada - $80
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 for 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.

ORNAC Executive and Board

ORNAC Executive

PRESIDENT - Sharon Hollett RN, BN, CPN(C) - Kingston, NB - president@ornac.ca

PRESIDENT ELECT - Tanya Vandale RN, BN, CPN(C) - Hubley, NS - presidentelect@ornac.ca

TREASURER - Tanya Vandale RN, BN, CPN(C) - Hubley, NS - treasurer@ornac.ca

SECRETARY - Jennifer Sutton RN, BN, MN - St. John's, NL - secretary@ornac.ca

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

ORNAC Board Members

British Columbia
Jeanette Hill RN, BScN, CPN(C)
directorbc@ornac.ca

Alberta
Bryana Hahn RN, BN
directorab@ornac.ca

Saskatchewan
Vacant
directorsk@ornac.ca

Manitoba
Vacant
directormb@ornac.ca

Ontario
Angela Russell RN, BN, CPN(C)
directoron@ornac.ca

Québec
Kat Yemendjian RN, BN
directorqc@ornac.ca

New Brunswick
Heidi Kelly RN,BN, CPN(C)
directornb@ornac.ca

Nova Scotia
Phuong Nguyen RN, BScN, CPN(C)
directorns@ornac.ca

Prince Edward Island
Julie Bell RN, BScN
directorpei@ornac.ca

Newfoundland & Labrador
Jennifer Sutton RN, BN, MN
directornl@ornac.ca

Leadership
Carol Kirkwood RN
leadership@ornac.ca

Education
Vacant
education@ornac.ca

Advanced Practice
Sarah Davis RN, BN, RNFA
ap@ornac.ca

For information
about the Board visit
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 3, septembre 2021

Table des matières

Articles de fond

Déterminer les priorités de recherche pour améliorer les soins aux patients dans l'environnement de soins périopératoires : Une étude descriptive transversale 26
Par : Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP(C)

Résumés des affiches du Congrès national 2021 de l'AIISOC 50

La méthode FLIP pour transformer l'échec en résilience 71
Par : Sarah McVanel, M. Sc., PCC, CRHA, CSODP.

Réseau de l'AIISOC

Opportunités de prix de l'AIISOC 38

Appel de mise en candidature 2021 de l'AIISOC 42

Rapport sur le 27e Congrès national de l'AIISOC 47

Prochains événements 66

Récipiendaires des Prix, bourses et bourses de recherche 2021 de l'AIISOC 68

Concours de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires 69

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 - 52 $ + TPS/TVH
À l'extérieur du Canada - 80 $
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 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.

Membres du Conseil d'administration et du Conseil de direction

COMITÉ DE DIRECTION DE L'AIISOC

PRÉSIDENTE - Sharon Hollett, inf., B.S.Inf., CSP(C) - Kingston, NB - president@ornac.ca

PRÉSIDENTE ÉLUE - Tanya Vandale, inf., B.S.Inf, CSP(C) - Hubley, N.-É - presidentelect@ornac.ca

TRÉSORIÈRE - Tanya Vandale, inf., B.S.Inf., CSP(C) - Hubley, N.-É - treasurer@ornac.ca

SECRÉTAIRE - Jennifer Sutton, inf., B.S.Inf., M.S.Inf. - St. John's, T.-N.-L. - secretary@ornac.ca

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIISOC

Colombie-Britannique
Jeanette Hill, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)
directorbc@ornac.ca

Alberta
Bryana Hahn inf., B.S.Inf.
directorab@ornac.ca

Saskatchewan
À pourvoir
directorsk@ornac.ca

Manitoba
À pourvoir
directormb@ornac.ca

Ontario
Angela Russell, inf., B.S.Inf., CSP(C)
directoron@ornac.ca

Québec
Kat Yemendjian, inf., B.S.Inf.
directorqc@ornac.ca

Nouveau-Brunswick
Heidi Kelly inf., B.S.Inf., CSP(C)
directornb@ornac.ca

Nouvelle-Écosse
Phuong Nguyen, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)
directorns@ornac.ca

Île-du-Prince-Édouard
Julie Bell, inf., B.Sc.Inf
directorpei@ornac.ca

Terre-Neuve-et-Labrador
Jennifer Sutton, inf., B.S.Inf., M.S.Inf
directornl@ornac.ca

Leadership
Carol Kirkwood, inf.
leadership@ornac.ca

Éducation
À pourvoir
education@ornac.ca

Pratique avancée
Sarah Davis inf., B.S.Inf., IPAC
ap@ornac.ca

Pour plus de renseignements concernant le Conseil d'administration, visitez **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

3M Canada	25
3M Canada	79
Ansell	46
Cardinal Health	14
ConMed	11
Ethicon	45
Medline Canada	80
Medtronic	76
RMAC Surgical	2
Steris	77
Stryker	9

Career Opportunities
Possibilités de carrière

Health Match BC	13

Looking For Information About Advertising In This Journal?

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

advertising@ClockworkCanada.com
or / ou
902.442.3882

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

How do you define a perioperative nurse? ORNAC's current by-laws offer a definition in Section 1, 1.01(f). It reads as follows:

> "Canadian Perioperative Registered Nurse" means a registered nurse licensed to practice within a Canadian province or territory, whose field of practice is focused on the perioperative continuum of care providing safe and effective care/service to the surgical patient/client and their family. In addition, perioperative nursing practice focuses on but is not limited to education, leadership, research and advanced perioperative nursing practice in the settings of hospital operating rooms, ambulatory care settings/facilities, out-patient clinics, private/non-hospital surgical suites and physician offices, and educational institutions."[1]

These by-laws went into effect on June 12, 2013, and have served ORNAC well over the past number of years. This summer the governance team of the ORNAC Board was remarkably busy reviewing our by-laws. An updated version of the by-laws is necessary to continue to support ORNAC's infrastructure which, in turn, supports our members. In essence, ORNAC remains viable and committed to representing Canadian Perioperative Nurses in a professional manner.

Part of this update will be a review of the definition of a perioperative nurse. So I would like to ask you, the members, how do you define your practice?

- Perhaps you are currently employed in the traditional hospital focused concept of perioperative nursing practice? Pulling case carts and turning over rooms; scrubbing and circulating for acutely ill patients who need life-saving surgery.
- Perhaps you work in the field of nursing research and are contributing to ongoing analysis in perioperative nursing and standards of care?
- Perhaps you are employed in an educational institution that focuses on teaching perioperative nursing skills to students?
- Perhaps you work at an ambulatory care centre that features a day model of care for patients? Your clients come for a variety of small procedures under local anesthetic, you patch them up and send them out.
- Perhaps you are employed in private practice and physician office settings working one on one with the physician and patient?

We believe it is time to have another look at this definition of perioperative nursing. But first we would like to hear from you.

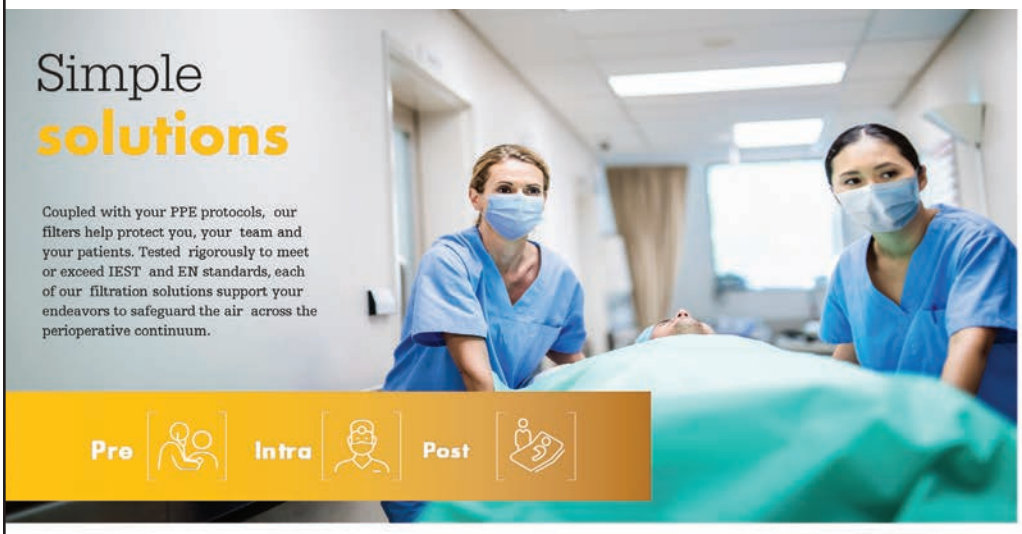
I encourage each of you as an ORNAC member to have your say in this new definition. **We ask members to communicate via their Provincial Board of Directors representative as they are your liaison to the ORNAC Board.** Their contact information can be found on page 4 of this journal and on the ORNAC website at www.ORNAC.ca.

Let us know what you want to see in the new meaning of perioperative nurse as it will be defined for our future! Reach out now and share your thoughts.



References:

1. Operating Room Nurses Association of Canada. ORNAC General Operating By-law No 1 (2013). [Cited June 21, 2021.] Available from https://www.ornac.ca/en/about-us/our-bylaws



stryker



SafeAir Compact
Smoke Evacuator

ULPA filtration efficiency of 99.999% at 0.05 microns[8]



PneumoClear
All-inclusive integrated heating, humidification, and smoke evacuation insufflator

PneumoClear smoke evacuation tube sets ULPA filtration are capable of filtering particles as small as 0.01 microns[8]



Prevalon
Mobile air transfer system

HEPA filtration efficiency of 99.97% at 0.3 microns[10]



Mistral-Air
Force air warming system

HEPA filtration efficiency of 99.99% at 0.3 microns[11]



Neptune 3 Waste Management System
Constantly closed system for fluid, smoke and aerosol suction

Standard integration of HEPA and ULPA filters

Typical HEPA filtration efficiency of 99.97% at 0.3 microns[4,12]

Meets IEST and EN standards of 99.9997% efficiency at 0.1 microns and additional testing verifies that efficiency increases to 100% at 0.01 microns[4,7]

NEW e-subscription to the ORNAC Standards

In response to feedback from its members ORNAC is pleased to announce that the *ORNAC Standards, Guidelines, and Position Statements for Perioperative Registered Nurses* is now available through online e-subscription for organizations with 100 or more users. CSA Group and ORNAC have also created a bundle e-subscription that includes the ORNAC Standards and 9 MDR Standards.

ORNAC

Visit ornac.ca/en/standards for details and click on the Stand-Alone Collection or Bundle Collection link to be taken to the CSA Group's Request a Quote page

NOUVEL abonnement en ligne aux Normes de l'AIISOC

En réponse à la rétroaction de ses membres, l'AIISOC est heureuse de vous annoncer que les *Normes, lignes directrices et énoncés de positions de l'AIISOC pour la pratique de soins infirmiers périopératoires autorisés* sont maintenant offerts par le biais d'un abonnement en ligne pour les organismes ayant 100 utilisateurs ou plus. Groupe CSA et l'AIISOC proposent également un forfait incluant les Normes de l'AIISOC et 9 normes de RDM.

AIISOC

Visitez ornac.ca/fr/standards pour tous les détails et cliquez sur le lien Licence simple ou Licence multi-utilisateurs pour être redirigé(e) vers la page Demandez un devis (Request a Quote) du Groupe CSA.

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

Comment définissez-vous une infirmière en soins périopératoires? Le règlement général actuel de l'AIISOC propose une définition dans la section 1, 1.01(f) qui va comme suit :

> « Infirmière/Infirmier autorisé(e) en soins périopératoires » désigne une infirmière/un infirmier autorisé(e) à exercer ses fonctions dans une province canadienne ou un territoire, et dont le champ d'activité se concentre principalement sur le continuum de soins et l'offre de soins/services sécuritaires et efficaces au patient/client en chirurgie et à sa famille. De plus, la pratique des soins infirmiers périopératoires porte sur, sans toutefois exclure, l'éducation, la direction, la recherche et la pratique avancée de soins infirmiers dans les salles d'opération en milieu hospitalier, dans des établissements ou en milieu de soins ambulatoires, des cliniques externes, des salles d'opération en milieu privé/non-hospitalier et des bureaux de médecins ainsi que dans des établissements d'enseignement. »[1]

Ce règlement général est entré en vigueur le 12 juin 2013 et a été bien utile à l'AIISOC au cours des dernières années. Cet été, l'équipe de la gouvernance du conseil d'administration de l'AIISOC a été remarquablement occupée à passer en revue ce règlement général. Une version à jour de ce dernier est nécessaire pour continuer à appuyer l'infrastructure de l'AIISOC qui, en retour, soutient nos membres. Essentiellement, l'AIISOC demeure solide et engagée à représenter de manière professionnelle les infirmières et infirmiers canadiens en soins périopératoires.

Une partie de cette mise à jour consistera à passer en revue la définition d'une infirmière en soins périopératoires. J'aimerais donc vous demander, vous, les membres, comment vous définissez votre pratique :

- Peut-être êtes-vous actuellement à l'emploi d'un hôpital traditionnel axé sur le concept de la pratique des soins infirmiers périopératoires? Vous y poussez des chariots de cas et vous préparez les salles; vous travaillez en service externe et interne pour des patients gravement malades ayant besoin d'une chirurgie vitale.

- Peut-être travaillez-vous dans le domaine de la recherche en soins infirmiers et contribuez-vous à l'analyse continue dans les domaines des soins périopératoires et des normes de soins?

- Peut-être êtes-vous à l'emploi d'un établissement d'enseignement mettant l'accent sur l'enseignement des compétences liées aux soins infirmiers périopératoires auprès des étudiants?

- Peut-être travaillez-vous dans un centre de soins ambulatoires qui est doté d'un modèle de soins de jour pour les patients? Vos clients se présentent pour une variété de petites interventions sous anesthésie locale, vous les réparez et vous les renvoyez à la maison.

- Peut-être êtes-vous à l'emploi d'une pratique privée ou dans un cabinet de médecin travaillant individuellement avec le médecin et le patient?

Nous croyons qu'il est temps de revisiter cette définition des soins infirmiers périopératoires, mais nous aimerions d'abord avoir votre avis.

Je vous encourage, en tant que membre de l'AIISOC, à vous exprimer quant à cette nouvelle définition. **Nous demandons à nos membres de communiquer via leur représentant provincial du conseil d'administration, car c'est cette personne qui sert de personne-ressource auprès du conseil d'administration de l'AIISOC.** Vous trouverez ses coordonnées à la page 6 de la présente revue et sur le site Web de l'AIISOC à www.ORNAC.ca.

Informez-nous de ce que vous souhaitez voir dans la nouvelle signification de l'infirmière en soins périopératoires, car cette définition s'appliquera à l'avenir! Contactez-nous maintenant et faites-nous part de vos idées.



Références :

1. Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada. Règlement général N° 1 de l'AIISOC (2013). [Consulté le 21 juin 2021.] Peut être téléchargé à http://www.ornac.ca/images/by_laws/ORNAC_2013_Bylaws_FR.pdf

Stop ignoring the elephant in the room



There are dangers in Surgical Smoke Plume

Together, we can help eliminate them

Take the next step toward a safer OR for your staff and your patients by visiting **CONMED.com/MyHealthyOR**



CONMED | BUFFALO FILTER

The **LEADER** in Surgical Smoke Management

Surgical Smoke Pencils • Smoke Evacuators • Laparoscopic

©2021 CONMED Corporation, MC20190579 4/21

PERIOPERATIVE NURSES WEEK CONTESTS

ORNAC encourages you to enter our contest and submit either a written piece or a short video that reflects your understanding of this year's Perioperative Nurses Week (PNW) theme of *"Adapting and evolving in a changing world: Perioperative nursing through a pandemic."* Get out your keyboards and devices and demonstrate how your team lives and celebrates the year's Perioperative Nurses Week theme. Contests are open to all ORNAC members and Associates.

Video Category: Complete a short video (no longer than 3 minutes) on what the PNW theme means to you. Videos links should be sent to info@ornac.ca. The winning video will be shown during the opening ceremonies at the next ORNAC National Conference and the winners will be announced in the *ORNAC Journal*.

Written Category: Submit an essay or poem related to this year's PNW theme. The winning submission will be published in the *ORNAC Journal.*

ORNAC

1st Prizes: One 2023 conference registration (written) or up to three 2023 conference registrations (video - awarded to participants only and non-transferable).

2nd Prizes: One copy of the ORNAC Standards (hard copy or electronic) for each category.

Deadline for submissions is September 1, 2021 and winners will be announced during Perioperative Nurses Week. Details can be found at: ornac.ca/en/news-events/perioperative-nurses-week

MESSAGE FROM THE EXECUTIVE DIRECTOR

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

With summer '21 waning, our thoughts turn to the fall season and getting back to full steam ahead. With our newest Board Members in place the summer months allowed time for general orientation and refinement of our strategic plan. With our structure defined, our terms of reference outlined, the board now begins implementing its goals and objectives for a one year, three year, and five year timeframe.

An overarching goal to make the ORNAC Board run committees more "member driven" will mean opportunities for members and associates to work on the various ORNAC teams. This will better enable ORNAC to continue its mission, enhance its vision, and incorporate its core values. Watch for future calls to action and consider joining one of our teams! Together we can achieve many things…

On a final note, the students entering the perioperative nursing program at George Brown College will be entering a program that renewed its commitment to them and to the profession by obtaining the distinction of being "ORNAC Approved." Congratulations to them and to George Brown College for taking this step!

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

Avec l'été 2021 qui tire à sa fin, nos pensées se tournent vers l'automne et la reprise qui s'annonce vigoureuse. Grâce à nos tout nouveaux membres du conseil d'administration qui ont entamé leurs fonctions durant les mois de l'été, nous avons pu prendre le temps de donner une orientation générale à notre plan stratégique et de le peaufiner. Notre structure ayant été déterminée et notre mandat exposé dans ses grandes lignes, le conseil d'administration commence maintenant à mettre en œuvre ses buts et objectifs pour une période d'un an, de trois ans et de cinq ans.

L'objectif très important de faire en sorte que le conseil d'administration de l'AIISOC dirige des comités davantage « orientés sur les membres » se traduira par des occasions pour les membres et les associés de travailler au sein de différentes équipes de l'AIISOC. L'AIISOC s'en trouvera plus apte à poursuivre sa mission, à rehausser sa vision et à incorporer ses valeurs de base. Surveillez nos prochains appels à passer à l'action et envisagez de vous joindre à l'une de nos équipes! Ensemble, nous pouvons accomplir de nombreuses choses…

En terminant, les étudiantes et les étudiants qui entament le programme de soins infirmiers périopératoires au Collège George Brown bénéficieront d'un programme ayant renouvelé son engagement envers eux et envers la profession en obtenant la distinction « Approuvé par l'AIISOC ». Félicitations à eux et au Collège George Brown pour avoir franchi cette étape!


CHECK YOUR OWN PULSE
FOR A CHANGE
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@healthmatchb.org
Phone (Toll-Free): 1.877.867.3061
health match bc

Did you Know?

More than **90%** of **ORNAC** **nurses** experience **heat discomfort** during surgical procedures.[1]

CardinalHealth

Stay **cool** in the **OR.**

The Cardinal Health™ **CoolSource™ Cooling System** is a **solution** that helps keep you **cool** and **comfortable** in the **OR**.

Item	Size	Packaging
COOLVESTM	Medium	10 ea/bg; 2 bg/ca
COOLVESTL	Large	10 ea/bg; 2 bg/ca
COOLVESTXL	X-Large	10 ea/bg; 2 bg/ca
COOLPACK	Reusable, non-sterile	6 ea/bg; 54 ea /ca

Learn more and request a sample at CardinalHealth.ca/CoolSource



Don't sweat it. Wear COOLVEST.

1.888.291.5033 | **Shop.cardinalhealth.ca**

[1] Based on a Cardinal Health Canada survey conducted at ORNAC 2021

© 2021 Cardinal Health Canada. All Rights Reserved. CARDINAL HEALTH, the Cardinal Health LOGO, Essential to care and CoolSource are trademarks of Cardinal Health and may be registered in the US and/or in other countries. All other marks are the property of their respective owners. Lit. No. 21-008-D (6/2021)

Keywords: Perioperative research priorities, evidence-based practice, quality patient care.

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

IDENTIFYING RESEARCH PRIORITIES FOR IMPROVING PATIENT CARE IN THE PERIOPERATIVE ENVIRONMENT: A DESCRIPTIVE CROSS-SECTIONAL STUDY

Authors: *Patricia Nicholson[1] PhD, RN, FACORN; Dr Lois Hamlin[2] DNurs, RN, FACN, FACORN(Hon); Jed Duff[3] PhD, RN, FACORN; Brigid M Gillespie[4] PhD, RN, FACORN; Carollyn Williams M Hlth Sc (Nur), FACN, FACORN.*

Affiliations:
[1]Associate Professor, Course Director, Master of Nursing Practice (Perioperative) and HDR Coordinator, Deakin University, Geelong, Victoria.
[2]Senior Lecturer, Faculty of Health, University of Technology Sydney (retired).
[3]Professor of Nursing, Queensland University of Technology Chair of Nursing, Royal Brisbane and Women's Hospital.
[4]Professor of Patient Safety, School of Nursing & Midwifery, Griffith University and Gold Coast Hospital and Health Service, Queensland.

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

INTRODUCTION

Changes in the delivery of patient care, the rapid evolution of technology and the complexity of the current health care environment require health professionals to make clinical decisions that are both current and evidence-based.[1,2] Perioperative nursing has a long history steeped in tradition and routine practice and although evidence-based practice (EBP) has existed for decades, a number of barriers to implementing this practice in the operating room have been identified.[3,4] Perioperative nurses are accountable for the care provided to patients presenting for surgery; therefore, implementation of EBP is important for standardising patient care[1] and supporting positive patient outcomes. By incorporating EBP skills in perioperative nursing, a rationale for current practices in the operating suite is also justified.[1] With increased accountability for the quality of care provided in the perioperative environment, the value of perioperative nurses' contribution to patient care has been questioned.[5]

In order to increase the quality and efficiency of patient care, perioperative nurses' contribution to research and research utilisation in the perioperative environment is crucial6. It is important to identify priority, relevant research questions to address the gap that exists between data that is generated by researchers and the information that is required by end-users.[7] Despite the importance of this, there is limited evidence about how research priorities should be established.[8]

This study was undertaken to identify research priorities in perioperative

nursing and identify areas of practice that could inform the development of new standards of practice for perioperative nurses.

Background

Optimising nurses' contribution to timely and effective translation of research into clinical practice remains a challenge.[9] In an integrative review exploring the state of readiness for EBP, although nurses reported being familiar with EBP, divergent views were reported, including difficulty in searching, retrieving and critically appraising research articles.[10] The introduction of sophisticated surgical techniques and advances in technology in the operating room[11-15] have resulted from innovations and application of scientific research,[14] with the development of specialist nursing knowledge considered crucial for safe and effective patient outcomes.[5,12-14,16] It is therefore important that perioperative nurses participate in activities that improve patient outcomes and advance the nursing profession by actively seeking opportunities to engage in EBP and quality improvement projects or participate in research.[9] With engagement in these activities, traditions are validated or challenged.[17] There is also an emphasis on the importance of incorporating new research findings into daily health care practice and improving patient safety.[18]

Evidence from research, guidelines and standards of practice provide a foundation on which perioperative nurses can develop their capacity as consumers of research as well as integrate EBP into their clinical practice.[17] The peak professional body for perioperative nurses, ACORN (the Australian College of Perioperative Nurses, originally the Confederation of Operating Room Nurses which became a College in 2000) plays an important role in these efforts. ACORN was formed in 1977 with the aim of standardising perioperative nursing practice and educating perioperative nurses.[19,20] The mission of ACORN included the development of the ACORN Standards, guidelines and policy statements ('the Standards'). The Standards were first developed in 1980 and reviewed triennially to guide nurses in providing optimum quality care for the patients admitted to the operating room. With the advances occurring in perioperative nursing, a review of the 2004 Standards was undertaken to incorporate an international model, through the establishment of teams of perioperative nurses representing each state and territory in Australia. Extensive literature reviews were completed by each team resulting in standards that were referenced and reflected an evidence-based underpinning with the aim of contributing to the highest standard of patient care and professional competence in the perioperative setting.[21,22] The Standards continue to be updated every two years and provide a valuable resource for perioperative nurses and other professionals involved in managing surgical patients as well as promoting implementation of EBP in the operating suite.

In a recent editorial it was highlighted that while research publications in both emergency nursing and intensive care nursing have increased substantially over the past 20 years, similar outputs are not reported for publications related to perioperative nursing.[23] With the aim of supporting and encouraging research in perioperative nursing and promoting evidence-based practice, ACORN established a research committee (RC). The primary function of the RC is to guide and coordinate all aspects of research activity for the College. To inform the scope of the committee's purpose a national research and networking workshop was held during the 2018 ACORN and ASIORNA Conference. This interactive research activity explored, among other things, the research evidence supporting the Standards, gaps in the evidence base related to the Standards, and the challenges associated with implementing the Standards in clinical practice.[24] Four research priorities were identified during the workshop: patient and staff safety, equipment and technology-related issues, the uptake and audit of the Standards and the culture of the perioperative environment.[1] To explore in more depth potential research priorities in the perioperative setting, the RC conducted a national survey inviting ACORN members to participate in ranking topic areas developed from the networking workshop in 2018.

Aim

The aim of this study was to categorise priority research topics in perioperative nursing. A secondary aim was to identify gaps for consideration and inclusion in the Standards.

METHOD

Study design

A descriptive cross-sectional study design was used to identify research priorities in perioperative nursing.[25]

Sample and setting

Members were invited via email through the ACORN membership database to participate in the survey, with a follow up email sent one month later. Only those residing in Australia, and those who opted to participate in research studies advertised through the College, were invited to participate.

Data collection tool

The data collection tool included two sections. The questionnaire contained 20 items clustered around five topic areas into which the ACORN standards are grouped: staff and patient safety, professional practice, asepsis and clinical care, equipment and environment, and management and staffing. The choice of these particular items was predicated on the data collected at the research workshop held during the 2018 ACORN and ASIORNA Conference. Participants were asked to read a series of topic area items and rate them according to level of relevance and level of importance using a 5-point Likert scale, from 1 (not at all relevant / not at all important) to 5 (extremely relevant /

extremely important). Thus, higher scores indicated higher levels of relevance and importance for each survey item across the five standards topic areas. A five-point Likert scale was used to increase the response rate and quality of the responses. The survey also comprised open-ended questions for each of the five topic areas. Participants were invited to make any comments or suggest areas for further research. Demographic information was included in the questionnaire. The questionnaire was developed and reviewed by the RC members for feasibility in terms of readability, clarity of the questions and time taken to complete. The development of the questionnaire was informed by the findings from the ACORN conference workshop.[24] (See supplemental material for a copy of the questionnaire.)

Data analysis

The quantitative data were analysed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS v24, IBM, New York, NY, USA). Descriptive statistics were used to calculate absolute (*n*) and relative frequencies (%) for categorical, means and standard deviations (SD) for survey items. Composite scoring was used to combine items that represented each of the items included in the survey. This created a score for each item in the relevance and importance scale by producing a single composite score.[26] For example, to create a composite score for 'consider risk mitigation in the operating suite', the average of the mean score for relevance (4.4) and importance (4.4) was calculated.

The second phase of analysis involved qualitative data which was gathered from the comments section of the survey. Inductive content analysis was undertaken to identify patterns and themes,[27] which involved a systematic coding and categorising approach, while exploring text to determine trends and patterns of words used, their frequency and their relationships.[28,29] Two RC members undertook this analysis, independently initially, then together reached a consensus about whether the themes were an accurate representation.[25]

RESULTS

Of the 5251 members in the ACORN database, 113 responded, with a response rate of 2.2 per cent. The majority of respondents were females (*n* = 104, 92%) with an average age of 48 years (SD = 9.90). Most were registered nurses (*n* = 108, 95.6%) with an average of 20 years (SD = 10.3) experience in the operating suite. The main area of practice was represented by instrument or circulating nurses, or both (38.9%), with 34 (30.1%) indicating their role in the operating suite involved multiple clinical roles. Eight (7%) nurses were employed in an anaesthetic role or in the Post Anaesthesia Care Unit (PACU) (*n* = 7; 6.2%) or both (6 = 29, 29.7%). Further demographic details are presented in Table 1.

As shown in Table 2, most participants had completed a postgraduate certificate or diploma in perioperative nursing (*n* = 28, 24.8% and *n* = 29, 25.7% respectively). Twenty-four (21.2%) respondents had completed a master's degree, with two (2.8%) having completed a doctoral degree. Principle place of work was in the operating suite, day surgery settings or a combination of the two, in both the public and private sector. Most respondents (*n* = 68; 60.18%) worked in metropolitan settings, with 36 (31.86%) employed in regional settings. The remainder were rurally based (*n* = 9, 7.96%). All respondents were a member of ACORN, with other memberships including the Australian Nursing College (*n* = 36, 31.9%), the Australian Nursing and Midwifery Federation (*n* = 55, 48.7%), and other speciality organisations (*n* = 42, 37.1%). Further clinical demographics are included in Table 2.

National research priorities

Respondents ranked items in the 'staff and patient safety' topic area highest across both relevance and importance, with means ranging from 3.7 (SD = 1.12) to 4.5 (SD = 0.83). The average

Table 1. Demographic data of participants (n = 113).

Characteristics	*n*	%
Gender		
Female	104	92.0
Male	9	8.0
Age group		
21-30	6	5.3
31-40	15	13.3
41-50	42	37.2
51-60	41	36.3
60+	9	8
Registration		
RN	108	95.6
EN	5	4.4
Perioperative nursing role		
CNS/CNC/ANUM	27	23.9
Clinical nurse	49	43.7
PNSA	1	0.9
NUM/POSD	17	15.0
Clinical educator / academic	18	15.9
Quality coordinator	1	0.9
Main area of practice		
Instrument / circulating	44	38.9
Anaesthetic / PACU	29	29.7
Multiple clinical roles	34	30.1
Non-clinical role	6	5.3
Years of experience		
0-10	27	23.9
11-20	32	28.3
21-30	34	30.1
31-40	18	15.9
40 or more	2	1.78

CNC = clinical nurse consultant; CNS = clinical nurse specialist; ANUM = associate nurse unit manager; PNSA = perioperative nurse surgeon assistant; NUM = nurse unit manager; POSD = perioperative services director.

Table 2. Clinical demographics (n = 113).

Characteristics	*n*	%
Highest level of qualification		
Hospital certificate / diploma	7	6.2
Bachelor of Nursing	23	20.4
Postgraduate certificate / diploma	57	50.5
Master's / doctoral degree	26	23.0
Location of setting		
Metropolitan	68	60.2
Regional	36	31.9
Rural	9	8.0
Type of setting		
Public	72	63.7
Private	37	32.7
Other	4	3.5
Practice setting		
Operating suite	95	84.1
Day surgery	1	0.9
Operating suite / day surgery	12	10.6
Other	4	3.5
Professional membership		
ACN	36	31.9
ANMF	55	48.7
Other	42	37.1

ACN = Australian College of Nurses; ANMF = Australian Nursing and Midwifery Federation.

rating for the 'professional practice' topic area was second highest across both relevance and importance ranging from 3.5 (SD = 1.17) to 4.3 (SD = 0.82); the 'equipment and environment' topic area rated third. Overall, the standards topic areas that were ranked relative to relevance were ranked similarly in relation to importance. Table 3 details these results.

With regard to composite scoring of each of the items, those ranked one to ten scored higher for relevance (4.1 to 4.5/5) and importance (3.9/5 to 4.5/5) and related to safe patient care, encompassing topics such as culture, risk mitigation, bullying and disruptive behaviour and practices that prevent adverse patient outcomes, for example medication safety. The items that were ranked between 11 and 20 scored lower for relevance (3.0/5 to 3.9/5) and importance (3.0/5 to 4.0/5) and related to safety in the perioperative environment, for example instrument tracking and noise reduction in the operating theatre, with most topics not included in the current edition of the Standards.

Key themes

Participants responded to the open-ended questions regarding the national research priorities. The process of coding, categorising and repeated crosschecking revealed two overarching themes. These were 'management of risk' (both patient and staff) and 'culture of the perioperative environment' (which was expressed in negative terms). The first theme, 'management of risk', was linked to both patients and staff, and was evident in the quantitative data, as highlighted in Table 3. The second theme identified was 'culture of the perioperative environment', which was described negatively. However, topics associated with this theme were expressed less frequently than those topics associated with the management of risk. Within these two themes, five sub-themes were identified, with each one composed of one or more topics (see Table 4). The sub-theme 'safety' comprised eight topics and the remaining sub-themes each contained two, except for 'staffing', which had only one topic.

Comments made in relation to the theme of patient risks were both tangible, e.g. personal protective equipment, and intangible, e.g. practice protocols. The former included the potential for surgical site infections (SSI), e.g. 'more attention to protecting the sterile field, explore breaches and discuss speak up culture of this. Way more important than what's on people's heads'. [Respondent 108, perioperative services director]

Other tangible risks included medication management, equipment issues (e.g. laser safety) and the need for adequate staffing and skill mix to provide acceptable patient care. Examples of an intangible risk for patients were lack of access to or use of standards (ACORN and others), also a lack of situational awareness. One respondent noted, 'senior executives are the main barriers with providing resources and equipment to meet ACORN and MoH [Minister of Health] standards'. [Respondent 57, nurse unit manager]

There were also tangible and intangible risks to staff. Tangible risks included exposure to plume, cement (fumes), high noise levels, excessive workloads and associated fatigue. For example, 'staff fatigue in relation to on call, overtime and late / no meal breaks'. [Respondent 81, instrument nurse] One comment supporting an intangible risk included 'we eat our young'. [Respondent 37, multiple clinical roles] Some risks were deemed relevant to both patients and staff. To illustrate this sub-theme one respondent stated that we should 'analyse the patient and staff risks associated with the implementation of poorly designed (user interface) digital medical records e.g. ieMR'. [Respondent 97, anaesthetic nurse]

The issue of 'the culture of the perioperative environment' was evident across the qualitative data, except the section on 'equipment and environment'. Staff were more likely to experience the impact of a negative environment rather than the patient. However, several

Table 3. Results relative to relevance and importance within ACORN standards topic area (n = 113).

Topic area	Item detail	Relevance		Importance		Composite (R+I)/2	Rank
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
Staff and patient safety	Identify strategies to change the culture of the operating suite and enhance the safety of the perioperative team	4.5	0.83	4.5	0.83	4.5	1
	Consider risk mitigation in the operating suite	4.4	0.88	4.4	0.89	4.4	2
	Explore the safe use of patient handling equipment in the operating suite	4.3	0.8	4.2	0.9	4.25	6
	Evaluate the use of, and outcomes associated with, the new ACORN practice audit tools	3.9	0.99	4	1.13	3.95	11
	Determine how to protect the perioperative team during the use of cytotoxic drugs intraoperatively	3.8	1.18	3.7	1.12	3.75	15
Professional practice	Identify barriers and enablers to ACORN guidelines / standards implementation in perioperative settings	4.3	0.82	4.2	0.86	4.25	7
	Examine compliance with medication safety standards and labelling of medications	4.2	0.85	4.1	1.04	4.15	9
	Investigate strategies to manage and provide safe patient care to surgical patients with cognitive impairment	4	1.07	3.9	1.13	3.95	12
	Investigate the use of patient / family-centred approaches in the perioperative context	3.7	1.1	3.7	1.25	3.7	17
	Explore the lived experience of new graduate nurses when implementing the ACORN Standards in practice	3.7	1.17	3.5	1.17	3.6	18
Sepsis and clinical care	Examine the effectiveness of strategies to minimise or prevent perioperative-acquired pressure injuries	4.4	0.84	4.4	0.84	4.4	3
	Identify the most effective types of head attire for use in the perioperative setting	3.4	1.41	3.2	1.4	3.3	19
Equipment and environment	Identify the most effective method to minimise heat loss in patients before, during and after surgery	4.4	0.83	4.3	0.86	4.35	4
	Examine the integration of instrument tracking with the Patient Information Management Standard (electronic)	3.9	1.07	3.9	1.06	3.9	13
	Explore noise reduction methods in operating rooms and patient care areas	3.9	1.05	3.7	1.1	3.8	14
Management and staffing	Explore non-technical skills, such as situational awareness, decision making, communication and teamwork in operating suites	4.4	0.88	4.2	0.94	4.3	5
	Consider recognition and attitudes of perioperative nurses to bullying behaviours	4.2	0.95	4.2	0.97	4.2	8
	Explore the effects of disruptive behaviour on patient safety	4.1	1.04	3.9	1.11	4	10
	Examine the impact of different staffing models or models of care on patient experience	3.8	1.1	3.7	1.15	3.75	16
	Examine the causes of obesity among perioperative nurses	3	1.39	3	1.4	3	20

Table 4. Sub-themes and topics.

Sub-themes	Most frequently occurring [number of comments]
Safety	Non-use / awareness of / lack of access to standards [7] Plume and other fumes [2] Fatigue [5] Wellness [3] Noise in operating rooms [2] Tracking compliance [2] Loan set processes [2] Preventing SSIs (not attire-related) [5]
Culture of the perioperative environment	Negative culture and patient safety [3] Aggression / bullying / negative behaviours [10]
Operating room attire	Hats [7] Foot covers [2]
Education and training	Staff education / training / ongoing [6] Equipment-related training [2]
Staffing	Staffing ratios [4]

respondents noted that when staff were intimidated they did not speak up and patient safety was compromised, as reported by one respondent, 'patients are not safe when staff are distracted or feel intimidated by others'. [Respondent 108, perioperative service director]

The most frequently reported comments highlighted bullying, intimidation and aggressive behaviours across all of the topic areas. Several comments also reflected the need for a change of attitude by surgeons, senior nurses and hospital administrators. These included 'how to engage medical staff to comply with processes that nursing staff introduce for staff and patient safety'. [Respondent 50, nurse unit manager] and 'professional respectful behaviours need to be reinforced with zero tolerance to breaches'. [Respondent 108, perioperative services director].

DISCUSSION

Three research topics were identified as priorities in this study: patient safety, management of risk in the operating room, and culture of the perioperative environment. Issues linked to safe patient care, including prevention of pressure injuries, safe use of patient handling equipment, minimising heat loss and medication safety, were rated high on both scales (relevance and importance), with education linked to the use of equipment identified as a key theme. There is a plethora of evidence relating to maintaining normothermia in surgical patients,[30-32] and also for evidence relating to pressure injury prevention in the perioperative environment.[33-35] However, in a recent meta-synthesis of Cochrane reviews the authors concluded that the generation of high-quality evidence about the prevention and treatment of pressure injuries is crucial,[36] in particular in the perioperative environment.[37] The findings are similar with regard to technology and use of equipment in the operating suite.[38] One of the challenges facing clinicians is how to implement research findings in clinical practice.[6]

Patient safety within the health care industry has emerged as a result of the evolving complexity in health care systems and resulting increase in adverse patient outcomes.[39] It is reported that patient harm due to unsafe care is the fourteenth leading cause of the global disease burden,[40] with approximately half of these injuries considered preventable.[41] Hospital-acquired complications (HAC) were reported for two per cent of all hospitalisations in 2016-2017 which included 2.2 million elective and 352 000 emergency surgeries.[42] The cost of these failures is considerable with an estimated 15 per cent of hospital expenditure attributed to treating safety failures.[40] This costs the Australian health care system an estimated $1 billion per year.[43]

Issues relating to staff wellbeing were rated as being important and relevant, this was also identified in the qualitative data, in particular bullying and disruptive behaviour. In fact, one of the major themes identified in the data related to culture in the perioperative environment. Although there are a number of studies where bullying behaviour has been identified[44-47] further research is required to identify the factors associated with culture in the unit with strategies developed so that this can be better managed. Awareness of the importance of a poor safety and quality culture is paramount in preventing

adverse patient events, a concept not well researched[48] but of extreme importance in an increasingly complex perioperative environment.

The publication *To err is human: Building a safer health system* suggests a comprehensive approach to improving patient safety and states that an organisational culture that encourages learning from adverse events and near misses is required.[49] The importance of this was confirmed in a systematic review which identified the association between positive organisational and workplace cultures and positive patient outcomes, such as reduced mortality rates and hospital acquired infections and increased patient satisfaction.[50]

Similar topics that were rated lower in the relevance and importance categories, such as noise in the operating room and instrument tracking, were identified in the qualitative data. When searching the literature, studies exploring noise in the operating room 51,52 or instrument tracking[53] have been published; however, these provide limited evidence to inform clinical practice. Another example of a topic where there is limited evidence in the literature was obesity among perioperative nurses.[54,55] Many of these topics have been identified as leading health problems globally, for example the growing epidemic of obesity in Australia;[56,57] therefore, there is an opportunity for perioperative nurses to undertake research to address these issues and improve the safety of patients and wellbeing of health care professionals. It should be noted that many of these lower-ranked topics have not been considered for inclusion in the standards, which may account for them being rated lower in the survey. [A guideline about wellbeing is included in the 16th edition of the Standards. The survey was conducted before this edition was pubished.]

A key component of safety and quality in health care includes the Australian *National Safety and Quality Health Service Standards* (NSQHS Standards) which were introduced in 2011 with the aim of protecting patients from harm and improving the quality of health service delivery.[58] As the largest component of the health workforce, nurses play a critical role in meeting these standards and improving the quality of patient care.[59] The importance of this was evident with the inclusion of the icons from the NSQHS Standards in 16th edition of the ACORN Standards, indicating how individual ACORN standards support the NSQHS Standards.[60] As noted in 2018 by Williams et al., well-developed, evidence-based standards are not enough to change practice as a number of barriers have been identified when perioperative nurses are required to introduce evidence into their practice.[24] While criticisms about the poor quality of the research informing the standards was noted,[24] these documents are only as good as the research evidence used to inform them.[61] As evidenced in the literature there has been limited input of end-users in identifying relevant research priorities; therefore, there remains an obligation to ensure research activities align with the interests, needs and values of perioperative practice.[8]

Implications for perioperative nursing

In summary, the results from the survey identified issues that related to patient and staff safety, with the qualitative data describing embedded practices or non-implementation of best practice that respondents considered unsafe for patients and themselves. Where it affected staff in particular, this was linked to the negative culture of the setting, with formal leadership required to institutionalise evidence-based practice and initiate change.[62,63] Responses from the perioperative nurses provide an indication of the evidence that is required in clinical practice. While evidence-based practise is considered the gold standard, a number of barriers prevent the application of best practice standards.[64] It is clear that building research capacity is important, not only to demonstrate the positive impact of perioperative nursing on patient outcomes but also to strengthen the evidence on which standards for practice

are based and enhance the professional standing of perioperative nurses.[24]

Limitations

Although the low response rate reported in this study is a limitation, it should be noted that the perioperative nurses who responded to the survey were from a range of nursing roles, locations and types of hospital settings. Valuable information about the research priorities in perioperative nursing has been identified, highlighting areas of practice that require further evidence to support practice.

REFERENCES

1. Spruce L. Back to basics: Implementing evidence-based practice. AORN J 2016;101(1):107-112.

2. Vetter MJ, Latimer B. Tactics for teaching evidence-based practice: Enhancing active leaning strategies with large class of graduate EBP research in nursing students. Worldviews Evid Based Nurs 2017;14(5):419-421.

3. Duff J, Butler M, Davies M, Williams R, Carlile J. Perioperative nurses' knowledge, practice, attitude, and perceived barriers to evidence use: A multisite, cross-sectional survey. ACORN J 2014;27(4):28-35.

4. J. Factors that predict evidence use by Australian perioperative nurses. Journal of Perioperative Nursing 2016;29(2):24-29.

5. Michael R. Facilitating nursing research: A professional mandate for perioperative nurses. Can Oper Room Nurs J 2007;19(1):30-46.

6. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice – the experiences of healthcare professionals. BMC Health Serv Res 2016:16;48. doi:10.1186/s12913-016-1292-y.

7. Sutherland W, Fleishman E, Mascia M, Pretty J,Rudd M. Methods for collaboratively identifying research priorities and emerging issues in science and policy. Methods Ecol Evol 2011;2(3):238-247.

8. Smith N, Mitton C, Peacock S, Cornelissen E, MacLeod S. Identifying research priorities for health care priority setting: A collaborative effort between managers and researchers. BMC Health Serv Res 2009; 9:165.

9. Carter EJ, Mastro K, Vose C, Rivera R, Larson EL. Clarifying the conundrum: Evidence based practice, quality improvement,or research? The clinical scholarship continuum. JONA 2017;47(5):266-270.

10. Saunders H, Vehvilanen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. Int J Nurs 2016;56:128-140.

11. Bull R, Fitzgerald M. Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. Int J Nurs Pract 2006; 12:3-7.

12. Gillespie BM, Wallis M, Chaboyer W. Clinical competence in the perioperative environment: Implications for education. ACORN J 2006;19(3):19-24.

13. Hamlin L. Nurse education, accountability and the operating room nurse. ACORN J 1993;6(3):21-24.

14. Hilbig J. Knowledgeable users provide competent perioperative nursing care. ACORN J 1999;12(2):34-37.

15. Riley R, Manias E. The use of photography in clinical nursing practice and research: A literature review. J Adv Nurs 2004;48(4):387-405.

16. Gillette V. Applying nursing theory to perioperative nursing practice. AORN J 1996;64(2):261-270.

17. Baker J D. Nursing research, quality improvement, and evidence-based practice: The key to perioperative nursing practice. AORN J 2017;105(2):3-5.

18. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice – the experiences of healthcare professionals. BMC Health Serv Res 2016;16:48.

19. Hamlin L. Setting the standard: The role of the Australian College of Operating Room Nurses – Part 1. ACORN J 2006;19(1):29-36.

20. Richardson-Tench M. ACORN: The establishment and development of the Australian College of Operating Room Nurses. ACORN J 2008;21(1):28-35.

21. Australian College of Operating Room Nurses (ACORN). Standards for Perioperative Nurses 2004. Adelaide: ACORN; 2004.

22. Born S. 2004 ACORN Standards review. ACORN J 2004;17 (3):61.

23. Duff J. The imperative to build research capacity and promote evidence-based practice in Australian perioperative nurses. Journal of Perioperative Nursing 2020;33(2):3.

24. Williams C, Duff J, Nicholson P, Hamlin L, Gillespie B. Using the ACORN standards: An exploration of claims issues and concerns. Findings from the research workshop at the ACORN & ASIORNA conference in Adelaide. Journal of Perioperative Nursing 2018;31(4):37-41.

25. Harding T, Whitehead D. Analysing data in qualitative research. In Schnieder Z, Whitehead D, LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing and midwifery research: Methods and appraisal for evidence-based practice 5th ed. Elsevier: Chatswood, NSW; 2014, 127-142.

26. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update 14th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2016.

27. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. JAMA 2008:62(1):107-115.

28. Erlington C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. Afr J Emerg Med 2017;7:93-99.

29. Vaismoradi M, Turune N H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci 2013;15(3):398-405.

30. Kumar A, Martin D P, Dhanorker S R, Brandt S R, Schroeder D R, Hanson A C et al. Improving the rate of surgical normothermia in gynecologic surgery. Gynecol Oncol 2019;154(3):590-594.

31. Ralph N, Gow J, Conway A, Duff J, Edward K L, Alexander K, Bräuer A. Costs of inadvertent perioperative hypothermia in Australia: A cost-of-illness study. Collegian 2020:27:345–351.

32. Ousey K, Edward KL, Lui S, Walker K, Duff JS, Leaper D. Perioperative, local and systemic warming in surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. J Wound Care 2017;26: 614-624.

33. Goudas L, Bruni S. Pressure injury risk assessment and prevention strategies in operating room patients – findings from a study tour of novel practices in American hospitals. Journal of Perioperative Nursing 2019;32(1):33-38.

34. Martinez-Garduno C M, Rodgers J, Phillips R, Gunaratne A W, Drury P, McInnes E. The surgical patients' pressure injury incidence (SPPII) study: A cohort study of surgical patients and processes of care. Wound Pract Res 2019;27(2):120-128.

35. Wang I, Gillespie B M, Walker R. Pressure injury prevention in the perioperative setting: An integrative review. Journal of Perioperative Nursing 2018;31(4):27-35.

36. Walker R M, Gillespie B M, McInnes E, Moore Z, Eskes A M, Patton D et al. Prevention and treatment of pressure injuries: A metasynthesis of Cochrane Reviews. J Tissue Viability 2020. doi: 10.1016/j.jtv.2020.05.004.

37. Sving E, Bååth C, Gunningberg L, Björn C. The experiences of operating room teams working with real-time feedback of interface pressure to prevent pressure injuries. A feasibility study. Perioper Care Oper Room Manage 2020;20:100096. doi: 10.1016/j.pcorm.2020.100096.

38. Smith J, Palesy D. Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern. Journal of Perioperative Nursing 2018:31(2):25-28.

39. World Health Organization. Patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2020 July 9]. Available from: www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/patient-safety.

40. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2020 July 9]. Available from: www.oecd.org/els/healthsystems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf.

41. Oyebode F. Clinical errors and medical negligence. Med Princ Pract 2013;22(4):323-333.

42. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Hospitals at a glance 2017–18 [Internet]. Canberra: AIHW; 2019 [cited 2020 July 9]. Available from: www.aihw.gov.au/getmedia/b93ed17e-47f2-4bc8-92aec5cbceeaa657/Hospitals%20at%20a%20glance%202017%e2%80%9318.pdf.aspx.

43. Australian Bureau of Statistics (ABS). Cause of death, Australia 2016 [Internet]. Canberra: ABS; 2016 [cited 2020 July 9]. Available from: www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2016~Main%20Features~Australia's%20leading%20causes%20of%20death,%202016~3.

44. Hutchinson M, Vickers M, Wilkes L, Jackson D. The worse you behave, the more you seem to be rewarded: Bullying in nursing as organizational corruption. Employ Respons Rights J 2009:21(3):213–229. doi: 10.1007/s10672-009-9100-z.

45. Iqbal A, Khattak A, Malik F R. Bullying behaviour in operating theatres. J Ayub Med College Abbottabad 2020:32(3):352.

46. Mohanty P, Mohanty S. Impact of workplace bullying on performance, psychological distress and absenteeism: An original review of healthcare sector. Int J Econ Perspect 2017:11(3):1277-1286.

47. Yang Y M, Zhou L J. Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. Perspect Psychiatr Care 17 April 2020. doi: 10.1111/ppc.12519.

48. Davis E, Beale N. It's time: The poor culture regarding safety and quality in Australian hospitals must be addressed! Asia Pac J Health Manag 2015:10(3):GS36-GS41.

49. Kohn L T, Donaldson M S, Kohn L T, Corrigan J. To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.

50. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. BMJ Open 2017;7:e017708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708.

51. Keller S, Tschan F, Semmer N K, Holzer E, Candinas D, Brink M et al. Noise in the operating room distracts members of the surgical team. An observational study. World J Surg;2018(42):3880–3887. doi: 10.1007/s00268-018-4730-7.

52. Hogan L J, Harvey R L. Creating a culture of safety by reducing noise levels in the OR. AORN J 2015;102(4):410.

53. Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in packaging surgical instruments based on a surgical instrument tracking system: An observational study. BMC Health Serv Res 2019;19:176. doi: 10.1186/s12913-019-4007-3.

54. Kelly M, Wills J. Systematic review: What works to address obesity in nurses? Occup Med 2018;68(4):228-238.

55. Chin D L, Nam S, Lee S-J. Occupational factors associated with obesity and leisuretime physical activity among nurses: A cross sectional study. Int J Nurs Stud 2016;57:60-69.

56. Dankyau M, Shu'Aibu J, Oyebanj, A, Mamven O. Prevalence and correlates of obesity and overweight in healthcare workers at a tertiary hospital. J Med Trop 2016;18(2):55–59. doi: 10.4103/2276-7096.188533.

57. Brum MCB, Dantas Filho FF, Schnorr CC, Bertoletti OA, Bottega GB, da Costa Rodrigues T. Night shift work, short sleep and obesity. Diabetol Metab Syndr 2020;12(1):1-9.

58. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). National Safety and Quality Health Service Standards 2017 [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2017 [cited 2020 July 9]. Available from: www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards.

59. Twigg D E, Duffield C, Evans G. The critical role of nurses to the successful implementation of the National Safety and Quality Health Service Standards. Aust Health Rev 2013;37(4):541-546.

60. Australian College of Perioperative Nurses (ACORN). Standards for Perioperative Nursing in Australia 16th ed. Adelaide: ACORN; 2020.

61. Duff J, Butler M, Davies M, Williams R, Carlile J. Factors that predict evidence use by Australian perioperative nurses. Journal of Perioperative Nursing 2016;29(2):24-29.

62. Michaelis B, Stegmaier R, Sonntag K. Affective commitment to change and innovation implementation behavior: The role of charismatic leadership and employees' trust in top management. J Change Manag 2009;9(4):399-417.

63. Stelter C, Ritchie J, Rycroft-Malone J, Charns M. Leadership for evidence-based practice: Strategic and functional behaviors for institutionalizing EBP. Worldviews Evid Based Nurs 2014;11(4):219-226.

64. Duff J. The future of nurse education in Australia and implications for perioperative nursing. Journal of Perioperative Nursing 2020:33(1):3-4.

3M | SoluPrep™ Brand

Did you hear about the organisms that survived 3M™ SoluPrep™ 2% CHG-70% IPA Products? *Neither did we.*[1]

3M™ SoluPrep™ Brand Skin Antiseptics help to reduce bacteria on a patient's skin, to help diminish the risk of infections.

3M™ SoluPrep™ Brand Skin Antiseptic Products are manufactured following Health Canada's Good Manufacturing Practices Guide for Drug Products (GUI-0001).[1] All 3M Canada drug products released to the market have undergone rigorous quality testing to ensure the products are free from objectionable organisms.

Visit 3M.ca/SoluPrep or contact your 3M sales representative to learn more.

3M™ SoluPrep™ Skin Antiseptic Products are indicated for use as a skin antiseptic prior to invasive procedures and to help reduce bacteria on skin to diminish the risk of infection.

See Warnings, Cautions and Directions for Use at 3M.ca/SkinPrep for information to assist in benefit-risk assessment. Always read the product label before use.



Prepping with confidence.

3M Canada Company
Medical Solutions Division
300 Tartan Drive
London, ON N5V 4M9
Canada
1-800-364-3577
3M.ca

[1] 3M has not found an organism that could survive and grow in 3M™ SoluPrep™ 2% CHG 70% IPA Solution. (Based on test organisms identified by Health Canada for professional health care use, using test method EN 13727 and EN 13624 and 3M internal challenge studies using 3M Canada test methods based on current USP and cGMP Health Canada.)

3M and SoluPrep are trademarks of 3M. Used under license in Canada. © 2021, 3M. All rights reserved. 2101-19424 E

Mots-clés : Priorités de recherche en soins périopératoires, pratique fondée sur des données probantes, soins de qualité pour les patients.

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

DÉTERMINER LES PRIORITÉS DE RECHERCHE POUR AMÉLIORER LES SOINS AUX PATIENTS DANS L'ENVIRONNEMENT DE SOINS PÉRIOPÉRATOIRES : UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE

Auteure : *Patricia Nicholson[1], Ph. D., inf., FACORN; Dr Lois Hamlin[2], Doctorante en sciences infirmières, inf., FACN, FACORN(Hon); Jed Duff[3], Ph. D., inf., FACORN; Brigid M. Gillespie[4], Ph. D., inf., FACORN; Carollyn Williams, maîtrise sciences de la santé (sc. inf.), FACN, FACORN.*

Affiliations : *[1]Professeure agrégée, directrice de cours, maîtrise en pratique des soins infirmiers (soins périopératoires) et coordinatrice du Higher Degree by Research, Université Deakin, Geelong, Victoria.*
[2]Chargée de cours senior, Faculté de la santé, University of Technology Sydney (retraitée).
[3]Professeur en sciences infirmières, président du département des sciences infirmières du Queensland University of Technology, Royal Brisbane et Women's Hospital.
[4]Professeure en sécurité des patients, School of Nursing & Midwifery, Griffith University et Gold Coast Hospital and Health Service, Queensland.

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 septembre 2020.
Réimprimé avec l'aimable autorisation du Australian College of Perioperative Nurses (ACORN).

INTRODUCTION

Les changements dans la prestation des soins aux patients, l'évolution rapide de la technologie et la complexité de l'environnement actuel dans le domaine de la santé obligent les professionnels de la santé à prendre des décisions cliniques qui sont actuelles et fondées sur des données probantes.[1,2] Les soins infirmiers périopératoires possèdent une longue histoire ancrée dans la tradition et la pratique courante et même si la pratique fondée sur des données probantes existe depuis des décennies, un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre de cette pratique en salle d'opération ont été identifiés.[3,4] Les infirmières en soins périopératoires sont responsables des soins administrés aux patients sur le point du subir une chirurgie. Par conséquent, la mise en œuvre de la pratique fondée sur des données probantes est importante pour normaliser les soins aux patients[1] et appuyer des résultats positifs pour les patients. En incorporant les compétences de la pratique fondée sur des données probantes dans les soins périopératoires, les raisons pour les pratiques actuelles en

bloc opératoire sont également justifiées.[1] La responsabilité de la qualité des soins administrés dans l'environnement périopératoire étant de plus en plus grande, l'importance de la contribution des infirmières en soins périopératoires dans les soins aux patients a été remise en question.[5]

Dans le but d'augmenter la qualité et l'efficacité des soins aux patients, la contribution des infirmières en soins périopératoires à la recherche et l'utilisation de la recherche dans l'environnement périopératoire est essentielle[6]. Il est important de déterminer les priorités, les questions de recherche pertinentes pour aborder les lacunes qui existent entre les données générées par les chercheurs et l'information dont les utilisateurs ont besoin.[7] Malgré l'importance de cela, il existe peu de données sur la façon dont les priorités de recherche devraient être établies.[8]

Cette étude a été entreprise pour identifier les priorités de recherche en soins périopératoires et déterminer les champs de pratique qui pourraient contribuer au développement de nouvelles normes de pratique pour les infirmières en soins périopératoires.

Contexte

Optimiser la contribution des infirmières pour incorporer de manière opportune et efficace la recherche dans la pratique clinique demeure un défi.[9] Dans une méthode d'examen par intégration examinant l'état de préparation pour la pratique fondée sur des données probantes, même si les infirmières signalaient être familières avec la pratique fondée sur des données probantes, on a fait état de points de vue différents, incluant la difficulté à chercher, extraire et évaluer de manière critique les articles de recherche.[10] L'introduction des techniques chirurgicales sophistiquées et des progrès dans le domaine de la technologie en salle d'opération[11-15] ont découlé d'innovations et de l'application de la recherche scientifique,[14] alliées à l'élaboration de connaissances spécialisées en soins infirmiers qui étaient considérées comme enssentielles pour obtenir des résultats sécuritaires et efficaces pour les patients.[5,12-14,16] Il est donc important que les infirmières en soins périopératoires participent aux activités qui améliorent les résultats pour les patients et qui font avancer la profession infirmière en cherchant de manière active des occasions d'incorporer la pratique fondée sur des données probantes et les projets d'amélioration de la qualité ou qu'elles participent à la recherche.[9] En participant à ces activités, on valide ou on remet en question les traditions.[17] On a également insisté sur l'importance d'incorporer les nouvelles conclusions de la recherche dans la pratique quotidienne dans le domaine de la santé et de rehausser la sécurité des patients.[18]

Les données probantes issues de la recherche, des lignes directrices et des normes de pratique fournissent le fondement sur lequel les infirmières périopératoires peuvent développer leur capacité en tant que consommatrices de recherches tout en intégrant la pratique fondée sur des données probantes dans leur pratique clinique.[17] La sommité du corps professionnel pour les infirmières en soins périopératoires, l'ACORN (le *Australian College of Perioperative Nurses*, à l'origine le *Confederation of Operating Room Nurses* qui est devenu un collège en 2000) joue un rôle important dans ces efforts. L'ACORN a été fondé en 1977 et avait le mandat de normaliser la pratique des soins périopératoires et d'éduquer les infirmières en soins périopératoires.[19,20] La mission de l'ACORN incluaient l'élaboration des Normes, lignes directrices et énoncés de politiques de l'ACORN (« les Normes »). Les Normes ont d'abord été élaborées en 1980 et elles sont révisées tous les trois ans pour orienter les infirmières afin qu'elles fournissent des soins de qualité optimale aux patients admis en salle d'opération. Grâce aux progrès en soins périopératoires, une revue des Normes de 2004 a été entreprise pour incorporer un modèle international par la création d'équipes d'infirmières périopératoires représentant chaque état et territoire en Australie. Une recension exhaustive des

écrits a été effectuée par chaque équipe ce qui a permis d'élaborer des normes qui étaient référencées et qui reflétaient les bases des données probantes avec comme objectif de contribuer aux normes les plus élevées en matière de soins aux patients et de compétences professionnelles en milieu périopératoire.[21,22] Les Normes continuent d'être mises à jour tous les deux ans et constituent une ressource précieuse pour les infirmières en soins périopératoires et les autres professionnels s'occupant des malades qui doivent subir une intervention chirurgicale, en plus de faire la promotion de la mise en œuvre de la pratique fondée sur des données probantes en bloc opératoire.

Dans un éditorial récent, il a été souligné que même si les publications de recherche portant sur les soins infirmiers d'urgence et les soins intensifs ont considérablement augmenté au cours des 20 dernières années, des résultats semblables ne sont pas signalés pour les publications liées aux soins périopératoires.[23] Dans le but de soutenir et d'encourager la recherche en soins périopératoires et de faire la promotion de la pratique fondée sur des données probantes, l'ACORN a créé un comité de recherche (CR). La principale fonction du CR est de guider et de coordonner tous les aspects des activités de recherche pour le Collège. Afin de déterminer la portée du mandat du comité, un atelier national de recherche et de réseautage a eu lieu lors du Congrès de l'ACORN et de l'ASIORNA en 2018. Cette activité de recherche interactive a examiné, entre autres, les données probantes de recherche appuyant les Normes, les lacunes dans les données probantes liées aux Normes ainsi que les défis associés à la mise en œuvre des Normes en pratique clinique.[24] Quatre priorités de recherche ont été identifiées lors de l'atelier : la sécurité des patients et du personnel, les problèmes liés à l'équipement et aux technologies, la mise en œuvre et la vérification des Normes et la culture de l'environnement périopératoire.[1] Pour examiner de manière plus approfondie les priorités potentielles de recherche en milieu périopératoire, le CR a réalisé une enquête nationale invitant les membres de l'ACORN à participer en classant les sujets abordés lors de l'atelier de réseautage en 2018.

But

Le but de cette étude était de classer par catégories des sujets prioritaires de recherche en soins périopératoires. Le but secondaire était de déterminer les lacunes dont il faut tenir compte et inclure dans les Normes.

MÉTHODE

Concept de l'étude

Un concept d'étude descriptive transversale a été utilisé pour déterminer les priorités de recherche en soins périopératoires.[25]

Échantillonnage et cadre

Les membres ont été invités par courriel à partir de la base de données des membres de l'ACORN à participer à l'enquête et un courriel de suivi a été envoyé un mois plus tard. Seuls les membres résidant en Australie, et les personnes qui avaient choisi de participer aux études de recherche publiées par le biais du Collège ont été invités à participer.

Outil de collecte des données

L'outil de collecte de données incluait deux sections. Le questionnaire contenait 20 questions portant sur cinq sujets regroupant les normes de l'ACORN : la sécurité du personnel et des patients, la pratique professionnelle, l'asepsie et les soins cliniques, l'équipement et l'environnement, et la gestion et le personnel. Le choix de ces questions en particulier a été basé sur les données recueillies lors de l'atelier de recherche qui a eu lieu durant le Congrès de l'ACORN et de l'ASIORNA en 2018. On demandait aux participants de lire une série de questions et de les classer selon leur niveau de pertinence et d'importance à l'aide d'une échelle de Likert de 5 points, allant de 1 (pas du tout pertinente / pas du tout importante)

à 5 (extrêmement pertinente / extrêmement importante). Des résultats plus élevés indiquaient donc des niveaux plus élevés de pertinence et d'importance pour chaque question de l'enquête portant sur les cinq sujets des normes. Une échelle de Likert de cinq points a été utilisée pour accroître le taux de réponse et la qualité de ces dernières. L'enquête se composait également de questions ouvertes pour chacun des cinq sujets. On invitait les participants à faire des commentaires ou des suggestions pour approfondir la recherche. Des renseignements démographiques étaient inclus dans le questionnaire. Ce dernier a été élaboré et révisé par les membres du CR pour sa facilité en termes de lisibilité, clarté des questions et temps nécessaire pour le remplir. L'élaboration du questionnaire a été influencée par les conclusions tirées de l'atelier lors du congrès de l'ACORN.[24] (Consulter le matériel additionnel pour obtenir un exemplaire du questionnaire.)

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du progiciel de statistiques pour les sciences sociales (SPSS v24, IBM, New York, NY, É.-U.). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour calculer la fréquence absolue (*n*) et la fréquence relative (%) pour obtenir les moyennes et les écarts-types (ÉT) des questions de l'enquête. Un recensement par résultats composés a été utilisé pour combiner les questions qui représentaient chacune des questions incluses dans l'enquête. Cette méthode a permis de générer un résultat pour chaque question de l'échelle en termes de pertinence et d'importance en donnant un résultat composé unique.[26] Par exemple, pour créer un résultat composé pour « Tient compte de la réduction des risques en bloc opératoire », on a calculé la moyenne de la note médiane pour la pertinence (4.4) et l'importance (4.4).

La deuxième partie de l'analyse se servait des données qualitatives qui avaient été recueillies de la section des commentaires de l'enquête. Une analyse inductive de contenu a été entreprise pour déterminer des modèles et des thèmes,[27] ce qui impliquait une approche de codification et de catégorisation systématique, en plus d'examiner les textes afin de déterminer les tendances et les modèles de mots utilisés, leur fréquence et leurs relations.[28,29] Deux membres du CR ont effectué cette analyse, de manière indépendante au début, pour ensuite s'unir pour arriver à un consensus à savoir si les thèmes constituaient une représentation juste.[25]

RÉSULTATS

Des 5 251 membres de la base de données de l'ACORN, 113 ont répondu, soit un taux de réponse de 2,2 pour cent. La majorité des répondantes étaient des femmes (*n* = 104, 92 %) avec une moyenne d'âge de 48 ans (ÉT = 9.90). La plupart étaient des infirmières autorisées (*n* = 108, 95,6 %) possédant en moyenne 20 ans (ÉT = 10.3) d'expérience en bloc opératoire. Le principal champ de pratique était représenté par des infirmières en service externe ou des instrumentalistes, ou les deux (38,9 %), et 34 (30,1 %) indiquant que leur rôle en bloc opératoire impliquait plusieurs rôles cliniques. Huit (7 %) infirmières occupaient un poste en anesthésie ou au sein de l'unité de soins postanesthésiques (*n* = 7; 6,2 %) ou les deux (6 = 29, 29,7 %). Davantage de détails démographiques sont indiqués dans le Tableau 1.

Comme l'indique le Tableau 2, la plupart des participants avaient terminé un certificat ou un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers périopératoires (*n* = 28, 24,8 % et *n* = 29, 25,7 % respectivement). Vingt-quatre (21,2 %) répondants avaient terminé une maîtrise et deux (2,8 %) avaient fait un doctorat. Le milieu de travail principal était le bloc opératoire, la chirurgie ambulatoire ou une combinaison des deux, à la fois dans le secteur public et privé. La majorité des répondants (*n* = 68; 60,18 %) travaillaient en milieu métropolitain et 36 (31,86 %) étaient employés en milieux régionaux. Le reste était basé en régions rurales (*n* = 9, 7,96 %). Tous les répondants étaient membres de l'ACORN et étaient également membres

Tableau 1. Données démographiques des participants (*n* = 113).

Caractéristiques	*n*	%
Sexe		
Femmes	104	92.0
Hommes	9	8.0
Groupe d'âge		
21-30	6	5.3
31-40	15	13.3
41-50	42	37.2
51-60	41	36.3
60+	9	8
Inscription		
IA	108	95.6
Inf. inscrit.e	5	4.4
Rôle en soins périopératoires		
CNC/ICS/ANUM	27	23.9
Inf. clinique	49	43.7
PNSA	1	0.9
NUM/POSD	17	15.0
Éducatrice clinique / universitaire	18	15.9
Coordonnatrice de la qualité	1	0.9
Principaux champs de pratique		
Instrument / serv. ext.	44	38.9
Anesthésie / USPA	29	29.7
Rôles cliniques multiples	34	30.1
Rôle non clinique	6	5.3
Années d'expérience		
0-10	27	23.9
11-20	32	28.3
21-30	34	30.1
31-40	18	15.9
40 ou plus	2	1.78

CNC = clinical nurse consultant; CNS = clinical nurse specialist; ICS = Infirmière clinique spécialisée ANUM = associate nurse unit manager; PNSA = perioperative nurse surgeon assistant; NUM = nurse unit manager; POSD = perioperative services director.

Tableau 2. Données démographiques cliniques (*n* = 113).

Caractéristiques	*n*	%
Plus haut niveau de qualification		
Certificat / diplôme de l'hôpital	7	6.2
Baccalauréat en sciences infirmières	23	20.4
Certificat / diplôme d'études supérieures	57	50.5
Maîtrise / doctorat	26	23.0
Emplacement du milieu		
Métropolitain	68	60.2
Régional	36	31.9
Rural	9	8.0
Type de milieu		
Public	72	63.7
Privé	37	32.7
Autre	4	3.5
Milieu de pratique		
Bloc opératoire	95	84.1
Chirurgie ambulatoire	1	0.9
Bloc opératoire / chirurgie ambulatoire	12	10.6
Autre	4	3.5
Adhésion professionnelle		
ACN	36	31.9
ANMF	55	48.7
Autre	42	37.1

ACN = Australian College of Nurses; ANMF = Australian Nursing and Midwifery Federation.

d'autres organisations, notamment du *Australian Nursing College* (*n* = 36, 31,9 %), de la *Australian Nursing and Midwifery Federation* (*n* = 55, 48,7 %) et d'autres organisations spécialisées (*n* = 42, 37,1 %). D'autres données démographiques cliniques sont incluses dans le Tableau 2.

Priorités nationales de recherche

Les répondants ont classé les points du sujet « sécurité du personnel et des patients » au premier rang à la fois en termes de pertinence et d'importance, avec une moyenne allant de 3,7 (ÉT = 1,12) à 4,5 (ÉT = 0,83). La note moyenne du sujet « pratique professionnelle » avait obtenu la deuxième place à la fois en termes de pertinence et d'importance, avec une moyenne allant de 3,5 (ÉT = 1,17) à 4,3 (ÉT = 0,82); le sujet « équipement et environnement » se hissait au troisième rang. Dans l'ensemble, les sujets des normes qui avaient été classés selon leur pertinence se classaient de manière semblable en termes d'importance. Le Tableau 3 indique en détail ces résultats.

Pour ce qui est du résultat composé de chacun des sujets, ceux classés d'un à dix ont obtenu un résultat plus élevé en termes de pertinence (4,1 à 4,5/5) et d'importance (3,9/5 à 4,5/5) et en termes de soins sécuritaires aux patients, englobant les sujets comme la culture, l'atténuation du risque, l'intimidation et les comportements perturbateurs ainsi que les pratiques qui préviennent les résultats nuisibles pour les patients, par exemple, la sécurité de la médication. Les sujets classés entre 11 et 20 ont obtenu le résultat le plus faible en termes de pertinence (3,0/5 à 3.9/5) et d'importance (3,0/5 à 4,0/5) et en termes de sécurité en milieu périopératoire, par exemple, le suivi des instruments et la réduction du bruit en salle d'opération, la plupart des sujets n'étant pas inclus dans l'édition actuelle des Normes.

Principaux thèmes

Les participants ont répondu aux questions ouvertes concernant les priorités nationales de recherche. Le processus de codage, de catégorisation et de vérification répétée par recoupement a révélé deux thèmes prédominants, à savoir la « gestion du risque » (pour le patient et le personnel) et la « culture de l'environnement périopératoire » (formulée en termes négatifs). Le premier thème, la « gestion du risque », a été associé à la fois aux patients et au personnel et ressortait de manière évidente dans les données quantitatives, comme l'indique le Tableau 3. Le deuxième thème identifié était la « culture de l'environnement périopératoire » qui était décrit négativement. Toutefois, les sujets associés à ce thème revenaient moins fréquemment que les sujets associés à la gestion du risque. Ces deux thèmes comportaient cinq sous-thèmes, chacun d'eux se composant d'un sujet ou plus (voir le Tableau 4). Le sous-thème « Sécurité » comportait huit sujets et le reste des sous-thèmes en comportait chacun deux, à l'exception du sujet « Personnel » qui se composait d'un seul sujet.

Les commentaires faits en lien avec le thème des risques pour le patient étaient à la fois concrets, p. ex. l'équipement de protection individuelle, et abstraits, p. ex. les protocoles de pratique. Ces derniers incluaient le potentiel pour des infections du site opératoire (ISO), p. ex. : « plus d'attention portée à protéger le champ stérile, examiner les manquements et discuter de la culture valorisant le fait de donner son avis à ce sujet. Ce qui est beaucoup plus important que ce qu'en pensent les gens ». [Répondante 108, directrice des services périopératoires]

Les autres risques concrets incluaient la gestion de la médication, les problèmes d'équipement (p. ex. : la sécurité du laser) et le besoin pour une dotation adéquate en personnel et pour des compétences collectives afin de fournir des soins acceptables pour les patients. Parmi les exemples de risques abstraits pour les patients, notons le manque d'accès ou d'utilisation des normes (de l'ACORN et autres), aussi un manque de connaissance de la situation. Une répondante a écrit : « Les gestionnaires

Tableau 3. Résultats relatifs à la pertinence et à l'importance dans les sujets des normes de l'ACORN (*n* = 113).

Sujet	Détail de l'article	Pertinence		Importance		Résultat composé (R+I)/2	Rang
		$\bar{x}$	ÉT	$\bar{x}$	ÉT		
Sécurité du personnel et des patients	Identifier des stratégies pour modifier la culture du bloc opératoire et améliorer la sécurité de l'équipe périopératoire	4.5	0.83	4.5	0.83	4.5	1
	Tenir compte de la réduction des risques en bloc opératoire	4.4	0.88	4.4	0.89	4.4	2
	Examiner l'utilisation sécuritaire de l'équipement pour manipuler les patients en bloc opératoire	4.3	0.8	4.2	0.9	4.25	6
	Évaluer l'utilisation des nouveaux outils de vérification de la pratique de l'ACORN et des résultats qui y sont associés	3.9	0.99	4	1.13	3.95	11
	Déterminer comment protéger l'équipe périopératoire lors de l'utilisation peropératoire de médicaments cytotoxiques	3.8	1.18	3.7	1.12	3.75	15
Pratique professionnelle	Déterminer les obstacles et les outils pratiques pour la mise en œuvre des lignes directrices / normes de l'ACORN en milieu périopératoire	4.3	0.82	4.2	0.86	4.25	7
	Examiner la conformité aux normes de sécurité liées aux médicaments et à l'étiquetage des médicaments	4.2	0.85	4.1	1.04	4.15	9
	Étudier les stratégies pour gérer et offrir des soins sécuritaires aux patients opérés atteints de troubles cognitifs	4	1.07	3.9	1.13	3.95	12
	Étudier l'utilisation d'approches axées sur les patients / la famille dans le contexte périopératoire	3.7	1.1	3.7	1.25	3.7	17
	Examiner l'expérience vécue des infirmières nouvellement diplômées lors de la mise en œuvre des normes de l'ACORN dans leur pratique	3.7	1.17	3.5	1.17	3.6	18
Sepsie et soins cliniques	Examiner l'efficacité des stratégies pour minimiser ou prévenir les plaies de pression acquises lors des soins périopératoires	4.4	0.84	4.4	0.84	4.4	3
	Déterminer les types de couvre-chefs les plus efficaces en milieu périopératoire	3.4	1.41	3.2	1.4	3.3	19
Équipement et environnement	Déterminer la méthode la plus efficace pour réduire la perte de chaleur chez les patients avant, pendant et après la chirurgie	4.4	0.83	4.3	0.86	4.35	4
	Examiner l'intégration du suivi des instruments à l'aide de la Norme de gestion des informations du patient (électronique)	3.9	1.07	3.9	1.06	3.9	13
	Examiner les méthodes de réduction du bruit en bloc opératoire et dans les zones de soins des patients	3.9	1.05	3.7	1.1	3.8	14
Gestion et dotation en personnel	Examiner les compétences non techniques, comme la connaissance de la situation, la prise de décisions, la communication et le travail d'équipe en bloc opératoire	4.4	0.88	4.2	0.94	4.3	5
	Tenir compte de la reconnaissance et des attitudes des infirmières en soins périopératoires face aux comportements intimidants	4.2	0.95	4.2	0.97	4.2	8
	Examiner les effets d'un comportement perturbateur sur la sécurité des patients	4.1	1.04	3.9	1.11	4	10
	Examiner l'impact des différents modèles de dotation en personnel ou des modèles de soins sur l'expérience des patients	3.8	1.1	3.7	1.15	3.75	16
	Examiner les causes de l'obésité chez les infirmières en soins périopératoires	3	1.39	3	1.4	3	20

Tableau 4. Sous-thèmes et sujets.

Sous-thèmes	Les plus fréquents [nombre de commentaires]
Sécurité	Non-utilisation / connaissance de / manque d'accès aux normes [7] Panache et autres vapeurs/gaz [2] Fatigue [5] Bien-être [3] Bruit en salles d'opération [2] Suivi de la conformité [2] Emprunt de processus établis [2] Prévention des ISO (non liées à la tenue) [5]
Culture du milieu périopératoire	Culture négative et sécurité des patients [3] Comportements agressifs / négatifs / intimidation [10]
Tenue en salle d'opération	Couvre-chef [7] Protège-pieds [2]
Enseignement et formation	Éducation / formation / formation continue du personnel [6] Formation liée à l'équipement [2]
Personnel	Ratios du personnel [4]

supérieurs constituent les principaux obstacles à l'approvisionnement en ressources et équipement pour répondre aux normes de l'ACORN et du MoH [ministère de la Santé]. ». [Répondante 57, infirmière gestionnaire d'unité]

Les risques concrets et abstraits existent aussi pour le personnel. Parmi les risques concrets, nous retrouvons : l'exposition aux panaches, émanations de colle, les niveaux élevés de bruit, les charges de travail excessives et la fatigue y étant associée. Par exemple, « la fatigue du personnel en lien avec les quarts sur appel, les heures supplémentaires et les pauses en retard/sans repas ». [Répondante 81, infirmière en service interne] Un commentaire appuyait un risque abstrait était que « nous intimidons les plus jeunes ». [Répondante 37, rôles cliniques multiples] Certains risques étaient considérés comme pertinents tant pour les patients que le personnel. Pour illustrer ce sous-thème, une répondante a mentionné que nous devrions « analyser les risques pour le patient et le personnel associés à la mise en œuvre des dossiers médicaux numériques mal conçus (interface utilisateur), c.-à-d. ieMR ». [Répondante 97, infirmière anesthésiste]

Le point de la « culture de l'environnement périopératoire » ressortait dans toutes les données qualitatives, à l'exception de la section sur « l'équipement et l'environnement ». Le personnel plutôt que le patient était plus susceptible de ressentir les effets d'un environnement négatif. Cependant, plusieurs répondants ont indiqué que lorsque le personnel était intimidé, il ne s'exprimait pas et la sécurité des patients était compromise, comme l'a signalé une répondante : « les patients ne sont pas en sécurité lorsque le personnel est distrait ou se sent intimidé par d'autres ». [Répondante 108, directrice des services périopératoires]

Les commentaires les plus fréquemment signalés soulignaient que les brimades, l'intimidation et les comportements agressifs étaient présents dans tous les sujets. Plusieurs commentaires reflétaient également le besoin d'apporter des changements à l'attitude des chirurgiens, des infirmières-chefs et des administrateurs de l'hôpital. Ces derniers incluaient : « comment inciter le personnel médical à se conformer aux processus que le personnel infirmier introduit pour la sécurité du personnel et des patients ». [Répondante 50, infirmière gestionnaire d'unité] et « les comportements professionnels respectueux doivent être renforcés avec une tolérance zéro à l'égard des manquements ». [Répondante 108, directrice des services périopératoires].

DISCUSSION

Trois sujets de recherche ont été identifiés comme étant des priorités dans cette étude : la sécurité des patients, la

gestion du risque en salle d'opération et la culture de l'environnement périopératoire. Les points liés à la sécurité des soins apportés aux patients, notamment la prévention des plaies de pression, l'utilisation sécuritaire de l'équipement pour manipuler les patients, la réduction de la perte de chaleur et la sécurité de la médication, ont obtenu une note élevée sur les deux échelles (pertinence et importance), et la formation liée à l'utilisation de l'équipement a été identifiée comme un thème clé. Il existe une myriade de données probantes associées au maintien de la normothermie chez les patients opérés,[30-32] ainsi que des données probantes liées à la prévention des plaies de pression dans l'environnement périopératoire.[33-35] Toutefois, dans une métasynthèse récente des revues Cochrane, les auteurs ont conclu que la production de données probantes de qualité supérieure au sujet de la prévention et du traitement des plaies de pression est cruciale,[36] en particulier en milieu périopératoire.[37] Les conclusions sont semblables en ce qui concerne la technologie et l'utilisation d'équipement en bloc opératoire.[38] L'un des défis auxquels les cliniciens font face est la façon de mettre en œuvre les résultats de recherche dans la pratique clinique.[6]

La sécurité des patients au sein de l'industrie des soins de santé est ressortie en raison de la complexité croissante des systèmes de soins de santé et de l'augmentation des résultats défavorables pour les patients qui en a résulté.[39] On signale que les préjudices aux patients en raison de soins non sécuritaires sont la quatorzième cause du fardeau mondial des maladies,[40] et qu'environ la moitié de ces blessures sont considérées comme évitables.[41] Les complications nosocomiales représentaient deux pour cent des hospitalisations en 2016-2017, incluant 2,2 millions d'interventions chirurgicales non urgentes et 352 000 interventions chirurgicales urgentes.[42] Les coûts associés à ces manquements sont considérables, et se chiffrent à environ 15 pour cent des dépenses des hôpitaux attribuées au traitement des manquements liés à la sécurité.[40] Ces derniers ont coûté environ 1 milliard de dollars par année au système de santé australien.[43]

Les enjeux liés au bien-être du personnel étaient classés comme importants et pertinents, ce qui a aussi été identifié dans les données qualitatives, en particulier l'intimidation et les comportements perturbateurs. D'ailleurs, l'un des principaux thèmes identifiés dans les données se rapportait à la culture de l'environnement périopératoire. Même s'il existe un certain nombre d'études dans lesquelles les comportements intimidateurs ont été identifiées[44-47], plus de recherche est nécessaire pour déterminer les facteurs associés à la culture au sein de l'unité ainsi que les stratégies élaborées afin de mieux gérer cet enjeu. La sensibilisation face aux enjeux de taille que présente une culture où la sécurité et la qualité des soins sont insuffisantes est essentielle afin de prévenir des événements indésirables pour les patients, un concept où la recherche n'a pas été approfondie[48], mais d'une importance extrême dans un environnement périopératoire de plus en plus complexe.

La publication *To err is human: Building a safer health system* suggère une approche exhaustive pour améliorer la sécurité des patients et elle mentionne qu'une culture organisationnelle encourageant l'apprentissage tiré des événements indésirables et des accidents évités de justesse est nécessaire.[49] L'importance de cela a été confirmée dans une revue systématique qui reconnaissait l'association entre les cultures organisationnelles et en milieux de travail positives et les résultats positifs pour les patients, comme des taux de mortalité et d'infections nosocomiales réduits et une plus grande satisfaction de la part des patients.[50]

Les sujets semblables qui avaient obtenu une note plus faible dans les catégories « pertinence » et « importance », comme le bruit en salle d'opération et le suivi des instruments, ont été identifiés dans les données qualitatives. Au moment de la recension de la littérature, des études examinant le bruit en salle

d'opération[51,52] ou le suivi des instruments[53] ont été publiées, par contre ces dernières ne fournissaient que très peu de données probantes pour contribuer à la pratique clinique. Un autre exemple d'un sujet pour lequel il existe peu de données probantes dans la littérature était l'obésité chez les infirmières en soins périopératoires.[54,55] Il a été déterminé que plusieurs de ces sujets constituaient des problèmes de santé de premier ordre à l'échelle mondiale, par exemple l'épidémie croissante de cas d'obésité en Australie;[56,57] les infirmières en soins périopératoires ont par conséquent l'opportunité d'entreprendre des recherches pour aborder ces enjeux et améliorer la sécurité des patients et le bien-être des professionnels de la santé. Il convient de noter que l'inclusion dans les normes de plusieurs de ces sujets ayant obtenu une note plus faible n'a pas été envisagée, ce qui pourrait expliquer la note plus faible obtenue dans l'enquête. [Des lignes directrices sur le bien-être sont incluses dans la 16e édition des Normes. L'enquête a été effectuée avant la publication de cette édition.]

Une composante clé de la sécurité et de la qualité des soins de santé inclut les *National Safety and Quality Health Service Standards* de l'Australie (Normes NSQHS) qui ont été instaurées en 2011 dans le but de protéger les patients des préjudices et d'améliorer la qualité de la prestation des services de santé.[58] Représentant la plus importante composante de la main-d'œuvre en santé, les infirmières jouent un rôle essentiel pour respecter ces normes et améliorer la qualité des soins aux patients.[59] L'importance de cela s'est avérée évidente avec l'inclusion des icônes des Normes NSQHS dans la 16e édition des Normes de l'ACORN, qui indiquaient comment les normes individuelles de l'ACORN appuient les Normes NSQHS.[60] Comment l'a mentionné en 2018 Williams et coll., des normes bien élaborées et fondées sur des données probantes ne sont pas suffisantes pour modifier la pratique étant donné qu'un certain nombre d'obstacles ont été identifiés lorsque les infirmières périopératoires doivent introduire des données probantes dans leur pratique.[24] Bien que des critiques aient été formulées au sujet de la piètre qualité de la recherche liée à l'élaboration des normes,[24] la qualité de ces documents est proportionnelle aux données probantes utilisées pour les élaborer.[61] Comme la littérature l'a démontré, l'apport des utilisateurs a été très limité pour déterminer les priorités de recherche pertinentes. Ainsi, ces dernières demeurent une obligation pour veiller à ce que les activités de recherche correspondent aux intérêts, besoins et valeurs de la pratique périopératoire.[8]

Implications pour les soins infirmiers périopératoires

En résumé, les résultats de l'enquête ont identifié des enjeux se rapportant à la sécurité des patients et du personnel, les données qualitatives décrivant des pratiques enracinées ou des pratiques exemplaires qui n'avaient pas été mise en œuvre et que les répondants considéraient comme non sécuritaires pour les patients et eux-mêmes. Le personnel était tout particulièrement touché par la culture négative du milieu où le leadership officiel était nécessaire pour institutionaliser la pratique fondée sur des données probantes et initier le changement.[62,63] Les réponses des infirmières en soins périopératoires fournissent une indication des données probantes nécessaires dans la pratique clinique. Même si la pratique fondée sur des données probantes est considérée comme l'étalon de référence, un certain nombre d'obstacles empêchent l'application des normes de pratiques exemplaires.[64] Il est indéniable qu'il importe de renforcer la capacité de recherche, non seulement pour démontrer l'impact positif des soins infirmiers périopératoires sur les résultats pour les patients, mais aussi pour renforcer les données probantes sur lesquelles se fondent les normes de pratique et pour améliorer la réputation professionnelle des infirmières en soins périopératoires.[24]

Limites

Même si le faible taux de réponse signalé dans cette étude constitue une limite, il

convient de noter que les infirmières en soins périopératoires ayant répondu à l'enquête provenaient d'une variété de rôles infirmiers, d'endroits et de types de milieux hospitaliers. De précieux renseignements au sujet des priorités de recherche en soins périopératoires ont été identifiés, mettant en évidence les champs de pratique qui nécessitaient davantage de données probantes pour appuyer la pratique.

RÉFÉRENCES

1. Spruce L. Back to basics: Implementing evidence-based practice. AORN J 2016;101(1):107-112.

2. Vetter MJ, Latimer B. Tactics for teaching evidence-based practice: Enhancing active leaning strategies with large class of graduate EBP research in nursing students. Worldviews Evid Based Nurs 2017;14(5):419-421.

3. Duff J, Butler M, Davies M, Williams R, Carlile J. Perioperative nurses' knowledge, practice, attitude, and perceived barriers to evidence use: A multisite, cross-sectional survey. ACORN J 2014;27(4):28-35.

4. J. Factors that predict evidence use by Australian perioperative nurses. Journal of Perioperative Nursing 2016;29(2):24-29.

5. Michael R. Facilitating nursing research: A professional mandate for perioperative nurses. Can Oper Room Nurs J 2007;19(1):30-46.

6. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice – the experiences of healthcare professionals. BMC Health Serv Res 2016:16;48. doi:10.1186/s12913-016-1292-y.

7. Sutherland W, Fleishman E, Mascia M, Pretty J,Rudd M. Methods for collaboratively identifying research priorities and emerging issues in science and policy. Methods Ecol Evol 2011;2(3):238-247.

8. Smith N, Mitton C, Peacock S, Cornelissen E, MacLeod S. Identifying research priorities for health care priority setting: A collaborative effort between managers and researchers. BMC Health Serv Res 2009;9:165.

9. Carter EJ, Mastro K, Vose C, Rivera R, Larson EL. Clarifying the conundrum: Evidence based practice, quality improvement, or research? The clinical scholarship continuum. JONA 2017;47(5):266-270.

10. Saunders H, Vehvilanen-Julkunen K. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. Int J Nurs 2016;56:128-140.

11. Bull R, Fitzgerald M. Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. Int J Nurs Pract 2006;12:3-7.

12. Gillespie BM, Wallis M, Chaboyer W. Clinical competence in the perioperative environment: Implications for education. ACORN J 2006;19(3):19-24.

13. Hamlin L. Nurse education, accountability and the operating room nurse. ACORN J 1993;6(3):21-24.

14. Hilbig J. Knowledgeable users provide competent perioperative nursing care. ACORN J 1999;12(2):34-37.

15. Riley R, Manias E. The use of photography in clinical nursing practice and research: A literature review. J Adv Nurs 2004;48(4):387-405.

16. Gillette V. Applying nursing theory to perioperative nursing practice. AORN J 1996;64(2):261-270.

17. Baker J D. Nursing research, quality improvement, and evidence-based practice: The key to perioperative nursing practice. AORN J 2017;105(2):3-5.

18. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice – the experiences of healthcare professionals. BMC Health Serv Res 2016;16:48.

19. Hamlin L. Setting the standard: The role of the Australian College of Operating Room Nurses – Part 1. ACORN J 2006;19(1):29-36.

20. Richardson-Tench M. ACORN: The establishment and development of the Australian College of Operating Room Nurses. ACORN J 2008;21(1):28-35.

21. Australian College of Operating Room Nurses (ACORN). Standards for Perioperative Nurses 2004. Adelaide: ACORN; 2004.

22. Born S. 2004 ACORN Standards review. ACORN J 2004;17(3):61.

23. Duff J. The imperative to build research capacity and promote evidence-based practice in Australian perioperative nurses. Journal of Perioperative Nursing 2020;33(2):3.

24. Williams C, Duff J, Nicholson P, Hamlin L, Gillespie B. Using the ACORN standards: An exploration of claims issues and concerns. Findings from the research workshop at the ACORN & ASIORNA conference in Adelaide. Journal of Perioperative Nursing 2018;31(4):37-41.

25. Harding T, Whitehead D. Analysing data in qualitative research. In Schnieder Z, Whitehead D, LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing and midwifery research: Methods and appraisal for evidence-based practice 5th ed. Elsevier: Chatswood, NSW; 2014, 127-142.

26. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update 14th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2016.

27. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. JAMA 2008:62(1):107-115.

28. Erlington C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. Afr J Emerg Med 2017;7:93-99.

29. Vaismoradi M, Turune N H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci 2013;15(3): 398-405.

30. Kumar A, Martin D P, Dhanorker S R, Brandt S R, Schroeder D R, Hanson A C et al. Improving the rate of surgical normothermia in gynecologic surgery. Gynecol Oncol 2019;154(3):590-594.

31. Ralph N, Gow J, Conway A, Duff J, Edward K L, Alexander K, Bräuer A. Costs of inadvertent perioperative hypothermia in Australia: A cost-of-illness study. Collegian 2020:27:345–351.

32. Ousey K, Edward KL, Lui S, Walker K, Duff JS, Leaper D. Perioperative, local and systemic warming in surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. J Wound Care 2017;26: 614-624.

33. Goudas L, Bruni S. Pressure injury risk assessment and prevention strategies in operating room patients – findings from a study tour of novel practices in American hospitals. Journal of Perioperative Nursing 2019;32(1):33-38.

34. Martinez-Garduno C M, Rodgers J, Phillips R, Gunaratne A W, Drury P, McInnes E. The surgical patients' pressure injury incidence (SPPII) study: A cohort study of surgical patients and processes of care. Wound Pract Res 2019;27(2):120-128.

35. Wang I, Gillespie B M, Walker R. Pressure injury prevention in the perioperative setting: An integrative review. Journal of Perioperative Nursing 2018;31(4):27-35.

36. Walker R M, Gillespie B M, McInnes E, Moore Z, Eskes A M, Patton D et al. Prevention and treatment of pressure injuries: A metasynthesis of Cochrane Reviews. J Tissue Viability 2020. doi: 10.1016/j.jtv.2020.05.004.

37. Sving E, Bååth C, Gunningberg L, Björn C. The experiences of operating room teams working with real-time feedback of interface pressure to prevent pressure injuries. A feasibility study. Perioper Care Oper Room Manage 2020;20: 100096. doi: 10.1016/j.pcorm. 2020.100096.

38. Smith J, Palesy D. Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern. Journal of Perioperative Nursing 2018:31(2):25-28.

39. World Health Organization. Patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/patient-safety.

40. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.oecd.org/els/healthsystems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf.

41. Oyebode F. Clinical errors and medical negligence. Med Princ Pract 2013;22(4):323-333.

42. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Hospitals at a glance 2017–18 [Internet]. Canberra: AIHW; 2019 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.aihw.gov.au/getmedia/b93ed17e-47f2-4bc8-92aec5cbceeaa657/Hospitals%20at%20a%20glance%202017%e2%80%9318.pdf.aspx.

43. Australian Bureau of Statistics (ABS). Cause of death, Australia 2016 [Internet]. Canberra: ABS; 2016 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2016~Main%20Features~Australia's%20leading%20causes%20of%20death,%202016~3.

44. Hutchinson M, Vickers M, Wilkes L, Jackson D. The worse you behave, the more you seem to be rewarded: Bullying in nursing as organizational corruption. Employ Respons Rights J 2009:21(3):213–229. doi: 10.1007/s10672-009-9100-z.

45. Iqbal A, Khattak A, Malik F R. Bullying behaviour in operating theatres. J Ayub Med College Abbottabad 2020:32(3):352.

46. Mohanty P, Mohanty S. Impact of workplace bullying on performance, psychological distress and absenteeism: An original review of healthcare sector. Int J Econ Perspect 2017:11(3):1277-1286.

47. Yang Y M, Zhou L J. Workplace bullying among operating room nurses in China: A cross-sectional survey. Perspect Psychiatr Care 17 April 2020. doi: 10.1111/ppc.12519.

48. Davis E, Beale N. It's time: The poor culture regarding safety and quality in Australian hospitals must be addressed! Asia Pac J Health Manag 2015:10(3):GS36-GS41.

49. Kohn L T, Donaldson M S, Kohn L T, Corrigan J. To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.

50. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. BMJ Open 2017;7:e017708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708.

51. Keller S, Tschan F, Semmer N K, Holzer E, Candinas D, Brink M et al. Noise in the operating room distracts members of the surgical team. An observational study. World J Surg;2018(42):3880–3887. doi: 10.1007/s00268-018-4730-7.

52. Hogan L J, Harvey R L. Creating a culture of safety by reducing noise levels in the OR. AORN J 2015;102(4):410.

53. Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in packaging surgical instruments based on a surgical instrument tracking system: An observational study. BMC Health Serv Res 2019;19:176. doi: 10.1186/s12913-019-4007-3.

54. Kelly M, Wills J. Systematic review: What works to address obesity in nurses? Occup Med 2018;68(4):228-238.

55. Chin D L, Nam S, Lee S-J. Occupational factors associated with obesity and leisuretime physical activity among nurses: A cross sectional study. Int J Nurs Stud 2016;57:60-69.

56. Dankyau M, Shu'Aibu J, Oyebanj, A, Mamven O. Prevalence and correlates of obesity and overweight in healthcare workers at a tertiary hospital. J Med Trop 2016;18(2):55–59. doi: 10.4103/2276-7096.188533.

57. Brum MCB, Dantas Filho FF, Schnorr CC, Bertoletti OA, Bottega GB, da Costa Rodrigues T. Night shift work, short sleep and obesity. Diabetol Metab Syndr 2020;12(1):1-9.

58. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). National Safety and Quality Health Service Standards 2017 [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2017 [consulté le 9 juillet 2020]. Peut être téléchargé à : www.safety andquality.gov.au/standards/nsqhs-standards.

59. Twigg D E, Duffield C, Evans G. The critical role of nurses to the successful implementation of the National Safety and Quality Health Service Standards. Aust Health Rev 2013;37(4):541-546.

60. Australian College of Perioperative Nurses (ACORN). Standards for Perioperative Nursing in Australia 16th ed. Adelaide: ACORN; 2020.

61. Duff J, Butler M, Davies M, Williams R, Carlile J. Factors that predict evidence use by Australian perioperative nurses. Journal of Perioperative Nursing 2016;29(2):24-29.

62. Michaelis B, Stegmaier R, Sonntag K. Affective commitment to change and innovation implementation behavior: The role of charismatic leadership and employees' trust in top management. J Change Manag 2009;9(4):399-417.

63. Stelter C, Ritchie J, Rycroft-Malone J, Charns M. Leadership for evidence-based practice: Strategic and functional behaviors for institutionalizing EBP. Worldviews Evid Based Nurs 2014;11(4):219-226.

64. Duff J. The future of nurse education in Australia and implications for perioperative nursing. Journal of Perioperative Nursing 2020:33(1):3-4.

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

PRODUITS MÉDICAUX
Johnson & Johnson
MEDICAL PRODUCTS
A DIVISION OF Johnson & Johnson, INC.

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* s 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 and click on Awards.

Prix de rédaction Drake-Thompson de J&J Medical Products/AIISOC

PRODUITS MÉDICAUX
Johnson & Johnson
MEDICAL PRODUCTS
A DIVISION OF Johnson & Johnson, INC.

Soumettez un article à la *revue de l'AIISOC* 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/AIISOC est présenté annuellement à la conférence nationale de l'AIISOC ou à la conférence provinciale de l'auteur(e) gagnant(e). Alors allez-y, écrivez! La *revue de l'AIISOC* 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 et cliquer sur le lien *Prix*.

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

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

Check Us Out Today!

Visitez-nous dès aujourd'hui!

ORNAC Call for Nominations 2022

Operating Room Nurses Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada

1) Provincial Board of Director Positions with two-year terms commencing May 2022

Positions Open:
Newfoundland & Labrador
Prince Edward Island • New Brunswick
Manitoba • Alberta

- September 2021 - Call for Nominations published in the ORNAC Journal , on the ORNAC website, on the ORNAC Facebook page, and through e-blast to provincial members.
- October 2021 - ORNAC Nominations Package sent electronically to the Provincial Council (PC) President. The package will include all background information including the forms for bios, nomination submission and all related paperwork, election process and electronic ballots.
- November 2021 - The PC President is responsible for e-mailing the Nominations package to all members within his/her province.
- January 2022 - The Nominations must be received by the PC President.
  - The PC President will determine which candidates meet the criteria for the ORNAC Board position. Nominations reviewed by the Provincial Nominating Committee.
- February 2022 - Candidates will be notified whether they have or have not met the nomination criteria. If there is more than one candidate an election will be held within the specific province. If there is only one candidate an election would not occur and the candidate's name would be moved forward to be added to the National Election Slate to be voted on by ORNAC members at the AGM.
- February 2022 - If an election is to be held the PC members are notified of who the candidates are, the date of the election and the election process by electronic vote. The biographies and background information on all candidates will be available on the provincial website and/or can be e-mailed by the Provincial Council (PC) President.
- March 2022 – The PC President sends out Electronic Ballots to all Provincial members with voting privileges.
  - The Election takes place.
  - PC President will appoint two scrutineers from the PC Executive or PC members to tabulate the results of the election.
  - The PC President notifies the ORNAC Nomination's Chair by e-mail of the successful candidate's name.
- April 2022 - The ORNAC Nominating Committee Chair prepares the final Election Slate for the Annual General Meeting.
- May 2022 - At the ORNAC AGM the voting ORNAC members will vote on the final election slate.
- June 2022 - The new Board is introduced on the ORNAC website and by e-blast to the ORNAC membership.
- September 2022 - The new Board will be listed in the ORNAC Journal.

For further information on the ORNAC Nominations process please contact the ORNAC Nominations Chair at nominations@ornac.ca.

2) Executive Officer Positions with two-year terms commencing May 2022

Positions Open:
Treasurer

Draft Sequence of Events (Subject to Change):

- December 2021 - Call for Nominations will be available nationally on the ORNAC website, the ORNAC Facebook page, and through e-mail via ORNAC and the Provincial Councils.
- February 2022 - Candidates must submit the nominations paperwork, and express their intention to run for the position, to the ORNAC Nominations and Elections Chair.
- February 2022 - The Nominations and Elections Chair will determine the candidates who meet the criteria for running for a Board position and will notify the ORNAC Board of Directors.
- February 2022 - Candidates will be notified if they have met the criteria. If more than one candidate has met the criteria then a national election will be held.
- February 2022 - Electronic ballots will be sent to all Members with voting privileges.
- March 2022 - Election takes place.
- April 2022 - The Nominations and Elections Chair will notify the ORNAC President (in writing) of the successful candidate.
- April 2022 - The ORNAC Nominations Chair prepares the final election slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 2022 - Vote on the final election slate, at the ORNAC AGM, by ORNAC Membership.
- May 2022 - The new Board is introduced at the ORNAC AGM.
- September 2022 - the new ORNAC Board is featured in the ORNAC Journal.

3) Board of Director Positions Representing the Seats of Leadership, Education and Advanced Practice with two-year terms (unless otherwise noted) commencing May 2022

Positions Open:
Education • Leadership

- September 2021 - ORNAC Nominations Package is available on the ORNAC website. The package will contain all background information including the forms for bios, nomination submission and all related paperwork.
- October 2021 - Candidates must submit the nomination paperwork to the ORNAC Nominating Committee and express their intent to run for the position.
  - The Nominating Committee will review all nominations and select the candidates who meet the ORNAC Board position criteria. The Nominating Committee Chair will submit the successful nominees' names to the ORNAC Board of Directors.
- November 2021 - The Nominating Committee Chair presents the list of eligible candidates to the ORNAC Board.
- November 2021 - Candidates will be notified if they have, or have not, met the nomination criteria. If there is more than one candidate a national election will be held. The biographies and background information on all candidates will be available on the ORNAC website and/or can be e-mailed to ORNAC Members on request to the Nominating Committee.
- January 2022 - Electronic Ballots will be sent to all National Members with voting privileges.
  - The Election takes place.
  - The ballots will be tabulated by the Nominating Committee.
- February 2022 - The Nominating Committee Chair notifies, in writing, the ORNAC President of the name(s) of the successful candidate(s) and the ORNAC President will inform the entire Board.
- April 2022 - The ORNAC Nominating Committee Chair will prepare the final Election Slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 2022 - At the ORNAC AGM the voting ORNAC members will vote on the final election slate
- June 2022 - The new Board is introduced through the ORNAC website and by e-blast to the ORNAC membership.
- September 2022 - The new Board will be listed in the ORNAC Journal and on the ORNAC website.

Appel de mise en candidature 2022 de l'AIISOC

Operating Room Nurses Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada

I) Postes au conseil d'administration provincial ayant un mandat de deux ans à compter de mai 2022.

Postes à pourvoir :

Terre-Neuve-et-Labrador • l'île du Prince-Édouard • Nouveau-Brunswick • Manitoba • l'Alberta

- Septembre 2021 – Un appel de mises en candidature est publié dans la Revue de l'AIISOC, sur le site Web de l'AIISOC, sur la page Facebook de l'AIISOC et par le biais d'un envoi par courriel aux membres provinciaux.
- Octobre 2021 – Une trousse de mises en candidature de l'AIISOC est envoyée par voie électronique à la présidente du conseil provincial. La trousse comprend toute l'information générale, y compris les formulaires pour les biographies, les soumissions de mises en candidature et tous les documents connexes, le processus d'élection et les bulletins de vote électronique.
- Novembre 2021 – La présidente du conseil provincial est responsable d'envoyer par courriel la trousse de mises en candidature à tous les membres de sa province.
- Janvier 2022 – Les mises en candidature doivent être reçues par la présidente du conseil provincial.
  - La présidente du conseil provincial détermine quels candidats répondent aux critères pour le poste au Conseil d'administration de l'AIISOC. Les mises en candidatures sont passées en revue par le comité provincial de mises en candidature.
- Février 2022 – Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat à un poste, une élection aura lieu dans la province en question. S'il y a seulement un candidat, aucune élection n'aura lieu et le nom du candidat sera ajouté à la liste nationale de candidatures pour le vote des membres de l'AIISOC qui aura lieu lors de l'AGA.
- Février 2022 – Si une élection doit se tenir, les membres du conseil provincial seront avisés des candidats, de la date de l'élection et du processus d'élection par vote électronique. Les biographies et l'information générale sur tous les candidats seront disponibles sur le site Web provincial et (ou) peuvent être envoyés par courriel par la présidente du conseil provincial.
- Mars 2022 – La présidente du conseil provincial envoie les bulletins de vote électronique à tous les membres provinciaux ayant le droit de voter.
  - Tenue des élections.
  - La présidente du conseil provincial nomme deux agents électoraux parmi les cadres supérieurs ou les membres du conseil provincial pour totaliser les résultats de l'élection.
  - La présidente du conseil provincial avise par courriel la présidente des mises en candidature de l'AIISOC du nom du candidat sélectionné.
- Avril 2022 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2022 - Lors de l'AGA de l'AIISOC, les membres de l'AIISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Juin 2022 - Le nouveau conseil d'administration est présenté par le biais du site Web de l'AIISOC et d'un envoi par courriel en masse aux membres de l'AIISOC.
- Septembre 2022 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC.

Pour de plus amples renseignements sur le processus de mise en candidature de l'AIISOC, veuillez communiquer avec la présidente des mise en candidature de l'AIISOC à nominations@ornac.ca.

2) Appel de mises en candidature de l'AIISOC pour les postes de membres de la direction et du conseil d'administration ayant un mandat de deux ans à compter de mai 2022.

Poste à pourvoir :
Trésorier/trésorière

Fil des événements provisoire :

- Décembre 2021 - Un appel de mises en candidature est lancé à l'échelle nationale par le biais du site Web de l'AIISOC, sur la page Facebook de l'AIISOC et par courriel de la part de l'AIISOC et des conseils provinciaux.
- Février 2022 - Les candidats doivent soumettre leurs documents de mise en candidature à la présidente des mises en candidature et de l'élection de l'AIISOC et exprimer leur intention de présenter leur candidature à ce poste.
- Février 2022 – La présidente des mises en candidature et de l'élection sélectionne les candidats répondant aux critères du poste au conseil d'administration et en avise le conseil d'administration de l'AIISOC.
- Février 2022 - Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat, une élection nationale aura lieu.
- Février 2022 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres de l'AIISOC ayant le droit de voter.
- Mars 2022 – Tenue de l'élection.
- Avril 2022 - La présidente des mises en candidature et de l'élection avise (par écrit) la présidente de l'AIISOC du nom du candidat sélectionné.
- Avril 2022 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2022 - Lors de l'AGA de l'AIISOC, les membres de l'AIISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Mai 2022 - Le nouveau conseil d'administration est présenté aux membres de l'AIISOC lors de l'AGA de l'AIISOC.
- Septembre 2022 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC.

3) Appel de mises en candidature de l'AIISOC pour les postes du conseil d'administration représentant les sièges pour le leadership, l'éducation et la pratique avancée ayant un mandat de deux ans (sauf avis contraire) à compter de mai 2022.

Poste à pourvoir :
Éducation • Leadership

Fil des événements provisoire :

- Septembre 2021 - Une trousse de mises en candidature de l'AIISOC sera disponible sur le site Web de l'AIISOC. La trousse comprend toute l'information générale, y compris les formulaires pour les biographies, les soumissions de mises en candidature et tous les documents connexes.
- Octobre 2021 - Les candidats doivent soumettre leurs documents de mise en candidature au comité des mises en candidature de l'AIISOC et exprimer leur intention de présenter leur candidature au poste.
  - Le comité des mises en candidature révise toutes les mises en candidature et sélectionne les candidats répondant aux critères du poste au conseil d'administration de l'AIISOC. La présidente des mises en candidature soumet le nom des candidats sélectionnés au conseil d'administration de l'AIISOC.
- Novembre 2021 - La présidente du comité des mises en candidature présente la liste des candidats admissibles lors d'une réunion du conseil d'administration.
- Novembre 2021 - Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat à un poste, une élection aura lieu. Les biographies et l'information générale sur tous les candidats seront disponibles sur le site Web provincial et (ou) peuvent être envoyés par courriel par le comité des mises en candidature à la demande des membres de l'AIISOC.
- Janvier 2022 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres nationaux ayant le droit de voter.
  - Tenue de l'élection.
  - Le comité des mises en candidature totalise les bulletins de vote.
- Février 2022 - La présidente des mises en candidature avise par écrit la présidente de l'AIISOC du nom du ou des candidat(s) sélectionné(s) et la présidente de l'AIISOC en informe tout le conseil d'administration.
- Avril 2022 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2022 - Lors de l'AGA de l'AIISOC, les membres de l'AIISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Juin 2022 - Le nouveau conseil d'administration est présenté par le biais du site Web de l'AIISOC et d'un envoi par courriel en masse aux membres de l'AIISOC.
- Septembre 2022 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC et sur le site Web de l'AIISOC.

REPORT ON THE 27th ORNAC NATIONAL CONFERENCE: *CHARTING THE FUTURE OF PERIOPERATIVE PRACTICE*

Submitted by: Kim McLennan-Robbins, ORNAC Conference Manager.

On behalf of the Operating Room Nuses Association of Canada (ORNAC), and specifically the conference planning committee, I would like to thank all of our nursing colleagues and the vendors who attended this year's conference – our first ORNAC virtual conference. When we first began planning for the 2021 national conference we were excited about offering another awesome educational experience and welcoming everyone to Victoria, BC. Unfortunately, the Covid-19 pandemic forced us to alter all of our conference and travel plans. However, as all perioperative nurses do, each and every day, we adjusted and adapted to our new situation and planned a virtual conference instead. This was uncharted water for all of us! We faced many challenges, but our team rose to the occasion and our virtual conference was a great success. We had 626 delegates and vendors in attendance over the four days.

Education, supporting our colleagues, and coming together to network is always such a valuable piece of an ORNAC conference. Through the sessions, discussion forums, question periods, and photo streaming, we were still able to educate, support, share and connect. Albeit in a different way. Energizing music kept our breaks upbeat, interactive, and fun.

Our opening and closing ceremonies were delivered in the same style as our face-to-face conferences. Greetings/ remarks were presented by several individuals. And one of our highlights was learning which ORNAC members had won awards, grants, and bursaries this year. Congratulations to all of the recipients!

Our opening keynote was presented by Stephanie Staples, a motivational speaker, who spoke about ways to "Revitalize your work and life." She did an amazing job giving us some tips and tricks to look after ourselves as we forge on in these crazy times!!

We had great educational sessions from many areas of perioperative practice including sessions run by many of our own ORNAC members. They showcased specific areas of practice and patient safety. There were a couple of presentations on Covid-19, reviewing implications, and how to manage resources and deploy staff during a pandemic. The Standards Committee also noted the updates to the 2021 ORNAC Standards including a new pandemic section. Delegates had the opportunity to ask questions after each session which further shared ideas and information.

We were delighted to have Mona Guckian-Fisher, President of the International Federation of Perioperative Nurses (IFPN), present a session on "Charting the future of perioperative practice one day at a time." Her wonderful presentation focused on how we all deal with change. Her focus was on, "change brings growth, and growth brings change!" She said, "it always begins with me!" Very good food for thought!

The delegates were given several hours to view the 31 virtual vendor booths. There was an opportunity to go through each booth's display, videos, answer a passport game question, and to contact vendors directly with specific questions. There was also time for the delegates to view this year's poster presentations.

The closing keynote presentation was by Sarah McVanel and titled "The flipside of failing." Sarah gave a wonderful and enthusiastic address which described the principles of 'FLIP' and how we can flip failure. Her key message was to always "remember your greatness!!"

We heard from many delegates who attended and completed our evaluation form. Feedback has shown that a hybrid conference model, combining virtual with face-to-face, would allow many more of our members to attend these valuable educational sessions. We look forward to our 2023 conference where we hope to blend being together in person with being together virtually. Until then, stay safe and thank you for all your hard work, whether it be in the OR or deployed to other departments.

ETHICON™

IS NOW YOUR TRUSTED

MEGADYNE™

PARTNER





Did you know: you can directly purchase **MEGADYNE™** products from your local Ethicon representative

1. **MEGADYNE™** has a comprehensive electrosurgery portfolio that includes E-Z Clean™ Electrosurgical Electrodes & MEGA SOFT™ Reusable Patient Return Electrodes

2. **MEGA SOFT** Reusable Patient Return Electrodes have been used in over ***75+ million procedures with ZERO pad-site burns***[1]

3. **MEGA SOFT** Reusable Patient Return Electrodes require no shaving or changing of adhesive electrodes, **reducing the number of steps during surgery**

4. **MEGA SOFT** Reusable Patient Return Electrodes are reusable for 24 months, **eliminating the surgical waste** associated with single-use disposable [2,3] electrodes

5. **MEGA SOFT** Reusable Patient Return Electrodes are **easy to use** & compatible with most isolated electrosurgical generators[4]

CONTACT YOUR LOCAL ETHICON REPRESENTATIVE FOR MORE INFORMATION

For complete indications, contraindications, warnings, precautions, and adverse reactions, please reference product Instructions for Use/Package Insert

1. April 2018, per internal research conducted by Ethicon. Pad site burn is defined as a burn that occurs between the pad and patient and does not include alternate site or chemical burns. For a complete list of warning and precautions please refer to the Instructions for Use. (C2681). 2. MEGADYNE™ MEGA SOFT™ Reusable Patient Return Electrode) and 99% reduction in waste (416 lbs of waste for disposable sticky pads versus 5.4 lbs for MEGADYNE™ MEGA SOFT™ Reusable Patient Return Electrode) over 2-year period. 3. Compared to traditional "sticky" patient return electrode. (C2381) (C2341). 4. Per internal research based on IEC 5th edition. Consult the IFU of the electrosurgical generator being used for further information, warnings and contraindications. (C2500)

ETHICON

PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

©2021 Johnson & Johnson Medical Products, a Division of Johnson & Johnson Inc. All Rights Reserved. CAN 184566-210728



Ansell

know the DIFFERENCE

New PI skin-friendly glove technology breaks the rules

Keeping standards high and allergenicity low

Ansell's innovative PI-KARE™ Technology enables the elimination of standard chemical accelerators from PI gloves known to cause chemical Type IV allergies and sensitivities. Glove selection protocols are essential, especially during a pandemic. PI-KARE™ can be found in an entire portfolio range of polyisoprene (PI) surgical gloves which provides not only safety to surgeons and their patients.

Uncover our PI performance advantage and know the difference.

PI-KARE™
Skin-friendly PI Technology

Request a sample at ansell.com

GAMMEX®

Ansell, ® and ™ are trademarks owned by Ansell Limited or one of its affiliates. © 2021 All Rights Reserved.

RAPPORT SUR LE 27e CONGRÈS NATIONAL DE L'AIISOC : *NAVIGUER L'AVENIR DE LA PRATIQUE PÉRIOPÉRATOIRE*

Soumis par : Kim McLennan-Robbins, directrice du congrès de l'AIISOC.

Au nom de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC), et surtout du comité de planification du congrès, je tiens à remercier tous nos collègues en soins infirmiers ainsi que les représentants ayant assisté au congrès de cette année notre tout premier congrès virtuel de l'AIISOC. Lorsque nous avons commencé à planifier le congrès national de 2021, nous étions emballés à l'idée d'offrir une autre formidable expérience éducative et d'accueillir tout le monde à Victoria, en C.-B. Malheureusement, la pandémie de la COVID-19 nous a forcés à modifier tous nos plans pour le congrès et les déplacements. Cependant, comme le font tous les jours les infirmières en soins périopératoires, nous nous sommes ajustés et adaptés à cette nouvelle situation et nous avons planifié un congrès virtuel. C'était un terrain inconnu pour nous tous! Nous avons fait face à de nombreux défis, mais notre équipe s'est montrée à la hauteur et notre congrès virtuel a connu un grand succès. Au cours des quatre journées du congrès, 626 délégués et représentants ont participé.

La formation, le soutien de nos collègues et le réseautage constituent toujours de précieuses composantes du congrès de l'AIISOC. Grâce aux séances, forums de discussion, périodes de questions et diffusion en continu de photos, nous avons tout de même pu éduquer, soutenir, partager et établir des liens, bien que de façons différentes. De la musique enjouée a rendu nos pauses joviales, interactives et amusantes.

Nos cérémonies d'ouverture et de clôture ont été diffusées dans le même style que nos congrès en personne. Le mot de bienvenue/les allocutions ont été présentés par de nombreuses personnes et l'un de nos moments phares a été d'apprendre quels membres de l'AIISOC avaient gagné des prix et des bourses cette année. Félicitations à tous les récipiendaires!

Le discours d'ouverture a été présenté par Stephanie Staples, une conférencière spécialiste de la motivation, qui a parlé des façons de « revitaliser votre travail et votre vie ». Elle a accompli un travail remarquable pour nous donner des trucs et des conseils afin de prendre soin de nous-mêmes alors que nous nous efforçons de passer à travers ces moments difficiles!!

Nous avons offert des séances éducatives enrichissantes portant sur de nombreux champs de pratique périopératoire, y compris des séances dirigées par plusieurs de nos membres de l'AIISOC. Ces dernières traitaient de champs spécifiques de la pratique et de la sécurité des patients. Quelques présentations ont aussi été faites sur la COVID-19, l'examen de ses conséquences et la façon de gérer les ressources et de déployer le personnel durant une pandémie. Le comité des normes a également signalé les mises à jour aux *Normes de l'AIISOC* de 2021, incluant une nouvelle section sur les pandémies. Les délégués ont eu l'occasion de poser leurs questions après chaque séance permettant ainsi d'approfondir les idées et les renseignements communs.

Nous avons été ravis que Mona Guckian-Fisher, présidente de la

International Federation of Perioperative Nurses (IFPN), présente une séance intitulée : « Charting the future of perioperative practice one day at a time » (Naviguer l'avenir de la pratique périopératoire un jour à la fois). Sa superbe présentation était axée sur la façon dont nous gérons le changement et elle a mis l'emphase sur le fait que « le changement est synonyme de croissance et que la croissance engendre le changement! » Elle a précisé que : « Tout commence avec moi! » Une excellente matière à réflexion!

Les délégués ont bénéficié de plusieurs heures pour visiter les 31 kiosques virtuels des représentants. Ils ont eu la possibilité de visiter chacune de leur exposition, de visionner des vidéos, de répondre à un jeu-questionnaire et de communiquer directement avec les représentants pour leur poser des questions spécifiques. Les délégués ont aussi eu du temps pour consulter les présentations par affiches de cette année.

Le discours de clôture a été présenté par Sarah McVanel et était intitulé « The flipside of failing » (L'envers de l'échec). Sarah a prononcé un discours extraordinaire et enthousiaste expliquant les principes de la méthode de la classe inversée (FLIP) et la façon dont nous pouvons inverser l'échec. Son message clé était de toujours « se souvenir de votre valeur!! »

Nous avons entendu et lu les commentaires de nombreux délégués ayant assisté au congrès et rempli le formulaire d'évaluation. Leur rétroaction suggérait qu'un modèle hybride de congrès, combinant le mode virtuel aux rencontres en personne, permettrait à encore plus de nos membres de participer à ces inestimables séances éducatives. Nous avons très hâte à notre congrès de 2023 où nous espérons pouvoir allier les rencontres en personne aux rencontres virtuelles. D'ici là, faites attention à vous et merci pour tout votre travail acharné, que ce soit en SOP ou dans d'autres services.

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.

This publication is copyright in its entirety. Material may not be reprinted without the written permission of ORNAC. Contact through www.ORNAC.ca.

ORNAC / AIISOC

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.

CONGRATULATIONS from the ORNAC Board!

The George Brown College Postgraduate Registered Nurse Perioperative Nursing Program, has achieved status as an **ORNAC Approved Perioperative Program** as of June 2021.

Chelsea Durocher, and the team at George Brown College, are to be congratulated for submitting their perioperative nursing program for the approval process and successfully meeting the rigorous criteria therein.

The George Brown College Postgraduate Registered Nurse Perioperative Nursing Program's ORNAC approval will remain in effect until June 2024.

Again, our congratulations and appreciation for your dedication, commitment and investment in the future of evidence based perioperative nursing.

FÉLICITATIONS de la part du conseil d'administration de l'AIISOC!

Le Programme d'études supérieures en soins infirmiers périopératoires pour les infirmières diplômées du Collège George Brown a obtenu le statut de **Programme de soins périopératoires approuvé par l'AIISOC** en date de juin 2021.

Il convient de féliciter Chelsea Durocher et l'équipe du Collège George Brown d'avoir soumis leur programme de soins infirmiers périopératoires au processus d'approbation et d'avoir satisfait aux critères de sélection rigoureux.

L'approbation de l'AIISOC pour Le Programme d'études supérieures en soins infirmiers périopératoires pour les infirmières diplômées du Collège George Brown demeurera en vigueur jusqu'en juin 2024.

Encore une fois, toutes nos félicitations! Nous tenons à vous exprimer notre gratitude pour votre dévouement, votre engagement et votre investissement dans l'avenir des soins périopératoires fondés sur des données probantes.

2021 ORNAC NATIONAL CONFERENCE POSTER ABSTRACTS

RÉSUMÉS DES AFFICHES DU CONGRÈS NATIONAL 2021 DE L'AIISOC*

*Toutes les présentations ont été effectuées en anglais

Charting the future of perioperative nursing practice in Africa with FoAN Canada

Presenters: Margaret Farley RN, BSN, CPN(C), Faculty, Perioperative Nursing Programs, School of Nursing, Saskatchewan Polytechnic and Member-at-Large, FoAN Canada Board of Directors; Mary Knight BScN, MN (retired), Chair of FoAN Canada Board of Directors.

Educational Theme: Education

Abstract:

Friends of African Nursing (Canada) has worked in partnership with Friends of African Nursing, based in the United Kingdom, through joint ventures to facilitate leadership and provide perioperative focused nursing updates to our nursing colleagues in Africa. View and follow the pictorial poster displaying the participation and sharing of perioperative knowledge relating to leadership, and the review and updating of perioperative skills and practices with our African perioperative nursing colleagues over the last decade. Charting the future with our perioperative nursing colleagues assists with the provision of safe and effective care for patients in surgical settings across the globe.

See poster on page 56.

Naviguer l'avenir de la pratique périopératoire en Afrique avec FoAN Canada

Présentatrices : Margaret Farley, inf., B. Sc. Inf., CSP(C), membre du corps professoral des programmes de soins infirmiers périopératoires, école des sciences infirmières, Saskatchewan Polytechnic et membre hors cadre du conseil d'administration de FoAN Canada; Mary Knight, B. Sc. Inf., M. Sc. Inf. (retraitée), présidente du conseil d'administration de FoAN Canada.

Thème éducatif : Enseignement

Résumé :

Friends of African Nursing (Canada) a travaillé en partenariat avec Friends of African Nursing, qui est basé au Royaume-Uni, par l'entremise d'entreprises en participation afin de faciliter le leadership et de fournir des mises à jour en soins infirmiers axées sur les soins périopératoires à nos collègues infirmières en Afrique. Consultez et suivez l'affiche illustrée montrant la participation et le partage des connaissances périopératoires liées au leadership, ainsi que la révision et la mise à jour des compétences et des pratiques périopératoires avec nos collègues africains en soins périopératoires au cours de la dernière décennie. Naviguer l'avenir de la pratique avec nos collègues en soins périopératoires aide à offrir des soins sécuritaires et efficaces aux patients chirurgicaux à travers la planète.

Voir l'affiche à la page 56.

Empowerment strategies to engage frontline perioperative nurses in shared decision making in the development process of clinical decision support tools

Presenter: Te Hsin (Cindy) Chiang MSN, RN, Program Head of Perioperative Specialty Nursing Program, British Columbia Institute of Technology (BCIT) - Burnaby Campus.

Acknowledgements: The presenter would like to acknowledge Maggie Theron DCur RN, Assistant Professor from the School of Nursing at Trinity Western University, and Duncan Dixon, TWU librarian, who helped with the literature review process and complete this knowledge translation project.

Education Theme: Leadership

Abstract:

Background: Collaboration between professions and practices of shared decision making through a culture of partnership contributes to a positive

workspace for practice change. The identity of a nurse constitutes more than a caring profession. Nursing as a profession impacts major issues in society to better healthcare outcomes. Enacting nursing leadership contributes to professional practice in a multi-level healthcare system and society. Nurses as leaders facilitate collaboration and actively take part in shared decision-making every day as part of patient care. Frontline nurses do not necessarily engage in shared decision-making practices as part of professional practice councils. In addition, these nurses may not comprise the political skills to navigate magnet culture in the development of clinical decision support tools in nursing practice. Gaps arise in the application of these tools geared towards optimal health outcomes for patients due to the lack of frontline nursing perspectives and shared decision-making practices. Unit and organizational culture may influence the level of engagement of these frontline nurses in the development and execution of clinical decision support tools.

Aim: The barriers and facilitators impacting engagement of frontline nurses in shared decision-making practices was explored through a knowledge translation project. Key messages from results may enhance nursing leadership, teamwork, and patient care through the utilization of Professional Practice Councils to encourage shared decision making and create a culture of partnership.

Methods: The Knowledge to Action framework developed by Graham and colleagues guided a knowledge synthesis to explore these barriers and facilitators utilizing a CINAHL literature review and secondary analysis of a unit culture survey. Themes derived served as building blocks for multi-level empowerment strategies for frontline nurses to enact their leadership role as part of their nurse identity.

Results: Multi-level themes revealed an absence of frontline nurses in shared decision-making processes when clinical decision support tools are developed and implemented. Decreased professional autonomy and poor teamwork are experienced by frontline nurses when they are not valued as stakeholders or decision makers in the development of these tools, leading to poor patient care. Shared governance and magnet cultures support the establishment of effective professional practice councils. Elements of magnetism are strongly associated with increased nurse autonomy and engagement in shared decision making as nurse leaders.

Conclusion: The empowerment strategies ensure linkages throughout the healthcare organization and enhance effective communication between the nursing profession, unit managers/leaders, and the organizational infrastructure. Importance to nursing education in preparing frontline nurses.

See poster on page 58.

Bibliography:

Fraser Health Authority. Clinical Policy, Clinical Decision Support Tools, and Standards Definition. Professional Practice & Integration. 2014. Last updated: Feb. 2014.

Fraser Health Authority. Clinical Decision Support Tool Development Flowchart. Professional Practice & Integration. 2014. Last updated: May 2014.

Garrard J. Health sciences literature review made easy: The matrix method. 4th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Publishers; 2014.

Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: Time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006 Winter;26(1):13-24.

LaRocca R, Yost J, Dobbins M, Ciliska D, Butt M. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: A systematic review. BMC Public Health. 2012 Sep 7;12:751.

Mitchell SA, Fisher CA, Hastings CE, Silverman LB, Wallen GR. A thematic analysis of theoretical models for translational science in nursing: mapping the field. Nurs Outlook. 2010 Nov-Dec;58(6):287-300.

Pentland D, Forsyth K, Maciver D, Walsh M, Murray R, Irvine L, et al. Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: Integrative literature review. J Adv Nurs. 2011 Jul;67(7):1408-25.

Straus SE, Tetroe J, Graham ID, Editors. Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice (2nd ed.). Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2013. p.63-74 and p.227-236.

Wesorick B. Live a legacy or live a lie: A choice. Nurs Adm Q. 2008 Apr-Jun;32(2):142-58.

Note: Bibliography does not include CINAHL literature review.

Stratégies d'autonomisation pour faire participer les infirmières en soins périopératoires de première ligne dans la prise de décisions communes d'un processus d'élaboration d'outils de soutien aux décisions cliniques

Présentatrice : Te Hsin (Cindy) Chiang, M. Sc. Inf., inf., chef de programme du Programme spécialisé en soins infirmiers périopératoires, *British Columbia Institute of Technology* (BCIT) – campus de Burnaby.

Remerciements : La présentatrice tient à remercier Maggie Theron, DCur, inf., professeure adjointe de l'école des sciences infirmières de Trinity Western University et Duncan Dixon, bibliothécaire au TWU, qui l'ont aidée lors du processus de recension de la littérature et à mener à bien ce projet de transfert des connaissances.

Thème éducatif : Leadership

Résumé :

Contexte : La collaboration entre les professions et les pratiques de prise de décisions communes par l'entremise d'une culture de partenariat contribue à un milieu de travail positif pour les modifications aux pratiques. L'identité d'une infirmière représente plus qu'une profession vouée au bien-être des gens. Les soins infirmiers à titre de profession ont un impact sur d'importants enjeux au sein de la société dans le but d'améliorer les résultats en soins de santé. L'adoption du leadership infirmier contribue à la pratique professionnelle au sein d'un système multiniveau de soins de santé et au sein de la société. Les infirmières à titre de leaders facilitent la collaboration et prennent part tous les jours de manière active à la prise de décisions communes dans le cadre des soins aux patients. Les infirmières de première ligne ne participent pas nécessairement aux pratiques de prise de décisions communes lors des conseils de pratique professionnelle. De plus, il se peut que ces infirmières ne possèdent pas les compétences politiques pour naviguer la culture à vocation particulière lors de l'élaboration des outils de soutien aux décisions cliniques pour la pratique infirmière. Les lacunes surviennent dans la mise en œuvre de ces outils conçus pour atteindre des résultats de santé optimaux pour les patients en raison du manque de perspectives infirmières de première ligne et de pratiques de prise de décisions communes. La culture organisationnelle et d'unité peut influencer le niveau de participation de ces infirmières de première ligne quant à l'élaboration et la mise en pratique des outils de soutien aux décisions cliniques.

But : Les obstacles et facilitateurs ayant un effet sur la participation des infirmières de première ligne aux pratiques de prise de décisions communes ont été examinés grâce à un projet de transfert des connaissances. Les messages clés tirés des résultats pourraient améliorer le leadership infirmier, le travail d'équipe et les soins aux patients avec l'utilisation de conseils de pratique professionnelle afin d'encourager la prise de décisions communes et créer une culture de partenariat.

Méthodes : Le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique élaboré par Graham et ses collègues s'accompagnait d'une synthèse des connaissances pour examiner ces obstacles et facilitateurs à l'aide d'une recension de la littérature CINAHL et d'une analyse secondaire d'une enquête sur la culture d'unité. Les thèmes dérivés ont servi d'éléments constitutifs pour les stratégies d'autonomisation multiniveaux pour les infirmières de première ligne afin qu'elles jouent leur rôle de leaders dans le cadre de leur identité infirmière.

Résultats : Les thèmes multiniveaux ont révélé une absence des infirmières de première ligne dans les processus de prise de décisions communes lorsque les outils de soutien aux décisions cliniques sont élaborés et mis en œuvre. Ces dernières connaissent aussi une autonomie professionnelle réduite et un travail d'équipe déficient lorsqu'elles ne sont pas considérées comme des intervenantes ou des décideuses lors de l'élaboration de ces outils, ce qui entraîne des soins aux patients médiocres. Les cultures de gouvernance commune et à vocation particulière soutiennent la création de conseils efficaces de pratique professionnelle. Les éléments de cette vocation particulière sont fortement associés à une plus grande autonomie des infirmières et à leur participation dans la prise de décisions communes en tant qu'infirmières leaders.

Conclusion : Les stratégies d'autonomisation permettent de faire des liens au sein de toute l'organisation de soins de santé et d'améliorer la communication efficace entre la profession infirmière, les gestionnaires/leaders d'unités et l'infrastructure organisationnelle. Elles sont importantes pour l'enseignement des soins infirmiers afin de préparer les infirmières de première ligne.

Voir l'affiche à la page 58.

Bibliographie :

Fraser Health Authority. Clinical Policy, Clinical Decision Support Tools, and Standards Definition. Professional Practice & Integration. 2014. Dernière mise à jour : févr. 2014.

Fraser Health Authority. Clinical Decision Support Tool Development Flowchart. Professional Practice & Integration. 2014. Dernière mise à jour : mai 2014.

Garrard J. Health sciences literature review made easy: The matrix method. 4th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Publishers; 2014.

Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: Time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006 Winter;26(1):13-24.

LaRocca R, Yost J, Dobbins M, Ciliska D, Butt M. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: A systematic review. BMC Public Health. 2012 Sep 7;12:751.

Mitchell SA, Fisher CA, Hastings CE, Silverman LB, Wallen GR. A thematic analysis of theoretical models for translational science in nursing: mapping the field. Nurs Outlook. 2010 Nov-Dec;58(6):287-300.

Pentland D, Forsyth K, Maciver D, Walsh M, Murray R, Irvine L, et al. Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: Integrative literature review. J Adv Nurs. 2011 Jul;67(7):1408-25.

Straus SE, Tetroe J, Graham ID, Editors. Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice (2nd ed.). Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2013. p.63-74 and p.227-236.

Wesorick B. Live a legacy or live a lie: A choice. Nurs Adm Q. 2008 Apr-Jun;32(2):142-58.

Remarque : La bibliographie ne comprend pas la recension de la littérature CINAHL.

Improved operative efficiency for minimally invasive mitral valve surgery at a low-volume center

Presenters: Monica Fowler MNRN; Jeffrey B MacLeod BSc; Alexandra M Yip BSc; Zlatko Pozeg MD; Rand Forgie MD; Craig D Brown MD; Jean-François Légaré MD; Ansar Hassan MD.

Educational Theme: Perioperative Practice

Abstract:

Introduction: When implementing a minimally invasive cardiac surgery program, increased surgical times may serve as a deterrent. Results demonstrating parity in operative times between minimally invasive (MIMVR) and conventional mitral valve replacement/repair (CMVR) have been limited to high-volume centers. The purpose of this study was to examine operative efficiency for MIMVR in a low-volume center.

Methods: All patients having undergone non-emergent, isolated MIMVR or CMVR at the New Brunswick Heart Centre from 2011-2017 were considered. Detailed peri-operative data, including cross clamp (XC), cardiopulmonary bypass (CPB), skin-to-skin (SS) and total operative (TO) times, were collected. Patients were assigned to one of 3 eras: 2011-2013, 2014-2015, 2016-2017. Unadjusted comparisons were made between MIMVR and CMVR over the entire study period and within each era.

Results: A total of 168 patients were included (MIMVR: 64; CMVR: 104). There was an increase in the number of MIMVR cases over time (2011-2013: 19; 2014-2015: 17; 2016-2017: 28). Patients undergoing MIMVR were less likely to be ≥ 70years (29.7% vs. 47.1%, p=0.04) and to have had NYHA-IV symptoms (17.2% vs. 41.3%, p=0.002), previous cardiac surgery (4.7% vs. 23.1%, p=0.003) or urgent presentation (12.5% vs. 35.6%, p=0.002). Intra-operatively, MIMVR patients were more likely to have undergone a mitral valve repair (65.1% vs. 29.1%, p<0.0001). No differences were noted in rates of in-hospital mortality (0.0% vs. 5.1%, p=0.29). Median operative times were uniformly longer among MIMVR patients between 2011-2013. However, in 2014-2015 and 2016-2017, these times improved to the point where no significant differences in operative efficiency were noted.

Conclusions: Improved operative efficiency may be safely achieved for MIMVR in a low-volume center. It is evident that conventional bypass surgery when compared with minimally invasive cardiac surgery (MIS), has shorter CPB/XC.[2] However, evidence suggests that equality between the two types of techniques can be achieved through experiences gained in high volume centers and even can see decreases in operation times.[1] Surgical experience of the different surgeons involved in introducing a minimally invasive cardiac surgery into a heart program, combined with the experiences of the surgical team, are two important factors that influence the outcome and effective implementation of any program.[3] Beyond that it has been identified that even when there are comparable learning opportunities between centres, the concept of "organizational learning effects" are considered important factors which affect the learning curve.[4] An organization with a strong "learning culture" and "learning effectiveness", whereby education and training, having a dedicated team to begin with, are all necessary factors, which will influence the learning curve. The results of this study should encourage low-volume centers to adopt a minimally invasive approach to isolated mitral valve surgery.[5-7]

See poster on page 62.

References:

1. Gammie J, Peterson E, O'Brien S, Rankin J, Griffith B. Less-invasive mitral valve operations: Trends and outcomes from the society of thoracic surgeons adult cardiac surgery database. Ann Thorac Surg. 2010;90(5):1401-1410 E1.

2. Ritwick B, Chaudhuri K, Crouch G, Edwards JR, Worthington M, Stuklis RG. Minimally invasive mitral valve procedures: The current state. Minim Invasive Surg. 2013;679276. doi: 10.1155/2013/679276.

3. Elbardissi AW, Duclos A, Rawn JD, Orgill DP, Carty MJ. Cumulative team experience matters more than individual surgeon experience in cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013 Feb;145(2):328-33.

4. Francesca G, Bohmer R, Edmondson A, Pisano G, Winslow A. Learning tradeoffs in organizations: Measuring multiple dimensions of improvement to investigate learning-curve heterogeneity. 2006. [Cited March 15, 2021] Available from: https://hbswk.hbs.edu/item/learning-tradeoffs-in-organizations-measuring-multiple-dimensions-of-improvement-to-investigate-learning-curve-heterogeneity

5. Hunter S. How to start a minimal access mitral valve program. Ann Cardiothorac Surg. 2013 Nov;2(6);774-778.

6. Pisano G, Bohmer R, Edmondson A. Organizational differences in rates of learning: Evidence from the adoption of minimally invasive cardiac surgery. Manag Sci. 2001 Jun;47(6);752-68.

7. Garvin D, Edmondson A, Francesca G. Is yours a learning organization? Harvard Business Review. 2008 Mar;86(3):109-16.

Efficacité opérationnelle améliorée pour les chirurgies minimalement invasives de la valve mitrale dans un centre de faible volume

Présentateurs : Monica Fowler, M. Sc. Inf., inf.; Jeffrey B. MacLeod,

B. Sc.; Alexandra M. Yip, B. Sc.; Zlatko Pozeg, M.D.; Rand Forgie, M.D.; Craig D. Brown, M.D.; Jean-François Légaré, M.D.; Ansar Hassan, M.D.

Thème éducatif : Pratique périopératoire

Résumé :

Introduction : Lorsqu'on met en œuvre un programme de chirurgie cardiaque minimalement invasif, il se peut que les temps chirurgicaux accrus soient un élément dissuasif. Les résultats démontrant la parité dans les temps opératoires entre les remplacements/réparations minimalement invasifs de la valve mitrale (RMIVM) et les remplacements/ réparations conventionnels de la valve mitrale (RCVM) ont été limités aux centres de volume élevé. Le but de cette étude visait à examiner l'efficacité opérationnelle d'un RMIVM dans un centre de faible volume.

Méthodes : Tous les patients ayant subi un remplacement minimalement invasif de la valve mitrale ou un remplacement conventionnel de la valve mitrale non émergent et isolé au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick de 2011 à 2017 ont été pris en considération. Les données périopératoires détaillées, y compris la fixation par serrage (XC), la dérivation cardiopulmonaire (CPB), le peau à peau (SS) et le temps opératoire total (TO), ont été recueillies. Les patients ont été affectés à l'une des 3 périodes : 2011-2013, 2014-2015, 2016-2017. Des comparaisons non ajustées ont été effectuées entre les RMIVM et les RCVM tout au cours de la durée de l'étude et dans chacune des périodes.

Résultats : Un total de 168 patients ont été inclus (RMIVM : 64; RCVM : 104). Avec le temps, il y a eu une augmentation du nombre de cas de RMIVM (2011-2013 : 19; 2014-2015 : 17; 2016-2017 : 28). Les patients qui subissent un RMIVM étaient moins susceptibles d'être âgés de ≥ 70 ans (29,7 % vs 47,1 %, p=0.04) et d'avoir eu des symptômes de catégorie IV selon le NYHA (17,2 % vs 41,3 %, p=0.002), de chirurgies cardiaques antérieures (4,7 % vs 23,1 %, p=0.003) ou de présentation urgente (12,5 % vs 35,6 %, p=0.002). Pendant l'intervention, les patients de RMIVM étaient plus susceptibles d'avoir subi une réparation de la valve mitrale (65,1 % vs 29,1 %, p<0.0001). Aucune différence n'a été signalée dans les taux de mortalité à l'hôpital (0,0 % vs 5,1 %, p=0.29). Les temps opératoires moyens étaient uniformément plus longs chez les patients de RMIVM entre 2011-2013. Cependant, en 2014-2015 et en 2016-2017, ces temps se sont améliorés au point où aucune différence significative en matière d'efficacité opérationnelle n'a été signalée.

Conclusions : L'efficacité opérationnelle améliorée peut être réalisée de manière sécuritaire pour les RMIVM dans un centre de faible volume. Il est évident que la chirurgie de dérivation conventionnelle comparativement à la chirurgie cardiaque minimalement invasive (CMI) possède des temps CPB/XC plus courts.[2] Par contre, les données probantes suggèrent que l'égalité entre les deux types de techniques peut être atteinte grâce à l'expérience acquise dans les centres de volume élevé et peut même observer des diminutions en termes de temps opératoires.[1] L'expérience chirurgicale des différents chirurgiens participant à l'introduction de la chirurgie cardiaque minimalement invasive dans un programme cardiaque, combinée aux expériences de l'équipe chirurgicale, sont deux facteurs importants qui influencent le résultat et la mise en œuvre efficace de tout programme.[3] Par ailleurs, il a été déterminé que même lorsqu'il y a des opportunités d'apprentissage comparables entre les centres, le concept « d'effets d'apprentissage organisationnel » est considéré comme un facteur important qui affecte la courbe d'apprentissage.[4] Une organisation dotée d'une solide « culture d'apprentissage » et d'une « efficacité d'apprentissage », qui se traduisent par de l'enseignement et de la formation ainsi qu'une équipe dévouée, sont tous des facteurs nécessaires, qui influenceront la courbe d'apprentissage. Les résultats de cette étude devraient encourager les centres de faible volume à adopter une approche minimalement invasive à la chirurgie isolée de la valve mitrale.[5-7]

Voir l'affiche à la page 62.

Références :

1. Gammie J, Peterson E, O'Brien S, Rankin J, Griffith B. Less-invasive mitral valve operations: Trends and outcomes from the society of thoracic surgeons adult cardiac surgery database. Ann Thorac Surg. 2010;90(5):1401-1410 E1.

2. Ritwick B, Chaudhuri K, Crouch G, Edwards JR, Worthington M, Stuklis RG. Minimally invasive mitral valve procedures: The current state. Minim Invasive Surg. 2013;679276. doi: 10.1155/2013/679276.

3. Elbardissi AW, Duclos A, Rawn JD, Orgill DP, Carty MJ. Cumulative team experience matters more than individual surgeon experience in cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013 Feb;145(2):328-33.

4. Francesca G, Bohmer R, Edmondson A, Pisano G, Winslow A. Learning tradeoffs in organizations: Measuring multiple dimensions of improvement to investigate learning-curve heterogeneity. 2006. [Consulté le 15 mars 2021] Peut être téléchargé à : https://hbswk.hbs.edu/item/learning-tradeoffs-in-organizations-measuring-multiple-dimensions-of-improvement-to-investigate-learning-curve-heterogeneity

5. Hunter S. How to start a minimal access mitral valve program. Ann Cardiothorac Surg. 2013 Nov;2(6);774-778.

6. Pisano G, Bohmer R, Edmondson A. Organizational differences in rates of learning: Evidence from the

adoption of minimally invasive cardiac surgery. Manag Sci. 2001 Jun;47(6);752-68.

7. Garvin D, Edmondson A, Francesca G. Is yours a learning organization? Harvard Business Review. 2008 Mar;86(3):109-16.

Promoting perioperative practice through an innovative undergraduate education program

Presenter: Julie Cinel RN, MSN, Associate Teaching Professorm Thompson Rivers University

Acknowledgments: The presenter would like to acknowledge the TRU School of Nursing and the Royal Inland Hospital for supporting this student learning initiative

Education theme: Perioperative Education

Abstract:

This research poster outlines the process and outcomes of an undergraduate perioperative clinical rotation aimed to increase exposure of students to this practice setting and provide a quality learning experience. Over a period of six years, groups of third-year Bachelor of Science in Nursing students participated in a 6-week practicum where they spent time in Daycare Surgery, the Operating Room, and the Post-Anaesthesia Recovery Room.

Learning outcomes included enhanced competency in clinical decision-making, prioritization, critical thinking, collaboration, communication, multidisciplinary teamwork, anatomy and physiology, patient centered care, advocacy, relational practice, and transferable skills. Other outcomes included enhanced quality of care for the patients, and recruitment and retention potential for the hospital. Evaluation outcomes found that students highly valued the experience, were challenged to do their best work, and were left with an increased appreciation for the practice environment.

See poster on page 64.

Bibliography:

Canadian Nurses Association. Work in Canada. [Retrieved April 10, 2021.] Available from: https://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/work-in-canada

Cinel, J. and Correale, H. TRU Program Sustainability Worksheet: Perioperative Nursing Certificate Program Registered Nurse (PNCP-RN), Perioperative Nursing Certificate Program Practical Nurse (PNCP-PN). 2017. Available from jcinel@tru.ca.

WorkBC. British Columbia labour market outlook. 2019 Edition. [Retrieved April 10, 2021.] Available from: https://www.workbc.ca/getmedia/18214b5d-b338-4bbd-80bf-b04e48a11386/BC_Labour_Market_Outlook_2019.pdf.aspx

Promouvoir la pratique périopératoire par le biais d'un programme novateur d'enseignement d'études de premier cycle

Présentatrice : Julie Cinel, inf., M. Sc. Inf., professeure agrégée, Université Thompson Rivers

Remerciements : La présentatrice tient à remercier l'école des sciences infirmières de l'UTR et l'Hôpital Royal Inland d'avoir appuyé cette initiative étudiante d'apprentissage.

Thème éducatif : Enseignement périopératoire

Résumé :

Cette affiche de recherche passe brièvement en revue le processus et les résultats de stages cliniques d'études de premier cycle en soins périopératoires visant à augmenter l'exposition des étudiants de ce milieu de pratique et à fournir une expérience d'apprentissage de qualité. Sur une période de six ans, les groupes d'étudiants en troisième année du baccalauréat en sciences infirmières ont participé à un stage de 6 semaines durant lequel ils passaient du temps en chirurgie ambulatoire, en salle d'opération et en unité de soins postanesthésiques.

Les résultats d'apprentissage incluaient de meilleures compétences en prise de décisions cliniques, priorisation, pensée critique, collaboration, communication, travail d'équipe pluridisciplinaire, anatomie et physiologie, soins axés sur les patients, défense des droits, pratique relationnelle et compétences transférables. Parmi les autres résultats, notons: des soins de qualité supérieure pour les patients et un potentiel accru de recrutement et de rétention pour l'hôpital. Les résultats de l'évaluation ont révélé que les étudiants accordaient beaucoup d'importance à l'expérience, étaient mis au défi d'accomplir le meilleur travail possible et qu'ils appréciaient davantage l'environnement de pratique.

Voir l'affiche à la page 64.

Bibliographie :

Association des infirmières et infirmiers du Canada. Travailler au Canada. [Consulté le 10 avril 2021.] Peut être téléchargé à : https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/developpement-de-carriere/travailler-au-canada

Cinel, J. et Correale, H. TRU Program Sustainability Worksheet: Perioperative Nursing Certificate Program Registered Nurse (PNCP-RN), Perioperative Nursing Certificate Program Practical Nurse (PNCP-PN). 2017. Disponible à jcinel@tru.ca.

WorkBC. British Columbia labour market outlook. Édition 2019. [Consulté le 10 avril 2021.] Peut être téléchargé à : https://www.workbc.ca/getmedia/18214b5d-b338-4bbd-80bf-b04e48a11386/BC_Labour_Market_Outlook_2019.pdf.aspx

Charting the Future of Per

Friends of African

Margaret Farley, RN, BSN, CPN(C)

FoAN Canada

FoAN Canada* is celebrating over 10 years of offering leadership and perioperative focused updates to our African perioperative colleagues!

FoAN Canada's Goal: To facilitate the development & improvement of patient care and perioperative nursing practice in Africa, by:

- ✓ **Advancing knowledge & skills in African perioperative nurses**
- ✓ **Providing education, training & practical guidance thru hands-on sessions, providing educational materials or financial support**
- ✓ **Raising awareness regarding issues facing African Nurses**

Joint venture programs with FoAN (UK) have been delivered in:



****FoAN Canada is a registered Canadian charity***

Botswana 2012



- **5 day Train the Trainer Program, worked with 11 senior nurses**
- **Topics included communication skills, lesson planning, teaching & learning theory**

Zambia 2017



- **Worked 5 days with 19 nurse educators & leaders to develop Zambian Perioperative Standards**
- **20 standards finalized**
- **Each participant received eyewear, certificate & textbook**



ioperative Practice in Africa

Nursing (Canada)

& Mary Knight, BScN, MN (retired)



Ghana 2018

- 3 programs delivered over 5 days
- 2 day Patient Safety Program delivered twice - in Accra (capital city) and Kumasi – total of 66 nurses attended
- Topics included: Understanding medical error, communication, Hospital acquired infections, documentation, ensuring safe surgery, teamwork, etc.



- 1 day Perioperative Nursing Update - 96 nurses attended!



- Topics included: Patient safety, workplace bullying, surgical site infection & hypothermia
- Many nurses attending were from rural or outlying areas

Ghana 2020

- Return to Accra; provided 3 day Leadership Program (50 nurses)
- 2 day Perioperative Nursing Care (34 nurses)
- Nurses travelled up to 8 hours to attend, showing their passion for learning & developing their practice



2021

- Pandemic has brought many challenges, including how to fundraise and continue to deliver educational programs
- Possibility of mailing textbooks to known contacts in outlying rural areas e.g. Zambia, Ghana
- FoAN UK organizing virtual conference in June 2020 for African Perioperative Nurses; FoAN Canada is both supporting and participating

Empowerment Strategies to engage frontline Perio
Development Process of Cli

Background

Frontline perioperative nurses who enacts shared decision making (SDM) practices as part of their nursing professional practice council contributes to a positive culture of partnership for practice change and impacts major issues in society to better healthcare outcomes.

A low engagement in perioperative professional practice councils has been observed and SDM practices, particularly in the development of clinical decision support tools (CDSTs) such as, Clinical Practice Guidelines (CPG's) and Clinical Policies.

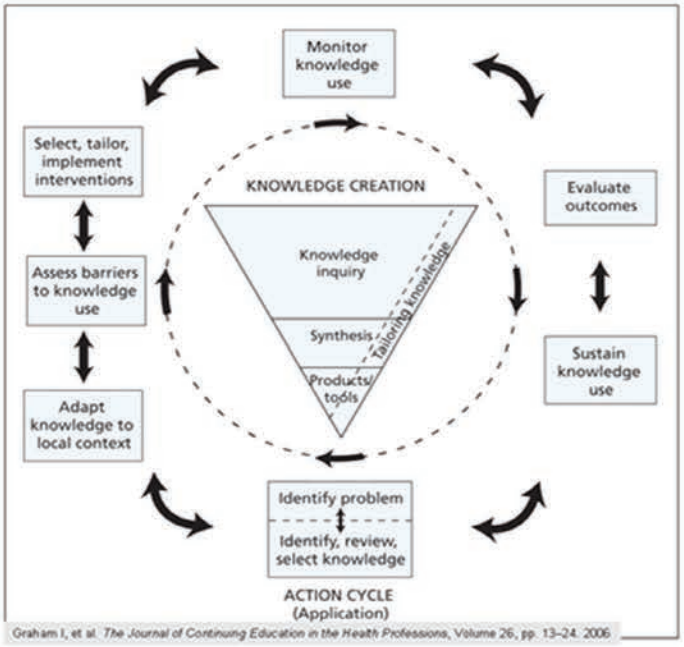
Gaps arise in the application of these CDSTs geared towards optimal health outcomes for patients due to the lack of frontline nursing perspectives and shared decision making practices. Unit and organizational culture may influence the level of engagement of these frontline nurses in the development and execution of clinical decision support tools.

Aim

The barriers and facilitators impacting engagement of frontline nurses in shared decision making practices was explored through a knowledge translation (KT) project. Key messages from results may enhance nursing leadership, teamwork, and patient care through the utilization of Professional Practice Councils to encourage shared decision making and create a culture of partnership.

Method

The Knowledge to Action framework developed by Graham and colleagues guided a knowledge synthesis to explore these barriers and facilitators utilizing a CINAHL literature review and secondary analysis of a unit culture survey. Themes derived served as building blocks for multi-level empowerment strategies for frontline nurses to enact their leadership role as part of their nurse identity.



Graham I, et al. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Volume 26, pp. 13–24. 2006

Results

Multi-level themes revealed an absence of frontline nurses in shared decision making processes when clinical decision support tools are developed and implemented. Decreased professional autonomy and poor teamwork are experienced by frontline nurses when they are not valued as stakeholders or decision makers in the development of these tools, leading to poor patient care. Shared governance and magnet cultures support the establishment of effective professional practice councils. Elements of magnetism (EOM) are strongly associated with increased nurse autonomy and engagement in shared decision making as nurse leaders.

ɔperative Nurses in Shared Decision Making in the
nical Decision Support Tools

Te Hsin Chiang, MSN, RN
Email: tchiang21@bcit.ca

Results (Continued)

Barriers to SDM derived 3 themes

Multi-Level Themes:

- **Theme 1: Lack of Clarity in One's Own Nursing Professional Identity (Nursing Level)**
- **Theme 2: Lack of Leadership Skills and Visionary Leaders for the 21st Century (Management Level)**
- **Theme 3: Failure of Integration of Professional Practice into the Organizational Infrastructure. (Organizational level)**

Success Factors for KTA Implementation

Target Audience: Multi-Level Approach

- **Level 1:** Perioperative nurses
  (e.g. stakeholders, end users, knowledge workers of CDSTs)
- **Level 2:** Leadership level
  (e.g. unit-based care leaders, educators, managers)
- **Level 3:** Organizational level
  (e.g. decision makers, infrastructure & networking)

Results (Continued)

Multi-level facilitators/recommendations:

Nursing Level - To raise awareness among the nursing profession regarding their professional autonomy, and accountability as nursing leaders in today's healthcare system require continuous learning and professional development that emphasize their role as valuable stakeholders who need to be engaged in the research development process of CDSTs to increase uptake of EBP.

Management Level - Leaders and managers are well poised in a position for change; therefore, they need to be able to clearly articulate and practice the leadership style of the 21st century. It involves role modeling shared unit and organizational values and visions by promoting EOM and SDM.

Organizational Level - To create a culture of partnership in order to foster successful integration of professional practice into the organizational infrastructure.

Conclusion

The empowerment strategies ensure linkages throughout the healthcare organization and enhance effective communication between the nursing profession, unit managers/leaders, and the organizational infrastructure. Fostering a culture of partnership for frontline perioperative nurses to enact nursing leadership through SDM practices is not only a shared responsibility, but a way for charting the future of perioperative practice.

References/Acknowledgement/Contact
Please see next slide.

References

Fraser Health Authority. (2014). Clinical Policy, Clinical Decision Support Tools, and Standards Definition. Professional Practice & Integration. Last updated: Feb. 2014.

Fraser Health Authority. (2014). Clinical Decision Support Tool Development Flowchart. Professional Practice & Integration. Last update: May 2014.

Garrard, J. (2014). *Health sciences literature review made easy: The matrix method (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers.*

Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: Time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006 Winter;26(1):13-24.

LaRocca, R., Yost, J., Dobbins, M., Ciliska, D., & Butt, M. (2012). The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: A systematic review. *BMC Public Health, 12, 752-765.*

Mitchell, S. A., Fisher, C. A., Hastings, C. E., Silverman, L. B., & Wallen, G. R. (2010). A thematic analysis of theoretical models for translational science in nursing: Mapping the field. *Nursing Outlook*, *58*(6), 287-300.

Pentland, D., Forsyth, K., Maciver, D., Walsh, M., Murray, R., Irvine, L., & Sikora, S. (2011). Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: Integrative

literature review. *Journal of Advanced Nursing, 67(7), 1408-1425.*

Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (Eds.). (2013). [See sections 2.3 and 3.5] *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice (2nd ed.). Chichester,* UK: Wiley-Blackwell.

Wesorick, B. (2008). Live a legacy or live a lie: a choice. *Nursing Administration Quarterly*, *32*(2), 142-158.

Note: Reference list incomplete (does not include CINAHL literature review)

erioperative Nurses in Shared Decision Making Clinical Decision Support Tools

Te Hsin Chiang, MSN, RN
Email: tchiang21@bcit.ca

Acknowledgements

I would like to acknowledge Maggie Theron DCur, RN, Assistant Professor from the School of Nursing at Trinity Western University and Duncan Dixon, TWU librarian who have helped me with the literature review process and complete this KT Project.

Contact

Name: Te Hsin Chiang, MSN, RN
Email: thc.chiang@gmail.com

Monica Fowler
Jeffrey B MacLeod
Alexandra M Yip
Zlatko Pozeg
Craig Brown
Rand Forgie
Jean-François Légaré
Ansar Hassan

IMPROVED OPERATING
MITRAL VALVE SU

New Brunswick Heart Centre, Saint John, NB

BACKGROUND

- When implementing a minimally invasive cardiac surgery program, increased surgical times may serve as a deterrent.
- While previous studies have demonstrated that parity in operative times may be achieved between **minimally invasive mitral valve replacement/repair (MIMVR)** and **conventional mitral valve replacement/repair (CMVR)**, these results have been limited to high-volume centres.

OBJECTIVE

- The purpose of this study was to examine operative efficiency for MIMVR in a low-volume centre.

DISCLOSURES

I have **not had** an affiliation (financial or otherwise) with a commercial organization that may have a direct or indirect connection to the content of my presentation.

Does your presentation describe the off-label use of a device, product, or drug that is approved for another purpose? **No**.

Cardiovascular Research New Brunswick

New Brunswick Heart Centre
Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick

METHODS

POPULATION

Patients having undergone **non-emergent, isolated MIMVR or CMVR** at the New Brunswick Heart Centre

TIMELINE

2011–2017

Eras
A: 2011–13
B: 2014–15
C: 2016–17

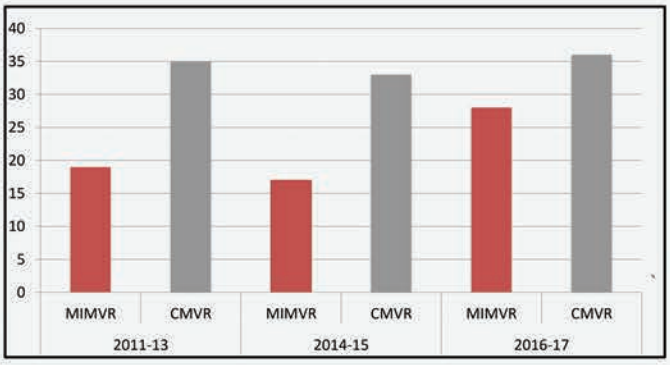
OUTCOMES

In hospital mortality
Atrial Fibrillation
Renal failure
Length of stay

OR EFFICIE

Cross clamp
Cardiopulmonary b
Skin-to-Skin
Total Operative

RESULTS



- Increasing #'s of MIMVR cases over time
- MIMVR were younger, had fewer comorbidities, were less urgent, more likely to undergo repair
- Experienced less renal failure, shorter LOS
- No difference in-hospital mortality

ROOM EFFICIENCY FOR MINIMALLY INVASIVE URGERY AT A LOW-VOLUME CENTRE

ANALYSIS

Comparisons between MIMVR and CMVR on basis of perioperative characteristics and operative efficiency

ENCY
time
ypass time
time
e times

STUDY POPULATION

Overall: n=168

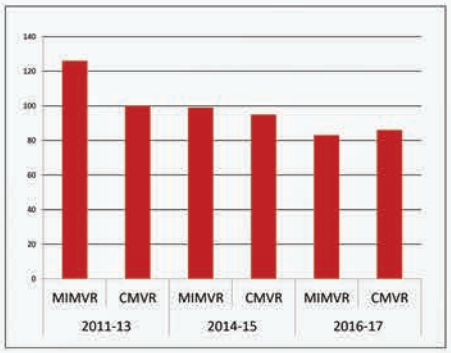
MIMVR: n=64

CMVR: n=104

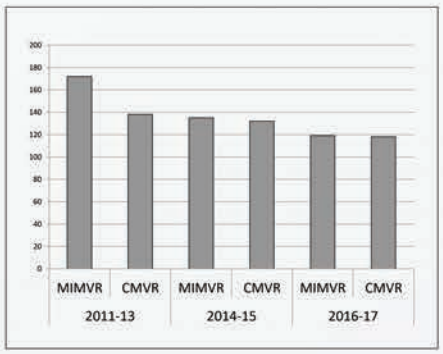
BASELINE / INTRAOPERATIVE CHARACTERISTICS			
CHARACTERISTICS	MIMVR	CMVR	P-VALUE
MEAN AGE (years)	62 ± 15	66 ± 12	0.04
FEMALE, %	42.2%	57.7%	0.07
DYSLIPIDEMIA, %	32.8%	46.2%	0.11
CHF, %	35.9%	58.7%	0.007
ATRIAL FIBRILLATION, %	34.4%	48.1%	0.11
NYHA CLASS IV, %	17.2%	41.3%	0.002
PRIOR CARDIAC SURGERY, %	4.7%	23.1%	0.003
URGENT STATUS, %	12.5%	35.6%	0.002
MV REPAIR (vs. MV REPLACEMENT), %	65.1%	29.1%	<0.0001

POST-OPERATIVE OUTCOMES			
CHARACTERISTICS	MIMVR	CMVR	P-VALUE
MORTALITY, %	0.0%	3.9%	0.30
RENAL FAILURE, %	1.6%	16.5%	0.006
ATRIAL FIBRILLATION, %	48.4%	63.1%	0.09
MEDIAN LOS (days) (IQR)	5 (5, 7)	7 (5, 10)	0.002

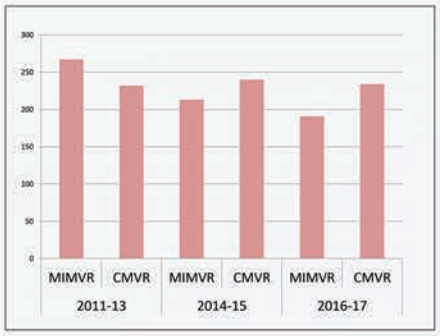
OPERATIVE EFFICIENCY



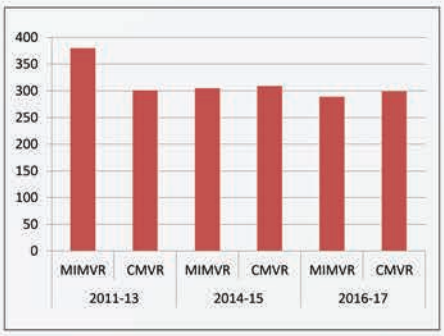
CROSS CLAMP TIME (mins)



CARDIOPULMONARY BYPASS TIME (mins)



SKIN-TO-SKIN TIME (mins)



TOTAL OPERATIVE TIMES (mins)

- MIMVR operative times were significantly longer at onset of study
- By 2014-2015, MIMVR operative times were comparable to CMVR

CONCLUSION

Improved operative efficiency may be achieved for MIS MVR in a low-volume centre. Surgical experience of the team, along with comparable learning opportunities between centres, are necessary for positively affecting "organizational learning effects". These factors are important in influencing the "learning curve" for a centre. Further study is required to determine the factors underlying this improvement so that organizational learning strategies may be developed to help further improve OR team performance and decrease OR times.

Promoting Perioperative Practice thr Education

THOMPSON RIVERS UNIVERSITY

BACKGROUND

- Perioperative nursing is one of the largest specialty nursing groups in Canada
- There is a continual and detrimental shortage of skilled nurses to provide specialized care in the operating room (OR) setting
- Undergraduate programs are well situated to expose students to this practice environment
- Advantages to the student, to the patient, to the School of Nursing, and to the employing agency can result from an undergraduate practice experience in the perioperative setting

OBJECTIVE

- To outline the process and outcomes of an undergraduate perioperative clinical experience

PROCESS

- Students spend time in Daycare Surgery (DCS)- Pre-op assessments and patient care, informed consent process, post-op assessments, pain control, patient teaching, relational practice, discharge
- Operating room (OR)- Develop understanding of circulating and scrub role, principles of asepsis, scrub-in, assist with transport, reporting, monitoring and relational practice
- Post-Anesthesia Recovery (PAR)-take report, post-operative assessments, medication administration, enhanced understanding of airway management, ECG practice, documentation, discharge criteria



OU

- Advantages include;
  - Student – Enhanced
    decision-making, pri
    collaboration and co
    multidisciplinary tea
    physiology, patient-c
    relational practice
  - Patient- Enhanced q
    anxiety, increased ed
    more time available f
  - School- Valuable sur
    students, provides st
  - Hospital- Recruitmen



rough an Innovative Undergraduate Program

Julie Cinel, RN MSN
Thompson Rivers University School of Nursing



TCOMES

competency in clinical
oritization, critical thinking,
mmunication,
mwork, anatomy and
entered care and advocacy,

uality of care, decreased
ucation opportunity due to
for patient interaction
gical placement option for
udents with transferable skills
t and retention potential



EVALUATION

- Course Evaluation- N=41
  - The course was a valuable experience for me- 98% agreed or strongly agreed
  - The course challenged me to do my best work- 97% agreed or strongly agreed
  - The course experience increased my appreciation for the subject matter- 97% agreed or strongly agreed

CONCLUSION

- Undergraduate Schools of Nursing can provide quality education in perioperative environment
- Student feedback:
  - *"After working in the OR I definitely know that I want to come work in the OR in the future."*
  - *"I was able to practice many nursing skills including IV push medications, client assessments, bladder scanning, catheterization, mechanical ventilation (bagging) and removing IV's. I am very grateful I had the opportunity to employ these skills into my practice"*

REFERENCES

Canadian Nurses Association (CNA) (2015). *Work in Canada.* Retrieved April 10, 2021 from: https://www.can-aiic.ca/en/becoming-an-rn/work-in-canada

Cinel, J. and Correale, H. (2017) TRU Program Sustainability Worksheet: Perioperative Nursing Certificate Program Registered Nurse (PNCP-RN), Perioperative Nursing Certificate Program Practical Nurse (PNCP-PN). Available from jcinel@tru.ca

WorkBC (2019). *British Columbia labour market outlook. 2019 Edition.* Retrieved April 10, 2021 from: https://www.workbc.ca/getmedia/18214b5d-b338-4bbd-80bf-b04e48a11386/BC_Labour_Market_Outlook_2019.pdf.aspx

CALL FOR ORNAC JOURNAL REVIEWERS

As you may be aware there is a lot of work done behind the scenes, on articles submitted to the *ORNAC Journal*, by the dedicated members of our Reviewer Panel as part of our double-blind peer review process. We have recently reviewed our processes and will be introducing a new policy, outlining Reviewer Panel responsibilities and expectations, and are striving to ensure strong representation of Anglophone and Francophone ORNAC members from all provinces. These individuals play a crucial role in ensuring the *ORNAC Journal's* content remains current, relevant, and of benefit to OR Nurses across Canada. Reviewer time can be used to work toward CPN(C) certification. To that end, we are putting a call out for active ORNAC members who would like to join the *ORNAC Journal* Reviewer Panel. If you are interested in this very important role please forward a current CV, with a brief notation on why you are interested in participating as a reviewer, to Deb Clendinneng, Editorial Committee Co-Chair, ORNAC Journal, at clendid@algonquincollege.com.

UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

Perioperative Nurses Week is November 7 - 13, 2021.

La semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires est du 7 au 13 novembre 2021.

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
SORNG Annual Conference	Virtual	September 25th, 2021

OTHER CONFERENCES
AUTRES CONFÉRENCES

ACORN International Conference www.acorn.org.au/conference-2022	Gold Coast Australia	May 19 - 21, 2022

Additional conferences can be found at www.ornac.ca.
Jetez un coup d'œil aux conférences additionnelles à www.ornac.ca.

2021 ORNAC AWARD, BURSARY, AND GRANT RECIPIENTS

The **Isabelle Adams Award for Excellence in Perioperative Nursing** was established on the initiative of the Operating Room Nurses of Quebec (CORNQ / CISSOQ) in 1987. It is presented to an outstanding nurse who has made a significant contribution to perioperative nursing in Canada. This year's award recipient is Sharon Wandzura RN, BSN, RNFA, CPN(C).

The **Muriel Shewchuk Leadership Award** was established by Muriel Shewchuk, in 2007, to recognize Canadian perioperative registered nurses whose leadership made an outstanding contribution to perioperative nursing at the local, provincial/territorial, national, or international level. This year's award recipient is Cathleen Ferguson RN, BScN, RNFA, CPN(C).

The **Gloria Stephens Award for Excellence as an Educator of Perioperative Nursing** was established in 2009 at the suggestion of, and in collaboration with, Ms. Gloria Stephens, ORNAC Past President. It celebrates a nurse who is an outstanding educator and role model. This year's recipient is Randi Galenzoski RN, BA, BScN, CPN(C), PAN(C).

The **Lorne Flower Memorial Award** was established in 2003 on the initiative of Lorne's son, John Flower in recognition of his contributions to ORNAC as first Chairman and a lengthy leadership of the National Exhibitors Association of Canada (NEAC). It recognizes a past or present ORNAC Board member who has made an outstanding contribution. This year's recipient is Chris Downey RN, MSc, BScN, RNFA, CPN(C).

The **ORNAC/J&J Medical Products Drake-Thompson Writing Award** is presented to the author(s) of the best original article, by ORNAC members and/or associate members, that was published in the previous calendar year's *ORNAC Journal*. This year's recipient is Debra Clendinneng RN, BScN, CPN(C), Med, PhD for her article "Case study research on nurses' perceptions of various educational strategies for learning perioperative non-technical skills" from the March 2020 *ORNAC Journal*.

The **RMAC Patient Safety Award** was established on the initiative of Ron MacLeod, RN, President & CEO of RMAC Surgical Inc., to recognize perioperative nursing leaders who are innovators in patient safety. The award is presented to a perioperative registered nurse who has developed and/or described relevant, practical, patient safety strategies through a conference poster, conference presentation, or article in the *ORNAC Journal*. This year's recipients are Cindy McLennan RN, BScN, MBA, CPN(C), CON(C) and Wendy McPhee RN, BScN, RNFA, CPN(C) for their conference presentation "Charting the Future of Efficient Perioperative Care."

The **ORNAC/Johnson & Johnson Medical Products Inc. Bursary for OR Nurses** is jointly funded to assist perioperative nurses in furthering their education in areas that will enhance perioperative nursing practice. This year's recipient is Lauren Amadio RN, BScN, CPN(C).

The **Cardinal Health Research Grant** was established to promote perioperative nursing research activities and to encourage the integration of research findings into perioperative nursing practice. This year's recipient is Eli Ahlquist RN, EdD.

RÉCIPIENDAIRES DES PRIX, BOURSES ET BOURSES DE RECHERCHE 2021 DE L'AIISOC

Le **Prix d'excellence Isabelle Adams en soins périopératoires** a été créé à l'initiative des infirmières de bloc opératoire du Québec (CORNQ / CISSOQ) en 1987. Il est présenté à une infirmière exceptionnelle qui a apporté une contribution significative aux soins infirmiers périopératoires au Canada. Cette année, la récipiendaire de ce prix est Sharon Wandzura, inf., B. Sc. Inf., IPAC, CSP(C).

Le **Prix de leadership Muriel Shewchuk** a été créé par Muriel Shewchuk en 2007 pour reconnaître une infirmière autorisée en soins périopératoires du Canada dont le leadership a apporté une contribution exceptionnelle à la profession d'infirmière périopératoire au niveau local, provincial / territorial, national ou international. Cette année, la récipiendaire de ce prix est Cathleen Ferguson, inf., B. Sc. Inf., IPAC, CSP(C).

Le **Prix d'excellence Gloria Stephens en enseignement en soins périopératoires** a été créé en 2009 à la suggestion et en collaboration avec Mme Gloria Stephens, ancienne présidente de l'AIISOC. Le prix est présenté à une infirmière accomplissant un travail extraordinaire en tant qu'éducatrice et modèle de rôle en soins périopératoires. La récipiendaire de cette année est Randi Galenzoski, inf., B.A., B. Sc. Inf., CSP(C), PAN(C).

Le **Prix commémoratif Lorne Flower** a été créé en 2003 à l'initiative du fils de Lorne, John Flower. Le prix reconnaît les contributions de Lorne à l'AIISOC en tant que premier président, et sa longue direction de l'Association nationale des exposants du Canada (NEAC). Il reconnaît un ancien membre ou un membre actuel du conseil d'administration de l'AIISOC qui a apporté une contribution exceptionnelle. La récipiendaire de cette année est Chris Downey, inf., M. Sc., B. Sc. Inf., IPAC, CSP(C).

Le **Prix d'écriture Drake Thompson de l'AIISOC/produits médicaux J&J** est décerné par les membres de l'AIISOC et (ou) les membres associés aux auteurs du meilleur article original qui a été publié dans la *Revue de l'AIISOC* de l'exercice financier précédent. Cette année, la récipiendaire est Debra Clendinneng, inf., B. Sc. Inf., CSP(C), Med, Ph. D. pour son article « Case study research on nurses' perceptions of various educational strategies for learning perioperative non-technical skills » dans la *Revue de l'AIISOC* de mars 2020.

Le **Prix de la sécurité des patients de RMAC** a été créé à l'initiative de Ron MacLeod, infirmier, président et chef de la direction de *RMAC Surgical Inc.* afin de reconnaître les chefs de file en soins infirmiers périopératoires qui sont des innovateurs en matière de sécurité des patients. Le prix est décerné à une infirmière en soins périopératoires qui a développé et (ou) décrit des stratégies pertinentes et pratiques de sécurité des patients à l'aide d'une affiche lors d'une présentation du congrès ou dans un article dans la *Revue de l'AIISOC*. Les récipiendaires de cette année sont Cindy McLennan, inf., B. Sc. Inf., M.B.A., CSP(C), CON(C) et Wendy McPhee, inf., B. Sc. Inf., IPAC, CSP(C) pour leur présentation intitulée « Charting the Future of Efficient Perioperative Care ».

La **Bourse des entreprises médicales Johnson & Johnson/AIISOC** est financée conjointement pour aider les infirmières en soins périopératoires à poursuivre leurs études dans des domaines qui amélioreront la pratique infirmière périopératoire. La récipiendaire de cette année est Lauren Amadio, inf., B. Sc. Inf., CSP(C).

La **Bourse de recherche Cardinal Health** a été créée pour promouvoir des activités de recherche en soins périopératoires et intégrer les découvertes dans la pratique des soins périopératoires. Le récipiendaire de cette année est Eli Ahlquist, inf., D. éd.

À LA RECHERCHE DE RÉVISEURS POUR LA REVUE DE L'AIISOC

Comme vous le savez peut-être, les membres dévoués de notre panel de réviseurs travaillent beaucoup en coulisse sur les articles soumis à la Revue de l'AIISOC dans le cadre de notre processus de révision par les pairs en double aveugle. Tout dernièrement, nous avons révisé nos processus et nous introduirons une nouvelle politique, exposant les grandes lignes des responsabilités et des attentes du panel des réviseurs, et nous nous efforçons de veiller à ce que les membres anglophones et francophones de l'AIISOC de toutes les provinces soient bien représentés. Les réviseurs jouent un rôle essentiel afin de s'assurer que le contenu de la Revue de l'AIISOC demeure actuel, pertinent et qu'il bénéficie aux infirmières et infirmiers en SOP de partout au Canada. Le temps alloué à la révision peut servir à obtenir la certification CSP(C). Dans ce but, nous faisons appel à tous les membres actifs de l'AIISOC qui aimerait se joindre au panel de réviseurs de la Revue de l'AIISOC. Si ce rôle très important vous intéresse, veuillez envoyer un curriculum vitæ à jour, accompagné d'une note expliquant pourquoi vous souhaitez participer en tant que réviseur, à Deb Clendinneng, coprésidente du comité de rédaction, Revue de l'AIISOC, à clendid@algonquincollege.com avant le 15 mars 2021.

CONCOURS DE LA SEMAINE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

L'AIISOC vous encourage à participer à son concours et à soumettre soit un document écrit ou une courte vidéo qui reflètent votre compréhension du thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires de cette année, à savoir *« S'adapter et évoluer dans un monde en changement - Les soins infirmiers périopératoires à travers une pandémie »*. Sortez votre clavier et vos appareils et montrez-nous comment votre équipe vit et célèbre le thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires de cette année. Le concours s'adresse à tous les membres et associés de l'AIISOC.

Catégorie Vidéo : Réalisez une courte vidéo (pas plus de 3 minutes) sur ce que le thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires signifie pour vous. Les liens vidéos doivent être envoyés à info@ornac.ca. La vidéo gagnante sera présentée lors de la cérémonie d'ouverture du prochain Congrès national de l'AISSOC et les gagnants seront annoncés dans la *Revue de l'AIISOC*.

Catégorie Document écrit : Soumettez un essai ou un poème se rapportant au thème de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires de cette année. La soumission qui gagnera sera publiée dans la *Revue de l'AIISOC*.

1er prix: Une inscription au congrès de 2023 (catégorie Document écrit) ou jusqu'à trois inscriptions au congrès de 2023 (catégorie Vidéo) décernées aux participants seulement et non transférable.

2e prix: Un exemplaire des Normes de l'AIISOC (copie papier ou électronique) pour chaque catégorie.

La date limite pour les soumissions est le 1er septembre 2021 et les gagnants seront annoncés lors de la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires. Vous trouverez tous les détails à : http://ornac.ca/fr/news-events/semaines-des-infirmieres-perioperatives

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 for more information.

Comité de revisions 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 Sinaï Hospital et Trillium Health Centre, membre du corps enseig-nant 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 pour obtenir plus d'information.

Mots-clés : Résilience, perfectionnement professionnel, santé mentale.

LA MÉTHODE FLIP POUR TRANSFORMER L'ÉCHEC EN RÉSILIENCE

Auteure : *Sarah McVanel[1], M. Sc., PCC, CRHA, CSODP.*

Affiliations : *[1]Experte en reconnaissance, Greatness Magnified, St. Catherine's, ON, Canada.*

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

Cet article est basé sur la présentation d'ouverture de Sarah McVanel lors du Congrès national 2021 de l'AIISOC.



INTRODUCTION

N'y a-t-il jamais eu un moment, lorsque collectivement, nous avons été appelés à niveler par le haut nos vies, à faire reculer le seuil de nos connaissances et à faire face à la dure vérité? Cela n'a-t-il pas fait ressortir des souvenirs enfouis d'autres expériences difficiles – cette ancienne patronne intimidante, cet accident évité de justesse avec un patient, une période tumultueuse avec notre ado – qui nous ont forcés à faire face aux émotions que ces échecs, déceptions et difficultés passés ont soulevées?

J'avoue que cela m'est arrivé.

Vous pensez peut-être, « Ok Sarah, mais nous sommes pas mal différentes. Tu es une conférencière, nous sommes des infirmières en SOP. » Vous avez raison, mais nous nous ressemblons peut-être plus que vous ne le pensez.

Lorsque la COVID-19 a brutalement fait son apparition dans nos vies, ici, au Canada, la vie a changé du jour au lendemain. De mon côté, mon entreprise a été paralysée et je sais que plusieurs de nos SOP ont vécu la même situation. Tout à coup, nous n'avions plus le droit de faire ce dans quoi nous excellions. Pour pouvoir continuer à aider dans le cadre de notre profession, nous devions dorénavant travailler à différents endroits, de manière différente, avec de nouvelles personnes, et surtout, en dehors de notre zone de confort.

S'ajoutait à tout cela un bouleversement dans notre vie personnelle. Le sentiment d'abandonner les personnes qui nous tiennent à cœur dans notre vie – les adultes plus âgés que nous ne pouvions plus aller visiter, les enfants à qui on ne pouvait pas enseigner des maths de troisième année (saviez-vous qu'ils n'utilisent plus la méthode de la division longue?) et les amis que nous ne pouvions plus voir quand ils avaient besoin d'aide. C'était la recette parfaite pour que se produise une tempête de honte liée à l'échec. Lorsque vous êtes la personne sur qui tout le monde se fie, au travail et à la maison, c'est difficile à avaler. N'est-ce pas?

L'isolement même lorsque vous n'êtes pas seuls

Durant les journées les plus froides de notre hiver canadien, isolés de vos amis, n'éprouvant plus le sentiment

d'accomplissement que vous procure un travail que vous adorez et vivant de l'incertitude quant à l'avenir, vous auriez eu toutes les raisons de vous sentir comme si c'était le moment le plus sombre de votre carrière d'infirmière.

Si vous êtes comme moi, vous avez d'abord refusé d'admettre vos difficultés et vous avez continué à fonctionner. Car, après tout, quel choix avez-vous en tant qu'infirmière? On a besoin de vous ailleurs dans l'hôpital. Votre famille a besoin de vous. Votre profession a besoin de vous.

De plus, vous pensez peut-être : « D'autres personnes vivent des choses bien pires que moi. » Vous vous dites peut-être que les infirmières d'étage sont tous les jours beaucoup plus à risque d'être exposées au virus. Entretemps, ces infirmières d'étage pensent peut-être aussi qu'au moins elles gagnent un salaire convenable comparativement aux autres professions. Tandis que ces autres pensent peut-être qu'elles sont chanceuses d'avoir un emploi, etc. Aucune d'entre nous n'a en fait le droit de se *sentir* contrariée, parce qu'il y a toujours quelqu'un qui vit une situation bien pire.

Il est cependant important de ressentir nos sentiments. Je suis prête à gager que vous me diriez : « Sarah, c'est compréhensible que tu te sentes contrariée. » Et je vous dirais la même chose, parce que c'est ce qui est curieux chez nous les personnes généreuses et gentilles… nous donnons aux autres et nous les appuyons quand parfois nous ne nous rendons pas la pareille (du moins en premier… jusqu'à ce que nous nous rendions compte de ce que cela nous coûte).

Des échecs antérieurs qui ressortent dans les difficultés actuelles

Je me souviens lorsque je suis devenue maman pour la première fois. Je ne partageais jamais mes difficultés. Je suis passée d'une employée ayant un super bon rendement au travail à une chialeuse pas présentable en pantalons de jogging informes, aux cheveux gras, qui doutait constamment d'elle-même. *Tout ça, du jour au lendemain*. Sérieusement, mes contractions ont commencé une heure après que je sois partie du travail.

Je m'en suis voulu dès le premier jour. Je n'avais pas le *droit* d'avoir des problèmes avec la maternité. Je détiens une maîtrise en thérapie familiale et développement humain. J'ai travaillé avec des familles en crise. Je connais les signes de la dépression. Je me suis dit que je devrais être capable de prendre en main mon chagrin incessant, car je possédais les outils. Il s'avère qu'aucune logique, connaissance théorique ou expérience en milieu de travail ne pouvaient convaincre mes neurotransmetteurs chimiquement déséquilibrés que je n'étais pas déprimée.

Mais, c'est du passé, n'est-ce pas? Pourquoi en parler maintenant?

Parce que le passé est capable de s'immiscer dans notre présent. Plusieurs années après m'être rétablie de ma dépression post-partum (DPP), ce sentiment de honte a sournoisement refait surface dans les premiers mois de la COVID. Mon cerveau intelligent a fait un « lien » avec la dernière fois où je m'étais sentie comme une nulle au travail. Tout comme la thérapeute, transformée en maman pour la première fois, la conférencière spécialisée en motivation était tout à coup sans travail (du moins temporairement, jusqu'à ce que les congrès virtuels deviennent la norme). Je n'avais personne à motiver. L'experte en reconnaissance n'était pas exposée à de nombreuses personnes à reconnaître. Je n'avais plus de rôle qui me permettait d'aider (lors d'autres crises importantes, je travaillais dans un hôpital où il m'avait été plus facile de me sentir utile).

Je n'ai pas fait le rapprochement. Mon cerveau n'a pas pensé : « Hé! C'est le même genre de crise de confiance que tu as vécue il y a 17 ans. » Je me suis plutôt dit (encore une fois) que je ne pouvais pas me permettre de perdre tous mes moyens. Sensiblement comme plusieurs d'entre vous peuvent penser que vous ne pouvez pas vous permettre de tomber malade et que vous vous dites : « Qui

prendra soin des autres si je m'effondre? » Personne ne va embaucher une conférencière spécialisée en motivation qui n'offre pas des conseils motivants et si des personnes comme moi ne peuvent pas prendre sur elle-même, alors qui sera là pour les personnes en première ligne comme vous… lorsque vous-mêmes vivez des situations difficiles? Si je n'étais pas capable de me motiver dès que des difficultés se présentaient, est-ce que ça faisait de moi une impostrice? Une fausse conférencière de motivation? Une nulle?

Et n'étais-je tout particulièrement pas une énorme impostrice, une fausse conférencière de motivation, une nulle étant donné que deux années avant, j'avais publié un livre intitulé *The Flip Side of Failing*? Quand même, le fait de nier nos problèmes n'empêche pas nos émotions de refaire surface. Notre expérience du monde, indépendamment de toute preuve logique qui soutient qu'elle devrait être différente, continue d'avoir des répercussions sur nous. J'ai dû reconnaître mon problème avant de pouvoir le gérer.

Nous observons de plus en plus des signes de problèmes liés à la santé mentale[1] chez les Canadiens, et surtout, chez les fournisseurs de soins de santé.[2] Les premières phases de recherche indiquent des signes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui sont néfastes pour votre santé en tant que personne ainsi que pour l'industrie qui fait face à des pénuries de personnel encore plus importantes à l'échelle mondiale.[3] Mis ensemble, ces sentiments de « J'ai besoin d'une journée de congé » et de « Ils ont besoin de moi. Je ne peux pas prendre congé » vous font probablement sentir comme si vous *deviez* nier comment vous vous sentez, parce que vous n'avez pas le choix. Comme le dit si bien le dicton : « Pourquoi espérer quelque chose que vous ne pouvez pas avoir ? »

Cultiver la méthode FLIP

Observer des situations de ce genre de manière logique, et *seulement* logique, c'est se refuser le droit à la compassion. Oui, on a désespérément besoin de vous. Oui, l'avenir est incertain tant dans votre vie personnelle que professionnelle. Et oui, vous éprouvez des problèmes, c'est compréhensible. C'est normal. Nous sommes humains et on doit s'attendre à cela.

Voici le « cadeau » que m'ont apporté les crises indésirables, persistantes et incessantes, comme la DPP, qui ne semblait pas vouloir finir. J'ai appris qu'il n'existe pas de bouton Avance rapide ou de chemin facile pour passer à travers mes difficultés.

Parlons un peu de ce que signifie vraiment la résilience.

Renverser l'échec avec la méthode FLIP

F – Fail (échec)

Lorsque nous subissons un échec, même si ce n'est peut-être pas quelque chose que nous avons choisi, cela peut nous aider à grandir, à nous réveiller et à apprendre une leçon que nous ne nous étions même pas rendu compte que nous devions apprendre. Il est essentiel d'avouer, de constater et de reconnaître l'échec pour pouvoir grandir et apprendre de cette situation. Ne laissez pas les sentiments d'échec que vous avez éprouvés durant la pandémie ne servir à rien. Ressentez-les, vivez-les, reconnaissez-les. Ok, maintenant, l'échec peut se dire : « Mon travail est terminé ici. » Grâce à cela, vous pouvez passer à la prochaine étape ».

L- Learn (apprendre)

L'échec constitue une « première tentative pour apprendre » selon A.P.J. Abdul Kalam.[4] Cependant, qu'en est-il de la deuxième, troisième, sixième, vingt-sixième ou soixante-sixième tentative? C'est à ce moment que nous commençons vraiment à stresser quant à nos capacités ou à penser que nos équipes ne performent pas ou même à commencer à sentir que nos affaires sont vouées à l'échec. Et si, à la cinquième, sixième ou peut-être centième tentative, nous avons assez appris pour nous

propulser et connaître du succès? Il s'agit d'avoir le cran pour être capable de persister *malgré* la résistance.

I – Ignite (allumer)

Lorsque nous pouvons nous appuyer sur l'apprentissage, nous trouvons une passion qui génère la concentration, le sentiment d'avoir un but, la compréhension et la voie que nous n'aurions peut-être pas trouvés si nous n'avions pris aucun risque et que nous n'avions pas risqué de connaître encore plus l'échec. L'envers de l'échec est souvent notre plus grande opportunité pour collaborer de manière significative avec les personnes que nous aimons, les équipes avec lesquelles nous travaillons et les communautés dont nous faisons partie.

P – Praise(louanger)

Les plus de trente grands Canadiens que j'ai interviewés pour mon livre, *The Flip Side of Failing*, était capables de reconnaître leur propre importance et l'importance des personnes et des choses qui les entouraient *malgré* leurs échecs. Demandez-vous quand vous avez reconnu pour la dernière fois votre importance ou celle d'une autre personne malgré les barrages, les obstacles ou les défis auxquels vous avez fait face?

En général, la reconnaissance est conditionnelle, comme dans le cas où une personne doit surpasser les attentes. Par exemple, vous terminez un projet ou vous atteignez un objectif financier, *à ce moment* on vous félicite. Qu'en est-il de reconnaître les réalisations en cours de route? Les progrès ne sont-ils pas autant dignes de louanges que le résultat final?

CONCLUSION

Si vous devez servir en tant qu'infirmière durant la COVID, vous pouvez aussi demander de l'aide, reconnaître à quel point cette période a été difficile, éprouver une crise de confiance lorsqu'on vous demande de travailler ailleurs ou lorsque votre SOP ferme à nouveau, ne pas savoir comment aider vos enfants ou votre sœur ou votre mère lorsqu'ils ont des problèmes ou simplement avoir besoin d'aller au lit plus tôt que d'habitude parce que vous avez l'impression de ne pas être capable de refaire le plein d'énergie.

Rien de tout cela ne signifie que vous êtes nulle, mais tout simplement que vous êtes un être humain. Ce n'est pas parce que vous pouvez reconstruire un autre humain à partir de l'intérieur (lorsqu'on y pense comme il faut, c'est pas mal incroyable ce que vous pouvez faire) que vous êtes un robot. Je sais que vous le savez, mais je vais vous le dire quand même vous avez le **droit** de ressentir vos sentiments actuels, de les reconnaître et de ne pas les juger.

Ce qui est ironique, c'est que lorsque nous essuyons un échec, nous pouvons nous en remettre tout aussi rapidement. Et qu'on se le tienne pour dit, ce ne sera pas notre dernière difficulté, alors il vaut mieux que nous renforcions maintenant nos muscles de résilience face à l'échec. Le monde entier est aussi en train d'entraîner les siens.

RÉFÉRENCES

1. CAMH. Mental health in Canada: Covid-19 and beyond, CAMH Policy Advice, July 2020. [Consulté le 15 juin 2021.] Peut être téléchargé à : www.camh.ca/-/media/files /pdfs—-public-policy-submissions/ covid-and-mh-policy-paper-pdf.pdf

2. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, Dell'Osso L. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020 Oct;292:113312.

3. Drannan VM, Ross F. Global nurse shortages – the facts, the impact and action for change. Br Med Bull. 2019 Jun 19;130(1):25-37.

4. https://www.goodreads.com/ quotes/1015959—-if-you-fail-never-give-up-because-f-a-i-l-means

Keywords: Resilience, professional development, mental wellness.

FLIPING FAILURE INTO RESILIENCE

Author: *Sarah McVanel[1] MSc, PCC, CHRL, CSODP.*

Affiliations: *[1]Recognition Expert, Greatness Magnified, St. Catherine's, ON, Canada.*

This article is based on Sarah McVanel's keynote presentation at the 2021 ORNAC National Conference.



INTRODUCTION

Has there ever been a time when, collectively, we have been called to level up our lives, push past our knowledge threshold, and face hard truths? And hasn't this triggered the buried memories of other challenging experiences – that former bully boss, that near miss with a patient, a stormy time with our teen – and forced us to face the emotions that have arisen from past failures, disappointments, and struggles?

I know it has happened to me.

You might be thinking, "Okay Sarah, but we're pretty different. You're a speaker, we're OR nurses." You are right. But we might be more similar than you think.

When Covid-19 first came crashing into our lives here in Canada life changed overnight. For me my business came to a standstill and I know this also happened to many of your ORs. Suddenly, what we're "good at" we aren't allowed to do. In order to be able to continue to help, in a professional capacity, we were now required to work in different locations, in new ways, with new people and, most certainly, outside our comfort zones.

Added to all this was the upheaval in our personal lives. The feeling that we were letting down the people in our lives – the older adults who we could no longer visit, the kids we couldn't seem to teach grade three math to (did you know they no longer do long division?), and the friends we could not be with to help when they were struggling. It's the perfect recipe for a failure shame storm. When you're the one that everyone leans on, at work and at home, it's a pretty tough pill to swallow. Am I right?

Isolation even when you're not alone

During the bleakest of days of our Canadian winter, isolated from friends, detached from the meaning and sense of accomplishment from the work you love, and with the lack of certainty about the future, you would have been right on schedule for feeling that this was the bleakest time in your career as a nurse.

If you are anything like me, you at first deny your struggle and you just keep on keeping on. Because, after all, what choice do you have as a nurse? You are needed elsewhere in the hospital. Your family needs you. Your profession needs you.

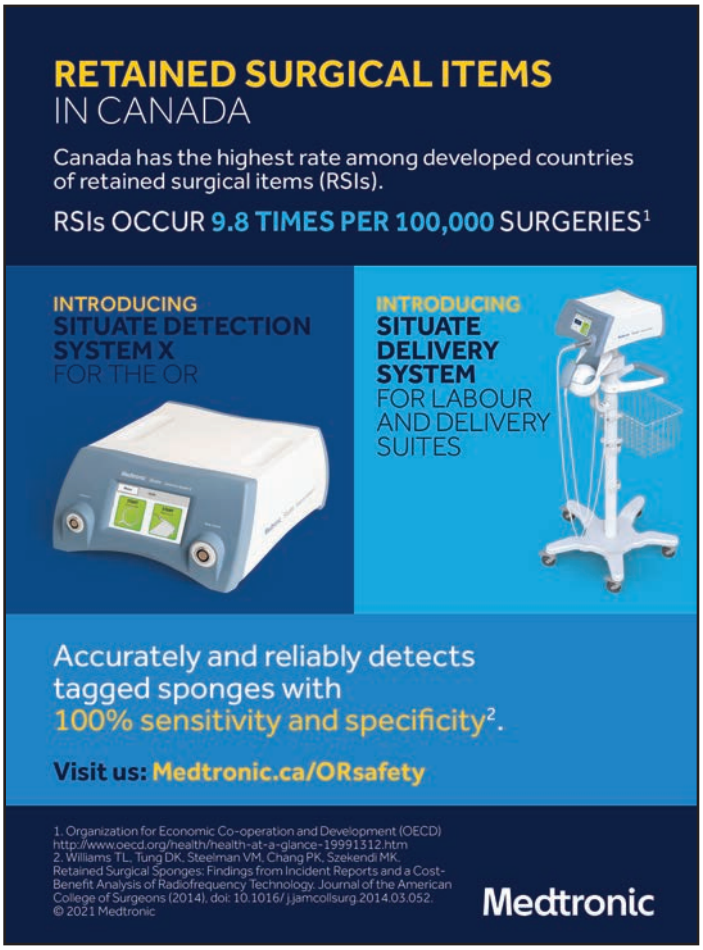
You may also be thinking, "other people have it worse than I do." You may tell yourself well, floor nurses are at a greater daily risk of exposure. Meanwhile those floor nurses may be doing the same by thinking that at least they make a decent wage compared to those in other professions. While those others may be thinking that they are at least lucky to have a job, and so on. None of us are allowed to actually *feel* upset. Because someone always has it worse.

But we do need to feel it. I am willing to bet you would tell me "Sarah, it is understandable that you are feeling upset." And I would say the same back to you. Because that is the funny thing about us generous and kind folks… we give and support others while sometimes denying ourselves the same courtesy (at least at first… until we start to realize what it is costing us.)

Past failures resurface in current struggles

I can remember when I was a new mom. I always kept my struggles to myself. I went from a top performer at work to a blubbering mess in droopy sweatpants, with greasy hair, and living with constant self-doubt. *And I did it in one day*. Seriously, I went into labour half an hour after I clocked off at work.

I beat myself up from day one. I was not *allowed* to struggle with motherhood. I hold a master's degree in family therapy and human development. I worked with families in crisis. I know the signs of depression. I told myself I should be able to fix my unrelenting unhappiness as I have all the tools. It turns out that no amount of logic, textbook knowledge, or on-the-job experience could convince my chemically imbalanced neurotransmitters that I wasn't depressed.



But that is in the past, right? Why bring it up now?

Because the past has a way of sneaking in to our present. Many years after my post-partum depression (PPD) recovery that shame quietly crept up on me within the first few months of Covid. My brilliant brain made a "connection" to the last time I felt like a work failure. Just like the therapist, turned first-time mom, the motivational speaker suddenly was out of work (at least temporarily until virtual conferences became the norm). I had no one to motivate. The recognition expert did not have exposure to many people to recognize. I did not have a role in which I could help (in past major crises I had been working in a hospital where it had been easier to feel useful).

I did not put two and two together. My brain did not think, "Hey this is the same kind of crisis of confidence I had 17 years ago." Instead I (once again) told myself I do not have the luxury of falling apart. Much like many of you might think you do not have the luxury of getting sick as, "who is going to care for others if I fall apart?" No one hires an
"un-motivational speaker" and heck if people like myself cannot pull ourselves up then who is going to be there for people on the frontline like you… when you are struggling. If I could not be motivated at the first sign of struggle then did that make me a fraud? A fake? A failure?

And wasn't I a particularly huge a fraud, fake, and failure, given that, not two years earlier, I had published a book called *The Flip Side of Failing*? Yet denying our struggle does not keep the emotions from surfacing. Our experience of the world, regardless of any logical evidence that argues it should be different, still impacts us. I had to acknowledge the struggle to be able to deal with it.

We are seeing growing signs of mental health strain[1] among Canadians, and specifically, among healthcare providers.[2] Early research is showing signs of post-traumatic stress disorder (PTSD) which is taking a toll on you as individuals as well as on the industry facing even greater global nursing shortages.[3] Taken together the feelings of, "I need a day off" and "they need me, I can't take a day off" probably leaves you feeling that you *need* to deny how you feel as you don't have a choice. As the old adage goes, "why wish for something you can't have."

Fueling the FLIP

To look at situations like this logically, and *only* logically, denies your humanity. Yes, you are desperately needed. Yes, the future is uncertain both personally and professionally. And yes, you are struggling. It is understandable. It is normal. It is human. It is to be expected.

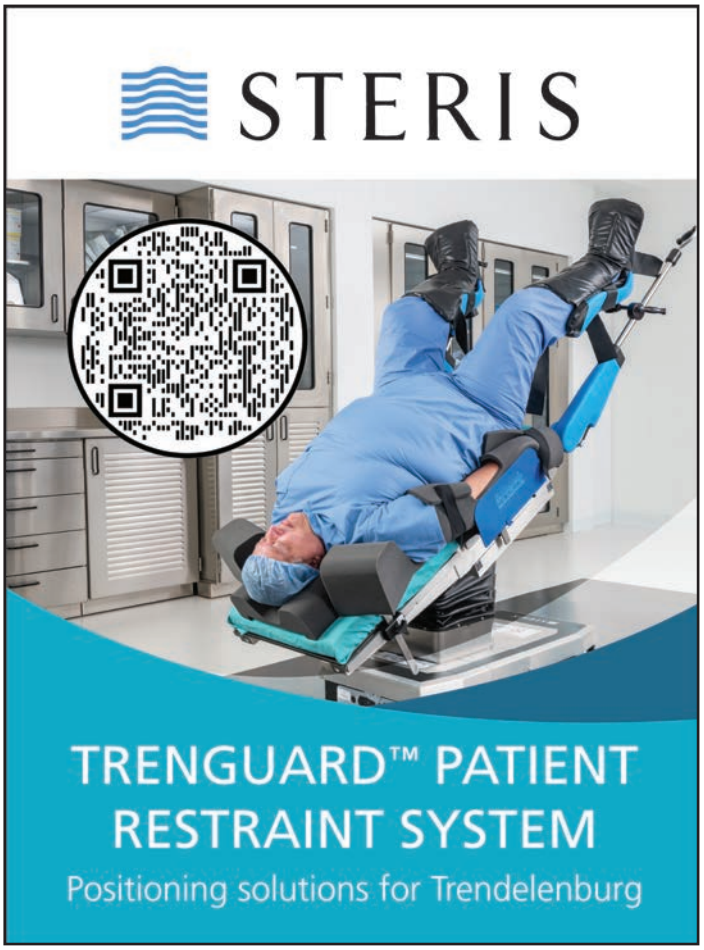
Here is the "gift" that came from my unwanted, stubborn, unrelenting crises in my life, like PPD, that did not seem to want to go away. I have learned that There is no fast forward button or easy route through struggle.

Let's talk about what resilience really means.

FLIPing Failure

F – Fail

When we fail, although it may not be something we have chosen, it can help us grow, awaken, and learn something that we didn't realize we needed to learn. Honouring, noticing, and acknowledging the failure is essential for growth and meaning to arise from it. Do not let any feelings of failure that you have had during this pandemic be for nothing. Feel it, experience it, acknowledge it. Okay, now, the failure can say "my work here is done." With that, you can move on to "L".



L- Learn

Fail stands for "first attempt in learning" according to A.P.J. Abdul Kalam.[4] However, what about the second, third, sixth, twenty-sixth, or sixty-sixth attempt? That's when we really start to stress about our abilities or think our teams are not performing or even start to feel that our businesses are failing. What if, by that fifth, sixth or maybe the 100th time, we have learned enough to propel ourselves forward to success. It is about having the grit to be able to persist *despite* resistance.

I – Ignite

When we can lean into the learning, we find a passion that creates focus, purpose, clarity, and direction that we may not have found had we been playing it safe and not risking more failure. On the other side of failure is often our greatest opportunity to meaningfully contribute to those we love, the teams we work on, and the communities we are part of.

P – Praise

The more than 30 great Canadians who I interviewed for my book, *The Flip Side of Failing*, were able to recognize their own greatness and the greatness all around them *despite their failures*. Ask yourself, when was the last time you recognized the greatness in yourself or somebody else despite the roadblock, obstacle, or challenge you ran into?

Typically, recognition is conditional, such as in a situation where someone has to go above and beyond expectations. For example, you reach the end of a project or meet that financial target, *then* you get kudos. Well, what about recognizing the accomplishments along the way? Isn't progress just as worthy of praise as is the final outcome?

CONCLUSION

If you have to be a nurse during Covid you also get to ask for help, acknowledge how tough this time has been, feel a crisis of confidence when you're asked to work somewhere else or when your OR shuts down again, not know how to help your kids or sister or mother when they struggle, or simply need to go to bed earlier than you ever used to because you just cannot seem to get your energy back.

None of this means you are a failure. It means you are human. Just because you can rebuild another human from the inside out (it is pretty amazing what you can do if you sit back and think about it) does not mean you are a robot. I know you know this, but I will say it anyway - you are **allowed** to feel your current experience, acknowledge it, and not judge it.

The ironic thing is, when we lean into our failure, we can flip it that much faster. And let's face it, this will not be our last struggle, so we might as well strengthen our failure resiliency muscles now. The whole world is stretching theirs too.

REFERENCES

1. CAMH. Mental health in Canada: Covid-19 and beyond, CAMH Policy Advice, July 2020. [Cited June 15, 2021.] Available from www.camh.ca/-/media/files/pdfs—-public-policy-submissions/covid-and-mh-policy-paper-pdf.pdf

2. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, Cordone A, Bertelloni CA, Bui E, Dell'Osso L. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020 Oct;292:113312.

3. Drannan VM, Ross F. Global nurse shortages – the facts, the impact and action for change. Br Med Bull. 2019 Jun 19;130(1):25-37.

4. https://www.goodreads.com/quotes/1015959—-if-you-fail-never-give-up-because-f-a-i-l-means

3M

Tegaderm™

Brand Wound Care Solutions



When monitoring an incision, you need the whole picture.

3M™ Tegaderm™ Absorbent Clear Acrylic Dressings

Maintaining an ideal healing environment and monitoring surgical incisions are critical steps in reducing post-operative surgical site infections. For small to large incisions, 3M™ Tegaderm™ Absorbent Clear Acrylic Dressings offer a waterproof[1], transparent[2] barrier – allowing active monitoring and early intervention without disturbing the incision[3]. Plus, extended wear time[4] allows patients to shower and return more quickly to daily activities[1].

Visit 3M.ca/Tegaderm to request a sample.



Available in five sizes for complete coverage of incisions up to 28 cm (11 in).

Available in Canada from

3M Canada Company
Medical Solutions Division
300 Tartan Drive
London, Ontario N5V 4M9
Canada
1-800-364-3577
3M.ca

3M Company
2510 Conway Avenue
St. Paul, MN 55144
USA
1-800-228-3957

[1] 3M data on file. EM-05-014684.
[2] 3M data on file. EM-05-000138.
[3] 3M data on file. EM-05-000003.
[4] 3M data on file. EM-05-014692, EM-05-014725.

3M and Tegaderm are trademarks of 3M. Used under license in Canada. © 2020, 3M. All rights reserved. 2008-18043 E

MEDLINE

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 WHEN THE BUSTLE IS REAL.

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.