



June/juin 2018
Volume 36, Issue/numéro 2

ORNAC | REVUE DE JOURNAL | L'AIISOC



By/par : J. Radey

Electronic Distraction · Distraction électronique
Impact of Recognition · Impact de la reconnaissance
ORNAC Call for Abstracts · Appel de résumés de l'AIISOC

www.ORNAC.ca

PM43490512



PRESENTS



DRY ERASE
**HOSPITAL
COMMUNICATION
BOARDS**
Safety is **NO** Accident

A Great Visual Tool For Promoting Patient Safety & Safety Protocols. Surgical Site Fire Risk Assessment, INTRA-Operative Counts, Time Out, & Many Other Safety Checklist Protocols!



BASIC
VINYL GRAPHIC
WITH DRY ERASE COATING

SURGICAL SITE FIRE RISK ASSESSMENT

Alcohol-based prep solution has had a sufficient drying time (minimum 3 minutes)

Yes No N/A

ASSESS THE RISK

(Circle appropriate option) YES NO

* Surgical site or incision is above the Xiphoid 1 0

* Open Oxygen Source (patient receiving supplemental oxygen via any variety of face mask or nasal cannula) 1 0

* Available ignition source (i.e., electrocautery unit, laser, defibrillator, burn, fiber-optic source etc.) 1 0

TOTAL SCORE

SCORING

3 High Risk
2 Low Risk with potential to convert to High Risk
1 Low Risk

FIRE RISK PROTOCOLS

SCORE 3 HIGH RISK
The Circulating Nurse and Anesthesia Provider take these precautions:

Circulating Nurse

- Verify the charge, including verbal confirmation of the oxygen percentage.
- Ensure appropriate draping techniques to minimize oxygen concentration under the drape.
- Minimize ETOI setting.
- Assess that enough time has been allowed for fumes of alcohol based prep solutions to dissipate (minimum of 3 minutes).
- Encourage use of wet sponges.
- Ensure a team of scrub nurse and full sponge are available for the suppression.

Anesthesia Provider

Ensures that a syringe full of saline is on hand for procedures conducted within the OR safety.

Documents oxygen concentration and time taken the MAC circuit for oxygen administration ability at FIO2 of 0.2 using both gas flows of at least 12L/min.



STANDARD
FLIP FRAMES

COUNTS

DATE: _____

PATIENT: _____

PRE 1 2 Final

LAP

5	10	15	20	25	30
35	40	45	50	55	60
65	70	75	80	85	90

RAYTECS

10	20	30	40	50
60	70	80	90	100

COTTONBOBS

10	20	30	40	50
60	70	80	90	100

PEANUTS

5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

NEEDLES

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

PLATES

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

IMPLANTS

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

SWITCHES

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

STERILE SOURCE

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10



DELUX
1/4" ACRYLIC WITH
OR WITHOUT SWITCHES

O.R. Safety Check Board

All items must be confirmed by 2 team members.

Patient's Name: _____

DOB: _____ Procedure: _____

Family Update:

- Patient Identified Using Two Identifiers
- Procedure Confirmed
- Site Marked
- Completed Consent Signed

ATB Reducing

- H&P Updated
- Patient Positioned
- Diagnostics/Images Reviewed

Equipment QC (Completed & Documented)

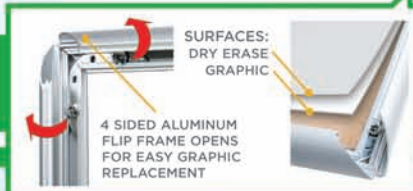
- Allergies Noted
- Antibiotics Given*
- Medication/Irrigation Available
- Implants/Equipment Available
- Safety Precautions In Place

*If Applicable



FEATURES:

- TRULY Removable™ wall graphic
- Hard coated with *GHOST GUARD*™ dry erase surface
- Disinfectant safe
- Fully customizable
- Variable size boards



FEATURES:

- 4 Sided FLIP Frame
- Hard coated with *GHOST GUARD*™ dry erase surface
- Disinfectant safe
- Replaceable graphic
- Fully customizable
- Variable size boards



FEATURES:

- FLIP Switches (Optional)
- 1/4" Clear acrylic
- Hard dry erase surface
- Disinfectant safe
- Fully customizable
- Variable size boards

5 Year Guarantee On *GHOST GUARD*™ Dry Erase Surface.
Single one off prints are accepted. Discounts at 10, 50 & 100++

Since 1996, RMAC Surgical Inc. has been dedicated to manufacturing and distributing patient safety products, such as PharmaTags Sterile Medication Labels & Surgical Skin Markers to operating rooms, cardiac cath labs, interventional radiology suites, and A.S.C.s throughout the United States, Canada & NOW Globally.

RMAC Surgical Toll Free: **1.888.299.2661** www.pharmatags.com
Sponsor of the ORNAC / 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 36, Issue 2, June 2018

TABLE OF CONTENTS

By/par : J. Radey



12 Electronic distraction in the operating room: A major safety issue

BY: JAGROOP S. SARAN MD AND
PETER J. PAPADAKOS MD,
F.C.C.P., F.C.C.M., F.A.A.R.C.

43 Simple acts of recognition can resuscitate perioperative teams

BY: SARAH MCVANEL, MSc, PCC, CHRL, CSODP

ORNAC NETWORK

19 ORNAC National Conference: Call for Abstracts

28 Spotlight on ORNAC Members: An Interview with Patricia Pocock

31 ORNAC Award opportunities

46 Upcoming Events



SUBSCRIPTIONS:

Canada - \$52 plus GST/HST
Outside Canada - \$80
Single Copies - \$20 + tax in Canada
\$25 outside Canada
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.

Publications Mail
Agreement No. 43490512
Return Undeliverable Canadian
Addresses to
PO Box 33145 Halifax NS B3L 4T6

ORNAC Journal

c/o Clockwork Communications Inc.
PO Box 33145, Halifax, NS, B3L 4T6
Tel: 902.442.3882 Fax: 888.330.2116
E-Mail: Info@ClockworkCanada.com
www.ClockworkCanada.com

EDITOR:

Deborah McNamara

ART DIRECTOR:

Sherri Keenan

TRANSLATION:

Jocelyne Demers-Owoka

EDITORIAL CO-CHAIRS:

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

ADDRESS CHANGES:

ORNAC members:
www.ORNAC.ca for address changes.

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

ORNAC Executive

PRESIDENT - Barbara Mushayandebvu RN, CPN(C) - Calgary, AB - president@ornac.ca

PRESIDENT ELECT - Linda Whyte RN, CPN(C) - Toronto, ON - presidentelect@ornac.ca

TREASURER - Elizabeth Beck RN, CPN(C) - New Minas, NS - treasurer@ornac.ca

SECRETARY - Lucia Pfeuti RN, BN, CPN(C) - Calgary, AB - secretary@ornac.ca

EXECUTIVE DIRECTOR - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - executivedirector@ornac.ca

ORNAC Board Members

BRITISH COLUMBIA

Donna Gramigna RN, BSN, CPN(C)

ALBERTA

Darlene Rikley RN, CPN(C)

SASKATCHEWAN

Lyanne Faucher-Sinclair
RN, MN, CPN(C)

MANITOBA

Kim Goodman RN, CPN(C)

ONTARIO

Dee Frisina RN, CPN(C)

QUEBEC

Philippe Willame RN, BScN

NEW BRUNSWICK

Chantal Pelletier RN, BN, BSc

NOVA SCOTIA (ACTING)

Cindy Fulmore RN,
BN, CPN(C)

PRINCE EDWARD ISLAND

Aletha MacNevin RN,
BScN, CPN(C)

NEWFOUNDLAND & LABRADOR

Tina Parrill RN, BN, MN, CPN(C)

LEADERSHIP

Laurie Bower RN, BScN,
MEd, CIC, CPN(C)

ADVANCED PRACTICE

Sarah Pelletier RN, BScN,
CPN(C), RNFA, MScN

EDUCATION

Erin Robertson RN, BScN,
MN, CPN(C)

For information about the
Board visit

www.ORNAC.ca

ORNAC MISSION

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) is an organization of Perioperative Registered Nurses and Associates dedicated to the:

- Promotion and advancement of excellence in the provision of safe perioperative care for patients;
- Professional growth, competence and personal enhancement of the ORNAC membership; and
- Progression of perioperative professional practice at a regional, provincial, national & international level.



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 36, numéro 2, juin 2018

TABLE DES MATIÈRES

By/par : J. Radey



20 Distraction électronique en sale d'opération : un grave problème de sécurité

PAR : JAGROOP S. SARAN M.D. ET
PETER J. PAPADAKOS M.D.,
F.C.C.P., F.C.C.M., F.A.A.R.C.

38 Des actes de reconnaissance simples peuvent ressusciter les équipes de soins périopératoires

PAR : SARAH McVANEL, M. Sc., PCC, CHRL, CSODP.

RÉSEAU DE L'AIISOC

19 Appel de Présentations – Conférence national de l'AIISOC

34 Pleins feux sur les membres de l'AIISOC : une entrevue avec Patricia Pocock

37 Opportunités de bourses/prix de l'AIISOC

46 Prochains événements



ABONNEMENT :

Canada - 52 \$ + TPS/TVH
À l'extérieur du Canada - 80 \$
Copies individuelles - 20 \$ + taxes au
Canada / 25 \$ à l'extérieur du Canada
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.

Convention de vente des envois de
publications canadiennes No.
43490512

Retourner toute correspondance
canadienne ne pouvant être livrée au
CP 33145 Halifax N.-É. B3L 4T6

Revue de l'AIISOC
a/s de Clockwork Communications Inc.
CP 33145, Halifax, N.-É., B3L 4T6
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

TRADUCTION :

Jocelyne Demers-Owoka

COPRÉSIDENTES DU COMITÉ DE RÉDACTION :

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

CHANGEMENTS D'ADRESSE :

Membres de l'AIISOC :
www.ORNAC.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.

Comité de direction de l'AISOC

PRÉSIDENTE - Barbara Mushayandebvu, inf., CSP(C) - Calgary AB - president@ornac.ca

PRÉSIDENTE ÉLUE - Linda Whyte, inf., CSP(C) - Toronto, ON - presidentelect@ornac.ca

TRÉSORIÈRE - Elizabeth Beck, inf., CSP(C) - New Minas, N.-É. - treasurer@ornac.ca

SECRÉTAIRE - Lucia Pfeuti, inf., B. S. Inf., CSP(C) - Calgary, AB - secretary@ornac.ca

DIRECTRICE GÉNÉRALE - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - executivedirector@ornac.ca

Conseil d'administration de l'AISOC

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Donna Gramigna, inf.,
B. Sc. Inf., CSP(C)

ALBERTA

Darlene Rikley, inf., CSP(C)

SASKATCHEWAN

Lyanne Faucher-Sinclair, inf.,
M. S. Inf., CSP(C)

MANITOBA

Kim Goodman, inf., CSP(C)

ONTARIO

Dee Frisina, inf., CSP(C)

QUÉBEC

Philippe Willame, inf., B. Sc. Inf.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Chantal Pelletier, inf., B.Sc., B.Inf.

NOUVELLE-ÉCOSSE (PAR INTÉRIM)

Cindy Fulmore, inf., B. Inf., CSP(C)

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Aletha MacNevin, inf.,
B.Sc.inf., CSP(C)

TERRE-NEUVE-ET- LABRADOR

Tina Parrill, inf., B.inf., MN, CSP(C)

LEADERSHIP

Laurie Bower, inf., B.Sc.Inf, MEd, CIC, CSP(C)

PRATIQUE AVANCÉE

Sarah Pelletier, inf., B. Sc. Inf., CSP(C),
IPAC, M. Sc. Inf.

ÉDUCATION

Erin Robertson, inf., B. Sc. Inf., M. S. Inf.,
CSP(C)

Pour plus de renseignements
concernant le Conseil
d'administration, visitez
www.AISOC.ca

MISSION DE L'AISOC

L'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AISOC) est un organisme d'infirmières et d'infirmiers autorisés en soins périopératoires et d'associés se consacrant :

- A la promotion et à l'avancement de l'excellence quant à la distribution de soins périopératoires sécuritaires à nos patients;
- A l'amélioration des compétences tant sur le plan professionnel que personnel; et
- A la progression de la pratique professionnelle des soins périopératoires à l'échelle provinciale, nationale et internationale.



Advertiser Directory / Annuaire des annonceurs

Product Advertisers / Annonceurs de produits

Cardinal Health Canada	9	Medline Canada	48
Ecolab	15	RMAC Surgical	2
Meditek	47		

Career Opportunities / Possibilités de carrière

Cardiff University School of Medicine	33	Interior Health	32
------------------------------------------	----	-----------------	----



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

Barbara Mushayandebvu RN, CPN(C), is a staff nurse at the Peter Lougheed Centre in Calgary. She has experience in all surgical specialties and has been a Clinical Leader and Clinical Nurse Educator. Her past volunteer roles include ORNAA President, ORNAC Journal Editorial Chair, and Co-Chair of the 2015 ORNAC National Conference. president@ornac.ca



Spring. One word that brings so much hope, promise and new beginnings. I hope wherever you are spring has arrived after a very long cold winter that seemed it would last all year.

The arrival of spring reminded me that I have been on this adventure for a year now. It feels much longer as so many things have happened. I thought I would take a few moments to look back over the past year for ORNAC.

I made a number of commitments at the start of my term. I committed to encouraging membership engagement and participation in ORNAC. This was the goal behind a member survey, sent to all members in April, requesting input prior to ORNAC's strategic planning session. This session took place in May and I will share the results of this important plan for ORNAC's future in my next message.

Holding our AGM on the Road, in years when we do not host a national conference, has provided another great way to engage with members. This year's AGM was in Richmond, BC, in May and was accessible to all members via web conferencing. The AGM was also accompanied by an exciting education program. Our travelling AGM will bring future ORNAC AGMs to different parts of the country and the on-line access will further encourage member engagement with ORNAC.

Start by doing what's necessary; then do what's possible; and suddenly you are doing the impossible.

- Saint Francis of Assisi

Inspiring and encouraging teamwork on the Board was also one of my commitments. At the May Board Meeting we included a teamwork session for all Board Members. This set the stage as the board headed in to the strategic planning session the following day with their new teamwork strategies fresh in their minds. Only great things can be achieved when we work as a team.

To support ORNAC's sustainability we have implemented several cost-cutting measures. It is crucial that your Board and Executive are fiscally responsible with your finances. The financial report was presented at the AGM and posted on the website to ensure full transparency from your Board and Executive. Visit www.ORNAC.ca to review this report and please do not hesitate to contact me with any questions.

The ORNAC Journal is now available to members in electronic format as well as in print. Going forward and transitioning, in the future, to a solely on-line version of the journal will ultimately save our association significant costs involved in printing and

mailing the current journal. It will also bring us in line with modern publishing approaches as utilized by many associations. Visit the member portion of the website to view this electronic journal and see how easy it is to view and use.

As I start the second year of my term I will continue to work on fulfilling my commitments to the members. Meeting these goals will require the involvement of you, the membership, to help ORNAC fulfil its mission and vision. United we can do the impossible!

As we continue planning for the 2019 National Conference, in Halifax, NS, we are reaching out to all members to submit abstracts, volunteer, or register to attend. I am excited, and hope you all are too, about this awesome conference and look forward to seeing you there next year. In the meantime, enjoy spring and take time to reflect, rejuvenate, and refresh all areas of your life. 🍁

Barbara Mushayandebvu RN CPN(C)



PROTEXIS® SURGICAL GLOVES

Optimize safety, _____ _____ prioritize quality

Adopting surgical gloving best practices in the OR

1 Standardize to synthetic gloves

Latex sensitivity increases over time and with repeated use. This makes health care professionals vulnerable.¹ Ensure your facility is latex-free by standardizing to synthetic gloves.

2 Implement double-gloving

Wearing two surgical gloves reduces the risk of infections as coloured undergloves help identify punctures in outer gloves.² Maximize safety, implement double-gloving in your facility.

3 Eliminate powder

Glove powders can carry latex allergens into wounds and cause post-operative complications.³ Eliminate these powdered gloves from your OR.

For more information or to order, visit cardinalhealth.ca, call **1.888.291.5033** or contact your **sales representative** today.


CardinalHealth
Essential to care™

1 <http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/latex/latex.html>
2 Waljee J, Malay S, Chung K. Sharps Injuries: The Risks and Relevance to Plastic Surgeons. *Plast. Reconstr. Surg.* 131: 784, 2013.
3 Rothrock, J.C. (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

MOT DE LA PRÉSIDENTE

Barbara Mushayandevu, inf., CSP(C), est infirmière de soins généraux au Centre Peter Lougheed, à Calgary. Elle possède de l'expérience dans toutes les spécialités chirurgicales et elle a été une infirmière clinicienne leader et une infirmière clinicienne enseignante. Parmi les rôles de bénévolat qu'elle a occupés, notons qu'elle a été présidente de l'ORNAA, présidente du comité de rédaction de la Revue de l'AIISOC et coprésidente pour la planification de la conférence nationale 2015 de l'AIISOC.
president@ornac.ca



Le printemps. Un mot que nous apporte tant d'espoir, de promesses et de nouveaux départs. J'espère que peu importe où vous êtes, le printemps est arrivé après un hiver très long et froid qui paraissait vouloir durer toute l'année.

L'arrivée du printemps me rappelle que j'ai entrepris cette aventure depuis déjà un an. Ça me semble beaucoup plus long étant donné que plusieurs choses se sont produites. Je voudrais prendre quelques minutes pour revenir sur la dernière année de l'AIISOC.

Au début de mon mandat, je me suis engagée à accomplir un certain nombre de choses. Je me suis engagée à encourager la participation et l'engagement des membres dans l'AIISOC. C'était l'objectif d'un sondage envoyé à tous les membres en avril leur demandant leurs idées avant la séance de planification stratégique de l'AIISOC. Cette séance a eu lieu en mai et je vous ferai part des résultats de ce plan important pour l'avenir de l'AIISOC dans mon prochain message.

En tenant notre AGA sur la route lorsque nous n'organisons pas de conférence nationale durant l'année, nous avons pu rejoindre nos membres. L'AGA de cette année s'est déroulée à Richmond, C.-B., en mai et tous les membres pouvaient y accéder via une cyberconférence. Un formidable programme éducatif accompagnait également l'AGA. Notre AGA ambulante permettra aux AGA futures de l'AIISOC de se dérouler dans

différentes parties du pays et l'accès en ligne encouragera encore plus les membres à participer aux activités de l'AIISOC.

Un travail d'équipe inspirant et encourageant au sein du conseil d'administration faisait également partie de mes engagements. Lors de la rencontre du conseil d'administration en mai, nous avons inclus une séance de travail d'équipe pour tous les membres du conseil. Cette séance a permis au conseil d'administration de paver la voie pour se lancer le jour suivant dans la séance de planification stratégique avec ses nouvelles stratégies de travail d'équipe encore fraîches dans son esprit. Seules des choses extraordinaires peuvent être réalisées lorsque nous travaillons en équipe.

Afin d'appuyer la viabilité de l'AIISOC, nous avons mis en œuvre plusieurs mesures visant à réduire les coûts. Il est essentiel que vos conseils d'administration et de direction soient responsables sur le plan financier pour gérer vos finances. Le rapport financier a été présenté lors de l'AGA et publié sur le site Web afin d'assurer une transparence complète de la part de vos conseils d'administration et de direction. Visitez www.ORNAC.ca pour consulter ce rapport et n'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez des questions.

Les membres peuvent maintenant consulter la Revue de l'AIISOC en format électronique ainsi qu'en version imprimée. À l'avenir, une version

exclusivement en ligne de la revue permettra à notre association d'économiser sur les coûts importants associés à l'impression et à l'envoi de la revue actuelle. De plus, cela nous permettra de nous conformer aux approches modernes de publication qu'utilisent actuellement de nombreuses associations. Visitez la section du site Web réservée aux membres pour consulter la revue en format électronique et constater combien il est facile de la consulter et de l'utiliser.

Alors que j'entame la deuxième année de mon mandat, je continuerai de m'efforcer de réaliser mes engagements envers les membres. Afin d'atteindre ces objectifs, votre participation est nécessaire, vous, les membres, pour aider l'AIISOC à réaliser sa mission et sa vision. C'est en nous unissant que nous arriverons à réaliser l'impossible!

À mesure que nous continuons à planifier la Conférence nationale de 2019, à Halifax, N.-É., nous faisons appel à tous les membres pour leur demander de soumettre des résumés, de faire du bénévolat ou de s'inscrire pour participer. Je suis impatiente de participer à cette formidable conférence et j'espère que vous l'êtes tout autant. J'ai bien hâte de vous y rencontrer l'année prochaine. Entretemps, profitez bien du printemps et prenez le temps de réfléchir à tous les aspects de votre vie, de les raviver et de les revamper. 🌸

Barbara Mushayandevu inf, CSP(C)

Editorial Review Panel

If you're interested in joining the ORNAC Editorial Review Panel review panel e-mail journal@ornac.ca for more information.

Deana Bueley, RN, BScN, CPN(C), Clinical Nurse Educator/Assistant Head Nurse, Fort Saskatchewan Community Hospital, Fort Saskatchewan, AB.

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, Surgical Services Program Manager, BC Children's Hospital, Vancouver, BC.

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.

Sarah Pelletier, RN, BScN, CPN(C), RNFA, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

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

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



Comité de révisions

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.

Deana Bueley, inf., B. Sc. Inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante/ infirmière chef adjointe, Hôpital communautaire Fort Saskatchewan, Fort Saskatchewan, AB.

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, gestionnaire du programme de services chirurgicaux, BC Children's Hospital, Vancouver, C.-B.

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

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

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

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

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

Sarah Pelletier, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), IPAC, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

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

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



KEYWORDS: PERSONAL ELECTRONIC DEVICES (PEDs), DISTRACTION, SOURCES OF DISTRACTION, OPERATING ROOM.

ELECTRONIC DISTRACTION IN THE OPERATING ROOM: A MAJOR SAFETY ISSUE

Authors: Jagroop S. Saran¹ M.D. and Peter J. Papadakos² M.D., F.C.C.P., F.C.C.M., F.A.A.R.C.

Affiliations: ¹Fellow, Critical Care Medicine, Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, New York, USA.

²Professor of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Surgery, Neurology, Neurosurgery. University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, New York, USA.

A version of this paper was presented at the 25th Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) National Conference, held April 30-May 4, 2017 at Niagara Falls, ON.

ABSTRACT:

The past decade has seen an increase in the use and availability of electronic devices, including computers and personal electronic devices, in the health care setting. Hospitals have invested significantly in electronic medical records and ensuring the availability of Wi-Fi and cellular networks throughout their institution. It remains to be seen if this increased accessibility has led to improved patient safety, or reduced medical errors, but it has led to a new, unanticipated, problem which may impact patient safety and professionalism.

The operating room (OR) is a complex and rapidly changing environment with high cognitive load tasks requiring teamwork and communication between team members and technology. Distractions, no matter how minor, have the possibility of causing errors which could result in patient harm. In this brief review the authors discuss potential sources of distractions in the operating room, explore some methods that have addressed this issue, and outline ways to limit electronic distractions.

INTRODUCTION

Delivery of modern health care is synonymous with the use and acceptance of the latest technology. From the offices of primary care physicians to the operating rooms and to the most sophisticated intensive care units, one sees the proliferation of electronic devices, including computers, laptops, or other mobile devices. Hospitals and outpatient clinics alike have spent billions of dollars on the introduction of electronic medical records (EMR) in hopes of reducing medical errors and increasing patient safety. EMR was traditionally only available on computers or laptops but is now available on portable personal devices such as tablets and mobile phones. It remains to be seen if this increased accessibility has led to improved patient safety, or reduced medical errors, but it has led to a new, unanticipated, problem which may impact patient safety and professionalism.

The term “distracted doctoring” was coined in a 2011 New York Times front page article¹ by Matt Richtel following

The last decade has seen a proliferation of PEDs, such as smartphones and tablets, in our society.

an editorial in *Anesthesiology News* earlier that year. The article received extensive media attention and brought this issue to the forefront for many. The following year Emergency Care Research Institute (ECRI) identified distractions from smartphones and other mobile devices as one of the top 10 health technology hazards for the very first time.²

The operating room (OR) is a complex and rapidly changing environment with high cognitive load tasks requiring teamwork and communication between team members and technology. Distractions, no matter how minor, have the possibility of causing errors which could result in patient harm.

Studying distractions in the healthcare setting, including the operating room, has taken off in the last 10 to 15 years. There are ongoing research efforts by multiple investigators in varying settings currently studying the role of distractions and trialing methods to limit its effects.

In this brief review, we discuss potential sources of distractions in the operating room, explore some methods which have addressed this issue, and end with suggestions on how to limit electronic distractions.

The need for distraction

Health care professionals are, in this day and age, burdened by many demands and often with not enough time to meet them. There is a constant pressure to see more patients, to see them faster, and to document more information in the EMR which can be time consuming. Several sociological studies have explored how working in such environments leads to an increase in stress and inattention and particularly an increase in distraction.^{3,4}

Distraction becomes a coping mechanism as a consequence of stress and eventually develops into an addiction.⁵ New technology in the form of personal electronic devices (PEDs), such as smartphones and tablets, have

provided additional outlets for this addiction. These devices are easily accessible and serve as an outlet for distraction to cope with stress – to check that email, text message, latest blog post, breaking news in the media, or the latest tweet.

PEDs and Social Media

At the heart of the problem of “distracted doctoring” is the embrace by our society of personal electronic devices (PEDs). The last decade has seen a proliferation of PEDs, such as smartphones and tablets, in our society. These devices have dramatically changed the way we communicate. There has been a significant shift from face to face verbal communication to device-based interactions.

The impact of PEDs, and the ability of the internet to connect us all through social media, can be seen all around us. One only needs to look around momentarily and can observe the majority of people on public transit, in shopping centers, and in any public place holding a PED. Health care professionals and hospitals are not immune to this phenomenon. Looking in the hallways of a hospital, intensive care units, and operating rooms you will see staff engaged on their PEDs.

Social media sites such as Facebook, Instagram, Pinterest, LinkedIn, and Twitter have millions of users. A 2016 report by the Pew Research Center reported that up to 68% of all U.S. adults are on Facebook, 28% are on Instagram, 26% use Pinterest, 25% are on LinkedIn and 21% use Twitter. The workplace has not been immune to the effects related to the rise in the use of social media. Up to 40% of American workers report using social media for personal reasons at work and this number drops down to 30% if employers have policies regarding at-work social media use. Among those 34% use social media to take a mental break from their job and 27% to connect with family and friends while at work.⁶

“Distracted Doctoring” is a relatively recently recognized phenomenon and there is ongoing new research in this area.

Similarly, just over 22 million Canadians are on social media with 75% of them using Facebook and YouTube. There are 7.5 million Canadian Twitter users and 8.5 million Canadians using Instagram. In 2016, Canadians spent an average of 107 minutes per day accessing social networks.⁷

Lessons from Distracted Driving

“Distracted Doctoring” is a relatively recently recognized phenomenon and there is ongoing new research in this area. Much research has, however, been conducted in the field of distracted driving for many decades. This research is, in many ways, applicable to the problem of electronic distractions in the health care setting and we can learn much from it. The distracted driving literature documents some remarkable examples of the effects of distraction on driving. For example, a study compared sober drivers using a hands-free phone and drivers under the influence of alcohol with a blood alcohol level near the legal limit. The study found that drivers who were intoxicated by alcohol were more attentive to the roads than the drivers using a hands-free phone.⁸

Other researchers have used neuroimaging, such as functional magnetic resonance imaging (fMRI), to measure cerebral blood flow, which is used as a surrogate marker for brain activity. Just and colleagues⁹ asked participants to steer a vehicle along a curving virtual road either undisturbed or while listening to spoken sentences that they judged as true or false. They found cerebral blood flow shifts from areas of the brain associated with visualizing the road and making decisions to areas associated with listening and speaking when a driver is required to listen and speak as well as drive. These findings show that mental resources are drawn away from driving and this produces deterioration in driving performance even when not holding or dialing a phone.

It is not surprising then that the National Safety Council of the United States reports cell phone use while driving

leads to 1.1 million crashes each year and nearly 341,000 injuries occur each year from accidents caused by texting while driving.¹⁰ Similarly, Ontario reported that in 2013, one person is injured in a distracted-driving collision every half hour and that deaths from collisions caused by distracted driving have doubled since 2000.¹¹

The implications of decades of distracted driving research are clear and equally concerning when applied to the health care environment. If talking can detract from a relatively simple task and result in potentially fatal consequences similar distraction in a high risk and high complexity environment, such as the operating room, has profound implications for patient safety and patient outcomes.

Examples of distractions

There are numerous examples of people being distracted by their cellular phones with some comical outcomes. In 2011 a woman was reportedly sending a text message to her friend while walking across a mall when she failed to see a fountain directly in front of her and she stumbled over the retaining wall and into the fountain.¹² A video of the incident was captured by security cameras and now lives in infamy on YouTube.¹³ Similarly another woman, who was walking on a pier in South Bend, Indiana, fell off the edge while using her phone to text. She had to be fished out of the water by her husband and a bystander.¹⁴

Sources of Distraction in the OR

There are many sources of both intrinsic and extrinsic distraction in the operating room. Examples of intrinsic distractions include noises and alarms from surgical and anaesthetic equipment, necessary communication between the operating room staff (surgeons, anaesthesiologists, nurses, technicians, etc.), and staffing shift changes. Extrinsic sources include cell phones, pagers, computers, PEDs, calls from outside the OR, communication not relevant to the case, and visitors and traffic in and throughout the OR.

Velvet Soft Surgical Slush for Tissue Cooling

The Ecolab proprietary Auto-Stir™ technology in Hush Slush™ Systems automatically stirs the solution while cooling and eliminates concerns with conventional slush that may have sharp edges which can cause trauma to delicate tissues.

Minimize the Risk of Trauma to Delicate Tissues - Reduces the likelihood of damaging tissue due to large or sharp ice particles

Save Valuable Nursing Time - Auto-Stir device inside the basin automatically stirs the

Easy to Operate and Maintain - Quiet system does not require an alcohol transfer medium like other slush systems

For more information about this and other Ecolab Products, go to www.ecolab.com/healthcare or call 1 800 268 0465.

© 2018 Ecolab USA Inc. All rights reserved.

ECOLAB®

ELECTRONIC DISTRACTION (cont.)

A growing source of distraction are PEDs used to make phone calls, send text messages, and for social media, e-mail and other forms of electronic communication. The urge to constantly check PEDs is now beginning to be recognized as an addiction.¹⁵

Use of PEDs in the Health Care Setting

In this electronic age, with the availability of Wi-Fi and cellular networks in hospitals, there no longer exist physical borders or boundaries between professional and personal time. One alarming study found that over half (55.6%) of perfusionists admitted to using smartphones for personal business during cardiopulmonary bypass surgeries. Of those admitting use, 49.2% sent text messages, 21% accessed e-mail, 15.1% browsed the internet, and 3.1% posted on social networking websites.^{16,17} Interestingly, in this same

study 78.3% of perfusionists surveyed expressed concern that the use of PEDs for personal business during this procedure posted a potentially significant safety risk to patients. In another study, 54% of anesthesia residents and certified registered nurse anaesthetists were found to access their computers in the operating room even while they were aware they were being observed.¹⁸

The CAGE questionnaire (acronym for Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener) is a highly validated tool used in alcohol addiction.¹⁹ At the University of Rochester, the authors have used a modified CAGE questionnaire, where drinks was replaced with PEDs (see Table 1),¹⁵ to survey audiences at local and national meetings. The survey results showed a general trend that younger demographics tend to score higher on the CAGE questionnaire. A score of 2 or more can be used to identify health care professionals who

Table 1: University of Rochester Modified CAGE Questionnaire

Question		Point
C	Have you ever felt you needed to Cut down on the use of your PED?	1
A	Have people Annoyed you by criticizing your use of your PED?	1
G	Have you felt Guilty about your overuse of your PED at work?	1
E	Do you reach for your PED first thing in the morning? (Eye-opener)	1

PED: Personal Electronic Device

may benefit from additional help with the prevention of distraction from PEDs similar to a score.

In a recent survey, conducted through the Association of Anesthesiology Core Program Director’s list server, of over 600 anaesthesiologists, anaesthesiology residents, and certified registered nurse anesthetists (CRNAs), in the United States, the modified CAGE questionnaire (Table 1) results found that 21% of respondents were found to have a score of 2 or more.²⁰

Morbidity and Mortality

Adverse events, including fatalities, associated with PED use have also been reported. A patient was left partially paralyzed after the neurosurgeon took personal calls on his wireless headset while operating.¹⁸ Additionally, a Dallas anaesthesiologist was alleged to be on his phone or iPad, while managing a patient under anaesthesia, and failed to notice that the patient had low blood oxygen levels which resulted in the death of that patient.²¹ These examples may seem extreme, or rare, but they illustrate the fatal consequences of distraction in the perioperative setting.

Limiting Distractions in the OR

Policy Statements

In the past few years several associations and societies have come to recognize the role that PEDs may play in distraction in the operating room and have released policy statements regarding their use.

The 2017 ORNAC Standards states “Personal electronic devices may distract the surgical team. Healthcare facilities should have policies in place to guide the use of personal electronic devices when they are required in the operating room (Putnam, 2015).”²² In 2014, the Association of periOperative Registered Nurses (AORN) updated its position statement on managing distractions and noise during perioperative patient care to include PEDs.²³

In 2015, the American Society of Anesthesiologists (ASA) issued a statement on distractions. Although it does not specifically mention PEDs, it reminds anaesthesiologists that they have “...professional obligation to minimize the risk of avoidable or unavoidable distractions diverting their attention from the care of their patients.”²⁴

In 2016, American College of Surgeons (ACS) published a statement on distractions in the operating room which recognized PEDs as sources of distraction and came up with considerations for appropriate usage.²⁵ ACS recognized that undisciplined use of smartphones in the operating room, by surgeons or other members of the surgical team, may pose a distraction and compromise patient care. The policy statement included 10 considerations for smartphone use in the OR that included only engaging in urgent or emergent outside communication during an operation, silencing ring tones, forwarding incoming calls to the OR desk or to a hardwired telephone in the OR.

Hospital policies

There is a paucity of information when it comes to individual hospital policies regarding the use of smartphones. Hospital policies, if they do exist, are often times not known to the operating room staff or enforcement is variable.

Sterile Cockpit

There are many comparisons made between the aviation world and health care. One of the strategies borrowed from aviation has been the concept of a “sterile cockpit”. In aviation, this protocol refers to critical periods of high risk and high mental workload which include taxiing, take off, landing and flying below 10,000 feet. During this period, all communication in the cockpit is limited only to information necessary to operate the plane. Any other sources of distraction, such as eating, non-relevant reading materials, or any other activity which may distract a crew member, is prohibited.

This concept is, however, not entirely translational to the operating room. In aviation there are well defined moments (take off, landing, taxing, etc.) that are applicable to any aircraft, flight plan, and cockpit crew. In the operating room there are only a few moments, such as the time out at the beginning of the surgery or the post-operative debrief, that are common to all surgical procedures and applicable to medical professionals in the operating room. Various team members (anaesthesiologists, surgeons, and nurses) have critical moments which

may not coincide with one another's. For example, induction and emergence from general anaesthesia are critical moments for the anaesthesiologist. The surgeon may consider certain portions of the surgery to be critical while the nursing staff may consider the surgical instrument count to be critical.

Studies have looked at defining critical phases by procedure type. One such application are surgeries requiring cardio-pulmonary bypass (CPB), where specific events, rather than time intervals, were defined as critical. Critical events applicable to CPB surgery included ensuring activated clotting time was adequate, bypass circuit check, initiation of CPB, application of aortic cross clamp, cardioplegia administration, removal of aortic cross clamp, and termination of CPB. This study showed communication breakdowns decreased by 50%.²⁶

A similar study looked at breast reconstruction surgery, using a deep inferior epigastric perforator flap, where nine critical events were identified. Identification of the stages, assignment of tasks for each team member, and standardization of the processes led to improvements in interdisciplinary communication and enhanced efficiency which ultimately led to decreases in operating time and costs.²⁷ This approach holds promise.

Education

Formal studies with larger populations of health care professionals need to be conducted to fully understand and validate the rise in electronic distraction and its impact on patient care and safety. The authors, however, believe that the key to limiting and changing this behaviour will be education.

Health care educators must develop curriculum across all fields of health care. This includes professionals from the full spectrum of health care including, but not limited to, physicians, nurses, therapists, technologists, perfusionists. This curriculum should be flexible, modified and customized to

each distinct health care environment from an office based setting to the complex operating rooms. The curriculum should focus on identification and recognition of PEDs as sources of distraction with the potential to cause patient harm.

In 2012, the authors developed a curriculum, at the University of Rochester Medical Center, to address the growing problem of distraction caused by PEDs with an emphasis on the potential benefit to patient safety. This involved a series of online modules which are part of the orientation program for all new staff with clinical duties and patient contact. Additionally, these modules are included as part of the annual in-service program that is mandatory for all staff in order to renew clinical privileges.

CONCLUSION

The operating room is a high risk, complex, rapidly changing environment which requires the utmost attention and vigilance from staff while caring for the patient. Research has shown that distraction can adversely affect patient safety. The proliferation of PEDs and the availability of Wi-Fi and cellular networks in the operating rooms can be a potentially potent source of distraction. Although these advances allow for rapid access to medical and clinical information, which can improve patient care, these same devices also serve as conduits for social media, the reading of personal e-mails, and other distracted behaviour. Many national societies and associations have started to recognize this problem and release policy statements and guidelines.

This is a complex problem that requires input from all stakeholders. Hospitals, institutions, and educators need to implement educational programs and methods to reinforce such programs for all employees and students. Through this education we are hopeful that issues of professionalism and patient safety will be addressed and that behaviour will be modified through knowledge and self-awareness.

REFERENCES

1. <http://www.nytimes.com/2011/12/15/health/as-doctors-use-more-devices-potential-for-distraction-grows.html> accessed November 20, 2017
2. ECRI Institute. Top 10 health technology hazards for 2013. Health Devices Alerts 2012.
3. Charlton BG. The busy shall inherit the earth: the evolution from “hard work” to busyness in modern science and society. *Med Hypotheses*. 2006;67(5):1003–5.
4. Bryan L, Warner-Smith P, Brown P, Fray L. Managing the work-life roller coaster: private stress or public health issue? *Soc Sci Med*. 2007;65(6):1142–53.
5. Brown S. Speed: facing our addiction to fast and faster – and overcoming our fear of slowing down. New York: Berkley Books; 2014. p. 336.
6. <http://www.pewinternet.org/fact-sheet/social-media/> accessed November 26, 2017
7. <https://www.statista.com/topics/2729/social-networking-in-canada/> accessed November 26, 2017
8. Strayer D, Drews F, Crouch D. A comparison of the cell phone driver and the drunk driver. *Hum Factors*. 2006;48(2):381.
9. Just MA, Keller TA, Cynkar J. A decrease in brain activation associated with driving when listening to someone speak. *Brain Res*. 2008;1205:70–80.
10. <http://www.nsc.org/DistractedDrivingDocuments/Attributable-Risk-Estimate.pdf> accessed November 26, 2017
11. <https://www.ontario.ca/page/distracted-driving> accessed November 26, 2017
12. Revealed: The ‘mortified’ texting shopper who fell in mall fountain... and now she’s suing the security guards who laughed at her. *Daily Mail*. Available from: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1348923/Texting-shopper-fell-mall-fountain-sues-security-guards-laughing.html>.
13. Woman falls into mall while texting. YouTube. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=2PrD8sUluVo>.
14. Texting while walking claims another victim: woman falls off pier. *Yahoo News*. Available from: <http://news.yahoo.com/texting-while-walking-claims-another-victim-woman-falls-041406079.html>.
15. Papadakos PJ. The rise of electronic distraction in health care is addiction to devices contributing. *J Anesth Clin Res*. 2013;4:e112
16. Smith T, Darling E, Searles B. 2010 survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass. *Perfusion*. 2011;26(5):375–80.
17. Smith T (presenter). Commentary on: 2010 survey of cell phone use during cardiopulmonary bypass. *Perfusion*. 2011;26(6):381–382.
18. Papadakos PJ. Electronic distraction: an unmeasured variable in modern medicine. *Anesthesiology News*. 2011;10:37(11).
19. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252(14):1905-1907.
20. Soto RG, Neves SE, Papadakos PJ, Shapiro FE. Personal electronic device use in the operating room: A survey of usage patterns, risks and benefits. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*. 2017 Apr 1;34(4):246-7.
21. Nicholson E. Dallas anesthesiologist being sued over deadly surgery admits to texting, reading iPad during procedures. *Dallas Observer*. 2014. Available from: <http://www.dallasobserver.com/news/dallas-anesthesiologist-being-sued-over-deadly-surgery-admits-to-texting-reading-ipad-during-procedures-7134970>
22. Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) Standards for Perioperative Registered Nursing Practice (13th edition April 2017) Section 4, p.367, Standard 4.37.
23. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Managing distractions and noise during perioperative patient care. Available from: www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position-statements/posstat-safety-distractions-and-noise.pdf.
24. American Society of Anesthesiologists Committee on Quality Management and Departmental Administration. Statement on Distractions 2015. Available from: <http://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/statement-on-distractions.pdf#search=%22distractions%22>.
25. College’s Committee on Perioperative Care. Statement on distractions in the operating room. *Bull Am Coll Surg*. 2016;101(10):42–4. 2016 Oct 1. Available from: <http://bulletin.facs.org/2016/10/statement-on-distractions-in-the-operating-room/>.
26. Wadhwa RK, Parker SH, Burkhart HM, et al. Is the “sterile cockpit” concept applicable to cardiovascular surgery critical intervals or critical events? The impact of protocol-driven communication during cardiopulmonary bypass. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;139(2):312–9.
27. Lee BT, Tobias AM, Yueh JH, et al. Design and impact of an intraoperative pathway: a new operating room model for team-based practice. *J Am Coll Surg*. 2008;207(6):865–73. 🌸



Share your accomplishments in the field of perioperative clinical practice, education, professional development, research and administration!

The 2019 Conference Program Committee is accepting submissions of abstracts for paper or poster presentation at our 2019 ORNAC National Conference. The theme of the conference is:

“TIDES OF CHANGE, OCEANS OF PERIOPERATIVE EXCELLENCE”

ABSTRACTS WILL BE CONSIDERED FOR PRESENTATION IN ONE OF THE FOLLOWING FORUMS:

Poster: Informative posters to be displayed at the Conference; or

Paper: A 50-minute presentation by the author(s) with ten minutes for questions & answers.

Posters/papers will be selected based on relevance and implications for perioperative nursing and in keeping with the Conference theme. Criteria and submission details are available at www.ORNAC.ca under the National Conference tab.

The deadline for submission is September 15th, 2018.

PERIOPERATIVE NURSES – THE VOICE OF OUR PATIENTS!

www.ORNAC.ca



Partagez vos réalisations dans le domaine de la pratique clinique des soins périopératoires, de l'éducation, du perfectionnement professionnel, de la recherche et de l'administration!

Le Comité du programme de la conférence de 2019 accepte les soumissions de résumés pour les exposés ou les présentations par affiches qui seront présentés lors de la conférence nationale de l'AIISOC de 2019. Le thème de la conférence est :

« VAGUES DE CHANGEMENT, Océans d'EXCELLENCE EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES »

LES RÉSUMÉS SERONT ÉVALUÉS EN VUE D'ÊTRE PRÉSENTÉS DANS L'UNE DES TRIBUNES SUIVANTES :

Présentations par affiches : Affiches informatives présentées lors de la conférence; ou

Exposé : Une présentation de 50 minutes par l'auteur avec une période de questions de dix minutes.

Les présentations par affiches/les exposés seront sélectionnés selon leur pertinence et leurs répercussions sur les soins périopératoires et devront respecter le thème de la conférence. Vous trouverez tous les critères et les détails concernant les soumissions à www.ORNAC.ca sous l'onglet Conférence nationale.

La date limite pour les soumissions est le 15 septembre 2018.

LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES – LA VOIX DE NOS PATIENTS !

www.ORNAC.ca

MOTS-CLÉS : APPAREILS PERSONNELS ÉLECTRONIQUES, DISTRACTION, SOURCES DE DISTRACTION, SALLE D'OPÉRATION.

DISTRACTION ÉLECTRONIQUE EN SALLE D'OPÉRATION : UN GRAVE PROBLÈME DE SÉCURITÉ

Auteurs : Jagroop S. Saran¹ M.D. et Peter J. Papadacos² M.D., F.C.C.P., F.C.C.M., F.A.A.R.C.

Affiliations : ¹Associé, médecine de soins intensifs, département d'anesthésiologie et de médecine périopératoire, Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de Rochester, Rochester, New York, É.-U.

²Professeur d'anesthésiologie et de médecine périopératoire, chirurgie, neurologie, neurochirurgie, Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de Rochester, Rochester, New York, É.-U.

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

Une version de cet article a été présentée lors de la 25e Conférence nationale de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AII SOC) qui a eu lieu du 30 avril au 4 mai 2017 à Niagara Falls, ON.

RÉSUMÉ

Au cours de la dernière décennie, nous avons constaté une augmentation de l'utilisation et de la disponibilité des appareils électroniques, notamment des ordinateurs et des appareils personnels électroniques, dans les milieux de soins de santé. Les hôpitaux ont considérablement investi dans des dossiers médicaux électroniques (DME) et se sont assurés de la disponibilité de réseaux Wi-Fi et cellulaire partout au sein de leur établissement. Il reste à voir si cette accessibilité accrue a entraîné une amélioration pour la sécurité des patients ou si elle a contribué à réduire les erreurs médicales. Par contre, elle a engendré un nouveau problème imprévu qui pourrait avoir des répercussions sur la sécurité des patients et le professionnalisme des employés.

La salle d'opération (SOP) est un environnement complexe qui évolue rapidement où s'effectuent une grande quantité de tâches cognitives nécessitant du travail d'équipe et de la communication entre les membres des équipes et la technologie. Les distractions,

aussi minimes soient-elles, peuvent provoquer des erreurs qui pourraient être nuisibles aux patients. Dans ce bref compte rendu, les auteurs discuteront des sources possibles de distractions en salle d'opération, ils examineront quelques méthodes pour aborder ce problème et souligneront des façons de réduire les distractions électroniques.

INTRODUCTION

La prestation de soins de santé modernes va de pair avec l'utilisation et l'acceptation de la toute dernière technologie. Des bureaux de médecins de première ligne, aux salles d'opération en passant par les services de soins intensifs les plus sophistiqués, on constate la prolifération des appareils électroniques, notamment des ordinateurs, des ordinateurs portatifs ou d'autres appareils mobiles sans fil. Les hôpitaux tout comme les cliniques de patients externes ont dépensé des milliards de dollars pour introduire les dossiers médicaux électroniques (DME) dans l'espoir de réduire les erreurs

La dernière décennie a observé une prolifération de ces appareils, comme les téléphones intelligents et les tablettes, au sein de notre société.

médicales et d'accroître la sécurité des patients. À l'origine, les DME étaient seulement disponibles sur les ordinateurs ou les ordinateurs portatifs, mais ils sont dorénavant disponibles sur les appareils personnels électroniques, comme les tablettes et les téléphones cellulaires. Il reste à voir si cette accessibilité accrue a entraîné une amélioration pour la sécurité des patients ou si elle a contribué à réduire les erreurs médicales. Par contre, elle a engendré un nouveau problème imprévu qui pourrait avoir des répercussions sur la sécurité des patients et le professionnalisme des employés.

Le terme « distracted doctoring » (distraction des médecins) a été inventé par Matt Richtel dans un article¹ qui a fait la manchette du New York Times en 2011 à la suite d'un éditorial paru plus tôt cette année-là dans *Anesthesiology News*. L'article a été largement couvert par les médias et a amené ce problème à l'avant-plan pour plusieurs. L'année suivante, l'organisme Emergency Care Research Institute (ECRI) a identifié pour la toute première fois les distractions provenant des téléphones intelligents et d'autres appareils mobiles parmi les 10 plus importants risques sanitaires liés à la technologie.²

La salle d'opération (SOP) est un environnement complexe qui évolue rapidement où s'effectuent une grande quantité de tâches cognitives nécessitant du travail d'équipe et de la communication entre les membres des équipes et la technologie. Les distractions, aussi minimes soient-elles, peuvent provoquer des erreurs qui pourraient être nuisibles aux patients.

L'étude des distractions dans le milieu des soins de santé, y compris en salle d'opération, s'est développée au cours des 10 à 15 dernières années. De nombreux enquêteurs provenant de divers milieux poursuivent actuellement leurs efforts de recherche pour examiner le rôle des distractions et mettre à l'essai des méthodes pour limiter leurs effets.

Dans ce bref compte rendu, nous discuterons des sources possibles de distractions en salle d'opération, nous

examinerons quelques méthodes pour aborder ce problème et nous terminerons avec des suggestions pour réduire les distractions électroniques.

Le besoin de se distraire

De nos jours, les professionnels de la santé sont surchargés de multiples demandes et n'ont souvent pas assez de temps pour y répondre. Ils subissent la pression constante de voir davantage de patients, de les voir plus rapidement et de documenter plus d'information dans les DME, ce qui peut prendre beaucoup de temps. Plusieurs études sociologiques ont examiné comment le fait de travailler au sein de tels environnements mène à une augmentation du stress et de l'inattention et surtout, à une distraction accrue.^{3,4}

La distraction devient un mécanisme d'adaptation comme conséquence du stress et finit par se développer en une dépendance.⁵ La nouvelle technologie sous forme d'appareils personnels électroniques, comme les téléphones intelligents et les tablettes, ont fourni des débouchés additionnels pour cette dépendance. Ces appareils sont facilement accessibles et servent d'exutoire à la distraction permettant aux utilisateurs d'évacuer leur stress – en vérifiant leurs courriels, messages textes, le tout dernier billet de blogue, les manchettes dans les médias ou le tout dernier tweet.

Les appareils personnels électroniques et les médias sociaux

Au cœur du problème lié à la distraction des médecins (distracted doctoring) se trouve l'engouement de notre société pour les appareils personnels électroniques. La dernière décennie a observé une prolifération de ces appareils, comme les téléphones intelligents et les tablettes, au sein de notre société. Ces derniers ont considérablement modifié notre façon de communiquer. Il s'est produit un changement important où la communication verbale face à face a été reléguée au second plan pour mettre de l'avant les interactions à l'aide d'appareils.

La distraction des médecins (distracted doctoring) est un phénomène reconnu relativement récent et de nouvelles recherches sont en cours dans ce domaine.

L'impact des appareils personnels électroniques et la capacité de l'Internet de tous nous connecter par le biais des médias sociaux peuvent s'observer dans tout ce qui nous entoure. On n'a qu'à regarder autour pour voir que la majorité des personnes en transport en commun, dans les centres commerciaux et dans tout endroit public tient un appareil personnel électronique. Les professionnels de la santé et les hôpitaux ne sont pas à l'abri de ce phénomène. En regardant dans les couloirs d'un hôpital, dans les unités de soins intensifs et dans les salles d'opération, vous verrez du personnel en train de consulter leur appareil personnel électronique.

Les sites de médias sociaux, comme Facebook, Instagram, Pinterest, LinkedIn et Twitter possèdent des millions d'utilisateurs. Un rapport de 2016 du Pew Research Center a signalé que jusqu'à 68 % des adultes américains sont sur Facebook, 28 % sont sur Instagram, 26 % utilisent Pinterest, 25 % sont sur LinkedIn et 21 % utilisent Twitter. Le lieu de travail n'a pas été épargné par les effets liés à la hausse de l'utilisation des médias sociaux. Jusqu'à 40 % des travailleurs américains mentionnent utiliser les médias sociaux pour des raisons personnelles au travail et ce pourcentage tombe à 30 % si les employeurs ont mis en place des politiques relativement à l'utilisation des médias sociaux. Parmi ces derniers, 34 % utilisent les médias sociaux pour prendre une pause mentale de leur travail et 27 % pour se connecter à leur famille et leurs amis durant leur travail.⁶

De même, un peu plus de 22 millions de Canadiens sont actifs sur les médias sociaux où 75 % d'entre eux utilisent Facebook et YouTube. Twitter compte 7,5 millions d'utilisateurs canadiens et Instagram en compte 8,5 millions. En 2016, les Canadiens ont passé en moyenne 107 minutes par jour à accéder aux réseaux sociaux.⁷

Des leçons tirées de la distraction au volant

La distraction des médecins (distracted doctoring) est un phénomène reconnu

relativement récent et de nouvelles recherches sont en cours dans ce domaine. Toutefois, une grande partie de cette recherche a été menée durant plusieurs décennies dans le domaine de la distraction au volant. Cette recherche s'applique de bien des façons au problème des distractions électroniques dans le milieu des soins de santé et nous pouvons en tirer beaucoup. La littérature sur la distraction au volant consigne quelques exemples remarquables des effets de la distraction au volant. Par exemple, une étude a comparé des conducteurs sobres utilisant un téléphone mains libres à des conducteurs aux facultés affaiblies par l'alcool ayant un taux d'alcoolémie près de la limite permise. Cette étude a conclu que les conducteurs qui étaient intoxiqués par l'alcool étaient plus attentifs à la route que les conducteurs utilisant un téléphone mains libres.⁸

D'autres chercheurs ont utilisé la neuroimagerie, comme l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), afin d'évaluer le débit sanguin cérébral, qui est utilisé comme un indicateur de substitution de l'activité cérébrale. Just et ses collègues⁹ ont demandé à des participants de conduire un véhicule le long d'une route virtuelle sinueuse soit sans distraction soit en écoutant de phrases parlées qu'ils devaient juger comme étant vraies ou fausses. Ils ont découvert des variations du débit sanguin cérébral dans les zones du cerveau associées à la visualisation de la route et à la prise de décisions vers des zones associées à l'écoute et au parler lorsqu'un conducteur doit écouter et parler tout en conduisant. Ces conclusions démontrent que les ressources mentales s'éloignent de la conduite et que cela entraîne la détérioration de la performance de conduite même si le conducteur ne tient pas ou ne compose aucun numéro à l'aide d'un téléphone.

Ce n'est donc pas surprenant que le National Safety Council des États-Unis rapporte que l'utilisation du téléphone cellulaire en conduisant entraîne chaque année 1,1 million d'accidents et que près de 341 000 blessures surviennent chaque

année en raison d'accidents causés par les textes au volant.¹⁰ Dans le même ordre d'idées, l'Ontario a signalé qu'en 2013, une personne avait été blessée toutes les demi-heures en raison de collisions dues à de la distraction au volant et que les décès dus aux collisions causées par de la distraction au volant avaient doublés depuis 2000.¹¹

Les implications d'une décennie de recherche portant sur les distractions au volant sont évidentes et tout aussi préoccupantes lorsqu'on les applique au milieu des soins de santé. Si le fait de parler peut distraire une personne d'une tâche relativement simple et entraîner des conséquences possiblement fatales, des distractions semblables au sein d'un environnement à risque élevé et hautement complexe, comme la salle d'opération, ont une incidence importante sur la sécurité des patients et les résultats pour ces derniers.

Exemples de distractions

Il existe de nombreux exemples ayant des résultats quelque peu comiques de personnes distraites par leur téléphone cellulaire. En 2011, une femme aurait envoyé un message texte à son copain tout en marchant dans un centre commercial, lorsqu'elle aurait omis de voir une fontaine directement devant elle. Elle aurait trébuché par-dessus le mur de soutènement dans la fontaine.¹² Une vidéo de cet incident a été filmée par les caméras de sécurité et demeure tristement célèbre grâce à YouTube.¹³ De même, une autre femme qui marchait sur un quai à South Bend, en Indiana, est tombée dans l'eau en utilisant son téléphone pour texter. Son mari et un passant ont dû la repêcher.¹⁴

Les sources de distraction en SOP

Il existe plusieurs sources de distraction tant intrinsèques qu'extrinsèques en salle d'opération. Parmi les exemples de distractions intrinsèques, notons : les bruits et les alarmes provenant de l'équipement chirurgical et d'anesthésie, la communication nécessaire entre le personnel de la salle d'opération (chirurgiens, anesthésiologistes,

infirmières, techniciens, etc.) et les changements de quarts de travail du personnel. Les sources extrinsèques incluent les téléphones cellulaires, les téléavertisseurs, les ordinateurs, les appareils personnels électroniques, les appels de l'extérieur de la salle d'opération, la communication qui n'est pas pertinente au cas et les visiteurs et la circulation dans la salle d'opération.

Les appareils personnels électroniques utilisés pour faire des appels téléphoniques, envoyer des messages textes, consulter les médias sociaux, les courriels et d'autres formes de communication électronique constituent une source croissante de distraction. L'envie de vérifier constamment les appareils personnels électroniques commence maintenant à être reconnue comme une dépendance.¹⁵

L'utilisation des appareils personnels électroniques en milieu de soins de santé

En cette ère électronique, avec la disponibilité de réseaux Wi-Fi et cellulaire dans les hôpitaux, il n'existe plus aucune frontière ou limite physique entre les moments réservés au travail et à soi-même. Une étude alarmante a conclu que plus de la moitié (55,6 %) des perfusionnistes ont admis utiliser un téléphone intelligent à des fins personnelles lors de chirurgies de circulation extracorporelle. Parmi ceux ayant admis avoir utilisé leur téléphone, 49,2 % ont envoyé des messages textes, 21 % ont consulté leurs courriels, 15,1 % ont consulté l'Internet et 3,1 % ont fait des publications sur les sites Web de médias sociaux.^{16,17} Étonnamment, dans cette même étude, 78,3 % des perfusionnistes interrogés ont avoué être inquiets que l'utilisation des appareils personnels électroniques utilisés à des fins personnelles durant ce type d'intervention puisse présenter un risque potentiel important pour la sécurité des patients. Dans une autre étude, il s'est avéré que 54 % des résidents en anesthésie et des infirmières-anesthésistes certifiées accédaient à leur ordinateur en salle d'opération même s'ils se savaient observés.¹⁸

Tableau 1 : Questionnaire CAGE modifié de l'Université de Rochester

Question	Point
C Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire l'utilisation de votre appareil personnel électronique?	1
A Est-ce que des personnes vous ont agacé en critiquant votre utilisation de votre appareil personnel électronique?	1
G Vous êtes-vous déjà senti coupable de la surutilisation de votre appareil personnel électronique au travail?	1
E Est-ce votre appareil personnel électronique est la première chose que vous prenez le matin? (révélateur)	1

Le questionnaire CAGE (acronyme pour « Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener » ou réduire, agacé, coupable, révélateur) est un outil très validé, utilisé dans le domaine de l'alcoolisme.¹⁹ À l'Université de Rochester, les auteurs ont utilisé un questionnaire CAGE modifié dans lequel l'alcool était remplacé par les appareils personnels électroniques (voir Tableau 1)¹⁵ afin de sonder le public lors de réunions locales et nationales. Les résultats du sondage ont suggéré qu'une tendance générale se dégagait à savoir que les jeunes sont plus susceptibles d'obtenir un résultat plus élevé au questionnaire CAGE. Un résultat de 2 ou plus peut être utilisé pour identifier les professionnels de la santé qui pourraient bénéficier d'une aide supplémentaire quant à la prévention de la distraction provenant des appareils personnels électroniques de façon semblable à un résultat.

Lors d'un sondage récent, réalisé par l'entremise du serveur de liste des directeurs de programmes de base de l'Association d'anesthésiologie, comportant plus de 600 anesthésiologistes, résidents en anesthésiologie et infirmières autorisées certifiées en anesthésie aux États-Uni, les résultats du questionnaire CAGE modifié (Tableau 1) ont conclu que 21 % des répondants avaient un résultat de 2 ou plus.²⁰

Morbidité et mortalité

Des événements indésirables, notamment des décès, associés à l'utilisation des appareils personnels électroniques ont également été signalés. Un patient est resté partiellement paralysé après que le neurochirurgien ait répondu à des appels

personnels avec son casque d'écoute sans fil tout en l'opérant.¹⁸ De plus, un anesthésiologiste de Dallas, qui aurait été sur son téléphone ou son iPad, tout en gérant un patient sous anesthésie, aurait omis de remarquer que le taux d'oxygène dans le sang du patient était faible causant le décès de ce dernier.²¹ Ces exemples peuvent sembler extrêmes ou rares, mais ils illustrent les conséquences fatales de la distraction en milieu périopératoire.

Limiter les distractions en SOP

Énoncés de politique

Au cours des dernières années, plusieurs associations et sociétés ont fini par reconnaître le rôle que les appareils personnels électroniques peuvent avoir sur la distraction en salle d'opération et elles ont publié des énoncés de politique concernant leur utilisation.

Les Normes de l'AIISOC de 2017 stipulent que « les appareils personnels électroniques peuvent distraire l'équipe chirurgicale. Les établissements de soins de santé devraient avoir des politiques en place pour guider l'utilisation des appareils personnels électroniques lorsqu'ils sont nécessaires en salle d'opération (Putnam, 2015). »²² En 2014, l'Association of periOperative Registered Nurses (AORN) a mis à jour son énoncé de position sur la gestion des distractions et du bruit lors des soins périopératoires aux patients afin d'y inclure les appareils personnels électroniques.²³

En 2015, la Société américaine des anesthésiologistes (ASA) a émis un énoncé sur les distractions. Même si ce

dernier ne mentionne pas spécifiquement les appareils personnels électroniques, il rappelle aux anesthésiologistes qu'ils ont « ... une obligation professionnelle de minimiser le risque de distractions évitables ou inévitables qui pourraient détourner leur attention des soins qu'ils apportent à leurs patients. »²⁴

En 2016, l'American College of Surgeons (ACS) a publié une déclaration sur les distractions en salle d'opération qui reconnaissait les appareils personnels électroniques comme des sources de distractions et il a proposé des réflexions pour les utiliser de façon appropriée.²⁵ L'ACS a reconnu qu'une utilisation indisciplinée des téléphones intelligents en salle d'opération par les chirurgiens ou les autres membres de l'équipe chirurgicale pouvait constituer une distraction et compromettre les soins au patient. L'énoncé de politique incluait 10 considérations pour l'utilisation du téléphone intelligent en SOP qui comprenaient seulement les communications extérieures urgentes ou nouvelles lors d'une intervention, arrêter les sonneries, faire suivre les appels entrants au bureau de la SOP ou vers un téléphone câblé de la SOP.

Politiques des hôpitaux

Il n'existe que très peu d'informations lorsqu'il s'agit des politiques individuelles des hôpitaux concernant l'utilisation des téléphones intelligents. Les politiques des hôpitaux, si elles existent, sont souvent inconnues du personnel de salle d'opération ou encore leur application varie.

Poste de pilotage stérile

Il existe de nombreuses comparaisons qui ont été faites entre le monde de l'aviation et les soins de santé. L'une des stratégies empruntées à l'aviation a été le concept d'un « poste de pilotage stérile ». En aviation, ce protocole se réfère aux périodes critiques à risque élevé comportant une charge de travail mental élevée qui inclut la circulation au sol, le décollage, l'atterrissage et le vol sous les 10 000 pieds. Pendant cette période, toutes les communications dans le poste

de pilotage sont limitées à l'information seulement nécessaire pour piloter l'avion. Toute autre source de distraction, comme manger, consulter des documents écrits non pertinents ou toute autre activité qui pourrait distraire un membre de l'équipage est interdite.

Cependant, ce concept ne peut pas entièrement s'appliquer à la salle d'opération. En aviation, il existe des moments bien définis (décollage, atterrissage, circulation au sol, etc.) qui s'appliquent à n'importe quel appareil, plan de vol et équipage du poste de pilotage. En salle d'opération, il n'existe que quelques moments, comme l'étape pause au début d'une chirurgie ou le compte rendu post-opératoire, qui sont communs à toutes les interventions chirurgicales et qui s'appliquent aux professionnels de la santé en salle d'opération. Les moments critiques des différents membres de l'équipe (anesthésiologistes, chirurgiens et infirmières) ne coïncident peut-être pas entre eux. Par exemple, l'induction et le réveil de l'anesthésie générale constituent des moments critiques pour l'anesthésiologiste. Le chirurgien peut quant à lui considérer certaines étapes de la chirurgie comme critique alors que c'est le décompte des instruments qui peut sembler critique pour le personnel infirmier.

Des études se sont penchées afin de déterminer les phases critiques selon le type d'intervention. Un exemple de ce type d'application est les chirurgies de circulation extracorporelle durant lesquelles des événements précis, plutôt que des intervalles de temps, ont été définis comme étant critiques. Les événements critiques qui s'appliquent aux chirurgies de circulation extracorporelle incluaient le fait de s'assurer que le temps de coagulation activé était adéquat, de vérifier le circuit de circulation extracorporelle, de lancer la circulation extracorporelle, de clamper la crosse aortique, d'administrer la cardioplégie, de retirer le clampage de la crosse aortique et d'arrêter la circulation extracorporelle. Cette étude a démontré que les problèmes de communication avaient diminué de 50 %.²⁶

Une étude semblable a examiné une chirurgie de reconstruction mammaire ayant recours à la technique du lambeau perforant de l'artère épigastrique inférieure profonde, où neuf événements critiques ont été identifiés. L'identification des phases, la répartition des tâches pour chaque membre de l'équipe et la normalisation des processus ont mené à des améliorations en matière de communication interdisciplinaire et d'efficacité accrue, ce qui en fin de compte, a engendré une réduction de la durée et des coûts liés aux interventions.²⁷ Cette approche est prometteuse.

Éducation

Des études officielles auprès d'une plus importante population de professionnels de la santé doivent être effectuées pour mieux comprendre et valider la hausse des distractions électroniques et leurs répercussions sur les soins et la sécurité des patients. Les auteurs croient toutefois que la clé pour limiter et modifier ce comportement réside dans l'éducation.

Les éducateurs en matière de soins de santé doivent élaborer un curriculum pour tous les domaines de soins de santé, ce qui comprend les professionnels de tous les secteurs de soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les médecins, les infirmières, les inhalothérapeutes, les technologues et les perfusionnistes. Ce curriculum devrait être flexible, modifié et personnalisé en fonction de chaque environnement distinct de soins de santé, du bureau aux salles d'opération complexes. De plus, il devrait être axé sur l'identification et la reconnaissance des appareils personnels électroniques comme sources de distraction ayant le potentiel d'être nuisibles aux patients.

En 2012, les auteurs ont élaboré un curriculum au Centre Médical de l'Université de Rochester afin d'aborder le problème croissant de la distraction causée par les appareils personnels électroniques en mettant l'accent sur les avantages potentiels pour la sécurité des patients. Pour ce faire, on a utilisé une série de modules en ligne faisant partie du programme d'orientation de tout le nouveau personnel ayant des tâches

cliniques et des contacts avec les patients. De plus, ces modules font partie du programme annuel de formation en cours d'emploi qui est obligatoire pour que le personnel puisse renouveler ses privilèges cliniques.

CONCLUSION

La salle d'opération est un environnement à risque élevé, complexe et en constante évolution qui nécessite la plus grande attention et de la vigilance de la part du personnel tout en soignant les patients. La recherche a démontré que la distraction peut nuire de manière négative à la sécurité des patients. La prolifération des appareils personnels électroniques et la disponibilité des réseaux Wi-Fi et cellulaire en salles d'opération peuvent potentiellement constituer une forte source de distraction. Même si ces progrès permettent d'accéder rapidement à l'information médicale et clinique, ce qui peut améliorer les soins aux patients, ces mêmes appareils peuvent également servir d'intermédiaire pour accéder aux médias sociaux, lire les courriels personnels et d'autres comportements distrayants. De nombreuses sociétés et associations nationales ont commencé à évoquer ce problème et elles ont publié des énoncés de politique et des lignes directrices.

C'est un problème complexe nécessitant l'apport de tous les intervenants. Les hôpitaux, les établissements et les éducateurs doivent mettre en œuvre des méthodes et des programmes éducatifs afin de renforcer ces programmes à l'intention de tous les employés et étudiants. Grâce à cette éducation, nous espérons que les problèmes de professionnalisme et touchant la sécurité des patients seront abordés et que ce comportement sera modifié grâce aux connaissances et à une prise de conscience de soi-même.

RÉFÉRENCES

1. <http://www.nytimes.com/2011/12/15/health/as-doctors-use-more-devices-potential-for-distraction-grows.html>, consulté le 20 novembre 2017

2. ECRI Institute. Top 10 health technology hazards for 2013. Health Devices Alerts 2012.
3. Charlton BG. The busy shall inherit the earth: the evolution from “hard work” to busyness in modern science and society. *Med Hypotheses*. 2006;67(5):1003–5.
4. Bryan L, Warner-Smith P, Brown P, Fray L. Managing the work-life roller coaster: private stress or public health issue? *Soc Sci Med*. 2007;65(6):1142–53.
5. Brown S. Speed: facing our addiction to fast and faster – and overcoming our fear of slowing down. New York: Berkley Books; 2014. p. 336.
6. <http://www.pewinternet.org/fact-sheet/social-media/>, consulté le 26 novembre 2017
7. <https://www.statista.com/topics/2729/social-networking-in-canada/>, consulté le 26 novembre 2017
8. Strayer D, Drews F, Crouch D. A comparison of the cell phone driver and the drunk driver. *Hum Factors*. 2006;48(2):381.
9. Just MA, Keller TA, Cynkar J. A decrease in brain activation associated with driving when listening to someone speak. *Brain Res*. 2008;1205:70–80.
10. <http://www.nsc.org/DistractedDrivingDocuments/Attributable-Risk-Estimate.pdf>, consulté le 26 novembre 2017
11. <https://www.ontario.ca/page/distracted-driving>, consulté le 26 novembre 2017
12. Revealed: The ‘mortified’ texting shopper who fell in mall fountain... and now she’s suing the security guards who laughed at her. Daily Mail. Peut être consulté à : <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1348923/Texting-shopper-fell-mall-fountain-sues-security-guards-laughing.html>.
13. Woman falls into mall while texting. YouTube. Peut être consulté à : <https://www.youtube.com/watch?v=2PrD8sUluVo>.
14. Texting while walking claims another victim: woman falls off pier. Yahoo News. Peut être consulté à : <http://news.yahoo.com/texting-while-walking-claims-another-victim-woman-falls-041406079.html>.
15. Papadakos PJ. The rise of electronic distraction in health care is addiction to devices contributing. *J Anesthe Clinic Res*. 2013; 4:e112
16. Smith T, Darling E, Searles B. 2010 survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass. *Perfusion*. 2011;26(5):375–80.
17. Smith T (presenter). Commentary on: 2010 survey of cell phone use during cardiopulmonary bypass. *Perfusion*. 2011;26(6):381–382.
18. Papadakos PJ. Electronic distraction: an unmeasured variable in modern medicine. *Anesthesiology News*. 2011;10:37(11).
19. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252(14):1905-1907.
20. Soto RG, Neves SE, Papadakos PJ, Shapiro FE. Personal electronic device use in the operating room: A survey of usage patterns, risks and benefits. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*. 2017 Apr 1;34(4):246-7.
21. Nicholson E. Dallas anesthesiologist being sued over deadly surgery admits to texting, reading iPad during procedures. Dallas Observer. 2014. Peut être consulté à : <http://www.dallasobserver.com/news/dallas-anesthesiologist-being-sued-over-deadly-surgery-admits-to-textingreading-ipad-during-procedures-7134970>
22. Association des infirmières et infirmiers de salle d’opération du Canada (AISOC), Normes de l’AISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (13e édition avril 2017) section 4 p. 392 norme 4.3.7.
23. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Managing distractions and noise during perioperative patient care. Peut être consulté à : www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/position-statements/posstat-safety-distractions-and-noise.pdf.
24. American Society of Anesthesiologists Committee on Quality Management and Departmental Administration. Statement on Distractions 2015. Peut être consulté à : <http://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standards-guidelines/statement-on-distractions.pdf#search=%22distractions%22>.
25. College’s Committee on Perioperative Care. Statement on distractions in the operating room. *Bull Am Coll Surg*. 2016;101(10): 42–4. 2016 Oct 1. Peut être consulté à : <http://bulletin.facs.org/2016/10/statement-on-distractions-in-the-operating-room/>.
26. Wadhwa RK, Parker SH, Burkhart HM, et al. Is the “sterile cockpit” concept applicable to cardiovascular surgery critical intervals or critical events? The impact of protocol-driven communication during cardiopulmonary bypass. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;139(2): 312–9.
27. Lee BT, Tobias AM, Yueh JH, et al. Design and impact of an intraoperative pathway: a new operating room model for team-based practice. *J Am Coll Surg*. 2008;207(6):865–73. 🌸

SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS

AN INTERVIEW WITH PATRICIA POCOCK RN, DIPL.NSG. ED., BSN.

Submitted by: Heather Dow, ORNAC Executive Director.

Patricia Pocock is a health care leader with experience in perioperative and surgical services system alignment and program planning. She is a graduate of the University of Windsor and a registered nurse. She has worked in many capacities at St. Joseph's Health Care, London, ON, including leadership of the operating room, post-anaesthetic care unit, intensive care unit, respiratory therapy and lithotripsy program. Prior to retirement from St. Joseph's, in 2005, she held the position of Director, perioperative services, urology clinic, and central processing. She was then involved in Perioperative Consulting for eleven years, including acting as Senior Consultant for the Surgical Efficiency Targets Program with the Ministry of Health, and then officially retired in June of 2017.

Pat is a founding member, and past Co-Chair, of the Canadian Operating Room Leaders Network, Past-President of the Lung Association of Ontario, a founding member, Past-President and former Treasurer of the London and District Operating Room Nurses Association, and a past Board Member of the Operating Room Nurses Association of Canada. She was awarded the Excellence in Nursing, Leadership, Coaching and Mentorship Award from St. Joseph's in 2003 and was a 1992 Sisters of St. Joseph Award for Excellence recipient. She is married to Rev. Bruce Pocock and has two sons and five very active grandchildren.



Patricia Pocock
RN, Dipl. Nsg. Ed., BSN.

How long have you worked in the OR and what is your current role?

I have worked in, and with, the OR for 57 years in various capacities. Those included Staff Nurse, Charge Nurse, Head Nurse, Teacher, Patient Care Coordinator, Burn Nurse Specialist, and as a Manager, Supervisor, and Director of Surgery. My final leadership position was as the Director of Perioperative Services, Urology Clinics, Lithotripsy Program, and Central Processing, at St. Joseph's in London, before moving on to work as a consultant. As Senior Consultant for the implementation of the Surgical Efficiency Targets Program in Ontario, I had the opportunity to visit all the Hospitals involved in the Surgical Wait Time Project, across the Province. This was a great teaching and learning opportunity. I was also involved in Medical Legal patient reviews and consultations of other hospitals surgical programs across Canada.

What was it about perioperative nursing that attracted you?

I spent many shifts in the Operating Room as a student and I loved the patient contact and the role of patient advocate. I was fascinated by the technology and techniques used in surgery to aid in the healing of patients. The constant advancements, successes, continuous learning, and the urgent and emergent nature of the environment also lured me in the direction of the OR.

How has your role changed over the years?

Over the years I have been offered many opportunities that supported my role in the position of Clinical Project Coordinator with ORBCoN (a provincially funded organization).

SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS (CONT.)

AN INTERVIEW WITH PATRICIA POCOCK RN, DIPL.NSG. ED., BSN.

What value do RNs bring to the leadership of OR teams?

It has changed significantly. In what I can only describe as ‘leaps and bounds.’ Technology has had a major impact on our profession and practice.

What value do RNs bring to the leadership of OR teams?

My passion for nursing in the Operating Room has always been that leadership is demonstrated by a nurse who fulfills his or her accountability for the role. RNs have the skill, ability, and the heart to influence the level of care given to patients and to make a real difference in outcomes. Every RN who works in the Operating Room has the potential to be a leader. The OR operates under a shared leadership with an emphasis on the principles of accountability, partnerships, and ownership and equity. The people in administrative leadership roles are accountable for the context and the people in staff roles are accountable for the content, while decisions are made by those who do the work at the point of care or service.

What continuing education has supported your journey?

I believe in the importance of education and that learning is a continuous journey. I have attended both the University of Windsor, in Windsor, ON, and Huron University College, in London, ON, to study courses for the

baccalaureate. I developed an interest in burn care while working in the Operating Room and so I completed my Burn Nurse Specialist Certificate, at the University of Michigan, and then set up a Burn Unit in Windsor, ON. I have attended annual workshops on leadership including the Achieve Leadership Programs, Leadership Effectiveness Training, Crucial Conversations, and Crucial Accountability.

Who do you consider a key mentor and how did s/he influence you as a leader?

All of my colleagues have had an influence on my career – including students, professors, and work colleagues. I greatly admired Isabelle Adams and Victoire Odette from Quebec. Muriel Shewchuk, from Alberta, and I were mentors to each other through early consultation work we did together and through the development of CORL. Dr. Tim Porter-O’Grady influenced my views on shared leadership. Dr. Susan Kleinbeck taught me the value of research in perioperative nursing. Mentorship is a two-way street and I do hope that I have also been a mentor, for people I have come in to contact with, over the course of my career.

Tell us about your involvement with ORNAC.

I had the opportunity to attend the early Quebec Conferences and the inaugural ORNAC Meeting in Jasper, AB. I also held leadership roles in the London and District OR Nurses Association. Muriel Shewchuk and I began talking, in 1998, about starting a network for leaders across Canada. We saw a need for leadership development, mentorship, and knowledge sharing. We were joined by Valerie Zellermeier, who became our

My passion for nursing in the Operating Room has always been that leadership is demonstrated by a nurse who fulfills his or her accountability for the role.

SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS (CONT.)

AN INTERVIEW WITH PATRICIA POCOCK RN, DIPL.NSG. ED., BSN.

Perioperative Nurses are the strength that will create the future of our profession.

Treasurer, and the first Canadian Operating Room Leadership (CORL) Network conference was held in Halifax, in conjunction with ORNAC's Conference, in 1999. It was essential that we be connected to ORNAC for strength and support. Eventually a seat was created for CORL on the Board of ORNAC. Muriel and I have both had an opportunity to be a Board Director for this seat. I have also had the opportunity to work on the creation and completion of the Letters of Continuance and the new by-laws for ORNAC, and to Chair the Nominations Committee. Following my tenure on the ORNAC Board I continued in the role as Pillar Co-Chair for Governance under the Advocacy Pillar.

What was your motivation to join the ORNAC Leadership?

Being on the ORNAC Board, for several years, has allowed me to bring leadership skills to the national organization as an active Board member in a decision making/voting capacity. I felt that being involved with ORNAC would allow me to help create a strong organization that could collaborate and advocate for excellence in the perioperative environment. I also felt that I could promote the role of leadership and strengthen the role of CORL. A new Strategic Plan was initiated while I was on the ORNAC Board and I Co-Chaired the Advocacy Pillar, Governance Component. At this time the new Not-for-Profit Corporations Act was proclaimed and I worked with the Executive Director and ORNAC's lawyer to develop Letters of Continuance and new by-

laws. I was able to utilize the knowledge I had obtained, specifically in governance, as a Hospital Board Member and to apply this knowledge to my role with ORNAC.

What future do you see for Perioperative RN leaders?

A very bright future awaits any Perioperative Registered Nurse that is interested in taking on further leadership development. There is a need to embrace shared leadership, demonstrate accountability at the point of care or service, contribute to excellence in care, and always serve with enthusiasm and engagement in the journey. It is, of course, also very important to love what they are doing and to seize every opportunity to develop, motivate, and empower themselves and others.

Any last words of wisdom?

Perioperative Nurses are the strength that will create the future of our profession. We do so by consistently advocating for the patient, ensuring excellence in care and practice, being competent and safe in our practices, and above all mentoring and leading their colleagues. ✨



Isabelle Adams Award for Excellence in Perioperative Nursing

This award was established, in 1987, on the initiative of the Operating Room Nurses Association of Quebec. Ms. Isabelle Adams was a perioperative nursing leader who was instrumental in initiating the first national Operating Room Nurses conference in 1970 in Montreal. She also participated in the OR Nurses Standards Committee of the Canadian Standards Association. Ms. Adams was an inspiration to young nurses considering the Perioperative specialty and she promoted excellence in practice throughout the specialty.

The Isabelle Adams Award is presented to an outstanding Perioperative Nurse, who has made a significant contribution to operating room nursing in Canada. The award is presented at the biennial ORNAC national conference to an OR nurse whose professional life reflects the practices and ideals of Ms. Adams.

Application forms may be obtained through the ORNAC website at www.ORNAC.ca. Click on [Bursaries, Grants & Awards](#). Nomination deadline is January 15th, 2019.

Gloria Stephens Award for Excellence as an Educator of Perioperative Nursing

The **Gloria Stephens Award for Excellence as an Educator of Perioperative Nursing** was established at the suggestion of, and in collaboration with, Ms. Gloria Stephens.

The \$1,000 award, donated by Ms. Stephens, is presented during National Conference years. It celebrates a nurse recognized by his/her students, peers, and managers as an outstanding educator and role model in the field of perioperative nursing.

Award nominees must:

- be a perioperative nursing instructor/educator in either a perioperative setting or a perioperative nursing education program;
- be nominated by at least 3 staff members/students;
- hold CNA Certification in Perioperative Nursing for at least 5 years;
- be a current ORNAC member; and
- have contributed to, and encouraged others to participate in, ORNAC activities.

Nomination deadline is January 15th 2019.

For more details visit www.ORNAC.ca and click on [Bursaries, Grants & Awards](#).



Interior Health
Every person matters



**Operating Room
Nursing Opportunities**
Southern Interior of British Columbia

A Rewarding Career Awaits!

Apply today!
Jobs.InteriorHealth.ca

26TH ORNAC NATIONAL CONFERENCE | 26^E CONFÉRENCE NATIONALE DE L'AIISOC

TIDES OF CHANGE, OCEANS OF PERIOPERATIVE EXCELLENCE
VAGUES DE CHANGEMENT, OCÉANS D'EXCELLENCE EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

APRIL 26 - 30, 2019 | 26 AU 30 AVRIL 2019 | HALIFAX, NS



**ORNAC
AIISOC**

HALIFAX CONVENTION CENTRE | CENTRE DES CONGRÈS DE HALIFAX

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

www.ornac.ca

CARDIFF
UNIVERSITY

PRIFYSGOL
CAERDYDD

Advanced Surgical Practice (MSc)

Part-time distance learning programme

Postgraduate Certificate and Postgraduate Diploma exit points available

The **only** online programme in this field in the UK



For those who wish to increase their knowledge of surgical practice in order to help improve patient care. Graduates have reported that this programme has led directly to promotion, and many were stimulated to pursue academic careers.

The modular approach allows you to evaluate care from an evidence-based perspective, starting with admission and preoperative preparation through to postoperative care and discharge.

A range of other programmes are also available including Pain Management, Critical Care, and standalone CPD modules.

Contact us to find out more

 pgtmedadmissions@cardiff.ac.uk

 +44 (0)29 20687214

www.cardiff.ac.uk/medicine

PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AIISOC

UNE ENTREVUE AVEC PATRICIA POCOCK, INF., DIPL. ENSEIG. INF., B.SC.INF.

Soumis par : Heather Dow, directrice générale de l'AIISOC.

Patricia Pocock est une leader en soins de santé possédant de l'expérience en alignement des systèmes et planification des programmes de services périopératoires et chirurgicaux. Elle est diplômée de l'Université de Windsor et détient sa licence d'infirmière. Elle a assuré plusieurs rôles au St. Joseph's Health Care de London, ON, notamment le leadership des salles d'opération, de l'unité de soins postanesthésiques, de l'unité de soins intensifs, du programme d'inhalothérapie et de lithotripsie. Avant de prendre sa retraite du St. Joseph's, en 2005, elle a occupé le poste de directrice des services périopératoires, de la clinique d'urologie et de traitement central. Elle a ensuite travaillé durant onze ans dans le domaine de la consultation en soins périopératoires, agissant notamment à titre de consultante principale pour l'Initiative sur les autres niveaux de soins avec le ministère de la Santé, puis elle a officiellement pris sa retraite en juin 2017.

Pat est membre fondatrice et ancienne coprésidente du Canadian Operating Room Leaders Network, ancienne présidente du Lung Association of Ontario, une membre fondatrice, ancienne présidente et ancienne trésorière de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération de London et d'un chapitre et ancienne membre du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada. Elle a reçu le Prix d'excellence en soins infirmiers, leadership, encadrement et mentorat de St. Joseph's en 2003 et, en 1992, a été une lauréate du Prix d'excellence des sœurs de St. Joseph. Elle est mariée au révérend Bruce Pocock et a deux fils et cinq petits-enfants très actifs.



Patricia Pocock
Dipl. enseig. Inf., B.Sc.Inf.



Depuis combien de temps travaillez-vous en SOP et quel est votre rôle actuel?

J'ai travaillé en SOP durant 57 ans occupant différentes fonctions, notamment comme infirmière de soins généraux, infirmière responsable, infirmière-chef, enseignante, coordonnatrice des soins aux patients, infirmière spécialisée en brûlures et aussi comme gestionnaire, superviseuse et directrice du service de chirurgie. Mon dernier poste de leadership était à titre de directrice des services périopératoires, de la clinique d'urologie, du programme de lithotripsie et du service de traitement central au St. Joseph's à London, avant de travailler à titre de consultante. En tant que consultante principale pour la mise en œuvre de l'Initiative sur les autres niveaux de soins en Ontario, j'ai eu la chance de visiter tous les hôpitaux de la province participant au Projet de réduction des temps d'attente en

chirurgie. Ce fut une excellente occasion d'enseigner et d'apprendre. J'ai également participé aux évaluations et aux consultations médico-légales de patients d'autres programmes chirurgicaux d'hôpitaux à travers le Canada.

Qu'est-ce qui vous a attiré dans les soins périopératoires?

Lorsque j'étais étudiante, j'ai passé plusieurs quarts de travail en salle d'opération et j'adorais les contacts avec les patients et le rôle des infirmières qui consistait à défendre les droits des patients. La technologie et les techniques utilisées en chirurgie pour aider à la guérison des patients me fascinaient. Les progrès constants, les succès, l'apprentissage continu et la nature urgente et émergente de cet environnement m'ont aussi attirée vers la SOP.

PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AIISOC (suite)

UNE ENTREVUE AVEC PATRICIA POCOCK, INF., DIPL. ENSEIG. INF., B.SC.INF.

Ma passion pour les soins infirmiers en salle d'opération a toujours reposé sur le fait que l'infirmière qui s'acquitte de la responsabilité qu'impose son rôle démontre du leadership.

De quelle façon votre rôle a-t-il évolué au cours des années?

Il a considérablement changé, d'une manière que je peux seulement décrire comme exponentielle. La technologie a eu des répercussions majeures sur notre profession et notre pratique.

Selon vous, quelle valeur les infirmières amènent-elles au leadership des équipes de SOP?

Ma passion pour les soins infirmiers en salle d'opération a toujours reposé sur le fait que l'infirmière qui s'acquitte de la responsabilité qu'impose son rôle démontre du leadership. Les infirmières possèdent les compétences, les capacités et l'empathie nécessaires pour influencer le niveau de soins offerts aux patients et pour faire une véritable différence dans les résultats. Chaque infirmière travaillant en salle d'opération peut devenir une leader. Le leadership, allié à une emphase mise sur les principes de la responsabilité, des partenariats, de l'appropriation et de l'équité, font fonctionner la SOP. Les personnes occupant des rôles administratifs de leadership sont responsables du contexte et les personnes assumant des rôles d'employés du personnel sont responsables du contenu, alors que les décisions sont prises par celles qui travaillent au point d'intervention ou de service.

Quelle formation continue a obtenu votre cheminement?

Je crois en l'importance de l'éducation et au fait que l'apprentissage constitue une aventure continue. J'ai étudié à l'Université de Windsor, à Windsor, ON, et au Huron University College, à London, ON, pour suivre des cours pour le baccalauréat. Alors que je travaillais en SOP, j'ai développé un intérêt pour les

soins aux brûlés et j'ai donc entrepris un diplôme d'infirmière spécialisée en brûlures à l'Université du Michigan, puis j'ai mis sur pied une unité pour brûlés à Windsor, ON. J'ai participé à des ateliers annuels sur le leadership, notamment les programmes de leadership Achieve, la formation Leadership Effectiveness Training et les cours Crucial Conversations et Crucial Accountability.

Qui considérez-vous comme un mentor clé et de quelle façon cette personne vous a-t-elle influencé en tant que leader?

Tous mes collègues ont eu une influence sur ma carrière, y compris mes étudiants, mes professeurs et mes collègues de travail. J'ai beaucoup admiré Isabelle Adams et Victoire Odette du Québec. Muriel Shewchuk, de l'Alberta, me servait de mentore et vice-versa pour les premières assignations de consultantes que nous avons effectuées ensemble et lors du développement du CORL. Le Dr Tim Porter-O'Grady a influencé mes points de vue concernant le leadership partagé et la Dre Susan Kleinbeck m'a enseigné l'importance de la recherche en soins périopératoires. Le mentorat est réciproque et j'espère bien avoir aussi servi de mentore aux personnes que j'ai rencontrées au cours de ma carrière.

Parlez-nous de votre implication au sein de l'AIISOC

J'ai eu la chance de participer aux premières conférences du Québec et à la rencontre inaugurale de l'AIISOC à Jasper, AB. J'ai également tenu des rôles de leadership au sein de l'Association des infirmières et des infirmiers en SOP de London et du chapitre régional. Moi et Muriel Shewchuk avons, en 1998, commencé à parler de créer un réseau de leaders à travers le Canada. Nous avons observé un besoin pour du perfectionnement, du mentorat et du

PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AISOC (suite)

UNE ENTREVUE AVEC PATRICIA POCOCK, INF., DIPL. ENSEIG. INF., B.SC.INF.

Les infirmières en soins périopératoires constituent la force qui façonnera l'avenir de notre profession.

partage de connaissances en matière de leadership. Valerie Zellermeier s'est jointe à nous et elle est devenue notre trésorière, c'est ainsi que la première conférence du réseau Canadian Operating Room Leadership (CORL) a eu lieu à Halifax, en conjonction avec la conférence de l'AISOC de 1999. Il était essentiel que nous soyons liés à l'AISOC pour bénéficier de sa puissance et de son soutien. Finalement, un siège a été créé pour le CORL au conseil d'administration de l'AISOC. Moi et Muriel avons toutes les deux eu la chance d'y siéger. De plus, j'ai pu travailler à la création et à la finalisation des lettres de prorogation et des nouveaux règlements administratifs pour l'AISOC ainsi que de présider le comité des mises en candidature. Suite à mon mandat au conseil d'administration de l'AISOC, j'ai continué dans le rôle de coprésidente de la gouvernance sous le pilier de la défense des droits.

Qu'est-ce qui vous a motivé à vous joindre à l'équipe de leadership de l'AISOC?

Le fait de siéger au sein du conseil d'administration de l'AISOC durant plusieurs années m'a permis de partager mes compétences en leadership avec un organisme national en tant que membre active du conseil ayant droit de vote et pouvant prendre des décisions. J'avais l'impression que mon implication au sein de l'AISOC me permettrait d'aider à créer un organisme solide qui collaborerait et plaiderait pour l'excellence au sein de l'environnement périopératoire. J'avais également l'impression que je pouvais faire la promotion du rôle de leader et renforcer le rôle du CORL. Lorsque je siégeais au conseil d'administration de l'AISOC, un

nouveau plan stratégique a été élaboré et j'ai coprésidé le pilier de la défense des droits pour l'aspect de la gouvernance. C'est à cette époque que la nouvelle Loi régissant les organismes à but non lucratif est entrée en vigueur et j'ai travaillé en collaboration avec la directrice générale et l'avocate de l'AISOC pour rédiger les lettres de prorogation et les nouveaux règlements administratifs. J'ai pu mettre à profit les connaissances que j'avais acquises, surtout dans le domaine de la gouvernance, en tant que membre du conseil d'administration d'un hôpital et les appliquer dans mon rôle au sein de l'AISOC.

Quel avenir entrevoyez-vous pour les infirmières en soins périopératoires qui souhaitent développer leurs compétences de leadership?

Un avenir très prometteur attend toute infirmière en soins périopératoires souhaitant se perfectionner davantage en leadership. Il est nécessaire d'adopter le leadership partagé, de faire preuve de responsabilité au point d'intervention ou de service, de contribuer à l'excellence des soins et de toujours servir avec enthousiasme et dévouement. De plus, il est bien entendu très important d'adorer ce que nous faisons et de saisir toutes les occasions possibles pour nous et les autres de nous perfectionner, de motiver et d'habiliter.

Un dernier mot rempli de sagesse?

Les infirmières en soins périopératoires constituent la force qui façonnera l'avenir de notre profession. Nous y parviendrons en prenant toujours la défense de nos patients, en assurant l'excellence des soins et de la pratique, en pratiquant de manière compétente et sécuritaire et, surtout, en offrant du mentorat et du leadership à nos collègues. ✨

Prix d'excellence en soins périopératoires Isabelle Adams

Ce prix fut créé en 1987 par l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Québec. Mme Isabelle Adams était un des chefs de file dans le domaine des soins périopératoires et a joué un rôle primordial dans l'organisation de la première Conférence nationale des infirmières et infirmiers périopératoires à Montréal en 1970. Elle était également membre du comité de normalisation des soins périopératoires de l'Association Canadienne de Normalisation. Mme Adams était source d'inspiration pour les jeunes s'intéressant au domaine des soins périopératoires tout en visant l'excellence dans sa propre pratique.

Le Prix Isabelle Adams est décerné à une infirmière ou infirmier s'étant distingué par sa contribution au domaine des soins périopératoires au Canada. À la Conférence bisannuelle de l'AIISOC, le Prix est remis à une infirmière ou un infirmier de salle d'opération dont la pratique professionnelle suit les principes de Mme Adams.

Veillez visiter le site Web de l'AIISOC (www.AIISOC.ca) pour plus de détails (disponible en anglais seulement). Cliquez sur *Bursaries, Grants & Awards*. La date limite des soumissions est le 15 janvier 2019.

Prix d'excellence Gloria Stephens à titre d'éducateur(trice) en soins périopératoires

Le Prix d'excellence Gloria Stephens à titre d'éducateur(trice) en soins périopératoires a été créé à la suggestion et avec la collaboration de Madame Gloria Stephens.

Le prix d'un montant de 1 000 \$, généreusement versé par Mme Stephens, est remis lors de la conférence nationale annuelle. Il vise à reconnaître un infirmier ou une infirmière autorisé(e) qui a été identifié(e) par ses étudiants, collègues et superviseurs comme une(e) éducateur(trice) exceptionnel(le) et modèle de rôle dans le domaine des soins périopératoires.

Les candidats au prix doivent :

- être éducateur(trice)/formateur(trice) en soins périopératoires dans un milieu périopératoire ou dans un programme de formation en soins périopératoires;
- être nominé(e) par au moins 3 collègues/étudiants;
- être agréé(e) par l'AIC en soins périopératoires depuis au moins 5 ans;
- être membre en règle de l'AIISOC; et
- avoir contribué aux activités de l'AIISOC et avoir encouragé les autres à y participer.

La date limite pour soumettre les mises en candidature est le 15 janvier 2019.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter www.AIISOC.ca et cliquer sur le lien *Bursaries, Grants & Awards*.
(disponible en anglais seulement)

DES ACTES DE RECONNAISSANCE SIMPLES PEUVENT RESSUSCITER LES ÉQUIPES DE SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Auteur : Sarah McVanel, M. Sc., PCC, CHRL, CSODP, aide le personnel et les leaders à miser sur le pouvoir de la reconnaissance afin de retenir les meilleurs sujets et encourager des cultures saines. Elle donne des conférences à l'échelle nationale, dirige des ateliers, entraîne des leaders et effectue des examens de programmes de reconnaissance au sein d'organismes. Elle détient des attestations à titre de spécialiste certifiée senior en développement organisationnel (Certified Senior Organizational Development Professional (CSODP), de conseillère professionnelle certifiée (Professional Certified Coach (PCC), de leader certifiée en ressources humaines (Certified Human Resources Leader (CHRL) et est membre de l'organisme Canadian Association of Professional Speakers (CAPS). Elle est titulaire d'un baccalauréat en psychologie, d'une maîtrise en relations familiales et de diplômes en ressources humaines et en administration des soins de santé. Elle possède plus de 17 ans d'expérience, notamment à un niveau exécutif de leadership dans le domaine des soins de santé et elle est actuellement propriétaire du cabinet de conseil « Greatness Magnified ». Elle est l'auteure de revues et d'articles révisés par des pairs, de deux livres : « Forever Recognize Others' Greatness: Solution Focused Strategies for Satisfied Staff, High Performing Teams and Healthy Bottom Lines » (2015) et « The FROG Effect: Tools and Strategies to Forever Recognize Others' Greatness » (2016) ainsi que du portail de reconnaissance pour les membres « The FROG Portal: Tools and Strategies to Retain & Engage Your Best Staff and Clients ».



Le comportement perturbateur a suscité de nombreuses discussions. Lorsque l'auteure a donné une présentation à ce sujet lors de la Conférence nationale de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC) en mai 2017, la première chose que les gens lui ont demandé d'aborder était : « Que pouvons-nous faire pour régler le comportement perturbateur? »

La reconnaissance constitue une partie importante de la solution. Si nous mettons en pratique les trois façons courantes par lesquelles les personnes souhaitent être reconnues (un merci de vive voix, de mots individualisés et précis de reconnaissance ou un merci par écrit), n'y aurait-il pas moins de tolérance envers le comportement perturbateur? Ne seriez-vous pas assez confiant pour affronter une personne au comportement perturbateur si vous saviez que le reste de votre équipe vous accordait de l'importance et vous

appréciait pour vos compétences et votre contribution? N'y aurait-il pas moins de terreaux où ces « commentaires toxiques » pourraient se développer?

Selon la recherche ressortant de l'organisme Le Conference Board du Canada², nous allouons du temps et de l'argent à la reconnaissance dans les soins de santé. Ce n'est pas, cependant, sous une forme qui tient compte du comportement perturbateur et qui protège contre l'usure de compassion et la lassitude face au changement. Les membres d'une équipe de soins de santé sont plus souvent reconnus pour leurs années de service ou les jalons importants, tels la retraite. Si une équipe a actuellement de la difficulté, alors quel réconfort peut-elle retirer à savoir que dans 15 ans, elle aura droit à un beau souper, une montre ou une épinglette? De quelle façon cela peut-il aider maintenant? Même si la réponse n'est pas nécessairement de supprimer la reconnaissance des longues années de

service (après tout, l'infirmière qui attend durant 24 ans pour cette reconnaissance serait déçue d'apprendre qu'elle a soudainement été éliminée!), ce qui est surtout nécessaire, et qui fait souvent défaut dans les milieux de soins périopératoires, est une reconnaissance régulière, opportune et précise par tous les membres de l'équipe de soins sur une base quotidienne. De petits gestes sincères et gratuits peuvent ressusciter le personnel même lors des pires journées.

Tout est dans les données

Il convient aussi de considérer l'ensemble du tableau. L'auteure a travaillé avec une société canadienne spécialisée en sondages, Metrics@Work, afin d'analyser leur base de données de près d'un quart de millions de sondages sur la motivation du personnel provenant de centaines d'entreprises. L'objectif visait à justifier ce qu'ils observaient lorsqu'ils travaillaient avec des équipes en salle d'opération (SOP), en retraitement des dispositifs médicaux (RDM) et d'autres équipes cliniques et non cliniques au sein d'organismes de soins de santé. Les données ont dressé un tableau clair : les équipes dont le niveau de satisfaction était élevé par rapport à leur reconnaissance étaient considérablement différentes et travaillaient à de meilleurs endroits (et y obtenaient des soins) que celles présentant des niveaux de reconnaissance médiocres.³

Les données ont donc démontré qu'il existait une différence statistiquement importante dans toute une gamme de domaines résultant des différents niveaux de reconnaissance. Ceux-ci incluaient les niveaux de participation au travail, la satisfaction par rapport au leadership, la confiance envers l'organisme, les efforts pour l'amélioration continue et l'intention de rester.³ En d'autres mots, la reconnaissance, d'une multitude de façons, est bonne pour les équipes, les leaders et les patients. Quelque chose d'aussi simple que des mots ou des gestes de reconnaissance réguliers et sincères peuvent en fait faire en sorte qu'une équipe est plus satisfaite et en sécurité.

Il existe une autre raison très importante de ne pas ignorer le pouvoir de la reconnaissance. Selon les recherches en capital humain de Deloitte⁴, nous sommes en manque de sujets talentueux, une tendance qui ne montre aucun signe de ralentissement d'ici 2030. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) prédit que d'ici 2022, il manquera 60 000 infirmières.⁵ Comment les équipes en SOP géreront-elles la perte d'encore plus de collègues efficaces à la fois dans un service et d'autres services dont elles dépendent? Réfléchissez aux répercussions si notre système adoptait la reconnaissance pour aider à retenir les sujets les plus talentueux et le personnel chevronné. Est-ce que cela pourrait favoriser une culture positive, productive et sécuritaire dans le domaine des soins périopératoires par le biais du pouvoir de la reconnaissance et de l'appréciation? À un tel point que cela attirerait des personnes à la recherche de meilleures conditions (et que cette approche retiendrait les personnes qui y travaillent déjà)?⁶ On ne doit pas considérer la reconnaissance comme sans importance, comme quelque chose que l'on peut ignorer ou écarter d'un geste comme étant sans conséquence. Elle est en fait incorporée à plusieurs des recommandations émises dans le rapport de l'AIIC, intitulé Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada⁷. Alors, qu'avons-nous à perdre?

Bien sûr, les avantages de la reconnaissance ne se limitent pas au milieu des soins infirmiers. À la suite d'un sondage effectué par une équipe de retraitement des dispositifs médicaux au sein de laquelle le niveau de participation avait été signalé comme étant le plus bas de toutes les équipes de l'organisme, la reconnaissance a été la toute première approche d'intervention d'équipe à être utilisée sur une période de deux ans.³ Deux ans plus tard, lorsque le personnel a été réévalué, cette équipe était devenue la deuxième équipe la plus responsabilisée au sein de son établissement! Non seulement cette approche a-t-elle permis à

Les employés sont 25 % plus susceptibles de rester au sein d'un organisme si on leur donne régulièrement de la reconnaissance.³

l'environnement de travail d'être plus satisfaisant pour l'équipe, mais elle aussi fort probablement eu des répercussions sur les équipes en soins périopératoires qui dépendaient de leur précision, de leur collaboration et de leur orientation vers le service.

Employeurs, prenez note : Retenir les sujets talentueux en soins périopératoires DOIT être votre priorité numéro 1

Si cela ne semble pas être une preuve suffisante du point de vue de l'analyse de rentabilité (sans compter du point de vue humain) pour adopter la reconnaissance, voici matière à réflexion. Pensez au type d'entreprise pour laquelle vous aimeriez travailler. Les employés sont 25 % plus susceptibles de rester au sein d'un organisme si on leur donne régulièrement de la reconnaissance.³ Imaginez les économies de coûts, sans parler de la réduction du fardeau sur les recruteurs, les gestionnaires et les précepteurs épuisés, si nous mettions un frein au problème du va-et-vient lié aux départs naturels du personnel talentueux dans le domaine des soins infirmiers?

Il existe de nombreux facteurs qui contribuent à ce qu'une personne décide de quitter un organisme. Bien sûr, ce n'est pas tout le monde qui peut se payer le luxe de partir, ce qui pourrait entraîner une baisse du niveau de satisfaction des employés qui se sentent pris au piège). Comment les infirmières productives et concentrées peuvent-elles travailler de façon sécuritaire si elles se sentent amoindries, sous-évaluées, sous-estimées et incapables de partir plutôt que de se sentir engagées, satisfaites et là par choix?⁸ Si votre équipe ou votre organisme se compose d'employés « en retraite au travail » (que l'on appelle le « présentisme ») ou connaît un important roulement de personnel, ne vaut-il pas la peine d'envisager (ou peut-être même de demander lors des entrevues de départ, ou encore mieux des entrevues « pour rester ») comment la reconnaissance dans leur domaine de travail et dans l'ensemble de l'organisme pourrait-elle jouer un rôle pour rectifier les problèmes?

On ne peut s'empêcher de se demander pourquoi la reconnaissance ne fait pas partie du discours plus vaste dans la planification organisationnelle des soins de santé tout comme le sont la santé, la sécurité et la qualité. Il est maintenant temps d'agir. La reconnaissance doit faire partie de toute stratégie complète de récompenses. Je peux devenir la façon de différencier un hôpital comme employeur de choix alors que les autres s'efforcent de mettre fin au problème de va-et-vient de leurs employés talentueux.

Les lieux de travail qui restent en pleine possession de leurs moyens

Que peut-on faire pour exploiter la puissance exponentielle de la reconnaissance et retenir les formidables infirmières en soins périopératoires? Que peuvent faire les infirmières en soins périopératoires à partir d'aujourd'hui? Voici quelques recommandations :

Commencez simplement

Que peuvent faire les personnes qui travaillent dans un hôpital qui n'est pas considéré comme « un endroit formidable où travailler »? Il y a des limites à ce que les personnes peuvent faire lorsqu'il est difficile d'offrir des primes de rendement dans le secteur à but non lucratif; lorsque les personnes, comme les éducateurs ou les leaders en soins infirmiers, n'ont peut-être pas un contact direct quotidien avec tout leur personnel; lorsque les personnes sont des professionnels de première ligne très occupés ou lorsqu'un organisme « ne saisit pas (encore) le concept ». La première étape est de commencer à reconnaître les personnes autour de nous en utilisant n'importe quelle méthode accessible – les médias sociaux, une note, un courriel, un témoignage dans LinkedIn, un mot positif dont vous faites part au patron, un cadeau (ou un souper...vous choisissez le budget), lever les pouces en signe d'encouragement ou même un sourire (n'oubliez pas qu'un sourire sincère se reflète aussi dans les yeux). Quand la personne ne s'y attend pas ou que c'est une surprise (qui n'est pas embarrassante), c'est encore mieux!

Demandez aux personnes de quelle façon elles souhaitent être reconnues.

Demandez

Demandez aux personnes de quelle façon elles souhaitent être reconnues. L'auteure a élaboré un outil comme méthode pour demander aux personnes leur rétroaction à ce sujet (vous pouvez le télécharger gratuitement à <https://greatnessmagnified.com/cool-stuff/>). Cette page propose également des outils gratuits pour combattre l'usure de compassion tout en reconnaissant nos bons coups et ceux des autres. Utilisez la rétroaction pour dire « merci » aux personnes à l'aide des méthodes auxquelles elles accordent le plus d'importance – la règle d'or de la reconnaissance est de tenir compte de ce que le récipiendaire veut – le plus souvent possible. À cette fin, les employés doivent exprimer aux autres la façon dont ils aiment que l'on reconnaisse leur importance. De plus, si vous êtes responsable d'un programme corporatif de reconnaissance (et espérons qu'on ne vous a pas simplement délégué cette tâche...que les personnes qui s'attendent à ce que vous remplissiez cette tâche reconnaissent qu'elles doivent tout de même s'occuper d'accomplir les actes de reconnaissance même si vous supervisez la stratégie), alors prenez le temps de bien examiner si la reconnaissance mène à la rétention, à l'amélioration continue, à la confiance et à la satisfaction auxquels vous vous attendez. Si ce n'est pas le cas, il est donc temps de réévaluer votre stratégie.

Concentrez-vous sur ce qui fonctionne

Si rien d'autre n'est fait, au moins choisissez de vous concentrer sur ceci : multipliez ce qui fonctionne déjà. Où utilise-t-on déjà la reconnaissance? Où la reconnaissance fait-elle partie du discours quotidien? Où est-il possible de faire l'essai de différentes stratégies et contextes pour la reconnaissance? Même s'il n'y a pas d'argent, presque pas de temps et aucun programme officiel, il existe des façons d'entamer une conversation ou de tenir une réunion pour reconnaître ce qui fonctionne et pour connaître les opinions des autres à ce sujet. Un entretien de motivation corporatif ciblé au sujet de l'organisme

ne suffit pas, l'entretien doit également reconnaître les contributions des personnes au succès de l'organisme. D'ailleurs, pourquoi ne commencez-vous pas vos réunions d'équipe ou vos réunions du matin en posant la question : « Qu'est-ce qui a fonctionné hier? » ou « Qui êtes-vous heureux d'avoir dans votre équipe aujourd'hui et pourquoi? »

Travaillez en communauté

Partagez ce que fait chaque personne et quelles approches sont testées à l'interne et à l'externe pour maintenir votre organisme à jour quant aux pratiques exemplaires. Tout le monde profite de ces partages et ces derniers peuvent stimuler de nouvelles idées dans d'autres organismes. L'auteure encourage les lecteurs à écrire des tweets en indiquant les mots clés #FROG et #recognition afin que tous puissent partager et apprendre les uns des autres! Croyez-moi, tous les efforts que vous déployez pour reconnaître les personnes vous reviendront de plusieurs façons, demandez à n'importe lequel de mes clients. Comment pouvez-vous possiblement regretter de faire la bonne chose surtout lorsqu'elle est étayée par de solides données probantes?

Les suggestions proposées ici ne sont pas difficiles à comprendre. Les miracles qu'accomplissent les équipes de soins périopératoires sur la table d'opération sont bien plus impressionnants que les idées partagées ici. Pourtant, de nombreuses personnes ne parviennent souvent pas à mettre en pratique les actions les plus simples que nous souhaitons le plus nous-mêmes. C'est en faisant de petits pas que nous pouvons réussir à lentement modifier une culture perturbatrice (ou à empêcher une culture de devenir comme telle). Toute personne qui n'en est convaincue devrait réfléchir à ce qu'elle ressent quand elle redoute d'entrer dans une salle versus ce qu'elle ressent lorsqu'on lui assigne la salle rêvée. Dans laquelle de ces salles les personnes se sentent-elles plus importantes et appréciées? Quelle quantité d'efforts mettrons-nous si nous travaillons avec une équipe où nous nous sentons valorisés? Imaginez ce que ça serait si chaque salle mettait en pratique

ce qui fonctionne pour que les équipes fonctionnent le mieux possible? C'est possible et ça commence avec vous!

RÉFÉRENCES :

1. www.huffingtonpost.ca/2016/05/03/canada-job-happiness_n_9833376.html. Consulté le 5 novembre 2017.
2. [www.conferenceboard.ca/\(X\(1\)S\(ng52oiimqxiske5gc1bqro1t\)\)/press/newsrelease/11-04-20/make_rewards_and_recognition_programs_meaningful_in_order_to_motivate_employees.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1](http://www.conferenceboard.ca/(X(1)S(ng52oiimqxiske5gc1bqro1t))/press/newsrelease/11-04-20/make_rewards_and_recognition_programs_meaningful_in_order_to_motivate_employees.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1). Consulté le 5 novembre 2017.
3. McVanel, S and Zalter-Minden, B. (2015). *Forever Recognize Others' Greatness: Solution-Focused Strategies for Satisfied Staff, High Performing Teams and Healthy Bottom Lines*. Toronto, ON: BPS Publishing.
4. www2.deloitte.com/global/en/pages/human-capital/articles/introduction-human-capital-trends.html. Consulté le 5 novembre 2017.
5. <https://cna-aiic.ca/fr/salle-des-nouvelles/communiqués-de-presse/2009/elimination-de-la-pénurie-d'infirmières-et-d'infirmiers-autorisés-au-canada>. Consulté le 5 novembre 2017.
6. Greco, S., Laschinger, H., & Wong, C. (2007). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nursing Leadership*, 30, 41-56.
7. https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/rn_highlights_f.pdf?la=fr Consulté le 5 novembre 2017.
8. http://banyanmed.com/images/pdf/Nurse_Engagement_in_Shared_Governance_and_Patient.12.pdf Consulté le 17 novembre 2017. 🌟

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

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



**ORNAC /
AIISOC**

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

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.AIISOC.ca.

SIMPLE ACTS OF RECOGNITION CAN RESUSCITATE PERIOPERATIVE TEAMS

Author: Sarah McVanel, MSc, PCC, CHRL, CSODP helps staff and leaders leverage the power of recognition to retain top talent and fuel healthy cultures. She speaks nationally, leads workshops, coaches leaders, and conducts organizational recognition program reviews. She is a Certified Senior Organizational Development Professional (CSODP), Professional Certified Coach (PCC), Certified Human Resources Leader (CHRL), and member of the Canadian Association of Professional Speakers (CAPS). She has a BA in Psychology, Masters in Family Relations and Diplomas in Human Resources and Healthcare Administration. She has over 17 years' experience including at a senior leadership level in healthcare and now owns a boutique consulting firm, "Greatness Magnified." She is an author of peer-reviewed journals, articles, two books, "Forever Recognize Others' Greatness: Solution Focused Strategies for Satisfied Staff, High Performing Teams and Healthy Bottom Lines" (2015) and "The FROG Effect: Tools and Strategies to Forever Recognize Others' Greatness" (2016) and the recognition membership portal "The FROG Portal: Tools and Strategies to Retain & Engage Your Best Staff and Clients".



There has been much discussion about disruptive behaviour. When the author presented on this topic at the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) National Conference, in May 2017, the number one thing that people asked me to address was "What can we do to fix disruptive behaviour?"

Recognition is a big part of the solution. If we take the time to practice the three common ways people wish to be recognized (a verbal thank-you, personal specific words of acknowledgement, or a written thank you) wouldn't there be less tolerance of disruptive behaviour? Wouldn't you have the confidence to stand up to someone who was being disruptive when you knew you were valued and appreciated by the rest of your team for your skill and contribution? Wouldn't there be less fertile soil in which those 'toxic comments' can grow?

According to research out of the Conference Board of Canada² we are spending time and money on recognition in healthcare. It is not, however, in a form that deals with disruptive behaviour and insulates

against compassion fatigue and change fatigue. Health care team members are most often recognized for Years of Service or significant milestones such as retirement. If a team is struggling right now then how much comfort can really result from knowing there will be a nice dinner, a watch, or pin 15 years from now? How does that help today? Although the answer isn't necessarily doing away with long service acknowledgement (after all, the nurse that's been waiting 24 years for this recognition would not be thrilled if that acknowledgement was suddenly eliminated!) what is needed most, and is often lacking in perioperative environments, is consistent, timely and specific acknowledgement by all members of the healthcare team on a daily basis. Small, sincere, and free gestures can resuscitate even the worst days.

The Data Has It

Let's also consider the bigger picture. The author worked with a Canadian survey company, Metrics@Work, to analyze their database of almost a quarter of a million staff engagement

Employees are 25% more likely to remain in the organization when they are recognized consistently.³

surveys from hundreds of companies. The goal was to substantiate what they were seeing when they worked with Operating Room (OR), Medical Device Reprocessing (MDR), and a host of other clinical and non-clinical teams within healthcare organizations. The data gave a clear picture: teams that had high satisfaction level regarding their recognition were dramatically different and better places to work (and receive care in) than those with low recognition ratings.³

What the data showed was there was a statistically significant difference in a whole host of areas resulting from varying recognition rates. They included levels of engagement in work, satisfaction with leadership, trust in the organization, striving for continuous improvement, and intention to stay.³ In other words, recognition is good for teams, leaders and patients in a myriad of ways. Something as simple as regular and sincere acknowledgments can actually make a team more satisfying and safer.

There is another very important reason to not ignore the power of recognition. According to Deloitte's Human Capital Research⁴ we're in a talent shortage that shows no signs of easing until 2030. The Canadian Nurses Association (CNA) predicts by 2022 there will be a shortage of 60,000 nurses.⁵ How will OR teams cope with the loss of even more strong colleagues both in a department and in other departments that they depend on? Consider the impact if our system embraces recognition to help retain the most talented and experienced staff. Could this fuel a positive, productive and safe perioperative culture through the power of appreciation and acknowledgement? So much so that it attracts folks who are looking for greener pastures (and retains those who are already there)?⁶ Recognition is not 'fluffy stuff' that is to be ignored or brushed off as inconsequential. It is actually built into many of the recommendations from the CNA's report Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage.⁷ So what is there to lose?

The benefits of recognition are not, of course, limited to nursing environments. Following a survey of a Medical Devices Reprocessing team, where engagement levels were reported to be the lowest of all teams in the organization, recognition was the first and foremost team intervention approach used over a two-year period.³ Two years later when staff were resurveyed, this team had become the second most empowered team in their facility! That not only made the work environment more satisfying for their team but likely also had an impact on the perioperative teams that depends on their accuracy, collaboration, and service-orientation.

Employers Take Note: Retaining Top Perioperative Talent MUST Be a Top Priority

If this doesn't seem like sufficient evidence for the business case (let alone the human case) for recognition, here's something to consider. Think about what type of company you would want to work for. Employees are 25% more likely to remain in the organization when they are recognized consistently.³ Imagine the cost savings, not to mention the reduction of the burden on burnt out recruiters, managers and preceptors, if we stopped a revolving door of nursing talent attrition?

There are many factors that contribute to someone deciding to leave the organization. But, of course, not all have the luxury of leaving which can result in less satisfied employees who feel stuck). How productive, focused and safely are nurses able to work if they feel undermined, undervalued, underappreciated, and unable to leave, rather than engaged and satisfied and there by choice?⁸ If your team or organization has folks, "on the job retired" (called "presenteeism") or experiencing significant turnover, isn't it worth considering (perhaps even asking in exit interviews, or better yet "stay" interviews) how recognition in their work areas and as an organization-at-large could play a role in rectifying issues?

Ask people how they want to be recognized.

One can't help but wonder why recognition is not part of the broader discourse in health care operational planning just as health and safety and quality are. The time to act is now. Recognition needs to be part of any total rewards strategy. I can become the way to differentiate a hospital as an employer of choice while others struggle with a revolving door of talent.

Workplaces Staying at the Top of their Game

What can be done to leverage the exponential power of recognition and retain amazing perioperative nurses? What can perioperative nurses do starting today? Here are a few recommendations:

Just Start

What can be done by those who work at a hospital that is not considered a 'great place to work'? There are limitations on what individuals can do when it is difficult to offer incentives in the not-for-profit sector; when individuals, as educators or nurse leaders who may not have direct contact with all of their staff every day; when individuals are busy frontline professionals; Or when an organization 'doesn't get it' (yet). A first step is to begin to recognize those around us by any accessible method – social media, a note, an email, a LinkedIn testimonial, a positive word shared with the boss, a gift of a (or dinner...you pick the budget.), offering a thumbs-up or even a smile (remember, a sincere smile is seen in the eyes as well). When it's unexpected or a surprise (but not an embarrassing one) even better!

Ask

Ask people how they want to be recognized. The author has developed a tool as one method to ask people for this feedback (it is available as a free download at <https://greatnessmagnified.com/cool-stuff/>). This page also offers free tools such as how to combat compassion fatigue while recognizing the greatness in ourselves and others. Use feedback to say "thanks" in the methods

they most value – the platinum rule of recognition is to consider what the recipient wants – as often as possible. To that end employees must tell others how they like to have their value recognized. And if you're responsible for corporate recognition (and let's hope that's not just been delegated to you...that those expecting you to fulfil this task recognize that they still need to do the recognizing even if you oversee the strategy) then really evaluate if recognition is getting you the retention, continuous improvement, trust, and satisfaction you'd expect to see. If it's not, then it is time to revisit your strategy.

Focus on What's Working

If nothing else gets done at least make the choice to focus on this: do more of what is already working. Where is recognition happening already? Where is recognition part of daily discourse? Where is it possible to experiment with different recognition strategies and settings? Even if there is no money, virtually no time, and no formal program, there are ways to start a conversation or have a meeting to acknowledge what's working and to learn what others' opinions are on this topic. It is not enough to have a corporate focused pep-talk about the organization – this must also recognize individual contributions to success. In fact, why not start your team meetings or morning meetings with the question "What worked yesterday?" or "Who are you glad is on your team today and why?"

Be in Community

Share what each individual is doing and what approaches are being trialed internally and externally to keep your organization on top of leading practices. This sharing benefits everyone and can stimulate new ideas in other organizations. The author encourages readers to tweet to the hashtag #FROG and #recognition so everyone can share and learn from each other! Believe me, all the effort you put into meaningful recognition will come back to you in a magnitude of ways, ask any of my clients. How can you possibly regret

doing the right thing backed by solid business evidence?

The suggestions provided here are not rocket science. The miracles the perioperative team makes happen on the operating room table are far more awe-inspiring than the ideas shared here. And yet many people often fail to practice the very simple acts that we most want ourselves. It's small steps forward that can begin to slowly shift a disruptive culture (or prevent a culture from becoming such). Anyone who is not convinced by this should consider how they feel about a room that they dread the idea of walking into versus how they feel when assigned to the 'golden room'. In which one do people feel more valued and appreciated? How much harder will we work for a team where we feel valued? Imagine what it might be like if every room replicated what works for the highest functioning teams? This can happen. And it starts with you!

REFERENCES:

1. www.huffingtonpost.ca/2016/05/03/canada-job-happiness_n_9833376.html. Accessed November 5, 2017.
2. [www.conferenceboard.ca/\(X\(1\)S\(ng52oiimqxiske5gc1bqro1t\)\)/press/newsrelease/11-04-20/make_rewards_and_recognition_programs_meaningful_in_order_to_motivate_employees.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1](http://www.conferenceboard.ca/(X(1)S(ng52oiimqxiske5gc1bqro1t))/press/newsrelease/11-04-20/make_rewards_and_recognition_programs_meaningful_in_order_to_motivate_employees.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1). Accessed November 5, 2017.
3. McVanel, S and Zalter-Minden, B. (2015). Forever Recognize Others' Greatness: Solution-Focused Strategies for Satisfied Staff, High Performing Teams and Healthy Bottom Lines. Toronto, ON: BPS Publishing.
4. www2.deloitte.com/global/en/pages/human-capital/articles/introduction-human-capital-trends.html. Accessed November 5, 2017.
5. <https://cna-aiic.ca/en/news-room/news-releases/2009/eliminating-canadas-rn-shortage>. Accessed November 5, 2017.
6. Greco, S., Laschinger, H., & Wong, C. (2007). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nursing Leadership*, 30, 41-56.
7. www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/rn_highlights_e.pdf?la=en Accessed November 5, 2017.
8. http://banyanmed.com/images/pdf/Nurse_Engagement_in_Shared_Governance_and_Patient.12.pdf Accessed November 17, 2017. 🌟

UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

**Perioperative
Nurses Week is
November 5 - 9, 2018.**

**La semaine des
infirmières et des
infirmiers en soins
périopératoires est du
5 au 9 novembre 2018.**

ORNAC & PROVINCIAL COUNCILS L'AIISOC ET LES CONSEILS PROVINCIAUX

26th ORNAC National Conference	Halifax, NS	Apr 26 - 30, 2019
ORNANS Provincial Conference & AGM	Antigonish, NS	June 9, 2018
ORNAA Conference	Red Deer, AB	Sept 19 - 22, 2018
ORNAO 15th Biennial Conference	Ottawa, ON	Sept 27 - 30, 2018
N&LORNA Provincial Conference	Max Simms Camp, NL	Oct 19 - 21, 2018
28th Atlantic Conference	Moncton, NB	Oct 25 - 27, 2018
CIISOQ/CORNQ Conference	Laval, QC	Oct 10 - 13, 2018

OTHER CONFERENCES • AUTRES CONFÉRENCES

CNA www.cna-aiic.ca	Ottawa, ON	June 18 - 20, 2018
----------------------------------------------------------	------------	--------------------

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

Purple
is
the
new
Yellow

KYRA STIRRUPS - NOW AVAILABLE!

www.meditek.ca/kyra



MEDITEK

Here for L.I.F.E.

1.800.567.8400
info@meditek.ca



MAKE THE SMART CHOICE FOR YOUR SURGICAL INSTRUMENTS.

Count on exceptional quality, endurance and value with our stainless steel instruments, available in custom sets or for individual purchase, to meet any procedural need or surgeon reference.

For more information call your local Medline Representative or email canada@medline.com

For more information, call your local Medline representative or email canada@medline.com