



September/septembre 2017

Volume 35, Issue/numéro 3

# ORNAC | REVUE DE JOURNAL | L'AIISOC



L. Wilkins (EM+)

ORNAC National • conference nationale de l'AIISOC  
Tribute to Muriel Shewchuk • hommage à muriel Shewchuk  
Education • éducation



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

PM40951517



## 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](mailto:canada@medline.com)

For more information, call your  
local Medline representative or  
email [canada@medline.com](mailto:canada@medline.com)

# ORNAC JOURNAL

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

Published Quarterly ✦ Volume 35, Issue 3, September 2017

## TABLE OF CONTENTS



L. Wilkins (EM+)

**42** Highlights from the 24th  
ORNAC National  
Conference

**13** A Canadian Educator Perspective on Quality  
Perioperative Nursing Practice

BY: DAWN AFFLECK RN, BScN, CPN(C).

**75** Developing Education Skills to Enhance Skill  
Acquisition for Nurses in a Rural Hospital: An  
RNAO Fellowship from a Personal Perspective.

BY: JO-ANNE BLACK RN, CPN(C).

### ORNAC NETWORK

**38** Spotlight on ORNAC Members:  
An Interview with Jane Radey

**40** ORNAC Call for Nominations

**44** ORNAC Awards

**50** A Tribute to Muriel Shewchuk



### 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

Indexed in CINAHL,  
Ebsco Publishing, and part of the  
EBSCOHOST suite of  
CINAHL programs.

Publications Mail  
Agreement No. 40951517  
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 Mushayandevvu RN, CPN(C) - Calgary, AB - [president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)

**PRESIDENT ELECT** - Linda Whyte RN, CPN(C) - Toronto, ON - [presidentelect@ornac.ca](mailto:presidentelect@ornac.ca)

**TREASURER** - Elizabeth Beck RN, CPN(C) - New Minas, NS - [treasurer@ornac.ca](mailto:treasurer@ornac.ca)

**SECRETARY** - Lucia Pfeuti RN, BN, CPN(C) - Calgary, AB - [secretary@ornac.ca](mailto:secretary@ornac.ca)

**EXECUTIVE DIRECTOR** - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - [executivedirector@ornac.ca](mailto: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

Jennifer Radtke-Jardine  
RN, BSc, BScN, 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](http://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 35, numéro 3, septembre 2017

## TABLE DES MATIÈRES

L. Wilkins (EM+)



**42** Faits marquants de la 24<sup>e</sup> Conférence nationale de l'AIISOC.



**25** Le point de vue d'une éducatrice Canadienne sur la pratique de soins Périopératoires de qualité.

PAR : DAWN AFFLECK, INF., B.Sc.INF., CSP(C).

**66** Perfectionner les aptitudes à l'enseignement pour améliorer l'acquisition des compétences chez les infirmières d'un hôpital en région rurale : une bourse d'études de l'AIIO à partir d'un point de vue personnel.

PAR : JO-ANNE BLACK, INF., CSP(C).

### RÉSEAU DE L'AIISOC

**63** Pleins feux sur les membres de l'AIISOC : une entrevue avec Jane Radey

**44** Prix de l'AIISOC

**48** Appel de mise en candidature de l'AIISOC

**56** Hommage à Muriel Shewchuk

### 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

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.  
40951517

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 :

Sherrí 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'AIISOC

**PRÉSIDENTE** - Barbara Mushayandebvu, inf., CSP(C) - Calgary AB - [president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)

**PRÉSIDENTE ÉLUE** - Linda Whyte, inf., CSP(C) - Toronto, ON - [presidentelect@ornac.ca](mailto:presidentelect@ornac.ca)

**TRÉSORIÈRE** - Elizabeth Beck, inf., CSP(C) - New Minas, N.-É. - [treasurer@ornac.ca](mailto:treasurer@ornac.ca)

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

**DIRECTRICE GÉNÉRALE** - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - [executivedirector@ornac.ca](mailto:executivedirector@ornac.ca)

## Conseil d'administration de l'AIISOC

### 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

Jennifer Radtke-Jardine, inf.,  
B. Sc., B. Sc. 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.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca)

## MISSION DE L'AIISOC

L'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) 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	83	Medline Canada	2
Ecolab	12	RMAC Surgical	84
Instrumentarium	15, 27, 54		

## Career Opportunities / Possibilités de carrière

Interior Health	55	Southlake Regional Health Centre	55
-----------------	----	----------------------------------	----



Looking For Information About  
Advertising In This Journal?

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



[info@ClockworkCanada.com](mailto:info@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](mailto:president@ornac.ca)*



What an awesome conference for ORNAC's 25th National in Niagara. From the education sessions that inspired and provided continuing education, to the social events that had everyone networking and dancing, this conference will go down in history as one of the best conferences yet. I hope those who were able to attend have great memories and have shared their experiences with those who held down the fort to enable us to attend. Thank you to the 2017 Conference Planning Committee for a job well done.

It was with great sadness that I learned, on May 11th, of the passing of the amazing Muriel Shewchuk. She left us just a week after the conclusion of the conference that she attended, with her daughter Marcia, and at which she provided so much inspiration and entertainment when she spoke with her long-time friend Gloria Stephens about the history of the ORNAC Standards. Those of us at the ORNAC conference in Niagara had a wonderful time with Muriel not knowing this was the last time we would have the pleasure of seeing her.

Muriel was one of the founding members of the Operating Room Nurses of Alberta Association (ORNAA) and of ORNAC itself. She was also instrumental in the writing the first standards for perioperative practice. She was an outstanding educator, administrator and mentor to many in the perioperative world and passionate

about nurse leadership, patient safety, and nurses' continuing education. I have heard her referred to, by many, as the Florence Nightingale of Perioperative Nursing. For more about Muriel see ORNAC's tribute to her on page 50 of this Journal.

I am so blessed to have had Muriel as a mentor who encouraged and pushed me to be the best OR registered nurse and leader that I could be. It was an honour and privilege to be part of the honour guard of perioperative registered nurses from Calgary as Muriel was taken to her final resting place. The perioperative world has lost one of its champions.

Muriel's legacy will live on in the hearts of her family, friends, and the many perioperative RNs she inspired. It will also stay with us through ORNAC's Muriel Shewchuk Leadership Award. And her philosophy will even be evident in the theme of this year's Perioperative Nurses Week (November 6 to 10) as it is "Registered Nurses: The Voice of Our Patients". We honour Muriel's memory when we fulfil our role as patient advocates, show leadership in our profession, learn (and teach) at every opportunity, and uphold the ORNAC Standards.

We will miss her dearly but, in many ways, Muriel will never really leave us. 🌸

*Barbara Mushayandebvu*

I am so blessed to have had Muriel as a mentor who encouraged and pushed me to be the best OR registered nurse and leader that I could be.

---

# EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE

Heather Dow, CAE, CPhT, ORNAC Executive Director  
[executivedirector@ornac.ca](mailto:executivedirector@ornac.ca)



**H**ave you had the chance to view the photos taken at the 25th ORNAC National Conference that was held April 30 - May 4, 2017 at the Scotiabank Convention Centre, in Niagara Falls, ON? We certainly captured and embraced our theme “Harnessing Our Power”! If you have not yet looked through the albums be sure to check them out, and relive the excitement, at [www.ornac.ca/en/home-return](http://www.ornac.ca/en/home-return) and clicking on “Conference Photos” under the “Home” tab. You might see a photo of yourself!

Some of my favourites include those taken during the social events – the Great Gatsby Banquet on Monday night or the Members’ Appreciation evening at Table Rock on Wednesday evening. Experiencing the Journey Behind the Falls enforced the power of our Conference theme. You could feel the thunderous vibrations of the Horseshoe falls long before you could see them; while descending 150 feet and exploring 130-year-old tunnels through the bedrock. Yes, it was really cool. Shout out to Angela Russell, Social Event Chair, for arranging such fantastic off-site opportunities.

I appreciated how the events were summarized and captured in the daily

news that was available on the conference app. It was fun to relive those memories only a few hours after they happened! Thank you Michelle Romanyshyn, Public Relations Chair, for putting together those communiques in the wee hours of the morning.

The education was top notch and I know that we will all truly cherish the session “Using Perseverance to Develop the ORNAC Standards” as presented by Muriel Shewchuk and Gloria Stephens. This was the last session that Muriel presented prior to her passing on May 11, 2017. Muriel was an original team member for the first ORNAC Standards document and chaired the first official ORNAC Conference in Jasper, AB. For all of us who spoke to Muriel, thanked her, and hugged her, we will hold those memories in our hearts forever. Thank you to Sarah Pelletier and Cindy Fulmore, Program & Syllabus Chairs, for putting together a robust educational program that was tailored to all levels of interest.

I would encourage all of you to visit the sponsor section of the website to become familiar with all our sponsors and exhibitors who contributed to the success of the conference. Without industry support we would be unable to hold the conference, to provide the

ORNAC Journal to the members, or afford the translation of materials. Thank you to Gloria Nemecek for liaising with the sponsors over the many months leading up to the conference.

As a volunteer-based organization ORNAC relies our members to share their time and expertise. Volunteerism, working together and sharing insights, are central to the ways our profession works to advance our vision, mission and goals. Volunteering is also a great way to enhance your own personal networks. Fostering relationships with your peers can lead to new contacts and opportunities. My gratitude to Jane MacDonald, Volunteer Chair, for directing the 34 volunteers with a high degree of organization and effectiveness that resulted in a flawless execution.

Thank you to the Conference Planning Committee (led by Kim McLennan-Robbins & Linda Whyte), our sponsors and exhibitors, ORNAC Past President Cathleen Ferguson, the ORNAC leadership, all of our speakers, volunteers, and conference staff at Events & Management Plus and, most especially, to all of YOU who attended. If it were not for you, it would have been a very quiet event!

Save the date for the 26th ORNAC National Conference, April 26 – April 30, 2019, Tides of Change, Oceans of Perioperative Excellence, at the Halifax Convention Centre in Halifax, NS. 🍁

---

As a volunteer-based organization ORNAC relies our members to share their time and expertise.

# MOT DE LA PRÉSIDENTE

*Barbara Mushayandebvu, 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](mailto:president@ornac.ca)



Quelle formidable rencontre nous avons vécue pour la 25<sup>e</sup> Conférence nationale de l'AIISOC à Niagara! Tant les séances éducatives qui nous ont inspirés et nous ont offert de la formation continue que les événements sociaux qui ont permis à tous les participants de réseauter et de danser, cette conférence passera à l'histoire comme l'une des meilleures à ce jour. J'espère que les participants qui ont pu y assister en garderont d'excellents souvenirs et qu'ils partageront leur expérience avec les personnes qui ont monté la garde pour nous permettre d'y participer. Un gros merci au comité de la planification de la Conférence 2017 pour votre excellent travail.

C'est avec une grande tristesse que j'ai appris, le 11 mai dernier, le décès de l'extraordinaire Muriel Shewchuk. Elle nous a quittés tout juste une semaine après la fin de la conférence à laquelle elle avait assisté en compagnie de sa fille Marcia, et durant laquelle elle nous a tant inspirés et divertis, lorsqu'elle parlait avec son amie de longue date, Gloria Stephens, de l'histoire des normes de l'AIISOC. Ceux et celles parmi nous qui ont assisté à la conférence de l'AIISOC à Niagara ont passé de bons moments avec Muriel sans savoir que c'était la dernière fois que nous aurions le plaisir de la voir.

Muriel était l'un des membres fondateurs de la Operating Room

J'ai la chance d'avoir eu Muriel comme mentore, car elle m'a encouragée et m'a poussée à devenir une meilleure infirmière et leader en SOP.

Nurses of Alberta Association (ORNAA) et de l'AIISOC. Elle a joué un rôle essentiel pour la rédaction des premières normes de la pratique périopératoire. Elle a été une éducatrice, une administratrice et une mentore formidable pour plusieurs au sein du monde périopératoire. Le leadership des infirmiers et des infirmières, la sécurité des patients et la formation continue des infirmières la passionnaient. Plusieurs la considéraient comme la Florence Nightingale des soins périopératoires. Pour en apprendre davantage au sujet de Muriel, consultez l'hommage que l'AIISOC lui a rendu aux pages 56 de la présente revue.

J'ai la chance d'avoir eu Muriel comme mentore, car elle m'a encouragée et m'a poussée à devenir une meilleure infirmière et leader en SOP. Ce fut un honneur et un privilège de faire partie de la garde d'honneur des infirmiers/infirmières en soins périopératoires de Calgary alors que Muriel était conduite à sa dernière demeure. Le monde des soins périopératoires a perdu l'une de ses défenseuses.

L'héritage de Muriel se perpétuera dans le cœur des membres de sa famille, de ses amis et des nombreuses infirmières en soins périopératoires qu'elle a inspirés. L'AIISOC continuera également de l'honorer grâce au Prix de leadership Muriel Shewchuk. De plus, même le thème de la Semaine des infirmiers et des infirmières en soins périopératoires (du 6 au 10 novembre) de cette année reflètera sa philosophie : « Les infirmiers et les infirmières en soins périopératoires, la voix de nos patients ». Nous honorons la mémoire de Muriel lorsque nous remplissons notre rôle de défenseurs des patients, que nous démontrons du leadership au sein de notre profession, que chaque occasion nous permet d'apprendre (et d'enseigner) et que nous mettons en application les normes de l'AIISOC.

Elle nous manquera profondément, mais à plusieurs égards, Muriel ne nous quittera vraiment jamais. 🍀

*Barbara Mushayandebvu*

---

# MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Heather Dow, CAE, TPC, directrice générale de l'AIISOC  
[executivedirector@ornac.ca](mailto:executivedirector@ornac.ca)

Avez-vous eu la chance de voir les photos prises lors de la 25<sup>e</sup> Conférence nationale de l'AIISOC qui s'est tenue du 30 avril au 4 mai 2017 au Centre des congrès de la Banque Scotia, à Niagara Falls, ON? Nous avons incontestablement saisi et immortalisé notre thème « Mobiliser notre pouvoir »! Si vous n'avez pas déjà consulté les albums, ne manquez pas de le faire pour revivre l'enthousiasme qui régnait lors de cette conférence en visitant [www.ornac.ca/en/home-return](http://www.ornac.ca/en/home-return) et en cliquant sur « Photos de la conférence » sous l'onglet « Accueil ». Vous vous verrez peut-être sur l'une des photos!

Quelques-unes de mes photos préférées ont été prises lors des activités sociales — le banquet de Gatsby le Magnifique du lundi soir ou encore la soirée d'appréciation des membres au Table Rock, le mercredi soir. Notre Excursion derrière la chute a renforcé la puissance du thème de notre conférence. Nous pouvions sentir le tonnerre des vibrations des chutes en forme de fer à cheval bien avant de les voir alors que nous descendions à 150 pieds de profondeur pour explorer des tunnels qui se sont formés dans le roc il y a plus de 130 ans. C'était vraiment génial et je tiens à remercier Angela Russell, présidente des activités sociales, d'avoir organisé cette visite hors site si fantastique.

J'ai beaucoup aimé la façon dont les activités étaient reprises et résumées dans le bulletin de nouvelles quotidiennes disponible sur l'application de la conférence. C'était amusant de revivre ces

moments seulement quelques heures après! Merci à Michelle Romanyshyn, présidente des relations publiques, d'avoir publié ces communiqués au petit matin.

La partie éducative a offert une formation de haut calibre et je sais que nous porterons tous dans nos cœurs la séance intitulée « Using Perseverance to Develop the ORNAC Standards » (Faire preuve de persévérance pour développer les Normes de l'AIISOC), car elle a été présentée par Muriel Shewchuk et Gloria Stephens. Ce fut la dernière séance que Muriel a donnée avant son décès survenu le 11 mai 2017. Muriel a fait partie dès le début de l'équipe qui a développé le premier document des Normes de l'AIISOC et elle a présidé la première conférence officielle de l'AIISOC à Jasper, AB. Pour tous ceux et celles qui ont discuté avec Muriel, qui l'ont remerciée et qui lui ont donné un câlin, vous chéririez assurément ces souvenirs à jamais. Merci à Sarah Pelletier et Cindy Fulmore, présidentes des programmes et plans de cours, d'avoir organisé un programme éducatif soutenu et adapté à tous les niveaux d'intérêts.

Je vous encourage tous et toutes à visiter la section des commanditaires de notre site Web pour vous familiariser avec les commanditaires et les exposants qui ont contribué au succès de notre conférence. Sans le soutien de l'industrie, nous n'aurions pas pu tenir cette conférence, ni offrir aux membres la Revue de l'AIISOC, ni nous permettre de faire traduire tous les documents. Merci à Gloria Nemecek d'avoir assuré la liaison



avec les commanditaires au cours des nombreux mois avant la conférence.

En tant qu'organisme reposant sur le travail de bénévoles, l'AIISOC compte sur ses membres pour que ces derniers offrent leur temps et leur expertise. Le bénévolat, le travail d'équipe et le partage d'idées sont au cœur de notre profession et favorisent l'avancement de notre vision, de notre mission et de nos objectifs. Le bénévolat constitue également un excellent moyen d'améliorer vos réseaux personnels. Entretien des relations avec vos pairs vous permettra de créer de nouveaux contacts et de profiter de nouvelles opportunités. Je tiens à remercier Jane MacDonald, présidente du bénévolat, d'avoir dirigé d'une main de maître les 34 bénévoles qui ont accompli leur travail de manière impeccable.

Un gros merci au comité de la planification de la conférence (dirigé par Kim McLennan-Robbins et Linda Whyte), à nos commanditaires et exposants, à l'ancienne présidente de l'AIISOC, Cathleen Ferguson, au comité du leadership de l'AIISOC, à tous nos conférenciers lors de la conférence, aux bénévoles et au personnel de chez Events & Management Plus et, surtout, à vous tous qui y a participé. Si vous n'aviez pas été là, cet événement n'aurait pas fait de vagues!

Inscrivez à votre calendrier les dates de la 26<sup>e</sup> Conférence nationale de l'AIISOC, Vagues de changement, océans d'excellence en soins périopératoires, qui se déroulera du 26 au 30 avril 2019, au Centre des congrès de Halifax, à Halifax, N.-É. 🍁

En tant qu'organisme reposant sur le travail de bénévoles, l'AIISOC compte sur ses membres pour que ces derniers offrent leur temps et leur expertise.

# Making Your Work Easier Through Innovation

## with Improved Visual Accuracy

Vari-Lens2 with a durable scratch resistant lens can help optimize vision for surgeons while maintaining an HAI-reducing sterile barrier.

**Angled Glass Lens** - Provides a consistent sterile barrier and maximizes optical clarity/image visualization

**Friction-Fit Lens Housing** - Easy to apply and remove

**Optimized Pattern Designs**

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

© 2017 Ecolab USA Inc. All rights reserved.

**ECOLAB**

## Submit An Article to the *ORNAC Journal* And You Could Win \$3,000

Since 1983 Johnson & Johnson Medical Products has provided an annual \$3,000 award to the author of the best article of the calendar year. The Award is designed to recognize Canadian nurses who contribute to the advancement of the perioperative nursing industry and to the education of their colleagues through the creation of informative, relevant articles.

The **ORNAC/Johnson & Johnson Medical Products Drake-Thompson Writing Award** is presented annually at ORNAC's National Conference or at the Provincial Conference of the winning author.

### So get writing!

*ORNAC Journal* is your Journal – it is written by you and your peers, for the benefit of your profession – and your contribution is what ensures its future success. Share your knowledge on new surgical procedures, nursing care issues, new technologies, new programs, educational material, and any other industry issue that is important to you and the people you work with.

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

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

**KEYWORDS:** PERIOPERATIVE NURSING EDUCATION, PATIENT SAFETY, PERIOPERATIVE NURSING CERTIFICATION, OPERATING ROOM CULTURE.

# A CANADIAN EDUCATOR PERSPECTIVE ON QUALITY PERIOPERATIVE NURSING PRACTICE

**Author:** Dawn Affleck RN, BScN, CPN(C), is a graduate student in the College of Nursing at the University of Saskatchewan. Dawn holds a dual role as a full-time clinical educator in the Surgical Suite at the Brandon Regional Health Center in Brandon, MB, and an off-campus instructor with Saskatchewan Polytechnic Perioperative Nursing program in Regina, SK (Wascana Site). She is a member and site representative of the Manitoba Operating Room Nurses Association as well as a member of ORNAC. Dawn served as a volunteer member of the ORNAC Standards Committee from 2013-2015.

## ABSTRACT:

The Perioperative Registered Nurse (PRN) is an essential member of the interdisciplinary surgical team in operating rooms (OR) across Canada. PRNs working in this area need to, given the increased risk of hospital adverse events in the perioperative environment, support and uphold established perioperative nursing principles, guidelines, and standards to protect patients and improve the culture of the environment. This paper is an educator's exploration of some of the factors that currently influence the ability to deliver quality perioperative nursing care in Canada. Factors such as perioperative education, operating room culture and communication, Canadian perioperative certification, Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) standards, and the role of senior leadership and administration is examined in detail. Potential strategies and areas for future research, to uphold and maintain quality practice, are identified.

## INTRODUCTION

The operating room (OR) environment is a dynamic and, at times, chaotic clinical area that places a high value on the technical skills and abilities of the

entire team, strict aseptic technique, and adherence to protocols.<sup>1</sup> Contextual stressors, such as communication breakdowns, procedural challenges, combinations of various professionals working together, and the hierarchical nature of the operating room team, have a strong influence on the workplace culture.<sup>2</sup> A systematic review of the literature found that the majority of hospital adverse events occurred in the operating room<sup>3</sup> emphasizing the importance of strong communication between team members.<sup>2,4,5</sup> Surgical “never events,” such as retained foreign objects (RFO) and wrong site-wrong sided surgery, can have catastrophic outcomes for patients.<sup>5-7</sup> Surgical “never events” have been identified as highly preventable and are a concern not only to the surgical patients but also to the entire surgical team and the healthcare organizations where patient care delivery occurs.<sup>6,7</sup>

The World Health Organization (WHO) defines patient safety as “the absence of preventable harm to a patient during the process of health care.”<sup>8</sup> The WHO has been a leader in encouraging perioperative teams to communicate and participate in safety procedures. Safe patient care is reliant on strong

communication and effective teamwork within the operating teams consisting of surgeons, anesthesiologists, and perioperative nurses.<sup>2,9</sup> Nurses working in this area need to support and uphold established perioperative nursing principles, guidelines, and standards to protect patients and improve the culture of the practice environment. Nurses, as patient advocates, must promote patient safety by partnering with physicians and healthcare organizations to improve practice environments and health systems.<sup>10,11</sup> This paper is an exploration of the role of the perioperative RN. Factors that currently influence the ability to deliver and support quality perioperative nursing education and practice in Canada, which translates to the provision of safe patient care, will also be discussed. This paper offers, in essence, a call to action for perioperative nursing with possible strategies and areas for future research to uphold and maintain a quality perioperative-nursing practice.

Perioperative Registered Nurses (PRNs) function similarly to other RNs, however, they possess a unique theory and clinical skill-set specific to the perioperative environment.<sup>12</sup> With only moments to create relationships with their patients the need for patient advocacy and safety remain essential tenets of this specialized nursing practice.<sup>5,13</sup> PRNs deliver quality perioperative nursing care both separately and in conjunction with the surgeons and anaesthesiologists.<sup>14</sup> Often, at critical moments during patient care, communication difficulties may arise related to psychological factors such as stress, professional values, and organizational pressures.<sup>1,6,15</sup> Although boundaries and hierarchies continue to exist between professions, the needs of our surgical patients, and their families, should be shared by the team. Healthcare professionals must look beyond the hierarchies and professional boundaries when seeking excellence in patient care.<sup>16</sup>

PRNs, like other members of the operating room team, can, at times, be pulled into technical work-around

efficiencies that do not adhere to organizational policy, thus compromising or migrating away from standards of care into unsafe practices.<sup>6,15</sup> Inter- and intra-professional inconsistencies, such as varying degrees of education, experience, varied perioperative educational preparations, and differing perceptions of standards of practice in the operating room, can lead to a lack of cohesiveness and miscommunication during patient care.

## Factors that Influence Quality Perioperative Nursing Practice

### Education and Practice:

Before the 1980s student nurses in hospital-based nursing programs were able to rotate through perioperative clinical environments or ask to pursue a senior clinical placement in the OR.<sup>17</sup> At that time nurse educators used a variety of educational delivery methods. Rudimentary nursing education curriculum offered perioperative theory followed by “learning on the job” with a mentor. Practice guidance and standards of care were vastly dependent on the hospital policies and procedures as well as on the practice of the nursing mentor or preceptor. With the evolution of nursing education, from hospital-based diploma nursing programs to undergraduate nursing programs in academic institutions, the awareness, exposure, and promotion of the perioperative nursing specialty became limited.<sup>18-20</sup> The shift in nursing education may have negatively influenced nursing practice in ORs as it resulted in less presence, in the clinical environment, by nursing faculty and instructors.

Wilson and Johnson link postgraduate certification in perioperative nursing to positive impacts and consider certification a worthy investment for nurses and organizations.<sup>21</sup> In Canada there are eight Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) accredited perioperative postgraduate programs. Program entrance requirements, length, and delivery models vary with offerings in both

PRNs deliver quality perioperative nursing care both separately and in conjunction with the surgeons and anaesthesiologists.<sup>14</sup>

traditional classroom and online e-learning formats. The perioperative programs, although comprehensive and aligned with the ORNAC standards and perioperative theory, may have significant time commitments and costs associated with them. This may be viewed as a deterrent to the independent RN pursuing advanced perioperative specialty education, as a higher level of education does not necessarily equate to a higher level of salary. While healthcare industry (hospital) sponsored nursing specialty education programs are more economical for the individual RN these programs result in a cost to the healthcare system which is not always available in current healthcare budgets. Unfortunately these programs do not come with a guarantee that the RN will remain in the specialty program or organization.

American published reports related to the cost to hospitals for perioperative nursing recruitment, training, and orientation range from \$22,000-64,000 USD.<sup>17,18</sup> Orientation costs for nursing, in general, is estimated as \$65,000-75,000 per nurse, and even higher in areas such as the OR and Intensive Care Unit.<sup>22</sup> Some organizations may see the extensive costs associated with perioperative education, when combined with orientation costs that are already higher than average, as a barrier if there is a potential risk for loss on investment as a result of attrition.

Accredited perioperative nursing education can be affected by geographical location, size of hospital, and level of surgical services available to the perioperative program. Factors such as perioperative curriculum requirements of academic partners may misalign with the healthcare facility's surgical services care model, which can challenge successful attainment of criteria. For example, the perioperative curriculum may identify scrubbing and circulating for paediatric patients however the facility may not provide paediatric surgery services. In contrast to medical colleagues, who are required to relocate to large urban academic teaching hospitals to complete residencies and fellowships, specialty-nursing education is, at times adapted and modified based on the hospital site. While the total volume of RNs, in relation to medical colleagues, is a factor in comparison of curriculum planning the author felt it was worthy to note. When assessing the quality of perioperative nursing education in Canada, geographical location of PRNs is a subject of its own and requires further examination in order to assess and understand the consistency of of nursing education.

There are RNs and hospitals in Canada that have sought perioperative education support through the American-based Association of periOperative Nurses' (AORN) distance education course.<sup>23</sup> The AORN perioperative distance education appears, to this author, to provide a comprehensive perioperative theory delivery and evaluation with less financial commitment, for the nurses and the healthcare organization, when compared with ORNAC accredited



## REPAIRS

### 2 YEARS OF **FREE** MAINTENANCE

From now on, all instruments repaired by Instrumentarium will be laser inscribed with the repair date and a 2D code. As of the inscribed date, a free 2-year maintenance period will apply, provided that the instrument has been used, manipulated, sterilized and packaged properly.

Replacement parts and repairs to be carried out by the manufacturer are excluded.

***Yours to enjoy!***



1273, rue Saint-Louis, Terrebonne, QC, CANADA, J6W 1K6  
 T : 450-471-1379 ■ 1-800-361-1502 ■ F : 450-471-1030  
 instrumentarium-online.com / info@instrumentarium-online.com

perioperative education. What remains unclear is how to apply knowledge translation of the American-based theory within the Canadian healthcare system and at what point, during the education, the novice PRN becomes engaged in Canadian perioperative standards and practice. The ability to facilitate consistent and comprehensive perioperative simulation and clinical rotations in multiple sites, without an academic partnership for support needs further exploration and evaluation.

Given that RNs represent three-quarters of regulated nurses, and encompass the largest segment of healthcare providers in Canada,<sup>24</sup> the cost of sustainable, high quality, post-graduate education in nursing may be an interesting trend to assess in the future. If patient safety and positive patient outcomes are essential objectives in the Canadian healthcare system, nurse educators should identify and discuss the connection between these factors and quality nursing postgraduate education. As the potential for adverse events in ORs is a risk and concern,<sup>2-5</sup> the communities of perioperative nursing, academia, and healthcare organizations need to pause and reassess the importance of quality perioperative nursing education and how this valuable education can be supported.

A large multi-site study on patient outcomes related to education, conducted by Kendall-Gallagher et al.<sup>25</sup>, while not specifically assessing perioperative-nursing education, found that experience alone did not substitute for education, or specialization, in relation to patient outcomes. In a much smaller study, with a focus on perioperative nursing education and experience, Gillespie et al.<sup>26</sup> identifies that while clinical experience has value, education is also part of the competency factor.

#### **Operating Room Communication and Culture:**

In recent decades researchers have identified team communication through shared understandings as a fundamental

concept in the establishment of high-performance teams in the OR.<sup>2</sup> While other clinical areas have chosen to abandon hierarchies, and move into a philosophy of interdisciplinary teams, the OR continues to retain the pyramidal, multi-professional system.<sup>2</sup> OR teams consist of a diverse group of professionals with varied education, training, and skills. The teams' diverse qualities must collectively and seamlessly converge, to encourage safe patient care, when the patient is on the OR table.

Hierarchies in healthcare, and the effect on workplace culture, are discussed frequently in the literature.<sup>1,2,7,27</sup> There have been reports that communication challenges within the inter-professional relationships exist in ORs.<sup>1,28,45</sup> The perioperative environment is a high-paced clinical environment where all team members place high value on key attributes such as theoretical knowledge, clinical competence, and technical skills.<sup>1,29</sup>

The OR culture may have been, and continue to be, a factor that influences perioperative nursing practice.<sup>1</sup> Perioperative nursing has been identified as one of the oldest nursing specialties in existence.<sup>30-33</sup> In fact, before the turn of the 20th century, Wade suggests that the pursuance of perioperative nursing was a prestigious invitation-only offering, based solely on a student nurses' technical skills and abilities.<sup>33</sup> Even though the profession of perioperative nursing was innovative in developing as the first nursing specialty, attesting the practice as authentic nursing has been a journey. The belief that OR nurses lacked independent knowledge and practice has also, at times, isolated the specialty from the significant professional growth in comparison to our other nursing colleagues.<sup>31,33</sup> This isolation may have further supported a discourse on the professional insecurity of the perioperative nurse.<sup>31,33</sup> Riley and Manias<sup>31</sup> referred to "professional identity challenges endured by perioperative nurses as they have moved past the image of a handmaiden to a professional healthcare provider". The PRN now serves as a patient safety

A culture of silence has a historical significance in the OR...

---

advocate, with the ability to holistically predict, assess, react, and respond to dynamic patient conditions.<sup>31</sup>

A culture of silence has a historical significance in the OR as it provided surgeons with a quiet environment and helped ensure all members were fully focused on the procedure.<sup>27</sup> The expectation on PRNs to perceive, anticipate, and respond quickly in a silent culture is somewhat of a paradox to the culture of strong and effective team communication supported by the literature today. To use a familiar example, a surgeon has been, and perhaps continues to be, traditionally seen to place value on a PRN who possesses a ‘quiet competence’ by anticipating procedural steps without verbal communication.<sup>27</sup> A culture that respects anticipatory skills in a quiet context may affect acceptance of the novice PRN who may not have yet had time to build this skill or who may have been trained to speak assertively when patient care clarification is required. Maintaining the traditional “quiet competence” of perioperative nursing can be a challenge when music is often present in the ORs, as well as multiple professionals (residents, fellows, and other nursing and allied health students) attend either to participate in the surgery or gain valuable learning experience. In addition, working with multiple surgeons who are knowledgeable and skilled in specific specialties can be extremely challenging for the generalist perioperative nurse who works in all theaters.

Gardezi et al.<sup>27</sup> suggest the need to examine “silences,” within the OR, in order to improve inter-professional communication and collaboration. Surgical culture maintains hierarchy and power within teams and may not appreciate professionals with perceived less power such as PRNs.<sup>1,2,34</sup> We need to examine the overt and covert behaviors demonstrated by those with less power in relation to patient safety.<sup>31</sup> In a study examining silence, power, and communication in the OR, the absence of communication was seen to occur in response to fear and a reluctance to

clarify, at the risk of being perceived as incompetent or being judged as less knowledgeable than other team members.<sup>27</sup> This could also explain why perioperative nurses have cited that team communication issues were the highest contributor to near misses in ORs.<sup>35</sup> To encourage effective team communication OR teams have implemented surgical safety checklists and it is now standard practice and considered a crucial element in surgical patient safety.<sup>9</sup> Inter-professional protocols, such as checklists, encourage appropriate communication and may foster confidence and competence within teams.

Communication, collaboration, and respect within teams can improve patient safety and quality care in perioperative environments.<sup>6,7,14,27</sup> Perioperative nurses should, with this correlation having been identified, be encouraged and supported to be leaders in creating an OR environment built on inter-professional respect and strong communication among team members. PRNs need to identify and recognize their knowledge and move forward by communicating their standards of practice, and the rationale for practice. This will result in quality practice that can enhance patient safety and patient outcomes.

Perioperative nursing theory and practice is evolving with a continued focus on theoretical knowledge (as applied in clinical settings), patient safety, and quality care. We can improve inter-professional collaboration by raising other team members’ awareness of the specific roles and responsibilities, of the PRN, as this helps increase collegiality, and promotes team cohesiveness.<sup>16</sup> The extent of professional awareness, by all members of the inter-professional team, regarding the education and ongoing continuing education assumed by professional PRNs may help the culture of the operating room. Lack of this insight, into the professional culture of others, has been identified as a factor that impacts patient safety.<sup>16,35</sup> Future research on how operating room culture

influences patient safety and quality perioperative healthcare may be beneficial to all.

## Standards of Practice: ORNAC Standards

The first edition of the ORNAC Recommended Standards for Operating Room Nursing Practice (ORNAC Standards),<sup>37</sup> was released in 1986. The ORNAC Standards is a comprehensive document that serves as a resource and reference for PRNs and healthcare facilities caring for the perioperative patient.<sup>37</sup> Standards of perioperative care is outlined and organized into sections related to perioperative professional standards and competencies, infection prevention and control, phases of care, risk management and occupational safety, and exceptional clinical events in the OR.<sup>12</sup> Within the standards PRNs will find comprehensive clinical guidelines on which to base sound clinical reasoning and judgment and, thereby, guide practice and decision making to mitigate risks associated with surgical care.<sup>12</sup> Standards, with accompanying rationales, for the avoidance of “never events” in surgery are clearly and comprehensively outlined and referenced in the standards.<sup>12</sup>

Inter-professional team members and healthcare facilities are collectively committed to reducing or eliminating surgical sentinel “never events”. Situations where hierarchies and differing clinical practice standards of the various team members collide are paradoxical to a safety culture.<sup>1,2</sup> ORNAC standards and practice may create challenges and differences of opinion between team members. These challenges may lead to workarounds (safe and unsafe), practice migrations, and violations that may increase the potential for unsafe practice to occur.<sup>6,15</sup> Safe verses unsafe workarounds in the perioperative environment have not been identified to date.

With the recent shift of healthcare delivery toward evidence-informed practice standards, various perioperative team members are engaging, critically

analyzing, and evaluating evidence-based practice. Perioperative nurses are, in the same fashion as the medical community, trying to move past the philosophy of continuing to do what was always done and to move in to a practice based on what is the best standard of care as informed by the evidence and information made available to the profession.

The validity of perioperative nursing standards in Canada have, on occasion, come under intense scrutiny, during inter-professional differences of opinion, in terms of the level and quality of evidence supporting the ORNAC standards. ORNAC has taken this concern seriously and a lengthy and robust evidence-based validation process has been underway since 2013. ORNAC’s ongoing mandate is to be a strong voice in supporting and upholding quality perioperative nursing practice in Canada.

## CNA Certification

Canadian Nurses Association certification may also be a factor influencing quality perioperative nursing practice. Nursing certification has been identified as an important link in patient safety, and a method of improving patient outcomes, although further research in perioperative nursing is needed<sup>38,39</sup>. Boyle et al.<sup>38</sup> identify that certification is a professional endeavour for nurses to align their practice with standards of excellence identified by the specialty nursing group. Certification has also been suggested as a possible mechanism to improve patient care based on the premise that it guides perioperative nurses to engage in life-long learning in a rapidly changing clinical practice environment.<sup>39,40</sup> Schroeter et al.<sup>40</sup> surveyed a group of certified perioperative nurses and found the process of certification had enhanced both professional practice, in terms of knowledge, and respect among colleagues as well as resulting in increased self-confidence and pride. Currently, there are 1,471 Registered Nurses in Canada certified in perioperative nursing (CPN(C)

Safe verses unsafe workarounds in the perioperative environment have not been identified to date.

designation) and it is ranked fourth in nursing certifications.<sup>41</sup>

Reports by Canadian Institute of Health Information (CIHI) indicate there were 13,368 RNs in Canada who identified perioperative/perianesthesia as their area of responsibility and jurisdiction in 2015 (statistics specific to only perioperative are not available).<sup>42</sup> The Canadian Nurses Association specifies the numbers of RNs who maintained certification in 2015 in perioperative and perianesthesia to be 1471 and 126 respectively.<sup>43</sup> The fact that certification rates in Canada for the combined specialties are estimated at 12% leading to the conclusion that many RNs are working in the specialty without certification. This issue deserves further exploration.

### Senior Administration and Clinical Leadership

Leadership at every level is essential to guiding a culture of safety that

contributes to supporting a positive culture in the OR.<sup>2,6,44</sup> In fact, strong executive leadership needs to flow both literally and figuratively behind the closed doors of the theaters, where surgical adverse events tend to originate.<sup>2,27</sup> The organizational culture can support the inter-professional team's performance by demonstrating open dialogue and clarity of expectations as a role model for cultural tone.<sup>2,15,27</sup>

Organizations are responsible for creating and sustaining a positive workplace where high-functioning teams work collaboratively within a culture of safety.<sup>6</sup> A culture of safety is evident when inter-professional procedures and protocols, such as the surgical safety checklist, are not optional but are a requirement for all members of the team. This culture is reinforced when policies and procedures identify how inter-professional teams and leadership maintain a reciprocal open and transparent relationship.<sup>27</sup> Organizational leaders need to recognize

---

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

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



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

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

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

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

that building a culture of safety is an opportunity for the organization to bring the inter-professional teams together in the development of a shared model that may improve teamwork and patient outcomes.<sup>45</sup> High functioning teams that perpetuate a supportive cultural environment can result in a positive workplace which, in turn, leads to high-quality perioperative care and positive patient outcomes.

## Further Research

Fundamental perioperative nursing education deserves further investigation to offer a broader understanding of the relationship between perioperative education and quality perioperative nursing practice. Perhaps joint research endeavors by the existing ORNAC accredited academic programs, with their affiliated clinical agencies, might provide the setting and sample size required to understand the benefit of, and identify challenges involved in obtaining, perioperative nursing education. An exploration of the relationship of education to both competency and confidence, within the continuum of novice to expert perioperative nurses, would also be beneficial in determining the models of education for future reference and planning.

Currently, there are a total of 1,597 RNs with perioperative and/or perianesthesia certification in Canada and 13,368 nurses claiming to work in the specialties of perioperative/perianesthesia.<sup>42,43</sup> A study that will focus on the perspectives and beliefs of PRNs in relation to perioperative nursing certification may be the first step to help understand how we can support and encourage more PRNs to obtain certification. The relationship between perioperative certification and patient outcomes also deserves further exploration, and research, in order to evaluate possible opportunities to increase patient safety.

Qualitative Research projects, using ethnography, phenomenology, grounded theory, and mixed methods,

would be beneficial in understanding additional issues and challenges facing perioperative nurses in Canada. Evidence is not available, for example, on how perioperative nurses with conflicting opinions on standards of care and practice manage in the clinical settings nor is there research to support if patient care is compromised by this conflict. Further understanding of how inter-professional teams, working in the OR, value the various team members is needed in order to understand if a relationship between organizational culture and patient outcomes exists. An awareness of cultural, political, and gender biases that may influence maintaining and upholding quality perioperative nursing practice would be helpful when effecting quality improvement changes.

Opportunities may exist to work with healthcare facilities to determine a database of “never-events” in surgery in order to monitor how perioperative nursing standards impact on patient safety. Researchers should further investigate the relationship between perioperative adverse events and the adherence to, or failure to adhere to, the ORNAC standards. Dissemination of the results would be beneficial for the national perioperative nursing community and at national surgical and anaesthesia conferences. Investigations, clinical papers, and presentations may bring the professions of surgery, anaesthesia, and perioperative nursing together in the name of patient safety and quality healthcare.

## STRATEGIES GOING FORWARD

### Perioperative nursing education and quality practice

Educators and leaders of academic and hospital-based perioperative programs need to collectively remain engaged and intent on developing highly qualified and competent PRNs. Formative and summative program evaluation and current accreditation of curriculum should be maintained and supported to ensure the current trends of

perioperative nursing education and training in Canada are understood. Collaborative programs, involving ORNAC, CNA, and academic partners to deliver a comprehensive standardized assessment on completion of the postgraduate program, might further promote consistent perioperative nursing theory and practice. Clinical exposure in tertiary and community teaching hospitals should be offered to ensure quality clinical experiences are available.

Instructors, educators, preceptors, mentors, and coaches, as well as managers and senior organizational and nursing leadership, with a shared vision of quality perioperative nursing practice can facilitate consistency in education and clinical practice. Perioperative nursing education programs should invest in methods to deliver evidence-informed education to nurses who endeavour to teach, precept, mentor, and coach students and novice nurses to ensure supportive learning practice environments are in place. Strong partnerships between academic and healthcare facilities will encourage consistency and quality in perioperative nursing education.

### **Inter-professional Collaboration**

Reciprocal education and collaboration between perioperative nurses, surgeons, and anaesthesiologists may improve the culture and awareness and converge the inter-professional team toward a collective approach to patient safety activities. Teamwork and shared learning, through learning practice communities, where nurses and other members of the team collectively engage in, implement, and evaluate best practice, may be a strategy to investigate further.<sup>32</sup> The power of collaborative education shared between nursing, surgery, and anaesthesia could strengthen joint patient safety initiatives as well as fostering a positive workplace environment.

Perioperative nurses need to work across profession-specific boundaries and submit abstracts to attend and present

research findings at conferences for the Canadian Anesthesiologists' Society and at Canadian surgical specialty conferences. Respectful, meaningful, and effective team behaviour will be essential for collaborative efforts to build, and sustain, a culture of safety in operating rooms.<sup>7,34</sup> Inter-professional trust and a belief in the knowledge and competence of team members should be a goal for surgical teams to move toward in building a positive safety culture in the operating room.<sup>14</sup> Creating a culture of trust takes collaborative communication, time, and leadership, but the benefits to workplace culture and improved patient safety and workplace culture can be worth the investment.

### **CONCLUSION**

Quality, safety, and positive outcomes are universal concerns for patients, their families, healthcare professionals, healthcare organizations, and government agencies. Surgical patients trust and expect all members of the inter-professional team to provide the best evidence-based care available.

Inter- and intra-professional inconsistencies, such as varying degrees of experience, varied perioperative educational preparations, and differing perceptions of standards of practice in the operating room, can lead to a lack of cohesiveness and miscommunication during patient care. Further research examining factors that influence a Canadian PRN's ability to deliver high quality, safe, perioperative-nursing care to surgical patients will be beneficial to the profession and to patient safety.

Whether teaching, mentoring, coaching, or practicing, PRNs have a professional and ethical responsibility to support and engage in quality perioperative nursing practice. Given the identified risk for adverse events in surgery PRNs need to recognize and further investigate how to attain, and sustain, quality perioperative nursing education and practice.

To sustain the value of PRNs in the healthcare system, a collective calling to advocate for consistent educational

preparation and to maintain a continuous life-long connection with quality standards of care seems essential. The day to day duty and responsibility to advocate and engage in quality perioperative nursing practice, while challenging, rests with each individual PRN. PRNs must be proud of the knowledge and skill set they possess, put this knowledge in to action, and share it with patients, their families, and their teams, to promote safe patient care and positive patient outcomes.

## REFERENCES

- Higgins B, MacIntosh J. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *Int Nurs Rev* 2010 09;57(3):321-327 7p.
- Gillespie B, M., Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery - creating a culture of safety. *J INTERPROF CARE* 2013 09;27(5):387-393.
- de Vries E, Ramrattan M, Smorenburg S, Gouma D, Boormeester, M. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Health Care*, 2008;17: 216-223.
- Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006 06;4(3):145-151.
- Kleiner C, Link T, Travis Maynard M, Carpenter KH. Coaching to Improve the Quality of Communication During Briefings and Debriefings. *AORN J* 2014 10;100(4):358-368 11p.
- Graling PR. Designing an Applied Model of Perioperative Patient Safety. *CLIN*
- Makary et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg*, 2006;202(5):746-752.
- World Health Organization. What is patient safety? [Internet]. [Place unknown]: World Health Organization; 2016 [cited 2016 May 16] Available from <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>
- Bezemer J, Korkiakangas T, Weldon S, Kress G, Kneebone R. Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital. *J Adv Nurs* 2016;72(2):361-372.
- Kim L, Lyder CH, McNeese-Smith D, Leach LS, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *J Adv Nurs* 2015;71(11):2490-2503.
- Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: A call for radical transformation. California: Jossey-Bass 2010.
- Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). ORNAC standards for perioperative registered nursing practice (13th ed.). *Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC)*. Ottawa: 2017.
- Ford DA. Advocating for Perioperative Nursing and Patient Safety. *Perioperative Nursing Clinics* 2012;7(4):425-432.
- Rydenfält C, Johansson G, Larsson PA, Åkerman K, Odenrick P. Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *J Adv Nurs* 2012 04;68(4):783-795 13p.
- Reid JH. Violations and migrations in perioperative practice: how organisational drift puts patients at risk. *J PERIOPER PRACT* 2014 03;24(3):45-49 5p.
- Kenward L, Kenward L. Promoting interprofessional care in the perioperative environment. *Nurs Stand* 2011 06/15;25(41):35-39 5p.
- Wilson G. Redesigning or orientation. *AORN J* 2012 04;95(4):453-462 10p.
- Helzer Doroh HM, Monahan JC. Student Nurses in the OR: Improving Recruitment and Retention. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal* 2016 01;103(1):89-94.
- Callaghan A. Student nurses' perceptions of learning in a perioperative placement. *J Adv Nurs* 2011 04;67(4):854-864.
- Page-Cuttrara K. Perioperative nursing education in Canada: Current and future perspectives. *Can Oper Room Nurs J* 2007;25(1):10-19.
- Wilson M, Johnson MA. The impact of the postgraduate certificate in perioperative specialty nursing: on individual participants, unit or service, and organisations. *The Dissector: Journal of the Perioperative Nurses College of the New Zealand Nurses Organisation* 2015 03; 2015/9;42:35+.

ORNAC Standards pertaining to this article topic can be found in the *Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) Standards for Perioperative Registered Nursing Practice* (13th edition, April 2017).  
Section 1, p. 39, Standards 1.1.16 and 1.2.15; Section 2, p. 156, Standard 2.1.6; Section 4.8, p.384 - 386, Standards 4.8.1, 4.8.2; Section 4.9 p.386-388, Standards 4.9.1, 4.9.2.

22. Chappy S, Madigan PD, Doyle DS, Conrath LA, Tapio NC. Preparing the Next Generation of Perioperative Nurses. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal 2016 01;103(1):104.e1-104.e7.
23. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). AORN Guidelines for Perioperative Practice [Internet]. Denver: Association of periOperative Registered Nurses; 2015 [cited 2016 May 18]. Available from: <http://www.aorn.org/education/facility-solutions/periop-101>
24. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Regulated nurses [Internet]. Ottawa: Canadian Nurses Association-Framework for the practice of Registered Nurses in Canada 2015. [cited 2016 May 19]. Available from: <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf?la=en>
25. Kendall-Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP. Nurse Specialty Certification, Inpatient Mortality, and Failure to Rescue. J Nurs Scholarsh 2011;43(2):188-194 7p.
26. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Werder H. Education and experience make a difference: results of a predictor study. AORN J 2011 07;94(1):78-90 13p.
27. Gardezi F, Lingard L, Espin S, Whyte S, Orser B, Baker GR. Silence, power and communication in the operating room. J Adv Nurs 2009 07;65(7):1390-1399.
28. Coe R, Gould D. Disagreement and aggression in the operating theatre. J Adv Nurs 2008;61(6):609-618.
29. Gillespie BM, Wallis M, Chaboyer W. Operating theater culture: Implication for nurse retention. West J of Nurs Res, 2007;30(2):259-277.
30. McGee, P. (1991). Perioperative nursing: A review of the literature. Br J Theatre Nurs 1991; 1:12-17.
31. Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. J Adv Nurs 2002;39(4): 316-324.
32. Berndt AE, Swenson-Britt E, Rushmer RK. Advocating for Perioperative Learning Through Learning Practice Communities. Perioperative Nursing Clinics 2012 12;7(4):411-424.
33. Wade P. Historical trends influencing the future of perioperative nursing. ORNAC J 2012 06;30(2):22-35 7p.
34. Kitto S, Grant R. Revisiting evidence-based checklists: interprofessionalism, safety culture and collective competence. J INTERPROF CARE 2014 09;28(5):390-392 3p.
35. Cohoon B. Causes of near misses: perceptions of perioperative nurses. AORN J 2011 05;93(5):551-565 15p.
36. Lingard L, Reznick R, DeVito I, Espin S. Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of others in the operating room. Med Educ 2002;36(8):728-734.
37. Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). The ORNAC Standards for Perioperative Registered Nursing Practice [Internet]. Toronto: Operating Room Nurses Association of Canada; 2015 [cited 2016 May 17]. Available from: <http://www.ornac.ca/en/standards>
38. Boyle DK, Cramer E, Potter C, Gatua MW, Stobinski JX. The Relationship Between Direct-Care RN Specialty Certification and Surgical Patient Outcomes. AORN J 2014 11;100(5):511-528 18p.
39. Stobinski JX. Certification and Patient Safety. AORN J 2015 03;101(3):374-378 5p.
40. Schroeter K, Byrne MM, Klink K, Beier M, McAndrew NS. The Impact of Certification on Certified Perioperative Nurses: A Qualitative Descriptive Survey. ORNAC J 2012 09;30(3):35-45 11p.
41. Canadian Nurses Association (CNA). About certification: Certification by the numbers. [Internet]. [Place unknown]: CNA NurseOne website; 2015 [cited 2016 May 11]. Available from: <https://nurseone.ca/en/certification/what-is-certification>.
42. Canadian Institute of Health Information (CIHI). Registered nursing workforce for direct care, by area of responsibility and jurisdiction. [Internet]. [Place unknown]: CIHI website; 2016 [cited 2017 January 12]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/gsearch/nursing%2Bcertification>
43. Canadian Nurses Association (CNA). About certification: Number of valid CNA certifications by specialty/area of nursing practice and province or territory. [Internet]. [Place unknown]: CNA NurseOne website; 2015 [cited 2016 May 11]. Available from: [https://nurseone.ca/~media/nurseone/page-content/pdf-en/certification\\_statistics-number\\_of\\_certifications\\_by\\_specialty\\_area\\_and\\_province\\_or\\_territory\\_july\\_2015\\_e.pdf?la=en](https://nurseone.ca/~media/nurseone/page-content/pdf-en/certification_statistics-number_of_certifications_by_specialty_area_and_province_or_territory_july_2015_e.pdf?la=en)
44. McSherry R, Pearce P, Grimwood K, McSherry W. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. J Nurs Manag 2012;20(1):7-19.
45. Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. Int J Nurs Stud 2010 6;47(6):732-741.

## Editorial Review Panel

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

**Betty Barrett**, RN, BN, CPN(C), Manager Surgical Suite Chinook Regional Hospital, and Content Expert for Curriculum Development of Perioperative Program Lethbridge College, Lethbridge, AB.

**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.

**Diana Mabbett**, RN, BScN, CPN(C), MDRT, Manager of Inpatient Surgery, Day Surgery, and Pre-Admission Clinic, Queen Elizabeth II Hospital, Grande Prairie, AB.

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

**Karin Page-Cuttrara**, 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](mailto:journal@ornac.ca) pour obtenir plus d'information.

**Betty Barrett**, inf., B.S.Inf., CSP(C), gestionnaire du bloc opératoire à l'Hôpital régional Chinook et spécialiste du contenu pour l'élaboration du curriculum du programme de soins périopératoires au Collège Lethbridge, Lethbridge, AB.

**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.

**Diana Mabbett**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), TRDM, gestionnaire en chirurgie avec hospitalisation, chirurgie ambulatoire et

consultation préadmission, Hôpital Queen Elizabeth II, Grande Prairie, AB.

**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-Cuttrara**, 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.



**MOTS-CLÉS :** ENSEIGNEMENT DES SOINS PÉRIOPÉRATOIRES, SÉCURITÉ DU PATIENT, CERTIFICATION EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES, CULTURE EN SALLES D'OPÉRATION.

# LE POINT DE VUE D'UNE ÉDUCATRICE CANADIENNE SUR LA PRATIQUE DE SOINS PÉRIOPÉRATOIRES DE QUALITÉ

**Auteur :** Dawn Affleck, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), est une étudiante de cycle supérieur de l'École de soins infirmiers à l'Université de la Saskatchewan. Dawn occupe un rôle double en tant qu'éducatrice clinique à temps plein au bloc opératoire du Brandon Regional Health Center à Brandon, MB, et en tant que chargé de cours hors campus pour le programme en soins périopératoires de l'École polytechnique de la Saskatchewan, à Regina, SK (site de Wascana). Elle est membre et représentante de site de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Manitoba en plus d'être membre de l'AIISOC. De 2013 à 2015, Dawn a siégé en tant que membre bénévole au Comité des normes de l'AIISOC.

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

## RÉSUMÉ

L'infirmière en soins périopératoires constitue un membre essentiel de l'équipe chirurgicale interdisciplinaire en salle d'opération (SOP) à travers le Canada. Les infirmières en soins périopératoires qui travaillent dans ce domaine doivent, compte tenu du risque accru d'événements indésirables en milieu périopératoire, appuyer et maintenir les principes, les lignes directrices et les normes établis en soins périopératoires dans le but de protéger les patients et d'améliorer la culture du milieu. Cet article se veut une observation d'une éducatrice traitant de quelques-uns des facteurs qui influencent actuellement la capacité à offrir des soins périopératoires de qualité au Canada. Cette dernière examine en détail les facteurs suivants : l'enseignement des soins périopératoires, la culture et la communication en salle d'opération, la certification canadienne en soins périopératoires, les normes de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) ainsi que les rôles de leader principal et administratif. De

plus, elle identifie des stratégies potentielles et des domaines de recherche future afin de maintenir et de préserver une pratique de qualité.

## INTRODUCTION

L'environnement des salles d'opération (SOP) est un milieu clinique dynamique, et parfois chaotique, qui accorde une grande importance aux compétences techniques et aux capacités de toute l'équipe, aux techniques aseptiques rigoureuses et au respect des protocoles.<sup>1</sup> Des facteurs contextuels stressants, comme les problèmes de communication, les défis liés aux procédures, les combinaisons des différents professionnels travaillant ensemble et la nature hiérarchique de l'équipe en salle d'opération influencent fortement la culture en milieu de travail.<sup>2</sup> Une analyse systématique de la littérature a conclu que la majorité des événements indésirables en milieu hospitalier sont survenus en salle d'opération<sup>3</sup> faisant donc valoir l'importance d'une bonne

communication entre les membres de l'équipe.<sup>2,4,5</sup> Les événements chirurgicaux qui ne devraient jamais arriver, comme des corps étrangers oubliés et des chirurgies sur le mauvais site ou du mauvais côté peuvent avoir des résultats catastrophiques pour les patients.<sup>5-7</sup> Les événements chirurgicaux qui ne devraient jamais arriver ont été identifiés comme étant grandement évitables et ils constituent une préoccupation non seulement pour les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale, mais aussi pour toute l'équipe chirurgicale et les organismes de soins de santé où les patients obtiennent leurs soins.<sup>6,7</sup>

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la sécurité du patient comme « l'absence de préjudices évitables pour un patient durant le processus de prestation de soins de santé ».<sup>8</sup> L'OMS fait figure de leader afin d'encourager les équipes périopératoires à communiquer et à participer aux procédures de sécurité. Les soins sécuritaires pour les patients reposent sur une bonne communication et un travail d'équipe efficace au sein des équipes en salles d'opération qui se composent de chirurgiens, d'anesthésistes et d'infirmières en soins périopératoires.<sup>2,9</sup> Les infirmières travaillant dans ce domaine doivent appuyer et faire respecter les principes, les lignes directrices et les normes établis en soins périopératoires afin de protéger les patients et d'améliorer la culture du milieu de pratique. Les infirmières, à titre de défenseurs des patients, doivent promouvoir la sécurité des patients en s'associant avec les médecins et les organismes de soins de santé pour améliorer les milieux de pratique et les systèmes de santé.<sup>10,11</sup> Le présent article examinera le rôle de l'infirmière en soins périopératoires. Nous discuterons également des facteurs qui influencent actuellement la capacité à offrir et à appuyer une formation et une pratique de qualité en soins périopératoires au Canada, ce qui se traduit par la prestation de soins sécuritaires pour les patients. Essentiellement, cet article se veut un appel à l'action pour les soins périopératoires et présente des stratégies possibles et des éléments de recherche future afin de soutenir et de maintenir une

pratique de qualité en soins périopératoires.

Les infirmières en soins périopératoires fonctionnent sensiblement comme les autres infirmières, elles possèdent cependant un bagage de compétences théoriques et cliniques spécifiques au milieu périopératoire.<sup>12</sup> Disposant de seulement quelques minutes pour créer un lien avec leurs patients, la défense du patient et la sécurité de celui-ci demeurent un principe essentiel de la pratique en soins spécialisés.<sup>5,13</sup> Les infirmières en soins périopératoires fournissent des soins périopératoires de qualité de façon autonome et en conjonction avec les chirurgiens et les anesthésistes.<sup>14</sup> Souvent, dans les moments critiques qui surviennent au moment d'apporter des soins au patient, des difficultés de communication peuvent se présenter et ces dernières sont liées aux facteurs psychologiques, comme le stress, les valeurs professionnelles et la pression de l'organisation.<sup>16,15</sup> Même si des limites et des hiérarchies persistent entre les professions, les besoins des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale et leur famille devraient être communiqués à l'équipe. Les professionnels de la santé doivent voir au-delà des hiérarchies et des frontières professionnelles lorsqu'ils cherchent à atteindre l'excellence dans les soins qu'ils prodiguent aux patients.<sup>16</sup>

Les infirmières en soins périopératoires, comme les autres membres de l'équipe en salle d'opération, peuvent parfois être tentées d'adopter des solutions de rechange aux capacités techniques qui ne respectent pas la politique de l'organisme, compromettant ou s'éloignant donc des normes de soins pour mettre en œuvre des pratiques dangereuses.<sup>6,15</sup> Le manque d'homogénéité inter- et intraprofessionnel, comme les différents niveaux d'éducation, d'expérience, les différentes formations en soins périopératoires et perceptions des normes de pratique en salles d'opération peuvent mener à un manque de cohésion et à une mauvaise communication durant les soins apportés aux patients.

Les infirmières en soins périopératoires fournissent des soins périopératoires de qualité de façon autonome et en conjonction avec les chirurgiens et les anesthésistes.<sup>14</sup>

### Facteurs influençant la pratique de soins périopératoires de qualité

#### Enseignement et pratique :

Avant les années 80, les infirmières étudiantes suivaient un programme de soins infirmiers dans un hôpital pouvaient faire la rotation entre les milieux cliniques de soins périopératoires ou demander de faire un stage clinique de niveau avancé en SOP.<sup>17</sup> À cette époque, les infirmières éducatrices se servaient d'une variété de méthodes didactiques. Le programme de formation rudimentaire en soins infirmiers offrait de la théorie en soins périopératoires, suivie d'un « apprentissage maison » accompagné d'un mentor. Les conseils quant à la pratique et aux normes de soins dépendaient grandement des politiques et des procédures de l'hôpital tout comme le niveau de connaissances du mentor ou du précepteur en soins infirmiers. Grâce à l'évolution de l'enseignement en soins infirmiers, allant des programmes de soins infirmiers en hôpitaux qui mènent à un diplôme en passant par les programmes de soins infirmiers de premier cycle universitaire au sein des universités, la sensibilisation, l'exposition et la promotion à l'égard de la spécialité des soins périopératoires ont diminué.<sup>18-20</sup> Ce changement au niveau de l'enseignement des soins infirmiers pourrait avoir eu des effets néfastes sur la pratique des soins infirmiers en SOP, car les corps enseignants et les chargés de cours étaient moins présents en milieu clinique.

Wilson et Johnson associent la certification des étudiantes diplômées en soins périopératoires à des effets positifs et ils considèrent la certification comme un investissement qui en vaut la peine pour les infirmières et les organismes.<sup>21</sup> Au Canada, il existe huit programmes de soins périopératoires menant à un diplôme et accrédités par l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AII SOC). Les exigences d'admission aux programmes, la durée et les modèles de formation varient, certains offrant des cours traditionnels, d'autres un apprentissage en ligne. Les programmes en soins périopératoires, même s'ils sont complets et conformes aux normes et à la théorie périopératoire de l'AII SOC, peuvent être associés à d'importants engagements en termes de temps et de coûts. Ce qui pourrait décourager l'infirmière autonome qui souhaite poursuivre une formation spécialisée en soins périopératoires avancés, compte tenu du fait qu'un niveau d'éducation plus élevé n'égal pas nécessairement un niveau de salaire plus élevé. Bien que les programmes de formation des spécialités infirmières parrainés par l'industrie des soins de santé (les hôpitaux) soient plus économiques pour les infirmières, ces programmes entraînent tout de même des dépenses pour le système de santé qui ne sont pas toujours disponibles dans les budgets actuels de soins de santé. Malheureusement, ces programmes ne garantissent pas qu'une infirmière poursuivra sa carrière au sein de ce programme spécialisé ou de l'organisme.



## THE INSTRUMENTARIUM BRAND

2 YEARS OF **FREE** MAINTENANCE  
ON OUR NEW INSTRUMENTS

For now on, all new Instrumentarium brand instruments will be laser inscribed with the delivery date. As of the given date, a free 2-year maintenance period will apply if we are able to carry out the maintenance in our workshop. Replacement parts and repairs to be carried out by the manufacturer are excluded.

Maintenance consists of demagnetizing, polishing, sharpening, adjusting and changing inserts, if necessary. The instrument must have been used, manipulated, sterilized and packaged properly.



LA DIFFÉRENCE... THAT MAKES THE DIFFERENCE

1273, rue Saint-Louis, Terrebonne, QC, CANADA, J6W 1K6  
T : 450-471-1379 ■ 1-800-361-1502 ■ F : 450-471-1030  
instrumentarium-online.com / info@instrumentarium-online.com

Des rapports publiés aux États-Unis indiquent que les coûts liés au recrutement, à la formation et à l'initiation en soins périopératoires dans les hôpitaux varient de 22 000 à 64 000 \$ US.<sup>17,18</sup> En général, les coûts associés à l'initiation en soins infirmiers sont estimés être de 65 000 à 75 000 \$ par infirmière, et même davantage dans les domaines comme les SOP et les services de soins intensifs.<sup>22</sup> Certains organismes pourraient estimer que les coûts élevés associés à la formation en soins périopératoires en plus des coûts associés à l'orientation plus élevés que la moyenne comme un obstacle s'il y a un risque potentiel de perte sur l'investissement dû à l'attrition.

La formation accréditée en soins périopératoires peut être influencée par l'emplacement géographique, la taille de l'hôpital et la variété de services chirurgicaux disponibles pour le programme périopératoire. Des facteurs tels que les exigences du programme de soins périopératoires des partenaires universitaires peuvent diverger du modèle de soins des services chirurgicaux de l'établissement de soins, ce qui pourrait rendre plus difficile l'atteinte des critères. Par exemple, le programme de soins périopératoires pourrait identifier des infirmières en service interne et externe pour des patients pédiatriques, mais il se peut que l'établissement n'offre même pas de services de chirurgie pour les enfants. Contrairement à nos collègues en médecine qui doivent déménager dans une grande ville pour effectuer leur résidence ou bénéficier d'une bourse de recherche dans un hôpital d'enseignement universitaire, la formation en soins infirmiers spécialisés est parfois adaptée et modifiée en fonction de l'emplacement de l'hôpital. Même si le volume total d'infirmières, par rapport à nos collègues en médecine, constitue un facteur, lorsque l'on compare la planification du programme, l'auteure estimait qu'il valait la peine d'être mentionné. En ce qui a trait à l'évaluation de la qualité de l'enseignement des soins périopératoires au Canada, l'emplacement géographique des infirmières en soins périopératoires constitue à lui seul un sujet qui nécessite un examen plus approfondi afin

d'analyser et de comprendre la cohérence de la formation infirmière.

Au Canada, certaines infirmières et certains hôpitaux ont cherché de l'appui pour la formation en soins périopératoires en suivant les cours à distance de l'organisme américain Association of periOperative Nurses' (AORN).<sup>23</sup> La formation à distance en soins périopératoires de l'AORN semble, pour l'auteure, fournir un contenu théorique exhaustif en soins périopératoires ainsi que des évaluations exigeant un moins grand engagement financier pour les infirmières et les organismes de soins de santé comparativement à la formation en soins périopératoires accréditée par l'AISOC. Ce qui demeure moins clair est la façon d'appliquer le transfert des connaissances de la théorie américaine au contexte canadien et à quel point, durant la formation, l'infirmière en soins périopératoires novice s'investit dans les normes et la pratique canadiennes des soins périopératoires. La capacité à contribuer à des rotations cliniques et des simulations régulières et exhaustives en soins périopératoires dans plusieurs emplacements sans le soutien du partenaire universitaire nécessite un examen et une évaluation plus approfondis.

Étant donné que les infirmières représentent les trois quarts du personnel professionnel et qu'elles englobent le plus important segment de fournisseurs de soins au Canada,<sup>24</sup> les coûts associés à une formation durable, de qualité supérieure et menant à un diplôme en soins infirmiers pourraient être une tendance intéressante à analyser à l'avenir. Si la sécurité des patients et les résultats positifs pour ces derniers sont des objectifs essentiels du système de soins de santé canadien, les infirmières éducatrices devraient déterminer et discuter des liens entre ces facteurs et un enseignement de qualité menant à un diplôme en soins infirmiers. Comme la possibilité d'événements indésirables en SOP constitue un risque et une préoccupation,<sup>2-5</sup> les communautés en soins périopératoires, le personnel universitaire et les organismes de soins de santé doivent s'arrêter et réévaluer

## En SOP, la culture du silence revêt une importance historique...

l'importance de l'enseignement de qualité en soins périopératoires ainsi que la façon d'appuyer cette précieuse formation.

Une vaste étude menée sur plusieurs sites sur les bienfaits pour les patients associés à l'enseignement a été effectuée par Kendall-Gallagher et coll.<sup>25</sup> Cette étude, bien qu'elle n'examinait pas spécifiquement l'enseignement des soins périopératoires, a démontré que l'expérience en elle-même n'était pas un substitut à la formation ni à la spécialisation relativement aux résultats pour les patients. Dans une étude beaucoup moins importante axée sur l'enseignement et l'expérience en soins périopératoires, Gillespie et coll.<sup>26</sup> ont déterminé que même si l'expérience clinique a de l'importance, l'enseignement fait également partie des facteurs de compétences.

### **Communication et culture en salle d'opération :**

Au cours des dernières décennies, les chercheurs ont déterminé que la communication au sein de l'équipe qui se traduisait par une compréhension mutuelle constituait un concept fondamental pour la formation d'équipes très performantes en SOP.<sup>2</sup> Bien que d'autres domaines cliniques aient choisi d'abandonner les hiérarchies et d'adopter la philosophie des équipes interdisciplinaires, la SOP continue de maintenir le système pyramidal, multi-professionnel.<sup>2</sup> Les équipes en SOP se composent d'un groupe diversifié de professionnels possédant des connaissances, une formation et des compétences différentes. Les différentes qualités des équipes doivent toutes converger de manière homogène afin de favoriser des soins sécuritaires pour le patient lorsque ce dernier est sur la table de SOP.

Les hiérarchies en soins de santé et leurs effets sur la culture en milieu de travail font souvent l'objet de discussions dans la littérature.<sup>1,2,7,27</sup> On a rapporté que des problèmes de communication au sein des relations interprofessionnelles existaient en SOP.<sup>1,28,45</sup> L'environnement périopératoire est un milieu clinique en

constante évolution où tous les membres de l'équipe accordent beaucoup d'importance à des caractéristiques clés, comme les connaissances théoriques, les compétences cliniques et techniques.<sup>1,29</sup>

La culture en SOP a peut-être été, et continue d'être, un facteur qui influence la pratique des soins périopératoires.<sup>1</sup> Les soins périopératoires ont d'ailleurs été identifiés comme l'une des plus anciennes spécialités de soins infirmiers à exister encore.<sup>30-33</sup> Qui plus est, avant le tournant du XXe siècle, Wade a suggéré que la poursuite des soins périopératoires constituait une offre prestigieuse sur invitation seulement, reposant entièrement sur les compétences et les capacités techniques des infirmières étudiantes.<sup>33</sup> Même si la profession des soins périopératoires était innovatrice et qu'elle a mené au développement de la première spécialité en soins infirmiers, il a tout de même été difficile de confirmer que cette pratique relevait véritablement des soins infirmiers. La conviction que les infirmières en SOP n'avaient pas assez de connaissances et que leur pratique n'était pas suffisamment indépendante a parfois également contribué à isoler la spécialité de la croissance professionnelle d'envergure qu'ont connu en comparaison nos autres collègues en soins infirmiers.<sup>31,33</sup> Cet isolement pourrait avoir appuyé le discours sur l'insécurité professionnelle des infirmières en soins périopératoires.<sup>31,33</sup> Riley et Manias<sup>31</sup> se sont référés « aux défis d'identité professionnelle auxquels faisaient face les infirmières en soins périopératoires alors qu'elles sont passées de l'image de servantes à celle de fournisseurs de soins professionnels ». Les infirmières en soins périopératoires agissent maintenant en tant que défenseurs de la sécurité des patients et elles possèdent les capacités pour prédire, évaluer, réagir et répondre de façon holistique aux conditions dynamiques des patients.<sup>31</sup>

En SOP, la culture du silence revêt une importance historique, car elle fournissait aux chirurgiens un environnement calme et aidait à s'assurer que tous les membres étaient entièrement concentrés sur l'intervention.<sup>27</sup> Que l'on s'attende à ce que les infirmières en soins périopératoires

perçoivent, anticipent et répondent rapidement dans une culture du silence est quelque peu paradoxal à la culture appuyée par la littérature d'aujourd'hui où la communication d'équipe se veut solide et efficace. Prenons un exemple bien connu, un chirurgien est traditionnellement, et continue peut-être même d'être considéré comme un membre qui accorde de l'importance à l'infirmière en soins périopératoires qui possède une « compétence silencieuse » en anticipant les étapes de l'intervention sans avoir à communiquer verbalement.<sup>27</sup> Une culture qui respecte les compétences anticipatoires dans un contexte silencieux peut influencer l'acceptation des infirmières en soins périopératoires novices qui n'ont peut-être pas eu encore le temps de développer cette compétence ou qui peuvent avoir été formées à parler avec assurance lorsque des clarifications sur les soins du patient sont nécessaires. Il peut être difficile de maintenir la « compétence silencieuse » traditionnelle caractéristique aux soins périopératoires quand la musique est présente en SOP ainsi que plusieurs professionnels (résidents, fellows, étudiants et autres étudiants en soins de santé) qui soit participent à la chirurgie ou acquièrent une précieuse expérience d'apprentissage. De plus, travailler avec plusieurs chirurgiens spécialisés dans différents domaines peut devenir difficile pour les infirmières qui travaillent dans plusieurs spécialités.

Gardezi et coll.<sup>27</sup> ont suggéré le besoin d'examiner les « silences » au sein de la SOP afin d'améliorer la communication et la collaboration interprofessionnelles. La culture chirurgicale maintient la hiérarchie et le pouvoir au sein des équipes et elle pourrait ne pas apprécier les professionnels qui sont perçus comme ayant moins de pouvoir comme les infirmières en soins périopératoires.<sup>1,2,34</sup> Nous devons examiner les comportements explicites et implicites que démontrent les membres ayant moins de pouvoir en lien avec la sécurité des patients.<sup>31</sup> Dans une étude traitant du silence, du pouvoir et de la communication en SOP, l'absence de communication semblait se produire en

réponse à la peur et une réticence à clarifier, au risque d'être perçu comme incompetent ou d'être jugé comme possédant moins de connaissances que les autres membres de l'équipe.<sup>27</sup> Ceci pourrait également expliquer pourquoi les infirmières en soins périopératoires ont indiqué que les problèmes de communication au sein de l'équipe constituaient le facteur le plus important associé aux accidents évités de justesse en SOP.<sup>35</sup> Afin de favoriser une communication efficace entre les membres de l'équipe, les équipes de SOP ont mis en œuvre des listes de vérification pour la sécurité chirurgicale qui sont maintenant une norme de pratique en plus d'être considérées comme un élément essentiel pour la sécurité des patients opérés.<sup>9</sup> Les protocoles interprofessionnels, telles que les listes de vérification, encouragent la communication appropriée et peuvent favoriser la confiance et les compétences au sein des équipes.

La communication, la collaboration et le respect au sein des équipes peuvent améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins en milieux périopératoires.<sup>6,7,14,27</sup> Les infirmières en soins périopératoires devraient, cette corrélation ayant été identifiée, être encouragées et soutenues pour devenir des leaders afin de créer un environnement en SOP qui repose sur le respect interprofessionnel et la bonne communication entre les membres de l'équipe. Les infirmières en soins périopératoires doivent identifier et reconnaître leurs connaissances et se perfectionner en communiquant leurs normes de pratique et la logique derrière cette pratique. Ainsi, cela les incitera à adopter une pratique de qualité pouvant améliorer la sécurité des patients et les résultats pour ces derniers.

La théorie et la pratique des soins périopératoires sont en constante évolution et l'accent est mis sur les connaissances théoriques (telles qu'elles sont appliquées dans les milieux cliniques), la sécurité des patients et la qualité des soins. Nous pouvons améliorer la collaboration interprofessionnelle en sensibilisant les

Les solutions de rechange sécuritaires versus les solutions de rechange non sécuritaires en milieu périopératoires n'ont pas été identifiées à ce jour.

---

autres membres de l'équipe aux rôles et aux responsabilités spécifiques des infirmières en soins périopératoires, car cette prise de conscience aidera à accroître la collégialité, et à favoriser la cohésion au sein de l'équipe.<sup>16</sup> Le degré de sensibilisation chez tous les membres de l'équipe interprofessionnelle relativement à l'enseignement et à la formation continue suivis par les infirmières professionnelles en soins périopératoires pourrait rehausser la culture de la salle d'opération. Le manque de connaissances quant à la culture professionnelle des autres a été identifié comme étant un facteur influençant la sécurité des patients.<sup>16,35</sup> Il pourrait être bénéfique de mener des recherches futures sur la façon dont la culture en salle d'opération influence la sécurité des patients et la qualité des soins périopératoires.

#### **Normes de pratique : les normes de l'AISOC**

La première édition des Normes de l'AISOC, intitulée Recommended Standards for Operating Room Nursing Practice,<sup>37</sup> a été publiée en 1986. Les Normes de l'AISOC sont un document exhaustif qui sert de ressource et de référence aux infirmières en soins périopératoires et aux établissements de soins de santé prenant soin de patients périopératoires.<sup>37</sup> Les normes de soins périopératoires sont indiquées et organisées en différentes sections liées aux normes et aux compétences professionnelles des soins périopératoires, à la prévention et au contrôle des infections, aux phases de soins, à la gestion des risques et à la sécurité au travail ainsi qu'aux événements cliniques exceptionnels en SOP.<sup>12</sup> Les infirmières en soins périopératoires retrouveront dans les normes des lignes directrices cliniques exhaustives sur lesquelles elles peuvent fonder leur raisonnement et leur jugement clinique, et ainsi, orienter leur pratique et leur prise de décisions afin d'atténuer les risques associés aux soins chirurgicaux.<sup>12</sup> Les normes ainsi que les logiques qui les accompagnent pour éviter les « événements qui ne devraient jamais arriver » en chirurgie sont

clairement indiquées et citées en détail, en référence dans les normes.<sup>12</sup>

Les membres interprofessionnels de l'équipe et les établissements de soins de santé sont collectivement responsables de réduire, voire d'éliminer les événements sentinelles « qui ne devraient jamais arriver » en chirurgie. Les situations où les hiérarchies et les différentes normes de pratique cliniques des divers membres de l'équipe entrent en conflit sont contradictoires à une culture de la sécurité.<sup>1,2</sup> Les normes et la pratique de l'AISOC peuvent créer des défis et des divergences d'opinions entre les membres de l'équipe. Ces défis peuvent mener à des solutions de rechange (sécuritaires ou non), des migrations de la pratique et des violations qui pourraient accroître le potentiel pour que des pratiques non sécuritaires soient mises en oeuvre.<sup>6,15</sup> Les solutions de rechange sécuritaires versus les solutions de rechange non sécuritaires en milieu périopératoires n'ont pas été identifiées à ce jour.

Avec le changement récent de la prestation des soins de santé vers des normes de pratique fondées sur des données probantes, les différents membres de l'équipe de soins périopératoires ont recours à la pratique fondée sur des données probantes qu'ils analysent de façon critique et évaluent. Les infirmières en soins périopératoires, de la même manière que la communauté médicale, essaient de passer outre la philosophie qui tend à continuer de faire ce qui a toujours été fait et d'adopter la pratique fondée sur les meilleures normes de soins reposant sur des données probantes et sur l'information mise à la disposition de notre profession.

La validité des normes de soins périopératoires au Canada a, à l'occasion, fait l'objet d'examen approfondis, quand se présentaient des différences d'opinions interprofessionnelles, pour ce qui est du niveau et de la qualité des données probantes appuyant les normes de l'AISOC. L'AISOC a pris très au sérieux cette préoccupation et un processus de validation long et rigoureux

fondé sur des données probantes est en cours depuis 2013. Le mandat continu de l'AIISOC est d'être une voix forte pour appuyer et faire respecter la pratique de soins périopératoires de qualité au Canada.

### Certification de l'AIC

La certification de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada peut également être un facteur influençant la pratique de soins périopératoires de qualité. La certification en soins infirmiers a été identifiée comme étant un lien important pour la sécurité des patients ainsi qu'une méthode pour améliorer les résultats pour les patients, bien que davantage de recherches soient nécessaires dans le domaine des soins périopératoires.<sup>38,39</sup> Boyle et coll.<sup>38</sup> ont conclu que la certification est l'effort professionnel des infirmières pour conformer leur pratique aux normes d'excellence identifiées par le groupe de soins spécialisés. Il a également été suggéré que la certification représentait un moyen possible pour améliorer les soins aux patients en partant de la prémisse qu'elle guide les infirmières en soins périopératoires à s'engager dans un apprentissage à vie au sein d'un environnement de pratique clinique qui change rapidement.<sup>39,40</sup> Schroeter et coll.<sup>40</sup> ont interrogé un groupe d'infirmières certifiées en soins périopératoires et ont découvert que le processus de certification avait amélioré leur pratique professionnelle, en termes de connaissances, et de respect pour leurs collègues, en plus d'accroître leur confiance en elle-même et leur fierté. Il existe actuellement 1 471 infirmières autorisées au Canada qui possèdent une certification en soins périopératoires (titre de compétence CSP(C)) et cette dernière est au quatrième rang des certifications en soins infirmiers.<sup>41</sup>

Des rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquent qu'en 2015, 13 368 infirmières canadiennes ont identifié leur domaine de responsabilités et leur champ d'application comme étant les soins périopératoires/périanesthésiques

(les statistiques se rapportant seulement aux soins périopératoires ne sont pas disponibles).<sup>42</sup> L'Association des infirmières et des infirmiers du Canada précise que le nombre d'infirmières ayant maintenu leur certification en 2015 en soins périopératoires et périanesthésiques était de 1 471 et de 126 respectivement.<sup>43</sup> Le fait que l'on estime à 12 % le taux de certification au Canada pour ces deux spécialités mène à la conclusion que de nombreuses infirmières travaillent dans cette spécialité sans avoir la certification. Ce problème mérite d'être examiné plus en profondeur.

### Hauts responsables de l'administration et leadership clinique

Le leadership à tous les niveaux est essentiel pour orienter une culture de la sécurité venant appuyer une culture positive en SOP.<sup>2,6,44</sup> D'ailleurs, derrière les portes fermées des blocs opératoires d'où ont tendance à provenir les événements chirurgicaux indésirables, les hauts responsables doivent faire preuve d'un solide leadership au sens propre comme au sens figuré.<sup>2,27</sup> La culture de l'organisme peut appuyer le rendement de l'équipe interprofessionnelle en donnant l'exemple d'un dialogue ouvert et de la clarté des attentes comme modèle de rôle pour donner le ton à la culture.<sup>2,15,27</sup>

Il incombe aux établissements de créer et de maintenir en milieu de travail positif où des équipes qui fonctionnent bien travaillent en collaboration au sein d'une culture de la sécurité.<sup>6</sup> Une culture de la sécurité est évidente lorsque les procédures et les protocoles interprofessionnels, comme la liste de vérification pour la sécurité chirurgicale, ne sont pas facultatifs, mais bien des exigences obligatoires pour tous les membres de l'équipe. Cette culture est renforcée lorsque les politiques et les procédures déterminent comment les équipes interprofessionnelles et le leadership maintiennent une relation réciproque ouverte et transparente.<sup>27</sup> Les leaders de l'établissement doivent

reconnaître que le développement d'une culture de la sécurité est une occasion pour l'établissement de rassembler les équipes interprofessionnelles en vue du développement d'un modèle commun qui pourrait améliorer le travail d'équipe et les résultats pour les patients.<sup>45</sup> Les équipes qui fonctionnent bien et qui maintiennent un environnement culturel propre à fournir du soutien peuvent générer un environnement de travail positif qui, en retour, est favorable aux soins périopératoires de qualité supérieure et aux résultats positifs pour les patients.

### Recherches plus approfondies

L'enseignement de base en soins périopératoires mérite un examen plus approfondi afin d'offrir une plus vaste compréhension de la relation entre l'enseignement périopératoire et la pratique de soins périopératoires de qualité. Des efforts communs en recherche menés par les programmes universitaires existants accrédités par l'AISOC, avec leurs organismes cliniques affiliés, fourniront peut-être le cadre et la taille de l'échantillon nécessaires pour comprendre les avantages de l'enseignement en soins périopératoires, en plus de permettre d'identifier les défis que pose l'accès à l'éducation. Il serait également bénéfique d'examiner la relation de l'éducation par rapport aux compétences et à la confiance en soi dans le contexte du continuum des infirmières en soins périopératoires novices à expertes dans le but de déterminer des modèles d'enseignement à titre de référence et de planification.

Il y a actuellement un total de 1 597 infirmières détenant la certification en soins périopératoires et (ou) périanesthésiques au Canada et 13 368 infirmières affirment travailler dans les spécialités de soins périopératoires/périanesthésiques.<sup>42,43</sup> Une étude se concentrant sur les points de vue et les convictions des infirmières en soins périopératoires quant à la certification en soins périopératoires pourrait être la première étape pour comprendre comment nous pouvons

appuyer et encourager davantage d'infirmières en soins périopératoires à obtenir leur certification. La relation entre la certification en soins périopératoires et les résultats pour les patients mérite également un examen plus approfondi et davantage de recherches afin d'évaluer les occasions possibles d'accroître la sécurité des patients.

Les projets de recherche qualitative se servant de l'ethnographie, de la phénoménologie, de la théorie ancrée dans des données empiriques et des méthodes combinées seraient utiles pour comprendre les enjeux et les défis additionnels auxquels font face les infirmières en soins périopératoires au Canada. Il n'existe aucune donnée probante sur, par exemple, la façon dont les infirmières en soins périopératoires ayant des opinions divergentes quant à la pratique et aux normes de soins parviennent à fonctionner dans les milieux cliniques ni aucune recherche pour appuyer si ce conflit compromet les soins aux patients. Afin de comprendre s'il existe une relation entre la culture organisationnelle et les résultats pour les patients, il est nécessaire de mieux comprendre la façon dont les équipes interprofessionnelles, travaillant en SOP, accordent de l'importance aux différents membres de l'équipe. Au moment d'apporter des changements pour l'amélioration de la qualité, il serait utile de connaître les préjugés culturels, politiques et sexistes qui pourraient influencer le maintien et le respect d'une pratique de qualité en soins périopératoires.

Il pourrait y avoir des occasions de travailler avec des établissements de soins afin de compiler une base de données « d'événements qui ne devraient jamais arriver » en chirurgie dans le but d'examiner la façon dont les normes de soins périopératoires ont un impact sur la sécurité des patients. Les chercheurs devraient continuer à étudier la relation entre les événements indésirables en soins périopératoires et le respect ou le manquement à se conformer aux normes de l'AISOC. Il serait intéressant pour la communauté nationale d'infirmières et d'infirmiers

en soins périopératoires et lors des conférences nationales en chirurgie et anesthésie de diffuser les conclusions de ces recherches. Des investigations, des rapports d'études cliniques et des présentations pourraient unir les professions liées à la chirurgie, l'anesthésie et les soins périopératoires au nom de la sécurité des patients et des soins de santé de qualité.

## DES STRATÉGIES POUR L'AVENIR

### L'enseignement et la pratique de soins périopératoires de qualité

Les éducateurs et les leaders de programmes universitaires et hospitaliers en soins périopératoires doivent collectivement demeurer impliqués et résolus à développer des infirmières en soins périopératoires hautement compétentes et qualifiées. L'évaluation formative et sommative du programme et l'agrément actuel du curriculum devraient être maintenus et appuyés afin de veiller à ce que les tendances actuelles à l'égard de l'enseignement et de la formation en soins périopératoires au Canada soient comprises. Les programmes de collaboration, impliquant l'AIISOC, l'AIRC et les partenaires universitaires et qui permettent de dresser un bilan normalisé complet à la fin du programme d'études supérieures, pourraient promouvoir davantage la théorie et la pratique cohérentes en soins périopératoires. L'exposition clinique dans les hôpitaux universitaires de soins tertiaires et communautaires devrait être offerte afin de s'assurer que des expériences cliniques de qualité sont proposées.

Les enseignantes, les éducatrices, les préceptrices, les mentors et les formatrices ainsi que les gestionnaires et les leaders principaux des organisations et celles en soins infirmiers qui partagent une vision commune de la pratique de soins périopératoires de qualité peuvent encourager la cohérence dans l'enseignement et la pratique clinique. Les programmes d'enseignement en soins périopératoires devraient investir

dans des méthodes leur permettant d'offrir de la formation fondée sur des données probantes aux infirmières qui souhaitent enseigner, faire du préceptorat, du mentorat et encadrer les étudiantes et les infirmières novices afin de veiller à mettre en place des environnements d'apprentissage de la pratique qui offrent du soutien. Des partenariats solides entre les établissements universitaires et de soins de santé favoriseront la cohérence et la qualité de l'enseignement des soins périopératoires.

### Collaboration interprofessionnelle

L'enseignement et la collaboration réciproques entre les infirmières périopératoires, les chirurgiens et les anesthésistes pourraient améliorer la culture et la sensibilisation en plus d'orienter l'équipe interprofessionnelle vers une approche collective des activités liées à la sécurité des patients. Le travail d'équipe et l'apprentissage partagé, par le biais des communautés d'apprentissage de la pratique, où les infirmières et les autres membres de l'équipe participent collectivement à mettre en œuvre et à évaluer les pratiques exemplaires, pourraient s'avérer une stratégie à investiguer davantage.<sup>32</sup> Le pouvoir de l'enseignement collaboratif partagé entre les domaines des soins infirmiers, de la chirurgie et de l'anesthésie pourrait renforcer les initiatives communes liées à la sécurité des patients tout en favorisant un environnement de travail positif.

Les infirmières en soins périopératoires doivent faire tomber les barrières spécifiques à la profession et soumettre des résumés dans le but de présenter leurs conclusions de recherches et d'assister aux conférences de la Société canadienne des anesthésiologistes et aux conférences canadiennes spécialisées en chirurgie. Un comportement d'équipe respectueux, significatif et efficace sera crucial pour les efforts de collaboration qui seront mis de l'avant pour développer et maintenir une culture de la sécurité dans les salles d'opération.<sup>7,34</sup> La

confiance interprofessionnelle et une foi en les connaissances et les compétences des membres de l'équipe devraient être un objectif à atteindre pour les équipes chirurgicales afin de développer une culture positive de la sécurité en salles d'opération.<sup>14</sup> Pour développer une culture de confiance, la communication collaborative, du temps et du leadership sont nécessaires, mais les avantages pour la culture en milieu de travail et la sécurité accrue des patients compensent pour ces efforts.

### CONCLUSION

La qualité, la sécurité et des résultats positifs constituent des préoccupations universelles pour les patients, leur famille, les professionnels de la santé, les organismes de soins de santé et les organismes gouvernementaux. Les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale font confiance aux membres de l'équipe interprofessionnelle et s'attendent à ce

qu'ils leur fournissent les meilleurs soins possible fondés sur des données probantes.

Les incohérences inter- et intraprofessionnelles, comme les différents niveaux d'expérience, de formations éducatives en soins périopératoires et les différents points de vue quant aux normes de la pratique en salle d'opération, peuvent engendrer un manque de cohérence et de la mauvaise communication lors des soins apportés aux patients. Des études plus approfondies sur les facteurs influençant les capacités des infirmières canadiennes en soins périopératoires à offrir des soins périopératoires sécuritaires et de qualité supérieure aux opérés seront avantageuses pour la profession et la sécurité des patients.

Qu'elles enseignent, fassent du mentorat, de l'encadrement ou qu'elles exercent leur profession, les infirmières en soins périopératoires ont la

responsabilité professionnelle et éthique d'appuyer et d'exercer une pratique de soins périopératoires de qualité. Compte tenu du risque mis en évidence d'événements indésirables en chirurgie, les infirmières en soins périopératoires doivent reconnaître et examiner davantage les façons d'obtenir une formation et de maintenir une pratique de qualité en soins périopératoires.

Afin de maintenir l'importance des infirmières en soins périopératoires au sein du système de soins de santé, il semble essentiel de lancer un appel collectif pour plaider en faveur d'une formation éducative cohérente et pour maintenir un lien continu à vie avec des normes de soins de qualité. Les tâches et les responsabilités quotidiennes pour plaider en faveur et exercer une pratique de qualité en soins périopératoires, même si elles peuvent poser défi, dépendent de chaque infirmière en soins périopératoires. Ces dernières doivent être fières des

## UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

**Perioperative  
Nurses Week is  
November 6 - 10, 2017.**

**La semaine des  
infirmières et des  
infirmiers en soins  
périopératoires est du  
6 au 10 novembre 2017.**

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

N&LORNA Conference	St. John's, NL	Sept 22-24, 2017
NBORN Conference	Woodstock, NB	October 14, 2017
26th ORNAC National Conference	Halifax, NS	April 26 - 30, 2019

### OTHER CONFERENCES • AUTRES CONFÉRENCES

AORN <a href="http://www.aorn.org">www.aorn.org</a>	New Orleans, LA	Mar 24-29, 2018
ACORN <a href="http://www.acorn.org.au">www.acorn.org.au</a>	Adelaide, Australia	May 23-26, 2018

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

connaissances et des compétences qu'elles possèdent, elles doivent mettre en application ces connaissances et les partager avec les patients, leur famille et leurs équipes, afin de promouvoir des soins sécuritaires et des résultats positifs pour les patients.

## RÉFÉRENCES

1. Higgins B, MacIntosh J. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *Int Nurs Rev* 2010 09;57(3):321-327 7p.
2. Gillespie B, M., Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery - creating a culture of safety. *J INTERPROF CARE* 2013 09;27(5):387-393.
3. de Vries E, Ramrattan M, Smorenburg S, Gouma D, Boormeester, M. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Health Care*, 2008;17: 216-223.
4. Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006 06;4(3):145-151.
5. Kleiner C, Link T, Travis Maynard M, Carpenter KH. Coaching to Improve the Quality of Communication During Briefings and Debriefings. *AORN J* 2014 10;100(4):358-368 11p.
6. Graling PR. Designing an Applied Model of Perioperative Patient Safety. *CLIN*
7. Makary et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg*, 2006;202(5):746-752.
8. Organisation mondiale de la Santé, What is patient safety? [Internet], [endroit inconnu]: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [consulté le 16 mai 2016]. Peut être téléchargé à : <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>
9. Bezemer J, Korkiakangas T, Weldon S, Kress G, Kneebone R. Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital. *J Adv Nurs* 2016;72(2):361-372.
10. Kim L, Lyder CH, McNeese-Smith D, Leach LS, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *J Adv Nurs* 2015;71(11):2490-2503.
11. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating nurses: A call for radical transformation*. California: Jossey-Bass 2010.
12. Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC), Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e éd.), Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC), Ottawa: 2015
13. Ford DA. Advocating for Perioperative Nursing and Patient Safety. *Perioperative Nursing Clinics* 2012;7(4):425-432.
14. Rydenfält C, Johansson G, Larsson PA, Åkerman K, Odenrick P. Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *J Adv Nurs* 2012 04;68(4):783-795 13p.
15. Reid JH. Violations and migrations in perioperative practice: how organisational drift puts patients at risk. *J PERIOPER PRACT* 2014 03;24(3):45-49 5p.
16. Kenward L, Kenward L. Promoting interprofessional care in the perioperative environment. *Nurs Stand* 2011 06/15;25(41):35-39 5p.
17. Wilson G. Redesigning or orientation. *AORN J* 2012 04;95(4):453-462 10p.
18. Helzer Doroh HM, Monahan JC. Student Nurses in the OR: Improving Recruitment and Retention. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal* 2016 01;103(1):89-94.
19. Callaghan A. Student nurses' perceptions of learning in a perioperative placement. *J Adv Nurs* 2011 04;67(4):854-864.
20. Page-Cuttrara K. Perioperative nursing education in Canada: Current and future perspectives. *Can Oper Room Nurs J* 2007;25(1):10-19.
21. Wilson M, Johnson MA. The impact of the postgraduate certificate in perioperative specialty nursing: on individual participants, unit or service, and organisations. *The Dissector: Journal of the Perioperative Nurses College of the New Zealand Nurses Organisation* 2015 03; 2015/9;42:35+.

Les normes de l'AIISOC relatives au sujet de cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (13e édition, mai 2017) de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC), section 1, p.50-51, normes 1.1.16, 1.2.15; section 2, p.164-165 norme 2.1.6; section 4.8, p.411-412, normes 4.8.1, 4.8.2; section 4.9 p.412-415, normes 4.9.1, 4.9.2.

22. Chappy S, Madigan PD, Doyle DS, Conrath LA, Tapio NC. Preparing the Next Generation of Perioperative Nurses. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal 2016 01;103(1):104.e1-104.e7.
23. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). AORN Guidelines for Perioperative Practice [Internet]. Denver: Association of periOperative Registered Nurses; 2015 [cited 2016 May 18]. Available from: <http://www.aorn.org/education/facility-solutions/periop-101>
24. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Infirmières autorisées [Internet], Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada-Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada 2015, [consulté le 19 mai 2016]. Peut être téléchargé de : <https://www.cna-aiic.ca/fr/devenir-infirmiere-autorisee/la-pratique-des-soins-infirmiers>
25. Kendall-Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP. Nurse Specialty Certification, Inpatient Mortality, and Failure to Rescue. J Nurs Scholarsh 2011 2011;43(2):188-194 7p.
26. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Werder H. Education and experience make a difference: results of a predictor study. AORN J 2011 07;94(1):78-90 13p.
27. Gardezi F, Lingard L, Espin S, Whyte S, Orser B, Baker GR. Silence, power and communication in the operating room. J Adv Nurs 2009 07;65(7):1390-1399.
28. Coe R, Gould D. Disagreement and aggression in the operating theatre. J Adv Nurs 2008;61(6):609-618.
29. Gillespie BM, Wallis M, Chaboyer W. Operating theater culture: Implication for nurse retention. West J of Nurs Res, 2007;30(2):259-277.
30. McGee, P. (1991). Perioperative nursing: A review of the literature. Br J Theatre Nurs 1991; 1:12-17.
31. Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. J Adv Nurs 2002;39(4): 316-324.
32. Berndt AE, Swenson-Britt E, Rushmer RK. Advocating for Perioperative Learning Through Learning Practice Communities. Perioperative Nursing Clinics 2012 12;7(4):411-424.
33. Wade P. Historical trends influencing the future of perioperative nursing. ORNAC J 2012 06;30(2):22-35 7p.
34. Kitto S, Grant R. Revisiting evidence-based checklists: interprofessionalism, safety culture and collective competence. J INTERPROF CARE 2014 09;28(5):390-392 3p.
35. Cohoon B. Causes of near misses: perceptions of perioperative nurses. AORN J 2011 05;93(5):551-565 15p.
36. Lingard L, Reznick R, DeVito I, Espin S. Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of others in the operating room. Med Educ 2002;36(8):728-734.
37. Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). The ORNAC Standards for Perioperative Registered Nursing Practice [Internet]. Toronto: Operating Room Nurses Association of Canada; 2015 [cited 2016 May 17]. Available from: <http://www.ornac.ca/en/standards>
38. Boyle DK, Cramer E, Potter C, Gatua MW, Stobinski JX. The Relationship Between Direct-Care RN Specialty Certification and Surgical Patient Outcomes. AORN J 2014 11;100(5):511-528 18p.
39. Stobinski JX. Certification and Patient Safety. AORN J 2015 03;101(3):374-378 5p.
40. Schroeter K, Byrne MM, Klink K, Beier M, McAndrew NS. The Impact of Certification on Certified Perioperative Nurses: A Qualitative Descriptive Survey. ORNAC J 2012 09;30(3):35-45 11p.
41. Canadian Nurses Association (CNA). About certification: Certification by the numbers. [Internet]. [Place unknown]: CNA NurseOne website; 2015 [cited 2016 May 11]. Available from: <https://nurseone.ca/en/certification/what-is-certification>.
42. Canadian Institute of Health Information (CIHI). Registered nursing workforce for direct care, by area of responsibility and jurisdiction. [Internet]. [Place unknown]: CIHI website; 2016 [cited 2017 January 12]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/gsearch/nursing%2Bcertification>
43. Canadian Nurses Association (CNA). About certification: Number of valid CNA certifications by specialty/area of nursing practice and province or territory. [Internet]. [Place unknown]: CNA NurseOne website; 2015 [cited 2016 May 11]. Available from: [https://nurseone.ca/~media/nurseone/page-content/pdf-en/certification\\_statistics-number\\_of\\_certifications\\_by\\_specialty\\_area\\_and\\_province\\_or\\_territory\\_july\\_2015\\_e.pdf?la=en](https://nurseone.ca/~media/nurseone/page-content/pdf-en/certification_statistics-number_of_certifications_by_specialty_area_and_province_or_territory_july_2015_e.pdf?la=en)
44. McSherry R, Pearce P, Grimwood K, McSherry W. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. J Nurs Manag 2012;20(1):7-19.
45. Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. Int J Nurs Stud 2010 6;47(6):732-741.

# SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS

## AN INTERVIEW WITH JANE RADEY RN, RNFA, CPN(C).

**Submitted by:** Heather Dow, ORNAC Executive Director.

Jane is employed full time as a Registered Nurse First Assistant (RNFA) at Muskoka Algonquin Health Care – Huntsville Hospital in Ontario. She graduated from Canadore College School of Nursing in 1989 and, after working for a year on a medical ward, she took her OR and PACU courses and has worked in Surgical Services at her hospital ever since. She became an RNFA in 1999, after graduating from BCIT with the credential, and started working full-time in this position in 2012. Jane has volunteered extensively including for her regional perioperative group, ORNASCO, as President and as Secretary; in the Ontario provincial perioperative group, ORNAO, as a Board Member and as Secretary; in the Ontario RNFA group as Secretary and Chair; and in the national RNFA group, RNFANC, as Newsletter Editor. She also served at the Secretary of ORNAC, from 2015-2017, and enjoyed being a part of the team that works on the issues facing perioperative nurses across Canada. Jane is married to her best friend, has 2 (plus one) kids who all make her proud, and has 2 crazy dogs and one old cat.



Jane Radey RN, RNFA, CPN(C).



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

I have worked in the OR for 26 years and I am currently the RNFA for our hospital.

How has your role in the OR changed over the years?

Initially I worked as a Perioperative RN in our Surgical Services Department which encompasses the OR, PACU, Day Surgery, Endoscopy and Surgeons' Clinics. Since June 2012 I have been the RNFA for our Surgical Services. I assist during surgical cases in the OR, help to teach medical students about sterile technique and gowning and gloving. I run the Surgeons' Clinics, create and update Surgical Services Policies and Procedures, was involved in implementing electronic charting in the Perioperative Department as a super user, and am also currently the Lead Nurse in a two-year Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Study along with a surgeon and anaesthetist at our hospital.

What was it about perioperative nursing that attracted you?

To be honest, I was not really enjoying ward nursing. I didn't like doing shift work and I was feeling like I wasn't making enough of a difference. I had enjoyed visiting the OR for a day, as a student, and when I walked into the OR one day, to see if they were hiring, I was immediately offered a job. I have never looked back, or regretted my decision, since that day.

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

RNs bring a huge amount of leadership to surgical teams. Many perioperative

Each member of the team has a defined role and we need to be able to clearly state what the role of the Perioperative RN is on this team.

## SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS (cont.)

AN INTERVIEW WITH JANE RADEY RN, RNFA, CPN(C).

nurses don't think that they have any leadership abilities but I believe they are wrong. They don't realize that they are being leaders, at work, every day. They are vital partners in the smooth running of every OR in Canada. Decisions are made by Perioperative RNs, every minute of every day, that affect patient care. Every RN who works in an OR makes sure that each and every patient who enters their OR is cared for in a kind, safe, and ethical manner. All Perioperative Nurses are empowered to be leaders, whether or not they are in traditional leadership roles in their OR, Surgical Services Department, or hospital. No OR can run smoothly and efficiently without the Perioperative RNs who work there, and lead, every day.

What continuing education has supported your journey?

I believe in lifelong learning and as such I have never stopped learning. I am forever looking for new courses to take, either in person or on-line, and I attend as many conferences as I am able. I primarily enjoy continuing education opportunities that allow me to learn new things but I am always interested in a good review of a subject that I have learned before. I find all learning to be something that I can apply in my every day practice. I enjoy, and have attended many, ORNAC National Conferences for the large variety of subjects that are offered during the educational sessions and for the wealth of knowledge available in the vendor exhibitor area.

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

I have very fond memories of one RN, Karla Rodgers, who I worked with early on in my perioperative career. She had a very calm and assured personality and nothing seemed to throw her off balance. She was easily able to handle any

situation that we encountered at work. I admired her work ethic but also her calming personality that had such a great influence on her patients and all others in the OR. I think that I have tried to emulate her in all my roles in my job over the years. I am thankful to Karla for having been such a great mentor!

Tell us about your involvement with ORNAC, (past/present/future goals).

I first became involved with ORNAC, in 2013 and 2014, as a Standards Reviewer and then, in 2015, I became the ORNAC Secretary and have very much enjoyed my time on the Executive. I was interested in learning more about how the national organization was run and I also wanted to be on the forefront of change in perioperative nursing. I have learned so much in such a short time and look forward to working with the Executive and Board to help keep our ORNAC members up to date on what is happening in perioperative nursing in Canada. It is important that we, as an organization, encourage perioperative nurses to be involved at not only their local level but also to be aware of what is happening on a provincial, national and international level as well. It is important that the members understand what ORNAC is doing to help further the perioperative RNs position in ORs, help to ensure patient safety everywhere, develop Standards that are validated and user friendly, and keep others accountable for making sure that every procedure, in all ORs in Canada, is done to the highest standards and quality possible.

What future do you see for Perioperative RNs interested in developing leadership skills?

All Perioperative RNs who are interested in developing leadership skills need to become more involved. It doesn't have to

be anything big. They can become involved on a committee in their Surgical Services department or at their hospital. They can attend regional perioperative nursing meetings or become involved on their Provincial Executive. Attending conferences or taking advantage of other learning opportunities is also a great way to develop leadership skills. With each step the Perioperative RN develops more confidence and knowledge which, over time, produces a better Perioperative Nurse who is a leader in their area.

Any last words of wisdom?

The future is bright! I am an optimist! I believe that there are many challenges that Perioperative RNs face in the future across Canada. The largest challenge may be continuing to be recognized, relevant, and respected as vital participants in the safe care of our patients in this fiscally restrained healthcare system. I believe that every Perioperative RN needs to be vocal about how they see their role in the delivery of safe care for EVERY PATIENT who enters an OR in Canada.

Registered nurses are a vital and necessary piece of an intricate puzzle that is crucial for every patient and we need to develop strategies to describe what our role really looks like and to promote its importance. Every Perioperative RN needs to step up and show what their leadership in all ORs means, and how they are a necessary team member, along with LPN/RPNs, surgeons, anaesthesiologists, RTs, etc. Each member of the team has a defined role and we need to be able to clearly state what the role of the Perioperative RN is on this team.

I see only good things in the future of Perioperative RNs, but we all have to work together to make sure that our future is bright and to ensure that future Perioperative RNs will benefit from our collective hard work.

# ORNAC Call for Nominations 2018



Operating Room Nurses  
Association of Canada

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

## I) Provincial Board of Director Positions with two year terms commencing May 2018

Positions Open:

*Alberta*

*Manitoba*

*New Brunswick*

*Prince Edward Island*

### Sequence of Events (subject to change):

- September 2017 - Call for Nominations published in the ORNAC Journal, on the ORNAC website, on the ORNAC Facebook page, and through e-blast to provincial members.
- October 2017 - ORNAC Nominations Package sent electronically to the Provincial Council (PC) President. The package will include all background information including the forms for bios, nomination submission and all related paperwork, election process and electronic ballots.
- November 2017 - The PC President is responsible for e-mailing the Nominations package to all members within his/her province.
- January 2018 - The Nominations must be received by the PC President.
  - The PC President will determine which candidates meet the criteria for the ORNAC Board position. Nominations reviewed by the Provincial Nominating Committee.
- February 2018 - Candidates will be notified whether they have or have not met the nomination criteria. If there is more than one candidate an election will be held within the specific province. If there is only one candidate an election would not occur and the candidate's name would be moved forward to be added to the National Election Slate to be voted on by ORNAC members at the AGM.
- February 2018 - If an election is to be held the PC members are notified of who the candidates are, the date of the election and the election process by electronic vote. The biographies and background information on all candidates will be available on the provincial website and/or can be e-mailed by the Provincial Council (PC) President.
- March 2018 – The PC President sends out Electronic Ballots to all Provincial members with voting privileges.
  - The Election takes place.
  - PC President will appoint two scrutineers from the PC Executive or PC members to tabulate the results of the election.
  - The PC President notifies the ORNAC Nominating Chair by e-mail of the successful candidate's name.
- April 2018 - The ORNAC Nominating Committee Chair prepares the final Election Slate for the Annual General Meeting.
- May 2018 - At the ORNAC AGM the voting ORNAC members will vote on the final election slate.
- June 2018 - The new Board is introduced on the ORNAC website and by e-blast to the ORNAC membership.
- September 2018 - The new Board will be listed in the ORNAC Journal.

**FOR FURTHER INFORMATION ON  
THE ORNAC NOMINATIONS PROCESS  
PLEASE CONTACT THE ORNAC NOMINATIONS CHAIR  
AT [NOMINATION@ORNAC.CA](mailto:NOMINATION@ORNAC.CA).**

## 2) Executive Officer Positions with two year terms commencing May 2018

Positions Open:  
*Treasurer*

### Draft Sequence of Events (Subject to Change):

- December 2017 - Call for Nominations will be available nationally on the ORNAC website, the ORNAC Facebook page, and through e-mail via ORNAC and the Provincial Councils.
- February 2018 - Candidates must submit the nominations paperwork, and express their intention to run for the position, to the ORNAC Nominations and Elections Chair.
- February 2018 - The Nominations and Elections Chair will determine the candidates who meet the criteria for running for a Board position and will notify the ORNAC Board of Directors.
- February 2018 - Candidates will be notified if they have met the criteria. If more than one candidate has met the criteria then a national election will be held.
- February 2018 - Electronic ballots will be sent to all Members with voting privileges.
- March 2018 - Election takes place.
- April 2018 - The Nominations and Elections Chair will notify the ORNAC President (in writing) of the successful candidate.
- April 2018 - The ORNAC Nominations Chair prepares the final election slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 2018 - Vote on the final election slate, at the ORNAC AGM, by ORNAC Membership.
- May 2018 - The new Board is introduced at the ORNAC AGM.
- September 2018 - the new ORNAC Board is featured in the ORNAC Journal.

## 3) Board of Director Positions Representing the Seats of Leadership, Education and Advanced Practice with two year terms (unless otherwise noted) commencing May 2018

Positions Open:  
*Leadership*  
*Education (1 year term)*

### Draft Sequence of Events (Subject to change):

- September 2017 - ORNAC Nominations Package is available on the ORNAC website. The package will contain all background information including the forms for bios, nomination submission and all related paperwork.
- October 2017 - Candidates must submit the nomination paperwork to the ORNAC Nominating Committee and express their intent to run for the position.
  - o The Nominating Committee will review all nominations and select the candidates who meet the ORNAC Board position criteria. The Nominating Committee Chair will submit the successful nominees' names to the ORNAC Board of Directors.
- November 2017 - The Nominating Committee Chair presents the list of eligible candidates to the ORNAC Board.
- November 2017 - Candidates will be notified if they have, or have not, met the nomination criteria. If there is more than one candidate a national election will be held. The biographies and background information on all candidates will be available on the ORNAC website and/or can be e-mailed to ORNAC Members on request to the Nominating Committee.
- January 2018 - Electronic Ballots will be sent to all National Members with voting privileges.
  - o The Election takes place.
  - o The ballots will be tabulated by the Nominating Committee.
- February 2018 - The Nominating Committee Chair notifies, in writing, the ORNAC President of the name(s) of the successful candidate(s) and the ORNAC President will inform the entire Board.
- April 2018 - The ORNAC Nominating Committee Chair will prepare the final Election Slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 2018 - At the ORNAC AGM the voting ORNAC members will vote on the final election slate
- June 2018 - The new Board is introduced through the ORNAC website and by e-blast to the ORNAC membership.
- September 2018 - The new Board will be listed in the ORNAC Journal and on the ORNAC website.



25th ORNAC National Conference | 25e conférence nationale de l'AII SOC  
April 30-May 4, 2017 | du 30 avril au 4 mai 2017

**MOBILISER NOTRE POUVOIR**

Scotiabank Convention Centre | Centre des congrès de la Banque Scotia  
Niagara Falls, ON

## Highlights from the 24th ORNAC National Conference / Faits marquants de la 24e Conférence nationale de l'AII SOC



Cathleen Ferguson, ORNAC President, at Opening Ceremonies /

Cathleen Ferguson, présidente de l'AII SOC, lors des cérémonies d'ouverture



**Conference Planning Committee in front of the Falls.  
Comité de la planification de la Conférence devant les chutes**

(L to R / De g. à d.) :

Back Row / Rangée arrière : Heather Dow, Jane MacDonald,  
Kim McLennan-Robbins, Sarah Pelletier, Cindy Fulmore.

Front Row / première rangée : Linda Whyte, Cathleen  
Ferguson, Angela Russell, Michelle Romanyshyn.

Missing / absente : Gloria Nemecek.



**ORNAC Executive and Board / Comité exécutif et conseil d'administration de l'AIISOC (L to R / De g. à d.) :**

Back Row / Rangée arrière : Heather Dow, Kim McLennan-Robbins, Kim Goodman, Darlene Rikley, Liz Beck, Chantal Pelletier, Tina Parrill, Kristina Cruess, Marg Farley, Bonnie McLeod.

Front Row / première rangée : Pat Pocock, Linda Whyte, Barbara Mushayandevu, Jane Radey, Marlene Skucas, Cathleen Ferguson, Ida Berry, Aletha MacNevin, Chris Downey, Rupinder Khotar.

**Opening of the Exhibits / Ouverture des kiosques d'exposition (L to R / De g. à d.) :**

Gloria Nemecek, Exhibitor Chair / présidente de l'exposition; Lisa Mackie, NEAC Chair / présidente du CCNE; Kim McLennan-Robbins, 2017 Conference Pillar Chair / présidente du pilier de la conférence 2017; Cathleen Ferguson, ORNAC President / présidente de l'AIISOC; Heather Dow, ORNAC Executive Director / directrice générale de l'AIISOC.



**Great Gatsby Night / Soirée Gatsby le Magnifique**

**ORNAC Member Appreciation Red & White night / Soirée Rouge et blanc d'appréciation des membres de l'AIISOC**



*Photos by/par Liam Wilkins, EM+.*

# ORNAC AWARDS / PRIX DE L'AIISOC

---



*Muriel Schewchuk Leadership Award* was received by Karen Sagness (accepting on her behalf is Kim Goodman). Presented by Muriel Schewchuk and Aletha MacNevin ORNAC Award Chair

Le *Prix de leadership Muriel Schewchuk* a été remis à Karen Sagness (Kim Goodman l'accepte en son nom). Présenté par Muriel Schewchuk et Aletha MacNevin, présidente des prix de l'AIISOC

The *Gloria Stephens Award for Excellence as an Educator of Perioperative Nursing* recipient Dawn Affleck with Gloria Stephens and Aletha MacNevin, ORNAC Award Chair.

La lauréate du *Prix d'excellence Gloria Stephens à titre d'éducatrice en soins périopératoires*, Dawn Affleck accompagnée de Gloria Stephens et d'Aletha MacNevin, présidente des prix de l'AIISOC.



*Lorne Flower Memorial Award* recipient Kim McLennan-Robbins with ORNAC President Cathleen Ferguson and Award Chair Aletha MacNevin.

La lauréate du *Prix commémoratif Lorne Flower*, Kim McLennan-Robbins avec la présidente de l'AIISOC, Cathleen Ferguson et la présidente des prix de l'AIISOC, Aletha MacNevin.



*ORNAC/Johnson & Johnson Medical Companies Bursary Award* recipient Dawn Affleck with Becky McDaniel, Medical Education Manager for J&J Medical Device Companies, and Aletha MacNevin, ORNAC Award Chair

La lauréate de la *Bourse de l'AIISOC/Johnson & Johnson Medical Companies*, Dawn Affleck en compagnie de Becky McDaniel, directrice de la formation médicale chez J&J Medical Device Companies, et Aletha MacNevin, présidente des prix de l'AIISOC.



# ORNAC AWARDS / PRIX DE L'AIISOC

---



Cardinal Health Research Grant presented to Debra Clendinneng, by Jean Belisle from Cardinal Health and Chris Downey, ORNAC Standards Chair. The Grant was awarded for “Educational Strategies for RN Development of Non-Technical Skills in the Operating Room.

La Subvention de recherche de Cardinal Health est remise à Debra Clendinneng, par Jean Belisle de Cardinal Health et Chris Downey, présidente des normes de l'AIISOC. La subvention a été accordée pour « les stratégies éducatives pour le perfectionnement des compétences non techniques des infirmiers et infirmières en salle d'opération ».

*3M Canadian Infection Prevention Champion Award* winner Angela Russel with Aletha MacNevin ORNAC Award Chair.

La gagnante du Prix étoile 3M pour la prévention de l'infection au Canada, Angela Russel avec Aletha MacNevin, présidente des prix de l'AIISOC.



Paula Mendes Baldinelli received the *RMAC Patient Safety Award* for her conference presentation entitled Degree's Matter: Prevent Hypothermia Before It Starts! Linda Whyte accepted the award, on Paula's behalf, from Jill Jackson, RMAC Surgical, and Aletha MacNevin, ORNAC Award Chair.

Paula Mendes Baldinelli a reçu le *Prix de sécurité des patients RMAC* pour sa conférence intitulée « Degree's Matter: Prevent Hypothermia Before It Starts! » Linda Whyte a accepté le prix au nom de Paula, des mains de Jill Jackson, RMAC Surgical, et d'Aletha MacNevin, présidente des prix de l'AIISOC.

*Photos by/par Liam Wilkins, EM+.*

# PERIOPERATIVE NURSES WEEK CONTEST WINNERS

---

In 2016 ORNAC held its annual contest encouraging ORNAC members to submit a written or video submission that demonstrated a connection between the Perioperative Nurses Week theme, Safety in Our Hands. Our Patients. Ourselves, and their personal practice. The winners were announced during the 26th National Conference in Niagara Falls. All videos and written submissions are available for viewing at [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) (select News & Events).

**First prize:** Brandon Regional Health Center - Submitted by Dawn Affleck.

**Second prize:** Dartmouth General Hospital, Perioperative Nursing Team - Submitted by Shelley Haynes.

**Third prize:** South Central Operating Room Nurses Association (SCORNA) of Calgary, Alberta - Submitted by Anne Chang and Esther Eng.

---

## GAGNANTES DU CONCOURS TENU LORS DE LA SEMAINE DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

---

En 2016, l'AIISOC a tenu son concours annuel qui encourage les membres de l'AIISOC à soumettre un exposé écrit ou par vidéo qui démontre un lien entre le thème de la Semaine des infirmiers et infirmières en soins périopératoires, Notre sécurité et celle de nos patients est entre nos mains, et leur pratique personnelle. Les gagnantes ont été annoncées lors de la 26e Conférence nationale à Niagara Falls. Vous pouvez consulter les vidéos et les exposés écrits sur le site [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) (sélectionnez l'onglet Événements).

**1er prix :** Brandon Regional Health Center – Soumis par Dawn Affleck.

**2e prix :** Dartmouth General Hospital, équipe de soins périopératoires – Soumis par Shelley Haynes.

**3e prix :** South Central Operating Room Nurses Association (SCORNA) de Calgary, Alberta – Soumis par Anne Chang et Esther Eng.

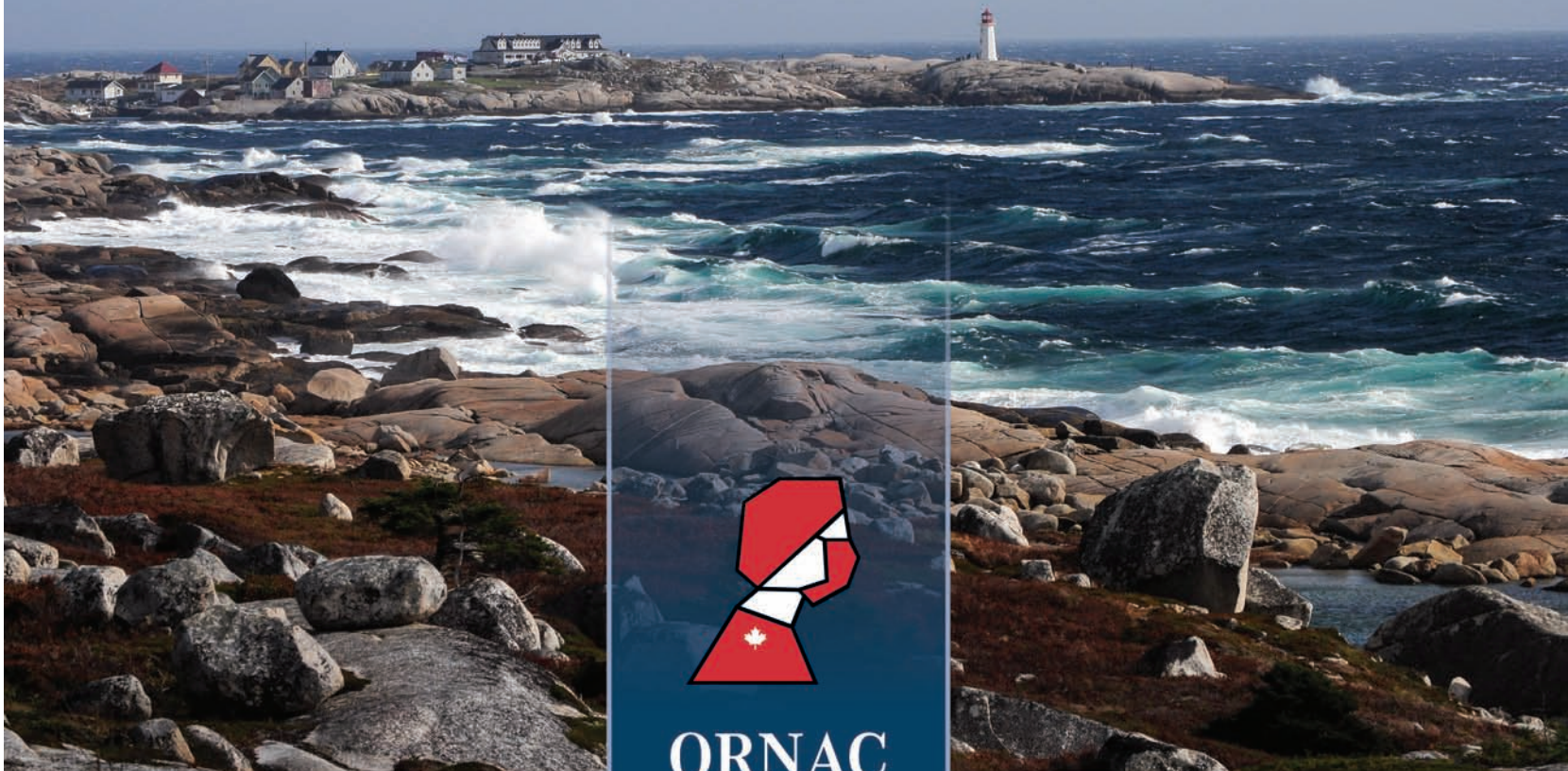
---

26<sup>TH</sup> ORNAC NATIONAL CONFERENCE | 26<sup>E</sup> CONFÉRENCE NATIONALE DE L'AISOC

# *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  
AISOC**

**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](http://www.ornac.ca)

# Appel de mise en candidature 2018 de l'AIISOC



Operating Room Nurses  
Association of Canada

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

## 1) Postes au conseil d'administration provincial ayant un mandat de deux ans à compter de mai 2018.

Postes à pourvoir :

*Alberta • Manitoba • Nouveau-Brunswick • Île-du-Prince-Édouard*

- Septembre 2017 – Un appel de mises en candidature est publié dans la Revue de l'AIISOC, sur le site Web de l'AIISOC, sur la page Facebook de l'AIISOC et par le biais d'un envoi par courriel aux membres provinciaux.
- Octobre 2017 – Une trousse de mises en candidature de l'AIISOC est envoyée par voie électronique à la présidente du conseil provincial. La trousse comprend toute l'information générale, y compris les formulaires pour les biographies, les soumissions de mises en candidature et tous les documents connexes, le processus d'élection et les bulletins de vote électronique.
- Novembre 2017 – La présidente du conseil provincial est responsable d'envoyer par courriel la trousse de mises en candidature à tous les membres de sa province.
- Janvier 2018 – Les mises en candidature doivent être reçues par la présidente du conseil provincial.
  - o La présidente du conseil provincial détermine quels candidats répondent aux critères pour le poste au Conseil d'administration de l'AIISOC. Les mises en candidatures sont passées en revue par le comité provincial de mises en candidature.
- Février 2018 – Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat à un poste, une élection aura lieu dans la province en question. S'il y a seulement un candidat, aucune élection n'aura lieu et le nom du candidat sera ajouté à la liste nationale de candidatures pour le vote des membres de l'AIISOC qui aura lieu lors de l'AGA.
- Février 2018 – Si une élection doit se tenir, les membres du conseil provincial seront avisés des candidats, de la date de l'élection et du processus d'élection par vote électronique. Les biographies et l'information générale sur tous les candidats seront disponibles sur le site Web provincial et (ou) peuvent être envoyés par courriel par la présidente du conseil provincial.
- Mars 2018 – La présidente du conseil provincial envoie les bulletins de vote électronique à tous les membres provinciaux ayant le droit de voter.
  - o Tenue des élections.
  - o La présidente du conseil provincial nomme deux agents électoraux parmi les cadres supérieurs ou les membres du conseil provincial pour totaliser les résultats de l'élection.
  - o La présidente du conseil provincial avise par courriel la présidente des mises en candidature de l'AIISOC du nom du candidat sélectionné.
- Avril 2018 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2018 - Lors de l'AGA de l'AIISOC, les membres de l'AIISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Juin 2018 - Le nouveau conseil d'administration est présenté par le biais du site Web de l'AIISOC et d'un envoi par courriel en masse aux membres de l'AIISOC.
- Septembre 2018 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC.

**POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR LE PROCESSUS DE MISE EN CANDIDATURE DE L'AIISOC, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LA PRÉSIDENTE DES MISE EN CANDIDATURE DE L'AIISOC À [NOMINATION@ORNAC.CA](mailto:NOMINATION@ORNAC.CA).**

## 2) Appel de mises en candidature de l'AISOC pour les postes de membres de la direction et du conseil d'administration ayant un mandat de deux ans à compter de mai 2018.

Poste à pourvoir :  
*Trésorier/trésorière*

### Fil des événements provisoire :

- Décembre 2017 - Un appel de mises en candidature est lancé à l'échelle nationale par le biais du site Web de l'AISOC, sur la page Facebook de l'AISOC et par courriel de la part de l'AISOC et des conseils provinciaux.
- Février 2018 - Les candidats doivent soumettre leurs documents de mise en candidature à la présidente des mises en candidature et de l'élection de l'AISOC et exprimer leur intention de présenter leur candidature à ce poste.
- Février 2018 – La présidente des mises en candidature et de l'élection sélectionne les candidats répondant aux critères du poste au conseil d'administration et en avise le conseil d'administration de l'AISOC.
- Février 2018 - Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat, une élection nationale aura lieu.
- Février 2018 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres de l'AISOC ayant le droit de voter.
- Mars 2018 – Tenue de l'élection.
- Avril 2018 - La présidente des mises en candidature et de l'élection avise (par écrit) la présidente de l'AISOC du nom du candidat sélectionné.
- Avril 2018 - La présidente des mises en candidature de l'AISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2018 - Lors de l'AGA de l'AISOC, les membres de l'AISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Mai 2018 - Le nouveau conseil d'administration est présenté aux membres de l'AISOC lors de l'AGA de l'AISOC.
- Septembre 2018 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AISOC.

## 3) Appel de mises en candidature de l'AISOC pour les postes du conseil d'administration représentant les sièges pour le leadership, l'éducation et la pratique avancée ayant un mandat de deux ans (sauf avis contraire) à compter de mai 2018.

Poste à pourvoir :  
*Éducation (mandate d'un an)*

### Fil des événements provisoire :

- Septembre 2017 - Une trousse de mises en candidature de l'AISOC sera disponible sur le site Web de l'AISOC. La trousse comprend toute l'information générale, y compris les formulaires pour les biographies, les soumissions de mises en candidature et tous les documents connexes.
- Octobre 2017 - Les candidats doivent soumettre leurs documents de mise en candidature au comité des mises en candidature de l'AISOC et exprimer leur intention de présenter leur candidature au poste.
  - o Le comité des mises en candidature révisé toutes les mises en candidature et sélectionne les candidats répondant aux critères du poste au conseil d'administration de l'AISOC. La présidente des mises en candidature soumet le nom des candidats sélectionnés au conseil d'administration de l'AISOC.
- Novembre 2017 - La présidente du comité des mises en candidature présente la liste des candidats admissibles lors d'une réunion du conseil d'administration.
- Novembre 2017 - Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat à un poste, une élection aura lieu. Les biographies et l'information générale sur tous les candidats seront disponibles sur le site Web provincial et (ou) peuvent être envoyés par courriel par le comité des mises en candidature à la demande des membres de l'AISOC.
- Janvier 2018 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres nationaux ayant le droit de voter:
  - o Tenue de l'élection.
  - o Le comité des mises en candidature totalise les bulletins de vote.
- Février 2018 - La présidente des mises en candidature avise par écrit la présidente de l'AISOC du nom du ou des candidat(s) sélectionné(s) et la présidente de l'AISOC en informe tout le conseil d'administration.
- Avril 2018 - La présidente des mises en candidature de l'AISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2018 - Lors de l'AGA de l'AISOC, les membres de l'AISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Juin 2018 - Le nouveau conseil d'administration est présenté par le biais du site Web de l'AISOC et d'un envoi par courriel en masse aux membres de l'AISOC.
- Septembre 2018 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AISOC et sur le site Web de l'AISOC.

# A TRIBUTE TO MURIEL SHEWCHUK

## OCTOBER 11, 1940 – MAY 11, 2017

**Submitted by:** ORNAC Past Presidents Mary Knight RN, MN & Margaret Farley RN, BSN, CPN(C), based on tributes they gave at Muriel's funeral service on May 17, 2017.

Courtesy M. Knight



*L to R Muriel Shewchuk, Mary Knight, Gloria Stephens during WCORN in Adelaide, Australia in 1993.*

Courtesy M. Knight



*Muriel in her Canada outfit at WCORN in Vienna, 1989.*

Alberta-born and raised, Muriel Shewchuk began her nursing career graduating from the University of Alberta (first from the diploma nursing program in 1962, then with a Bachelor of Science in Nursing Degree in 1968). Muriel's nursing career included roles as staff nurse, educator, manager, instructor in a school of nursing, assistant director, and director at Alberta's two largest acute care teaching healthcare centres (University of Alberta Hospital in Edmonton and Foothills Hospital in Calgary).

Prior to Muriel's "retirement" in 2005 (although we all know that she never truly retired!) she worked 19 years as the Director of Surgical Suites in Calgary where she successfully led the regionalization of surgical services, including the consolidation of 47 operating theatres, into three adult sites. Muriel managed a budget of over \$95 million and staff of over 850 including 325 surgeons.

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) published a video entitled "Who is Behind the Mask?" This is an apt metaphor for Muriel's role in perioperative nursing in Canada – she was always there, working quietly behind the scenes, supporting the work or project to the fullest... but she was not always front and centre or looking for recognition or credit. Many are unaware of the magnitude and scope of her contributions to perioperative nursing and, indeed, to surgical patient care in Canada. She was an outstanding nurse and always had the best interests of patients and perioperative nursing at heart.

Mary Knight met Muriel in 1980 when they both worked in Edmonton. When Mary was organising the first provincial

conference for recovery room nurses Muriel provided invaluable advice – her "how to plan a nursing conference". During that process, Muriel's willingness to share her knowledge and expertise, and to assist wherever required, left quite an impression on Mary – one that never changed over the many years.

In the spring of 1982 Marg Farley was a member of the newly formed Saskatchewan Operating Room Nurses Group (SORNG) and attended an operating room conference in Winnipeg, MB, where a memorable session discussed whether to form a national operating room nursing organization. After a short discussion, a voice was heard from the back of the room suggesting we had "discussed things long enough, and we need to just get on with it!" The voice was, of course, that of Muriel Shewchuk.

Muriel made Marg Farley want to be a better OR nurse, join ORNAC, become active in her provincial group, and to "get on the ORNAC train at the front" to help bring perioperative nursing into the national arena and keep it there. That conference, in 1982, was the beginning of a decades long mentorship and very treasured friendship between Marg and Muriel.

Muriel was one of the primary driving forces behind the successful launch of ORNAC in 1984. She worked hard behind the scenes on many levels. She organized the highly successful first National OR Conference in Jasper in 1984; helped establish Canadian OR Nursing Journal (the predecessor of the now ORNAC Journal); promoted the need for standards in perioperative nursing and later co-authored the first

Courtesy M. Knight



*Muriel Shewchuk as Chair of the 1st ORNAC Conference, Jasper, 1984*

standards; she worked tirelessly to have perioperative nursing included in the Canadian Nurses Association (CNA) Certification program and; she developed an awards system for ORNAC.

Standards were an integral part of Muriel's approach to life and she tirelessly promoted the value of professional and technical perioperative nursing standards. Her contributions to numerous ORNAC Standards Committees spanned more than twenty-five years. She was always available for a consult, to review a document, to suggest changes to a standard, and to provide recommendations about new content needed in the next edition. Muriel was also a valued member of Canadian Standards Association (CSA) committees on sterilization for many years beginning in 1980, including the technical committee on sterilization, sub-committee on emergency and/or flash sterilization, and a committee to review and incorporate international standards into the Canadian standards.

Monday, May 1, 2017 in Niagara Falls marked Muriel's last contribution to the ORNAC Standards. For Marg Farley it was a joy, honour, and privilege to introduce Muriel and her long-time pal Gloria Stephens, ORNAC Past President, as they presented the history of ORNAC Standards. They received a well-deserved standing ovation. Muriel's props included a copy of the original 1986 standards (at only 42 pages) and a can containing an adult beverage which she said was needed after the lengthy sessions that had been spent working on the original standards! At the end of the session Muriel spoke to the 2017 Standards Committee and expressed her awe of the work done.

Muriel was an advisor to the Alberta College of Physicians and Surgeons regarding standards and for the monitoring of private sector surgical suites. Another standards-related highlight of Muriel's career was when she was asked by the then Alberta Association of Registered Nurses (AARN) about writing nursing

standards. Standards were truly a passion for her.

Although Muriel was a member of the first ORNAC Board, and its Secretary from 1988-1990, her contributions to ORNAC never ceased, right up to the recent ORNAC conference in Niagara Falls. Muriel's contributions included committee work, authoring articles for the Canadian OR Nursing Journal and many presentations at ORNAC conferences.

Muriel's accomplishments on the national level are even more impressive when you realize how active she remained on a provincial level. Muriel was instrumental in the organization of the Operating Room Nurses Association of Alberta (ORNAA) and was an active participant from 1964. Muriel was a member of the Provincial Executive for nine years, the President (1982-1984), and was Editor of their Snips & Snaps newsletter for nine years. She also showed her creative side by designing their logo and pin.

Muriel very regularly presented papers at provincial and national conferences, and provided stimulating and thought-provoking presentations. She was a prolific author and published regularly in the Canadian OR Nursing Journal, right from Volume 1, Issue #1 (Editor's note: See page 53 of this journal for her message in the very first journal). Many of us have read or heard her CORL Pearls of Wisdom, leadership thoughts, and sterilization & sacred cow presentations or articles. These were delivered with her special brand of humour, and had titles such as "Effecting Change in the Path of a Rhinoceros Herd", "Meetings, Blood Meetings", "Leader-nomics", and "Survival Tips in Organizational Chaos and Change".

In 1999 Muriel and her colleague, Pat Pocock, identified a need and formed the Canadian O.R. Leaders (CORL) Network to advance leadership education by sharing resources and knowledge from experts in the field to help members obtain the best practice information and support for making leadership decisions.

Courtesy M. Knight



*Muriel with her daughter Marcia (also an OR Nurse) at a WCORN breakfast in Adelaide, Australia, 1993.*

Courtesy M. Knight



*Muriel with Pat Pocock in Banff, 1999.*

While Presidents of their respective provincial OR nursing associations both Marg Farley and Mary Knight separately asked Muriel to do presentations at provincial educational programs/workshops. Muriel graciously came, and refused payment other than her travel expenses, saying that if one was committed to education of OR nurses this is what you did - what an inspiration and mentor!

Often people's first instincts were to call Muriel for guidance as she had a deserved reputation for being practical, yet always knew the latest perioperative practice or trends. Muriel was a consultant in great demand, and provided her expertise in surgical nursing practice, administration, planning and surgical suite design, work flow, legal and administrative issues, and problem resolution. She did consults in twenty hospitals in seven provinces and two territories, as well as in Puerto Rico and England. Muriel also advised private sector physicians in the design, development, and operations of their non-hospital, private surgical suites.

Muriel Shewchuk was recognised internationally as an expert in perioperative nursing. She was one of the first Canadian OR nurses to attend an international conference and she presented at six World Conferences of Operating Room Nurses (WCORN). Many OR nurses were encouraged by Muriel to submit abstracts to present at conferences. Mary Knight was fortunate to be able to travel with Muriel to WCORN in Vienna, Austria and

Adelaide, Australia. Very memorable experiences, and so much fun!

When Perioperative Certification through the Canadian Nurses Association finally became a reality, in 1995, Muriel was once again hard at work in Alberta preparing study modules and arranging study sessions for all Alberta candidates writing the first exam in 1995. Of course, Muriel took the exam. When results were mailed out, Muriel called Mary and said that she had failed. As you can imagine, Mary was absolutely stunned and speechless – whatever could she say? And then Muriel displayed that wicked sense of humour and laughed - of course, she had passed....

Perhaps one of Muriel's greatest contributions to perioperative nursing was her ability and willingness to coach and mentor others. Muriel was always generous with her precious time, and assisted others whenever possible. She was tireless, made sure that the job got done, but still had fun while accomplishing the task. When we were submitting this tribute to the Journal its Editor, Deborah McNamara, commented that she had also experienced this. "Muriel called me and asked if she and Gloria Stephens could take me for a coffee and 'tell me everything about ORNAC'..." remembers Deborah. "And boy did they! But their perspective has stayed with me until today and guides much that I do."

Muriel received many awards throughout her nursing career... too many to enumerate here. But Muriel also instituted two very special awards – the Muriel Shewchuk Leadership Awards, one in Alberta and the other at ORNAC. This was because she truly believed in fostering and recognizing leaders in operating room nursing. Muriel was recognized by ORNAC in 1991, when she received the Isabelle Adams Award, presented to an outstanding nurse who has made a significant contribution to operating room nursing in Canada.

In 2002, while President of ORNAC, Mary Knight spearheaded efforts to have

Muriel receive further recognition for her many continued and varied accomplishments. Applications were submitted to have Muriel awarded the Order of Canada and the Jeanne Mance Award, the highest honour of the Canadian Nurses Association. While unfortunately neither was successful, Muriel had been recognized once more by ORNAC and her colleagues as being "simply the best".

Every professional association should have an individual like Muriel Shewchuk to assist its growth – she was knowledgeable, professional, visionary, approachable, modest, reliable, and always a team player. ORNAC, ORNAA, and CORL were most fortunate to have had Muriel Shewchuk as one of their founders and to receive her continued and steadfast support.

To quote Marge Ensminger, of Medicine Hat, AB, who is another long-time perioperative friend of Muriel's: "Muriel had the gift and ability to teach young nurses and make them successful. She was tireless & dedicated to her family, friends and nursing."

Canadian perioperative nurses have lost a giant amongst us. And many of us have lost a beloved family member, friend, or colleague. Muriel Shewchuk will be greatly missed, but her legacy will live on. Rest in peace Muriel – we are all better for having known you.



*Muriel with Mary Knight at the International Night at WCORN in Adelaide, Australia, 1993.*

Courtesy M. Knight

---

# GOLD FISH IN A BOWL

**Author:** Muriel G. Shewchuk, RN, B.Sc.

---

*This item was originally published in the inaugural issue of Canadian Operating Room Nursing Journal, Volume 1, Issue 1, February 1983, pages 13-14. It was later reprinted in the December 2012 ORNAC Journal with permission of Health Media Inc.*

*It is being published again today in loving memory of Muriel Shewchuk (October 11, 1940 – May 11, 2017). She was an amazing influence on so many perioperative nurses and her energy and passion showed in everything she did – including in this message in the very first journal.*



It behooves every operating room nurse to strive to be the bright shiny gold fish in a bowl because of the tremendous overall effect on everyone including the patient.

---

**W**hat has a gold fish to do with nursing and patient care? Come with me and gaze through the glass into the world of the operating room nurse.

Nowhere in the field of nursing is a nurse as exposed as in the operating room theatre where intense, complex, multifaceted patient care is at its height. Many nurses, outside the operating room, would probably say, “How can that be?”

Let us set the scene in the morning during the daily assignment of scrub and circulating duties. First we must review the pre-operative visits, special patient needs, specific needs of surgeons and anaesthetists as well as the pressing problems and concerns of the overall department. Shortages of personnel in terms of quantity and/or quality, equipment and supplies will avail the nurse of the varying intensities of frustration. Anger, sarcasm, verbal and non-verbal abuse may be forthcoming from any number of anaesthetists, surgeons, and even co-workers and supervisors.

A moment of privacy! The scrub nurse commences her five minute scrub. Varying degrees of nervousness, lack of complete knowledge, speculation of moods, and behaviours of the forthcoming surgical team, self

expectations and expectations of the circulators run through her mind.

Under the eagle eye of the circulator, eyes often in the back of her head, the drying of hands and arms is observed. Where else are you closely supervised on how well you dried between the fingers, how many centimeters the towel is from your dress and, furthermore, where is each hand positioned on the towel? Now if only the gown and gloves could magically get their way on – sterile that is – step one would be complete. Already an astute assessment of skill, coordination, efficiency and standard of aseptic technique has been made.

Every second now counts as the sterile set up must be rapidly assembled in preparation for the surgical count. The efficiency of every motion counts, the appropriate placement of each item is critical. As many as three nurses may be dispensing materials on the sterile field. Information overload can rapidly place tremendous stress on the scrub nurse – she must remember all. Observing every move, the placement of each item, as well as its name, use, and how to handle it; what order the drapes will be applied and sutures and instruments, and on and on the scenario goes! “If they hurry me much more, I won’t even remember how to put the surgeon’s gloves on.”

“Oh help, the patient is being pushed through the door and what’s more the surgeon is scrubbing already – will I ever be ready in time?”

The all knowing eyes of the surgeon surveys the room as he scrubs. Who is the scrub nurse? Can she put the drapes on? Will she be a capable, efficient scrub nurse anticipating his actions (giving him what he needs, not what he asks for) at the instant of need? Does she know the anatomy, will she have all the supplies should a crisis occur, will it be handled efficiently and safely for his patient?

How about the circulating nurse? Are all her movements purposeful or are they disorganized, inefficient, and perhaps unknowing? What type of atmosphere are the nurses going to perpetuate? Will it be one of distress, hassle, uncertainty, chatter and upset; or one of calm, collected, organized, and quiet efficiency? The team can be enhanced to perfection or distraught with frustration by these facets.

The anaesthetist plays a major role in the life of the operating room nurse as well. His speed of entry into the theatre, the introductory remarks or silence, will affect the type of conversation and actions of the nurses. The anaesthetist also easily surveys the room for level of expertise, quality of assistance he will receive, ready availability of supplies and expected efficiency with which the day will proceed.

The patient has arrived, all attentions must now be channelled to direct patient care. The data collection, assessment, goal setting and nursing plan must now be transformed into the specific patient care. The pre-induction positioning, the induction assistance, the surgical positioning, skin preparation and draping must now proceed under the critical observation of supervisors, co-workers, surgeons, and anaesthetists.

The intra operative progress can be greatly enhanced by the highly skilled, educated, caring nurse – truly a gold fish of bright shining colours. The efficiency, preparation, atmosphere, technique, and astute attention to all phases of the nursing process can make each operating room nurse invaluable to the patient, co-workers, surgeons and anaesthetists. On the other hand, the lack of knowledge, preparedness, efficiency, organization and insufficient attention to patient care and teaching can make the theatre an undesirable place for the entire surgical team – a dull, unattractive, gloomy, lacklustre fish in a bowl.

It behooves every operating room nurse to strive to be the bright shiny gold fish in a bowl because of the tremendous overall effect on everyone including the patient.

*Muriel G. Shewchuk, RN, B.Sc, is the Operating Room Instructor, University of Alberta Hospitals, Edmonton, AB. Mrs. Shewchuk is currently serving as President and National Chairperson of the National Operating Room Executive Committee.* 🍀

**EXPERIENCE...**

It's the fact that experience can't be bought that makes it so highly valued

...For **40** years ans.  
...depuis

**L'EXPÉRIENCE...**

C'est parce que l'expérience ne s'achète pas, qu'elle a autant de valeur



**STAINLESS STEEL HAND**

Experience our new malleable stainless steel hand. Getting your hand : LEAD FREE It is time to replace your toxic lead hand

Découvrez notre nouvelle main malléable en acier inoxydable. Procurez-vous votre main: SANS PLOMB Il est temps de remplacer votre main de plomb toxique

**13.90499.50**

Silicone rings (Pack of 25)  
Anneaux de silicone (Paquet de 25)

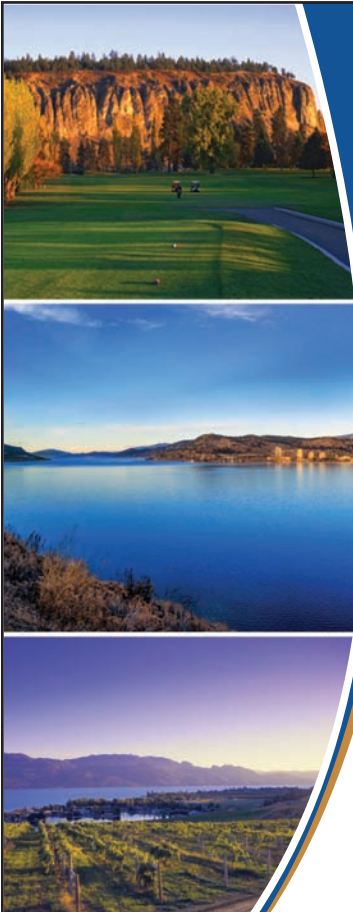
**13.90499.31**

Stainless steel hand  
Main en acier inoxydable



**LA DIFFÉRENCE... THAT MAKES THE DIFFERENCE**

1273, rue Saint-Louis, Terrebonne, QC, CANADA, J6W 1K6  
T : 450-471-1379 ■ 1-800-361-1502 ■ F : 450-471-1030  
[instrumentarium-online.com](http://instrumentarium-online.com) / [info@instrumentarium-online.com](mailto:info@instrumentarium-online.com)



# Operating Room Nurse Opportunities

[JOBS.INTERIORHEALTH.CA](http://JOBS.INTERIORHEALTH.CA)

**Our Uniqueness is in who we are and where we are.**

**Kelowna General Hospital (KGH)** is in the Okanagan health service area and is one of two Interior Health tertiary referral hospitals. KGH is a teaching hospital with a new Clinical Academic Campus for the new medical program at the University of British Columbia Okanagan and is also home to Interior Health's Surgical Centre providing 15 brand new operating room theatres ( this includes 2 cardiac, 12 regular, and 1 hybrid OR).



**Kelowna's** sunny weather, spectacular scenery, lakes, canyons and many attractions are the perfect combination for those who enjoy an active lifestyle and an urban setting. Golf courses, orchards, pristine lakes and numerous surrounding vineyards make Kelowna a haven for outdoor enthusiasts.



If you would love to work with a progressive and cohesive team, we would love to hear from you. Apply today to live, work and play where others only vacation!



Questions? Email:

[Tracy.Mooney@InteriorHealth.ca](mailto:Tracy.Mooney@InteriorHealth.ca)



Looking For Information  
About Advertising  
In This Journal?

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

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

or / ou

902.442.3882



We are hiring  
**Nurses**  
to be part of  
something bigger!

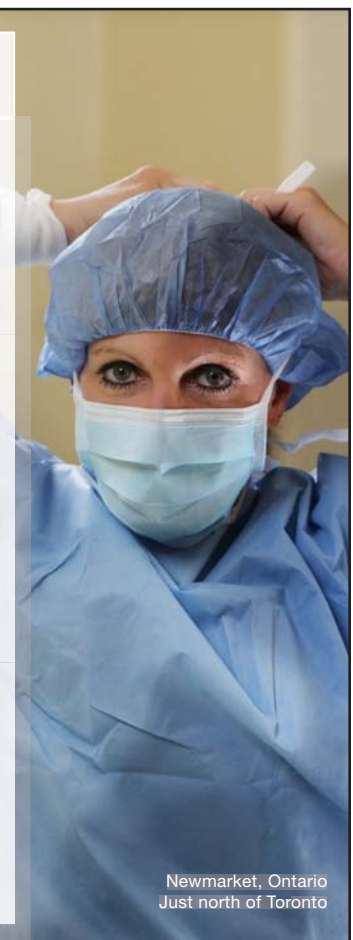
We welcome individuals who want to be part of our vision for healthcare excellence and are passionate about providing the highest quality patient-centred care in a dynamic, progressive, interprofessional environment.

**Available full-time and part-time positions in:**

- Operating Room
- Eye Institute
- Endoscopy

For more information, please visit  
[http://bit.ly/SRHC\\_nurses](http://bit.ly/SRHC_nurses)

Newmarket, Ontario  
Just north of Toronto



# HOMMAGE À MURIEL SHEWCHUK

## 11 OCTOBRE 1940 – 11 MAI 2017

**Soumis par :** Les anciennes présidentes de l'AIISOC, Mary Knight, inf., M. Sc. Inf. et Margaret Farley, inf., B. Sc. Inf., CSP(C), qui se sont basées sur l'hommage qu'elles ont rendu à Muriel lors de ses funérailles le 17 mai 2017.

Gracieuseté de M. Knight



g. à d. : Muriel Schewchuk, Mary Knight, Gloria Stephens lors de la conférence du WCORN à Adélaïde, en Australie, en 1993.

Gracieuseté de M. Knight



Muriel arborant sa tenue du Canada lors de la conférence du WCORN à Vienne, en 1989.

Née en Alberta où elle a grandi, Muriel Shewchuk a commencé sa carrière en soins infirmiers après avoir obtenu son diplôme de l'Université de l'Alberta (elle a d'abord obtenu un diplôme du programme de soins infirmiers en 1962, puis a complété un baccalauréat ès sciences infirmières, en 1968). Au cours de sa carrière en soins infirmiers, Muriel a occupé divers rôles : infirmière de soins généraux, éducatrice, gestionnaire, formatrice dans une école de soins infirmiers, directrice adjointe et directrice dans les deux plus grands centres universitaires de soins actifs de l'Alberta (l'Hôpital de l'Université de l'Alberta, à Edmonton et l'Hôpital Foothills, à Calgary).

Avant de prendre sa « retraite » en 2005 (même si l'on sait qu'elle n'a jamais vraiment pris sa retraite!), Muriel a travaillé durant dix-neuf ans en tant que directrice de blocs chirurgicaux à Calgary où elle a dirigé avec succès la régionalisation des services chirurgicaux, y compris la consolidation de quarante-sept salles d'opération dans trois sites pour les adultes. Muriel a géré un budget de plus de 95 millions de dollars et plus de 850 employés, dont 325 chirurgiens.

L'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC) a publié une vidéo intitulée « Who is Behind the Mask? » Une métaphore des plus appropriées au rôle de Muriel dans le domaine des soins périopératoires au Canada, car Muriel était toujours là, travaillant en silence dans les coulisses, appuyant du mieux qu'elle le pouvait le travail ou le projet en cours. Elle ne se trouvait pas

toujours à l'avant-scène ou n'était pas toujours le centre d'intérêt et ne cherchait ni de reconnaissance ni de crédit. Peu de gens sont au courant de l'ampleur et de la portée de ses contributions aux soins périopératoires et, de ce fait même, aux soins des malades qui doivent subir une intervention chirurgicale au Canada. Elle était une infirmière remarquable et avait toujours à cœur l'intérêt des patients et des soins périopératoires.

Mary Knight a rencontré Muriel en 1980, lorsqu'elles travaillaient toutes les deux à Edmonton. Lorsque Mary organisait la première conférence provinciale à l'intention des infirmiers et infirmières en salle de réveil, Muriel lui a donné de précieux conseils : son « mode d'emploi pour planifier une conférence en soins infirmiers ». Au cours de ce processus, le désir de Muriel de partager ses connaissances et son expertise, et de prêter son aide au besoin, a beaucoup marqué Mary, une impression indélébile que cette dernière a conservée jusqu'à ce jour.

Au printemps de 1982, Marg Farley, membre du nouveau groupe Saskatchewan Operating Room Nurses Group (SORNG), participait à une conférence d'infirmiers et d'infirmières en salle d'opération à Winnipeg, MB, où une séance mémorable se tenait pour déterminer si on devait ou non former un organisme national de soins infirmiers en salle d'opération. Après une brève discussion, on entendit une voix venant de l'arrière de la salle suggérant que nous « avons assez discuté et que nous devons simplement nous y mettre! » Bien sûr, cette voix était celle de Muriel Shewchuk.



*Muriel Shewchuk à titre de présidente de la 1er Conférence de l'AIISOC, à Jasper, en 1984*

C'est grâce à Muriel que Marg Farley a décidé de devenir une meilleure infirmière en SOP, d'adhérer à l'AIISOC, de devenir active au sein de son groupe provincial et « d'embarquer dans le premier wagon du train de l'AIISOC » afin d'aider à amener les soins périopératoires sur la scène nationale et de les y maintenir. C'est à partir de cette conférence, en 1982, qu'une relation de mentorat et de précieuse amitié, qui a duré des décennies, s'est développée entre Marg et Muriel.

Muriel a été l'une des principales forces motrices derrière le lancement réussi de l'AIISOC en 1984. Cette dernière a travaillé d'arrache-pied en coulisses sur différents aspects. Elle a organisé la première conférence nationale de SOP qui a connu un succès énorme à Jasper, en 1984; elle a aidé à fonder le Canadian OR Nursing Journal (le prédécesseur de la Revue de l'AIISOC actuelle); elle a fait la promotion du besoin d'avoir des normes en soins périopératoires et, plus tard, a coécrit les premières normes; elle a travaillé sans relâche pour que les soins périopératoires soient inclus dans le programme de certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et elle a développé un système de prix et de distinctions pour l'AIISOC.

Les normes faisaient partie intégrante de l'approche de Muriel face à la vie et elle a travaillé très fort pour promouvoir l'importance d'avoir des normes professionnelles et techniques en soins périopératoires. Ses contributions aux nombreux comités des normes de l'AIISOC s'étendent sur plus de vingt-cinq ans. Elle était toujours disponible pour donner des conseils, passer en revue un document, suggérer des changements à une norme et fournir des recommandations au sujet du nouveau contenu de la prochaine édition. Également membre très appréciée de l'Association canadienne de normalisation (CSA), Muriel a siégé plusieurs années à partir de 1980 à différents comités sur la stérilisation, notamment le comité technique sur la

stérilisation, le sous-comité sur la stérilisation d'urgence et (ou) rapide et un comité pour réviser et incorporer les normes internationales aux normes canadiennes.

La dernière contribution que Muriel a apportée aux normes de l'AIISOC s'inscrit le lundi 1er mai 2017, à Niagara Falls. Joie, honneur et privilège étaient au rendez-vous pour Marg Farley quand elle a présenté à Muriel et à son amie de longue date, Gloria Stephens, une ancienne présidente de l'AIISOC, l'histoire des normes de l'AIISOC. Ces dernières ont reçu une ovation bien méritée. Parmi les souvenirs remis à Muriel, il y avait un exemplaire des normes originales de 1986 (de seulement 42 pages) et une boîte contenant une boisson pour adultes qui, selon elle, était bien méritée après les longues séances passées à travailler sur les normes originales! À la fin de la séance, Muriel s'est adressée au comité des normes de 2017 et leur a exprimé son admiration pour le travail accompli.

Muriel a servi de conseillère au Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta en matière de normes et de suivi des blocs opératoires du secteur privé. Un autre point saillant lié aux normes qui a marqué la carrière de Muriel a été lorsque l'Alberta Association of Registered Nurses (AARN) lui a demandé de rédiger des normes de soins infirmiers. Muriel s'est véritablement passionnée pour les normes.

Même si Muriel a été membre du premier conseil d'administration de l'AIISOC et secrétaire de 1988 à 1990, son apport à l'AIISOC n'a jamais cessé jusqu'à la toute dernière conférence de l'AIISOC, à Niagara Falls. Elle a travaillé au sein de comités, elle a écrit des articles pour la revue Canadian OR Nursing Journal et a donné de nombreuses présentations lors des conférences de l'AIISOC.

Les réalisations de Muriel à l'échelle nationale sont encore plus impressionnantes lorsqu'on se rend compte dans quelle mesure elle est



*Muriel avec sa fille Marcia (aussi une infirmière en SOP) lors d'un déjeuner de la conférence du WCORN à Adélaïde, en Australie, en 1993.*



Muriel avec Pat Pocock à Banff, en 1999

demeurée active à l'échelle provinciale. Muriel a joué un rôle crucial dans la mise sur pied de l'association Operating Room Nurses Association of Alberta (ORNAA) et y a participé activement à partir de 1964, en siégeant au comité exécutif provincial durant neuf ans, en occupant le poste de présidente (1982 à 1984) et celui de rédactrice de leur bulletin d'information Snips & Snaps durant neuf ans. Elle a en outre démontré son petit côté créatif en concevant leur logo et une épinglette.

Muriel présentait régulièrement des articles lors des conférences provinciales et nationales, et elle donnait des présentations stimulantes et inspirantes. Auteure prolifique, elle a régulièrement publié des articles dès le numéro 1 du premier volume de la revue Canadian OR Nursing Journal (Remarque de la rédaction : Consultez la page 61 de la présente revue pour lire son message dans la toute première revue). Nombreuses sommes-nous à avoir lu ou entendu parler de ses Perles de sagesse dans le CORL, de ses idées sur le leadership et de ses présentations ou articles sur la stérilisation et les vaches sacrées. Les titres de ses œuvres comportaient toujours une touche spéciale d'humour, comme « Effecting Change in the Path of a Rhinoceros Herd » (Opérer le changement dans le sentier d'un troupeau de rhinocéros), « Meetings, Blood Meetings » (Réunions, réunions sanguinaires), « Leader-nomics » (Leader-nomique) et « Survival Tips in Organizational Chaos and Change » (Trucs de survie dans le chaos et le changement au sein d'une organisation).

En 1999, Muriel et sa collègue, Pat Pocock, ont identifié le besoin pour un réseau de leaders canadien en SOP (CORL) qu'elles ont formé pour faire progresser l'éducation en matière de leadership en partageant les ressources et les connaissances d'experts dans le domaine afin d'aider les membres à obtenir l'information fondée sur les pratiques exemplaires et le soutien nécessaire pour prendre des décisions de leaders.

Les présidentes de deux associations de soins infirmiers en SOP provinciales, soit Marg Farley et Mary Knight, ont chacune demandé à Muriel de faire des présentations pour les programmes/ateliers éducatifs provinciaux et Muriel a généreusement accepté, mais a catégoriquement refusé tout paiement autre que ses frais de déplacement, déclarant que si une personne s'engage à améliorer l'éducation des infirmières en SOP, c'est ce qu'elle doit faire! Quelle mentore inspirante!

Pour obtenir des conseils, on pensait souvent d'abord à appeler Muriel, car elle possédait la réputation bien méritée d'être pratique, et connaissait toujours les toutes dernières pratiques ou tendances en soins périopératoires. Consultante très populaire, Muriel partageait son expertise en pratique chirurgicale, administration, planification et conception de bloc opératoire, déroulement du travail, questions juridiques et administratives ainsi qu'en résolution de problèmes. Elle a été consultante dans vingt hôpitaux de sept provinces et de deux territoires ainsi qu'à Porto Rico et en Angleterre. Muriel a également donné des conseils à des médecins du secteur privé pour la conception, le développement et les opérations des blocs opératoires de leur établissement privé non hospitalier.

La réputation de Muriel Shewchuk en tant que spécialiste en soins périopératoires s'étendait à l'échelle internationale. Ayant été l'une des premières infirmières canadiennes en SOP à participer à une conférence internationale, elle a par la suite donné des présentations lors de six World Conference of Operating Room Nurses (WCORN) (conférences mondiales d'infirmières et d'infirmiers en salle d'opération). Muriel a encouragé de nombreuses infirmières en SOP à soumettre des résumés à présenter aux conférences. Mary Knight a eu la chance de pouvoir voyager avec Muriel au WCORN à Vienne, en Autriche et à Adélaïde, en Australie. Quelles expériences mémorables et tant de plaisir!

Lorsque la certification en soins périopératoires offerte par l'entremise de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada est finalement devenue une réalité en 1995, Muriel s'est à nouveau attelée à la tâche en Alberta pour préparer des modules d'étude et organiser les séances d'étude pour tous les candidats et candidates de l'Alberta rédigeant le premier examen en 1995. Bien sûr, Muriel a fait l'examen, lorsqu'elle a obtenu ses résultats, elle a téléphoné à Mary et lui a dit qu'elle l'avait échoué. Comme vous pouvez l'imaginer, Mary était absolument abasourdie et sans mot, que pouvait-elle lui répondre? Puis, Muriel, avec son sens de l'humour légendaire, s'est mise à rire! Elle avait réussi, bien sûr!

L'une des plus grandes contributions de Muriel aux soins périopératoires est sans aucun doute sa capacité et son empressement à former et mentorer les autres. Toujours généreuse de son temps, Muriel aidait les autres chaque fois qu'elle le pouvait. Elle était infatigable, s'assurait de faire ce qu'il y avait à faire tout en ayant du plaisir à le faire. Lorsque nous avons soumis cet hommage à la rédactrice en chef de la Revue, Deborah McNamara, cette dernière a aussi déclaré avoir fait l'expérience de cela. « Muriel m'a téléphoné pour me demander si elle et Gloria Stephens pouvaient m'inviter à aller prendre un café et 'tout me dire au sujet de l'AIISOC'... », se rappelle Deborah. « Et c'est en plein ce qu'elles ont fait! D'ailleurs, jusqu'à présent, je continue de me fier à leurs points de vue qui orientent presque tout ce que je fais. »

Muriel a reçu plusieurs prix tout au cours de sa carrière en soins infirmiers... trop pour qu'on puisse tous les énumérer, mais elle a également instauré deux prix très spéciaux : le Prix de leadership Muriel Shewchuk, qui est offert en Alberta et l'autre à l'AIISOC, parce qu'elle croyait vraiment que les leaders en soins infirmiers en salle d'opération devaient être encouragés et reconnus. Muriel a elle-même été reconnue par l'AIISOC

en 1991, lorsqu'elle a obtenu le Prix Isabelle Adams, présenté à une infirmière remarquable pour son importante contribution aux soins infirmiers en salle d'opération au Canada.

En 2002, la présidente de l'AIISOC de l'époque, Mary Knight a été le fer de lance des efforts pour que Muriel obtienne une plus grande reconnaissance pour ses nombreuses réalisations continues et variées. Cette dernière a soumis des demandes pour que Muriel se voie remettre l'Ordre du Canada et le Prix Jeanne Mance, la plus grande distinction honorifique de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Même si malheureusement, elle n'a reçu aucun de ces prix, Muriel a été reconnue plus d'une fois par l'AIISOC et ses collègues comme étant « tout simplement la meilleure ».

Toutes les associations professionnelles devraient compter dans leurs rangs une personne comme Muriel Shewchuk pour les aider à se développer. Elle était compétente, professionnelle, visionnaire, facile d'approche, modeste, fiable et avait toujours un bon esprit d'équipe. C'est vraiment une chance incroyable pour l'AIISOC, l'ORNAA et CORL que Muriel Shewchuk ait été l'une de leurs fondatrices et que ces associations aient bénéficié de son soutien continu et indéfectible.

Pour citer Marge Ensminger, de Medicine Hat, AB, qui est une autre amie de soins périopératoires de longue date de Muriel : « Muriel avait le don et la capacité d'enseigner aux jeunes infirmières et d'assurer leur réussite. Elle était infatigable et dévouée envers sa famille, ses amis et les soins infirmiers. »

Les infirmiers et les infirmières en soins périopératoires du Canada ont perdu une grande dame et plusieurs d'entre nous ont perdu une membre chère de notre famille, une amie ou une collègue. Muriel Shewchuk nous manquera beaucoup, mais son héritage se perpétuera. Repose en paix Muriel, nous sommes honorés de t'avoir connue.

Gracuseté de M. Knight



Muriel avec Mary Knight lors de la soirée internationale de la conférence du WCORN à Adélaïde, en Australie, en 1993. Muriel with Mary Knight at the International Night at WCORN in Adelaide, Australia, 1993.

## ORNAC/JOHNSON & JOHNSON MEDICAL PRODUCTS BURSARY FOR OR NURSES

This bursary was established to financially assist ORNAC members in furthering their education in areas that will enhance the perioperative nursing practice.

Available annual funding is \$5,000 with the amount awarded to applicant(s) based on merit and financial need as determined by the Awards committee following established ORNAC criteria. The name(s) of the recipient(s) is announced at the ORNAC National Conference or at the Provincial Conference of the recipient(s).

Funding is available for post basic operating room nursing programs approved by ORNAC, Baccalaureate, Masters and Ph.D. nursing programs related to health care, and RNFA. Courses considered must be an enhancement to existing perioperative employment.

ORNAC recognizes that the education of perioperative nurses plays a pivotal role in creating a successful national organization and appreciates the financial support of Johnson & Johnson Medical Products.

Submission deadline is January 15th.

For submission criteria or a bursary application visit [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) and click on Awards.

## BOURSE DE L'AIISOC/JOHNSON & JOHNSON MEDICAL PRODUCTS POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE SALLE D'OPÉRATION

Cette bourse a été créée pour offrir un soutien financier aux membres de l'AIISOC poursuivant leur formation dans des domaines pouvant enrichir la pratique des soins périopératoires.

Un financement annuel de 5 000 \$ est offert aux candidats selon leur mérite et besoins financiers, tels que déterminés par le comité des prix se basant sur les critères déterminés par l'AIISOC. Le nom du ou des récipiendaires est annoncé lors de la conférence nationale de l'AIISOC ou à la conférence provinciale du ou des récipiendaires.

Ce financement est disponible pour les programmes périopératoires post-diplômes, les programmes du baccalauréat, de la maîtrise ou du doctorat en sciences infirmières liés aux soins de santé et les programmes de RNFA approuvés par l'AIISOC. Les cours doivent pouvoir enrichir le rôle périopératoire actuel du ou des récipiendaires.

L'AIISOC reconnaît que la formation des infirmières et infirmiers périopératoires joue un rôle essentiel dans la création d'un organisme national et est reconnaissant de l'appui financier de Johnson & Johnson Medical Products.

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

Pour les critères de mise en candidature ou une demande de bourse veuillez visiter [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) et cliquer sur le lien Prix.

PRODUITS MÉDICAUX  
*Johnson & Johnson*  
MEDICAL PRODUCTS

A DIVISION OF *Johnson & Johnson*, INC.

# UN POISSON ROUGE DANS UN BOCAL

**Author :** Muriel G. Shewchuk, RN, B.Sc.



*Cet article a d'abord été publié dans le premier numéro de la revue Canadian Operating Room Nursing Journal, volume 1, numéro 1, février 1983, pages 13-14. Il a ensuite été republié dans le numéro de décembre 2012 de la Revue de l'AIISOC avec l'autorisation de Health Media Inc.*

*Il est à nouveau publié aujourd'hui en mémoire de Muriel Shewchuk (11 octobre 1940 – 11 mai 2017). Elle a exercé une incroyable influence sur de nombreuses infirmières en soins périopératoires et son énergie et sa passion se dégageaient dans tout ce qu'elle accomplissait – y compris dans ce message paru dans la toute première revue.*

Quel est le rapport entre un poisson rouge, les soins infirmiers et les soins aux patients? Venez avec moi et observons le monde d'une infirmière en salle d'opération.

Dans le domaine des soins infirmiers, il n'existe aucun autre endroit où l'infirmière est aussi exposée qu'en salle d'opération, où les soins aux patients intenses, complexes et multidimensionnels sont à leur point culminant.

En dehors de la salle d'opération, de nombreuses infirmières se poseraient probablement la question : « Comment est-ce possible? »

La scène se déroule le matin lors de l'affectation quotidienne des tâches aux infirmières en service interne et externe. Nous devons d'abord passer en revue les visites préopératoires, les besoins spéciaux des patients, les besoins spécifiques des chirurgiens et des anesthésistes en plus des préoccupations et des problèmes urgents de l'ensemble du département. Le manque de personnel en termes de quantité et (ou) de qualité, le manque d'équipement et de fournitures influenceront à divers degrés le niveau de frustration de l'infirmière. Les anesthésistes, les chirurgiens et même les collègues et superviseurs pourraient vous exprimer leur colère, sarcasme, violence verbale et non verbale.

Un moment seule! L'infirmière en service interne commence son lavage de 5 minutes à la brosse. Elle est nerveuse, elle pense aux connaissances qu'elle n'a pas encore acquises, elle réfléchit à l'humeur et aux comportements de l'équipe chirurgicale avec laquelle elle travaillera, aux attentes envers elle-même et aux attentes des infirmières en service externe.

Sous l'œil acéré de l'infirmière en service externe qui a souvent des yeux derrière la tête, l'infirmière en service interne suit à la lettre les normes pour le séchage des mains et des bras. À quel autre endroit êtes-vous si étroitement supervisée quant à la façon dont vous vous séchez entre les doigts? À combien de centimètres la serviette se situe-t-elle par rapport à votre tenue? Et, en plus, où chacune des mains se trouvent-elles sur la serviette? Maintenant, si seulement le sarrau et les gants pouvaient magiquement s'enfiler d'eux-mêmes tout en restant stériles, la première étape serait terminée. Une fine évaluation des compétences, de la coordination, de l'efficacité et des normes relatives à la technique d'asepsie a déjà été effectuée.

Maintenant, chaque seconde compte, car la configuration stérile doit être rapidement assemblée en préparation pour le décompte chirurgical. L'efficacité de chaque mouvement importe et la disposition appropriée de chaque article

Il est dans l'intérêt de toutes les infirmières en salle d'opération d'être le poisson rouge aux belles teintes dans le bocal, car son effet général est significatif sur les autres, y compris sur le patient.

---

est cruciale. Jusqu'à trois infirmières peuvent distribuer du matériel sur le champ stérile. La surcharge d'information peut rapidement engendrer un stress énorme pour l'infirmière en service interne – elle doit se souvenir de tout. Cette dernière doit observer chaque geste, la disposition de chaque article ainsi que son nom, son usage et comment le manipuler; dans quel ordre les champs seront-ils appliqués, l'ordre des points de suture et des instruments. Le scénario s'étire à l'infini! « S'ils me pressent encore un peu, je ne me rappellerai même pas comment faire enfiler les gants au chirurgien. »

« À l'aide! On pousse le patient à travers les postes et déjà le chirurgien se lave les mains à la brosse – serai-je prête à temps? »

En se frottant les mains, le chirurgien inspecte la salle de son regard inquisiteur. Qui est l'infirmière en service interne? Peut-elle disposer les champs? Sera-t-elle une infirmière en service interne compétente et efficace qui peut anticiper mes actions (me donner ce dont j'ai besoin et non pas ce que je lui demande) au moment voulu? Connaît-elle l'anatomie, aura-t-elle sous la main toutes les fournitures en cas de crise? Cette dernière sera-t-elle gérée efficacement et de façon sécuritaire pour le patient?

Qu'en est-il de l'infirmière en service externe? Ses mouvements sont-ils tous déterminés ou sont-ils désorganisés, inefficaces et peut-être inconscients? Quel genre d'ambiance les infirmières recréeront-elles? L'intervention se déroulera-t-elle dans une ambiance de détresse, de chamailleries, d'incertitudes, de bavardage et de contrariétés ou bien dans une ambiance calme, sereine, organisée, silencieuse tout en étant efficace? Ces aspects peuvent influencer l'équipe à atteindre la perfection ou la déranger en la frustrant.

L'anesthésiste joue également un rôle essentiel dans la vie de l'infirmière en salle d'opération. Sa vitesse d'entrée dans le bloc, ses commentaires ou son silence influenceront le type de conversation et les actions des

infirmières. L'anesthésiste inspecte aussi la salle pour déterminer le niveau d'expertise, la qualité de l'aide qu'il recevra, la disponibilité des fournitures et dans quelle mesure la journée se déroulera-t-elle avec efficacité.

Le patient est arrivé, toute notre attention doit être canalisée pour apporter des soins au patient. La collecte de données, l'évaluation, les objectifs et le plan de soins doivent maintenant être transformés en des soins spécifiques au patient. Le positionnement préinduction, l'aide à l'induction, le positionnement chirurgical, la préparation de la peau et l'application des champs opératoires doivent maintenant être effectués sous l'œil critique des superviseurs, des collègues, des chirurgiens et des anesthésistes.

L'évolution peropératoire peut être grandement améliorée grâce aux infirmières hautement compétentes, formées et attentionnées – véritablement un poisson rouge reflétant des couleurs vives et colorées. L'efficacité, la préparation, l'ambiance, les techniques et l'attention avisée portée à toutes les phases du processus de soins peuvent faire en sorte que chaque infirmière de salle d'opération devienne un élément précieux pour le patient, ses collègues, les chirurgiens et les anesthésistes. D'autre part, le manque de connaissances, de préparation, d'efficacité, d'organisation et d'attention envers les soins au patient et des lacunes dans l'enseignement peuvent transformer le bloc opératoire en un endroit indésirable pour toute l'équipe chirurgicale – un poisson terne, peu attrayant et déprimant dans un bocal.

Il est dans l'intérêt de toutes les infirmières en salle d'opération d'être le poisson rouge aux belles teintes dans le bocal, car son effet général est significatif sur les autres, y compris sur le patient.

*Muriel G. Shewchuk, inf., B.Sc., est formatrice en salle d'opération à l'Hôpital universitaire de l'Alberta, à Edmonton, AB. Mme Shewchuk siège actuellement en tant que présidente et présidente nationale du Comité de direction national des salles d'opération. 🍁*

# PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AIISOC

## UNE ENTREVUE AVEC JANE RADEY, INF., IPAC, CSP(C).

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

Jane est infirmière autorisée première assistante (IPAC) à temps plein au Centre de santé Muskoka Algonquin de l'Hôpital de Huntsville, en Ontario. Elle a obtenu son diplôme de l'École des sciences infirmières du Collège Canadore en 1989 et, après avoir travaillé un an dans un service de médecine, elle a suivi ses cours pour se spécialiser en SOP et unité de soins post-anesthésiques et elle travaille depuis ce temps au sein des services chirurgicaux de cet hôpital. Elle est devenue une IPAC en 1999 après avoir obtenu son diplôme et son titre de l'Institut de technologie de la Colombie-Britannique et a commencé à travailler à temps plein à ce titre en 2012. Jane a fait beaucoup de bénévolat, y compris pour son groupe régional de soins périopératoires, l'ORNASCO, à titre de présidente et de secrétaire; pour le groupe provincial de l'Ontario en soins périopératoires, l'ORNAO, à titre de membre du conseil et de secrétaire; pour le groupe des IPAC de l'Ontario, en tant que secrétaire et présidente; et pour le groupe national des IPAC, le RNFANC, à titre de rédactrice en chef du bulletin. Elle a également occupé le rôle de secrétaire de l'AIISOC de 2015 à 2017 et elle a eu le plaisir de faire partie de l'équipe qui travaille sur les enjeux auxquels font face les infirmières et les infirmiers en soins périopératoires de partout au Canada. Jane est mariée à son meilleur ami et a 2 (plus un) enfants qui la rendent très fière, en plus de 2 chiens fous et d'un vieux chat.



Jane Radey, inf., IPAC, CSP(C).



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

Je travaille en SOP depuis 26 ans et je suis actuellement la IPAC de notre hôpital.

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

Honnêtement, je n'aimais pas beaucoup les soins infirmiers en salle. Je n'aimais pas faire des quarts de travail et je n'avais pas l'impression de faire une grosse différence. J'avais aimé ma visite en SOP durant une journée lorsque

j'étais étudiante et quand, un jour, je suis entrée en SOP pour m'informer s'ils embauchaient, on m'a immédiatement offert un emploi. Depuis ce jour, je n'ai jamais regardé en arrière ni regretté ma décision.

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

Au début, j'ai travaillé comme infirmière en soins périopératoires au sein de nos services chirurgicaux qui englobent la SOP, l'unité de soins post-anesthésiques, la chirurgie ambulatoire, les cliniques d'endoscopie et des chirurgiens. Depuis juin 2012, j'occupe le poste d'IPAC pour nos services chirurgicaux. J'assiste lors des cas chirurgicaux en SOP, j'aide à enseigner aux étudiants en médecine les techniques stériles, le port de la blouse et l'enfilage des gants. J'assure le service des cliniques des chirurgiens, je rédige et je mets à jour les politiques et les procédures des services chirurgicaux, j'ai participé à titre de super utilisatrice

Chaque membre de l'équipe occupe un rôle défini et nous devons pouvoir indiquer clairement en quoi consiste le rôle des infirmières en soins périopératoires au sein de cette équipe.

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

UNE ENTREVUE AVEC JANE RADEY, INF., IPAC, CSP(C).

à la mise en œuvre d'un programme de dossiers électroniques dans le service des soins périopératoires et je suis également l'infirmière en chef d'une étude de deux ans intitulée Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) en collaboration avec un chirurgien et un anesthésiste de notre hôpital.

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

Les infirmières exercent un grand leadership au sein des équipes chirurgicales. De nombreuses infirmières en soins périopératoires ne pensent pas avoir de capacités en leadership, mais je pense qu'elles ont tort. Elles ne réalisent pas qu'elles sont des leaders au travail et à tous les jours. Elles constituent des partenaires indispensables au bon fonctionnement de toute SOP au Canada. À tout moment au cours de la journée, les infirmières en soins périopératoires prennent des décisions qui touchent aux soins des patients. Toutes les infirmières travaillant en SOP s'assurent que chacun des patients qui entrent en SOP est pris en charge de façon agréable, sécuritaire et éthique. Toutes les infirmières en soins périopératoires sont habilitées à être des leaders qu'elles occupent ou non des rôles traditionnels de leadership au sein de leur SOP, de leurs services chirurgicaux ou de leur hôpital. Aucune SOP ne peut fonctionner parfaitement et efficacement sans les infirmières en soins périopératoires qui y travaillent et la dirigent tous les jours.

**Quelle formation continue a soutenu votre cheminement?**

Je crois en la formation tout au long de notre vie et de ce fait, je n'ai jamais arrêté d'apprendre. Je suis constamment à la recherche de nouveaux cours à

suivre, soit en personne soit en ligne, et je participe à autant de congrès que possible. J'aime surtout les occasions de formation continue qui me permettent d'apprendre de nouvelles choses, mais une bonne révision d'un sujet sur lequel je me suis déjà renseignée m'intéresse toujours. Selon moi, tous mes apprentissages peuvent être appliqués dans ma pratique de tous les jours. J'aime beaucoup les conférences nationales de l'AIISOC pour leur grande variété de sujets offerts lors des séances éducatives et pour la richesse des connaissances présentée dans la zone des exposants/fournisseurs et j'y ai assisté à plusieurs reprises.

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

Je garde un très bon souvenir d'une infirmière, Karla Rodgers, avec qui j'ai travaillé au début de ma carrière en soins périopératoires. Elle possédait une personnalité très calme et rassurante, rien ne semblait la déstabiliser. Elle pouvait facilement gérer toute situation que nous rencontrions au travail. J'admirais son éthique de travail, mais aussi sa personnalité apaisante qui avait une si bonne influence sur ses patients et toutes les autres personnes en SOP. Je pense que j'ai tenté de l'imiter dans tous mes rôles au fil des ans. Je suis reconnaissante envers Karla qui a été une si bonne mentore pour moi!

**Parlez-nous de votre implication au sein de l'AIISOC (objectifs passés, présents et futurs).**

J'ai commencé à m'impliquer avec l'AIISOC en 2013 et 2014, en tant que réviseuse des normes, puis en 2015, je suis devenue secrétaire de l'AIISOC et j'ai beaucoup aimé le temps que j'ai

passé au sein du comité exécutif. En apprendre davantage sur la façon dont notre organisme national fonctionnait m'intéressait et je voulais aussi être au premier plan des changements dans le domaine des soins périopératoires. J'ai beaucoup appris en un laps de temps très court et je suis impatiente de travailler avec le comité exécutif et le conseil d'administration pour aider à maintenir informés les membres de l'AIISOC quant à ce qui se passe dans le domaine des soins périopératoires au Canada. Il importe que nous, en tant qu'organisme, encourageons les infirmières et les infirmiers en soins périopératoires à s'impliquer non seulement au niveau local, mais aussi à être au courant de ce qui se passe aux niveaux provincial, national et international. Il est important que les membres comprennent ce que fait l'AIISOC pour aider à faire progresser le rôle des infirmières en soins périopératoires en SOP, aider à veiller à la sécurité des patients partout, développer des normes validées et conviviales et responsabiliser les autres pour qu'ils s'assurent que chaque intervention, dans toutes les SOP au Canada, soit réalisée en respectant les normes professionnelles et les normes de qualité les plus élevées possible.

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

Toutes les infirmières en soins périopératoires souhaitant développer leurs compétences en leadership doivent s'impliquer davantage. Leur implication n'a pas besoin d'être de grandes choses. Elles peuvent s'impliquer au sein d'un comité dans leurs services chirurgicaux ou à leur hôpital. Elles peuvent assister aux réunions régionales de la division des soins périopératoires ou participer à leur comité exécutif provincial. Participer aux conférences ou profiter

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

UNE ENTREVUE AVEC JANE RADEY, INF., IPAC, CSP(C).

d'autres occasions d'apprentissage constitue également une excellente façon de développer les compétences en leadership. Avec chaque étape, les infirmières et les infirmiers en soins périopératoires développent leur confiance et leurs connaissances ce qui leur permet avec le temps de devenir meilleurs et des leaders dans leur domaine.

Un dernier mot rempli de sagesse?

L'avenir s'annonce prometteur! Je suis une optimiste! Je crois que les infirmières et infirmiers en soins périopératoires feront face à de nombreux défis à travers le Canada. Le plus important pourrait être celui de

continuer à être reconnus, pertinents et à être respectés en tant que participants essentiels dans les soins sécuritaires de nos patients au sein de ce système de santé aux prises avec des contraintes budgétaires. Je crois que toutes les infirmières en soins périopératoires doivent s'exprimer quant à la façon dont elles voient leur rôle pour offrir des soins sécuritaires à CHAQUE PATIENT qui entre en SOP au Canada.

Les infirmières constituent une composante indispensable d'un casse-tête complexe, mais essentiel pour la sécurité de chaque patient et nous devons développer des stratégies pour déterminer en quoi consiste véritablement notre rôle et pour faire la promotion de son importance. Toutes les infirmières en soins périopératoires doivent intensifier

leurs efforts et démontrer ce que signifie leur leadership en SOP et pourquoi elles sont un membre nécessaire au sein de l'équipe, tout comme les infirmières auxiliaires autorisées, les chirurgiens, les anesthésistes, les inhalothérapeutes, etc. Chaque membre de l'équipe occupe un rôle défini et nous devons pouvoir indiquer clairement en quoi consiste le rôle des infirmières en soins périopératoires au sein de cette équipe.

Je ne vois que de bonnes choses dans l'avenir des infirmières en soins périopératoires, mais nous devons toutes travailler ensemble pour nous assurer que notre avenir soit prometteur et nous assurer que les prochaines infirmières en soins périopératoires profiteront des fruits de notre dur labeur.

### Soumettez un article à la revue de l'AIISOC et courez la chance de gagner 3 000 \$



Depuis 1983, Johnson & Johnson Medical Products décerne un prix annuel de 3 000 \$ à l'auteur(e) du meilleur article de l'année civile. Le prix est conçu pour reconnaître les infirmières et infirmiers qui contribuent à l'avancement du domaine des soins périopératoires et à la formation de leurs collègues en rédigeant des articles instructifs et pertinents

Le Prix de rédaction Drake-Thompson de J&J Medical Products/AIISOC est présenté annuellement à la conférence nationale de l'AIISOC ou à la conférence provinciale de l'auteur(e) gagnant(e).

**Alors allez-y, écrivez!**

La revue de l'AIISOC est la vôtre – elle est rédigée par vous et vos collègues pour le bien de votre profession – et c'est bel et bien vos contributions qui assurent son succès. Partagez vos connaissances sur les nouvelles techniques chirurgicales, les problématiques en soins infirmiers, les nouvelles technologies, les nouveaux programmes, les outils de formation et tout autre sujet touchant le domaine qui est important pour vous et pour vos collègues.

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

**MOTS-CLÉS :** PÉRIOPÉRATEIRE, SIMULATION, ÉDUCATION, PRINCIPES D'APPRENTISSAGE DES ADULTES.

# PERFECTIONNER LES APTITUDES À L'ENSEIGNEMENT POUR AMÉLIORER L'ACQUISITION DES COMPÉTENCES CHEZ LES INFIRMIÈRES D'UN HÔPITAL EN RÉGION RURALE : UNE BOURSE D'ÉTUDES DE L'AIIO À PARTIR D'UN POINT DE VUE PERSONNEL

**Auteure :** Jo-Anne Black, inf., CSP(C), a obtenu son diplôme en 1992 de l'école des sciences infirmières St. Clare, à St. John's, T.-N.-L. Elle a travaillé en salles d'opération dans différents petits hôpitaux au Labrador, au Nunavut et en Ontario. Elle a effectué un certificat en soins périopératoires au Collège Algonquin, à Ottawa, en 2003. Jo-Anne travaille actuellement en tant qu'infirmière en services généraux en SOP dans un hôpital achalandé des régions rurales de l'Ontario et est sous contrat pour enseigner le programme de simulation en laboratoire de soins périopératoires du Collège Algonquin. Elle est membre du ORORNA (Ottawa Regional Operating Room Nurses Association) et fait du bénévolat au sein de sa communauté. La bourse d'études en pratique clinique avancée spécialisée en leadership et éducation de l'AIIO dont on traite dans cet article a rallumé chez l'auteure une passion pour l'apprentissage et elle est actuellement inscrite dans un programme d'infirmière enseignante par l'entremise de l'Institut Michener.

L'auteure tient à remercier Debra Clendinneng, B. Sc. Inf., Méd., Ph. D. et Kerry-Anne Hogan, inf., Ph. D. (la mentore principale de Jo-Anne Black lors de la bourse d'études en pratique clinique avancée de l'AIIO) pour leur aide pour la rédaction de cet article.

## RÉSUMÉ

Cet article met en lumière le cheminement d'apprentissage et les succès d'une infirmière en région rurale perfectionnant son expertise en enseignant à des adultes les compétences nécessaires en salle d'opération pour les appliquer dans le contexte d'un hôpital en milieu rural. Cette occasion d'apprentissage a été rendue possible grâce à une bourse d'études en pratique clinique avancée spécialisée en leadership et éducation offerte par l'AIIO. Cet article a été rédigé d'après l'expérience personnelle de l'auteure et à partir de ses points de

deviendrais finalement une infirmière en soins périopératoires ni que j'allais apprendre à aimer tant cette carrière dynamique et enrichissante. En 1992, lorsque j'ai percé le monde des soins périopératoires, je ne savais pas que je m'engageais dans une carrière que j'adorerais encore vingt ans plus tard.

Mais en 2014, j'étais fatiguée. J'étais à sec et j'avais perdu mon enthousiasme. Cette carrière que j'aimais ne me nourrissait plus de la même façon. Le travail ne me satisfaisait plus et j'avais besoin de rallumer ma passion, de recharger ma batterie et de me sentir ravivée.

## INTRODUCTION

J'ai toujours su qu'un jour je serais infirmière. Lors de l'obtention de mon diplôme à St. John's, T.-N.-L., en 1992, je ne savais toutefois pas que je

À la fin de 2014, une occasion s'est présentée à moi lorsque la Dre K.A. Hogan, inf., Ph. D., une nouvelle employée à l'hôpital où je travaillais, au Winchester District Memorial Hospital (WDMH), dans la région

rurale de l'est de l'Ontario, a assisté à la petite réunion matinale du personnel. Elle a avisé le groupe d'infirmières que l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIAO) offrait une bourse d'études en pratique clinique avancée. J'ai senti qu'une porte s'ouvrait et j'ai su saisir cette occasion.

L'AIIAO offre son programme de bourse d'études en pratique clinique avancée aux 135 280 infirmières et infirmiers de l'Ontario.<sup>1</sup> La bourse d'études en pratique clinique avancée donne aux « infirmières et infirmiers autorisés (inf.) ou aux infirmières praticiennes /infirmiers praticiens (IP) l'occasion de vivre une expérience d'apprentissage ciblée autodirigée afin de perfectionner les connaissances et les compétences cliniques, en leadership ou sur les pratiques exemplaires pour la mise en œuvre des lignes directrices avec le soutien d'un ou des mentor(s), de l'organisme qui emploie

l'infirmière/l'infirmier et de l'AIIAO. Cette initiative vise à développer et à promouvoir les connaissances et l'expertise en soins infirmiers, à améliorer les soins aux clients et les résultats pour la santé en Ontario. On définit les clients comme des individus, des familles, des groupes ou des communautés. »<sup>2</sup>

Cette initiative est financée grâce à un partenariat entre l'AIIAO et l'employeur de l'infirmière/l'infirmier pour un total de 450 heures durant 12 semaines (à temps plein) ou 20 semaines (à temps partiel). L'infirmière, en collaboration avec son mentor, élabore une série d'objectifs d'apprentissage qui, au

cours du programme, lui permettront de développer ses propres compétences qu'elle pourra utiliser au sein de l'organisme qui l'emploie. À titre d'employée à temps partiel, la durée de ma bourse d'études s'est échelonnée sur une période de 20 semaines.

### **Demande de bourse d'études :**

En janvier 2015, alors que la date limite pour la demande de bourse approchait à grands pas, j'ai pu rencontrer la Dre Hogan. Pour que je puisse faire une demande pour m'inscrire au programme de bourse de cette année-là, nous devons travailler rapidement.

Au fil de nos discussions, je me suis rendu compte que j'avais une passion pour l'enseignement des soins infirmiers et, plus particulièrement, pour les soins périopératoires. La Dre Hogan a joué un rôle essentiel pour m'aider à faire ma demande de bourse, et elle a notamment profité de son réseau de connexions pour m'aider à constituer une équipe de mentorat. Ma superviseure de bourse s'est organisée pour que je travaille avec des professeurs et des coordonnateurs au Collège Algonquin, à Ottawa, car cette école offre un certificat d'études supérieures en soins périopératoires. J'ai eu la chance de participer à un cours, avec des étudiants-infirmiers, afin de perfectionner mes compétences de formatrice dans un contexte de simulation en laboratoire. L'utilisation des laboratoires de simulation pour appuyer l'apprentissage par l'expérience s'est avérée être la méthode par excellence pour réaliser mes nouveaux objectifs d'apprentissage.

Après de longues délibérations et beaucoup de préparation, je suis parvenue à rédiger ma demande de bourse d'études qui s'intitulait : « Perfectionner les aptitudes à l'enseignement pour améliorer l'acquisition des compétences chez les infirmières d'un hôpital en région rurale », on m'a acceptée dans le programme et j'ai obtenu une bourse. Le dur labeur ne faisait que commencer.

Par : J. Nelson



*L'auteure expliquant à un employé du WDMH comment retirer correctement une blouse et des gants souillés.*

## Les débuts :

La première étape du programme de bourse d'études consistait à suivre mes objectifs d'apprentissage. Dans le cadre du processus de demande de bourse, j'avais indiqué les cinq objectifs suivants :

1. Acquérir des connaissances théoriques sur les théories et les principes d'apprentissage aux adultes;
2. Acquérir des compétences me permettant de développer et de mettre en œuvre un plan d'apprentissage pour enseigner une compétence technique à un apprenant d'âge adulte;
3. Développer les connaissances nécessaires pour animer un laboratoire de compétences en soins infirmiers en salle d'opération, incorporer un plan d'apprentissage et les principes d'apprentissage aux adultes avant la fin de cette bourse d'études;
4. Apprendre comment planifier, exécuter et évaluer une journée de compétences en soins infirmiers en collaboration avec une équipe de soins de santé;
5. Perfectionner mes compétences en rédaction de textes académiques afin de transmettre avec succès l'information auprès de différents publics.

La première tâche était de faire une recherche sur les théories et les principes de l'apprentissage aux adultes. Après plus de vingt ans en soins infirmiers cliniques, ce domaine était en effet un environnement inconnu pour moi et qui se situait en dehors de ma zone de confort. J'ai effectué des recherches sur ces théories en ligne à partir de la maison. La tenue d'un journal s'est avérée être une initiative utile pour m'aider à organiser mes idées et mes pensées. L'une de mes premières constatations dans mon journal révèle combien ce domaine m'est étranger. « Comment suis-je arrivée ici? » et « Par où commencer? » sont les thèmes des entrées dans mon journal pour le 15 mai 2015. Je me suis cependant adaptée et je me suis mise au travail.

## Recherche et planification :

Ma recherche au sujet de l'andragogie, soit l'art et la science de la pédagogie des adultes<sup>3</sup>, a dévoilé ce qui me semblait évident : les apprenants d'âge adulte et les enfants diffèrent de par leur nature. L'andragogie s'oppose à la pédagogie, à savoir l'art et la science de l'enseignement aux enfants, qui se caractérise traditionnellement par un enseignement offert par un instructeur. Knowles<sup>3</sup> identifie quatre principes liés à l'andragogie :

1. Participation d'apprenants d'âge adulte : l'apprenant adulte participe à la planification et à l'évaluation de son instruction.
2. Expérience de l'apprenant adulte : les expériences de l'apprenant adulte, y compris ses erreurs, peuvent servir de base aux activités d'apprentissage.
3. Pertinence et répercussions pour l'apprenant : les adultes s'intéressent davantage aux sujets ayant des répercussions et un usage immédiats sur leur vie professionnelle et personnelle.
4. Apprentissage axé sur les problèmes : l'apprentissage aux adultes est axé sur les problèmes plutôt que d'être axé sur le contenu.

Je suis tout à fait d'accord avec deux théories d'apprentissage aux adultes en ce qui a trait à l'enseignement des soins périopératoires : l'apprentissage transformationnel et par l'expérience.

Mezirow<sup>4</sup> définit l'apprentissage transformationnel comme le processus s'appliquant à l'utilisation d'une interprétation antérieure du sens de l'expérience d'une personne pour orienter les actions futures. Par contre, dans le contexte de la simulation, mon point de vue de la définition de l'apprentissage transformationnel s'est élargi pour se référer aux apprenants qui participent activement en réfléchissant et en discutant de façon critique et qui remettent en question les suppositions, les attentes et le contexte afin de parvenir à un sens et de nouveaux points de vue pour guider leurs actions. Ce

Par : J. Nelson



L'auteure fait la démonstration aux employés du WDMH de l'utilisation correcte d'un écarteur de Balfour.

processus d'apprentissage aide à orienter les actions et à transformer les comportements.

L'apprentissage par l'expérience a d'abord été défini par David Kolb en 1984, et on le décrit généralement comme tout apprentissage aidant les étudiants à mettre leurs connaissances et leur compréhension

conceptuelle en pratique pour résoudre des problèmes ou des situations réalistes avec l'aide de l'instructeur qui dirige et facilite l'apprentissage.<sup>5</sup>

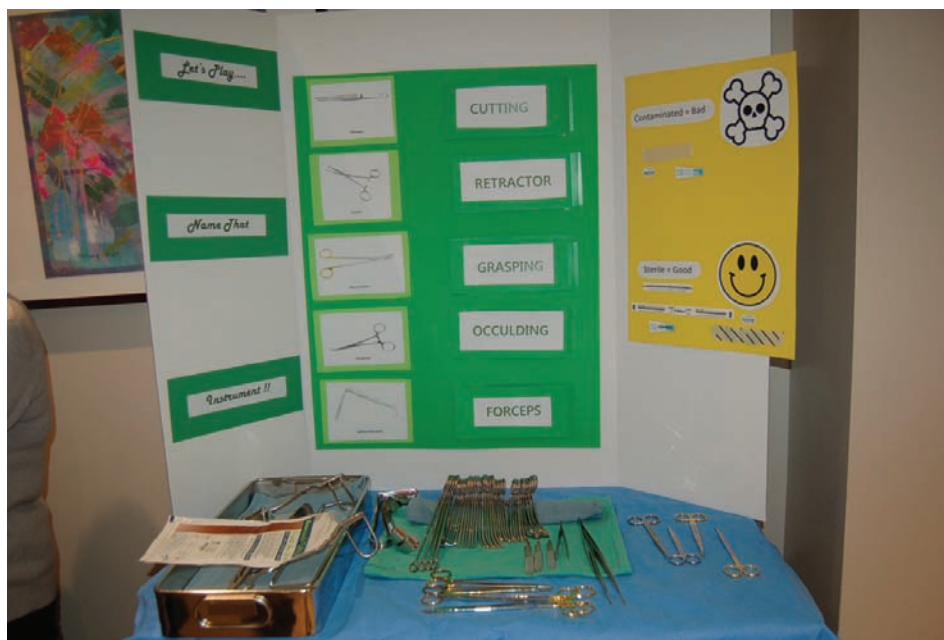
Le modèle d'apprentissage fondé sur l'expérience de Kolb définit les étapes de l'apprentissage comme suit : l'expérience concrète, l'observation et la réflexion, la

conceptualisation abstraite et la généralisation et l'expérimentation active ou l'évaluation des connaissances dans de nouvelles situations. Jarvis<sup>6</sup> a élaboré sur le modèle de Kolb en identifiant l'aspect complexe non

linéaire de la trajectoire de l'apprentissage par l'expérience. En d'autres mots, de nombreux processus peuvent suivre leur cours de façon simultanée et l'apprentissage ne se déroule pas nécessairement de manière simple, étape par étape, de façon linéaire et ordonnée. L'apprentissage par l'expérience est pertinent en enseignement des soins de santé où il est nécessaire d'appliquer directement la théorie à la pratique. La théorie permet de faire progresser la profession et d'instaurer une pratique se fondant sur les données probantes. L'expérience et la pratique concrète sont tout de même considérées comme des identificateurs clés des connaissances de base des professionnels au sein de la discipline.<sup>7</sup>

Dans un laboratoire de simulation en salle d'opération (SOP), les apprenants peuvent exercer le travail concret d'une infirmière en soins périopératoires étant donné, comme l'a indiqué DeYoung, qu'une « dépendance excessive aux cours magistraux n'est pas justifiée pour l'enseignement de ces compétences et processus pratiques ». <sup>8</sup> Dans le cadre de cette bourse d'études, mes objectifs personnels étaient d'aider à transformer la façon dont les apprenants en soins infirmiers pensent et exercent dans un environnement de SOP.

Par : J. Nelson



Présentation interactive soulignant les groupes d'instruments et l'asepsie.



*Un groupe d'employés du WDMH prenant part à une formation sur les lieux de travail qui s'est déroulée dans le cadre de la bourse de recherche. Cette formation a mis en lumière plusieurs des instruments, outils et compétences d'une infirmière en soins périopératoires.*

Les activités d'apprentissage que je me suis créées pendant ma bourse d'études ont grugé beaucoup de mon temps. J'ai discuté des théories d'apprentissage avec des collègues en soins infirmiers, des amis et des membres de ma famille. Une formatrice dans un programme de baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc. Inf.) m'a expliqué comment elle utilisait la méthode des « histoires vécues » pour raconter des expériences de sa propre carrière afin d'illustrer un point ou un besoin en particulier à ses étudiants. De façon similaire, dans un environnement de travail axé sur les soins périopératoires, je sais par expérience que les infirmières peuvent aider les autres à apprendre en transmettant leurs connaissances, leurs succès et peuvent parfois malencontreusement aider à perpétuer les erreurs et les pratiques non conformes.

La simulation constitue une forme d'apprentissage par l'expérience et était donc une autre structure que j'ai dû apprendre. Les laboratoires de simulation fournissent des environnements flexibles pour permettre aux infirmières d'apprendre, de s'exercer et d'être évaluées relativement à leurs compétences liées aux soins des patients et aux procédures concrètes avant de

travailler dans de véritables salles d'opération. Ils offrent de la formation des compétences dans un environnement fondé sur l'expérience.<sup>7</sup> Les scénarios de simulation peuvent également être utilisés pour développer le travail d'équipe en SOP. Cummings<sup>9</sup> a défini deux points clés quant à l'apprentissage fondé sur la simulation : d'abord, qu'un des importants avantages de la simulation à haute fidélité est qu'elle offre un environnement d'apprentissage actif, où l'étudiant est libre de faire des erreurs et d'en tirer des leçons sans qu'il y ait de risques pour le patient. Ensuite, que cette simulation peut aussi être utilisée pour déterminer les lacunes du programme ainsi que la préparation d'un étudiant qui pourrait ne pas être aussi facilement identifiée en classe ou lors de l'évaluation clinique. Lors du temps que j'ai passé dans le laboratoire de simulation, j'ai amplement constaté ces deux aspects et cette expérience m'a permis d'améliorer mes stratégies d'enseignement.

### **Laboratoires de simulation :**

Après avoir tout d'abord observé quelques laboratoires, j'y ai ensuite participé et je m'y suis impliquée activement. Les formateurs ont été assez gentils pour me faire participer à leurs cours et leurs démonstrations. Ils m'ont demandé mon opinion et se sont servis de mon expertise clinique comme exemple. J'ai pu observer le style des formateurs et la réaction de la classe face à une simulation dans un contexte de SOP. J'ai pris note des attitudes et des approches du formateur et des étudiants. L'un des facteurs clés propices à l'environnement d'apprentissage selon les formateurs était que les apprenants pouvaient parler entre eux lors de la période d'enseignement, car leurs conversations pouvaient être bénéfiques à leur apprentissage. Les discussions entre étudiants peuvent, par exemple, aider à clarifier un point pour un collègue et développer l'esprit de collaboration entre les étudiants.

Voici quelques exemples d'application du modèle de Kolb<sup>5</sup> aux discussions des étudiants en laboratoire.



*Affiche invitant les employés du WDMH à une formation sur les lieux de travail afin de présenter les soins périopératoires et la sécurité.*

1. Expérience concrète : « Je me souviens que c'est arrivé au travail la semaine dernière. »
2. Observation et réflexion – passer en revue/réfléchir à son expérience : « Voilà pourquoi c'est arrivé. »
3. Conceptualisation abstraite - déduire/apprendre de son expérience : « Voilà pourquoi ça n'a pas fonctionné. »
4. Expérimentation active de la planification/de l'essai de ce qui a été appris : « La prochaine fois, je devrais.... »

Après chaque laboratoire de simulation, j'ai fait un compte rendu avec les formateurs et ensemble, nous avons fait au besoin des comptes rendus avec les étudiants. Nous avons passé en revue l'efficacité du laboratoire, nous avons identifié les faiblesses dans l'apprentissage de l'étudiant et nous avons exploré les lacunes entre la théorie et la pratique. Après chaque laboratoire, nous avons discuté des aspects qui, selon nous, n'avaient pas été compris par les étudiants ou des concepts qui nécessitaient du renforcement. Nous pouvions, en un sens, adapter les prochaines séances d'enseignement de façon à combler les lacunes en matière de connaissances et de compétences, ainsi que renforcer la reconnaissance des étudiants face à l'importance et la pertinence de chaque ensemble de compétences. Les comptes rendus avec les autres formateurs et (ou) les étudiants après les laboratoires permettent d'offrir une rétroaction concrète concernant un rendement insuffisant. En passant en revue le rendement des apprenants, nous avons pu combler les lacunes des rendements négatifs et renforcer les excellents rendements.<sup>10</sup>

### Plan d'enseignement :

Mon défi suivant était de planifier un laboratoire que j'offrirais par moi-même. En vue de cela, j'ai élaboré mon propre plan d'enseignement/d'apprentissage qui incluait des objectifs, un format et un formulaire d'évaluation. Le sujet était Préparation du patient et pose des champs opératoires. J'ai discuté avec Sue Eldred, l'une de mes mentors et

une formatrice du B.Sc. Inf. au Collège Algonquin, des buts et des objectifs du laboratoire et nous avons passé en revue les méthodes pédagogiques et les styles d'apprentissage pour favoriser la participation et l'implication des étudiants. Il a été démontré que le fondement théorique pour mettre en pratique les compétences doit être intégré dans l'enseignement en laboratoire afin de fournir un contexte pour les trois étapes de l'acquisition des compétences, soit : apprendre les étapes de l'intervention, apprendre à effectuer les étapes et enfin, s'exercer assez pour que les actions deviennent innées et que l'apprenant puisse faire plusieurs tâches à la fois.<sup>11</sup>

Dans les laboratoires de simulation, il y avait un ratio de dix infirmières pour deux formateurs. L'expérience des infirmières variait, certaines venaient d'obtenir leur diplôme tandis que d'autres possédaient plus de vingt ans d'expérience. Cette fourchette de formations, d'expériences de travail et de connaissances déjà acquises parmi les différents membres du groupe m'a mis au défi de créer un plan qui aborderait les différents besoins du groupe. Pour tirer profit de l'expérience des apprenants, j'ai adapté mon approche pour aborder les différentes caractéristiques des adultes en tant qu'apprenants, comme décrit par Cross.<sup>12</sup> J'ai interrogé les étudiants afin de faire participer les apprenants d'expérience et je les ai encouragés à partager leur expérience et à démontrer les compétences en soins infirmiers qu'ils utilisent à la fois en SOP et à l'extérieur de la SOP. J'ai encouragé les infirmières nouvellement diplômées à participer lors des démonstrations des compétences et principes de base en soins infirmiers, comme le transfert d'un patient de la table de SOP à une civière, pour leur permettre de mettre concrètement en pratique une compétence déjà acquise par d'autres au travail.

Il n'est pas étonnant que mon premier laboratoire de simulation mené de façon autonome ait été le plus difficile pour moi. Je m'inquiétais de la façon d'aborder les exigences techniques et les

besoins en disposition qui peuvent varier d'une installation à l'autre tout en veillant au respect des normes fondées sur les données probantes. Par exemple, je devais tenir compte de la façon dont les différents établissements organisent les instruments sur leurs tables de fond et plateaux Mayo. En plus de prendre en considération ces différences, j'avais aussi besoin de m'assurer d'offrir un enseignement de niveau général et pour les débutants, appuyé par des textes et de donner des exemples précis basés sur mon expérience personnelle.

### Les rétroactions :

Après avoir enseigné mes deux premiers laboratoires (tous les deux la même journée), j'ai fait un compte rendu avec les deux formateurs qui étaient présents. Tous les deux m'ont appuyée et encouragée en mentionnant que les deux séances de laboratoire de la journée

s'étaient bien déroulées. J'avais incorporé une évaluation dans le plan de cours afin d'obtenir la rétroaction des apprenants quant à mon enseignement. À la fin de cette journée d'enseignement, gonflée par l'adrénaline, j'ai jeté un coup d'œil à la section des commentaires des formulaires d'évaluation. Même si les évaluations étaient principalement positives, j'ai lu quelques remarques critiques qui, étant donné que je me préoccupe beaucoup de la façon dont les personnes me voient, étaient, au départ, difficiles pour moi de lire. On m'avait donné la tâche d'offrir de l'enseignement pour aider à préparer ces infirmières à prendre soin de nos patients en soins périopératoires et je me sentais mal à l'aise d'entendre que je n'avais pas complètement satisfait à cette obligation.

Au début, j'ai mis de côté toutes les évaluations et j'ai essayé de les oublier et d'oublier les sentiments qui m'avaient

Avec l'autorisation de J. Black

**Winchester District Memorial Hospital**

**Developing Education Skills to Enhance Skill Acquisition for Nurses in a Rural Hospital: An RNAO Fellowship**

Jo-Anne Black RN CPN(c); Dr. Kerry-Anne Hogan RN PhD; Susan Eldred RN BScN MBA; Marcia Foster RN BScN; Deb Clendinning BScN MED PhD

**RNAO**

**ABSTRACT**  
This poster highlights the learning journey and successes of a rural nurse developing expertise in instructing adult learners on the skills required in an operating room setting, and how this can be applied in a rural hospital. This opportunity was made possible through a leadership and education RNAO ACFP fellowship

**OBJECTIVES**

1. To acquire theoretical knowledge of learning theories and principles of adult learning.
2. To acquire skills enabling me to develop and implement a learning plan for technical skills.
3. To gain knowledge in facilitating an operating room nursing skills lab incorporating a learning plan and principles of adult learning.
4. To learn how to plan, execute, and evaluate a nursing skills day in collaboration with a health care team.
5. To develop my academic writing skills to successfully disseminate projects with large and diverse audiences.

**WDMH INFORMATION SESSION**

- "A Peek Inside the Operating Room"
- Open to all WDMH staff
- 6 Stations: Charting, Patient Warming, Pneumatic Tourniquet, Intubation, Gowning & Gloving, Operating Room Instrumentation

**ALGONQUIN OR SIMULATION LAB**

- In class hands on learning environment
- Observation of lab instruction
- Engagement with learners
- Developing lessons
- Reviewing and implementing feedback

**ADULT LEARNING THEORIES**

Andragogy (M. Knowles, 1980) The art and science of adult learning

Experiential Learning: The process of learning through experience and reflecting upon doing.

Situational Learning: Intentional learning which is situated within authentic activity, context, and culture.

Transformative Learning: Learning that changes the way individuals think about themselves and their world involving a shift of consciousness.

**FEEDBACK**

"Your passion for OR nursing is contagious!"

"I'm very interested in taking the OR course now!"

"...very knowledgeable and enthusiastic about her specialty."

**CHALLENGES**

- Time management
- Developing education skills
- Receiving feedback
- Implementing change

**LESSONS LEARNED**

- Increased confidence
- Organizational skills
- Theoretical knowledge
- Learning styles

**Acknowledgments**

WDMH: L. Hall, Dr. K. A. Hogan, M. Foster, and my Per-Operative Team at WDMH for their encouragement and support

RNAO

Algonquin College: S. Eldred, D. Clendinning, S. Pilgrim-Stark RN, K. Wilson RN, & RN & RPN Students in the Per-Operative Nursing program

Algonquin College: S. Eldred, D. Clendinning, S. Pilgrim-Stark RN, K. Wilson RN, & RN & RPN Students in the Per-Operative Nursing program

"Overdependence on lecture is indefensible in teaching material for a practice profession." S. DeYoung Teaching Strategies for Nurse Educators © 2009

Affiche montrant l'apprentissage acquis grâce à la bourse d'études de l'AIAO.

envahie. Ce qui, à long terme, n'a été d'aucune aide. Ce n'était ni constructif ni professionnel. Plusieurs jours sont passés avant que je sois capable de les lire avec ma mentore. Une fois que je l'ai fait, j'ai pu changer mon point de vue et j'ai appris à apprécier ce qui m'avait paru être des « commentaires négatifs ». Ces derniers me fournissaient maintenant la possibilité de me perfectionner en tant que formatrice. Je pouvais maintenant voir que les apprenants m'aidaient en identifiant les domaines où j'avais besoin de m'améliorer et les façons d'améliorer mes compétences en enseignement. Non seulement j'appréciais maintenant leurs évaluations, mais j'étais d'accord avec elles. J'en ai tiré la leçon que les rétroactions négatives, même si elles nous mettent souvent mal à l'aise, sont une occasion incroyable d'apprendre et de grandir. Les évaluations qui étaient d'abord un obstacle à mon apprentissage et à la poursuite de ma bourse d'études, à cause de ma réaction émotive, m'ont en fin de compte fourni la meilleure opportunité pour me perfectionner tant du côté personnel que professionnel.

### **S'adapter aux rétroactions :**

Deux semaines plus tard, j'ai présenté ma deuxième séance de laboratoire intitulée « Positionner le patient ». Encore une fois, j'étais nerveuse, mais je me suis forcée à paraître sûre de moi-même, car j'ai la conviction que « croire, c'est pouvoir ». Je m'étais encore plus appliqué à élaborer mon plan de cours. Je me sentais bien préparée et, à nouveau, les évaluations étaient en grande partie positives, avec certaines critiques. Ce qui m'a le plus étonnée, c'est que quelques-uns des commentaires négatifs allaient à l'encontre d'autres commentaires positifs. Par exemple, un étudiant a mentionné que c'était une « excellente présentation interactive », tandis qu'un autre a suggéré que je « développe la partie interactive ». Tout cela démontre bien à quel point il est difficile d'enseigner à une grande variété de styles d'apprentissage qui existe dans un seul groupe. Une seule approche ne convient pas nécessairement à tous les apprenants. L'information peut être répétée de différentes façons pour

s'assurer que tous les apprenants captent le message. Les enseignants doivent favoriser l'apprentissage en utilisant deux approches ou plus pour convenir aux différents styles de pensée/d'apprentissage. La rétroaction s'avère aussi très utile parce que plus nous en savons sur nos étudiants, plus nous pouvons être efficaces pour satisfaire aux besoins de tous.<sup>13</sup>

### **Résultats de la bourse d'études**

Cette bourse d'études m'a permis de vivre une merveilleuse aventure d'apprentissage et m'a aidée à perfectionner mes compétences en enseignement aux adultes pour que ces derniers mettent en pratique ce qu'ils ont appris dans le contexte d'un hôpital en milieu rural. La bourse d'études m'a aidée à m'épanouir personnellement et professionnellement.

J'ai appris que la rétroaction des apprenants visait à orienter mon développement en tant que formatrice efficace. Les rétroactions négatives des apprenants m'ont incitée à faire des recherches sur la façon de gérer l'incohérence entre les commentaires d'appui et ceux de critiques de la part des apprenants. La revue en ligne Harvard Business Review m'a apporté des clarifications. J'y ai lu qu'il « ne faut jamais inviter les rétroactions si on n'est pas prêt à les encaisser ». Le terme « prêt » signifie que vous voulez entendre la vérité et non seulement une confirmation que l'enseignement a eu lieu. Je me suis rendu compte que je n'étais pas prête pour la vérité, mais que je cherchais la reconnaissance des autres à savoir si j'étais une « excellente enseignante », une notion appuyée dans ma vie professionnelle par mes collègues et mes étudiants.

Cette expérience me servira à l'avenir et m'a déjà permis de m'épanouir davantage dans ma vie professionnelle. Après avoir complété cette bourse d'études, on m'a offert de nouvelles occasions d'enseignement dans le programme de certificat post-diplôme en soins périopératoires et je suis fière d'avoir franchi cette étape et d'avoir saisi cette occasion inestimable étant donné

que peu d'infirmières en soins périopératoires ont participé aux bourses d'études de l'AIAO. J'ai terminé mon programme de bourse le 17 février 2016 et j'ai présenté mon affiche éducative lors de la conférence provinciale de la Operating Room Nurses Association of Ontario (ORNAO) qui a eu lieu à Toronto, au printemps 2016 (Image 1).

## CONCLUSION :

Ma participation à la bourse d'études m'a permis de réorienter ma carrière et d'élargir la portée de mon influence sur mes collègues – dont l'une a maintenant entrepris une bourse d'études de l'AIAO. L'énoncé de mission de l'AIISOC inclut un engagement à développer « le perfectionnement professionnel, les compétences, l'épanouissement personnel des membres de l'AIISOC ». <sup>14</sup> Je crois qu'en tant qu'infirmières, nous devrions toujours être à la recherche d'occasions de croissance et les saisir. Elles nous aident à nous développer en tant qu'infirmières professionnelles, à élever les normes de soins pour nos patients et font la promotion de l'excellence en soins infirmiers.

Je n'ai jamais regretté d'avoir relevé le défi de cette bourse d'études et j'encourage mes pairs à chercher des occasions pour améliorer leur pratique en soins périopératoires.

## RÉFÉRENCES :

1. College of Nurses of Ontario. Membership Statistics Highlights 2014. Toronto: Auteur; 2015. Peut être téléchargé de : [http://www.cno.org/globalassets/docs/general/43069\\_stats/43069\\_membershipstatistics-highlights.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/general/43069_stats/43069_membershipstatistics-highlights.pdf) [Consulté le 14 juillet 2016].
2. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Advanced Clinical Practice Fellowships. Peut être téléchargé de : <http://rnao.ca/bpg/get-involved/acpf> [Consulté, le 2 février 2016].
3. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy

to andragogy. Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge; 1980.

4. Mezirow J. Contemporary Paradigms of Learning. *Adult Education Quarterly*. 1996;46:158-172.
5. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
6. Jarvis P. *Adult and continuing education. Theory and practice* (4e éd.). London: Routledge; 2010.
7. Clendinneng D. *Exploring simulation and debriefing as an educational strategy for perioperative nurse learners: A case study*. University of Ottawa: Ottawa, Ontario, Canada; 2011.
8. DeYoung S. *Teaching strategies for nurse educators* (3rd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education; 2009.
9. Cummings CL. *Evaluating Clinical Simulation*. *Nursing Forum*. 2015;50(2),109-115.
10. Rudolph J, Simon R, Dufresne R, Raemer D. *Debriefing with good judgment: Combining rigorous feedback with genuine inquiry*. *Anesthesiology Clinics*. 2007;25(2),361-376.
11. Kneebone R, Scott W, Darzil A, Horrocks M. *Simulation and clinical practice: Strengthening the relationship*. *Medical Education*. 2004;38,1095-1102.
12. Cross KP. *Adults as learners*. San Francisco: Jossey-Bass Publications; 1981.
13. Mccarthy J. *Edutopia-learning profiles*. Peut être téléchargé de : <http://www.edutopia.org/blog/learning-profiles-john-mccarthy> [Consulté le 19 août 2016].
14. <https://www.ornac.ca/fr/a-propos-de-nous/mission> [Consulté, le 27 septembre 2016].

Les normes de l'AIISOC relatives au sujet de cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (13e édition, mai 2017) de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC), section 1, p.51, norme 1.2.15.

KEYWORDS: PERIOPERATIVE, SIMULATION, EDUCATION, ADULT LEARNING PRINCIPLES.

# DEVELOPING EDUCATION SKILLS TO ENHANCE SKILL ACQUISITION FOR NURSES IN A RURAL HOSPITAL: AN RNAO FELLOWSHIP FROM A PERSONAL PERSPECTIVE

**Authors:** Jo-Anne Black RN, CPN(C), is a graduate of St. Clare's School of Nursing, St. John's, NL, class of 1992. She has worked in operating rooms in various small hospitals in Labrador, Nunavut and Ontario. She completed her certificate in Perioperative Nursing from Algonquin College, Ottawa, in 2003. Jo-Anne currently works as an OR staff nurse in a busy, rural Ontario hospital and is on contract with the Algonquin College Perioperative Lab Simulation program. She is a member of ORORNA (Ottawa Regional Operating Room Nurses Association) and volunteers within her home community. The leadership and education RNAO ACFP fellowship discussed in this article has reignited a passion for learning and she is currently enrolled in a nursing educator program, through The Michener Institute.

The author would like to thank Debra Clendinneng BScN, Med, PhD, and Kerry-Anne Hogan RN, PhD (the primary mentor for Jo-Anne Black's ACFP with RNAO) for their assistance in the preparation of this paper.

## ABSTRACT

This article highlights the learning journey and successes of a rural nurse developing expertise in instructing adult learners on the skills required in an operating room setting for application in a rural hospital setting. This opportunity was made possible through a leadership and education RNAO ACFP Fellowship. This article is written based on the author's personal experience from her individual perspective.

## INTRODUCTION

I have always known that I would one day be a Registered Nurse. I did not know, back at my graduation in St. John's, NL, in 1992 that I would eventually become a Perioperative Registered Nurse nor did I know how much I would learn to love this dynamic and rewarding career. When I fell in to the perioperative world, in 1992, I was unaware that I was embarking on a career that I would still love more than 20 years later.

But by 2014 I was tired. I was dry. I was stale. This career that I loved was not feeding me in the same way. I was no longer satisfied by the work. I needed to re-ignite my passion, re-charge, and re-energize.

Opportunity knocked for me, as 2014 drew to a close, when Dr. K.A. Hogan, RN, PhD, a new employee at the hospital where I was working, Winchester District Memorial Hospital (WDMH) in rural Eastern Ontario, attended the staff morning huddle. She advised the group of RNs that the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) offers an Advanced Clinical Practice Fellowship (ACPF). I felt a door open and saw a great opportunity.

RNAO offers its ACPF program to all of Ontario's 135,280 nurses.<sup>1</sup> The ACPF "Registered Nurses (RN) or Nurse Practitioners (NP) the opportunity to have a focused self-directed learning experience to develop clinical,

By: J. Nelson



*The author instructs a WDMH employee the proper way to remove soiled gown and gloves.*

leadership or best practice guideline implementation knowledge and skills, with the support from a mentor(s), the organization where the RN is employed, and the RNAO. This initiative is aimed at developing and promoting nursing knowledge and expertise, and improving client care and health outcomes in Ontario. Clients are defined as individuals, families, groups or communities.”<sup>2</sup>

This initiative is funded in partnership between the RNAO and the nurse’s employer for a total of 450 hours over 12 weeks (full-time) or 20 weeks (part-time). The nurse, in collaboration with the mentor, develops a set of learning objectives, which upon completion of the fellowship, will develop his/her own skills for use within the employing organization. As a part time employee, my fellowship time was completed over a 20-week time frame.

### **Fellowship Application:**

By January 2015, as deadlines for application were quickly closing, Dr. Hogan and I were able to meet. In order for me to apply for the fellowship program that year we would have to work quickly.

It was through our discussion that I began to recognize my passion for nursing education and, specifically, for perioperative nursing. Dr. Hogan was instrumental in working with me to facilitate my fellowship application including drawing on her network of connections to help me develop a mentorship team. My fellowship supervisor arranged for me to work with

professors and coordinators at Algonquin College, in Ottawa, as that school offers a perioperative graduate certificate. I had the opportunity to participate in a class, with RN students, in order to develop my instructor skills in a simulation lab setting. The use of simulation labs to support experiential learning would prove to be a perfect fit with my emerging learning objectives. After much deliberation and preparation my fellowship application emerged. “Developing Education Skills to Enhance Skill Acquisition for Nurses in a Rural Hospital” was the title of my submission and I was accepted in to the fellowship program and obtained a fellowship grant. The hard work was just beginning.

### **The Beginning:**

The first step in the fellowship was acting upon my learning objectives. As part of the application process I had outlined the following five objectives:

1. To acquire theoretical knowledge of learning theories and principles of adult learning;
2. To acquire skills to enable me to develop and implement a learning plan that teaches an adult learner a technical skill;
3. To gain knowledge required to facilitate an operating room nursing skills lab, incorporating a learning plan and principles of adult learning, by the end of this fellowship;
4. To learn how to plan, execute, and evaluate a nursing skills day in collaboration with a health care team; and
5. To develop my academic writing skills in order to successfully disseminate information with large and diverse audiences.

The first task at hand was to research learning theories and principles of adult learning. After more than 20 years of clinical nursing this was, indeed, an alien environment and one outside of my initial comfort zone. I researched these theories, online, from home. Journaling was a helpful endeavour to help organize my thoughts and ideas. One of my first



*The author demonstrates proper use of a Balfour retractor to WDMH employees.*

journal entries indicates how foreign this was. “How did I get here?” and “Where do I begin?” was the theme of my journal entry for May 15, 2015. But I settled in and got down to work.

### Research & Planning:

My search on the subject of andragogy, the art and science of adult learning,<sup>3</sup> revealed what seemed obvious to me – adult and child learners are inherently different. Andragogy contrasts with pedagogy, the art and science of educating children, which traditionally embodies instructor-focused education.

Knowles<sup>3</sup> identified four principles of andragogy:

1. Involved adult learners: the adult learner is involved in the planning and evaluation of their instruction.
2. Adult learner’s experience: experiences of the adult learner, including mistakes, can provide for the basis of learning activities.
3. Relevance and impact to the learner: adults are more interested in learning subjects which have immediate use and impact to their professional and personal life.
4. Problem centered: adult learning is problem-centered as opposed to content-centered.

Two theories of adult learning resonate, with me, in regard to perioperative education: transformative and experiential learning.

Mezirow<sup>4</sup> described transformative learning as the process of using a prior interpretation of the meaning of one’s experience in order to guide future action. However, in the context of a simulation setting, my view of the definition of transformative learning was expanded to refer to learners who are actively engaged

through critical reflection and discourse and who question assumptions, expectations and context to achieve meaning and new perspectives to guide their actions. This learning process helps guide actions and transform behaviours.

Experiential learning, first described by David Kolb in 1984, is broadly defined as any learning that supports students in applying their knowledge and conceptual understanding to real-world problems or situations where the instructor directs and facilitates learning.<sup>5</sup> Kolb’s experiential learning model describes stages of learning as: concrete experience, observation and reflection, abstract conceptualization and generalization, and active experimentation or testing of knowledge in new situations. Jarvis<sup>6</sup> elaborated on Kolb’s model by identifying the non-linear, complex aspect of the experiential learning trajectory. Many processes can, in other words occur simultaneously and learning does not necessarily occur in a simple, step by step, linear, and orderly manner. Experiential learning is relevant in healthcare education where there is the necessity to apply theory directly to practice. Theory advances a profession and creates an evidence-based practice. Yet experience and hands-on practice are key identifiers of the knowledge base of the professionals within the discipline.<sup>7</sup>

In an operating room (OR) simulation lab learners can practice the hands-on work of the perioperative nurse since, as noted by DeYoung, an “overdependence on lecture is indefensible for teaching these practical skills and processes.”<sup>8</sup> Within the context of this fellowship my personal goal was to help transform the way nurse learners think and practice in the OR setting.

The learning activities I created for myself during the fellowship consumed much of my time. I discussed learning theories with nursing colleagues, friends, and family members. An instructor in a Bachelor of Science in Nursing (BScN) program told me how she used “experiential story-telling,” relating experiences from her own career, to illustrate a particular point or need to

By: J. Nelson



*Interactive display highlighting instrument groups and sterility.*

her students. Similarly, in a perioperative work environment, it has been my experience that nurses can help each other learn by passing on knowledge, triumphs and can sometimes, inadvertently, help perpetuate errors or substandard practices.

Simulation is a form of experiential learning and was yet another framework for me to learn. Simulation labs provide flexible environments for nurses to learn, practise, and be assessed on hands-on patient care skills and procedures prior to entering authentic operating rooms. It offers skill training in an experiential environment.<sup>7</sup> Simulation scenarios can also be used to develop teamwork in the OR setting. Cummings<sup>9</sup> described two key points about simulation learning: first, that a major benefit of a high-fidelity simulation is that it provides an active learning environment, whereby the student is free to make mistakes and learn from them without risk to a patient. The second point is that simulation can also be used to identify gaps in the curriculum and in a student's preparedness that might not be as easily identified through classroom or clinical evaluation. Both of these aspects were apparent to me during my time in the simulation lab and the experience enabled me to enhance my teaching strategies.

## Simulation Labs:

After initially observing some labs I then became actively involved and engaged in the labs. The RN instructors were kind enough to involve me in their classes and demonstrations. They asked my opinion and used my clinical expertise to draw on as an example. I was able to observe the style of the instructors and the class reaction to an OR simulation setting. I noted instructor and student attitudes and approaches. One key factor was that learners were free to talk amongst themselves during instructional time because the instructors recognized that their conversations could be beneficial to the learning environment. Student discussion may, for example, help clarify a point for a colleague and also build collegiality amongst students.

The following are examples of how I was able to apply Kolb's model<sup>5</sup> to student discussions in the lab setting.

1. Concrete experience: "I remember that happening at work last week."
2. Observation and reflection - reviewing/reflecting on the experience: "This is why that happened."
3. Abstract conceptualization - concluding/learning from the experience: "So that's why it didn't work."
4. Active experimentation of planning/trying out what was learned: "Next time I should...."

After each simulation lab I debriefed with the instructors and together, we debriefed with students when necessary. We reviewed the effectiveness of the lab, identified weaknesses in student learning and explored gaps between theory and practice. After each lab, we discussed aspects that we felt the students had not grasped or concepts that we believed need re-enforcing. We were, in this way, able to adapt future teaching sessions in ways that helped close gaps in knowledge and skill, as well as furthering the students' recognition of the importance and relevance of each skill set. Debriefing with other instructors and/or students after labs

allows for concrete feedback regarding sub-optimal performance. By reviewing performance, with learners, we were successful in closing negative performance gaps and reinforcing excellent performance.<sup>10</sup>

#### Teaching Plan:

My next challenge was to plan a lab that I would deliver independently. I developed, in preparation, my own teaching/learning plan that included objectives, format and an evaluation form. The topic was Prepping and Draping the Patient. I discussed with Sue Eldred, one of my mentors and a BSCN instructor at Algonquin College, the goals and objectives of the lab and reviewed instructional styles and ideas for learner participation and engagement. It is well documented that the theoretical rationale for performing skills must be integrated into lab teaching in order to provide background for the three stages of skill acquisition:

learning the steps of the procedure, learning to perform the steps, and, finally, practicing enough so the actions become instinctive and the learner is able to multi-task actions.<sup>11</sup>

In the simulation labs there was a ratio of ten RNs to two instructors. RNs ranged in experience from new graduates to those with more than 20 years of experience. This range of background, work history, and prior knowledge among the diverse members of the group challenged me to create a plan that addressed the diverse needs of the group. To capitalize on the experiences of the learners I adapted my approach to address the various characteristics of adults as learners as described by Cross.<sup>12</sup> I questioned students, in order to engage the experienced learners, and encouraged them to share some of their experiences and to demonstrate nursing skills they used both within and outside of the OR. I encouraged newer graduates to

## CARDINAL HEALTH RESEARCH GRANT

Funding of up to \$5,000 is available to assist with perioperative nursing research activities.

Letters of Intent are required by November 15th, 2017, and the grant application deadline is March 15th, 2018).

Guidelines and application forms are available at [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) (click on Awards).

## BOURSE DE RECHERCHE DE CARDINAL HEALTH

Une bourse de recherche pouvant aller jusqu'à 5 000 \$ est disponible pour les activités de recherche dans le domaine des soins périopératoires.

Les lettres d'intention doivent avoir été reçues avant le 15 novembre 2017. La date limite des demandes de bourses est le 15 mars 2018).

Les instructions et les formulaires de demande sont disponibles à [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) (cliquer sur le lien Prix)



By: J. Nelson



A group of WDMH employees taking part in an in service, held as part of the fellowship. This in service highlighted many of the instruments, tools and skills of a perioperative nurse.

of this teaching day, buoyed by adrenalin, I glanced through the comment section of the evaluation forms. While the evaluations were primarily favourable, there were some notes of criticism that, as I care very much about how people view me, were initially difficult for me to read. I had been tasked with providing education to help prepare these RNs to care for our perioperative patients and it was an uncomfortable feeling to hear that I did not completely fulfill my obligation.

Initially I tucked away all of the evaluations and tried to forget about them and the feelings that had surfaced. This was not, of course, helpful in the long run. Nor was it constructive or professional. It took me a couple of days before I was able to review them with my mentor. Once I had done so I was able to shift my perspective and learned to appreciate what I had perceived as ‘negative comments’. They now provided me with the potential for growth as an instructor. I was now able to see that the learners were helping me by identifying areas for improvement and ways to further develop my teaching skills. Not only did I now appreciate their evaluations but I also found that I agreed with them. I learned that negative feedback, while often an uncomfortable experience, is an incredible opportunity for learning and growth. Evaluations that had begun as an obstacle to my learning and to proceeding forward in my fellowship, due to my emotional reaction, had, in the end, provided me with the best opportunity for personal and professional growth.

### Adapting to Feedback:

Two weeks later I presented my second a lab session entitled “Positioning the Patient.” I was again nervous but forced myself to sound confident as I recognized that ‘believing is becoming.’ I had given even more consideration to my lesson plan. I felt prepared and again, the evaluations were predominantly positive, with some critiques. What I found striking was that some of the negative feedback was in direct opposition to some of the positive feedback. For example, one learner

participate when demonstrating basic nursing skills and principles, such as transferring a patient from the OR bed to a stretcher, to allow them to replicate the hands-on experience others had been able to practice on the job.

Not surprisingly, my first independently led simulation lab was the most difficult for me. I was concerned about addressing the technical requirements and set-up needs, that can vary from one facility to the next, while ensuring conformity to evidence-based standards. As an example, I needed to address how different institutions set up instruments on their back tables and Mayo trays. In addition to addressing these variations I also needed to ensure I provided general and novice level instruction, supported by the texts, and gave specific examples based on personal experience.

### Obtaining Feedback:

After teaching my first two labs (both in the same day) I debriefed with the two instructors who had been present. Both were supportive and encouraging and stated that the two lab sessions that day had gone well. I had incorporated an evaluation into the lesson plan as an opportunity for me to receive learner feedback on my instruction. At the end

Courtesy J. Black



Poster, inviting WDMH to an in service to exhibit safety and perioperative nursing.



## Developing Education Skills to Enhance Skill Acquisition for Nurses in a Rural Hospital: An RNAO Fellowship

Jo-Anne Black RN CPN(c); Dr. Kerry-Anne Hogan RN PhD; Susan Eldred RN BScN MBA;  
Marcia Foster RN BScN; Deb Clendinning BScN MEd PhD



**ABSTRACT**

This poster highlights the learning journey and successes of a rural nurse developing expertise in instructing adult learners on the skills required in an operating room setting, and how this can be applied in a rural hospital. This opportunity was made possible through a leadership and education RNAO ACFP fellowship

**OBJECTIVES**

1. To acquire theoretical knowledge of learning theories and principles of adult learning.
2. To acquire skills enabling me to develop and implement a learning plan for technical skills.
3. To gain knowledge in facilitating an operating room nursing skills lab incorporating a learning plan and principles of adult learning.
4. To learn how to plan, execute, and evaluate a nursing skills day in collaboration with a health care team.
5. To develop my academic writing skills to successfully disseminate projects with large and diverse audiences.



**WDMH INFORMATION SESSION**

- "A Peek Inside the Operating Room"
- Open to all WDMH staff
- 6 'Stations: Charting, Patient Warming, Pneumatic Tourniquet, Intubation, Gowning & Gloving, Operating Room Instrumentation



**FEEDBACK**

"Your passion for OR nursing is contagious!"

"I'm very interested in taking the OR course now!"

"...very knowledgeable and enthusiastic about her specialty."

**CHALLENGES**

- Time management
- Developing education skills
- Receiving feedback
- Implementing change

**LESSONS LEARNED**

- Increased confidence
- Organizational skills
- Theoretical knowledge
- Learning styles

**ALGONQUIN OR SIMULATION LAB**

- In class hands on learning environment
- Observation of lab instruction
- Engagement with learners
- Developing lessons
- Reviewing and implementing feedback



**ADULT LEARNING THEORIES**

Andragogy (M. Knowles, 1980) The art and science of adult learning

Experiential Learning: The process of learning through experience and reflecting upon doing.

Situational Learning: Intentional learning which is situated within authentic activity, context, and culture.

Transformative Learning: Learning that changes the way individuals think about themselves and their world involving a shift of consciousness.

**Acknowledgments**

WDMH: L. Hall, Dr. K. A. Hogan, M. Foster, and my Per-Operative Team at WDMH for their encouragement and support

RNAO

Algonquin College: S. Eldred, D. Clendinning, S. Pilgrim-Stark RN, K. Wilson RN, & RN & RPN Students in the Per-Operative Nursing program

"Overdependence on lecture is indefensible in teaching material for a practice profession." S. DeYoung Teaching Strategies for Nurse Educators © 2009

Poster displaying learning resulting from the RNAO fellowship.

commented it was a "Great interactive presentation" while another suggested I "Increase the interactive section." It was a great demonstration of how difficult it is to teach to the wide variety of learning styles that exist within a group. Not everyone learns well from one approach. Information can be repeated in various ways to ensure the message is received by all learners. Teachers need to foster learning by using two or more approaches to address various thinking/learning styles. Feedback is also beneficial in that the more we know about our students the more we can be effective in meeting everyone's needs.<sup>13</sup>

**Results of the Fellowship**

This fellowship provided me with a wonderful learning journey and helped develop my skills in instructing adult learners for application in a rural hospital setting. The fellowship helped

me grow personally as well as professionally.

I learned that feedback from learners was intended to guide my development as an effective educator. The negative learner feedback prompted me to research about how I could deal with the dissonance between supportive and critical learner comments. The Harvard Business Review online provided clarity. I read "Never invite feedback before you are ready for it". 'Ready' means you want to hear the truth, not simply validation that the teaching occurred. I realized I was not ready for the truth but was seeking validation of being a "great teacher", a notion supported in my professional life by colleagues and students.

This experience will serve me well in the future and have already led to more professional growth. Following completion of the fellowship I received

ORNAC Standards pertaining to this article topic can be found in the *Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) Standards for Perioperative Registered Nursing Practice* (13th edition, April 2017), Section 1, p.52, Standard 1.2.15.

new teaching opportunities in the perioperative graduate certificate program and am proud to have taken this step and tackled this invaluable opportunity as few perioperative nurses have contributed to the RNAO fellowships. I completed my fellowship on February 17, 2016 and presented my educational poster at the Operating Room Nurses Association of Ontario (ORNAO) provincial nursing conference, in Toronto, in the spring of 2016 (figure 1).

### CONCLUSION:

Participating in the fellowship has broadened my career and scope of influence on colleagues – one of whom is now engaged in her own RNAO Fellowship experience. ORNAC’s Mission Statement includes a commitment to “the professional growth, competence and personal enhancement of the ORNAC membership.”<sup>14</sup> I believe that we, as nurses should always be searching out and availing of opportunities for growth. It helps us develop as nursing professionals, raises the standard of care for our patients, and promotes excellence in nursing.

I have never regretted taking on the challenge of this Fellowship and I encourage my peers to seek opportunities to enhance their perioperative practice.

### REFERENCES:

1. College of Nurses of Ontario. Membership Statistics Highlights 2014. Toronto: Author; 2015. Available from: [http://www.cno.org/globalassets/docs/general/43069\\_stats/43069\\_membershipstatistics-highlights.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/general/43069_stats/43069_membershipstatistics-highlights.pdf) [Accessed 14th July 2016].
2. Registered Nurses Association of Ontario. Advanced Clinical Practice Fellowships. Available from: <http://rnao.ca/bpg/get-involved/acpf> [Accessed 2nd February 2016].
3. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy. Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge; 1980.

4. Mezirow J. Contemporary Paradigms of Learning. *Adult Education Quarterly*. 1996;46:158-172.
5. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
6. Jarvis P. *Adult and continuing education. Theory and practice* (4e éd.). London: Routledge; 2010.
7. Clendinneng D. Exploring simulation and debriefing as an educational strategy for perioperative nurse learners: A case study. University of Ottawa: Ottawa, Ontario, Canada; 2011.1.
8. DeYoung S. *Teaching strategies for nurse educators* (3rd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education; 2009.
9. Cummings CL. Evaluating Clinical Simulation. *Nursing Forum*. 2015;50(2),109-115.
10. Rudolph J, Simon R, Dufresne R, Raemer D. Debriefing with good judgment: Combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinics*. 2007;25(2),361-376.
11. Kneebone R, Scott W, Darzil A, Horrocks M. Simulation and clinical practice: Strengthening the relationship. *Medical Education*. 2004;38,1095–1102.
12. Cross KP. *Adults as learners*. San Francisco: Jossey-Bass Publications; 1981
13. Mccarthy J. Edutopia-learning profiles. Available from: <http://www.edutopia.org/blog/learning-profiles-john-mccarthy> [Accessed 19th August 2016].
14. <https://www.ornac.ca/en/about-us/mission> [Accessed 27th September 2016].



# Protexis® Surgical Gloves

Introducing **two new designs** for your **Orthopedic** needs

**1** Protexis® PI Orthopaedic Surgical Gloves  
Synthetic

**2** Protexis® Latex Ortho Surgical Gloves  
Latex

Cardinal Health™ Protexis® Surgical Gloves are designed to provide the **durable, quality protection** orthopedic surgeons **need** during tough surgical cases.

For more information, contact your Cardinal Health Canada sales representative or call 1.888.291.5033.

- Rich brown colour helps in **reducing glare**
- Thicker glove for **protection**
- Smooth finish for **tactile sensitivity**
- **Water-based hydrogel** coating for easy donnability
- Interlocking, beaded cuff design helps to **prevent roll-down**
- Proprietary hand mold with an independent thumb design allows for an **anatomical fit** and **natural movement**



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 2 minutes)

Yes  No  N/A

**ASSESS THE RISK**

\* Surgical site or incision is above the Xiphoid (Circle appropriate option)

YES	NO
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., electrosurgery unit, laser, defibrillator, burn, fiber-optic source etc.)

1	0
---	---

TOTAL SCORE

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 fire danger, including verbal confirmation of the oxygen percentage.
- Remove appropriate draping techniques to minimize oxygen concentration under the drape.
- Minimize ETOI setting.
- Assess that enough time has been allowed for turn-in of alcohol based prep solutions to dissipate (minimum of 2 minutes).
- Encourage use of wet sponges.
- Ensure a basin of water and spill-sprays are available for fire suppression.

**Anesthesia Provider**

Ensure that a storage full of water is in reach for practitioners contacted within the OR suite. Document oxygen concentration and flow. Use the MAC chart for oxygen administration already at FIO2 of 0.2 using fresh gas flow of at least 15L/min.

**SCORE 2 - LOW RISK WITH POTENTIAL TO CONVERT TO HIGH RISK**  
Standard fire safety precautions are followed with the potential to convert to high-risk precautions if necessary.

**Standard Precautions are to:**

- Observe alcohol based prep drying times (minimum of 2 minutes).
- Protect heat sources (e.g. using the ETOI panel feature).
- Use standard draping procedure.

**SCORE 1 - LOW RISK**  
Standard fire safety precautions are followed.



**FEATURES:**

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



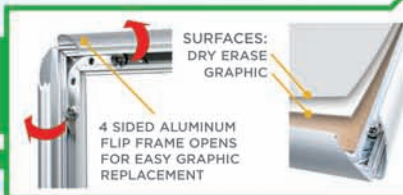
**STANDARD**  
FLIP FRAMES

**COUNTS**

DATE: \_\_\_\_\_ PATIENT: \_\_\_\_\_

PRE 1 2 Final

LAPS		SUTURE BOOTS	
5 10 15 20 25 30	35 40 45 50 55 60	10 20 30 40	
65 70 75 80 85 90	95	VESSEL LOOPS	2 4 8 8 10
MAYTACS		UMBILICAL TAPES	
10 20 30 40 50	60 70 80 90 100	1 2 3 4 5	
COTTONBOGS		BULLDOGS	
10 20 30 40 50	60 70 80 90 100	1 2 3 4 5	
PEANUTS			
5 10 15 20 25 30 35 40 45 50			
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			
ALCOHOL SWABS, WIPERS & SWABS		RESCUE/RESERVE	
6 7 8 9 10		1 2 3 4 5	
BLADES		OTHER	
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
WET SIPS		OTHER	
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
TOTAL DISPOSABLES		TOTAL	
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	



**FEATURES:**

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



**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:

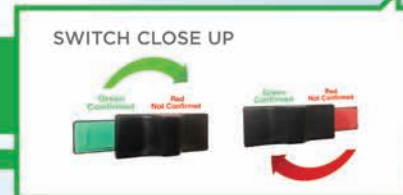
1. Patient Identified Using Two Identifiers
2. Procedure Confirmed
3. Site Marked
4. Completed Consent Signed

ATB Redosing

5. H&P Updated
6. Patient Positioned
7. Diagnostics/Images Reviewed
8. Allergies Noted
9. Antibiotics Given\*
10. Medication/Irrigation Available
11. Implants/Equipment Available
12. Safety Precautions in Place

Equipment QC Completed & Documented

\*If Applicable



**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 Surgica 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 Surgica** Toll Free: **1.888.299.2661** [www.pharmatags.com](http://www.pharmatags.com)  
Sponsor of the ORNAC / RMAC Surgica Patient Safety Award!