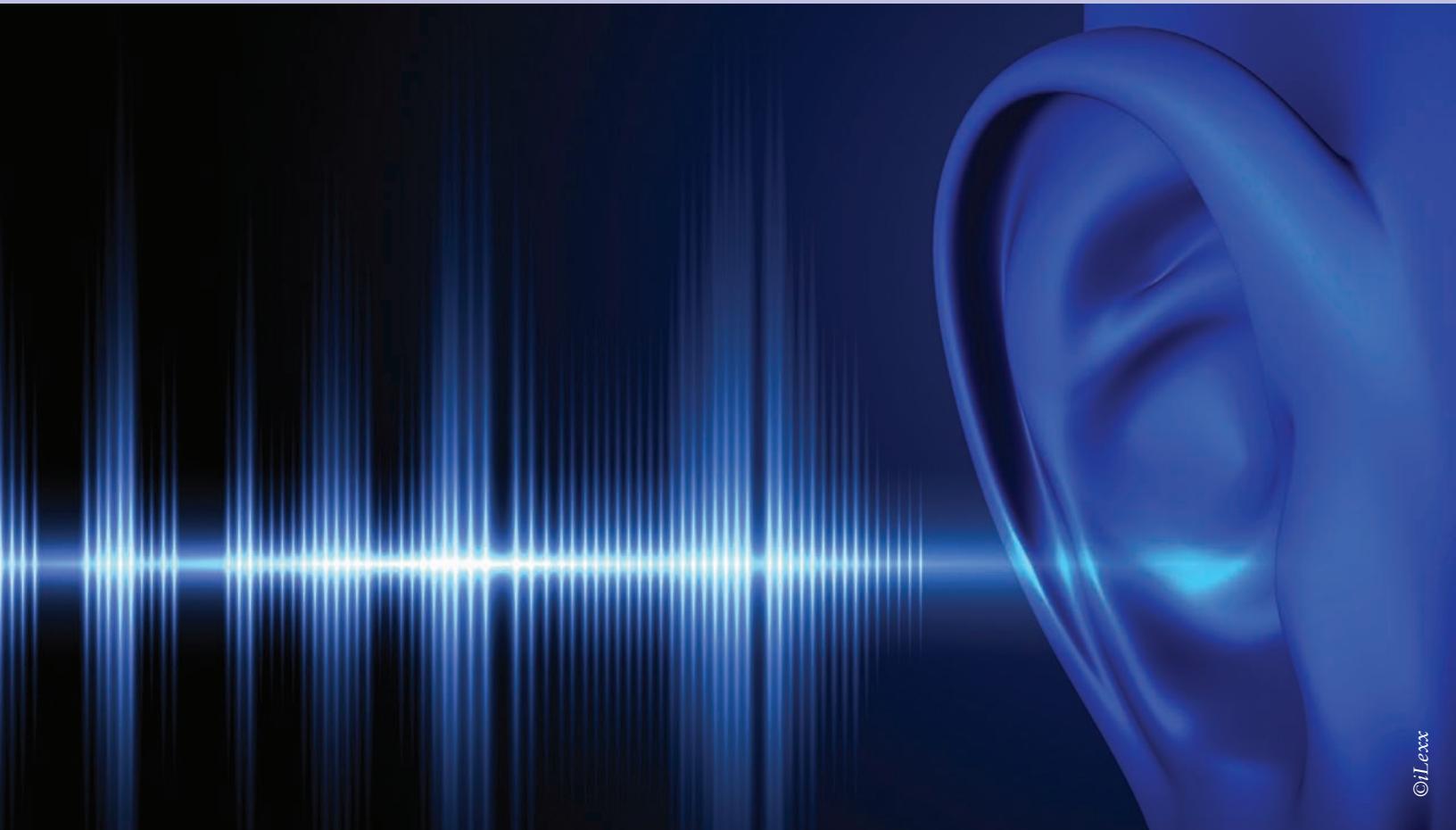




June/juin 2017
Volume 35, Issue/numéro 2

ORNAC
JOURNAL

REVUE DE
L'AIISOC



©iLexx

Noise and distractions • Bruit et distractions

Sensory devices • Dispositifs sensoriels

ORNAC Spotlight • Pleins feux sur l'AIISOC



www.ORNAC.ca / www.AIISOC.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

For more information, call your local Medline representative or email 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 2, June 2017

TABLE OF CONTENTS



- 13** Communication, noise, and distractions in the Operating Room: The impact on patients and strategies to improve outcomes
By: HEATHER PLAXTON RN, BScN, MN (NP)

- 28** It Just Makes Sense: Keeping Sensory Devices with Surgical Patients
By: JAIME PRYSTENSKI, RN, BN, MN, HEATHER NOWAK, RN, BN, AND LANCE BARBER, BSc, MBA

ORNAC NETWORK

- 24** ORNAC Award & Bursary Opportunities

- 49** Spotlight on ORNAC Members:
An Interview with Margaret Farley

- 17** Upcoming Events



SUBSCRIPTIONS:

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

GST/HST# 84200 7148
ISSN 1927-6141

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

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

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

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

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

ORNAC Board Members

BRITISH COLUMBIA

Donna Graminga 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 McNevin RN,
BScN, CPN(C)

NEWFOUNDLAND & LABRADOR

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

LEADERSHIP

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

ADVANCED PRACTICE

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

EDUCATION

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

For information about the
Board visit

www.ORNAC.ca

ORNAC MISSION

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

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



REVUE DE L'AIISOC

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

Publiée chaque trimestre ✦ Volume 35, numéro 2, juin 2017

TABLE DES MATIÈRES



© iLexx

18 Communication, bruit et distractions en salle d'opération : impact sur les patients et stratégies pour améliorer les résultats

PAR : HEATHER PLAXTON INF., B.Sc.INF., M.S.INF. (IP)

36 C'est tout à fait logique : maintenir les dispositifs sensoriels avec les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale

BY: JAIME PRYSTENSKI, INF., B.S.INF., M.S.INF., HEATHER NOWAK, INF., B.S.INF., ET LANCE BARBER, B. SC., M.B.A.

RÉSEAU DE L'AIISOC

24 Opportunités de bourses/prix de l'AIISOC

45 Pleins feux sur les membres de l'AIISOC : une entrevue avec Margaret Farley

17 Prochains événements



ABONNEMENT :

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

TPS/TVH n° 84200 7148
ISSN 1927-6141

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 :

Sherri Keenan

TRADUCTION :

Jocelyne Demers-Owoka

COPRÉSIDENTES DU COMITÉ DE RÉDACTION :

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

CHANGEMENTS D'ADRESSE :

Membres de l'AIISOC :
www.AIISOC.ca pour effectuer
un changement d'adresse.

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

Comité de direction de l'AISOC

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

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

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

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

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

Conseil d'administration de l'AISOC

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Donna Graminga, 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 McNevin, inf.,
B.Sc.inf., CSP(C)

TERRE-NEUVE-ET- LABRADOR

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

LEADERSHIP

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

PRATIQUE AVANCÉE

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

ÉDUCATION

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

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

MISSION DE L'AISOC

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

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



Advertiser Directory / Annuaire des annonceurs

Cardinal Health Canada	51	RMAC Surgical	52
Ecolab	17	Southlake Regional Health Centre	23
Instrumentarium	7	Vancouver Coastal Health	23
Medline Canada	2		



Looking For Information About
Advertising In This Journal?

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



info@ClockworkCanada.com

or / ou

902.442.3882

OUTGOING PRESIDENT'S MESSAGE

Cathleen Ferguson RN, BScN, RNFA, CPN(C), is the Manager of OR/Perioperative Services at St. Martha's Regional Hospital in Antigonish NS and also works as an RN First Assistant. She is a past member of the ORNAC Standards Committee and past Chair of the Nominations Committee.



As the outgoing President of ORNAC I am very grateful to the members, board directors and collaborative partners with whom we have accomplished so much in a two year period...that passed too quickly.

Together we launched the research validation of the ORNAC Standards as well as beginning Phase 1 of the ORNAC influence strategy initiative in collaboration with CNA.

We also increased access to on-line webinars and launched ORNAC's on-line boutique. We held the first ever "AGM on the road," in PEI, to bring ORNAC to the members.

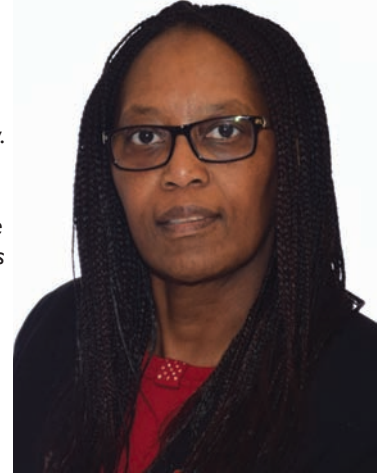
We enhanced communication including the re-design of the ORNAC website, monthly e-blasts, the Timeout newsletter, and an increase in the availability of French in ORNAC business.

ORNAC has reaped great benefit from the strength and commitment of those volunteers who serve on the Board of Directors and ensure that ORNAC runs effectively. We have also been strengthened by our Executive Director's team at Events & Management Plus. Thank you to all of you who have supported me during my presidency – you should all be proud of what you have accomplished. I wish Barbara Mushayandebvu every success as she steps into this role.

Finally, thank you to the ORNAC members for the opportunity to serve them and to be a proud part of this strong and growing association. 🌟

INCOMING 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.



As I write my first message as President of ORNAC I feel so humbled to be given the chance to share my vision and passion for ORNAC and to work with you to continue ORNAC's journey forward.

My mandate is to ensure that ORNAC runs well and to bring to life the ORNAC Mission, Vision, and Values for perioperative nurses across Canada. I will bring the accountability, sustainability, and dependability needed to drive ORNAC forward. In my election platform I committed to the following:

1. **Lead** the implementation of ORNAC's strategic plan;
2. **Advocate** for perioperative registered nursing practice and patient safety;
3. **Implement** strategies to support ORNAC's sustainability as identified in the strategic plan;
4. **Inspire** and encourage teamwork on the Board; and
5. **Encourage** membership engagement and participation in ORNAC.

ORNAC needs to set the stage to engage with the future generations of members and become an inter-generational organization. There is ever-increasing competition for the time and money of incoming and future members and so ORNAC must address the generational differences, leverage each generation's strengths, and understand the values and priorities of different generations.

United together we can build a strong future for perioperative nursing in Canada and create a sustainable professional voice for our members and their focus on patient safety.

Thank you to Cathleen Ferguson for her years of commitment to ORNAC. I wish her well in her future endeavours. 🌟

EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE

Heather Dow, CAE, CPhT, ORNAC Executive Director
executivedirector@ornac.ca



At the May 2017 ORNAC National Conference we were pleased to release the 13th Edition of the ORNAC Standards, Guidelines and Position Statements for Registered Nurses.

Brought to fruition by a strong team of dedicated Standards Committee volunteers (co-chaired by Chris Downey and Corenia Price), and with the guidance of Dr. Kevin Woo (Assistant Professor at the School of Nursing, Queen's University), the 13th Edition of the ORNAC Standards, Guidelines and Position Statements for Registered Nurses has been released with the validation process completed for Sections 3 and 4. The validation process, measured by a verification system, confirms this document meets the necessary requirements and that it fulfills its intended purpose in the perioperative environment. These are critical components for the enhancement of patient safety in healthcare in order to ensure that perioperative nursing practice is consistent with the ORNAC Mission, Vision, and Values that promote excellence.

Professional standards assist us in making evidence-informed decisions,

Professional standards assist us in make evidence-informed decisions, promote accountability for our actions, and support competence in the workplace.

promote accountability for our actions, and support competence in the workplace. They are patient-centred, promote the best possible outcome, and minimize exposure to the risk of harm. This document encourages us to enhance our knowledge-base, on an ongoing basis, through experience, continuing education, and the use of the latest guidelines. The use of the Standards, Guidelines and Position Statements for Registered Nurses is critical to patient and staff safety, quality assurance, and risk management. We must continue to ensure that we meet, or exceed, established professional standards to maintain the trust and respect of our patients and the community.

A heartfelt thank you to the entire team of reviewers, translators, validators, and editors. You are wonderfully dedicated, very generous with your time, expertise, and commitment, and we appreciate your expert contributions to this document.

Thank you to all involved for advancing ORNAC's vision 'to be the leader in perioperative practice & patient safety through a strong, unified national association that enhances and advances the practice of perioperative Registered Nurses & Associates.'

The 13th Edition of the ORNAC Standards, Guidelines and Position Statements for Registered Nurses are available for purchase at www.shop.csa.ca. 🍁

MOT DE LA PRÉSIDENTE SORTANTE

Cathleen Ferguson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C), est directrice des services en salle d'opération/ périopérateurs à l'Hôpital régional St-Martha, à Antigonish, en Nouvelle-Écosse. Elle est aussi infirmière première assistante en chirurgie. Elle a déjà été membre du comité des normes et présidente du comité des mises en candidature de l'AIISOC.



A titre de présidente sortante de l'AIISOC, je suis très reconnaissante envers les membres, le conseil d'administration et les partenaires de collaboration avec lesquels nous avons accompli tant de choses en deux ans...le temps a passé trop vite.

Ensemble, nous avons lancé le processus de validation de la recherche pour les normes de l'AIISOC et nous avons entamé la phase 1 de l'initiative de stratégie d'influence de l'AIISOC en collaboration avec l'AIIC.

Nous avons également accru l'accès aux webinaires en ligne et nous avons lancé la boutique en ligne de l'AIISOC, en plus de tenir la toute première « AGA sur la route », à l'Î.-P.-É., pour que l'AIISOC se déplace vers ses membres.

Nous avons amélioré les communications, notamment en repensant la conception du site Web de l'AIISOC, en faisant des envois mensuels de masse, en rédigeant le bulletin d'information Pause! et en offrant plus de matériel en français dans les affaires de l'AIISOC.

L'AIISOC a tiré des avantages considérables de la force et de l'engagement des bénévoles qui siègent au conseil d'administration et qui s'assurent que l'AIISOC opère de manière efficace. L'équipe de l'entreprise Events & management Plus de notre directrice générale a permis de renforcer notre gouvernance. Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont appuyée lors de mon mandat, vous devriez tous être fiers de ce que vous avez accompli. Je souhaite à Barbara Mushayandebvu beaucoup de succès dans son nouveau rôle.

Pour terminer, je remercie tous les membres de l'AIISOC de m'avoir donné l'occasion de les servir et de faire fièrement partie d'une association solide et en constante évolution. ✨

Cathleen Ferguson

MOT DE LA NOUVELLE 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.



Au moment d'écrire mon premier message à titre de présidente de l'AIISOC, je me sens très honorée d'avoir la chance de partager ma vision et ma passion de l'AIISOC et de travailler avec vous pour continuer de faire progresser l'AIISOC.

Mon mandat est de veiller à ce que l'AIISOC fonctionne adéquatement et de donner vie à la mission, la vision et les valeurs de l'AIISOC pour les infirmières et les infirmiers en soins périopérateurs d'à travers le Canada. J'apporterai la responsabilisation, la viabilité et la fiabilité nécessaires pour faire progresser l'AIISOC. Dans ma plateforme électorale, je me suis engagée à ce qui suit :

1. **Diriger** la mise en œuvre du plan stratégique de l'AIISOC;
2. **Plaider en faveur** de la pratique des soins périopérateurs et de la sécurité des patients;
3. **Mettre en œuvre** des stratégies visant à appuyer la viabilité de l'AIISOC, identifiées dans le plan stratégique;
4. **Inspirer** et encourager le travail d'équipe au sein du conseil d'administration;
5. **Encourager** l'engagement et la participation des membres au sein de l'AIISOC.

L'AIISOC doit jeter les bases afin de faire participer et de répondre aux besoins des générations futures de membres et devenir un organisme intergénérationnel. Le temps et l'argent de nos membres actuels et futurs sont de plus en plus sollicités et l'AIISOC doit aborder les différences générationnelles, miser sur les forces de chaque génération et comprendre que différentes générations auront différents points de vue et priorités.

Ensemble, nous pouvons bâtir un solide avenir pour les soins périopérateurs au Canada et créer une voix professionnelle durable pour nos membres et leur priorité, soit la sécurité des patients.

Je tiens à remercier Cathleen Ferguson pour ses années d'engagement envers l'AIISOC. Je lui souhaite beaucoup de succès dans ses projets. ✨

Barbara Mushayandebvu

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Heather Dow, CAE, TPC, directrice générale de l'AIISOC
executivedirector@ornac.ca



Lors de la Conférence nationale de l'AIISOC de mai 2017, nous étions très heureux de diffuser la 13e édition des Normes, lignes directrices et énoncés de position de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires.

Grâce à une solide équipe composée de bénévoles dévoués du Comité des normes (coprésidée par Chris Downey et Corenia Price), et avec les précieux conseils du Dr Kevin Woo (professeur agrégé à l'école des sciences infirmières de l'Université Queen's), la 13e édition des Normes, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique de soins infirmiers périopératoires a été diffusée dans lesquelles les sections 3 et 4 avaient subi un processus de validation. Ce processus de validation, évalué à l'aide d'un système de vérification, confirme que ce document répond aux exigences nécessaires et qu'il remplit les objectifs fixés en milieu

périopératoire. Ces éléments sont essentiels à l'amélioration de la sécurité du patient dans les soins de santé afin de veiller à ce que la pratique des soins périopératoires soit cohérente avec la mission, la vision et les valeurs de l'AIISOC qui font la promotion de l'excellence.

Les normes professionnelles nous aident à prendre des décisions fondées sur des données probantes, à faire la promotion de la responsabilisation de nos actions et à appuyer les compétences en milieu de travail. Elles sont axées sur le patient, favorisent les meilleurs résultats possible et réduisent l'exposition au risque de préjudice. Ce document nous encourage à perfectionner notre base de connaissances de façon continue par le biais de l'expérience, de la formation continue et de l'utilisation des dernières lignes directrices. La consultation des Normes, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique de soins

infirmiers périopératoires est essentielle pour la sécurité du patient et du personnel, l'assurance de la qualité et la gestion des risques. Nous devons continuer à nous assurer que nous répondons, ou dépassons, les normes professionnelles établies afin de préserver la confiance et le respect de nos patients et de la communauté.

Nous tenons à remercier très sincèrement toute l'équipe de réviseurs, de traducteurs, de valideurs et de rédacteurs. Vous êtes vraiment des personnes dévouées, très généreuses de votre temps, de votre expertise et de votre engagement et nous apprécions votre contribution à titre d'experts à ce document.

Nous remercions également toutes les personnes impliquées dans les efforts pour faire progresser la vision de l'AIISOC « d'être un leader en pratique périopératoire et en sécurité du patient par l'entremise d'une association nationale solide et unie qui améliore et fait progresser la pratique des infirmières et infirmiers en soins périopératoires et des associés ».

Vous pouvez faire l'achat de la 13e édition des Normes, lignes directrices et énoncés de position pour la pratique de soins infirmiers périopératoires à www.shop.csa.ca. 🍁

Les normes professionnelles nous aident à prendre des décisions fondées sur des données probantes, à faire la promotion de la responsabilisation de nos actions et à appuyer les compétences en milieu de travail.

CORRECTION ACKNOWLEDGEMENT

In the September 2015 article titled “Understanding OR Nurses’ Reactions to Errors and using this Understanding to Improve Patient Safety” the Journal’s committee was unaware that the authors had used a research questionnaire that was not their own. We regret that this article was published without the creator of the questionnaire, Dr. Robin Chard, having granted permission for its use or being properly recognized in the article. We apologize to Dr. Chard for this oversight and wish to assure our readers that this unfortunate breach of protocol did not impact on the validity of the research, or the article, itself.



Dans l’article du mois de septembre 2015 intitulé « Comprendre les réactions des infirmières en SOP face aux erreurs et se servir de cette compréhension pour améliorer la sécurité des patients », le comité de rédaction de la Revue ignorait que les auteurs avaient utilisé un questionnaire de recherche qui ne leur appartenait pas. Nous regrettons que cet article ait été publié sans que le propriétaire du questionnaire, le Dr Robin Chard, ait accordé son autorisation ou que ce dernier ait été adéquatement reconnu dans l’article. Nous nous excusons auprès du Dr Chard pour cette erreur et nous souhaitons assurer nos lecteurs que cette regrettable violation du protocole n’a eu aucune répercussion sur la validité de la recherche ni de l’article en lui-même.

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.

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.

COMMUNICATION, NOISE, AND DISTRACTIONS IN THE OPERATING ROOM: THE IMPACT ON PATIENTS AND STRATEGIES TO IMPROVE OUTCOMES.

Author: Heather Plaxton RN, BScN, MN (NP), graduated from the University of Saskatchewan with a BScN in 2000. She began her nursing career on a surgical/burn unit and then took the Perioperative program. She worked in the OR for a few years and then started teaching the Perioperative and MDR program at Saskatchewan Polytechnic. In May of 2016 she completed her Master of Nursing (NP) at the University of Saskatchewan. This article is based on a paper submitted to her research class as part of this program.

ABSTRACT:

The operating room is a complex environment where noise, distractions, and case relevant and irrelevant communication can adversely impact patient care by prolonging surgeries and increasing the risk for adverse outcomes. This article explores the evidence regarding how communication, noise, and distractions impact the multidisciplinary team and patient outcomes and proposes strategies to deal with these workplace variables.

INTRODUCTION

The operating room (OR) is one of the most complex healthcare work environments and is dynamic and very interactive. Physicians and nurses must be able to excel at teamwork and communicate effectively to ensure optimal patient outcomes. Staff interactions and communication include case-relevant, non-case-relevant, and teaching conversations. The OR has, in addition to communication, music playing, loud equipment, and unwarranted traffic. All of these impact staff and patients.¹ This article describes communication, noise, and distractions in the OR, the impact they have on staff

and patients, and the interventions to improve patient outcomes.

Communication

Communication among the various surgical team members is of the utmost importance in the OR. Case-relevant communication includes discussions about the patient, equipment, and projected outcomes of the case. Communication regarding the case allows the team to prepare for complications and anticipate events. Case-relevant communication starts when the room is being prepared for a patient and continues throughout the perioperative period.²

Ideally, case-relevant communication should promote positive outcomes for the patient and enhance cohesiveness for the surgical team.¹ Team members must stay engaged in the information that is being shared.³ Communication breakdown frequently occurs regarding equipment issues. Halverson et al.⁴ found that communication failures in the OR were significantly apparent in equipment and progress reports and led to inefficiencies and procedural delays.

Communication among the various surgical team members is of the utmost importance in the OR.

Non-case-relevant communication, or small talk, in the OR can take place throughout the entire case. It can improve interpersonal relationships amongst the staff and improve the relationship of the team.¹ Small talk most often occurs when the workload is low, non-stressful, and fairly routine. Often small talk will occur during wound closure when the surgeon is more relaxed and able to visit with the staff at the end of a long case. The attending surgeon will, however, often leave the closure to the resident who may not be as experienced at suturing and could require additional concentration that can be disrupted by small talk. Lower concentration levels can result in less precise suturing, more damaged tissue, or too much tension in the sutures which can increase the risk of surgical site infections (SSI).² It is difficult to ignore interesting conversations but they, nonetheless, can impair the coordination and concentration of the staff. Non-case-relevant conversation typically occurs when the stress and workload are low and may possibly impair the team's performance.¹

Noise

There are many sources of noise in the OR including loud equipment, music, the opening and closing of doors, suction, phones, alarms, and conversation among multiple team members. Hasfeldt et al⁶ found noise levels exceeded the recommended levels (30dB(A) set by the International Noise Council) by more than 100% and peaked at 400%. Noise can be very disruptive and have a negative impact on the performance of the surgical team members. When noise levels are high the staff need to raise their voices to be heard and understood which can further add to the noise level. Constant exposure to noise can hamper attention levels as well as intellectual, psychomotor, and memory functions specifically while attempting to multitask. Katz⁶ reported that the detrimental effect of constant noise for anesthesia residents was a deterioration of short-term memory and mental efficiency.

Music is often played in the OR and can be very relaxing for both the staff and the

patient. It can improve surgeon efficiency and prevent distraction. There have been a multitude of studies proving the positive effect of music in the OR on the staff and the patients.^{7,8} There are, however, times when it can be detrimental depending on the volume of the music and the situation in the OR.⁸ According to Weldon et al.,⁸ 20-26% of OR staff stated that music, especially during critical times, hinders communication and provides a distraction.

Equipment, alarms, suction, cautery, and forced air units are used routinely during cases and result in very high noise levels. Noise disrupts OR communication, as the auditory processing function of the staff is diminished, and the negative impact of noise is greater when the OR staff is stressed which can adversely impact staff performance.^{5,9} Critical conversations can be difficult to understand and communication can break down when the sound levels are high.⁴ Communication breakdown can include the need for repeated requests leading to frustrated personnel and adding time to the procedure. Weldon et al.⁸ reported that each repeated request adds between 4 and 68 seconds to the OR time.

Distractions

Distractions, resulting from interruptions, happen throughout operative cases. Some are preventable but others are not. Doors opening and closing, people entering and exiting the room, individuals answering pages/calls not pertaining to the case, are all routine distractions in the OR. Seelandt et al.¹ noted in their observational study that distractions occur every one to three minutes during most cases in the study. These interruptions have been shown to negatively affect the surgical team's performance. Interruptions, even minor, can affect complex tasks possibly resulting in major events that impact the patient.¹

The use of cell phones and tablets in the OR is a controversial topic among staff members. Some anaesthesiologists,

The use of cell phones and tablets in the OR is a controversial topic among staff members.

Side conversations that include the circulating nurses, anaesthetists, or visitors can be very distracting to the surgical team.

nurses, and surgeons use their phones or tablets during cases to receive calls and texts, read pertinent medical information, share pictures, and other personal uses if time permits. Devices can be beneficial when they are used appropriately. Conversely, device use can reduce focus, slow reaction time and decrease staff performance by negatively impacting on decision-making and mental concentration.¹¹ Most ORs have a policy restricting cellphones. But some surgeons, anaesthetists, and nurses persist in bringing them into the OR.

Calls or pages for the surgical team often happen during a case and they can take the surgeon's focus away from the surgery and the patient. The circulating nurse is often taken away from important tasks to answer calls which can result in inattentiveness and loss of focus on the case.

Side conversations that include the circulating nurses, anaesthetists, or visitors can be very distracting to the surgical team. Attention is frequently pulled away to participate in these conversations and this negatively affects the surgical performance. Healey et al.¹² observed interruptions in the OR and found them to be a distraction to the surgical team and discussed that further research should be done albeit it can be difficult to effectively study this without a risk to patient safety.

Teaching students, or bystanders, can also be distracting for the surgical team. Wheelock et al.⁴ observed that, interestingly, when surgeons were teaching surgical residents the nurses appeared to delay or suppress interaction with the team and poor communication was noted.

Impact on the Patient

Case relevant information that is shared with team members typically improves patient outcomes and team member relationships. Distractions and interruptions can, however, negatively impact patient outcomes by prolonging cases and, thereby, increasing the risk

of surgical site infections. Letts & Doemer¹³ also concluded that conversation contributes to airborne contamination in the OR as well as the presence of increased bacteria in simulated wounds that possibly increases the incidence of SSIs. They sprayed human albumin on the face and nostrils of scrubbed personal and measured its presence in simulated wounds after increased conversation. Door openings during the case has also been shown to affect rates of SSIs. Lynch et al.¹⁴ found that surgeries with increased number of door openings had higher risk of patients developing SSI. Bedard et al.¹⁵ found that there was a high rate of door openings and traffic during total joint arthroplasties at their facility in Quebec. Door openings increase the bacterial count and disrupt the laminar air flow and may increase the rate of prosthetic joint infections. Smith et al.¹⁶ laid out sterile RODAC plates near the surgical site during orthopaedic surgeries and noted that frequent door openings increased the number of contaminated plates by 70% when compared with no door openings.

Strategies to improve patient outcomes

Strategies to improve patient outcomes could include educating all members of the team to encourage them to limit interruptions or participation in extraneous conversation during critical times.¹⁷ Distractions and interruptions are not always preventable but if they can be controlled there is hope to decrease potential errors.⁴ A team huddle each morning could include discussing strategies to decrease the noise level, limit the opening and closing of doors, minimize visitors, and reduce the necessity of answering phone calls and pagers during the case and, most specifically, during induction, incision, and emergence.⁵ Posting "Do Not Enter" signs on the door may deter visits from other staff especially during critical times such as when instrumentation is used and the risk for SSI's is extremely high. Berard et al.¹⁵ even suggest locking the external

door once the patient has entered the room. Other signs such as “Shhhh” have proven helpful in some facilities when communication becomes very noisy.⁹ Creating laminated hand off documents and equipment alerts for staff, when applicable, may also help improve communication related to these two variables.¹⁰ Limiting the use of cell phones and tablets, and discussing protocols for their disinfection, would decrease the amount of bacteria and reduce the risk of infection.^{5,18} Limiting non-case-relevant conversations should be an important goal of the surgical team in order to help all team members stay vigilant, especially during wound closure, to potentially decrease the risk of SSIs.²

CONCLUSION

This review of communication practices, sources of noise, and causes of distraction has outlined a series of issues that routinely occur in many OR settings. Communication is extremely important amongst the multi-disciplinary team but not all communication is necessary and some can be distracting, prolong cases, and possibly increase the incidence of SSIs. Many of these distractions and current practices can be addressed, and strategies implemented, to enhance the

efficiency of the OR, increase the effectiveness of the staff, and improve patient outcomes.

Providing an environment in the OR with as few interruptions or distractions as possible, reducing noise levels and traffic, and improving teamwork should become part of the many routines already in place to improve patient outcomes and optimize patient care.^{2,10,11}

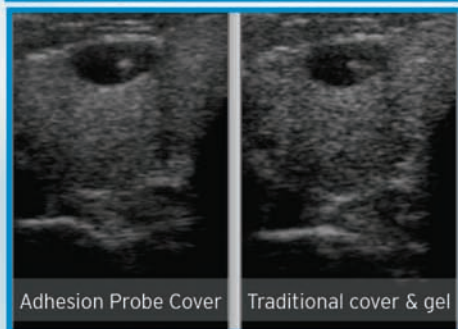
REFERENCES

1. Seelandt, J. et al. Assessing distractors and teamwork during surgery: developing an event-based method for direct observation. *BMJ Qual Saf.* 2014;(23):918-929 doi:10.1136/bmjqs-2014-002860
2. Tschan, F. et al. Impact of case-relevant and case-irrelevant communication within the surgical team on surgical site infection. *BJ Surgery.* 2015;102 (13):1718-1725.
3. Russ, S. et al. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann. Surg.* 2013; 258(6):856-871.
4. Halverson, A. et al. Communication failure in the operating room. *Surgery* 2011;149 (3): 305-310.
5. Hasfeldt, D.Noise in the Operating Room- what do we know? A review of the literature. *J PeriAnest Nurs .* 2010;25(6):380-386
6. Katz, J. Noise in the operating room. *Anesthesiology.* 2015;121(4): 894-898
7. Ross, J. Distractions and interruptions in the perianesthesia environment: a real threat to patient safety. *J PeriAnesth Nurs.* 2013; 28(1):38-39.
8. Weldon, S. Korkiakangas, T., Bezemer, J., Kneebone, R. Music and communication in the operating room. *J Adv Nurs.* 2015; 71(12): 2763-2774.

9. Wheelock, A. et al. The impact of operating room distractions on stress, workload, and teamwork. *Ann. Surg.* 2015;261 (6):1079-1084.
10. Clark, G.J. Strategies for preventing distractions and interruptions in the operating room. *JORN.* 2013; (97) 6: 702-706. Help
11. Gill, P.S., Kamath, A., Gill, T.S. Distraction: an assessment of smartphone usage in health care work settings. *Risk Manag Healthc Policy* 2012 5: 105-114
12. Healey, A., Sendales, N., Vincent, C. Measuring intraoperative interface from distraction and interruption observed in the operating theater. *Ergonomics Patient Safety* 2006; 9: 5-6.
13. Letts, R.M., Doermer, E. Conversation in the operating theater as a cause of airborne bacterial contamination. *J Bone Joint Surg Am.* 1983; 65 (3): 357-362
14. Lynch, R. et al. Measurement of foot traffic in the operating room: implications for infection control. *Am J Med Quality.*2009; 24(1):537-52.
15. Bedard, M. et al. Traffic in the operating room during joint replacement is a multidisciplinary problem. 2015; 58 (4): 232-236.
16. Smith, E. et al. The Effect of Laminar airflow and door openings on operating room contamination. *The J of Arthroplasty.* 2013 28 (9) 1482-1485.
17. Pape, T. The role of distractions and interruptions in operating room safety. *Periop Nrsing Clinics.* 2011; 6(2): 101-111.
18. Shakir, I., Patel, N., Chamberland, R., Kaar, S. Investigation of cell phones as a potential source of bacterial contamination in the operating room. *J Bone and Joint Surgery.* 2015; 97 (3): 225-231.

ORNAC Standards pertaining to this article can be found in the *Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) Standards for Perioperative Registered Nursing Practice* (12th edition, October 2015). Section 4, p. 256 Standard (s) 4.3. and Section 2, p.119 Standard 2.6.

Equipment drapes can be innovative.



Adhesion™ Probe Covers deliver faster, easier imaging for sterile procedures

With an adhesive tip that secures the probe cover to the transducer, Adhesion enhances speed and ease of use.

- ▲ **Quick transducer preparation** - A medical grade adhesive secures the probe cover to the transducer and eliminates the need for gel inside the cover, saving valuable time
- ▲ **Easy clean up** - The adhesive leaves no residue on the transducer when removed, and no gel inside the cover means quick and easy clean up
- ▲ **Uncompromised image quality** - There is no change to the image quality when using an Adhesion Probe Cover vs. a traditional probe cover with gel, giving you confidence in visualization

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



© 2017 Ecolab USA Inc. All rights reserved.

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

26 th ORNAC National Conference	Halifax, NS	April 26 - 30, 2019
--	-------------	---------------------

OTHER CONFERENCES • AUTRES CONFÉRENCES

AORN (www.aorn.org)	Boston, MA	April 1 - 5, 2017
IPAC Canada (www.ipac-canada.org)	Charlottetown, PEI	June 19 - 21, 2017
Perioperative 'Education at Sea' Cruise (www.educationatsea.com.au)	Departs from Singapore	July 22 - 29, 2017
National Health Leadership Conference (www.nhlc-cnls.ca)	Vancouver, BC	June 12 - 13, 2017
ACORN and ASIORNA (www.acorn.org.au)	Adelaide, Australia	May 23 - 26, 2018

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

COMMUNICATION, BRUIT ET DISTRACTIONS EN SALLE D'OPÉRATION : IMPACT SUR LES PATIENTS ET STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS.

Auteur : Heather Plaxton, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf. (IP), a obtenu son B.Sc.Inf de l'Université de la Saskatchewan en 2000. Elle a commencé sa carrière en soins infirmiers au sein d'une unité de chirurgie/soins aux brûlés, puis elle a suivi le programme de soins périopératoires. Elle a travaillé en SOP durant quelques années pour ensuite commencer à enseigner dans le programme de soins périopératoires et le programme de retraitement des dispositifs médicaux à l'École polytechnique de la Saskatchewan. En mai 2016, elle a terminé sa maîtrise en soins infirmiers (IP) à l'Université de la Saskatchewan. Cet article se base sur un travail qu'elle a soumis à son cours en recherche dans le cadre de ce programme.

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

RÉSUMÉ

La salle d'opération est un environnement complexe où le bruit, les distractions et les communications peropératoires peuvent avoir des répercussions négatives sur les soins aux patients en prolongeant les chirurgies et en augmentant le risque de résultats défavorables. Cet article examine les données probantes relatives à la façon dont la communication, le bruit et les distractions influencent l'équipe multidisciplinaire et les résultats pour les patients et il propose des stratégies pour gérer ces variables en milieu de travail.

en équipe et communiquer efficacement afin de veiller à ce que les patients obtiennent des résultats optimaux. Les interactions et la communication entre le personnel incluent des conversations peropératoires et des conversations d'apprentissage. En plus de la communication qui doit s'y faire, la SOP fait jouer de la musique, elle contient de l'équipement bruyant et une circulation injustifiée. Tous ces éléments ont des répercussions sur le personnel et les patients.¹ Le présent article décrit la communication, le bruit et les distractions en SOP, l'impact qu'ils ont sur le personnel et les patients et propose des interventions pour améliorer les résultats pour les patients.

INTRODUCTION

Dynamique et très interactive, la salle d'opération (SOP) constitue l'un des environnements de travail les plus complexes dans le domaine des soins de santé. Les médecins et les infirmières doivent pouvoir exceller en travaillant

Communication

La communication entre les différents membres de l'équipe chirurgicale est de la plus grande importance en SOP. La

La communication entre les différents membres de l'équipe chirurgicale est de la plus grande importance en SOP.

Il existe de nombreuses sources de bruit en SOP, notamment l'équipement bruyant, la musique, l'ouverture et la fermeture des portes, la succion, les téléphones, les alarmes et les conversations entre les différents membres de l'équipe.

communication peropératoire comprend des discussions au sujet du patient, du matériel et des résultats escomptés. La communication concernant le cas permet à l'équipe de se préparer aux complications et d'anticiper les événements. La communication peropératoire commence lors de la préparation de la salle pour un patient et se poursuit tout au cours de la période périopératoire.²

La communication peropératoire devrait idéalement promouvoir les résultats positifs pour le patient et améliorer la cohésion au sein de l'équipe chirurgicale.¹ Les membres de l'équipe doivent demeurer à l'écoute de l'information qui est partagée.³ Des problèmes de communication surviennent souvent relativement aux problèmes de matériel. Halverson et coll.⁴ ont découvert que les problèmes de communication en SOP étaient nettement apparents dans les rapports de matériel et de progrès et engendraient des pertes d'efficacité et des délais lors des interventions.

La communication peropératoire ou le bavardage en SOP peut avoir lieu tout au long de l'intervention. Ce genre de communication peut améliorer les relations interpersonnelles entre le personnel ainsi que les liens entre les membres de l'équipe.¹ Le bavardage a souvent lieu lorsque la charge de travail est moindre, non stressante et routinière. Souvent, le bavardage survient lors de la fermeture de la plaie, lorsque le chirurgien est plus décontracté et qu'il peut bavarder avec le personnel à la fin d'une longue intervention. Toutefois, le chirurgien traitant laissera souvent la tâche de fermer la plaie au résident ayant moins d'expérience pour suturer et nécessitant donc plus de concentration. Le bavardage pourrait alors le déranger. Un niveau de concentration plus faible peut réduire la précision des sutures, causant plus de dommages aux tissus ou faire en sorte que les sutures sont trop tendues, ce qui peut accroître le risque d'infections du site opératoire (ISO).² Il est difficile d'ignorer les conversations intéressantes, mais elles peuvent néanmoins nuire à la coordination et à

la concentration du personnel. Les conversations peropératoires ont généralement lieu quand il y a moins de stress et que la charge de travail est plus faible et elles peuvent possiblement nuire au rendement de l'équipe.¹

Bruit

Il existe de nombreuses sources de bruit en SOP, notamment l'équipement bruyant, la musique, l'ouverture et la fermeture des portes, la succion, les téléphones, les alarmes et les conversations entre les différents membres de l'équipe. Hasfeldt et coll.⁶ ont conclu que le niveau de bruit dépassait le niveau recommandé (30 dBA fixé par le International Noise Council) de plus de 100 % et qu'il culminait à 400 %. Le bruit peut déranger considérablement et avoir un impact négatif sur le rendement des membres de l'équipe chirurgicale. Lorsque le niveau de bruit est élevé, le personnel doit lever le ton pour se faire entendre, ce qui peut faire augmenter encore davantage le niveau de bruit. L'exposition constante au bruit peut nuire au niveau d'attention ainsi qu'aux fonctions intellectuelles, psychomotrices et mnésiques surtout quand le personnel essaie d'effectuer plusieurs tâches à la fois. Katz⁶ a indiqué que l'effet néfaste du bruit constant pour les résidents en anesthésie était une détérioration de la mémoire à court terme et de l'efficacité mentale.

On fait souvent jouer de la musique en SOP et elle peut être très relaxante pour le personnel et le patient. La musique peut améliorer l'efficacité du chirurgien et empêcher les distractions. De nombreuses études ont démontré les effets positifs de la musique en SOP sur le personnel et les patients.^{7,8} Il y a toutefois des moments où elle peut nuire selon son volume et la situation en SOP.⁸ Selon Weldon et coll.,⁸ 20 à 26 % du personnel en SOP a indiqué que la musique, surtout durant les moments critiques, nuit à la communication et est source de distraction.

L'équipement, les alarmes, la succion, les unités de cautérisation et d'air pulsé sont couramment utilisés pendant les

interventions et produisent des niveaux très élevés de bruit. Le bruit nuit à la communication en SOP, car le traitement des informations auditives du personnel est réduit et l'impact négatif du bruit est plus élevé lorsque le personnel en SOP est stressé, nuisant donc au rendement du personnel.^{5,9} Il peut être difficile de comprendre les conversations essentielles et la communication peut être interrompue lorsque le niveau de bruit est élevé.⁴ Une interruption de communication peut inclure le besoin de répéter les demandes ce qui peut entraîner de la frustration au sein du personnel et prolonger l'intervention. Weldon et coll.⁸ ont signalé que chaque demande répétée ajoute entre 4 et 68 secondes au temps en SOP.

Distractions

Les distractions, causées par les interruptions, surviennent tout au cours des interventions. Certaines sont évitables, d'autres non. L'ouverture et la fermeture des portes, les personnes qui entrent et sortent de la salle, les personnes qui répondent à des appels qui ne sont pas pertinents au cas constituent tous des distractions courantes en SOP. Seelandt et coll.¹ ont remarqué dans leur étude d'observation que les distractions survenaient toutes les une à trois minutes durant la plupart des cas de l'étude. Il a été démontré que ces interruptions avaient des effets négatifs sur le rendement de l'équipe chirurgicale. Les interruptions, même mineures, peuvent nuire aux tâches complexes engendrant possiblement des événements graves nuisibles au patient.¹

L'utilisation des téléphones cellulaires et des tablettes en SOP constitue un sujet controversé parmi les membres du personnel. Certains anesthésiologistes, infirmières et chirurgiens utilisent leur téléphone ou leur tablette durant les interventions pour recevoir des appels et des textos, lire de l'information médicale pertinente, partager des photos et d'autres utilisations personnelles, si le temps le permet. Les appareils peuvent être bénéfiques lorsqu'ils sont utilisés de façon appropriée. Inversement, l'utilisation d'appareils peut réduire la

concentration, diminuer le temps de réaction et réduire le rendement du personnel en ayant des répercussions négatives sur la prise de décisions et la concentration mentale.¹¹ La plupart des SOP possède une politique restreignant l'usage des téléphones cellulaires, mais certains chirurgiens, anesthésistes et infirmières persistent à les amener en SOP.

Les appels téléphoniques ou de téléavertisseurs pour l'équipe chirurgicale se produisent souvent durant une intervention et ils peuvent détourner l'attention du chirurgien de la chirurgie et du patient. L'infirmière en service externe doit souvent se soustraire aux tâches importantes pour répondre aux appels ce qui peut causer de l'inattention et une perte de concentration.

Les conversations hors sujet incluant les infirmières en service externe, les anesthésistes ou les visiteurs peuvent grandement déranger l'équipe chirurgicale. L'attention est souvent détournée pour participer à ces conversations et cela influence négativement le rendement chirurgical. Healey et coll.¹² ont observé des interruptions en SOP et ils ont estimé qu'elles constituaient une distraction pour l'équipe chirurgicale. Ils ont établi que davantage de recherches devraient être menées à ce sujet bien qu'il soit difficile d'examiner efficacement ce facteur sans qu'il n'y ait de risques pour la sécurité des patients.

Les étudiants en formation ou les observateurs peuvent également être une source de distraction pour l'équipe chirurgicale. Wheelock et coll.⁴ ont observé que, étonnamment, lorsque les chirurgiens enseignaient aux résidents en chirurgie, les infirmières semblaient retarder ou empêcher les interactions avec l'équipe et ainsi nuire à la communication.

Impact sur le patient

L'information pertinente au cas en cours qui est partagée avec les membres de l'équipe améliore généralement les

L'utilisation des téléphones cellulaires et des tablettes en SOP constitue un sujet controversé parmi les membres du personnel.

Les conversations hors sujet incluant les infirmières en service externe, les anesthésistes ou les visiteurs peuvent grandement déranger l'équipe chirurgicale.

résultats pour le patient ainsi que les relations entre les membres de l'équipe. Les distractions et les interruptions peuvent quant à elles avoir des effets négatifs sur les résultats pour le patient en prolongeant les interventions et, par conséquent, en augmentant le risque d'infections du site opératoire. Letts et Doemer¹³ ont également conclu que les conversations contribuent à la contamination d'origine aérienne en SOP ainsi qu'à la présence accrue de bactéries dans des plaies simulées, ce qui pourrait accroître l'incidence des ISO. Ils ont vaporisé de l'albumine humaine sur le visage et les narines du personnel en service interne, puis ils ont mesuré sa présence dans des plaies simulées après des conversations continues. Il a aussi été démontré que l'ouverture répétée des portes durant les interventions avait des répercussions sur le taux des ISO. Lynch et coll.¹⁴ ont établi que les chirurgies durant lesquelles il y avait eu un nombre accru d'ouvertures de portes présentaient un risque plus élevé que les patients développent une ISO. Bédard et coll.¹⁵ ont confirmé qu'il y avait un taux élevé d'ouvertures de portes et de circulation pendant des arthroplasties totales dans leur établissement au Québec. L'ouverture des portes augmente la numération bactérienne et nuit au courant laminaire, ce qui peut accroître le taux d'infections des prothèses d'articulation. Smith et coll.¹⁶ ont disposé des boîtes RODAC stériles à proximité du champ opératoire pendant des chirurgies orthopédiques et ils ont noté que l'ouverture fréquente des portes faisait augmenter le nombre de boîtes contaminées de 70 % en comparaison à aucune ouverture de porte.

Stratégies pour améliorer les résultats pour le patient

Les stratégies pour améliorer les résultats pour le patient pourraient inclure l'éducation de tous les membres de l'équipe afin de les encourager à limiter les interruptions ou la participation aux conversations superflues pendant les moments critiques.¹⁷ On ne peut pas toujours empêcher les distractions et les interruptions, mais si elles peuvent être contrôlées, nous pouvons espérer réduire

les erreurs potentielles.⁴ Une réunion d'équipe chaque matin pourrait permettre de discuter des stratégies afin de réduire le niveau de bruit, limiter l'ouverture et la fermeture des portes, réduire les visiteurs et diminuer la nécessité de répondre aux appels téléphoniques et de téléavertisseurs pendant les interventions et, surtout, durant l'induction, l'incision et le réveil.⁵ Suspendre des affiches « Ne pas entrer » sur la porte pourrait empêcher les visites des autres membres du personnel, surtout pendant les périodes critiques, comme lorsque des instruments sont utilisés et que le risque pour des ISO est très élevé. Bérard et coll.¹⁵ ont même suggéré de verrouiller la porte extérieure une fois que le patient est entré dans la salle. D'autres affiches, comme « Chut! » se sont avérées utiles dans certains établissements lorsque la communication devient très bruyante.⁹ Des documents laminés à distribuer au personnel ainsi que des alertes d'équipement, le cas échéant, peuvent aussi améliorer la communication liée à ces deux variables.¹⁰ Limiter l'utilisation des téléphones cellulaires et des tablettes et discuter des protocoles associés à leur désinfection pourrait réduire la quantité de bactéries et ainsi le risque d'infection.^{5,18} Restreindre les conversations pendant le cas devrait être un objectif important de l'équipe chirurgicale afin d'aider tous les membres de l'équipe à demeurer vigilants, surtout durant la fermeture de la plaie, afin de possiblement réduire le risque d'ISO.²

CONCLUSION

Ce bilan des pratiques de communication, des sources de bruit et des causes de distraction a mis en lumière une série d'enjeux survenant couramment dans de nombreux milieux en SOP. La communication est extrêmement importante au sein de l'équipe multidisciplinaire, mais toutes les communications ne sont pas nécessaires et certaines peuvent distraire, prolonger les cas et possiblement augmenter l'incidence des ISO. Plusieurs de ces distractions et pratiques actuelles peuvent être abordées et des stratégies peuvent être mises en place pour améliorer l'efficacité en SOP, accroître l'efficacité du

personnel et améliorer les résultats pour le patient.

Un environnement en SOP où il y a le moins possible d'interruptions ou de distractions, où le niveau de bruit et de circulation est réduit et où il y a un bon travail d'équipe devrait faire partie intégrante des nombreuses routines en place pour améliorer les résultats pour le patient et optimiser les soins au patient.^{2,10,11}

RÉFÉRENCES

1. Seelandt, J. et al. Assessing distractors and teamwork during surgery: developing an event-based method for direct observation. *BMJ Qual Saf.* 2014;(23):918-929 doi:10.1136/bmjqs-2014-002860
2. Tschan, F. et al. Impact of case-relevant and case-irrelevant communication within the surgical team on surgical site infection. *BJ Surgery.* 2015;102 (13):1718-1725.
3. Russ, S. et al. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann. Surg.* 2013; 258(6):856-871.
4. Halverson, A. et al. Communication failure in the operating room. *Surgery* 2011;149 (3): 305-310.
5. Hasfeldt, D. Noise in the Operating Room- what do we know? A review of the literature. *J PeriAnest Nurs* . 2010;25(6):380-386
6. Katz, J. Noise in the operating room. *Anesthesiology.* 2015;121(4):894-898
7. Ross, J. Distractions and interruptions in the perianesthesia environment: a real threat to patient safety. *J PeriAnesth Nurs.* 2013; 28(1):38-39.
8. Weldon, S. Korkiakangas, T., Bezemer, J., Kneebone, R. Music and communication in the operating room. *J Adv Nurs.* 2015; 71(12): 2763-2774.
9. Wheelock, A. et al. The impact of operating room distractions on stress, workload, and teamwork. *Ann. Surg.* 2015;261 (6):1079-1084.
10. Clark, G.J. Strategies for preventing distractions and interruptions in the operating room. *JORN.* 2013; (97) 6: 702-706. Help
11. Gill, P.S., Kamath, A., Gill, T.S. Distraction: an assessment of smartphone usage in health care work settings. *Risk Manag Healthc Policy* 2012 5: 105-114
12. Healey, A., Sendales, N., Vincent, C. Measuring intraoperative interface from distraction and interruption observed in the operating theater. *Ergonomics Patient Safety* 2006; 9:5-6.
13. Letts, R.M., Doermer, E. Conversation in the operating theater as a cause of airborne bacterial contamination. *J Bone Joint Surg Am.* 1983; 65 (3): 357-362
14. Lynch, R. et al. Measurement of foot traffic in the operating room: implications for infection control. *Am J Med Quality.*2009; 24(1):537-52.
15. Bedard, M. et al. Traffic in the operating room during joint replacement is a multidisciplinary problem. 2015; 58 (4): 232-236.
16. Smith, E. et al. The Effect of Laminar airflow and door openings on operating room contamination. *The J of Arthroplasty.* 2013 28 (9) 1482-1485.
17. Pape, T. The role of distractions and interruptions in operating room safety. *Periop Nursng Clinics.* 2011; 6(2): 101-111.
18. Shakir, I., Patel, N., Chamberland, R., Kaar, S. Investigation of cell phones as a potential source of bacterial contamination in the operating room. *J Bone and Joint Surgery.* 2015; 97 (3): 225-231.

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 4, p. 275, norme 4.3 et section 2, p. 121, norme 2.6.

Come for the **job**. Stay for the **team**.

We're presently hiring RNs to work in our **Operating Rooms**



Vancouver Coastal Health is world renowned for innovation and a focus on quality care and outcomes. The remarkable range of specialties places VCH at the forefront of career destinations.

We are looking for RNs with two (2) years' recent, related experience in an acute care operating room environment and/or have completed a recognized advanced nursing specialty program in operating room nursing.

Positions available at:

- Vancouver General Hospital
- Lions Gate Hospital
- Richmond Hospital
- UBC Hospital
- Squamish General Hospital

We also offer employer-paid perioperative training opportunities for those interested in specializing in perioperative nursing. Upon successful completion of our program, you will move into a regular full-time position in one of our operating rooms. We look forward to hearing from you!

Continue your exciting career in beautiful British Columbia, where natural beauty is unparalleled.

For more information please email vchjobs@vch.ca

✓ **Incredible Lifestyle**

✓ **Outstanding Career Move**

Phone: 604.675.2500

Toll-Free in North America: 1.800.565.1727

To find out more and to apply, visit:

careers.vch.ca



Thank you to everyone who joined us at the *2017 ORNAC National Conference*.

See you all in Halifax in 2019!



Un gros merci aux personnes qui se sont jointes à nous pour la *Conférence nationale 2017 de l'AIISOC*.

On se voit à Halifax en 2019!



We're looking to add to our world class team of nurses!

Current positions in:

- *Operating Room*
- *Eye Institute*
- *Endoscopy*

We welcome individuals who want to make a difference and be part of our vision for healthcare excellence. We are looking for nurses who embrace a diverse and fast-paced environment while utilizing their specialized nursing skills throughout the continuum of care. They are passionate about providing the highest quality patient-centred care in a dynamic progressive interprofessional environment.

For more information or detailed qualifications for each position please visit the careers section of our website at www.southlakeregional.org

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 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 et cliquer sur le lien Prix.

PRODUITS MÉDICAUX
Johnson & Johnson
MEDICAL PRODUCTS

A DIVISION OF *Johnson & Johnson*, INC.

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.

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

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.AIISOC.ca et cliquer sur le lien *Prix*.

CARDINAL HEALTH RESEARCH GRANT

WHO

Available to researchers who meet the criteria as outlined in the Cardinal Health Research Grant Guidelines for Applicants.

WHEN

Letters of Intent are required by November 15, 2017. Application deadline is March 15, 2018. Grant recipients will be selected at the Spring 2018 ORNAC Board meeting.

WHAT

An annual grant of up to \$5,000 sponsored by Cardinal Health and administered by the ORNAC Awards Committee.

HOW

Guidelines for Applicants and Application Forms are available through the ORNAC Website: www.ORNAC.ca (choose Awards).

WHY

To promote perioperative nursing research activities and to encourage the integration of research findings into perioperative nursing practice in order to improve perioperative patient care.



BOURSE DE RECHERCHE DE CARDINAL HEALTH

QUI

Chercheuses et chercheurs satisfaisant aux exigences mentionnés dans le guide d'admission à la bourse de recherche Cardinal Health.

QUAND

Soumettre votre lettre d'intention par le 15 novembre 2017. La date limite pour soumettre votre demande est le 15 mars 2018. La sélection des gagnant(es) de la bourse se fera lors de la réunion du conseil d'administration de l'AISOC de Printemps 2018.

QUOI

Bourse annuelle pouvant atteindre 5000 \$, parrainée par Cardinal Health et administrée par le comité des prix de l'AISOC.

COMMENT

Le guide d'admission et les formulaires d'application sont disponibles par le biais du site web de l'AISOC : www.ORNAC.ca, cliquez sur Prix.

POURQUOI

Promouvoir des activités de recherche et intégrer leurs résultats dans nos pratiques de soins périopératoires dans le but d'améliorer ou de valider ces soins auprès des patients.



26TH ORNAC NATIONAL CONFERENCE | 26^E 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

KEYWORDS: POST-OPERATIVE DELIRIUM, SENSORY DEVICES, PATIENT SAFETY, SURGICAL SAFETY CHECKLIST, LEAN METHODOLOGY.

IT JUST MAKES SENSE: KEEPING SENSORY DEVICES WITH SURGICAL PATIENTS

Authors:

Jaime Prystenski, RN, BN, MN, Operating Room Continuing Education Instructor, St. Boniface Hospital, Winnipeg, MB.

Heather Nowak, RN BN, Director, Woman and Child Program, St. Boniface Hospital, Winnipeg, MB.

Lance Barber, BSc, MBA, Director, Surgery Program, St. Boniface Hospital, Winnipeg, MB.

The authors would like to acknowledge the support of Jennifer Welwood, Brenda Van Walleghem, Erin Bergen, Caroline Pagowski, Janet Sawatzky, Judy Peters, Chris Deleeuw, Madeleine Hnatiuk, Theresa Handry and the St. Boniface Transformation Team.

ABSTRACT:

Operating room staff can develop simple strategies that significantly improve the patient's perspective on the perioperative experience. Research has shown the importance of sensory devices in minimizing the risk of post-operative delirium and confusion. Change management tools, such as Lean methodology, had, in 2008, become a critical component in improving organizational excellence to provide quality care at St. Boniface Hospital in Winnipeg, MB. Some of the Lean tools and strategies include the A3 framework which, along with the Rapid Improvement Events and the concept of Plan, Do, Study, Act/Adjust (PDSA), help facilitate rapid change. In 2008 St. Boniface Hospital embarked on a transformative journey to utilizing practices developed based on Lean methodology.¹ The Surgery Program was one of the first two programs to participate and continues to be involved today.

The purpose of this review is to provide an analysis of how Lean A3 change initiatives can improve patient access to their sensory device(s), throughout their surgical experience, as a means of enhancing their care, comprehension, and perioperative recovery while minimizing post-operative complications such as post-op delirium. Discussion includes, a description of the sensory device issues and relevant challenges, and the influence of Lean strategizing on the project.¹

Method: Comprised a Lean A3 planning strategy and a Rapid Improvement Event involving direct care staff in the brain-storming processes and in the planning for change.¹ Anecdotal information was collected from previous patients and patients involved in the project's test days. A control group was not available for comparison.

The perioperative experience can be augmented and improved by ensuring patient's sensory devices remain with them throughout their journey to surgery.

Results: Staff understood the rationale behind the change process and patients and families were satisfied by the quick access to sensory devices in the post-anesthesia recovery room.

Conclusion: Research has shown the importance of sensory devices in minimizing the risk of post-operative delirium and confusion. Changes in the pre-operative area and in work processes enhance the patient's perception and comprehension throughout their surgical experience, as explained by anecdotal results.

INTRODUCTION:

Imagine you are an elderly person who is going into the operating room for a complex surgery. You are in a thin hospital gown, on a stretcher, without your glasses. You likely feel stressed and anxious about the procedure but those feelings are amplified if you feel disoriented, confused, and you find yourself squinting to try to read the information written on the white board in the OR theatre.

Having removed your dentures, in the pre-operative area, you may feel too embarrassed to speak up and ask if your allergies were all written accurately on the board.

The OR team begins the verbal discussion of your surgical care yet you can barely hear anything at all without your hearing aids so you miss the anesthetist's discussion of the general anesthetic, you can't hear the surgeon discuss the implants that will be used, and it's hard to hear if there's anything where you should be correcting the team. It sounds like the nurse asked you if you have any questions but you're not certain so you just shrug and close your eyes.

As you begin waking up after surgery you are not experiencing much pain but you feel very disoriented regarding where you are, what time it is, and what is going on around you. Without your assistive sensory devices to help you process your surroundings you become agitated and confused.

This version of a patient's experience raised a red flag for the St. Boniface Hospital's surgery program and highlighted the need to enhance the patient's ability to participate in their own surgical care and to feel as comfortable as possible throughout the experience.

The perioperative experience can be augmented and improved by ensuring patient's sensory devices remain with them throughout their journey to surgery. The concept of changing this, for patients, arose when a health care team member came to better understand the patient's perspective after undergoing a minor procedure without her glasses.

Lean methodology had, since 2008, become a core strategy, implemented to ensure organizational excellence and quality care, at St. Boniface Hospital. The Surgery Program was one of the first two programs to participate and continues to be involved today. In 2011, to the Surgery Program, this issue was a perfect fit for utilizing this change process tool to improve the patient journey.¹

Background

Lean methodology provides a primary framework used to guide the shift towards including access to a patient's sensory devices in their perioperative experience. The primary strategy, used to lead the improvement initiatives within St. Boniface, was the Lean Transformation model. Lean process goals include improving customer satisfaction.

The overall goals of Lean initiatives at St. Boniface Hospital are to satisfy patients, engage staff, do no harm, improve patient flow through the hospital, and manage resources. The specific focus and intention of this project was to improve patient satisfaction related to the perioperative experience.

A Lean Rapid Improvement Event (RIE) is a standardized and structured five-day problem-solving event, where cross-

The World Health Organization developed the Surgical Safety Checklist in 2007.³

functional teams (including patients, staff, and stakeholders) determine, through experimentation, the best-known way to create value or achieve a specific outcome and develop a plan to implement and adopt the new standard.

St. Boniface Hospital uses Lean methodology as a means of conducting improvement projects in clinical areas by involving direct care staff over a focused short-term time frame by facilitating anRIE.¹ Some of the Lean tools and strategies include the A3 framework which, along with the Rapid Improvement Events and the concept of Plan, Do, Study, Act/Adjust (PDSA), assists in making change happen in a fast and focused way, engaging direct-care staff in the process. According to Tetrault, “Lean is more than just words and a set of tools – it is becoming the way we do business.”²

Lean problem solving incorporates developing a defined set of values within the main project.¹ Tetrault stated that, “ultimately, improvements will spread to all clinical areas and involve all areas in the hospital. The goal is to attend to the right steps at the right time, every day, to remove risks, delays and waste, and to provide the best possible outcomes for patients.”² Lean thinking can be used for a variety of problem-solving opportunities in any clinical program.

REASON FOR ACTION:

The Surgical Safety Checklist

Lean value stream activities involve the hospital’s previous patients in the projects in order to better enhance patient satisfaction. The reason for action, in this instance, was the identified need to reduce post-operative delirium and enhance patient satisfaction. Learning more, through anecdotal patient experiences in the operating room (OR), revealed that taking one patient’s glasses from her made her so distracted that she wasn’t able to focus on the surgical team’s discussion of her care during the surgical safety checklist conducted prior to her surgery.

The team was also made aware, anecdotally, that patients are generally reluctant to speak without their dentures. In the Post Anesthesia Recovery Room (PARR), patients who were self-conscious without their dentures would be seen to cover their mouths with sheets/blankets and actually experience desaturations. It became clear that ensuring access to one’s sensory devices was imperative to truly inclusive patient discourse, surgery, and recovery.

The World Health Organization developed the Surgical Safety Checklist in 2007.³ A synopsis of the benefits includes cost-savings, creating a culture of safety and improving communication.³ St. Boniface Hospital was the first center in Winnipeg to adopt the Surgical Safety Checklist in February 2009.⁴ Incredible progress has been made in recent years, within the Winnipeg Regional Health Authority, to complete Surgical Safety Checklist Briefings with the patient awake and coherent.

It seemed to only make sense to ensure that the surgical patient is also able to effectively participate within this briefing using their full vision and hearing and when they are comfortable speaking. It has, in the past, been the norm of pre-operative units to ask the patients to leave their glasses, hearing aids, and dentures with the rest of their belongings to go with the family or to their post-operative unit.

In order to provide truly holistic care, and involve the patient in the surgical process, it is imperative that the patients are able to interact and communicate to the fullest of their ability with their sensory devices during the time of the surgical safety checklist discussion.

Post-Operative Delirium

Surgical patients with sensory impairments are at higher risk of developing post-op delirium when they do not have their sensory device(s), such as glasses and hearing aids.⁴ Todd et al noted that

“Interdisciplinary plan of care for delirium guides nursing care and evidence-based interventions for patients such as the application of sensory devices (glasses, hearing aids, dentures).”⁵ The American Geriatrics Society reiterates the same concept that devices used for sensory enhancement can reduce the risks of post-operative delirium.⁶ With an aging patient population there are more individuals vulnerable to these associated surgical risks:

“The longevity of the elderly has increased over recent years because of better medical care and living conditions. However, anaesthetic complications in elderly still mount a considerable challenge to the attending anaesthesiologist. Delirium is one of the common post-operative complications in elderly patients associated with increased morbidity and mortality. It may result in prolonged hospital stay, additional



investigations and increased cost of treatment” (Vijayakumar, 2014).⁷

Vijayakumar noted that “providing access to glasses and hearing aids can largely help in communication and maintenance of nurse to patient or doctor to patient rapport...”⁷ One of the non-pharmacological strategies to minimize the patient’s risk of developing post-operative delirium is to ensure they are oriented to time and space and are able to effectively sense and communicate with others in the PARR after surgery. Ensuring patients have the ability to communicate fully, and effectively, with healthcare professionals assists in providing quality, client-focused care.

THE A3 PROJECT:

An A3 is a structured problem-solving process, usually performed collaboratively, and often captured and shared on a single sheet of A3 (11" x

Appendix A: A3 Framework¹

 Titre de l'activité : _____		Sensel : Raphael Olleros																																					
Date de l'activité : _____		Mis à jour : _____																																					
Activités génératrices de valeur toi		Propriétaire du processus : _____																																					
Cadre responsable : _____		Cadre responsable : _____																																					
1. Motif pour passer à l'action		4. Analyse des lacunes																																					
		7. Plans d'exécution																																					
2. Etat initial		5. Approche de la solution																																					
3. Etat ciblé		6. Expérimentations rapides																																					
		8. Etat confirmé																																					
		9. Observations																																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Quoi</th> <th>Qui</th> <th>Quand</th> <th>Statut</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Quoi	Qui	Quand	Statut																																
Quoi	Qui	Quand	Statut																																				

The team decided to place all appliances in a transparent sealable plastic bag that would stay with the patient from time of pre-op (ward, pre-op holding, ER etc.) until the patient returned to the ward.

17") paper (see Appendix A). The left side of the paper is used to identify the reason for action, initial state, and target state and is considered the most important part of the initial process. The middle portion discusses points on the gap analysis, solution approach, and rapid experiments. Lastly, the right side of the paper documents the completion phase, confirmed state, and insights.

For this project it was documented that, in the initial state, patients had been going to the OR stripped of their sensory devices. There was, at times, a delay of up to eight hours post-operatively before the sensory appliance(s) were returned to the patient. This delay could cause fear, confusion, anxiety, and increased risk of delirium in the perioperative phase. The defined target state was for the patient to have increased accessibility to their sensory appliance(s), for as long as possible, during the surgical process.

Noted challenges to address included any lack of documentation regarding where the sensory appliance(s) were located (whether with family or on unit), a lack of consistent ways to store sensory devices near the patient (given to family, locked up, in security, at home), as well as a lack of consistent standardized procedures between wards (one ward locks up while another will put devices with belongings). As a result, sensory devices risked being misplaced or unavailable to the patient when needed most. Moving forward with the change would require standardization of the process and the creation of proper documentation.

SOLUTION AND APPROACH:

Lean projects are often completed using the tool of an RIE which is meant to expedite the pace of the change by having in-depth project planning for five days. An RIE incorporates staff from several areas of the organization and uses fast change implementation to remedy situations. For this process staff from the OR, recovery room, and pre- and post-operative units were included to gain input from all areas that directly manage a patient's sensory appliance(s). Expectations were clearly laid out indicating that participants were to keep an open mind, be prepared to brainstorm and think "outside of the box" in order to develop and implement solutions, remain focused and "stay on task", and to be ready to coach their colleagues after the five-day RIE was complete.

The brainstorming focused on creating ways to enable patients to keep glasses, hearing aids and dentures as they travelled through to the OR and to devise a way to ensure that the patients' sensory appliance(s) could be returned as quickly as possible after surgery. Proposed adjustments were made to the pre-operative checklist as well as clarification of the process for documenting the location of the sensory appliance(s).

APPLICATION TO PRACTICE:

Centres that are considering implementing such a change in process might consider the way this centre addressed logistical challenges prior to starting the process for change.

The team decided to place all appliances in a transparent sealable plastic bag that would stay with the patient from time of pre-op (ward, pre-op holding, ER etc.) until the patient returned to the ward. On the first day, two different sized bags were trialed – a specimen bag and a large sealable plastic bag. The location of the sensory device(s) was documented on the pre-op checklist and the devices were sent to the OR on, or with, the patient.


a need to label all sensory devices separately as well as the bag with the patient's addressographed sticker to minimize the risk of loss or misplacement with other patient's items. It was also noted that the clear bags could be easily misplaced or go unnoticed. As such a subsequent trial included using a brightly colored transparent bag or a specimen bag with a simple checklist on red paper so as to easily identify what sensory devices were with the patient and needed to go in to the bag.


The results on day one showed that all devices were successfully either left on the patient or returned to the patient in the post-anesthesia recovery room. It was, however, identified that there was

On day two of the trial all sensory devices were labeled and identified on the simple red checklist located on the front of the bag. The locations of

Appendix B: PDSA Framework¹

Version Date:	PDSA Worksheet	Owner:
Aim:		
<u>1. Plan</u>	<u>2. Do</u>	
<u>4. Adjust</u>	<u>3. Study</u>	




Hôpital St-Boniface Hospital

sensory devices continued to be documented on the pre-op checklist. The results on day two showed that the red paper in the bag made it very noticeable that it contained the patient's belongings. This expedited the staff's ability to ensure some patients in post-anesthesia recovery room had their glasses on and the bags were at the bedside with the chart. Documentation was on the pre-op checklist and in the post-anesthesia recovery room notes, and the OR notes indicated there were "appliances with patient."

After the initial trial days, small clear bins were installed, within each OR, near the patients exit and the nurses' desk. This space allowed for safe storage of sensory devices during the operation and minimized clutter on the nurses' desk.

The analysis of the PDSA cycles revealed that the target of continuing this change was reached at 30 days and was sustained at 90 days and beyond. As of the time of this writing, in early 2017, this process change has been sustained (since initiated in 2011) and has become a normal and standardized part of the processes to improve the provision of quality care to our surgical patients.

TEAM APPROACH:

In order to facilitate this change it was essential to involve staff from various departments, and at all levels, in the RIE process. The team approach included the consultations and involvement outlined below.

Consultation was necessary with the hospital's Purchasing Department regarding acquiring the right size and colour of bags. A minor addition to the pre-op checklist was completed and this change was incorporated into face-to-face reporting as well. Infection Prevention and Control was consulted for advice regarding any risk to the patient.

Staff members within the surgical program were coached regarding the changes, rationale and benefits for patients. The input and feedback from

the preoperative and OR nurses and direct care had a vital role in ensuring the success, and longevity, of the change. Coaching of Program Team Managers, Directors in Cardiac Sciences and Medicine and Emergency Department, as well as various Continuing Education Instructors, occurred throughout the hospital.

Direct care nurses and health care aids were educated and the standard work sheet, and sensory device bags, and red checklists were distributed across the various units. Clear, bold signage was posted in pre-op areas, PARR, and the OR reminding staff that "glasses and hearing aids will be worn by patients into the OR and will be removed after the briefing of the surgical safety checklist." Education occurred through staff in-services, super users training sessions, and coaching colleagues. Throughout all of these approaches the staff was encouraged to provide open and honest feedback.

OBSERVATIONS:

Staff seemed, generally, to be receptive to the changes and to understand that these changes made a lot of sense for the patient's mental well-being as well as for improved pre- and post-operative care. As this change affected many areas within the hospital, it was important to include all departments in the coaching process.

During the 2 days of trial several patients had glasses, hearing aids, and/or dentures returned to their use during their post anesthesia recovery room stay, which would not have been the case prior to the RIE change. Based on average schedules in this hospital it is estimated that a minimum of 20 patients would have been involved in this 2-day trial.

Today, for both general anesthesia or cases requiring sedation, sensory devices are consistently being kept with the patient throughout the entire surgical process and are being returned promptly once patient is awake and alert following surgery.

Engaging direct care staff in rapid improvement events is integral to ensuring that the improvement will be sustained and accepted as a normalized practice.

CONCLUSION:

Quality care, better integration of patient involvement, and potential reduction of post-operative delirium are key reasons to implement a change to allow patients to keep sensory devices with them during their surgical experience. Recognizing the patient's perspective and needs within this surgical journey is key to improving their care and experience including their involvement in the surgical safety checklist process.

Engaging direct care staff in rapid improvement events is integral to ensuring that the improvement will be sustained and accepted as a normalized practice. An in-depth analysis of St. Boniface Hospital's transformation process reveals how change management frameworks can guide change and foster the success of the project. The St. Boniface Hospital Lean Transformation tools provided a strategy for organizational change, planning, and improving the patient's perioperative experience.

REFERENCES:

1. St. Boniface Hospital. Transformation. (Internet). 2014 (accessed October 2016). Available from <http://www.sbggh.mb.ca/aboutUs/transform.html>
2. Tetrault, M. Better care starts at the top (Internet). 2013 (accessed October 2016) Available from <http://www.sbggh.mb.ca/aboutus/files/leanarticle2013.pdf>
3. World Health Organization. Patient Safety: Safe Surgery Saves Lives

Frequently Asked Questions (Internet). 2016 (accessed October 2016). Available from http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/#Q0

4. St. Boniface Hospital. Clinical Care Programs: Surgery (Internet). 2014 (accessed October 2016). Available from <http://www.sbggh.mb.ca/patientcare/surgery.html>
5. Todd, K. S., Barry, J., Hoppough, S., & McConnell, E. Delirium detection and improved delirium management in older patients hospitalized for hip fracture International journal of orthopedic and trauma nursing (Internet). 2015 (accessed October 2016) 19(4), 214-221. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26547684>
6. Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. American Geriatrics Society; 2014 (accessed 2017 January) Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1072751514017931>
7. Vijayakumar, B., Elango, P., & Ganessan, R. Post-operative delirium in elderly patients. Indian Journal of Anaesthesia (Internet). 2014 (accessed October 2016) 58(3), 251. Available from <http://go.galegroup.com/uml/idm.oclc.org/ps/i.do?id=GALE%7CA372912889&v=2.1&u=univ-manitoba&it=r&p=HRCA&sw=w&asid=69cc969023c4096c6b2366d586b9098e>

ORNAC Standards pertaining to this article can be found in the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) (October 2015). Section 1, p.39 -40, Standards 1.1.6, 1.1.7, 1.1.8, and 1.2.16; Section 2, p.42, Standards 2.3.8 and 2.4.3; Section 3, p.176, Standards 3.1.14 and 3.1.17; Section 4, p. 46, Standards 4.4.5 and 4.5.4; Section 5, p.47-48, Standards 5.1, 5.2, 5.3 and 5.4

C'EST TOUT À FAIT LOGIQUE : MAINTENIR LES DISPOSITIFS SENSORIELS AVEC LES PATIENTS QUI DOIVENT SUBIR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Auteurs :

Jaime Prystenski, inf., B.S.Inf., M.S.Inf., enseignante en formation continue en salle d'opération, Hôpital Saint-Boniface, Winnipeg, MB.

Heather Nowak, inf., B.S.Inf., directrice, programme mère-enfant, Hôpital Saint-Boniface, Winnipeg, MB.

Lance Barber, B. Sc., M.B.A, directeur, programme de chirurgie, Hôpital Saint-Boniface, Winnipeg, MB.

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

Les auteurs tiennent à remercier Jennifer Welwood, Brenda Van Walleggem, Erin Bergen, Caroline Pagowski, Janet Sawatzky, Judy Peters, Chris Deleeuw, Madeleine Hnatiuk, Theresa Handry et l'équipe de transformation de Saint-Boniface pour leur soutien.

RÉSUMÉ :

Le personnel en salle d'opération peut développer des stratégies simples qui améliorent de manière significative le point de vue du patient quant à son expérience périopératoire. La recherche a démontré l'importance des dispositifs sensoriels pour réduire le risque de délire et de confusion postopératoires. Des outils de gestion des changements, comme la méthodologie Lean, sont, en 2008, devenus des éléments essentiels pour l'amélioration de l'excellence organisationnelle afin d'offrir des soins de qualité à l'Hôpital Saint-Boniface de Winnipeg, MB. Parmi les outils et les stratégies de l'approche Lean, notons la structure A3 qui, avec les Activités d'Amélioration Rapide (AAR) et le concept du PDCA : planifier, déployer, contrôler, adapter, aident à favoriser les changements rapides. En 2008, l'Hôpital Saint-Boniface s'est engagé dans un cheminement transformateur

pour adopter des pratiques qui se basent sur la méthodologie Lean.¹ Le programme de chirurgie a été l'un des deux premiers programmes à y participer et il continue aujourd'hui de s'y impliquer.

Le but de ce compte rendu est de fournir une analyse de la façon dont les initiatives de changements A3 de la méthodologie Lean peuvent améliorer l'accès des patients à leurs dispositifs sensoriels, tout au cours de leur expérience chirurgicale, comme moyen pour améliorer leurs soins, leur compréhension et leur rétablissement périopératoire tout en minimisant les complications postopératoires, comme le délire postopératoire. La discussion comprend une description des enjeux liés aux dispositifs sensoriels et des défis connexes ainsi que l'influence de la stratégie Lean sur le projet.¹

L'expérience périopératoire peut être accrue et améliorée en s'assurant que le patient garde ses dispositifs sensoriels lorsqu'il se dirige vers sa chirurgie.

Méthodologie : Utilise une stratégie de planification A3 et une Activité d'Amélioration Rapide (AAR) de l'approche Lean impliquant du personnel en soins directs pour les processus de remue-ménages et dans la planification pour le changement.¹ Des informations anecdotiques ont été recueillies d'anciens patients et de patients participant aux journées expérimentales du projet. Aucun groupe témoin n'était disponible pour faire une comparaison.

Résultats : Le personnel a compris la logique derrière le processus de changement et les patients ainsi que leur famille étaient satisfaits de l'accès rapide aux dispositifs sensoriels à l'unité de soins post anesthésique.

Conclusion : La recherche a démontré l'importance des dispositifs sensoriels pour réduire le risque de délire et de confusion postopératoires. Les changements apportés à la zone préopératoire et aux processus de travail améliorent le point de vue et la compréhension du patient tout au cours de son expérience chirurgicale, comme l'expliquent les résultats anecdotiques.

INTRODUCTION :

Imaginez que vous êtes une personne âgée qui entre en salle d'opération pour une chirurgie complexe. Vous portez une chemise d'hôpital mince, vous êtes sur une civière, sans vos lunettes. Votre intervention vous stresse et vous rend probablement anxieuse, mais ces sentiments sont amplifiés si vous vous sentez désorientée, confuse et que vous devez plisser des yeux pour essayer de lire l'information écrite sur le tableau blanc du bloc opératoire.

Ayant retiré votre dentier dans la zone préopératoire, il se peut que vous vous sentiez trop gênée pour parler et demander si vos allergies ont toutes été bien indiquées sur le tableau.

L'équipe en SOP commence la discussion verbale portant sur vos soins chirurgicaux, mais vous n'entendez

presque rien sans vos appareils auditifs, alors vous manquez la discussion de l'anesthésiste sur l'anesthésie générale, vous ne pouvez pas entendre le chirurgien parler des implants qui seront utilisés, et vous avez de la difficulté à entendre s'il y a quelque chose que vous devriez préciser à l'équipe. Vous pensez que l'infirmière vous a demandé si vous aviez des questions, mais vous en êtes incertaine, alors vous haussez les épaules et vous fermez les yeux.

À votre réveil après la chirurgie, vous ne ressentez pas tant de douleurs, mais vous vous sentez très désorientée par rapport à l'endroit où vous vous trouvez, à l'heure qu'il est et à ce qui se passe autour de vous. Sans vos dispositifs d'aide sensorielle pour vous aider à analyser ce qui vous entoure, vous devenez agitée et confuse.

Cette version de l'expérience d'une patiente a sonné l'alerte pour le programme de chirurgie de l'Hôpital Saint-Boniface et a mis en lumière le besoin d'améliorer la capacité du patient à participer à ses propres soins chirurgicaux et à se sentir aussi à l'aise que possible tout au cours de l'expérience.

L'expérience périopératoire peut être accrue et améliorée en s'assurant que le patient garde ses dispositifs sensoriels lorsqu'il se dirige vers sa chirurgie. Le concept pour changer cette pratique pour les patients a été soulevé lorsqu'un membre de l'équipe de soins a eu l'occasion de mieux comprendre le point de vue d'un patient après avoir elle-même subi une intervention mineure sans ses lunettes.

La méthodologie Lean était, depuis 2008, devenue une stratégie de base, mise en œuvre pour assurer l'excellence organisationnelle et la qualité des soins à l'Hôpital Saint-Boniface. Le programme de chirurgie a été l'un des deux premiers programmes à y participer et il continue aujourd'hui de s'y impliquer. En 2011, pour le programme de chirurgie, cet enjeu constituait l'exemple parfait justifiant

En 2007, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention.³

l'utilisation de cet outil de changement de processus dans le but d'améliorer le séjour du patient.¹

Contexte

La méthodologie Lean propose une structure principale utilisée pour orienter le changement vers la pratique de permettre au patient d'avoir accès à ses dispositifs sensoriels lors de son expérience périopératoire. La stratégie principale, utilisée pour diriger les initiatives d'amélioration au sein de l'Hôpital Saint-Boniface, était le modèle de transformation Lean. Les objectifs du processus Lean incluent l'amélioration de la satisfaction du client.

Les objectifs généraux des initiatives Lean à l'Hôpital Saint-Boniface sont de satisfaire les patients, de faire participer le personnel, de ne pas nuire, d'améliorer le séjour du patient à l'hôpital et de gérer les ressources. Ce projet vise tout particulièrement à améliorer la satisfaction du patient relativement à son expérience périopératoire.

Une Activité d'Amélioration Rapide (AAR) est une activité normalisée et structurée de résolution de problèmes de cinq jours, durant lesquels les équipes interfonctionnelles (y compris les patients, le personnel et les parties intéressées) déterminent, par l'expérimentation, la meilleure façon d'engendrer des résultats à valeur ajoutée ou d'atteindre un résultat précis et d'élaborer un plan pour mettre en œuvre et adopter une nouvelle norme.

L'Hôpital Saint-Boniface se sert de la méthodologie Lean comme moyen pour réaliser des projets d'amélioration dans les domaines cliniques en impliquant le personnel en soins directs au cours d'un délai ciblé à court terme en animant une Activité d'Amélioration Rapide (AAR).¹ Parmi les outils et les stratégies de l'approche Lean, notons : une structure A3 qui, avec les Activités d'Amélioration Rapide (AAR) et le concept du PDCA : planifier, déployer, contrôler, adapter, aident à favoriser les changements de façon rapide et ciblée, faisant participer au processus le

personnel en soins directs. Selon Tétreault, « La méthodologie Lean est bien plus que des mots et une série d'outils — c'est en train de devenir la façon dont nous conduisons nos opérations ».²

Le concept de résolution de problèmes de l'approche Lean intègre le développement d'une série précise de valeurs dans le cadre du projet principal.¹ Tétreault a mentionné que « en définitive, les améliorations s'étendront dans tous les domaines cliniques et impliqueront tous les domaines de l'hôpital. L'objectif est de suivre les bonnes étapes au bon moment, tous les jours, afin de supprimer les risques, les délais et le gaspillage et d'offrir aux patients les meilleurs résultats possibles ».² La pensée Lean peut être utilisée pour une variété de situations de résolution de problèmes dans tout programme clinique.

MOTIF POUR PASSER À L'ACTION :

La liste de vérification pour la sécurité de l'intervention

Les activités génératrices de valeur de Lean font participer au projet les anciens patients de l'hôpital afin d'améliorer encore davantage la satisfaction du patient. Dans ce cas, le motif pour passer à l'action a été le besoin reconnu de réduire le délire postopératoire et d'améliorer la satisfaction du patient. Les expériences anecdotiques des patients en salle d'opération (SOP) ont révélé que le fait de retirer les lunettes d'une patiente l'a rendue tellement distraite qu'elle n'a pas été capable de se concentrer sur la discussion de l'équipe chirurgicale concernant ses soins au moment de remplir la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention avant sa chirurgie.

L'équipe a aussi été informée de manière anecdotique que les patients sont généralement réticents à parler sans leurs dentiers. À l'unité de soins post-anesthésique, les patients qui se

sentaient mal à l'aise sans leurs dentiers couvraient leur bouche avec les draps/couvertures et étaient en fait victimes de désaturation. Il est donc devenu évident qu'il était impératif que les patients aient accès à leurs dispositifs sensoriels afin de véritablement les inclure dans le processus du discours, de la chirurgie et du rétablissement.

En 2007, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention.³ Parmi les avantages de cette liste, notons des économies de coûts, l'implantation d'une culture de la sécurité et l'amélioration de la communication.³ L'Hôpital Saint-Boniface a été le premier établissement de Winnipeg à adopter la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention en février 2009.⁴ Au cours des dernières années, des progrès remarquables ont été réalisés au sein de l'Office régional de la santé de Winnipeg afin d'effectuer une séance d'information avec la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention avec le patient éveillé et cohérent.

Il semblait logique de s'assurer que le patient qui devait subir une intervention chirurgicale pouvait également participer efficacement à cette petite séance d'information en bénéficiant de toutes ses capacités visuelles et auditives et lorsqu'il était à l'aise de parler. Par le passé, il était courant que les blocs préopératoires demandent aux patients de laisser leurs lunettes, leurs appareils auditifs et leurs dentiers avec le reste de leurs effets personnels qui étaient remis à leur famille ou à leur unité de soins postopératoires.

Dans le but de fournir des soins véritablement holistiques et de faire participer le patient au processus chirurgical, il est impératif que les patients soient capables d'interagir et de communiquer du mieux qu'ils peuvent avec leurs dispositifs sensoriels lors de la discussion avec la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention.

Délire postopératoire

Les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale et qui ont une déficience sensorielle courent plus de risques de souffrir de délire postopératoire lorsqu'ils n'ont pas leurs dispositifs sensoriels, comme leurs lunettes et leurs appareils auditifs.⁴ Todd et coll. ont signalé que « le plan de soins interdisciplinaires pour le délire oriente les soins infirmiers et les interventions fondées sur des données probantes pour les patients, comme l'application des dispositifs sensoriels (lunettes, appareils auditifs, dentiers). »⁵ Le American Geriatrics Society réitère le même concept, soit que les dispositifs utilisés pour améliorer les sens peuvent réduire les risques de délire postopératoire.⁶ Compte tenu du vieillissement de la population de patients, il y a de plus en plus de personnes vulnérables à ces risques chirurgicaux connexes :

« L'espérance de vie des personnes âgées a augmenté au cours des dernières années en raison des soins médicaux et des conditions de vie améliorés. Cependant, les complications liées à l'anesthésie chez les personnes âgées représentent encore des défis considérables pour les anesthésistes. Le délire figure parmi l'une des complications postopératoires courantes chez les patients âgés et est associé à un taux accru de morbidité et de mortalité. Cette complication pourrait entraîner une hospitalisation prolongée, des examens complémentaires et des soins plus coûteux » (Vijayakumar, 2014).⁷

Vijayakumar a indiqué que « le fait de donner accès aux lunettes et aux appareils auditifs peut grandement aider à la communication et au maintien de la relation infirmière-patient ou médecin-patient... »⁷ L'une des stratégies non pharmacologiques pour réduire le risque du patient de développer du délire postopératoire est de s'assurer qu'il est bien orienté dans le temps et l'espace, qu'il a tous ses sens et qu'il peut communiquer efficacement avec le personnel de l'unité de soins post-anesthésique après sa chirurgie. En

s'assurant que les patients sont capables de communiquer efficacement avec les professionnels de la santé, cela permet d'offrir des soins de qualité axés sur le patient.

LE PROJET A3 :

La méthodologie du A3 est un processus structuré de résolution de problèmes, habituellement exécutée en collaboration, et souvent rédigée et partagée sur une seule feuille de papier de format A3 (11 po x 17 po) (voir Annexe A). Le côté gauche de la feuille est utilisé pour spécifier le motif pour passer à l'action, l'état initial et l'état visé et est considéré comme l'étape la plus importante du processus initial. La partie du milieu discute d'éléments de l'analyse des lacunes, de l'approche de la solution et des expérimentations rapides. Enfin, le côté droit de la feuille décrit la phase d'exécution, l'état confirmé et les observations.

Pour ce projet, il a été documenté que, à l'état initial, les patients s'étaient rendus en SOP sans leurs dispositifs sensoriels. Il y avait parfois un délai pouvant aller jusqu'à huit heures postopératoires avant que les dispositifs sensoriels ne soient retournés aux patients. Ce délai pouvait causer de la peur, de la confusion, de l'anxiété et un risque accru de délire en phase périopératoire. L'état visé défini était pour le patient d'avoir un accès prolongé à ses dispositifs sensoriels durant aussi longtemps que possible lors du processus chirurgical.

Parmi les défis à relever ayant été indiqués, notons : le manque de documentation concernant où se trouvaient les dispositifs sensoriels (que ce soit avec la famille ou à l'unité), le manque de façons cohérentes pour conserver les dispositifs sensoriels près du patient (donnés à la famille, verrouillés, en sécurité, à la maison) ainsi

Annexe A : Structure A3I¹

Hôpital St-Basile Hospital		Titre de l'activité :		Sensé : Raphael Olieros	
Date de l'activité :	Mis à jour :	Activités génératrices de valeur toi		Propriétaire du processus :	Cadre responsable :
1. Motif pour passer à l'action		4. Analyse des lacunes		7. Plans d'exécution	
2. État initial		5. Approche de la solution		8. État confirmé	
3. État ciblé		6. Expérimentations rapides		9. Observations	

Quoi	Qui	Quand	Statut

que le manque de procédures normalisées cohérentes entre les services (un service verrouille les dispositifs tandis qu'un autre les range avec les effets personnels). Par conséquent, les dispositifs sensoriels risquaient d'être égarés ou non disponibles pour le patient lorsqu'il en avait le plus besoin. La mise en application du changement nécessiterait la normalisation du processus et la création de la documentation adéquate.

SOLUTION ET APPROCHE :

Les projets Lean sont souvent accomplis à l'aide de l'outil d'Activité d'Amélioration Rapide (AAR), qui vise à accélérer la cadence du changement en utilisant un plan de planification détaillé du projet durant cinq jours. Une AAR intègre le personnel de différents services de l'établissement et se sert d'un plan de mise en œuvre des changements rapides pour remédier aux situations. Pour ce processus, le personnel en SOP, à l'unité de soins post-anesthésique et des blocs pré et postopératoires a été inclus pour obtenir l'apport de tous les services qui gèrent directement les dispositifs sensoriels des patients. Les attentes ont été clairement fixées indiquant que les participants devaient garder l'esprit ouvert, être préparés à faire un remue-méninges et à penser autrement afin d'élaborer et de mettre en œuvre des solutions, de demeurer concentrés et « garder le cap » et d'être prêts en encadrer leurs collègues après avoir terminé l'AAR de cinq jours.

La séance de remue-méninges a été axée sur la création de façons permettant aux patients de garder leurs lunettes, leurs appareils auditifs et leurs dentiers lors de leur passage en SOP et de réfléchir à une façon pour s'assurer que les dispositifs sensoriels du patient pouvaient lui être remis aussi rapidement que possible après la chirurgie. Les ajustements proposés ont été apportés à la liste de vérification préopératoire tout comme la clarification du processus pour documenter l'endroit où sont conservés les dispositifs sensoriels.

APPLICATION DANS LA PRATIQUE :

Avant d'entamer le processus de changement, les établissements qui envisagent de mettre en œuvre un tel changement de processus pourraient réfléchir à la façon dont l'établissement ici étudié a abordé les défis logistiques.

L'équipe a décidé de mettre tous les dispositifs dans des sacs en plastique transparent et refermable que le patient conserverait de la phase préopératoire (service, attente préopératoire, salle d'urgence, etc.) jusqu'à ce que ce dernier retourne au service. La première journée, deux sacs de taille différente ont été essayés — un sac à échantillons et un grand sac en plastique refermable. L'endroit où étaient conservés les dispositifs sensoriels était documenté dans la liste de vérification préopératoire et les dispositifs étaient envoyés à la SOP sur le patient ou avec lui.

Les résultats de la première journée ont démontré que tous les dispositifs avaient été laissés avec succès sur le patient ou qu'ils lui avaient été retournés à l'unité de soins post-anesthésique. Il a toutefois été noté que tous les dispositifs sensoriels devaient être identifiés séparément ainsi que le sac à l'aide de l'autocollant d'identification du patient afin de minimiser le risque de perte ou d'égarement avec les autres articles du patient. Il a aussi été noté que les sacs transparents pouvaient facilement être égarés ou passer inaperçus. Par conséquent, un essai subséquent incluait un sac transparent de couleur vive ou un sac à échantillons muni d'une simple liste de vérification sur une feuille rouge afin d'identifier facilement quels dispositifs sensoriels étaient restés avec le patient et devaient être rangés dans le sac.

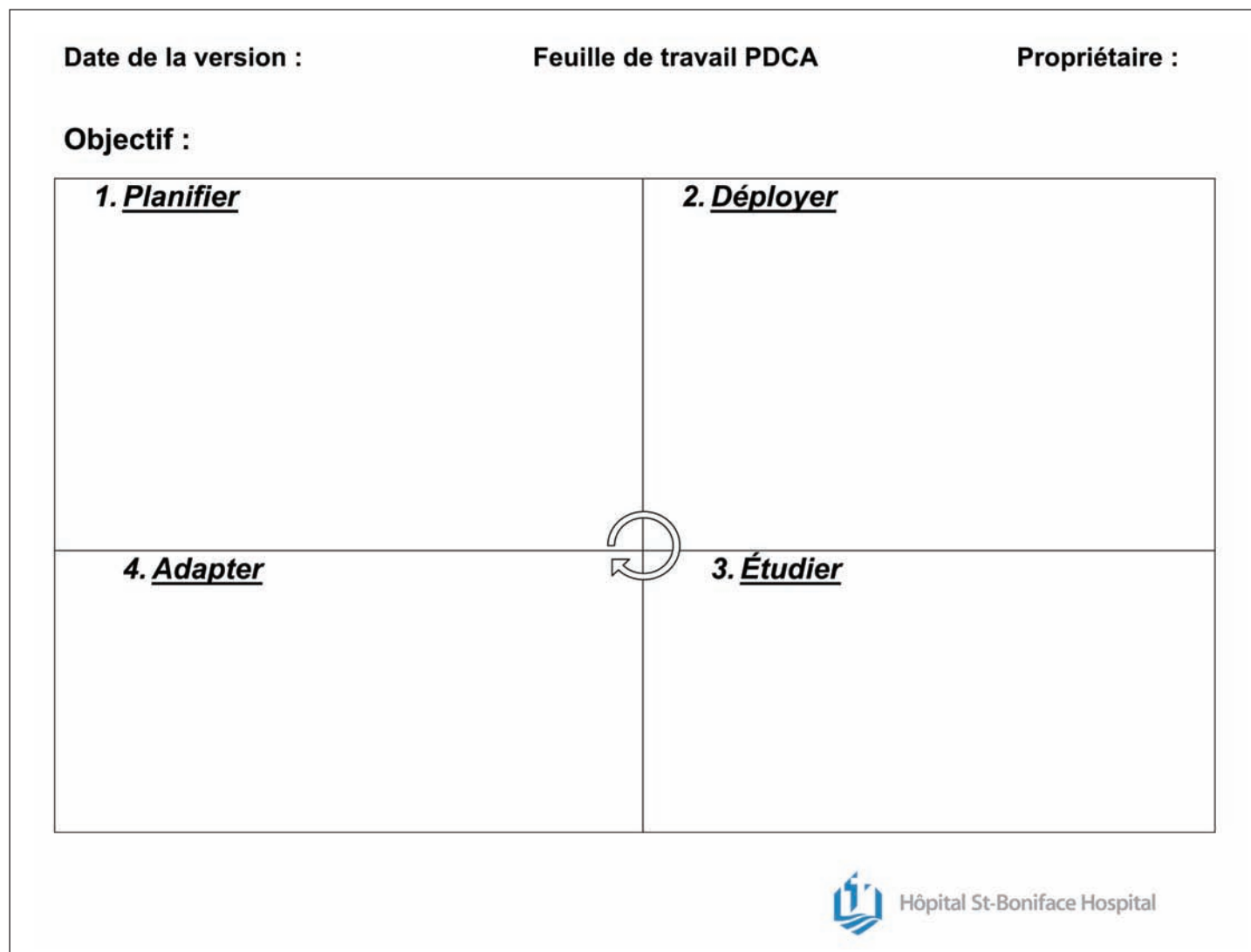
La deuxième journée de l'essai, tous les dispositifs sensoriels ont été étiquetés et identifiés sur la liste de vérification rouge, située sur le devant du sac. L'endroit où se trouvaient les

dispositifs sensoriels a continué d'être documenté sur la liste de vérification préopératoire. Les résultats de la deuxième journée ont démontré que la feuille rouge insérée dans le sac a permis de mettre en évidence qu'il contenait les effets personnels du patient. Ce qui a permis au personnel de s'assurer de remettre plus rapidement à certains patients à l'unité de soins post-anesthésique leurs lunettes et que les sacs étaient au chevet avec le tableau. La documentation se trouvait sur la liste de vérification préopératoire et dans les notes de l'unité de soins post-anesthésique, et les notes en SOP indiquaient que le patient était « accompagné de dispositifs ».

Après les premiers jours de l'essai, de petits contenants transparents ont été installés, dans chaque SOP, près de la sortie des patients et du poste des infirmières. Cet endroit a permis de conserver de façon sécuritaire les dispositifs sensoriels pendant l'intervention et de réduire le désordre au poste des infirmières.

L'analyse des cycles du PDCA a révélé que l'objectif de poursuivre ce changement avait été atteint au 30e jour et qu'il était soutenu au 90e jour et plus. Au moment de rédiger cet article, au début de 2017, ce changement de processus s'est maintenu (depuis qu'il a été initié en 2011) et fait maintenant partie des processus réguliers et

Annexe B : Structure PDCA¹



normalisés pour améliorer la prestation de soins de qualité pour les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale.

APPROCHE DE L'ÉQUIPE :

Afin de favoriser ce changement, il était essentiel de faire participer le personnel des différents services, et de tous les niveaux, au processus d'AAR. L'approche de l'équipe incluait les consultations et la participation indiquées ci-dessous.

Le service des achats de l'hôpital a dû être consulté concernant l'acquisition de la bonne grosseur et de la bonne couleur de sacs. Un ajout mineur a été apporté à la liste de vérification préopératoire et ce changement a aussi été incorporé dans la communication face à face des rapports. Le service de la prévention et du contrôle des infections a également été consulté pour des conseils sur les risques pour le patient.

Les membres du personnel au sein du programme de chirurgie ont obtenu de l'encadrement quant aux changements, à la logique et aux avantages pour les patients. L'apport et la rétroaction des infirmières du bloc préopératoire, de la SOP et en soins directs ont joué un rôle essentiel pour assurer le succès et la durabilité du changement. L'encadrement des chefs d'équipe du programme, des directeurs en sciences cardiaques et en médecine, du service des urgences ainsi que différents enseignants en formation continue a été offert dans tout l'hôpital.

Les infirmières en soins directs et les aides-soignants ont été formés. La feuille de travail normalisée, les sacs pour dispositifs sensoriels et les listes de vérification de couleur rouge ont été distribués aux différents services. Des affiches claires en caractères gras ont été suspendues dans les zones préopératoires, l'unité de soins post-anesthésique et en SOP pour rappeler au personnel que les « lunettes et les appareils auditifs seront portés par les patients en SOP et qu'ils seront retirés après la séance d'information avec la

liste de vérification pour la sécurité de l'intervention ». La formation s'est déroulée sous forme de séances éducatives en cours d'emploi pour le personnel, de séances de formation avancée et d'encadrement des collègues. Tout au cours de ces approches, le personnel a été encouragé à fournir ses commentaires de manière franche et honnête.

OBSERVATIONS :

Dans l'ensemble, le personnel a semblé être réceptif aux changements et comprendre que ces derniers étaient logiques et favorisaient le bien-être mental du patient ainsi que l'amélioration des soins pré et postopératoires. Compte tenu du fait que ce changement touchait plusieurs domaines au sein de l'hôpital, il était important d'inclure tous les services dans le processus d'encadrement.

Lors des deux journées de l'essai, plusieurs patients portant des lunettes, des appareils auditifs et (ou) des dentiers les ont récupérés pendant leur séjour à l'unité de soins post-anesthésique, ce qui n'aurait pas été le cas avant le changement d'AAR. Selon l'horaire de travail moyen de cet hôpital, on estime qu'au moins 20 patients auraient participé à cet essai de deux jours.

Aujourd'hui, tant pour les cas nécessitant une anesthésie générale que pour ceux nécessitant de la sédation, les dispositifs sensoriels sont toujours conservés avec le patient tout au cours du processus chirurgical et ils lui sont rapidement retournés lorsqu'il est éveillé et alerte après sa chirurgie.

CONCLUSION :

Des soins de qualité, une meilleure intégration de la participation du patient et la réduction potentielle du délire postopératoire constituent les principales raisons pour mettre en œuvre un changement permettant aux patients de conserver avec eux leurs dispositifs sensoriels durant leur expérience chirurgicale. La clé pour

Il est donc essentiel que le personnel en soins directs participe aux activités d'amélioration rapide afin de s'assurer que cette amélioration sera durable et acceptée comme une pratique normalisée.

améliorer les soins aux patients et leur expérience, y compris leur participation au processus avec la liste de vérification pour la sécurité de l'intervention, repose sur la reconnaissance du point de vue et des besoins du patient lors de son passage en chirurgie.

Il est donc essentiel que le personnel en soins directs participe aux activités d'amélioration rapide afin de s'assurer que cette amélioration sera durable et acceptée comme une pratique normalisée. Une analyse détaillée du processus de transformation de l'Hôpital Saint-Boniface révèle la façon dont les structures de gestion liées au changement peuvent orienter le changement et favoriser le succès du projet. Les outils de transformation Lean de l'Hôpital Saint-Boniface ont fourni une stratégie pour mettre en place le changement organisationnel, la planification et l'amélioration de l'expérience périopératoire du patient.

RÉFÉRENCES :

1. Hôpital Saint-Boniface, Transformation, (Internet), 2014 (consulté en octobre 2016). Peut être téléchargé à : http://www.sbgh.mb.ca/aboutUs/transform_fr.html
2. Tétreault, M., Better care starts at the top (Internet), 2013 (consulté en octobre 2016) Peut être téléchargé à : <http://www.sbgh.mb.ca/aboutus/files/leanarticle2013.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé, Patient Safety: Safe Surgery Saves Lives Frequently Asked Questions (Internet), 2016 (consulté en octobre 2016). Peut être téléchargé de : http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/#Q0
4. Hôpital Saint-Boniface, Programmes de soins cliniques : Chirurgie (Internet), 2014 (consulté en octobre 2016). Peut être téléchargé à : http://www.sbgh.mb.ca/patientcare/surgery_fr.html
5. Todd, K. S., Barry, J., Hoppough, S., & McConnell, E. Delirium detection and improved delirium management in older patients hospitalized for hip fracture International journal of orthopedic and trauma nursing (Internet).2015 (consulté en octobre 2016) 19(4), 214-221. Peut être téléchargé à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26547684>
6. Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. American Geriatrics Society; 2014 (consulté en janvier 2017) Peut être téléchargé à : <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S1072751514017931>
7. Vijayakumar, B., Elango, P., & Ganessan, R. Post-operative delirium in elderly patients. Indian Journal of Anaesthesia (Internet). 2014 (consulté en octobre 2016) 58(3), 251. Peut être téléchargé à : <http://go.galegroup.com/uml/idm.oclc.org/ps/i.do?id=GALE%7CA372912889&v=2.1&u=univmanitoba&it=r&p=HRCA&sw=w&asid=69cc969023c4096c6b2366d586b9098e>

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 1, p. 37 à 38, normes 1 alinéa 1.1.16, 1.1.7, 1.1.8 et 1.2.16; section 2, p.39, normes 2.3.8 et p.40, norme -2.4.3; section 3, p.183-184, normes 3.1.14 et 3.1.17; norme 4, p. 46, alinéa 4.4.5 et 4.5.4; Norme 5, p.47-48, alinéa 5.1, 5.2, 5.3 et 5.4

PLEINS FEUX SUR LES MEMBRES DE L'AIISOC

UNE ENTREVUE AVEC MARGARET FARLEY, INF., B.S.INF., CSP(C)

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

Margaret Farley, inf., B.S.Inf., CSP(C), a commencé sa carrière en tant que technicienne de salle d'opération à l'Hôpital Général de Winnipeg, en 1972. En 1979, elle est devenue une infirmière autorisée et elle a travaillé à l'Hôpital Général de Saint-Boniface, à Winnipeg. En 2008, elle a obtenu une attestation après avoir suivi le programme théorique de technicien en fournitures stériles du Vancouver Community College, et en 2012, elle a terminé son baccalauréat en soins infirmiers à l'Université de la Saskatchewan. Margaret a travaillé derrière les portes du bloc opératoire jusqu'à l'automne 2012, lorsqu'elle est devenue membre à temps partiel du corps enseignant pour le programme de soins périopératoires de l'école de sciences infirmières de l'Institut polytechnique de la Saskatchewan (auparavant SIAST), réalisant ainsi son rêve d'accomplir l'un de ses emplois préférés... enseigner OU être infirmière!



Margaret Farley, inf., B.S.Inf., CSP(C),



Parlez-nous un peu de votre cheminement de carrière

Ma carrière en soins périopératoires a commencé au tout début des années 70. Après plusieurs décennies dans un hôpital de soins actifs et au bloc opératoire, je suis passée, en 2012, au domaine de l'éducation en tant que membre à temps partiel du corps enseignant pour le programme de soins périopératoires de l'école de sciences infirmières de l'Institut polytechnique de la Saskatchewan.

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

J'aime explorer et arriver à comprendre des choses – y compris les gens! J'aime savoir comment les choses fonctionnent et ce qui peut les

améliorer. C'est pourquoi je trouve que l'anatomie, les principes de l'asepsie et les interventions chirurgicales sont intéressants et intrigants.

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

Il a énormément changé. Lorsque j'ai commencé en salle d'opération, par exemple, plusieurs établissements utilisaient la salle d'opération pour « ramasser les plateaux » pour les cas, pour la stérilisation accélérée en autoclave d'instruments pour chaque classe et (ça semble fou), mais nous avions des pots d'aiguilles dans une solution et de la soie pour enfiler les aiguilles (comme pour raccommoder une paire de pantalons) et les résections intestinales se faisaient à la main... sans aucune agrafe!

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

UNE ENTREVUE AVEC MARGARET FARLEY, INF., B.S.INF., CSP(C)

Mais selon moi, ce qui a encore plus changé que la technologie est le fait que le rôle des infirmières en soins périopératoires a progressé pour défendre le patient, défendre la sécurité du patient et devenir des spécialistes en soins périopératoires.

Je pense donc que ce que j'essaie de vous dire, c'est que la pratique périopératoire est un domaine riche en possibilités qui offre aux infirmières d'innombrables occasions d'assumer des rôles de leaders. Et que feraient-ils sans nous?

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

Par où devrais-je commencer?

Tout dernièrement, je faisais une recherche au sujet de la conscience chirurgicale. Même si je n'ai pas été capable de trouver une tonne d'articles à ce sujet, j'en ai trouvé un, datant de 1926, par C. Lockwood, qui énonçait ce que cela signifiait à cette époque. L'auteur mentionnait que « le terme conscience aseptique a acquis une importance certaine non seulement pour les chirurgiens, mais aussi pour les infirmières. Cette conscience a permis de créer l'esprit de corps de la salle d'opération et a incité toutes les personnes concernées par la chirurgie à l'exercer avec un soin infini, ce qui est maintenant reconnu comme étant essentiel pour une chirurgie réussie et maintenant normalisé ».¹

Une autre citation tirée de cet article d'il y a presque cent ans est « les infirmières en soins chirurgicaux hautement compétentes se sont occupées à sa place de tous les menus détails touchant à l'asepsie ».¹

Une autre mentionne que « le chirurgien est maintenant responsable de sa propre technique lors de la chirurgie après avoir préparé ses mains, il entre en salle d'opération en ayant la conscience tranquille, confiant que toutes les précautions ont été prises pour prévenir l'infection, »¹ et enfin, « nous, les chirurgiens, oublions souvent qu'une bonne part du succès dépend des infirmières consciencieuses et infatigables ».¹

Quelle formation continue a soutenu votre cheminement?

Au cours des années, vu ma soif d'apprendre constante, j'ai suivi des cours à l'université, j'ai participé à des séances éducatives en soins périopératoires et j'ai assisté à de nombreuses réunions et conférences portant sur les soins périopératoires (notamment la majorité des conférences de l'AIISOC en commençant par la conférence de 1982, à Winnipeg). J'apprends aussi beaucoup de mon implication au sein des associations de soins périopératoires, y compris au sein du conseil/association provinciale de la Saskatchewan, le SORNG, ainsi que de ma participation au conseil exécutif de l'AIISOC, dont mon mandat à titre de présidente de l'AIISOC de 2003 à 2005.

Quels mentors vous ont influencé en tant qu'infirmière et leader?

Je vais devoir vous donner mes trois premiers choix parce que je ne peux pas en choisir qu'un. Dolly Gemby, ma première enseignante en SOP. Elle m'a fait réaliser que c'était le seul domaine dans lequel je voulais travailler. Gloria Stephens et Muriel Shewchuk qui sont toutes les deux des étoiles en soins périopératoires qui brillent depuis des décennies et qui ont eu beaucoup d'influence pour amener les soins périopératoires là où ils sont aujourd'hui et pour avoir instillé le leadership et la croissance dans notre profession.

Lorsque nous avons décidé de devenir des leaders, nous avons choisi de prendre en main notre profession et d'atteindre l'excellence pour tous.

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

Je fais partie de l'aventure de l'AIISOC depuis plusieurs décennies, soit depuis les tout débuts de la fondation de l'AIISOC et du SORNG. J'ai toujours eu la conviction que ces associations étaient essentielles pour la reconnaissance et la croissance de notre profession. Au cours des dernières années, ma participation continue avec le SORNG est née d'un désir d'assister à une revitalisation du SORNG pour qu'il assure une présence dynamique et solide en Saskatchewan, qu'il continue d'avoir une voix forte au niveau national et pour veiller à ce que les infirmières en soins périopératoires de ma province aient accès à un réseau local pouvant les aider à trouver des occasions d'apprentissage ciblées en formation continue, à perfectionner leur spécialité et à poursuivre l'excellence au sein de leur milieu de pratique choisi.

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

En raison des progrès technologiques et de l'évolution rapide des interventions chirurgicales, nous nous retrouvons à travailler dans différents milieux de pratique périopératoire et lors d'interventions chirurgicales en constante progression. Aucune profession n'est mieux placée dans le milieu en

constante évolution des soins de santé pour travailler et veiller à offrir des soins sécuritaires aux patients, à assurer une croissance forte du leadership et à assurer le développement de nouvelles connaissances, compétences et de l'expertise. Nous sommes la profession idéale pour diriger ce changement et favoriser la croissance continue. Je n'ai aucun doute que plusieurs des changements apportés au cours des années ont été le résultat d'infirmières en soins périopératoires fortes et je suis convaincue que l'avenir nous en réserve encore plus.

Un dernier mot rempli de sagesse?

Chaque journée passée au bloc opératoire amène de nouveaux défis, succès et joies. Pour citer une amie très chère et ancienne collègue en soins périopératoires (et oui, elle fait partie des étoiles en soins périopératoires que j'ai mentionnés plus tôt) qui aime bien dire « si vous embarquez dans le train de la SOP, dirigez-vous vers l'avant, aidez et créez le changement pour améliorer les choses... plutôt que de rester assise à vous plaindre et râler ». Lorsque nous avons décidé de devenir des leaders, nous avons choisi de prendre en main notre profession et d'atteindre l'excellence pour tous.

Références :

1. Lockwood, C.D. (1926). The surgical conscience, Arch Surg, 13(6):887-894.

Editorial Review Panel

If you're interested in joining the ORNAC Editorial Review Panel review panel e-mail 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.

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-Cutrara, RN, MN, Faculty, School of Nursing, York University, Toronto, ON.

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

Joan Porteous, RN, BN, CPN(C), (Retired) Former Nursing Educator, Adult OR, Health Sciences Centre, Winnipeg, MB.

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

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



Comité de révisions

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

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.

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-Cutrara, inf., M.S.Inf., 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.

Joan Porteous, inf., B.S.Inf., CSP(C), (retraîtée) ancienne infirmière enseignante, salle d'opération pour adultes, Health Sciences Centre, Winnipeg, MB.

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.



SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS

AN INTERVIEW WITH MARGARET FARLEY RN, BSN, CPN(C)

Submitted by: Heather Dow, ORNAC Executive Director.

Margaret Farley RN, BSN, CPN(C), began her career as an Operating Room Technician (ORT) at the Winnipeg General Hospital in 1972. In 1979 she became an RN and worked at St. Boniface General Hospital in Winnipeg. She received a document of completion for Sterile Supply Technician Theory Program, from Vancouver Community College, in 2008, and in 2012 she completed her degree in Nursing from the University of Saskatchewan. Margaret spent her time behind the closed doors of the surgical suite until the Fall of 2012 when she became a part-time faculty member of the Saskatchewan Polytechnic (formerly SIAST) School of Nursing, in the Perioperative Nursing Program, fulfilling her dream doing one of her favourite things... teaching OR nursing!



Margaret Farley RN, BSN, CPN(C)



Tell us a bit about your career path

My perioperative nursing career began in the very early 1970s. After several decades in the acute care hospital setting and surgical suite I moved, in 2012, into the education field as a part-time faculty member of the Saskatchewan Polytechnic, School of Nursing, Perioperative Nursing Program.

What was it about perioperative nursing that attracted you?

I enjoy exploring and figuring things out – including people! I like to know how things function and what can make them function better. This makes anatomy, principles of asepsis, and surgical procedures interesting and intriguing to me.

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

It has changed enormously. When I began in the operating room, for

example, many centres used the operating room to “pick trays” for cases, “flash” autoclaved the instrumentation for each class, and (it sounds crazy) but we had jars of needles, in solution, and silk to thread through the needles (just like hemming a pair of pants) and bowel resections were done all by hand... not a stapler to be found!

But more important, to me, than the technological changes is the fact that Perioperative RNs have progressed in the role of patient advocates, patient safety advocates, and perioperative experts.

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

Where to begin on this subject? Recently I was researching the topic Surgical Conscience. While I wasn't able to locate a ton of articles on the subject I did find one, from 1926, by C. Lockwood, that articulated what it meant in that era. The author stated that “the term aseptic conscience came to have a definite significance not for surgeons alone but nurses. It did much

SPOTLIGHT ON ORNAC MEMBERS (cont.)

AN INTERVIEW WITH MARGARET FARLEY RN, BSN, CPN(C)

When we choose to be leaders we choose to take charge of our profession and create excellence for everyone.

toward creating the esprit de corps of the operating room and stimulated all who had to do with surgery to practice that infinite care which we now recognize as necessary to successful surgery and which has become standardized.”¹

Another quote, from this almost 100-year old article, is “the highly trained surgical nurses have relieved him of all the important minutiae of asepsis”.¹

The other continues with “the surgeon is now responsible for his own technique during surgery after preparing his hands he enters the operating room with a clear conscience confident that every precaution has been taken to prevent infection,”¹ and, lastly, “We surgeons often forget that much success depends on conscientious untiring nurses.”¹

So, I guess I am trying to say perioperative practice is an area rich in possibilities that offers RNs endless opportunities to take on leadership roles. And what would they do without us?

What continuing education has supported your journey?

As a life-long learner I have, over the years, taken university classes, attended local perioperative nursing education sessions, and participated in multiple perioperative nursing association meetings and conferences (including the majority of ORNAC Conferences starting with the 1982 conference in

Winnipeg). I also learn a lot from my involvement in perioperative nursing associations including the Saskatchewan provincial association/council (SORNG) as well involvement with the ORNAC Executive including my time as ORNAC President from 2003 to 2005.

What mentors have influenced you as a nurse and a leader?

I’d have to give you my top 3 as I can’t pick one favourite. Dolly Gemby, my first OR instructor, who made me realize this is the only area in which I wanted to work. Gloria Stephens and Muriel Shewchuk who are both perioperative stars who have shone for decades and been influential in moving perioperative nursing to where it is today and for inspiring leadership and growth in our profession.

Tell us about your involvement with ORNAC

I have been a part of the ORNAC journey for many decades – right back to the founding of ORNAC and of SORNG. I have always felt these associations were critical to our professional recognition and growth. My continued involvement with SORNG, in recent years, came from a desire to see SORNG revitalized as a vibrant, solid, presence in Saskatchewan, to continue to have a strong voice at the national level, and to ensure perioperative RNs in my province have

access to a local network that can help them find focused continuing educational opportunities, grow their specialty, and pursue excellence in their chosen practice environment.

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

With the advancing technology and evolving surgical procedures we find ourselves working in a variety of perioperative practice settings and on ever-advancing surgical procedures. No profession is better positioned, in this ever-changing healthcare environment, to work to ensure the provision of safe patient care, the growth of strong leadership, and the development of new knowledge, skills, and expertise. We are in the perfect profession to lead this change and drive further growth – I have no doubt that many of the changes over the years have been the result of strong perioperative nurses and I feel the future holds more of the same.

Any last words of wisdom?

Every new day in a theatre brings new challenges, joys, and successes. To quote a dear friend and former perioperative colleague (and yes, one of the perioperative stars I mentioned earlier) who likes to say “if you are getting on the OR train go to the front and help lead and create change for the better... instead of sitting at the back moaning and whining.” When we choose to be leaders we choose to take charge of our profession and create excellence for everyone.

References:

1. Lockwood, C.D. (1926). The surgical conscience, Arch Surg, 13(6):887-894.



You are on the frontlines.

Allow us to be your wings.

For those tasked with navigating the complexities of healthcare, Cardinal Health brings scaled solutions that help you thrive in a changing world.

We support you with tenacity, back you with accountability, and the understanding that we are, above all, humble partners to those of you on the frontlines of healthcare.

Learn more at
www.youtube.com/cardinalhealth



CardinalHealth
Essential to care™

Logistics
Product
Business
Patient

cardinalhealth.ca



PRESENTS



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

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



BASIC
VINYL GRAPHIC
WITH DRY ERASE COATING

SURGICAL SITE FIRE RISK ASSESSMENT

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

Yes No N/A

ASSESS THE RISK

1. Surgical Site or incision is above the Xiphoid	YES	NO
2. Open Oxygen Source (patient receiving supplemental oxygen via any variety of face mask or nasal cannula)	1	0
3. Available Ignition source (i.e., electrosurgery unit, laser, defibrillator, burn, fiber-optic source etc.)	1	0
TOTAL SCORE		

SCORING

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

FIRE RISK PROTOCOLS

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

Circulating Nurse

- Verify the target, including verbal confirmation of the oxygen percentage.
- Ensure appropriate drying techniques to minimize oxygen concentration under the drapes.
- Minimize ESOI setting.
- Assesses that enough time has been allowed for fumes of alcohol based prep solutions to dissipate (minimum of 3 minutes).
- Encourage use of wet sponges.
- Ensure a basin of sterile saline and both sponges are available for the expessor.

Anesthesia Provider

Ensure that a syringe full of saline is in reach for procedures conducted within the oral cavity.
Document oxygen concentration and time.
Uses the MAC circuit for oxygen administration initially and FIO2 of 3 using fresh gas flows of at least 10L/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 3 minutes).
- Prevent heat sources (e.g. using the ESOI pedal).
- Use standard drying procedure.

SCORE 1 → LOW RISK
Standard fire safety precautions are followed.



STANDARD
FLIP FRAMES

COUNTS

DATE: _____ PATIENT: _____

PRE 1 2 Final

LAPS	5 10 15 20 25 30	SUTURE BOOTS	10 20 30 40
35 40 45 50 55 60	VESSEL LOOPS	2 4 6 8 10	
65 70 75 80 85 90	UMBILICAL TAPES	1 2 3 4 5	
RAYTECS	10 20 30 40 50	BULLDOGS	1 2 3 4 5
60 70 80 90 100	COTTONBOBS		
15 20 30 40 50	60 70 80 90 100		

PEANUTS

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

NEEDLES

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

ALLOCATION SHEET, VERIFY BY EXTEND

1 2 3 4 5
6 7 8 9 10

ALBANS

1 2 3 4 5

SHUTE TAPS

1 2 3 4 5



DELUX
1/4" ACRYLIC WITH
OR WITHOUT SWITCHES

O.R. Safety Check Board

All items must be confirmed by 2 team members.

Patient's Name: _____

DOB: _____ Procedure: _____

Family Update:

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

ATB Redosing

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

Equipment QC Completed & Documented

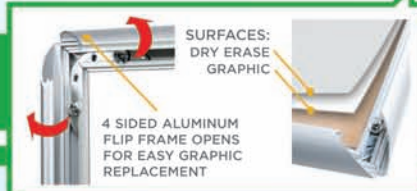
- Allergies Noted
- Antibiotics Given*
- Medication/Irrigation Available
- Implants/Equipment Available
- Safety Precautions In Place

*If Applicable



FEATURES:

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



FEATURES:

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



FEATURES:

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

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

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

RMAC Surgical Toll Free: **1.888.299.2661** www.pharmatags.com
Sponsor of the **ORNAC / RMAC Surgical Patient Safety Award!**