



March/mars 2017

Volume 35, Issue/numéro 1

ORNAC | REVUE DE JOURNAL | L'AIISOC



PACU Handover • Transfert des soins à l'USPA
Surgical Tray Opening • Ouverture des plateaux chirurgicaux
Conference Program • Programme de la Conférence

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

Visit us at the ORNAC National Conference for your free gift pack
Medline BOOTH #300

ORNAC JOURNAL

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

Published Quarterly ✦ Volume 35, Issue 1, March 2017

TABLE OF CONTENTS



© L. De Biasio

- 13** Handover between Anaesthetists and Post-Anaesthetic Care Unit Nursing Staff Using ISBAR Principles: A Quality Improvement Study

Due to a publisher error the photos used on our December 2016 cover, and in the feature article, contained some errors and were not intended for use. Our apologies to the author and our readers. A corrected version was distributed by email but if you wish to receive a copy, and have not, please contact us at info@ClockworkCanada.com.

- 27** 50 Years On - BC Perioperative Nursing Organization Attains a Milestone: If We Want To Know Where We Are Going We Need To Know Where We Came From

- 57** Evaluation of the Surgical Tray Opening Procedure in Operating Suites: Systematic Review and Recommendations

ORNAC NETWORK

- 33** 2017 ORNAC National Conference Exhibitors

- 34** 25th ORNAC National Conference Program

- 41** ORNAC Standards Committee: Journey to Guidelines - Part Three: "Our End is Just the Beginning..."

- 19** 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 - Cathleen Ferguson RN, BScN, RNFA, CPN(C), CNOR - Antigonish, NS - president@ornac.ca

PRESIDENT ELECT- Barbara Mushayandebvu RN, CPN(C) - Ottawa, ON - presidentelect@ornac.ca

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

SECRETARY - Jane Radey RN, RNFA, CPN(C) - Huntsville, ON - secretary@ornac.ca

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

ORNAC Board Members

BRITISH COLUMBIA

Marlene Skucas RN, CPN(C)

ALBERTA

Lucia Pfeuti RN, BN, CPN(C)

SASKATCHEWAN

Margaret Farley RN,
BScN, CPN(C)

MANITOBA

Karen Sagness RN, RNFA, CPN(C)

ONTARIO

Linda Whyte RN, CPN(C)

QUEBEC

Josée Sauriol RN, CPN(C)

NEW BRUNSWICK

Chantal Pelletier RN, BN, BSc

NOVA SCOTIA

Ida Berry RN, CPN(C)

PRINCE EDWARD ISLAND

Cathy Griffin RN, BScN, CPN(C)

NEWFOUNDLAND & LABRADOR

Corenia Price, RN, CMDRT,
CPN(C)

LEADERSHIP

Kelly Chapman RN, MHS, BSN, CPN(C)

ADVANCED PRACTICE

Anita Esson RN, BScN, RNFA, CPN(C)

EDUCATION

Kristina Cruess RN, RNFA, BA, BScN,
MST, MPA, 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 1, mars 2017

TABLE DES MATIÈRES



© L. De Biasio

- 20** Le transfert des soins entre les anesthésistes et le personnel infirmier de l'unité de soins postanesthésiques à l'aide des principes ISAER : une étude sur l'amélioration de la qualité

En raison d'une erreur de publication, les photos utilisées sur la couverture du numéro de décembre 2016 et dans l'article de fond contiennent quelques erreurs et n'étaient pas destinées à être utilisées. Nous présentons nos excuses à l'auteur et à nos lecteurs. Une version corrigée a été distribuée par courriel, et si vous souhaitez en obtenir une copie et que vous n'en avez pas reçu une, veuillez communiquer avec nous à : info@ClockworkCanada.com.

- 36** 50 ans après – l'organisme des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires de la c.-b. marque un Jalon : Si nous voulons savoir où nous nous dirigeons, nous devons savoir d'où nous venons.
- 46** Évaluation de la procédure d'ouverture des plateaux chirurgicaux dans les blocs opératoires : revue systématique et recommandations

RÉSEAU DE L'AIISOC

- 33** Les exposants de la conférence nationale de l'AIISOC
- 34** Programme de la 25e conférence nationale de l'AIISOC
- 43** Comité des normes de L'AIISOC : Vers les lignes directrices [troisième partie] Notre fin n'est que le commencement...
- 19** 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'AIISOC

PRÉSIDENTE - Cathleen Ferguson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C), IASO - Antigonish, N.-É - president@ornac.ca

PRÉSIDENTE ÉLUE - Barbara Mushayandebvu, inf., CSP(C) - Ottawa, ON - presidentelect@ornac.ca

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

SECRÉTAIRE - Jane Radey, inf., IPAC, CSP(C) - Huntsville, ON - secretary@ornac.ca

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

Conseil d'administration de l'AIISOC

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Marlene Skucas, inf., CSP(C)

ALBERTA

Darlene Rikley, inf., CSP(C)

SASKATCHEWAN

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

MANITOBA

Kim Goodman, inf., CSP(C)

ONTARIO

Linda Whyte, inf., CSP(C)

QUÉBEC

Josée Sauriol, inf., CSP(C)

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

NOUVELLE-ÉCOSSE

Ida Berry, 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

Anita Esson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C)

ÉDUCATION

Kristina Cruess, inf., IPAC, B.A., B.Sc.Inf.,
M.Sc.Ens., M.A.P., CSP(C)

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

MISSION DE L'AIISOC

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

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



Advertiser Directory / Annuaire des annonceurs

Cardinal Health Canada	67
Ecolab	19
Health Match BC	30
Instrumentarium	Insert
Medline Canada	2
RMAC Surgical	68

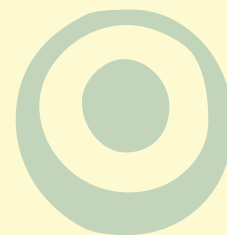
Looking For Information About Advertising
In This Journal?

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

info@ClockworkCanada.com

or / ou

902.442.3882



PRESIDENT'S MESSAGE

Cathleen Ferguson RN, BScN, RNFA, CPN(C), ORNAC incoming President 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.

president@ornac.ca



I can't believe how quickly time passes. My term as ORNAC President will be coming to an end in just a few months. It has, so far, been an extremely busy and exciting term. When I took office as ORNAC President I had goals and objectives that I wanted to achieve. This included addressing priorities within the ORNAC strategic plan. These were not just my priorities. They were the priorities of many, if not all, ORNAC members as perioperative colleagues.

I would like to update you on some exciting work the ORNAC Board and Executive has been doing on your behalf (aligned with our strategic plan).

On November 4, 2016 ORNAC, in collaboration with CNA, hosted a Roundtable. An enthusiastic group of ORNAC and CNA representatives, from across Canada, gathered in Ottawa for this workshop that was an important step in moving toward the ultimate goals:

- To successfully support patient safety by addressing model of care staffing decisions to support the delivery of safe, evidence-based, nursing care in perioperative environments/surgical suites;
- Create a series of resources on safe staffing models of care for the perioperative environment as developed by ORNAC and CNA;

"Efforts and courage are not enough without purpose and direction."

- John F. Kennedy

- Create an environment that fosters information sharing, collaborative work and consensus building;
- Use multiple sources of evidence to improve our understanding of the Canadian context in which we will achieve our stated goals; and
- Describe the role, accountabilities and competencies of the RN in operating room settings and the circulating role that will inform future work on models of care and the position statement.

Facilitators from InVizzen Knowledge Brokers Inc. guided the 24 participants through a series of short presentations and interactive sessions designed to gather perspectives on why it is essential to define the role of the RN in perioperative settings at this point in time. Throughout the day, the participants learned about the research evidence, frameworks, tools and models of care to support the desired goals, the provincial successes and challenges faced when attempting to apply evidence-based frameworks, and strategies for influencing change.

The presentations and discussions are outlined in a detailed report that will be

made available to ORNAC members. Based on the shared commitment to the ultimate goals, and the progress made at the one-day workshop, the ORNAC Executive determined it was imperative to proceed with a comprehensive strategy focused on the workshop results. A Core Action Team will guide the process. The members of the Core Action Team are myself, Pat Pocock, Kelly Chapman, Laurie Dawn-Boyer, Shaindel Egit and Aline Gagnon (all from ORNAC), Josette Rousseau from CNA, and the facilitators from InVizzen (Sheila Cook and Katie Mairs).

Starting in January 2017 the Core Action Team began building on the workshop results to create a multi-faceted influence strategy and support tools based on best practices. They will request feedback from ORNAC members, update and pilot the strategy, and launch the pan-Canadian strategy to influence operating room model of care decisions at the 2017 ORNAC National Conference. So much lies ahead! ✨

Cathleen Ferguson

EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE

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



There are many of you who have not yet taken the plunge into the world of Twitter. It can be a great way of sharing feedback and keeping up to date on what is going on with others involved with ORNAC. Here are a few basics if you are interested in signing up for Twitter:

We are pleased to announce the following themes for upcoming events:

- *Tides of Change, Oceans of Perioperative Excellence* - 26th ORNAC National Conference, Halifax Convention Centre, Halifax, NS, April 25 - May 2, 2019
- *Perioperative Nurses – The Voice of Our Patients* - Perioperative Nurses Week, November 13-17, 2017

We look forward to the promotion of these themes using social media, the website, TimeOut!, posters and this Journal.

There are likely many of you who have not yet taken the plunge into the world of Twitter. It can be a great way of sharing feedback and keeping up to date on what is going on with others involved with ORNAC. Here are a few basics if you are interested in signing up for Twitter:

- Go to <https://twitter.com/signup> and sign up using an email or phone number;
- Download the twitter app on your phone/tablet (available on all platforms through the app stores);

- To send your first tweet: after you have logged in to Twitter click on the blue button on the top right that says “Tweet”;
- Compose your first Tweet! (ie. Looking forward to #ORNAC2017 in Niagara Falls. Are you?);
- At the end of the tweet, tag me (Heather Dow, Executive Director) by typing @3canoes. I will re-tweet your message and welcome you to twitter. This will send your tweet to all the OR nurses and industry partners, from around the world, who follow me and this will immediately expand your network to include all followers.

For some basic tips on using twitter visit <https://support.twitter.com>.

You could also tweet about the ORNAC online boutique! The boutique is open and ready for orders at www.ornac.ca (click the red shopping cart icon). Note that some items are in limited quantities. Payment is made online at the time of purchase.

Once you have all your awesome ORNAC clothing and other fun items that you purchased from the online boutique, you will be ready to attend the 25th National Conference, April 30-May 4, 2017, "Harnessing our Power" at the Scotiabank Convention Centre in Niagara Falls, ON. Registration is open!

importance to your employer there is toolkit available to help. Just visit the ORNAC Website and click on the conference logo on the home page and then choose Justify Your Attendance. These documents outline the benefits to you and your employer in having you participate in this important and educational event.

And when packing don't forget your Great Gatsby costume! Following the success of the recent Great Gatsby film, and the resulting obsession with 1920s glamour and style, the ORNAC Conference will include a Great Gatsby evening (on Monday, May 1st). The fun night will include a night of dinner, dancing and Ballroom Swing Dance performances. Bring your Roaring 20s glamour and celebrate in style at this gala event. Full Conference registration includes one ticket to this ORNAC Gala Banquet (tickets for single day registrants, or additional guest tickets, are available for \$90 per person in the social events section of the Conference Registration section of the website.

For more about the conference program, social events, or local tourist attractions, see page 34 of this Journal or visit the conference section of the ORNAC website.

I look forward to seeing you all in Niagara Falls!



There are likely many of you who have not yet taken the plunge into the world of Twitter.

MOT DE LA PRÉSIDENTE

Cathleen Ferguson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C), nouvelle présidente de l'AISOC est directrice des services en salle d'opération/périopératoires 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'AISOC.

president@ornac.ca



« Le courage et les efforts ne servent à rien quand on n'a ni but ni motivation ».

- John F. Kennedy

J e ne peux pas croire que le temps passe si vite. Mon mandat à titre de présidente de l'AISOC se terminera dans seulement quelques mois. Ce fut jusqu'à maintenant un mandat trépidant qui m'a tenue très occupée. Lorsque j'ai pris mes fonctions à titre de présidente de l'AISOC, j'avais des buts et des objectifs que je voulais réaliser, dont celui de me pencher sur les priorités dans le cadre du plan stratégique de l'AISOC. Ce n'était pas seulement mes priorités à moi, mais celles de plusieurs, voire de tous les membres de l'AISOC en tant que collègues en soins périopératoires.

J'aimerais vous tenir au courant du travail excitant que le conseil d'administration et que le conseil de direction de l'AISOC a entrepris en votre nom (conformément à notre plan stratégique).

Le 4 novembre 2016, l'AISOC, en collaboration avec l'AIC, a animé une table ronde. Un groupe enthousiaste de représentants de l'AISOC et de l'AIC provenant de partout au Canada se sont réunis à Ottawa pour cet atelier qui constituait une étape importante pour atteindre nos objectifs, soit de :

- Appuyer avec succès la sécurité des patients en examinant un modèle de soins pour les décisions en matière de dotation afin de favoriser la prestation de soins infirmiers sécuritaires et fondés sur des données probantes en

milieux périopératoires/blocs opératoires;

- Élaborer une série de ressources relatives aux modèles de soins en matière de dotation sécuritaire pour le milieu périopératoire tel que développé par l'AISOC et l'AIC
- Créer un environnement qui favorise le partage de l'information, le travail collaboratif et l'établissement d'un consensus;
- Utiliser différentes sources de données probantes afin d'améliorer notre compréhension du contexte canadien au sein duquel nous atteindrons les objectifs que nous nous sommes fixés;
- Déterminer le rôle, les responsabilités et les compétences de l'infirmière en salle d'opération et le rôle des infirmières en service externe qui influenceront le travail futur sur les modèles de soins et l'énoncé de position.

Des animatrices de l'entreprise InVizen Knowledge Brokers Inc. ont guidé les vingt-quatre participants à travers une série de courtes présentations et de séances interactives conçues pour recueillir les points de vue sur la raison pour laquelle il est essentiel de définir le rôle de l'infirmière en milieu périopératoire à ce moment précis. Tout

MOT DE LA PRÉSIDENTE suite à la p. 12

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

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



Il y a plusieurs annonces excitantes à faire et je veux m'assurer que vous êtes tous et toutes au courant de ce qui se passe.

Nous sommes fiers de vous annoncer les thèmes suivants pour nos prochains événements :

- *Une marée de changements, un océan d'excellence en soins périopératoires* — 26^e Conférence nationale de l'AIISOC, Palais des congrès d'Halifax, Halifax, N.-É., du 25 avril au 2 mai 2019
- *Les infirmières en soins périopératoires* — la voix de nos patients — Semaine des infirmières en soins périopératoires, du 13 au 17 novembre 2017

Nous avons très hâte de faire la promotion de ces thèmes à l'aide des médias sociaux, du site Web, de Pause!, d'affiches et de la Revue.

Il est fort probable que plusieurs d'entre vous n'ont pas encore fait le saut pour passer au monde de Twitter. Cet outil peut être une excellente façon de partager vos commentaires et de vous maintenir à jour sur ce que les autres font au sein de l'AIISOC. Voici quelques

éléments de base si vous souhaitez vous abonner à Twitter :

- Allez à <https://twitter.com/signup> et inscrivez-vous en indiquant un courriel ou un numéro de cellulaire;
- Téléchargez l'application Twitter sur votre téléphone/tablette (offerte sur toutes les plateformes via les boutiques d'applications);
- Pour envoyer votre premier tweet : après avoir ouvert une session dans Twitter, cliquez sur le bouton bleu où il est écrit « Tweet » dans le coin supérieur, à droite;
- Composez votre premier tweet! (p. ex. J'ai très hâte à #AIISOC2017 à Niagara Falls, et vous?);
- À la fin de votre tweet, mettez mon nom en mot-clé (Heather Dow, directrice générale) en tapant @3canoes. Je vais retweeter votre message et vous souhaiter la bienvenue sur Twitter. Ainsi, tous vos tweets seront envoyés à toutes les infirmières en SOP et à tous les partenaires de l'industrie de partout au monde qui me suivent et cela vous permettra d'élargir votre réseau pour inclure tous les abonnés.

Il est fort probable que plusieurs d'entre vous n'ont pas encore fait le saut pour passer au monde de Twitter.

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE (suite)

Pour des conseils de base pour utiliser Twitter, visitez <https://support.twitter.com>.

Vous pourriez aussi tweeter quelque chose au sujet de la boutique en ligne de l'AIISOC! La boutique est ouverte et prête à prendre les commandes à www.ornac.ca (cliquez sur l'icône du panier de magasinage rouge). Veuillez prendre note que certains articles sont en quantités limitées. Le paiement se fait en ligne au moment de terminer la transaction.

Lorsque vous aurez tous vos beaux vêtements de l'AIISOC et autres articles intéressants que vous aurez achetés à partir de la boutique en ligne, vous serez prêtes à participer à la 25^e Conférence nationale, du 30 avril au 4 mai 2017, « Exploiter nos pouvoirs » au Palais des congrès de la Banque Scotia à Niagara Falls, ON. La période d'inscription est commencée!

Si vous recherchez de l'aide pour planifier votre participation à la Conférence et en justifier l'importance à votre employeur, il existe une trousse d'outils qui pourra vous aider. Il suffit de visiter le site Web de l'AIISOC et de cliquer sur le logo de la Conférence sur la page d'accueil, puis de choisir Justifier votre participation. Ces documents vous informent des avantages pour vous et votre employeur de votre participation à cet événement éducatif important.

Lorsque vous ferez vos valises, n'oubliez surtout pas votre costume de Gatsby le Magnifique! Suite au succès du récent film Gatsby le Magnifique et de l'obsession qui s'en est ensuivi pour le prestige et le style des années 20, la Conférence de l'AIISOC organise une soirée sur le thème de Gatsby le Magnifique (le lundi 1^{er} mai). Cette soirée amusante inclura un souper, de la danse et des performances de danse

de salon et de swing. N'oubliez pas votre beauté sensuelle des années folles pour célébrer avec style lors de ce gala. L'inscription complète à la Conférence inclut un billet pour ce gala de l'AIISOC (vous pouvez vous procurer des billets pour les participants d'un jour ou des billets additionnels pour les invités au prix de 90 \$ par personne dans la section des événements sociaux de la section Inscription à la Conférence sur le site Web.

Pour obtenir plus de détails sur le programme de la Conférence, les événements sociaux ou les attractions touristiques de la région, veuillez consulter la page 34 de la présente Revue ou visiter la section sur la Conférence du site Web de l'AIISOC.

Je suis impatiente de vous rencontrer à Niagara Falls! ❁

MOT DE LA PRÉSIDENTE (suite)

au cours de la journée, les participants se sont renseignés sur les données probantes de la recherche, les structures, les outils et les modèles de soins qui pourraient les aider à appuyer les objectifs fixés, les succès à l'échelle provinciale et les défis auxquels ils pourraient faire face lorsqu'ils tentent d'appliquer les structures fondées sur des données probantes et les stratégies pour provoquer le changement.

Les présentations et les discussions sont présentées dans un rapport détaillé qui sera mis à la disposition des membres de l'AIISOC. D'après l'engagement partagé envers les objectifs à atteindre et les progrès réalisés lors de l'atelier d'une journée, le comité de direction de l'AIISOC a déterminé qu'il était impératif de procéder avec une stratégie exhaustive axée sur les résultats de l'atelier. Une équipe de travail de base orientera le processus. Les membres de cette équipe sont moi-même, Pat Pockock, Kelly Chapman, Laurie Dawn-

Boyer, Shaindel Egit et Aline Gagnon (toutes de l'AIISOC), Josette Rousseau de l'AIIC ainsi que les animatrices d'InVizzen (Sheila Cook et Katie Mairs).

Dès janvier 2017, le groupe de travail de base a commencé à s'appuyer sur les résultats de l'atelier pour créer une stratégie d'influence à volets multiples et à soutenir les outils qui se basent sur des pratiques exemplaires. Le groupe demandera l'opinion des membres de l'AIISOC, mettra à jour et pilotera la stratégie et lancera la stratégie à l'échelle canadienne pour influencer sur les modèles de soins pour les décisions en salle d'opération lors de la Conférence nationale 2017 de l'AIISOC. Il reste donc beaucoup de choses à faire! ❁



KEYWORDS: HANDOVER, ANAESTHETIST, POST-ANAESTHETIC CARE,
POST-ANAESTHETIC NURSE.

HANDOVER BETWEEN ANAESTHETISTS AND POST-ANAESTHETIC CARE UNIT NURSING STAFF USING ISBAR PRINCIPLES: A QUALITY IMPROVEMENT STUDY

Authors:

Patricia Kitney RN, BAppSc-Nsg, DAppSc-Nsg Ed, MEd (Research), GradCert LdrshpEdTrng, GradCertPeriop, Western Health, Sunshine, Vic, Australia.

Raymond Tam MBBS, FANZCA, Western Health, Sunshine, Vic, Australia.

Paul Bennett RN, BN, GradCertSc (App Stats), MHSM, PhD, Deakin University, Geelong, Victoria, Western Health – Nursing Research Centre, Sunshine, Vic, Australia.

Dianne Buttigieg RN, BHSc (Nursing), Grad Cert Periop Nsg, DipMgt, Western Health, Sunshine, Vic, Australia.

David Bramley MBBS, MPH, FANZCA, Western Health, Sunshine, Vic, Australia.

Wei Wang Msc (Stats), GdipSci (Stats), MD, PhD, Deakin University, Geelong, Vic, Australia.

ABSTRACT:

A structured approach to communication between health care professionals contains introduction/identification; situation; background; assessment and request/recommendation (ISBAR).

ISBAR was introduced into the post-anaesthetic care unit (PACU) of a large Victorian health service in 2013. The aim of this study was to measure the effect of an education program on ISBAR compliance.

Method: A pre/post-test design using a 14-item audit tool was used to measure compliance to ISBAR before and after an education intervention in two acute hospitals in Melbourne, Victoria. The intervention consisted of one 30-minute education session to anaesthetists, and

two 30-minute education sessions to PACU nurses, combined with visual cues using ISBAR wall posters.

Results: In Hospital A, significant improvement from pre- to post-audit was found in the items of cardiovascular assessment ($\chi^2 (1) = 4.06, p < .05$), respiratory assessment ($\chi^2 (1) = 12.85, p < .01$), analgesia assessment and actions (Fisher's exact test $p < .05$) and responsibility + referral ($\chi^2 (1) = 4.44, p < .05$). For Hospital B significant improvement was found in communication difficulties ($\chi^2 (2) = 13.55, p < .01$) and significant decreased performance was found in respiratory assessment ($\chi^2 (1) = 8.98, p < .01$) and responsibility + referral ($\chi^2 (1) = 13.26, p < .01$).

First published in
*Journal of Perioperative
Nursing in Australia*, March 2016.
Reprinted with kind permission
from Australian College of
Perioperative Nurses (ACORN).

Implication for practice: The results from this study cohort suggest an augmented education program may produce mixed results for ISBAR compliance. More than education and visual tools may be required to improve PACU ISBAR compliance.

BACKGROUND:

In 2012 the Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC) identified clinical handover as a key standard in the national quality and safety framework.¹ With over seven million clinical handovers occurring annually in Australian hospitals, it was concerning that global handover processes have been highly variable and unreliable, and associated with patient risk and patient safety.² A recent review of 31 postoperative handover primary research studies confirmed the positive association between handovers and adverse events and recommended the standardisation of handover processes.³ Standardisation of clinical handover is likely to improve the safety of patient care as critical information is more likely to be transferred and acted upon.¹

In the perioperative environment surgeons, scrub nurses, anaesthetists, anaesthetic nurses and scout (circulating) nurses are all involved in the care of the patient during a surgical procedure. Each team member is accountable for the information they transfer from one part of the patient journey to the next; however, in Australia, it is most commonly the anaesthetist who performs the post-operative handover.⁴ The post-operative handover consists of the transfer of information of the patient’s state and care by the anaesthetist to the post-anaesthetic care unit (PACU) staff with appropriate briefing on relevant aspects of the surgery and anaesthetic technique.⁵

ISBAR is a structured approach to communication between health care providers. ISBAR refers to: Introduction/Identification; Situation; Background; Assessment; and Request/Recommendation.⁶ The introduction of ISBAR to Western

Health, a large metropolitan health service in Melbourne, Victoria, Australia, was undertaken to provide a standardized organisation-wide approach.⁷ The introduction of ISBAR identified issues of non-compliance, resulting in an education strategy being implemented. The aim of the quality improvement project reported here was to measure the effect the education program had on ISBAR compliance.

METHODS:

Design:

A pre/post-test design using audit tools to measure compliance before and after a quality improvement intervention.

Sample:

A convenience sample of anaesthetists were observed over a one-week period in two PACU units from two participating hospitals within the same health service. Handovers were performed by anaesthetists providing a clinical handover of their patients to PACU nursing staff were included in the audit. There were no data in the literature to

guide detailed sample size calculations for comparison of before and after compliance with the ISBAR handover tool in PACU. Assuming normally distributed population data in the independent samples, a proposed sample size of 100 observations in each group would give 83% power to detect a difference in proportion of handover compliance from 50% to 70% at a significance level of 0.05 in a posthoc analysis of entire cohort. An historical case load suggested that this would result in a sample of approximately 200 events (clinical handovers).

Intervention:

The intervention consisted of two strategies. Firstly, in-service education session to anaesthetists and PACU nurses on current handover performance was undertaken. The education sessions were mainly of a didactic nature, presenting evidence supporting the introduction of structured clinical handover. The model of ISBAR handover was presented and reinforced. Secondly, ISBAR poster-sized cue cards (See Figure 1) were fixed to the walls of all PACU patient bays.

Figure 1: ISBAR cue card

I dentification	Patient Staff members
S ituation	Procedure Anaesthetic type
B ackground	Allergies Co-morbidities Communication difficulties (including non-English speaking)
A ssessment & Actions	Intra-operative issues: • surgery and anaesthesia Current issues: • cardiovascular observations, limits, therapy • respiratory observations, limits, therapy • analgesia interventions to date, orders • additional needs, e.g. anti-emetics, BSL.
R esponsibility & Referral	Name and contact details ICU/HDU/ward/discharge home

Tool:

The audit tool was developed measuring the adherence to ISBAR principles during the handover from anaesthetist to PACU nurses (see Figure 2). This was designed to encompass guidelines from the Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) and the health care organisation. To assist with face and content validity the tool was disseminated to expert clinicians where minor modifications were made. The tool was then piloted before the study where further minor modifications were undertaken.

Data collection:

The pre-audit was undertaken immediately following the introduction of ISBAR. The education and poster

strategy was implemented in the succeeding two weeks immediately following the audit. The post-audit was undertaken four months after the education and poster strategy. The audit tool (Figure 2) was completed by Sunshine and Footscray PACU nursing staff during the clinical handover by the anaesthetist once the patient had been connected to monitoring equipment and the patient was deemed stable by the PACU nurse. The audit tool was piloted in 10 handovers by two PACU nurse educators and found to be practical, timely and demonstrated high inter-rater agreement. Audits were undertaken by PACU nurses who had been trained to complete the audits during the two education sessions. Completed audits were placed into a secure box, which

were collected from the box at the end of the one-week period by the project team leader (PK).

Ethics:

Quality assurance was reviewed by the Western Health Low Risk Research and Ethics Panel. Approval was granted on 13 October 2014. Low-risk human research QA Reference Number: QA2014.94. Participants were non-identifiable as no identifying demographics were recorded.

Outcome measures:

The outcome measures were differences in compliance between pre- and post-audit for all 14 audit tool items. These items recorded the identification of patient name, procedure, anaesthetic type, allergies, co-morbidities,

Figure 2: ISBAR audit tool

I	Identification	Patient name	Yes	No	N/A
S	Situation	Procedure			
		Anaesthetic type			
B	Background	Allergies			
		Co-morbidities			
		Communication difficulties (including NESB)			
A	Assessment & Actions	Intra-operative issues: surgery and anaesthesia			
		Current issues:			
		- Cardiovascular: observations, acceptable limits, therapy (including IV fluids and interventions)			
		- Respiratory: observations, acceptable limits, therapy (includes O2)			
		- Analgesia: interventions to date, ongoing therapy			
		- Additional needs: e.g. Antiemetics, X-ray, biochemistry/haematology/BSL			
		- Other comments			
R	Responsibility & Referral	Name and contact details			
		ICU/HDU/ward/discharge home			
TOTAL SCORE			/14		

Instructions to PACU nursing staff:

Maximum possible score = 14

Each 'yes' response scores a 1; Each 'no' response or 'N/A' response scores a 0.

The PACU environment can be a stressful area and standardised care can improve patient care.⁸

communication difficulties, surgery and anaesthesia intraoperative issues, cardiovascular observations, respiratory observations, analgesia, additional needs, referral name and contact details, and likely transfer destination.

Data analysis:

Crosstabs was used to examine the categorical nature of the data in determining whether there was a significant difference between the pre-audit (audit 1) and the post-audit (audit 2) across the 13 items of interest. The analysis was performed separately on two separate hospital sites (Hospital A and Hospital B). Pearson's chi-square statistics were reported. In addition, Fisher's exact tests were also reported for the items that the numbers were less than 5 in each cell.

Results:

Table 1 shows the percentages and test results of crosstabs of the 283 handovers from the two hospital PACUs (Hospital A, n=148, Hospital B, n=135). In Hospital A, significant differences were found between audit 1 and audit 2 for the items of Assessment & Actions: Cardiovascular: observations, acceptable limits, therapy (including IV fluids & interventions) ($\chi^2 (1) = 4.06, p < .05$); Assessment & Actions: Respiratory: observations, acceptable limits, therapy (includes O₂) ($\chi^2 (1) = 12.85, p < .01$); Assessment & Actions: Analgesia: interventions to date, ongoing therapy (Fisher's exact test $p < .05$); and Responsibility & Referral: ICU/HDU/ward/discharge home ($\chi^2 (1) = 4.44, p < .05$).

For Hospital B, three items showed significant differences including Background: Communication difficulties (including NESB) ($\chi^2 (2) = 13.55, p < .01$); Assessment & Actions: Respiratory: observations, acceptable limits, therapy (includes O₂) ($\chi^2 (1) = 8.98, p < .01$); and Responsibility & Referral: ICU/HDU/ward/discharge home ($\chi^2 (1) = 13.26, p < .01$).

Discussion:

The major findings from this audit demonstrate that education augmented

with ISBAR posters can be associated with both an improvement but also decreased compliance of ISBAR principles. There were no audit elements where both hospitals improved significantly. In the higher acuity hospital (Hospital A) improvements were seen in the reporting of respiratory and cardiovascular observations, analgesia concerns and referral, whereas in Hospital B improvements were only noted in reporting communication difficulties. Improvements in Hospital A may have been associated with the increased acuity of patients occurring at this hospital. Hospital B's broader cultural profile may have had an influence on the attention to communication challenges during these handovers.

Decreased compliance in Hospital B in the areas of respiratory observation and referral could not be explained. The contrast between this declining compliance and the improvement in these areas in Hospital A suggests that there is more influence on ISBAR compliance than simply an educational strategy augmented by cue cards. The importance of leadership and culture on the quality implementation of structured communication has been identified as vital² and this may have had an influence on our results. In saying this, additional change strategies to supplement an education strategy may improve ISBAR compliance.

The PACU environment can be a stressful area and standardised care can improve patient care.⁸ Handover failures are common and can lead to diagnostic and therapeutic delays.³ Poor handover can also lead to wasted resources.⁶ The breakdown in the transfer of information has been identified as one of the most important contributing factors in serious adverse events and is a major preventable cause of patient harm.¹ Given the complexities of communication in health services and the mixed results from this study, more complex communication training⁹ may augment standardized structured handover practices such as ISBAR.

Table 1: Comparison between audit 1 and audit 2 for Hospital A (n=148) and Hospital B (n=135)

Item	Hospital A				Hospital B			
	Audit 1 Yes (%)	Audit 2	Pearson Chi- square p (2-sided)	Fisher's Exact Test p (2-sided)	Audit 1 Yes (%)	Audit 2	Pearson Chi- square p (2-sided)	Fisher's Exact Test p (2-sided)
1. Identification: Patient name	79.8	91.8	-	.10	79.8	91.8	-	.10
2. Situation: Procedure	99.0	100	-	1.00	100	98.0	-	.37
3. Situation: Anaesthetic type	94.9	87.8	-	.18	94.1	100	-	.16
4. Background: Allergies	59.4	67.3	.35	-	65.5	78	.13	-
5. Background: Co-morbidities	80.6	91.8	-	.09	89.2	90.0	-	1.00
6. Background: Communication difficulties (including NESB)*	27.6	22.4	.07	-	30.6	44.0	.00	-
7. Assessment & Actions: Intra-operative issues: surgery and anaesthesia*	69.1	50.0	.06	-	70.4	80.9	.42	-
8. Assessment & Actions: Cardiovascular: observations, acceptable limits, therapy (including IV fluids and interventions)	65.7	81.6	.04	-	83.5	82.0	.82	-
9. Assessment & Actions: Respiratory: observations, acceptable limits, therapy (includes O2)	53.5	83.7	.00	-	81.2	57.1	.00	-
10. Assessment & Actions: Analgesia: interventions to date, ongoing therapy	80.8	93.9	-	.05 (.048)	96.5	93.9	-	.67
11. Assessment & Actions: Additional needs: e.g. Antiemetic, X-ray, biochemistry/haematology/BSL*	71.1	79.6	.27	-	67.1	78.0	.18	-
12. Responsibility & Referral: Name and contact details	51.1	63.3	.16	-	71.4	60.4	.19	-
13. Responsibility & Referral: ICU/HDU/ward/discharge home	53.2	71.4	.04	-	76.2	44.9	.00	-

*Item response options comprising three categories

This study has shown ISBAR compliance in handover between anaesthetist and PACU nursing staff can be improved through education augmented with posters.

ISBAR is an example of standardizing a common process, handover, to facilitate a comprehensive transfer of patient information, assessment, progress and future state. Our study has demonstrated some success in improving this standardisation, with the ultimate goal of standardizing and improving patient care processes.

Strengths and limitations:

The major strength of this study was that it was undertaken in a practice environment in two large teaching hospitals within the one health service. In saying this, factors influencing ISBAR compliance, such as PACU leadership and management culture, were not objectively measured. ISBAR was the designated hospital organisations' handover policy. Alternative common iterations such as ISOBAR and SBAR were not assessed. This was a pre/post-test audit design and thus our findings should not be generalised to other PACU contexts.

CONCLUSION:

This study has shown ISBAR compliance in handover between anaesthetist and PACU nursing staff can be improved through education augmented with posters. However, significant elements of decreased compliance have also been observed. Various contextual factors are likely to affect ISBAR compliance and should be considered when employing strategies to improve handover standardisation.

REFERENCES:

1. National Safety and Quality Health Service Standards: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care — Standard 6: Clinical Handover — Safety and Quality Improvement Guide, 2012. Canberra: Australian Government.
2. Botti M, Bucknall T, Cameron P, Johnstone MJ, Redley B, Evans S & Jeffcott S (2009). Examining communication and team performance during clinical

handover in a complex environment: the private sector post anaesthetic care unit. *Medical Journal of Australia*, Vol. 190, No. 11, S157–160.

3. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, ... & Mark JB (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*, Vol. 115, No. 1, pp. 102–115.
4. Anumakonda V, Doijode S & Bhaskaran S (2011). A prospective audit of multidisciplinary handover (MDHO) of responsibility for patients in the post anaesthetic care unit in a District General Hospital (DGH): Patient safety perceptive. *European Journal of Anaesthesiology*, Vol. 28, Suppl. 48, p. 215.
5. Nagdeve N & Kada VK (2011). Quality of handover of patients to the postanaesthetic care unit staff: 17AP1–2. *European Journal of Anaesthesiology*, Vol. 28, p. 214.
6. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare: OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement 2012. www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf Retrieved 10 July 2015.
7. Western Health (2014). Clinical Handover. Policy code P-CC5.2 inside.wh.org.au/policies-procedures-forms/WHDocuments/Clinical Handover.docx Retrieved 10 July 2015.
8. Gill SD, Hughes A, McCall-White M, Pascoe H (2014). Clinical Handover: An Audit from Australia. *AMJ*, Vol. 7, No. 9, pp. 363–371.
9. Watson BM, Manias E, Geddes F, Della P & Jones D (2015). An analysis of clinical handover miscommunication using a language and social psychology approach. *Journal of Language and Social Psychology*, Online before print May 14, DOI: 20150261927X15586200.

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 3.3, p. 200 - 202. Standard. Immediate Post Operative Phase

Equipment drapes can be innovative.

Vari-Lens2™ Inspiring Confidence in Microscope Draping with Improved Visual Accuracy

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

- ▲ **Angled Glass Lens** - Provides a consistent sterile barrier and maximizes optical clarity/image visualization
- ▲ **Friction-Fit Lens Housing** - Easy to apply and remove
- ▲ **Optimized Pattern Designs** - Ideal fit & freedom of mobility for scope head adjustment

For more information about this and other Ecolab Products, visit **ORNAC BOOTH #419**, go to www.ecolab.com/healthcare or call **1 800 268 0465**.

© 2017 Ecolab USA Inc. All rights reserved.

ECOLAB

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

25 th ORNAC National Conference	Niagara Falls, ON	Apr 30 - May 4, 2017
MORNA Spring Workshop	Winnipeg, MB	March 4, 2017
ORNANS AGM/Education Day	Location TBA	June 3, 2017
26 th ORNAC National Conference	Halifax, NS	April 26 - May 2, 2019

OTHER CONFERENCES • AUTRES CONFÉRENCES

AORN (www.aorn.org)	Boston, MA	Apr 1 - 5, 2017
EORNA (www.eorna.eu)	Rhodes Island, Greece	May 4 - 7, 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
ICN – International Council of Nurses (www.icnbarcelona2017.com)	Barcelona, Spain	May 27 - June 1, 2017

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

LE TRANSFERT DES SOINS ENTRE LES ANESTHÉSISTES ET LE PERSONNEL INFIRMIER DE L'UNITÉ DE SOINS POSTANESTHÉSIIQUES À L'AIDE DES PRINCIPES ISAÉR : UNE ÉTUDE SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Auteurs :

Patricia Kitney, inf., BAppSc-Nsg, DAppSc-Nsg Ed, MEd (recherche), GradCert LdrshipEdTrng, GradCertPeriop, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

Raymond Tam, MBBS, FANZCA, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

Paul Bennett, inf., B. S. inf., GradCertSc (App Stats), MHSM, Ph. D., Deakin University, Geelong, Victoria, Western Health – Nursing Research Centre, Sunshine, Vic, Australie.

Dianne Buttigieg, inf., BHSc (soins infirmiers), Grad Cert Periop Nsg, DipMgt, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

David Bramley, MBBS, MPH, FANZCA, Western Health, Sunshine, Vic, Australie.

Wei Wang, Msc (Stats), GdipSci (Stats), M. D., Ph. D., Deakin University, Geelong, Vic, Australie.

Version originale en anglais traduite en français par
Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation

RÉSUMÉ :

Une approche structurée pour la communication entre les professionnels de la santé qui comporte une introduction/identification; une situation; des antécédents; une évaluation et une requête/recommandation (ISAÉR).

La méthode ISAÉR a été introduite dans l'unité de soins postanesthésiques d'un important service de santé de Victoria en 2013. Le but de cette étude était d'évaluer les effets d'un programme éducatif portant sur la conformité à la méthode ISAÉR.

Méthodologie : Un concept pré/post-test se servant d'un outil de vérification de 14 points a été utilisé pour évaluer la conformité à la méthode ISAÉR avant et après une intervention éducative dans deux hôpitaux de soins actifs à Melbourne, dans l'état de Victoria. L'intervention consistait en une séance éducative de 30 minutes offerte aux anesthésistes et en deux séances éducatives de 30 minutes offertes aux infirmières de l'unité de soins postanesthésiques, combinées à des indices visuels à l'aide d'affiches murales portant sur la méthode ISAÉR.

Publié à l'origine dans le *Journal of Perioperative Nursing in Australia*, mars 2016. Réimprimé avec l'aimable permission de Australian College of Perioperative Nurses (ACORN).

La méthode ISAÉR est une approche structurée pour la communication entre les fournisseurs de soins de santé.

Résultats : À l'hôpital A, une amélioration considérable a été observée dans les résultats avant et après la vérification pour les points touchant à l'évaluation cardiovasculaire ($\chi^2 (1) = 4,06, p < ,05$), l'évaluation respiratoire ($\chi^2 (1) = 12,85, p < ,01$), l'évaluation analgésique et les actions (méthode exacte de Fisher $p < ,05$) et la responsabilité + aiguillage ($\chi^2 (1) = 4,44, p < ,05$). À l'hôpital B, une amélioration significative a été observée dans les résultats portant sur les difficultés de communication ($\chi^2 (2) = 13,55, p < ,01$) et une diminution importante du rendement a été observée dans l'évaluation respiratoire ($\chi^2 (1) = 8,98, p < ,01$) et la responsabilité + aiguillage ($\chi^2 (1) = 13,26, p < ,01$).

Conséquences pour la pratique : Les résultats de cette étude de cohorte suggèrent qu'un programme éducatif amélioré pourrait produire des résultats mitigés pour la conformité à la méthode ISAÉR. Davantage d'éducation et d'outils visuels pourraient être nécessaires pour améliorer la conformité à la méthode ISAÉR en unité de soins postanesthésiques.

CONTEXTE :

En 2012, la Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC) a identifié le transfert clinique des soins comme une norme clé dans la structure nationale pour la qualité et la sécurité.¹ Étant donné que plus de sept millions de transferts cliniques de soins surviennent chaque année dans les hôpitaux de l'Australie, il était préoccupant de constater que l'ensemble des processus de transferts de soins était très variable et peu fiable, et que ces processus étaient associés à des risques pour les patients et pour la sécurité des patients.² Une révision récente de 31 études de recherche primaires sur les transferts de soins postopératoires a confirmé l'association positive entre les transferts de soins et les événements indésirables et a recommandé la normalisation des processus de transfert de soins.³ La normalisation des transferts cliniques de soins améliorera sans doute la

sécurité des soins aux patients, car l'information essentielle est plus susceptible d'être transférée et il est plus vraisemblable que l'on y donne suite.¹

Dans le milieu des soins périopératoires, les chirurgiens, les infirmières en service interne, les anesthésistes, les infirmières en soins anesthésiques et les infirmières en service externe participent aux soins des patients lors d'une intervention chirurgicale. Chaque membre de l'équipe est responsable de l'information qu'il transfère d'une étape du parcours du patient à l'autre. Cependant, en Australie, c'est l'anesthésiste qui effectue le plus fréquemment le transfert postopératoire des soins.⁴ Le transfert postopératoire consiste à transférer l'information sur l'état et les soins du patient par l'anesthésiste au personnel de l'unité de soins postanesthésiques en faisant un compte-rendu approprié sur les aspects pertinents de la chirurgie et de la technique anesthésique.⁵

La méthode ISAÉR est une approche structurée pour la communication entre les fournisseurs de soins de santé. ISAÉR fait référence à : introduction /identification; situation; antécédents; évaluation et requête/ recommandation.⁶ L'implantation de la méthode ISAÉR à l'hôpital Western Health, un important centre de services de santé métropolitain à Melbourne, dans l'état de Victoria, en Australie a été mise en place pour offrir une approche normalisée au sein de l'établissement.⁷ L'introduction de la méthode ISAÉR a identifié des problèmes de non-conformité menant à l'application d'une stratégie éducative. Le but du projet d'amélioration de la qualité rapporté dans le présent article était d'évaluer les effets du programme éducatif sur la conformité à la méthode ISAÉR.

MÉTHODOLOGIE :

Concept :

Un concept pré/post-test se servant d'un outil de vérification pour évaluer la conformité à la méthode ISAÉR avant et après une intervention d'amélioration de la qualité.

Le Western Health Low Risk Research and Ethics Panel a fait le point sur l'assurance de la qualité.

Échantillon :

Un échantillon de commodité composé d'anesthésistes a été observé sur une période d'une semaine dans deux unités de soins postanesthésiques de deux hôpitaux participants, et ce, au sein du même service de santé. Les transferts de soins effectués par les anesthésistes effectuant le transfert clinique de leurs patients au personnel infirmier de l'unité de soins postanesthésiques étaient inclus dans la vérification. Aucune donnée dans la littérature n'était disponible pour aider à déterminer les calculs relatifs à la taille de l'échantillon afin de comparer la conformité à la méthode ISAÉR avant et après l'utilisation de l'outil de transfert de soins ISAÉR en unité de soins postanesthésiques. Si nous assumons que les données sur la population sont distribuées normalement dans les échantillons indépendants, la taille de l'échantillon proposé de 100 observations dans chaque groupe donnerait une capacité de 83 % pour détecter une différence dans la proportion à l'égard de la conformité en matière de transfert de soins de 50 % à 70 % à un niveau de signification de 0,05 dans une analyse post-hoc de toute

la cohorte. Un nombre historique de cas a suggéré que le résultat serait un échantillon d'environ 200 événements (transferts cliniques de soins).

Intervention :

L'intervention consistait en deux stratégies. Tout d'abord, une séance éducative sur place offerte aux anesthésistes et aux infirmières de l'unité de soins postanesthésiques sur le rendement actuel du processus de transfert des soins. Les séances éducatives étaient principalement de nature didactique, présentant des données probantes appuyant l'introduction d'un transfert clinique structuré. Le modèle du transfert de soins utilisant la méthode ISAÉR a été présenté et appuyé. Puis, des cartes aide-mémoire en taille affiche de la méthode ISAÉR (voir Image 1) ont été affichées aux murs dans toutes les sections de patients des unités de soins postanesthésiques.

Outil :

L'outil de vérification a été élaboré pour évaluer l'observance des principes de la méthode ISAÉR lors du transfert de soins des anesthésistes aux infirmières de l'unité des soins postanesthésiques (voir Image 2). Cet outil a été élaboré pour englober les lignes directrices du Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) et de l'établissement de soins de santé. Dans le but de faciliter l'évaluation de la validité de l'apparence et du contenu, l'outil a été distribué à des cliniciens spécialisés qui y ont apporté des modifications minimales. L'outil a ensuite été mis à l'essai avant l'étude et il a subi d'autres petites modifications.

Collecte des données :

La vérification préalable a été effectuée immédiatement après l'introduction de la méthode ISAÉR. La stratégie impliquant l'utilisation de l'éducation et d'affiches a été mise en œuvre dans les deux semaines suivant la vérification. La post-vérification a été effectuée quatre mois après l'utilisation de la stratégie impliquant l'éducation et les affiches. L'outil de vérification (Image 2) a été

Image 1 : Carton aide-mémoire ISAÉR

I dentification	Patient Membres du personnel
S ituation	Intervention Type d'anesthésie
A ntécédents	Allergies Comorbidités Difficultés de communication (y compris les patients qui ne parlent pas anglais)
É valuation et actions	Problèmes peropératoires : • chirurgie et anesthésie Problèmes actuels : • observations cardiovasculaires, limites, traitement • observations respiratoires, limites, traitement • interventions analgésiques à ce jour, ordonnances • besoins additionnels, p. ex. : médicaments antiémétiques, glycémie.
R esponsabilité et aiguillage	Nom et coordonnées USI/UHD/service/congé de l'hôpital

Image 2 : Outil de vérification ISAÉR

I	Identification	Nom du patient	Oui	No	S.O.
S	Situation	Intervention			
		Type d'anesthésie			
A	Antécédents	Allergies			
		Comorbidités			
		Difficultés de communication (y compris les patients qui ne parlent pas anglais)			
É	Évaluation et actions	Problèmes peropératoires : chirurgie et anesthésie			
		Problèmes actuels :			
		- Cardiovasculaire : observations, limites acceptables, traitement (y compris solution intraveineuse et interventions)			
		- Respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O ₂)			
		- Analgésie : interventions à ce jour, traitement continu			
		- Besoins additionnels : p. ex. : médicaments antiémétiques, rayons X, biochimie/hématologie/glycémie.			
	- Autres commentaires				
R	Responsabilité et aiguilla	Nom et coordonnées			
		USI/UHD/service/congé de l'hôpital			
RÉSULTAT TOTAL			/14		

Directives pour le personnel infirmier de l'unité de soins postanesthésiques :

Résultat maximum possible = 14

Chaque réponse « oui » donne 1; chaque réponse « non » ou chaque réponse « S. O. » donne 0.

rempli par le personnel infirmier Sunshine et Footscray de l'unité de soins postanesthésiques lors du transfert clinique par l'anesthésiste une fois que le patient avait été branché à l'équipement de surveillance et que ce dernier semblait stable selon l'infirmière de l'unité de soins postanesthésiques. L'outil de vérification a été mis à l'essai lors de 10 transferts de soins effectués par deux infirmières-enseignantes de l'unité de soins postanesthésiques et elles ont conclu qu'il était pratique, opportun et qu'il faisait preuve d'un consensus élevé entre évaluateurs. Les vérifications ont été effectuées par les infirmières de l'unité de soins postanesthésiques qui avaient été formées pour effectuer les vérifications lors des deux séances éducatives. Les vérifications remplies ont été déposées dans une boîte verrouillée et ces dernières étaient recueillies de la

boîte à la fin de la période d'une semaine par la chef d'équipe du projet (PK).

Déontologie :

Le Western Health Low Risk Research and Ethics Panel a fait le point sur l'assurance de la qualité. L'autorisation a été accordée le 13 octobre 2014. Le numéro de référence de l'assurance de la qualité pour la recherche sur les risques faibles pour les humains est : QA2014.94. L'identité de participants n'a pas été dévoilée, car aucune donnée démographique identificatoire n'a été enregistrée.

Indicateurs des résultats :

Les indicateurs des résultats se composaient des différences en matière de conformité avant et après la vérification des 14 points de l'outil de vérification. Ces points consignaient

L'environnement de l'unité de soins postanesthésiques peut être un endroit stressant et des soins normalisés peuvent améliorer les soins apportés aux patients.⁸

l'identification du nom du patient, l'intervention, le type d'anesthésie, les allergies, les comorbidités, les difficultés de communication, les problèmes opératoires lors de la chirurgie et de l'anesthésie, les observations cardiovasculaires et respiratoires, l'analgésie, les besoins additionnels, le nom de la personne qui a recommandé le patient et ses coordonnées ainsi que la destination probable du transfert.

Analyse des données :

Des tabulations recoupées ont été utilisées pour examiner la nature catégorique des données pour déterminer s'il existait une différence significative entre les données avant la vérification (vérification 1) et celles après la vérification (vérification 2) en fonction des 13 points en question. L'analyse a été menée séparément dans deux sites hospitaliers différents (hôpital A et hôpital B). Des variables aléatoires khi-carré de Pearson ont été signalées. De plus, la méthode exacte de Fisher a également été signalée pour les points dont les chiffres étaient de moins de 5 dans chaque cellule.

Résultats :

Le Tableau 1 indique les pourcentages et les résultats de tests tirés des tabulations recoupées des 283 transferts de soins effectués dans les deux unités de soins postanesthésiques des hôpitaux (hôpital A, n=148, hôpital B, n=135). À l'hôpital A, des différences significatives ont été observées entre la vérification 1 et la vérification 2 pour les points examinant l'Évaluation et actions : Cardiovasculaire : observations, limites acceptables, traitement (y compris solution intraveineuse et interventions) ($\chi^2 (1) = 4,06, p < ,05$); Évaluation et actions : Respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O2) ($\chi^2 (1) = 12,85, p < ,01$); Évaluation et actions : Analgésie : interventions à ce jour, traitement continu (méthode exacte de Fisher $p < ,05$); et Responsabilité et aiguillage : service de soins intensifs/UHD/service/congé de l'hôpital ($\chi^2 (1) = 4,44, p < ,05$).

À l'hôpital B, trois points ont démontré

des différences significatives, y compris les points Antécédents : difficultés de communication (notamment de milieu non anglophone) ($\chi^2 (2) = 13,55, p < ,01$); Évaluation et actions : Respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O2) ($\chi^2 (1) = 8,98, p < ,01$); et Responsabilité et aiguillage : service de soins intensifs/UHD/service/congé de l'hôpital ($\chi^2 (1) = 13,26, p < ,01$).

Discussion :

Les principales conclusions ressortant de cette vérification démontrent que l'éducation, combinée aux affiches de la méthode ISAÉR peuvent être associées à la fois à une amélioration, mais aussi à une réduction de la conformité à l'égard des principes ISAÉR. Dans les deux hôpitaux, aucun élément de la vérification n'a connu une amélioration significative. Au sein de l'hôpital de soins plus aigus (hôpital A), des améliorations ont été observées dans le signalement des observations respiratoires et cardiovasculaires, des préoccupations liées à l'analgésie et l'aiguillage, tandis que dans l'hôpital B, des améliorations ont seulement été notées dans le signalement des difficultés de communication. Les améliorations observées dans l'hôpital A pourraient avoir été associées avec le niveau de complexité accru des soins aux patients offerts à cet hôpital. Le profil culturel plus général de l'hôpital B pourrait avoir influencé l'attention portée aux défis liés à la communication lors des transferts de soins.

Dans l'hôpital B, on n'a pas pu expliquer la réduction de la conformité à la méthode ISAÉR dans les observations respiratoires et l'aiguillage. Le contraste entre le déclin et l'amélioration à la conformité dans ces domaines au sein de l'hôpital A portent à croire qu'il existe d'autres éléments influençant la conformité à la méthode ISAÉR que tout simplement une stratégie éducative combinée à des cartons aide-mémoire. L'importance du leadership et de la culture liée au renforcement de la qualité pour une communication structurée ont été identifiés comme étant essentiels² et cela pourrait avoir eu une influence sur nos résultats. Cela dit, des stratégies additionnelles de changement

Tableau 1 : Comparaison entre la vérification 1 et la vérification 2 pour l'hôpital A (n=148) et l'hôpital B (n=135)

Point	Hôpital A				Hôpital B			
	Vérification 1 Oui (%)	Vérification 2 Oui (%)	P khi-carré de Pearson (2 côtés)	P méthode exacte de Fisher (2 côtés)	Vérification 2 Oui (%)	Vérification 2 Oui (%)	P khi-carré de Pearson (2 côtés)	P méthode exacte de Fisher (2 côtés)
1. Identification : nom du patient	79.8	91.8	-	.10	79.8	91.8	-	.10
2. Situation : intervention	99.0	100	-	1.00	100	98.0	-	.37
3. Situation : type d'anesthésie	94.9	87.8	-	.18	94.1	100	-	.16
4. Antécédents : allergies	59.4	67.3	.35	-	65.5	78	.13	-
5. Antécédents : comorbidités	80.6	91.8	-	.09	89.2	90.0	-	1.00
6. Antécédents : difficultés de communication (y compris de milieu non anglophone)	27.6	22.4	.07	-	30.6	44.0	.00	-
7. Évaluation et actions : problèmes peropératoires : chirurgie et anesthésie	69.1	50.0	.06	-	70.4	80.9	.42	-
8. Évaluation et actions : cardiovasculaire : observations, limites acceptables, traitement (y compris solution intraveineuse et interventions)	65.7	81.6	.04	-	83.5	82.0	.82	-
9. Évaluation et actions : respiratoire : observations, limites acceptables, traitement (y compris O ₂)	53.5	83.7	.00	-	81.2	57.1	.00	-
10. Évaluation et actions : Analgésie : interventions à ce jour, traitement continu	80.8	93.9	-	.05 (.048)	96.5	93.9	-	.67
11. Évaluation et actions : besoins additionnels : p. ex. : médicaments antiémétiques, rayons X, biochimie/hématologie/glycémie*	71.1	79.6	.27 .16	-	67.1	78.0	.18	-
12. Responsabilité et aiguillage : Nom et coordonnées	51.1	63.3	.04	-	71.4	60.4	.19	-
13. Responsabilité et aiguillage : USI/UHD/service/ congé de l'hôpital	53.2	71.4	-	-	76.2	44.9	.00	-

* Les options de réponses de ce point englobent trois catégories

afin de compléter à la stratégie éducative pourrait améliorer la conformité à la méthode ISAÉR.

L'environnement de l'unité de soins postanesthésiques peut être un endroit stressant et des soins normalisés peuvent améliorer les soins apportés aux patients.⁸ Les manquements lors des transferts de soins sont courants et peuvent mener à des délais pour le diagnostic et le traitement.³ Un transfert de soins médiocre peut également être source de gaspillage des ressources.⁶ Il a été déterminé que l'échec du transfert de l'information constituait l'un des plus importants facteurs associés aux événements indésirables graves et que ce point était la principale cause évitable de danger pour les patients.¹ Compte tenu des complexités de la communication dans les services de santé et des résultats mitigés de cette étude, une formation plus poussée en communication⁹ pourrait améliorer les pratiques normalisées de transfert des soins structurés, comme la méthode ISAÉR.

La méthode ISAÉR se veut un exemple de normalisation d'un processus courant, le transfert des soins, afin de faciliter le transfert exhaustif des renseignements liés au patient, de son évaluation, de ses progrès et de son état futur. Notre étude a démontré un certain succès quant à l'amélioration de cette normalisation dans le but ultime de

normaliser et d'améliorer les processus de soins pour les patients.

Points forts et limites :

Le principal point fort de cette étude est qu'elle a été effectuée dans un environnement de pratique, soit dans deux importants hôpitaux universitaires et au sein du même service de santé. Cela étant dit, les facteurs influençant la conformité à la méthode ISAÉR, comme le leadership au sein de l'unité de soins postanesthésiques et la culture de gestion, n'ont pas été évalués objectivement. La méthode ISAÉR faisait partie de la politique de transfert des soins des établissements de soins. Les autres itérations courantes, telles les techniques ISOBAR et SAER n'ont pas été évaluées. Cette étude s'est servie d'un plan de vérification avec tests avant et après et nos conclusions ne devraient donc pas être généralisées au contexte d'autres unités de soins postanesthésiques.

CONCLUSION :

Cette étude a démontré que la conformité à la méthode ISAÉR lors du transfert de soins entre les anesthésistes et le personnel infirmier de l'unité de soins postanesthésiques peut être améliorée par le biais de l'éducation, combinée à des affiches. Toutefois, nous avons également observé d'importants éléments engendrant une réduction de la conformité. Différents facteurs contextuels sont susceptibles d'affecter la conformité à la méthode ISAÉR et ces derniers devraient être pris en considération lorsque des stratégies pour améliorer la normalisation des transferts sont utilisées.

RÉFÉRENCES :

1. National Safety and Quality Health Service Standards: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care — Standard 6: Clinical Handover — Safety and Quality Improvement Guide, 2012. Canberra: Australian Government.
2. Botti M, Bucknall T, Cameron P, Johnstone MJ, Redley B, Evans S & Jeffcott S (2009). Examining communication and team performance during clinical handover

in a complex environment: the private sector post anaesthetic care unit. *Medical Journal of Australia*, Vol. 190, No. 11, S157–160.

3. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, ... & Mark JB (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*, Vol. 115, No. 1, pp. 102–115.
4. Anumakonda V, Doijode S & Bhaskaran S (2011). A prospective audit of multidisciplinary handover (MDHO) of responsibility for patients in the post anaesthetic care unit in a District General Hospital (DGH): Patient safety perspective. *European Journal of Anaesthesiology*, Vol. 28, Suppl. 48, p. 215.
5. Nagdeve N & Kada VK (2011). Quality of handover of patients to the postanesthetic care unit staff: 17AP1–2. *European Journal of Anaesthesiology*, Vol. 28, p. 214.
6. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare: OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement 2012. www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf Téléchargé le 10 juillet 2015.
7. Western Health (2014). Clinical Handover. Policy code P-CC5.2 inside.wh.org.au/policies-procedures-forms/WHDocuments/Clinical Handover.docx Téléchargé le 10 juillet 2015.
8. Gill SD, Hughes A, McCall-White M, Pascoe H (2014). Clinical Handover: An Audit from Australia. *AMJ*, Vol. 7, No. 9, pp. 363–371.
9. Watson BM, Manias E, Geddes F, Della P & Jones D (2015). An analysis of clinical handover miscommunication using a language and social psychology approach. *Journal of Language and Social Psychology*, en ligne avant la publication imprimée le 14 mai, DOI: 20150261927X15586200.

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 3.3, p. 211 à 213. Norme portant sur la phase postopératoire immédiate.

50 YEARS ON - BC PERIOPERATIVE NURSING ORGANIZATION ATTAINS A MILESTONE

IF WE WANT TO KNOW WHERE WE ARE GOING WE NEED TO KNOW WHERE WE CAME FROM.

Author: Susan Knoll, MSN, Historian Perioperative Registered Nurses Association of BC, Vancouver, BC.

ABSTRACT:

Just last year the BC Operating Room Nurses Group (BCORNG), now the Perioperative Registered Nurses Association of BC (PRNABC), celebrated 50 years of promoting perioperative nursing education and practice since its inception in 1966. Almost since the beginning, BCORNG/PRNABC has advocated for a close relationship with the National Perioperative Nursing Organization, and has actively participated in the formation and growth of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). This article includes some highlights from the last five decades of

BCORNG/PRNABC with a focus on connections and experiences with ORNAC.

INTRODUCTION

The spring of 2016 marked the 50th anniversary of the formation of the BC Operating Room Nurses Group (BCORNG) now the Perioperative Registered Nurses Association of BC (PRNABC). As a part of the celebrations of this milestone, members of the association prepared an updated history of the organization in both online and print documents. Eleven of the association's Past-Presidents were also hosted and recognised at the 25th Biennial conference, held in Kelowna June 24 – 27, 2016.

What follows are some highlights from the last five decades including the connections and experiences with the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC).

Since the initial months of this group's existence, the organization has continued to develop and evolve. It was during the decade of 1960-1970 that a provincial group of operating room (OR) nurses was first envisaged and discussed. The idea for such an organization was considered during a seminar for OR nurses from many areas

BCORNG/PRNABC Archival Photographs



*BCORNG/PRNABC Past Presidents hosted and recognized at 25th Biennial Conference.
L to R: Loraine Best, Rupinder Khotar, Marlene Weeks, Donna Gramigna,
Marcy McKay, Lorna Murphy, Susan Knoll, Kathleen Raisbeck, Jean Kerr, and
Gloria Stephens [not shown Bonnie McLeod].*

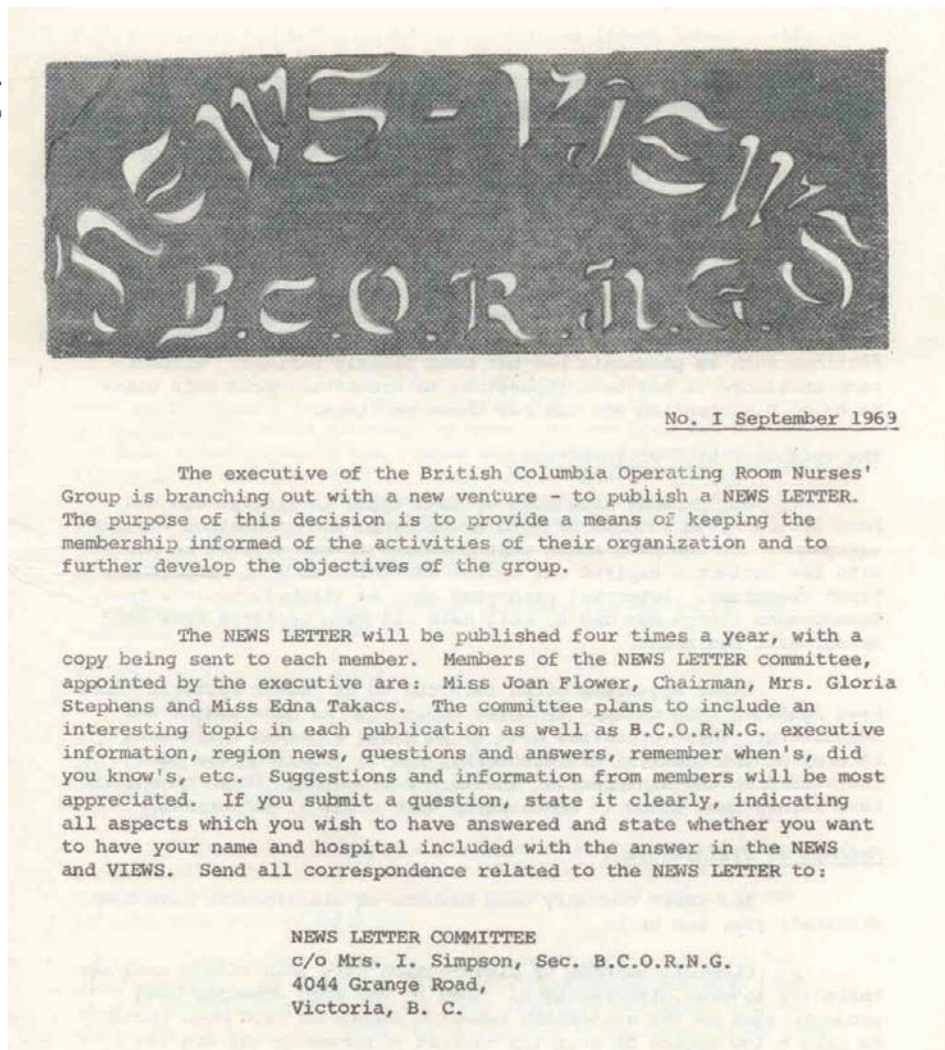
of BC held, at Vancouver General Hospital (VGH), on May 5, 1966.¹ This seminar was followed by the first executive meeting, held May 12, at St. Paul's Hospital (SPH). Thus BCORNG became the second special interest group of the Registered Nurses Association of BC (RNABC) to organize, with a treasury of \$39.20.¹ At the end of this decade, in September, 1969, the first issue of the quarterly newsletter, *News and Views*, to circulate information, as well as clinical data, from the Provincial Executive to the membership.

The 1970s saw the gradual growth of BCORNG as an organization, with biennial institutes held in Vancouver. One particularly notable event was the 4th National Conference (BCORNG's 5th Institute) in 1976. Delegates from across

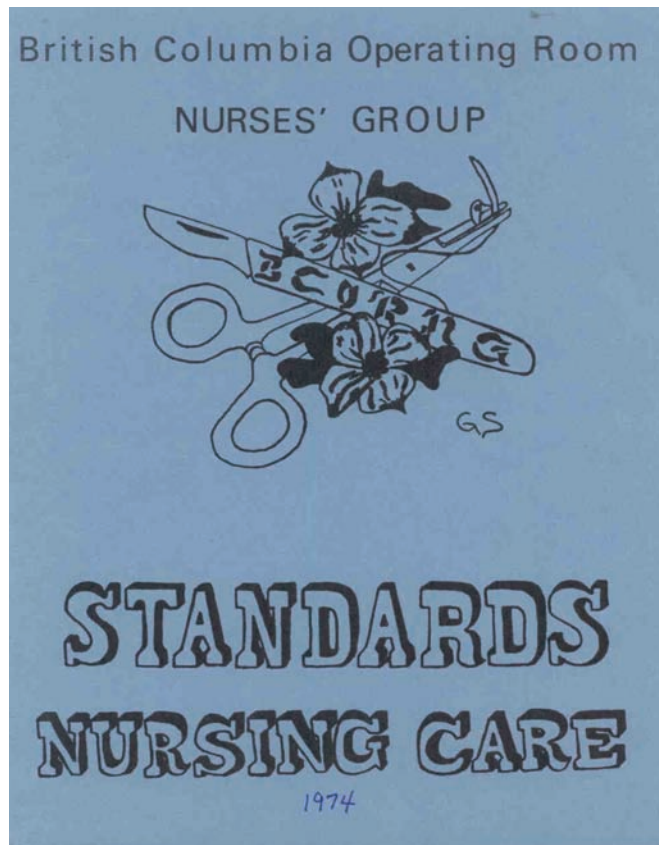
Canada attended this meeting with the theme "Unite for Excellence". A number of documents were also produced by members of the organization during this time, including the first Standards of OR Nursing, published in 1974.¹ Parts of this document were reviewed during the development of the first edition of the ORNAC standards published in 1986. (Gloria Stephens, personal communication, 2014).

The 1980s were a time of expansion and achievement. After the inauguration, in 1983, of ORNAC, the BCORNG executive, along with other OR nursing organizations from across the country, provided two representatives to the ORNAC board. BCORNG celebrated its 20th anniversary in 1986 and the first documented history, 1966-1986: *The First 20 years* was published to highlight the accomplishments of the organization.¹ The biennial institutes, or conferences, continued as a focus for BCORNG and provided lots of enjoyment despite all the volunteer hours of work involved. In 1988 BCORNG hosted the 10th National Conference in conjunction with the biennial meeting. This event was held at the brand new Vancouver Trade and Convention Centre and Pan Pacific Hotel. The opening ceremonies included a song written and dedicated to perioperative nurses (a conference first). This song, *Because You Care*, was later adopted as ORNAC's official song. (Gloria Stephens, personal communication, 2014).

The 1990s saw BCORNG, in collaboration with ORNAC, "actively pursuing the expanded roles for perioperative nurses"² such as the Perioperative Nurse Anaesthesia (PNA) and the Perioperative Nurse Surgery (PNS). The PNS designation was soon changed to Registered Nurse First Assistant (RNFA) position. BCORNG identified a need for and interest in the development of an RNFA educational program that would be offered in BC and available nationally. The BCORNG Executive sought a credible educational partner to assist them in reaching this goal. The British Columbia Institute of Technology (BCIT) was seen to be such a



First issue of the quarterly newsletter News & Views.



BCORNG first Standards Nursing Care.

partner and seed money of \$15,000 was provided by BCORNG. This money, in addition to a grant for \$35,000 obtained by Marnie Simon, a BCORNG Past President, was used, in part, to develop the program that was offered for a few years. Once perioperative nursing was recognised as a specialty by CNA, perioperative nurses from across Canada met at the CNA headquarters to collaborate on writing the certification exam. Participants from BC included Marnie Simon, Gloria Stephens, and Lorraine Varner.² Others have followed these original BCORNG representatives to CNA and since the first certification exam was offered in 1995, numerous BCORNG members have attained certification in perioperative nursing.³ In 1995, BCORNG, in partnership with ORNAC, once again hosted a National Conference – the 14th hosted in Vancouver. The following year BCORNG celebrated its 30th anniversary, at a provincial conference in Victoria, during which founding and past Executive members participated in the opening ceremonies and were presented with a 30-year pin.

Not long after the new millennium began BCORNG moved to develop and use new technologies to communicate with the membership. As Marcy McKay explained:

“In 2000, ORNAC decided to update its website and I took on that role. At the time I was President-Elect of BCORNG and attended ORNAC meetings with the President. As I revamped the ORNAC site I thought it would be a great opportunity for the province to have its own site and so I built the website for BC at that time. Our address was www.ornac.ca/bcorng.htm. Many other provinces also got on board, at that time, and I do believe for the first couple of years, there was no charge to the province for the website.” (personal communication, 2014)

The June, 2001, issue of News & Views was the first e-mail edition offered to the membership, and, as of the summer of 2008, the newsletter became accessible only through the website. During this decade, BCORNG provincial conferences were held in a variety of regions around the province and were, in part, facilitated by the use of new technology for communication amongst the planning committee and membership. In 2006 BCORNG celebrated its 40th anniversary at the conference at Harrison Hot Springs and a number of special events were included. During the final years of this decade I can only use the word ‘transformation’ as the term most appropriate in relation to BCORNG. The dissolution of RNABC and the formation of the College of RNs of BC (CRNBC), both in 2005, led to BCORNG making the change to become a society under the provincial Society Act and registering as PRNABC in 2009. Simultaneously, a decision was made to put the BCORNG records into safe keeping and, in 2007, the BCORNG Historian, with the assistance of the BC History of Nursing Group (BCHNG) archival committee, transferred the records of BCORNG to the BCHNG archives at UBC School of Nursing.

2010 on... In 2010, PRNABC implemented on-line membership applications and renewals. Additionally,

RECLAIM YOUR WORK-LIFE BALANCE



FIND A JOB IN BC

health
match bc



Health Match BC is a free health professional recruitment service funded by the Government of British Columbia (BC), Canada. We facilitate the recruitment of RNs on behalf of BC's publicly funded health employers. Learn more about jobs for specialist nurses in beautiful BC – contact us today!

healthmatchbc.org

FEATURED JOBS



Experience Perioperative Nursing in the beautiful Greater Vancouver area, where work and life exist in harmony.

Located in a scenic region with cityscapes and mountain views, beaches and easy access to recreational activities, Fraser Health is one of Canada's largest and fastest growing health authorities. More than 1.6 million people are served by 26,000 dedicated employees and 2,600 doctors and medical staff in our 12 hospitals and in BC's first stand-alone outpatient care and surgery centre — a state-of-the-art facility featuring 700-square-foot operating rooms with windows. Make a change and join one of BC's Top Employers!

Learn more at careers.fraserhealth.ca



northern health

From the Operating Room to Outdoor Adventure

Discover all that you need and more that you want in beautiful northern British Columbia!

Northern Health is currently seeking qualified OR nurses to our beautiful region. Northern Health has ten hospitals with operating rooms delivering various types of surgeries including: general surgery, orthopedics, gynecology, plastic surgery, urological, ophthalmology and much more!

Join our team and be a valuable member of the nursing team leading the way in promoting health and providing exceptional health services for Northern and rural populations.

Visit our website for current Nursing opportunities! expectmore.northernhealth.ca



How you want to be treated.

Calling all Part Time, Full time and Casual Critical Care Nurses!

Home to the very first ICU in Canada and British Columbia's only comprehensive referral Heart Centre for patients with heart diseases; Providence Health Care's Critical Care programs are equipped to care for BC's most critically ill patients. Voted as BC's Top Employers (2016), we offer flexibility, a team focused environment and a chance to make an impact in the lives' of others.

If you want to be a part of a highly skilled team driven by the desire to push the envelope of medical practice and research in their field, please visit www.providencehealthcare.org/careers/critical-care-nursing-jobs



Province-wide solutions.
Better health.

BC Children's Hospital

Working together for our kids and their families!

Hiring Full-Time Perioperative Nurses

As a world-renowned facility, the Operating Room at BC Children's Hospital (BCCH) provides all pediatric surgical specialities and procedures for up to 50 patients per day. BCCH operates a wide number of specialized health programs including a Cardiac Nursing Team and a Spine Team. BCCH is a leading acute care teaching facility. In 2017 we'll be moving into a brand new state-of-the-art building!

Join one of Canada's Top 100 Employers at jobs.phsa.ca/nursing

For more information call Kuldish Chatha, Nursing Advisor 1-866-744-7363 or Kuldish.chatha@phsa.ca

*Relocation assistance up to \$5,000



Promoting wellness. Ensuring care.

Join one of our Dynamic Perioperative Nursing teams!

Vancouver Coastal Health (VCH) is world renowned for innovation and a focus on quality care and outcomes, delivering services to more than one million BC residents.

VCH is at the forefront of career destinations for Nurses and health care professionals.

We're hiring RNs at Vancouver General Hospital and Lions Gate Hospital who have completed an advanced Nursing specialty in operating room nursing, or have two (2) years' recent acute care operating room nursing experience. Come For The Job. You'll Stay For The Team. To apply, please visit careers.vch.ca

BCORNG/PRNABC Archival Photographs



BCORNG 30-year pin presented to founding and past executive members.

Without the dedication of so many perioperative nurses, who have advocated for perioperative patients and perioperative nursing practice throughout the province and across Canada, our history would be negligible.

for the 2010 provincial conference held in Penticton, the planning committee utilized a professional conference planner for the first time... a successful practice that is continued today. Several of the recent changes that occurred at ORNAC also have significance for PRNABC. In the fall of 2014 PRNABC's membership application and renewal process took place through on-line registration via ORNAC. For reasons not fully understood, PRNABC now finds itself with a membership of only 189⁴ – a significant decrease from the number of 669 reported in the June 2008 issue of News & Views.⁵ This decline in membership is of concern and PRNABC is exploring possible reasons and ways to increase membership.

Many of the membership have shared their stories to update and expand the history of this dynamic organization. Without the dedication of so many perioperative nurses, who have advocated for perioperative patients and perioperative nursing practice throughout the province and across Canada, our history would be negligible. As Alice Moszczyński noted when writing about her experience with BCORNG:

“Another moment, or several moments, that particularly stand out for me, is that four of BC's perioperative nurses have been elected to the position of ORNAC President. And with Gloria Stephens, Bonnie McLeod, Marcy McKay, and Rupinder Khotar

speaking for perioperative nursing at the national level, I am confident that BC nurses have a strong voice and are well represented.” (personal communication, 2014).

For any further information and to view the complete online history, please visit www.prnabc.ca and/or contact Susan Knoll, PRNABC Historian, via email historian@prnabc.ca.

REFERENCES

1. British Columbia Operating Room Nurses Group. (1986). 1966 – 1986: The first 20 years. Vancouver, BC: Author.
2. British Columbia Operating Room Nurses Group. (1996). 1966 – 1996: BCORNG 30th anniversary. Vancouver, BC: Author.
3. Vachon, L. (2015). Perioperative certified nurses celebrate 20 years of specialty certification. *ORNAC Journal*, 33 (3), 49 -50.
4. PRNABC Interim Annual General Meeting Minutes. (March 2015). Retrieved from [http://www.prnabc.ca/documents/PRNABC Administration](http://www.prnabc.ca/documents/PRNABC%20Administration).
5. Ritchie, G. (June, 2008). Membership report. *News & Views: British Columbia Operating Room Nurses newsletter*. Retrieved from <http://www.prnabc.ca/documents/newsletters>.



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

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

2017 ORNAC Conference Exhibitor Booth Numbers

Numéros des kiosques des exposants lors de la Conférence de l'AII SOC 2017

3M Canada - 400	Lac Mac Ltd - 417
Acart Equipment - 212, 113	Medique - 213
AMT Surgical - 200	Medline Canada - 300
Ansell - 405, 407	Molnlycke - 409
AHS - 320	Northern Health - 211
BD Canada - 230	ORNAC - 229
CAMDR - 443	priMed - 112
Canadian Red Cross - 328	Provincial Medical - 423
Cardinal Health - 414, 315	RMAC Surgical - 326, 227
Clarion Medical - 106	Skytron - 401, 403
ConMed - 311, 313	Steripro - 406, 307
Dale Medical - 411	Steris Canada - 214, 115
Delfi - 108	Stevens - 114
Diversey Care - 415	Syncera - 110
Ecolab - 419, 421	TeleFlex - 309
Fibertech Canada - 408	Trudell - 100, 102
Hänel Storage - 413	Ultramed - 314, 215
Hologic Canada - 308, 209	Zimmer Biomet - 425
Imperial Surgical - 426, 327	
Karl Storz Endoscopy - 230	
Keir Surgical - 206	

As of January 15, 2017
List and booth numbers subject to change

En date du 15 janvier 2017
Liste et numéros de kiosques sous réserve de modifications

April 30 - May 4, 2017 / du 30 avril au 4 mai 2017



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

MOBILISER NOTRE POUVOIR

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

CONFERENCE PROGRAM (SUBJECT TO CHANGE) PROGRAMME DE LA CONFÉRENCE (SOUS RÉSERVE DE MODIFICATIONS)

SUNDAY, APRIL 30 / DIMANCHE 30 AVRIL

1300 - 1430 Opening Ceremonies /
Cérémonies d'ouverture

1500 - 1530 Activity with Keynote
Speaker / Activité avec la conférencière
d'honneur – Meg Soper

1530-1700 Opening Keynote – Bring
it On...Strategies to Create a
Positive Workplace / Première
conférence — Que la conférence
commence...Des stratégies pour
créer un milieu de travail positif –
Meg Soper

1710 - 2100 Wine & Cheese with the
Exhibitors / Vins et fromages avec
les exposants

MONDAY, MAY 1 / LUNDI 1ER MAI

0700 - 0830 Sponsored breakfast – 3M

0845 – 0945 **Concurrent Sessions:**

1. Surgical Care Safety: Think National,
Act Local – Bonnie McLeod &
Jennifer Rodgers
2. Evidence Based Practice for
Managing Perioperative Patients in
the Prevention of Deep Vein
Thrombosis and Pulmonary Embolism
– Patrick Voight
3. "Where Did Our Instruments Go?"
Partnering an Ambulatory Care
Hospital with Reprocessing Specialist
– Thanh Vu & Tara Curnoe
4. Improving OR Efficiency through
Surgeon Scorecard Use - Jane Kusler-
Jensen

1000 – 1100 Electronic Distraction in
the Operating Room: A Major Safety
Issue / Les distractions électroniques
en salle d'opération : un enjeu
considérable pour la sécurité – Peter
Papadakos

1100 - 1500 Exhibit Hall Open, Poster
Viewing & Lunch / Ouverture de la
salle d'exposition, consultation des
affiches et dîner

1500 – 1530 History of the ORNAC
Standards / Historique des Normes de
l'AIISOC – Muriel Shewchuk & Gloria
Stephens

1530 – 1730 "ORNAC Standards
2017/Normes de l'AIISOC - ORNAC
Standards Committee & Guest Kevin
Woo

TUESDAY, MAY 2 / MARDI 2 MAI

0700 – 0830 Sponsored Breakfast -
Medline

0845 – 0945 Creating a Strategic
Plan for Perioperative Pressure
Injury (Ulcer) Prevention /
Développer un plan stratégique
pour la prévention des plaies de
pression (ulcères)
périopératoires – Susan Scott

1000 – 1100 **Concurrent Sessions:**

1. Two Empowering Words: "I Write" –
Debra Clendinneng
2. Perioperative Jeopardy – Chris
Downey & Angela Russell
3. Harnessing Technology in
Perioperative Nursing Education –
Heather Plaxton & Bhavna
Pooni

4. Perioperative Nurse Specialty Training
in Rwanda – Jocelyne Granger

1100 - 1500 Exhibit Hall Open, Poster
Viewing & Lunch / Ouverture de la
salle d'exposition, consultation des
affiches et dîner

1500 – 1600 Harnessing the Power of
Recognition: Resuscitation for
Healthy Teams and Safe
Communication / Exploiter le pouvoir
de la reconnaissance : une
ressuscitation pour les équipes saines
et la communication sécuritaire –
Sarah McVanel-Viney

1615 – 1715 **Concurrent Sessions:**

1. Harnessing Knowledge with Fast
Track Perioperative Education –
Lyanne Faucher Sinclair & Dawn
Affleck
2. Degrees Matter: Prevent hypothermia
before it starts! – Paula Mendes-
Baldinelli
3. Disruptive Behaviors: Reducing Their
Impact for a Better Tomorrow –
Alexander Villafranca
4. Bringing the Baby Friendly Initiative
into the Operating Room: The Best
Start for the New Family While
Maintaining OR Standards – Melissa
Mackie

WEDNESDAY, MAY 3 / MERCREDI 3 MAI

0700 – 0830 Sponsored breakfast -
Hologic: The importance of fluid
management for hysteroscopic
procedures and guidelines – Dr. Ally
Murji

0845 – 0945 **Concurrent Sessions:**

1. Leadership: Focus on Followership (CORL) – Kelly Chapman
2. Contributing Perioperative Knowledge in Quality Based Procedure (QBP), HBAM and ERAS at the Frontline – Bernadette Chiu
3. Vendor Credentialing: Avoiding the Mess – David Loukras
4. Working Together to Protect Our Environment – Kim McLennan-Robbins & Laura Smith
5. The Canadian Nurses Protective Society: CNPS - Chantal Leonard

1000 – 1100 **Concurrent Sessions:**

1. Speaking Up Is Hard To Do (CORL Sponsored Presentation) – Gillian Kernaghan
2. Skin Antiseptics, Bioburden Reduction and Optimizing Skin/Patient Prior to Surgery (Sponsored by 3M) – Kathy McGhie
3. Two 30 Minute Sessions
 - a. Nurse Practitioner as First Assistant – Exploiting the Advanced Practice Nurse in the OR – Matthew Dubuc & Heather-Lynne Goody
 - b. Bypassing Costs and Cutting Rates of Surgical Infection at The Ottawa Hospital Bariatric Program – Celina Baker
4. RNFA Panel Discussion – Grace Groetzsch, Sharon Wandzura, Jane Radey, Anita Esson
5. Patient Positioning Simulation Lab: Innovative Operative Solutions for Patient Positioning (Sponsored by AMT Surgical) – Julia Cristobal

1100 – 1300 Lunch Break / Pause pour le dîner

1300 - 1400 Fort McMurray Evacuation Experience / L'expérience de l'évacuation de Fort McMurray – Karen Espersen

1415 – 1515 **Concurrent Sessions:**

1. A brief EXIT before a great entrance – Kathy MacDonald & Morgan Richard
2. Patient Positioning Simulation Lab: Innovative Operative Solutions for Patient Positioning (Sponsored by AMT Surgical) – Julia Cristobal
3. Improving Data Collection Efficiencies by Removing the Paper Trails – Maryann Towns
4. RNFA Suturing Workshop – Details TBD
5. Implementation of Intraoperative Case Costing – Allie Akers & Rhonda Beck

1530 – 1630 **Concurrent Sessions:**

1. Harnessing the Power of OR Team Communication for Patient Safety: TeamSTEPPS in Canada – Laurie Dawn Boyer
2. Tourniquet Safety for RNFA (Sponsored by Zimmer) – Candace Samudio
3. Clinical Audit Informs High Reliability in the Operating Room – Catherine Steel
4. Ontario Surgical Efficiency Targets Program Drives in Perioperative Practice – Valerie Zellermeier & Sandra Ford
5. Patient Positioning Simulation Lab: Innovative Operative Solutions for Patient Positioning (Sponsored by AMT Surgical) – Julia Cristobal

THURSDAY, MAY 4 / JEUDI 4 MAI

0700 – 0830. Sponsored Breakfast - Medtronic

0915 – 1015 **Concurrent Sessions:**

1. Les soins périopératoires au Québec – Sylvie Beauregard
2. Harnessing Our Power: Collaboration and information sharing among perioperative educators - Jennifer Pettit

3. Expansion of Transition Related Surgery – Nichole Bentley & Duane Stockley
4. Effectiveness of Tablet Computer Game for Reducing Pediatric Preoperative Anxiety – Xiaoling Fu & Nong Zhu

1030 – 1130 **Concurrent Sessions:**

1. Two 30 Minute Sessions
 - a. Red Cross Mobile Hospital – Details TBD
 - b. TBD
2. Healthy Perioperative Nurses, Happy Workplace – Phuong Nguyen
3. Providing Exemplary Collaborative Care for Patients with Autism – Marian Simonffy
4. The Novice Perioperative Nurse: A Journey to Educate and Retain Our Future – Dawn Affleck

1130 – 1230 Lunch Break / Pause pour le dîner

1230 – 1400 **ORNAC Annual General Meeting / Assemblée générale annuelle de l'AIISOC**

1414 – 1600 Closing Keynote: Patients Matter: Why Patient-Centered Care Will Make You a Better Nurse / Dernière conférence : L'importance des patients : pourquoi des soins axés sur les patients feront de vous une meilleure infirmière – Mark Black

Networking Events / Événements de réseautage :

- Sunday / Dimanche : Opening of Tradeshow / Ouverture du salon professionnel
- Monday / Lundi: Great Gatsby Gala Banquet / Gala Gatsby le Magnifique
- Tuesday / Mardi : Free night to discover Niagara / Soirée libre pour découvrir la région de Niagara
- Wednesday / Mercredi : ORNAC Members Appreciation (Red & White) / Appréciation des membres de l'AIISOC (rouge et blanc)

For additional details or to REGISTER visit www.ORNAC.ca

Pour obtenir plus de détail ou pour vous inscrire, visitez www.ORNAC.ca

MOTS-CLÉS : ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES DE LA C.-B., PERIOPERATIVE NURSES ASSOCIATION OF BC, HISTOIRE, RELATIONS/LIENS AVEC L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DE SALLES D'OPÉRATION DU CANADA

50 ANS APRÈS – L'ORGANISME DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES DE LA C.-B. MARQUE UN JALON

SI NOUS VOULONS SAVOIR OÙ NOUS NOUS DIRIGEONS, NOUS DEVONS SAVOIR D'OÙ NOUS VENONS.

Auteure : Susan Knoll, M. S. inf., historienne du Perioperative Registered Nurses Association of BC, Vancouver, C.-B.

*Version originale en anglais traduite en français par
Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.*

RÉSUMÉ

L'an passé, le BC Operating Room Nurses Group (BCORNG), maintenant connu sous le nom de Perioperative Registered Nurses Association of BC (PRNABC), a célébré 50 ans au cours desquels il n'a cessé de faire, depuis 1966, la promotion de l'éducation et de la pratique des soins

périopératoires. Presque depuis le début, le BCORNG/PRNABC a plaidé en faveur d'une relation étroite avec l'organisme national de soins périopératoires en plus de participer activement à la formation et à la croissance de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Cet article présente quelques points saillants des cinq dernières décennies du BCORNG/PRNABC en mettant l'accent sur les liens et les expériences avec l'AIISOC.

INTRODUCTION

Le printemps 2016 a marqué le 50^e anniversaire de la formation du BC Operating Room Nurses Group (BCORNG), devenu maintenant le Perioperative Registered Nurses Association of BC (PRNABC). Dans le cadre des célébrations pour souligner ce jalon, les membres de l'association ont préparé un historique à jour de l'organisation qui a été présenté en ligne et dans des documents imprimés. Onze



Les anciennes présidentes du BCORNG/PRNABC ont été invitées et reconnues lors de la 25^e Conférence biennale. De g. à d. : Loraine Best, Rupinder Khotar, Marlene Weeks, Donna Gramigna, Marcy McKay, Lorna Murphy, Susan Knoll, Kathleen Raisbeck, Jean Kerr et Gloria Stephens [absente : Bonnie McLeod].

des anciennes présidentes de l'association ont également été invitées et reconnues lors de la 25e Conférence biennale qui a eu lieu à Kelowna, du 24 au 27 juin 2016.

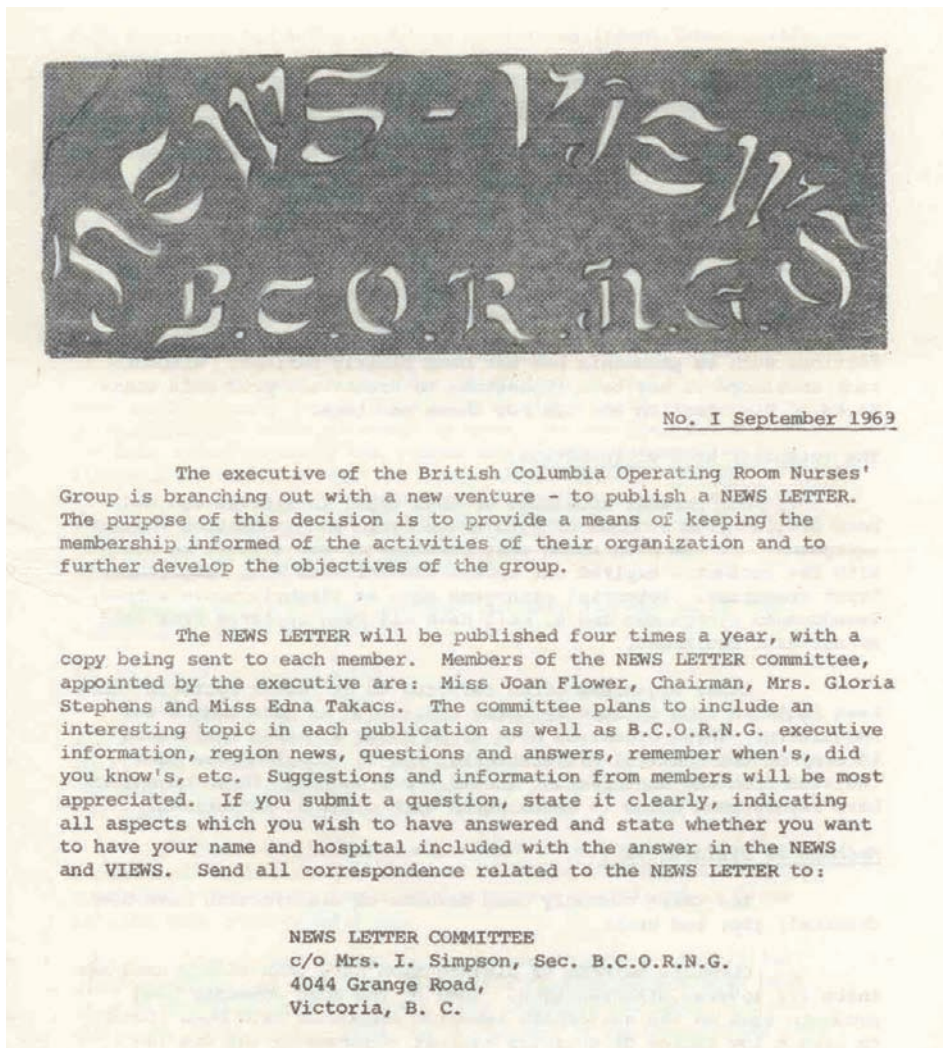
Voici quelques points saillants des cinq dernières décennies, notamment des relations et des expériences avec l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC).

Dès les premiers mois de l'existence de ce groupe, ce dernier a toujours continué de se développer et d'évoluer. Ce fut durant la décennie de 1960-1970 qu'on a envisagé et discuté la formation d'un groupe provincial d'infirmières et d'infirmiers de salles d'opération (SOP). L'idée de former un tel organisme a été

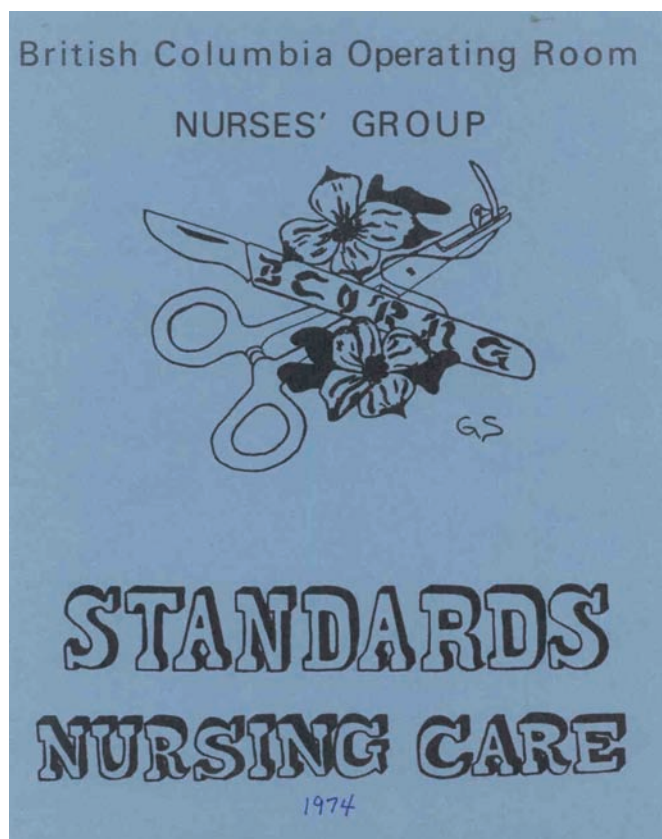
présentée lors d'un séminaire pour les infirmières et les infirmiers de SOP provenant de plusieurs régions de la C.-B. et qui s'est tenu au Vancouver General Hospital (VGH), le 5 mai 1966.¹ Après ce séminaire, la première réunion du comité exécutif a eu lieu le 12 mai, au St. Paul's Hospital (SPH). Ainsi, le BCORNG est devenu le deuxième groupe d'intérêt spécial du Registered Nurses Association of BC (RNABC) à se former avec 39,20 \$ en banque.¹ À la fin de cette décennie, en septembre 1969, le premier numéro du bulletin d'information trimestriel, *News and Views*, a été publié afin de distribuer aux membres l'information et des données cliniques provenant du comité exécutif provincial.

Durant les années 1970, le BCORNG a connu une croissance progressive en tant qu'organisme, tenant des stages biennaux à Vancouver. Un événement particulièrement marquant a été la 4e Conférence nationale (le 5e stage du BCORNG) en 1976. Des délégués de partout au Canada ont participé à cette réunion sous le thème « S'unir pour l'excellence » (Unite for Excellence). De plus, à cette époque, des membres de l'organisme ont produit un certain nombre de documents, notamment les premières Normes de soins infirmiers en SOP (Standards of OR Nursing), publiées en 1974.¹ Une partie de ce document a été passé en revue lors de la rédaction de la première édition des normes de l'AIISOC publiée en 1986. (renseignement obtenu par Gloria Stephens, 2014).

Les années 1980 ont été une période de développement et de réalisations. Après l'inauguration, en 1983, de l'AIISOC, le comité exécutif du BCORNG ainsi que d'autres organismes de soins infirmiers en SOP d'à travers le pays ont fourni au conseil d'administration de l'AIISOC deux représentantes. Le BCORNG a célébré son 20e anniversaire en 1986 et le premier historique documenté, intitulé 1966-1986: The First 20 years a été publié pour mettre en lumière les réalisations de l'organisme.¹ Les stages biennaux, ou les conférences, se sont poursuivis et étaient au cœur du BCORNG en plus d'offrir beaucoup de plaisir malgré les nombreuses heures de



Le premier numéro du bulletin d'information trimestriel *News & Views*.



Le premier document des Normes de soins infirmiers du BCORNG.

bénévolat nécessaires à leur organisation. En 1988, le BCORNG a tenu la 10^e Conférence nationale en conjonction avec la réunion biennale. Cet événement a eu lieu au tout nouveau palais des congrès et à l'Hôtel Pan Pacific de Vancouver. Les cérémonies d'ouverture incluaient une chanson écrite par les infirmières en soins périopératoires et qui leur était consacrée (une première). Cette chanson intitulée, *Because You Care*, a ensuite été adoptée comme chanson officielle de l'AISOC. (renseignement obtenu par Gloria Stephens, 2014).

Dans les années 1990, le BCORNG, en collaboration avec l'AISOC, « s'est efforcé d'élargir les rôles des infirmières en soins périopératoires »², comme les rôles d'infirmière-anesthésiste en soins périopératoires (PNA) et d'infirmière en soins périopératoires chirurgicaux (PNS). Ce dernier titre a bientôt été changé pour devenir celui d'infirmière autorisée première assistante (IPAC). Le BCORNG avait identifié le besoin et l'intérêt pour l'élaboration d'un programme

pédagogique d'IPAC qui serait offert en C.-B. et disponible à l'échelle nationale. Le comité exécutif du BCORNG a donc cherché un partenaire pédagogique crédible pour l'aider à atteindre son but. Le British Columbia Institute of Technology (BCIT) s'est avéré être ce partenaire et ce dernier a fourni au BCORNG une subvention de démarrage de 15 000 \$. Ces fonds, en plus d'une subvention de 35 000 \$ obtenue par Marnie Simon, une ancienne présidente du BCORNG, ont été utilisés, en partie, pour élaborer un programme qui a été offert durant quelques années. Lorsque les soins périopératoires ont été reconnus à titre de spécialité par l'AIIIC, les infirmières en soins périopératoires d'à travers le Canada se sont rencontrées au siège social de l'AIIIC pour collaborer à la rédaction d'un examen de certification. Les participantes de la C.-B. incluaient Marnie Simon, Gloria Stephens et Lorraine Varner.² D'autres infirmières ont suivi les pas de ces premières représentantes du BCORNG au sein de l'AIIIC et depuis que le premier examen de certification a été offert en 1995, de nombreux membres du BCORNG ont obtenu leur certification en soins périopératoires.³ En 1995, le BCORNG, en partenariat avec l'AISOC, a de nouveau organisé une Conférence nationale – la 14^e, qui a eu lieu à Vancouver. L'année suivante, le BCORNG célébrait son 30^e anniversaire lors d'une conférence provinciale à Victoria au cours de laquelle les anciens membres du comité exécutif et les membres fondateurs ont participé aux cérémonies d'ouverture et ont reçu une épinglette soulignant le 30^e anniversaire.

Peu après le début du nouveau millénaire, le BCORNG a mis au point et a utilisé de nouvelles technologies pour communiquer avec ses membres. Comme Marcy McKay nous l'a expliqué : « En 2000, l'AISOC a décidé de moderniser son site Web et j'ai assumé cette responsabilité. À cette époque, j'étais présidente élue du BCORNG et je participais aux réunions de l'AISOC avec la présidente. Alors que je réorganisais le site de l'AISOC, je me suis dit que ce serait une excellente occasion pour la province de posséder son propre site et j'ai donc développé

Photos d'archives du BCORNG/PRNABC



L'épinglette du 30e anniversaire du BCORNG présentée aux anciennes membres du comité exécutif et aux membres fondateurs.

le site Web pour la C.-B. à ce moment. Notre adresse était www.ornac.ca/bcorng.htm. Plusieurs autres provinces ont aussi embarqué, et à cette époque, je crois que pour les premières années, il n'y avait aucun frais pour le site Web des provinces. » (communication personnelle, 2014)

Le numéro de juin 2001 du bulletin News & Views a été la première édition envoyée par courriel aux membres et, à compter de l'été 2008, le bulletin est devenu accessible seulement par le biais du site Web. Pendant cette décennie, les conférences provinciales du BCORNG ont eu lieu dans différentes régions de la province et ont été, en partie, facilitées par l'utilisation de nouvelles technologies de communication utilisées par le comité de la planification et les membres. En 2006, le BCORNG a célébré son 40e anniversaire lors de la conférence à Harrison Hot Springs et plusieurs événements spéciaux ont été inclus. Durant les dernières années de cette décennie, le seul mot qui me vient à l'esprit en relation avec le BCORNG est « transformation ». La dissolution du RNABC et la formation du College of RNs of BC (CRNBC), en 2005, a incité le BCORNG à devenir une société sous la loi provinciale du Society Act et à s'inscrire sous le nom de PRNABC en 2009. Parallèlement, il a été décidé de mettre en lieu sûr les annales du BCORNG et, en 2007, l'historienne du BCORNG avec l'aide du comité des archives du BC History of Nursing Group (BCHNG) a transféré les annales

du BCORNG aux archives du BCHNG à l'École des soins infirmiers de l'UBC.

2010 et après... En 2010, le PRNABC a mis en œuvre les demandes d'adhésion et les renouvellements des membres en ligne. De plus, pour la conférence provinciale de 2010 qui s'est tenue à Penticton, le comité de la planification a eu recours, pour la première fois, aux services d'un planificateur professionnel de conférences... une pratique qui a connu beaucoup de succès et que nous continuons d'utiliser aujourd'hui. Plusieurs des changements récents qui ont été apportés à l'AIISOC ont aussi influencé le PRNABC. À l'automne 2014, le processus de demandes d'adhésion et de renouvellements du PRNABC s'est effectué par le biais de l'adhésion en ligne via l'AIISOC. Pour des raisons encore mal comprises, le PRNABC s'est alors retrouvé avec seulement 189 membres⁴ – une baisse considérable comparativement au nombre d'adhésions qui se chiffrait à 669 membres, comme l'avait rapporté le numéro de juin 2008 du News & Views.⁵ Cette baisse de membres a engendré plusieurs préoccupations et le PRNABC a exploré les raisons possibles et les façons d'accroître le nombre d'adhésions.

Plusieurs membres ont partagé leur expérience pour mettre à jour et élargir l'histoire de cet organisme dynamique. Sans le dévouement de tant d'infirmières en soins périopératoires qui ont plaidé en faveur des patients en soins périopératoires et de la pratique des soins périopératoires dans toute la

province et à travers le Canada, notre histoire serait négligeable. Comme Alice Moszczyński l'a noté lorsqu'elle écrivait au sujet de son expérience avec le BCORNG :

« Un autre moment (ou plusieurs moments) qui est particulièrement digne d'intérêt pour moi, est quand quatre infirmières en soins périopératoires de la C.-B. ont été élues au poste de présidente de l'AIISOC. Avec Gloria Stephens, Bonnie McLeod, Marcy McKay et Rupinder Khotar comme représentantes des soins périopératoires à l'échelle nationale, je suis assurée que la voix des infirmières et les infirmiers de la C.-B. se fait entendre et qu'ils sont bien représentés ». (communication personnelle, 2014).

Pour de plus amples renseignements et pour consulter tout l'historique en ligne, veuillez visiter www.prnabc.ca et (ou) communiquer avec Susan Knoll,

Sans le dévouement de tant d'infirmières en soins périopératoires qui ont plaidé en faveur des patients en soins périopératoires et de la pratique des soins périopératoires dans toute la province et à travers le Canada, notre histoire serait négligeable.

historienne du PRNABC, par courriel à historian@prnabc.ca.

RÉFÉRENCES

1. British Columbia Operating Room Nurses Group. (1986). 1966 – 1986: The first 20 years. Vancouver, BC: Author.
2. British Columbia Operating Room Nurses Group. (1996). 1966 – 1996: BCORNG 30th anniversary. Vancouver, BC: Author.
3. Vachon, L. (2015). Perioperative certified nurses celebrate 20 years of specialty certification. *ORNAC Journal*, 33 (3), 49 -50.
4. PRNABC Interim Annual General Meeting Minutes. (March 2015). Téléchargé de [http://www.prnabc.ca/documents/PRNABC Administration](http://www.prnabc.ca/documents/PRNABC%20Administration).
5. Ritchie, G. (June, 2008). Membership report. News & Views: British Columbia Operating Room Nurses newsletter. Retrieved from <http://www.prnabc.ca/documents/newsletters>.

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 Régional, 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.



STANDARDS COMMITTEE

Journey to Guidelines - Part Three: Our End is Just the Beginning...

Standards are authoritative statements that articulate minimal, acceptable, or excellent levels of performance.

Welcome to the third, and final, article in our “Journey to Guidelines” series. ORNAC believes that perioperative nursing practice should be based on the best possible evidence available to guide Registered Nurses in the care of their patients. The new title of the 13th Edition, “The ORNAC Standards, Guidelines, and Position Statements for Registered Nurses,” reflects and supports this belief. The transition of practice statements to guidelines shows a commitment to basing practice on research and current evidence and, thereby, “Promoting Excellence”.

Standards and Guidelines

The transition from practice statements to guidelines is intended to provide additional information based on an appraisal of the current literature. Guidelines are systematically-derived statements, either research-based or evidence-based, that help practitioners to make decisions about care in specific clinical circumstances. Modern clinical guidelines address the most important questions related to clinical issues. They identify, synthesize, and evaluate the highest quality evidence and the most current data available on these subjects. Clinical guidelines standardize perioperative nursing care, raise the quality of care, and assist in reducing risk to patients. Guidelines are usually produced at a national or international level by associations or governmental bodies.

The standards will continue to be a part of the larger document as they help provide nurses with an

understanding of their roles, responsibilities, accountabilities, and the expectations of the public regarding the care provided. Standards are authoritative statements that articulate minimal, acceptable, or excellent levels of performance.

Validation is Important

What do we mean when we say we are “validating” the standards and guidelines? The meaning is, in fact, two-fold. First, we are confirming that the process we are applying to the transition and creation of guidelines is rigorous, efficient, and sustainable. Second, we are completing our due diligence in verifying that the statements represent the current literature (from the systematic reviews) and best practices. N.B. It is important to keep in mind that for some practice guidelines, the literature may be limited, dated or both.

Role of Reviewers

In the 13th Edition Sections 3 and 4 will have been reviewed by perioperative Registered Nurses, both French and English, from coast to coast, currently practicing in direct care, leadership, educational, administrative and research roles. The job of the reviewer is to advise on the readability of the statements, the validity of the evidence presented to reflect current practices as they are known across the country, and the identification of knowledge gaps. We are indebted to our reviewers who have shown themselves to be as passionate about the quality of the guidelines as we are!

In response to the popularity of the Standards Committee presentation in Edmonton, in 2015, the 2017 Committee requested we offer a 2 hour plenary session at the upcoming conference.

Endorsement

The changes to Sections 3 and 4 of the document are significant. We have cited guidelines from many other important stakeholders whose goals are to support safe patient care and best practices. In the spirit of collaboration we have asked these third parties to review and provide written support for those parts of the document that reflect changes influenced by their work. As only two examples, the Canadian Patient Safety Institute has been asked to endorse the section on “Phases of Care and the Safe Surgical Checklist,” and the Canadian Anesthesiology Society has been asked to support the statements in the Anesthesia portion of the document. We thank all our stakeholders, in advance, for their support..

ORNAC Conference

In response to the popularity of the Standards Committee presentation in

Edmonton, in 2015, the 2017 Committee requested we offer a 2 hour plenary session at the upcoming conference. We are tentatively scheduled for Monday, May 1st. There will be a presentation by founding members of the ORNAC Standards Committee (1983), a presentation from Dr. Kevin Woo regarding the collaborative validation work between his Queen’s University Committee and the ORNAC Standards Committee, a PowerPoint presentation by the Standards Committee members, and time for questions.

This concludes our three-part series on the transition of the standards to guidelines. We thank you for taking part in this journey. We hope you are looking forward to having your own copy of this “new” work. As always, questions may be directed to the committee at standards@ornac.ca.

We look forward to seeing many of you in Niagara Falls!

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-Cuttrara, 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 DES NORMES DE L'AIISOC

Vers les lignes directrices — Troisième partie : Notre fin n'est que le commencement...

Version originale en anglais traduite en français par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.

Voici le troisième et dernier article de notre série « Vers les lignes directrices ». L'AIISOC croit fermement que la pratique des soins périopératoires devrait se fonder sur les meilleures données probantes disponibles afin d'orienter les infirmières et les infirmiers quant aux soins à apporter à leurs patients. Le nouveau titre de la 13^e édition, « Les normes, lignes directrices et énoncés de position de l'AIISOC pour les infirmières et les infirmiers », reflète et appuie cette conviction. La transition des énoncés de pratique vers des lignes directrices démontre un engagement envers la pratique fondée sur la recherche et les données probantes actuelles afin de « Promouvoir l'excellence ».

Normes et lignes directrices

La transition des énoncés de pratique vers des lignes directrices vise à fournir de l'information additionnelle basée sur une évaluation de la littérature actuelle. Les lignes directrices constituent des énoncés systématiquement dérivés, soit fondés sur la recherche soit sur des données probantes, qui aident les praticiens à prendre des décisions concernant les soins dans des situations cliniques précises. Les lignes directrices cliniques modernes abordent les questions les plus importantes liées aux problèmes cliniques. Elles identifient, synthétisent et évaluent les meilleures données probantes ainsi que les données les plus à jour disponibles sur ces sujets. Les lignes directrices cliniques normalisent les soins infirmiers périopératoires, améliorent la qualité des soins et aident à réduire le risque pour les patients. Les lignes directrices sont habituellement élaborées à l'échelle nationale ou internationale par des associations ou des organismes gouvernementaux.

Les normes continueront de faire partie du document étant donné qu'elles aident

les infirmières à comprendre leur rôle, leurs responsabilités et les attentes du public concernant les soins fournis. Les normes sont des énoncés autorisés qui expriment clairement les niveaux de rendement minimums, acceptables ou excellents.

Importance de la validation

Que voulons-nous dire lorsque nous déclarons que nous « validons » les normes et les lignes directrices? Notre processus de validation comporte en fait deux volets. D'abord, nous confirmons que le processus que nous avons mis en place pour la transition et la création des lignes directrices est rigoureux, efficace et durable. Ensuite, nous effectuons une vérification diligente des énoncés pour nous assurer qu'ils reflètent la littérature actuelle (à partir des revues systématiques) et les pratiques exemplaires. N.B. : Il est important de tenir compte du fait que pour certaines lignes directrices de pratique, il se peut que la littérature soit restreinte et (ou) désuète.

Rôle des réviseurs

Dans la 13^e édition, les sections 3 et 4 en français et en anglais auront été révisées par des infirmières/des infirmiers en soins périopératoires de part et d'autre du pays et qui occupent actuellement des rôles dans les domaines des soins directs, du leadership, de l'éducation, de l'administration et de la recherche. La tâche du réviseur est de donner des conseils quant à la lisibilité des énoncés, la validité des données probantes présentées pour refléter les pratiques actuelles telles qu'on les connaît à l'échelle nationale et l'identification du manque de connaissances. Nous devons beaucoup à nos réviseurs qui se sont montrés aussi passionnés que nous relativement à la qualité des lignes directrices!

Les normes sont des énoncés autorisés qui expriment clairement les niveaux de rendement minimums, acceptables ou excellents.

Approbation

Les changements apportés aux sections 3 et 4 du document sont considérables. Nous avons cité des lignes directrices provenant de nombreuses autres importantes parties intéressées dont les objectifs sont de favoriser des soins sécuritaires pour les patients et les pratiques exemplaires. Dans un esprit de collaboration, nous avons demandé à ces tiers de passer en revue et de fournir un support écrit pour les portions du document qui reflètent des changements influencés par leur travail. En voici deux exemples : on a demandé à l'Institut canadien pour la sécurité des patients

d'approuver la section sur les « Phases des soins et la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire », et à la Société canadienne des anesthésiologistes d'appuyer les énoncés de la partie sur l'anesthésie. Nous remercions à l'avance toutes les parties intéressées pour leur soutien.

Conférence de l'AIISOC

En réponse à la popularité qu'a connue la présentation du comité des normes à Edmonton, en 2015, le comité de 2017 a demandé que nous offrions une séance plénière de 2 heures lors de la prochaine conférence. Cette séance devrait avoir lieu

le lundi 1er mai. Il y aura une présentation par les membres fondateurs du Comité des normes de l'AIISOC (1983), une présentation du Dr Kevin Woo portant sur le travail de validation fait en collaboration avec son comité de l'Université Queen's et le comité des normes de l'AIISOC, une présentation PowerPoint par les membres du comité des normes et du temps pour poser des questions.

Cet article conclut notre série de trois articles traitant de la transition des normes vers des lignes directrices. Nous vous remercions d'avoir participé à ce processus et nous espérons que vous êtes impatientes de vous procurer votre propre exemplaire de cette « nouvelle » œuvre. Comme toujours, pour toute question, vous pouvez communiquer avec le comité à standards@ornac.ca.

Nous nous réjouissons à la perspective de rencontrer plusieurs d'entre vous à Niagara Falls!

En réponse à la popularité qu'a connue la présentation du comité des normes à Edmonton, en 2015, le comité de 2017 a demandé que nous offrions une séance plénière de 2 heures lors de la prochaine conférence.

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

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



**ORNAC /
AIISOC**

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

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

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

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

CALL FOR ORNAC JOURNAL REVIEWERS

As you may be aware, there is a lot of work done behind the scenes, on articles submitted to the *ORNAC Journal*, by the dedicated members of our Reviewer Panel as part of our double-blind peer review process.

We have recently reviewed our processes and will be introducing a new policy, outlining Reviewer Panel responsibilities and expectations, and are striving to ensure strong representation of Anglophone and Francophone ORNAC members from all provinces. These individuals play a crucial role in ensuring the *ORNAC Journal's* content remains current, relevant, and of benefit to OR Nurses across Canada. Reviewer time can be used to work toward CPN(C) certification.

To that end, we are putting a call out for active ORNAC members who would like to join the *ORNAC Journal* Reviewer Panel. If you are interested in this very important role please forward a current CV, with a brief notation on why you are interested in participating as a reviewer, to Deb Clendinneng, Editorial Committee Co-Chair, *ORNAC Journal*, at clendid@algonquincollege.com by April 14, 2017.



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

Comme vous le savez peut-être, les membres dévoués de notre panel de réviseurs travaillent beaucoup en coulisse sur les articles soumis à la Revue de l'*AIISOC* dans le cadre de notre processus de révision par les pairs en double aveugle.

Tout dernièrement, nous avons révisé nos processus et nous introduirons une nouvelle politique, exposant les grandes lignes des responsabilités et des attentes du panel des réviseurs, et nous nous efforçons de veiller à ce que les membres anglophones et francophones de l'*AIISOC* de toutes les provinces soient bien représentés. Les réviseurs jouent un rôle essentiel afin de s'assurer que le contenu de la *Revue de l'AIISOC* demeure actuel, pertinent et qu'il bénéficie aux infirmières et infirmiers en SOP de partout au Canada. Le temps alloué à la révision peut servir à obtenir la certification CSP(C).

Dans ce but, nous faisons appel à tous les membres actifs de l'*AIISOC* qui aimerait se joindre au panel de réviseurs de la *Revue de l'AIISOC*. Si ce rôle très important vous intéresse, veuillez envoyer un curriculum vitae à jour, accompagné d'une note expliquant pourquoi vous souhaitez participer en tant que réviseur, à Deb Clendinneng, coprésidente du comité de rédaction, *Revue de l'AIISOC*, à clendid@algonquincollege.com avant le 14 avril 2017.

ÉVALUATION DE LA PROCÉDURE D'OUVERTURE DES PLATEAUX CHIRURGICAUX DANS LES BLOCS OPÉRATOIRES : REVUE SYSTÉMATIQUE ET RECOMMANDATIONS

Auteurs :

Martin Bussièrès, agent de planification, de programmation et de recherche. Détenteur d'un baccalauréat en biologie et d'un certificat en biotechnologies de l'Université Laval. Il poursuit actuellement une maîtrise en administration publique à l'École nationale d'administration publique (ENAP). Il a travaillé notamment plusieurs années dans le milieu pharmaceutique comme analyste et spécialiste en microbiologie.

Sylvain L'Espérance, agent de planification, de programmation et de recherche. Détenteur d'un baccalauréat en microbiologie de l'Université Laval, d'une maîtrise en microbiologie de l'Université de Sherbrooke et d'un doctorat en biologie cellulaire et moléculaire de l'Université Laval. Il a œuvré tant dans le secteur des compagnies biopharmaceutiques que dans le secteur public. Il a notamment été méthodologiste au sein du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et chercheur consultant à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Martin Coulombe, adjoint au directeur - Module Évaluation et expérience patient. Détenteur d'un baccalauréat en microbiologie, d'une maîtrise en médecine expérimentale, d'un diplôme de deuxième cycle en administration des affaires et d'une maîtrise en administration publique. Il a également complété un microprogramme de deuxième cycle en gestion de la performance et de l'amélioration continue ainsi que le fellowship FORCES de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Il est certifié ceinture verte de la méthodologie Lean Six Sigma. Il a travaillé plusieurs années au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), principalement pour le Programme québécois de lutte contre le cancer, ainsi qu'au Centre de santé Valcartier (Défense nationale) comme gestionnaire de services cliniques. Il est gestionnaire de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé depuis 2010 et est adjoint au directeur pour le module Évaluation et expérience patient de la Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques du CHU de Québec - Université Laval.

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ETMIS). Détenteur d'un certificat de spécialiste en médecine communautaire du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et d'une maîtrise en épidémiologie. Professeur de clinique au Département de médecine préventive à l'Université Laval. Il contribue à la coordination médicale et scientifique des activités d'ETMIS au CHU de Québec - Université Laval depuis 2006.

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec - Université Laval.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

RÉSUMÉ :

Introduction : L'optimisation des processus impliqués dans la gestion des activités d'un bloc opératoire est un élément essentiel pour l'obtention de gains d'efficacité. L'ouverture anticipée

des plateaux chirurgicaux pourrait représenter une pratique innovante qui permettrait une diminution du temps opératoire, des délais entre les chirurgies de même qu'une augmentation possible

L'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux est une pratique suscitant de l'intérêt auprès de certains cliniciens.

du volume quotidien de chirurgies. L'objectif de cette revue systématique est d'évaluer les risques et les bénéfices d'introduire cette pratique en salle d'opération.

Méthodologie : Une revue systématique de la littérature a été effectuée dans diverses bases de données indexées ainsi que dans la littérature grise afin d'identifier des études de synthèse, des guides de pratiques cliniques et des études randomisées et non randomisées sur les impacts de l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux. Les indicateurs recherchés étaient l'intervalle de temps entre l'entrée du patient et le début de la chirurgie, la fréquence de contamination des plateaux chirurgicaux et le taux d'infection des plaies chirurgicales.

Résultats : Une étude originale et quatre guides de pratiques ont été inclus après évaluation de la qualité. Aucune étude portant sur les gains d'efficacité liés à l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux n'a été répertoriée. Les résultats de l'étude expérimentale suggèrent que le taux de contamination des plateaux chirurgicaux non couverts est faible après 30 minutes (4 %) et augmente avec le temps d'exposition à l'air ambiant. La majorité des guides de pratiques cliniques recommandent de préparer les instruments chirurgicaux le plus près possible du début de la chirurgie sans toutefois spécifier l'intervalle de temps minimal à respecter de même que la présence ou non du patient dans la salle d'opération.

Discussion : L'analyse de l'ensemble des données disponibles ne permet pas de déterminer le moment optimal pour amorcer l'ouverture des plateaux chirurgicaux. En raison de l'incertitude sur les risques infectieux et de l'absence de données sur les bénéfices associés, la décision d'opter pour un changement de pratique d'ouverture des plateaux chirurgicaux devrait avant tout s'appuyer sur un ensemble de paramètres à optimiser dans un bloc opératoire. Ainsi, l'appréciation de l'ensemble des données probantes invite à la prudence et suggère qu'une analyse de la faisabilité, en y incluant une révision de l'ensemble des

processus et paramètres de gestion des risques liés à l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux, soit effectuée avant d'amorcer tout changement dans les établissements où un changement de pratique en ce sens est souhaité.

INTRODUCTION

L'optimisation des processus impliqués dans la gestion des activités d'un bloc opératoire est un élément essentiel pour l'obtention de gains d'efficacité. L'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux est une pratique suscitant de l'intérêt auprès de certains cliniciens. Les gains potentiels anticipés associés à cette pratique incluent une diminution du temps opératoire et des délais entre les chirurgies de même qu'une augmentation possible du volume quotidien de chirurgies. Toutefois, l'introduction de cette pratique soulève des craintes notamment en ce qui concerne l'augmentation possible du risque de contamination des instruments mais aussi des taux d'infections du site opératoire.

Les infections du site opératoire (ISO) constituent une source majeure de morbidité et de mortalité pour les patients soumis à des procédures chirurgicales et elles représentent l'une des causes les plus fréquentes d'infections nosocomiales.¹⁻³ Ce type d'infection se manifeste dans 2 à 5 % des cas de chirurgie sans ouverture des viscères et 20 % des chirurgies intra-abdominales.²⁻⁴ Toutefois, la prévalence des ISO a tendance à être sous-estimée dans les études puisque ces infections peuvent se développer après que le patient ait quitté l'hôpital.³ Les ISO contribuent en moyenne à prolonger la durée d'hospitalisation de sept à dix jours et à accroître le risque de mortalité de deux à onze fois en comparaison avec les patients ayant subi la même chirurgie sans infection.^{1,2,5} Le risque d'ISO est conditionné par un grand nombre de facteurs incluant ceux liés au patient lui-même, dont l'obésité, la malnutrition, le tabagisme et le diabète.² Différents facteurs liés aux procédures chirurgicales ont aussi été associés aux ISO. La durée insuffisante du brossage de l'équipe chirurgicale ainsi que la préparation antiseptique inadéquate de la surface de

peau au site opératoire semblent influencer le risque d'ISO.⁶ La durée de la procédure chirurgicale constitue également un facteur de risque important qui a été documenté.⁶ Les procédures chirurgicales ayant une durée supérieure à trois ou quatre heures augmentent le risque d'ISO 6 de même que l'hypothermie opératoire involontaire.²⁵ D'autres facteurs tels qu'un usage non optimal de la prophylaxie antimicrobienne, l'oubli de matériel chirurgical dans une cavité du patient et un drainage chirurgical sous-optimal peuvent également augmenter le risque d'ISO.⁶

L'objectif de cette revue systématique est de réviser les données disponibles concernant les risques et les bénéfices associés à l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux en salle d'opération.

MÉTHODOLOGIE

Identification des études

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des bases de données indexées Medline

(PubMed), Embase, du Centre for Reviews and Dissemination, de la bibliothèque Cochrane, CINAHL et de la littérature grise afin d'identifier les études de synthèse, avec ou sans méta-analyse, de même que les guides de pratiques. Les publications ont été identifiées en combinant des mots-clés et des termes indexés spécifiques aux plateaux chirurgicaux de même qu'aux salles d'opération (surgical tray, instrument tray, operating-room tray, operating rooms, surgical instruments, operating theater, operating rooms) avec des mots-clés et des termes indexés relatifs aux risques d'infection (cross infection/prevention and control, equipment contamination/prevention and control, surgical wound infection/prevention and control, surgical wound infection, equipment contamination, cross infection). Les stratégies de recherche utilisées pour chacune des bases de données indexées sont disponibles en consultant le rapport de l'UETMIS.⁷ Les sites Internet d'organismes en ETMIS ainsi que ceux d'associations professionnelles ont été consultés afin de rechercher des documents pertinents. La liste des

organisations ainsi que des sites Internet consultés est disponible dans les annexes du rapport de l'UETMIS.⁷ Les critères d'éligibilité, les limites ainsi que les indicateurs définis a priori utilisés pour effectuer la recherche documentaire sont présentés au Tableau 1. Les bibliographies des articles consultés ont été examinées pour relever d'autres références d'intérêt. Deux évaluateurs (M.B. et S.L.) ont procédé de manière indépendante à l'identification des études. Les désaccords ont été résolus par consensus avec un troisième évaluateur (M.R.).

Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications

La sélection des études a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (M.B. et S.L.) selon les critères d'inclusion et les limites spécifiées au Tableau 1. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (M.R.) était sollicité pour parvenir à un consensus.

Évaluation de la qualité méthodologique des publications et extraction des données

La qualité méthodologique des

Tableau 1. Critères d'éligibilité et limites

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Patients hospitalisés pour une chirurgie
Intervention	Ouverture du plateau avant l'entrée du patient dans la salle d'opération
Comparateur	Pratique standard (ouverture du plateau le plus près possible de la chirurgie)
Résultats	<p>Efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateur primaire : intervalle de temps entre l'entrée du patient et le début de la chirurgie <p>Innocuité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicateur primaire : taux d'infection des plaies chirurgicales Indicateur secondaire : fréquence de contamination des plateaux chirurgicaux
LIMITES	CRITÈRES D'EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> Langue : français et anglais Période : du début des bases de données au 18 août 2015 	<ul style="list-style-type: none"> résumés de congrès

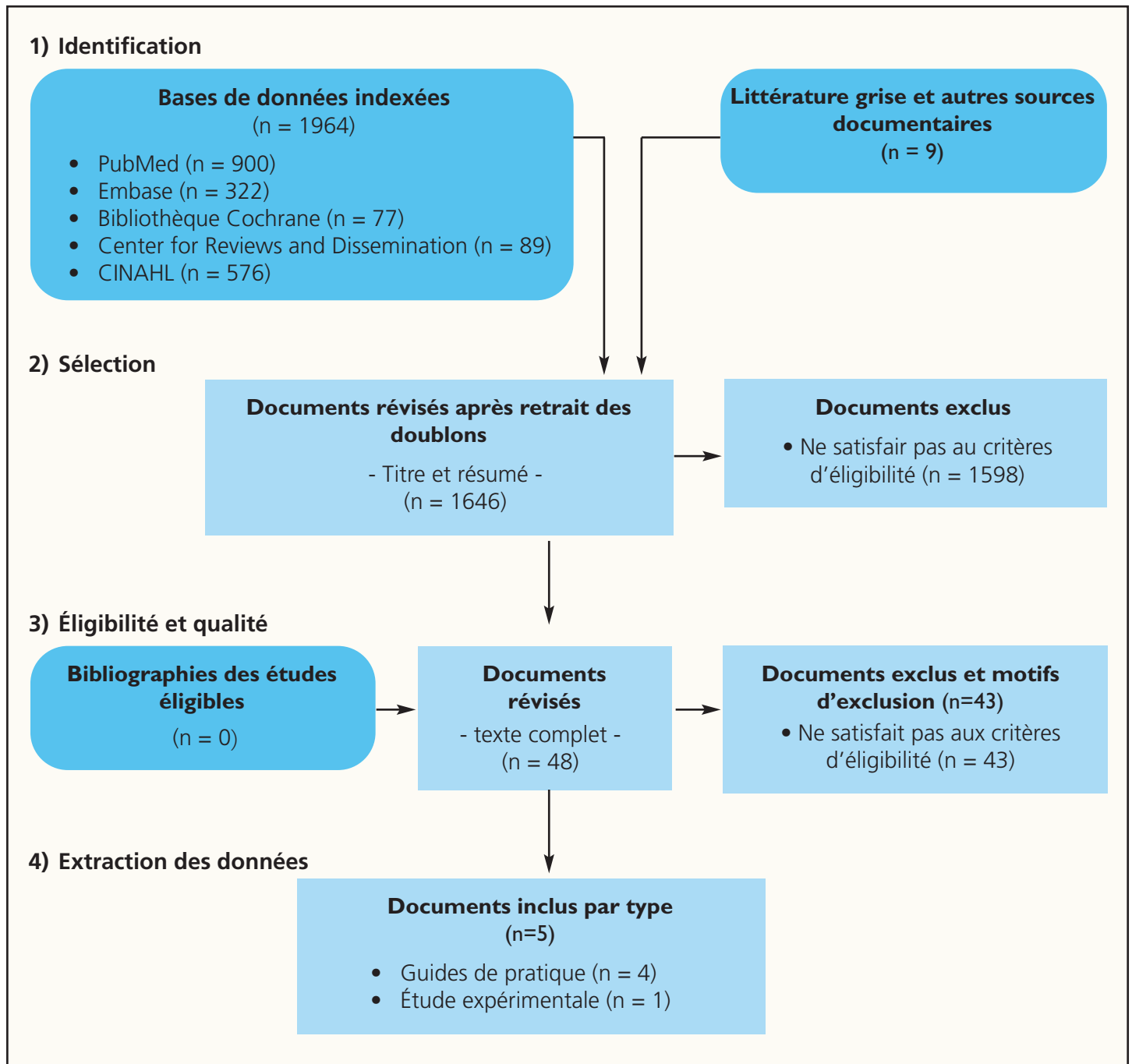
publications et l'extraction des données ont été réalisées de manière indépendante par deux évaluateurs (M.B. et S.L.). L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques ainsi que des guides de pratiques a été réalisée à l'aide des grilles R-AMSTAR.⁸ et AGREE II,⁹ respectivement. Les études originales ont été évaluées à partir des grilles d'analyse adaptées du guide méthodologique de

l'UETMIS du CHU de Québec.¹⁰ L'avis d'un troisième évaluateur (M.R.) a été sollicité lors de désaccords sur l'appréciation de la qualité afin de parvenir à un consensus. Les études dont la qualité méthodologique était insuffisante ont été exclues. La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont disponibles en consultant les annexes du rapport de l'UETMIS.⁷

RÉSULTATS

La stratégie de recherche a permis d'identifier une étude observationnelle¹¹ et quatre guides de pratiques¹²⁻¹⁵ traitant du délai d'ouverture des plateaux chirurgicaux et répondant aux critères d'éligibilité de la présente évaluation (Figure 1). Aucune étude portant sur l'impact de l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux sur le taux d'ISO

Image 1. Diagramme de sélection des documents



ou sur le délai entre l'entrée du patient et le début de la chirurgie n'a été répertoriée.

Étude observationnelle

L'objectif de cette étude était de déterminer le délai entre l'ouverture d'un plateau stérile dans une salle d'opération et la survenue d'une première contamination des instruments chirurgicaux, de même que le taux de contamination des plateaux en fonction du temps d'exposition. Trois groupes expérimentaux, réalisés chacun à partir de 15 plateaux, ont été menés afin de reproduire différentes conditions dans une salle d'opération non utilisée. Les résultats ont montré que la proportion de plateaux contaminés parmi ceux qui n'étaient pas couverts augmentait avec le temps d'exposition à l'air ambiant (Tableau 2). Sur le nombre de plateaux non couverts, huit plateaux sur 27 (29,6 %) étaient contaminés après quatre heures d'exposition à l'air ambiant (Tableau 2). La proportion de plateaux contaminés en fonction des autres temps d'exposition était de 4 % après 30 minutes, 15 % après une heure et 22 % après deux heures. Aucune contamination bactérienne n'a été observée dans le groupe expérimental sans circulation du personnel où les plateaux chirurgicaux avaient été recouverts après leur ouverture. Les auteurs ont conclu que les plateaux ne

devraient pas être ouverts jusqu'à ce qu'ils soient requis pour la procédure. Le potentiel de généralisation de ces résultats est plutôt limité considérant la taille de l'échantillon et les conditions expérimentales peu représentatives de la réalité.

Guides de pratiques cliniques

Les principales recommandations issues de guides retenus en lien avec le maintien des champs stériles et l'ouverture des plateaux chirurgicaux sont présentées au Tableau 3. Un consensus se dégage de la majorité des guides de pratiques cliniques à l'effet que les instruments devraient être préparés le plus près possible du début de la chirurgie. Toutefois, l'intervalle de temps minimum à rencontrer entre l'ouverture des plateaux et le début de la chirurgie n'est précisé par aucun de ces organismes. La révision de ces guides ne permet pas non plus d'affirmer si la notion d'ouverture des plateaux chirurgicaux le plus près possible de la chirurgie est intrinsèquement liée à la présence du patient dans la salle. Cette recommandation en particulier, mais également d'autres, s'appuient sur les résultats d'études ayant des limites au niveau méthodologique.¹⁵⁻²¹ Par exemple les méthodes de recherches de la littérature ainsi que celles utilisées pour élaborer les recommandations sont rarement rapportés par les auteurs.

Tableau 2. Aux et délai moyen de contamination bactérienne des plateaux chirurgicaux observés après quatre heures d'exposition continue à l'air ambiant selon la condition expérimentale

Condition expérimentale	n contaminés (%)	Délai moyen de contamination en heure [IC à 95 %]
Groupe 1 non recouverts, sans circulation (n = 13)	4 (30,7)	2,50 [1,80 à 3,20]
Groupe 2 non recouverts, avec circulation (n =14)	4 (28,5)	2,37 [1,90 à 2,90]
Groupe 3 recouverts, sans circulation (n =15)	0 (0)	S/O

IC à 95 % : intervalle de confiance à 95 %; S/O : sans objet

DISCUSSION

L'optimisation des processus en chirurgie est un élément clé pour l'amélioration continue des services offerts dans les salles d'opération. La présente revue systématique visait à revoir les données disponibles concernant l'ouverture

anticipée des plateaux chirurgicaux avant l'arrivée du patient en salle d'opération au regard des risques et des bénéfices que pourrait procurer un tel changement de pratique.

Le moment optimal pour la préparation des instruments

chirurgicaux en prévision d'une chirurgie

Les données probantes disponibles ne permettent pas de déterminer le moment optimal pour amorcer l'ouverture des plateaux chirurgicaux. En effet, les recommandations issues des guides de pratiques sont imprécises

Tableau 3. Synthèse portant sur les recommandations relatives à la préparation des instruments stériles en vue d'une chirurgie issue des guides de pratiques cliniques

Organisme, année [réf.]	Recommandations
<p>AORN, 2015¹²</p>	<p>Un champ stérile devrait être préparé pour les patients devant subir une chirurgie ou tout autre type de procédure invasive.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le champ devrait être préparé à l'endroit où il sera utilisé et ne devrait pas être déplacé (niveau 5). • Le champ devrait être préparé le plus près possible du moment de son utilisation (niveau 1). <p>Les champs stériles devraient constamment être surveillés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le champ stérile ne devrait pas être laissé sans surveillance jusqu'à ce que l'opération soit complétée (niveau 5). • Durant une période d'activité intense ou de délai non anticipé, les champs stériles déjà préparés mais non utilisés immédiatement peuvent être couverts d'un drap stérile (niveau 2).
<p>AIISOC, 2015¹³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laisser le moins de temps possible s'écouler entre l'ouverture des fournitures et le début de l'intervention. • Lorsqu'un patient entre dans une salle d'opération où les instruments stériles ont été préparés, ces instruments ne doivent pas être utilisés dans l'éventualité où la chirurgie est annulée. • Les instruments stériles ne devraient pas être laissés sans surveillance après leur ouverture. Ils devraient constamment être surveillés pour une possible contamination. • Le personnel considéré stérile devrait rester à l'intérieur de la zone stérile et ne devrait pas se déplacer ou sortir de la salle d'opération. • Les intervenants brossés devraient rester près du champ stérile et face à celui-ci. Les déplacements devraient demeurer entre les zones stériles seulement.
<p>AST, 2011¹⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les plateaux de fournitures stériles devraient être ouvertes le plus près possible du début de la chirurgie. • Les équipements et les fournitures de la salle d'opération devraient être regroupés et positionnés avant l'ouverture des instruments stériles. • Les membres de l'équipe chirurgicale doivent adhérer aux techniques d'asepsie lorsque les instruments et les plateaux stériles sont ouverts. • La circulation à l'intérieur et à l'extérieur de la salle d'opération devrait être documentée et contrôlée lorsque l'équipe chirurgicale commence à ouvrir les instruments stériles.
<p>CDC, 1999¹⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipement stérile et les solutions devraient être assemblés immédiatement avant leur utilisation (catégorie 11*).

AORN :The Association of periOperative Registered Nurses;AIISOC :Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada;AST :Association of Surgical Technologists; CDC : Centers for Disease Control and Prevention

*Recommandation basée sur des données de niveau modéré issues d'études cliniques, épidémiologiques ou d'une rationnelle théorique.

La pratique courante recensée dans divers hôpitaux canadiens et internationaux semble davantage s'orienter vers une ouverture des plateaux chirurgicaux dans les minutes qui précèdent l'entrée du patient dans la salle d'opération.⁷

quant à la durée maximale pendant laquelle un champ stérile peut demeurer ouvert à l'air libre sans être utilisé.¹²⁻¹⁵ Il est clairement mentionné de préparer les instruments chirurgicaux le plus près possible du début de la chirurgie, sans toutefois que soit précisé le délai de temps acceptable. Sans réduire l'importance et la pertinence des opinions des experts qui contribuent à l'élaboration de ces guides, une majorité d'entre eux, exception faite de l'AORN,¹² ne rapportent ni leur méthodologie de recension de la littérature ni la méthode d'élaboration de leurs recommandations.

Les recommandations de l'AORN en lien avec l'ouverture des plateaux chirurgicaux reposent sur les résultats de sept études originales.¹⁵⁻²¹ La majorité de ces études portent sur le risque de contamination lié au contexte environnemental, à la circulation du personnel ou au port du masque chirurgical. Toutefois, l'absence de lien direct avec la contamination des plateaux chirurgicaux dans ces études soulève des interrogations sur la force de la preuve pour appuyer la recommandation sur le moment optimal pour préparer les instruments chirurgicaux en vue d'une intervention chirurgicale. Par ailleurs, la littérature scientifique spécifique à ce sujet est peu abondante, la recherche documentaire n'ayant mené au repérage que d'une seule étude expérimentale.¹¹ Les résultats de cette étude suggèrent que les instruments stériles laissés à l'air libre présentent un faible risque de contamination dans les 30 premières minutes d'exposition dans une salle d'opération inoccupée.¹¹ Toutefois, ces résultats reposent sur un petit nombre de répliques effectués dans un contexte d'utilisation différent de celui d'une salle d'opération. De plus, la nature du devis ne permet pas d'évaluer le lien entre la contamination des plateaux chirurgicaux et le risque éventuel d'infections de plaies.

Le moment idéal pour l'arrivée du patient dans la salle d'opération

La présence du patient avant ou après l'amorce de la préparation des plateaux

chirurgicaux ne figure pas parmi les éléments nommément recommandés par les organismes ayant développé les guides de pratiques. Il est possible que cet élément soit intrinsèquement lié à la condition d'ouvrir les plateaux le plus près possible de la chirurgie. Toutefois, le manque de précision à ce chapitre peut conduire à différentes interprétations sur le terrain. Une enquête non exhaustive par questionnaire auto-administré sur les processus reliés à l'ouverture des plateaux chirurgicaux a été réalisée dans 12 centres hospitaliers canadiens et montre que la préparation des instruments chirurgicaux débute généralement avant l'arrivée du patient dans la salle d'opération à l'exception des établissements de santé sondés au Québec.⁷ En effet, les données de l'enquête indiquent que la procédure de préparation des instruments chirurgicaux s'amorce dans ces derniers établissements après l'arrivée du patient dans la salle d'opération.⁷

La pratique courante recensée dans divers hôpitaux canadiens et internationaux semble davantage s'orienter vers une ouverture des plateaux chirurgicaux dans les minutes qui précèdent l'entrée du patient dans la salle d'opération.⁷ Plusieurs questions se posent en lien avec l'ouverture des plateaux chirurgicaux et l'arrivée du patient dans la salle d'opération. Par exemple, la présence du patient dans la salle d'opération au moment d'ouvrir les plateaux pourrait-elle favoriser une réduction des mouvements du personnel à l'approche de l'initiation de la chirurgie? L'introduction d'une pratique anticipée d'ouverture des plateaux avant l'arrivée du patient pourrait-elle permettre de réduire le déplacement des instruments stériles ou d'éviter de laisser le patient sans surveillance?¹³ L'information recueillie dans le cadre de ce projet d'évaluation ne permet cependant pas de répondre à ces interrogations et d'expliquer les différences qu'il pourrait y avoir dans les modes d'organisation en lien avec l'ouverture des plateaux chirurgicaux. On ne peut également ignorer le fait que l'application des normes de

pratique en salle d'opération recensées pourrait être influencée par plusieurs facteurs tels que le contexte organisationnel de l'établissement, l'aménagement physique des salles, la disponibilité de l'instrumentation nécessaire à la chirurgie ou encore la disponibilité du personnel infirmier.

Des éléments à considérer avant d'envisager un changement de la pratique

La décision de changer la pratique d'ouverture des plateaux chirurgicaux doit s'appuyer sur un ensemble de paramètres à optimiser dans un bloc opératoire qui comprend notamment la circulation du personnel dans la salle, la fréquence d'ouverture des portes et l'aménagement physique des lieux pour la disposition des équipements. Les données probantes disponibles actuellement ne permettent pas de déterminer l'impact d'un changement de la pratique d'ouverture des plateaux chirurgicaux sur le taux d'ISO, l'intervalle de temps entre l'arrivée du patient et le début de la chirurgie ainsi que sur l'organisation du travail au bloc opératoire. Une amélioration de l'expérience patient et de l'organisation du travail des infirmières constituent des avantages potentiels qui pourraient découler d'un tel changement de pratique. En effet, une ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux pourrait permettre à l'infirmière externe disponible d'aller chercher le patient, d'assister l'anesthésiologiste et d'effectuer le décompte des instruments nécessaires pour l'opération. Toutefois, les données probantes disponibles à ce jour ne permettent pas de vérifier la validité de ces hypothèses. De plus, les gains d'efficacité et les taux d'ISO au bloc opératoire ne sont pas influencés uniquement par la pratique reliée à l'ouverture des plateaux chirurgicaux.

Dans ce contexte, il apparaît prudent, avant d'introduire un tel changement, de procéder à une évaluation rigoureuse de l'ensemble des paramètres qui peuvent influencer l'intégrité des champs opératoires. Parmi les facteurs à considérer,

mentionnons la circulation du personnel et, indirectement, l'ouverture des portes des salles d'opération. Les recommandations encadrant l'intégrité de la stérilité des instruments chirurgicaux indiquent que la circulation du personnel doit être minimisée et surveillée lorsqu'un plateau est ouvert.^{12,13} L'ouverture des plateaux chirurgicaux avant l'arrivée du patient dans la salle d'opération pourrait ainsi accroître le risque de contamination des instruments si la circulation du personnel autour du plateau et l'ouverture des portes ne sont pas minimisées. D'ailleurs, selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'ouverture fréquente des portes de même que les mouvements du personnel contribuent aux changements de pression positive observés dans une salle d'opération.^{15,19} Les variations de la pression positive laissent croire à une contribution possible des déplacements sur l'augmentation du risque de contamination des plateaux chirurgicaux laissés ouverts.¹⁹ Bien qu'ayant une portée limitée, les données expérimentales disponibles à ce sujet, tirées d'une étude réalisée dans un environnement où la circulation était contrôlée, suggèrent qu'il pourrait exister une fenêtre de temps sécuritaire puisque le risque de contamination dans les 30 premières minutes suivant l'ouverture des plateaux chirurgicaux serait inférieur à 4 %.¹¹ Les recommandations de divers organismes portent à croire que l'option d'ouvrir les plateaux chirurgicaux avant l'arrivée du patient dans la salle ne s'appliquerait que si la circulation à l'intérieur de la salle d'opération est contrôlée,¹⁴ si les instruments sont gardés sous surveillance constante après leur ouverture^{12,13,22} et si la table d'instrumentation est positionnée à l'endroit où elle doit servir.^{12,14}

Bien qu'il n'y ait pas un modèle standardisé pour la disposition des équipements dans une salle d'opération, l'aménagement des salles devrait idéalement être conçu pour minimiser les interactions non nécessaires entre le personnel, les équipements et le patient

À titre d'exemple, l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux pourrait demander une préparation accélérée de la salle dans le but de minimiser la circulation.

tout en facilitant le déplacement des intervenants.^{23,24} Outre la fonctionnalité des salles, il existe aussi différents critères de qualité qui doivent être rencontrés dans un bloc opératoire notamment au niveau des normes de la qualité de l'air et des surfaces de l'environnement de travail.^{23,24} Sur le plan de l'organisation du travail, il est généralement accepté que la période de temps avant l'entrée du patient dans la salle d'opération sert présentement à la préparation et au nettoyage. Ainsi, l'introduction d'une nouvelle pratique d'ouverture des plateaux devra nécessairement prendre en considération ces facteurs afin d'en minimiser les impacts sur l'organisation du travail. À titre d'exemple, l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux pourrait demander une préparation accélérée de la salle dans le but de minimiser la circulation.

Un changement de pratique, qu'il soit en faveur d'ouvrir ou non les plateaux chirurgicaux de façon anticipée, implique donc invariablement une modification des processus organisationnels en lien avec la préparation des salles d'opération, ce qui pourrait certainement avoir des impacts sur l'organisation du travail des équipes, les ressources humaines requises et les horaires de travail. Les chirurgies à haut volume qui requièrent moins d'instruments chirurgicaux sont probablement celles où les processus déjà en place pourraient plus facilement se prêter à cet exercice d'optimisation en vue d'un changement de pratique dans l'ouverture des plateaux. Par contre, selon des experts consultés, les chirurgies qui requièrent l'implantation d'une prothèse (p. ex. : prothèse totale de la hanche) ou la pose d'un greffon devraient être exclues en raison des mesures de protection accrues pour minimiser le risque d'infection du site opératoire lors de ce type de chirurgie. Il serait également important dans le cas où un changement de pratique est envisagé par un établissement de santé, après une analyse des avantages et inconvénients, de prévoir la mesure d'indicateurs tant pour évaluer les

gains d'efficacité que les taux d'ISO en lien avec les chirurgies visées par le changement de pratique.

CONCLUSION

En raison de l'incertitude sur les risques infectieux et de l'absence de données sur les bénéfices associés à l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux, la décision d'opter pour un changement de pratique devrait s'appuyer sur l'analyse d'un ensemble de facteurs propres à chacun des blocs opératoires afin d'assurer en tout temps l'intégrité des champs opératoires et la sécurité des patients. Une analyse de la faisabilité, incluant une révision de l'ensemble des processus et paramètres de gestion des risques liés à l'ouverture anticipée des plateaux chirurgicaux, est de mise avant d'envisager un tel changement de pratique. Plusieurs éléments devraient également être considérés dans la perspective où un changement de pratique serait envisageable dont celui de relever le niveau de vigie en lien avec les infections du site opératoire pour les chirurgies visées par le changement de pratique.

RÉFÉRENCES

1. Institut National de Santé Publique du Québec. La prévention des infections du site opératoire - Document synthèse. Gouvernement du Québec, 2014, 25 pages.
2. Campagne canadienne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse de départ : Prévention des infections du site opératoire. 2014, 171 pages.
3. NICE. Prevention and treatment of surgical site infection. NICE guidelines CG74. 2008.
4. Auerbach, A. Prevention of surgical site infections. In: Shojanian K., Duncan, B., McDonnald K. et al., eds. Making Health Care Safer: A critical analysis of patient safety practices evidence report/technology assessment no 43, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001: 221-44.

REMERCIEMENTS

Membres du groupe de travail interdisciplinaire

Mme Geneviève Bureau, infirmière-clinicienne au bloc opératoire, HEJ
 Dr Philippe Laberge, obstétricien-gynécologue, CHUL
 Mme Nancy Laverdière, infirmière-clinicienne spécialisée en peropératoire, HEJ
 Dr Alexandre Leclerc, orthopédiste, CHUL
 Mme Geneviève Nadeau, coordonnatrice du bloc opératoire, CHUL
 Mme Isabelle Pellerin, infirmière au bloc opératoire, HSFA
 Mme Laurence Robichaud Hallé, infirmière-clinicienne spécialisée en chirurgie ophtalmique, HSS
 Dre Marie-Claude Roy, microbiologiste-infectiologue, HEJ
 Mme Lyne Santerre, infirmière conseillère-cadre en prévention et contrôle des infections, HSFA
 Mme Josée Sauriol, infirmière-clinicienne au bloc opératoire, CHUL
 Mme Julie St-Pierre, infirmière-clinicienne, L'HDQ

Autres collaborateurs

Dre Catherine Allaire, obstétricienne-gynécologue, BC Women's Centre for pelvic pain and endometriosis, Colombie-Britannique
 Mme Linda Beaudoin, Nurse professional development educator (NPDE), Montreal General Hospital, Québec
 Mme Sylvie Beauregard, conseillère en soins infirmiers, CHUM
 Dre Liane Belland, obstétricienne-gynécologue, Alberta Health Services, Alberta
 Mme Mélanie Dubé, coordonnatrice du bloc opératoire – CUO, HSS
 Mme Nicole Godbout, coordonnatrice du bloc opératoire, L'HDQ
 Dr John Kortbeek, chirurgien-chef, Department of Surgery University of Calgary and Alberta Health Services – Calgary, Alberta
 Dr Marc Lagacé, chirurgien, Hôpital Régional de Campbellton, Nouveau-Brunswick
 Mme Josée Migneault, coordonnatrice du bloc opératoire, HEJ
 M. Yvan Poudrier, chef de soins et services, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke - Installation Hôtel-Dieu de Sherbrooke
 Dr Bassam A. Masri, chirurgien-chef, Vancouver Coastal Health, Colombie-Britannique
 Dr Sony Singh, obstétricien-gynécologue, The Ottawa Hospital, Ontario
 Mme Johanne Tremblay, coordonnatrice du bloc opératoire, HSS

5. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infection control and hospital epidemiology : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America.* 1999;20(11):725-30.
6. Cheadle WG. Risk factors for surgical site infection. *Surgical infections.* 2006;7 Suppl 1:S7-11.
7. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Évaluation de la procédure d'ouverture des plateaux chirurgicaux dans les blocs opératoires des hôpitaux du CHU de Québec-Université Laval (Rapport d'évaluation 09-15). 2015:41.
8. Kung J, Chiappelli F, Cajulis OO, Avezova R, Kossan G, Chew L, et al. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence-Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance. *The open dentistry journal.* 2010;4:84-91.
9. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne.* 2010;182(18):E839-42.
10. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Guide méthodologique : démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS, UETMIS du CHU de Québec-Université Laval. 2015:26.
11. Dalstrom DJ, Venkatarayappa I, Manternach AL, Palcic MS, Heyse BA, Prayson MJ. Time-dependent contamination of opened sterile

- operating-room trays. The Journal of bone and joint surgery American volume. 2008;90(5):1022-5.
12. Association of perioperative Registered Nurses (AORN). Guideline for sterile technique. 2015 Guidelines for perioperative practice.
 13. Operating room nurses association of Canada / Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada. Normes de l'AISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires, 12e édition, octobre 2015..
 14. Association of surgical technologist. AST Standards of Practice for Creating the Sterile Field. 2011. Consulté en ligne le 6 août 2015. http://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Standard_Creating_Sterile_Field.pdf.
 15. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. American journal of infection control. 1999;27(2):97-132; quiz 3-4; discussion 96.
 16. Edmiston C, Sinski S, Seabrook G, Simons D, Goheen M. Airborne particulates in the OR environment. AORN journal. 1999;69(6):1169-, 71-2, 75-7 passim.
 17. Howard JL, Hanssen AD. Principles of a clean operating room environment. The Journal of arthroplasty. 2007;22(7 Suppl 3):6-11.
 18. Letts RM, Doermer E. Conversation in the operating theater as a cause of airborne bacterial contamination. The Journal of bone and joint surgery American volume. 1983;65(3):357-62.
 19. Parikh SN, Grice SS, Schnell BM, Salisbury SR. Operating room traffic: is there any role of monitoring it? Journal of pediatric orthopedics. 2010;30(6):617-23.
 20. Ritter MA. Operating room environment. Clinical orthopaedics and related research. 1999(369): 103-9.
 21. Ritter MA, Eitzen H, French ML, Hart JB. The operating room environment as affected by people and the surgical face mask. Clinical orthopaedics and related research. 1975(111):147-50.
 22. Alberta Health Service : SURGICAL ASEPTIC TECHNIQUE AND STERILE FIELD. Guideline for asepsis for invasive surgical procedures conducted in Community-based Health Care Settings.
 23. Agrément Canada. Normes concernant les Services périopératoires et les interventions invasives (pour les visites qui commencent après le 1 janvier 2015). 2014.
 24. Thiele RH, Huffmyer JL, Nemergut EC. The "six sigma approach" to the operating room environment and infection. Best practice & research Clinical anaesthesiology. 2008;22(3):537-52.
 25. Torossian A, Brauer A, Hocker J, Bein B, Wulf H, Horn EP. Preventing inadvertent perioperative hypothermia. Deutsches Arzteblatt international 2015; 112(10): 166-72.

Les normes de l'AISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AISOC) d'octobre 2015, section 2, p. 135 norme 2.15.1, p. 136 normes 2.15.9, 2.16.1 - 2.16.5, p. 137-138 norme 2.16.6.

EVALUATION OF THE SURGICAL TRAY OPENING PROCEDURE IN OPERATING SUITES: SYSTEMATIC REVIEW AND RECOMMENDATIONS

Authors:

Martin Bussières, Planning, Programming and Research Officer holds a Bachelor of Biology and a Certificate in Biotechnology from the Université Laval. He is currently working towards a Master's Degree in public administration at the École nationale d'administration publique (ENAP). He worked for several years in the pharmaceutical sector as an analyst and microbiology specialist.

Sylvain L'Espérance, Planning, Programming and Research Officer, holds a Bachelor of Microbiology from the Université Laval, a Master's Degree in microbiology from the Université de Sherbrooke and a Ph.D in Cellular and Molecular Biology from the Université Laval. He has worked in both the private sector for biopharmaceutical companies and in the public sector. He served as a methodologist on the Comité de l'évolution des pratiques en oncologie [Committee for the Evolution of Oncological Practices] (CEPO) and as a consulting researcher at the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Martin Coulombe, Deputy Director – Patient Evaluation and Experience Module, holds a Bachelor of Microbiology, a Master's Degree in Experimental Medicine, a Graduate Diploma in Business Administration and a Master's Degree in Public Administration. He also completed a graduate microprogram in performance and ongoing improvement management as well as a FORCES fellowship at the Canadian Foundation for Healthcare Improvement. He is a certified Lean Six Sigma Methodology Green Belt. He worked several years at the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), mainly in the Quebec Fight Against Cancer Program (Programme québécois de lutte contre le cancer PQLC), as well as for the Valcartier Health Centre (National Defence) as a Clinical Services Manager. He has been the Manager of the Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) [Technologies and Health Intervention Methods Evaluation Unit] since 2010 and is the Deputy Director for the Patient Evaluation and Experience Module at the Evaluation, Quality, Ethics and Legal Affairs Planning Directorate at the CHU de Québec – Université Laval.

Dr. Marc Rhains, Medical and Scientific Co-Manager of ETMIS activities, holds a Specialist's Certificate in Community Medicine from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and a Master's Degree in Epidemiology. As a Clinical Professor at the Department of Preventive Medicine, at the Université Laval, he has contributed to the coordination of ETMIS medical and scientific activities at the CHU de Québec – Université Laval since 2006.

FUNDING

This project was funded using the operating budget of the Technologies and Health Intervention Methods Evaluation Unit (UETMIS) of the CHU de Québec – Université Laval

DISCLOSURE OF CONFLICTS OF INTEREST

No conflicts of interest were reported.

Original French version translated into English by Marc Hébert.

ABSTRACT:

Introduction: Optimizing the processes involved in managing operating suite activities is an essential element in obtaining gains in efficiency. The early opening of surgical trays could represent an innovative practice for reducing

operating times and wait periods between surgeries as well as for increasing the number of daily surgeries. The purpose of this systematic review is to assess the risks and benefits of introducing this practice in the operating room.

The early opening of surgical trays is a practice that has generated interest among certain clinicians

Methodology: A systematic literature review was conducted in various indexed databases as well as in the grey literature in order to identify synthesis studies, clinical guidelines and randomized and non-randomized studies on the impact of opening surgical trays early. The following indicators were sought: time lapse between the patient's entrance and the beginning of surgery, the frequency of surgical tray contamination, and the rate of surgical wound infection.

Results: An original study and four practice guides were included after a quality assessment. No studies on efficiency gains associated with the early opening of surgical trays were found. The results of the experimental study suggest that the contamination rate for uncovered surgical trays is low for the first 30 minutes (4%) and increases over time with exposure to the ambient air. Most clinical guidelines recommend preparing the surgical instruments as close to the beginning of surgery as possible without specifying the minimum time interval to be respected as well as whether or not the patient is in the operating room.

Discussion: The analysis of all the available data does not make it possible to determine the optimal moment for opening the surgical trays. Given the uncertainty regarding the risks of infection, and the lack of data on the associated benefits, the decision to opt for a change in practice in the opening of surgical trays should be based on a range of factors. An assessment of the data therefore suggests caution and that a feasibility analysis, including a review of all processes and parameters for managing the risks associated with the early opening of surgical trays, be conducted before initiating any changes in the institutions where a change of practice is being sought.

INTRODUCTION

Optimizing the processes involved in managing operating suite activities is an essential element in obtaining efficiency gains. The early opening of surgical trays

is a practice that has generated interest among certain clinicians. The expected potential gains from this practice include a reduction in operating times and wait periods between surgeries as well as a possible increase in the number of daily surgeries. The introduction of this practice also, however, raises certain fears, namely in regards to the possible increase in the risk of instrument contamination as well as the rate of surgical site infections.

Surgical site infections (SSIs) are a major source of morbidity and mortality for patients undergoing surgical procedures and they represent one of the more frequent causes of nosocomial infections.¹⁻³ This type of infection manifests in 2 to 5% of surgical cases where the viscera are not opened and in 20% of intra-abdominal surgeries.²⁻⁴ The prevalence of SSIs tends, however, to be underestimated in studies since these infections can develop after the patient has left the hospital.³ SSIs contribute to the extension of hospital stays by an average of seven to ten days and increase the risk of mortality by two to eleven times in comparison with patients who have undergone the same surgery without infection.^{1,2,5} The risk of SSIs is subject to a large number of factors including those associated with the patient including obesity, malnutrition, smoking, and diabetes.² Various factors associated with surgical procedures have also been associated with SSIs. Insufficient scrubbing by the surgical team as well as inadequate antiseptic preparation of the skin surface at the surgical site seems to have an effect on the risk of SSIs.⁶ The length of a surgical procedure also constitutes a significant risk factor that has been documented.⁶ Surgical procedures lasting more than three or four hours have increased risk of SSI⁶ as well as inadvertent perioperative hypothermia.^{2,5} Other factors such as the non-optimal use of antimicrobial prophylaxis, surgical materials left behind in a patient cavity, and sub-optimal surgical drainage can also increase the risk of SSI.⁶

The purpose of this systematic review is to review the available data regarding the risks and benefits associated with the

early opening of surgical trays in the operating room.

METHODOLOGY

Identification of studies

Scientific publications were reviewed using the indexed databases Medline (PubMed), Embase, the Centre for Reviews and Dissemination, the Cochrane Library, and the grey literature in order to identify synthesis studies, with or without meta-analysis, as well as practice guides. The publications were selected by combining keywords and indexed terms specifically associated with surgical trays and operating rooms (surgical tray, instrument tray, operating-room tray, operating rooms, surgical instruments, operating theater) with keywords and indexed terms pertaining to infection risks (cross infection/prevention and control, equipment contamination/prevention and control, surgical wound infection/prevention and control, surgical wound infection, equipment contamination, cross infection). The research strategies used for each of the

indexed databases are available by consulting the UETMIS report.⁷ The websites of ETMIS organizations and those of professional associations were consulted in order to search for relevant documents. The list of organizations and websites consulted is available in the appendices of the UETMIS report.⁷ The eligibility criteria, the limits, as well as the a priori-defined indicators used to complete the document search are presented in Table 1. The bibliographies of consulted articles were examined to find other references of interest. Two evaluators (MB and SL) worked independently in identifying the studies. Disagreements were resolved by consensus with the help of a third evaluator (MR).

Selection and evaluation of publication eligibility

The studies were selected independently by two evaluators (MB and SL) based on the criteria for inclusion and the limits specified in Table 1. In the event of a disagreement, a third evaluator (MR) was consulted in order to reach a consensus.

Evaluation of the methodological quality of the publications and data extraction

The methodological quality of the publications and the data extraction were reviewed independently by two evaluators (MB and SL). The methodological quality evaluation of the systematic reviews as well as the practice guides were completed using the R-AMSTAR⁸ and AGREE II⁹ grids respectively. The original studies were evaluated based on the analysis grids adapted from the methodology guide used by the UETMIS at the CHU de Québec.¹⁰ The opinion of a third evaluator (MR) was requested, when there was a disagreement on the quality assessment, in order to reach a consensus. Studies in which the methodological quality was deemed insufficient were excluded. The list of excluded publications and reasons for exclusion is available in the appendices of the UETMIS report.⁷

RESULTS

The research strategy made it possible to identify an observational study¹¹ and four practice guides¹²⁻¹⁵ focusing on the

Table 1. Eligibility Criteria and Limits

CRITERIA FOR INCLUSION	
Population	Patients hospitalized for surgery
Action	Opening of the surgical tray before the patient enters the operating room
Comparator	Standard practice (tray opened as close to time of surgery as possible)
Results	<p>Effectiveness:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primary indicator: time lapse between patient's arrival and beginning of surgery <p>Safety:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primary indicator: surgical wound infection rate • Secondary indicator: frequency of surgical tray contamination
LIMITS	CRITERIA FOR EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> • Languages: English and French • Period: beginning of databases to August 18, 2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Conference summaries

time lapse for opening the surgical trays and meeting the eligibility criteria for the present evaluation (Figure 1). No study focusing on the impact of the early opening of the surgical trays on the SSI rate, or the time lapse between the patient's entrance and the beginning of surgery, was found.

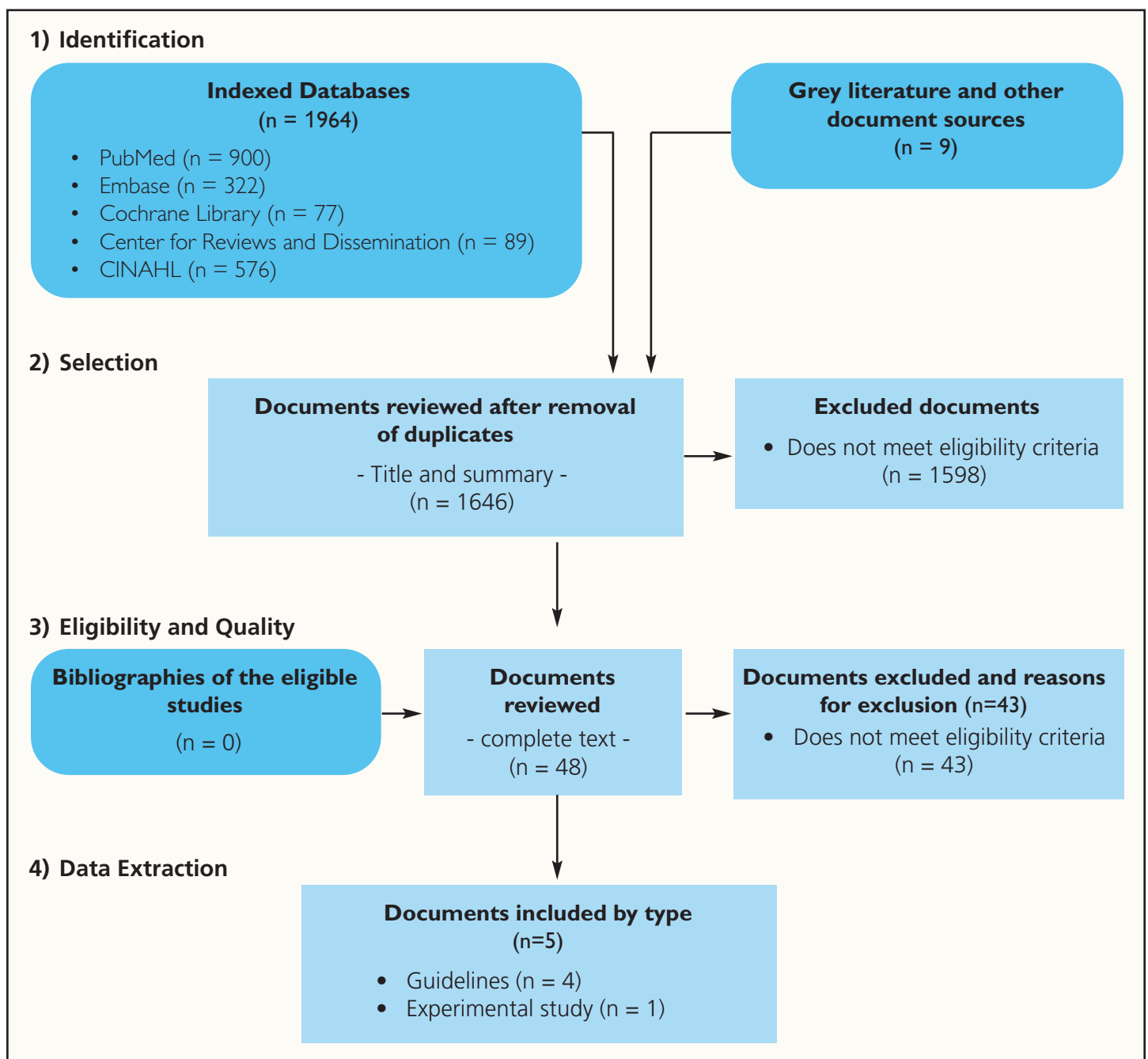
Observational Study

The purpose of this study was to determine the time lapse between the

opening of a sterile tray in an operating room and the occurrence of a first contamination of the surgical instruments as well as the rate of tray contamination based on exposure time. Three experimental groups, each completed using 15 trays, were conducted in order to reproduce various conditions in an unused operating room. The results revealed that the percentage of contaminated trays among those that were not covered increased with time of

exposure to the ambient air (Table 2). Of the number of uncovered trays, eight trays out of 27 (29.6%) were contaminated after four hours of exposure to the ambient air (Table 2). The percentage of contaminated trays based on the other exposure times was 4% after 30 minutes, 15% after an hour and 22% after two hours. No bacterial contamination was observed in the experimental group without circulation of personnel where the surgical trays

Image 1. Document Selection Diagram



were covered after being opened. The authors concluded that the trays should not be opened until they are needed for the procedure. The potential for generalizing these results is rather limited considering the size of the sample and the experimental conditions that were not very representative of reality.

Clinical Guidelines

The main recommendations stemming from the selected guides associated with the maintaining of sterile fields and the opening of surgical trays are presented in Table 3. There is a consensus from the majority of the clinical guidelines to the effect that the instruments should be prepared as close as possible to the beginning of surgery. The minimum time interval to be respected between the opening of the surgical trays and the beginning of surgery is, however, not specified by any of these organizations. A review of these guides does not make it possible to state if the concept of opening surgical trays as close as possible to the time of surgery is intrinsically associated with the patient’s presence in the room. This recommendation in particular, along with others, is based on the results of studies hampered by limitations in terms of methodology.¹⁵⁻²¹ For example, the literature research methods as well as the methods used to prepare the recommendations are rarely mentioned by the authors.

DISCUSSION

The optimization of surgical processes is a key element in the ongoing improvement of services offered in operating rooms. The purpose of this current systematic review is to review the available data regarding the early opening of surgical trays before the patient’s arrival in the operating room in terms of the risks and benefits that such a change in practice might entail.

The optimal moment for preparing surgical instruments before a surgery

The available data does not make it possible to determine the optimal moment for opening the surgical trays. In fact the recommendations included in the practice guides are unclear regarding the maximum time a sterile field can remain open to the ambient air without being used.¹²⁻¹⁵ The data clearly states that surgical instruments should be prepared as close as possible to the time of surgery, without an acceptable time lapse being indicated. Without reducing the importance and relevance of the opinions of the experts who contributed in the development of these guides, most of them, with the exception of AORN,¹² did not mention their methodology for summarizing the literature or the method used to prepare their recommendations. The AORN recommendations regarding the opening of surgical trays are based on the results

Table 2. Rate and average time lapse for the bacterial contamination of the surgical trays observed after four hours of continuous exposure to the ambient air based on experimental conditions

Experimental Condition	Contaminated n (%)	Average time lapse for contamination in hours [CI at 95%]
Group 1 uncovered, without traffic (n = 13)	4 (30.7)	2.50 [1.80 to 3.20]
Group 2 uncovered, with traffic (n = 14)	4 (28.5)	2.37 [1.90 to 2.90]
Group 3 covered, without traffic (n = 15)	0 (0)	N/A

CI at 95%: confidence interval at 95%; N/A: not applicable

from seven original studies.¹⁵⁻²¹ The majority of these studies focused on the risk of contamination associated with the environment, personnel traffic, or the wearing of surgical masks. However, the lack of a direct link with the contamination of the surgical trays in these studies raises questions regarding the strength of the evidence to support a recommendation on the optimal

moment for preparing the surgical instruments for surgery. There is, moreover, little scientific literature specific to this subject with the document search having turned up only one experimental study.¹¹ The results from this study suggest that sterile instruments left in the ambient air present a low risk of contamination within the first 30 minutes of exposure

in an unoccupied operating room.¹¹ These results are, however, based on a small number of replicates completed within a usage context that is different from that of an operating room. The nature of this study does not, furthermore, make it possible to evaluate the link between the contamination of surgical trays and the possible risk of wound infections.

Table 3. Summary of the recommendations associated with the preparation of sterile instruments for surgery stemming from clinical guidelines

Organization, year [ref]	Recommendations
AORN, 2015¹²	<p>A sterile field should be prepared for all patients undergoing surgery or any other type of invasive procedure.</p> <ul style="list-style-type: none"> • The field should be prepared where it is to be used and should not be moved (level 5). • The field should be prepared as close as possible to the time of use (level 1). <p>Sterile fields should be constantly monitored.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A sterile field should not be left unmonitored until the operation is completed (level 5). • During periods of intense activity or unanticipated delays, the already-prepared sterile fields that have not been used can be covered with a sterile drape (level 2).
ORNAC, 2015¹³	<ul style="list-style-type: none"> • Allow the least amount of time to pass between the opening of the supplies and the beginning of the procedure. • Once a patient enters an operating room in which the sterile instruments have been prepared, these instruments must not be used in the event the surgery is cancelled. • Sterile instruments should not be left unmonitored after being opened. They should be constantly monitored for possible contamination. • Personnel deemed sterile should remain within the sterile zone and should not move around or leave the operating room. • Scrubbed personnel should remain near the sterile field and face it. Movements should be limited to between sterile zones only.
AST, 2011¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Sterile surgical trays should be opened as close to the beginning of the surgery as possible. • Operating room equipment and supplies should be grouped and positioned before the opening of the sterile instruments. • Members of the surgical team should follow aseptic techniques when the sterile instruments and trays are open. • Traffic within and outside the operating room should be documented and controlled when the surgical team starts opening the sterile instruments.
CDC, 1999¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • The sterile equipment and solutions should be assembled immediately before being used (category 11*).

AORN: The Association of periOperative Registered Nurses; ORNAC: Operating Room Nurses Association of Canada; AST: Association of Surgical Technologists; CDC: Centers for Disease Control and Prevention

**Recommendation based on moderate-level data from clinical or epidemiological studies or a theoretic rationale.*

The ideal moment for the patient's arrival in the operating room

The patient's presence, before or after the beginning of surgical tray preparation, is not among the elements recommended by the organizations that developed the practice guides. It is possible that this element is intrinsically linked to the condition of opening the trays as close as possible to the time of surgery. The lack of clarification in this matter can, however, lead to different interpretations out in the field. A non-exhaustive survey, using a self-administered questionnaire regarding the process for opening of surgical trays, was completed in 12 Canadian hospital centres and revealed that the preparation of surgical instruments begins before the patient's arrival in the operating room with the exception of the health institutions surveyed in Quebec.⁷ Survey data indicates, in fact, that the surgical instrument preparation procedure, in Quebec facilities, begins after the patient's arrival in the operating room.⁷

The current practice used in various Canadian and international hospitals seems to be more focused on opening surgical trays minutes prior to the patient's arrival in the operating room.⁷ There are several questions regarding the opening of the surgical trays and the patient's arrival in the operating room. Would, for example, the patient's presence in the operating room, when the trays are opened, promote a reduction in personnel movement as the beginning of surgery approaches? Would introducing a practice for the early opening of trays before the patient's arrival make it possible to reduce the moving of sterile instruments or prevent leaving the patient unattended?¹³ The information gathered as part of this evaluation project does not make it possible to answer these questions and explain the differences there might be in the organizational methods that are associated with the opening of surgical trays. It also cannot be ignored that the application of the operating room practice standards identified could be influenced by several factors such as the institution's organizational framework, the physical

layout of the rooms, the availability of the instruments needed for the surgery, or the availability of nursing personnel.

The elements to be considered before looking at a change in practice

The decision to switch practices in the opening of surgical trays must be based on a range of factors, including personnel traffic in the operating room, how often the doors are opened, and how the room is organized to accommodate the equipment. The evidence currently available does not make it possible to determine the impact, of a change in the practice of opening surgical trays, on the SSI rate, the time lapse between the patient's arrival and the beginning of surgery, or the organization of work in the operating suite. An improvement in the patient experience and in the organization of the nurses' work could be potential benefits that might stem from such a change in practice. The early opening of the surgical trays could, in fact, allow the available external nurse to go get the patient, assist the anesthesiologist, and complete a count of the instruments needed for the operation. The data currently available does not, however, make it possible to verify the validity of these hypotheses. The efficiency gains and SSI rates in the operating suite are not, furthermore, influenced solely by the practice for opening surgical trays.

Within this context, before making such a change, it would seem prudent to complete a thorough evaluation of all parameters that might impact the integrity of the surgical drapes. Included among the factors to be considered are personnel movements and, indirectly, the opening of operating room doors. The recommendations covering the integrity of sterile surgical instruments indicate that personnel movements must be minimized and monitored once a tray has been opened.^{12,13} Opening the surgical trays before the patient arrives in the operating room could increase the risk of instrument contamination if personnel traffic around the tray and the opening of doors are not minimized. In fact, according to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the

The early opening of the surgical trays could, for example, require faster preparation in the room to minimize traffic.

frequent opening of doors as well as personnel movements contribute to the positive pressure changes observed in operating rooms.^{15,19} The variations in positive pressure do suggest that personnel movements might contribute to an increase in the contamination risk of surgical trays left opened.¹⁹ Although limited in scope, the experimental data available on this subject, taken from a study conducted in an environment where traffic was controlled, suggests that there might be a secure window of time since the risk of contamination within the first 30 minutes following the opening of the surgical trays is less than 4%.¹¹ The recommendations from the various organizations suggest that the option of opening the surgical trays before the patient arrives in the room would only be supported if traffic inside the operating room was controlled,¹⁴ if the instruments were kept under constant surveillance after being opened^{12,13,22} and if the instrument table was positioned in the place where it was to be used.^{12,14}

Although there is no standardized model for the placement of equipment in an operating room, the layout of the rooms should, ideally, be designed to minimize unnecessary interactions between personnel, equipment, and the patient, while making it easy for personnel to move around.^{23,24} Apart from room functionality, there are also various quality criteria that must be met in an operating suite, namely in terms of air quality and the quality of the work environment surfaces.^{23,24} In terms of work organization it is generally accepted that the period of time just before the patient's arrival in the operating room is currently used for preparation and cleaning. The introduction of a new practice for opening trays must, therefore, take these factors into consideration in order to minimize the impact on work organization. The early opening of the surgical trays could, for example, require faster preparation in the room to minimize traffic.

A change in practice, whether in favour of the early opening of surgical trays or not, would invariably involve a modification of the organizational processes relating to the preparation of operating rooms which

could certainly have an impact on the organization of the work teams, the human resources required, and the work schedules. High-volume surgeries that require fewer surgical instruments are probably the ones where the existing processes might more easily lend themselves to this optimization exercise in terms of changing the practice for opening trays. According to the experts consulted, however, surgeries that require the installation of a prosthesis (e.g. total hip prosthesis) or the placement of a graft should be excluded due to the increased protection measures needed to minimize the risk of surgical site infection for these types of surgeries. In the event where a health facility is looking to make a change in practice it would also be important, after conducting an analysis of the benefits and inconveniences, to consider indicator measurements to evaluate the efficiency gains and SSI rates associated with the surgeries for which a change of practice would be implemented.

CONCLUSION

Given the uncertainty of the infection risks and the lack of data regarding the benefits associated with the early opening of surgical trays, the decision to opt for a change of practice should be based on an analysis of all the factors unique to an operating suite in order to ensure the integrity of surgical drapes and patient safety at all times. A feasibility analysis, including a review of all processes and parameters for managing the risks associated with the early opening of surgical trays, is recommended before looking into such a change of practice. Several elements should also be considered, within the perspective that a change of practice might be possible, including the need to determine the level of monitoring associated with the surgical site infections for surgeries targeted by the change of practice.

REFERENCES

1. Institut National de Santé Publique du Québec. La prévention des infections du site opératoire - Synthesis document. Government of Quebec, 2014, 25 pages.

ACKNOWLEDGEMENTS**Members of the Interdisciplinary Work Group**

Ms. Geneviève Bureau, Operating Suite Nurse Clinician, HEJ
 Dr. Philippe Laberge, Obstetrician-Gynecologist, CHUL
 Ms. Nancy Laverdière, Perioperative Nurse Clinician, HEJ
 Dr. Alexandre Leclerc, Orthopedist, CHUL
 Ms. Geneviève Nadeau, Operating Suite Coordinator, CHUL
 Ms. Isabelle Pellerin, Operating Suite Nurse, HSFA
 Ms. Laurence Robichaud Hallé, Nurse Clinician, specialized in
 ophthalmic surgery, HSS
 Dr. Marie-Claude Roy, Microbiologist-Infectiologist, HEJ
 Ms. Lyne Santerre, Nurse Advisor, infection prevention and control,
 HSFA
 Ms. Josée Sauriol, Operating Suite Nurse Clinician, CHUL
 Ms. Julie St-Pierre, Nurse Clinician, HDQ

Other Collaborators

Dr. Catherine Allaire, Obstetrician-Gynecologist, BC Women's Centre
 for Pelvic Pain and Endometriosis, British Columbia
 Ms. Linda Beaudoin, Nurse Professional Development Educator (NPDE),
 Montreal General Hospital, Quebec
 Ms. Sylvie Beaugard, Nursing Care Advisor, CHUM
 Dr. Liane Belland, Obstetrician-Gynecologist, Alberta Health Services,
 Alberta
 Ms. Mélanie Dubé, Operating Suite Coordinator, CUO, HSS
 Ms. Nicole Godbout, Operating Suite Coordinator, HDQ
 Dr. John Kortbeek, Head Surgeon, Department of Surgery, University of
 Calgary and Alberta Health Services – Calgary, Alberta
 Dr. Marc Lagacé, Surgeon, Campbellton Regional Hospital, New
 Brunswick
 Ms. Josée Migneault, Operating Suite Coordinator, HEJ
 Mr. Yvan Poudrier, Head of Care and Services, Centre intégré
 universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier
 universitaire de Sherbrooke - Installation Hôtel-Dieu de Sherbrooke
 Dr. Bassam A. Masri, Head Surgeon, Vancouver Coastal Health, British
 Columbia
 Dr. Sony Singh, Obstetrician-Gynecologist, The Ottawa Hospital,
 Ontario
 Ms. Johanne Tremblay, Operating Suite Coordinator, HEJ

2. Canadian Campaign: Safer Healthcare Now! Getting Started Kit: Surgical Site Infection (SSI). 2014, 171 pages.
3. NICE. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guidelines CG74. 2008.
4. Auerbach, A. Prevention of Surgical Site Infections. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices, Evidence Report/Technology Assessment, No. 43, Shojania K., Duncan, B., McDonnald K. et al., eds., Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001: 221-44.
5. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infection control and hospital epidemiology: Official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America. 1999;20(11):725-30.
6. Cheadle WG. Risk factors for surgical site infection. Surgical Infections. 2006;7 Suppl 1:S7-11.
7. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) Évaluation de la procédure d'ouverture des plateaux chirurgicaux dans les blocs opératoires des hôpitaux du CHU de Québec- Université Laval (Evaluation Report 09-15). 2015:41.
8. Kung J, Chiappelli F, Cajulis OO, Avezova R, Kossan G, Chew L, et al. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence-Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance. The Open Dentistry Journal. 2010;4:84-91.
9. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline

development, reporting and evaluation in health care. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 2010;182(18):E839-42.

10. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS). Guide méthodologique : démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS, UETMIS of the CHU de Québec-Université Laval. 2015:26.
11. Dalstrom DJ, Venkatarayappa I, Manternach AL, Palcic MS, Heyse BA, Prayson MJ. Time-dependent contamination of opened sterile operating-room trays. The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume. 2008; 90(5):1022-5.
12. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guideline for Sterile Technique. 2015 Guidelines for Perioperative Practice.
13. Operating Room Nurses Association of Canada / Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada. The ORNAC Standards for Perioperative Registered Nursing Practice, 12th edition, October 2015.
14. Association of Surgical Technologists. AST Standards of Practice for Creating the Sterile Field. 2011. Accessed online on August 6, 2015. http://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Standard_Creating_Sterile_Field.pdf.
15. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. American Journal of Infection Control. 1999;27(2):97-132; quiz 3-4; discussion 96.
16. Edmiston C, Sinski S, Seabrook G, Simons D, Goheen M. Airborne Particulates in the OR Environment. AORN Journal. 1999;69(6):1169-, 71-2, 75-7 passim.
17. Howard JL, Hanssen AD. Principles of a Clean Operating Room Environment. The Journal of Arthroplasty. 2007;22(7 Suppl 3):6-11.
18. Letts RM, Doermer E. Conversation in the Operating Theater as a Cause of Airborne Bacterial Contamination. The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume. 1983;65(3):357-62.
19. Parikh SN, Grice SS, Schnell BM, Salisbury SR. Operating room traffic: is there any role of monitoring it? Journal of Pediatric Orthopedics. 2010;30(6):617-23.
20. Ritter MA. Operating room environment. Clinical Orthopaedics and Related Research. 1999(369):103-9.
21. Ritter MA, Eitzen H, French ML, Hart JB. The operating room environment as affected by people and the surgical face mask. Clinical Orthopaedics and Related Research. 1975(111):147-50.
22. Alberta Health Service: Surgical Aseptic Technique and Sterile Field. Guideline for asepsis for invasive surgical procedures conducted in Community-based Health Care Settings.
23. Accreditation Canada: Perioperative Services and Invasive Procedures Standards (for visits starting after January 1, 2015). 2014.
24. Thiele RH, Huffmyer JL, Nemergut EC. The "six sigma approach" to the operating room environment and infection. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. 2008;22(3):537-52.
25. Torossian A, Brauer A, Hocker J, Bein B, Wulf H, Horn EP. Preventing Inadvertent Perioperative Hypothermia. Deutsches Arzteblatt International 2015; 112(10): 166-72.

ORNAC standards regarding this article are listed in The ORNAC standards for perioperative registered nursing practice (12th edition), published by the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) in October 2015, Section 2, Standards 2.15.1, 2.15.9, 2.16.1 - 2.16.5, p 2.16.6. p 132-134.



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

Visit us at the ORNAC 2017 Biennial Conference, booths 414 and 315.



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., electrocautery unit, laser, defibrillator, burn, fiber-optic source etc.)	1	0
TOTAL SCORE		

SCORING

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

FIRE RISK PROTOCOLS

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

Circulating Nurse

- Verify the triangle, including verbal confirmation of the oxygen percentage
- Ensure appropriate drying techniques to minimize oxygen concentration under the drape
- Minimize ECG 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 flow
Uses the MAC circuit for oxygen administration initially and FIO2 of 0.3 using fresh gas flows of at least 10L/min.

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

Standard Precautions are to:

- Observe alcohol-based prep drying times (minimum of 3 minutes)
- Prevent heat sources (e.g. using the ECG pencil holder)
- Use standard drying procedure

SCORE 1 → LOW RISK
Standard fire safety procedures 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	10	20	30	40	50						
60	70	80	90	100							

PEANUTS

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

NEEDLES

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

ALLOCATION SHEET, VERIFY BY INSTRUMENT

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

ALLOTTED

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

UNUSE TAPS

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OTHER

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

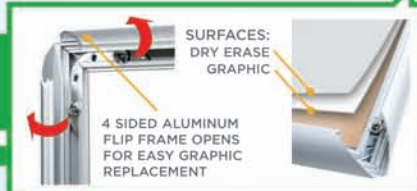
- Allergies Noted
- Antibiotics Given*
- Medication/Irrigation Available
- Implants/Equipment Available
- Safety Precautions In Place

*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!