

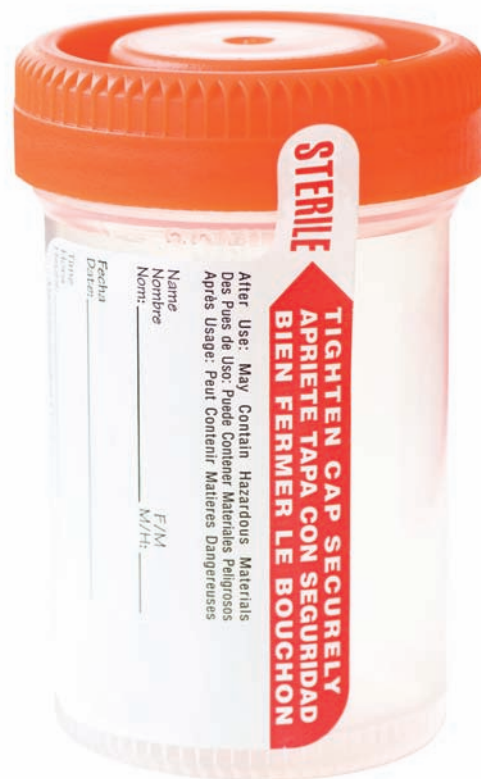


September/septembre 2016

Volume 34, Issue/numéro 3

ORNAC JOURNAL

REVUE DE L'AIISOC



©istock.com/Eliza Snow

Specimen Labelling • Étiquetage des prélèvements
ORNAC Nominations • Mises en candidature de l'AIISOC
Standards Committee • Comité des normes

www.ORNAC.ca / www.AIISOC.ca

PM40951517



CHOICE PROGRAM

SURGICAL SUPPLY MANAGEMENT SOLUTIONS

Quality alternatives to surgical pack components.

We get it – you're under a lot of pressure to manage expenses wisely. Discover Medline's Choice Program, where we can help you:

- Maintain pack integrity
- Achieve sustained savings
- Improve productivity and performance long term

To learn more visit medline.com or contact your local Medline rep

ORNAC JOURNAL

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

Published Quarterly ✦ Volume 34, Issue 3, September 2016

TABLE OF CONTENTS

©istock.com/Eliza Snow



14 Specimen Labelling Errors Just Don't Cut it in the Operating Room

BY: TRACEY LEE

45 ORNAC Standards Committee: Journey to Guidelines - Part One: "Who 'OR' we?"

ORNAC NETWORK

22 ORNAC Award opportunities

24 ORNAC National Conference – Call for Abstracts

28 ORNAC Call for Nominations 2017

33 Upcoming Events

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



SUBSCRIPTIONS:

Canada - \$50 plus GST/HST
Outside Canada - \$75
Single Copies - \$18 + 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 - presidenelect@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

Darlene Rikley RN, CPN(C)

SASKATCHEWAN

Margaret Farley RN,
BScN, CPN(C)

MANITOBA

Kim Goodman RN, 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

Aletha McNevin RN, BScN,
CPN(C)

NEWFOUNDLAND & LABRADOR

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

LEADERSHIP

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

ADVANCED PRACTICE

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

EDUCATION

Kristina Cruess RN, RNFA, BA,
BScN, MST, 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 34, numéro 3, septembre 2016

TABLE DES MATIÈRES

©istock.com/Eliza Snow



30 Les erreurs d'étiquetage des prélèvements sont tout simplement inacceptables en salle d'opération

PAR : TRACEY LEE

40 Le comité des normes de l'AIISOC Vers les lignes directrices : Première partie « Qui SOPmes-nous? »

RÉSEAU DE L'AIISOC

24 Appel de Présentations – Conférence nationale de l'AIISOC

38 Appel de mise en candidature 2017 de l'AIISOC

43 Opportunités de bourses/prix de l'AIISOC

33 Prochains événements

37 Prix de rédaction de l'AIISOC/J&J Medical Products Drake-Thompson Writing Award



ABONNEMENT :

Canada - 50 \$ + TPS/TVH
À l'extérieur du Canada - 75 \$
Copies individuelles - 18 \$ + 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.,
massothérapeute, 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

Product Advertisers / Annonceurs de produits

Cardinal Health Canada	13, 47	Medline Canada	2
Ecolab	17	RMAC Surgical	48

Career Opportunities / Possibilités de carrière

Alberta Health Services	25	Health Match BC	26, 27
CORL National Conference	25		

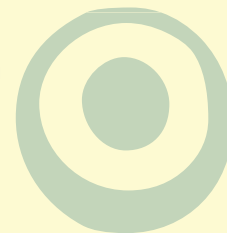
Looking For Information About Advertising
In This Journal?

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



ORNAC is dedicated to the promotion and advancement of excellence in the provision of safe perioperative care for patients. As perioperative nurses we need to ensure our practice is performed at a high standard and that patients benefit from our safe effective care.

One of the priorities in ORNAC's strategic plan is to demonstrate effective leadership in patient safety. The goal is to collaborate with affiliate groups, patients, government and others to support a safe perioperative environment. At the recent ORNAC AGM, in PEI, we had the pleasure of attending a presentation by Jennifer Rodgers, Canadian Patient Safety Institute (CPSI) Patient Safety Improvement Lead, and our own Bonnie McLeod, Chair of the ORNAC Advocacy Pillar, entitled "Surgical Care Safety: Think National, Act Local." Jennifer and Bonnie provided us with an exciting update on the collaborative work, being done at a national level, between ORNAC and CPSI and with other partners. ORNAC has approached CPSI to do an education session at the 2017 ORNAC National Conference in Niagara Falls.

I had the great opportunity to attend the International Federation of Perioperative Nurses (IFPN) meetings that were held, in conjunction with the Australian College of Perioperative Nurses (ACORN) Conference, in Tasmania, Australia, in May of this year. It was exciting to see that perioperative nurses from around the world all have patient safety at the centre of their organizations and the centre of their practice. I was proud of ORNAC, and of all our Canadian perioperative

nurses, for the great work they have done and continue to do to ensure we are able to provide safe high quality patient care.

At the ACORN Conference I gave a presentation on the ORNAC Standards. I am so thrilled that we have begun our research validation project for the Standards in collaboration with Dr. Kevin Woo, PhD, RN, FAPWCA, and his research team from Queen's University in Kingston, ON. The ORNAC Standards Committee and Co-Chairs will be sharing this journey with the members through a series of articles with the first article on page 45 of this Journal. The Standards committee will also do an in-depth presentation at the 2017 National Conference. Any ORNAC members who are interested in becoming a reviewer for the Standards or a member of the Standards Committee can visit www.ORNAC.ca and click on Standards for more information.

I was also fortunate enough to attend the CNA biennial convention in Saint John, NB, where I was a voting delegate as a member of the CNA specialty network representing ORNAC. It was an amazing convention where I met a lot of impressive Canadian nurses. One of the presentations was on safe staffing models. CNA has developed a tool-kit that demonstrates how to make a case for evidence-based safe nurse staffing in our workplaces. Safe nurse staffing is critical to better patient care and to the well-being, health, and safety of perioperative nurses and other members of the surgical team. I encourage you all to visit the CNA website and review this information.

We are what we repeatedly do. Excellence, therefore, is not an act but a habit.

- Aristotle

Promoting evidence-based safe staffing for the perioperative surgical team is a key strategy that will lead to improved patient outcomes. The ORNAC Executive and Board of Directors, along with invited guests including a CNA representative, have dedicated Friday November 4th to a roundtable meeting, in Ottawa, to discuss perioperative staffing models across the country.

This year's theme for Perioperative Nurses week (November 7 to 11) is "Safety in our hands: Our patients, Ourselves". This theme couldn't be more timely in the context of these developments and discussions around safe nurse staffing.

ORNAC is on the right track promoting safety for both our patients and our nurses. Patient safety starts with each individual perioperative nurse. We encourage you to take the lead in your workplaces and ensure a safer environment for all! 🌟

Cathleen Ferguson

EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE

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

ORNAC meets PEI!

PEI perioperative nurses met the ORNAC Board and Executive with open arms in May of this year for the 2016 AGM.

We also had the pleasure of touring the newly renovated and expanded Queen Elizabeth Hospital (QEH) in Charlottetown, PEI. QEH is the provincial referral centre for specialized hospital services. The 243-bed facility provides emergency, surgical, in-patient, out-patient, and ambulatory care services.

They recently completed an expansion and now have approximately 21,000 square feet of hospital space. The renovations included:

- Additional patient care spaces in Day Surgery to improve timely access to the service and allow for improved continuity of care. Post-operative patient recovery will now take place within the Day Surgery Department (as opposed to the previous system of post-operative patients being transferred to the surgical nursing unit);
- An increased number of patient care bays in PACU (increased from 10 to 18) will ensure efficient transitioning of elective and emergency surgery patients from the operating room to the recovery area post-surgery. The goal is to minimize delays in the operating room due to patient congestion in PACU;
- A new post-operative caesarian-section patient care bay will be designed to ensure appropriate privacy and allow new mothers to spend time with their baby and partner right after birth – something that has been demonstrated to be important for bonding and breastfeeding; and

- Enhanced infection prevention and control measures, such as an increased number of isolation rooms and the availability of washrooms within the isolation area, to reduce the risk of cross-infection of diseases (such as superbugs).

We were all impressed with this facility!

Now, let's talk about the people! The ORNAC Executive had the pleasure of addressing a room full of the QEH's perioperative nurses and to provide a workshop on ORNAC and what it offers. Thank you to Cathy Griffin (past ORNPEI Provincial Chair) for making this all happen. We learned about the nurses' needs and how ORNAC can better support its PEI membership. We were introduced to the excellent member engagement and recruitment techniques that ORNPEI uses within the hospital to engage perioperative nurses. They do so through the promotion of ORNAC events, highlighting sections from the Standards, prize draws, a membership rebate program, and so much more. It was truly a heart-warming experience and we are most appreciative of these nurses' time and commitment to patient care, each other, and ORNAC's vision, mission and goals.

The next day ORNAC held a "Circle of Safety: Patient Safety and Collaboration" event at the Holman Grand Hotel in downtown Charlottetown. We were warmed to see so many of the new faces from QEH – some of whom had just become members that day (ORNPEI now has over 20 members)!

We had a wonderful show of support from the Maritimes with over 50 nurses



in attendance from Fredericton, Halifax, North Tetagouche, South Tetagouche, Warren Grove, Williamswood and St. Peter's Bay!

On the following day our AGM day started with an education session by Jennifer Rodgers and Bonnie McLeod entitled "Surgical Care Safety: Think National, Act Local" followed by the Annual General Meeting of the Membership where two power point presentations ran simultaneously, one in English and the other in French, including an interactive, voice over presentation from Treasurer Elizabeth Beck. Her presentation was fantastic and she was not even physically in the room when she presented it! The day ended with a presentation from CAMDR on "Bridging the Gap" between the OR and MDR presented by Beth Kingsbury, CAMDR and Rebecca White, CAMDR. ORNAC was pleased to offer the entire AGM and presentations via webinar where 8 people joined remotely in order to experience the day.

Our entire time in PEI was an excellent experience and it will certainly shape the formation of future travelling AGMs. We look forward to bringing this opportunity to your province and to learning more about each other as we collaborate, listen and share.

Thank you to of the members who contributed to the success of the 2016 AGM. We could not have done this without your passion, dedication and commitment! 🌟

MOT DE LA PRÉSIDENTE

Cathleen Ferguson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C), nouvelle présidente de l'AIISOC 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'AIISOC.

president@ornac.ca



L'AIISOC se voue à la promotion et au développement de l'excellence dans la prestation de soins périopératoires sécuritaires pour les patients. En tant qu'infirmières en soins périopératoires, nous devons nous assurer que notre pratique s'effectue en respectant des normes élevées et que les patients bénéficient de nos soins efficaces et sécuritaires.

L'une des priorités du plan stratégique de l'AIISOC est de démontrer des compétences efficaces en leadership dans le domaine de la sécurité des patients. L'objectif est de collaborer avec des groupes affiliés, les patients, le gouvernement et d'autres afin de favoriser un cadre sécuritaire pour les soins périopératoires. Lors de la dernière AGA de l'AIISOC, à l'Î.-P.-É., nous avons eu le plaisir d'assister à une présentation donnée par Jennifer Rodgers, Chef de l'amélioration de la sécurité des patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), et par Bonnie McLeod, présidente du pilier Défense des droits de l'AIISOC, intitulée « Surgical Care Safety: Think National, Act Local. » Jennifer et Bonnie nous ont offert une passionnante mise à jour du travail de collaboration qui se fait à l'échelle nationale entre l'AIISOC et l'ICSP et avec d'autres partenaires. L'AIISOC s'est adressée à l'ICSP pour qu'il offre une séance éducative lors de la Conférence nationale 2017 de l'AIISOC à Niagara Falls.

*Nous sommes ce que nous faisons sans cesse.
L'excellence n'est donc pas un jeu, mais une habitude.*

- Aristote

J'ai eu l'occasion de participer aux réunions de l'International Federation of Perioperative Nurses (IFPN) qui ont eu lieu, en conjonction avec la Conférence du Australian College of Perioperative Nurses (ACORN), en Tasmanie, Australie, en mai dernier. C'était passionnant de voir que les infirmières en soins périopératoires de partout au monde placent toutes au centre de leur organisme et de leur pratique la sécurité des patients. J'étais fière de l'AIISOC et de toutes les infirmières en soins périopératoires canadiennes pour l'excellent travail qu'elles ont accompli et qu'elles continuent d'accomplir afin de veiller à ce que nous puissions offrir des soins sécuritaires et de grande qualité aux patients.

Lors de la Conférence de l'ACORN, j'ai donné une présentation sur les Normes de l'AIISOC. Je suis ravie que nous ayons commencé notre projet de validation de recherche pour les normes en collaboration avec le Dr Kevin Woo, Ph.D., inf., FAPWCA, et son équipe de recherche de l'Université Queen à Kingston, ON. Le comité des normes de l'AIISOC et ses co-présidentes

partageront cette aventure avec les membres grâce à une série d'articles dont le premier article se trouve en page 40 de la présente revue. Le comité des normes fera également une présentation approfondie lors de la Conférence nationale 2017. Tous les membres de l'AIISOC qui souhaitent devenir réviseurs pour les normes ou membres du comité des normes peuvent consulter le site www.ORNAC.ca et cliquer sur Normes pour obtenir plus de renseignements.

J'ai aussi eu la chance d'assister au Congrès biennal de l'AIIC à Saint John, NB, où j'étais une déléguée votante à titre de membre du réseau de spécialités de l'AIIC, représentant l'AIISOC. Le congrès a été formidable et j'ai rencontré beaucoup d'infirmières canadiennes qui m'ont impressionnée. L'une des présentations portait sur les modèles sécuritaires de dotation en personnel. L'AIIC a élaboré une trousse d'outils qui démontre comment justifier en milieu de travail la dotation sécuritaire du personnel infirmier en se fondant sur des données probantes. La dotation sécuritaire en personnel

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

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

L'AIISOC à la rencontre de l'Î.-P.-É.!

Les infirmières en soins périopératoires de l'Î.-P.-É. ont rencontré à bras ouverts le conseil d'administration et le conseil de direction de l'AIISOC en mai dernier lors de l'AGA 2016.

Nous avons également eu le plaisir de visiter l'Hôpital Queen Elizabeth (HQE) à Charlottetown, Î.-P.-É. qui a récemment été rénové et agrandi. L'HQE constitue le centre d'aiguillage provincial pour les services hospitaliers spécialisés. L'établissement de 243 lits offre les services d'urgence, de chirurgie, d'hospitalisation, de soins en clinique externe et de soins ambulatoires.

Un agrandissement a récemment été terminé et l'hôpital dispose maintenant d'environ 21 000 pieds carrés d'espace. Parmi les rénovations effectuées, notons :

- Espaces additionnels pour les soins des patients en chirurgie d'un jour afin d'améliorer l'accès en temps opportun au service et de permettre la continuité améliorée des soins. Le rétablissement postopératoire des patients se fera maintenant dans le département de chirurgie d'un jour (contrairement à l'ancien système où les patients postopératoires étaient transférés à l'unité de soins infirmiers chirurgicaux);
- Un plus grand nombre de sections pour les soins des patients à l'unité de soins postanesthésiques (une augmentation de 10 à 18 sections), ce qui assurera la transition efficace des patients ayant à subir une intervention chirurgicale non urgente ou une intervention chirurgicale urgente de la salle d'opération vers la salle de rétablissement

Notre séjour à l'Î.-P.-É a été une expérience formidable et elle servira certainement à façonner la façon dont les AGA futures se dérouleront.

- postopératoire. L'objectif est de réduire les délais en salle d'opération en raison de la congestion des patients à l'unité de soins postanesthésiques;
- Une nouvelle section de soins pour les patients postopératoires ou ayant subi une césarienne sera conçue afin de préserver la vie privée des patients et de permettre aux nouvelles mères de passer du temps avec leur bébé et leur partenaire tout de suite après la naissance – il a été démontré que ces moments étaient importants pour développer des liens affectifs et pour l'allaitement;
- Des mesures améliorées pour prévenir et contrôler les infections, comme un plus grand nombre de chambres d'isolement et la disponibilité de salles de bain dans la chambre d'isolement afin de réduire le risque d'infections croisées de maladies (comme les superbactéries).

Cet établissement nous a grandement impressionnées!

Parlons maintenant des personnes qui y travaillent! Le conseil de direction de l'AIISOC a eu l'honneur de s'adresser à une salle comble d'infirmières/d'infirmiers en soins périopératoires de l'HQE et de présenter un atelier sur l'AIISOC et sur ce que nous offrons. Je tiens à remercier

Cathy Griffin (ancienne présidente provinciale de l'AIISOÎPÉ) d'avoir rendu cela possible. Nous nous sommes renseignés sur les besoins des infirmières et sur la façon dont l'AIISOC peut mieux appuyer les membres de l'Î.-P.-É. On nous a présenté les excellentes techniques pour l'implication des membres et le recrutement que l'AIISOÎPÉ utilise au sein de l'hôpital pour faire participer les infirmières/les infirmiers en soins périopératoires. C'est en faisant la promotion d'événements de l'AIISOC, en soulignant des sections des normes, en faisant tirer des prix, en offrant un programme de rabais aux membres et bien plus que l'AIISOÎPÉ y parvient. Ce fut vraiment une expérience plaisante et nous sommes très reconnaissantes du temps et de l'engagement de ces infirmières/infirmiers envers les soins aux patients, eux-mêmes et la vision, la mission et les objectifs de l'AIISOC.

Le jour suivant, l'AIISOC a tenu un événement intitulé « Circle of Safety: Patient Safety and Collaboration » (Cercle de sécurité : la sécurité des patients et la collaboration) au Holman Grand Hotel, dans le centre-ville de Charlottetown. C'est avec grand plaisir que nous avons reconnu plusieurs des nouveaux visages rencontrés à l'HQE – parmi lesquels certains venaient de devenir membres la



MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE (suite)

journée même (l'AISOÏPÉ compte maintenant plus de 20 membres)!

Les Maritimes, avec plus de 50 infirmières/infirmiers dans la salle provenant de Fredericton, Halifax, Tetagouche Nord, Tetagouche Sud, Warren Grove, Williamswood et baie St. Peter, nous ont démontré leur appui!

Le jour suivant, notre AGA a commencé par une séance éducative donnée par Jennifer Rodgers et Bonnie McLeod, intitulée « Surgical Care Safety: Think National, Act Local » (La sécurité des soins chirurgicaux : pensez national, agissez local), qui a été suivie par l'Assemblée générale annuelle des membres durant laquelle deux présentations PowerPoint étaient présentées simultanément, l'une en anglais et l'autre en français, en plus d'une présentation interactive en voix hors champ de la trésorière Elizabeth Beck. Sa présentation a été fantastique et elle n'était même pas physiquement

dans la salle lorsqu'elle l'a présentée! La journée s'est terminée par une présentation de l'ACRDM sur la façon de combler les lacunes entre la SOP et le retraitement des dispositifs médicaux qui a été présentée par Beth Kingsbury, ACRDM et Rebecca White, ACRDM. L'AISOC était heureuse d'offrir toute l'AGA et les présentations via webinaire auquel 8 personnes se sont jointes à distance afin de vivre cette journée.

Notre séjour à l'Î.-P.-É a été une expérience formidable et elle servira certainement à façonner la façon dont les AGA futures se dérouleront. Nous sommes impatientes que votre province vive ce genre d'expérience et d'en apprendre davantage sur vous à mesure que nous collaborons, écoutons et partageons.

Nous remercions tous les membres ayant contribué de près ou de loin au succès de l'AGA 2016. Nous n'y serions pas parvenus sans votre passion, votre dévouement et votre engagement! ❁

MOT DE LA PRÉSIDENTE (suite)

infirmier est essentielle pour améliorer les soins aux patients et pour le bien-être, la santé et la sécurité des infirmières en soins périopératoires et des autres membres de l'équipe chirurgicale. Je vous encourage à visiter le site Web de l'AIC et à passer en revue cette information.

La promotion de la dotation sécuritaire en personnel fondée sur des données probantes pour l'équipe chirurgicale périopératoire constitue une stratégie clé qui contribuera à l'amélioration des résultats pour les patients. Le conseil de direction et le conseil d'administration de l'AISOC ainsi que ses hôtes invités, notamment une représentante de l'AIC, ont consacré le vendredi 4 novembre à une table ronde, à Ottawa, pour discuter des modèles de dotation en personnel de soins périopératoires à travers le pays.

Le thème de cette année pour la Semaine des infirmières et des

infirmiers en soins périopératoires (du 7 au 11 novembre) est « La sécurité est entre nos mains : pour nos patients, nous-mêmes ». Ce thème ne pourrait pas mieux tomber compte tenu du contexte de ces développements et des discussions concernant la dotation sécuritaire en personnel infirmier.

L'AISOC est sur la bonne voie pour la promotion de la sécurité de nos patients et de nos infirmières. La sécurité des patients commence par chaque infirmière en soins périopératoires. Nous vous encourageons à agir en tant que chef de file dans votre milieu de travail pour vous assurer d'un environnement plus sécuritaire pour tous! ❁



Cardinal Health™
Champs opératoires en SMS

Nouvelle allure

Même protection

Caractéristiques des champs opératoires améliorés :

- **Champ en SMS bleu roi**
 - Aide à atténuer la lumière aveuglante des projecteurs de la salle d'opération
 - Un contraste de couleurs entre le tissu du champ opératoire et les parties renforcées pour bien définir la zone critique
- **Renforts absorbants normalisés dans les zones critiques**
 - Une apparence et une sensation plus uniformes, pour offrir aux cliniciens une meilleure continuité
- **Tailles de renforts améliorées avec certains codes**
- **Écran d'anesthésie en tissu avec certains codes**

Qu'est-ce qui *ne* change pas?

Nos champs opératoires sont toujours faits de SMS ultra-résistant, un tissu utilisable dans les champs opératoires, conforme aux normes de l'industrie, que les clients connaissent bien et auquel ils font confiance.

La taille des fenêtres, les numéros de catalogue et le degré de protection selon les normes de l'AAMI restent les mêmes.

Pour en savoir plus ou pour commander, communiquez dès maintenant avec votre représentant des ventes de Cardinal Health Canada.



CardinalHealth
Essentiel aux soins de santé™

SPECIMEN LABELLING ERRORS JUST DON'T CUT IT IN THE OPERATING ROOM

Author: Tracey Lee has worked in a variety of specialties since graduating with her Bachelor of Nursing from Southern Institute of Technology, New Zealand. She has since worked in the Operating Rooms in Southland Hospital as a Staff Nurse and more recently in Starship Operating Rooms as both a Staff Nurse and Nurse Educator. She is currently employed as Nurse Consultant for Operating Rooms and Anaesthesia for the Auckland District Health Board. Tracey graduated with her Master's in Nursing from Massey University, New Zealand, last year and is an active member of the Auckland-Northland Perioperative Nurses College Committee (of the New Zealand Nurses Organization).

Understanding the depth of the problem required exploration of how and why the specimen labelling errors reported had occurred (Nakhleh, 2008).

ABSTRACT:

Action research and focus groups are used to address an identified issue with specimen collection in the operating room environment in a New Zealand District Health Board.

INTRODUCTION:

Specimen labelling problems are a patient safety issue which are preventable and could potentially result in serious patient harm from delayed or incorrect therapy or unrecognised malignancy. Research suggests this may be addressed by standardisation of the specimen collection process (Hicks, 2014; Kim, Dotson, Thomas & Nelson, 2013; Layfield & Anderson, 2010; Makary et al, 2007; Slavin, Best, & Aron 2001; Zarbo & D'Angelo, 2007).

The extent to which patient harm has occurred from this issue is not entirely certain with sparse evidence in the literature (Makary et al, 2007). Regular monitoring of our own incident reports through our reporting system identified a rise in specimen labelling related issues within the organisation and though most errors were corrected through the laboratory checking system, there was

potential risk to patients. This prompted a proposal to explore and improve the specimen collection process in the Operating Room (OR) and establish a means of regular monitoring of the process as a quality improvement initiative.

Methods of Data Collection: Focus Group and Action Research

A focus group was formed from a convenient sample of 15-20 nurses during their in-service education time from one operating room department. This department was selected due to the high volumes of biopsies obtained from oncology patients in one procedure, with this identified in literature as posing an increased risk of specimen handling errors (Kim et al, 2013; Sehgal, Booth, & Cameron, 2012). The nurses were introduced to the issue by sharing the incidents reported in their department and the effect on patient care as a result; moving on to explore the primary factors they believed led to specimen labelling errors in the operating room and exploration of possible solutions. All ideas were written on a large white board in order to verify understanding and contribute to reflection. A process diagram was

created from the main points, placed in chronological order with international guidelines incorporated, and presented at the second meeting for review.

Utilising action research principles meant multiple focus group sessions were required allowing the nurses to

review process, put it into practice and feedback on how the process functioned in practice. Potential issues from practice were explored such as time pressures, multi-tasking, individual responsibility and difficulties with checking multiple specimens.

Solutions were tested in practice and discussed at subsequent focus group meetings. On average the group met every two to three weeks for four months. Refining the process continued until the point when the group was satisfied there was nothing left to modify. Action research methods provided the opportunity to empower the group and allowed it to play a participatory role in the research so it could be a part of the solution with focused reflection on action (Curtis & Redmond, 2007). Ideally this provided a more in-depth understanding of how theory influenced practice. The final specimen collection process was then trialled in multiple OR departments with observational audits on practice completed after each trial to refine and develop the process further until a definitive solution was established, documented, laminated and made available in all clinical areas.

Continuing audits monitoring incidents through checking labelling at laboratory entry will not only prompt immediate follow-up, but will involve establishing whether there needs to be further improvements to the process (Kim et al., 2013).

Analysis

Understanding the depth of the problem required exploration of how and why the specimen labelling errors reported had occurred (Nakhleh, 2008). For this purpose, retrospective data was collected from the Auckland District Health Board's (2014) 'Risk Monitor Pro' system for incident reporting and used for qualitative reflection.

The laboratory had a system for specimen labelling error correction which included a checking system by staff prior to laboratory entry and lodging incidents for all errors found. A

Figure 1: Finalised Specimen Collection Process

(Editor's Note: NHI refers to the New Zealand equivalent of the patient's unique identifying number)

Specimen Handling Practice in the OR

All patient's labels removed from OR prior to next patient arrival



Patient labels in patient's folder checked in pre-op
(prior to OR transfer)



Designated Circ nurse remains responsible for the specimen collection throughout the duration of the surgery:

- Check all stickers on designated trolley against pts front sheet using two patient identifiers at timeout
- "write down, read back" specimen type and location and Scrub Nurse checks patient label
- Handover specimen information for breaks/leaving OR



At sign out (or sign out specimen prior to leaving OR):

- Read out loud from specimen labels (pt name, NHI, specimen type and location) against specimen form and with surgeon
- Checks specimens present in container and quantity
- For multiple specimens complete full check as above and summarise at sign out.



*Scrub/Circ Nurse Completes **3 final checks** when documenting in departmental log book:

- Check specimen labels against form (pt name, NHI, specimen)
- Check number of specimens/specimens present
- Check documentation (department, OR, surgeon, date, time, signature)

*N/A if frozen/fresh specimen

Table 1: Specimens collected in the OR destined for histology laboratory per year with numbers of labelling errors attributed to the pre-analytical phase (ADFIB, 2014).

Year	Total specimens collected	Number of mislabeling errors	% of errors per specimens collected
2012	8869	1	0.01
2013	9440	15	0.15
2014 (Jan-June)	3508	15	0.42
TOTALS	21,817	31	0.14

report was run of all errors between January 2012 and June 2014 which were classified as a 'diagnostic test' with the associated specific incident type including:

- Identification label/specimen mismatch;
- unlabelled specimen;
- incorrect label; and
- lost specimen.

Each incident description was read and incidents discarded if it was possible the error could not be attributed directly to OR management of the specimen. All remaining incidents were compared against the total numbers of specimens documented on the intra-operative Patient

Information Management System and destined for the histology department, in order to establish the denominator and true significance of the issue (Table 1).

The total errors between 2012 and June 2014 were then stratified into specific specimen error types including:

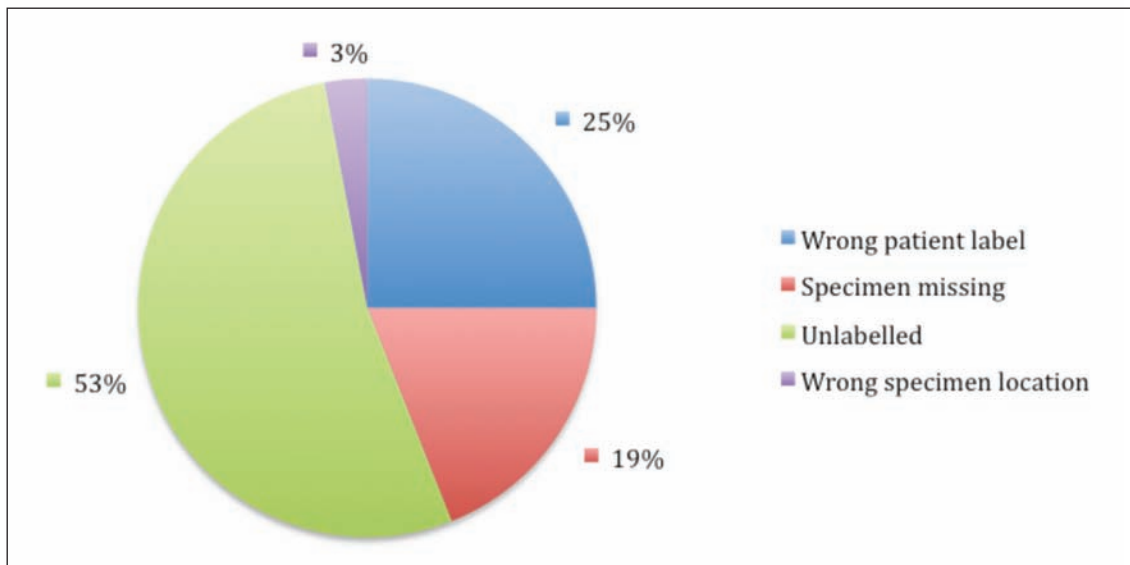
- wrong patient labels where there is a different patient's identification label on the specimen container compared with the requisition form;
- missing patient identification labels on the specimen container; and
- missing specimens where there is a labelled container and requisition form with no specimen present in the container (Figure 2).

An advantage of this method of analysis was it allowed detailed errors to be contextualised (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Mahajan, 2010). The largest group of errors by type were the unlabelled specimens (n=17, 53 per cent of total errors reported) followed by wrong patient identification labels on specimens (n=7,25 per cent) and finally specimens missing from the specimen containers on arrival in the laboratory (n=6,19 per cent).

One specimen had the correct patient identification label but the site of tissue transcribed on the container was incorrect. The impact of the delays in correcting the wrong patient labels and the unlabelled specimens are unknown. However, where there were missing specimens, laboratory testing was unable to be conducted at all. Specimens were reported as being more likely to be lost, mislabelled, misplaced, or not collected at all rather than getting lost upon transportation to the laboratory (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2005; Slavin et al., 2001).

On reflection the percentages appear small. However, it is

Figure 2: Percentage of Specimen errors attributed to OR mislabeling categorized according to stratified groups (ADHB, 2014).



What If You Could Change Things For The Better... Without Changing A Thing?



Microscope Drapes • C-Arm Drapes • Banded Bags • Waste Bags

For more information: 800 824 3027 or visit www.ecolab.com/healthcare



GenesysTM
SUSTAINABLE TECHNOLOGY

ECOLAB[®]
Everywhere It Matters

VISIT US AT ORNAC BOOTH 409/508

©2015 Ecolab USA Inc. All rights reserved. E11T013378

* Genesys™ Technology works by enhancing the breakdown of plastics in landfills. ASTM D5511 tests performed on representative products have shown up to 35% breakdown in 21 months for sterilized products. Breakdown will be faster in wetter landfills than in arid ones. For more information visit ecolab.com/genesys

California law prohibits the sale of plastic packaging and plastic products that are labeled with the terms "Biodegradable", or any form of those terms, or that imply in any way that the item will break down, biodegrade or decompose in a landfill or other environment. These restrictions apply to all sales in or into the state of California, including such sales over the internet.

SPECIMEN LABELLING ERRORS (cont.)

important to acknowledge the potential for harm. Just one mis-labelled specimen could have a devastating impact on that person. One such example is outlined in a report completed by the Ministry of Health in 2012 where five sentinel events resulted in unnecessary surgical procedures or no intervention was required, due to mis-labelling and mis-identification of patients in the laboratory phase of specimen processing (National Panel to Review Breast Biopsy Errors, 2012).

Reason's Model was used for analysis and allowed comparison between active errors reported and the standardised process established by the focus group to see exactly where in the process the error can be identified and determine what intervention would be most effective at this point (Figure 3).

Latent errors refer to the errors caused by higher decision-making or are decisions made at a higher level which impact on

the practical working conditions such as policies, staffing pressures, time pressures and competing priorities. Active errors are the slips and lapses which have a direct impact on the patient or process (Reason, 2000). The defences are where we can block the errors from occurring. Reason's model takes on two approaches which appealed: the person and the system (Reason, 2000).

One step in particular which was highlighted as a critical checking point was the "sign-out" section of the Surgical Safety Checklist, because it invites the attention of the whole team to focus on the patient safety aspect of the specimen collection. At this point it was important to refine the technique for specimen checking to encourage reading directly from the label on the specimen pot while checking against:

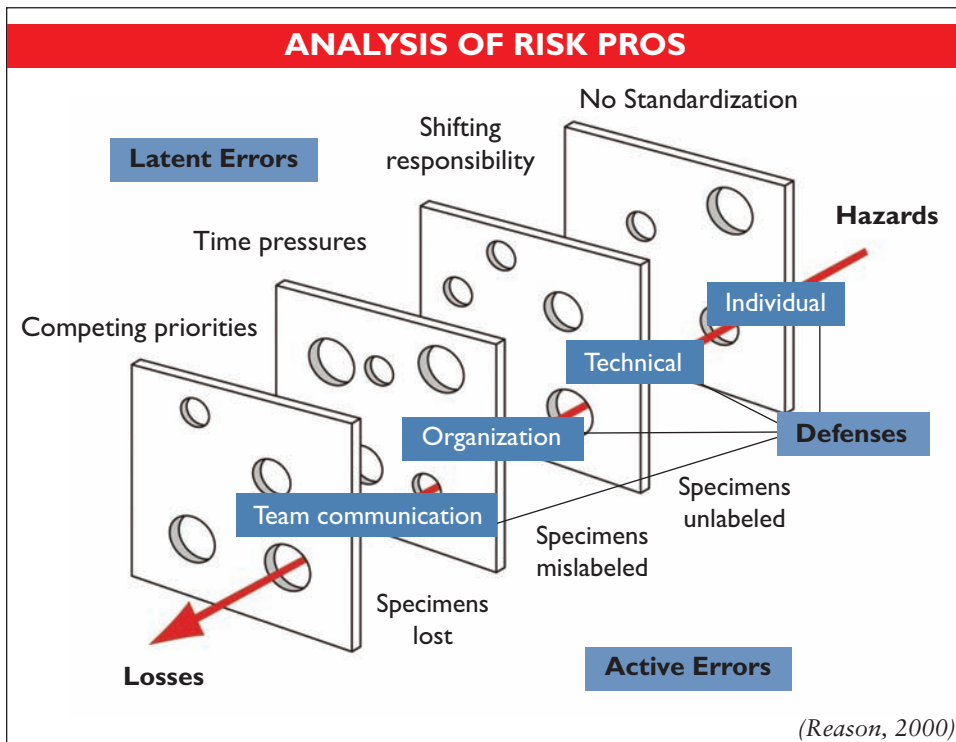
- the laboratory form;
- two patient identifiers;
- the specimen name and site; and
- that the specimen is present.

This particular step in the process has meant sharing expected practice with the multi-disciplinary team while simultaneously introducing changes in the Surgical Safety Checklist process. This critical checking point was also presented at a high level Surgical Board Meeting and supported by all Clinical Directors across the surgical services.

Results

Prior to the quality initiative, specimen labelling errors had been under reported by the histology laboratory and it was therefore difficult to determine accurate error reduction following the introduction of the standardised specimen collection process. There has been a significant reduction in reported errors monitored through the incident reporting process despite an increase in reporting by the laboratory staff. However, more time is required to determine significance in the results due to the infrequency of the error rate.

Figure 3: Reason's cheese model utilised to analyse latent and active risk of specimen labelling errors.



However, the histology department has self-reported a reduction in specimen labelling errors since the quality project was initiated and on-going monitoring of incidents reported by the lab will ultimately determine the success of the intervention. Education for histology staff about how to accurately report specimen labelling errors from the ORs and reassurance that all specimen labelling errors would be followed up, has led to an increase in incident reporting. Improved communication between the laboratory as a support service and ORs working as a team in the patient continuum, has created a culture of shared patient safety aimed at continuous monitoring and quality improvement.

Discussion

Incidents of specimen labelling issues are infrequent and relatively rare. However, they largely occur at the pre-analytic (OR) and post-analytic (pathology) phases of specimen management. Mislabeled and unlabelled specimens can occur at a rate of 0.4 to 0.1 per cent,

however many may go undetected as the process relies on human factors and accurate patient and specimen identification checks (Morrison et al., 2010). Similar to the results from this project incident report analysis, unlabelled specimen containers were also the highest reported specimen labelling error in a prospective cohort study completed by Makary et al., (2007) aimed at defining and measuring frequency of specimen mislabelling errors in the OR.

It has been recognised that a standardised process is necessary in reducing errors. However, there are no international or national standards currently available which outline the specimen collection process and it has been suggested the responsibility falls between the clinical environment and laboratory gap (Plebani, 2012). Literature suggests this may be addressed by standardisation of the specimen collection process (Hicks, 2014; Kim et al., 2013; Layfield & Anderson, 2010; Makary et al., 2007;

Slavin et al., 2001; Zarbo & D'Angelo, 2007).

Standards for practice were integrated within the process to support and provide necessary evidence, making the process replicable in other organisations' OR departments (Connor et al., 2013).

Standardising tasks and processes, reducing the number of possible steps and refining the process reduce variabilities. It also improves patient safety, prevents time wasted following up on specimen errors by laboratory staff, reduces costs and can make the process easier.

Focus group action research assisted with developing a standardized specimen collection process which moved the accountability from the individuals' assumptions about the practice to a systems approach with safeguards built in, as is advised in evidence (Collins, Newhouse, Porter, & Talsma, 2014; Kohn et al., 2000; Anonymous, 2008). Furthermore, the Surgical Safety Checklist's "sign out" provides a forced function which requires the physical examination of the specimen and team discussion, while having the team focus on the patient safety aspect of the specimen collection process (World Health Organisation, 2009). A change in practice results from an intervention designed through collaboration with participants who know the phenomenon within the context of their own practice and are able to challenge existing assumptions (Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Plebani, 2012). Action research involves thinking and critical self-reflection on practice which is shared with others and provides opportunity for learning from others (McNiff, 2013).

Reason's analysis of errors illustrates the point that incidents are more likely to be the result of a systems failure rather than an individual error. It can instead allow the incident to be viewed beyond the lapse itself to the wider assumptions about human behaviour to identify the organizational context. Reason describes an error as the inability of a planned sequence to reach its intended outcome when this inability cannot be attributed

Acknowledgement: This article is based on the paper which won the Surgico Free Paper Award at the Perioperative Nurses College (PNC) of the New Zealand Nurses Organization Conference in September 2015.

This article was originally published in *The Dissector*, Vol 43, No 3, Pg 23, 26-28, December 2015. Reprint permission granted by the Perioperative Nurses College (PNC), New Zealand Nurses Organization (NZNO).

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 3.2.97 to 3.2.113, pages 198 - 200.

to chance (Collins et al., 2014; Kohn et al., 2000).

Specimen collection and handling involves a series of assumed processes which rely on certain safe-guarding organisational principles of patient safety, with the Surgical Safety Checklist representing a formidable barrier to errors if performed as intended (Collins et al., 2014).

There are varied opinions about utilising computer technology such as using bar-coding with the objective of reducing specimen labelling errors (Kim et al., 2013; BhatTiwari, Chavan & Kelkar, et al, 2012). Cost would be an obvious draw back and bar coding would not necessarily be a solution for the 17 unlabelled specimens.

CONCLUSION

Though most internal organisational incidents alert us to near misses of specimen labelling errors in the OR, these have allowed a system which monitors indirect patient safety with the ability to continually improve the quality of care we provide to our patients. The specimen collection process relies on a human function which makes it vulnerable to human elements and organisational influences such as time pressures. Standardising a process such as this allows for consistency and sets a standard by which expectations of practice are set.

REFERENCES:

Anonymous (2008) Taking steps to protect patients from specimen-handling errors. *OR Manager*, 24(12), 1.

Auckland District Health Board (2014). Data collected from the risk monitor pro system and patient information management system. Auckland District Health Board, Auckland.

Bhat, V., Tlwari, M., Chavan, P., & Kelkar, R. (2013). Analysis of laboratory sample rejections in the pre-analytical stage at an oncology centre. *Clinica Chimica Acta*, 473,1203-1206. doi:10.1016/j.cca.2012.03.024

Collins, S. J, Newhouse, R., Porter, J, &Talsma, A. (2014). Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model. *AORN Journal*, 700(1), 65-79. doi: 10.1016/j.aorn.2013.07.024

Conner, R, Burlingame, B, Denholm, B, Link, T, Ogg, M., Spruce, L, Spry, C., Van Wicklin, S,, & Wood, A. (2014). Perioperative Standards and Recommended Practices: Recommended Practices for the Care and Handling of Specimens in the Perioperative Environment. Retrieved from doi: 10.6015/psrp. 14.01.0375.

Curtis, E., & Redmond, R. (2007). Focus groups in nursing research. *Nurse Researcher*, 74(2), 25-37.

Hicks, D. G. (2014). Standardization of Tissue Handling from the OR to the Laboratory. *AORN Journal*, 99(6), 810-813. doi: 10.1016/j.aorn .2014.03.005

Holter, I. M, & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304. doi: 10.1046/J.1365-2648.1993.18020298.

Kim, J. K., Dotson, B., Thomas, S, & Nelson, K. C. (2013). Standardized patient identification and specimen labeling: A retrospective analysis on improving patient safety. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(1), 53-56.

Kohn, L. T, Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Vol. 627): National Academies Press. Layfield, L. J, & Anderson, G, M. (2010). Specimen Labeling Errors in Surgical Pathology an 18-Month Experience. *American journal of clinical pathology*, 134(3), 466-470.

Makary, M. A., Epstein, J., Pronovost, P. J., Millman, E. A., Hartmann, E. C., & Freischlag, J. A. (2007). Surgical specimen identification errors: A new measure of quality in surgical care. *Surgery*, 141(4), 450-455.

McNiff, J. (2013). Action research: Principles and practice: Routledge.

Morrison, A. R., Tanasijevic, M. J., Goonan, E. M., Lobo, M. M., Bates, M. M., Lipsitz, S. R. ... Melanson, S. E. F. (2010). Reduction in specimen labeling errors after implementation of a positive patient identification system in phlebotomy. *American journal of clinical pathology*, 733(6), 870-877.

Nakhleh, R. E. (2008). Patient safety and error reduction in surgical pathology. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 132(2), 181-185.

National Panel to Review Breast Biopsy Errors. 2012. Report of the National Panel to Review Breast Biopsy Errors: Findings and recommendations. Wellington: Ministry of Health. Retrieved from website: <http://www.health.govt.nz/system/files/d>

ocuments/publications/breast-biopsy-errors-report-v3.pdf

Pennsylvania Patient Safety Authority. (2005). Lost Surgical Specimen, Lost Opportunities. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*, 2(3), 1-5. Retrieved from website: <http://www.patient-safetyauthority.org>

Plebani, M. (2012). Quality indicators to detect pre-analytical errors in laboratory testing. *The Clinical Biochemist Reviews*, 33(3), 85.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320,7237), 768-770.

Sehgal, N., Booth, J, & Cameron, J. (2012). Problem with the Parts was Part of Our Problem: A Specimen Safety Initiative. *Clinical Leadership & Management Review*, 26(3), 22-27.

Slavin, L., Best, M. A., & Aron, D. C. (2001). Gone but not forgotten: the search for the lost surgical specimens: application of quality improvement techniques in reducing medical error. *Quality Management in Healthcare*, 70(1), 45-53.

World Health Organisation. (2009). WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives. The team will secure and accurately identify all surgical specimens (pp. 76-77). Geneva, Switzerland: WHO Press.

Zarbo, R. J., & D'Angelo, R. (2007). The Henry Ford Production System Effective Reduction of Process Defects and Waste in Surgical Pathology. *American journal of clinical pathology*, 728(6), 1015-1022.



Photo by/par: H. Martin

PRNABC celebrated its 50th anniversary at its 25th Biennial Conference, June 24 to 27, in Kelowna, BC. BC Past Presidents (L to R) Rupinder Khotar, Gloria Stephens, Marcy McKay, and Bonnie McLeod were honoured at the event.

La PRNABC a célébré son 50e anniversaire lors de son 25e Congrès biennal qui s'est tenu du 24 au 27 juin, à Kelowna, C.-B. Les anciennes présidentes de la C.-B. (de g. à d.), Rupinder Khotar, Gloria Stephens, Marcy McKay et Bonnie McLeod ont été honorées lors de l'événement.

Editorial Review Panel

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

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

Audrey Cook, RN, CPN(C), BN, B.Sc., BA, Staff Nurse, South Shore Regional Hospital, Bridgewater, NS.

Chris Downey RN, BScN, CPN(C), MSc, RNFA, Registered Nurse First Assistant (PT), Hotel Dieu Hospital, Kingston, ON

Margaret Farley, RN, CPN(C), Part-time Faculty Member with Saskatchewan Polytechnic Perioperative Nursing Program, Regina, SK.

Kimberly Ferguson, RN, BSN, CNOR, Surgical Services Program Manager, BC Children's Hospital, Vancouver, BC.

Donna Gramigna, RN, BSN, CPN(C), VIHA Regional Clinical Nurse Educator, Royal Jubilee & Victoria General Hospitals, Victoria, BC.

Trudy Hebb, RN, BScN, MHI, CPN(C), Perioperative Nursing Program Instructor, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, NS.

Antoniette Labricciosa, RN, BScN, MEd, CPN(C), Staff Nurse, Mount Sinai Hospital and Trillium Health Centre, and Faculty, at Centennial College, Toronto, ON.

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

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

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

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

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

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

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



Comité de révisions

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

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

Audrey Cook, inf., CSP(C), B.S.Inf., B.Sc., B.A., infirmière en service général, Hôpital régional South Shore, Bridgewater, N.-É.

Chris Downey inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, infirmière première assistante (TP), Hôpital Hotel Dieu, Kingston, ON

Margaret Farley, inf., CSP(C), membre du corps enseignant à temps partiel pour le programme de soins périopératoires de l'école polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

Kimberly Ferguson, inf., B.Sc.inf., IASO, gestionnaire du programme de services chirurgicaux, BC Children's Hospital, Vancouver, C.-B.

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

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

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

Diana Mabbett, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), TRDM, gestionnaire en chirurgie avec hospitalisation, chirurgie ambulatoire et consultation préadmission, Hôpital Queen Elizabeth II, Grande Prairie, AB.

Alicia Oucharek, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C), infirmière en service général –

salle d'opération, Hôpital St. Paul, Saskatoon, SK.

Karin Page-Cutrara, inf., M.S.Inf., membre du corps enseignant, École des sciences infirmières, Université York, Toronto, ON.

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

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

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

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



Isabelle Adams Award for Excellence in Perioperative Nursing

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

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

Application forms may be obtained through the ORNAC website at www.ORNAC.ca. Click on [Bursaries, Grants & Awards](#). Nomination deadline is January 15th, 2017.

Gloria Stephens Award for Excellence as an Educator of Perioperative Nursing

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

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

Award nominees must:

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

Nomination deadline is January 15th 2017.

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

Muriel Shewchuk Leadership Award

The **Muriel Shewchuk Leadership Award** is presented by ORNAC to a perioperative registered nurse whose leadership has made an outstanding contribution to the profession of perioperative nursing at the local, provincial/territorial, national or international level. The recipient of the Award shall receive \$2500, a certificate, and an Award pin. An additional \$2500 will be donated to promote perioperative registered nursing education to the provincial/territorial local/regional/work site education fund selected by the recipient, in consultation with the ORNAC Awards Committee, or the recipient may choose to attend the CORL Conference.

Nominees must:

- Be a perioperative nursing leader – formal or informal
- Be a current ORNAC member in good standing
- Have nomination be supported by at least 2 colleagues/associates

Completed nomination forms must be submitted no later than **January 15th 2017**.

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

Lorne Flower Memorial Award

John Flower has generously created the **Lorne Flower Memorial Award** in recognition of the contribution made by his father, Lorne Flower, to the founding, and subsequent support, of ORNAC. Lorne Flower's contributions shall be recognized in perpetuity via bi-annual recognition of the talents, knowledge and outstanding contributions to the ORNAC Board by an individual.

Lorne Flower was a medical industry representative who had a very special relationship with ORNAC. Lorne worked closely with Valerie Shirreff, who became the first President of ORNAC, and many others involved in the fledgling Association. Lorne was also the first Chairman of the National Exhibitor's Association of Canada (founded in 1984) and, through his lengthy leadership in this role, contributed to the establishment of ORNAC's financial foundation for ORNAC. Lorne continued to support ORNAC throughout his career, and many knew him for his kindly manner and warm smile.

The Award, in the amount of \$400, is awarded in National Conference years to a past or current ORNAC board member. The next nomination deadline is January 15th, 2017.

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



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

The 2017 Conference Program Committee is accepting submissions of abstracts for paper or poster presentation at our 2017 ORNAC National Conference. The theme of the conference is:

“HARNESSING OUR POWER”

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

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

Paper: A 15 minute presentation by the author(s) with five minutes for questions & answers.

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

The deadline for submission is September 30th, 2016.

Excellence. Every patient... every time!

www.ORNAC.ca



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

Le Comité du programme de la conférence de 2017 accepte les soumissions de résumés pour les exposés ou les présentations par affiches qui seront présentés lors de la conférence nationale de l'AIISOC de 2017. Le thème de la conférence est :

« MOBILISER NOTRE POUVOIR »

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

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

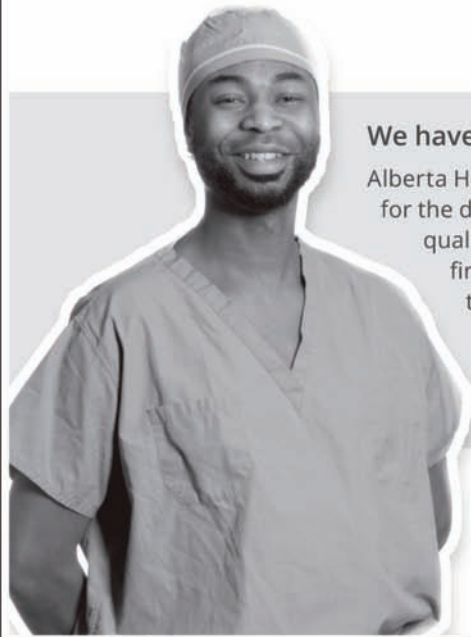
Exposé : Une présentation de 15 minutes par l'auteur avec une période de questions de cinq minutes.

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

La date limite pour les soumissions est le 30 septembre 2016.

« L'excellence. Pour chaque patient... en tout temps! »

www.AIISOC.ca



We have exciting opportunities to join our growing workforce.

Alberta Health Services (AHS) is the largest health-care provider in Canada, responsible for the delivery of health care to more than 3.9 million Albertans. We provide the highest quality patient care by placing the needs of our patients, families and communities first. Annually, AHS performs over 260,000 surgeries in operating rooms across the province.

With a strong commitment to work/life balance, a collaborative work environment, and the chance to make a meaningful difference, we know we have a career that will fit you.

what's your reason?

www.ahs.ca/careers



25TH ORNAC
— NATIONAL CONFERENCE —
HARNESSING OUR POWER
#knowledgeispower2017
APRIL 30—MAY 4, 2017
SCOTIABANK CONVENTION CENTRE - NIAGARA FALLS, ONTARIO
for further information, please go to www.ornac.ca and click on National Conference



- Perioperative Leaders
- Managers
- Supervisors
- Directors
- Educators
- Consultants

Working towards improving patient outcomes

**CANADIAN OR NURSING LEADERS (CORL)
2016 NATIONAL CONFERENCE
“AHEAD OF THE CURVE”**

Join us in **Toronto, November 13 to 15, 2016**, for an educational, informative, and inspiring conference.

Session Highlights include knowledge to action results through:

- Sustainable Leadership;
- Intergenerational relationships;
- Technology and Social Media;
- Financial Intelligence; and
- Medical Device Reprocessing.

Register before September 30th for early bird rate of \$265 for members or \$295 after the deadline (\$350 for non members).

For information or registration visit
www.operatingroomleaders.com

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

ORNAC Call for Nominations 2017



Operating Room Nurses
Association of Canada

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

I) Provincial Board of Director Positions

Positions Open with two year terms:

British Columbia

Saskatchewan

Ontario

Quebec

Nova Scotia

Sequence of Events (subject to change):

- September 2016 - Call for Nominations published in the ORNAC Journal, on the ORNAC website, on the ORNAC Facebook page, and through e-blast to provincial members.
- October 2016 - ORNAC Nominations Package sent electronically to the Provincial Council (PC) President. The package will include all background information including the forms for bios, nomination submission and all related paperwork, election process and electronic ballots.
- November 2016 - The PC President is responsible for e-mailing the Nominations package to all members within his/her province.
- January 2017 - The Nominations must be received by the PC President.
 - The PC President will determine which candidates meet the criteria for the ORNAC Board position. Nominations reviewed by the Provincial Nominating Committee.
- February 2017 - Candidates will be notified whether they have or have not met the nomination criteria. If there is more than one candidate an election will be held within the specific province. If there is only one candidate an election would not occur and the candidate's name would be moved forward to be added to the National Election Slate to be voted on by ORNAC members at the AGM.
- February 2017 - If an election is to be held the PC members are notified of who the candidates are, the date of the election and the election process by electronic vote. The biographies and background information on all candidates will be available on the provincial website and/or can be e-mailed by the La présidente du conseil provincial.
- March 2017 – The PC President sends out Electronic Ballots to all Provincial members with voting privileges.
 - The Election takes place.
 - PC President will appoint two scrutineers from the PC Executive or PC members to tabulate the results of the election.
 - The PC President notifies the ORNAC Nominations Chair by e-mail of the successful candidate's name.
- April 2017 - The ORNAC Nominating Committee Chair prepares the final Election Slate for the Annual General Meeting.
- May 2017 - At the ORNAC AGM the voting ORNAC members will vote on the final election slate.
- June 2017 - The new Board is introduced on the ORNAC website and by e-blast to the ORNAC membership.
- September 2017 - The new Board will be listed in the ORNAC Journal.

**FOR FURTHER INFORMATION ON
THE ORNAC NOMINATIONS PROCESS
PLEASE CONTACT THE ORNAC NOMINATIONS CHAIR
AT NOMINATION@ORNAC.CA.**

2) Officer and Board of Director Positions

Position Open with two year term:

President Elect

Secretary

Draft Sequence of Events (Subject to Change):

- December 2016 - Call for Nominations will be available nationally on the ORNAC website, the ORNAC Facebook page, and through e-mail via ORNAC and the Provincial Councils.
- February 2017 - Candidates must submit the nominations paperwork, and express their intention to run for the position, to the ORNAC Nominations and Elections Chair.
- February 2017 - The Nominations and Elections Chair will determine the candidates who meet the criteria for running for a Board position and will notify the ORNAC Board of Directors.
- February 2017 - Candidates will be notified if they have met the criteria. If more than one candidate has met the criteria then a national election will be held.
- February 2017 - Electronic ballots will be sent to all Members with voting privileges.
- March 2017 - Election takes place.
- April 2016 - The Nominations and Elections Chair will notify the ORNAC President (in writing) of the successful candidate.
- April 2017 - The ORNAC Nominations Chair prepares the final election slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 2017 - Vote on the final election slate, at the ORNAC AGM, by ORNAC Membership.
- May 2017 - The new Board is introduced at the ORNAC AGM.
- September 2017 - the new ORNAC Board is featured in the ORNAC Journal.

3) Board of Director Positions Representing the Seats of Leadership, Education, and Advanced Practice

Positions Open with two year terms:

Advanced Practice

Draft Sequence of Events (Subject to change):

- September 2016 - ORNAC Nominations Package is available on the ORNAC website. The package will contain all background information including the forms for bios, nomination submission and all related paperwork.
- October 2016 - Candidates must submit the nomination paperwork to the ORNAC Nominating Committee and express their intent to run for the position.
 - The Nominating Committee will review all nominations and select the candidates who meet the ORNAC Board position criteria. The Nominating Committee Chair will submit the successful nominees' names to the ORNAC Board of Directors.
- November 2016 - The Nominating Committee Chair presents the list of eligible candidates to the ORNAC Board.
- November 2016 - Candidates will be notified if they have, or have not, met the nomination criteria. If there is more than one candidate a national election will be held. The biographies and background information on all candidates will be available on the ORNAC website and/or can be e-mailed to ORNAC Members on request to the Nominating Committee.
- January 2017 - Electronic Ballots will be sent to all National Members with voting privileges.
 - The Election takes place.
 - the ballots will be tabulated by the Nominating Committee.
- February 2017 - The Nominating Committee Chair notifies, in writing, the ORNAC President of the name(s) of the successful candidate(s) and the ORNAC President will inform the entire Board.
- April 2017 - The ORNAC Nominating Committee Chair will prepare the final Election Slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 2017 - At the ORNAC AGM the voting ORNAC members will vote on the final election slate
- June 2017 - The new Board is introduced through the ORNAC website and by e-blast to the ORNAC membership.
- September 2017 - The new Board will be listed in the ORNAC Journal and on the ORNAC website.

LES ERREURS D'ÉTIQUETAGE DES PRÉLÈVEMENTS SONT TOUT SIMPLEMENT INACCEPTABLES EN SALLE D'OPÉRATION

Auteur : Tracey Lee a travaillé dans une variété de spécialités depuis qu'elle a obtenu son baccalauréat en soins infirmiers du Southern Institute of Technology, en Nouvelle-Zélande. Depuis lors, elle a travaillé en salles d'opération à l'Hôpital Southland en tant qu'infirmière de soins généraux et, tout dernièrement, en salles d'opération au Centre Starship à la fois comme infirmière de soins généraux et infirmière éducatrice. Elle occupe actuellement le poste d'infirmière-conseil pour les salles d'opération et les services d'anesthésie du Bureau de santé du district d'Auckland. Tracey détient depuis l'année dernière une maîtrise en soins infirmiers de l'Université Massey, en Nouvelle-Zélande et elle est une membre active du Auckland-Northland Perioperative Nurses College Committee (de l'organisme des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Zélande).

RÉSUMÉ :

La recherche-action et les groupes de discussion sont utilisés pour aborder un problème qui a été identifié lors de la collecte de prélèvements en salle d'opération dans un bureau de santé du district de la Nouvelle-Zélande.

INTRODUCTION :

Les problèmes d'étiquetage des prélèvements constituent un problème pour la sécurité des patients qui peut être évité et qui pourrait gravement nuire aux patients en retardant leur traitement ou en faisant en sorte que ces derniers suivent le mauvais traitement ou qu'ils soient mal diagnostiqués. La recherche a démontré que ce problème pourrait être résolu en normalisant le processus de collecte des prélèvements (Hicks, 2014; Kim, Dotson, Thomas & Nelson, 2013; Layfield & Anderson, 2010; Makary et al., 2007; Slavin, Best, & Aron 2001; Zarbo & D'Angelo, 2007).

La mesure dans laquelle ce problème a nu aux patients n'a pas été établie, car peu de données à ce sujet existent dans la littérature (Makary et al., 2007). Le

suiti régulier de nos propres rapports d'incidents par le biais de notre système de préparation de rapports a identifié une augmentation du nombre de problèmes liés à l'étiquetage des prélèvements au sein de l'organisation et, même si la plupart des erreurs ont été corrigées à l'aide du système de vérification en laboratoire, les patients ont couru un risque potentiel. Cela nous a donc incités à proposer que le processus de collecte de prélèvements en salle d'opération (SOP) soit examiné et amélioré et qu'un moyen pour vérifier systématiquement le processus soit établi sous la forme d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Méthodes de collecte des données : Groupe de discussion et recherche- action

Un groupe de discussion a été formé à partir d'un échantillon de 15 à 20 infirmières durant leur période de formation en milieu de travail dans un bloc opératoire. Ce département a été sélectionné en raison du volume élevé de biopsies prélevées des patients en oncologie lors d'une intervention, ce qui a été identifié dans la littérature comme

La formation à l'aide
de simulation est une
méthode d'enseignement
largement acceptée
au sein des systèmes
d'enseignement en
soins de santé.

Image 1 : Processus final de collecte des prélèvements

(Note de la rédaction : NHI désigne en Nouvelle-Zélande l'équivalent de notre numéro d'identité unique du patient)

Pratique en SOP pour la manipulation des prélèvements

Toutes les étiquettes du patient doivent être retirées de la SOP avant l'arrivée du prochain patient

Les étiquettes du patient dans le dossier du patient sont vérifiées lors de la phase préopératoire
(avant le transfert vers la SOP)

L'infirmière en service externe désignée demeure responsable de la collecte des prélèvements pendant toute la durée de la chirurgie :

- Elle vérifie tous les autocollants sur le chariot désigné en les comparant au dossier du patient à l'aide de deux pièces d'identité du patient lors de la pause
- Elle « note et lit à voix haute » le type de prélèvement et l'endroit du prélèvement et l'infirmière en service interne vérifie l'étiquette du patient
- **Transmet** l'information sur le prélèvement lors des pauses/lorsqu'elle quitte la SOP

Avant de quitter la SOP (ou si le prélèvement est expédié avant qu'elle ne quitte la SOP) :

- Elle lit à voix haute l'étiquette du prélèvement (nom du patient, numéro d'identité unique du patient, type et endroit du prélèvement) en la comparant au formulaire du prélèvement et avec le chirurgien
- Elle vérifie si les prélèvements sont présents dans les éprouvettes et leur quantité
- Pour les prélèvements multiples, elle effectue une vérification complète comme ci-haut et résume avant de quitter la SOP.

*L'infirmière en service interne/externe effectue **3 dernières vérifications** lorsqu'elle fait son rapport dans le registre du département :

- Elle vérifie les étiquettes en les comparant au formulaire (nom du patient, numéro d'identité unique du patient, prélèvement)
- **Check number of specimens/specimens present**
- Elle vérifie la documentation (département, SOP, chirurgien, date, heure, signature)

*S/O si prélèvement congelé/frais

présentant un risque accru d'erreurs de manipulation des prélèvements (Kim et al., 2013; Sehgal, Booth, & Cameron, 2012). On a présenté le problème aux infirmières en leur faisant part des incidents signalés dans leur département et les effets qu'ils ont eus sur les soins des patients, puis on a examiné les principaux facteurs qui, selon elles, ont mené aux erreurs d'étiquetage des prélèvements en salle d'opération et, enfin, on a exploré des solutions possibles. Toutes les idées ont été inscrites sur un grand tableau blanc afin de vérifier si toutes les comprenaient et pour les inciter à y réfléchir. Un diagramme de processus a été créé à partir des principaux points, indiqués en ordre chronologique et les lignes directrices internationales y ont été incorporées. Ce diagramme a ensuite été présenté pour examen lors de la deuxième réunion.

Le recours aux principes de recherche-action impliquait de nombreuses séances de discussions de groupe permettant aux infirmières de passer en revue le processus, de le mettre en pratique et de fournir une rétroaction sur la façon dont le processus a fonctionné dans leur pratique. Les problèmes potentiels issus de la pratique ont été examinés, comme les contraintes de temps, l'accomplissement de plusieurs tâches à la fois, les responsabilités individuelles et les difficultés à vérifier plusieurs prélèvements.

Des solutions ont été testées dans la pratique et, lors des réunions suivantes, le groupe de discussion en a discuté. Le groupe s'est rencontré en moyenne toutes les deux à trois semaines durant quatre mois.

Le processus a continué d'être peaufiné jusqu'à ce que le groupe soit satisfait qu'il n'y ait rien d'autre à modifier. Les méthodes de recherche-action ont permis au groupe de se sentir habilité et de jouer un rôle participatif dans la recherche afin qu'il fasse partie de la solution en concentrant sa réflexion sur l'action (Curtis & Redmond, 2007). Dans l'idéal, cela aura permis de mieux comprendre la façon dont la théorie influence la pratique. Le processus final

Tableau 1 :

Année	Total des prélèvements recueillis	Nombre d'erreurs d'étiquetage	% d'erreurs par prélèvement recueilli
2012	8869	1	0.01
2013	9440	15	0.15
2014 (Jan-June)	3508	15	0.42
TOTALS	21,817	31	0.14

Tableau 1 : Les prélèvements recueillis en SOP et qui sont destinés à être envoyés au laboratoire d'histologie par année avec le nombre d'erreurs d'étiquetage attribué à la phase pré-analytique (ADFIB, 2014).

de collecte des prélèvements a ensuite été mis à l'essai dans les différents départements du bloc opératoire et des audits par observation dans la pratique ont été effectués après chaque essai afin de peaufiner et développer davantage le processus jusqu'à ce qu'une solution définitive ait été établie, documentée, qu'elle ait été jugée conforme et qu'elle soit disponible dans tous les domaines cliniques.

Les audits permettant de continuer à surveiller les incidents en vérifiant l'étiquetage à l'entrée au laboratoire déclencheront non seulement un suivi

immédiat, mais ils permettront également de déterminer s'il est nécessaire d'apporter d'autres améliorations au processus (Kim et al., 2013).

Analyse

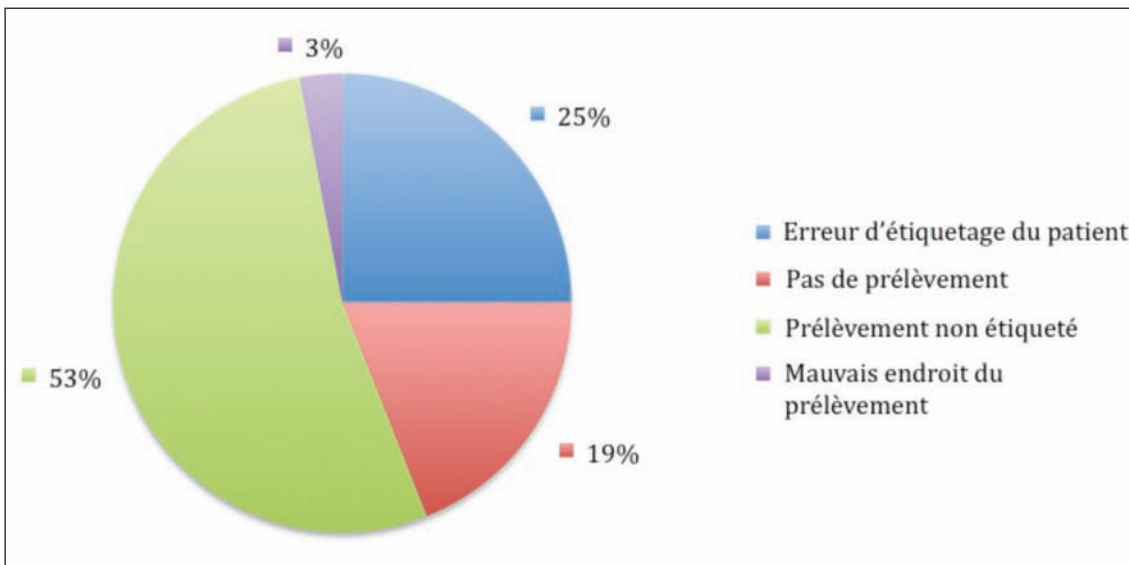
Pour comprendre la gravité du problème, nous avons dû examiner comment et pourquoi les erreurs d'étiquetage des prélèvements s'étaient produites (Nakhleh, 2008). À ces fins, des données rétrospectives ont été recueillies du système « professionnel de suivi des risques » du bureau de santé du

district d'Auckland pour le signalement des incidents et ces dernières ont été utilisées pour mener une réflexion qualitative.

Le laboratoire avait un système pour la correction des erreurs d'étiquetage de prélèvements qui incluait un système de vérification par le personnel avant l'entrée en laboratoire et le signalement des incidents pour toutes les erreurs trouvées. Un rapport de toutes les erreurs a été généré entre janvier 2012 et juin 2014 qui a été classifié comme un « test diagnostic » avec le type d'incident spécifié connexe, notamment :

- Non-concordance dans l'identification des étiquettes/des prélèvements;
- Prélèvement non étiqueté;
- Étiquette incorrecte;
- Prélèvement perdu.

Image 2 : Pourcentage des erreurs de prélèvements attribuées aux erreurs d'étiquetage en SOP, divisé selon les groupes (ADHB, 2014).



Chaque description d'incident a été lue et s'il était possible que l'erreur puisse ne pas être directement attribuée à la gestion en SOP du prélèvement, les incidents étaient écartés. Tous les autres incidents ont été comparés au nombre total de prélèvements consignés dans le Système de

UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

**Perioperative
Nurses Week is
November 7 - 11, 2016.**

**La semaine des
infirmières et des
infirmiers en soins
périopératoires est du
7 au 11 novembre 2016.**

ORNAC & PROVINCIAL COUNCILS L'AIISOC ET LES CONSEILS PROVINCIAUX

25th ORNAC National Conference	Niagara Falls, ON	Apr 30 - May 4, 2017
ORNAA Provincial Conference	Red Deer, AB	Sept 21 - 24, 2016
SORNG Education Day	Regina, SK	Oct 1, 2016
CIISOQ/CORNQ 36th Conference	Levis, Quebec	Oct 12 - 15, 2016
Atlantic OR Nurses Conference	Halifax, NS	Sept 22 - 24, 2016

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
ASIORNA (www.asiorna.org)	Hong Kong	Oct 8 - 10, 2016
CORL (www.operatingroomleaders.com)	Toronto, ON	Nov 13 - 15, 2016

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

ERREURS D'ÉTIQUETAGE (suite)

gestion des renseignements sur les patients peropératoires et destinés à être envoyés au département d'histologie afin de déterminer le dénominateur et la véritable signification du tissu (Tableau 1).

Les erreurs totales entre 2012 et juin 2014 ont ensuite été réparties en différents types spécifiques d'erreurs de prélèvements, y compris :

- Erreur d'étiquetage du patient : l'étiquette d'identité du patient sur l'éprouvette du prélèvement ne correspond pas à l'identité du patient sur le formulaire de réquisition;
- pas d'étiquette pour identifier le patient sur l'éprouvette du prélèvement;
- pas de prélèvement dans une éprouvette étiquetée et accompagnée d'un formulaire de réquisition (Image 2).

L'avantage de cette méthode d'analyse est qu'elle a permis de mettre en contexte des

erreurs détaillées (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Mahajan, 2010). Le groupe d'erreurs le plus important par type était les prélèvements non étiquetés (n=17, 53 pour cent du nombre d'erreurs signalées), suivi par les erreurs d'étiquetage pour identifier le patient sur le prélèvement (n=7, 25 pour cent) et enfin, les prélèvements manquants dans les éprouvettes de prélèvements à l'arrivée au laboratoire (n=6, 19 pour cent).

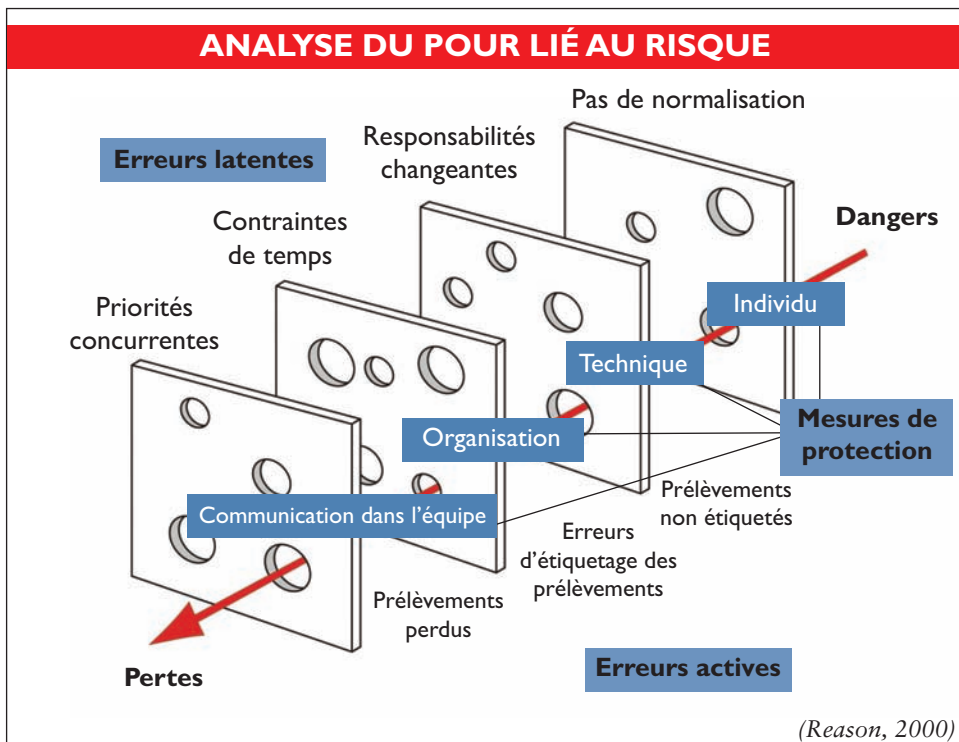
Un prélèvement possédait la bonne étiquette d'identité du patient, mais le site de prélèvement du tissu indiqué sur l'éprouvette était incorrect. Nous ne connaissons pas les répercussions qu'ont les délais générés par la correction des mauvaises étiquettes d'identité des patients et des éprouvettes de prélèvements non étiquetées. Cependant, dans le cas des prélèvements manquants, les analyses en laboratoire n'ont pas pu être effectuées. Il a été signalé que les prélèvements étaient plus susceptibles d'être perdus, mal étiquetés, égarés ou

pas du tout recueillis plutôt que d'être perdus lors du transport vers le laboratoire (Pennsylvania Patient Safety Authority, 2005; Slavin et al., 2001).

Après mûre réflexion, ces pourcentages semblent minimes. Il est toutefois important de reconnaître leur potentiel à causer des dommages. Un seul prélèvement mal étiqueté pourrait avoir un impact dévastateur sur la personne concernée. Un exemple de ce genre est mentionné dans un rapport rendu par le ministère de la Santé en 2012, où cinq événements sentinelles se sont soldés par des interventions chirurgicales non nécessaires ou aucune intervention en raison des erreurs d'étiquetage et d'identification de patients lors de la phase en laboratoire du traitement des prélèvements (Comité national pour passer en revue les erreurs de biopsies du sein, 2012).

Le modèle de Reason a été utilisé pour l'analyse et a permis de comparer les

Image 3 : Modèle de Reason en forme de fromage utilisé pour analyser le risque latent et actif lié aux erreurs d'étiquetage des prélèvements.



(Reason, 2000)

erreurs actives signalées au processus normalisé déterminé par le groupe de discussion pour voir exactement où dans le processus l'erreur peut être identifiée et ainsi déterminer quelle intervention serait la plus efficace à ce point (Image 3).

Les erreurs latentes se réfèrent aux erreurs causées par un palier de décision supérieur ou sont des décisions prises à un niveau supérieur qui ont des répercussions sur les conditions pratiques de travail, comme les politiques, les contraintes de la dotation, les contraintes de temps et les priorités concurrentes. Les erreurs actives sont des écarts et des manquements qui ont un impact direct sur le patient ou le processus (Reason, 2000). Les mesures de protection sont là où l'on peut empêcher les erreurs de se produire. Le modèle de Reason revêt deux approches qui font appel : à la personne et au système (Reason, 2000).

Une étape en particulier a été soulignée comme étant un point de vérification essentiel, soit la section « Retour sur

l'intervention » de la « Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire » parce qu'elle demande l'attention de toute l'équipe pour que cette dernière se concentre sur l'aspect sécuritaire pour le patient quant à la collecte de prélèvements. À ce point, il était important de peaufiner la technique pour la vérification des prélèvements afin d'encourager les personnes impliquées à lire directement de l'étiquette sur l'éprouvette du prélèvement tout en vérifiant :

- le formulaire de laboratoire;
- deux pièces d'identité du patient;
- le nom et le site du prélèvement;
- que le prélèvement est bien présent.

Cette étape du processus impliquait de partager les pratiques attendues avec l'équipe multidisciplinaire tout en introduisant parallèlement les modifications au processus de la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire. Ce point de vérification essentiel a aussi été présenté lors d'une réunion de haut niveau du comité chirurgical et il a été appuyé par tous les directeurs cliniques

dans l'ensemble des services chirurgicaux.

Résultats

Avant l'initiative de contrôle de la qualité, les erreurs d'étiquetage des prélèvements avaient été sous-signalées par le laboratoire d'histologie et il était par conséquent difficile de déterminer avec précision le taux réduit des erreurs après l'introduction du processus normalisé de collecte des prélèvements. On a observé une baisse notable des erreurs signalées grâce au processus de signalement des incidents malgré une augmentation du nombre de signalements par le personnel en laboratoire. Par contre, plus de temps est nécessaire pour déterminer quelle importance cela aura sur les résultats en raison de la rareté du taux d'erreur. Le département d'histologie a cependant déclaré une réduction en termes d'erreurs d'étiquetage des prélèvements depuis la mise en place du projet de contrôle de la qualité et la surveillance continue des incidents signalés par le laboratoire déterminera en fin de compte le succès de cette intervention. La formation à l'intention du personnel en histologie quant à la façon de signaler avec exactitude les erreurs d'étiquetage des prélèvements faites par les SOP et la garantie que toutes les erreurs d'étiquetage des prélèvements feraient l'objet d'un suivi, a engendré une hausse de signalement des incidents. Une meilleure communication entre le laboratoire en tant que service de soutien et les SOP afin qu'ils travaillent en équipe dans le continuum du patient ont permis de développer une culture commune favorisant la sécurité des patients, ciblant la surveillance continue et l'amélioration de la qualité.

Discussion

Les incidents liés aux problèmes d'étiquetage des prélèvements sont peu fréquents et relativement rares. Toutefois, ils surviennent en grande partie lors des phases pré-analytiques (SOP) et post-analytiques (pathologie) de la gestion des prélèvements. Les erreurs d'étiquetage sur les prélèvements et les prélèvements non étiquetés peuvent survenir à une

fréquence de 0,4 à 0,1 pour cent, cependant plusieurs erreurs peuvent passer inaperçues étant donné que le processus dépend des facteurs humains et des vérifications exactes d'identité du patient et du prélèvement (Morrison et al., 2010). Comme les résultats de cette analyse pilote des rapports d'incidents, il a également été déterminé que les éprouvettes non étiquetées de prélèvements étaient les erreurs d'étiquetage de prélèvements les plus souvent signalées lors d'une étude de cohorte prospective menée par Makary et al., (2007). Cette étude visait à identifier et à évaluer la fréquence des erreurs d'étiquetage de prélèvements en SOP.

Il a été reconnu qu'un processus normalisé est nécessaire pour réduire les erreurs. Il n'existe cependant aucune norme internationale ou nationale précisant le processus de collecte des prélèvements et il a été suggéré que cette responsabilité tombe dans le vide entre l'environnement clinique et le laboratoire (Plebani, 2012). La littérature propose que cela soit abordé en normalisant le processus de collecte des prélèvements (Hicks, 2014; Kim et al., 2013; Layfield & Anderson, 2010; Makary et al., 2007; Slavin et al., 2001; Zarbo & D'Angelo, 2007).

Des normes de pratique ont été intégrées au processus afin d'appuyer et de fournir les données probantes nécessaires, pour que le processus puisse être mis en œuvre dans les départements de SOP d'autres organismes (Connor et al., 2013).

Pour réduire les variabilités, on doit normaliser les tâches et les processus, réduire le nombre d'étapes possibles et peaufiner le processus. De plus, cela permet d'améliorer la sécurité des patients, de prévenir la perte de temps pour le personnel en laboratoire qui doit faire le suivi des erreurs de prélèvements, de réduire les dépenses et de faciliter le processus.

La recherche-action effectuée à l'aide d'un groupe de discussion a aidé à élaborer un processus normalisé de collecte de prélèvements qui a fait passer la responsabilité découlant des hypothèses

des personnes au sujet de la pratique à une approche systématique dotée de mesures de protection intégrées, comme il est recommandé dans les données probantes (Collins, Newhouse, Porter, & Talsma, 2014; Kohn et al., 2000; Anonyme, 2008). De plus, la section « Retour sur l'intervention » de la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire fournit une fonction forcée nécessitant l'examen physique du prélèvement et la discussion en équipe, tout en faisant en sorte que l'équipe se concentre sur l'aspect de la sécurité du patient liée au processus de collecte des prélèvements (Organisation mondiale de la Santé, 2009). Un changement de la pratique résulte d'une intervention conçue grâce à la collaboration avec des participants qui connaissent le phénomène dans le contexte de leur propre pratique et qui sont capables de remettre en question les hypothèses existantes (Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Plebani, 2012). La recherche-action implique une réflexion et une auto-réflexion critique sur la pratique qui sont ensuite partagées avec les autres et qui donnent l'occasion d'apprendre des autres (McNiff, 2013).

L'analyse des erreurs de Reason illustre le point où les incidents sont plus susceptibles d'être le résultat d'une défaillance des systèmes plutôt que d'une erreur commise par un individu. Ce modèle peut au contraire permettre de voir l'incident au-delà de la défaillance en elle-même en l'analysant par rapport aux hypothèses plus larges liées au comportement humain afin de déterminer son contexte dans l'organisation. Reason décrit une erreur comme l'incapacité d'une séquence planifiée à atteindre les résultats prévus lorsque cette incapacité ne peut être attribuée à la chance (Collins et al., 2014; Kohn et al., 2000).

La collecte et la manipulation de prélèvements exigent une série de processus présumés qui reposent sur certains principes d'organisation pour la protection de la sécurité des patients. D'ailleurs, la Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire représente un redoutable obstacle pour les erreurs si elle est exécutée comme prévu (Collins et al., 2014).

Remerciements : Cet article a été rédigé à partir d'un texte ayant gagné le prix Surgico Free Paper du Perioperative Nurses College (PNC) lors de la Conférence de la New Zealand Nurses Organization en septembre 2015.

Cet article a été à l'origine publié dans *The Dissector*, vol. 43, n° 3, pages 23, 26-28, décembre 2015. Réimprimé avec l'autorisation du Perioperative Nurses College (PNC), New Zealand Nurses Organization (NZNO).

« 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, p.208-211, norme(s) 3.2.97 à 3.2.113 et les chirurgies sécuritaires sauvent des vies : Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire. AIISOC, section 1, page 31. »

Il existe différents points de vue quant à l'utilisation de la technologie informatique, comme l'utilisation d'un code à barres pour réduire les erreurs d'étiquetage des prélèvements (Kim et al., 2013; BhatTiwari, Chavan & Kelkar, et al., 2012). Les coûts seraient sans contredit un désavantage et l'utilisation de codes à barres ne serait pas nécessairement une solution pour les 17 prélèvements non étiquetés.

CONCLUSION

Bien que la plupart des incidents internes d'organisation éveillent notre attention quant aux accidents évités de justesse liés aux erreurs d'étiquetage des prélèvements en SOP, ces incidents ont permis de développer un système qui surveille la sécurité des patients de façon indirecte et qui a la capacité d'améliorer continuellement la qualité des soins que nous offrons à nos patients. Le processus de collecte des prélèvements repose sur une fonction humaine ce qui le rend vulnérable aux éléments humains et aux influences de l'organisation, comme les contraintes de temps. La normalisation d'un tel processus permet de garantir la cohérence et de fixer une norme à partir de laquelle les attentes de la pratique seront établies.

RÉFÉRENCES :

Anonyme, Taking steps to protect patients from specimen-handling errors, 2008, *OR Manager*, 24(12), 1.

Auckland District Health Board, Data collected from the risk monitor pro system and patient information management system, 2014, Auckland District Health Board, Auckland.

Bhat, V., Tiwari, M., Chavan, P., & Kelkar, R., Analysis of laboratory sample rejections in the pre-analytical stage at an oncology centre, 2013, *Clinica Chimica Acta*, 473,1203-1206. Téléchargé de doi:10.1016/j.cca.2012. 03.024

Collins, S. J, Newhouse, R., Porter, J, &Talsma, A., Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting

Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model, 2014, *AORN Journal*, 700(1), 65-79. Téléchargé de doi: 10.1016/j.aorn.2013.07.024

Conner, R, Burlingame, B, Denholm, B, Link, T, Ogg, M., Spruce, L, Spry, C., Van Wicklin, S., & Wood, A., Perioperative Standards and Recommended Practices: Recommended Practices for the Care and Handling of Specimens in the Perioperative Environment, 2014. Téléchargé de doi: 10.6015/psrp. 14.01.0375.

Curtis, E., & Redmond, R., Focus groups in nursing research, 2007, *Nurse Researcher*, 74(2), 25-37.

Hicks, D. G., Standardization of Tissue Handling from the OR to the Laboratory, 2014, *AORN Journal*, 99(6), 810-813. Téléchargé de doi: 10.1016/j.aorn .2014.03.005

Holter, I. M, & Schwartz-Barcott, D., Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing?, 1993, *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298-304. Téléchargé de doi: 10.1046/J.1365-2648.1993. 18020298.

Kim, J. K., Dotson, B., Thomas, S, & Nelson, K. C., Standardized patient identification and specimen labeling: A retrospective analysis on improving patient safety, 2013, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(1), 53-56.

Kohn, L. T, Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S., To Err Is Human: Building a Safer Health System, 2000, (Vol. 627): National Academies Press.

Layfield, L. J, & Anderson, G. M., Specimen Labeling Errors in Surgical Pathology an 18-Month Experience, 2010, *American journal of clinical pathology*, 134(3), 466-470.

Makary, M. A., Epstein, J., Pronovost, P. J., Millman, E. A., Hartmann, E. C., & Freischlag, J. A., Surgical specimen identification errors: A new measure of

quality in surgical care, 2007, *Surgery*, 141(4), 450-455.

McNiff, J., *Action research: Principles and practice*, 2013, Routledge.

Morrison, A. R., Tanasijevic, M. J., Goonan, E. M., Lobo, M. M., Bates, M. M., Lipsitz, S. R., Melanson, S. E. F., Reduction in specimen labeling errors after implementation of a positive patient identification system in phlebotomy, 2010, *American journal of clinical pathology*, 733(6), 870-877.

Nakhleh, R. E., Patient safety and error reduction in surgical pathology, 2008, *Archives of pathology & laboratory medicine*, 132(2), 181-185.

National Panel to Review Breast Biopsy Errors, Report of the National Panel to Review Breast Biopsy Errors: Findings and recommendations, 2012, Wellington: Ministry of Health.

Téléchargé du site Web : <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/breast-biopsy-errors-report-v3.pdf>

Pennsylvania Patient Safety Authority, Lost Surgical Specimen, Lost Opportunities, 2005, *Pennsylvania Patient Safety Advisory*, 2(3), 1-5. Téléchargé du site Web : <http://www.patientsafetyauthority.org>

Plebani, M., Quality indicators to detect pre-analytical errors in laboratory testing, 2012, *The Clinical Biochemist Reviews*, 33(3), 85.

Reason, J., Human error: models and management, 2000, *Bmj*, 320,7237), 768-770.

Sehgal, N., Booth, J, & Cameron, J., Problem with the Parts was Part of Our Problem: A Specimen Safety Initiative, 2012, *Clinical Leadership &*

Management Review, 26(3), 22-27.

Slavin, L., Best, M. A., & Aron, D. C., Gone but not forgotten: the search for the lost surgical specimens: application of quality improvement techniques in reducing medical error, 2001, *Quality Management in Healthcare*, 70(1), 45-53.

Organisation mondiale de la Santé, Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009 : Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies, L'étiquetage des prélèvements (lecture à voix haute des étiquettes, y compris le nom du malade), 2009, (pp. 76-77), Genève, Suisse: Presse de l'OMS.

Zarbo, R. J., & D'Angelo, R., The Henry Ford Production System Effective Reduction of Process Defects and Waste in Surgical Pathology, 2007, *American journal of clinical pathology*, 728(6), 1015-1022.

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

PRODUITS MÉDICAUX

Johnson & Johnson

MEDICAL PRODUCTS

A DIVISION OF *Johnson & Johnson, INC.*

Submit an article to ORNAC Journal and you could be awarded up to \$3,000! This is an annual award presented to the author(s) of the best article(s) in each calendar year. It is designed to recognize Canadian perioperative nurses who contribute to the advancement of the profession and to the education of their colleagues through informative and relevant articles.

For more details visit www.ORNAC.ca
Click on Bursaries, Grants & Awards

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

PRODUITS MÉDICAUX

Johnson & Johnson

MEDICAL PRODUCTS

A DIVISION OF *Johnson & Johnson, INC.*

Soumettez un article à la revue de l'AIISOC et courez la chance de gagner jusqu'à 3 000 \$! Ce prix annuel est décerné à l'auteur(e) ou aux auteur(e)s du meilleur article de chaque année civile. Le prix est conçu pour reconnaître les infirmières et infirmiers qui contribuent à l'avancement du domaine des soins périopératoires et à la formation de leurs collègues en rédigeant des articles instructifs et pertinents.

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

Appel de mise en candidature 2017 de l'AIISOC



Operating Room Nurses
Association of Canada

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

I) Postes au conseil d'administration provincial

Postes à pourvoir ayant un mandat de deux ans :

Colombie-Britannique • Saskatchewan • Ontario • Québec • Nouvelle-Écosse

Fil des événements provisoire :

- Septembre 2016 – Un appel de mises en candidature est publié dans la Revue de l'AIISOC, sur le site Web de l'AIISOC, sur la page Facebook de l'AIISOC et par le biais d'un envoi par courriel aux membres provinciaux.
- Octobre 2016 – Une trousse de mises en candidature de l'AIISOC est envoyée par voie électronique à la présidente du conseil provincial. La trousse comprend toute l'information générale, y compris les formulaires pour les biographies, les soumissions de mises en candidature et tous les documents connexes, le processus d'élection et les bulletins de vote électronique.
- Novembre 2016 – La présidente du conseil provincial est responsable d'envoyer par courriel la trousse de mises en candidature à tous les membres de sa province.
- Janvier 2017 – Les mises en candidature doivent être reçues par la présidente du conseil provincial.
 - o La présidente du conseil provincial détermine quels candidats répondent aux critères pour le poste au Conseil d'administration de l'AIISOC. Les mises en candidatures sont passées en revue par le comité provincial de mises en candidature.
- Février 2017 – Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat à un poste, une élection aura lieu dans la province en question. S'il y a seulement un candidat, aucune élection n'aura lieu et le nom du candidat sera ajouté à la liste nationale de candidatures pour le vote des membres de l'AIISOC qui aura lieu lors de l'AGA.
- Février 2017 – Si une élection doit se tenir, les membres du conseil provincial seront avisés des candidats, de la date de l'élection et du processus d'élection par vote électronique. Les biographies et l'information générale sur tous les candidats seront disponibles sur le site Web provincial et (ou) peuvent être envoyés par courriel par la présidente du conseil provincial.
- Mars 2017 – La présidente du conseil provincial envoie les bulletins de vote électronique à tous les membres provinciaux ayant le droit de voter.
 - o Tenue des élections.
 - o La présidente du conseil provincial nomme deux agents électoraux parmi les cadres supérieurs ou les membres du conseil provincial pour totaliser les résultats de l'élection.
 - o La présidente du conseil provincial avise par courriel la présidente des mises en candidature de l'AIISOC du nom du candidat sélectionné.
- Avril 2017 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2017 - Lors de l'AGA de l'AIISOC, les membres de l'AIISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Juin 2017 - Le nouveau conseil d'administration est présenté par le biais du site Web de l'AIISOC et d'un envoi par courriel en masse aux membres de l'AIISOC.
- Septembre 2017 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS SUR LE PROCESSUS DE MISE EN CANDIDATURE DE L'AIISOC, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LA PRÉSIDENTE DES MISE EN CANDIDATURE DE L'AIISOC À NOMINATION@ORNAC.CA.

2) Postes de membres de la direction et du conseil d'administration

Poste à pourvoir ayant un mandat de deux ans :

président(e) élu(e) • Secrétaire

Fil des événements provisoire :

- Décembre 2016 - Un appel de mises en candidature est lancé à l'échelle nationale par le biais du site Web de l'AIISOC, sur la page Facebook de l'AIISOC et par courriel de la part de l'AIISOC et des conseils provinciaux.
- Février 2017 - Les candidats doivent soumettre leurs documents de mise en candidature à la présidente des mises en candidature et de l'élection de l'AIISOC et exprimer leur intention de présenter leur candidature à ce poste.
- Février 2017 - La présidente des mises en candidature et de l'élection sélectionne les candidats répondant aux critères du poste au conseil d'administration et en avise le conseil d'administration de l'AIISOC.
- Février 2017 - Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat, une élection nationale aura lieu.
- Février 2017 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres de l'AIISOC ayant le droit de voter.
- Mars 2017 - Tenue de l'élection.
- Avril 2017 - La présidente des mises en candidature et de l'élection avise (par écrit) la présidente de l'AIISOC du nom du candidat sélectionné.
- Avril 2017 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2017 - Lors de l'AGA de l'AIISOC, les membres de l'AIISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Mai 2017 - Le nouveau conseil d'administration est présenté aux membres de l'AIISOC lors de l'AGA de l'AIISOC.
- Septembre 2017 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC.

3) Postes du conseil d'administration représentant les sièges des représentants en matière de leadership, d'éducation et de pratique avancée

Postes à pourvoir ayant un mandat de deux ans :

pratique avancée

Fil des événements provisoire :

- Septembre 2016 - Une trousse de mises en candidature de l'AIISOC sera disponible sur le site Web de l'AIISOC. La trousse comprend toute l'information générale, y compris les formulaires pour les biographies, les soumissions de mises en candidature et tous les documents connexes.
- Octobre 2016 - Les candidats doivent soumettre leurs documents de mise en candidature au comité des mises en candidature de l'AIISOC et exprimer leur intention de présenter leur candidature au poste.
 - o Le comité des mises en candidature révisé toutes les mises en candidature et sélectionne les candidats répondant aux critères du poste au conseil d'administration de l'AIISOC. La présidente des mises en candidature soumet le nom des candidats sélectionnés au conseil d'administration de l'AIISOC.
- Novembre 2016 - La présidente du comité des mises en candidature présente la liste des candidats admissibles lors d'une réunion du conseil d'administration.
- Novembre 2016 - Les candidats sont avisés s'ils répondent ou non aux critères de mise en candidature. S'il y a plus d'un candidat à un poste, une élection aura lieu. Les biographies et l'information générale sur tous les candidats seront disponibles sur le site Web provincial et (ou) peuvent être envoyés par courriel par le comité des mises en candidature à la demande des membres de l'AIISOC.
- Janvier 2017 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres nationaux ayant le droit de voter.
 - o Tenue de l'élection.
 - o Le comité des mises en candidature totalise les bulletins de vote.
- Février 2017 - La présidente des mises en candidature avise par écrit la présidente de l'AIISOC du nom du ou des candidat(s) sélectionné(s) et la présidente de l'AIISOC en informe tout le conseil d'administration.
- Avril 2017 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- Mai 2017 - Lors de l'AGA de l'AIISOC, les membres de l'AIISOC ayant le droit de vote exercent leur droit de vote à partir de la liste de candidatures finale.
- Juin 2017 - Le nouveau conseil d'administration est présenté par le biais du site Web de l'AIISOC et d'un envoi par courriel en masse aux membres de l'AIISOC.
- Septembre 2017 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC et sur le site Web de l'AIISOC.

LE COMITÉ DES NORMES DE L'AIISOC

Vers les lignes directrices :

Première partie « Qui SOPmes-nous? »

Cet article est le premier d'une série de trois articles soulignant le processus entrepris par le comité des normes de l'AIISOC 2015-2017 pour passer des « Normes de pratique » aux « Lignes directrices pour la pratique ».

Dans cet article, nous vous présenterons les membres du comité des normes. Les normes de l'AIISOC relève du pilier Pratique professionnelle qui est actuellement présidé par l'ancienne présidente de l'AIISOC, Rupinder Khotar. Le comité se compose de huit infirmières en soins périopératoires de partout au Canada ayant d'excellents titres de compétence et beaucoup d'expérience. Le comité des normes révisera et corrigera les sections 3 et 4 des Normes de l'AIISOC avant l'impression de la 13e édition. Il répondra aux questions de l'ensemble des membres et, si les réponses ont des répercussions sur une norme, peu importe où elle se situe dans le document, cette norme sera également révisée et corrigée en conséquence. Un minimum des deux sections (3 et 4) aura été validé par une tierce partie, révisé à l'externe et approuvé, le cas échéant.

Le comité est co-présidé par deux des huit infirmières en soins périopératoires faisant partie du comité. Le rôle des

L'objectif est d'avoir le document, en français et en anglais, prêt pour la prochaine conférence, à Niagara Falls, en 2017.

deux co-présidentes est de surveiller le processus déterminé par les membres du comité des normes pour la révision, la correction, l'amorce du processus de validation et la transition du format actuel des normes à celui de lignes directrices. Elles sont aussi responsables de veiller à ce que les parties terminées du document soient envoyées au service de traduction en français. L'objectif est d'avoir le document, en français et en anglais, prêt pour la prochaine conférence, à Niagara Falls, en 2017.

Pour vous présenter les membres du comité, je commencerai par les deux co-présidentes :

Corenia Price, inf., CSP(C), TARDM est infirmière-spécialiste régionale en retraitement des dispositifs médicaux / soins périopératoires pour l'autorité sanitaire Labrador Grenfell Health. Corenia a été membre du conseil d'administration de l'AIISOC représentant Terre-Neuve-et-Labrador (2006-2010 et 2014-2016) et, pour la

deuxième fois, est membre du comité des normes de l'AIISOC ayant déjà siégé à ce comité de 2006 à 2010.

Chris Downey, inf., B.Sc.Inf., diplôme soins intensifs, CSP(C), M.Sc., IPAC est président du pilier Recherche et informatique en soins infirmiers de l'AIISOC et travaille comme infirmier premier assistant à Kingston, ON. Chris a siégé au conseil d'administration de l'AIISOC en tant que représentant de l'Ontario et comme président du Registered Nurse First Assistant Network of Canada (RNFANC). C'est la troisième fois que Chris est membre du comité des normes de l'AIISOC où il a siégé pour la dernière fois de 2009 à 2011.

Rencontrons maintenant les membres du comité des normes qui ont fait don de leur temps et de leur expertise afin de renforcer et de commencer à transformer le document :

Margaret Farley, inf., B.Sc.Inf., CSP(C) est actuellement membre du corps

professoral pour le programme en soins périopératoires de l'École des sciences infirmières de la Saskatchewan Polytechnic. Margaret est la représentante du conseil provincial de l'AIISOC pour la Saskatchewan. Margaret a déjà siégé au conseil d'administration de l'AIISOC à titre de représentante provinciale et a déjà été membre du conseil de direction de l'AIISOC. Son dernier mandat au sein du comité des normes était de 2006 à 2007.

Erin Robertson, inf., B.Sc.Inf. (spécialisé), M.S.Inf., CSP(C) est infirmière-spécialiste clinique au sein des services de soins périopératoires de l'Hôpital Mount Sinai, à Toronto, ON. Erin détient également un diplôme (spécialisé) en publicité et relations publiques. Elle est actuellement présidente du Operating Room Nurses of Greater Toronto (ORNGT) et siège au conseil d'administration de la PeriOperative Registered Nurses Association of Ontario (ORNAO). Erin est pour la première fois membre du comité des normes de l'AIISOC.

Josée Sauriol, inf., B.Sc.Inf., ONDEC, diplôme salle d'opération, CSP(C) est une infirmière éducatrice au CHU de Québec-Université Laval. Elle représente sa province au sein du conseil d'administration de l'AIISOC et est la présidente de la Corporation des infirmières et des infirmiers de salle d'opération du Québec. Elle contribue au comité des normes pour la deuxième fois.

Shaindel Egit, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C) est infirmière éducatrice clinique en salle d'opération et endoscopie à l'Hôpital général de North York et elle travaille comme infirmière de soins généraux. En 2014, Shaindel a reçu la bourse Miriam Bracken, remise par la Registered Nurses Foundation Of Ontario. Elle est également membre de la RNAO et de Sigma Theta Tau International. En 2015, Shaindel a obtenu une maîtrise en soins infirmiers, spécialisée en leadership, éducation et élaboration de politiques. Shaindel a été conférencière

lors des conférences nationale et provinciale. C'est la première fois que Shaindel travaille au sein du comité des normes.

Heather Lithgow, inf., B.Sc.inf., M.S.inf., CSP(C) est spécialiste en soins des patients en SOP/unité de soins postanesthésiques au Lakeridge Health, l'un des hôpitaux communautaires les plus importants en Ontario. Elle a auparavant assumé des rôles clinique et de leadership dans les services d'endoscopie, de pré-admission chirurgicale, des salles d'opération et de retraitement des dispositifs médicaux. En 2015, Heather a obtenu sa maîtrise en soins infirmiers, spécialisée en leadership, politiques de la santé et éducation. Elle participe activement au sein de la communauté des soins périopératoires en tant qu'ancienne membre du conseil de direction et présidente des programmes de la

Operating Room Registered Nurses Association of Greater Toronto (ORNGT), et à titre de conférencière lors des conférences nationale et provinciale en 2013, 2015 et 2016. Heather s'est jointe pour la première fois l'année dernière au comité des normes.

Lucia Pfeuti, inf., B.S.Inf., CSP(C) est infirmière éducatrice clinique en salle d'opération au Foothills Medical Centre à Calgary, Alberta. Elle a déjà siégé au conseil d'administration de l'AIISOC (2012 à 2014) et a terminé dernièrement son mandat en tant que représentante du conseil provincial pour la province de l'Alberta (2014 à 2016). Lorsqu'elle siégeait au conseil d'administration de l'AIISOC, elle a participé en tant que membre au comité pour la planification de la conférence nationale de 2013 et au comité des normes en 2015. Elle est demeurée au



Nous espérons que vous apprécierez la lecture de notre série *Vers les lignes directrices!*

sein du comité des normes pour une année additionnelle afin d'assurer la continuité de l'ancien comité.

Sylvie Beaugard, inf. possède 33 ans d'expérience en tant qu'infirmière au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et est chef d'équipe depuis 14 ans. Elle a obtenu son diplôme de l'Université de Montréal et travaille dans le département de la chirurgie depuis 1989. Elle est bien connue pour sa participation au sein de la Corporation des infirmières et des infirmiers de salle d'opération du Québec et pour sa passion pour les soins périopératoires, surtout la gestion du risque, la prévention des infections, les normes de soins périopératoires et la formation des infirmières/infirmiers

et des infirmières/infirmiers auxiliaires. En 2011-2012, elle a aidé à traduire les normes et elle le fait encore pour la version 2017 des normes.

La prochaine fois, nous décrirons un nouvel effort de collaboration entre l'AIISOC et Dr Kevin Woo, Ph.D., inf., qui, avec ses étudiants de l'Université Queen's, à Kingston, ON, validera les changements apportés aux Normes de l'AIISOC lors de leur transition vers des lignes directrices. L'article décrira également le processus de révision, l'ajout des niveaux de preuve et les délais pour le processus de validation. Nous espérons que vous apprécierez la lecture de notre série *Vers les lignes directrices!*

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.

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

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



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

Prix d'excellence en soins périopératoires Isabelle Adams

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

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

Veillez visiter le site Web de l'AIISOC (www.AIISOC.ca) pour plus de détails (disponible en anglais seulement). Cliquez sur *Bursaries, Grants & Awards*. La date limite des soumissions est le 15 janvier 2017.

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

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

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

Les candidats au prix doivent :

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

La date limite pour soumettre les mises en candidature est le 15 janvier 2017.

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

Prix de leadership Muriel Shewchuk

Le **Prix de leadership Muriel Shewchuk** est remis par l'AIISOC à un infirmier ou une infirmière autorisé(e) en soins périopératoires qui, par ses qualités de leader, a contribué de façon exceptionnelle à la pratique des soins périopératoires au plan local, provincial, national ou international. Le ou la récipiendaire du prix se verra remettre un montant de 2 500 \$, un certificat ainsi qu'une épinglette de récompense. Un montant additionnel de 2 500 \$ sera également versé pour promouvoir la formation d'infirmiers et d'infirmières autorisés(es) en soins périopératoires au fonds d'éducation du lieu de travail provincial/local/régional sélectionné par le ou la récipiendaire, avec l'accord du comité des prix de l'AIISOC, ou le ou la récipiendaire pourra choisir d'assister à la conférence CORL.

Les candidats au prix doivent :

- Être un(e) leader en soins périopératoires – officiellement ou non
- Être membre en règle de l'AIISOC
- Leur mise en candidature doit être appuyée par au moins deux collègues/associés;

La date limite pour soumettre les formulaires de mise en candidature est le **15 janvier 2017**.

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

Prix commémoratif Lorne Flower

John Flower a généreusement créé le **Prix commémoratif Lorne Flower** en souvenir de la contribution de son père, Lorne Flower, à la fondation de l'AIISOC et du soutien qu'il lui a apporté. Les contributions de Lorne Flower seront célébrées à vie, deux fois par année, grâce à ce prix reconnaissant les talents et les connaissances d'une personne ainsi que ses contributions exceptionnelles au conseil de l'AIISOC.

Lorne Flower était un représentant de l'industrie médicale ayant une relation très spéciale avec l'AIISOC. Lorne a travaillé en étroite collaboration avec Valerie Shirreff, première présidente de l'AIISOC, et de nombreuses autres personnes impliquées dans les premiers pas de l'association. Lorne a également été le premier président de la National Exhibitor's Association of Canada (fondée en 1984) et, au cours de son long mandat à ce poste, a contribué à déterminer les bases financières de l'AIISOC. Lorne a continué d'appuyer l'AIISOC tout au cours de sa carrière et il était réputé pour sa gentillesse et son sourire chaleureux.

Le prix d'un montant de 400 \$ est remis lors de la conférence nationale à un ancien membre ou à un membre actuel du conseil de l'AIISOC. La date limite pour la prochaine mise en candidature est le 15 janvier 2017.

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

STANDARDS COMMITTEE

Journey to Guidelines:

Part One “Who ‘OR’ we?”

This is the first in a series of three articles outlining the process undertaken by the 2015-2017 ORNAC Standards Committee to transition from ‘Standards of Practice’ to ‘Guidelines for Practice’.

In this article you will be introduced to the members of the Standards Committee. ORNAC Standards fall under the purview of the Professional Practice Pillar which is currently chaired by ORNAC Past President Rupinder Khotar. The committee itself consists of 8 perioperative nurses, from across Canada, with excellent academic qualifications and a great depth of experience. The Standards Committee will review and revise section 3 and section 4 of the ORNAC Standards before the 13th Edition is sent to print. They will have answered questions from the general membership and, where the answers impact a Standard, from anywhere in the document, that Standard will also be reviewed and revised accordingly. A minimum of the two sections (3 and 4) will have been validated by a third party, reviewed externally and endorsed where appropriate.

The committee is co-chaired by two of the eight perioperative nurses on the committee. The role of the two co-chairs is to oversee the process identified by the Standards Committee members for review, revision, initializing the validation process, and transitioning the current Standards format to become

The goal is to have both a French and English document ready for the next conference, in Niagara Falls, in 2017.

Guidelines. They are also responsible for ensuring the completed parts of the work are sent for French translation. The goal is to have both a French and English document ready for the next conference, in Niagara Falls, in 2017.

As an introduction to this committee I will start by introducing you to the Co-Chairs.

Corenia Price, RN, CPN(C), CMDRT is the Corenia Price, Regional Nurse Specialist Instrument Reprocessing/ Perioperative for Labrador Grenfell Health. Corenia has been a member of the ORNAC Board of Directors of ORNAC representing Newfoundland and Labrador (2006-2010 and 2014-2016) and is a second time member of the ORNAC Standards Committee who previously served from 2006-2010.

Chris Downey, RN, BScN, Dipl Critical Care, CPN(C), MSc, RNFA is the ORNAC Pillar Chair for Research and Nursing Informatics and works as an RN First Assist in Kingston, ON. Chris has served on the ORNAC Board as the representative for Ontario and as the Chair of the

Registered Nurse First Assistant Network of Canada (RNFANC). Chris is a three-time member of the ORNAC Standards Committee and last served from 2009- 2011.

Now let’s meet the members of the Standards Committee who have volunteered their time and expertise to strengthen and begin transforming the document:

Margaret Farley, RN, BSN, CPN(C) is presently a Faculty member, Saskatchewan Polytechnic, School of Nursing, Perioperative Nursing Program. Margaret is the ORNAC Provincial Council Representative for Saskatchewan. Margaret has served on the ORNAC Board as a provincial representative in the past and is a past member of the ORNAC Executive. She has served on the Standards committee in the past with her last term 2006-2007.

Erin Robertson, RN, BScN (Hons.), MN, CPN(C) is the Clinical Nurse Specialist, Perioperative Services at Mount Sinai Hospital in Toronto, ON. Erin also holds a Diploma (honours) in Advertising and Public Relations. She

We hope you will enjoy reading our *Journey to Guidelines* series!

is the current President of the Operating Room Nurses of Greater Toronto (ORNGT) and sits on the periOperative Registered Nurses Association of Ontario (ORNAO) board. This is Erin's first time as a member of the ORNAC Standards Committee.

Josée Sauriol, RN, BScN, ONDEC, operating room diploma, CPN(C) is a nurse educator at the CHU de Québec-Université Laval. She represents her province on the ORNAC board and is the President of the Corporation of Operating Room Nurses of Québec and is contributing to the Standards Committee for the second time.

Shaindel Egit, RN, BScN, MN, CPNC(C) Shaindel is a Clinical Nursing Educator for the Operating Room and Endoscopy at North York General Hospital, as well working casually as a staff nurse. Shaindel received the Miriam Bracken scholarship through the Registered Nurses Foundation Of Ontario in 2014. She also has memberships with RNAO and Sigma Theta Tau International. Shaindel received her Master of Nursing, with a focus in leadership, education and policy development in 2015. Shaindel has presented at both National and Provincial conferences. This is Shaindel's first opportunity to work the Standards Committee.

Heather Lithgow RN, BScN, MN, CPN(C) is a Patient Care Specialist in the OR/PACU at Lakeridge Health, one of the largest community hospitals in Ontario. Previously she has held clinical and leadership roles in endoscopy, surgical preadmission, operating room, and MDRD. Heather received her Masters of Nursing with a course focus in leadership, health policy and education in 2015. She is actively involved in the perioperative community as a past executive member and Program Convener for the Operating Room Registered Nurses Association of Greater Toronto (ORNGT), and a speaker both

nationally and provincially at conferences in 2013, 2015 and 2016.

Heather joined the standards committee for the first time this past year.

Lucia Pfeuti, RN, BN, CPN(C) is a Clinical Nurse Educator in the Operating Room at the Foothills Medical Centre in Calgary, Alberta. She has served on the ORNAC Board (2012-2014) and recently completed her term as Provincial Council Representative for Alberta (2014-2016). While on the ORNAC Board she participated as a member of the 2013 National Conference Planning Committee and the 2015 Standards Committee. She remained on the Standards Committee for an additional 1-year term to provide continuity from the previous committee.

Sylvie Beauregard, RN has 33 years' experience as a nurse at the Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) and has been a team leader for 14 years. She is a graduate of the Université de Montréal and has been working in the surgery department since 1989. She is well known for her involvement with the Corporation of Operating Room Nurses of Québec and her passion for perioperative nursing, particularly risk management, infection control, perioperative nursing standards and the training of nurses and nursing assistants. In 2011-2012 she helped translate the standards and is currently doing so again for the 2017 standards.

Next time we will describe a new collaborative effort between ORNAC and Dr. Kevin Woo, PhD, RN, who, along with his students at Queen's University, in Kingston, ON, will validate the changes to the ORNAC Standards as they transition to Guidelines. The article will also describe the revision process, the addition of levels of evidence, and the timelines for the validation process. We hope you will enjoy reading our *Journey to Guidelines* series!

Cardinal Health™
SMS Surgical Drapes

Fresh look

Same barrier protection

Enhanced drape features include:

- **Royal blue colour for SMS drape fabric**
 - Helps reduce glare from operating room lights
 - Provides colour contrast between drape fabric and reinforced areas for visual definition of critical zone
- **Standardized absorbent reinforcement material in critical zones**
 - Creates a more consistent look, feel and experience for clinicians
- **Enhanced reinforcement sizing on select codes**
- **Fabric anesthesia screen on select codes**

What's *not* changing?

Our Surgical Drapes still use high-performance SMS, a drapeable industry standard fabric that customers know and trust.

Fenestration sizes, catalog numbers and AAMI protection levels will remain unchanged.

For more information or to order, contact your Cardinal Health Canada sales representative today.





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

Criteria	Y/N	MD
* Surgical Site or incision is above the Xiphoid		
* Open Oxygen Source (patient receiving supplemental oxygen via any variety of face mask or nasal cannula)		
* Available Ignition source (i.e., electro-surgery unit, laser, defibrillator, burn, fiber-optic source etc.)		
TOTAL SCORE		

SCORING

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

FIRE RISK PROTOCOLS

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

Circulating Nurse

- Verify the target, including verbal confirmation of the oxygen percentage
- Ensure appropriate drying techniques to minimize oxygen concentration under the drapes
- Minimize ESO setting
- Assess that enough time has been allowed for fumes of alcohol based prep solutions to dissipate (minimum of 3 minutes)
- Encourage use of wet sponges
- Ensure a burst of steam valve and bulb syringe are available for fire suppression

Anesthesia Provider

Ensure that a syringe full of saline is on hand for procedures conducted within the oral cavity. Document oxygen concentration and flow. Use the MAC result for oxygen administration ability of 100% at 3 using fresh gas flow of at least 10 L/min.



STANDARD
FLIP FRAMES

COUNTS

DATE: _____ PATIENT: _____

PRE 1 2 Final

LAPO	SUTURE BOOTS
5 10 14 20 28 30	10 20 30 40
35 40 48 60 65 80	
85 90 95 98 99	

RAYTECS	VESSEL LOOPS
10 20 30 40 60	2 4 6 8 10
60 70 80 90 100	

COTTONBOBS	UMBILICAL TAPES
10 20 30 40 60	1 2 3 4 5
60 70 80 90 100	

PEANUTS	BULLDOGS
5 10 16 20 25 30 36 40 46 50	1 2 3 4 5
56 60 66 70 76 80 86 90 96 100	

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

PRELIMINARY RESULTS

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10

FINAL RESULTS

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10



DELUX
1/4" ACRYLIC WITH
OR WITHOUT SWITCHES

O.R. Safety Check Board

All items must be confirmed by 2 team members.

Patient's Name: _____

DOB: _____ Procedure: _____

Family Update:

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

ATB Redosing

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

Equipment QC (Completed & Documented)

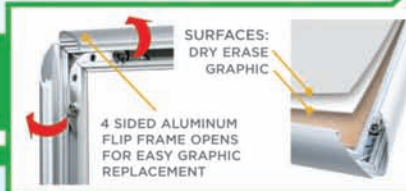
- Allergies Noted
- Antibiotics Given*
- Medication/Irrigation Available
- Implants/Equipment Available
- Safety Precautions in Place

*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!