



September/septembre 2015

Volume 33, Issue/numéro 3

ORNAC | REVUE DE JOURNAL | L'AIISOC



ORNAC National • conférence nationale de l'AIISOC

Reactions to Errors • Réactions face aux erreurs

Certification • Certification

www.ORNAC.ca / www.AIISOC.ca

PM40951517

By / Par : D. van Nieuwenkerk



KEEPING SAFETY IN CHECK

***PRESENTING THE TIME OUT BOARD**

- CUSTOMIZABLE
- VARIABLE SIZE BOARDS
- WALL MOUNTABLE
- 1/4" CLEAR ACRYLIC
- DRY ERASABLE
- STURDY EASY SLIDE SWITCHES
- IMPROVES COMMUNICATION
- IMPROVES TEAM WORK
- CREATES A SAFER PATIENT ENVIRONMENT

WORLD HEALTH ORGANIZATION PERIOPERATIVE ENVIRONMENT

TIME OUT BOARD PROVIDES A BACKUP TO HUMAN MEMORY DURING ROUTINE AND EMERGENCY PROCEDURES. THEY SERVE AS A FORMAL REMINDER TO HELP PREVENT ERRORS OF OMISSIONS CONTRIBUTING TO A SAFER ENVIRONMENT.

Time Out Board

All items must be confirmed by 2 team members.

Patient's Name: _____

DOB: _____ Procedure: _____

| | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Family Update: | 1. Patient Identified Using Two Identifiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 2. Procedure Confirmed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3. Site Marked | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 4. Completed Consent Signed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ATB Redosing | 5. H&P Updated | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 6. Patient Positioned | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 7. Diagnostics/Images Reviewed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 8. Allergies Noted | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipment QC Completed & Documented: | 9. Antibiotics Given* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 10. Medication/Irrigation Available | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 11. Implants /Equipment Available | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 12. Safety Precautions In Place | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*If Applicable

76610P12 v1



ONCE THE TEAM IS IN 100% VERBAL AGREEMENT
FLIP THE SWITCH!

24" x 48"



MEDICATION LABELS



KEEPING SAFETY IN CHECK

***STERILE MEDICATION LABELS "ON" THE STERILE FIELD**

- WATERPROOF LABELS
- STRONG BUT REMOVABLE RESIDUE FREE ADHESIVE
- GUARANTEED LOWEST PRICING
- LATEX FREE
- 100% SATISFACTION

CHOOSE AND CUSTOMIZE THE MEDICATION LABELS YOU NEED AT NO ADDITIONAL CHARGE

SINCE 1996, RMAC SURGICAL INC.

HAS BEEN PROVIDING PHARMATAGS STERILE MEDICATION LABELS TO OPERATING ROOMS, CARDIAC CATH LABS, INTERVENTIONAL RADIOLOGY SUITES, AND AMBULATORY SURGICAL CLINICS THROUGHOUT THE UNITED STATES AND CANADA.

RMAC SURGICAL TOLL FREE: 1.888.299.2661 WWW.PHARMATAGS.COM
SPONSOR OF THE RMAC SURGICAL PATIENT SAFETY AWARD!

ORNAC JOURNAL

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

Published Quarterly ✦ Volume 33, Issue 3, September 2015

TABLE OF CONTENTS

By: D. van Nieuwkerk



- 26** Highlights from the 24th ORNAC National Conference.

- 13** Understanding OR Nurses' Reactions to Errors and Using this Understanding to Improve Patient Safety

By: LADAN TAIFOORI, BSN AND SINA VALIEE, BSN, MSN, PhD.

- 49** Perioperative Certified Nurses Celebrate 20 Years of Specialty Certification.

By: LUCIE VACHON, RN, BSc.

ORNAC NETWORK

- 24** ORNAC Call for Nominations 2016

- 29** ORNAC Awards

- 31** ORNAC Volunteer Opportunity: Chair of the ORNAC Journal Editorial Committee

- 48** Upcoming Events



SUBSCRIPTIONS:

Canada - \$46 plus GST/HST
Outside Canada - \$70
Single Copies - \$15 + tax in Canada
\$22 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: Contact@ClockworkCanada.com
www.ClockworkCanada.com

EDITOR:

Deborah McNamara

ART DIRECTOR:

Sherri Keenan

TRANSLATION:

Jocelyne Demers-Owoka

EDITORIAL CO-CHAIR:

Aline Gagnon

Barbara Mushayandebvu

ADDRESS CHANGES:

ORNAC members / Membres de l'AIISOC:
www.ORNAC.ca for address changes /
pour effectuer un changement d'adresse.

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 - Position Currently Being Filled - executivedirector@ornac.ca

ORNAC Board Members

BRITISH COLUMBIA

Marlene Skucas RN, CPN(C)

ALBERTA

Lucia Pfeuti RN, BN, CPN(C)

SASKATCHEWAN

Margaret Farley RN,
BScN, CPN(C)

MANITOBA

Karen Sagness RN, RNFA, CPN(C)

ONTARIO

Linda Whyte RN, CPN(C)

QUEBEC

Josée Sauriol RN, CPN(C)

NEW BRUNSWICK

Chantal Pelletier RN, BN, BSc

NOVA SCOTIA

Ida Berry RN, CPN(C)

PRINCE EDWARD ISLAND

Cathy Griffin RN, BScN, CPN(C)

NEWFOUNDLAND & LABRADOR

Corenia Price, RN, CMDRT,
CPN(C)

LEADERSHIP

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

ADVANCED PRACTICE

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

EDUCATION

Kristina Creuss 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 33, numéro 3, septembre 2015

TABLE DES MATIÈRES



Par : D. van Nieuwkerk

26 Points saillants de la 24e Conférence nationale de l'AIISOC

13 Comprendre les réactions des infirmières de SOP face aux erreurs et se servir de cette compréhension pour améliorer la sécurité des patients

PAR : LADAN TAIFOORI, B.SC.INF. ET SINA VALIEE, B.SC.INF., M.S.INF., PH. D

49 Les infirmières et infirmiers autorisés en soins périopératoires célèbrent 20 ans de certification spécialisée

PAR : LUCIE VACHON INF. AUT., B. SC.

RÉSEAU DE L'AIISOC

29 Prix de l'AIISOC

43 La région de l'Île de Vancouver met au défi tous les membres de l'AIISOC!

44 Appel de mise en candidature 2016 de l'AIISOC

48 Prochains événements



ABONNEMENT :

Canada - \$45 plus TPS/TVH
À l'extérieur du Canada - \$70
Copies individuelles - 15 \$ + taxes au Canada / 22 \$ 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
Contact@ClockworkCanada.com
www.ClockworkCanada.com

RÉDACTRICE EN CHEF :

Deborah McNamara

DIRECTRICE ARTISTIQUE :

Sherri Keenan

TRADUCTION :

Jocelyne Demers-Owoka

COPRÉSIDENTES DU COMITÉ DE RÉDACTION :

Aline Gagnon

Barbara Mushayandebvu

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 - Poste à pourvoir - executivedirector@ornac.ca

Conseil d'administration de l'AIISOC

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Marlene Skucas, inf., CSP(C)

ALBERTA

Lucia Pfeuti, inf., B.S.Inf., CSP(C)

SASKATCHEWAN

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

MANITOBA

Karen Sagness, inf., IPAC, 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

Cathy Griffin, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)

TERRE-NEUVE-ET- LABRADOR

Corenia Price, inf., TARDM, CSP(C)

LEADERSHIP

Kelly Chapman, inf., M.Sc.S., B.Sc.Inf., CSP(C)

PRATIQUE AVANCÉE

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

ÉDUCATION

Kristina Creuss, 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 | 51 | Medline Canada | 52 |
| Ecolab | 17 | RMAC Surgical | 2 |
| Instrumentarium | 15, 33, 37 | | |

Career Opportunities / Possibilités de carrière

| | | | |
|-------------------------|----|--------------------------|----|
| Alberta Health Services | 23 | Vancouver Coastal Health | 23 |
|-------------------------|----|--------------------------|----|

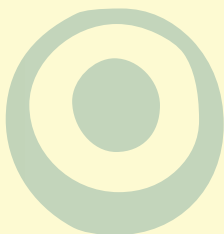
Looking For Information About Advertising
In This Journal?

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.



The framework for professionalism in nursing began with Florence Nightingale. She set the bar rather high with the way she gave to others and her expectation of excellence in nursing practice. We, as perioperative nurses, are no different. We bear the tremendous responsibility of upholding the values of our profession and, as professionals, we are expected to demonstrate competent and skilful behaviors in alignment with our profession.

The theme for this year's Perioperative Nurses week is Proficiency and Competency: Own your practice. The ORNAC board has developed a strategic plan for 2015-2018 and one of the goals is to advance the profession of perioperative nurses and emphasize their value. There is no better way to do this than for every perioperative nurse to recognize the value they bring to the healthcare system and to take steps to own their practice by demonstrating proficiency and competency.

Each of us needs to perform specialized perioperative nursing practice at a high level and guided by the ORNAC Standards. By achieving Canadian Nurses Association (CNA) certification, and the designation CPN(C), we demonstrate our commitment to expertise and quality of care. When we challenge ourselves to continuously learn and develop we become empowered to create a culture that prioritizes safe and effective care for patients and their families.

Perioperative competence can be difficult to define and measure. Competence is usually defined in relation to technical skills, experience, and knowledge level with little emphasis placed on the interpersonal factors. Although skills, experience, and knowledge are incredibly important we must not forget the other factors that impact performance – such as teamwork, communication, coordination, and leadership. A nurse may have technical competence but it is the combination of technical proficiency and interpersonal competence that creates an effective perioperative nurse.

The framework for professionalism
in nursing began with Florence
Nightingale.

So how will you demonstrate proficiency and competency in owning your practice? Make it your personal challenge! I would also like to bid a fond farewell to Catherine Harley – another individual who embodies both technical and interpersonal competence – as she has stepped down as ORNAC Executive Director after five years of dedicated service.

I am so thankful for Catherine's dedication and commitment to strengthening ORNAC throughout her tenure and for her work building effective relationships with our many stakeholder colleagues across Canada and internationally. I know I speak for the ORNAC Executive, Board Directors, and Members in expressing our gratitude for her extraordinary contribution in this regard. Catherine worked under three different ORNAC Presidents and launched, and facilitated, two strategic plans. Her commitment and passion has helped leave ORNAC well-positioned for the future. Thank you Catherine for ensuring a smooth management transition for the organization and for all the work you have done on behalf of ORNAC and all perioperative nurses.

I have personally worked with Catherine both on a provincial and national level and am very grateful for her support and friendship during that time. She will be greatly missed and we wish her every success in her future endeavours. 🌟

Cathleen Ferguson
president@ornac.ca

EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE

Catherine Harley, RN, eMBA, outgoing ORNAC Executive Director (July 2010 – July 2015)
catherine.harley@sympatico.ca



Farewell from Catherine Harley, ORNAC Executive Director

It has been a privilege to serve as your Executive Director for the last five years and it is with a high level of respect that I stepped down from this position in July. This was not an easy decision as my time in this role has been very rewarding. That is, in no small part, thanks to all of you - the dedicated and hard-working perioperative registered nurses that make up the heart and soul of ORNAC. While there is still work ahead (and there always will be as a strong association must continue to grow and expand) I am confident that I have left ORNAC well-positioned for the future and ready to fulfill its responsibilities to the Canadian public with great success.

I feel so fortunate to have worked with an organization as remarkable as ORNAC. The expertise, dedication, and integrity of our people and the unique nature and scope of ORNAC's role make this association truly special. Perioperative Registered Nurses re-commit themselves, every day, to the work of ORNAC, to professional advancement of perioperative nursing, enabling best practice, supporting patient safety, and building collaborative partnerships to fulfil ORNAC's mission. I have worked under three different ORNAC Presidents and facilitated and launched two strategic plans and I know that it is thanks to your dedication and support that we have been able to reach so many milestones over the past five years.

Together we have worked toward many significant accomplishments.

Together we have worked toward many significant accomplishments. Among them was the rewriting of the ORNAC By-laws to be in compliance with the new Canada Not-for-profit Corporations Act and be granted continuance with Industry Canada in order to secure a strong position for the future. Affiliation agreements were also developed for, and signed by, all ten provincial perioperative nursing organizations in order to create the new Provincial Councils. A national membership database was built and the membership registration process was restructured to a National standardized membership business model.

The ORNAC website was recently re-designed to better support membership communication and strengthen the sustainability of ORNAC. The re-launch of the *Canadian Operating Room Nursing Journal* (CORNJ) as the new, and larger, *ORNAC Journal* took place in 2012 and in June we launched the first fully bilingual issue of the Journal in order to better serve our French speaking members.

A five pillar structure, to better facilitate the work of the ORNAC Board, was implemented with the pillars of Marketing, Research and

Informatics, National Conference Planning, Professional Practice, and Advocacy. A National Conference Planning model was developed in order to better support the planning and implementation of ORNAC National Conferences. The foundation has been laid for the research validation of future editions of the *ORNAC Standards for Perioperative Nursing Practice* and this process is being launched by the Standards committee this year. We have also dedicated significant time and energy toward engaging members in more projects and increasing the focus on being a member-driven association.

The ORNAC Board has been committed to finding new leadership, to step in to my former role, and to ensure ORNAC continues to receive the level of energy, dedication, and care that I was always committed to providing. While this is farewell from me, as your ED, please know that I will always remain an advocate and be committed to championing perioperative registered nursing excellence and patient safety – the strong foundation on which ORNAC is built.

Wishing all of you the very best for your future in perioperative nursing. 🍁

MOT DE LA PRÉSIDENTE

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



Florence Nightingale a été la première à élaborer un cadre professionnel dans le domaine des soins infirmiers. Elle a mis la barre plutôt haute avec la façon dont elle a donné aux autres et ses attentes en matière d'excellence dans la pratique des soins infirmiers. En tant qu'infirmières en soins périopératoires, nous ne sommes pas bien différentes. Nous assumons l'énorme responsabilité de maintenir les valeurs de notre profession et, en tant que professionnelles, les autres s'attendent à ce que nous fassions preuve de bonnes compétences et de comportements exemplaires qui reflètent notre profession.

Le thème de la Semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires de cette année est Compétences professionnelles et capacités : Appropriez-vous votre pratique. Le Conseil d'administration de l'AISOC a élaboré un plan stratégique pour 2015-2018 et l'un des objectifs est de faire progresser la profession des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires et de mettre l'accent sur leur importance. Pour cela, rien de mieux que de demander à chaque infirmière et infirmier en soins périopératoires de reconnaître son importance au sein du système de soins de santé et de prendre des mesures pour qu'ils s'approprient leur propre pratique en démontrant leurs compétences professionnelles et leurs capacités.

Chacun de nous doit promouvoir la pratique exemplaire des soins périopératoires spécialisés et se conformant aux Normes de l'AISOC. En obtenant la certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et en obtenant le titre de CSP(C), nous démontrons notre engagement envers l'expertise et la qualité des soins. Lorsque nous nous mettons au défi de toujours apprendre et de nous perfectionner, nous avons la possibilité de créer une culture dans laquelle la sécurité et les soins efficaces pour les patients et leur famille sont une priorité.

Les compétences en soins périopératoires peuvent être difficiles à déterminer et à évaluer. On détermine habituellement les compétences en fonction des aptitudes techniques, de l'expérience et du niveau de connaissances en tenant plus ou moins compte des facteurs interpersonnels. Même si les compétences, l'expérience et les connaissances sont d'une importance capitale, nous ne devons pas oublier les autres facteurs influençant le rendement, comme le travail d'équipe, la communication, la coordination et le leadership.

Une infirmière possède peut-être les compétences techniques nécessaires, mais c'est en fait la combinaison des compétences professionnelles techniques et des compétences interpersonnelles qui font d'elle une infirmière en soins périopératoires efficace.

Alors, comment pouvez-vous démontrer vos compétences professionnelles et vos capacités en vous appropriant votre propre pratique? Relevez ce défi!

Je tiens également à dire au revoir à Catherine Harley, une autre personne qui incarne à la fois compétences techniques et interpersonnelles. Après cinq ans de loyaux services au sein de l'AISOC, Catherine a décidé de quitter ses fonctions à titre de directrice générale de l'AISOC.

Je tiens à remercier chaleureusement Catherine pour son dévouement et son engagement à solidifier l'AISOC au cours de son mandat et pour son travail qui nous a permis de développer des relations efficaces avec nos nombreux collègues à travers le Canada et le monde. Au nom du conseil exécutif, du conseil d'administration et des membres de l'AISOC, je tiens à la remercier pour sa contribution extraordinaire à cette fin.

Catherine a travaillé sous la direction de trois présidentes de l'AISOC différentes et a lancé et mis en œuvre deux plans stratégiques. Son engagement et sa passion ont permis à l'AISOC de bien se positionner pour l'avenir. Merci Catherine d'avoir veillé à ce que cette transition se fasse en douceur et pour tout le travail accompli au nom de l'AISOC et de toutes les infirmières et les infirmiers en soins périopératoires.

J'ai personnellement travaillé avec Catherine tant au plan provincial que national et je suis extrêmement reconnaissante pour son soutien et son amitié durant cette période. Elle nous manquera énormément et nous lui souhaitons beaucoup de succès dans ses projets. ✨

president@ornac.ca

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Catherine Harley, inf., M.B.A. pour cadres, directrice générale sortante de l'AIISOC (juillet 2010 – juillet 2015)
catherine.harley@sympatico.ca



Message d'adieu de Catherine Harley, directrice générale de l'AIISOC

Ce fut un privilège d'occuper le poste de directrice générale durant les cinq dernières années et c'est avec beaucoup de respect que je quitte mes fonctions en juillet. Ce fut une décision difficile à prendre étant donné que la période durant laquelle j'ai tenu ce rôle a été très enrichissante. Et cela, en grande partie, grâce à vous toutes — les infirmières en soins périopératoires dévouées qui constituent le cœur et l'âme mêmes de l'AIISOC. Même si encore beaucoup de travail reste à faire (et il y en aura toujours, car une association solide se doit de continuer à croître et à se développer), je suis convaincue d'avoir donné à l'AIISOC un bon positionnement pour l'avenir et j'ai la ferme certitude qu'elle est prête à assumer avec succès ses responsabilités envers le public canadien.

Je me considère très chanceuse d'avoir travaillé au sein d'un organisme aussi remarquable que l'AIISOC. L'expertise, le dévouement et l'intégrité de notre personnel ainsi que la nature et la portée uniques du rôle de l'AIISOC reflètent l'aspect très spécial de cette association.

Les infirmières et les infirmiers en soins périopératoires renouvellent chaque jour leur engagement envers le travail de l'AIISOC pour favoriser le perfectionnement professionnel des soins périopératoires, encourager les pratiques exemplaires, appuyer la sécurité des patients et développer des partenariats collaboratifs afin que l'AIISOC remplisse sa mission. J'ai travaillé sous la direction de trois présidentes différentes de l'AIISOC et j'ai mis en œuvre et lancé deux plans stratégiques. Je sais que c'est grâce à votre dévouement et votre soutien que nous avons pu franchir de si nombreuses étapes clés au cours des cinq dernières années.

Ensemble, nous avons travaillé pour parvenir à accomplir de nombreuses réalisations importantes. Parmi ces dernières, notons la réécriture des règlements administratifs de l'AIISOC pour qu'ils soient conformes à la nouvelle Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif et que l'AIISOC soit autorisée par Industrie Canada à poursuivre ses activités dans le but de s'assurer une position solide

Ensemble, nous avons travaillé pour parvenir à accomplir de nombreuses réalisations importantes.

pour l'avenir. Des contrats d'affiliation ont également été élaborés pour les dix organismes provinciaux de soins périopératoires qui les ont d'ailleurs acceptés et signés, ce qui a mené à la création de nouveaux conseils provinciaux. Une base de données nationale des membres a été développée et le processus d'inscription des membres a été restructuré pour adopter un modèle national d'affaires normalisé pour les adhésions.

Le site Web de l'AIISOC a récemment été repensé afin de mieux appuyer la communication avec les membres et de solidifier la viabilité de l'AIISOC. Le relancement de la *Revue de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada* (RAIISOC) sous la nouvelle bannière de la *Revue de l'AIISOC* a eu lieu en 2012. D'ailleurs, en juin, nous avons lancé le premier numéro

entièrement bilingue de la Revue dans le but de mieux servir nos membres francophones.

Pour faciliter le travail du Conseil d'administration de l'AIISOC, une structure à cinq piliers a été mise en œuvre avec soit les piliers Marketing, Recherche et informatique, Planification des conférences nationales, Pratique professionnelle et Défense des droits. Nous avons développé un modèle pour la planification des conférences nationales afin de mieux appuyer la planification et la mise en œuvre des conférences nationales de l'AIISOC. Nous avons jeté les bases pour la validation de la recherche pour les éditions futures des Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires et ce processus sera lancé par le Comité des normes cette année. Enfin, nous avons dédié beaucoup de temps et d'énergie

à mobiliser nos membres afin qu'ils participent à davantage de projets et nous avons mis l'accent sur le fait que nous voulons être une association axée sur nos membres.

Le Conseil d'administration de l'AIISOC s'est engagé à trouver un nouveau leader qui prendra ma place et à veiller à ce que l'AIISOC continue de bénéficier du même niveau d'énergie, de dévouement et d'attention que je me suis toujours engagée à fournir. Même si c'est pour moi le temps de vous dire adieu en tant que directrice générale, soyez assurés que je demeurerai toujours l'une de vos défenseurs et que je préconiserai toujours l'excellence des soins périopératoires et la sécurité des patients — le fondement solide sur lequel repose l'AIISOC.

Je vous souhaite à tous et à toutes la meilleure des chances dans votre carrière en soins périopératoires. 🍁

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.



**ORNAC /
AIISOC**

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

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

UNDERSTANDING OR NURSES' REACTIONS TO ERRORS AND USING THIS UNDERSTANDING TO IMPROVE PATIENT SAFETY

Authors:

Ladan Taifoori, BSN, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Sina Valiee, BSN, MSN, PhD., Assistant professor, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

ABSTRACT:

The operating room can be home to many different types of nursing errors due to the invasiveness of OR procedures. The nurses' reactions towards errors can be a key factor in patient safety. This article is based on a study, with the aim of investigating nurses' reactions toward nursing errors and the various contributing and resulting factors, conducted at Kurdistan University of Medical Sciences in Sanandaj, Iran in 2014. The goal of the study was to determine how OR nurses' reacted to nursing errors with the goal of having this information used to improve patient safety.

Research was conducted as a cross-sectional descriptive study. The participants were all nurses employed in the operating rooms of the teaching hospitals of Kurdistan University of Medical Sciences, which was selected by a consensus method (170 persons). The information was gathered through questionnaires that focused on demographic information, error definition, reasons for error occurrence, and emotional reactions toward the errors. 153 questionnaires were completed and analyzed by SPSS software version 16.0.

"Not following sterile technique" (82.4 percent) was the most reported nursing error, "tiredness" (92.8 percent) was the

The goal of the study was to determine how OR nurses' reacted to nursing errors with the goal of having this information used to improve patient safety.

most reported reason for the error occurrence, "being upset at having harmed the patient" (85.6 percent) was the most reported emotional reaction after error occurrence", with "decision making for a better approach to tasks the next time" (97.7 percent) as the most common goal and "paying more attention to details" (98 percent) was the most reported planned strategy for future improved outcomes.

While healthcare facilities are focused on planning for the prevention and elimination of errors it was shown that nurses can also benefit from support after error occurrence. Their reactions, and coping strategies, need guidance and, with both individual and organizational support, can be a factor in improving patient safety.

INTRODUCTION:

Every human is fallible and error occurrence appears in all tasks.¹ In some fields, like health care, the results of errors can be incredibly damage or even fatal.² An error is defined as a failure in completion of a

planned intellectual and physical activity in order to reach the desired outcome and when it is not possible to link the failure to chance.^{2,3} Medical errors are defined in two ways: an error is an inadvertent action which takes place because of negligence; or it is an action which does not lead to the desired outcome in medical practice. In other words it is a dereliction of duty or the commission of a mistaken act of planning or administration which actually, or potentially, caused an undesired result.^{3,4}

In 2008, the total cost of measurable medical errors was 19.5 billion dollars in the United States.⁴ Detailed information is not available for Iran. Errors in the health care system result in both measurable and unmeasurable costs. Measurable costs include healthcare costs, legal costs, and increased mortality rates. Unmeasurable costs, on the other hand, include the pain and long-term suffering experienced by the patient.^{4,5}

Many patients are still harmed or do not survive procedures due to medical errors in spite of the significant development in

Nurses contribute to patient safety through their practices, by recognizing errors, and by working to reduce the complications of errors.

technology and health care skills⁵ and errors can happen regardless of a health care provider's practical skills.^{5,6} Error prevention is not as simple as learning from past experience.¹ In a study of 393 hospital staff nurses at the University of Pennsylvania, 30% of nurses reported at least one error within 28 days.⁷ Error rates in Iran are not clearly but it seem to be similar to those in other countries.^{5,6} For example Joolaei et al. investigated reports of nurses' medication errors and reported that nurses had committed, on average, 19.5 errors during the three months studied.⁹

In the meantime, one of the important parts of hospital in which different kinds of errors, including medical errors, nursing errors, and medication errors happened is the operating room. The Swedish Ministry of Health and Social Affairs has estimated that every year about 100,000 patients are affected by preventable injuries and half of those took place during invasive surgical procedures.³ Results of studies from 10 of the 15 Middle Eastern countries showed the medical error rate varied from 7.1 % to 90.5 % for writing of prescriptions and from 9.4 % to 80% for administering prescription medications.¹⁰

In the study of Khalooei et al. patients' safety conditions in the operating room reported 33.3% as inappropriate.¹¹ It has been reported in the study of Gorji et al. that between half and two thirds of all medical errors happened in the operating and emergency rooms of hospitals and more than half of them were considered preventable.¹² The operating room environment can, as a result, be a good location for studying the reaction to nursing errors.

Nurses contribute to patient safety through their practices, by recognizing errors, and by working to reduce the complications of errors. Because of this role their reactions toward errors also has an impact.⁸ Nurses are often the first line of defense when dealing with clinical errors.¹³ It is generally agreed that in order to prevent errors from occurring we requiring recognition, and a plan, before taking an action to prevent future

lapses and errors.¹⁴ The lack of studies related to nurses reaction to errors prompted researchers to conduct this study with the aim of investigation of nurses' reactions toward nursing errors, and the resulting actions, in operating room of teaching hospitals of Kurdistan University of Medical Sciences.

METHODS:

This was a cross-sectional descriptive study conducted from February to August of 2014. The studied population comprised employed nurses in the operating rooms of the teaching hospitals of Kurdistan University of Medical Sciences, and 153, of a possible 170, nurses participated in the study.

Data was gathered through "Perioperative Nurse Questionnaire" which was to be completed via self-report. The fivefold questionnaire contains demographic data (gender, age, education, job position, etc.), and then collected information on the nurses' definition of error (15 items), causes of error occurrence (10 items), coping with error occurrence (16 items), and outcomes (15 items). Following creation of the questionnaire it was translated and then provided to 10 individuals who provided feedback on face and content validity and compliance. Comments were compiled and applied to the questionnaire before it was utilized. Its reliability was measured through Cronbach's Alpha, using responses from 20 nurses, and the result was 0.89.

The questionnaires were made available to 170 subjects and 153 questionnaires were completed and returned. After the insertion of research data in SPSS version 16 software, the data have been analyzed through the use of descriptive statistics (Frequency, mean, standard deviation and the study variables (definition of error, type of error, causes of the occurrence of error and reaction toward error) have also been analyzed.

RESULTS:

The study results showed that 66.7 percent of subjects were women and

NURSES' REACTIONS (cont.)

60.1 percent were married. On average the age of the subjects were 33.32+10.16. The level of education of 39.2 percent of THE subjects was Associate of Science (A.S.), 53.6 percent Bachelor of nursing (BSN), and 7.2 percent master of nursing (MSN). The average work experience, in their current job, was 6.69 years and the average work experience in the operating room was 8 years.

The findings showed that “Not following sterile technique” (82.4 percent), “incorrect counts of surgical gauze” (81 percent), “incorrect counts of surgical tools” (78.4 percent), and “leaving a foreign body in the patient” (73.9 percent) were chosen as the most common in their experience.

Nurses reported that the main causes of nursing errors in the operating room were “tiredness” (92.8 percent), “incorrect or insufficient information” (89.5 percent), “distraction” (88.9 percent), “impaired concentration” (88.2 percent), and “lack of staff” (88.2 percent). See Table 1.

Information on nurses' reactions to nursing errors in operating room was gathered from three perspectives: emotional reactions after error occurrence; coping with error occurrence; and the result of reactions toward error. The results showed that the most experienced emotional reactions were “being upset at having harmed the patient” (85.6 percent), “feeling guilty” (83.7 percent), “self-anger” (69.3 percent) and “feeling embarrassed” (67.3 percent). See Table 2.

In reporting on how nurses cope with to error occurrence the most reported reaction was “making the decision to do better next time” which was reported by 97.7 of study participants. Other commonly reported coping reactions were “preventing these feelings from affecting other actions” (86.9 percent), “doing the action with greater effort” (86.9 percent), “creating a new plan and following it next time” (85.6 percent), and “apologizing” (79.7 percent). See Table 3.

The most reported outcomes, in reaction to nursing errors, were “Paying more attention to detail” (98 percent), “listening to patients more carefully” (95.4 percent), “following guidelines and procedures more accurately” (94.1 percent), “keeping better patient records” (93.5 percent), and “better monitoring of patients” (92.8 percent). See Table 4.

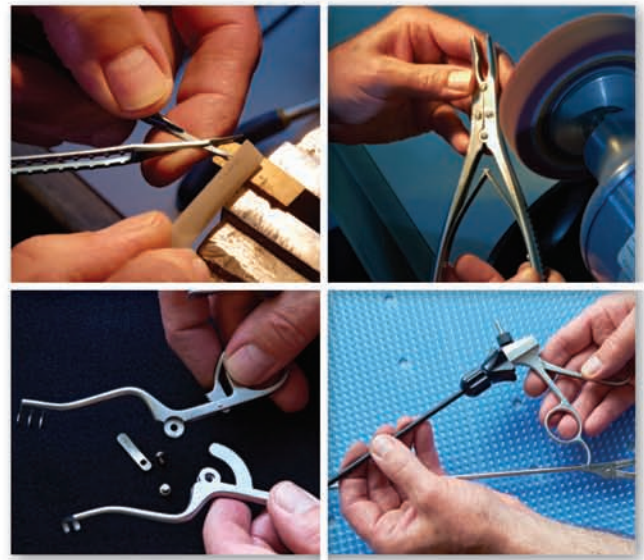
DISCUSSION:

This study obtained valuable feedback from nurses in relation to perceived causes and responses to error.

In the study of Khalooei et al. the safety conditions of patients have been reported 33.3 percent unqualified.¹¹ In the study of Gorji et al. it has been mentioned that between 50 to two thirds of medical errors have happened in operating and emergency rooms of hospitals and that more than half of them are preventable.¹² As a result operating rooms

Repairs made in our repair center:

All repairs and modifications of your instruments are made by specialists at our repair center. Give your surgical instruments a second life, the investment pays off. Based on our past experience we are able to recuperate up to 70% of instruments deemed non-repairable by other repair services. Send us your non-repairable instruments for a free assessment.



Des réparations faites dans nos ateliers:

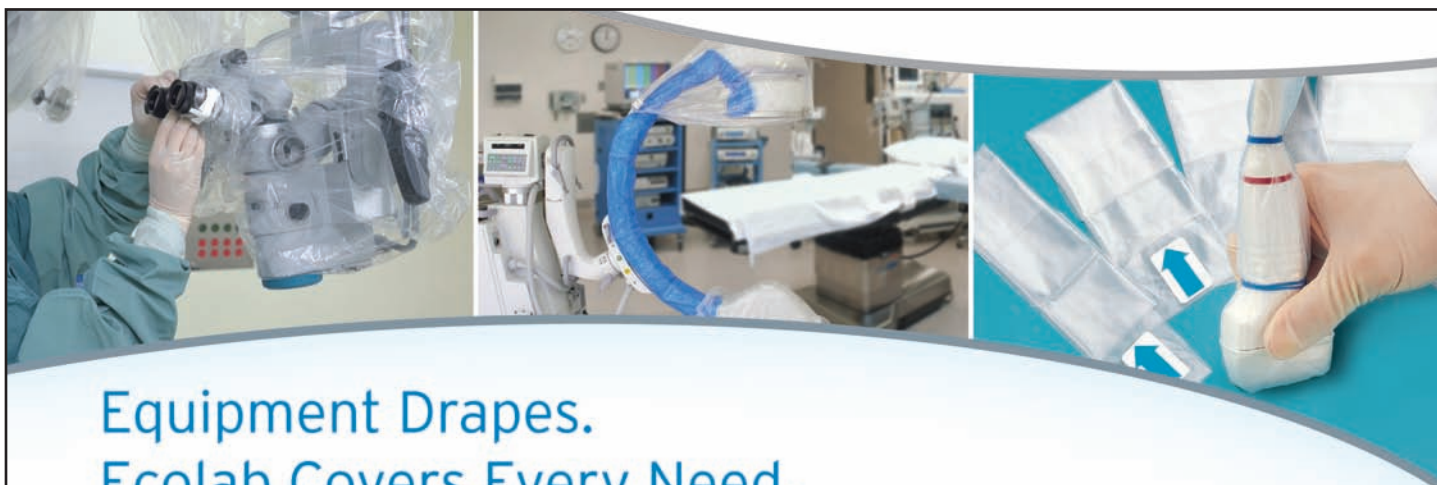
Nous offrons un service de réparation et de modification d'instruments hautement professionnel. Nous donnons une deuxième vie à vos instruments, une solution rentable. Nos techniciens remettent en bon état toutes les marques d'instruments. Basé sur notre expérience antérieure, nous pouvons récupérer jusqu'à 70% des instruments considérés irréparables par d'autres services de réparation. Envoyez-nous vos instruments non réparables pour une évaluation gratuite.



1273, St-Louis, Terrebonne, QC,
J6W 1K6, Canada
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502
F : 450.471.1030
instrumentarium-online.com
info@instrumentarium-online.com

Table 1: Subjects' Definition of Nursing Errors and Perception of the Causes

| Disagree | | Neutral | | Agree | | Survey Choices |
|------------|--------|------------|--------|------------|--------|---|
| Percentage | Number | Percentage | Number | Percentage | Number | NURSING ERROR |
| 10.5 | 16 | 7.2 | 11 | 82.4 | 126 | Not following sterile technique |
| 13.1 | 20 | 5.9 | 9 | 81 | 124 | Incorrect count of surgical gauze |
| 13.1 | 20 | 8.5 | 13 | 78.4 | 120 | Incorrect count of surgical tools |
| 14.4 | 22 | 11.8 | 18 | 73.9 | 113 | Leaving a foreign body in the patient |
| 17.6 | 27 | 9.8 | 15 | 72.5 | 111 | Inappropriate positioning of patient |
| 13.1 | 20 | 14.4 | 22 | 72.5 | 111 | Incorrect patient diagnosis |
| 16.3 | 25 | 12.4 | 19 | 71.20 | 109 | Incorrect selection of surgical site |
| 16.3 | 25 | 12.4 | 19 | 71.2 | 109 | Inappropriate use of electrosurgical pads |
| 11.8 | 18 | 18.3 | 28 | 69.9 | 107 | Incorrect use of equipment |
| 13.1 | 20 | 17.6 | 27 | 69.3 | 106 | Incorrect calculation of medication dosages |
| 13.1 | 20 | 20.9 | 32 | 66 | 101 | Lack of knowledge regarding a patient allergy |
| 21.6 | 33 | 16.3 | 25 | 62.1 | 95 | Lack of appropriate equipment |
| 26.1 | 40 | 14.4 | 22 | 59.5 | 91 | Unknown surgical site |
| 20.9 | 32 | 26.1 | 40 | 52.9 | 81 | Unknown surgical side |
| 19 | 29 | 32 | 49 | 49 | 75 | Patient reaction to blood or blood products |
| | | | | | | REASON FOR ERROR |
| 2 | 3 | 5.26 | 8 | 92.8 | 142 | Tiredness |
| 3.9 | 6 | 6.5 | 10 | 89.5 | 137 | Incorrect or insufficient information |
| 5.2 | 8 | 5.9 | 9 | 88.9 | 136 | Distraction |
| 5.9 | 9 | 5.9 | 9 | 88.2 | 135 | Impaired concentration |
| 6.5 | 10 | 5.2 | 8 | 88.2 | 135 | Lack of staff |
| 5.9 | 9 | 6.5 | 10 | 87.6 | 134 | Need to do different tasks simultaneously |
| 9.8 | 15 | 7.2 | 11 | 83 | 127 | Lack of appropriate tools and equipment |
| 5.9 | 9 | 12.4 | 19 | 81.7 | 125 | Unfamiliar with the procedure |
| 9.2 | 14 | 9.8 | 15 | 81 | 124 | Not following the standards of procedures |
| 3.3 | 5 | 15.7 | 24 | 81 | 124 | Lack of job orientation |
| 5.9 | 9 | 15.7 | 24 | 78.4 | 120 | Wrong decision making |
| 6.5 | 10 | 19 | 29 | 74.5 | 114 | Error evaluating the situation |
| 8.5 | 13 | 17.6 | 27 | 73.9 | 113 | Not paying attention to warning signs |
| 3.9 | 6 | 22.2 | 34 | 73.9 | 113 | Error resulting from a flaw in the system |
| 15 | 23 | 12.4 | 19 | 72.5 | 111 | Miscommunication among surgical team members |
| 7.8 | 12 | 21.6 | 33 | 70.6 | 108 | Acting out of duty |
| 15.7 | 24 | 19 | 29 | 65.4 | 100 | Quick decision making |
| 8.5 | 13 | 29.4 | 45 | 62.1 | 95 | Trusting others' judgments |
| 19 | 29 | 19.6 | 30 | 61.4 | 94 | Insufficient supervision by managers |
| 13.1 | 20 | 35.9 | 55 | 51 | 78 | Not following hospital policies |
| 5.9 | 9 | 12.4 | 19 | 40.5 | 62 | Responsibility of other team members |



Equipment Drapes. Ecolab Covers Every Need.

With one of the broadest product portfolios in the industry, the Microtek® brand has long been a leading name in draping across multiple categories such as Surgical Microscope, C-Arm, Endoscopic Video Camera, Microscope Laser Arm, Ultrasound and other accessories. Supported by dedicated sales and customer service teams, including on-site assistance, Microtek® Brand Equipment Drapes help reduce risk of infectious disease transmission and contribute to improved clinical outcomes.

Microtek brand innovative surgical equipment draping is trusted worldwide. Ecolab has you covered.



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

ECOLAB®
 Everywhere It Matters.™

NURSES' REACTIONS (cont.)

provide an ideal study environment for obtaining nurses reactions and awareness of these reactions can be used to plan to prevent them in future.

One of the important factors in prevention of error occurrence has been always the identification of its cause.¹⁵ The nurses who participated in this study proposed “fatigue” as the most important cause of nursing errors in the operating room. Many researchers have shown the relation between fatigue and the occurrence of clinical errors.^{16,17} Tiredness can have an impact on the emotional and physical state of the individual which can have a negative effect on performance and lead to errors.¹⁸ Awareness by department heads and managers, as well as a prioritizing around this issue, can have an impact on patient safety.

“Incorrect or insufficient information”, “distraction”, “impaired concentration”, “lack of staff” were reported,

respectively, as the most common causes of nursing errors in the operating room.

Lack of knowledge among health care providers has been proposed as the most widespread cause of the occurrence of medical errors.¹⁹ Therefore, as nurses regard the lack of sufficient information as the cause of occurrence of some of their errors so managers should have been reassured of the sufficient knowledge and their experiences in the field of operating room before the determination of the work place of nurses in room part. In addition, periodical investigation of the extent of this knowledge and constant instruction can be effective.

Different factors can cause “distraction” and “impaired concentration” so this needs further research and identification in order to be useful. Distractions may be due to personal issues or organizational issues. Each individual has unique issues that can affect his/her

Table 2: Subjects' Emotional Reactions to Errors

| Disagree | | Neutral | | Agree | | Survey Choices |
|------------|--------|------------|--------|------------|--------|---|
| Percentage | Number | Percentage | Number | Percentage | Number | |
| 6.5 | 10 | 7.8 | 12 | 85.6 | 131 | Being upset about having harmed the patient |
| 8.5 | 13 | 7.8 | 12 | 83.7 | 128 | Feeling guilty |
| 26.1 | 40 | 4.6 | 7 | 69.3 | 106 | Self-anger |
| 18.3 | 28 | 14.4 | 22 | 67.3 | 103 | Feeling embarrassed |
| 22.9 | 35 | 26.1 | 40 | 51 | 78 | Believing they did the right thing |
| 30.7 | 47 | 22.2 | 34 | 47.1 | 72 | Fear of others' reactions |
| 32.7 | 50 | 23.5 | 36 | 43.8 | 67 | Feeling angry toward others on the team |
| 34.6 | 53 | 26.1 | 40 | 39.2 | 60 | Feeling depressed |
| 39.2 | 60 | 23.5 | 36 | 37.3 | 57 | Feeling inefficient |
| 77.8 | 119 | 11.8 | 8 | 10.5 | 16 | Nonchalant and dispassionate |

In Chard (2010) responsibility toward harm to the patient determined the perception of operating room nurses toward the error.

level of performance.²⁰ It can be beneficial to watch for and identify distracting factors, either from a personal angle or through a systemic/organizational issue, as distraction and interruption at work can cause impaired concentration and lead to real mistakes.²¹

Nurse responses also reported that lack of staff is a key factor in nursing errors in the operating room. There is research showing that nurses, on a global scale, are carrying a heavier work burden due to staffing issues.²² This is a global problem but it does, however, need to be addressed on a local level. The challenge lies with nursing managers and department supervisors to find ways to manage this issue in the current healthcare environment.

Nurses can show different reactions toward nursing errors which can depend on different factors and will vary depending on the type of error.²³ In the study of Celopas et al. hypothetical errors were divided in to various classes by nurses and reactions differed toward each class.²⁴ Becker showed that nurses have some benchmark for making decisions about errors and that some occurrences may or may not be considered errors by different nurses.²⁵

The findings of the research showed that the most important emotional reactions of nurses after error occurrence in operating room were “being upset at

having harmed the patient”, “feeling guilty”, “self-anger”, and “feeling embarrassed”. All emotional reactions of nurses can affect their behaviour after the occurrence of the error.

In Chard (2010) responsibility toward harm to the patient determined the perception of operating room nurses toward the error. It has been reported in this study that when the nurses did not talk at all about the error it was mainly because the error did not cause any harm to the patient.¹ Generally after having dealt with an error health care staff from all areas experience a complex range of feelings such as guilt, self-doubting, embarrassment, disappointment, self-blaming, feeling insufficient, and fear. Involvement in a damaging error can cause insomnia, reduction of job satisfaction, and anxiety for other patients should the error occur again in the future.²⁶ Therefore the feelings after error occurrence can have different effects on the personal and professional lives of healthcare workers. In the study by West et al. it was reported that the emotional effects of error can lead to a reduction in the physician's quality of life.²⁷ These feelings can remain for months or years and lead to significant stress.²⁶

Nursing managers should, in addition to working to reduce the cause and effects of errors, be aware of the nurses' feelings, and provide psychological

Table 3: Subjects' Responses to Errors

| Disagree | | Neutral | | Agree | | Survey Choices |
|------------|--------|------------|--------|------------|--------|--|
| Percentage | Number | Percentage | Number | Percentage | Number | |
| 0.7 | 1 | 2 | 3 | 97.7 | 149 | Making the decision to do better next time |
| 3.3 | 5 | 9.8 | 15 | 86.9 | 133 | Doing the action with greater effort in future |
| 4.6 | 7 | 8.5 | 13 | 86.9 | 133 | Creating a new plan and following it next time |
| 1.3 | 2 | 13.1 | 20 | 85.6 | 131 | Apologizing |
| 5.9 | 9 | 14.4 | 22 | 79.7 | 122 | Hoping for the elimination of a situation or for it to not occur again |
| 3.3 | 5 | 19.6 | 30 | 77.1 | 118 | Accepting sympathy and understanding others' feelings |
| 10.5 | 16 | 15 | 23 | 74.5 | 114 | Talking with others about one's feelings |
| 13.1 | 20 | 15.7 | 24 | 71.2 | 109 | Self-criticism and self-blame |
| 25.5 | 39 | 10.5 | 16 | 64.1 | 98 | Requesting support or advice from a friend |
| 16.3 | 25 | 25.5 | 39 | 58.2 | 89 | Becoming preoccupied with the possibility of future errors |
| 19.6 | 30 | 22.9 | 35 | 57.5 | 88 | Tired of keeping feelings to his/her self |
| 30.1 | 46 | 31.4 | 48 | 38.6 | 59 | Trying to forget the whole incident |
| 43.8 | 67 | 17.6 | 27 | 38.6 | 59 | Trying to keep others from realizing the magnitude of the error or results |
| 37.3 | 57 | 29.4 | 45 | 33.3 | 51 | Avoiding challenging situations |
| 77.8 | 119 | 11.8 | 18 | 10.5 | 16 | Behaving as if nothing happened |

It is evident that reducing the possibility of re-occurrence, by providing support and training for those involved in a surgical error, can provide the foundation for improved patient safety.

support. Nursing managers can create a consultant system for supporting the health care providers involved in error. These consultant systems can be official or through the use of other co-workers in a more informal way. Part of this support involves the creation of a culture of acceptance in fields where error occurrence is a risk. All consulting support should include the consultation with those privy to legal issues.²⁸ In addition the findings have shown that “making the decision to do better the next time” was the most important way of nurses’ coping with error occurrence. “Prevention of the effect of feelings on other tasks”, “duplicating the effort for doing tasks”, and “planning programs and following them” were the other ways of nurses’ coping with the occurrence of nursing errors in the operating room.

It is evident that reducing the possibility of re-occurrence, by providing support and training for those involved in a

surgical error, can provide the foundation for improved patient safety. The study by Nikhbakht Nasrabadi et al. showed that the nurses were trying to increase success, and prevent error occurrence, by improving on their performance of a procedure, updating their knowledge, and communicating with their colleagues on patient status or risk of error.²⁹

The responses of nurses as to how they would react, following a nursing error, were “paying more attention to detail,” “listening to patients more carefully,” “following the guidelines and procedures more accurately,” “keeping better patient records,” and “better monitoring of patients.” These reactions will quite naturally lead to a prevention of future errors. It is unlikely that error occurrence will ever be eliminated entirely in the health care profession and so healthcare professionals must, therefore, focus on the best possible systems for the reduction of errors.³⁰ It

Table 4: Results from the Subjects' Reactions to Errors

| Disagree | | Neutral | | Agree | | Survey Choices |
|------------|--------|------------|--------|------------|--------|---|
| Percentage | Number | Percentage | Number | Percentage | Number | |
| 1.3 | 2 | 0.7 | 1 | 98 | 150 | Paying more attention to detail |
| 1.3 | 2 | 3.3 | 5 | 95.4 | 146 | Listening to patients more carefully |
| 1.3 | 2 | 4.6 | 7 | 94.1 | 146 | Following guidelines and procedures more accurately |
| 0 | 0 | 6.5 | 10 | 93.5 | 143 | Keeping better patient records |
| 0.7 | 1 | 6.5 | 10 | 92.8 | 142 | Better monitoring of patients |
| 1.3 | 2 | 7.2 | 11 | 91.5 | 140 | Asking colleagues about their actions in the same situation |
| 2 | 3 | 7.8 | 12 | 90.2 | 138 | More accurate reading of patient charts |
| 10.5 | 16 | 17.6 | 27 | 71.9 | 110 | Looking for the advice of others |
| 32 | 49 | 24.8 | 38 | 43.1 | 66 | Working more slowly and carefully |
| 28.1 | 43 | 34 | 52 | 37.9 | 58 | Being more worried |
| 44.4 | 68 | 20.3 | 31 | 35.3 | 54 | Avoiding similar patients, procedures, or both |
| 33.3 | 51 | 35.3 | 54 | 31.4 | 48 | Less trust in others' capabilities |
| 54.9 | 84 | 20.9 | 32 | 24.2 | 37 | Trying to hide error as much as possible |
| 59.5 | 91 | 19.6 | 30 | 20.9 | 32 | Less self-confidence at work |
| 64.7 | 99 | 14.4 | 22 | 20.9 | 32 | Thinking about leaving the job |

Patient monitoring is one of the most important ways to detect and prevent potential errors.³¹

seems also that contributing factors include various personal contributors such as heedlessness, low motivation, carelessness, negligence, and inadvertence,¹³ and so nursing managers should prioritize increasing nurse motivation and pride in their job. According to studies an increase in motivation can also result in an increase in safety results.^{15,28,29}

Patient monitoring is one of the most important ways to detect and prevent potential errors.³¹ Re-training courses about the complications of errors are, therefore, recommended in intensive care units.

Among the limitations of the present study were the defined concepts of error and pre-selected causes of occurrence. Nurses may have had other reasons that were not present on the list of choices given to study participants. One of the other limitations of this, and other studies related to errors, is that results can be biased by the participant's own willingness (or lack thereof) to admit to errors and their concern for

privacy/anonymity. It is suggested, therefore, that a wider study be conducted, regarding nursing errors and nurses' reactions to errors, using a broader range of research questions and answers. A more in-depth investigation of possible support tools for nurses, with the goal of reducing errors, would also be beneficial.

CONCLUSION:

The findings of the present study have shown that operating room nurses were able to recognize operating room errors and their causes. The information gathered suggests a benefit to additional management support being provided to benefit nurses and improve patient safety. Nurses need support after error occurrence but they also need the ability to find ways to prevent future errors.

REFERENCES:

1. Chard R. How perioperative nurses define, attribute causes of, and react to intraoperative nursing errors. *AORN Journal*. 2010;91(1):132-45.

Acknowledgment:

This research project would not have been possible without the support of operating room nurses. The authors wish to express their gratitude to all participants.

2. Mansouri A, Ahmadvand A, Hadjibabaie M, Kargar M, Javadi M, Gholami K. Types and severity of medication errors in Iran. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2013;21:49-59.
3. Goras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Services Research*. 2013;13(104):1-7.
4. Shreve J, Bos JVD, Gray T, Halford M, Rustagi K, Ziemkiewicz E. The Economic Measurement of Medical Errors. *Society of Actuaries (SOA) Health Section*. 2010;June:1-15.
5. Hashemi F, Nasrabadi AN, Asghari F. Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. *BMC Nursing*. 2012;11:20.
6. Hashemi F. Ethical response to nursing error. *Med Ethics History Med*. 2008;1(4):31-45.
7. Balas MC, Scott LD, Rogers AE. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*. 2004; 17(4):224-30.
8. Henneman EA, Roche JP, Fisher DL, Cunningham H, Reilly CA, Nathanson BH, et al. Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: opportunity to improve patient safety. *Appl Nurs Res* 2010;23(1):11-21.
9. Joolae S, Hajibabae F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani N. The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. *Int Nurs Rev*. 2011;58(1):37-44.
10. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I. Medication errors in the Middle East countries: A systematic review of the literature. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013; 69:995-1008.
11. Khalooei A, Rabori MM, Nakhaee N. Safety condition in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences, 2010. *Journal of Health & Development*. 2013;2(3):192-202.
12. Gorji HA, Ravaghi H, Pirouzi M, Mansourzade A. Utilizing integrated prospective and retrospective risk analysis method on general processes patient flow in operating room in Seyed Alshohada Hospital in Semirrom, Iran. *Health Inf Manage*. 2013;10(3):1-10.
13. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70.
14. Treiber L, Jones HJ. Medication errors, routiens, and differences between perioperative and non-perioperative nurses. *AORN Journal*. 2012;96(3):285-94.
15. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly* 2009;139(1):9-15.
16. Barker LM, Nussbaum MA. The effects of fatigue on performance in simulated nursing work. *Ergonomics* 2011;54(9):815-29.
17. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(6):339-45.
18. Barker LM, Nussbaum MA. Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2011 67(6):1370-82.
19. Naylor R. *Medication Errors: Lessons for Education and Health care*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002. 333 p.

20. Brady AM, Malone AM, Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nurs Manag* 2009;17(6):679-97.
21. Anderson P, Townsend T. Medication errors: don't let them happen to you. *American Nurse Today*. 2010 5(3):23-37.
22. Carayon P, Alvarado CJ. Workload and patient safety among critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2007;19(2):121-9.
23. Beason L. Ethos and error: how business people react to errors. *College Composition and Communication*. 2001;53(1):33-64.
24. Cleopas A, Villaveces A, Charvet A, Bovier PA, Kolly V, Perneger TV. Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness. *Qual Saf Health Care* 2006;15(2):136-41.
25. Baker HM. Rules outside the rules for administration of medication: a study in New South Wales, Australia. *J Nurs Scholarsh*. 1997;29(2):155-8.
26. White AA, Gallagher TH. After the apology-coping and recovery after errors. *Virtual Mentor* 2011;13(9):593-600.
27. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296(9):1071-8.
28. White AA, Waterman AD, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders. *JCOM* 2008;15(5):240-7.
29. Nikbakht-Nasrabadi A, Peyravi H, Valiee S. Nurses' strategies in prevention of nursing error recurrence in chronic critical care: A qualitative study. *Chronic Diseases Journal*. 2014;2(2):61-8.
30. Fernandez CV, Gillis-Ring J. Strategies for the prevention of medical error in pediatrics. *J Pediatr* 2003;143(2):155-62.
31. Montesi G, Lechi A. Prevention of medication errors: detection and audit. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;67(6):651-5.

Editorial Review Panel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





VCH Operating Room Nurses

Registered Nurses – Operating Room Vancouver General Hospital (VGH)

Exciting • Complex • Challenging

VGH is a tertiary level organization and the provincial trauma, neurosciences, spinal cord injury and cancer treatment referral centre for the province of B.C. Our perioperative services include trauma, lung, liver, pancreas and kidney transplants as well as cardiac surgery, thoracic, vascular, neurosurgery, spinal cord, orthopedic, plastics, urology, gynecology, ENT, ophthalmology and general surgery. One of our 20 ORs is dedicated to robotics.

We have full time positions available for **Perioperative Registered Nurses**.

We are looking for RNs with two (2) years' recent, related experience in an acute care operating room environment who have completed an accredited Perioperative Nursing Specialty Certificate Program that are ready to take the step to the ultimate level. These positions offer you the opportunity to work alongside experts in their fields both nationally and internationally.

Make the move to Vancouver and be part of one of the most innovative, fast paced and challenging Operating Room environments in the country at VGH, a part of Vancouver Coastal Health.

Apply today by visiting:

jobs.vch.ca

Phone: 604.675.2500

Toll Free: 1.800.565.1727



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



JOB OPPORTUNITIES
Operating Room Nurses



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.albertahealthservices.ca/careers

For more information email careers@albertahealthservices.ca or search and apply for positions on our website



ORNAC Call for Nominations 2016



Operating Room Nurses
Association of Canada

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

1) Provincial Board of Director Positions

Positions Open with two year terms:

Alberta

Manitoba

New Brunswick

Prince Edward Island

Newfoundland & Labrador

Sequence of Nomination and Election Events:

- December 15, 2015 - Nominations Package is available and sent electronically to the President of the ORNAC Provincial Council. This will include the background information, process and electronic ballots.
- January 3, 2016 - The Provincial Council President will be responsible for e-mailing the Nominations Package to all members within their province.
- February 2, 2016 - Nominations need to be received by the President of the Provincial Council .
- February 5, 2016 - The Provincial President will determine the candidates who meet the criteria for running for a Board position.
- February 15, 2016 - Candidates will be notified if they have met the criteria. If more than one candidate, an election will be held within the specific province.
- March 1, 2016 - Electronic Ballots will be sent to all Provincial members with voting privileges.
- March 20, 2016 - Election takes place.
- April 1, 2016 - Provincial Council President notifies the Nominations Chair, in writing, of the successful candidate(s).
- April 15, 2016 - The ORNAC Nominations Chair prepares the final election slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 7, 2016 - Vote on final election slate, at the ORNAC AGM, by ORNAC Membership.
- May 7, 2016 - The new Board is introduced at the ORNAC AGM.
- September 2016 - the new ORNAC Board is featured 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:

Treasurer

Sequence of Events:

- December 15, 2015 - 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 2, 2016 - Candidates must submit the nominations paperwork, and express their intention to run for the position, to the ORNAC Nominations and Elections Chair.
- February 5, 2016 - 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 15, 2016 - 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 20, 2016 - Electronic ballots will be sent to all Members with voting privileges.
- March 10, 2016 - Election takes place.
- April 1, 2016 - The Nominations and Elections Chair will notify the ORNAC President (in writing) of the successful candidate.
- April 15, 2016 - The ORNAC Nominations Chair prepares the final election slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 7, 2016 - Vote on the final election slate, at the ORNAC AGM, by ORNAC Membership.
- May 7, 2016 - The new Board is introduced at the ORNAC AGM.
- September 2016 - 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:

Leadership

Education

Sequence of Events:

- December 15, 2015 - 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 2, 2016 - Candidates must submit the nominations paperwork, and express their intention to run for the position, to the ORNAC Nominations and Elections Chair.
- February 5, 2016 - 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 15, 2016 - 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 20, 2016 - Electronic ballots will be sent to all Members with voting privileges.
- March 10, 2016 - Election takes place.
- April 1, 2016 - The Nominations and Elections Chair notifies the President of ORNAC (in writing) of the successful candidate(s).
- April 15, 2016 - The ORNAC Nominations Chair prepares the final election slate for the Annual General Meeting (AGM).
- May 7, 2016 - Vote on the final election slate by ORNAC Membership at the ORNAC AGM.
- May 7, 2016 - The new ORNAC Board is introduced at the ORNAC AGM.
- September 2016 - The new ORNAC Board is featured in the ORNAC Journal.



24
ORNAC
NATIONAL
CONFERENCE

BRIDGING EXCELLENCE IN PERIOPERATIVE PRACTICE

MAY 3rd-7th 2015

SHAW CONFERENCE CENTRE, EDMONTON, ALBERTA

For further information, please go to www.ornac.ca and click on National Conference

Highlights from the 24th ORNAC National Conference *Bridging Excellence in Perioperative Practice*

Inspiring Speakers / Conférenciers inspirants



Keynote Speaker Amanda Lindhout (author of *A House in the Sky: Empowerment in Somalia and Beyond*) inspired delegates with her story of survival and forgiveness after 460 days in captivity, enduring unimaginable suffering, in Somalia. It was impossible to leave the room feeling anything but grateful and inspired by her strength, resilience, and desire to give back to the world.

La conférencière d'honneur Amanda Lindhout (auteure du livre *A House in the Sky: Empowerment in Somalia and Beyond*) a inspiré les délégués avec son histoire de survie et de pardon après avoir passé 460 jours en captivité en Somalie où elle a enduré une souffrance inimaginable. C'était impossible de quitter la salle sans éprouver de la reconnaissance et être inspiré par sa force, sa résilience et son désir de redonner au monde.



Master Corporal Paul Franklin, Closing Keynote Speaker, shared his moving story of survival after a 2006 suicide bombing in Afghanistan. His story combined a unique perspective as both a medic and as a patient in multiple surgeries. Some of the nurses in attendance were on the surgical team for some of his procedures and so his talk included recognition of the role they played in his survival.

Le caporal-chef Paul Franklin, le conférencier d'honneur en clôture de la conférence, a partagé sa touchante histoire de survie après un attentat suicide à la bombe en 2006, en Afghanistan. Son histoire nous donnait le point de vue unique du médecin et du patient ayant à subir des chirurgies multiples. Certaines des infirmières présentes faisaient partie de l'équipe chirurgicale ayant effectué quelques-unes des interventions et son discours a donc fait l'éloge du rôle qu'elles ont joué dans sa survie.



Official Ceremonies /

Bagpiper Eric Decorby leads the ORNAC Board in to the opening ceremonies.

Le joueur de cornemuse Eric Decorby dirige le conseil d'administration de l'AIISOC vers la cérémonie d'ouverture.



24
ORNAC
NATIONAL
CONFERENCE

BRIDGING EXCELLENCE IN PERIOPERATIVE PRACTICE
MAY 3rd-7th 2015

SHAW CONFERENCE CENTRE, EDMONTON, ALBERTA

For further information, please go to www.ornac.ca and click on National Conference

Points saillants de la 24e Conférence nationale de l'AIISOC

Atteindre l'excellence en soins périopératoires

Educational Opportunities / Opportunités éducatives

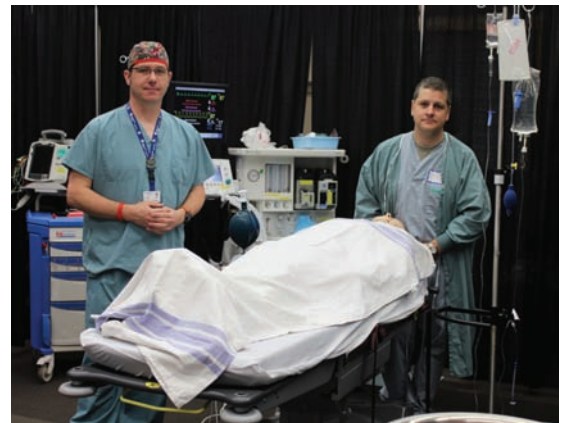


Jan de Boeck teaches delegates "How To Become a Surgeon Whisperer" in a lively and entertaining session.

Jan de Boeck enseigne aux délégués « Comment devenir un chirurgien qui chuchote » lors d'une séance animée et divertissante.

Hands-on educational opportunity at the Malignant Hyperthermia Simulation with Sue Barnes.

Opportunité éducative pratique avec l'atelier de simulation d'hyperthermie maligne donné par Sue Barnes.



All photos by / toutes les photos par : D. van Nieuwkerk

Cérémonie officielle

ORNAC and NEAC representatives cut the ribbon to open the 2015 Exhibit floor.

Les représentants de l'AIISOC et du CCNE coupent le ruban pour marquer l'ouverture de la salle des exposants 2015.



24th ORNAC National Conference / 24e Conférence nationale de l'AIISOC

Networking Events / Événements de réseautage

All photos by / toutes les photos par : D. van Nieuwkerk



Pink Glove Dance 2015 at the Breast Cancer Awareness breakfast featuring guest speaker Samantha Harris (sponsored by Medline).

Danse des gants roses 2015 lors du petit déjeuner de sensibilisation au cancer du sein mettant en vedette la conférencière Samantha Harris (commanditée par Medline).

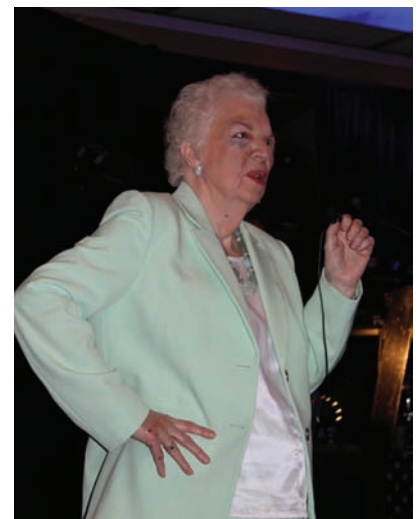


Delegates take a break from education at the East meets West evening social event.

Les délégués prennent une pause des séances de formation lors de l'événement

Vivian Watson enjoys the ORNAC Members Appreciation evening.

Vivian Watson s'amuse à la soirée d'appréciation des membres de l'AIISOC.



For more conference photos visit www.ornac.ca.
Pour voir davantage de photos de la conférence,
veuillez visiter www.aiisoc.ca.

DON'T MISS THE 25TH ORNAC NATIONAL CONFERENCE -
NIAGARA FALLS, ON, APR 30 - MAY 4, 2017
NE MANQUEZ PAS LA 25E CONFÉRENCE NATIONALE DE L'AIISOC -
NIAGARA FALLS, ON, 30 AVRIL AU 4 MAI 2017

ORNAC AWARDS / PRIX DE L'AIISOC



Heiki Best, from New Brunswick, was presented with the *Gloria Stephens Award for Excellence as an Educator of Perioperative Nursing* by Anita Esson, ORNAC Awards Chair.

Heiki Best du Nouveau-Brunswick a reçu le *Prix d'excellence Gloria Stephens à titre d'éducatrice en soins périopératoires* des mains d'Anita Esson, présidente des prix de l'AIISOC.

Anita Esson presenting the *Lorne Flower Memorial Award* to Gloria Nemecek from Alberta.

Anita Esson présente le *Prix commémoratif Lorne Flower* à Gloria Nemecek de l'Alberta.



Anita Esson presenting Erin Robertson, from ON, with the *ORNAC/Johnson & Johnson Medical Companies Bursary Award*.

Anita Esson présente à Erin Robertson de l'Ontario la *Bourse de l'AIISOC/Johnson & Johnson Medical Products pour les infirmières et les infirmiers de salles d'opération*.

Anita Esson presenting Donna Marin, from Saskatchewan, with the *ORNAC - Muriel Shewchuk Leadership Award*.

Anita Esson présente à Donna Marin de la Saskatchewan le *Prix de leadership Muriel Shewchuk* de l'AIISOC.



ORNAC AWARDS / PRIX DE L'AIISOC

Bev Reach, of Alberta, was presented with the *Isabelle Adams Award for Excellence in Perioperative Nursing*.

Bev Reach de l'Alberta a reçu le *Prix d'excellence Isabelle Adams en soins périopératoires*.

Patricia Wade, of Quebec, received the *ORNAC/Johnson & Johnson Drake Thompson Writing Award* for her December 2014 ORNAC Journal article entitled "Developing a culture of collaboration in the Operating Room: More than effective communication."

Patricia Wade du Québec a reçu le *Prix de rédaction Drake-Thompson de l'AIISOC et Johnson & Johnson* pour son article de la Revue de l'AIISOC de décembre 2014 intitulé : « Développer une culture de collaboration en salle d'opération : mieux que la communication efficace ».

Joan Porteous, of Manitoba, won the *RMAC Patient Safety Award* for her article, in the ORNAC Journal, titled "Intraoperative MRI: The challenges of providing a safe environment for patients and personnel."

Joan Porteous du Manitoba a gagné le *Prix de sécurité des patients RMAC* pour son article dans la Revue de l'AIISOC intitulé : « IRM peropératoire : les défis pour offrir un environnement sécuritaire pour les patients et le personnel ».

Perioperative Nurses Week Contest Winners

In 2014 ORNAC held a contest encouraging ORNAC members to submit a written or video submission that demonstrated a connection between the Perioperative Nurses Week theme and their personal practice. The winners were as follows:

First prize was awarded to Esther Eng and Anne Chang, of Calgary, AB, for their video submission. The video is available for viewing on the ORNAC website and Facebook page.

Second prize was awarded to Laura Beth King, Genevieve Auray, and Lisa Luxford, from the Toronto Hospital for Sick Children, for their poem submission.

Third prize was awarded to Lee Van Ruskenveld and his team from Fort Saskatchewan, AB, for their video submission.

Gagnants du concours lors de la Semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires

En 2014, l'AIISOC a organisé un concours pour encourager les membres de l'AIISOC à soumettre par écrit ou sous forme de vidéo un texte dans lequel ils faisaient le lien entre le thème de la Semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires et leur pratique personnelle. Voici les gagnants :

Le premier prix a été remis à Esther Eng et Anne Chang, de Calgary, AB, pour leur vidéo. La vidéo peut être visionnée sur le site Web de l'AIISOC et sur la page Facebook.

Le deuxième prix a été remis à Laura Beth King, Genevieve Auray et Lisa Luxford du Toronto Hospital for Sick Children, pour leur soumission sous forme d'un poème.

Le troisième prix a été remis à Lee Van Ruskenveld et son équipe de Fort Saskatchewan, AB, pour leur vidéo.



The ORNAC Board of Directors is seeking an ORNAC Member to fill the position of:

Chair of the *ORNAC Journal* Editorial Committee

This volunteer position would be for a two-year term with an option to renew.



MANDATE:

The ORNAC Journal Editorial Chair has overall accountability for the peer-reviewed *ORNAC Journal*. The Chair, with support from the French Peer-Review Chair, also leads the Peer-Review Committee (comprising nurse reviewers with different areas of expertise) and manages the peer-review process.



This position offers an excellent opportunity to contribute to your profession by driving the clinical content of this well-respected Journal. This position can also be used to meet CPN(C) re-certification requirements and, in some cases, applied toward yearly licensing/registration requirements.

Deadline for applications is **Friday, October 30th, 2015**. For full details, including application requirements and position responsibilities, visit www.ORNAC.ca/volunteer.

COMPRENDRE LES RÉACTIONS DES INFIRMIÈRES DE SOP FACE AUX ERREURS ET SE SERVIR DE CETTE COMPRÉHENSION POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Auteure :

Ladan Taifoori, B.Sc.Inf., chargée de cours, École des sciences infirmières et d'obstétrique, Université des sciences médicales du Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Sina Valiee, B.Sc.Inf., M.S.Inf., Ph. D., professeure adjointe, École des sciences infirmières et d'obstétrique, Université des sciences médicales du Kurdistan, Sanandaj, Iran.

RÉSUMÉ :

En salle d'opération, il peut se produire différents types d'erreurs infirmières causées par la nature invasive de l'intervention. Les réactions des infirmières face aux erreurs peuvent être un facteur clé pour la sécurité des patients. Le présent article se fonde sur une étude visant à enquêter les réactions des infirmières face aux erreurs et les divers facteurs qui y contribuent et qui en résultent. Cette dernière a été menée en 2014 à l'Université des sciences médicales du Kurdistan, à Sanandaj, en Iran. L'objectif de cette étude était de déterminer comment les infirmières en SOP réagissaient aux erreurs en soins infirmiers dans le but d'utiliser cette information pour améliorer la sécurité des patients.

La recherche a été effectuée sous forme d'une étude descriptive transversale. Les participantes étaient toutes des infirmières travaillant dans les salles d'opération des hôpitaux universitaires de l'Université des sciences médicales du Kurdistan, qui ont été sélectionnés par la méthode du consensus (170 personnes). L'information a été collectée à l'aide de

L'objectif de cette étude était de déterminer comment les infirmières en SOP réagissaient aux erreurs en soins infirmiers dans le but d'utiliser cette information pour améliorer la sécurité des patients.

questionnaires mettant l'accent sur l'information démographique, la définition d'erreur, les raisons pour lesquelles l'erreur s'est produite et les réactions émotives face aux erreurs. 153 questionnaires ont été remplis et analysés par la version 16.0 du logiciel SPSS.

« Technique stérile non respectée » (82,4 pour cent) constituait l'erreur de soins infirmiers la plus signalée, la « fatigue » (92,8 pour cent) était la raison la plus signalée pour laquelle une erreur s'était produite, « bouleversée d'avoir blessé le patient » (85,6 pour cent) était la réaction émotive la plus signalée après que l'erreur se soit produite, « prendre la décision d'adopter une meilleure approche des tâches la prochaine fois » (97,7 pour cent) comme l'objectif le plus courant et « porter plus d'attention aux détails » (98 pour cent) était la stratégie

prévue la plus signalée pour améliorer les résultats futurs.

Bien que les établissements de soins de santé se concentrent à planifier la prévention et l'élimination des erreurs, il a été démontré que les infirmières peuvent également profiter de soutien après qu'une erreur se soit produite. Leurs réactions, et les stratégies d'adaptation nécessitent de l'encadrement et, grâce au soutien tant individuel qu'organisationnel, elles peuvent constituer un facteur pour améliorer la sécurité des patients.

INTRODUCTION :

L'erreur est humaine et des erreurs peuvent se produire, peu importe les tâches.¹ Dans certains domaines, comme les soins de santé, les résultats d'une erreur peuvent être

incroyablement dommageables et même fatales.² Une erreur se définit comme le fait de ne pas terminer une activité intellectuelle ou physique prévue, effectuée dans le but d'obtenir des résultats escomptés et lorsqu'il est impossible de lier la défaillance à la chance.^{2,3} Les erreurs médicales peuvent être définies de deux façons : une erreur est un geste involontaire placé par négligence; ou une action qui ne produit pas le résultat désiré en pratique médicale. En d'autres termes, c'est un manquement aux devoirs ou la perpétration par erreur d'un geste de planification ou d'administration qui produit véritablement ou potentiellement des résultats indésirables.^{3,4}

En 2008, le coût total des erreurs médicales mesurables se chiffrait à 19,5 milliards de dollars aux États-Unis.⁴ Des renseignements détaillés ne sont pas disponibles pour l'Iran. Les erreurs se produisant dans le système de soins de santé engendrent des coûts à la fois mesurables et non mesurables. Parmi les coûts mesurables, notons : des coûts en soins de santé, des coûts juridiques et un taux de mortalité plus élevé. D'autre part, parmi les coûts non mesurables, notons : la douleur et la souffrance à long terme ressentie par le patient.^{4,5}

De nombreux patients continuent de se faire blesser ou ne survivent pas à leur intervention en raison d'erreurs médicales, et ce, malgré le développement considérable de la technologie et des compétences en soins de santé.⁵ De plus, les erreurs peuvent survenir, peu importe les compétences pratiques du fournisseur de soins de santé.^{5,6} Prévenir les erreurs n'est pas aussi simple et ne consiste pas seulement à tirer des leçons des expériences passées.¹ Dans une étude menée auprès de 393 infirmières du personnel hospitalier de l'Université de la Pennsylvanie, 30 % des infirmières ont signalé avoir commis au moins une erreur en 28 jours.⁷ Le taux d'erreurs en Iran n'est déterminé, mais il semble être semblable à celui des autres pays.^{5,8} Par exemple, Joolaei et coll. ont examiné les rapports des infirmières liés aux erreurs de médicaments et ces derniers ont indiqué que les infirmières avaient commis, en moyenne, 19,5 erreurs au cours des trois mois à l'étude.⁹

Entre-temps, l'une des zones les plus importantes d'un hôpital où surviennent différents types d'erreurs, y compris des erreurs médicales, des erreurs en soins infirmiers et des erreurs de médication, est la salle d'opération. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Suède a estimé que, chaque année, environ 100 000 patients étaient touchés par des blessures évitables et que la moitié de ces blessures s'étaient produites lors d'interventions chirurgicales invasives.³ Les résultats d'études effectuées dans 10 des 15 pays du Moyen-Orient ont indiqué que le taux d'erreurs médicales variait de 7,1 % à 90,5 % pour la rédaction d'ordonnances et de 9,4 % à 80 % pour l'administration des médicaments d'ordonnance.¹⁰

Dans une étude menée par Khalooei et coll., les conditions de sécurité des patients en salle d'opération étaient signalées

Did you know ?

Dr. William Wayne Babcock (1872-1963), an American surgeon, developed the Babcock technique: extirpation of the saphene vein. He designed several surgical instruments which are still used today in laparoscopic surgery.

Saviez-vous ?

Le Dr. William Wayne Babcock (1872-1963), chirurgien américain, a développé la technique Babcock: extirpation de la veine saphène. Il a conçu plusieurs instruments chirurgicaux qui s'utilisent encore aujourd'hui dans la chirurgie laparoscopique.

ENDOSCOPIC INSTRUMENTS ENDOSCOPIE

Dismantable - Démontable
Monopolar - Monopolaire
Rotatable - Rotatif
Ø 5mm or/ou 10mm
35cm or/ou 45cm



Large choice of inserts
Grand choix d'inserts



BARIATRIC SURGICAL INSTRUMENTS CHIRURGIE BARIATRIQUE



HYDRA.22
With LC1 and LC2
Avec LC1 et LC2



ARH.22
With Medium Nathanson Liver Retractor
Avec crochet Nathanson moyen

Contact us for your all laparoscopic instruments needs
Contactez-nous pour tous vos besoins en instrumentation laparoscopiques



1273, St-Louis, Terrebonne, QC,
J6W 1K6, Canada
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502
F : 450.471.1030
instrumentarium-online.com
info@instrumentarium-online.com

LES REACTIONS DES INFIRMIERES (SUITE)

Tableau 1 : Définition du terme « erreurs infirmières » par les sujets et perception des causes

| N'est pas d'accord | | Neutre | | Est d'accord | | Choix du sondage |
|--------------------|--------|-------------|--------|--------------|--------|--|
| Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | ERREUR INFIRMIÈRE |
| 10,5 | 16 | 7,2 | 11 | 82,4 | 126 | Technique stérile non respectée |
| 13,1 | 20 | 5,9 | 9 | 81 | 124 | Comptes erronés de compresses chirurgicales |
| 13,1 | 20 | 8,5 | 13 | 78,4 | 120 | Comptes erronés d'instruments chirurgicaux |
| 14,4 | 22 | 11,8 | 18 | 73,9 | 113 | Oubli d'un corps étranger dans le patient |
| 17,6 | 27 | 9,8 | 15 | 72,5 | 111 | Positionnement inapproprié du patient |
| 13,1 | 20 | 14,4 | 22 | 72,5 | 111 | Diagnostic incorrect du patient |
| 16,3 | 25 | 12,4 | 19 | 71,20 | 109 | Sélection incorrecte du site chirurgical |
| 16,3 | 25 | 12,4 | 19 | 71,2 | 109 | Utilisation inappropriée des plaques dispersives pour électrochirurgie |
| 11,8 | 18 | 18,3 | 28 | 69,9 | 107 | Utilisation incorrecte de l'équipement |
| 13,1 | 20 | 17,6 | 27 | 69,3 | 106 | Calcul incorrect des doses de médicaments |
| 13,1 | 20 | 20,9 | 32 | 66 | 101 | Manque de connaissances concernant l'allergie d'un patient |
| 21,6 | 33 | 16,3 | 25 | 62,1 | 95 | Pénurie d'équipement approprié |
| 26,1 | 40 | 14,4 | 22 | 59,5 | 91 | Site chirurgical inconnu |
| 20,9 | 32 | 26,1 | 40 | 52,9 | 81 | Côté du site chirurgical inconnu |
| 19 | 29 | 32 | 49 | 49 | 75 | Réaction du patient au sang ou produits sanguins |
| | | | | | | RAISON DE L'ERREUR |
| 2 | 3 | 5,26 | 8 | 92,8 | 142 | Fatigue |
| 3,9 | 6 | 6,5 | 10 | 89,5 | 137 | Information incorrecte ou insuffisante |
| 5,2 | 8 | 5,9 | 9 | 88,9 | 136 | Distraction |
| 5,9 | 9 | 5,9 | 9 | 88,2 | 135 | Manque de concentration |
| 6,5 | 10 | 5,2 | 8 | 88,2 | 135 | Pénurie de personnel |
| 5,9 | 9 | 6,5 | 10 | 87,6 | 134 | Devait accomplir différentes tâches simultanément |
| 9,8 | 15 | 7,2 | 11 | 83 | 127 | Manque d'instruments et d'équipement appropriés |
| 5,9 | 9 | 12,4 | 19 | 81,7 | 125 | Ne connaissait pas bien l'intervention |
| 9,2 | 14 | 9,8 | 15 | 81 | 124 | Ne respectait pas les normes des interventions |
| 3,3 | 5 | 15,7 | 24 | 81 | 124 | Manque d'orientation professionnelle |
| 5,9 | 9 | 15,7 | 24 | 78,4 | 120 | Mauvaise prise de décision |
| 6,5 | 10 | 19 | 29 | 74,5 | 114 | Erreur d'évaluation de la situation |
| 8,5 | 13 | 17,6 | 27 | 73,9 | 113 | N'a pas porté attention aux signes d'avertissement |
| 3,9 | 6 | 22,2 | 34 | 73,9 | 113 | Erreur causée par une faille du système |
| 15 | 23 | 12,4 | 19 | 72,5 | 111 | Mauvaise communication entre les membres de l'équipe chirurgicale |
| 7,8 | 12 | 21,6 | 33 | 70,6 | 108 | A agit par obligation |
| 15,7 | 24 | 19 | 29 | 65,4 | 100 | Prise de décision rapide |
| 8,5 | 13 | 29,4 | 45 | 62,1 | 95 | S'est fiée au jugement des autres |
| 19 | 29 | 19,6 | 30 | 61,4 | 94 | Supervision insuffisante des gestionnaires |
| 13,1 | 20 | 35,9 | 55 | 51 | 78 | N'a pas respecté les politiques de l'hôpital |
| 5,9 | 9 | 12,4 | 19 | 40,5 | 62 | Responsabilité des autres membres de l'équipe |

comme étant inappropriées à 33,3 %.¹¹ L'étude de Gorji et coll. a, quant à elle, signalé qu'entre la moitié et les deux tiers des erreurs médicales survenaient dans les salles d'opération et les salles d'urgence des hôpitaux et que plus de la moitié de ces erreurs étaient considérées comme évitables.¹² L'environnement de la salle d'opération peut, par conséquent, être un bon endroit pour étudier la réaction face aux erreurs infirmières.

Les infirmières contribuent à la sécurité des patients par le biais de leurs pratiques, en reconnaissant les erreurs et en s'efforçant de réduire les complications causées par les erreurs. En raison de leur rôle, leurs réactions face aux erreurs ont également un impact.⁸ Les infirmières constituent souvent la première ligne de défense lorsqu'il est question d'erreurs cliniques.¹³ Il est généralement convenu qu'afin de prévenir les erreurs, nous devons les reconnaître et avoir un plan avant de prendre les mesures nécessaires pour prévenir les écarts et les erreurs futurs.¹⁴ Le manque d'études liées à la réaction des infirmières face aux erreurs a incité les chercheurs à mener la présente étude dans le but d'étudier les réactions des infirmières face aux erreurs infirmières et les actions qui en découlent dans les salles d'opération des hôpitaux universitaires de l'Université des sciences médicales du Kurdistan.

MÉTHODES :

Menée sous forme d'étude transversale descriptive de février à août 2014. La population étudiée se composait d'infirmières salariées travaillant dans les salles d'opération des hôpitaux universitaires de l'Université des sciences médicales du Kurdistan, et 153 sur possiblement 170 infirmières ont participé à l'étude.

Les données ont été recueillies à l'aide du « Questionnaire à l'intention des infirmières en soins périopératoires » qui devait être rempli par auto-évaluation. Le questionnaire de cinq pages contient des données démographiques (sexe, âge, éducation,

emploi occupé, etc.), puis recueille de l'information sur la définition d'erreur pour les infirmières (15 questions), sur les causes des erreurs survenues (10 questions), sur leurs stratégies d'adaptation face aux erreurs (16 questions) et sur les résultats (15 questions). Suite à la rédaction du questionnaire, ce dernier a été traduit et distribué à 10 personnes qui ont fourni leur rétroaction quant à la validité et au respect apparent et de contenu. Les commentaires ont été compilés et les changements nécessaires ont été apportés au questionnaire avant qu'il ne soit distribué. Sa fiabilité a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, en se servant des réponses de 20 infirmières, et le résultat était de 0,89.

Les questionnaires ont été distribués à 170 sujets et 153 questionnaires ont été remplis et retournés. Après avoir entré les données de recherche dans la version 16.0 du logiciel SPSS, les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives (fréquence, signification, écart-type et variables de l'étude. La définition d'erreur, le type d'erreur, les causes des erreurs survenues et les réactions face aux erreurs ont également été analysés.

RÉSULTATS :

Les résultats de l'étude indiquent que 66,7 pour cent des sujets étaient des femmes et que 60,1 pour cent d'entre elles étaient mariées. L'âge moyen des sujets était de 33,32±10,16. Quant au niveau d'éducation des sujets, 39,2 pour cent possédaient un diplôme d'études en sciences, 53,6 pour cent un baccalauréat en sciences infirmières (B.Sc.Inf.) et 7,2 pour cent une maîtrise en soins infirmiers (M.S.Inf.). L'expérience de travail moyenne dans leur emploi actuel était de 6,69 ans et l'expérience de travail moyenne en salle d'opération était de 8 ans.

Les conclusions ont démontré que les énoncés « technique stérile non respectée » (82,4 pour cent), « comptes erronés de compresses chirurgicales » (81 pour cent), « comptes erronés d'instruments

Les infirmières contribuent à la sécurité des patients par le biais de leurs pratiques, en reconnaissant les erreurs et en s'efforçant de réduire les complications causées par les erreurs.

chirurgicaux » (78,4 pour cent) et « oublié d'un corps étranger dans le patient » (73,9 pour cent) ont été sélectionnés comme les plus courants selon leur expérience.

Les infirmières ont signalé que les principales causes d'erreurs infirmières en salle d'opération étaient la « fatigue » (92,8 pour cent), « l'information incorrecte ou insuffisante » (89,5 pour cent), « les distractions » (88,9 pour cent), « le manque de concentration » (88,2 pour cent) et « le manque de personnel » (88,2 pour cent). Consulter le Tableau 1.

L'information sur les réactions des infirmières face aux erreurs infirmières en salle d'opération a été recueillie à partir de trois aspects : les réactions émotives après que l'erreur se soit produite; l'adaptation au fait qu'une erreur se soit produite et le résultat des réactions face à l'erreur. Les conclusions ont démontré que les réactions émotives les plus vécues étaient « bouleversée d'avoir blessé le patient » (85,6 pour cent), « se sent coupable » (83,7 pour cent), « fâchée contre soi-même » (69,3 pour cent) et « se sent gênée » (67,3 pour cent). Consulter le Tableau 2.

En ce qui a trait à la façon dont les infirmières font face à une erreur, la réaction la plus signalée était « prendre la décision de faire mieux la prochaine fois » qui a été cochée par 97,7 des participantes à l'étude. Parmi les autres réactions d'adaptation courantes, notons : « empêcher que ces sentiments n'influencent mes autres tâches » (86,9 pour cent), « intensifier mes efforts pour effectuer mes tâches » (86,9 pour cent), « développer un nouveau plan et le suivre la prochaine fois » (85,6 pour cent) et « s'excuser » (79,7 pour cent). Consulter le Tableau 3.

Les résultats les plus signalés en réaction aux erreurs infirmières étaient « porter plus d'attention aux détails » (98 pour cent), « écouter les patients plus attentivement » (95,4 pour cent), « suivre plus soigneusement les lignes directrices et les procédures » (94,1 pour cent), « rédiger plus minutieusement les dossiers des patients » (93,5 pour cent)

et « mieux surveiller les patients » (92,8 pour cent). Consulter le Tableau 4.

DISCUSSION :

Cette étude a obtenu une précieuse rétroaction de la part des infirmières relativement aux causes perçues et aux réactions face aux erreurs.

Dans l'étude de Khalooei et coll., 33,3 pour cent des conditions de sécurité des patients ont été jugées comme inappropriées.¹¹ Dans l'étude de Gorji et coll., il a été mentionné qu'entre la moitié et les deux tiers des erreurs médicales survenaient dans les salles d'opération et les salles d'urgence des hôpitaux et que plus de la moitié de ces erreurs étaient considérées comme évitables.¹² Par conséquent, les salles d'opération fournissent un environnement d'étude idéal pour obtenir les réactions des infirmières et la reconnaissance de ces réactions peut être utilisée pour les prévenir à l'avenir.

L'un des facteurs importants pour empêcher que des erreurs surviennent a toujours été l'identification de leur cause.¹⁵ Les infirmières ayant participé à cette étude ont suggéré que la « fatigue » était la cause la plus importante d'erreurs infirmières en salle d'opération. De nombreux chercheurs ont démontré la relation entre la fatigue et les erreurs cliniques.^{16,17} La fatigue peut avoir un impact sur l'état émotif et physique de la personne, ce qui peut avoir des effets négatifs sur son rendement et engendrer ainsi des erreurs.¹⁸ Une prise de conscience de cet élément par les chefs et les superviseurs de services ainsi que le fait d'y accorder priorité pourraient avoir des répercussions sur la sécurité des patients.

« L'information incorrecte ou insuffisante », « les distractions », « le manque de concentration » et « la pénurie de personnel » ont été signalés comme les causes les plus courantes d'erreurs infirmières en salle d'opération.

Il a été proposé que le manque de connaissances chez les fournisseurs de soins de santé était la cause la plus répandue pour les erreurs médicales.¹⁹

Par conséquent, si les infirmières considèrent le manque d'information suffisante comme la cause de quelques-unes de leurs erreurs, les superviseurs devraient donc s'assurer que les infirmières possèdent les connaissances et l'expérience nécessaires dans le domaine des salles d'opération avant de déterminer le lieu de travail des infirmières. De plus, des évaluations périodiques de ces connaissances devraient être effectuées et il pourrait être utile d'offrir régulièrement de la formation.

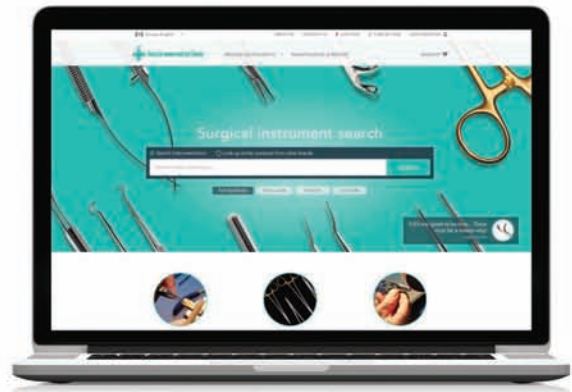
Différents facteurs peuvent causer de la « distraction » et « un manque de concentration », ces derniers doivent donc faire l'objet de davantage de recherches afin d'être utiles. Les distractions peuvent, quant à elles, être causées par des problèmes personnels ou des problèmes organisationnels. Chaque personne fait face à des enjeux uniques qui peuvent influencer son niveau de rendement.²⁰ Le fait de surveiller et d'identifier les facteurs distrayants pourrait être bénéfique, que ce soit d'un point de vue personnel ou en raison d'un problème systémique/organisationnel, étant donné que les distractions et les interruptions de travail peuvent nuire à la concentration et générer de véritables erreurs.²¹

Les réponses des infirmières ont également signalé que le manque de personnel était un facteur clé causant des erreurs infirmières en salle d'opération. Des études ont démontré que les infirmières, dans l'ensemble, avaient une charge de travail plus lourde en raison des problèmes d'effectifs.²² C'est un problème général, mais il doit cependant être abordé au niveau local. Le défi repose sur les gestionnaires des soins infirmiers et les chefs de service qui doivent trouver des façons de gérer ce problème dans l'environnement actuel du système de soins de santé.

Les infirmières peuvent avoir différentes réactions face aux erreurs infirmières qui peuvent elles-mêmes dépendre de différents facteurs et varier selon le type d'erreur.²³ Dans l'étude de Celopas et coll., les erreurs hypothétiques ont été divisées en différentes catégories par les infirmières et les réactions différaient selon chaque catégorie.²⁴ Becker a démontré que les infirmières possèdent des points de repère afin de prendre des décisions au sujet des erreurs et que certaines d'entre elles peuvent être considérées comme des erreurs ou non selon les infirmières.²⁵ Les conclusions de l'étude ont suggéré que les réactions émotives les plus importantes ressenties par les infirmières après qu'une erreur se soit produite en salle d'opération étaient « bouleversée d'avoir blessé le patient », « se sent coupable », « fâchée contre soi-même » et « se sent gênée ». Toutes les réactions émotives des infirmières peuvent influencer leur comportement après qu'une erreur soit survenue.

Dans l'étude de Chard (2010), la responsabilité ressentie envers la blessure occasionnée au patient déterminait la perception des infirmières en salle d'opération face à l'erreur. Il a été signalé dans cette étude que lorsque les infirmières ne parlaient pas de l'erreur, c'était

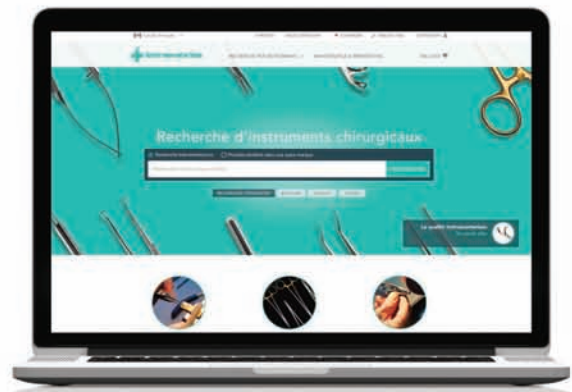
instrumentarium-online.com



All throughout the development of our website, our goal has been to create a work tool that is simple, efficient and complete.

This tool has been produced for you, to provide judicious advice, a complete listing of instruments, suggestions, alternate options, and of course, a direct link to our customer service department.

The more you use it, the more it'll become your favourite. Enjoy your visit!



Tout au long du développement de notre site internet, nous avons eu comme objectif de réaliser un outil de travail simple, efficace et complet.

Il a été fait pour vous afin de vous fournir des conseils judicieux, une liste exhaustive d'instruments, des suggestions, des choix alternatifs et bien sûr un lien direct avec notre service à la clientèle.

Plus vous l'utiliserez plus vous en ferez votre favori. Bonne visite!



1273, St-Louis, Terrebonne, QC,
J6W 1K6, Canada
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502
F : 450.471.1030
instrumentarium-online.com
info@instrumentarium-online.com

Tableau 2 : Réactions émotives des sujets face aux erreurs

| N'est pas d'accord | | Neutre | | Est d'accord | | Choix du sondage |
|--------------------|--------|-------------|--------|--------------|--------|--|
| Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | |
| 6,5 | 10 | 7,8 | 12 | 85,6 | 131 | Bouleversée d'avoir blessé le patient |
| 8,5 | 13 | 7,8 | 12 | 83,7 | 128 | Se sent coupable |
| 26,1 | 40 | 4,6 | 7 | 69,3 | 106 | Fâchée contre soi-même |
| 18,3 | 28 | 14,4 | 22 | 67,3 | 103 | Se sent gênée |
| 22,9 | 35 | 26,1 | 40 | 51 | 78 | Croit avoir fait la bonne chose |
| 30,7 | 47 | 22,2 | 34 | 47,1 | 72 | Peur des réactions des autres |
| 32,7 | 50 | 23,5 | 36 | 43,8 | 67 | Fâchée contre les autres membres de l'équipe |
| 34,6 | 53 | 26,1 | 40 | 39,2 | 60 | Se sent déprimée |
| 39,2 | 60 | 23,5 | 36 | 37,3 | 57 | Se sent inefficace |
| 77,8 | 119 | 11,8 | 8 | 10,5 | 16 | Nonchalante et froide |

Dans l'étude de Chard (2010), la responsabilité ressentie envers la blessure occasionnée au patient déterminait la perception des infirmières en salle d'opération face à l'erreur.

principalement parce que l'erreur n'avait pas causé de blessures au patient.¹ Généralement, après avoir fait face à une erreur, le personnel de soins de santé de n'importe quel domaine ressent une gamme complète de sentiments, comme de la culpabilité, du doute envers soi-même, de la gêne, de la déception, du blâme envers soi-même, un sentiment d'incompétence et de peur. Si l'infirmière est responsable d'une erreur dommageable, elle peut souffrir d'insomnie, d'une réduction de la satisfaction que lui apporte son travail et d'anxiété envers les autres patients si une autre erreur venait à se produire.²⁶ Par conséquent, les sentiments après qu'une erreur se soit produite peuvent avoir différents effets sur la vie personnelle et professionnelle des travailleurs de la santé. Dans l'étude de West et coll., ces derniers ont signalé que les effets émotifs que causent les erreurs peuvent mener à une réduction de la qualité de vie des médecins.²⁷ Ces sentiments peuvent se poursuivre durant des mois ou des années et engendrer un stress considérable.²⁶

Les questionnaires des soins infirmiers devraient, en plus de s'efforcer de réduire les causes et les effets des erreurs, être conscients des sentiments des infirmières et leur fournir du soutien psychologique. Les questionnaires des soins infirmiers peuvent développer un système de consultation afin d'appuyer

les fournisseurs de soins de santé ayant été impliqués dans une erreur. Ces systèmes de consultation peuvent être officiels ou plus informels, par le biais d'autres collègues. Une partie de ce soutien implique le développement d'une culture d'acceptation dans les domaines où les risques qu'une erreur survienne sont présents. Tous les systèmes de consultation qui offrent du soutien devraient se faire conseiller par des personnes compétentes en matière de questions juridiques.²⁸ De plus, les conclusions ont démontré que « prendre la décision d'adopter une meilleure approche des tâches la prochaine fois » était l'objectif le plus important que les infirmières se promettaient de mettre en application après qu'une erreur se soit produite. Le fait d'« empêcher que ces sentiments n'influencent les autres tâches », d'« intensifier les efforts pour effectuer les tâches » et de « développer un nouveau plan et le suivre la prochaine fois » étaient les autres moyens utilisés par les infirmières pour faire face aux erreurs survenues en salle d'opération.

Il est évident que le fait de réduire la possibilité que des erreurs se produisent à nouveau en offrant du soutien et de la formation aux personnes ayant été impliquées dans une erreur chirurgicale peut fournir les bases pour l'amélioration de la sécurité des patients. L'étude menée par Nikhbakht Nasrabadi et coll. a suggéré que les

Tableau 3 : Réactions des sujets face aux erreurs

| N'est pas d'accord | | Neutre | | Est d'accord | | Choix du sondage |
|--------------------|--------|-------------|--------|--------------|--------|---|
| Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | |
| 0,7 | 1 | 2 | 3 | 97,7 | 149 | A pris la décision d'adopter une meilleure approche des tâches la prochaine fois |
| 3,3 | 5 | 9,8 | 15 | 86,9 | 133 | A intensifié ses efforts pour effectuer ses tâches |
| 4,6 | 7 | 8,5 | 13 | 86,9 | 133 | A développé un nouveau plan et le suivra la prochaine fois |
| 1,3 | 2 | 13,1 | 20 | 85,6 | 131 | S'est excusée |
| 5,9 | 9 | 14,4 | 22 | 79,7 | 122 | Espère que la situation se réglera ou qu'elle ne se produira pas à nouveau |
| 3,3 | 5 | 19,6 | 30 | 77,1 | 118 | Éprouve de la sympathie et comprend les sentiments des autres |
| 10,5 | 16 | 15 | 23 | 74,5 | 114 | A parlé aux autres de ses sentiments |
| 13,1 | 20 | 15,7 | 24 | 71,2 | 109 | Auto-critique et culpabilité |
| 25,5 | 39 | 10,5 | 16 | 64,1 | 98 | A demandé du soutien ou des conseils d'un ami |
| 16,3 | 25 | 25,5 | 39 | 58,2 | 89 | Est devenu obsédée par la possibilité d'erreurs futures |
| 19,6 | 30 | 22,9 | 35 | 57,5 | 88 | Est fatiguée de garder ses sentiments pour soi-même |
| 30,1 | 46 | 31,4 | 48 | 38,6 | 59 | A essayé d'oublier l'incident |
| 43,8 | 67 | 17,6 | 27 | 38,6 | 59 | Essaie d'empêcher les autres de se rendre compte de la portée de l'erreur ou de ses résultats |
| 37,3 | 57 | 29,4 | 45 | 33,3 | 51 | Évite les situations difficiles |
| 77,8 | 119 | 11,8 | 18 | 10,5 | 16 | Se comporte comme si de rien n'était |

Il est évident que le fait de réduire la possibilité que des erreurs se produisent à nouveau en offrant du soutien et de la formation aux personnes ayant été impliquées dans une erreur chirurgicale peut fournir les bases pour l'amélioration de la sécurité des patients.

infirmières essayaient d'assurer le succès et de prévenir les erreurs en améliorant leur rendement en matière d'interventions, en mettant à jour leurs connaissances et en communiquant avec leurs collègues quant au statut du patient ou concernant le risque d'erreur.²⁹

Les réponses des infirmières à la question sur leur façon de réagir suite à une erreur infirmière étaient : « porter plus d'attention aux détails », « écouter les patients plus attentivement », « suivre plus soigneusement les lignes directrices et les procédures », « rédiger plus minutieusement les dossiers des patients » et « mieux surveiller les patients ». Ces réactions mèneront tout naturellement à la prévention d'erreurs futures. Il est peu probable que les erreurs puissent être complètement éliminées des professions en soins de santé. Les professionnels de

la santé doivent donc se concentrer sur les meilleurs systèmes possible qui leur permettront de les réduire.³⁰ De plus, il semble que des facteurs contributifs soient personnels, par exemple : l'inattention, le manque de motivation, l'insouciance, la négligence et l'inadvertance.¹³ Les gestionnaires des soins infirmiers devraient donc s'efforcer d'accroître la motivation des infirmières et leur sentiment de fierté dans leur travail. Selon certaines études, une hausse de la motivation peut aussi contribuer à une augmentation des résultats sécuritaires.^{15,28,29}

L'une des meilleures façons de détecter et de prévenir les erreurs potentielles est de bien surveiller les patients.³¹ Ainsi, il est recommandé d'offrir des cours de perfectionnement professionnel au sujet des complications découlant des erreurs dans les services de soins intensifs.

Tableau 4 : Résultats des réactions face aux erreurs des sujets

| Disagree | | Neutral | | Agree | | Survey Choices |
|------------|--------|------------|--------|------------|--------|---|
| Percentage | Number | Percentage | Number | Percentage | Number | |
| 1.3 | 2 | 0.7 | 1 | 98 | 150 | Paying more attention to detail |
| 1.3 | 2 | 3.3 | 5 | 95.4 | 146 | Listening to patients more carefully |
| 1.3 | 2 | 4.6 | 7 | 94.1 | 146 | Following guidelines and procedures more accurately |
| 0 | 0 | 6.5 | 10 | 93.5 | 143 | Keeping better patient records |
| 0.7 | 1 | 6.5 | 10 | 92.8 | 142 | Better monitoring of patients |
| 1.3 | 2 | 7.2 | 11 | 91.5 | 140 | Asking colleagues about their actions in the same situation |
| 2 | 3 | 7.8 | 12 | 90.2 | 138 | More accurate reading of patient charts |
| 10.5 | 16 | 17.6 | 27 | 71.9 | 110 | Looking for the advice of others |
| 32 | 49 | 24.8 | 38 | 43.1 | 66 | Working more slowly and carefully |
| 28.1 | 43 | 34 | 52 | 37.9 | 58 | Being more worried |
| 44.4 | 68 | 20.3 | 31 | 35.3 | 54 | Avoiding similar patients, procedures, or both |
| 33.3 | 51 | 35.3 | 54 | 31.4 | 48 | Less trust in others' capabilities |
| 54.9 | 84 | 20.9 | 32 | 24.2 | 37 | Trying to hide error as much as possible |
| 59.5 | 91 | 19.6 | 30 | 20.9 | 32 | Less self-confidence at work |
| 64.7 | 99 | 14.4 | 22 | 20.9 | 32 | Thinking about leaving the job |

L'une des meilleures façons de détecter et de prévenir les erreurs potentielles est de bien surveiller les patients.³¹

Parmi les limites de la présente étude se trouvaient les concepts définis d'une erreur et les causes présélectionnées pour les erreurs. Les infirmières avaient peut-être d'autres raisons à indiquer qui n'étaient pas présentes sur la liste de choix remise aux participantes à l'étude. De plus, une autre limite de cette étude, et d'autres études traitant des erreurs, est que les résultats peuvent être déformés par la bonne volonté des participants (ou leur manque de bonne volonté) d'admettre leurs erreurs et leurs préoccupations pour préserver leur vie privée/confidentialité. Ainsi, il est proposé de mener une étude plus vaste relativement aux erreurs infirmières et aux réactions des infirmières face aux erreurs, en se servant d'une gamme plus large de questions et de réponses de recherche. Une enquête plus approfondie sur les outils de soutien possible mis à la disposition des infirmières afin que ces dernières puissent réduire les erreurs serait également souhaitable.

CONCLUSION :

Les conclusions de la présente étude ont démontré que les infirmières en salle d'opération sont capables de reconnaître les erreurs en salle d'opération ainsi que leurs causes. L'information recueillie suggère qu'il serait bénéfique pour les infirmières qu'il y ait davantage de soutien de la part de la direction afin d'améliorer la sécurité des patients. Les infirmières ont besoin de soutien après qu'une erreur se soit produite, mais elles ont également besoin de trouver des façons de prévenir les erreurs futures.

RÉFÉRENCES :

1. Chard R., How perioperative nurses define, attribute causes of, and react to intraoperative nursing errors, *AORN Journal*, 2010;91(1):132-45.
2. Mansouri A, Ahmadvand A, Hadjibabaie M, Kargar M, Javadi

Remerciements :

Ce projet de recherche n'aurait pu être possible sans le soutien des infirmières en salle d'opération. Les auteures tiennent à faire part à tous les participants de leur reconnaissance.

- M, Gholami K., Types and severity of medication errors in Iran, *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2013;21:49-59.
3. Goras C, Wallentin FY, Nilsson U, Ehrenberg A., Swedish translation and psychometric testing of safety attitudes questionnaire (operating room version), *BMC Health Services Research*, 2013;13(104):1-7.
 4. Shreve J, Bos JVD, Gray T, Halford M, Rustagi K, Ziemkiewicz E., The Economic Measurement of Medical Errors, *Society of Actuaries (SOA) Health Section*, 2010;June:1-15.
 5. Hashemi F, Nasrabadi AN, Asghari F., Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study, *BMC Nursing*, 2012;11:20.
 6. Hashemi F., Ethical response to nursing error, *Med Ethics History Med*, 2008;1(4):31-45.
 7. Balas MC, Scott LD, Rogers AE., The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses, *Applied Nursing Research*, 2004; 17(4):224-30.
 8. Henneman EA, Roche JP, Fisher DL, Cunningham H, Reilly CA, Nathanson BH, et al., Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: opportunity to improve patient safety, *Appl Nurs Res*, 2010;23(1):11-21.
 9. Joolae S, Hajibabae F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani N., The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions, *Int Nurs Rev*, 2011;58(1):37-44.
 10. Alsulami Z, Conroy S, Choonara I., Medication errors in the Middle East countries: A systematic review of the literature, *Eur J Clin Pharmacol*, 2013; 69:995-1008.
 11. Khalooei A, Rabori MM, Nakhaee N., Safety condition in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences, 2010, *Journal of Health & Development*, 2013;2(3):192-202.
 12. Gorji HA, Ravaghi H, Pirouzi M, Mansourzade A., Utilizing integrated prospective and retrospective risk analysis method on general processes patient flow in operating room in Seyed Alshohada Hospital in Semrom, Iran, *Health Inf Manage*, 2013;10(3):1-10.
 13. Reason J., Human error: models and management, *BMJ*, 2000;320:768-70.
 14. Treiber L, Jones HJ., Medication errors, routiens, and differences between perioperative and non-perioperative nurses, *AORN Journal*, 2012;96(3):285-94.
 15. Schwappach DL, Boluarte TA., The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability, *Swiss Med Wkly*, 2009;139(1):9-15.
 16. Barker LM, Nussbaum MA., The effects of fatigue on performance in simulated nursing work *Ergonomics*, 2011;54(9):815-29.
 17. Maiden J, Georges JM, Connelly CD., Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses, *Dimens Crit Care Nurs*, 2011;30(6):339-45.
 18. Barker LM, Nussbaum MA., Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 2011 67(6):1370-82.
 19. Naylor R., *Medication Errors: Lessons for Education and Health care*, Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002. 333 p.
 20. Brady AM, Malone AM, Fleming S., A literature review of the individual

and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice, *J Nurs Manag*, 2009;17(6):679-97.

21. Anderson P, Townsend T., Medication errors: don't let them happen to you, *American Nurse Today*, 2010 5(3):23-37.
22. Carayon P, Alvarado CJ., Workload and patient safety among critical care nurses, *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2007;19(2):121-9.
23. Beason L., Ethos and error: how business people react to errors, *College Composition and Communication*, 2001;53(1):33-64.
24. Cleopas A, Villaveces A, Charvet A, Bovier PA, Kolly V, Perneger TV., Patient assessments of a hypothetical medical error: effects of health outcome, disclosure, and staff responsiveness, *Qual Saf Health Care*, 2006;15(2):136-41.
25. Baker HM., Rules outside the rules for administration of medication: a study in New South Wales, Australia, *J Nurs Scholarsh*, 1997;29(2):155-8.
26. White AA, Gallagher TH., After the apology-coping and recovery after errors, *Virtual Mentor*, 2011;13(9):593-600.
27. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al., Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study, *JAMA*, 2006;296(9):1071-8.
28. White AA, Waterman AD, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH., Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders, *JCOM*, 2008;15(5):240-7.
29. Nikbakht-Nasrabadi A, Peyravi H, Valiee S., Nurses' strategies in prevention of nursing error recurrence in chronic critical care: A qualitative study, *Chronic Diseases Journal*, 2014;2(2):61-8.
30. Fernandez CV, Gillis-Ring J., Strategies for the prevention of medical error in pediatrics, *J Pediatr*, 2003;143(2):155-62.
31. Montesi G, Lechi A., Prevention of medication errors: detection and audit, *Br J Clin Pharmacol*, 2009;67(6):651-5.

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.Sc.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.Sc.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.Sc.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.



Vancouver Island Region Challenges all ORNAC Members!

At the ORNAC National Conference closing ceremonies Marcy McKay, ORNAC Past-President, announced that the **Vancouver Island region is sponsoring a one-year ORNAC membership as part of a national challenge. The region that is able to increase its ORNAC membership by the highest percentage will have one ORNAC membership paid for by VI region!**

“Just imagine if we all brought in only one new member,” notes McKay, “ORNAC would double in size over night and have an even stronger impact on perioperative nursing!”

Can your region increase its membership by 10 percent? 20 per cent? Or even more? Here are some possible ways to encourage new members:

- Bring a new nurse to an education night;
- Run a fundraising/awareness campaign and sponsor the cost of a new membership;
- Tell new members about your Conference experiences so they know what they are missing;
- Create local challenges to bring new members into your region; and
- Share your ideas and results with ORNAC so other regions can try them!

The winning region will be selected on January 31, 2016 (based on comparisons between January 2015 and January 2016 numbers) and will be announced in the March 2016 Journal as well as on the ORNAC Facebook page.

The winning region can choose how to select its recipient. It could be a fundraising raffle to sponsor another membership fee, a writing or poster competition about the importance of membership, or anything else. So spread the word... and show us how great your region can be!!

La région de l'Île de Vancouver met au défi tous les membres de l'AIISOC!

Lors de la cérémonie de clôture de la Conférence nationale de l'AIISOC, Marcy McKay, ancienne présidente de l'AIISOC, a annoncé que **la région de l'Île de Vancouver assumerait les frais d'une adhésion d'un an à l'AIISOC pour la région qui atteindrait le pourcentage le plus élevé en adhésions existantes.**

« Imaginez seulement si chacun d'entre nous référerait un nouveau membre », mentionne Mme McKay, « la taille de l'AIISOC doublerait en une nuit et son impact serait encore plus fort sur les soins périopératoires! »

Votre région peut-elle accroître ses adhésions de 10 pour cent? 20 pour cent? Ou encore davantage? Voici quelques façons vous permettant d'encourager l'adhésion de nouveaux membres :

- Invitez une nouvelle infirmière à une soirée éducative;
- Effectuez une collecte de fonds/une campagne de sensibilisation et assumez les frais d'une nouvelle adhésion;
- Partagez avec les nouveaux membres votre expérience des conférences pour qu'ils sachent ce qu'ils manquent;
- Lancez des défis locaux pour inciter les nouveaux membres à adhérer dans votre région;
- Partagez vos idées et vos résultats avec l'AIISOC pour que les autres régions les essaient!

La région gagnante sera sélectionnée le 31 janvier 2016 (en fonction d'une comparaison des chiffres entre janvier 2015 et janvier 2016) et elle sera annoncée dans la Revue de mars 2016 ainsi que sur la page Facebook de l'AIISOC.

La région gagnante peut choisir comment elle sélectionnera son gagnant. Soit en effectuant un tirage au sort pour recueillir des fonds afin d'assumer les frais d'une autre adhésion, soit en lançant un concours de rédaction ou d'affiches sur l'importance de l'adhésion ou toute autre idée. Passez le mot... et montrez-nous comment votre région peut être extraordinaire!!

Appel de mise en candidature 2016 de l'AIISOC



Operating Room Nurses
Association of Canada

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

1) Postes au conseil d'administration provincial

Postes à pourvoir ayant un mandat de deux ans :

*Alberta • Manitoba • Nouveau-Brunswick
Île-du-Prince-Édouard • Terre-Neuve-et-Labrador*

Fil des événements pour les mises en candidature et l'élection :

- 15 décembre 2015 - La trousse de mises en candidature est envoyée par voie électronique à la présidente du conseil provincial de l'AIISOC. La trousse comprend de l'information générale, le processus de mises en candidature/d'élection et les bulletins de vote électronique.
- 3 janvier 2016 - Les présidents des conseils provinciaux doivent envoyer par courriel la trousse de mises en candidature à tous les membres de leur province.
- 2 février 2016 - Les mises en candidature doivent être reçues par les présidents des conseils provinciaux.
- 5 février 2016 - Les présidents des conseils provinciaux déterminent quels candidats répondent aux critères pour les postes au conseil d'administration de l'AIISOC.
- 15 février 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 dans la province en question.
- 1er mars 2016 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres provinciaux ayant le droit de voter.
- 20 mars 2016 – Tenue des élections.
- 1er avril 2016 - Les présidents des conseils provinciaux soumettent (par écrit) le nom des candidats sélectionnés à la présidente des mises en candidature de l'AIISOC.
- 15 avril 2016 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- 7 mai 2016 - 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.
- 7 mai 2016 - Le nouveau conseil d'administration est présenté aux membres de l'AIISOC lors de l'AGA de l'AIISOC.
- Septembre 2016 - 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 :

Trésorier/trésorière

Fil des événements pour les mises en candidature et l'élection :

- 15 décembre 2015 - 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.
- 2 février 2016 - 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.
- 5 février 2016 – 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.
- 15 février 2016 - 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.
- 20 février 2016 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres de l'AIISOC ayant le droit de voter.
- 10 mars 2016 – Tenue de l'élection.
- 1^{er} avril 2016 - La présidente des mises en candidature et de l'élection avise (par écrit) la présidente de l'AIISOC du nom du candidat sélectionné.
- 15 avril 2016 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- 7 mai 2016 - 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.
- 7 mai 2016 - Le nouveau conseil d'administration est présenté aux membres de l'AIISOC lors de l'AGA de l'AIISOC.
- Septembre 2016 - 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 :

Leadership

Éducation

Fil des événements pour les mises en candidature et l'élection :

- 15 décembre 2015 - 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.
- 2 février 2016 - 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 l'un de ces postes.
- 5 février 2016 – La présidente des mises en candidature et de l'élection sélectionne les candidats répondant aux critères des postes au conseil d'administration et en avise le conseil d'administration de l'AIISOC.
- 15 février 2016 - 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.
- 20 février 2016 - Les bulletins de vote électronique sont envoyés à tous les membres de l'AIISOC ayant le droit de voter.
- 10 mars 2016 – Tenue de l'élection.
- 1^{er} avril 2016 - La présidente des mises en candidature et de l'élection avise (par écrit) la présidente de l'AIISOC du nom du candidat sélectionné.
- 15 avril 2016 - La présidente des mises en candidature de l'AIISOC prépare la liste de candidatures finale pour l'Assemblée générale annuelle (AGA).
- 7 mai 2016 - 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.
- 7 mai 2016 - Le nouveau conseil d'administration est présenté aux membres de l'AIISOC lors de l'AGA de l'AIISOC.
- Septembre 2016 - Le nouveau conseil d'administration est présenté dans la Revue de l'AIISOC.

LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES CÉLÈBRENT 20 ANS DE CERTIFICATION SPÉCIALISÉE

Auteur :

Lucie Vachon inf. aut., B. Sc., est infirmière-conseillère, Pratique et politiques, pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

De plus, la certification sert à démontrer concrètement qu'une infirmière possède les connaissances et les compétences requises dans sa spécialité pour favoriser l'excellence dans les soins aux patients.



E Chaque année, plus de 300 infirmières et infirmiers en soins périopératoires d'à travers le Canada se présentent pour obtenir ou renouveler leur titre professionnel national en soins périopératoires. Ces infirmières et infirmiers démontrent ainsi à leurs patients, leurs employeurs et leurs collègues qu'ils ont l'excellence à cœur dans leur spécialité.

La certification dans votre spécialité est un moyen de concrétiser votre engagement à rester à la fine pointe des normes nationales en matière de soins de santé. La certification fournit un champ d'application national pour mettre en application le principe du maintien des compétences comme l'encouragent les programmes provinciaux et territoriaux d'assurance de la qualité. De plus, la certification sert à démontrer concrètement qu'une infirmière possède les connaissances et les compétences requises dans sa spécialité pour favoriser l'excellence dans les soins aux patients.

Le tout premier examen de certification en soins périopératoires de l'AIRC a eu lieu en 1995 et 496 infirmières

autorisées ont réussi l'examen. Plus de 3 650 infirmières et infirmiers en soins périopératoires ont obtenu leur titre national de CSP(C), depuis le premier examen, il y a 20 ans, et 1 555 d'entre eux détiennent toujours leur titre!

Lorsque vous avez obtenu votre titre en tant que CSP(C), votre certification de l'AIRC est valide durant 5 ans. Vous pouvez ensuite renouveler votre titre de compétences en accumulant 100 heures d'activités de formation continue au cours de la période de cinq ans OU vous pouvez refaire l'examen. Les lignes directrices pour les activités de formation continue sont assez simples – il importe de ne pas oublier que vos activités de formation continue doivent se rapporter à votre spécialité en soins infirmiers afin de se qualifier comme des heures de formation continue pour votre renouvellement. Les détails concernant les lignes directrices sur la formation continue ainsi que la date de la prochaine période d'inscription sont indiqués sur le site Web de l'AIRC à obtenircertification@cna-aipc.ca.

Deux études récentes démontrent l'impact positif de la certification :

Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour prendre la décision d'obtenir votre certification ou pour vous préparer à l'examen, des collègues en soins périopératoires certifiés par l'AIC sont disponibles pour vous aider.

1. Schroeter, K. et coll., The impact of certification on certified perioperative nurses: a qualitative descriptive survey, 2012, Revue de l'AIISOC, vol. 30, n° 3, pp. 35-46.

Ce rapport d'étude présente les points de vue des infirmières en soins périopératoires quant à la certification, tant du point de vue professionnel que du point de vue personnel. Au plan personnel, elles mentionnent ressentir une plus grande confiance en soi et de la fierté, posséder plus de connaissances et un sentiment de réalisation et de satisfaction. Au plan professionnel, elles remarquent qu'on leur accorde davantage de crédibilité, de respect et qu'elles bénéficient de plus d'opportunités pour perfectionner leur carrière et être reconnues comme une ressource pour les autres.

2. Boyle, D. K. et coll., The relationship between direct-care RN specialty certification and surgical patient outcomes, 2014, Revue de l'AIISOC, vol. 100, pp. 511-528.

Cette étude, menée par le personnel du Projet de base de données

nationale des indicateurs de la qualité des soins infirmiers et l'Université du Kansas, a été commanditée par le Competency and Credentialing Institute. Elle a permis de découvrir que les services ayant un taux plus élevé d'infirmières certifiées étaient associés à un taux considérablement plus bas de bactériémies primaires liées aux cathéters intra vasculaires centraux dans les unités de soins intensifs chirurgicaux. Les chercheurs ont également été capables d'évaluer l'impact positif possible de la certification spécifique à une spécialité sur les résultats des patients ayant subi une chirurgie.

Saviez-vous que les infirmières certifiées ...

- ont choisi d'obtenir leur certification afin de démontrer leur expertise, leurs connaissances et leur engagement;
- sont allées au-delà de la simple obtention de leur permis d'exercer afin de valider les connaissances qu'elles possèdent dans leur spécialité par le biais d'un examen national rigoureux;
- sont des spécialistes cliniques se vouant à offrir des soins cliniques de

Tableau 1

Mentors canadiens en soins périopératoires

Gabrielle DeBaie, inf., CSP(C)
Banff, AB
gdebaie@gmail.com

Sharon Asensi, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)
Toronto, ON
sharonasensi@rogers.com

Cindy McKinley-Brown, inf., CSP(C)
Fredericton, NB
cindy_mckinley@hotmail.com

Christina Cass, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), IPAC
Hôpital régional de Windsor (campus Ouellette)
Windsor, ON
c.cass@wrh.on.ca

Sarah Pelletier (bilingue)
Brighton, ON
pelletiermfa@gmail.com

qualité qui se basent sur des données probantes;

- s'engagent à apprendre tout au cours de leur carrière, à défendre les patients et à améliorer leur pratique professionnelle;
- réexaminent les connaissances qu'elles possèdent dans leur spécialité tout au cours de leur carrière dans le cadre de leur engagement à maintenir leurs compétences à jour;
- maintiennent les connaissances propres à leur spécialité grâce à la formation continue spécialisée;
- satisfont ou surpassent les normes reconnues à l'échelle nationale en matière d'efficacité et de professionnalisme.

(certifiednurses.org – mars 2015)

Vous avez besoin d'aide pour vous décider ou vous préparer?

Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour prendre la décision d'obtenir votre certification ou pour vous préparer à l'examen, des collègues en soins périopératoires certifiés par l'AIIC sont disponibles pour vous aider. N'hésitez pas à les consulter. Ces mentors font don de leur temps pour aider les candidats à la certification parce qu'ils croient vraiment que la certification offre de nombreux avantages. Consultez le Tableau 1 pour voir une liste des mentors canadiens en soins périopératoires.

UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

Perioperative Nurses Week is November 9-13, 2015.
La semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires est du 9 au 13 novembre 2015.

For details visit
www.ornac.ca

PROVINCIAL & REGIONAL CONFERENCES / CONFÉRENCES PROVINCIALES ET RÉGIONALES

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| 25 th PRNABC Conference | Kelowna, BC | June 24 - 27, 2016 |
| SORNG Education Day & AGM | Saskatoon, SK | Oct 3, 2015 |
| ORNAA Education Day & AGM | Tele/Videoconference | Oct 17, 2015 |
| ORNAO Provincial Conference | Toronto, ON | Apr 28 - May 1, 2016 |
| CIISOQ/CORNQ 36 th Conference | TBA, Quebec | Oct 13 - 15, 2016 |
| Atlantic OR Nurses Conference | Halifax, NS | Sept 22 - 24, 2016 |

ORNAC CONFERENCES / CONFÉRENCES DE L'AIISOC www.ORNAC.ca

| | | |
|--|-------------------|----------------------|
| 25 th ORNAC National Conference | Niagara Falls, ON | Apr 30 - May 4, 2017 |
|--|-------------------|----------------------|

INTERNATIONAL CONFERENCES / CONFÉRENCES INTERNATIONALES

| | | |
|--|-------------------|-------------------|
| AORN (www.aorn.org) | Anaheim, CA | Apr 2 - 7, 2016 |
| ASIORNA (www.asiorna.org) | Hong Kong | Oct 8 - 10, 2016 |
| AFISO (www.afiso.be) | Belgium | Mar 18 - 19, 2016 |
| ACORN (www.acorn.org.au) | Hobart, Australia | May 25 - 28, 2016 |

RELATED PROFESSIONS / PROFESSIONS CONNEXES

| | | |
|---|-------------------|--------------------|
| CAS (www.cas.ca) | Vancouver, BC | June 24 - 27, 2016 |
| IPAC (www.ipac-canada.org) | Niagara Falls, ON | May 15 - 18, 2016 |
| CNA (www.cna-aiic.ca) | Saint John, NB | June 20 - 22, 2016 |
| CAMDR (www.camdr.ca) | Toronto, ON | Oct 13 - 16, 2016 |

PERIOPERATIVE CERTIFIED NURSES CELEBRATE 20 YEARS OF SPECIALTY CERTIFICATION

Author:

Lucie Vachon, RN, BSc is Nurse Advisor, Practice and Policy Division, for Canadian Nurses Association (CNA).

Certification provides a tangible distinction that confirms an RN has the specialty knowledge and skills for improved excellence in patient care.



Every year over 300 perioperative RNs across Canada step up to qualify, or maintain, their perioperative national certification designation. These RNs demonstrate to patients, employers and colleagues that they *Care to be the Best* in their specialty.

Specialty certification demonstrates a commitment to staying on the leading edge of national health-care standards. Certification provides a national scope for the principle of continued competence as encouraged by provincial and territorial quality assurance programs. Certification provides a tangible distinction that confirms an RN has the specialty knowledge and skills for improved excellence in patient care.

The inaugural CNA Perioperative Nursing Certification Exam took place in 1995 with 496 registered nurses passing the exam. Over 3,650 perioperative RNs have earned their national CPN(C) credential, in the 20 years since the first exam, and 1,555 still hold their certification!

Once CPN(C) certified your CNA certification credential is valid for a 5-year term. You have the option of

renewing the credential through the accumulation of 100 hours of continuous learning (CL) activities earned during the five-year term OR you can choose to write the exam again. The guidelines for the CL activities are pretty straightforward – it is most important to remember that your CL should relate to your nursing specialty in order to qualify as CL hours for your renewal. Details about the CL guidelines, and date of the next application period, are listed on the CNA website at getcertified.cna-aiic.ca.

Two recent studies demonstrate the positive impact of certification:

1. Schroeter, K. et al. (2012). The impact of certification on certified perioperative nurses: a qualitative descriptive survey. *ORNAC Journal*, (30)3: 35-46.

This study report describes perioperative nurses' perspective on certification, both professionally and personally. At the personal level, they mention having increased confidence, knowledge, pride and feelings of accomplishment and satisfaction. Professionally, they speak of receiving more credibility,

If you'd like assistance to decide on certification or to prepare for the exam there are CNA-certified perioperative colleagues are available to help.

respect and more opportunities for career advancement and being recognized as a resource for others.

2. Boyle, D. K. et al. (2014). The relationship between direct-care RN specialty certification and surgical patient outcomes. *AORN Journal*, 100: 511-528.

This study, conducted by the staff at the National Database of Nursing Quality Indicators and the University of Kansas, was sponsored by the Competency and Credentialing Institute. It found that units with higher rates of certified nurses were associated with significantly lower rates of central-line associated bloodstream infection in SICUs. Researchers were also able to assess the possible positive impact of specific specialty certification on surgical patient outcomes.

Did you know that certified nurses...

- choose to seek out certification to demonstrate expertise, knowledge and commitment;
- have gone beyond licensure to validate their specialty knowledge through a rigorous national

examination;

- are clinical experts dedicated to providing quality, evidenced-based clinical care;
- are shown to be committed to life-long learning, patient advocacy and professional practice;
- reassess their specialty knowledge throughout their career as part of their commitment to maintaining competency;
- maintain their specialty knowledge through specialized continuing education; and
- meet, or exceed, nationally recognized standards of proficiency and professionalism.

(certifiednurses.org – March, 2015)

Need help to decide or prepare?

If you'd like assistance to decide on certification or to prepare for the exam there are CNA-certified perioperative colleagues are available to help. Don't hesitate to consult them. These mentors volunteer their time to assist certification candidates because they really believe in the benefits of certification. See Table 1 for a list of CNA perioperative mentors.

Table 1

| CNA Perioperative Mentors | |
|---|--|
| <p>Gabrielle DeBaie, RN, CPN(C) Banff, AB gdebaie@gmail.com</p> | <p>Sharon Asensi, RN, BScN, CPN(C) Toronto, ON sharonasensi@rogers.com</p> |
| <p>Cindy McKinley-Brown, RN, CPN(C) Fredericton, NB cindy_mckinley@hotmail.com</p> | <p>Christina Cass, RN, BScN, CPN(C), RNFA Windsor Regional Hospital (Ouellette Campus) Windsor, ON c.cass@wrh.on.ca</p> |
| <p>Sarah Pelletier (Bilingual) Brighton, ON pelletiernfa@gmail.com</p> | |



Cardinal Health™ Orthopedic Surgical Products and Accessories

High performance you expect,
at lower prices

Surgical Saw Blades

Cut with confidence. Our blades are made of high-quality surgical grade stainless steel and we offer multiple saw blade designs that are comparable to Stryker, ConMed and DePuy Synthes Surgical Saw Blades.¹

Bone Cement Mixing Systems

The perfect mix of quality and performance. We offer two different types of mixing systems:

- A vacuum bowl mixing system with a proven rotational axis design and over 20 years of clinical history
- A patented vacuum cartridge mixing and delivery system with over 19-years of clinical history

For more information, please contact
us at **1.888.291.5033**.

¹ Data on file with Cardinal Health.

Stryker Corporation does not endorse these products.
ConMed Corporation does not endorse these products.
DePuy Synthes does not endorse these products.



Learn About Three Powerful O.R. Glove Initiatives:

- 1 Double Gloving.** Reduce risks of infection by quickly identifying punctures.
- 2 Removing Latex.** Reduce the risk of allergic reactions to latex gloves.
- 3 Glove Management.** Reduce waste, save money and increase efficiency with your O.R. gloves.



Medline's dark underglove promotes fast identification of punctures.

For more information,
email Canada@medline.com.