ORNAC Journal
Revue de l'AIISOC

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

Spring 2026 Volume 43, Issue 1

ISSN: 2561-4657
ISSN-L: 1927-6141

IN THIS ISSUE

Incivility and the effect on the learning environment within operating rooms • L'incivilité et son incidence sur l'environnement d'apprentissage en salle d'opération

Validation of a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery: A clinical tool for perioperative nursing practice in the Canadian context • Validation d'un protocole d'intervention infirmière pour les personnes atteintes d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire : outil clinique pour les soins infirmiers périopératoires en contexte canadien

Standardizing outpatient total hip arthroplasty and empowering Canadian perioperative nursing practice • Uniformisation des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada : contribution des infirmières en soins périopératoires

Perioperative nurses count… The surgical count – policy and practice • Les infirmières en soins périopératoires comptent… Le compte chirurgical — politiques et procédures

Winning 2025 PNW Written Abstract • Gagnant du concours de résumés SIISP 2025

ORNAC
AIISOC

www.ornac.ca

SEAMLESS CONNECTION. OPTIMAL CARE.

Unlock the full potential of your perioperative workflow by connecting the Medical Device Reprocessing Area (MDRA) and Operating Room (OR).

With STERIS integration, you gain real-time case readiness, proactive quality management, and actionable insights that empower quick and informed decisions, optimized scheduling, and enhanced collaboration – so your OR nurses can focus on what matters most: delivering exceptional patient care.

LIVE-STREAMING THE CASE READINESS STATUS OF INSTRUMENTS AND TRAYS FROM THE MDRA TO THE OR

SPM™ Software

- Tracks surgical instruments and assets, ensuring timely delivery for procedures
- Supports medical device reprocessing with guided workflows
- Empowers leaders with robust reporting tool to manage OR demand efficiently
- Delivers audit-ready, paperless documentation

HexaVue™ Integration System

- Real-time video, data access, and control, elevating OR efficiency
- Intuitive interface with universal device ports for easy connection and multiple touch panel command stations for managing tasks in parallel
- Facilitates robust collaboration during procedures, streamlining OR management

The integration of MDRA and OR is more than a connection - it's the foundation for continuous improvement and superior patient care.

To Learn More:

Call STERIS Canada Sales ULC at 800-661-3937

Or email us at Canada_Resource@steris.com

healthcare.steris.com

STERIS

©2025 STERIS. All Rights Reserved. M14064EN.2025-08, Rev.A

ORNAC Journal
Revue de l'AIISOC

Operating Room Nurses Association of Canada

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

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

ORNAC President:
Bryana Hahn, president@ornac.ca

ORNAC Secretary:
Laura-Lynne Funnelle, secretary@ornac.ca

ORNAC Treasurer:
Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

Journal Editor:
Linda M. Verde, editor@ornac.ca

Journal Lead:
journal@ornac.ca

Managing Editor and Design:
Sherri Keller, Meadowlight Media,
sherri@meadowlightmedia.ca

Editorial Board
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)
Jennifer Sutton, MN, BN, RN, ORNAC
Linda M. Verde, BA(Hons), Journal Editor
Marilyn Morson, MSN, BA, BNSc, RN
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA, CPN(C)
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)

Translation Services
Sylvie Beauregard, RN, BScN
periopconseil@gmail.com
Traductions Hermès, https://
traductionshermes.com/

Advertising Sales
Tiffany Jelleau
Meadowlight Media
Email: tiffany@meadowlightmedia.ca
Rate card : www.meadowlightmedia.ca

The *ORNAC Journal* is the peer-reviewed journal of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). It is an open access journal that is published twice a year and can be accessed at https://ornacjournal.ca/index.php/ornac

We welcome unsolicited manuscripts that contribute to the scholarship and knowledge bank of perioperative nursing. For more information, see ***Write For Us*** in this issue or visit **Author Guidelines** on our website. Please submit manuscripts online to **editor@ornac.ca**.

ISSN: 2561-4657
ISSN-L: 1927-6141

ORNAC Journal
103-2727 Steeles Ave West,
Toronto, Ontario, M3J 3G9
Canada

Copyright Notice and Disclaimer
© 2026 The Operating Room Nurses Association of Canada. This publication, including all content, text, images, graphics, trademarks, and other material within this publication, is the intellectual property of the Operating Room Nurses Association of Canada ("ORNAC"), unless otherwise stated and is protected under international intellectual property laws. Unless otherwise stated, all articles in this publication are licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial- NoDerivatives 4.0 International Public License (CC BY-NC-ND 4.0) which allows anyone to copy and distribute the article for non-commercial purposes provided appropriate attribution is given and if you remix, transform, or build upon the material, you may not distribute the modified material. For more details regarding the terms of this license, please see: https://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/

ORNAC, the editors, and authors have made every effort to ensure that the information contained in this publication is correct and up to date. However, as nursing, medicine, and available medications and technologies continue to change, none of ORNAC, the editors, authors, or publisher warrant that the presented information is in every respect accurate and current. This publication may contain inaccuracies and other errors and the content is provided on an "as is" basis. ORNAC, the editors, authors, and publisher disclaim any warranty as to accuracy, quality, completeness, or currency of this publication. Without limiting the generality of the foregoing, ORNAC, the editors, authors, and publisher shall not be responsible for the accuracy or currency of this publication, for any errors or omissions contained in this publication, or for any injury, loss, or damages allegedly arising out of the use, implementation, or any other action taken on the basis of any information contained in this publication.

ORNAC, the editors, authors, and publisher disclaim all liability for any direct or indirect damages resulting from the use or misuse of the information contained in this publication.

This publication is intended for Canadian perioperative nurses, who retain full responsibility for the care and treatment of their patients and who should exercise their own clinical judgment and expertise when using this publication. This publication does not constitute an exclusive course of action or standard of care and does not exclude other methods of care.

This publication reflects the best available data at the time it was prepared, but the contents of this publication may be revised from time to time in future to reflect new information and data. Canadian perioperative nurses should refer to a variety of sources to confirm that the information contained in this publication is correct.

Each Canadian perioperative nurse is responsible to make the ultimate judgment regarding the appropriate course of action or method of care for each patient in light of all the clinical circumstances presented by each case.

ORNAC accepts no responsibility for the success or failure of any treatment, method of care or course of action detailed in this publication. This publication is for informational and educational purposes only. It is not intended to provide nursing, medical, or healthcare advice, diagnosis, treatment, or a healthcare service of any kind, and does not substitute for professional healthcare advice, diagnosis, or treatment. No procedure, process, or guideline set out in this publication should be carried out except on the basis of the reader's own professional knowledge and experience, and should be independently verified by other reputable sources.

Présidente :
Bryana Hahn, president@ornac.ca

Secrétaire :
Laura-Lynne Funnelle, secretary@ornac.ca

Trésorière :
Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

Rédactrice en chef : Linda M. Verde, editor@ornac.ca

Adresse de la Revue : journal@ornac.ca

Éditeur / Conception et design :
Sherri Keller, Meadowlight Media, sherri@meadowlightmedia.ca

Comité de rédaction
Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP(C)
Jennifer Sutton, Inf., M. Sc. inf.
Marilyn Morson, Inf., M. Sc. inf., B. A., B.Sc.
Audrey Cook, Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP(C)
Leah Lowe, Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf., CSP(C)
Niki Deneault, inf., B. Sc.inf., CSP(C)

Services de traduction
Sylvie Beauregard inf., B. Sc. inf.
periopconseil@gmail.com
Traductions Hermès,
https://traductionshermes.com/

Publicité
Tiffany Jelleau, Meadowlight Media,
Courriel : tiffany@meadowlightmedia.ca
Publicité : www.meadowlightmedia.ca

La Revue de l'AIISOC est la revue de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC). Il s'agit d'une revue en libre accès qui est publiée deux fois par an et qui peut être consultée à l'adresse https://ornacjournal.ca/index.php/ornac

Nous accueillons les textes non publiés qui contribuent à la banque de connaissances et de formations sur les soins infirmiers périopératoires. Pour plus d'informations, consultez ***Write For Us*** dans ce numéro ou consultez **les directives de l'auteur** sur notre site Web. Veuillez soumettre vos textes en ligne à **editor@ornac.ca**.

ISSN: 2561-4657
ISSN-L: 1927-6141

ORNAC Journal
103-2727 Steeles Ave West,
Toronto, Ontario, M3J 3G9
Canada

Avis de droit d'auteur et clause de non-responsabilité

© 2026 L'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada. Tous droits réservés. Cette publication, y compris tout le contenu, le texte, les images, les graphiques, les marques de commerce et tout autre matériel qu'elle contient est la propriété intellectuelle de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (« AIISOC »), sauf indication contraire, et est protégée en vertu des lois internationales sur la propriété intellectuelle.

Sauf indication contraire, tous les articles de cette publication sont sous licence Creative Commons Attribution-Non-Commercial-NoDerivatives 4.0 International Public License (CC BY-NC-ND 4.0) qui permet à quiconque de copier et de distribuer l'article à des fins non commerciales à condition qu'une attribution appropriée soit donnée et si vous modifiez, transformez ou construisez sur le matériel, vous ne pouvez pas distribuer le matériel modifié. Pour plus de détails concernant les termes de cette licence, veuillez consulter : https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

L'AIISOC, les rédacteurs et les auteurs ont tout mis en oeuvre pour s'assurer que les informations contenues dans cette publication sont correctes et à jour. Cependant, à mesure que les soins infirmiers, la médecine et les médicaments et technologies disponibles continuent d'évoluer, ni l'AIISOC, ni les rédacteurs, ni les auteurs, ni l'éditeur ne garantissent que l'information présentée est à tous égards exacte et à jour. Cette publication peut contenir des inexactitudes et d'autres erreurs et le contenu est fourni « tel quel ». L'AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur déclinent toute garantie quant à l'exactitude, la qualité, l'exhaustivité ou l'actualité de cette publication.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, l' AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur ne peuvent être tenus responsables de l'exactitude ou de l'actualité de cette publication, des erreurs ou des omissions contenues dans cette publication, ou de tout préjudice, perte ou dommage découlant prétendument de l'utilisation, de la mise en oeuvre ou de toute autre mesure prise sur la base de toute information contenue dans cette publication. AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur déclinent toute responsabilité pour tout dommage direct ou indirect résultant de l'utilisation ou de la mauvaise utilisation des informations contenues dans cette publication.

Cette publication s'adresse aux infirmières en soins périopératoires canadiens, qui conservent l'entière responsabilité des soins et du traitement de leurs patients et qui devraient exercer leur propre jugement clinique et leur expertise lorsqu'ils utilisent cette publication. Cette publication ne constitue pas un plan d'action exclusif ou une norme de pratique et n'exclut pas d'autres méthodes de soins. Cette publication reflète les meilleures données disponibles au moment de sa préparation, mais le contenu de cette publication pourrait être révisé de temps à autre à l'avenir pour tenir compte de nouveaux renseignements et données. Les infirmières en soins périopératoires du Canada devraient se référer à diverses sources pour confirmer que l'information contenue dans cette publication est exacte. Chaque infirmière en soins périopératoires du Canada a la responsabilité de porter un jugement ultime sur le plan d'action ou la méthode de soins appropriée pour chaque patient, à la lumière de toutes les circonstances cliniques présentées par chaque cas.

L'AIISOC décline toute responsabilité quant au succès ou à l'échec d'un traitement, d'une méthode de soins ou d'un plan d'action détaillé dans cette publication. Cette publication est fournie à titre informatif et éducative seulement. Il n'est pas destiné à fournir des conseils infirmiers, médicaux ou de santé, des diagnostics, des traitements ou un service de soins de santé de quelque nature que ce soit, et ne remplace pas les conseils, diagnostics ou traitements professionnels en matière de soins de santé. Aucune procédure, aucun processus ou aucune directive énoncés dans cette publication ne doit être mis en oeuvre si ce n'est sur la base des connaissances et de l'expérience professionnelles du lecteur, et doit être vérifié de manière indépendante par d'autres sources fiables.

ORNAC Journal
Revue de l'AIISOC

ORNAC AIISOC
Operating Room Nurses Association of Canada
Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

Spring 2026 Volume 43, Issue 1

ARTICLES

11 **Incivility and the effect on the learning environment within operating rooms**
Chelsea Duchscher

17 **L'incivilité et son incidence sur l'environnement d'apprentissage en salle d'opération**
Chelsea Duchscher

24 **Validation of a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery: A clinical tool for perioperative nursing practice in the Canadian context**
Yaquelin Mustelier Duanes

33 **Validation d'un protocole d'intervention infirmière pour les personnes atteintes d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire : outil clinique pour les soins infirmiers périopératoires en contexte canadien**
Yaquelin Mustelier Duanes

42 **Standardizing outpatient total hip arthroplasty and empowering Canadian perioperative nursing practice**
Janelle Head

48 **Uniformisation des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada : contribution des infirmières en soins périopératoires**
Janelle Head

55 **Perioperative nurses count… The surgical count—Policy and practice**
Erin Robertson

56 **Les infirmières en soins périopératoires comptent… Le compte chirurgical—politiques et procédures**
Erin Robertson

58 **Winning 2025 PNW written abstract**
Cindy Chiang

59 **Gagnant du concours de résumés SIISP 2025**
Cindy Chiang

60 **ORNAC recognizes recent perioperative program approvals**

60 **L'AIISOC reconnaît les récentes approbations de programmes de formation en soins périopératoires**

ORNAC Peer Reviewers
Erin Bryant, MSN, RN
Jan Carlo Buragay, RN
Lena Chamberlain, RN, BScN
Brittany Clancey, RN, BScN
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA, CPN(C)
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)
Sylvia Doran, BA, BScN, RN
Jennifer Dunn, MN, RN
Christine Emrich, CNS
Rachelle Lesy, MN, RN, CPN(C)
Angelina Lomoro, MN, RN, CPN(C)
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)
Marilyn Morson, MSN, BA, BNSc, RN
B Sulochana, PhD, MScN, MBA, PCBScN
Jennifer Sutton, MN, BN, RN
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)
Konstantin Voronchikhin, MN, CNOR, BScN
Sylvie Beauregard, RN, BScN

Réviseurs de l'AIISOC
Erin Bryant, inf., M. Sc. inf.
Jan Carlo Buragay, inf.
Lena Chamberlain, inf., B. Sc. inf.
Britney Clancey, inf., B. Sc. inf
Audrey Cook, Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP (C)
Niki Deneault, inf., B. Sc. inf., CSP (C)
Sylvia Doran, inf., B. A., B. Sc. inf
Jennifer Dunn, inf., M. Sc. inf.
Christine Emrich, ICS
Rachelle Lesy, Inf., M. Sc. Inf., CSP (C)
Angelina Lomoro M. Sc. inf, Inf., CSP(C)
Leah Lowe, Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf., CSP (C)
Marilyn Morson Inf., M. Sc. inf., B. A., B. Sc. inf.
B Sulochana, inf.,B. Sc. inf., M. Sc. inf. Ph. D.
Jennifer Sutton, Inf., M. Sc. inf.
Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP (C)
Konstantin Voronchikhin, inf., M. Sc. inf., B. Sc. inf., CSP (C)
Sylvie Beauregard, inf., B. Sc. inf.

Editor's Message

We are well into 2026, and it has already been an interesting year. If you are finding our global situation adds stress to your days, or nights, focusing on something completely different is a good way to give yourself a break. Our Spring Issue can let you put those worries aside while delighting in advancing your professional knowledge and best practice. So, get comfortable with your beverage of choice and fire up your device.

We bring you three original articles with various aspects of perioperative care. First, we revisit the theme of incivility in the operating room (OR), from the perspective of how it affects perioperative learning. Chelsea Duchscher's narrative review recognizes that incivility can inhibit learning and actually reinforce the stressors and risks inherent in this setting. Incivility can close minds and foster actions that are counterproductive to learning, thus increasing risks for both staff and patients. This is a must read for anyone involved in OR practicums, or those interested in creating safe and supportive learning environments to improve the educational outcomes and professional development of perioperative nurses.

In our second article, Yaquelin Mustelier Duanes presents a research tool for validating nursing intervention protocols for outpatient surgery for patients with anorectal diseases. For this population, perioperative nurses can have a positive impact on the outcomes of day surgery by providing standardized care. Let this tool guide you through complex surgical pathways and help make surgical environments familiar, so you can focus on providing person-centred care that enhances your patients' experiences.

Our third article also looks at the importance of standardized care. Janelle Head suggests little comprehensive research into standardized outpatient total hip arthroplasty has been done in Canadian hospitals and surgical centres. Head looks at the evidence out there about clinical standards and pathways, the criteria organizations use to choose patients, the many facets of supports in the home after surgery, the dynamics of the healthcare team, and how much influence perioperative nurses have on the outcomes. Total hip arthroplasty is one of the most common surgical procedures. Here you can read about the challenges, barriers, and latest developments in this area.

Our Spotlight on Practice column has some gems of wisdom about the importance of surgical count policies and standards. Erin Robertson urges you to get involved or become aware of your organization's policies regarding this important aspect of perioperative care.

Perioperative Nurses Week (PNW) brings us many things, including award winners. In this issue, you can read the winning 2025 PNW Abstract by Cindy Chaing. Her description of the roles and impact of perioperative nurses is one of pride and honour. As someone who shares her profession, reading her positive take on your role may be considered self-care.

We have two presidents' messages, something from each of the outgoing and incoming ORNAC Presidents. On a personal note, I'd like to thank you, Tanya Vandale, for your efforts and brilliance in leading ORNAC through the relaunch of our journal and its success to date. Welcome Bryana Hahn, I look forward to working with you as we continue to develop the ORNAC Journal and raise its profile among nursing publications.

I wish you all a very pleasant summer.

Your editor,
Linda M. Verde
Editor-in-Chief

ORNAC Membership – Join Today!

Are you a Registered Nurse (RN), Licensed Practical Nurse (LPN), Registered Practical Nurse (RPN), or Nurse Practitioner (NP) working in perioperative care?
Become part of a national group dedicated to advancing perioperative nursing practice!

Sign up for or renew your ORNAC Membership and enjoy exclusive benefits, including

- discounts on conference fees
- discounts on the purchase of the **ORNAC Guidelines for Perioperative Nursing Practice in Canada**
- valuable networking opportunities across Canada
- access to monthly educational webinars and virtual education days
- educational opportunities at the provincial level
- support for Canadian Nurses Association (CNA) perioperative nursing certification
- eligibility to nominate or be nominated for ORNAC awards
- opportunities to apply for committee involvement
- participation in member contests with chances to win prizes
- opportunities for educators and OR leaders to join national groups, such as **Perioperative Nurse Educators of Canada (PNEC) and Canadian Operating Room Leaders (CORL)**
- opportunities to apply for board director positions to advance perioperative nursing nationally.

Take full advantage of the resources, connections, and opportunities ORNAC provides to support your professional growth.

Learn more and join today: **https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml**

Message de la rédactrice

Nous sommes déjà bien avancés en 2026 et l'année s'annonce déjà intéressante. Si vous trouvez que la situation mondiale actuelle ajoute du stress à vos journées — ou à vos nuits — vous concentrer sur quelque chose de complètement différent peut être une excellente façon de vous accorder une pause. Notre numéro du printemps vous permettra de mettre ces préoccupations de côté tout en enrichissant vos connaissances professionnelles et vos pratiques exemplaires. Alors, installez-vous confortablement avec votre boisson préférée et prenez connaissance de votre revue.

Nous vous présentons trois articles abordant différents aspects des soins périopératoires. Tout d'abord, nous revenons sur le thème de l'incivilité en salle d'opération, sous l'angle de son impact sur l'apprentissage en contexte périopératoire. La revue narrative de Chelsea Duchscher reconnaît que l'incivilité peut freiner l'apprentissage et même renforcer les facteurs de stress et les risques inhérents à ce milieu. L'incivilité peut fermer les esprits et encourager des comportements contre-productifs pour l'apprentissage, augmentant ainsi les risques tant pour le personnel que pour les patients. Un incontournable pour toute personne impliquée dans les stages en salle d'opération ou intéressée à créer des environnements d'apprentissage sécuritaires et favorables afin d'améliorer les résultats éducatifs et le développement professionnel des infirmières.

Dans notre deuxième article, Yaquelin Mustelier Duanes présente un outil de recherche visant à valider les protocoles d'interventions en soins infirmiers en chirurgie ambulatoire pour les patients atteints de maladies anorectales. Pour cette clientèle, les infirmières en soins périopératoires peuvent avoir une influence positive sur les résultats d'une chirurgie d'un jour en offrant des soins uniformisés. Cet outil peut vous guider à travers des parcours chirurgicaux complexes et rendre les environnements chirurgicaux plus familiers, afin que vous puissiez vous concentrer sur des soins centrés sur la personne qui améliorent l'expérience des patients.

Notre troisième article examine également l'importance des soins uniformisés. Janelle Head souligne que peu de recherches exhaustives ont été menées dans les centres hospitaliers chirurgicaux canadiens concernant l'arthroplastie totale de la hanche en chirurgie ambulatoire. Elle analyse les données probantes disponibles sur les normes cliniques et les trajectoires de soins, les critères utilisés par les organisations pour sélectionner les patients, les multiples dimensions du soutien à domicile après la chirurgie, la dynamique de l'équipe de soins et l'influence des infirmières en soins périopératoires sur les résultats. L'arthroplastie totale de la hanche est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes. Vous pourrez y découvrir les défis, les obstacles et les développements récents dans ce domaine.

Notre rubrique Pleins feux sur la pratique regorge de perles de sagesse sur l'importance des politiques et des normes relatives au compte chirurgical. Erin Robertson vous encourage à vous impliquer ou à vous informer des politiques de votre organisation concernant cet aspect essentiel des soins périopératoires.

La Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires nous apporte plusieurs moments marquants, dont la remise de prix. Dans ce numéro, vous pourrez lire le résumé gagnant 2025 de la SIISP, rédigé par Cindy Chiang. Sa description des rôles et de l'impact des infirmières en soins périopératoires est empreinte de fierté et d'honneur. En tant que collègue de la profession, lire sa vision positive de votre rôle peut être considéré comme un geste d'autosoin.

Nous présentons également deux messages des présidentes — un de la présidente sortante et un de la présidente élus de l'AIISOC. Sur une note personnelle, je tiens à vous remercier, Tanya Vandale, pour vos efforts et votre brillante direction de l'AIISOC lors de la relance de notre revue et pour son succès à ce jour. Bienvenue à Bryana Hahn ; je me réjouis de collaborer avec vous alors que nous poursuivons le développement de la Revue de l'AIISOC et que nous en rehaussons le profil parmi les publications en sciences infirmières.

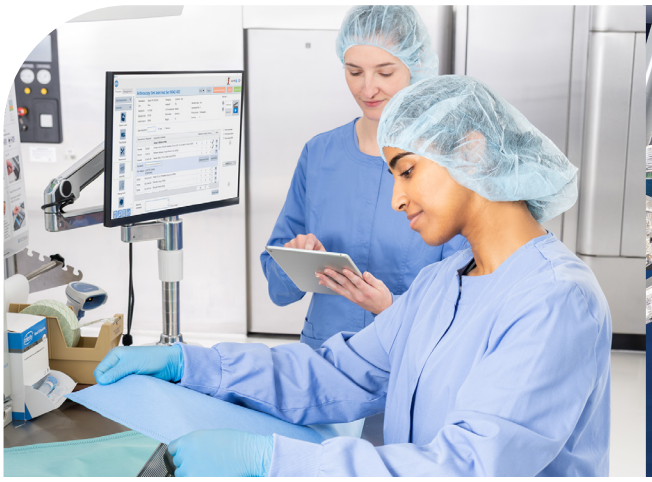
Je vous souhaite à toutes et à tous un très bel été.

Votre rédactrice en chef,
Linda M. Verde
Rédactrice en chef

CONNEXION TRANSPARENTE. SOINS OPTIMAUX.

Exploitez tout le potentiel de votre flux de travail périopératoire en connectant l'aire de retraitement des dispositifs médicaux (ARDM) et la salle d'opération (SO)

Avec l'intégration de STERIS, vous bénéficiez d'une préparation des dossiers en temps réel, d'une gestion proactive de la qualité et d'informations exploitables qui permettent des décisions rapides et éclairées, une planification optimisée et une collaboration améliorée, afin que vos infirmières de salle d'opération puissent se concentrer sur ce qui compte le plus : offrir des soins exceptionnels aux patients.



DIFFUSION EN DIRECT DE L'ÉTAT DE PRÉPARATION DES INSTRUMENTS ET DES PLATEAUX, DE L'ARDM À LA SALLE D'OPÉRATION

Logiciel SPM™

- Suivi des instruments et des équipements chirurgicaux, garantissant une livraison rapide des interventions
- Prise en charge du retraitement des dispositifs médicaux grâce à des flux de travail guidés
- Fournit aux dirigeants un outil de reporting performant pour gérer efficacement la demande en salle d'opération
- Fournit une documentation dématérialisée et prête à être auditée

Système d'intégration HexaVue™

- Vidéo en temps réel, accès aux données et contrôle, pour une efficacité accrue en salle d'opération
- Interface intuitive avec ports universels pour une connexion facile et plusieurs postes de commande tactiles pour la gestion des tâches en parallèle
- Facilite une collaboration efficace pendant les procédures, simplifiant ainsi la gestion de la salle d'opération.

L'intégration de l'ARDM et de la salle d'opération est plus qu'une simple connexion : c'est la base d'une amélioration continue et de soins de qualité supérieure aux patients.

Pour en savoir plus :

Appelez STERIS Canada Sales ULC
au 800-661-3937 ou envoyez-nous un courriel à
Canada_Resource@steris.com

healthcare.steris.com

©2025 STERIS. Tous droits réservés. M14064FR.2025-11, Rév. A

STERIS

Presidents' Messages – Honouring the past, embracing the future

A Message from the Outgoing President

Serving as president of ORNAC over the past three years has truly been a journey — one grounded in learning, adapting, mentorship, and lasting friendships. It has been both an honour and a humbling experience to lead this national professional organization during a time of change.

The past few years have represented a period of transition for ORNAC. Through collaboration, thoughtful leadership, and a shared commitment to the organization's mission, ORNAC has continued to move forward, strengthening its foundation and preparing for the future. This progress would not have been possible without the dedication, insight, and hard work of the ORNAC Board of Directors, whose collective efforts have helped guide the organization through change.

Success does not come without challenges. Together, the Board navigated complexity, uncertainty, and transformation with resilience and purpose, understanding that meaningful progress often emerges through transition. Leading during this time has left a lasting impression on me, and I am deeply grateful for the trust, collaboration, and professionalism demonstrated throughout this journey.

My involvement with ORNAC has shaped me both professionally and personally. The deep sense of commitment to perioperative nursing, along with the mentorship and friendships formed along the way, has influenced the leader — and the person — I am today.

As my term as president comes to a close, I am confident that ORNAC will continue on its successful path under the leadership of Bryana Hahn. Bryana and I have had the privilege of serving together on the Board for several years, working collaboratively toward a shared vision for the organization. Her passion, insight, and dedication to ORNAC will serve the membership well as the organization moves confidently into its next chapter.

While my presidency is ending, ORNAC will always hold a special place in my heart. I will continue to proudly support and promote the mission, vision, and values of this remarkable organization.

With sincere gratitude,
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)
Outgoing President, ORNAC

A Message from the Incoming President

It is with great respect and enthusiasm that I step into the role of president of ORNAC. I would like to begin by expressing my sincere appreciation to our outgoing president for her exceptional leadership, dedication, and vision over the past three years. Her commitment has helped guide ORNAC through meaningful transformation and has strengthened the organization for the future.

ORNAC stands today on a strong foundation, built through collaboration, strategic thinking, and a shared commitment to advancing perioperative nursing in Canada. I am honoured to build upon this work alongside a dedicated Board of Directors and an engaged national membership.

As we look ahead, my focus will be on fostering connection, supporting professional growth, and continuing to strengthen ORNAC's role as a trusted leader in perioperative practice, education, and advocacy. Together, we will continue to evolve, adapt, and lead with purpose — always guided by our mission, vision, and values.

I look forward to serving ORNAC and working with all of you as we continue this important journey together.

With gratitude and optimism,
Bryana Hahn, RN, BN
President, ORNAC

Follow ORNAC on Socials

Did you know…
ORNAC hosts monthly webinars… Keep an eye on your emails, ORNAC social media, and the website for upcoming webinars.

Stay connected with ORNAC! We love your engagement!

Suivez l'AIISOC sur les réseaux sociaux

Saviez-vous ...
L'AIISOC organise des webinaires mensuels... Gardez un œil sur vos courriels, les réseaux sociaux de l'AIISOC et le site Web pour les prochains webinaires.

Restez branchés avec l'AIISOC ! Nous aimons votre engagement !

Message de la présidente – Honorer le passé, embrasser l'avenir

Message de la présidente sortante

Servir à titre de présidente de l'AIISOC au cours des trois dernières années a été un véritable parcours — ancré dans l'apprentissage, l'adaptation, le mentorat et des amitiés durables. Ce fut à la fois un honneur et une expérience empreinte d'humilité que de diriger cette organisation professionnelle nationale en période de changement.

Les dernières années ont représenté une période de transition pour l'AIISOC. Grâce à la collaboration, à un leadership réfléchi et à un engagement commun envers la mission de l'organisation, l'AIISOC a poursuivi son évolution, renforçant ses bases et se préparant pour l'avenir. Ces progrès n'auraient pas été possibles sans le dévouement, la perspicacité et le travail soutenu du conseil d'administration de l'AIISOC, dont les efforts collectifs ont guidé l'organisation à travers le changement.

Le succès ne vient pas sans défis. Ensemble, le conseil a su naviguer dans la complexité, l'incertitude et la transformation avec résilience et détermination, comprenant que les progrès significatifs émergent souvent en période de transition. Diriger durant cette période a laissé une empreinte durable en moi, et je suis profondément reconnaissante pour la confiance, la collaboration et le professionnalisme démontrés tout au long de ce parcours.

Mon engagement auprès de l'AIISOC m'a façonnée tant sur le plan professionnel que personnel. Le profond engagement envers les soins infirmiers périopératoires, ainsi que le mentorat et les amitiés tissées en cours de route, ont influencé la leader — et la personne — que je suis aujourd'hui.

Alors que mon mandat à titre de présidente prend fin, je suis convaincue que l'AIISOC poursuivra sa trajectoire de succès sous la direction de Bryana Hahn. Bryana et moi avons eu le privilège de siéger ensemble au conseil pendant plusieurs années, travaillant en collaboration vers une vision commune pour l'organisation. Sa passion, sa clairvoyance et son engagement envers l'AIISOC serviront admirablement les membres alors que l'organisation entame avec confiance son prochain chapitre.

Bien que ma présidence se termine, l'AIISOC occupera toujours une place spéciale dans mon cœur. Je continuerai à soutenir et à promouvoir avec fierté la mission, la vision et les valeurs de cette organisation remarquable.

Avec toute ma reconnaissance,
Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP(C)
Présidente sortante, AIISOC

Message de la présidente élue

C'est avec grand respect et enthousiasme que j'assume le rôle de présidente de l'AIISOC. Je tiens d'abord à exprimer ma sincère reconnaissance à notre présidente sortante pour son leadership exceptionnel, son dévouement et sa vision au cours des trois dernières années. Son engagement a permis de guider l'AIISOC à travers une transformation significative et de renforcer l'organisation pour l'avenir.

Aujourd'hui, l'AIISOC repose sur des bases solides, construites grâce à la collaboration, à une réflexion stratégique et à un engagement partagé envers l'avancement des soins infirmiers périopératoires au Canada. Je suis honorée de poursuivre ce travail aux côtés d'un conseil d'administration dévoué et d'une communauté nationale de membres engagés.

Alors que nous regardons vers l'avenir, je mettrai l'accent sur le renforcement des liens, le soutien au développement professionnel et la consolidation du rôle de l'AIISOC en tant que leader de confiance en pratique, en formation et en défense des intérêts en soins périopératoires. Ensemble, nous continuerons à évoluer, à nous adapter et à diriger avec détermination — toujours guidés par notre mission, notre vision et nos valeurs.

Je me réjouis de servir l'AIISOC et de travailler avec vous tous alors que nous poursuivons ensemble cette importante démarche.

Avec gratitude et optimisme,
Bryana Hahn
Présidente, AIISOC

This is an Open Journal Systems article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits downloading and sharing for personal use only. Commercial use and changing the material in any way are prohibited and the original work must be cited properly.

Incivility and the effect on the learning environment within operating rooms

Chelsea Duchscher

Address correspondence to: Chelsea Duchscher, **chelseakernechuk@gmail.com**

Abstract

Incivility in the operating room (OR) is well documented, yet its effect on learning remains unclear. This narrative review explores how perioperative learners, including nursing, medical, anesthesia, and surgical technology students, experience incivility during OR clinical practicums and how it shapes the learning environment. Fourteen studies published from 2018–2025 were analyzed. Findings indicate that incivility contributes to anxiety, avoidance behaviours, reduced engagement, and weakened professional identity. The OR learning environment is further influenced by instructor support, the high-stress, high-risk nature of the setting, and the established OR culture. Gaps include the need for discipline-specific research, Canadian studies, and comparisons across healthcare systems. This study advocates for establishing a safe and supportive learning environment for learners in perioperative clinical practicums. This includes having consistent, supportive instructors; preparing students for the stressful operating room environment with timed simulations, cognitive rehearsals, and stress management training; and preventing the normalization and recurring cycle of incivility through clear policies and accessible reporting systems.

Keywords: learner, student, incivility, operating room, learning environment

The operating room (OR) is a crucial setting for many learners to turn theoretical knowledge into practical skills (Zardosht et al., 2020). However, learners often encounter incivility in the OR, which can disrupt a supportive learning environment (Chrouser & Partin, 2019; Villafranca et al., 2019a). According to Abate and Greenberg (2023), "Incivility is a broader term that includes any [behaviour] within the field that negatively affects the individual, team, and/or institution" (p. 13). Clinical experiences in the OR are essential for all disciplines to practise hands-on skills, but feeling safe is a prerequisite for effective learning. As per Maslow's hierarchy of needs, safety is a fundamental need that must be met before psychological or self-fulfillment needs (Maslow, 1970). When learners face incivility, they perceive the environment as unsafe, shifting their focus from learning to self-preservation (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). While incivility in the OR is well documented, understanding its specific impact on learning provides valuable insights for improving teaching and learning practices. Therefore, this narrative literature review examines the effects of incivility on the learning environment in the OR.

Suggested citation: Duchscher, C. (2026). Incivility and the effect on the learning environment within operating rooms. *ORNAC Journal, 43*(1), 11–16. https://doi.org/10.5737/ornac18165

Background

Clinical practicum offers learners a vital opportunity to turn theory into practice. It involves applying knowledge in a challenging, real-world environment that cannot be fully replaced by simulations or classroom learning (Nordquist et al., 2019). The OR provides essential clinical experience across different disciplines, enabling learners to connect complex theoretical concepts to actual patient cases. However, when learners feel unsafe, they tend to protect themselves by disengaging and hesitating to voice concerns for fear of retribution (Abate & Greenberg, 2023; Bruun et al., 2022; Chrouser & Partin, 2019). This need for a safer environment is particularly critical given the OR's well-documented culture of incivility (Villafranca et al., 2018). An international survey of 7,465 perioperative staff and students found that 98% experienced or observed incivility within a year (Villafranca et al., 2019a). Surgeons have been identified as the primary offenders, though nurses and anesthesiologists are also to blame (Villafranca et al., 2018). All learners reported encountering incivility to varying degrees during their OR training. For example, nursing students, including undergraduates and perioperative nursing students, reported a broad spectrum of uncivil behaviours, such as yelling, swearing, ridicule, and humiliation (Kolstad & Thyli, 2024; Shen et al., 2020; Taylan et al., 2024). Medical students also reported similar exposure to incivility, such as blaming others for mistakes, throwing instruments, and yelling (Chrouser & Partin, 2019).

Definition of Incivility

A clear definition of incivility is difficult to establish because multiple terms overlap, creating confusion about what counts as incivility and what does not. Varying definitions of incivility include covert behaviour, lateral violence, bullying, harassment, workplace violence, abusive behaviour, and disruptive behaviour. Therefore, a continuum of behaviour from mild

to severe will define incivility (Abate & Greenberg, 2023; Eka & Chambers, 2019; Merola, 2024). The continuum does not include all examples of incivility, but shows types of behaviours and the progression from mild to severe. While one form may be labelled mild, it does not mean it is not damaging or does not cause significant emotional and physical distress. However, behaviour that goes up on the continuum would be considered more egregious, such as physical, psychological, and sexual abuse (Villafranca et al., 2019b). A visual representation of the incivility continuum was created for transparency, with examples of behaviours associated with the severity as shown in Figure 1. This paper will focus on the mild-to-moderate points on the continuum.

Methodology

A transformative research paradigm guided this review, as learners in the OR occupy the lowest position within the OR hierarchy and experience power inequities that limit their influence over their learning and psychological safety, positioning them as a vulnerable group within this context (Ulz, 2023). A narrative literature review was conducted to understand current knowledge, identify themes, highlight recent research, and find gaps (Cronin et al., 2008). The review aims to analyze learners' experience with incivility in ORs and its impact on learning. Searches used the electronic databases CINAHL Plus Full Text, Scopus, Web of Science, Journal of Perioperative Nursing, PubMed, OVID Medline, AORN Journal, Nurse Education Today, and Nursing & Allied Health Database with keywords combining (student or nursing student or perioperative student or medical student or resident) AND (lateral violence or incivility or disruptive behaviour) AND (operating room) AND (learning environment). Included studies range from 2018–2025, using qualitative, quantitative, and mixed methods of perioperative learners, including nursing, medical, anesthesia, and surgical technology learners, who experienced incivility during OR clinical practicums. Articles were screened via title and abstract, then categorized as primary, secondary, or non-research literature. Using a systematic approach, each article was reviewed to identify main points, strengths, and weaknesses.

Results

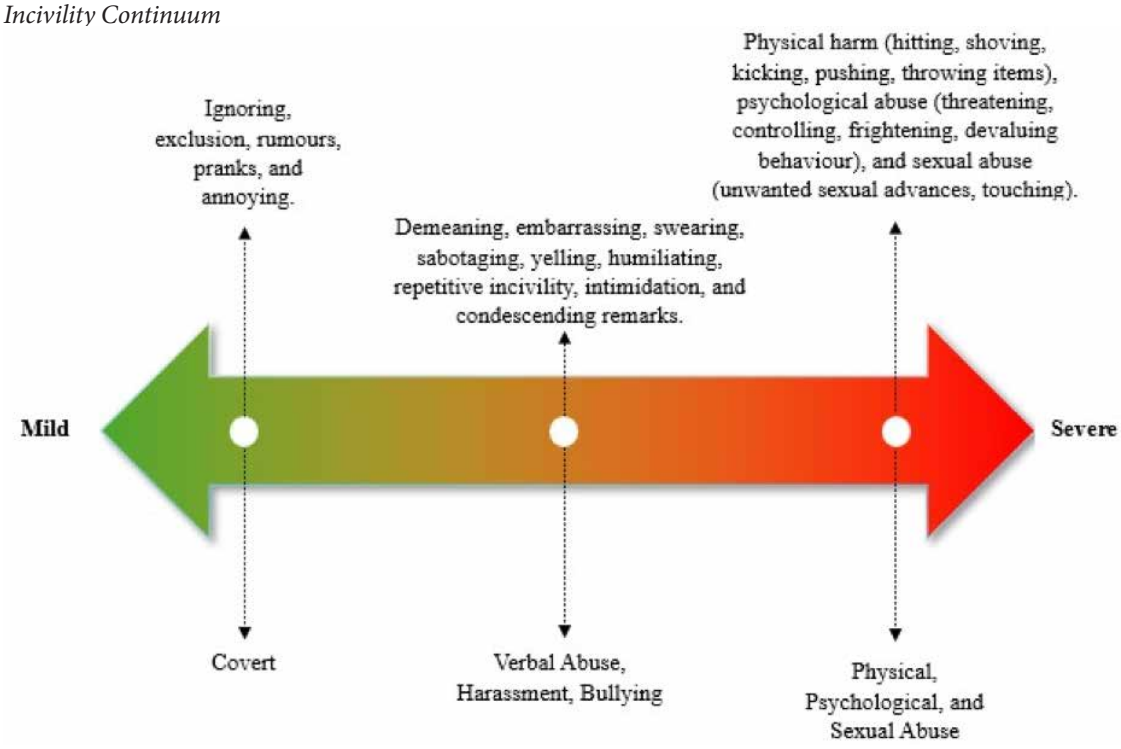
A thematic analysis of 14 articles met the inclusion criteria: nine used mixed methods; four were reviews; and one was a case study. Data collection included surveys, interviews, a residency interview, a narrative, and a focus group. Articles covered narrative, scoping, meta-synthesis, and integrative reviews. Two main themes emerged: the impact on learners and the influence of the OR learning environment.

Impact on Learners

The first theme that emerged from the literature analysis was the impact of incivility on learners in the learning environment. It has been divided into three sub-themes: emotional and psychological effects, avoidance, and professional development.

Figure 1

Incivility Continuum



Emotional and Psychological Effects

The results show that learners who face incivility in the OR experience various emotional and psychological effects, such as anxiety, stress, anger, fear, loss of confidence, hopelessness, helplessness, and depression (Abate & Greenberg, 2023; Babchenko et al., 2020; Bruun et al., 2022; Kolstad & Thyli, 2024; Shen et al., 2020; Taylan et al., 2024; Taylan & Özkan, 2022). The learning environment was seen as hostile and unwelcoming, causing students to feel constantly on edge (Castillo-Angeles et al., 2020). Focused on self-preservation, learners struggled to concentrate and learn effectively, often feeling afraid to participate and overly wary of harsh criticism (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Additionally, communication and teamwork suffered because learners did not feel safe asking questions or reporting errors, which impacted learning and patient safety (Hedlund et al., 2024; Merola, 2024; Taylan & Özkan, 2022; Villafranca et al., 2018).

Avoidance

Data show that learners often choose to 'do nothing' when witnessing or experiencing incivility (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Even when learners believe the behaviour is wrong, fear of retribution from the aggressor discourages them from intervening (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Learners felt powerless to effect change and preferred to observe rather than confront or report the behaviour (Abate & Greenberg, 2023). This avoidance also caused learners to limit their exposure to challenging and high-pressure situations, which are essential for growth and development (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022).

Professional Development

Learners questioned their decision to continue pursuing their chosen career after experiencing incivility in the OR (Babchenko et al., 2020; Shen et al., 2020). Such behaviours also reinforce a hidden curriculum of accepted norms, values, and behaviours within the profession (Taylan et al., 2024; Villafranca et al., 2018, 2019a). Babchenko et al. (2020) found that learners who encounter incivility are more likely to internalize it and replicate it in their own careers, revealing the cyclical nature of incivility.

Influence on the Learning Environment

The influence on the learning environment was the second theme identified. Three subthemes that affected the learning environment included (1) the role of the instructors; (2) a high-stress and high-risk environment; and (3) the OR culture.

Role of Instructors

Instructors are crucial in shaping the learning environment, especially in the unique OR setting. In this review, instructors include formal instructors from educational institutions, preceptors, and informal mentors. The term 'instructors' will be used to cover this range of individuals. Data shows that learners rely heavily on instructors, whose support and communication significantly impact their experience (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024; Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Respectful instructors who address incivility foster a positive learning environment, while those engaging in incivility hinder learning (Babchenko et al., 2020; Shen et al., 2020). Learners emphasized the importance of instructor support and advocacy in navigating incivility (Merola, 2024; Zardosht et al., 2020).

High-Stress and High-Risk Environment

The OR is a demanding and fast-paced environment (Villafranca et al., 2019a). Stakes are high as patients wait extended periods for surgery and put their lives in the hands of the perioperative staff (Zardosht et al., 2020). Additionally, there are administrative demands to ensure patients receive their surgeries on time, as any delay may lead to cancellations and extended surgical wait times. Learners reported feeling excessive pressure due to the environment's high expectations for outcomes and efficiency (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024). The high expectations created a challenging learning environment in which mistakes were not allowed (Castillo-Angeles et al., 2020; Hedlund et al., 2024; Taylan & Özkan, 2022). A high-stress environment can impair cognitive function, making it difficult for learners to retain information and perform clinical tasks effectively (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022).

Operating Room Culture

The OR is distinct from other hospital areas, with its own culture and norms (Castillo-Angeles et al., 2020; Taylan et al., 2024; Zardosht et al., 2020). The environment and the procedures are unique to the OR and not practised elsewhere. For example, perioperative nursing students reported difficulty applying prior experience when performing skills in the OR because it differs significantly from other units (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). When learners could not respond promptly to a healthcare provider's request in the OR, they were more prone to experiencing incivility (Shen et al., 2020). Additionally, the OR has a real and perceived hierarchical structure within a multidisciplinary team, which can affect the learning environment. Learners often felt at the bottom of this hierarchy and were unable to advocate for themselves (Bruun et al., 2022; Zardosht et al., 2020). Learner experience varied widely depending on how the surgical team chose to interact with them, either improving or deterring their training (Kolstad & Thyli, 2024; Zardosht et al., 2020). Finally, the OR culture often normalizes incivility. Staff and learners tend to ignore incivility, which perpetuates a hostile learning environment (Shen et al., 2020; Zardosht et al., 2020). Some healthcare providers would purposely be uncivil since they experienced incivility in their training; therefore, perioperative staff treated incivility as a rite of passage for learners to undergo (Babchenko et al., 2020).

Conceptual Model

The conceptual model illustrated in Figure 2 proposes a cyclical relationship where incivility impacts learners and the learning environment. However, the impact on the learner can, in turn, perpetuate incivility and affect the learning environment, just as the learning environment can perpetuate incivility and affect the learner.

Discussion

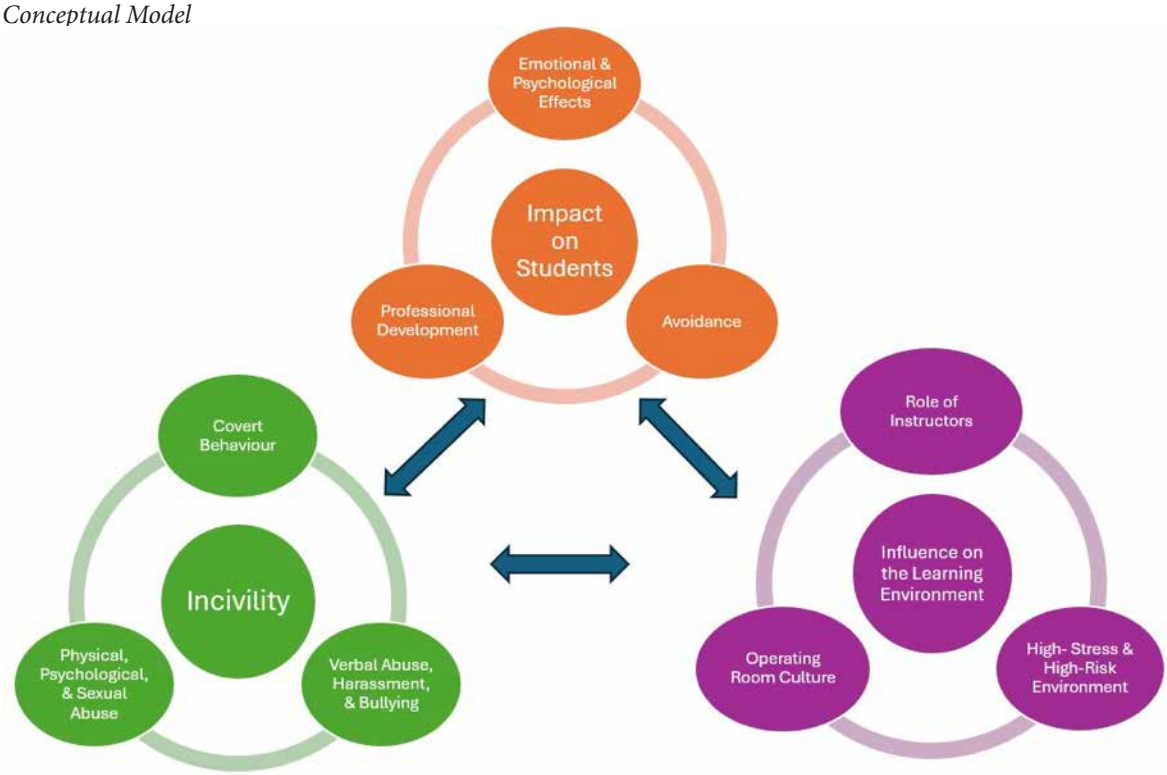
The findings of this review demonstrate that incivility in the OR undermines the psychological safety required for effective clinical learning. Learners who perceive the OR as a hostile environment experience heightened anxiety and impaired cognitive function, which limits their ability to process information, retain knowledge, and perform clinical tasks (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). When learners face fear, uncertainty, or humiliation, their focus shifts from learning to self-protection, hampering experiential learning required for OR clinical practicums (Torralba et al., 2020). Therefore, creating a safe learning environment is essential for reducing the toll of incivility.

The role of instructors is central in shaping a safe learning environment. Supportive instructors, who model calm responses to errors, intervene when incivility occurs, and communicate expectations clearly, help create a climate where learners feel safe to participate and ask questions (Shen et al., 2020; Taylan et al., 2024). To prepare for incivility, instructors can proactively take professional development courses in conflict resolution. Additionally, instructors should adopt a teaching philosophy that views mistakes as an expected and valuable component of clinical education, rather than a reason to punish learners. This stance counters high-pressure norms and actively models how to manage incivility in the OR (Chrouser & Partin, 2019; Villafranca et al., 2018). Furthermore, learners should be protected from known sources of incivility. For example, if a surgeon is known for yelling at staff, the instructor should avoid assigning that surgeon to learners, as it would likely hinder rather than foster learning.

A consistent instructor further strengthens a conducive learning environment. Because the OR differs substantially from other clinical areas, learners benefit from having a consistent instructor who understands their experience, monitors their progress, and offers developmentally appropriate learning opportunities (Hedlund et al., 2024; Taylan et al., 2024). Scaffolding learning increases confidence and allows learners to take on more challenging tasks. For instance, learners can participate in minor procedures before major open surgeries (Johnsson et al., 2023). This approach helps learners gain confidence in their skills and begin to view themselves as contributing members of the surgical team (Hedlund et al., 2024; Kolstad & Thyli, 2024). Increasing student confidence is intended to counteract the rigid hierarchies that often leave learners feeling marginalized at the bottom of the OR structure (Bruun et al., 2022; Zardosht et al., 2020).

Figure 2

Conceptual Model



Preparation before entering the OR is also vital to developing a supported learning environment. The fast-paced, high-risk nature of the OR can overwhelm novices, especially when combined with the fear of being judged (Chrouser & Partin, 2019; Zardosht et al., 2020). Timed simulation, cognitive rehearsal, and stress management training can help learners build tolerance to pressure and develop strategies to manage physiological stress responses (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024; Taylan et al., 2024). Even simple techniques, such as controlled breathing, can temper fight-or-flight reactions when learners feel threatened or scrutinized (Bruun et al., 2022). Learners equipped with these tools may be better able to cope with the unpredictable and demanding OR environment (Chrouser & Partin, 2019; Zardosht et al., 2020).

Finally, incivility must be addressed promptly to prevent normalization and transmission of a hidden curriculum that accepts it as routine (Shen et al., 2020; Villafranca et al., 2018). If avoidance becomes a default response, learners lose opportunities to build competence and confidence, and the cycle of silence sustains incivility within the OR culture. Additionally, when incivility is tolerated, learners internalize it as an acceptable professional norm, perpetuating cycles of incivility in future practice (Babchenko et al., 2020; Villafranca et al., 2019a). Research by Babchenko et al. (2020) suggests that clear behavioural expectations and consistent enforcement of these rules foster a safe, predictable environment that empowers action. Therefore, learners need to understand what constitutes incivility and how to report it (Shen et al., 2020). Furthermore, robust educational and hospital policies must provide clear pathways for addressing incivility when it occurs in the OR (Villafranca et al., 2019a). Learners need to know that instructors, their educational institution, and the hospital where they are doing their practicum will support them if they report an incident of incivility, and that they will not face punishment for doing so (Fast et al., 2020; Shen et al., 2020).

Gaps in Research, Strengths, and Limitations

This narrative literature review highlights gaps in research on the learning environment in ORs, particularly the need to examine how different learner disciplines experience incivility. While numerous studies examine incivility toward medical students in the perioperative environment, there is limited research on nursing students' experiences with incivility in the OR (Eka & Chambers, 2019; Hedlund et al., 2024). Furthermore, most existing research is international, with limited focus on Canada. Cultural norms and differences in healthcare systems, such as between the private and public sectors, likely influence the prevalence and impact of incivility (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2025; Fast et al., 2020; Villafranca et al., 2019a).

This review is strengthened by the inclusion of diverse disciplinary populations of learners, which highlights that incivility is not a discipline-specific issue and increases the generalizability of the findings. However, a main limitation of the literature review is that the data rely on learners' self-reports of incivility. Incivility is chronically underreported due to fear of retribution and the normalization of incivility in the OR (Villafranca et al., 2019a). It is predicted that the number of incivility incidents is much higher than studies suggest (Fast et al., 2020). Therefore, a publication bias may result from an underrepresentation of the incivility that learners experience in the OR.

Implications for Practice

Overall, this narrative literature review identified the need for a safe learning environment in perioperative clinical education. For learners to learn effectively, they cannot feel threatened or intimidated. Perioperative clinical learning environments are known for uncivil behaviour. Thus, educational institutions, healthcare facilities, and instructors must prepare for incivility and for fostering a culture of safety with their learners. Efforts must be made to educate both instructors and learners about incivility, provide conflict-resolution training, and prepare learners for the demanding OR environment through simulation before they attend OR clinical practicum placements (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024; Villafranca et al., 2018). Educational institutions and healthcare facilities must have robust reporting systems that are accessible and protect victims of incivility (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2025; Fast et al., 2020).

Conclusion

The complex learning environment of the OR can be mitigated by assigning consistent, supportive instructors and by providing scaffolding opportunities to encourage learner independence and confidence (Hedlund et al., 2024; Kolstad & Thyli, 2024; Taylan et al., 2024). Ensuring psychological safety in the OR is fundamental to safeguarding learner well-being and supporting their growth as future perioperative professionals. Incivility erodes learning, discourages participation, and perpetuates a culture that fails both learners and patients. Meaningful change demands a collective commitment to fostering respectful, inclusive environments where every learner can learn and contribute safely.

Author Notes

Chelsea Duchscher, RN, BScN, Saskatchewan Polytechnic, Regina, Saskatchewan. Chelsea Duchscher is a nurse educator in Perioperative Nursing at Saskatchewan Polytechnic and is currently completing her Master of Health Professions Education at the University of Saskatchewan. She brings over 15 years of clinical experience in neurosciences,

cardiac surveillance, postanesthetic care, and perioperative nursing. Chelsea has taught in several programs, including Perioperative Nursing, Practical Nursing, Medical Device Reprocessing, and Orientation for Internationally Educated Nurses. Previously, Chelsea acted as an executive member of the Saskatchewan Operating Room Nurses Association. She now focuses her research on incivility in perioperative education and is committed to fostering healthy, respectful learning and work environments.

Conflicts of Interest

None declared

Funding

None declared

Manuscript submitted: May 26, 2025

Accepted for publication: February 10, 2026

REFERENCES

Abate, L. E., & Greenberg, L. (2023). Incivility in medical education: A scoping review. *BMC Medical Education*, *23*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03988-2

Babchenko, O., Scott, K., Jung, S., Frank, S., Elmaraghi, S., Thiagarajasubramanian, S., Rendell, V., Poore, S. O., Bentz, M. L., & Garland, C. B. (2020). Resident perspectives on effective surgical training: Incivility, confidence, and mindset. *Journal of Surgical Education*, *77*(5), 1088–1096. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.04.002

Bruun, A. M. G., Valeberg, B., & Leonardsen, A.-C. L. (2022). Moral courage: Student registered nurse anesthetist experiences on the operating team. *AANA Journal*, *90*(2), 121–126.

Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2025, January 15). *CCOHS: Violence and harassment in the workplace*. Government of Canada. https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence/violence.html

Castillo-Angeles, M., Calvillo-Ortiz, R., Barrows, C., Chaikof, E. L., & Kent, T. S. (2020). The learning environment in surgery clerkship: What are faculty perceptions? *Journal of Surgical Education*, *77*(1), 61–68. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.07.003

Chrouser, K. L., & Partin, M. R. (2019). Intraoperative disruptive behavior: The medical student's perspective. *Journal of Surgical Education*, *76*(5), 1231–1240. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.04.002

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, *17*(1), 38–43. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059

Eka, N. G. A., & Chambers, D. (2019). Incivility in nursing education: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, *39*, 45–54. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.004

Fast, I., Villafranca, A., Henrichs, B., Kirby, M., Christodoulou, C., & Jacobsohn, E. (2020). Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: An international survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, *67*(2), 177–185. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3

Hedlund, J., Blomberg, K., Hjelmqvist, H., & Jaensson, M. (2024). Student nurse anesthetists' and supervisors' perspectives of learning in the operating room: An integrative review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *39*(2), 303-310.e8. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.07.023

Johnsson, A., Månsson, J. S., & Pennbrant, S. (2023). Scaffolding for learning and establishing a professional identity: A qualitative descriptive study of nursing students' experiences of learning with a student-centered supervision model based on patient-oriented care during clinical placement. *Nordic Journal of Nursing Research*, *43*(3–4), 20571585231221257. https://doi.org/10.1177/20571585231221257

Kolstad, L. R., & Thyli, B. (2024). How do operating room nurse students experience the learning environment in the operating room? *Inspira: Journal of Anesthesia & Intensive Care / Tidsskrift for Anestesi- Og Intensivsykepleiere*, *19*(1), 36–46. https://doi.org/10.23865/inspira.v19.6318

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed). Harper & Row.

Merola, K. (2024). Incivility in the operating room: A student's experience. *International Student Journal of Nurse Anesthesia*, *23*(1), 19–22.

Nordquist, J., Hall, J., Caverzagie, K., Snell, L., Chan, M.-K., Thoma, B., Razack, S., & Philibert, I. (2019). The clinical learning environment. *Medical Teacher*, *41*(4), 366–372. https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1566601

Shen, H., Wang, H., Yan, L., Liu, W., Zhang, J., Zhou, F., Kong, S., & Deng, L. (2020). Incivility in nursing practice education in the operating room. *Nurse Education Today*, *88*, 104366. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104366

Taylan, S., & Özkan, İ. (2022). "I felt alienated in the operating room": A phenomenological qualitative study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *37*(1), 63–68. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.11.005

Taylan, S., Özkan, İ., & Yavuz Van Giersbergen, M. (2024). Nursing students' operating room experiences: A qualitative metasynthesis. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *39*(5), 892–901. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.029

Torralba, K. D., Jose, D., & Byrne, J. (2020). Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clinical Rheumatology*, *39*(3), 667–671. https://doi.org/10.1007/s10067-019-04889-4

Ulz, J. (2023, March 20). *What is a research paradigm? Types and examples*. https://researcher.life/blog/article/what-is-a-research-paradigm-types-examples/

Villafranca, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2018). Disruptive behavior in the operating room: Prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *31*(3), 366–374. https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000592

Villafranca, A., Hiebert, B., Hamlin, C., Young, A., Parveen, D., Arora, R. C., Avidan, M., & Jacobsohn, E. (2019a). Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Canadian Journal of Anesthesia*, *66*(7), 781–794. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01333-8

Villafranca, A., Magid, K., Young, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2019b). Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, *66*(7), 795–802. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01334-7

Zardosht, R., Moonaghi, H. K., Razavi, M. E., & Ahmady, S. (2020). Educational concern of surgical technology students in the operating room: A grounded theory study. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*(1), 58–58. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_348_19

Le présent article a été publié sur la plateforme Open Journal Systems et est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), qui autorise le téléchargement et la transmission du document à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

L'incivilité et son incidence sur l'environnement d'apprentissage en salle d'opération

Chelsea Duchscher

Adressez toute correspondance à : Chelsea Duchscher, **chelseakernechuk@gmail.com**

Résumé

L'incivilité en salle d'opération est bien documentée, mais son incidence sur l'apprentissage demeure floue. La présente revue narrative examine la manière dont les étudiants en soins périopératoires, y compris les étudiants en soins infirmiers, en médecine, en anesthésie et en technologie chirurgicale, font l'expérience de l'incivilité lors de leurs stages de pratique clinique en salle d'opération, ainsi que l'incidence de ces expériences sur l'environnement d'apprentissage. Nous avons analysé 14 études publiées entre 2018 et 2025. On y trouve que l'incivilité cause de l'anxiété, renforce les comportements d'évitement, réduit l'engagement et affaiblit l'identité professionnelle. Le soutien offert par les formateurs, la nature à la fois très stressante et risquée du milieu, de même que la culture instaurée dans les salles d'opération influencent aussi l'environnement d'apprentissage. Parmi les lacunes, on dénote le besoin d'effectuer des recherches disciplinaires, de réaliser des études canadiennes et d'établir des comparaisons entre les systèmes de santé. La présente étude préconise la création d'un environnement d'apprentissage sûr et bienveillant pour les étudiants en soins périopératoires qui font des stages de pratique clinique. Pour ce faire, les formateurs doivent être constants et bienveillants; il faut néanmoins préparer les étudiants au contexte stressant des salles d'opération grâce à des simulations chronométrées, à des entraînements cognitifs et à de la formation en gestion du stress, et il est essentiel de prévenir la normalisation et la récurrence des cycles d'incivilité en établissant des politiques claires et des mécanismes de signalement accessibles.

Mots-clés : apprenant, étudiant, incivilité, salle d'opération, environnement d'apprentissage

Les salles d'opération offrent à de nombreux étudiants l'occasion de transformer leurs connaissances théoriques en compétences pratiques (Zardosht et al., 2020). Toutefois, les apprenants y sont souvent confrontés à de l'incivilité, ce qui peut nuire à leur apprentissage (Chrouser & Partin, 2019; Villafranca et al., 2019a). Selon Abate et Greenberg (2023), l'incivilité est un terme plus vaste qui comprend tout comportement adopté dans le domaine qui affecte négativement une personne, une équipe ou un établissement (p. 13). Les expériences cliniques en salle d'opération sont essentielles dans toutes les disciplines, car elles donnent aux apprenants l'occasion de développer leurs compétences pratiques. Cependant, pour apprendre efficacement, les étudiants ont besoin de se sentir en sûreté. Comme le montre la hiérarchie des besoins de Maslow, la sécurité est un besoin fondamental qui doit être comblé avant les besoins psychologiques et d'accomplissement de soi (Maslow, 1970). Face à l'incivilité, les apprenants se sentent menacés et cherchent à se protéger plutôt que de rester concentrés sur leurs apprentissages (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Bien que l'incivilité en salle d'opération soit bien documentée, la compréhension de ses effets précis sur l'apprentissage apporte un éclairage précieux pour améliorer les pratiques pédagogiques. C'est pourquoi la présente revue narrative examine l'incidence de l'incivilité sur l'environnement d'apprentissage en salle d'opération.

Manière suggérée de citer l'article : Duchscher, C. (2026). L'incivilité et son incidence sur l'environnement d'apprentissage en salle d'opération. *Revue de l'AIISOC, 43*(1), 17–23. https://doi.org/10.5737/ornac18166

Contexte

Les stages de pratique clinique offrent aux étudiants l'occasion idéale de passer de la théorie à la pratique, c'est-à-dire de mettre à profit leurs connaissances dans un contexte réel et stimulant que les simulations et les apprentissages en salle de classe ne peuvent pas tout à fait remplacer (Nordquist et al., 2019). La salle d'opération est l'endroit par excellence pour acquérir de l'expérience clinique dans diverses disciplines, donnant aux apprenants la possibilité d'appliquer des concepts théoriques complexes à de vrais cas. Cependant, quand ils ne se sentent pas en sécurité, les apprenants ont tendance à se protéger en se retirant de la situation et hésitent ensuite à exprimer leurs remarques par crainte de représailles (Abate & Greenberg, 2023; Bruun et al., 2022; Chrouser & Partin, 2019). Il est particulièrement primordial de favoriser un environnement sécuritaire en salle d'opération, lieu où la culture d'incivilité est bien documentée (Villafranca et al., 2018). Dans un sondage réalisé à l'international auprès de 7 465 membres du personnel et étudiants en soins périopératoires, 98 % des répondants ont révélé avoir été témoins ou victimes

d'incivilité dans la dernière année (Villafranca et al., 2019a). Selon les réponses au sondage, les chirurgiens seraient les principaux fautifs, mais les infirmiers et les anesthésistes ont également leur part de responsabilité (Villafranca et al., 2018). Tous les apprenants ont déclaré avoir fait face à divers degrés d'incivilité pendant leur formation en salle d'opération. Par exemple, des étudiants en soins infirmiers, y compris des étudiants de premier cycle et des étudiants en soins infirmiers périopératoires, ont mentionné un large éventail de comportements incivils : cris, jurons, moqueries, humiliation, etc. (Kolstad & Thyli, 2024; Shen et al., 2020; Taylan et al., 2024). Les étudiants en médecine ont mentionné avoir été témoins de comportements similaires : attribuer les erreurs aux autres, lancer des instruments, et crier après les autres, etc. (Chrouser & Partin, 2019).

Définition de l'incivilité

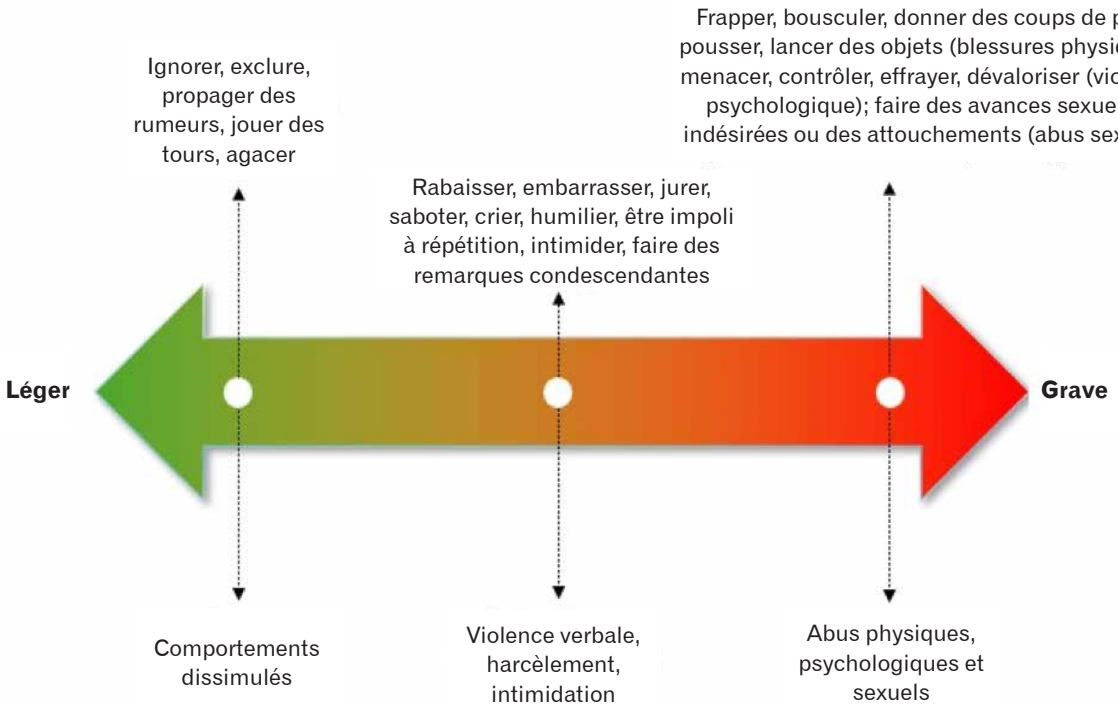
Il est difficile de définir clairement le concept d'incivilité parce que plusieurs termes se chevauchent. Déterminer ce qui compte comme de l'incivilité et ce qui ne compte pas n'est donc pas évident. Différentes définitions considèrent les comportements dissimulés, la violence latérale, l'intimidation, la violence au travail ou les comportements abusifs et perturbateurs comme de l'incivilité. Par conséquent, nous définirons ce terme selon un continuum de comportements allant de léger à grave (Abate & Greenberg, 2023; Eka & Chambers, 2019; Merola, 2024). Ce continuum n'inclut pas tous les exemples d'incivilité, mais bien des types de comportements classés en fonction de leur intensité. Même « léger », demeure dommageable et susceptible de causer de la détresse émotionnelle ou physique. Toutefois, les comportements situés plus haut sur le continuum sont considérés comme davantage dommageables : les abus physiques, psychologiques et sexuels en sont des exemples (Villafranca et al., 2019b). Nous avons créé une représentation visuelle du continuum de l'incivilité et donné des exemples de comportements pour chaque degré de sévérité (figure 1). Le présent article portera sur les comportements allant de léger à modéré.

Méthodologie

Un paradigme de recherche transformationnelle a guidé la rédaction du présent article, étant donné que les apprenants en salle d'opération occupent le bas de l'échelle médicale et font face à des inégalités de pouvoir qui limitent leur influence sur leur apprentissage et leur sécurité psychologique, ce qui les rend vulnérables (Ulz, 2023). Nous avons réalisé une revue narrative de la documentation pour comprendre l'état actuel des connaissances sur le sujet, faire ressortir les thèmes abordés, mettre en évidence les études récentes et trouver les lacunes dans la recherche (Cronin et al., 2008). Notre objectif est d'analyser l'expérience de l'incivilité en salle d'opération chez les apprenants et son incidence sur l'apprentissage. Nous avons effectué des recherches dans plusieurs bases de données et revues électroniques (CINAHL Plus with Full Text, Scopus, Web of Science, Journal of Perioperative Nursing, PubMed, Ovid MEDLINE, AORN Journal, Nurse Education Today et Nursing & Allied Health) en utilisant des combinaisons de mots-clés : (student or nursing student or perioperative

Figure 1

Continuum de l'incivilité



student or medical student or resident) AND (lateral violence or incivility or disruptive behaviour) AND (operating room) AND (learning environment)[1]. Les articles retenus ont été publiés entre 2018 et 2025, reposent sur des méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, et portent sur des apprenants en contexte périopératoire (notamment en soins infirmiers, en médecine, en anesthésie et en technologie chirurgicale) ayant été confrontés à de l'incivilité lors de stages de pratique clinique en salle d'opération. Nous les avons d'abord examinés à partir de leur titre et de leur résumé, puis classés comme littérature de recherche primaire, secondaire ou non scientifique. Nous avons ensuite analysé chaque article à l'aide d'une approche systématique afin d'en relever les principaux constats, les forces et les faiblesses.

Résultats

Quatorze articles répondaient aux critères d'inclusion et ont fait l'objet d'une analyse thématique. Parmi ces articles, neuf faisaient appel à des méthodes mixtes, quatre étaient des revues et un était une étude de cas. Les données recueillies provenaient de sondages, d'entrevues, d'une entrevue réalisée dans le cadre d'une résidence, d'un récit et d'un groupe de discussion. Le corpus comprenait des revues narratives, des revues exploratoires, des métasynthèses et des revues intégratives. Deux thèmes principaux ont été soulevés : l'incidence de l'incivilité sur les apprenants et l'influence de l'environnement d'apprentissage en salle d'opération.

Incidence de l'incivilité sur les apprenants

Le premier thème ayant émergé de l'analyse de la documentation publiée est l'incidence de l'incivilité sur les apprenants dans l'environnement d'apprentissage. Ce thème a été séparé en trois sous-thèmes : répercussions émotionnelles et psychologiques, évitement, et perfectionnement professionnel.

Répercussions émotionnelles et psychologiques

Les résultats montrent que les apprenants qui sont confrontés à de l'incivilité en salle d'opération subissent des répercussions émotionnelles et psychologiques variées : anxiété, stress, colère, peur, perte de confiance, désespoir, impuissance, dépression, etc. (Abate & Greenberg, 2023; Babchenko et al., 2020; Bruun et al., 2022; Kolstad & Thyli, 2024; Shen et al., 2020; Taylan et al., 2024; Taylan & Özkan, 2022). Les étudiants considéraient que l'environnement d'apprentissage était hostile et peu accueillant, ce qui fait qu'ils se sentaient nerveux en tout temps (Castillo-Angeles et al., 2020). Trop préoccupés à se protéger des comportements abusifs, ils avaient de la difficulté à se concentrer et à apprendre efficacement, craignant souvent de participer et d'être critiqués sévèrement (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). La communication et le travail d'équipe en souffrent également puisque les apprenants ne se sentent pas à l'aise de poser des questions ou de signaler des erreurs, ce qui nuit conséquemment à leurs apprentissages aussi bien qu'à la sécurité des patients (Hedlund et al., 2024; Merola, 2024; Taylan & Özkan, 2022; Villafranca et al., 2018).

Évitement

Les données montrent que les apprenants choisissent souvent de ne rien faire lorsqu'ils sont témoins ou victimes d'incivilité (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Même s'ils considèrent qu'un comportement est inadéquat, la peur de subir des représailles de l'agresseur les dissuade d'intervenir (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Les étudiants ne se sentent pas capables d'entraîner des changements, préférant observer la situation plutôt que d'y faire face ou de signaler le comportement problématique (Abate & Greenberg, 2023). En raison de cet évitement, les apprenants sont moins exposés à des situations difficiles et très stressantes, lesquelles sont essentielles pour favoriser leur croissance et leur développement (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022).

Perfectionnement professionnel

Des étudiants se sont demandé s'ils voulaient vraiment poursuivre leur carrière dans ce domaine après avoir fait face à de l'incivilité en salle d'opération (Babchenko et al., 2020; Shen et al., 2020). L'incivilité contribue à renforcer un curriculum caché qui véhicule des normes, des valeurs et des comportements considérés comme acceptables au sein de la profession (Taylan et al., 2024; Villafranca et al., 2018, 2019a). Babchenko et collaborateurs (2020) ont découvert que les apprenants qui sont confrontés à des comportements inadéquats sont plus à même de les assimiler et de les reproduire dans leur propre pratique, ce qui met au jour la nature cyclique de l'incivilité.

Influence de l'incivilité sur l'environnement d'apprentissage

Le deuxième thème ayant émergé était l'influence de l'incivilité sur l'environnement d'apprentissage. Il a lui aussi été séparé en trois sous-thèmes : le rôle des formateurs, la nature très stressante et risquée de l'environnement, et la culture en salle d'opération.

Rôle des formateurs

Les formateurs exercent une grande influence sur l'environnement d'apprentissage, particulièrement dans le contexte particulier de la salle d'opération. Dans la présente revue, l'appellation « formateurs » comprend les enseignants d'établissements d'enseignement, les précepteurs et les mentors non officiels; on emploiera ce terme pour désigner toutes ces personnes. Des données montrent que les apprenants comptent beaucoup sur les formateurs, et que leur soutien et leur manière de communiquer façonnent considérablement l'expérience d'apprentissage (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024; Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Les formateurs respectueux qui dénoncent l'incivilité favorisent un environnement d'apprentissage positif, alors que ceux qui adoptent des comportements

1 (étudiant ou étudiant en soins infirmiers ou étudiant en soins périopératoires ou étudiant en médecine ou résident) ET (violence latérale ou incivilité ou comportements perturbateurs) ET (salle d'opération) ET (environnement d'apprentissage)

inadéquats nuisent à l'apprentissage (Babchenko et al., 2020; Shen et al., 2020). Les apprenants ont souligné l'importance du soutien et de l'appui des formateurs pour faire face à l'incivilité (Merola, 2024; Zardosht et al., 2020).

Nature très stressante et risquée de l'environnement

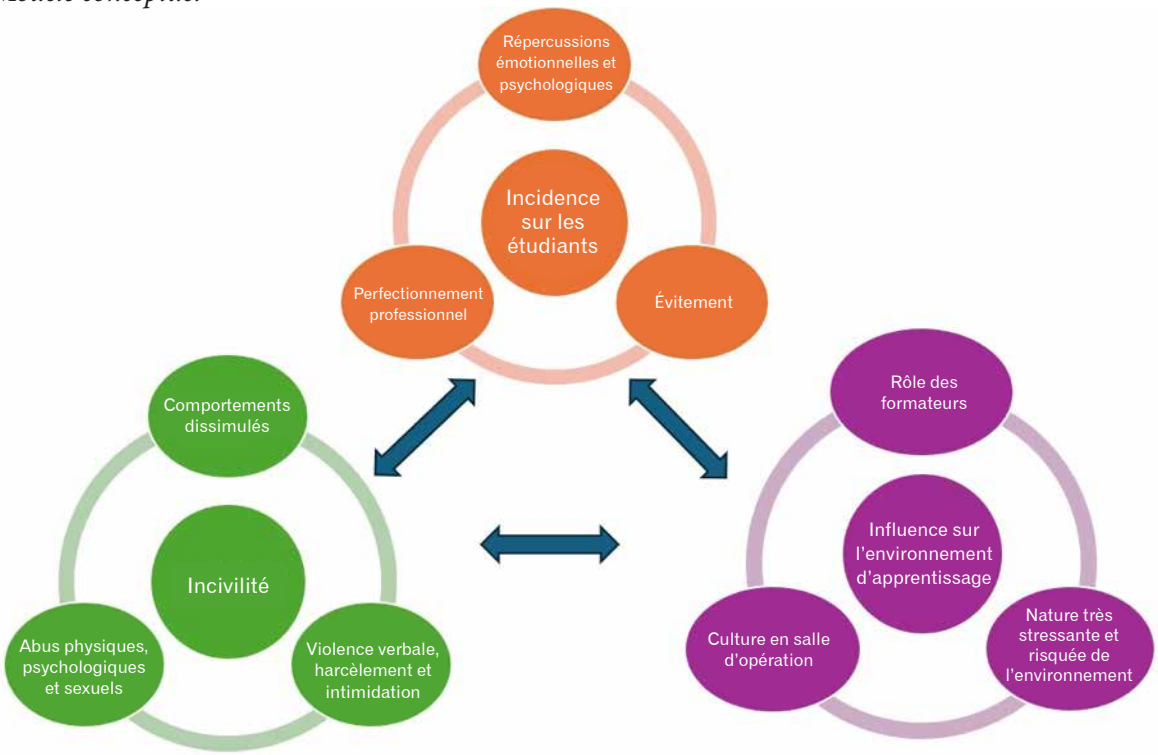
La salle d'opération est un environnement exigeant où tout va très vite (Villafranca et al., 2019a). Les enjeux y sont considérables, étant donné que les patients doivent attendre longtemps avant de se faire opérer et que leur vie est entre les mains du personnel en soins périopératoires (Zardosht et al., 2020). De plus, des exigences administratives visent à garantir que les patients se fassent opérer à temps, car tout retard pourrait entraîner des annulations et des temps d'attente encore plus longs. Les apprenants ont déclaré avoir ressenti une pression excessive en raison des attentes de rendement et d'efficience élevées (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024). La salle d'opération présente un environnement d'apprentissage difficile où les erreurs ne sont pas permises (Castillo-Angeles et al., 2020; Hedlund et al., 2024; Taylan & Özkan, 2022). Les environnements très stressants peuvent porter atteinte aux fonctions cognitives des étudiants, qui ont alors plus de mal à retenir l'information et à effectuer efficacement des tâches cliniques (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022).

Culture en salle d'opération

La salle d'opération se distingue des autres unités hospitalières, notamment par sa culture et ses normes propres (Castillo-Angeles et al., 2020; Taylan et al., 2024; Zardosht et al., 2020), mais aussi par son environnement et ses procédures uniques. À titre d'exemple, des étudiants en soins périopératoires ont indiqué avoir eu de la difficulté à mettre à profit, en salle d'opération, leur expérience antérieure parce que les compétences qui y sont exigées diffèrent significativement de celles qui sont demandées dans les autres unités (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Si un apprenant n'arrivait pas à répondre assez rapidement à la demande d'un professionnel de la santé en salle d'opération, il était plus à risque d'être victime d'incivilité (Shen et al., 2020). De plus, il existe deux structures hiérarchiques dans les équipes multidisciplinaires en salle d'opération – une hiérarchie réelle et une hiérarchie perçue –, ce qui peut influencer l'environnement d'apprentissage. Les apprenants sentaient souvent qu'ils étaient au bas de l'échelle et qu'ils ne pouvaient pas défendre leur point de vue (Bruun et al., 2022; Zardosht et al., 2020). La manière dont les équipes chirurgicales interagissaient avec les apprenants a grandement influencé l'expérience d'apprentissage, pour le mieux ou pour le pire (Kolstad & Thyli, 2024; Zardosht et al., 2020). Finalement, la culture en salle d'opération normalise souvent l'incivilité, et les membres du personnel et les étudiants ont tendance à l'ignorer, ce qui fait perdurer un environnement d'apprentissage hostile (Shen et al., 2020; Zardosht et al., 2020). Certains professionnels de la santé étaient intentionnellement incivils envers les apprenants parce qu'ils ont été victimes d'incivilité pendant leur formation. L'incivilité était donc considérée comme un « rite de passage » par le personnel en soins périopératoires (Babchenko et al., 2020).

Figure 2

Modèle conceptuel



Modèle conceptuel

Le modèle conceptuel qui est illustré à la figure 2 propose une relation cyclique dans le cadre de laquelle l'incivilité influence les apprenants et l'environnement d'apprentissage. Toutefois, l'incidence qu'a l'incivilité sur les apprenants peut, en retour, renforcer les comportements incivils et affecter l'environnement d'apprentissage, tout comme ce dernier peut, lui aussi, renforcer l'incivilité et affecter les apprenants.

Discussion

Les constats tirés de la présente revue montrent que l'incivilité en salle d'opération nuit à la sécurité psychologique requise pour faire efficacement des apprentissages cliniques. Les apprenants qui perçoivent la salle d'opération comme un environnement hostile ressentent beaucoup d'anxiété et leurs fonctions cognitives sont affaiblies, ce qui limite leur capacité à traiter l'information, à retenir le savoir acquis et à effectuer des tâches cliniques (Shen et al., 2020; Taylan & Özkan, 2022). Face à la peur, à l'incertitude ou à l'humiliation, les apprenants mettent de côté leur apprentissage pour se protéger, ce qui nuit à leur expérience en stage de pratique clinique (Torralba et al., 2020). Il est donc primordial de créer un environnement d'apprentissage sûr en salle d'opération afin de réduire les effets nocifs de l'incivilité.

Les formateurs jouent un rôle essentiel pour favoriser un environnement d'apprentissage sûr. Les formateurs bienveillants qui réagissent calmement aux erreurs, dénoncent l'incivilité et communiquent clairement leurs attentes contribuent à créer un milieu où les apprenants se sentent à l'aise de participer et de poser des questions (Shen et al., 2020; Taylan et al., 2024). Pour se parer contre l'incivilité, les formateurs peuvent se perfectionner en suivant des cours sur la résolution de conflits. Ils devraient également adopter une philosophie d'enseignement qui considère les erreurs comme un aspect prévisible et précieux de l'apprentissage, plutôt que comme une raison de punir les apprenants. Cette posture permettrait de remettre en question les normes de forte pression et de montrer concrètement comment gérer l'incivilité en salle d'opération (Chrouser & Partin, 2019; Villafranca et al., 2018). Il faudrait aussi protéger les apprenants contre les sources connues d'incivilité. Par exemple, si un chirurgien est reconnu pour crier après le personnel, les formateurs devraient éviter de lui confier des apprenants pour ne pas risquer de nuire aux apprentissages.

Les formateurs constants promeuvent un environnement favorable à l'apprentissage. Comme la salle d'opération diffère considérablement des autres unités cliniques, les apprenants gagnent à avoir des formateurs posés qui comprennent leur expérience, suivent leurs progrès et offrent des occasions d'apprentissage appropriées qui favorisent réellement le développement (Hedlund et al., 2024; Taylan et al., 2024). L'étayage renforce la confiance et permet aux apprenants d'assumer des tâches plus difficiles. Ils peuvent, par exemple, participer à des interventions chirurgicales mineures avant les chirurgies ouvertes majeures (Johnsson et al., 2023). Cette approche aide les apprenants à se sentir plus compétents et à se considérer davantage comme des membres à part entière de l'équipe chirurgicale (Hedlund et al., 2024; Kolstad & Thyli, 2024). Renforcer la confiance des apprenants permettrait d'atténuer les hiérarchies rigides qui font souvent en sorte que les étudiants se sentent marginalisés au bas de l'échelle en salle d'opération (Bruun et al., 2022; Zardosht et al., 2020).

Il est également essentiel de se préparer avant d'entrer en salle d'opération afin de favoriser un environnement d'apprentissage bienveillant. La nature très stressante et risquée du milieu peut accabler les débutants, surtout si, en plus, ces derniers ont peur de se faire juger (Chrouser & Partin, 2019; Zardosht et al., 2020). Des simulations chronométrées, des entraînements cognitifs et de la formation en gestion du stress peuvent aider les apprenants à mieux tolérer la pression et à trouver des stratégies de réponse au stress physiologique (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024; Taylan et al., 2024). Même des techniques simples, comme la respiration contrôlée, peuvent atténuer les réactions de lutte ou de fuite des apprenants qui se sentent menacés ou analysés (Bruun et al., 2022). Les étudiants qui disposent de tels outils sont peut-être plus à même de faire face à la salle d'opération, qui est un milieu imprévisible et exigeant (Chrouser & Partin, 2019; Zardosht et al., 2020).

Enfin, il faut résoudre rapidement les cas d'incivilité pour éviter qu'ils soient normalisés et cesser de renforcer un curriculum caché qui considère ces comportements inadéquats comme acceptables (Shen et al., 2020; Villafranca et al., 2018). Si l'évitement devient le mode de protection par défaut, les apprenants perdent des occasions d'améliorer leurs compétences et leur confiance en eux, et le silence continue d'alimenter l'incivilité en salle d'opération. En outre, la tolérance de l'incivilité mène à son assimilation par les apprenants, qui la considèrent alors comme une norme professionnelle acceptable et risquent de reproduire les mêmes comportements incivils dans leur pratique future (Babchenko et al., 2020; Villafranca et al., 2019a). Une étude réalisée par Babchenko et collaborateurs (2020) suggère que l'établissement d'attentes comportementales claires et une mise en application rigoureuse des règles à suivre favorisent un environnement sûr et prévisible où on se sent libre d'agir. Par conséquent, les apprenants doivent comprendre ce qu'est l'incivilité et la manière de la signaler (Shen et al., 2020). De plus, les politiques éducatives et hospitalières strictes doivent prévoir des méthodes claires pour faire face à l'incivilité en salle d'opération (Villafranca et al., 2019a). Les étudiants doivent savoir que les formateurs, leur établissement d'enseignement et l'hôpital qui les accueille en stage sont là pour les appuyer s'ils signalent un cas d'incivilité, et qu'ils ne seront pas punis le cas échéant (Fast et al., 2020; Shen et al., 2020).

Lacunes de la recherche, forces et limites

La présente revue narrative met en évidence les lacunes de la recherche sur l'environnement d'apprentissage en salle d'opération, plus particulièrement la nécessité d'examiner la manière dont les apprenants de différentes disciplines font face à l'incivilité. Alors que de nombreuses études portent sur l'incivilité dirigée vers les étudiants en médecine dans un environnement périopératoire, il y en a peu qui se penchent sur l'expérience de l'incivilité chez les étudiants en soins infirmiers en salle d'opération (Eka & Chambers, 2019; Hedlund et al., 2024). De plus, la plupart des études ont été publiées à l'international, la situation au Canada ayant fait l'objet de peu de recherche. Les normes culturelles et les différences qui existent entre les systèmes de santé (privé et public, par exemple) influencent aussi probablement la fréquence et les effets de l'incivilité (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2025; Fast et al., 2020; Villafranca et al., 2019a).

L'une des forces de la présente revue est qu'elle considère des apprenants issus de diverses disciplines, ce qui met en évidence le fait que l'incivilité n'est pas propre à une seule d'entre elles et renforce le caractère généralisable des conclusions tirées. Toutefois, l'une de ses principales limites est le fait que ses données s'appuient sur les autodéclarations d'apprenants. Or, l'incivilité est chroniquement sous-déclarée en raison de la peur des représailles et de sa normalisation en salle d'opération (Villafranca et al., 2019a). On estime que le nombre réel de cas d'incivilité est beaucoup plus élevé que ne le laissent supposer les études (Fast et al., 2020). Par conséquent, un biais de publication peut découler d'une sous-représentation des cas d'incivilité auxquels sont confrontés les apprenants en salle d'opération.

Implications pour la pratique

De manière générale, la présente revue narrative a mis en lumière la nécessité d'offrir un environnement d'apprentissage sûr pour la formation clinique en soins périopératoires. Pour apprendre efficacement, les étudiants ne doivent pas se sentir menacés ou intimidés. Cependant, les comportements incivils sont très fréquents dans les environnements d'apprentissage clinique en soins périopératoires. Les établissements d'enseignement, les établissements de santé et les formateurs doivent donc se préparer à composer avec l'incivilité et à favoriser une culture de la sécurité pour les apprenants. Des efforts doivent être faits pour sensibiliser les formateurs et les apprenants à l'incivilité, offrir de la formation en résolution de conflits et préparer les étudiants au milieu exigeant de la salle d'opération au moyen de simulations avant leurs stages de pratique clinique (Bruun et al., 2022; Hedlund et al., 2024; Villafranca et al., 2018)OR nurses, Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs. Les établissements d'enseignement et de santé doivent disposer de mécanismes de signalement accessibles pour protéger les victimes d'incivilité (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2025; Fast et al., 2020).

Conclusion

Il est possible d'atténuer les effets négatifs de l'apprentissage en salle d'opération — un environnement complexe — en assignant des formateurs constants et bienveillants, ainsi qu'en proposant aux apprenants de l'étayage pour favoriser leur indépendance et leur confiance en eux (Hedlund et al., 2024; Kolstad & Thyli, 2024; Taylan et al., 2024). Assurer la sécurité psychologique des étudiants en salle d'opération est primordial pour préserver leur bien-être et soutenir leur développement afin qu'ils puissent devenir des spécialistes des soins périopératoires. L'incivilité nuit à l'apprentissage, décourage la participation et perpétue une culture qui pénalise à la fois les apprenants et les patients. Aucun changement significatif ne pourra être apporté sans un engagement collectif visant à promouvoir un environnement respectueux et inclusif où chaque étudiant peut apprendre et s'investir en toute sécurité.

Notes d'auteure

Chelsea Duchscher, inf. aut., B.Sc.inf., Saskatchewan Polytechnic, Regina, Saskatchewan.
Chelsea Duchscher est infirmière enseignante au programme de formation en soins infirmiers périopératoires à la Saskatchewan Polytechnic et est en voie de terminer sa maîtrise en pédagogie des sciences de la santé à l'Université de la Saskatchewan. Elle possède plus de 15 ans d'expérience clinique dans les domaines de la neuroscience, de la surveillance cardiaque, des soins post-interventionnels et des soins infirmiers périopératoires. Chelsea Duchscher enseigne dans plusieurs programmes (soins infirmiers périopératoires, soins infirmiers auxiliaires, retraitement des instruments médicaux, orientation des infirmiers formés à l'étranger, etc.) et elle a été membre du comité de direction du Saskatchewan Operating Room Nurses Group. Sa recherche porte maintenant sur l'incivilité en contexte d'enseignement des soins périopératoires, et elle s'engage à favoriser des environnements d'apprentissage et de travail sains et respectueux.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Aucun financement à déclarer.

Date de soumission du manuscrit : 26 mai 2025

Date d'acceptation du manuscrit aux fins de publication : 10 février 2026

RÉFÉRENCES

Abate, L. E., & Greenberg, L. (2023). Incivility in medical education: A scoping review. *BMC Medical Education*, *23*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03988-2

Babchenko, O., Scott, K., Jung, S., Frank, S., Elmaraghi, S., Thiagarajasubramanian, S., Rendell, V., Poore, S. O., Bentz, M. L., & Garland, C. B. (2020). Resident perspectives on effective surgical training: Incivility, confidence, and mindset. *Journal of Surgical Education*, *77*(5), 1088–1096. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.04.002

Bruun, A. M. G., Valeberg, B., & Leonardsen, A.-C. L. (2022). Moral courage: Student registered nurse anesthetist experiences on the operating team. *AANA Journal*, *90*(2), 121–126.

Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2025, January 15). *CCOHS: Violence and harassment in the workplace*. Government of Canada. https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence/violence.html

Castillo-Angeles, M., Calvillo-Ortiz, R., Barrows, C., Chaikof, E. L., & Kent, T. S. (2020). The learning environment in surgery clerkship: What are faculty perceptions? *Journal of Surgical Education*, *77*(1), 61–68. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.07.003

Chrouser, K. L., & Partin, M. R. (2019). Intraoperative disruptive behavior: The medical student's perspective. *Journal of Surgical Education*, *76*(5), 1231–1240. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.04.002

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, *17*(1), 38–43. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059

Eka, N. G. A., & Chambers, D. (2019). Incivility in nursing education: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, *39*, 45–54. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.004

Fast, I., Villafranca, A., Henrichs, B., Kirby, M., Christodoulou, C., & Jacobsohn, E. (2020). Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: An international survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, *67*(2), 177–185. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3

Hedlund, J., Blomberg, K., Hjelmqvist, H., & Jaensson, M. (2024). Student nurse anesthetists' and supervisors' perspectives of learning in the operating room: An integrative review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *39*(2), 303-310.e8. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.07.023

Johnsson, A., Månsson, J. S., & Pennbrant, S. (2023). Scaffolding for learning and establishing a professional identity: A qualitative descriptive study of nursing students' experiences of learning with a student-centered supervision model based on patient-oriented care during clinical placement. *Nordic Journal of Nursing Research*, *43*(3–4), 20571585231221257. https://doi.org/10.1177/20571585231221257

Kolstad, L. R., & Thyli, B. (2024). How do operating room nurse students experience the learning environment in the operating room? *Inspira: Journal of Anesthesia & Intensive Care / Tidsskrift for Anestesi- Og Intensivsykepleiere*, *19*(1), 36–46. https://doi.org/10.23865/inspira.v19.6318

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed). Harper & Row.

Merola, K. (2024). Incivility in the operating room: A student's experience. *International Student Journal of Nurse Anesthesia*, *23*(1), 19–22.

Nordquist, J., Hall, J., Caverzagie, K., Snell, L., Chan, M.-K., Thoma, B., Razack, S., & Philibert, I. (2019). The clinical learning environment. *Medical Teacher*, *41*(4), 366–372. https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1566601

Shen, H., Wang, H., Yan, L., Liu, W., Zhang, J., Zhou, F., Kong, S., & Deng, L. (2020). Incivility in nursing practice education in the operating room. *Nurse Education Today*, *88*, 104366. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104366

Taylan, S., & Özkan, İ. (2022). "I felt alienated in the operating room": A phenomenological qualitative study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *37*(1), 63–68. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.11.005

Taylan, S., Özkan, İ., & Yavuz Van Giersbergen, M. (2024). Nursing students' operating room experiences: A qualitative metasynthesis. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *39*(5), 892–901. https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.029

Torralba, K. D., Jose, D., & Byrne, J. (2020). Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clinical Rheumatology*, *39*(3), 667–671. https://doi.org/10.1007/s10067-019-04889-4

Ulz, J. (2023, March 20). *What is a research paradigm? Types and examples*. https://researcher.life/blog/article/what-is-a-research-paradigm-types-examples/

Villafranca, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2018). Disruptive behavior in the operating room: Prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *31*(3), 366–374. https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000592

Villafranca, A., Hiebert, B., Hamlin, C., Young, A., Parveen, D., Arora, R. C., Avidan, M., & Jacobsohn, E. (2019a). Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Canadian Journal of Anesthesia*, *66*(7), 781–794. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01333-8

Villafranca, A., Magid, K., Young, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2019b). Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, *66*(7), 795–802. https://doi.org/10.1007/s12630-019-01334-7

Zardosht, R., Moonaghi, H. K., Razavi, M. E., & Ahmady, S. (2020). Educational concern of surgical technology students in the operating room: A grounded theory study. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*(1), 58–58. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_348_19

This is an Open Journal Systems article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits downloading and sharing for personal use only. Commercial use and changing the material in any way are prohibited and the original work must be cited properly.

Validation of a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery: A clinical tool for perioperative nursing practice in the Canadian context

Yaquelin Mustelier Duanes

Address correspondence to: Yaquelin Mustelier Duanes, Independent Researcher, **jmduany@gmail.com**

Abstract

***Background*:** *Nursing intervention protocols are essential to ensuring high-quality, and evidence-based care in ambulatory surgery. For individuals with anorectal diseases, standardized nursing interventions can improve surgical outcomes, reduce variability in care, support perioperative nursing practice, provide guidance in complex surgical pathways, and assist nurses working in unfamiliar or rotating surgical environments, while enhancing patient experiences through humanized, person-centred care.*

***Methods*:** *A methodological study using the Delphi technique was conducted to validate a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery. Thirty-three experts in ambulatory surgery and coloproctology evaluated the protocol through successive rounds, reviewing items related to the complete perioperative process.*

***Results*:** *A high level of consensus was achieved in all rounds, exceeding the predefined agreement threshold of 80%. Experts rated the protocol as "very adequate" (86.07%) and "quite adequate" (4.01%). These findings indicate strong expert consensus on the protocol's clarity, relevance, and feasibility in ambulatory surgical settings, supporting decision-making and promoting efficient, individualized nursing care throughout all perioperative phases.*

***Conclusion*:** *This study presents the validation of a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery—a clinical tool for perioperative nursing practice in the Canadian context, evaluated and confirmed through expert consensus. The process highlights the protocol's strength, coherence, clinical feasibility, and suitability for guiding perioperative nursing practice. As a validated framework, it may serve as a reference for developing ambulatory surgery nursing protocols and as a guide for perioperative nursing practice and professionals in diverse healthcare contexts, including the Canadian healthcare system.*

Keywords: nursing intervention, ambulatory surgery, anorectal diseases, protocol validation, perioperative care, Canada

Suggested citation: Mustelier Duanes, Y. (2026). Validation of a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery: A clinical tool for perioperative nursing practice in the Canadian context. *ORNAC Journal, 43*(1), 24–32. https://doi.org/10.5737/ornac18167

Introduction

Ambulatory surgery (AS) has become an increasingly vital surgical practice for treating various conditions, including anorectal diseases, such as hemorrhoids, anal fissures, and abscesses, all of which can be effectively managed through outpatient procedures (Brahin et al., 2020; Cruz Rodríguez, 2020, 2023; Pastor Romero et al., 2023). These conditions affect a significant portion of the population and require not only precise surgical intervention, but also a comprehensive, person-centred approach that addresses patients' needs (Barrera et al., 2019; Mustelier Duanes, 2022; Mustelier Duanes & Borroto García, 2018). In this context, nursing intervention protocols are essential to ensure high-quality care, maintaining patient dignity, and well-being during the surgical process (Arias Capote et al., 2019; Reconde-Suárez & Peña-Figueredo, 2019).

Despite advancements in AS, care remains variable, partly due to the lack of standardized, evidence-based protocols. The absence of unified criteria for nursing interventions also contributes to this inconsistency, which can result in negative surgical outcomes, and inefficient use of resources. These challenges may undermine a patient's confidence in the care they receive (Aguilar-González, 2022; Castillo-Ayón et al., 2023; Díaz-Rodríguez et al., 2020; León Román & Cairo Soler, 2020).

In the context of AS for anorectal diseases, nurses play a crucial role in executing interventions that support smooth procedure and recovery (Alvarado Chacon et al., 2024). One

common issue is the failure to select appropriate nursing interventions, due to a lack of critical thinking in decision-making (Estrada Zapata, 2019; Reconde-Suárez & Peña-Figueredo, 2019). Following the nursing care process provides a structured, evaluative approach that ensures comprehensive care in coloproctology, including patient preparation, pain management, and postoperative follow-up, while requiring specific skills and effective resource management during the nursing intervention stage (De las Salas et al., 2023; Miranda-Limachi et al., 2019; Pérez Guerrero, 2023).

Nursing protocols are of particular importance in Canada, where the healthcare system is built on a foundation of evidence-based practices. It consistently emphasizes the integration of research and clinical expertise to enhance patient care quality. National organizations, such as the Canadian Nurses Association (CNA; CNA, 2018) and the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC; ORNAC, 2025), advocate for standardized protocols to guide nursing practice and ensure effective, evidence-based interventions (CNA, 2018). Such protocols help reduce variations in care, improve patient outcomes, foster collaboration across settings, optimize and uphold high standards of patient safety and care (De las Salas et al., 2023; Miranda-Limachi et al., 2019; ORNAC, 2025; Pérez Guerrero, 2023).

This study aims to validate a nursing intervention protocol specifically designed for individuals with anorectal diseases undergoing outpatient surgery. Through a consensus process with experts in ambulatory surgery and coloproctology, the goal is to validate a protocol that is technically sound and also addresses the holistic needs of patients undergoing these procedures. The validation of this protocol represents a significant step toward enhancing care quality, standardizing decision-making, and providing exceptional nursing care that optimizes the use of time and resources.

Methods

Study Objective

The main goal of this study was to validate a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery at hospitals in Camaguey, Cuba. Validation was achieved through expert consensus to ensure that the protocol was relevant, practical, and based on the best available scientific evidence, aiming to improve patient care quality.

Selection of Experts

The expert panel consisted of 33 healthcare professionals with extensive experience in outpatient surgery and management of anorectal diseases. Expert selection was based on the calculation of a competence coefficient, obtained through a self-evaluation survey completed by each candidate. This survey assessed the expert's level of knowledge and argumentative capacity, which were used to calculate the competence coefficient and to identify those experts who met the required criteria to participate in the protocol validation (See Appendix A).

Validation Process

The protocol validation process followed a consensus model among the expert group. It was initially prepared by the research team and then evaluated in detail by experts. The process followed several stages to ensure scientific soundness and applicability to the local surgical context.

1. Preliminary review: During this initial phase, experts reviewed the full protocol (See Appendix B), focusing on its objectives, proposed nursing interventions, perioperative care procedures for anorectal patients, and the resources required for implementation.
2. Evaluation of relevance and feasibility: Experts assessed the clinical appropriateness of the protocol interventions for outpatients and evaluated their feasibility, considering local hospital resources, staffing, and environment.
3. Consensus analysis: Each expert classified the proposed interventions into the following categories: "very adequate", "quite adequate", "adequate", "not very adequate", and "not adequate". For an intervention to be validated, it required at least 80% agreement (complete or with modifications). Discrepancies were solved in additional meetings to refine the protocol.
4. Adjustments and modifications: Experts suggested several adjustments to improve the protocol. Some interventions were revised to make them more specific and aligned with local surgical practice, and new interventions were added as needed to enhance postoperative care.
5. Revalidation: The revised protocol underwent a second round of validation, continuing iteratively until a high level of consensus was reached on all interventions and procedures.

Validation Instruments

The primary instrument was the consensus matrix, used by experts to assess and classify protocol interventions. A review guide was also used to ensure that all aspects of the protocol were thoroughly examined, including key questions to structure expert discussions (See Appendix C).

Key questions addressed during the validation included the following:

- Is the intervention appropriate for the target population (outpatients with anorectal disease)?
- Are the interventions based on the most current scientific evidence?
- Is the protocol feasible for implementation within a hospital setting with available resources?
- Does the protocol incorporate patient-centred care principles, addressing both the surgical and emotional needs of the patient?

Results

The protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery was validated by a panel of 33 experts. The experts were selected based on their expertise, credentials, and ability to contribute informed opinions on the protocol's relevance and appropriateness in the surgical setting.

The validation process was conducted in two rounds of review using the Delphi method. In each round, experts evaluated the proposed nursing interventions protocol considering their relevance, applicability, and quality of supporting evidence.

In the first round, experts reviewed the initial protocol and suggested adjustments to clarified interventions and ensured alignment with routine surgical practices.

In the second round, the revised protocol was re-evaluated, and additional refinements were proposed. After this iterative process, a high level of consensus was reached, meeting the pre-established criterion of at least 80% agreement required to validate each intervention.

Analysis of validation results by experts

The validation by 33 experts demonstrated a high level of agreement regarding the protocol's relevance and surgical applicability. Most experts rated the protocol as "very adequate" (86.05%), and 4.01% "quite adequate". Minimal negative ratings were observed: 0.13% as "not very adequate", and 0.44% as "inadequate". This demonstrates a strong consensus confirming the protocol validity.

The experts considered several key aspects in their evaluation:

- alignment with surgical knowledge and practical experience in outpatient surgery;
- necessity and relevance for implementation in real surgical settings;
- clarity, completeness, and structure of the interventions;
- feasibility for applying the protocol given available human and material resources; and
- originality and consistency with evidence-based surgical practice.

General Interpretation

The results of the expert validation demonstrate a strong consensus regarding the protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery: a clinical tool for perioperative nursing practice in the Canadian context. The high proportion of positive ratings, with the majority considering the protocol very adequate, highlights its relevance, clarity, and suitability for implementation in outpatient surgical settings for patients with anorectal diseases. Minimal negative evaluations indicate that concerns or limitations were practically negligible. These findings confirm that the protocol is well-designed and well-accepted by experts, reinforcing its potential to guide safe and effective nursing care in the surgical settings, while also serving as a reference for researchers in perioperative care in the Canadian context.

Discussion

The validation of the protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery, highlights the importance of involving surgical experts in developing guidelines and protocols. The Delphi method, as an iterative process promoting consensus, proved ideal for validating a tool that directly supports nurses and impacts patient care quality (Lukewich et al., 2020; Vieira et al., 2020). Achieving a high level of consensus on the proposed interventions and adjustments demonstrates that the nursing interventions are relevant, practical, and aligned with the needs of patients undergoing outpatient surgery. Most of the initial protocol was already well-suited, but adjustments during the Delphi process were crucial in optimizing applicability and accuracy, ensuring each intervention was clear for nursing staff and feasible within outpatient surgical settings.

When comparing our findings with previous studies on nursing protocol validation, Brousseau-Foley et al. (2024) and Scolari et al. (2022) show consistent trends in using expert validation to ensure high-quality health protocols. These studies also applied the Delphi method, emphasizing the role of expert validation in improving patient safety, standardizing care, and aligning interventions with evidence-based practices.

However, some limitations of the validation process should be noted. While effective, the Delphi method can be time-consuming and require multiple feedback rounds, which may be challenging in resource-limited settings. Variability in initial responses may affect the generalizability of the findings, as emphasized by Dedewanou et al. (2023). The use of international expert panels may also introduce variability due to cultural and contextual differences, as noted by Délétroz et al. (2023). Expert selection might introduce bias and may not capture the full range of clinical approaches across diverse healthcare settings. Nevertheless, these challenges do not diminish the value of expert validation in ensuring protocols are appropriate, realistic, and evidence-based.

In Canada, protocols and guidelines for best practices are considered critical for improving care quality, contributing to the standardization of care, and ensuring equitable healthcare delivery across institutions (Amigo-Tadin, 2024; Gomes et al., 2021).

Research from Bisch and Nelson (2022) and Nelson et al. (2021), showed reduced complications and hospital stays with Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols. These results suggest the validated protocol is a valuable tool for improving patient care and safety, and for standardizing nursing in Canadian outpatient surgery.

The Canadian healthcare system's focus on evidence-based practice makes this tool particularly relevant. Nurses rely on guidelines and standardized protocols to improve outcomes and support clinical decisions aligned with current evidence (Scolari et al., 2022; Vieira et al., 2020).

Although developed and validated in a resource-limited Cuban setting, the protocol's Delphi-based validation provides insights for other healthcare systems, such as in Canada, where standardized perioperative nursing interventions support patient safety, efficiency, and evidence-based practice, helping reduce variability and improve surgical capacity (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2024).

Standardized perioperative pathways, such as ERAS, improve adherence to best practices, reduce length of stay, and enhance efficiency at institutional or provincial levels (Nelson et al., 2021; Sauro et al., 2024). Targeted protocol interventions also reduce turnover and start-time delays, key for operating room throughput (Schouten, Hentschel et al., 2023; Xie et al., 2024). Adapting and piloting the validated Cuban protocol within Canadian perioperative settings could complement existing technology and system-level strategies and support perioperative staffing flexibility, including float nurses, to help mitigate surgical backlogs (CIHI, 2024; Nelson et al., 2021; Sauro et al., 2024; Schouten et al., 2023; Xie et al., 2024).

The nursing protocol developed, specifically focusing on individuals with anorectal diseases undergoing ambulatory surgery, aligns with Canada's commitment to evidence-based, patient-centred care. Validated through expert consensus using the Delphi method, it has the potential to contribute significantly to the Canadian healthcare system by enhancing patient care quality, improving safety standards, and standardizing nursing interventions in a specialized field of practice.

Conclusions

The validation of the protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases requiring ambulatory surgery, confirmed its relevance, clarity, and applicability in surgical care settings. The use of the Delphi method enabled a rigorous, consensus-based evaluation by experts in ambulatory surgery and coloproctology, reinforcing the protocol's methodological quality and credibility. The high level of expert agreement, exceeding the predefined validation threshold, demonstrates that the proposed interventions are aligned with current nursing best practices and surgical care needs.

The protocol addresses both the technical and human aspects of care, promotes standardization of nursing interventions, enhances efficiency, and contributes to patient safety. Adjustments made during the validation process strengthened its capacity to guide nursing practice in a coherent and person-centred manner.

Within the Canadian healthcare context, where evidence-based practice and interdisciplinary collaboration are central principles, this validated protocol has the potential to improve the quality of nursing care in ambulatory surgical settings. Furthermore, it may serve as a clinical tool for perioperative nursing practice, enabling the development of the new nursing protocols aimed at reducing care variability, supporting clinical decision-making, and reinforcing nurses' professional autonomy. Ultimately, this protocol represents a meaningful contribution to the continuous improvement of healthcare services and nursing practice.

Author Notes

Yaquelin Mustelier Duanes, BScN, MSc, is a Cuban-trained Registered Nurse holding a Bachelor of Science degree in Nursing and a Master's degree in infectious diseases. She has served as an Associate Researcher and Instructor Professor in Cuba, contributing to clinical research, academic teaching, and the advancement of evidence-based practice in healthcare settings.

She completed four years of doctoral training in Cuba, fulfilling all program requirements except the final dissertation defense. Her doctoral research focused on strengthening perioperative practice standards, quality improvement, and patient safety in surgical care. The present article originates from this doctoral work and builds upon her previous scholarly publications. Her academic interests include perioperative nursing, research-informed clinical practice, and the advancement of high-quality healthcare systems.

Conflicts of Interest

None declared

Funding

None declared

Manscript submission: December 18, 2025

Accepted for publication: February 10, 2026

REFERENCES

Aguilar-González, L. (2022). The protocolization of care. *Nursing Index*, *31*(4), 307. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000400017&lng=es

Alvarado Chacón, R. E., Cuello Freire, G. E., Guevara Guamán, V. K., & Yamberla Fierro, L. A. (2024). Intervenciones de enfermería para la seguridad del paciente quirúrgico. *Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas*, *43*. https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3645

Amigó-Tadín, M. (2024). El valor añadido de enfermería en el desarrollo e implementación de protocolos en urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, *36*(3), 166–167. https://doi.org/10.55633/s3me/038.2024

Arias Capote, J. C., Hidalgo Mesa, C. J., & Hidalgo Cepero, H. E. (2019). Usefulness of guidelines, protocols and algorithms in clinical practice. *Revista Cubana de Medicina, 58*(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232019000100005&lng=es&tlng=es

Barrera, E. A., Riquelme, C. J., Lizana, C. M., Bannura, C. G., & Zúñiga, T. A. (2019). Cirugía ambulatoria electiva en patología proctológica. Experiencia prospectiva de 14 años en un hospital público docente. *Revista de Cirugía*, *71*(4), 293–298. https://dx.doi.org/10.4067/S2452-45492019000400293

Bisch, S., & Nelson, G. (2022). Outcomes of enhanced recovery after surgery (eras) in gynecologic oncology: A review. *Current Oncology*, *29,* 631–640. https://doi.org/10.3390/curroncol29020056

Brahin, F. A., Toll, E., Zain El Din, P., & Resina, J. E. (2020). Major outpatient surgery in a general surgery service: Five years of experience. *Argentine Journal of Surgery*, *112*(4), 469–479. https://dx.doi.org/10.25132/raac.v112.n4.1474.ei

Brousseau-Foley, M., Blanchette, V., Houle, J., & Trudeau, F. (2024). Developing an interprofessional decision support tool for diabetic foot ulcers management in primary care within the family medicine group model: A Delphi study in Canada. *BMC Primary Care, 25*(1), 123. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02387-4

Canadian Institute for Health Information. (2024). *Wait times for priority procedures in Canada, 2024: Release summary*. https://www.cihi.ca/en/wait-times-for-priority-procedures-in-canada-2024

Canadian Nurses Association. (2018). *Position statement: Evidence-informed decision making and nursing practice.* https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Evidence_informed_Decision_making_and_Nursing_Practice_position_statement_Dec_2018.pdf

Castillo-Ayón, L. M., Delgado-Choez, G. S., Briones-Mera, B. M., & Santana-Vera, M. E. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, *7*(13), 40–49. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S2610-80382023000100040&script=sci_abstract

Cruz Rodríguez, J. (2020). Major outpatient surgery: Background, evolution and achievements. *Gaceta Médica Espirituana, 22*(1), 37–48. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000100037&lng=es&tlng=es

Cruz Rodríguez, J., Niome Abreus, C. N., Armenteros Fleites, L., Ríos Cabrera, M. M., Martínez López, Y., & Rodríguez Fernández, M. C. (2023). Satisfaction and perceived quality in major outpatient surgery. *MediSur – Revista de Ciencias Médicas en Cienfuegos, 21*(2), 482–489. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000200482&lng=es&tlng=es

Dedewanou, F. A., Allin, S., Guyon, A., Pawa, J., & Ammi, M. (2023). Prioritization of public health financing, organization, and workforce transformation: A Delphi study in Canada. *BMC Public Health, 23*(1), 544. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15373-9

De las Salas, R., Orta-Visbal, K. A., Castañeda Jinete, M. M., Cabarcas Garcerant, M. A., Ortega-Pérez, S., Meriño, D. V. S., & Segura-Barrios, I. M. (2023). Nursing care process based on a care map for elderly people surgically reoperated by hip replacement. A case report. *Revista Salud Uninorte*, *39*(1), 327–340. https://doi.org/10.14482/sun.39.01.303.610

Délétroz, C., Del Grande, C., Amil, S., Bodenmann, P., Gagnon, M. P., & Sasseville, M. (2023). Development of a patient-reported outcome measure of digital health literacy for chronic patients: Results of a French international online Delphi study. *BMC Nursing, 22*(1), 476. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01633-x

Díaz-Rodríguez, M., Alcántara Rubio, L., Aguilar García, D., Puertas Cristóbal, E., & Cano Valera, M. (2020). Formative guidelines for humanized care in nursing: An integrative review of the literature. *Global Nursing, 19*(58), 640–672. https://doi.org/10.6018/eglobal.392321

Estrada Zapata, K. (2019). Critical thinking: Concept and its importance in nursing education. *Index of Nursing*, *28*(4), 204–208. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009&lng=es&tlng=es

Gomes, A. M. B., Báfica, A. C. M. F., Siqueira, E. F., Paese, F., Belaver, G. M., Bresciani, H. R., Garcia, K. M., & Costa, S. R. (2021). Implementation of nursing protocols to expand access to primary health care. *Enferm Foco, 12*(Supl.1), 110–114. https://enfermfoco.org/en/article/implementation-of-nursing-protocols-to-expand-access-to-primary-health-care/

León Román, C. A., & Cairo Soler, C. (2020). Methodology for nursing protocolization in the prevention of pressure ulcers in hospitalized patients. *Cuban Journal of Nursing, 36*(1), 1–20. https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3264

Lukewich, J., Allard, M., Ashley, L., Aubrey-Bassler, K., Bryant-Lukosius, D., Klassen, T., Magee, T., Martin-Misener, R., Mathews, M., Poitras, M. E., Roussel, J., Ryan, D., Schofield, R., Tranmer, J., Valaitis, R., & Wong, S. T. (2020). National competencies for registered nurses in primary care: A Delphi study. *Western Journal of Nursing Research, 42*(12), 1078–1087. https://doi.org/10.1177/0193945920935590

Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Nursing care process as an instrument of care, meaning for final year students. *University Nursing*, *16*(4), 374–389. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623

Mustelier Duanes, Y. (2022). Design of a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases that require outpatient surgery. *Cuban Journal of Nursing*, *38*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000400015&lng=es&tlng=es

Mustelier Duanes, Y., & Borroto García, L. E. (2018). Nursing interventions in patients with outpatient surgery for anorectal diseases. *Cuban Journal of Nursing, 34*(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000100020&lng=es&tlng=es

Nelson, G., Wang, X., Nelson, A., Faris, P., Lagendyk, L., Wasylak, T., Bathe, O. F., Bigam, D., Bruce, E., Buie, W. D., Chong, M., Fairey, A., Hyndman, M. E., MacLean, A., McCall, M., Pin, S., Wang, H., & Gramlich, L. (2021). Evaluation of the implementation of multiple enhanced recovery after surgery pathways across a provincial health care system in Alberta, Canada. *JAMA Network Open*, *4*(8), e2119769. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19769

Operating Room Nurses' Association of Canada, (2025). *ORNAC guidelines for perioperative practice in Canada* (17th ed.). https://ornac.ca/standards.phtml

Pastor Romero, S. A., Villacres Salazar, W. O., Almendariz Carrillo, M. A., & Hoyos Ontaneda, C. E. (2023). Ambulatory laparoscopic cholecystectomy, a current reality. Vive *Revista de Salud, 6*(16), 104–115. https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.210

Pérez Guerrero, M. C. (2023). The nursing care process and the fulfillment of the 2030 agenda from humanized care. *Cuban Journal of Nursing*, *39*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100039&lng=es&tlng=es

Reconde-Suárez, D., & Peña-Figueredo, M. A. (2019). The theoretical regularities of nursing action protocols as a nursing scientific result. *Ene*, *13*(2), 1326. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200006&lng=es&tlng=es

Sauro, K. M., Smith, C., Ibadin, S., Thomas, A., Ganshorn, H., Bakunda, L., Bajgain, B., Bisch, S. P., & Nelson, G. (2024). Enhanced recovery after surgery guidelines and hospital length of stay, readmission, complications, and mortality: A meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Network Open, 7*(6), e2417310. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.17310

Schouten, A. M., Flipse, S. M., van Nieuwenhuizen, K. E., Jansen, F. W., van der Eijk, A. C., & van den Dobbelsteen, J. J. (2023). Operating room performance optimization metrics: A systematic review. *Journal of Medical Systems*, *47*(1), 19. https://doi.org/10.1007/s10916-023-01912-9

Scolari, G. A. de S., Lucena, A. C. R. M., & Carreira, L. (2022). Construção e validação de protocolo assistencial a idosos em unidades de pronto atendimento. *Acta Paulista de Enfermagem*, *35*, eAPE01707. https://www.scielo.br/j/ape/a/yvfPgDNkCnfhkCRZFqvYc8k/?format=html&lang=pt

Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Moraes, L. C., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2020). Validation methods of nursing protocols: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(suppl 5), e20200050. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050

Xie, A., Duff, J., & Munday, J. (2024). Perioperative nursing shortages: an integrative review of their impact, causal factors, and mitigation strategies. *Journal of Nursing Management*, *2024*, 2983251. https://doi.org/10.1155/2024/2983251

Appendix A

Survey Applied to Determinate the Competency Coefficient of the Experts

Name and Surname: _____

Institution:_____

Current position:_____

Professional qualification: _____

Years of experience: _____

The Ambulatory Care Unit of the Provincial University Hospital of Camaguey, Cuba, is conducting a research project aimed at developing an integrated nursing intervention protocol designed to enhance the quality of services provided in this facility.

Based on your level of expertise in this subject, we kindly request your collaboration in this study. We sincerely appreciate the effort you will make to answer this survey as accurately as possible. All responses will be treated confidentially and will be used to determine your individual competency coefficient regarding the topic under study.

1. Please mark with an X your level of knowledge on the topic being investigated.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Please mark with an X the degree of influence each of the following sources has on your judgment regarding the topic under study.

Sources of Judgment	Degree of Influence		
	High	Medium	Low
1. Analyses conducted by yourself.			
2. Your personal experience.			
3. Publications by national authors.			
4. Publications by international authors.			
5. Your own knowledge of the problem.			
6. Your intuition.			

Appendix B

Structured Overview of the Complete Protocol and Example Layout of Nursing Interventions

Protocol structure overview:

- Protocol identification (title, clinical setting, purpose)
- Target population (nurses as implementers; patients as beneficiaries)
- Perioperative stages included (preoperative, intraoperative, postoperative)
- Intervention coding and organization
- Evidence level assignment for each intervention
- Evaluation framework for interventions
- Glossary and definitions

Example of nursing interventions layout:

Nursing interventions/Activities	Level of evidence
Numeric code, Title, and Definition/ Implementation activities	I, II, III.1, III.2, III.3, IV
Evaluation Indicators: Indicator data sheet	
Indicator name: Quality of Nursing Care	
Relevant Area:	Surgical Unit
Dimension:	Level of knowledge of nursing interventions
Type of indicator:	Results
Objective/Justification:	An intervention is any treatment, based on clinical judgment and professional knowledge, performed by a nurse to improve patient outcomes and enhance the quality of care.
Formula:	Knowledge of nursing intervention _____ x 100
Variability in the selection of nursing interventions	
Explanation of terms:	
Standard:	0%
Data source:	Surgeries performed in the Coloproctology Ambulatory Surgery (AS) Units
Population:	Nurses working in the Coloproctology Ambulatory Surgery (AS)
Person responsible for data collection:	Head Nurse of the surgical unit
Data collection Frequency:	Semiannual

Note. This appendix summarizes the overall structure of the nursing protocol designed for ambulatory anorectal surgery. It shows the main components and provides a representative example of how individual nursing interventions are organized, defined, and evaluated within the protocol. The full protocol includes detailed intervention descriptions beyond what is shown here.

Appendix C

Survey Applied to Experts for Protocol Validation

Dear Colleague,

The Ambulatory Care Unit of the Provincial University Hospital Manuel Ascunce Domenech is conducting a research project aimed at developing an integrated nursing intervention protocol to improve the quality of nursing care in ambulatory services. You have been selected to participate as an expert in this study. We sincerely appreciate the effort you will make to complete this anonymous survey. All responses will be processed by competent and trusted personnel.

1. How would you evaluate the proposed protocol? Please mark with an X the cell corresponding to the degree of relevance you assign to each item according to the proposed dimensions. Please refer to the following legend when responding:
VA: Very Adequate
QA: Quite Adequate
A: Adequate
SA: Slightly Adequate
NA: Not Adequate

Dimensions		VA	QA	A	SA	NA
Level of knowledge about anorectal diseases	Level of knowledge acquired in Nursing practice					
	Need for implementation.					
	Novelty					
	Originality					
Effectiveness	Degree to which the integrated Nursing intervention protocol achieves the expected outcomes					
	Ease of implementation under current organizational conditions of the Cuban Health system (SNS)					
	Current organizational structure of the SNS					
	Current infrastructure of the SNS					
	Human resources currently available in the SNS					
	Logistics					
Systemic comprehensiveness	Internal organization (protocol sections)					
	Systemic integration of its constitutive elements					
	Adequacy between indicators and measurement criteria					
Sufficiency	Suitability of the established procedures, methods, and techniques					
	Exhaustiveness of the instrument developed for data collection					
Applicability	Clarity of explanations					
Possibility of generalization	Perspectives for extending the proposal to other similar contexts and conditions					

Le présent article a été publié sur la plateforme Open Journal Systems et est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), qui autorise le téléchargement et la transmission du document à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

Validation d'un protocole d'intervention infirmière pour les personnes atteintes d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire : outil clinique pour les soins infirmiers périopératoires en contexte canadien

Yaquelin Mustelier Duanes

Adressez toute correspondance à : Yaquelin Mustelier Duanes, chercheuse indépendante, **jmduany@gmail.com**

Résumé

Contexte : *Les protocoles d'interventions infirmières sont essentiels pour garantir des soins en chirurgie ambulatoire de grande qualité fondés sur les données probantes. Dans le cas des personnes ayant une maladie anorectale, la normalisation des interventions infirmières a notamment le potentiel d'améliorer l'issue de la chirurgie, d'accroître l'uniformité des soins, de soutenir la pratique infirmière en soins périopératoires, de guider les interventions pour les chirurgies complexes, et d'orienter le travail des infirmières dans les blocs opératoires peu familiers (comme les salles hybrides), tout en fournissant des soins humains centrés sur la personne.*

Méthodologie : *Une étude méthodologique menée au moyen de la technique Delphi a permis de valider un protocole d'intervention infirmière pour les personnes atteintes d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie d'un jour. Le protocole a été soumis à 33 experts en chirurgie ambulatoire et en coloproctologique; ils ont révisé dans une évaluation à deux tours chaque dimension associée au processus exhaustif des soins périopératoires.*

Résultats : *Les experts ont atteint un consensus élevé à chaque tour, surpassant le seuil d'entente préalablement établi à 80 %. Les experts ont très largement évalué le protocole comme « vraiment adéquat » (86,07 %) ou « très adéquat » (4,01 %). Ces résultats indiquent un clair consensus entre les experts sur la clarté des interventions, la pertinence et la faisabilité du protocole dans un contexte de chirurgie ambulatoire, ainsi que sa capacité à faciliter la prise de décision et à favoriser des soins infirmiers efficaces et individualisés pour chaque phase de soins périopératoires.*

Conclusion : *La présente étude se penche sur la validation par consensus d'experts d'un protocole d'intervention infirmière pour des personnes atteintes d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire, un potentiel outil clinique pour la pratique des infirmières en soins périopératoires au Canada. Ce processus met en évidence la solidité, la cohérence, la faisabilité clinique et la pertinence du protocole pour guider la pratique infirmière en soins périopératoires. Ce cadre évalué et validé servira de référence pour établir des protocoles de soins infirmiers en chirurgie ambulatoire, et de guide pour les infirmières et d'autres professionnels en soins périopératoires dans divers contextes de soins, dont le système de santé canadien.*

Mots-clés : intervention infirmière, chirurgie ambulatoire, maladies anorectales, validation de protocoles, soins périopétatoires

Manière suggérée de citer l'article : Mustelier Duanes, Y. (2026). Validation d'un protocole d'intervention infirmière pour les personnes atteintes d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire : outil clinique pour les soins infirmiers périopératoires en contexte canadien. *Revue de l'AIISOC, 43*(1), 33–41. https://doi.org/10.5737/ornac18168

Introduction

La chirurgie ambulatoire (ou chirurgie d'un jour) est un traitement de plus en plus courant pour une variété de maladies. Parmi celles-ci, on compte les maladies anorectales (comme les hémorroïdes, les fissures anales et les abcès), qui peuvent toutes être traitées efficacement par soins ambulatoires (Brahin et al., 2020; Cruz Rodríguez, 2020, 2023; Pastor Romero et al., 2023). En plus d'une intervention chirurgicale pointue, ces maladies, qui touchent une partie importante de la population, nécessitent une approche de soins englobante axée sur les besoins du patient (Barrera et al., 2019; Mustelier Duanes, 2022; Mustelier Duanes & Borroto García, 2018). Conséquemment, les protocoles d'interventions infirmières sont essentiels pour garantir des soins de grande qualité,

maintenir la dignité du patient et veiller à son bien-être lors du traitement (Arias Capote et al., 2019; Reconde-Suárez & Peña-Figueredo, 2019).

Malgré les progrès en chirurgie ambulatoire, on constate une variabilité des soins, qui s'expliquent notamment par le manque de protocoles normalisés fondés sur les données probantes et l'absence de critères uniformes pour régir les interventions infirmières, ce qui nuit à l'issue du traitement et à l'utilisation efficace des ressources. Ces conséquences sont susceptibles de miner la confiance des patients face aux soins reçus (Aguilar-González, 2022; Castillo-Ayón et al., 2023; Díaz-Rodríguez et al., 2020; León Román & Cairo Soler, 2020).

Les infirmières jouent un rôle indispensable dans la prestation des soins nécessaires au bon déroulement des chirurgies ambulatoires et à une prompte guérison des maladies anorectales (Alvarado Chacon et al., 2024). Une des lacunes les plus répandues est attribuable à l'absence d'un outil de pensée critique pour orienter le choix d'interventions des infirmières (Estrada Zapata, 2019; Reconde-Suárez & Peña-Figueredo, 2019). En intégrant l'acquisition de compétences ciblées et à une gestion efficace des ressources, les processus d'interventions infirmières offrent une approche structurée, évaluative et globale aux soins infirmiers en coloproctologie englobant la préparation du patient, la gestion de la douleur et le suivi après l'opération. (De las Salas et al., 2023; Miranda-Limachi et al., 2019; Pérez Guerrero, 2023).

Les protocoles infirmiers sont particulièrement importants au Canada, où les soins de santé s'appuient sur les données probantes. Une attention constante est portée aux résultats de recherche afin de les intégrer à l'expertise clinique, et d'ainsi assurer la qualité des soins. Les associations infirmières au pays, comme l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC/CNA; CNA, 2018) et l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC/ORNAC; ORNAC, 2025), plaident en faveur de protocoles normalisés pour guider la pratique infirmière par des interventions efficaces fondées sur la recherche (CNA, 2018). Ces protocoles réduisent la variabilité des soins, améliorent les résultats de santé et favorisent la collaboration entre les différents services, en plus d'établir et de maintenir des normes élevées en matière de qualité et de sécurité des soins aux patients (De las Salas et al., 2023; Miranda-Limachi et al., 2019; ORNAC, 2025; Pérez Guerrero, 2023).

La présente étude a pour objectif de valider un protocole d'intervention infirmière conçu spécifiquement pour le traitement par chirurgie ambulatoire des personnes atteintes d'une maladie anorectale. Pour ce faire, le protocole a été soumis à un groupe d'experts en chirurgie ambulatoire et en coloproctologie, qui ont validé par consensus sa viabilité théorique et sa capacité à répondre aux besoins des patients dans une approche holistique. La validation de ce protocole est une avancée considérable pour l'amélioration de la qualité des soins, l'uniformisation de la prise de décision, la prestation de soins infirmiers de grande qualité et l'optimisation du temps et des ressources.

Méthodologie

Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de valider un protocole d'intervention infirmière pour les patients atteints d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire qui sont soignés dans les centres hospitaliers situé à Camagüey, à Cuba. L'outil a été validé par consensus d'experts, ces derniers ayant confirmé que l'outil est pertinent et pratique et qu'il s'appuie sur les données scientifiques les plus probantes, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins aux patients.

Sélection du groupe d'experts

Le groupe d'experts était composé de 33 professionnels de la santé spécialisés en chirurgie ambulatoire et en gestion des maladies anorectales dont le coefficient de compétence répondait aux critères de participation. Au moyen d'un questionnaire, nous avons demandé à chaque candidat d'autoévaluer son niveau de connaissance et sa capacité à argumenter; ces données ont ensuite servi à calculer le coefficient de compétence de chacun.

Processus de validation

Le processus de validation du protocole a été effectué par la recherche de consensus parmi les experts. Ce modèle a préalablement été élaboré par l'équipe de recherche, puis évalué en détail par les experts. Ce processus comprenait plusieurs étapes pour en garantir la rigueur scientifique et l'applicabilité dans le contexte local en bloc opératoire.

1. Revue préliminaire : Au cours de cette phase initiale, les experts ont révisé le protocole dans son entièreté (voir annexe B) en portant une attention particulière aux objectifs, aux interventions infirmières proposées, aux procédures de soins périopératoires pour les patients atteints d'une maladie anorectale et aux ressources nécessaires à son implantation.
2. Évaluation de la pertinence et de la faisabilité du protocole : Les experts ont évalué la pertinence clinique des interventions proposées pour les patients en soins ambulatoires ainsi que leur faisabilité en fonction des effectifs, des ressources de l'hôpital et de l'environnement.
3. Analyse encadrant le consensus : Chaque expert a évalué les interventions proposées selon l'échelle suivante : vraiment adéquat, très adéquat, adéquat, peu adéquat ou inadéquat. Pour être validée, une intervention devait être acceptée à 80 % (telle quelle ou avec modification). Les lacunes ont été corrigées lors de rencontres subséquentes visant à peaufiner le protocole.

4. Ajustements et modifications : Les experts ont proposé plusieurs améliorations au protocole. Certaines interventions ont été modifiées de façon à les préciser et à les arrimer à la pratique locale en chirurgie; d'autres ont été ajoutées afin de bonifier les soins périopératoires.
5. Revalidation : À la suite de cette première révision, le protocole a été soumis à un second tour de validation, puis de nouveau modifié par itération jusqu'à ce que toutes les interventions et procédures obtiennent un haut niveau de consensus d'experts.

Instruments de validation

Le principal instrument de validation était la matrice de consensus, employée par les experts pour évaluer et classer les interventions mises au protocole. Un guide de révision a aussi permis de s'assurer que chaque élément du protocole, y compris les questions clés encadrant les discussions des experts (voir annexe C), a été soumis à un examen approfondi.

Voici quelques exemples de questions qui ont guidé le processus de validation :

- L'intervention est-elle adaptée à la population ciblée (patients atteints d'une maladie anorectale)?
- L'intervention s'appuie-t-elle sur les plus récentes données scientifiques disponibles?
- Le protocole pourrait-il être implanté dans un contexte hospitalier avec les ressources actuellement disponibles?
- Le protocole correspond-il à un modèle de soins axés sur les patients, répondant autant à leurs besoins chirurgicaux qu'affectifs?

Résultats

Le protocole d'intervention infirmière pour les patients atteints d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire a reçu l'aval d'un groupe de 33 experts. Ces derniers ont été sélectionnés en fonction de leur spécialité, de leur niveau de compétence et de leur capacité à émettre une opinion éclairée sur la pertinence et la faisabilité du protocole en milieu chirurgical.

Le processus de validation a été mené en deux tours au moyen de la méthode Delphi; pour chaque tour, les experts ont évalué la pertinence et la faisabilité du protocole d'intervention infirmière ainsi que la qualité des données sur lesquelles il s'appuie.

Dans un premier temps, les experts ont révisé le protocole initial et proposé des modifications pour préciser les interventions et les arrimer aux pratiques courantes en chirurgie.

Au deuxième tour, le protocole révisé a été évalué de nouveau, puis modifié de manière itérative. Une fois la version finale peaufinée, les experts ont atteint un niveau de consensus élevé respectant le seuil d'entente de 80 % exigé pour valider chaque intervention.

Analyse des résultats de validation par les experts

La validation de la pertinence du protocole et de sa faisabilité en contexte chirurgical a atteint un haut niveau de consensus parmi les 33 experts. La plupart ont évalué le protocole comme « vraiment adéquat » (86,05 %) ou « très adéquat » (4,01 %). Nous avons constaté un très faible pourcentage d'évaluations négatives : le protocole a été évalué « peu adéquat » à 0,13 % et « inadéquat » à 0,44 %. Ces résultats révèlent un consensus clair confirmant la validité du protocole.

Les experts ont évalué les interventions en fonction de plusieurs éléments fondamentaux :

- l'arrimage avec le savoir et la pratique en chirurgie ambulatoire;
- la nécessité et la pertinence de l'implantation dans un contexte chirurgical;
- la clarté, la rigueur et la structure des interventions;
- la faisabilité de l'implantation selon les ressources humaines et matérielles disponibles;
- l'originalité du protocole, et la cohérence entre les interventions et les données probantes en chirurgie.

Interprétation générale

Les résultats de l'évaluation experte indiquent un consensus clair quant au protocole d'intervention infirmière pour les patients atteints d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire en tant qu'outil clinique pour les soins infirmiers périopératoires dans un contexte canadien. Le fort pourcentage d'évaluations positives, une majorité d'experts ayant évalué le protocole comme étant « vraiment adéquat », souligne la pertinence, la clarté et la viabilité du protocole dans un contexte de chirurgie ambulatoire pour les patients visés. Le faible pourcentage d'évaluations négatives indique que les préoccupations et lacunes sont minimes. Ces résultats viennent valider la conception du protocole et confirmer son acceptation par les experts, mettant en évidence son potentiel en tant que guide pour des interventions infirmières sécuritaires et efficaces dans un contexte chirurgical et comme référence pour les chercheurs en soins périopératoires au Canada.

Discussion

La validation de ce protocole d'intervention infirmière pour les personnes atteintes d'une maladie anorectale nécessitant une chirurgie ambulatoire met en évidence l'importance de consulter les experts en chirurgie pour établir des lignes directrices et des protocoles. La méthode Delphi, en tant que processus itératif favorisant le consensus, s'est avérée idéale pour valider un outil visant le soutien de la pratique infirmière et l'amélioration de la qualité des soins (Lukewich et al., 2020; Vieira et al., 2020). L'atteinte d'un consensus clair en faveur des interventions et des modifications proposées prouve que les interventions infirmières du protocole sont pertinentes, pratiques

et conformes aux besoins des patients traités en chirurgie ambulatoire. Le protocole initial a en grande partie été évalué comme adéquat; toutefois, la méthode Delphi a permis d'apporter les modifications nécessaires pour en optimiser la praticabilité et l'exactitude, et ainsi garantir la clarté de chaque intervention pour le personnel infirmier et leur faisabilité en contexte de chirurgie ambulatoire.

Les études de Brousseau-Foley et collaborateurs (2024) et de Scolari et collaborateurs (2022) démontrent une tendance constante quant à la validation par les experts pour garantir des protocoles de santé de haute qualité; ces études, qui emploient également la méthode Delphi, mettent l'accent sur le rôle de la validation des experts pour améliorer la sécurité des patients et concevoir des soins normalisés fondés sur les données probantes.

Toutefois, le processus de validation présente certaines limites, qu'il importe de mentionner. Bien qu'elle soit efficace, la méthode Delphi est chronophage et nécessite plus d'un tour de validation, ce qui représente un obstacle dans un contexte où les ressources sont limitées. La variabilité des réponses initiales des experts est susceptible de nuire à la généralisabilité des résultats, comme indiqué par Dedewanou et collaborateurs (2023). De plus, comme le mentionne Délétroz et collaborateurs (2023), la participation d'experts étrangers est aussi le potentiel d'entraîner une certaine variabilité en raison de différences culturelles et contextuelles. La sélection des experts est susceptible d'introduire un biais et de ne pas englober l'ensemble des approches cliniques des différents contextes de soins de santé. Néanmoins, ces lacunes ne diminuent en rien la valeur de la validation des experts pour garantir des protocoles adéquats, réalisables et fondés sur les données probantes.

Au Canada, les protocoles et les lignes directrices sont élaborés à partir des pratiques exemplaires pour veiller à la qualité, la normalisation et l'équitabilité des soins d'un établissement à l'autre (Amigo-Tadin, 2024; Gomes et al., 2021).

Selon Bisch et Nelson (2022) et Nelson et collaborateurs (2021), le protocole Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) entraîne une diminution des complications et des hospitalisations. Ces conclusions indiquent que les protocoles validés représentent un outil important pour améliorer les soins aux patients et établir des normes infirmières en soins ambulatoires au Canada.

Cet outil est particulièrement pertinent au Canada, où les soins de santé sont fondés sur les données probantes; conséquemment, les infirmières s'appuient sur des directives et des protocoles normalisés pour améliorer les résultats de santé et soutenir la prise de décisions cliniques (Scolari et al., 2022; Vieira et al., 2020).

Ledit protocole a été élaboré et validé dans un contexte de santé à Cuba, où les ressources sont plus limitées qu'au Canada; toutefois, le recours à la méthode Delphi apporte des considérations éclairantes pour le système de santé canadien, entre autres, où l'on vise la normalisation des interventions infirmières en soins périopératoires pour assurer la sécurité des patients, l'efficacité des soins et l'intégration des résultats de recherche, et conséquemment réduire la variabilité des soins et augmenter la capacité des blocs opératoires (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2024).

Les parcours périopératoires normalisés, comme le protocole ERAS, favorisent l'adhésion aux pratiques exemplaires, réduisent la durée des hospitalisations et renforcent l'efficacité des soins à l'échelle des établissements et de la province (Nelson et al., 2021; Sauro et al., 2024). Grâce à des interventions ciblées, le protocole réduit également le taux de roulement du personnel et les retards de chirurgie, deux éléments déterminants pour la capacité des blocs opératoires (Schouten, Hentschel et al., 2023; Xie et al., 2024). Bien que validé dans un établissement cubain, le protocole adapté et piloté en soins périopératoires au Canada aurait le potentiel de compléménter la technologie existante et les stratégies en place, en plus de soutenir l'adaptabilité du personnel en soins périopératoires, y compris des infirmières de l'équipe volante, afin de limiter les retards en chirurgie (CIHI, 2024; Nelson et al., 2021; Sauro et al., 2024; Schouten et al., 2023; Xie et al., 2024).

Le protocole d'intervention infirmière, conçu pour les patients atteints d'une maladie anorectale traités par chirurgie ambulatoire, est compatible avec l'engagement du Canada à offrir des soins fondés sur les données probantes et centrés sur les besoins des patients. Validé par un consensus d'experts au moyen de la méthode Delphi, cet outil a le potentiel de contribuer de manière significative au système de santé canadien en améliorant la qualité des soins et les normes de sécurité, et en normalisant les interventions infirmières dans un domaine spécialisé.

Conclusion

La validation du protocole d'intervention infirmière pour les patients atteints d'une maladie anorectale traités par chirurgie ambulatoire a démontré sa pertinence, sa clarté, et son applicabilité aux soins chirurgicaux. Le recours à la méthode Delphi a donné lieu à une évaluation rigoureuse visant le consensus parmi les experts en chirurgie ambulatoire et en coloproctologie sélectionnés, ce qui renforce la qualité méthodologique et la crédibilité du protocole. Le haut niveau de consensus parmi les experts, surpassant le seuil d'entente prédéterminé, prouve que les interventions proposées correspondent aux pratiques exemplaires en soins infirmiers et aux besoins en soins chirurgicaux.

Le protocole, élaboré en tenant compte autant des considérations techniques qu'humaines des soins, fait progresser la normalisation des interventions infirmières, l'efficacité des soins et la sécurité des patients. Les modifications apportées lors du

processus de validation ont renforcé la capacité du protocole à guider la pratique infirmière par un ensemble cohérent centré sur les besoins du patient.

Dans le contexte canadien des soins de santé, où priment la collaboration interdisciplinaire et l'intégration des données probantes aux soins de santé, ce protocole validé a le potentiel de faire évoluer la qualité des soins infirmiers en bloc opératoire. Qui plus est, il représente un outil clinique pour les soins infirmiers périopératoires et un modèle pour l'élaboration d'un nouveau protocole d'intervention infirmière adapté à un autre contexte pour réduire la variabilité des soins, faciliter la prise de décisions cliniques et renforcer l'autonomie professionnelle des infirmières. Pour conclure, ce protocole représente une contribution significative à l'évolution des soins de santé et de la pratique infirmière.

Au sujet d'auteure

Yaquelin Mustelier Duanes, B.Sc.inf., M.Sc.inf., est infirmière autorisée à Cuba. En plus d'un baccalauréat en sciences infirmières, elle détient une maîtrise en maladies infectieuses. Par son expérience d'enseignante et de chercheuse associée à Cuba, elle contribue à la progression de la recherche clinique, de l'enseignement universitaire et des soins de santé fondés sur les données probantes.

Forte de quatre années d'études de doctorat, elle a répondu à toutes les exigences du programme, mais n'a pas fait sa soutenance. Sa thèse porte sur le renforcement des normes en soins périopératoires, l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients en contexte opératoire. Le présent article est le fruit de cette thèse et de ses autres publications scientifiques. Les soins infirmiers périopératoires, la pratique clinique fondée sur les données probantes et l'évolution de système de santé garantissant des soins de haute qualité sont ses principaux champs d'intérêt en recherche.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Aucun financement à déclarer.

Date de soumission du manuscrit : 18 décembre 2025

Date d'acceptation du manuscrit aux fins de publication : 10 février 2025

RÉFÉRENCES

Aguilar-González, L. (2022). The protocolization of care. *Nursing Index*, *31*(4), 307. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000400017&lng=es

Alvarado Chacón, R. E., Cuello Freire, G. E., Guevara Guamán, V. K., & Yamberla Fierro, L. A. (2024). Intervenciones de enfermería para la seguridad del paciente quirúrgico. *Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas*, *43*. https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3645

Amigó-Tadín, M. (2024). El valor añadido de enfermería en el desarrollo e implementación de protocolos en urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, *36*(3), 166–167. https://doi.org/10.55633/s3me/038.2024

Arias Capote, J. C., Hidalgo Mesa, C. J., & Hidalgo Cepero, H. E. (2019). Usefulness of guidelines, protocols and algorithms in clinical practice. *Revista Cubana de Medicina, 58*(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232019000100005&lng=es&tlng=es

Barrera, E. A., Riquelme, C. J., Lizana, C. M., Bannura, C. G., & Zúñiga, T. A. (2019). Cirugía ambulatoria electiva en patología proctológica. Experiencia prospectiva de 14 años en un hospital público docente. *Revista de Cirugía*, *71*(4), 293–298. https://dx.doi.org/10.4067/S2452-45492019000400293

Bisch, S., & Nelson, G. (2022). Outcomes of enhanced recovery after surgery (eras) in gynecologic oncology: A review. *Current Oncology*, *29*, 631–640. https://doi.org/10.3390/curroncol29020056

Brahin, F. A., Toll, E., Zain El Din, P., & Resina, J. E. (2020). Major outpatient surgery in a general surgery service: Five years of experience. *Argentine Journal of Surgery*, *112*(4), 469–479. https://dx.doi.org/10.25132/raac.v112.n4.1474.ei

Brousseau-Foley, M., Blanchette, V., Houle, J., & Trudeau, F. (2024). Developing an interprofessional decision support tool for diabetic foot ulcers management in primary care within the family medicine group model: A Delphi study in Canada. *BMC Primary Care, 25*(1), 123. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02387-4

Canadian Institute for Health Information. (2024). *Wait times for priority procedures in Canada, 2024: Release summary*. https://www.cihi.ca/en/wait-times-for-priority-procedures-in-canada-2024

Canadian Nurses Association. (2018). *Position statement: Evidence-informed decision making and nursing practice.* https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Evidence_informed_Decision_making_and_Nursing_Practice_position_statement_Dec_2018.pdf

Castillo-Ayón, L. M., Delgado-Choez, G. S., Briones-Mera, B. M., & Santana-Vera, M. E. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, *7*(13), 40–49. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S2610-80382023000100040&script=sci_abstract

Cruz Rodríguez, J. (2020). Major outpatient surgery: Background, evolution and achievements. *Gaceta Médica Espirituana, 22*(1), 37–48. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000100037&lng=es&tlng=es

Cruz Rodríguez, J., Niome Abreus, C. N., Armenteros Fleites, L., Ríos Cabrera, M. M., Martínez López, Y., & Rodríguez Fernández, M. C. (2023). Satisfaction and perceived quality in major outpatient surgery. *MediSur – Revista de Ciencias Médicas en Cienfuegos, 21*(2), 482–489. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000200482&lng=es&tlng=es

Dedewanou, F. A., Allin, S., Guyon, A., Pawa, J., & Ammi, M. (2023). Prioritization of public health financing, organization, and workforce

transformation: A Delphi study in Canada. *BMC Public Health, 23*(1), 544. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15373-9

De las Salas, R., Orta-Visbal, K. A., Castañeda Jinete, M. M., Cabarcas Garcerant, M. A., Ortega-Pérez, S., Meriño, D. V. S., & Segura-Barrios, I. M. (2023). Nursing care process based on a care map for elderly people surgically reoperated by hip replacement. A case report. *Revista Salud Uninorte*, *39*(1), 327–340. https://doi.org/10.14482/sun.39.01.303.610

Délétroz, C., Del Grande, C., Amil, S., Bodenmann, P., Gagnon, M. P., & Sasseville, M. (2023). Development of a patient-reported outcome measure of digital health literacy for chronic patients: Results of a French international online Delphi study. *BMC Nursing, 22*(1), 476. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01633-x

Díaz-Rodríguez, M., Alcántara Rubio, L., Aguilar García, D., Puertas Cristóbal, E., & Cano Valera, M. (2020). Formative guidelines for humanized care in nursing: An integrative review of the literature. *Global Nursing, 19*(58), 640–672. https://doi.org/10.6018/eglobal.392321

Estrada Zapata, K. (2019). Critical thinking: Concept and its importance in nursing education. *Index of Nursing*, *28*(4), 204–208. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009&lng=es&tlng=es

Gomes, A. M. B., Báfica, A. C. M. F., Siqueira, E. F., Paese, F., Belaver, G. M., Bresciani, H. R., Garcia, K. M., & Costa, S. R. (2021). Implementation of nursing protocols to expand access to primary health care. *Enferm Foco, 12*(Supl.1), 110–114. https://enfermfoco.org/en/article/implementation-of-nursing-protocols-to-expand-access-to-primary-health-care/

León Román, C. A., & Cairo Soler, C. (2020). Methodology for nursing protocolization in the prevention of pressure ulcers in hospitalized patients. *Cuban Journal of Nursing, 36*(1), 1–20. https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3264

Lukewich, J., Allard, M., Ashley, L., Aubrey-Bassler, K., Bryant-Lukosius, D., Klassen, T., Magee, T., Martin-Misener, R., Mathews, M., Poitras, M. E., Roussel, J., Ryan, D., Schofield, R., Tranmer, J., Valaitis, R., & Wong, S. T. (2020). National competencies for registered nurses in primary care: A Delphi study. *Western Journal of Nursing Research, 42*(12), 1078–1087. https://doi.org/10.1177/0193945920935590

Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Nursing care process as an instrument of care, meaning for final year students. *University Nursing*, *16*(4), 374–389. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623

Mustelier Duanes, Y. (2022). Design of a protocol of nursing interventions for people with anorectal diseases that require outpatient surgery. *Cuban Journal of Nursing*, *38*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000400015&lng=es&tlng=es

Mustelier Duanes, Y., & Borroto García, L. E. (2018). Nursing interventions in patients with outpatient surgery for anorectal diseases. *Cuban Journal of Nursing*, *34*(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000100020&lng=es&tlng=es

Nelson, G., Wang, X., Nelson, A., Faris, P., Lagendyk, L., Wasylak, T., Bathe, O. F., Bigam, D., Bruce, E., Buie, W. D., Chong, M., Fairey, A., Hyndman, M. E., MacLean, A., McCall, M., Pin, S., Wang, H., & Gramlich, L. (2021). Evaluation of the implementation of multiple enhanced recovery after surgery pathways across a provincial health care system in Alberta, Canada. *JAMA Network Open*, *4*(8), e2119769. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19769

Operating Room Nurses' Association of Canada, (2025). *ORNAC guidelines for perioperative practice in Canada* (17th ed.). https://ornac.ca/standards.phtml

Pastor Romero, S. A., Villacres Salazar, W. O., Almendariz Carrillo, M. A., & Hoyos Ontaneda, C. E. (2023). Ambulatory laparoscopic cholecystectomy, a current reality. Vive *Revista de Salud, 6*(16), 104–115. https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.210

Pérez Guerrero, M. C. (2023). The nursing care process and the fulfillment of the 2030 agenda from humanized care. *Cuban Journal of Nursing*, *39*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100039&lng=es&tlng=es

Reconde-Suárez, D., & Peña-Figueredo, M. A. (2019). The theoretical regularities of nursing action protocols as a nursing scientific result. *Ene*, *13*(2), 1326. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200006&lng=es&tlng=es

Sauro, K. M., Smith, C., Ibadin, S., Thomas, A., Ganshorn, H., Bakunda, L., Bajgain, B., Bisch, S. P., & Nelson, G. (2024). Enhanced recovery after surgery guidelines and hospital length of stay, readmission, complications, and mortality: A meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Network Open, 7*(6), e2417310. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.17310

Schouten, A. M., Flipse, S. M., van Nieuwenhuizen, K. E., Jansen, F. W., van der Eijk, A. C., & van den Dobbelsteen, J. J. (2023). Operating room performance optimization metrics: A systematic review. *Journal of Medical Systems*, *47*(1), 19. https://doi.org/10.1007/s10916-023-01912-9

Scolari, G. A. de S., Lucena, A. C. R. M., & Carreira, L. (2022). Construção e validação de protocolo assistencial a idosos em unidades de pronto atendimento. *Acta Paulista de Enfermagem*, *35*, eAPE01707. https://www.scielo.br/j/ape/a/yvfPgDNkCnfhkCRZFqvYc8k/?format=html&lang=pt

Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Moraes, L. C., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2020). Validation methods of nursing protocols: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(suppl 5), e20200050. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050

Xie, A., Duff, J., & Munday, J. (2024). Perioperative nursing shortages: an integrative review of their impact, causal factors, and mitigation strategies. *Journal of Nursing Management*, *2024*, 2983251. https://doi.org/10.1155/2024/2983251

Annexe A

Questionnaire pour déterminer le coefficient de compétence des experts

Nom et prénom : _____

Établissement : _____

Poste actuel : _____

Diplômes : _____

Années d'expérience : _____

L'unité de soins ambulatoires du centre hospitalier universitaire et provincial de Camagüey, à Cuba, mène un projet de recherche sur l'élaboration d'un protocole d'intervention infirmière conçu pour améliorer la qualité des soins au sein de l'établissement.

Cette étude nécessite la collaboration d'un groupe de spécialistes qui seront sélectionnés en fonction de leur niveau d'expertise dans le domaine étudié. Nous vous remercions sincèrement de bien vouloir répondre à ce questionnaire avec le plus de justesse possible. Vos réponses serviront à déterminer votre coefficient de compétence dans le domaine ciblé. Soyez assurés que tout formulaire retourné sera traité de manière confidentielle.

1. Veuillez mettre un X vis-à-vis votre niveau de connaissance du sujet.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Mettez un X dans la colonne appropriée pour indiquer le degré d'influence qu'exerce chacune des sources suivantes lorsque vous vous forgez une opinion en lien avec ce sujet d'étude.

Source d'influence	Degré d'influence		
	Élevé	Modéré	Faible
1. Vos propres analyses.			
2. Votre expérience personnelle.			
3. Les publications de chercheurs de votre pays.			
4. Les publications de chercheurs étrangers.			
5. Votre connaissance du problème.			
6. Votre intuition.			

Annexe B

Structure du protocole en bref et exemple de présentation des interventions infirmières

Structure du protocole en bref:

- Présentation du protocole (titre, contexte clinique, objectif)
- Populations ciblées (infirmières en tant qu'exécutantes; patients en tant que bénéficiaires)
- Stades de soins périopératoires (préopératoires, peropératoires et postopératoires)
- Codage et organisation des interventions
- Évaluation du niveau de données probantes soutenant chaque intervention
- Cadre d'évaluation pour les interventions
- Glossaire et définitions

Exemple de présentation d'interventions infirmières :

Interventions ou autres activités infirmières	Niveau de données probantes
Code numérique, titre, définition et activités d'implantation	I, II, III.1, III.2, III.3, IV
Indicateurs d'évaluation : feuille de données sur l'indicateur	
Nom de l'indicateur : qualité des soins infirmiers	
Contexte de pertinence :	Bloc opératoire
Dimension :	Niveau de connaissance des interventions infirmières
Type d'indicateur :	Résultats
Objectif et définition :	Une intervention correspond à tout traitement exécuté par une infirmière en fonction de son jugement clinique et de son savoir professionnel pour améliorer l'état de santé d'un patient et la qualité des soins.
Formule :	Niveau de connaissance de l'intervention infirmière_____ x 100
Variabilité quant au choix des interventions infirmières	
Explication des termes :	
Norme :	0 %
Source de données :	Chirurgies coloproctologiques effectuées dans une unité de soins ambulatoires
Population :	Infirmières de l'unité de soins ambulatoires en chirurgie coloproctologique
Responsable de la collecte de données :	Infirmière en chef du bloc opératoire
Fréquence de la collecte de données :	Semestrielle

Remarque : Cette annexe résume la structure générale du protocole d'intervention infirmière conçu pour les chirurgies anorectales en soins ambulatoires. Il présente les principales composantes ainsi qu'un exemple représentatif de l'organisation, de l'énonciation et de l'évaluation des interventions dans le protocole. La version intégrale du protocole comprend une description détaillée de chaque intervention.

Annexe C

Formulaire de validation du protocole présenté aux experts

Chers collègues,

L'unité de soins ambulatoires de l'hôpital universitaire Manuel Ascunce Domenech mène un projet de recherche portant sur l'élaboration d'un protocole intégré d'interventions infirmières conçu pour améliorer la qualité des soins. Vous avez été sélectionné pour faire partie du groupe d'experts de cette étude. Nous vous remercions sincèrement de prendre le temps de répondre à ce sondage anonyme. Toutes les données fournies seront traitées de manière consciencieuse et professionnelle par les membres de notre équipe de recherche.

1. Veuillez noter le degré de pertinence pour les dimensions suivantes du protocole en mettant un X dans la colonne correspondant à votre évaluation.
VA : vraiment adéquat
TA : très adéquat
A : adéquat
PA : peu adéquat
I : inadéquat

Dimensions		VA	TA	A	PA	I
Niveau de connaissances des maladies anorectales	Niveau de connaissances acquises en pratique infirmière					
	Besoin d'implantation					
	Nouveauté					
	Originalité					
Efficacité	Niveau d'atteinte des résultats escomptés par les interventions infirmières du protocole					
	Facilité de l'implantation dans les conditions organisationnelles actuelles du système de santé cubain (SNS, Sistema Nacional de Salud)					
	Structure organisationnelle actuelle du SNS					
	Infrastructure actuelle du SNS					
	Ressources humaines actuellement disponibles dans le SNS					
	Logistique					
Exhaustivité systémique	Organisation interne (sections du protocole)					
	Intégration systémique des éléments fondamentaux					
	Adéquation entre les indicateurs et les critères de mesure					
Suffisance	Viabilité des procédures, méthodes et techniques					
	Exhaustivité de l'instrument de collecte de données					
Applicabilité	Clarté des explications					
Potentiel de généralisation	Possibilité d'implantation dans d'autres contextes ayant des conditions similaires					

This is an Open Journal Systems article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits downloading and sharing for personal use only. Commercial use and changing the material in any way are prohibited and the original work must be cited properly.

Standardizing outpatient total hip arthroplasty and empowering Canadian perioperative nursing practice

Janelle Head

Address correspondence to: Janelle Head, 10302 82 avenue, Grande Prairie, AB, T8W 2A6. Email: **Janelle.head@ahs.ca**

Abstract

Decreased hospital length of stay in total hip arthroplasty procedures across Canadian hospitals and surgical facilities has led to the development of outpatient total hip arthroplasty (THA) programs. However, standardizing outpatient THA clinical guidelines with infused perioperative nursing input has not been comprehensively studied in Canadian hospitals and surgical centres. Therefore, this paper explores the current evidence, clinical standards, pathways, and organizational practices related to patient selection criteria, home environment support aspects, and healthcare team dynamics for existing outpatient THA in Canadian surgical facilities, as well as the level of perioperative nursing influence within these programs to date. Analyzing the existing literature on outpatient THA and related pathways in Canadian hospitals and surgical suites identifies key findings and areas for further development and standardization, as well as those challenges and barriers associated with implementation across Canadian healthcare systems.

Keywords: perioperative nursing, outpatient, surgery, hip arthroplasty

Increased post-pandemic demands on hospital resources has pressured Canadian surgical facilities to optimize joint arthroplasty procedures. Developing outpatient surgical joint programs have specifically optimized total hip arthroplasties (THAs). This approach improves patient-centred outcomes by reducing hospital stays and recovery time while lowering healthcare costs (Bodrogi et al., 2020; Pulkkinen et al., 2020). However, the lack of standardization among Canadian outpatient THA programs without the input and empowerment of perioperative nursing support remains a challenge in implementation and ensured success (Banerjee & Wright, 2020). This paper explores the variability present in Canadian outpatient THA programs, highlighting the need for both a formalized framework and perioperative nursing involvement to improve both patient outcomes and healthcare system efficacy. A literature review on outpatient THA programs in Canadian surgical facilities, specific to patient selection criteria, home supports, and treatment pathways infused with perioperative nursing perspective, is required to identify key opportunities for standardization.

Suggested citation: Head, J. (2026). Standardizing outpatient total hip arthroplasty and empowering Canadian perioperative nursing practice. *ORNAC Journal, 43*(1), 42–47. https://doi.org/10.5737/ornac18169

Background

Osteoarthritis (OA) in hip and knee joints is the leading cause of pain, disability, and healthcare use among Canadian adults (Foerster, 2017). "Outpatient" surgery will be defined in this review as those procedures completed on patients who are discharged on the day of surgery (Vehmeijer et al., 2018). As health systems have increasingly struggled to manage inpatient bed availability and surgical backlogs, Canadian surgical facilities began developing outpatient THA programs. In 2021–2022, more than 58,635 THAs were performed in Canada, with 6,918 being outpatient THAs (Canadian Institute of Health Information [CIHI], 2023). Outpatient THA programs continue to gain popularity. However, they also require prudent safety and efficacy considerations. As a result, interdisciplinary collaboration is required from all healthcare team members to ensure outpatient THAs' optimal patient outcomes and organizational efficacy.

An instrumental member of these patients' care is the perioperative nurse. This role has been defined as managing surgical momentum: time, work, and patient flow are vital aspects for success while simultaneously maintaining safety (McGarry et al., 2018). Balancing efficiency and harm reduction describes the perioperative nurse's role: providing safe patient care while supporting the surgical team. Outpatient THAs require advanced orthopedic knowledge, technical skills, and precise coordination within a rigid surgical schedule; therefore, the perioperative nurse is a critical asset to the success of these procedures. Currently, there is little evidence of perioperative nursing contributions supporting a standardized, national approach to existing

outpatient THA programs (Banerjee & Wright, 2020; McGarry et al., 2018), creating a unique opportunity for empowerment and further contribution. As perioperative nurses are patient safety champions, as well as surgical resource stewards, their feedback around standardized practice guidelines is paramount to ensure validity of the frameworks to be created.

Methods

A literature search was conducted on key resources including MEDLINE, the Cochrane Library, the websites of Canadian and major international health technology agencies, along with a focused internet search. A combination of subject headings was searched, including "outpatient", "total joint arthroplasty", "hip arthroplasty", "outpatient", "same-day discharge", "day surgery", "length of stay", "ambulatory", "rapid recovery protocol", "short stay", "day-case", "patient selection criteria", "perioperative nurse", and "operating room nurse". The search was limited to Canadian articles written in English. Duplicate publications or those published prior to 2015 were excluded from the search. Reference lists of selected articles were reviewed for additional, relevant studies. Clinical trials, meta-analyses, prognostic studies, observational studies, and retrospective studies were included in the scope of the review.

Results

Existing outpatient hip arthroplasty programs in Canadian surgical facilities varied in their operational processes, patient selection criteria, home environment support requirements, and perioperative practices (Banerjee & Wright, 2020; Zomar et al., 2020). There were also little to no standardized policy or guidelines from Canadian organizations specific to outpatient THA, as well as no patient selection criteria or home supports identified (Banerjee & Wright, 2020). Outpatient THA programs also revealed no specific, cultural considerations for Canadian Indigenous patient populations (Zomar et al., 2020). Variable organizational approaches and pilot projects were identified as having inconsistent integration, as well as gaps in knowledge across various Canadian outpatient THA programs (Zomar et al., 2020). No standardized change-management frameworks were identified (Harrison et al., 2021), and there was no perioperative nursing input into any clinical guidelines. Variations within existing outpatient THA programs' safety and efficacy considerations, as well as improved patient outcomes, patient selection criteria, home support analyses, and perioperative pathways lacking perioperative nursing input, will be discussed further.

Discussion

Safety Considerations and Improved Patient Outcomes

As outpatient THA programs have increased in popularity across Canadian hospitals and surgical facilities, patient safety has been questioned. Readmission rates and related complications were extensively studied and compared with those from inpatient THA procedures, to discern safety considerations and patient outcomes (Banerjee & Wright, 2020; Sniderman et al., 2025). Specific complications that required readmission on an outpatient or inpatient basis included wound complications, transfusions, and urinary tract infections, as well as periprosthetic joint infections and dislocation requiring open or closed reduction (Diaz-Dilernia et al., 2024). Overall, approximately 8% of surgery patients required readmission or outpatient treatment within 30 days (CIHI, 2023). In 2021–2022, fewer than 2% of outpatient THA patients returned to the hospital within 30 days, compared with 2019–2020 statistics of more than 2%. Therefore, the increased incidence in outpatient THAs being performed may suggest an acknowledgement to patient safety and positive outcomes. In 2021–2022, 18.0% of hip replacements for OA treatment were performed as day surgeries, compared with 10.1% in 2020–2021 and 2.9% in 2019–2020 (CIHI, 2023). The increased incidence of rural patients' outpatient THA surgeries has also increased: 17.9% in 2021–2022 as compared with 13.3% in 2015–2016 (CIHI, 2023). These statistics also suggest an increased incidence in the level of perioperative nursing involvement, namely, managing surgical momentum within the theatres while promoting patient safety. Therefore, an increased uptake of outpatient THA programs, due to improved patient outcomes, suggests the growing need for perioperative nursing involvement as surgical quality champions in standardizing THA care.

Healthcare Resource Optimization

Outpatient THA programs improve inpatient bed management through reduced hospital stays (Kort et al., 2017; Pollock et al., 2016), shorter recovery times (Zomar et al., 2020), and conserved resources (Banerjee & Wright, 2020; Zomar et al., 2022). Outpatient THA programs were also found to decrease spending related to inpatient visits. Zomar et al. (2022) completed a preliminary analysis of outpatient THA procedures as part of a larger randomized controlled trial, among patients who underwent primary THA through a direct anterior approach, with a total of 115 participants, 49 allocated to the outpatient group. Results indicated that the inpatient THA was more costly than outpatient THA. Sniderman et al. (2025) also completed an aggregate, retrospective population-based analysis, and found a significant difference in healthcare dollars spent. Specifically, the outpatient THA cost resulted in approximately $5,490 CA as compared with $7,296 CA for an inpatient THA. This suggests organizational cost savings and should, therefore, encourage further development and scalability.

Patient Selection, Home Supports, & Discharge Criteria

Varying patient selection criteria exists throughout Canadian outpatient THA programs (Banerjee & Wright, 2020; Kort et al., 2017). Baseline inclusion criteria were noted, including patients who agreed to participate, possessed a low American Society of Anesthesiologists (ASA) classification (<III), were undergoing primary hip arthroplasty, were less than 80 years

old, and had 'significant' home supports following discharge (Bodrogi et al., 2020; Kort et al., 2017). However, variations within these inclusion criteria existed, specifically patient age, comorbidities, ASA score, and overall functional status. Exclusion criteria were also present and variable, reoccurring as patients who possessed a high ASA classification (>II), suffered from bleeding disorders, had poorly controlled and/or severe cardiac or pulmonary comorbidities, suffered from significant neurological or cognitive impairments, suffered from renal disease, or who had dependent functional status without adequate home supports (Bodrogi et al., 2020; Kort et al., 2017). It is, therefore, evident that Canada still lacks standardized patient selection criteria with perioperative nursing input, meaning there is much work to be done in standardizing outpatient THA selection criteria.

Outpatient THA programs' home support analyses also varied widely across patient populations (Zomar et al., 2020). Specifically, bathing, dressing, toileting, meals, wound care, and medication administration, require varying levels of support that may already exist in the home, or may need to be acquired on a temporary basis. Mobilization activities, such as driving, transfers, and exercise are also highly variant for patients recovering from a THA, and especially those completed on an outpatient basis (Churchill et al., 2018). As well, Canada's diverse population requires culturally sensitive approaches to addressing home support requirements; patients from various cultural backgrounds may perceive home supports differently and have varying access to homecare equipment and resource programs. Therefore, developing standardized home support requirements for the outpatient THA program is essential for positive patient outcomes and long-term success. Therefore, encouraging nursing input to the Canadian patient's home environment analyses is essential in the safety, efficacy, and culturally sensitive aspects of a standardized, outpatient THA program.

Patient discharge criteria variations exist within Canadian surgical programs. Foerster (2017) conducted a systematic review with seven subsequent studies supporting the safety and efficacy of outpatient THA. Foerster concluded that discharge criteria involve a multidisciplinary approach using careful patient selection, comprehensive education techniques, high-quality anesthesia and analgesia interventions, advanced surgical techniques with minimal muscle damage and blood loss, early mobilization, rigorous physical therapy, and strong home support systems (Foerster, 2017). Therefore, appropriately assessing patient discharge readiness is multifactorial and comprehensive, requiring a significant investment of the healthcare team's time and resources to ensure optimal patient outcomes. Examples of these outcomes include mobilization rates, wound status assessments, urinary retention, and pain management scores (Churchill et al., 2018; Foerster, 2017; Kostamo et al., 2025), and variation has been found within each of these. As perioperative nurses possess a deep foundation of knowledge about their surgical patients' readiness-to-discharge, their input is critical in developing standardized, outpatient THA discharge guidelines to optimize patient outcomes.

Variations Among Perioperative Pathways

Pressures to reduce healthcare costs, optimize inpatient bed management, and improve surgical technique and perioperative care, motivated many Canadian surgical facilities to focus on outpatient pathway standardization and implementation. However, these have been developed with varying, localized considerations and with limited perioperative nursing input. Canadian perioperative pathways derive original inspiration from the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol (Sivaloganathan et al., 2022), which aims to improve pain control, reduce bleeding, provide nutrition support, encourage early mobilization, maintain gastrointestinal function, and reduce the incidence of adverse events. On the converse, barriers that prevent patient discharge – failing to meet ERAS goals – include pain, nausea, dizziness, orthostatic hypotension, wound discharge, urinary retention, and loss of muscle function (Sivaloganathan et al., 2022). As such, this is the framework in which outpatient THA pathways have been created. However, parameters in which the criteria, measurements, and thresholds vary, were used to create locally accepted pathways—none of which have been nationally standardized. Surgical approach, anesthetic protocols, patient education delivery methods, and related cultural considerations are examples within these pathways and will be discussed further.

Variances in perioperative aspects have been identified within existing outpatient THA programs, including procedural surgical approach to optimize exposure, reduce bleeding, and minimize damage to muscle and tissue (den Hartog et al., 2016; Kort et al., 2017; Lovasz et al., 2021; Sniderman et al., 2025; Zomar et al., 2020). Typically, the less invasive, anterior surgical approach for the outpatient THA, is often scheduled as the first or second case of the day. This approach is found to be considered the safer option, reducing length of stay, decreasing post-operative pain, and improving functional rehabilitation (den Hartog et al., 2016). However, this approach requires a costly, dedicated operating table to facilitate exposure and imaging (den Hartog et al., 2016; Foerster, 2017). As this approach requires specific considerations, resources, equipment, and skillsets, slower uptake in rural communities has been noted. This suggests that there is opportunity for improvement in adopting the anterior approach as the standardized surgical technique for outpatient THA programs across Canada, and perioperative nursing will be a vital member in advocating for this.

Other variances found within Canadian outpatient THA programs include anesthetic protocols, specifically in using multimodal approaches, as well as motor-sparing peripheral nerve blocks (Kostamo et al., 2025). These interventions have been shown to improve overall patient outcomes. However, the lack

of standardized clinical management guidelines around perioperative pain management, intraoperative considerations, and anesthesia techniques (Foerster, 2017), is still present. As perioperative nurses advocate for the patients' pain management and anesthesia requirements, input and feedback on these protocols are vital for the long-term success and standardization of Canadian outpatient THA programs.

Foerster (2017) describes the lack of standardized patient education in Canadian outpatient THA programs. Education delivery varies and, without perioperative nursing design, often fails to reflect the unique considerations for Canadian minority and Indigenous populations (Foerster, 2017; Zomar et al., 2020). As education delivery is highly personalized and tailored to each patient's level of comprehension and understanding, challenges associated with standardizing remain. Teaching factors to consider would include access to healthcare services, potential language barriers, and distinct cultural beliefs around surgical procedures, postoperative care, and alternative pain management strategies. Therefore, standardizing a culturally sensitive set of outpatient THA resources for teaching patients, which reflect Canada's unique patient populations, requires multidisciplinary collaboration, including perioperative nursing input.

A Call for Standardization

A significant need for a standardized organizational approach has been identified, one that can be integrated into treatment pathways, clinical guidelines, workflows, and organizational policies around outpatient THA across Canadian surgical facilities (Kort et al., 2017; Lovasz et al., 2021). Therefore, integrating nursing-driven, evidence-informed practices into standardized clinical guidelines and patient pathways, using King's goal attainment theory (Park, 2021) as a framework, is essential for scalability across both new and existing outpatient THA programs. Using this framework to empower perioperative nurse-driven input in standardizing outpatient THA program guidelines will produce positive patient and organizational outcomes. Also, it ensures standardizing is patient-centred and interventions are done in a culturally sensitive way, including patient selection criteria, education delivery materials and modes, home environment analyses, perioperative considerations, pain management, and discharge criteria. These aspects are essential to the Canadian outpatient THA program's overall success and set the foundation for nationally accepted outpatient THA clinical guidelines.

Incorporating perioperative nursing considerations into these standardized components of care will also represent Canada's diverse patient populations more accurately. Bodrogi et al. (2020) and Foerster (2017) stress that outpatient THA programs require multidisciplinary care protocols that appropriately reflect Canada's diverse patient populations. Therefore, healthcare systems must adopt a culturally sensitive approach to develop a nationally recognized, standardized set of clinical guidelines and patient pathways (Foerster, 2017; Zomar et al., 2020) that reflect Canada's unique populations and social welfare considerations, including adequate minority and Indigenous cultural representation. Furthermore, perioperative nursing considerations must be included in the guidelines and pathways' development, to reflect the holistic perspective of the patient experience across the unique cultural considerations that embody Canadian healthcare.

Implementation Strategies

Variations present within existing joint arthroplasty programs are associated with excessive healthcare costs and outcome variability, illustrating the need to improve the quality and consistency of joint replacement rehabilitation care in Canada (Westby et al., 2025). Therefore, outpatient THA programs require standardized guidelines across Canadian surgical facilities for quality assurance purposes (Banerjee & Wright, 2020). Referencing existing outpatient THA programs within Canada provides foundational knowledge around successes and challenges noted to date, as well as the lack of nursing representation in various pilots.

Kostamo et al. (2025) conducted a study at a Canadian community hospital to develop an outpatient THA pathway to improve at-home recovery opportunities and optimal patient outcomes. The team adopted the Model for Improvement framework to guide the work, which included four main standardization components: patient selection criteria and screening tool, focused procedural pathway automation, surgical and anesthesia interventional standardization, and patient education resources. As a result, standardized clinical pathways were successfully integrated into the program and procedural target volumes were surpassed. This pilot project suggests scalability potential across applicable Canadian surgical facilities. This study also highlights the lack of perioperative nursing presence within the working group, suggesting more specialized integration and further research are required through this perspective.

Similarly, Sniderman et al. (2025) highlighted the efficacy of an outpatient THA program in Ontario using an aggregate, retrospective analysis of patient data. Outpatient and inpatient cohorts were developed and analyzed using standardized patient selection criteria, education resources, surgical approach, anesthesia considerations, pain management, and postoperative care. Results indicated that the outpatient cohort's discharge, readmission, and infection rates were no higher than the inpatient cohort and were significant in efforts to standardize a Canadian outpatient THA program. However, the lack of perioperative nursing representation in the study design suggests more input is needed for an improved, holistic perspective and a formalized theory and framework to be

adopted (Park, 2021). Therefore, developing specialized working groups, collating relevant data and quality metrics, implementing pilot programs across Canadian surgical facilities, discussing scalability, and implementing quality improvement feedback platforms, are next steps. Stakeholder engagement should focus on those who have piloted similar programs, sharing successes and challenges encountered. Patient advocacy groups should also be included, representing Canada's unique populations and cultures, including various Indigenous communities. Finally, funding should shift to a cost-shared site model among provincial and territorial healthcare organizations, including all qualifying surgical facilities who currently, or are planning to, offer outpatient THA programs.

Conclusion

Outpatient THA rates are increasing due to the rising incidence of OA, decreased inpatient capacity, and added pressures to improve overall efficacy throughout Canadian surgical facilities. Standardizing patient selection criteria, home support analysis, and clear treatment pathways is the focus for scalability and long-term success, requiring perioperative nursing expertise and senior leadership investment at the national level. Therefore, additional research and focus is required for developing a more fulsome, standardized framework, codesigned with a perioperative nursing perspective. Empowering Canadian perioperative nurses to guide the complex work of standardizing outpatient THA clinical guidelines ensures long-term program success and positive patient and organizational outcomes.

About the Author

Janelle Head, MN, RN. Janelle is a Canadian healthcare leader with a strong background in perioperative nursing and surgical services management. She has led surgical teams and operations across complex clinical environments and now serves as the Executive Director for Acute Care & Programmatic Performance in Alberta's North Sector, guiding strategic and operational priorities to advance high-quality, patient-centred care.

Janelle currently resides in northern Alberta with her husband and two children.

Conflicts of Interest

The author declares that she has no conflicts of interest relevant to the content of this manuscript.

Funding

No financial support, funding, or grants were received to assist with the preparation, research, or writing of this submission.

Contribution Statement

I am the sole author responsible for the conceptualization, investigation, original draft, reviewing, and editing of this manuscript.

Manuscript submission: August 12, 2025

Accepted for publication: February 10, 2025

REFERENCES

Banerjee, S., & Wright, M. D. (2020). *Outpatient or short stay total hip or knee arthroplasty versus conventional total hip or knee arthroplasty: A review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567201/

Bodrogi, A., Dervin, G. F., & Beaulé, P. E. (2020). Management of patients undergoing same-day discharge primary total hip and knee arthroplasty. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association medicale canadienne*, *192*(2), E34–E39. https://doi.org/10.1503/cmaj.190182

Canadian Institute for Health Information. (CIHI; 2023). Hip and knee replacements in Canada: CJRR annual report, 2021–2022. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hip-knee-replacements-in-canada-cjrr-annual-report-2021-2022-en.pdf

Churchill, L., Pollock, M., Lebedeva, Y., Pasic, N., Bryant, D., Howard, J., Lanting, B., & Laliberte Rudman, D. (2018). Optimizing outpatient total hip arthroplasty: Perspectives of key stakeholders. *Canadian Journal of Surgery. Journal canadien de chirurgie*, *61*(6), 370–376. https://doi.org/10.1503/cjs.016117

den Hartog, Y. M., Mathijssen, N. M., & Vehmeijer, S. B. (2016). The less invasive anterior approach for total hip arthroplasty: A comparison to other approaches and an evaluation of the learning curve – A systematic review. *Hip International: The Journal of Clinical and Experimental Research on Hip Pathology and Therapy*, *26*(2), 105–120. https://doi.org/10.5301/hipint.5000319

Diaz-Dilernia, F., Steinfeld, Y., Pincus, D., Spangehl, M., & Ravi, B. (2024). Incidence and timing of postoperative complications after total hip and knee arthroplasty. *Canadian Journal of Surgery = Journal canadien de chirurgie*, *67*(6), E377–E382. https://doi.org/10.1503/cjs.004724

Foerster, V. (2017, March). Outpatient (same-day) total hip replacement. *CADTH – Issues in Emerging Health Technologies*, (152). https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/pdf/EH0050_Outpatient_Same_Day_Total_Hip_Replacement_e.pdf

Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. *Journal of Healthcare Leadership*, *13*, 85–108. https://doi.org/10.2147/JHL.S289176

Kostamo, T., Watters, J., Spence, B., Faraji, R., Eng, J., & Montgomery, M. (2025). Same-day discharge pathway for elective total hip and knee arthroplasty patients: A quality improvement project at a Canadian community hospital. *BMJ Open Quality*, *14*(1), e003170. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-003170

Kort, N. P., Bemelmans, Y. F. L., van der Kuy, P. H. M., Jansen, J., & Schotanus, M. G. M. (2017). Patient selection criteria for outpatient

joint arthroplasty. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy: Official Journal of the ESSKA*, *25*(9), 2668–2675. https://doi.org/10.1007/s00167-016-4140-z

Lovasz, G., Aros, A., Toth, F., Va Faye, J., & La Malfa, M. (2021). Introduction of day case hip and knee replacement programme at an inpatient ward is safe and may expedite shortening of hospital stays of traditional arthroplasties. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, *16*(1), 585. https://doi.org/10.1186/s13018-021-02737-3

McGarry, J. R., Pope, C., & Green, S. M. (2018). Perioperative nursing: Maintaining momentum and staying safe. *Journal of Research in Nursing: JRN*, *23*(8), 727–739. https://doi.org/10.1177/1744987118808835

Park, B. M. (2021). Effects of nurse-led intervention programs based on goal attainment theory: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(6), 699. https://doi.org/10.3390/healthcare9060699

Pollock, M., Somerville, L., Firth, A., & Lanting, B. (2016). Outpatient total hip arthroplasty, total knee arthroplasty, and unicompartmental knee arthroplasty: A systematic review of the literature. *JBJS Reviews*, *4*(12), e4. https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.16.00002

Pulkkinen, M., Jousela, I., Engblom, J., Salanterä, S., & Junttila, K. (2020). The effect of a new perioperative practice model on length of hospital stay and on the surgical care process in patients undergoing hip and knee arthroplasty under spinal anesthesia: A randomized clinical trial. *BMC Nursing*, *19*, 73. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00465-3

Sivaloganathan, S., Blakeney, W. G., & Vendittoli, P. A. (2022). Modernizing total hip arthroplasty perioperative pathways: The implementation of ERAS-outpatient protocol. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(12), 3293. https://doi.org/10.3390/jcm11123293

Sniderman, J., Zywiel, M., Kuzyk, P., Safir, O., Backstein, D., & Wolfstadt, J. (2025). Same day total hip and knee arthroplasty performed at Canada's first academic ambulatory surgical center is safe and effective: Population level results. *The Journal of Arthroplasty*, *40*(6), 1460–1464. https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.11.039

Vehmeijer, S. B. W., Husted, H., & Kehlet, H. (2018). Outpatient total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, *89*(2), 141–144. https://doi.org/10.1080/17453674.2017.1410958

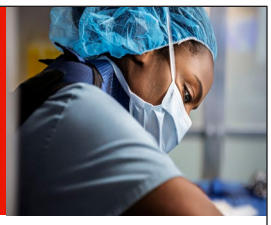
Westby, M. D., Lalande, J.-F., Koehn, C., & Johal, N. (2025). A snapshot of hip and knee replacement rehabilitation care across Canada: A cross-sectional survey using an online clinician quality indicator questionnaire. *Physiotherapy Canada*, *77*(1), 28–41. https://0-doi-org.aupac.lib.athabascau.ca/10.3138/ptc-2022-0083

Zomar, B. O., Sibbald, S. L., Bickford, D., Howard, J. L., Bryant, D. M., Marsh, J. D., & Lanting, B. A. (2020). Implementation of outpatient total joint arthroplasty in Canada: Where we are and where we need to go. *Orthopedic Research and Reviews*, *12*, 1–8. https://doi.org/10.2147/ORR.S239386

Zomar, B. O., Marsh, J. D., Bryant, D. M., & Lanting, B. A. (2022). The cost of outpatient versus inpatient total hip arthroplasty: A randomized trial. *Canadian Journal of Surgery*, *65*(5), E553. https://doi.org/10.1503/cjs.003821

Online Learning Program

Nurse and Allied Health Surgery Academy



Experience Personalized Learning

A curated program for Nurses & Allied Health working in Surgery. Covers topics in Wound Closure, Hemostasis, Stapling, Science of Energy and EMPOWOR!

Learn More - Enroll Now

1. Scan QR code
2. Select Enroll
3. Complete registration or sign in
4. Select Continue

Enroll now for tracked progress, suggested video learnings and a personalized transcript.

J&J Institute

C_CA_SRG_WOUN_415504
© Johnson and Johnson and its affiliates 2026

Le présent article a été publié sur la plateforme Open Journal Systems et est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), qui autorise le téléchargement et la transmission du document à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

Uniformisation des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada : contribution des infirmières en soins périopératoires

Janelle Head

Adressez toute correspondance à : Janelle Head, 103302 82 avenue, Grande Prairie, AB, T8W 2A6. Courriel : **Janelle.head@ahs.ca**

Résumé

La diminution de la durée des séjours pour une arthroplastie totale de la hanche dans les hôpitaux et les cliniques chirurgicales du Canada a mené à la création de programmes ambulatoires pour cette opération. Cependant, l'uniformisation des lignes directrices cliniques sur l'arthroplastie en ambulatoire sur la base de la contribution des infirmières en soins périopératoires dans les hôpitaux et cliniques chirurgicales du Canada n'a pas été abondamment étudiée. Le présent article porte sur les faits, les normes cliniques, les trajectoires et les pratiques organisationnelles rattachés aux critères de sélection des patients. Il traite également du soutien en milieu familial, des dynamiques dans l'équipe de soins aux patients de cliniques chirurgicales du Canada suivis en externe suite à une arthroplastie, et de l'influence du niveau de soins infirmiers périopératoires requis pour ces programmes, à ce jour. Les articles sur les patients externes et les trajectoires rattachées à cette opération dans les hôpitaux et les salles d'opération du Canada font ressortir des constats importants ainsi que les domaines à étudier et à uniformiser davantage, en plus des défis et obstacles associés à leur mise en œuvre dans les systèmes de santé canadiens.

Mots-clés : soins infirmiers périopératoires, patient externe, chirurgie, arthroplastie, prothèse de la hanche

La pandémie a mis davantage de pression sur les ressources hospitalières et les cliniques chirurgicales du Canada afin de réaliser plus de remplacements de hanches. L'élaboration de programmes ambulatoires de prothèses articulaires a été particulièrement poussée dans le cas des prothèses totales de la hanche (PTH). C'est une approche qui améliore la situation des patients en réduisant la durée du séjour à l'hôpital ainsi que le temps de guérison, en plus de réduire les coûts de santé (Bodrogi et al., 2020; Pulkkinen et al., 2020). Cependant, le manqué d'uniformité dans ces programmes au Canada, en l'absence du point de vue et de la contribution du personnel infirmier périopératoire, demeure un défi pour ce qui est de l'implantation et du succès du programme (Banerjee & Wright, 2020). Le présent article met en lumière les variations entre les programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada et souligne l'importance d'un cadre structuré et de la contribution du personnel infirmier en soins périopératoires afin de mieux soutenir les patients et l'efficacité du système de santé. Il fait aussi une revue de la littérature sur les programmes ambulatoires en cas de PTH dans les cliniques chirurgicales du Canada en se penchant plus particulièrement sur les critères de sélection des patients, l'aide à domicile et les trajectoires de soins. Le regard infirmier sur ces thèmes permettra de cerner les critères favorisant l'uniformisation de ces programmes.

Contexte

L'arthrose de la hanche et du genou est la plus grande cause de douleur, d'invalidité et de consultations médicales chez les adultes canadiens (Foerster, 2017). La chirurgie d'un jour (ou chirurgie ambulatoire) sera définie, dans la présente étude, comme une intervention permettant au patient de retourner chez lui le jour même de l'opération (Vehmeijer et al., 2018). Pour alléger le fardeau des systèmes de santé qui ont de plus en plus de mal à gérer la disponibilité des lits d'hôpitaux et les retards des chirurgies, les cliniques chirurgicales du Canada ont commencé à mettre sur pied des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche. En 2021–2022, plus 58 635 remplacements de la hanche ont été réalisés au Canada, dont 6 918 en ambulatoire (Canadian Institute of Health Information [CIHI], 2023). Les programmes ambulatoires continuent de gagner en popularité, mais exigent également une certaine prudence en matière de sécurité et d'efficacité. Ce faisant, il est important que tous les membres des équipes de soins collaborent pour obtenir les

Manière suggérée de citer l'article : Head, J. (2026). Uniformisation des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada : contribution des infirmières en soins périopératoires. *Revue de l'AIISOC, 43*(1), 48–54. https://doi.org/10.5737/ornac18171

meilleurs résultats possibles pour les patients externes ainsi qu'une efficacité organisationnelle optimale.

L'infirmière en soins périopératoires joue un rôle déterminant pour les patients subissant un remplacement de hanche puisqu'elle gère les circonstances favorables à la chirurgie (moment, travail, flux de patients), autant de conditions essentielles au succès et à la sécurité de l'intervention (McGarry et al., 2018). L'équilibre entre l'efficacité et la réduction des risques résume en quelque sorte le rôle des soins infirmiers périopératoires : prodiguer des soins sûrs tout en soutenant l'équipe chirurgicale. Les chirurgies de PTH en ambulatoire requièrent des connaissances poussées en orthopédie, des compétences techniques ainsi qu'une coordination rigoureuse pour arriver à respecter un horaire strict; c'est pourquoi l'infirmière en soins périopératoires est un précieux atout pour le bon déroulement des procédures. À ce jour, il existe peu de données sur la contribution des soins infirmiers périopératoires soutenant une approche nationale uniformisée des programmes ambulatoires en cas d'arthroplastie de la hanche (Banerjee & Wright, 2020; McGarry et al., 2018), et cela constitue une occasion en or de faire appel aux infirmières pour avancer sur la question. Les infirmières en soins périopératoires veillent à la sécurité des patients et gèrent les ressources chirurgicales; leurs commentaires sur l'uniformisation des lignes directrices pratiques sont donc essentiels pour assurer la validité des cadres qui seront créés.

Méthodes

Une recherche documentaire dans les principales ressources, dont MEDLINE, la Bibliothèque Cochrane, les sites Web d'agences canadiennes et internationales de référence dans le domaine des technologies de la santé ainsi qu'une recherche ciblée sur Internet ont été réalisées. Différentes recherches ont été faites à partir de mots-clés en anglais : *outpatient*, *total joint arthroplasty*, *hip arthroplasty*, *outpatient*, *same-day discharge*, *day surgery*, *length of stay*, *ambulatory*, *rapid recovery protocol*, *short stay*, *day-case*, *patient selection criteria*, *perioperative nurse* et *operating room nurse*.[1] La recherche était circonscrite aux articles concernant la réalité canadienne, rédigés en anglais. Les doublons ou articles publiés avant 2015 n'ont pas été retenus. Les bibliographies des articles ont été examinées pour relever d'autres études pertinentes. Les essais cliniques, les méta-analyses ainsi que les études pronostiques, observationnelles et rétrospectives ont été inclus.

1 En français : patient externe, arthroplastie totale de la hanche, prothèse totale de la hanche, congé le jour même, chirurgie d'un jour, durée du séjour, ambulatoire, protocole de rétablissement rapide, court séjour, patient ambulatoire, critères de sélection des patients, infirmière en soins périopératoire et infirmière en salle d'opération.

Résultats

Les programmes ambulatoires de PTH mis en place dans les cliniques chirurgicales adoptent différents processus opérationnels, critères de sélection des patients et pratiques périopératoires et proposent différentes formes d'aide à domicile (Banerjee & Wright, 2020; Zomar et al., 2020). Les études révèlent que peu, voire aucune politique ou ligne directrice ne sont en vigueur dans les établissements canadiens relativement aux chirurgies ambulatoires de PTH, et qu'aucun critère de sélection des patients ou soutien à domicile n'est indiqué (Banerjee & Wright, 2020). Les programmes ambulatoires ne suivent aucun critère spécifique quant aux particularités culturelles des populations de patients autochtones canadiens (Zomar et al., 2020). Plusieurs programmes sont basés sur différentes approches organisationnelles et des projets pilotes présentant divers degrés d'intégration. On remarque aussi des lacunes dans les connaissances (Zomar et al., 2020). Aucun cadre uniforme de gestion du changement n'a été identifié (Harrison et al., 2021) et aucunes lignes directrices cliniques n'intégraient l'expérience des infirmières en soins périopératoires. Les variations observées entre les questions relatives à la sécurité et à l'efficacité des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche, l'amélioration de l'état des patients, les critères de sélection des patients, l'évaluation de l'aide à domicile et le manque de consultation des infirmières dans les trajectoires périopératoires seront abordées plus loin.

Discussion

Sécurité et amélioration de l'état des patients

La popularité croissante des programmes ambulatoires de PTH dans les hôpitaux et les cliniques chirurgicales du Canada s'accompagne de questions concernant la sécurité des patients. Les taux de réadmission et les complications associées ont été largement étudiés et comparés à ceux des procédures d'hospitalisations pour PTH, afin de distinguer les questions en lien avec la sécurité et celles touchant à l'état des patients (Banerjee & Wright, 2020; Sniderman et al., 2025). Les complications ayant mené à une réadmission (en ambulatoire ou après une hospitalisation) portaient notamment sur les plaies, les transfusions, les infections urinaires ainsi que les infections périprothétiques et la dislocation de l'articulation nécessitant une réduction ouverte ou fermée (Diaz-Dilernia et al., 2024). Dans l'ensemble, environ 8 % des patients opérés ont dû être réadmis ou recevoir des soins en externes dans les 30 jours suivant l'intervention (CIHI, 2023). En 2021–2022, moins de 2 % des patients opérés pour un remplacement de la hanche sont retournés à l'hôpital dans les 30 jours suivant la chirurgie, alors que ce résultat était supérieur à 2 % en 2019–2020, ce qui porte à croire que le nombre plus élevé de chirurgies ambulatoires s'accompagne d'une procédure sécuritaire pour les patients et de bons résultats. En 2021–2022, 18,0 % des remplacements de la hanche dus à l'arthrose étaient des chirurgies d'un jour, comparativement à 10,1 % en 2020–2021

et à 2,9 % en 2019–2020 (CIHI, 2023). Le nombre de patients provenant d'une région rurale opérés pour une arthroplastie en ambulatoire a également augmenté : 17,9 % en 2021–2022 comparativement à 13,3 % en 2015–2016 (CIHI, 2023). Ces statistiques semblent indiquer une plus grande implication des infirmières en soins périopératoires, puisque celles-ci gèrent les circonstances favorables pour les chirurgies tout en veillant à la sécurité des patients. Du fait que le processus de remplacement de la hanche en externe est mieux vécu par les patients et que ces programmes sont de plus en plus populaires, il est facile de comprendre pourquoi le personnel de soins infirmiers périopératoires est davantage sollicité pour uniformiser les soins en entourant les arthroplasties et assurer la qualité des interventions chirurgicales.

Optimisation des ressources en santé

Les programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche facilitent la gestion des lits d'hôpitaux en raccourcissant la durée des séjours (Kort et al., 2017; Pollock et al., 2016), en réduisant le temps de guérison (Zomar et al., 2020) et en favorisant le maintien des ressources (Banerjee & Wright, 2020; Zomar et al., 2022). Ces programmes ambulatoires permettent aussi de réduire les dépenses liées au séjour des patients hospitalisés. Zomar et collaborateurs (2022) ont réalisé une analyse préalable des procédures de remplacement de la hanche en ambulatoire dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé de plus grande envergure parmi les patients ayant subi un remplacement de la hanche par voie antérieure (115 patients au total, dont 49 en ambulatoire). Les résultats démontrent que les hospitalisations pour une PTH ont été plus coûteuses que les interventions réalisées en externe. Sniderman et collaborateurs (2025) ont effectué une analyse rétrospective cumulative basée sur la population et constaté une différence importante dans les dépenses de santé. Plus précisément, le coût lié aux patients opérés en ambulatoire pour un remplacement de la hanche est d'environ 5 490 $ CA, comparativement à 7 296 $ CA pour les patients hospitalisés. Considérant les économies potentielles pour les établissements de santé, il serait logique de continuer à déployer l'offre en ambulatoire.

Sélection des patients, soutien à domicile et critères de congé d'hôpital

Les critères de sélection des patients au Canada varient en fonction des programmes ambulatoires (Banerjee & Wright, 2020; Kort et al., 2017). Des critères d'inclusion de base ont néanmoins été relevés : les patients doivent accepter la chirurgie, être en assez bonne santé (ASA < III selon les normes de l'American Society of Anesthesiologists), attendre déjà un remplacement de la hanche, avoir moins de 80 ans et bénéficier d'un bon soutien une fois de retour chez eux (Bodrogi et al., 2020; Kort et al., 2017). Mais plusieurs variations existent également concernant l'âge exact d'acceptation, les comorbidités, le score ASA et l'état fonctionnel général. Divers critères d'exclusions, également variables, sont aussi appliqués dans certains cas : classement ASA > II, troubles hémorragiques, comorbidités cardiaques ou pulmonaires graves ou mal contrôlées, troubles neurologiques ou cognitifs, maladie rénale ou état fonctionnel dépendant sans aide à domicile adéquate (Bodrogi et al., 2020; Kort et al., 2017). On voit bien qu'il serait utile d'avoir pour le Canada des critères de sélection des patients uniformisés s'appuyant notamment sur l'expérience des infirmières en soins périopératoires. Il reste encore beaucoup de travail à faire pour uniformiser les critères de sélection pour les patients opérés en ambulatoire pour un remplacement de la hanche.

Les analyses faites sur le soutien à domicile dans le cadre des programmes ambulatoires de remplacement de la hanche varient grandement selon les groupes de patients (Zomar et al., 2020). Le bain, l'habillage, la toilette, les repas, le soin des plaies et l'administration des médicaments requièrent différents niveaux de soutien qui sont parfois déjà disponibles à la maison, ou qui peuvent être acquis temporairement. Les activités visant la mobilisation, comme la conduite, les transferts et l'exercice varient énormément chez les patients opérés pour un remplacement de la hanche, plus encore pour les patients externes (Churchill et al., 2018). La population diversifiée du Canada requiert une certaine sensibilité culturelle afin de répondre adéquatement aux besoins d'aide à domicile. En effet, certaines personnes peuvent percevoir cette forme de soutien différemment et bénéficier de différents accès aux équipements à domicile et à des ressources et programmes. Ce faisant, l'établissement d'exigences uniformes en matière de soutien à domicile dans le cadre des programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche est fondamental au bien-être des patients et au succès à long terme de ces programmes. La contribution du personnel infirmier dans l'évaluation de l'environnement personnel des patients canadiens est indispensable à la sécurité, à l'efficacité et aux aspects culturellement sensibles d'un programme ambulatoire normalisé.

Les programmes chirurgicaux du Canada ne se basent pas tous sur les mêmes critères de sortie pour leurs patients. Foerster (2017) a réalisé une revue systématique suivie de l'examen de sept études confirmant la sécurité et l'efficacité des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche. Foerster en conclut que les critères de sortie nécessitent une approche multidisciplinaire basée sur une sélection minutieuse des patients, des techniques d'enseignement complètes, une anesthésie et des interventions analgésiques de qualité, des techniques chirurgicales avancées entraînant un minimum d'atteinte musculaire et de saignements, une mobilisation précoce, une réadaptation rigoureuse et des systèmes d'aide à domicile solides (Foerster, 2017). Ainsi, pour bien évaluer si un patient est prêt à retourner chez lui, il faut bien considérer divers facteurs. Cela demande un grand investissement de temps et de ressources de la part de l'équipe soignante pour obtenir les meilleures chances de succès. Parmi les résultats observés, mentionnons les taux de mobilisation, l'évaluation de

l'état des plaies, la rétention urinaire et les scores de gestion de la douleur (Churchill et al., 2018; Foerster, 2017; Kostamo et al., 2025), qui affichent certaines divergences entre eux. Les infirmières en soins périopératoires connaissent bien les conditions favorables au retour à domicile chez leurs patients opérés en ambulatoire pour un remplacement de la hanche. Leur contribution est donc essentielle à l'établissement de lignes directrices uniformisées favorisant leur rétablissement.

Variations dans les trajectoires périopératoires

Les pressions exercées pour réduire les coûts de santé, optimiser la gestion des lits d'hôpitaux et améliorer les techniques chirurgicales et les soins périopératoires ont amené plusieurs cliniques chirurgicales du Canada à plancher sur l'uniformisation et la mise en œuvre de trajectoires ambulatoires. Ces dernières ont cependant été développées à partir de facteurs variables et localisés et d'une contribution limitée des infirmières en soins périopératoires. Les trajectoires périopératoires canadiennes s'inspirent du programme de récupération améliorée après la chirurgie (ERAS) (Sivaloganathan et al., 2022), qui vise à améliorer le contrôle de la douleur, à réduire les saignements, à fournir un soutien nutritionnel, à favoriser la mobilisation précoce, à préserver la fonction gastro-intestinale et à réduire la survenue d'événements indésirables. En revanche, certains facteurs peuvent retarder la sortie du patient, lorsque les objectifs du programme ERAS ne sont pas atteints. Parmi ces facteurs, mentionnons la douleur, les nausées, les étourdissements, l'hypotension orthostatique, l'écoulement de la plaie, la rétention urinaire et la détérioration des fonctions musculaires (Sivaloganathan et al., 2022). C'est à partir de ces éléments que les trajectoires ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche ont été créées. Des paramètres impliquant des critères, des mesures et des seuils variables ont été utilisés pour créer des trajectoires acceptées localement. Ces paramètres n'ont cependant pas été uniformisés à l'échelle nationale. L'approche chirurgicale, les protocoles anesthésiques, les méthodes d'enseignement aux patients et les considérations culturelles sont des exemples rattachés à ces trajectoires et seront abordés plus en détail plus loin.

Des différences dans les aspects périopératoires constituant les programmes ambulatoires de PTH ont été relevées. Elles concernent notamment l'approche chirurgicale procédurale visant à optimiser l'exposition, à réduire les saignements et à limiter l'atteinte des muscles et tissus (den Hartog et al., 2016; Kort et al., 2017; Lovasz et al., 2021; Sniderman et al., 2025; Zomar et al., 2020). Moins invasive, la chirurgie de remplacement de la hanche par voie antérieure pour un patient externe est généralement la première ou la deuxième opération de la journée. Cette approche est considérée comme l'option la plus sécuritaire puisqu'elle réduit la durée du séjour et la douleur postopératoire en plus d'améliorer la rééducation fonctionnelle (den Hartog et al., 2016). Cette approche nécessite cependant une table d'opération coûteuse spécialisée pour favoriser l'exposition et l'imagerie (den Hartog et al., 2016; Foerster, 2017). Puisqu'il s'agit d'une approche qui requiert des conditions, des ressources, des équipements et des compétences spécifiques, son intégration se fait plus lentement dans les régions rurales. Il y aurait peut-être occasion d'amélioration en faisant de l'approche par voie antérieure une technique chirurgicale uniformisée dans les programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche au Canada. Le personnel infirmier en soins périopératoires jouera un rôle important dans ce dossier.

Les protocoles anesthésiques varient également dans les différents programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada, et portent plus précisément sur l'utilisation d'approches multimodales et de blocs nerveux périphériques préservant la motricité (Kostamo et al., 2025). Bien que ces interventions se soient avérées efficaces pour améliorer l'état général des patients, le manque de directives cliniques uniformisées sur la gestion de la douleur périopératoire, les conditions peropératoires et les techniques d'anesthésie (Foerster, 2017) demeure. Les infirmières en soins périopératoires veillent à la gestion de la douleur des patients et aux besoins anesthésiques. Leur contribution aux protocoles est donc essentielle au succès à long terme et à l'uniformisation de ces programmes ambulatoires au Canada.

Foerster (2017) décrit le manque d'uniformité dans l'enseignement prodigué aux patients des programmes ambulatoires de remplacement de la hanche au Canada. L'enseignement est variable et, sans l'apport du personnel infirmier périopératoire, il arrive souvent que cet enseignement ne reflète pas les besoins particuliers des minorités et des populations autochtones du pays (Foerster, 2017; Zomar et al., 2020). Toutefois, même si les enseignements sont hautement personnalisés et adaptés au niveau de compréhension de chaque patient, il existe toujours des difficultés d'uniformisation. Les facteurs à considérer pour l'enseignement devraient inclure l'accès aux services de santé, les barrières linguistiques potentielles et les croyances culturelles distinctives entourant les procédures chirurgicales, les soins postopératoires et les stratégies alternatives pour gérer la douleur. Par conséquent, l'uniformisation d'un ensemble de ressources d'enseignement adaptées à la culture des patients opérés pour en ambulatoire pour un remplacement de la hanche, et reflétant les populations uniques du Canada, requiert une collaboration multidisciplinaire, dont la contribution d'infirmières en soins périopératoires.

Appel à l'uniformisation

Le grand besoin d'une approche organisationnelle uniforme a été identifié, une approche qui puisse être intégrée aux trajectoires de soins, aux lignes directrices cliniques, aux flux de travail et aux politiques organisationnelles concernant les patients externes opérés pour une arthroplastie totale de la hanche dans les cliniques chirurgicales du Canada (Kort et al., 2017; Lovasz et al., 2021). Par conséquent, l'intégration

de pratiques infirmières fondées sur des données probantes à des lignes directrices cliniques uniformisées et aux trajectoires des patients, basée sur le cadre théorique d'atteinte des objectifs d'Imogene King (Park, 2021), est essentielle pour pouvoir adapter les programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche, nouveaux et existants. L'utilisation de ce cadre pour favoriser la contribution du personnel infirmier périopératoire dans l'uniformisation des lignes directrices de ce programme ambulatoire aura des retombées positives pour les patients et les organisations. De plus, le cadre garantit que le processus d'uniformisation est axé sur les patients et que les interventions sont respectueuses des cultures en tenant compte des critères de sélection des patients, du matériel et des modes de prestation des enseignements, de l'évaluation de l'environnement familial, des considérations périopératoires, de la gestion de la douleur et des critères de sortie. Ces aspects sont essentiels au succès global des programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche au Canada et jettent les bases de lignes directrices cliniques sur cette opération ambulatoire acceptées dans le monde entier.

L'ajout de considérations relatives aux soins infirmiers périopératoires à ces composantes de soins uniformisées permettra de représenter plus fidèlement la diversité des patients au Canada. Bodrogi et collaborateurs (2020) ainsi que Foerster (2017) soulignent que les programmes d'arthroplastie totale de la hanche pour les patients externes exigent des protocoles de soins multidisciplinaires qui reflètent correctement les différentes patientèles au Canada. C'est pourquoi les systèmes de santé doivent adopter une approche respectueuse des cultures pour développer un ensemble de lignes directrices cliniques et de trajectoires des patients uniformes et reconnues à l'échelle mondiale (Foerster, 2017; Zomar et al., 2020), pour refléter adéquatement les populations uniques (dont les minorités et les peuples autochtones) et les questions de bien-être social du Canada. Qui plus est, les aspects relatifs aux soins infirmiers périopératoires doivent être pris en compte dans l'élaboration des lignes directrices et des trajectoires, afin de refléter le caractère holistique de l'expérience patient et les particularités culturelles qui définissent les soins de santé au Canada.

Stratégies de mise en œuvre

Les différences relevées dans les programmes actuels d'arthroplastie sont associées à des coûts de santé élevés et à une variabilité des résultats. C'est pourquoi il faut améliorer la qualité et l'uniformité des soins de réadaptation au Canada après un remplacement articulaire (Westby et al., 2025). Par conséquent, les programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche des cliniques chirurgicales du pays doivent suivre des lignes directrices uniformes à des fins d'assurance qualité (Banerjee & Wright, 2020). Le fait d'aiguiller des patients vers des programmes ambulatoires de remplacement de la hanche au Canada nous apporte des connaissances fondamentales sur les réussites et les difficultés à ce jour, ainsi que la faible représentation du personnel infirmier dans de nombreuses études pilotes.

Kostamo et collaborateurs (2025) ont réalisé une étude dans un hôpital communautaire du Canada afin de développer une trajectoire ambulatoire d'arthroplastie totale de la hanche visant à améliorer le rétablissement à domicile et à aider au mieux les patients. L'équipe a adopté le cadre *Model for Improvement* pour orienter son travail, lequel comprend quatre principales composantes pour l'uniformisation : critères de sélection des patients et outils de dépistage, automatisation ciblée des procédures, uniformisation interventionnelle des chirurgies et anesthésies et ressources d'enseignement aux patients. En conclusion, les trajectoires cliniques uniformisées ont été intégrées avec succès au programme et les volumes de procédures ciblés ont été surpassés. Ce projet pilote suggère une certaine possibilité d'adaptation dans les cliniques chirurgicales canadiennes concernées. La présente étude souligne également le manque de présence des infirmières périopératoires au sein du groupe de travail et suggère qu'une intégration plus spécialisée et que d'autres recherches sont requises à cet égard.

De façon similaire, Sniderman et collaborateurs (2025) ont rapporté l'efficacité d'un programme ambulatoire en Ontario à partir d'une analyse rétrospective agrégée des données de patients. Les cohortes de patients hospitalisés et externes ont été développées et analysées en fonction des critères de sélection uniformisés des patients, des ressources d'enseignement, de l'approche chirurgicale, des considérations relatives à l'anesthésie, de la gestion de la douleur et des soins postopératoires. Les résultats indiquent que les taux de sortie, de réadmission et d'infection des patients externes n'étaient pas plus élevés que pour les patients hospitalisés et qu'ils ont joué un rôle important dans les efforts d'uniformisation des programmes ambulatoires. La faible représentation des infirmières en soins périopératoires dans l'étude suggère cependant un certain avantage à bénéficier d'une plus grande contribution de leur part, pour qu'une perspective améliorée et holistique et qu'une théorie – et un cadre – soient adoptés (Park, 2021). La formation de groupes de travail spécialisés, la cueillette de données pertinentes et de mesures de qualité, la mise en place de programmes pilotes dans les cliniques chirurgicales du Canada, les questions d'adaptation et de mise en œuvre recueillant les commentaires pour améliorer la qualité des services sont les prochaines étapes. La participation des parties prenantes devrait consister à faire appel à ceux et celles qui ont dirigé des programmes similaires pour tirer profit des réussites et des difficultés vécues. Des groupes de défense des patients devraient également être inclus afin de représenter les populations et les cultures uniques du Canada, y compris plusieurs communautés autochtones. Finalement, le financement devrait adopter un modèle de partage des coûts entre les établissements de santé provinciaux et territoriaux, en incluant les cliniques chirurgicales qui offrent, ou prévoient offrir des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche.

Conclusion

Le nombre de patients externes opérés pour un remplacement de la hanche est en augmentation en raison de la plus forte prévalence d'arthrose, de la diminution des lits d'hôpitaux et des pressions additionnelles visant à accroître le volume d'opérations dans les cliniques chirurgicales du Canada. L'uniformisation des critères de sélection des patients, l'évaluation du soutien à domicile et les trajectoires de soins bien établies sont au cœur même de l'adaptation des programmes et de leur succès à long terme. Mais pour ce faire, l'expertise des infirmières en soins périopératoires et l'investissement des cadres supérieurs sont nécessaires, au niveau national. D'autres recherches et efforts sont donc requis afin de développer un cadre plus complet et uniformisé bénéficiant de la contribution du personnel infirmier en soins périopératoires. Amener ces infirmières canadiennes à diriger le travail complexe d'uniformisation des lignes directrices cliniques pour les patients externes assure le succès à long terme du programme et un avenir meilleur pour les patients et les organisations.

À propos de l'auteure

Janelle Head, M.Sc.inf., inf. aut. Janelle est certainement une personne d'influence dans le domaine de la santé au Canada, avec son expérience d'infirmière en soins périopératoires et en gestion des services chirurgicaux. Ayant dirigé des équipes de chirurgie et d'opérations dans des environnements cliniques complexes, elle est aujourd'hui directrice exécutive des soins actifs et du rendement des programmes dans le nord de l'Alberta, et navigue dans les priorités stratégiques et opérationnelles afin de promouvoir des soins de haute qualité centrés sur les patients.

Janelle demeure dans le nord de l'Alberta avec son époux et leurs deux enfants.

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare ne pas être en conflit d'intérêts relativement au contenu du présent article.

Financement

Aucun soutien financier, financement ni subvention n'ont été versés pour aider à la préparation, à la recherche ou à la rédaction du présent article.

Déclaration de contribution

Je suis l'unique auteure responsable de la conceptualisation, de la recherche, de la rédaction initiale, de la révision et de la correction de cet article.

Date de soumission du manuscrit : 12 août 2025

Date d'acceptation du manuscrit aux fins de publication : 10 février 2025

RÉFÉRENCES

Banerjee, S., & Wright, M. D. (2020). *Outpatient or short stay total hip or knee arthroplasty versus conventional total hip or knee arthroplasty: A review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567201/

Bodrogi, A., Dervin, G. F., & Beaulé, P. E. (2020). Management of patients undergoing same-day discharge primary total hip and knee arthroplasty. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association medicale canadienne*, *192*(2), E34–E39. https://doi.org/10.1503/cmaj.190182

Canadian Institute for Health Information. (CIHI; 2023). Hip and knee replacements in Canada: CJRR annual report, 2021–2022. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hip-knee-replacements-in-canada-cjrr-annual-report-2021-2022-en.pdf

Churchill, L., Pollock, M., Lebedeva, Y., Pasic, N., Bryant, D., Howard, J., Lanting, B., & Laliberte Rudman, D. (2018). Optimizing outpatient total hip arthroplasty: Perspectives of key stakeholders. *Canadian Journal of Surgery. Journal canadien de chirurgie*, *61*(6), 370–376. https://doi.org/10.1503/cjs.016117

den Hartog, Y. M., Mathijssen, N. M., & Vehmeijer, S. B. (2016). The less invasive anterior approach for total hip arthroplasty: A comparison to other approaches and an evaluation of the learning curve – A systematic review. *Hip International: The Journal of Clinical and Experimental Research on Hip Pathology and Therapy*, *26*(2), 105–120. https://doi.org/10.5301/hipint.5000319

Diaz-Dilernia, F., Steinfeld, Y., Pincus, D., Spangehl, M., & Ravi, B. (2024). Incidence and timing of postoperative complications after total hip and knee arthroplasty. *Canadian Journal of Surgery = Journal canadien de chirurgie*, *67*(6), E377–E382. https://doi.org/10.1503/cjs.004724

Foerster, V. (2017, March). Outpatient (same-day) total hip replacement. *CADTH – Issues in Emerging Health Technologies*, (152). https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/pdf/EH0050_Outpatient_Same_Day_Total_Hip_Replacement_e.pdf

Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. *Journal of Healthcare Leadership*, *13*, 85–108. https://doi.org/10.2147/JHL.S289176

Kostamo, T., Watters, J., Spence, B., Faraji, R., Eng, J., & Montgomery, M. (2025). Same-day discharge pathway for elective total hip and knee arthroplasty patients: A quality improvement project at a Canadian community hospital. *BMJ Open Quality*, *14*(1), e003170. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-003170

Kort, N. P., Bemelmans, Y. F. L., van der Kuy, P. H. M., Jansen, J., & Schotanus, M. G. M. (2017). Patient selection criteria for outpatient joint arthroplasty. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy: Official Journal of the ESSKA*, *25*(9), 2668–2675. https://doi.org/10.1007/s00167-016-4140-z

Lovasz, G., Aros, A., Toth, F., Va Faye, J., & La Malfa, M. (2021). Introduction of day case hip and knee replacement programme at an inpatient ward is safe and may expedite shortening of hospital stays of traditional arthroplasties. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, *16*(1), 585. https://doi.org/10.1186/s13018-021-02737-3

McGarry, J. R., Pope, C., & Green, S. M. (2018). Perioperative nursing: Maintaining momentum and staying safe. *Journal of Research in Nursing: JRN*, *23*(8), 727–739. https://doi.org/10.1177/1744987118808835

Park, B. M. (2021). Effects of nurse-led intervention programs based on goal attainment theory: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(6), 699. https://doi.org/10.3390/healthcare9060699

Pollock, M., Somerville, L., Firth, A., & Lanting, B. (2016). Outpatient total hip arthroplasty, total knee arthroplasty, and unicompartmental knee arthroplasty: A systematic review of the literature. *JBJS Reviews*, *4*(12), e4. https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.16.00002

Pulkkinen, M., Jousela, I., Engblom, J., Salanterä, S., & Junttila, K. (2020). The effect of a new perioperative practice model on length of hospital stay and on the surgical care process in patients undergoing hip and knee arthroplasty under spinal anesthesia: A randomized clinical trial. *BMC Nursing*, *19*, 73. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00465-3

Sivaloganathan, S., Blakeney, W. G., & Vendittoli, P. A. (2022). Modernizing total hip arthroplasty perioperative pathways: The implementation of ERAS-outpatient protocol. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(12), 3293. https://doi.org/10.3390/jcm11123293

Sniderman, J., Zywiel, M., Kuzyk, P., Safir, O., Backstein, D., & Wolfstadt, J. (2025). Same day total hip and knee arthroplasty performed at Canada's first academic ambulatory surgical center is safe and effective: Population level results. *The Journal of Arthroplasty*, *40*(6), 1460–1464. https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.11.039

Vehmeijer, S. B. W., Husted, H., & Kehlet, H. (2018). Outpatient total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, *89*(2), 141–144. https://doi.org/10.1080/17453674.2017.1410958

Westby, M. D., Lalande, J.-F., Koehn, C., & Johal, N. (2025). A snapshot of hip and knee replacement rehabilitation care across Canada: A cross-sectional survey using an online clinician quality indicator questionnaire. *Physiotherapy Canada*, *77*(1), 28–41. https://0-doi-org.aupac.lib.athabascau.ca/10.3138/ptc-2022-0083

Zomar, B. O., Sibbald, S. L., Bickford, D., Howard, J. L., Bryant, D. M., Marsh, J. D., & Lanting, B. A. (2020). Implementation of outpatient total joint arthroplasty in Canada: Where we are and where we need to go. *Orthopedic Research and Reviews*, *12*, 1–8. https://doi.org/10.2147/ORR.S239386

Zomar, B. O., Marsh, J. D., Bryant, D. M., & Lanting, B. A. (2022). The cost of outpatient versus inpatient total hip arthroplasty: A randomized trial. *Canadian Journal of Surgery*, *65*(5), E553. https://doi.org/10.1503/cjs.003821

Adhésion à l'AIISOC – Joignez-vous dès aujourd'hui !

Êtes-vous une infirmière, une infirmière auxiliaire ou une infirmière praticienne travaillant en soins périopératoires ? Devenez membre d'un regroupement national dédié à l'avancement de la pratique de soins infirmiers périopératoires !

Inscrivez-vous ou renouvelez votre adhésion à l'AIISOC et profitez d'avantages exclusifs, notamment :

- rabais sur les frais d'inscription aux conférences
- rabais sur l'achat des **Lignes directrices de l'AIISOC**
- possibilités de réseautage précieux à travers le Canada
- accès aux webinaires éducatifs mensuels et aux journées de formation virtuelle
- occasions de perfectionnement offertes au niveau provincial
- soutien à la certification en soins infirmiers périopératoires de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)
- admissibilité à présenter une candidature ou à être mise en nomination pour les prix de l'AIISOC
- possibilité de poser votre candidature pour participer à des comités
- participation à des concours réservés aux membres avec des chances de gagner des prix
- opportunités pour les éducateurs et les leaders en soins périopératoires de joindre des groupes nationaux tels que le **Perioperative Nurse Educators of Canada (PNEC) et les Canadian Operating Room Leaders (CORL)**
- opportunités de poser votre candidature pour des postes de directrices au sein du conseil d'administration afin de contribuer à l'avancement national des soins infirmiers périopératoires.

Profitez pleinement des ressources, des contacts et des opportunités que l'AIISOC met à votre disposition pour soutenir votre développement professionnel.

Pour en savoir plus et adhérer dès aujourd'hui :
https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml

Perioperative nurses count… The surgical count—Policy and practice

Erin Robertson

How well do you know your organizational surgical count policy and practices? Is the policy used throughout your organization (e.g., in other departments, at other sites)? Does it address challenges that you encounter on a regular basis? What sources are used and who influences the development of your surgical count policy? These are questions perioperative nurses should be asking themselves, as they reflect on their count practices.

A surgical count, in some form, should be performed for **every** surgical procedure and for each caesarean and vaginal delivery. Its main purpose is to prevent unintentionally retained surgical items (URSI), which can have a significant impact on the patient. For example, URSIs have resulted in physical harm including infections, the need for additional surgery, bowel perforations and obstructions, fistulas, and even death. Additionally, the patient may experience psychological effects, including depression, anxiety and post-traumatic stress disorder (HEC, 2025). Such URSI events are considered 'never events,' i.e., preventable by using organizational checks and balances (CPSI, 2015).

ORNAC guidelines recommend several strategies to support organizational policy development and practices to prevent URSIs. Standardization of the surgical count throughout the organization ensures all participants are aware of what medical devices (e.g., instruments, sponges, sharps, miscellaneous items) are to be counted, in what scenario, and how each item is counted and documented.

Clearly identifying the initiation of a surgical count to the surgical team, can support limiting distractions and interruptions and minimize the risk of visually missing items on or off the sterile field and during documentation. The surgical count policy should be reviewed when new medical devices, surgical technologies, and surgical programs are introduced into the perioperative environment. This supports frontline nurses' understanding of how medical devices are being documented on the surgical count. Additionally, URSI events should also trigger a review of the policy and practices to ensure potential gaps are addressed.

ORNAC guidelines provide recommendations on generic medical devices that should be counted and in what scenarios, but it is up to the individual healthcare organization to determine if there are organization-specific medical devices and scenarios that may need to be addressed within their policy. The wide variety of healthcare organizations (e.g., large teaching hospitals, community hospitals, ambulatory centres, etc.), surgical services (e.g., orthopaedics, ophthalmology, general surgery, etc.), and specialties (e.g., robotics, minimally invasive) across Canada, make the task to capture and address every possible scenario in the guidelines prohibitive. This highlights the importance for each organization to assess their surgical population, surgical count practices, and potential risks when developing their policy and practices.

The ORNAC guidelines provide the foundation for the surgical count, including who should be involved, what medical devices should be counted, timing of each count, and how to manage count discrepancies. ORNAC strongly recommends that perioperative nurses are involved in the assessment, development, implementation, and evaluation of surgical count policies and practices. Their daily interactions with medical devices (e.g., instruments and consumables) make perioperative nurses vital to informing organizational policies and practices. Perioperative nurses need to advocate for count policies and practices to be reflective of their lived experience and emphasize patient safety.

The Surgical Count Management section of the ORNAC guidelines is currently being updated for the 18th edition of the *Guidelines for Perioperative Practice in Canada, 2027*.

Author Notes

Erin Robertson, RN, BScN, MN, CPN(C), is the Coordinator/Lead for the 2027 18th edition of the ORNAC Guidelines. Erin has been a member of the Guidelines Committee since 2013 and is a passionate advocate of perioperative practices that support a safe perioperative environment for patients and all the members of the healthcare team.

REFERENCES

Canadian Patient Safety Institute [CPSI] (2015). *Never events for hospital care in Canada*. https://www.healthcareexcellence.ca/media/eceoshdc/never-events-for-hospital-care-in-canada.pdf

Healthcare Excellence Canada [HEC] (2025). *Hospital harm: Retained foreign body.* https://www.healthcareexcellence.ca/en/resources/hospital-harm-is-everyones-concern/hospital-harm-improvement-resource/retained-foreign-body-introduction/

Les infirmières en soins périopératoires comptent… Le compte chirurgical—politiques et procédures

Erin Robertson

Dans quelle mesure connaissez-vous la politique et les procédures du compte chirurgical de votre établissement de santé ? Cette politique est-elle utilisée dans l'ensemble de votre établissement (p. ex., dans d'autres unités ou sur d'autres sites) ? Tient-elle compte des défis que vous rencontrez régulièrement ? Quelles sources sont utilisées et qui influencent l'élaboration de votre politique de compte chirurgical ? Ce sont des questions que les infirmières en soins périopératoires devraient se poser lorsqu'ils réfléchissent à leurs procédures de compte.

Un compte chirurgical, sous une forme ou une autre, devrait être effectué pour chaque intervention chirurgicale ainsi que pour chaque accouchement par césarienne et par voie vaginale. Son objectif principal est de prévenir le risque de rétention de corps étrangers, qui peut entraîner des conséquences importantes pour le patient. Par exemple, les rétentions de corps étrangers ont entraîné des préjudices physiques, tels que des infections, la nécessité d'une intervention chirurgicale supplémentaire, des perforations et des occlusions intestinales, des fistules et même la mort. De plus, les patients peuvent subir des effets psychologiques, notamment la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (HEC, 2025). On considère ces événements comme des « événements qui ne devraient jamais arriver », c'est-à-dire des incidents évitables grâce à la mise en place de mécanismes organisationnels de contrôle et de vérification (CPSI, 2015).

Les lignes directrices de l'AIISOC recommandent plusieurs stratégies pour soutenir l'élaboration de politiques organisationnelles et de pratiques visant à prévenir les rétentions de corps étrangers. La normalisation du compte chirurgical à l'échelle de l'organisation permet de s'assurer que tous les participants savent quels dispositifs médicaux (p. ex., instruments, compresses, objets pointus et tranchants, articles divers) doivent être comptés, dans quelles situations, et comment chaque article doit être compté et documenté.

Le fait d'indiquer clairement au sein de l'équipe chirurgicale le moment où le compte chirurgical commence peut contribuer à limiter les distractions et les interruptions, et à réduire le risque d'oublier visuellement des articles sur le champ stérile ou hors de celui-ci, ainsi que lors de la documentation. La politique de compte chirurgical devrait être révisée lorsque de nouveaux dispositifs médicaux, de nouvelles technologies chirurgicales ou de nouveaux programmes chirurgicaux sont introduits dans l'environnement périopératoire. Cela favorise la compréhension, par les infirmières, de la façon dont les dispositifs médicaux doivent être consignés dans le compte chirurgical. De plus, tout événement de rétention de corps étrangers devrait également déclencher une révision des politiques et des procédures afin de s'assurer que les lacunes potentielles soient corrigées.

Les lignes directrices de l'AIISOC offrent des recommandations concernant les dispositifs médicaux qui doivent être comptés et les situations dans lesquelles ils doivent l'être. Toutefois, il appartient à chaque établissement de santé de déterminer s'il existe des dispositifs médicaux ou des situations propres à son établissement qui devraient être intégrés à sa politique. La grande diversité des établissements de santé au Canada (p. ex., hôpitaux universitaires, hôpitaux communautaires, centres ambulatoires, etc.), des services chirurgicaux (p. ex., orthopédie, ophtalmologie, chirurgie générale, etc.) et des spécialités (p. ex., robotique, chirurgie minimalement invasive) rend difficile l'inclusion de tous les scénarios possibles dans les lignes directrices. Cela souligne l'importance pour chaque établissement d'évaluer sa population chirurgicale, ses pratiques de compte chirurgical et les risques lors de l'élaboration de ses politiques et procédures.

Les lignes directrices de l'AIISOC fournissent les bases du compte chirurgical, notamment : qui doivent y contribuer, quels dispositifs médicaux doivent être comptés, le meilleur moment pour être effectué le compte et comment gérer les divergences de compte. L'AIISOC recommande fortement que les infirmières en soins périopératoires participent à l'évaluation, à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et des procédures de compte chirurgical. Leurs interactions quotidiennes avec les dispositifs médicaux (p. ex., instruments et articles à usage unique) font d'eux des acteurs essentiels pour éclairer les politiques et les procédures. Les infirmières en soins périopératoires doivent défendre des politiques et des procédures de compte qui reflètent leur experience concrète et qui mettent l'accent sur la sécurité des patients.

La section Gestion du compte chirurgical des lignes directrices de l'AIISOC est en cours de mise à jour pour la 18e édition des *Lignes directrices pour la pratique périopératoire au Canada*, 2027.

À propos de l'auteure

Erin Robertson, Inf., B. Sc. inf., M. Sc. inf., CSP(C), est la coordonnatrice responsable de la 18e édition (2027) des lignes directrices de l'AIISOC. Elle est membre du comité des lignes directrices depuis 2013 et défend avec passion les pratiques de soins périopératoires qui soutiennent un environnement périopératoire sécuritaire pour les patients et pour tous les membres de l'équipe de soins de santé.

RÉFÉRENCES

Canadian Patient Safety Institute [CPSI] (2015). *Never events for hospital care in Canada*. https://www.healthcareexcellence.ca/media/eceoshdc/never-events-for-hospital-care-in-canada.pdf

Healthcare Excellence Canada [HEC] (2025). *Hospital harm: Retained foreign body.* https://www.healthcareexcellence.ca/en/resources/hospital-harm-is-everyones-concern/hospital-harm-improvement-resource/retained-foreign-body-introduction/

Call for *ORNAC Journal* Peer Reviewers

The *ORNAC Journal* is seeking individuals to join our Reviewer Panel. We are looking for professionals with a penchant for improving perioperative practice and research. These professionals will share their expertise and contribute to the excellence and quality of our journal through engaging in a double-blind peer review process. We welcome both Anglophone and Francophone reviewers, as well as experts from related disciplines, to provide a robust communication and knowledge pool that enriches our journal offerings.

Reviewers play a crucial role in ensuring *ORNAC Journal's* content remains current, relevant, and valuable to operating room nurses. ORNAC members, and others in the perioperative field, look to the journal for information that is evidence-based, leading-edge, innovative, and contributes to improving perioperative best practice.

If you are interested in joining the *ORNAC Journal* Reviewer Panel, please find the Peer Reviewer Guidelines and Application at **https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/peerreviewers**

Fill out the reviewer application form and send a current CV to **editor@ornac.ca**

Appel de candidatures pour la révision des articles

La Revue de l'*AIISOC* est à la recherche de gens intéressés à se joindre à notre panel d'évaluateurs. Nous sommes à la recherche de professionnels ayant un penchant pour l'amélioration de la pratique et de la recherche en soins périopératoires. Ces professionnels partageront leur expertise et contribueront à l'excellence et à la qualité de notre revue en s'engageant dans un processus d'évaluation par les pairs à l'aveugle. Nous accueillons des évaluateurs anglophones et francophones, ainsi que des experts de disciplines connexes, afin de fournir une communication solide et un bassin de connaissances pour enrichir notre offre de revues.

Les évaluateurs jouent un rôle crucial pour s'assurer que *le contenu de la revue de l'AIISOC* demeure actuel, pertinent et précieux pour les infirmières de salle d'opération. Les membres de l'AIISOC, ainsi que d'autres personnes dans le domaine de la recherche périopératoire, se tournent vers la revue pour obtenir des informations fondées sur des données probantes, à la fine pointe de la technologie, novatrices et qui contribuent à l'amélioration des meilleures pratiques en matière de soins périopératoires.

Si vous souhaitez rejoindre le comité des lecteurs de la Revue de l'AIISOC, veuillez consulter les *Directives pour les pairs évaluateurs* ainsi que le formulaire de demande à l'adresse suivante : **https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/peerreviewers**

Veuillez remplir le formulaire de demande d'évaluatrice, puis envoyer votre CV à jour à **editor@ornac.ca**

Winning 2025 PNW written abstract

Cindy Chiang

Time has shown that perioperative nurses who embody advocacy, compassion, and surgical excellence can overcome even the most challenging barriers. Perioperative nurses work not only behind masks and within restricted areas, but also behind the scenes, collaborating with the patient and surgical team to ensure safety throughout every phase, from preoperative to postoperative care.

Despite limited time for interaction, perioperative nurses build meaningful, compassionate connections with patients during moments of vulnerability. In a fast-paced perioperative environment where procedures may be rushed or shortcuts attempted, it is the perioperative nurse who raises their voice advocating for best practices and refusing to compromise safety. From detail-oriented analysis to creative problem-solving and critical thinking, perioperative nurses never lose sight of the bigger picture with who they are serving, what they are doing, and why it matters.

Behind every mask is a perioperative nurse dedicated to surgical excellence and guided by best practices. As lifelong learners, they continuously strive to enhance the care they provide. Surgical excellence is not just an expectation, it is the foundation of perioperative practice, where nurses lead by example, marrying both competence and compassion.

Cindy Chiang, RN, BScN, MSN, is the Perioperative Specialty Nursing Program Head and faculty member at the British Columbia Institute of Technology (BCIT). From 2021 to 2025, she had the privilege of serving nationally with ORNAC on both the Guidelines Committee and the Board of Directors, where it provided her the opportunity to connect, collaborate, and learn from passionate perioperative clinical leaders across Canada.

She is currently the Secretary of the Perioperative Nurses Association of British Columbia (PNABC) for the 2024–2026 term. Cindy values meaningful experiences that allow her to contribute to positive change in the challenging healthcare landscape and within the perioperative nursing profession through nursing education and volunteer involvement.

ADVANCE YOUR PERIOPERATIVE KNOWLEDGE AND SKILLS.

Build your surgical expertise with badged courses from BCIT Advanced Perioperative Nursing. Study online at your own pace and strengthen your perioperative skills across surgical specialties.

Learn more at bcit.ca/advanced-periop

BCIT

WRITE FOR US!

Submit an article today!

Join the movement to advance perioperative nursing! Submit your work for consideration and share your expertise!

We invite perioperative professionals to contribute to the *ORNAC Journal*, your source for leading-edge thought and developments in the field of perioperative nursing. In the spirit of ORNAC's core values of knowledge and collaboration, you are encouraged to share your experiences and expertise. We welcome unsolicited manuscripts about clinical research that uses quantitative or qualitative data, or a mixture of both (mixed methods), presented in such forms as original research, literature or systematic reviews, retrospectives, randomized control trial reports or protocols, data analyses, or survey results and analyses, to name a few.

Our journal is now open access, so it has a global reach. Publishing with us lets you contribute to and expand the global knowledge bank about perioperative nursing for the benefit of both professionals and patients. If you have any questions, or are a first-time author and don't know where to begin, please get in touch with our Editor, Linda Verde at **editor@ornac.ca** who will be glad to help you with your next steps and through the publication process. Send your manuscripts to **editor@ornac.ca**

Deadline for manuscript submission for our Fall issue: June 30, 2026

Gagnante du concours de résumés SIISP 2025

Cindy Chiang

Le temps a démontré que les infirmières en soins périopératoires qui incarnent les droits des patients, la compassion et l'excellence en soins chirurgicaux peuvent surmonter les obstacles les plus difficiles. Les infirmières en soins périopératoires travaillent non seulement derrière des masques et dans des zones restreintes, mais aussi dans les coulisses, en collaboration avec le patient et l'équipe chirurgicale pour assurer la sécurité à chaque continuum de soins périopératoires.

Malgré un temps limité pour interagir, les infirmières tissent des liens significatifs et empreints de compassion avec les patients dans leurs moments de vulnérabilité. Dans un environnement périopératoire dynamique où les interventions peuvent être accélérées ou des raccourcis tentés, c'est l'infirmière en soins périopératoires qui fait entendre sa voix, plaidant pour les meilleures pratiques et refusant de compromettre la sécurité. Grâce à une analyse minutieuse, à la résolution créative de problèmes et à la pensée critique, ces professionnels ne perdent jamais de vue l'essentiel : qui ils servent, ce qu'ils font et pourquoi cela compte.

Derrière chaque masque se trouve une infirmière dévouée à l'excellence de soins chirurgicaux et guidé par les meilleures pratiques. En tant qu'apprenants à vie, ils s'efforcent continuellement d'améliorer les soins qu'ils prodiguent. L'excellence en soins chirurgicaux n'est pas seulement une attente : c'est la pierre angulaire de la pratique périopératoire, où les infirmières dirigent par l'exemple, alliant compétence et compassion.

Cindy Chiang, inf. B. Sc. inf., M. Sc. inf., est responsable du programme de spécialité en soins infirmiers périopératoires et membre du corps professoral au British Columbia Institute of Technology (BCIT). De 2021 à 2025, elle a eu le privilège de servir à l'échelle nationale au sein de l'AIISOC, tant au Comité des lignes directrices qu'au conseil d'administration, ce qui lui a permis d'établir des liens, de collaborer et d'apprendre auprès de leaders cliniques passionnés en soins périopératoires à travers le Canada.

Elle est actuellement secrétaire de la Perioperative Nurses Association of British Columbia (PNABC) pour le mandat 2024–2026. Cindy accorde une grande importance aux expériences qui lui permettent de contribuer à des changements positifs dans le contexte exigeant du système de santé ainsi qu'au sein de la profession infirmière périopératoire, notamment par l'entremise de la formation en soins infirmiers et de son engagement bénévole.

DEVENEZ UN AUTEUR !

Soumettez un article dès aujourd'hui !

Joignez-vous au mouvement pour faire progresser les soins infirmiers périopératoires ! Soumettez vos articles et partagez votre expertise !

Nous invitons les professionnelles et professionnels en soins périopératoires à contribuer à la Revue de l'AIISOC, votre source de réflexion de pointe et d'avancées dans le domaine des soins infirmiers périopératoires. Dans l'esprit des valeurs fondamentales de l'AIISOC — savoir et collaboration — nous vous encourageons à partager vos expériences et votre expertise. Nous acceptons des articles portant sur la recherche clinique utilisant des données quantitatives, qualitatives ou mixtes, présentés sous forme de recherches originales, de revues de la littérature ou revues systématiques, d'études rétrospectives, de rapports ou protocoles d'essais randomisés contrôlés, d'analyses de données, ainsi que de résultats et analyses d'enquêtes, entre autres.

Notre revue est désormais en libre accès, ce qui lui confère une portée mondiale. Publier chez nous vous permet de contribuer à enrichir le capital mondial de connaissances sur les soins infirmiers périopératoires, au bénéfice des professionnelles et des patients. Si vous avez des questions, ou si vous êtes une auteure pour la première fois et ne savez pas par où commencer, veuillez communiquer avec notre rédactrice en chef, Linda Verde à **editor@ornac.ca**; elle se fera un plaisir de vous guider dans vos prochaines étapes et tout au long du processus de publication.

Envoyez vos articles à **editor@ornac.ca**

Date limite de soumission pour notre prochain numéro : 30 juin 2026

ORNAC recognizes recent perioperative program approvals

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) is pleased to recognize several programs that have recently achieved ORNAC Perioperative Nurse Program approval or renewal, demonstrating their ongoing dedication to high-quality perioperative education and its commitment to supporting the development of skilled, knowledgeable, and competent perioperative healthcare professionals.

This approval acknowledges the institutes ORNAC recognizes, institutions that have recently achieved Program Approval.

ORNAC congratulates the following programs:

- Saskatchewan Polytechnic (renewed approval for its Perioperative RN Program and achieved initial approval for its LPN Program),
- British Columbia Institute of Technology (renewed approval for its Perioperative RN Program), and,
- Nova Scotia Health Learning Institute for Healthcare Providers (renewed approval for its Perioperative RN Program and achieved initial approval for its LPN Program).

ORNAC's voluntary Perioperative Nurse Program approval process applies to post-basic education programs for Registered Nurses (RNs), Licensed Practical Nurses (LPNs), and Registered Practical Nurses (RPNs). As part of this rigorous review process, programs submit curriculum materials for assessment against the *ORNAC Guidelines for Perioperative Practice in Canada*. Programs that achieve approval demonstrate alignment with evidence-informed, nationally recognized standards and play an important role in preparing high-quality perioperative practitioners nationwide.

Visit ORNAC.ca website to learn more about the Program Approval process and to explore the growing list of perioperative education programs across Canada that have achieved ORNAC approval.

L'AIISOC reconnaît les récentes approbations de programmes de formation en soins périopératoires

L'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC) est heureuse de reconnaître plusieurs programmes ayant récemment obtenu l'approbation ou le renouvellement de l'approbation du programme de formation en soins infirmiers périopératoires de l'AIISOC. Ces reconnaissances témoignent de leur engagement continu envers une formation périopératoire de haute qualité et de leur contribution au développement de professionnels de la santé compétents, qualifiés et bien informés dans ce domaine.

Cette approbation souligne les établissements reconnus par l'AIISOC, soit les institutions ayant récemment obtenu l'approbation de leur programme.

L'AIISOC félicite les programmes suivants :

- Saskatchewan Polytechnic (renouvellement de l'approbation de son programme d'infirmières en soins périopératoires et obtention de l'approbation initiale de son programme d'infirmières auxiliaires en soins périopératoires)
- British Columbia Institute of Technology (renouvellement de l'approbation de son programme d'infirmières en soins périopératoires)
- Nova Scotia Health Learning Institute for Healthcare Providers (renouvellement de l'approbation de son programme d'infirmières en soins périopératoires et obtention de l'approbation initiale de son programme d'infirmières auxiliaires en soins périopératoires).

Le processus volontaire d'approbation des programmes de formation en soins infirmiers périopératoires de l'AIISOC s'applique aux programmes de formation post-base destinés aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. Dans le cadre de ce processus d'évaluation rigoureux, les programmes soumettent leur matériel pédagogique afin d'être évalués selon les lignes directrices de l'AIISOC. Les programmes approuvés démontrent leur conformité à des normes reconnues à l'échelle nationale et fondées sur des données probantes, et jouent un rôle essentiel dans la formation de professionnels de la santé périopératoires de haute qualité partout au pays.

Visitez le site Web ORNAC.ca pour en savoir plus sur le processus d'approbation des programmes et pour découvrir la liste croissante des programmes de formation périopératoire au Canada ayant obtenu l'approbation de l'AIISOC.

Now Available: ORNAC Guidelines for Perioperative Practice in Canada – 17th Edition!

ORNAC is proud to offer the 17th edition of the *Guidelines for Perioperative Practice in Canada* (formerly the *ORNAC Standards, Guidelines, and Position Statements for Registered Nurses*) now available for purchase!

This comprehensive resource is an essential tool for perioperative nurses, providing evidence-based best practices to support safe, high-quality surgical care across Canada.

What's Inside?

✓ Updated guidelines reflecting current perioperative practices
✓ Best practices for patient safety and surgical excellence
✓ A valuable reference for perioperative teams, educators, and leaders

Ensure you have the latest *ORNAC Guidelines* to enhance your practice and uphold excellence in perioperative care!

Order your copy today at **https://ornac.ca/guidelines.phtml**

Maintenant disponible : Lignes directrices pour la pratique de soins périopératoires au Canada – 17e édition !

L'AIISOC est fière de vous offrir la 17e édition des *Lignes directrices pour la pratique de soins périopératoires au Canada* (anciennement les *Normes, lignes directrices et énoncés de position de la pratique en soins infirmiers*) désormais disponible à l'achat !

Cette ressource essentielle est un outil incontournable pour les infirmières en soins périopératoires, offrant des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour soutenir des soins périopératoires sûrs et de haute qualité à travers le Canada.

Que contient cette édition ?

✓ Des lignes directrices mises à jour reflétant les pratiques périopératoires actuelles ;
✓ Les meilleures pratiques en matière de sécurité des patients et d'excellence chirurgicale ;
✓ Une référence précieuse pour les équipes périopératoires, les éducateurs et les leaders.

Assurez-vous d'avoir la dernière édition des Lignes directrices de l'AIISOC pour améliorer votre pratique et maintenir l'excellence des soins périopératoires !

Commandez votre exemplaire dès aujourd'hui : **ORNAC – Lignes directrices**

LEARN THE ESSENTIALS OF SURGICAL ASEPSIS.

Upskill with the BCIT Sterile Field and Aseptic Environment Microcredential. Gain practical skills to work safely and effectively in sterile and aseptic settings—fully online and flexible to fit your schedule.

Learn more at bcit.ca/sterile-field

FLEXIBLE LEARNING FOR A COMPLEX WORLD.

BCIT