



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

OPERATIONSSJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSE AV PROBLEMBETEENDEN

En litteraturstudie

Sabina Eriksson & Amandus Jutvik

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet – Operation, OMO5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Inga-Lill Koinberg

Titel svensk:	Operationssjuksköterskans upplevelse av problembeteenden
Titel engelsk:	Perioperative nurses' experiences of disruptive behavior
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet – Operation, OMO5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Inga-Lill Koinberg

Sammanfattning

Bakgrund: Operation är en riskfylld och högteknologisk miljö där operationssjuksköterskan planerar, genomför och utvärderar perioperativ omvårdnad med patienten i fokus. Många av arbetsuppgifterna kretsar kring prevention av vårdskador. Patienten befinner sig i en utsatt situation och är beroende av kompetensen hos flera professioner i operationssalen. Teamarbete innebär att operationssjuksköterskan måste hantera interprofessionella relationer för att säkerställa god patientsäkerhet. Problembeteenden är ett välkänt fenomen främst hos kirurger och riktas oftast nedåt i den traditionella hierarkin. Forskning som belyser operationssjuksköterskans upplevelser och effekten av problembeteenden är begränsad.

Syfte: Syftet var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av operatörernas problembeteenden

Metod: En systematisk litteraturstudie av kvalitativ design genomfördes utifrån syfte och forskningsfrågor. Systematiska litteratursökningar gjordes i databaserna PubMed, Cinahl, PsycINFO och Scopus. Tio empiriska, vetenskapliga studier klarade relevans- och kvalitetsgranskning. Information extraherades och placerades i kategorier som utgjordes av forskningsfrågor.

Resultat: Operatören uppvisar ett flertal olika verbala och fysiska problembeteenden. De varierar i allvarlighetsgrad och frekvens. Problembeteenden hos operatören triggas av olika faktorer: interpersonella, kontextuella och intrapersonella faktorer. Operationssjuksköterskor utvecklar och använder olika strategier för att hantera operatörens problembeteende. Teamarbete, patientsäkerheten, operationssjuksköterskors hälsa och utförandet av arbetsuppgifter upplevs påverkas negativt av operatörers problembeteenden.

Slutsats: Denna litteraturstudie belyser operationssjuksköterskans bild av problembeteenden. Dessa frodas i hierarkiska miljöer och orsakar ökade nivåer av stress och frustration i operationsteamet. En professionsgemensam uppfattning av detta fenomen behövs för att problembeteenden skall kunna hanteras framgångsrikt på individuell och organisatorisk nivå. Det är vitalt för att åstadkomma en god perioperativ säkerhetskultur.

Nyckelord: Problembeteende, Fientlighet, Hierarki, Makt, Konflikt, Personliga relationer, Professionella relationer, Team, Kommunikation, Operation, Perioperativ vård, Operationssjuksköterska, Omvårdnad, Kirurg, Kirurgi

Abstract

Background: The OR is a hazardous, high-tech environment where the perioperative nurse plan, practise and evaluate patient-centered perioperative care. Most work assignments revolve around preventing healthcare injuries. The patient is in a vulnerable situation and depends on the competence of several professionals in the OR. For the perioperative nurse, teamwork involves handling interprofessional relations to secure patient-safety. Disruptive behavior is a well-known phenomenon, most frequent in surgeons, and is often directed down the traditional hierarchy. There is limited research that enlightens the experiences and perceptions of disruptive behavior from the perioperative nurses' point of view.

Aim: The aim was to describe perioperative nurses' perceptions and experiences of surgeons disruptive behaviors.

Method: A systematic literature review of qualitative design was undertaken, based on the aim and research questions. Systematic literature searches were conducted in PubMed, Cinahl, PsycINFO and Scopus. Ten empirical, scientific studies were found suitable for the review after the relevance- and quality control. Information was extracted and assigned in categories that consisted of research questions.

Results: The surgeon displays a variety of different verbal and physical disruptive behaviors. They vary in severity and frequency. The surgeons disruptive behavior can be triggered by various factors: interpersonal, contextual and intrapersonal factors. The perioperative nurse develops and utilizes different strategies to cope with the surgeons disruptive behaviors. Teamwork, patient safety, work assignments and health of perioperative nurses were perceived as compromised by surgeons disruptive behaviors.

Conclusion: This literature review sheds light on the perioperative nurses' depiction of disruptive behaviors. These behaviors thrive in hierarchical environments and cause increased levels of stress and frustration in the surgical team. A common depiction of this phenomenon that is shared interprofessionally, needs to be achieved to successfully handle disruptive behavior on an individual and organizational level. This is vital in creating a sound safety culture.

Keywords: Disruptive behavior, Abuse, Hierarchy, Power, Conflict, Interpersonal relations, Interprofessional relations, Team, Communication, Surgical procedure, Perioperative, Perioperative nursing, Scrub nurse, Operating theatre nurse, Nursing, Surgeon, Surgery

Förord

Tillsammans vill vi tacka vår handledare Lasse Persson för den stöttning vi fått av honom när frågor uppstått. Amandus vill även tacka sin familj, Rebecka och Leona, som oftast delat med sig av köksbordet och tålmodigt tolererat hans konstanta närvaro i hemmet under dessa veckor. Sabina vill tacka sina hundar för outtömlig kärlek och uppmuntran.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Teamarbete i operationssalen	1
Operationssjuksköterskans profession.....	2
Operatörens profession	2
Problembeteende	2
Interpersonella aspekter av problembeteenden	3
Organisatoriska aspekter av problembeteenden.....	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	6
Studiedesign.....	6
Datainsamling	6
Urval	7
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Vilken typ av problembeteende uppvisas av operatören?	11
Vilka omständigheter och orsaker föranleder problembeteenden hos operatören?.....	13
Vilka känslor väcker operatörers problembeteenden hos operationssjuksköterskor?	16
Hur hanterar operationssjuksköterskor operatörers problembeteenden?.....	17
Vad har operatörers problembeteenden för effekter på operationssjuksköterskans yrkesutövning?.....	18
Diskussion	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion	23
Slutsats	28
Kliniska implikationer.....	28
Förslag till fortsatt forskning.....	29
Referenslista	30
Bilagor.....	35

Bilaga 1 - Sökordsöversikt	35
Bilaga 2 - Sökhistorik	37
Bilaga 3 - Exkluderade artiklar i relevansbedömning	38
Bilaga 4 - Artikelöversikter	39
Bilaga 5 - Flödesdiagram över urvalsprocessen	49

Inledning

Operationssalen kan utgöra en stressig miljö (Rosenstein & O'Daniel, 2006). Den fysiska arbetsytan är begränsad, full av högteknologisk apparatur och delas av olika professionella utövare. Patienten är sårbar och operationsteamets förmåga till samarbete är vital när patienten helt och hållet överlämnat sig i deras händer (Sveriges kommuner och regioner, 2020). En av de överordnade etiska principerna för sjuksköterskor är att inte göra skada men det är en väletablerad etisk princip även för andra professioner inom hälso- och sjukvård (International Council of Nurses, 2014; Murphy, 2018). För att uppfylla det målet behöver faktorer som kan påverka arbetet negativt i operationssalen begränsas. Problembeteende i operationssalen är en av de faktorer som kan utgöra en sådan fara, samtidigt som det anses förekomma oftare i operationssalen än i andra vårdssammanhang (Rosenstein & O'Daniel, 2006). I en tid med brist på sjuksköterskor är det viktigt att inte ännu fler sjuksköterskor säger upp sig på grund av arbetsbelastning och stress. År 2014 var det en av tio sjuksköterskor som inte längre arbetade inom vården och 45 procent av dessa angav att de bytt karriärval på grund av arbetsbelastning och psykisk påfrestning på arbetsplatsen (Statistiska Centralbyrån, 2017). Sjuksköterskor som blivit utsatta för problembeteende i form av verbal misshandel i arbetet blev mer stressade, kände sig mindre nöjda med sina jobb och upplevde att de gav sämre vård (Rosenstein, 2002; Rowe & Sherlock, 2005). Även patientdödlighet har ett samband med förekomst av problembeteenden bland vårdpersonalen (Rosenstein & O'Daniel, 2006).

Bakgrund

Teamarbete i operationssalen

Det som är utmärkande för teamarbete är att de olika yrkesprofessionerna samarbetar mot ett gemensamt mål i ett ömsesidigt beroendeförhållande till varandras funktion och kompetens (Sveriges kommuner och regioner, 2020). Ett team i en operationssal består av flera olika yrkesgrupper, vilket bidrar till komplexa mellanmänskliga relationer (Gillespie, Chaboyer, Longbottom & Wallis, 2010). För att teammedlemmar i en operationssal ska kunna ge högkvalitativ vård ställer det krav på varje medlem att inte göra fel även under svår press. Det förutsätter att teammedlemmarna har en hög grad av kompetens och kunskap (Gillespie, Wallis & Chaboyer, 2008). Även Sandelin, Kalman och Gustafsson-Åkesdotter (2019) betonade vikten av yrkesskicklighet och kunskap för att kunna ge patienten säker perioperativ vård, men även för att bibehålla ett problemfritt samarbete med andra teammedlemmar. Stor tillit ges också till andra teammedlemmar att de upprätthåller sin kompetens och kunskap. När den tilliten fanns beskrev Sandelin et al. (2019) att beslutsfattning i operationssalen underlättades. Om teammedlemmar inte känner varandra ökar risken för störningar i operationsarbetet (Henaux, Michinov, Rochat, Hémon, Jannin & Riffaud, 2019). Sådana störningar kan äventyra den kirurgiska kvaliteten och patientsäkerheten. Vidare beskrev Gillespie et al. (2010) hur teammedlemmar i operationsteamet identifierade sig så starkt i sin profession att det ibland utgör hinder för effektivt samarbete över professionsgränserna. Mindre grupper bildas i det större teamet. Team i operationssalen kan därmed vara problematiska bara genom sin interprofessionella natur. Tillit främjar effektivt teamsamarbete medan team som är obekanta med varandra genererar fler störningar i arbetet.

Operationssjuksköterskans profession

Operationssjuksköterskans största ansvar är omvårdnaden som ges i det perioperativa skedet (Riksföreningen för operationssjukvård, 2008). Enligt Tollerud (1985) är operationssjuksköterskan delaktig i alla tre faser inom den perioperativa perioden där hen planerar, genomför och utvärderar vården. Arbetet kräver att hen har kunskap om såväl kvalitet som ansvarssystem. Teamarbete ingår arbetet och kvaliteten på vården är kopplat till teamets olika kompetenser och förmågan att kunna samverka mellan rollerna.

Operationsmiljön är högteknologisk och det behöver operationssjuksköterskan kunskap om (Riksföreningen för operationssjukvård, 2008). Att arbeta som operationssköterska kräver att man ska kunna arbeta effektivt men samtidigt ge god vård utan att ge efter för påtryckningar om ökad produktion som kan riskera vårdkvaliteten (Friedman, Sokal, Chang & Berger, 2006). Operationssjuksköterskans lista över arbetsuppgifter är lång och innefattar bland annat att tillsammans med hela operationsteamet värna om patientens autonomi och att aktivt förebygga vårdskador (Riksföreningen för operationssjukvård, 2008).

Operationssjuksköterskan skall kontrollera att identitet, typ av kirurgi och eventuella sidomarkeringar stämmer. En stor del i arbetet innefattar aseptik i operationsområdet och på operationssalen. Preoperativa arbetsuppgifter innefattar att planera och organisera inför ingreppet. Intraoperativt ingår instrumentering till operatören, kontinuerlig kontroll av kvalitet och kvantitet på instrument och medicinsktekniska produkter för att förhindra kvarlämnande av material i patienten. Postoperativa uppgifter inkluderar utvärdering, dokumentation och hantering av vävnadsprover.

Operatörens profession

I likhet med andra professioner inom hälso- och sjukvård måste operatörer förhålla sig till nationella lagar och riktlinjer (Hälso- och sjukvårdslag, SFS 2017:30; Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659). Operatören spelar en nyckelroll i operationsteamet genom ledarskap och koordination av teamet. Det kräver dock av operatören att hen bemöter personalen med respekt och visar egen vilja att delta i teamet (Cima & Deschamps, 2013). Som tidigare nämnts är miljön på operation högteknologisk och kan vara stressfylld. Miljön påverkar även operatören då hen måste arbeta under tidspress med komplexa moment som kräver en stadig hand (Vijendren, Yung & Sanchez, 2014). Författarna har fastslagit att operatörers hand-ögon-koordination, icke-tekniska färdigheter och förmågan till beslutsfattande påverkas negativt av stress. Utbildning av studenter och kollegor är en annan del av arbetet som kräver tålamod och stort ansvarstagande hos operatören (Budden, Svechnikova & White, 2017). Vidare påtalar Budden et al. (2017) att operatörer har ansvar att hålla sin kunskap uppdaterad med ny forskning. Utöver stort ansvar och press utsätts också operatörer för olika risker så som nålstick, muskuloskeletal smärta och problem med hörseln relaterat till höga ihållande ljud på operation (Vijendren et al., 2014).

Problembeteende

Problembeteende är ett mångfacetterat begrepp. Smith (2018) beskrev problembeteende som ohövlighet, mobbning och horisontellt våld mellan personer på samma hierarkiska nivå. Villafranca, Hamlin, Enns och Jacobsohn (2017) använde formuleringen verbal misshandel när de konstaterade att problembeteenden förekommer i operationsmiljön. Chipps,

Stelmaschuk, Albert, Bernhard och Holloman (2013) utforskade mobbning i operationssalen som ett problembeteende. De framförde att särskilda handlingar såsom att förödmjuka en annan person eller ignorera en annan persons åsikter utgör problembeteenden och förknippas med risker för patientsäkerheten. Enligt Rosenstein och O'Daniel (2006) påverkades den perioperativa patientsäkerheten negativt i avsevärt högre grad av problembeteenden än vad som påvisades av Chipps et al. (2013). Skillnaden i resultaten kan möjligen bero på att mobbning endast utgör en aspekt av det bredare begreppet problembeteende. Om problembeteenden introduceras i den komplicerade interprofessionella process som ett operationsteam utgör kan det få flera negativa effekter på teamarbetet genom ökad stress och frustration hos teammedlemmarna, störd koncentrationen och hindrande av informationsöverföring (Rosenstein & O'Daniel, 2006). Rosenstein (2002) gav exempel på mycket specifika faktorer som kan trigga problembeteenden i en mer allmän hälso- och sjukvårdskontext. Det kan vara samtal till läkaren som ansågs onödiga, misstag som ledde till förseningar, när läkaren ansåg att en ordination inte utfördes tillräckligt fort eller när en patient snabbt försämrades. Alla manifestationer av problembeteenden verkar dock inte vara avsiktliga. Endast tio procent av tillfrågade operatörer rapporterade att de någon gång hade varit otrevliga mot en kollega medan 98 procent av dem någon gång hade bevittnat dåligt bemötande från kollegor (Villafranca et al., 2017). En annan analys från samma studie visade att merparten av operatörerna (84 procent) bevittnat verbal misshandel men bara 37 procent av dem erkände att de själva utsatt någon för det. Det pekar på att många operatörer inte är medvetna om sitt beteende (Villafranca et al., 2017). Dull och Fox (2010) bekräftar detta i sin studie där operatörer fick skatta huruvida särskilda handlingar och uppföranden kunde skattas som skrämselfbeteende. Studien visade att många beteenden som operatörerna ansåg vara acceptabla och ibland nödvändiga, kunde klassificeras som skrämselfbeteende enligt fastställda definitioner.

Interpersonella aspekter av problembeteenden

Handlingar av problembeteende förekommer även vertikalt i hierarkier mellan olika yrkesgrupper (Coe & Gould, 2008; Rosenstein & O'Daniel, 2006). Flera studier där man undersökte prevalensen av problembeteenden i relationen mellan sjuksköterska och läkare kunde man se att de vanligaste beteenden sjuksköterskorna fick utstå var skrik, höjda röster, grovt språk, förolämpningar, respektlöshet, nedlåtande attityd och skarp kritik inför kollegor och patienter (Rosenstein, 2002; Rosenstein & O'Daniel, 2006, 2008; Rosenstein & Naylor, 2012). Studier har också beskrivit hur individer utövar verbal misshandel för att säkerställa makt i förhållanden mellan två personer med ojämn maktfördelning (Manderino & Berkey, 1997). I studien av Rosenstein och O'Daniel (2008) framkom även påhopp på den privata sfären som inte hade med arbetet att göra. Hutchinson och Jackson (2013) beskrev också att sjuksköterskor utsattes för utanförskap, läkarkollegor som vägrade hjälpa till, hotelser och försök att ingjuta rädsla. Sådana beteenden genererade snabbt ilska eller förnedring hos de som blev utsatta (Manderino & Berkey, 1997). Sjuksköterskor uppgav att de tre mest stressframkallande attityderna från läkare var ilska, ignorans och nedlåtande beteende (Manderino & Berkey, 1997). Rosenstein och O'Daniel (2006) beskrev att problembeteenden beror på olika faktorer, medan Chipps et al. (2013) hypotiserade att formella hierarkier som traditionellt varit starka i hälso- och sjukvården ligger till grund för problembeteenden som mobbning. Dock rapporterade deltagarna i nämnd studie att det snarare var icke-legitimerad personal som oftast mobbade Chipps et al. (2013). Författarna resonerade att hierarkier inte

alltid ligger till grund för mobbning i operationssalen. Sjuksköterskor och läkare anser dock att operatören står för huvuddelen av problembeteendet i operationssalen (Rosenstein & O'Daniel, 2006). Kirurger är också den yrkesgrupp som oftast visar aggression mot operationssjuksköterskor (Coe & Gould, 2008). Kirurger var även den vanligaste yrkeskategorin som utsatte kollegor för verbal misshandel (Villafranca et al., 2017). Angående vem som är den typiske förövaren och vem som oftast utsätts för problembeteende i operationssalen tycks variera mellan olika kontexter och i vissa fall går meningarna isär. Manderino och Berkey (1997) skrev att sjuksköterskor utövar verbal misshandel mot varandra och sina övriga kollegor och att patienterna och dess anhöriga också utsatte personal för verbal misshandel. Däremot var det läkarna som var mest utpekade för att vara de som utdelade verbal misshandel och inte sällan var det sjuksköterskorna som då blev måltavlor för detta beteende (Manderino & Berkey, 1997). Sannolikt spelade de bakomliggande orsakerna stor roll i relation mellan förövare och offer.

Organisatoriska aspekter av problembeteenden

Mobbning var vanligare bland perioperativ personal än inom många andra specialiteter i USA (Chipps et al., 2013). Hela 59 procent av deltagarna uppgav att de upplevt mobbning på arbetsplatsen. Liknande resultat fanns även i andra studier, då rapporterat med termen problembeteende (Rosenstein & O'Daniel, 2006). Coe och Gould (2008) beskrev att teamarbetet på slumpmässigt utvalda operationsavdelningar i England var bristfälligt, aggression var vanligt förekommande och det interprofessionella samarbetet fungerade dåligt. I en studie uttryckte flera operationssjuksköterskor att problembeteenden inte borde anmälas, utan att den negativa behandlingen bör tas emot i tystnad (Lay-Teng, Soon-Noi, Soh-Chin, Li-Charn, Chern & Jacobson, 2010). Chipps et al. (2013); Lay-Teng et al. (2010); Rosenstein och O'Daniel (2006); Villafranca et al. (2017) nämner organisatoriska tillvägagångssätt för att komma tillrätta med problematiska beteenden i operationssalen. Att låta arbetsplatsen utarbeta och upprätta en policy mot verbal misshandel som innebar att problembeteenden rapporterats och förövaren konfronterats minskade förekomsten något (Lay-Teng et al., 2010; Villafranca et al., 2017). Man såg att utbildning i kommunikation, aggressionshantering och beslutsamhetsträning minskade förekomsten av verbal misshandel till en viss grad. Det krävdes också att arbetsplatserna belyste problemet eftersom alla inte var medvetna om det (Lay-Teng et al., 2010). Det är lätt att se hur arbetsmiljön på operationsalar kan bli bättre om problematiska beteenden hanteras och förbättras. Flera studier visar att över 90 procent av operationssjuksköterskorna någon gång har blivit utsatta för verbal misshandel (Cook, Green & Topp, 2001; Manderino & Berkey, 1997; Villafranca et al., 2017). Risken att bli utsatt för mobbning som perioperativ personal kan skilja sig mellan olika sjukhus (Chipps et al., 2013). Det kan indikera att problembeteenden går att stävja med rätt åtgärder och att det finns bakomliggande faktorer som ger upphov till skillnader mellan sjukhusen. Då kunskapen om behovet av vidare utbildning kring hantering av problembeteende har funnits i åtminstone tio år skapas nya frågor. En fråga kretsar kring huruvida satsningar på utbildning för perioperativ personal kunnat förmå att ändra på de personliga copingstrategierna hos operationssjuksköterskor.

Problemformulering

Flera studier belyser problembeteendens inverkan på patientsäkerheten i operationssalen. Därför är det mycket angeläget att samla och fördjupa kunskap om hur hierarkier och andra faktorer genererar och vidmakthåller problembeteenden. Det har förekommit problematiskt beteende som mobbning, aggressivitet och förnedring i ett vertikalt plan mellan professioner i operationssalen. Dessa beteenden riskerar att fortsätta göra skada i operationssalen, särskilt då de i vissa fall är omedvetna eller rent av försvaras av operatörer. Operationssjuksköterskans nära samarbete med operatören gör hen sårbar för dessa beteenden och utsätts också för dem i hög utsträckning. Det finns inga kvalitativa systematiska litteraturöversikter som beskriver problematiken ur operationssjuksköterskans perspektiv. Det finns därför anledning att undersöka närmare hur operationssjuksköterskan upplever exponeringen av problembeteenden. Att synliggöra hur operatörens beteende påverkar operationssjuksköterskor kanske kan hjälpa till att uppnå samstämmighet kring vilka beteenden som ska accepteras i operationsteamet. Yrkesutövare i den perioperativa arenan kan använda kunskapen för att förbättra teamarbetet och därmed kvaliteten av den perioperativa vården.

Syfte

Syftet är att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av operatörernas problembeteenden.

Utifrån syftet formulerades även forskningsfrågor för att precisera innehållet:

1. Vilken typ problembeteenden uppvisas av operatören?
2. Vilka omständigheter och orsaker föranleder problembeteenden hos operatören?
3. Vilka känslor väcker operatörens problembeteenden hos operationssjuksköterskor?
4. Hur hanterar operationssjuksköterskor problembeteenden som uppvisas av operatören?
5. Vad har operatörens problembeteenden för effekter på operationssjuksköterskans yrkesutövning?

Metod

Studiedesign

Syfte med relevanta forskningsfrågor formulerades utifrån bakgrundens problemformulering. Till detta användes PEOT-modellen som redovisas i Bettany-Saltikov (2016). Se tabell 1. Utifrån syftet i denna studie valdes litteraturstudie med strukturerad litteratursökning som metod. Studien genomfördes enligt Bettany-Saltikov (2016) för att eftersträva ett systematiskt tillvägagångssätt.

En systematisk litteraturstudie innebär en sammanställning av forskning som koncentrerats till en fråga. Syftet är att urskilja, bestämma, värdera och framställa allt forskningsresultat av hög kvalitet som är relevant till forskningsfrågan (Bettany-Saltikov, 2016). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) menar att en systematisk litteraturstudie syftar till att sammanställa kunskapsläget om ett visst ämne på ett tillförlitligt sätt. Resultatet av studien ska i möjligaste mån vara fri från systematiska fel som riskerar att snedvrider resultatet av studien. Ansträngning görs också för att eliminera risken att slumpmässiga omständigheter påverkar resultatet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017). Forskningsmaterialet i en systematisk litteraturstudie har omsorgsfullt valts ut i datainsamlingen genom särskilda procedurer. Detta för att man skall kunna genomföra sökningarna igen och få näst intill samma resultat (Polit & Beck, 2016). Vidare listar Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) en grupp principer som en systematisk litteraturstudie bör uppfylla. Forskningsfrågan ska vara preciserad och studien ska vara reproducerbar med hänsyn till urvalskriterier, litteratursökning och kvalitetsgranskning. Alla för ämnet relevanta studier ska inkluderas och kvalitetsgranskas. Den ska även innehålla tydlig redovisning av dataanalysen och ett kritiskt resonemang till studiens tillförlitlighet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2017). Principerna från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) och referenslitteratur Bettany-Saltikov (2016) ska användas som hållpunkt för att uppnå systematik i litteraturstudien.

Tabell 1 – Formulering av syfte enligt PEOT

P (population)	Operationssjuksköterska
E (exposure)	Operatörens problembeteenden
O (outcome)	Upplevelser och erfarenheter
T (type of study)	Kvalitativ

Datainsamling

För att skapa en överblick över forskningsläget genomfördes flera ostrukturerade litteratursökningar. Det fanns några befintliga litteraturöversikter som avhandlat samma ämneskategori men det saknades översikter av kvalitativa studier. Författarna till denna litteraturstudie kunde inte hitta några litteraturöversikter alls som belyser operationssjuksköterskan i relation till problembeteenden.

Den strukturerade litteratursökningen utfördes sedan enligt Bettany-Saltikov (2016) för att systematiskt utforska det valda ämnet i relation till litteraturstudiens syfte och frågeställningar. Sökningarna utformades med olika kombinationer av fritextsökord, ämnesord och booleska operatörer. Sökstrategin dokumenterades detaljerat för att uppnå högsta möjliga reproducerbarhet. Sökningar genomfördes i databaserna Cinahl, PsycINFO, PubMed och Scopus. De sökord som användes baserades på PEOT-modellen. I vissa fall med tillägg av, eller i kombination med andra ord som många artiklar hade i sina "keywords". De ostrukturerade sökningarna gav också alternativa sökord relevanta för frågeställningen som sedan kunde användas i den strukturerade litteratursökningen. Sökorden redovisas i bilaga 1. Författarna valde att inte utforma litteratursökningen strikt efter orden i PEOT-modellen eftersom det inte gick att utesluta risken att gå miste om relevanta artiklar. Istället accepterades ett större antal träffar i sökningarna. Enligt Bettany-Saltikov (2016) ska litteratursökning till en systematisk litteraturöversikt genomföras brett för att innefatta alla artiklar som kan tänkas besvara de frågor som forskaren ställer.

Termen problembeteende inkluderar alla sorters störande beteenden och utgör enligt Karolinska Institutet (2019) den svenska översättningen till det engelska *disruptive behavior* som används för att beskriva fenomenet i merparten av litteraturen. I vissa studier används mer specifika ord som *bullying* eller *abuse*. För att inkludera dessa studier valdes "paraplybegreppet" problembeteende. Termen är även förenlig med ämnesordens förgreningsstrukturer i databaserna. Ämnesord identifierades med ett verktyg av Karolinska Institutet (2019). Booleska operatörer (AND & OR) användes för att skapa blocksökningar. Den booleska operatören AND användes mellan blocken för att begränsa sökresultatet och den booleska operatören OR användes inuti blocken för att bredda sökresultatet. Trunkering (*) användes till vissa sökord för att alternativa varianter av ordet inte skulle förloras. Se bilaga 2 för sökhistorik.

Urval

Totalt gav de fyra sökningarna i de olika databaserna 578 sökträffar. Inklusionskriterier redovisas i tabell 2. Systematisk läsning av samtliga titlar och abstrakt genomfördes. Av dessa valdes 21 artiklar ut för att relevansbedömas, det vill säga lästes i fulltext. Nio av dessa valdes ut för gemensam kvalitetsgranskning enligt Bettany-Saltikov (2016). De övriga tolv artiklar som föll bort i relevansbedömningen redovisas i bilaga 3. Två artiklar som var relevanta hittades via sekundärsökning och kvalitetsgranskades också. Totalt kvalitetsgranskades 11 vetenskapliga artiklar. Se bilaga 4 för artikelöversikter. Av de artiklar som kvalitetsgranskades exkluderades en för att kvaliteten bedömdes som undermålig. Kvalitetsgranskning gjordes med hjälp av Critical Appraisal Skills Programme (2018)'s checklista för kvalitativa studier som rekommenderas i Bettany-Saltikov (2016). Ett flödesdiagram presenteras i bilaga 5 som visar hur urvalsprocessen gick till. Se tabell 3 för vilka resultatartiklar som återfanns i vilka sökningar.

Litteraturstudien baserades på kvalitativ forskning eftersom studiens syfte var att ta reda på operationssjuksköterskans upplevelse. När upplevelser ska studeras är det vanligast att man använder sig av kvalitativa studier (Bettany-Saltikov, 2016). Enligt Polit och Beck (2016) ger kvalitativa data rikligt med narrativa skildringar av personens känslor där inga absoluta sanningar existerar medan kvantitativa data ger numeriska värden. Därmed bedömdes kvantitativ metod som olämplig för denna studie.

Artikelförfattarna behärskade svenskt och engelskt språk och därför var artiklar skrivna på svenska eller engelska en förutsättning för att artikelförfattarna skulle kunna bearbeta informationen. Vid de ostrukturerade databassökningarna framkom det att mycket av forskningen kring ämnet bedrevs kring år 2005. Då litteraturstudien skulle spegla kunskapsläget i relativ nutid valdes publiceringsår som ett inklusionskriterie.

Tabell 2 - Inklusionskriterier

<i>Inklusionskriterier</i>
Kvalitativa empiriska studier som svarade till syfte och frågeställningar
Artiklar skrivna på svenska och engelska
Peer-reviewed
Studier som bedömdes vara av god kvalitet
Studier med etiskt resonemang eller godkännande
Studier publicerade efter 2010

Artikelsökning i PubMed

Den systematiska litteratursökningen i PubMed genererade ingen unik artikel. Sökningen genererade artiklar som ingick i litteraturstudiens resultat men samtliga artiklar återkom bland sökträffarna i de andra databaserna. Eftersom PubMed endast inkluderar peer-reviewed tidskrifter behövdes inte hänsyn tas till detta i sökningen. I sökningen kombinerades sökord i fritext med sökord i form av MeSH-termer som är PubMed's variant av ämnesord. Ämnesorden i sökningen ringade in den perioperativa arenan (*population*) och *disruptive behavior* i fritext användes för att hitta studier med rätt *exposure* enligt PEOT-modellen (Bettany-Saltikov, 2016).

Artikelsökning i Cinahl

Den systematiska litteratursökningen i Cinahl genererade två unika artiklar. Utöver dessa två genererade sökningen även två andra artiklar som ingick i litteraturstudiens resultat, som också återkom i sökningar i andra databaser. I sökningen kombinerades sökord i fritext med sökord i form av Cinahl Headings som är databasens variant av ämnesord. Fritext användes för att ringa in olika former av problembeteenden (*exposure*) medan ämnesorden användes för att hitta det perioperativa sammanhanget (*population*) (Bettany-Saltikov, 2016).

Artikelsökning i PsycINFO

Den systematiska litteratursökningen i PsycINFO genererade en unik artikel. Inga andra artiklar som ingick i litteraturstudiens resultat återfanns med bland sökträffarna. I sökningen användes sökord i fritext för att ringa in det perioperativa sammanhanget (*population*) och problembeteende (*exposure*) (Bettany-Saltikov, 2016). Vissa andra sökord introducerades i denna litteratursökning med hänsyn till att PsycINFO har en psykologisk inriktning. Det var en större utmaning att ringa in det perioperativa sammanhanget och därför lades *Physician-Nurse Relations* och *Nurse-physician relations* till i sökningen.

Artikelsökning i Scopus

Den systematiska litteratursökningen i Scopus genererade två unika artiklar. Utöver dessa två genererade sökningen även tre andra artiklar som ingick i litteraturstudiens resultat som också återkom i andra databaser. I sökningen användes sökord i fritext för att ringa in det perioperativa sammanhanget (*population*) och problembeteende (*exposure*) (Bettany-Saltikov, 2016). I och med databasens storlek kunde även *nurs** väljas som sökord för att ytterligare ringa in omvårdnadsperspektivet. För att smalna av träffresultatet ytterligare valdes *interpersonal* och *interprofessional* som sökord.

Tabell 3 – Vilka databaser resultatartiklarna hittades i

<i>Databaser</i>	<i>Resultatartiklar hittade i litteratursökning</i>
PubMed	1, 4
Cinahl	3, 4, 9*, 10*
PsycINFO	5*
Scopus	1, 3, 4, 6*, 7*
Sekundärsökning i referenslistor	2*, 8*

(*) = Artiklar som var unika för respektive sökning

Dataanalys

Ett digitalt formulär utarbetades utifrån Bettany-Saltikov (2016) och användes för att extrahera data ur de vetenskapliga artiklarna som genomgått urvalsprocessen. Referat som kunde belysa litteraturstudiens syfte genom att besvara forskningsfrågorna markerades manuellt med överstrykningspenna i artiklarna och skrevs sedan in i formuläret digitalt. Se Tabell 4. Författarna översatte tillsammans de separata referaten till svenska och diskuterade sedan referaten som sedan placerades in i kategorier. En kategori gjordes för varje forskningsfråga. Den forskningsfråga som referatet bedömdes svara på utgjorde målkategori för det specifika referatet. De samlade referaten under tillhörande kategorier lades sedan ihop i en sammanhängande text. Texten omarbetades sedan för att bilda resultatet.

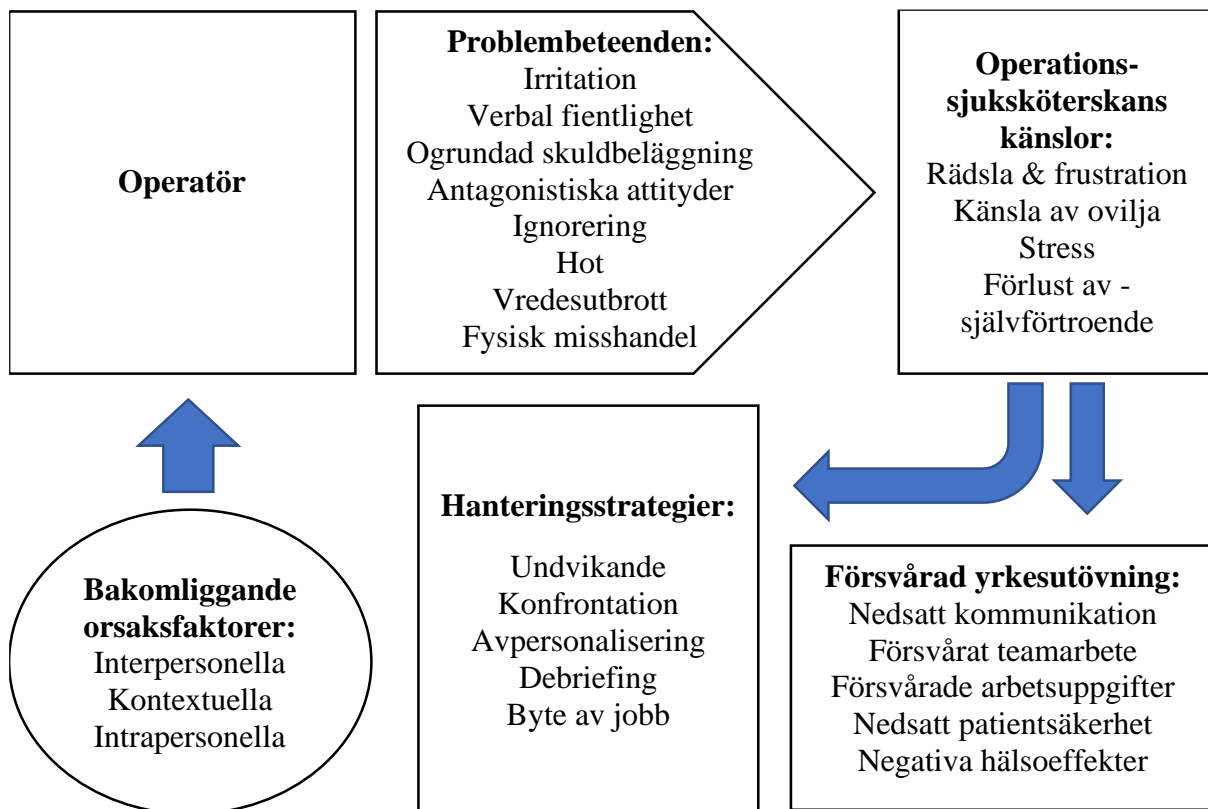
Tabell 4 – Exempel på dataextraktion

<i>Sida</i>	<i>Kolumn</i>	<i>Rad</i>	<i>Extraherade data</i>	<i>Översättning till svenska</i>	<i>Tillhörande forskningsfråga nummer:</i>
182	1	45	OTN's experienced feelings of humiliation when surgeon's behaviour and communication were perceived as disrespectful.	Operationssjuksköterskor upplevde känslor av förödmjukelse när kirurgens beteende och kommunikation uppfattades som respektlös.	3

Forskningsetiska överväganden

För forskning som avser människor behöver forskare förhålla sig till svensk lagstiftning (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460). Enligt denna lag ska forskningspersonernas välfärd gå före vetenskapen, deras mänskliga rättigheter och grundläggande friheter ska tas hänsyn till. Cöster (2014) lägger stor vikt vid att deltagare i studier lämnar ett informerat samtycke. Det kunskapsunderlag som litteraturstudien ämnar sammanställa, förutsätter att studiedeltagarna i de inkluderade studierna villigt ställde upp att tala om ämnet. En annan beaktansvärd riktlinje är Helsingforsdeklarationen (2018) som säger att studier ska prövas etiskt av oberoende personer. Enbart studier som hade blivit godkända av en etisk kommitté, alternativt haft någon form av etiskt resonemang inkluderades i studien. En annan faktor som togs hänsyn till vid inklusion i litteraturstudien var om deltagarna lämnat informerat samtycke. Enligt den europeiska kodexen för forskningens integritet ska forskare analysera och dokumentera sin forskning med noggrannhet och ansvarsfullhet. Forskningen ska presenteras på ett ärligt och transparent sätt (ALLEA, 2017). I denna litteraturstudie har författarna försökt efterleva principen om ett transparent arbetssätt. För att bevara de ursprungliga författarnas akademiska integritet har de vetenskapliga artiklarnas bearbetats varsamt med hänseende till att mening och ståndpunkter inte förvanskas i processen.

Resultat



Figur 1 - Modell av resultatet

Vilken typ av problembeteende uppvisas av operatören?

Operatörer i studierna uppvisar eller förstärker problembeteende med sitt kroppsspråk (Chrouser & Partin, 2019; Higgins & Macintosh, 2010; Rogers, Lingard, Boehler, Espin, Klingensmith, Mellinger & Schindler, 2011). Rogers et al. (2011) beskriver hur en operatör i samband med en grov anklagelse också pekade med fingret mot en annan teammedlem. Även i andra studier berättar deltagarna hur problembeteende föregås av eller samexisterar med mycket tydliga markörer i operatörens kroppsspråk. Andra teammedlemmar i operationssalen märker att operatören är irriterad genom dennes andningsmönster, exempelvis genom suckar (Higgins & Macintosh, 2010). Rastlöst beteende i form av att operatören vankar fram och tillbaka i operationssalen rapporterades också (Chrouser & Partin, 2019; Higgins & Macintosh, 2010).

I flera studier lyfts verbalt problembeteende fram som den vanligaste typen. Chrouser och Partin (2019); Cochran och Elder (2014); Higgins och Macintosh (2010) skriver att de vanligaste formerna för verbal fientlighet hos operatören var skrikande, svordomar och skällande. Operationssjuksköterskor uppgav att de utsattes för svordomar och aggressiv respons i kommunikation med operatören (Higgins & Macintosh, 2010). I studien av Cochran och Elder (2014) uppgav deltagarna att operatören skriker, svär och fäller nedlåtande kommentarer om sina kollegor i operationssalen. Det är personliga angrepp eller angrepp som

riktas mot offrets arbetsförmåga. Beteendet förekommer även över telefon (Işık, Gümüşkaya, Şen & Arslan Özkan, 2020). Vidare uppgav personer som utsatts för detta att syftet med den verbala fiendligheten var att skälla ut, skrämma eller orsaka en känsla av otillräcklighet och skam (Cochran & Elder, 2014). Deltagarna i studien av Işık et al. (2020) uttryckte att operatören kunde hitta anledning att skälla för vad som helst. Operatörer svor rakt ut när de opererade. Teammedlemmarna förstod ibland att det var menat mot någon i operationssalen men inte exakt vem. En operatör uttalade sig om verbal fiendlighet och uppgav att skrikande och förminskande av operationspersonal inte är den bästa strategin att lösa problem med (Chrouser & Partin, 2019). Vidare berättade operatören att beteendet sprider sig nedåt i hierarkin och påverka fler personer i förlängningen.

Operatören uttryckte ibland grundlösa, allvarliga anklagelser mot operationssjuksköterskan. Den instrumenterade operationssjuksköterskan beskyldes för att operatören tvingades göra fler incisioner än planerat under en operation på ett barn (Rogers et al., 2011). Cochran och Elder (2014) skriver att det var vanligt att operatörer skyllde på andra teammedlemmar när svårigheter i kirurgin uppstod. Även när operationssjuksköterskan utförde de uppgifter de är ålagda att utföra kunde de bli beskyllda för att nästkommande operation riskerade att bli inställd, exempelvis när kontrollräkning av instrument utfördes (Higgins & Macintosh, 2010). Om patienten ställde frågor till operatören som hen upplevde besvärliga, kunde operationssjuksköterskan få skulden för att hen delgivit patienten informationen som gav upphov till frågorna (Işık et al., 2020). Intraoperativt kunde operationssjuksköterskor beskyllas för att de galler som användes för operationen saknade specifika instrument som operatören ville ha (Rogers, Lingard, Boehler, Espin, Schindler, Klingensmith & Mellinger, 2013b).

Rogers et al. (2011) beskriver situationer där operationssjuksköterskan begärde att få tala med operatören om något, varpå operatören korthugget konstaterar att det inte finns behov att diskutera ämnet. Beteendet gränsar till att ignorera en annan individ men utmärker sig genom att inkludera ett markant ställningstagande som motsätter den andra individens önskan eller åsikt. Ett annat scenario inkluderade en operatör som vägrade använda ett instrument för att det inte var hans personliga exemplar, utan ett annat jämförbart instrument (Rogers et al., 2011). Flera timmar åtgick till att skaffa fram rätt instrument, utan att det upplevdes göra någon skillnad för operationens utgång eller patientnytta. Sandelin och Gustafsson-Åkesdotter (2015) beskriver en händelse då operatören stängde operationssåret trots att ansvarig operationssjuksköterska signalerade att det fanns material kvar i patienten. Vidare beskrivs att operatörer ibland vägrade ta emot råd från operationssjuksköterskan och att operationspersonalen förbjöds kontakta andra operatörer med mer erfarenhet. Operationssjuksköterskan upplevde att deras omsorg för den intraoperativa patientsäkerheten stod i kontrast mot operatörens önskan om att få ett snabbt avslut på operationen (Cochran & Elder, 2014). Det förekom även att operatörer vägrade arbeta med ny operationspersonal eller personal som var under utbildning. Rogers et al. (2011) berör samma fenomen och skriver att operatören ibland blev på dåligt humör bara av blotta åsynen av ny operationspersonal. När ny personal arbetade som pass-på-sal blev de motarbetade och uppläxade av operatören (Cochran & Elder, 2014). Ibland begärde operatören att operationen ställdes in. Higgins och Macintosh (2010) beskrev att operatörerna var motvilliga att kommunicera med operationssjuksköterskor, exempelvis när det gällde att specificera vilket instrument de ville få i handen intraoperativt. Vissa operatörer uppvisade en negativ attityd trots att operationsförloppet gick bra (Chrouser & Partin, 2019). En annan attityd som kännetecknades

av motsättning mot det övriga teamet var när operatören kontaktade ledningen för att försöka utesluta specifika individer från teamet (Rogers et al., 2013b). Higgins och Macintosh (2010) rapporterade att operatörer helt enkelt vägrade prata med viss operationspersonal. Gillespie, Gwinner, Chaboyer och Fairweather (2013) återger en händelse då en operationssjuksköterska arbetade i operationssalen med en operatör som inte sa ett ord till operationssjuksköterskan under hela arbetsdagen. Det gällde inte bara arbetsrelaterad kommunikation, även basal kommunikation som hälsningsfraser återhölls av operatören. Operationssjuksköterskors klagomål passerade oftast ohörda och operatörer tilläts bete sig illa utan tillsägelser och ledningen på högre nivå verkade inte ens medvetna om att problemet existerade (Higgins & Macintosh, 2010).

Cochran och Elder (2014); Rogers et al. (2011) skriver att operatören hotat annan operationspersonal. En operationssjuksköterska berättade om en händelse där operatören i kombination med svordomar, hotat med att få vederbörande sparkad från sitt arbete om inte operationssjuksköterskan gjorde som hen blev tillsagd (Rogers et al., 2011). Operationssjuksköterskan uppgav i studien att uppgiften som operatören ville få utförd låg utanför de befogenheter operationssjuksköterskan hade på sin arbetsplats. Nästan alla inkluderade studier vidrör okontrollerade vredesutbrott hos operatören (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014; Higgins & Macintosh, 2010; Işık et al., 2020; Rogers, Lingard, Boehler, Espin, Mellinger, Schindler & Klingensmith, 2013a; Rogers et al., 2013b; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Okontrollerade vredesutbrott kännetecknas i de flesta fall av att operatören brister i sin självbehärskning. Sandelin och Gustafsson-Åkesdotter (2015) skriver att operatören inte kunde kontrollera sina aggressiva utbrott. De fysiska raseriutbrotten kunde manifesteras på olika sätt, ofta i kombination med verbal fientlighet som skrikande (Cochran & Elder, 2014). Ofta innebar raseriutbrotten att kasta saker omkring sig eller att slå eller sparka på materiella ting i omgivningen. När operatören kastade saker rörde det sig ofta om instrument som de redan hade i händerna, till exempel mobiltelefoner, personsökare, skalpeller eller annan medicinsk utrustning. Kasten riktades oftast mot väggar och golv men flera studiedeltagare hade varit med om att kastade objekt oavsiktligt träffat andra teammedlemmar i operationssalen. Chrouser och Partin (2019) framhåller att operatören kastade saker mot väggar eller golv när de fick ett vredesutbrott, ofta i kombination med skrik och svordomar. Vidare betonar Cochran och Elder (2014) att operatörens okontrollerade vredesutbrott upplevdes generera ännu mer ilska hos operatören och att fler fel uppstod under ingreppet efter ett vredesutbrott ägt rum. Cochran och Elder (2014); Higgins och Macintosh (2010); Işık et al. (2020) redogör för att operationspersonal erfarit att operatören utövat fysiskt våld mot andra teammedlemmar. Detta mycket oroväckande problembeteende tog sig i form av att operatören puttades, grep tag i, slog eller kastade föremål mot dem (Cochran & Elder, 2014). Vissa operationssjuksköterskor fick ta emot sparkar från operatören (Higgins & Macintosh, 2010).

Vilka omständigheter och orsaker föranleder problembeteenden hos operatören?

I Işık et al. (2020) uttrycker operationssjuksköterskor att den sociala interaktionen mellan professionerna är bristfällig och att operatörer ofta saknas i sammanhang som har potential att stärka teamarbetet, som utbildningar i ilske- och stresshantering. Cochran och Elder (2014) indikerade att operatörerna föredrog att arbeta med etablerad operationspersonal för att det möjliggjorde större kännedom mellan teammedlemmarna, bättre kommunikation och för att

de inte behövde lära upp ny personal. Exempelvis har en van operationssjuksköterskan lärt känna operatörens arbetssätt och kan förutse vilka instrument som ska användas (Cochran & Elder, 2014). Operatörer gav uttryck för att sakna teamkänsla när mycket ny personal arbetade i operationssalen (Rogers et al., 2013b). De upplevde att de fick lära upp ett helt nytt team varje gång de gjorde ett nytt ingrepp (Rogers et al., 2013b). Operatörer uppgav att ny personal i operationssalen kunde vara en stressfaktor för att operatören kände ansvar att lära upp de personerna och samtidigt vara ansvarig för att patienten erhöll den bästa möjliga kirurgin, vilket ibland kunde medföra motsättningar då viss nivå av autonomi behövde tillåtas för att lära sig det nya jobbet (Cochran & Elder, 2014). Rogers et al. (2011) beskriver hur operatörer kunde reagera negativt när de skulle arbeta med personer som de tidigare aldrig arbetat med. I vissa fall kunde operatörer känna frustration över och rentav vägra att arbeta med okända människor eller operationspersonal som utbildade sig enligt (Cochran & Elder, 2014). De operatörer som var kända för att ha problematiskt beteende förvärrades dessutom i sitt beteende när de tvingades arbeta med personal utanför deras normala operationsteam. Att schemalägga med hänsyn till operationspersonalens erfarenhet upplevdes svårt relaterat till vissa operatörers problematiska personligheter.

Enligt Cochran och Elder (2014) gjorde den hierarkiska ordningen i sjukhusmiljön att kirurger privilegierades och tilläts problematiska beteenden. I İşık et al. (2020) erfor operationssjuksköterskor att operatörerna såg dem som underordnade assistenter som inte skulle skämmas bort med respekt, istället för fullvärdiga medarbetare. Rogers et al. (2011) beskrev en händelse då operatören blev arg och hotade en operationssjuksköterska för att hen inte underordnade sig operatörens vilja. En majoritet av deltagarna upplevde att intensiteten och frekvensen av operatörens problembeteenden också avgjordes av hur mycket makt den utsatta personen hade (Cochran & Elder, 2014). Personer långt ned i den perioperativa makthierarkin fick utstå mest och grövst problembeteende. Higgins och Macintosh (2010) visade att operationssjuksköterskan ibland blev utsatt för respektlöst beteende som en följd av att operatörer inte kom överens med varandra. En annan operationssjuksköterska uttryckte att de var säkra mål för operatören att ta ut sin frustration på när de mötte motgångar (Higgins & Macintosh, 2010). Chrouser och Partin (2019) lyfte uppfattningen om att operatören ofta försöker hitta en syndabock när svårigheter uppstår. Oftast uppgavs ekonomiska skäl som den största anledningen till att problembeteenden tolererades av ledningen (Cochran & Elder, 2014). Uppfattningen var att kirurger genererade mycket pengar till institutionen och därför förbisågs problematiken. En operatör erkände sin egen maktposition och påpekade att makt är någonting som kan användas orättvist eller gynnande för andra människor (Rogers et al., 2013b). En annan operatör uppgav med viss saknad att tiderna har förändrats och menade att tiden då kirurger kunde bete sig hur som helst var över i och med att yngre personer börjar arbeta i verksamheterna (Rogers et al., 2013a).

Omständigheter kring rutiner var en faktor som triggade problembeteende hos operatören (Higgins & Macintosh, 2010). När operatörer påmindes om rutiner eller när de fick vänta för att en rutin skulle efterlevas, följde ofta aggressiva svar och vredesutbrott. Andra sorters förseningar kunde också ge upphov till problembeteenden, till exempel försenade operationer till följd av schemalägningsproblem eller avbokningar. I de fall då operationspersonal arbetade på timavlönad basis kunde det skapa friktion med operatörens önskan om att maximera antalet operationer eftersom operationspersonalen uppfattades dra ut på tiden (Chrouser & Partin, 2019).

Bristande material kunde vara en katalysator för problematiskt beteende (Chrouser & Partin, 2019; Gillespie et al., 2013; Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011). Det kunde röra sig om att instrument felade vid användning, att instrument saknades, var av fel sort eller att leveranser av instrument uteblivit (Chrouser & Partin, 2019; Gillespie et al., 2013; Higgins & Macintosh, 2010). Rogers et al. (2011) beskrev att operatörer kunde bli mycket arga för att de saknade instrumentet. Under en operation på ett barn fanns inte instrumentet att tillgå, vilket orsakade en episod av skuldbeläggning mot operationssjuksköterskan (Gillespie et al., 2013). En annan incident som beskrevs i samma studie illustrerar hur en operatör fick ett vredesutbrott för att en särskild hake som hen önskade var på en annan sal. Om den instrumenterande operationssjuksköterskan inte bekräftade operatörens önskemål verbalt och gav operatören fel instrument kunde det resultera i aggressiva reaktioner från operatören. I ett fall då operationssjuksköterskan kallade ett instrument vid fel namn fick en annars väl omtyckt operatör ett vredesutbrott och läxade upp operationssjuksköterskan (Rogers et al., 2013b). Även när operationssalens utrustning var uppställd på fel sätt kunde operatören få vredesutbrott på operationssjuksköterskan (Chrouser & Partin, 2019).

I en studie framförs en bild av att kirurger i allmänhet har svårt att reglera sin stress (Cochran & Elder, 2015). Stress hos operatören kunde uppstå när den tillgängliga operationstiden begränsades (Higgins & Macintosh, 2010). Den vanligaste anledningen till operatörens problembeteende var oväntade komplikationer som uppstod under operationen (Cochran & Elder, 2014). Även Chrouser och Partin (2019) lyfter fram att stressen av svårigheter i de operativa ingreppen vanligtvis är orsaken till problembeteenden. En operatör beskrev att under svåra moment i ingreppet behövde de vara helt fokuserade på uppgiften på bekostnad av allt annat (Gillespie et al., 2013). När operatören upplevde maktlöshet för att de inte kunde förhindra patientens försämring uppstod också stress vilket ofta resulterade i problembeteenden (Cochran & Elder, 2015). När deltagarna beskrev specifika känslor hos operatören betecknade studenter oftare frustration i samband med störande beteende än ilska, stress eller andra känslor (Chrouser & Partin, 2019).

I Chrouser och Partin (2019) beskrivs operatörer ofta ha en typ A-personlighet. Läkarestuderande tvekade att välja kirurgi som huvudområde (Cochran & Elder, 2015). De trodde att det skulle göra dem olyckliga och de kände sig tvungna att anta dysfunktionella personlighetsdrag som lättretlighet och arrogans för att bli framgångsrika operatörer. Vidare hade deltagarna också en generell bild av att kirurger hade potential att vara känslomässigt manipulativa (Cochran & Elder, 2015). Operationssjuksköterskor beskrev att även om många operatörer var pedagogiska så fanns det många som identifierade svaghet och njöt av operationssjuksköterskors nervositet och missöden (Higgins & Macintosh, 2010). De operatörer som ofta uppvisade olika former av problembeteenden uppfattades ha flera gemensamma personlighetsdrag (Cochran & Elder, 2014). Personlighetsdragen beskrevs som tvångsmässighet, hårdhet, arrogans, likgiltighet, känslolöshet och självcentrering, och framträdde mer i stressfyllda situationer. De operatörer som hade tendens att bli arga, tycktes bli ännu argare efter en episod av vredesutbrott (Cochran & Elder, 2014). En vanlig uppfattning var att kirurgi som disciplin lockade personer med sådana personlighetsdrag. Individer som studiedeltagarna beskrev med dessa personlighetsdrag uppfattades också vara dem som drog mest nytta av sin maktposition på institutionen. Vissa deltagare i Cochran och Elder (2014) trodde att operatörer hade utsatts hårt för problembeteenden under sin kirurgiska utbildning och därför tvingats adoptera samma sorts jargong för att klara av arbetet. Cochran och Elder (2014) beskrev även att operatörer bär på tvivel om sin egen förmåga. De är rädda

att de inte är tillräckligt skickliga i sin yrkesutövning. Även i Cochran och Elder (2015) härledde deltagare operatörens problembeteende delvis till prestationsångest.

Vilka känslor väcker operatörers problembeteenden hos operationssjuksköterskor?

Vid granskning av studiernas resultat framkommer många känslor kopplade till operatörens problembeteende. Rädsla var en återkommande känsla (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014, 2015; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2013a). När operationssjuksköterskor utsattes för verbala påhopp av operatörer väcktes känslor av ångest och rädsla. De kände även rädsla för att operatören skulle få ett utbrott till (Cochran & Elder, 2014, 2015). Liknande företeelser beskrevs i Rogers et al. (2013a) där operationssjuksköterskornas känslor grundade sig i rädslan att få ännu en utskällning. Ibland valde operationssjuksköterskorna att avstå från att rätta till patientens positionering på grund av rädsla för att operatören inte skulle gilla det (Işık et al., 2020). Känslor av rädsla och frustration uppstod då operatörer kastade instrument eller andra föremål omkring sig (Chrouser & Partin, 2019). Deltagarna kände frustration över att operatörens problembeteende var bortom deras kontroll (Rogers et al., 2013b).

Flera studier redogjorde att deltagarna upplevde att problembeteenden skapade ovilja, däribland ovilja att stanna kvar i samma operationssal som operatören som uppvisat problembeteende. Därefter följde ofta ovilja att överhuvudtaget jobba med en sådan operatör (Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011). Ovilja att hjälpa operatören uppstod även när hen i ett utbrott kastade saker omkring sig och riskerade att träffa andra (Chrouser & Partin, 2019). Efter en utskällning av en operatör blev operationssjuksköterskan ovillig till fortsatt kommunikation av rädsla för ytterligare utbrott (Rogers et al., 2013a).

Stress var en framträdande känsla som uppstod i problembeteendens kölvatten. Stress uppstod när operationssjuksköterskorna miste koncentrationen till följd av problembeteenden. En nedåtgående spiral av misstag startade. De blev spända och akut medvetna om misstagen de gjorde vilket genererade ytterligare stresspåslag (Cochran & Elder, 2015). Operationssjuksköterskorna kände sig förminskade och otillräckliga och de började tvivla på sin egen förmåga vilket till slut resulterade i att de inte klarade av att fokusera på sina arbetsuppgifter. Det resulterade i att operationssjuksköterskan begick misstag. Efter arbetsdagens slut var operationssjuksköterskorna stressade och lyckades inte göra sig av med stressen när de kommit hem (Higgins & Macintosh, 2010). Operatörens problembeteende avledde operationssjuksköterskans fokus från patienten. Stress blev följden av de kommunikationsfel och avbrott i vårdandet som orsakades av operatörer som utövade såväl psykiskt som fysiskt våld mot sina kollegor (Işık et al., 2020). Oro uppstod när operationssjuksköterskan var tvungen att fokusera på att deskalera problembeteendet för att inte trigga fler utbrott hos operatören, istället för att koncentrera sig på patientsäkerheten. De kände också en minskad respekt för både operatören och kirurger i allmänhet. Deras syn på operatörerna ändrades från idolisering till att betrakta dem som självcentrerade individer endast ute efter makt, pengar och status (Cochran & Elder, 2015).

Exponering av operatörers problembeteenden under en längre tid orsakade en eländig känsla, till slut minskade känslan av tillfredsställelse på jobbet (Işık et al., 2020). En operationssjuksköterska beskrev att klimatet på operationssalen blir bedrövligt när operatörens önskemål om specifika instrument inte gick att tillgodose. Operationssjuksköterskan tyckte synd om sin kollega som då utsattes för operatörens

efterföljande vresiga beteende (Rogers et al., 2011). Operationssjuksköterskorna upplevde att operatörer ibland kunde känna av deras nervositet och utnyttjade det. Vissa operatörer tog genast chansen att trampa ned operationssjuksköterskorna varpå de kände sig värdelösa och började tvivla på sig själva. Enligt Higgins och Macintosh (2010) kände sig operationssjuksköterskorna ofta förminskade. Deltagare upplevde sig personligt påhoppade och orättvist bemötta när operatören skyllde ifrån sig sina misstag (Rogers et al., 2011). Andra upplevde att operatörens respektlösa kommunikation gjorde att de kände sig förödmjukade (Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Cochran och Elder (2014) rapporterade att kommentarer och verbala utbrott från operatören resulterade i en obehaglig arbetsmiljö. Operationssjuksköterskor tappade sitt självförtroende och kände att deras arbete inte var tillräckligt bra (Higgins & Macintosh, 2010). Operationssjuksköterskor beskrev även att de kände sig dumma när operatören otåligt klampade omkring i operationssalen till följd av att de fick vänta medan operationssjuksköterskan utförde sina arbetsuppgifter. De upplevde att operatörernas samtalsämnen gjorde dem obekväma och inte inkluderade dem. Hierarkin märktes av då operationssjuksköterskorna kände sig som måltavlor för operatörernas dåliga humör (Higgins & Macintosh, 2010).

Hur hanterar operationssjuksköterskor operatörers problembeteenden?

En vanlig strategi var att undvika operatören och dennes beteende (Cochran & Elder, 2015; Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Operationssjuksköterskor försökte aktivt undslippa att jobba med problematiska operatörer (Rogers et al., 2011). Hanteringsstrategin fungerade inte alltid och när operationssjuksköterskorna blev tvungna att jobba med den problematiska operatören valde de att bli tystlåtna och formella. De konverserade endast om det var nödvändigt eller vid tilltal (Cochran & Elder, 2015; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Cochran och Elder (2015) beskrev att vissa operatörer hade rykte om sig att vara mer benägna att bete sig illa och operationssjuksköterskorna hanterade detta genom att aktivt undvika dem. Operationssjuksköterskornas reaktion på problematiskt beteende var att inte vilja arbeta med personen i fråga (Higgins & Macintosh, 2010). De valde att inte kommunicera med operatören och undvika ögonkontakt. Vissa valde att sjukskriva sig för att slippa jobba med särskilda operatörer. Sandelin och Gustafsson-Åkesdotter (2015) beskrev att operationssjuksköterskorna förde en tyst kommunikation med varandra vid tillfällen då en operatör var frustrerad över operationen men ändå inte ville kontakta en mer erfaren kollega. Då kunde en hand formad som en telefon indikera till 'pass på sal' att hen skulle kontakta en mer erfaren operatör ändå. Personalen varnade också sina kollegor om en operatör hade betett sig illa (Cochran & Elder, 2015).

För att återställa patientsäkerheten och lugna en upprörd operatör konfronterades denne direkt eller genom att gestikulera med handen som ett stopptecken (Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Andra informerade operatörerna att deras beteende fick diskuteras senare och att fokus skulle vara på patienten och operationen. En operationssjuksköterska uttryckte att operatörer borde skjuta upp sina eventuella konflikter till senare för att behålla fokus (Rogers et al., 2013a). Operationssjuksköterskor försvarade sina kollegor när de utsattes för kränkande beteende men tvingades tillslut acceptera operatörernas problembeteenden för att själva inte bli utfrysta (Higgins & Macintosh, 2010). På ett sjukhus hade en operatör anställts för att utöva aktivt ledarskap på operationssalarna (Rogers et al., 2013b). Operationssjuksköterskorna upplevde detta som positivt då denna operatör hanterade de

beteenden som orsakade konflikter. Personen med den yrkesrollen stod upp emot operatörer med problematiska beteenden för operationssjuksköterskornas räkning, något som hen kritiserades för emellanåt från sina kirurg-kollegor. Ytterligare en strategi operationssjuksköterskor använde sig av var avpersonalisering (Cochran & Elder, 2015). De intalade sig själva att operatörens reaktion inte var en återspeglning av deras egen prestation utan hade sin grund i operatörens personlighet, frustration över operationen eller dennes besvikelse över den egna prestationen.

Operationssjuksköterskor sökte stöd hos sina kollegor efter interaktion med speciellt besvärliga operatörer. Det gav dem glädje, lindring av stress och ork att fortsätta sitt arbete. De fick ofta påminna sig själva om att det var kompetenta och skickliga yrkesutövare (Cochran & Elder, 2015). Operationssjuksköterskor lärde sig vad som retade operatörerna och vad som tillfredsställde dem, till exempel ligga steget före och se till att allt är perfekt inför kommande operation (Higgins & Macintosh, 2010). Förstärkning av sina egna mentala förmågor och att intala sig själv att man trots allt var skicklig och gjorde ett bra jobb gjorde att operationssjuksköterskorna lättare kunde hantera de känslor som problembeteenden skapade (Cochran & Elder, 2015). Operationssjuksköterskor angav att om de inte kunnat debriefa med sina kollegor hade de inte orkat fortsätta jobba kvar, utan varit tvungen att söka sig nytt jobb eller avbryta sin utbildning inom kirurgi (Cochran & Elder, 2015). För några blev tillvaron till slut eländig och tillfredsställelsen på jobbet minimal, så de valde till sist att söka arbete någon annanstans (Işık et al., 2020).

Vad har operatörers problembeteenden för effekter på operationssjuksköterskans yrkesutövning?

Kommunikationen brast eller uteblev ibland mellan operationssköterska och operatör (Cochran & Elder, 2015; Gillespie et al., 2013; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2013a). Rogers et al. (2013a) beskrev att motvillighet till kommunikation med operatören uppstod när denne läxade upp eller på annat sätt riktade verbal vrede mot en operationssjuksköterska. Denna motvilja hade sin grund i den rädsla som triggades fram av operatörens beteende. Rädslan berodde på deltagarnas skräck för att tryckas ned eller misskrediteras av operatören om hen ansåg dem ha fel (Gillespie et al., 2013). Cochran och Elder (2015) beskrev att effektiviteten i kommunikationen minskar. Detta efter att operatören ingjutit rädsla i teamet genom sitt problembeteende. Enligt Chrouser och Partin (2019) framgick det att även AT-läkarnas kommunikationsförmåga med operatören hämmas på grund av rädslan att påtala att något skulle vara fel eftersom det kunde reta operatören ännu mer. Enligt Işık et al. (2020) frambringades stress hos operationssjuksköterskan när kommunikationsfel uppstod efter att de bemötts av psykiska och till och med fysiska problembeteenden. Cochran och Elder (2015) beskrev allvarliga effekter på kommunikationen till följd av operatörens beteende. Operationssjuksköterskorna valde att sluta prata med operatören helt. Information om kommande patienter och operationer hämtades hos kollegor istället för hos den problematiska operatören.

Flera studier nämnde att teamarbetet påverkades negativt av operatörens problembeteende (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014; Gillespie et al., 2013; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2013b; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Förmågor och kunskaper hos deltagare i teamet tenderade att minska när stämningen i operationssalen var spänd då operatören inte kunde kontrollera sitt humör (Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Det

förklarades också i (Gillespie et al., 2013) att hela teamets prestanda minskade och att gemensamma beslut inte fattades på grund av avsaknad av basal kommunikation, respekt och professionalism. Chrouser och Partin (2019) påvisade dock både positiva och negativa aspekter på fenomenet. Operationssjuksköterskan blev mindre benägen att vilja hjälpa operatören när denne fick ett utbrott men samtidigt ansåg några av studiens deltagare att hela arbetsgruppen blev mer vaken och lyhörd av beteendet. Operatörer kunde bli irriterade av att behöva arbeta med personal som inte vanligen ingick i dennes operationsteam. Det kunde då hända att de vägrade arbeta med personen ifråga vilket skapade onödiga förseningar eller i värsta fall gjorde att en operation ställdes in (Cochran & Elder, 2014).

Operationssjuksköterskor har också ansvar för att administrera vilka operationer som kan genomföras given utsatt tid (Rogers et al., 2013b). Operatörernas svårhanterliga personligheter kunde dock skapa svårigheter för operationssjuksköterskorna när de skulle sätta ihop team och lägga scheman.

Operationssjuksköterskans arbete försvårades av operatörer som önskade speciella instrument och vägrade jobba utan dem trots att det inte påverkade utfallet av operationen. Beteenden som detta orsakar förseningar och merarbete för operationssjuksköterskan (Rogers et al., 2011). Operationssjuksköterskan tvingades lägga sin tid på att behaga operatören och se till att allt var perfekt för att förhindra problembeteenden (Higgins & Macintosh, 2010).

Operationssjuksköterskor blev ofta pressade att arbeta fortare och hetsades att skynda igenom kritiska moment som till exempel kontrollräkning av instrument (Higgins & Macintosh, 2010). Fler exempel där operatörer försvårar operationssjuksköterskans arbete framgick i studien av Işık et al. (2020) där operationssjuksköterskan och dennes kollegor drog sig för att ändra patientens positionering av rädsla för operatörens vrede. Deltagare uppgav att de blev utskällda trots att de utfört sitt jobb korrekt (Higgins & Macintosh, 2010). Att se till att riktlinjer och lokala rutiner följs är ännu en del av operationssjuksköterskans arbete.

Operatörer motsatte sig ofta att följa riktlinjer och rutiner och besvarade istället operationssjuksköterskans påtryckningar med aggressivitet (Higgins & Macintosh, 2010). Operationssjuksköterskor blev utstötta av teamet när de motsatte sig operatörens beteende och tvingades sedan anpassa sig till operatörernas problembeteende för att åter bli accepterade i teamet (Higgins & Macintosh, 2010). Operationssjuksköterskor vittnade också om operatörer som medvetet försvårade arbetet för nya operationssjuksköterskor och operationssjuksköterskor under utbildning. Operatörerna motarbetade medvetet dessa individer, läxade upp dem eller till och med vägrade jobba med dem.

Operationssjuksköterskorna berättade att lärandeprocessen försvårades av operatörer som var ovilliga att lära ut och stötta nya operationssjuksköterskor (Higgins & Macintosh, 2010).

Operationssjuksköterskor uttryckte oro för patientens välbefinnande i flera studier, bland annat i Cochran och Elder (2015) där operationssjuksköterskorna varit tvungna att skifta fokus från patienten till att lugna operatören och inte råka göra något som kunde trigga ytterligare utbrott. I detta skede lades mindre energi och uppmärksamhet på patientsäkerheten och operationen vilket gav operationssjuksköterskorna etisk stress och ångest. Deltagarna berättade att en snöbollseffekt av fel uppstod till följd av operatörernas problembeteenden. När operationssjuksköterskorna blev medvetna om att de gjort ett fel slutade de tänka klart och gjorde ytterligare fel (Cochran & Elder, 2015; Higgins & Macintosh, 2010). Fler studier har kommit fram till liknande resultat där operationssjuksköterskorna tappade fokus på sina arbetsuppgifter till följd av operatörens beteende. Problembeteenden orsakade kommunikationsmissar och avbrott i vårdprocessen (Işık et al.,

2020). Operationssjuksköterskorna kände sig pressade att jobba fortare i skeden av operationen där det var avgörande att de var uppmärksamma och koncentrerade. I vissa situationer avbröts operationssjuksköterskans koncentration av operatörens problembeteenden vilket enligt operationssjuksköterskorna placerade patienten i en oförutsedd situation (Higgins & Macintosh, 2010). En operatör medgav att skälla ut en operationssjuksköterska bara skapade motvilja att konversera med operatören och ökade risken för att fler fel kunde ske eftersom operationssjuksköterskan var rädd för fler utbrott (Rogers et al., 2013a). Verbala påhopp gjorde att uppmärksamheten bröts och deltagarna kunde bara fokusera på operatörens beteende (Higgins & Macintosh, 2010). Det gjorde att patienten utsattes för risk enligt deltagarna.

Problembeteenden orsakade negativa fysiska och psykiska effekter på hälsan hos operationssjuksköterskor (Higgins & Macintosh, 2010). Operationssjuksköterskor kunde bli mentalt utmattade efter bara en operation med operatörer som uppvisade problembeteenden (Rogers et al., 2011). De rapporterade att de kände sig värdelösa, hade dåligt självförtroende och tvivlade på sina egna förmågor. Operationssjuksköterskorna led av fysisk utmattning, andfåddhet, hjärtklappning och svettningar. Några andra deltagare hade utvecklat hudbesvär, högt blodtryck, huvud- och ryggvärk och viktminskning, några uppvisade även symtom på depression (Higgins & Macintosh, 2010). I Higgins och Macintosh (2010) hade deltagarna noterat flera sjukskrivningar som de ansåg berodde på att operationssjuksköterskorna inte klarade av att hantera problembeteenden. En deltagare medgav att hen övervägde att sjukskriva sig vissa dagar då hen var tvungen att jobba med en viss operatör. Samma beteende noterades i en annan studie där deltagarna valde att undvika kollegorna eller i slutändan säga upp sig (Işık et al., 2020). Flera operationssjuksköterskor uppgav att de hade valt att byta jobb, gick i funderingar att byta jobb, valde ett annat karriärval eller avbröt sina studier i kirurgi på grund av problembeteenden (Cochran & Elder, 2015). Operationssjuksköterskor stod inte ut med operatörernas beteende utan valde att leta efter nytt jobb där de kände sig respekterade (Higgins & Macintosh, 2010).

Diskussion

Metoddiskussion

Det råder viss debatt kring vilka begrepp som skall användas vid granskning av vetenskapliga arbeten med kvalitativ design (Polit & Beck, 2016; Wallengren & Henricson, 2012). Eftersom studien ämnar sammanställa kvalitativ kunskap i form av känslor och erfarenheter har författarna till denna litteraturstudie tagit hänsyn till begreppen trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet i utformningen av litteraturstudien. De begreppen kan i en litteraturstudie anses jämförbara med begreppen validitet och pålitlighet som används mer för kvantitativ studiedesign (Polit & Beck, 2016; Wallengren & Henricson, 2012). Enligt Polit och Beck (2016) handlar trovärdighet om att välja lämplig studiemetod som kan härledas till resultatet. Wallengren och Henricson (2012) menar att giltighet i relation till informationen och hur den tolkas påverkar trovärdigheten. För att säkra så hög grad av trovärdighet som möjligt har flera databaser använts som var relevanta för forskning inom perioperativ omvårdnad (Bettany-Saltikov, 2016). Att söka efter litteratur från flera olika källor och på så sätt öka chansen att lokalisera allt vetenskapligt material som kan besvara litteraturstudiens syfte och forskningsfrågor ger litteraturstudien högre trovärdighet (Wallengren & Henricson,

2012). Författarna är utbildade sjuksköterskor med kandidatexamen inom omvårdnad. Båda författarna har några års arbetslivserfarenhet som allmänsjuksköterskor och det är med de förkunskaperna och erfarenheterna som litteraturstudien påbörjades. Författarna har till bästa förmåga försökt arbeta transparent och redovisat metoden tydligt, något som inte bara har betydelse för trovärdigheten utan också för den etiska aspekten av studien (ALLEA, 2017). Författarna till denna litteraturstudie har haft ständig dialog med varandra genomgående i hela arbetet för att uppnå en högre grad av bekräftelsebarhet enligt (Wallengren & Henricson, 2012). Viss arbetsfördelning har skett men respektive författare har fått granska alla delar i arbetet och tillsammans gjort tillägg och ändringar. Båda författarna har tagit del av all data i sin helhet och extraktionen av relevant text har skett i samråd. Pålitlighet har att göra med huruvida en läsare kan lita på resultatet i den utförda studien (Polit & Beck, 2016). Vid kritisk granskning av den egna litteraturstudien framkommer vissa brister.

Alla strukturerade sökningar i den utförda litteraturstudien är inte identiska, vilket kan ses som en möjlig brist. Särskilt PubMed sökningen skulle kunna kompletteras med fler synonyma begrepp till *disruptive behavior*. Delar av anledningen är att det framkom nya sökord under arbetets gång som ansågs kunna bidra till en mer fulländad sökning. Delvis behövde sökningarna anpassas till de olika databaserna och tilläts därför skilja lite i utseende. Många ostrukturerade sökningar har dock gjorts i alla databaser, vilka inte genererade några artiklar som författarna upplever saknas i de strukturerade sökningarna. Därför finns det anledning att tro att de strukturerade sökningarna i tillräckligt stor grad uppfyllt sitt syfte att täcka det aktuella forskningsområdet (Bettany-Saltikov, 2016). En annan aspekt som är värd att diskuteras gällande litteratursökningarna är att sökord som som knyter an till *Outcome* i PEOT-modellen i stort sett utelämnats, till exempel *experienc**, *emotion*, *attitudes*. Vid ostrukturerade litteratursökningar visade sig dessa sökord smalna av träffytan i alltför stor utsträckning, varpå beslut fattades att exkludera dessa sökord. I denna litteraturstudie har en stor mängd sökord använts. Detta ansågs nödvändigt eftersom artiklar med relevant data fanns inom flera olika, stora forskningsområden. De strukturerade sökningarna inkluderade artiklar publicerade mellan år 2010 och 2020. För att basera litteraturstudien på så aktuell forskning som möjligt hade tidsspannet kunnat minskas, men vid försök att göra detta uppstod problem med att hitta tillräckligt många artiklar för att genomföra litteraturstudien på ett trovärdigt sätt. Det finns rikligt med forskningsunderlag om problembeteende i bredare termer men utbudet begränsades avsevärt när kvantitativa studier och studier som inte berörde den perioperativa miljön gallrades bort. Det kan finnas risker att värdefull information gått förlorad men valet att begränsa studien till kvalitativ forskning ansågs ändå motiverad med hänsyn till litteraturstudiens syfte och frågeställningar och för bevarandet av litteraturstudiens trovärdighet. Litteraturstudien är baserad på Bettany-Saltikov (2016) som inte belyser genomförande av mixad metod. Mallen Critical Appraisal Skills Programme (2018) som användes för att granska de vetenskapliga artiklarna valdes utifrån rekommendation ur Bettany-Saltikov (2016). En potentiell brist med vald granskningsmall är att den saknar ett poängsystem och tydliga kategorier som kännetecknar studier av varierande kvalitet. För att hantera detta lästes alla valda artiklar individuellt i sin helhet och diskuterades muntligen mellan författarna före och efter kvalitetsgranskning.

Ett inklusionskriterium var att studierna skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Majoriteten av artiklarna i sökningarna var skrivna på engelska även utan språkfilter aktiverat, så risken att flera relevanta studier skulle förbises med detta inklusionskriterium bedömdes som liten, men inte helt obetydlig. Det är en möjlig svaghet med litteraturstudien.

Pålitligheten i studien kan anses stärkas av det faktum att engelska är det mest frekvent använda språket i etablerade vetenskapliga tidskrifter. Genom att begränsa sökträffarna till artiklar skrivna på engelska, bör risken att inkludera artiklar av sämre kvalitet reduceras. Det stärker därav pålitligheten av litteraturstudiens resultat.

Ett inklusionskriterium för studien är att de inkluderade vetenskapliga artiklarna skall vara godkända av en etisk kommitté eller innehålla etiskt resonemang. En av de inkluderade studierna var inte godkänd av en etisk kommitté (Chrouser & Partin, 2019). Däremot förklarade författaren att studien befriats från det kravet i en utomstående granskning på den institutionen studien utfördes. Anledningen till detta var att datainsamlingen redan var gjord i rutinmässigt syfte att intervjua läkarstuderande om deras erfarenheter, alltså inte i forskningssyfte. Dock är informationen i studien avidentifierad. I arbetet med litteraturstudien vägdes detta mot hur värdefull artikeln var för litteraturstudiens resultat. Författarna beslutade att inkludera studien med stöd mot att studiedeltagarnas anonymitet säkerställts, det finns ett etiskt resonemang och att studien fått lov att genomföras och publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Det vetenskapliga värdet hos en studie ökar om den är granskad av en etisk kommitté eller innehåller noggranna etiska överväganden (Wallengren & Henricson, 2012).

Författaren David A. Rogers med flera kollegor har skrivit tre inkluderade artiklar i litteraturstudiens resultat (Rogers et al., 2011; Rogers et al., 2013a; Rogers et al., 2013b). Det gäller även författarna Amalia Cochran och William B. Elders som tillsammans har skrivit två artiklar som ingår i litteraturstudiens resultat (Cochran & Elder, 2014, 2015). Rogers et al. (2011); Rogers et al. (2013a); Rogers et al. (2013b) har använt samma urvalsgrupp i sina studier och likaså har Cochran och Elder (2014, 2015) gjort i sina studier. Samtliga artiklar innehöll dock unik information som illustrerade olika perspektiv i denna litteraturstudie. Dessa författare har följaktligen dokumenterat vana att bedriva empiriska studier på ett tillförlitligt sätt och är dessutom välbekanta med forskningsområdet. Det kan antas stärka trovärdigheten i en litteraturstudie (Wallengren & Henricson, 2012). Nackdelen med detta är att om alla tio resultatartiklar hade utarbetats av tio olika forskarlag istället för sju, hade fler unika perspektiv på problemområdet kunnat bidra med ytterligare kunskap.

De inkluderade studierna utfördes i Sverige, USA, Australien, Kanada och Turkiet. Flera delar av den extraherade informationen överensstämde mellan studierna och de olika geografiska platserna vilket stärker litteraturstudiens överförbarhet. Det är också en fördel för studiens trovärdighet att problembeteendens effekter i operationssalen utforskas från olika kulturella kontexter, då olika sjukvårdsorganisationer runtom i världen ser olika ut. Omvänt så finns det särskilt kulturellt betingade omständigheter som skiljer sig från den svenska hälso- och sjukvården, vilket begränsar tillämpningen på en strikt svensk kontext. Arbetsfördelningen ser till exempel väldigt olika ut mellan professionerna i USA gentemot Sverige. De geografiska skillnaderna medförde att stor hänsyn behövde tas till benämningar av yrkeskategorier vid granskning av studierna. I USA arbetar *scrub technicians* med arbetsuppgifter som enbart operationssjuksköterskor gör i Sverige och därför inkluderades material som berörde denna yrkeskategori. Det är inte utan risk eftersom denna yrkeskategori inte är sjuksköterskor i grunden.

Resultatdiskussion

Denna litteraturstudie belyser problembeteenden ur operationssjuksköterskans perspektiv och följer av dessa i den perioperativa arenan. I litteraturstudiens resultat framkom det att operatören uppvisar ett flertal olika problembeteenden i operationssalen som påverkar operationssjuksköterskans hälsa, känslor och yrkesutövning. Problembeteenden hos operatören kunde triggas av olika faktorer. Beroende på sammanhanget hanterade operationssjuksköterskan detta på olika sätt. Se figur 1 för en förklaringsmodell av resultatet.

Resultatet i denna litteraturstudie kan verka nedslående vid en första anblick. Mycket tyder dock på att i de allra flesta fall förlöper teamarbete i operationssalen utan problematiska beteenden. Jones, Jennings, Higgins och de Waal (2018) beskriver att samarbete är långt mycket vanligare i operationssalen än konflikter, baserat på observationer av sociala interaktioner under operationer. Operatören är förvisso den teammedlem som oftast initierar konflikter men det är också operatören som oftast sänder ut mest positiv kommunikation till andra teammedlemmar. 63 procent av tillfrågade deltagare i studien Rosenstein och O'Daniel (2006) bevitnade inte problembeteenden hos operatörer oftare än en till två gånger i månaden. Samtidigt observerades problembeteende hos sjuksköterskor dagligen av sju procent av de tillfrågade, medan 21 procent av de tillfrågade uppgav någon gång i veckan. Operatören är alltså inte den enda yrkeskategorin som använder sig av problembeteenden i stressade och ansträngda situationer. Det verkar som att problembeteende ibland är en mänsklig reaktion på stress i en krävande miljö. Jones et al. (2018); Rosenstein och O'Daniel (2006) bekräftar alltså att mycket av den kirurgi som utförs runt om i världens operationssalar förlöper friktionsfritt med ett gott interprofessionellt samarbete, precis i linje med ideala teamkriterier enligt Sveriges kommuner och regioner (2020). Det problembeteende som ändå förekommer i operationssalarna är svåra att bedöma gällande förekomstfrekvens, då olika perioperativa professioner har olika uppfattningar om hur väl teamarbetet fungerar (Carney, West, Neily, Mills & Bagian, 2010; Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, Millman, Rowen & Pronovost, 2006; Matziou, Vlahioti, Perdikaris, Matziou, Megapanou & Petsios, 2014; Sterchi, 2007). Olika yrkesgrupper har också olika uppfattning om vad som utgör problembeteende och acceptabelt beteende (Dull & Fox, 2010; Villafranca et al., 2017). Om definitionen av problembeteenden inte är delad i operationsteamet är det inte förvånande att det förekommer eftersom vissa individer tycker att beteendet är acceptabelt i en social och arbetsmässig kontext.

Operationssjuksköterskans bild av vilka beteenden hos operatören som är problematiska gjordes tydlig i denna litteraturstudie. Beteenden differentierar sig mellan uttryck i operatörens kroppsspråk till fysiskt våld. Irriterat beteende visade sig kunna vara en ofrånkomlig konsekvens av frustration över olika företeelser (Chrouser & Partin, 2019; Higgins & Macintosh, 2010). Resultaten i översikten av Villafranca et al. (2017) samstämmer med denna litteraturstudie gällande att ett flertal olika orsaker kan föranleda problembeteende hos operatören men bara genom att orsaka irritation, stress eller en annan negativ känsla. Verbal fientlighet uppgavs vara den vanligaste formen av problembeteende som operationssjuksköterskan utsattes för (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014; Higgins & Macintosh, 2010). Det framkommer också att verbal fientlighet kan ta sig många uttryck, till exempel genom skrikande, förminskande kommentarer eller svordomar rakt ut i luften som inte riktas mot någon särskild individ (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014; Işık et al., 2020). Det överensstämmer med den äldre forskning som rapporterade skrik, höjda röster, grovt språk och förolämpningar som de vanligaste formerna av

problembeteenden i hälso- och sjukvården (Rosenstein, 2002; Rosenstein & O'Daniel, 2006, 2008; Rosenstein & Naylor, 2012). Fysiskt våld förekom i de inkluderade studierna men rapporterades relativt sällan och kortfattat (Cochran & Elder, 2014; Higgins & Macintosh, 2010; Işık et al., 2020). Beteendet är naturligtvis mycket allvarligt men givet den låga incidensen av fysiskt våld i operationssalen kan det finnas andra problematiska beteenden och främjande faktorer som är mer angelägna att hantera. Dessa må inte vara inte vara lika grova som fysiska våldshandlingar men förekommer desto oftare (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014; Higgins & Macintosh, 2010; Park, Cho & Hong, 2015).

Antagonistiska attityder framkom i flertalet granskade studier när operatören har en attityd som strider mot målen för det övriga operationsteamet (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014; Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011; Rogers et al., 2013b; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Resultatet utgör ett viktigt komplement till tidigare forskning som visar att operationssjuksköterskor tycker att operationsteamet har gemensamma mål i mindre utsträckning än operatörer (Coe & Gould, 2008). Syftet med antagonistiska attityder verkar skilja sig mellan olika scenarion, men alla antagonistiska attityder har gemensamt att aktivt motsätta sig andra teammedlemmar. De fall då operatörer visar motvilja mot ny operationspersonal som i Cochran och Elder (2014); Higgins och Macintosh (2010); Rogers et al. (2011) kan eventuellt förklaras med den ökade frekvensen av störningar i operationsarbetet när operationsteamet inte känner varandra (Henaux et al., 2019). Cima och Deschamps (2013) beskriver att kirurger ur ett historiskt perspektiv haft en djup ansvarskänsla för sina patienter och att de än idag har en framträdande roll som ledare i operationsteamet. Detta i kombination med vetskapen om att ingreppet kommer vara mindre patientsäkert till följd av brist på personkännedom skapar utan tvekan stress hos operatören. Dock motsäger detta delar av resultatet i litteraturstudien som visade att i vissa fall står operatörens attityd i direkt konflikt med det övriga operationsteamets farhågor kring patientsäkerheten (Cochran & Elder, 2014; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Möjligtvis har operationssjuksköterskor och operatörer olika syn på vad som främjar och vad som hotar patientsäkerheten. Det framkom av denna litteraturstudie att operationssjuksköterskan ofta upplever att de får ta skulden för negativa händelser. Det stärks också av tidigare studier (Cook et al., 2001). I litteraturstudiens samtliga artiklar som omnämner ogrundad skuldbeläggning riktas skulden alltid nedåt i den klassiska hierarkin, från operatör till operationssjuksköterska. Ogrundad skuldbeläggning riktas mot en specifik individ, till skillnad från skrikande och svordomar som kan uttryckas rakt ut, utan en specifik måltavla. De exempel på skuldbeläggning som ges av Cochran och Elder (2014); Higgins och Macintosh (2010); Işık et al. (2020); Rogers et al. (2011) tyder alla på att ogrundad skuldbeläggning sker medvetet men inte alltid kontrollerat av operatören. Ett annat problembeteende med tydliga hierarkiska maktinslag var hotfullhet och ignorering. Cochran och Elder (2014); Rogers et al. (2011) gav exempel på incidenter som försatte operationssjuksköterskan i utsatta situationer då operatören demonstrerade sin makt genom att skrämmas med hot om att få operationssjuksköterskan sparkad från sitt jobb bland annat. Dull och Fox (2010) visade att operatörer använder sig av skrämselföretande, ibland medvetet för att det anses nödvändigt men ibland även omedvetet. Andra maktmedel som operatören utnyttjade var att ignorera operationssjuksköterskan (Gillespie et al., 2013; Higgins & Macintosh, 2010).

Det blir uppenbart att det inte går att peka på en specifik faktor som ensam påverkar de interpersonella relationerna. Det finns flera bakomliggande faktorer som föranleder

operatörens problembeteenden och de verkar ofta i kombination med varandra. Intrapersonella faktorer som operatörens personlighetsdrag verkar spela en avgörande roll för problembeteendens natur och förekomst (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014, 2015; Higgins & Macintosh, 2010). Gemensamt för ovanstående studier verkar vara att kirurgi som disciplin präglas av en viss jargong som antas av nya operatörer, dels i syfte att passa in men även genom att konstant utsätts för grovt problembeteende under sin upplärning. I flera studier uppfattade deltagare att operatörer med problembeteenden ofta hade liknande personligheter (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014, 2015). Det stöds av Pappas, Gouva, Gourgouljanis, Hatzoglou och Kotrotsiou (2016) som bekräftar att kirurger utmärker sig från sina kollegor i andra specialiteter i den bemärkelsen att de är mer extroverta, har högre grad av fientlighet och mindre neuroticism i sin personlighet.

Även interpersonella faktorer som hierarkier upprätthöll och möjliggjorde operatörens problembeteenden i denna litteraturstudie (Cochran & Elder, 2014; Higgins & Macintosh, 2010; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2011; Rogers et al., 2013a; Rogers et al., 2013b). Sammanfattningsvis kan sägas att studierna ger bilden av att traditionella hierarkier i sjukvården fortfarande är levande och påverkar interaktionen mellan operationssjuksköterska och operatör. Kirurger ses som värdefulla tillgångar för sjukhusen och operationssjuksköterskor hålls kvar i rollen som osjälvständiga, underordnade assistenter genom problembeteenden. Att bli avsiktligt ignorerad av operatören var ett frekvent inslag i flera inkluderade studier (Gillespie et al., 2013; Higgins & Macintosh, 2010) och överensstämmer med vetenskap i andra artiklar. Operatörer använde ofta tystnad som ett verktyg att demonstrera sin makt i operationssalen, exempelvis genom att ignorera frågor från operationssjuksköterskan (Gardezi, Lingard, Espin, Whyte, Orser & Baker, 2009). Författarna till denna litteraturstudie ser en risk att operationssjuksköterskans professionella autonomi begränsas och därmed holkar ur operationssjuksköterskans vitala funktion (Riksföreningen för operationssjukvård, 2008; Tollerud, 1985). Vissa positiva utsikter uppkom dock avseende hierarkier. En studie gav uttryck för att den hierarkiska strukturen kan vara på väg att plattas ut (Rogers et al., 2013a). Forskning tyder på att operationssjuksköterskor genom vidare studier på universitet erhåller kunskap som underlättar samarbetet med operatörer och ger mod att ifrågasätta i högre utsträckning (Tame, 2013). Det bidrar indirekt till ökad patientsäkerhet.

Flertalet känslor till följd av problembeteenden väcks hos operationssjuksköterskorna. De mest framträdande känslorna var rädsla, frustration, ovilja, stress och förlust av självförtroendet. Rädsla är en återkommande känsla i flera studier (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014, 2015; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2013a). Dock är rädsla hos de som utsätts för problembeteenden inte något nytt fenomen. Villafranca et al. (2017) nämner rädsla som en konsekvens av problembeteenden som riktats mot operationspersonalen. Författarna konstaterar även att rädslan tenderar att öka med tiden. Resultatet av denna litteraturstudie indikerar att rädslan för operatörens missnöje påverkar operationssjuksköterskans arbete då hen avstår från att korrigera sådant som kanske skulle gagna patienten (Işık et al., 2020). Villafranca et al. (2017) beskriver att rädsla och frustration är början på en negativ spiral som till slut mynnar ut i nedsatt kommunikation och prestation från teamet.

Stress verkar närmast vara en sekundär känsla i förhållande till problembeteenden. Denna känsla uppstår vanligtvis indirekt av de kommunikationsfel och misstag som kan härledas till

problembeteenden (Cochran & Elder, 2015; Işık et al., 2020). Hög grad av stress och frustration återfinns också i Rosenstein och O'Daniel (2006) där en övervägande majoritet av deltagarna kopplade problembeteendens effekter till dessa upplevelservår. De har i likhet med denna litteraturstudie kommit fram till att stress och frustration var efterföljande känslor av effekterna som problembeteenden skapar. Effekten av stress dras också till sin ytterlighet i Jacob (2015) som fastslår att stress gör att operationssjuksköterskorna tappar koncentrationen och slarvar med uppgifter där noggrannhet är av stor vikt. Resultatet av denna litteraturstudie och tidigare forskning pekar på att problembeteenden orsakar en snöbollseffekt av olika känslor som utmynnar i att operationssjuksköterskan börjar göra yrkesmässiga fel som till slut riskerar att skada patienten. Känslan av ovilja utmärkte sig i Higgins och Macintosh (2010); Rogers et al. (2011) där operationssjuksköterskorna kände ovilja att befinna sig i närheten av operatörer som uppträdde illa. Oviljan hämmade också kommunikation och viljan att hjälpa operatören (Rogers et al., 2013a). Liknande beteende finns beskrivet i en annan studie där operationssjuksköterskorna känner ovilja att konfrontera operatören eller att ringa operatören av oro för att av misstag provocera fram antagonistiskt beteende (Rosenstein & O'Daniel, 2006). Att ovilja väcks hos operationssjuksköterskan är olyckligt, vilket illustreras av Buback (2004) som beskriver att det kan leda till nedsatt motivation hos operationssjuksköterskan att utföra sina arbetsuppgifter på ett kompetent sätt.

Förminskning eller känslan av att bli nedtryckt av operatörerna var en av de faktorer som bidrog till sämre självförtroende (Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011). Att bli respektlöst bemött gjorde att operationssjuksköterskorna kände sig förödmjukade (Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Samma resultat återkommer i Buback (2004), sämre självförtroende är en långtidseffekt av problembeteenden. Författaren menar också att hela teamets prestationsförmåga påverkas när en deltagares självförtroende minskar, eftersom de övriga teammedlemmarna då måste ta större ansvar för att upprätthålla patientsäkerheten. Lägre arbetstillfredsställelse är också en av de långtidseffekter som noterats i tidigare studier (Cook et al., 2001). Det representeras även i denna studie (Cochran & Elder, 2014; Işık et al., 2020). Operationssjuksköterskorna drabbades av både fysiska och psykiska hälsoeffekter vilket i somliga fall resulterade i sjukskrivning (Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011). Denna del av resultatet kan relateras till Statistiska Centralbyrån (2017)'s kunskapsunderlag om att psykisk påfrestning och arbetsbelastning är huvudanledningen till att sjuksköterskor lämnar sitt yrke. Det kan också vara en bekräftelse på att problematiken är högst aktuell även på svenska operationsavdelningar trots att endast en av de inkluderade studierna var utförd i Sverige. En av de hanteringsstrategier som trädde fram i resultatet var just att byta jobb (Cochran & Elder, 2015; Işık et al., 2020). Strategin är inte noterad enbart i denna studie utan återkommer i forskningen (Björn, Josephson, Wadensten & Rissén, 2015; Buback, 2004; Lögde, Rudolfsson, Broberg, Rask-Andersen, Wålinder & Arakelian, 2018).

I litteraturstudien framkom olika strategier som operationssjuksköterskan tillämpade för att hantera operatörens problembeteende. Avpersonalisering och debriefing användes i viss utsträckning, men de mest omnämnda strategierna var undvikande och konfrontation. Operationssjuksköterskorna hade flera olika undvikande strategier som sträckte sig mellan att undvika operatören helt och hållet till att undvika konversation och göra sig osynlig (Cochran & Elder, 2015; Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). I likhet med den forskningen Lay-Teng et al. (2010) presenterat om att problembeteende ska accepteras i tystnad, så försätter dessa undvikande strategier operationssjuksköterskan i en passiv, underordnad ställning gentemot operatören. Som

tidigare omnämnts i Tame (2013) så kan vidareutbildning för operationssjuksköterskor stärka deras förmåga att stå upp mot operatörer och därmed stärka sin ställning som en självständig teammedlem utan att behöva förlita sig på passiva hanteringsstrategier som undvikande. Sådana exempel förekom i denna litteraturstudie då operationssjuksköterskor vågade konfrontera operatören direkt eller efter operationen för att snabbt och tydligt markera att beteendet inte accepterades (Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Buback (2004) skiljer på mild konfrontation och bestämd konfrontation. Buback (2004); Cook et al. (2001) beskriver fall av mild konfrontation när operationssjuksköterskan talar med operatören efteråt och förklarar vad som inte kändes acceptabelt. Vid bestämd konfrontation görs detta i direkt anslutning till händelsen. För att bekämpa skadliga hierarkiska mönster i operationsalen ter sig antagandet rimligt att konfrontation i linje med Buback (2004); Cook et al. (2001); Sandelin och Gustafsson-Åkesdotter (2015); Tame (2013) borde uppmuntras och läras ut till operationssjuksköterskor. Weiss, Kolbe, Grote, Spahn och Grande (2017) betonar att hierarkiska skillnader i multiprofessionella team kan hindra 'låg-status' medlemmar att yttra sig om risker eller komma med idéer. Beslutsamhetsträning har en fördel mot reguljära utbildningar i teamarbete för dessa grupper (Weiss et al., 2017).

Försvårande av operationssjuksköterskans yrkesutövning och arbetsuppgifter sågs fortlöpande i flera studier. Operatörens problembeteenden orsakade onödiga förseningar och försvårade inläringen för nya operationssjuksköterskor och stressade personalen att arbeta fortare (Higgins & Macintosh, 2010; Rogers et al., 2011). Att försvåra inläringen för noviser är motsägelsefullt med tanke på behovet av skicklig personal som behövs i teamarbetet (Sandelin et al., 2019). Bristande- eller helt utebliven kommunikation var en av de effekter på operationssjuksköterskans yrkesutövning som framträdde i flera studier (Cochran & Elder, 2015; Gillespie et al., 2013; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2013a). Costello, Clarke, Gravely, D'Agostino-Rose och Puopolo (2011); Katz, Blasius, Isaak, Lipps, Kushelev, Goldberg, Fastman, Marsh och Demaria (2019) har kommit fram till liknande resultat. Möjligtvis förstärker problematiken tendenser till att mindre grupper bildas i det större teamet enligt Gillespie et al. (2010). Katz et al. (2019) fastslår att ohövlighet hindrar kommunikationen och Costello et al. (2011) menar att den kirurgiska hierarkin styr vem som vågar tala. Detta är en till synes allvarlig effekt eftersom teamarbete är en grundläggande hörnsten i operationssjuksköterskans yrkesutövning (Riksföreningen för operationssjukvård, 2008). För att teamarbetet ska fungera i operationsalen behöver kommunikationen vara obehindrad. Flera studier vittnade om negativa effekter på teamarbetet (Chrouser & Partin, 2019; Cochran & Elder, 2014; Gillespie et al., 2013; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2013b; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Effekter som minskad prestation, spänd miljö och sämre kommunikation i hela gruppen noterades av Gillespie et al. (2013); Sandelin och Gustafsson-Åkesdotter (2015). Det är givet att patientsäkerheten blir lidande till följd av problembeteenden. Det styrks av Buback (2004) som visar att alla aspekter som minskar- eller avbryter teamarbetet, inklusive verbal otrevlighet är en direkt risk för patientsäkerheten. Det samstämmer med Katz et al. (2019) som hävdar att förhindrande av kommunikation är en fara för patienten. Liksom ovanstående forskning tyder även denna litteraturstudie på att teamkommunikation är en grundläggande förutsättning för god patientsäkerhet.

Slutsats

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av operatörernas problembeteenden. Operationssjuksköterskor i de granskade studierna upplevde att operatörer uppvisade en rad olika verbala och fysiska problembeteenden. Dessa förekom i olika omfattning och skiljde sig i allvarlighetsgrad. De grävsta problembeteendena verkar inte nödvändigtvis vara de som är mest angelägna att hantera. Problembeteenden frodas i hierarkiska miljöer parallellt med ökade nivåer av stress och frustration i operationsteamet. Nya teamkonstellationer, brist på adekvat utrustning, organisatoriska faktorer och operatörens personlighet visade sig ha inverkan på problembeteenden. Operationssjuksköterskor delgav att känslor av rädsla, frustration, ovilja, stress och förlust av självförtroende uppkom till följd av operatörens problembeteenden. Operationssjuksköterskor hanterade sina känslor kring problematiken delvis med hjälp av avpersonalisering och debriefing men främst genom att undvika eller konfrontera operatörer som hade problematiska beteenden. Om hanteringsstrategierna visade sig otillräckliga valde somliga att byta karriär eller arbetsplats. Problembeteendens effekter på operationssjuksköterskans yrkesutövning bestod i försämrad kommunikation och teamarbete. Arbetsuppgifterna blev svårare att utföra adekvat vilket upplevdes äventyra patientsäkerheten. Ibland fick problembeteenden så allvarliga konsekvenser att operationssjuksköterskor var tvungna att sjukskriva sig.

Problembeteenden har varit ett välkänt problem sedan en relativt lång tid. Det får allvarliga konsekvenser för patientsäkerhet och hälsan för operationspersonalen. Oftast är operatören källan till problembeteenden intraoperativt. Professionerna som arbetar i operationssalen behöver en gemensam uppfattning om vilka beteenden som är acceptabla. Denna litteraturstudien belyser operationssjuksköterskans bild av problemet, vilket utgör en viktig del i processen att uppnå konsensus om önskvärt beteende i operationssalen. Operationssjuksköterskan arbetar i föråldrade, hierarkiska strukturer som bidrar till ett försämrat teamarbete. Om problembeteende hanteras på individnivå såväl som organisatoriskt, kan dessa strukturer bytas ut mot en sund säkerhetskultur som bidrar till att operationssjuksköterskans profession stärks och möjliggöra en tryggare vård för patienten.

Kliniska implikationer

- Litteraturstudien kan fylla en funktion att upplysa om de skadliga effekter problembeteenden har på operationsverksamhet i hälso- och sjukvården.
- Vidare bidrar den med kunskapsunderlag som skulle kunna användas i planering och utförande av utbildningsinsatser rörande intraoperativ patientsäkerhet.
- Eftersom problembeteenden ger upphov till att kvalificerad personal flyr yrket i linje med Cochran och Elder (2015); Işık et al. (2020), kan studien bidra till minskad personalomsättning och ge stabilitet i de opererande verksamheterna.
- Litteraturstudien bidrar i förlängningen till optimering av teamkonstellationer så att personkännedom i operationsteamet främjas, något som visat sig vara positivt för att motverka problematiska beteenden (Cochran & Elder, 2014; Işık et al., 2020; Rogers et al., 2011; Rogers et al., 2013b).

Förslag till fortsatt forskning

Författarna till denna litteraturstudie anser att det finns bristfällig kvalitativ forskning om problembeteenden som riktas mot operationssjuksköterskor. Denna studie kan bidra med att kartlägga befintlig kunskap och belysa vad som fortfarande är okänt. På så vis kan det underlätta framtida forskning kring problembeteenden i perioperativ miljö. Litteraturstudien uppklarar att olika professioner verkar ha olika syn på vad som utgör risker för patientsäkerheten i operationssalen. Operatörer månade om patientsäkerheten genom att minimera intraoperativa störningar medan de i vissa fall upplevdes stressa genom ingrepp för att hinna med så många som möjligt. Det i sin tur upplevdes hota patientsäkerheten ur operationssjuksköterskans perspektiv (Cochran & Elder, 2014; Henaux et al., 2019; Sandelin & Gustafsson-Åkesdotter, 2015). Framtida studier kan med fördel undersöka och jämföra professionernas olika uppfattningar om vilka faktorer som främjar eller äventyrar patientsäkerheten i operationssalen.

Referenslista

- ALLEA. (2017). Den europeiska kodexen för forskningens integritet. Hämtad 2020-05-19, från <https://allea.org/code-of-conduct/>
- Bettany-Saltikov, J. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide* (2. ed. uppl.): London : McGraw-Hill Education/Open University Press.
- Björn, C., Josephson, M., Wadensten, B., & Rissén, D. (2015). Prominent attractive qualities of nurses' work in operating room departments: a questionnaire study. *Work*, 52(4), 877-889.
- Buback, D. (2004). Assertiveness training to prevent verbal abuse in the OR. *AORN Journal*, 79(1), 147-164. doi: 10.1016/S0001-2092(06)61149-6
- Budden, C.R., Svechnikova, K., & White, J. (2017). Why do surgeons teach? A qualitative analysis of motivation in excellent surgical educators. *Medical Teacher*, 39(2), 188-194. doi: 10.1080/0142159X.2016.1248384
- Carney, B.T., West, P., Neily, J., Mills, P.D., & Bagian, J.P. (2010). Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *Aorn j*, 91(6), 722-729. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.066
- Chippis, E., Stelmaschuk, S., Albert, N.M., Bernhard, L., & Holloman, C. (2013). Workplace Bullying in the OR: Results of a Descriptive Study. *AORN Journal*, 98(5), 479-493. doi: 10.1016/j.aorn.2013.08.015
- Chrouser, K.L., & Partin, M.R. (2019). Intraoperative Disruptive Behavior: The Medical Student's Perspective. *Journal of Surgical Education*, 76(5), 1231-1240. doi: 10.1016/j.jsurg.2019.04.002
- Cima, R.R., & Deschamps, C. (2013). Role of the surgeon in quality and safety in the operating room environment. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*, 61(1), 1-8. doi: 10.1007/s11748-012-0111-6
- Cochran, A., & Elder, W.B. (2014). A Model of Disruptive Surgeon Behavior in the Perioperative Environment. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(3), 390-398. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011
- Cochran, A., & Elder, W.B. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *The American Journal of Surgery*, 209(1), 65-70. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.09.017
- Coe, R., & Gould, D. (2008). Disagreement and aggression in the operating theatre. *J Adv Nurs*, 61(6), 609-618. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04544.x
- Cook, J.K., Green, M., & Topp, R.V. (2001). Exploring the Impact of Physician Verbal Abuse on Perioperative Nurses. *Aorn j*, 74(3), 317-320, 322-317, 329-331. doi: 10.1016/s0001-2092(06)61787-0
- Costello, J., Clarke, C., Gravely, G., D'Agostino-Rose, D., & Puopolo, R. (2011). Working Together to Build a Respectful Workplace: Transforming OR Culture. *AORN Journal*, 93(1), 115-126. doi: 10.1016/j.aorn.2010.05.030
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research. Hämtad 2020-04-30, från <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola* (1. uppl. uppl.): Stockholm : Liber.
- Dull, D.L., & Fox, L. (2010). Perception of intimidation in a perioperative setting. *American Journal of Medical Quality*, 25(2), 87-94. doi: 10.1177/1062860609352107

- Friedman, D.M., Sokal, S.M., Chang, Y., & Berger, D.L. (2006). Increasing operating room efficiency through parallel processing. *Ann Surg*, 243(1), 10-14. doi: 10.1097/01.sla.0000193600.97748.b1
- Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B., & Baker, R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1390-1399. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04994.x
- Gillespie, B.M., Wallis, M., & Chaboyer, W. (2008). Operating Theater Culture: Implications for Nurse Retention. *Western Journal of Nursing Research*, 30(2), 259-277. doi: 10.1177/0193945907303006
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 732-741. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001
- Gillespie, B.M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery - creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 387-393. doi: 10.3109/13561820.2013.784243
- Helsingforsdeklarationen. (2018). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2020-05-20, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Henaux, P.L., Michinov, E., Rochat, J., Hémon, B., Jannin, P., & Riffaud, L. (2019). Relationships Between Expertise, Crew Familiarity and Surgical Workflow Disruptions: An Observational Study. *World J Surg*, 43(2), 431-438. doi: 10.1007/s00268-018-4805-5
- Higgins, B.L., & Macintosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), 321-327. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2013). Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: a mixed-methods systematic review.(Report). *BMC Nursing*, 12(1). doi: 10.1186/1472-6955-12-25
- Hälso- och sjukvårdslag. (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Işık, I., Gümüşkaya, O., Şen, S., & Arslan Özkan, H. (2020). The Elephant in the Room: Nurses' Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care. *AORN Journal*, 111(1), e1-e15. doi: 10.1002/aorn.12899
- Jacob, J. (2015). Occupational stress of scrub/scout practitioner: overview of selected literature. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 28(3), 15-21.
- Jones, L.K., Jennings, B.M., Higgins, M.K., & de Waal, F.B.M. (2018). Ethological observations of social behavior in the operating room. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(29), 7575-7580. doi: 10.1073/pnas.1716883115
- Karolinska Institutet. (2019). Svensk MeSH. Hämtad 2020-05-20, från <https://mesh.kib.ki.se/>
- Katz, D., Blasius, K., Isaak, R., Lipps, J., Kushelev, M., Goldberg, A., . . . Demaria, S. (2019). Exposure to incivility hinders clinical performance in a simulated operative crisis. *BMJ Quality & Safety*, 28(9), 750. doi: 10.1136/bmjqs-2019-009598
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor. (SFS 2003:460). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

- Lay-Teng, O., Soon-Noi, C., Soh-Chin, T., Li-Charn, L., Chern, B., & Jacobson, A. (2010). Saying 'no' to verbal abuse in the operating theatre at a tertiary hospital. *Singapore Nursing Journal*, 37(4), 38-42.
- Lögde, A., Rudolfsson, G., Broberg, R.R., Rask-Andersen, A., Wålinder, R., & Arakelian, E. (2018). I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(4), 313-320. doi: 10.1093/intqhc/mzy023
- Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, E.A., Rowen, L., & Pronovost, P.J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg*, 202(5), 746-752. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017
- Manderino, M.A., & Berkey, N. (1997). Verbal abuse of staff nurses by physicians. *Journal of Professional Nursing*, 13(1), 48-55. doi: 10.1016/S8755-7223(97)80026-9
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526-533. doi: 10.3109/13561820.2014.934338
- Murphy, E. (2018). Patient Safety and Risk Management. I J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (sixteenth edition. uppl., ss. 15-36): St. Louis, Missouri : Elsevier Science Health Science.
- Pappas, P., Gouva, M., Gourgoulanis, K., Hatzoglou, C., & Kotrotsiou, E. (2016). Psychological profile of Greek doctors: differences among five specialties. *Psychology, Health & Medicine*, 21(4), 439-447. doi: 10.1080/13548506.2015.1090614
- Park, M., Cho, S.H., & Hong, H.J. (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 87-95. doi: 10.1111/jnu.12112
- Patientsäkerhetslag. (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. uppl.): Philadelphia : Wolters Kluwer.
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård. Riksföreningen för operationssjukvård. Hämtad 2020-05-19, från <http://www.rfop.se/media/5phhwhho/kompbeskrivning.pdf>
- Rogers, D.A., Lingard, L., Boehler, M.L., Espin, S., Klingensmith, M., Mellinger, J.D., & Schindler, N. (2011). Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach. *Med Educ*, 45(9), 939-945. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04040.x
- Rogers, D.A., Lingard, L., Boehler, M.L., Espin, S., Mellinger, J.D., Schindler, N., & Klingensmith, M. (2013a). Surgeons managing conflict in the operating room: defining the educational need and identifying effective behaviors. *The American Journal of Surgery*, 205(2), 125-130. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.05.027
- Rogers, D.A., Lingard, L., Boehler, M.L., Espin, S., Schindler, N., Klingensmith, M., & Mellinger, J.D. (2013b). Foundations for teaching surgeons to address the contributions of systems to operating room team conflict. *The American Journal of Surgery*, 206(3), 428-432. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.03.002

- Rosenstein, A. (2002). Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *AJN, American Journal of Nursing*, 102(6), 26-34. doi: 10.1097/00000446-200206000-00040
- Rosenstein, A., & O'Daniel, M. (2006). Impact and Implications of Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. *Journal of the American College of Surgeons*, 203(1), 96-105. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.027
- Rosenstein, A., & O'Daniel, M. (2008). Invited article: Managing disruptive physician behavior: impact on staff relationships and patient care. *Neurology*, 70(17), 1564-1570. doi: 10.1212/01.wnl.0000310641.26223.82
- Rosenstein, A., & Naylor, B. (2012). Incidence and Impact of Physician and Nurse Disruptive Behaviors in the Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine*, 43(1), 139-148. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.01.019
- Rowe, M.M., & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag*, 13(3), 242-248. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00533.x
- Sandelin, A., & Gustafsson-Åkesdotter, B. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic journal of nursing research (tryckt utg.)*, 35, 179-185.
- Sandelin, A., Kalman, S., & Gustafsson-Åkesdotter, B. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2635-2643. doi: 10.1111/jocn.14850
- Smith, C.E. (2018). Workplace Issues and Staff Safety. I J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (sixteenth edition. uppl., ss. 37-53): St. Louis, Missouri : Elsevier Science Health Science.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). SBU:s metodbok. Hämtad 2020-05-19, från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- Statistiska Centralbyrån. (2017). Sjuksköterskan utanför yrket. Hämtad 2020-04-21, från https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016_a01_br_a40br1703.pdf
- Sterchi, L.S. (2007). Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *Aorn j*, 86(1), 45-57. doi: 10.1016/j.aorn.2007.06.009
- Sveriges kommuner och regioner. (2020). Vårdhandboken. Hämtad 2020-01-20, från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt/>
- Tame, S.L. (2013). The effect of continuing professional education on perioperative nurses' relationships with medical staff: Findings from a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 817-827. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06065.x
- Tollerud, L., Botsford, J., Hogland, M.A., Price, J.L., Sawyer, M. & Bradley, J.M. (1985). A Model for Perioperative Nursing Practice. *AORN Journal*, 41(1), 188-194. doi: 10.1016/S0001-2092(07)69827-5
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (1:3 uppl., ss. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.
- Weiss, M., Kolbe, M., Grote, G., Spahn, D.R., & Grande, B. (2017). Why didn't you say something? Effects of after-event reviews on voice behaviour and hierarchy beliefs in multi-professional action teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(1), 66-80. doi: 10.1080/1359432X.2016.1208652

- Vijendren, A., Yung, M., & Sanchez, J. (2014). The ill surgeon: a review of common work-related health problems amongst UK surgeons. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 399(8), 967-979. doi: 10.1007/s00423-014-1233-3
- Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S., & Jacobsohn, E. (2017). Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. *Can J Anaesth*, 64(2), 128-140. doi: 10.1007/s12630-016-0784-x

Bilagor

Bilaga 1 - Sökordsöversikt

<i>Sökord</i>	<i>PubMed</i>	<i>Cinahl</i>	<i>PsycINFO</i>	<i>Scopus</i>
Abuse		Abuse [fritext]	Abuse [fritext]	
Aggression		Aggression [fritext]	Aggression [fritext]	
Behavior				Behavior [fritext]
Bullying		Bullying [fritext]	Bullying [fritext]	
Conflict		Conflict* [fritext]		
Disruptive				Disruptive* [fritext]
Disruptive behavior	Disruptive behavior [fritext]	Disruptive behavio* [fritext]	Disruptive behavio* [fritext]	
Hierarchy			Hierarchy [fritext]	
Hostility		Hostility [fritext]	Hostility [fritext]	
Incivility		Incivility [fritext]	Incivility [fritext]	
Interpersonal				Interpersonal [fritext]
Interprofessional				Interprofessional [fritext]
Interprofessional relations		Interprofessional relations [fritext]		
Nurse				Nurs* [fritext]
Nurse-physician relations			Nurse-physician relations [fritext]	
Operating room	Operating rooms [ämnasord]	Operating rooms [ämnasord]	Operating room* [fritext]	
Operating room personnel		Operating Room Personnel [ämnasord]		
Operating theatre			Operating theatre* [fritext]	
Perioperative			Perioperative [fritext]	Perioperative [fritext]
Perioperative care	Perioperative care [ämnasord]	Perioperative care [ämnasord]		
Perioperative nursing	Perioperative nursing [ämnasord]	Perioperative nursing [ämnasord]		

Physician-nurse relations			Physician-nurse relations [fritext]	
Power			Power [fritext]	
Scrub nurse			Scrubs nurs* [fritext]	
Social control			Social control [fritext]	
Surgery team			Surgery team [fritext]	
Violence		Violence [fritext]	Violenc* [fritext]	

Bilaga 2 - Sökhistorik

<i>Databas</i>	<i>Datum</i>	<i>Sökord-limits-booleska operatorer</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Kvalitetsgranskade artiklar</i>	<i>Resultatartiklar</i>
Pubmed	20-04-01	<i>English language, year 2010-2020, adult ("perioperative nursing"[MeSH Terms]) OR ("perioperative care"[MeSH Terms]) OR (operating rooms[MeSH Terms]) AND disruptive behavior</i>	39	2	2
Cinahl	20-04-01	<i>Peer-review, english language, year 2010-2020 ((MH "Perioperative Nursing") OR (MH "Perioperative Care+") OR (MH "Operating Rooms") OR (MH "Operating Room Personnel+")) AND (disruptive behavio* OR incivility OR violence OR abuse OR bullying OR aggression OR hostility OR (interprofessional relations) OR conflict*)</i>	288	5	4
PsycINFO	20-04-02	<i>Peer-review, english language, year 2010-2020, adult (Perioperative OR Operating Room* OR operating theatre* OR scrub nurs* OR surgery team OR Physician-Nurse Relations OR nurse-physician relations) AND (disruptive behavio* OR incivility OR violenc* OR abuse OR bullying OR aggression OR hostility OR power OR social control OR hierarchy)</i>	118	1	1
Scopus	20-04-03	<i>English language, year 2010-2020 perioperative AND nurs* AND disruptive* AND behavior AND (interpersonal OR interprofessional)</i>	133	5	5

Bilaga 3 - Exkluderade artiklar i relevansbedömning

Referens	Orsak
Weiss, M., Kolbe, M., Grote, G., Spahn, D. R., & Grande, B. (2017). Why didn't you say something? Effects of after-event reviews on voice behaviour and hierarchy beliefs in multi-professional action teams. <i>European Journal of Work and Organizational Psychology</i> , 26(1), 66-80.	Svarade ej till syfte. Deltagare endast anestesipersonal.
Liu, Y., Vashdi, D., Cross, T., Bamberger, P., & Erez, A. (2020). Exploring the puzzle of civility: Whether and when team civil communication influences team members' role performance. <i>Human Relations</i> , 73(2), 215-241.	Kvantitativ
Ong, L., Chia, S., Tan, S., Lee, L., Chern, B., & Jacobson, A. (2010). Saying "no" to verbal abuse in the operating theatre at a tertiary hospital. <i>Singapore Nursing Journal</i> , October, 38-42.	Studien är publicerad 2010 men intervjuerna utfördes 2006-2007
Chipps, E., Stelmaschuk, S., Albert, N., Bernhard, L., & Holloman, C. (2013). Workplace Bullying in the OR: Results of a Descriptive Study. <i>AORN Journal</i> , 98(5), 479-493.	Kvantitativ
Costello, J., Clarke, C., Gravely, G., D'Agostino-Rose, D., & Puopolo, R. (2011). Working Together to Build a Respectful Workplace: Transforming OR Culture. <i>AORN Journal</i> , 93(1), 115-126.	Kvantitativ
Saxton, R. (2012). Communication Skills Training to Address Disruptive Physician Behavior. <i>AORN Journal</i> , 95(5), 602-611.	Svarar ej till studiens syfte
Park, M., Cho, S., & Hong, H. (2015). Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 47(1), 87-95.	Kvantitativ
Elfering, A., Grebner, S., Leitner, M., Hirschmüller, A., Kubosch, E., & Baur, H. (2017). Quantitative work demands, emotional demands, and cognitive stress symptoms in surgery nurses. <i>Psychology, Health & Medicine</i> , 22(5), 604-610.	Kvantitativ
Jones, L., Jennings, B., Higgins, M., & De Waal, F. (2018). Ethological observations of social behavior in the operating room. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States</i> , 115(29), 7575-7580.	Kvantitativ
Keller, S., Tschan, F., Semmer, N., Timm-Holzer, E., Zimmermann, J., Candinas, D., . . . Beldi, G. (2019). "Disruptive behavior" in the operating room: A prospective observational study of triggers and effects of tense communication episodes in surgical teams. <i>PloS One</i> , 14(12), E0226437.	Kvantitativ
Tekin, Y., & Bulut, E. (2014). Verbal, Physical and Sexual Abuse Status Against Operating Room Nurses in Turkey. <i>Sexuality and Disability</i> , 32(1), 85-97.	Kvantitativ
Heslin, M. J., Singletary, B. A., Benos, K. C., Lee, L. R., Fry, C., & Lindeman, B. (2019). Is Disruptive Behavior Inherent to the Surgeon or the Environment? Analysis of 314 Events at a Single Academic Medical Center. <i>Annals of Surgery</i> , 270(3), 463-472.	Kvantitativ

Bilaga 4 - Artikelöversikter

Nr	I
Referens	Rogers, D., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Klingensmith, M., Mellinger, J. D., & Schindler, N. (2011). Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach. <i>Med Educ</i> , 45(9), 939-945. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04040.x
Land & databas	USA, PubMed & Scopus
Syfte	Syftet var att utröna vilken sorts konflikthanteringsmetod kirurger ska bli utbildade i, baserat på vilka sorts konflikter som förekommer i operationssalen (fritt översatt).
Design	Kvalitativ - Grounded Theory
Urval	Ändamålsenligt urval av deltagare från olika platser och olika institutioner (<i>regional referral centres affiliated with residency training programmes</i>). Operationssjuksköterskor och kirurger deltog fokusgruppdiskussioner indelade efter disciplin. Operationssjuksköterskorna skulle ha minst två års erfarenhet av arbete i operationssalen. Alla kirurgerna hade det genom sin utbildning så kravet gällde inte dem. Totalt deltog 31 operationssjuksköterskor och 35 kirurger.
Slutsats	Studien bekräftar att konflikter i operationssalen bland annat orsakas av hårt språk. Konflikterna kan ha uppgiftsrelaterade eller relationsrelaterade orsaker. Konflikterna kan även ha uppgiftsrelaterade konsekvenser och relationsrelaterade konsekvenser. En variation mellan dessa förekommer. Negativa känslor bidrog starkt till hur personer reagerade i konflikter och vilka konsekvenser det fick.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CASP (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	2
Referens	Sandelin, Annika, & Gustafsson, Birgitta Å. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. <i>Nordic journal of nursing research</i> (tryckt utg.), 35, 179-185.
Land & databas	Sverige, Sekundärsökning
Syfte	Att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av teamarbete i det kirurgiska teamet med hänsyn till att uppnå patientsäkerhet (fritt översatt).
Design	Kvalitativ deskriptiv design med narrativa intervjuer och innehållsanalys.
Urval	Bekvämlighetsurval. 16 operationssjuksköterskor valdes ut för att delta i studien. Inklusionskriteriet var att de skulle ha minst två års arbetserfarenhet i en svensk operationsavdelning. Alla deltagare var kvinnor i ålder 36–64 år och hade jobbat som operationssjuksköterska i 7-34 år.
Slutsats	Studien presenterar tre teman som belyser teamwork i relation till patientsäkerhet, mellan operationssjuksköterskorna och andra professioner i det dagliga arbetet. Personcentrerad vård, självständigt samarbete och kännedom om varandras kunskap bidrog till säker kirurgi. Korta möten, dålig kännedom av varandras kunskap, okontrollerade vredesutbrott och upplevelser av att bli exkluderad upplevdes som negativt för patientsäkerheten. Operationssjuksköterskorna bemötte svåra situationer genom en rad olika strategier för att återställa patientsäkerheten.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CASP (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	3
Referens	Cochran, A., & Elder, W. B. (2014). A model of disruptive surgeon behavior in the perioperative environment. <i>Journal of the American College of Surgeons</i> , 219(3), 390-398.
Land & databas	USA, Scopus
Syfte	Målet med detta forskningsprojekt var att generera teori om de typer och orsaker till störande kirurgens beteende i den perioperativa miljön från den insamlade informationen.
Design	Kvalitativ, grounded theory. Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Enligt forskarna var GT den mest passande metoden. En person utan några professionella band till platsen utförde intervjuerna. Var intervjuerna genomfördes framgick inte.
Urval	19 deltagare: fem läkarstudenter, fyra anestesiologer från en fackförening, fyra läkare, fyra perioperativa sköterskor, två <i>scrub tekniker</i> . Deltagarna rekryterades genom mail vid ett akademiskt sjukhus. Antalet deltagare bestämdes utefter datasaturation. Deltagarna valdes medvetet och noga ut efter ålder och kön för att få ett så brett deltagande som möjligt. De talar inte om det blev några avhopp.
Slutsats	Dataanalysen grundligt beskriven. De beskriver grundligt hur de olika teman kom till. Författarna kopplar resultatet till annan forskning. Författarna diskuterar studien kritiskt; att de bara var på ett sjukhus och att studien kan ha viss selektionsbias. De har diskuterat trovärdigheten noggrant. De diskuterar resultatet till sin forskarfråga. Författarna skriver att deras studie visar att man riskerar säkerhetskulturen på operation genom att tillåta sådant beteende som kommit fram i denna studie.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CAPS (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	4
Referens	Cochran, A., & Elder, W. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. <i>The American Journal of Surgery</i> , 209(1), 65-70.
Land & databas	USA, Cinahl, PubMed, Scopus
Syfte	Syftet med denna studie var att utveckla en konceptuell modell av påverkan av störande kirurgbeteende i det perioperativa miljön
Design	Kvalitativ - Grounded theory
Urval	19 deltagare; två <i>scrub-tekniker</i> , fyra operationssjuksköterskor, fem läkarstudenter, fyra ST-läkare, fyra anestesiologer. Semistrukturerade intervjuer av en person som inte var insatt i operationssjukvård. Man tog in nya deltagare ända tills man fick datamättnad.
Slutsats	Studiens trovärdighet diskuteras i tidigare studie av samma författare. Det framgår tydligt vad de kom fram till: Ökad förståelse för betydelsen av problembeteenden på operationssalar. Författarna diskuterar vad denna studie bidrar med och hur den kan användas.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CAPS (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	5
Referens	Higgins, B. L., & Macintosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. <i>International Nursing Review</i> , 57(3), 321-327
Land & databas	Kanada, PsycINFO
Syfte	Syftet med denna forskning var att förstå deltagarnas uppfattningar av läkares fientlighet och dess effekt på deras hälsa och förmåga att tillhandahålla patientvård.
Design	Kvalitativ deskriptiv studie. De diskuterar i studien att kvalitativ deskriptiv metod var den enda lämpliga för denna studie. Data analyserades enligt Boyatsis och man tog fram teman ur datan. De tog in en tredje part som också granskades materialet. Deltagarna fick också ta del av vilka teman som kom fram (member-checking). De nämner inget om bias.
Urval	Deltagarna valdes slumpmässigt ur ett register och genom snöbollseffekt. De ville ha så brett urval som möjligt. Av de tio deltagarna hade åtta över 10 års erfarenhet. Tre hade lämnat operation och arbetade någon annanstans eller sökte aktivt arbete någon annanstans. Åldrarna sträckte sig från 28 till 58 med majoriteten över 50 år gamla. Sjuksköterskor arbetade i nio olika anläggningar, med olika kirurgiska specialiteter. Författarna diskuterar inte eventuellt bortfall. De skriver ej i detalj var intervjuerna genomfördes eller av vem, men resultatet diskuterades med en tredje part. Öppna frågor ställdes till tio operationssköterskor. Det spelades in och transkriberades, deltagarna fick läsa sin intervju efteråt.
Slutsats	Forskarna menar att man kan ta fynden från denna studie och testa i verkligheten för att förebygga problembeteenden.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CAPS (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	6
Referens	Işık, I., Gümüşkaya, O., Şen, S., & Arslan Özkan, H. (2020). The Elephant in the Room: Nurses' Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care. AORN journal, 111(1), e1-e15.
Land & databas	Turkiet, Scopus
Syfte	Syftet med denna studie var att fastställa orsakerna till och konsekvenserna av kommunikationsbrist ur det perioperativa sjuksköterskans perspektiv och att utforska perioperativa sjuksköterskors rekommendationer för att förhindra perioperativa kommunikationsfel.
Design	Kvalitativ studie utifrån Colaizzi's sju steg för fenomenologiska analys. Colaizzis fenomenologiska undersökningsmetod som beskrivs av sjuksköterskeforskare för att heltäckande undersöka perioperativa kommunikationsproblem och de påverkande faktorerna. Författarna diskuterar inte varför de valt denna metod. Forskarna hade alla olika bakgrund vilket minskar risken för bias. En specialistutbildad sjuksköterska i psykologi och kvalitativt arbete som inte var inblandad i studien dubbelkollade resultatet.
Urval	14 perioperativa sjuksköterskor med minst två års erfarenhet. Författarna valde deltagare från två universitetssjukhus. 14 personer deltog i intervjuerna. Man gjorde på detta sätt för att få ett bredare deltagande. Datainsamlingen gjordes i ett avskilt rum. Semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna skedde under arbetstid. 20 frågor. Två av författarna intervjuade, aldrig samma person för att undvika personliga bias. Intervjuer fortgick tills datamättnad uppnåddes.
Slutsats	Författarna använde fenomenologisk analys. Alla författare läste resultatet och föreslog teman, för att öka validiteten valdes de teman som inte var självklara bort och de med risk för personliga bias. Reliabiliteten är också stärkt. Författarna använde triangulation för att öka trovärdigheten. Det kopplade resultatet till annan litteratur. De kommer fram till att kommunikationsmissar är ett stort problem i det perioperativa arbetet.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CAPS (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	7
Referens	Intraoperative Disruptive Behavior: The Medical Student's Perspective. Journal of surgical education, 76(5), 1231-1240.
Land & databas	USA, scopus
Syfte	”Vi försökte framställa studenternas observationer av intraoperativa problembeteenden och deras perspektiv på den ideala intraoperativa arbetsmiljön.”
Design	Retrospektiv kvalitativ analys. Det framgår hur man arbetade fram teman. Författarna är kritiska till sin egen roll och diskuterar bias. Resultatet är tydligt. Det förs en diskussion med resultatet som de kopplar till relevant litteratur.
Urval	42 läkarstudenter. De har skrivit att läkarstudenter intervjuades som en del av institutionens rutinmässiga intervjuer av läkarstuderande och att personer med erfarenhet att intervjua studenter genomförde intervjuerna. 42 intervjuer genomfördes med öppna frågor. Intervjuaren hade ingen relation med studenterna. Författarna beskriver hur de kodade texten och vilket datorprogram de använde.
Slutsats	Man kommer fram till att fler studier behöver göras för att testa att minska förekomsten av problembeteenden. Författarna diskuterar överförbarheten och menar att det bara var studenter som var intresserade av urologi och att man borde testa detta på andra områden för det finns en risk att resultatet inte är överförbart på alla områden.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CAPS (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	8
Referens	Gillespie, Brigid M., Gwinner, Karleen, Chaboyer, Wendy, & Fairweather, Nicole. (2013). Team communications in surgery - creating a culture of safety. <i>Journal of Interprofessional Care</i> , 27(5), 387-393. doi: 10.3109/13561820.2013.784243
Land & databas	Australien, sekundärsökning
Syfte	Syftet var att beskriva teamkommunikation inom kirurgi och sättet det gynnar eller hotar säkerhetskultur (fritt översatt).
Design	Kvalitativ - Etnografi
Urval	Etnografin utfördes på ett större specialistsjukhus inom 10 olika kirurgiska specialiteter. Kirurgiska team bestående av medicinsk personal (kirurger och anestesiologer) och omvårdnadspersonal (specialistsjuksköterskor). 24 deltagare intervjuades, 16 individuella intervjuer och tre fokusgruppintervjuer.
Slutsats	Tre teman trädde fram i resultatet – Att bygga gemensam förståelse genom öppen kommunikation, hantering av kontextuella stressorer i en hierarkisk struktur och intermittent medlemskap som påverkar teamprestationen. Studien stärker och utökar den tidigare kunskapen om hur säkerhet i operationssalen påverkas av teammedlemmarnas beteenden. Den påtalar också hur viktigt det är att aktivt hantera så kallad team-instabilitet. Studien belyser hur de etablerade hierarkiska strukturerna kan motverka säkerhet på operationssalen, trots att säkerhet är eftersträvarvärt.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CASP (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	9
Referens	Rogers, David A., Lingard, Lorelei, Boehler, Margaret L., Espin, Sherry, Schindler, Nancy, Klingensmith, Mary, & Mellinger, John D. (2013). Foundations for teaching surgeons to address the contributions of systems to operating room team conflict. <i>The American Journal of Surgery</i> , 206(3), 428-432. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.03.002
Land & databas	USA, Cinahl
Syfte	Syftet var att undersöka systemen som bidrog till konflikt i operationssalen och att undersöka vad kirurger gjorde för att modifiera dessa system (fritt översatt).
Design	Kvalitativ – grounded theory
Urval	31 operationssjuksköterskor & 35 kirurger deltog i studien. Ändamålsenligt urval av deltagare från olika platser och olika institutioner (regional referral centres affiliated with residency training programmes). Operationssjuksköterskor och kirurger deltog fokusgruppdiskussioner indelade efter disciplin. Operationssjuksköterskorna skulle ha minst två års erfarenhet av arbete i operationssalen. Alla kirurgerna hade det genom sin utbildning så kravet gällde inte dem.
Slutsats	Konflikter i operationssalar påverkades av fyra systemrelaterade faktorer: teamegenskaper, procedurspecifik träning för operationspersonalen, system för instrumenthantering och det administrativa ledarskapet. Att verka för förändring baserat på avsikten att förbättra patientsäkerhet var ett effektivt sätt att lösa systemrelaterade problem. Studien tydliggör konkreta element som underhåller konflikter i operationssalen och belyser vad kirurger kan göra för att effektivt lösa konflikterna.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CASP (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

Nr	10
Referens	Rogers, David A., Lingard, Lorelei, Boehler, Margaret L., Espin, Sherry, Mellinger, John D., Schindler, Nancy, & Klingensmith, Mary. (2013). Surgeons managing conflict in the operating room: defining the educational need and identifying effective behaviors. <i>The American Journal of Surgery</i> , 205(2), 125-130. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.05.027
Land & databas	USA, Cinahl
Syfte	Syftet var att identifiera beteenden som tros vara effektiva i att hantera konflikter i operationssalen (fritt översatt).
Design	Kvalitativ – grounded theory
Urval	31 operationssjuksköterskor & 35 kirurger deltog i studien. Ändamålsenligt urval av deltagare från olika platser och olika institutioner (regional referral centres affiliated with residency training programmes). Operationssjuksköterskor och kirurger deltog fokusgruppdiskussioner indelade efter disciplin. Operationssjuksköterskorna skulle ha minst två års erfarenhet av arbete i operationssalen. Alla kirurgerna hade det genom sin utbildning så kravet gällde inte dem.
Slutsats	Studien påtalar vikten av ledarskapsutbildning och vilka egenskaper som krävs för att effektivt hantera konflikter i operationssalen. Sättet som deltagarna i studien lärt sig att hantera konflikter på var erfarenhetsbaserad, det vill säga att de fått lära av sina misstag. Konflikter och dålig hantering av konflikter hade negativa konsekvenser för teammedlemmar och teamprestationer. Fyra bra sätt för kirurger att hantera konflikter lyfts fram i studien. Dessa konflikthanteringsstrategier kan vara lämpade att ha till grund för utbildningsinsatser som riktar sig mot konflikthantering i operationssalen.
Kvalitetsbedömning	Med stöd av CASP (2018) bedömdes artikeln vara av god kvalitet.

