

Uhøflighet på operasjonsstua – anesthesisykepleieres erfaringer

Artikkelen har gjennomgått blindet vurdering av to fagfeller

Linda Bailey, anesthesisykepleier, master i anesthesisykepleie
Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Postadresse: Sognsvannsveien 20, 0372 Oslo
OsloMet - Storbyuniversitetet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Stuedsted Pilestredet, Postboks 4 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +4790057739, Epost: frkbailey@gmail.com

Simen A. Steindal, sykepleier, master i sykepleievitenskap, ph.d. Førsteamanuensis,
Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo
Telefon: +4792660422, Epost: simen.alexander.steindal@ldh.no

Alfhild Dihle, anesthesisykepleier, hovedfag i sykepleievitenskap, ph.d. Førsteamanuensis,
OsloMet - Storbyuniversitetet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Stuedsted Pilestredet, Postboks 4 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +4797968047, Epost: alfhild.dihle@oslomet.no

arbeidet. Flere mente at slike situasjoner ble hengende igjen i en tid etterpå. Informantene beskrev det som et sjokk å være nyutdannet eller student da de som ferske i faget oftere opplevde uhøflig oppførsel på jobb.

Konklusjon

Resultatene tyder på at anesthesisykepleiere er velkjent med temaet uhøflighet på operasjonsstua. Det er indikasjoner for at det er et røft arbeidsmiljø, men informantene mener kulturen er i endring. Uhøflighet oppleves som ubehagelig og anesthesisykepleiere stiller spørsmålsteget ved hvorfor det må være slik på jobb. Informantene var samstemte i at dette er noe de blir vant til etterhvert, men at dette likevel er problematisk.

Sammendrag

En stor takk til anesthesisykepleierne som deltok i studien, og til avdelingslederne som gjorde det mulig å gjennomføre datasamlingen.

Bakgrunn

Anesthesisykepleiere jobber daglig tett på andre yrkesgrupper i et høyteknologisk miljø og under tidvis krevende omstendigheter. Godt samarbeid er essensielt for å gjennomføre arbeidet inne på en operasjonsstue. En arbeids-situasjon som i utgangspunktet oppleves som stressende, vil kunne få negative konsekvenser. Arbeidsmiljø, arbeids-glede, kommunikasjon og samarbeid blir markant redusert av uhøflig oppførsel.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser anesthesisykepleiere har ved-rørende uhøflighet og samarbeidsklima på operasjonsstuene.

Metode

I studien er det benyttet kvalitativ metode med et deskriptivt, utforskende design. Data er samlet inn via to fokus-gruppeintervjuer med totalt 8 anesthesisykepleiere. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater

Fire temaer ble identifisert: 'varierende høflighet blant medarbeidere', 'uhøflighet ødelegger arbeidsgleden', 'uhøflig kommunikasjon skaper konflikter' og 'mest-ringsstrategier ved uhøflighet'. Samtlige informanter hadde rike beskrivelser av egne erfaringer med uhøflighet. Når de ble stående i slike situasjoner, følte de ubehag og reagerte med sjokk, apati, sinne og et ønske om å komme seg videre med

Nøkkelord

Uhøflighet, arbeidsmiljø, påvirkning, samarbeid, anesthesisykepleie

Introduksjon

Anesthesisykepleiere jobber daglig tett på forskjellige yrkesgrupper i et høyteknologisk miljø og under tidvis krevende omstendigheter. Anesthesisykepleierne i Norsk Sykepleierforbund sitt "Grunn-lagsdokument for anesthesisykepleiere" påpeker at anesthesisykepleier skal utarbeide strategier for konflikthåndtering (1). For at anesthesisykepleiere skal kunne ivareta et godt samarbeid med operasjons-sykepleiere, anestesileger og kirurger forutsettes gode kommunikasjons- og samarbeidsevner.



Foto: Birthe Havnes

Uhøflighet (engelsk: incivility) kan defineres som «frekk og forstyrrende oppførsel som ofte resulterer i psykologisk eller fysiologisk stress for mottaker. Uhøflig oppførsel viser tydelig mangel på respekt for andre» (2). Stress kan defineres som «manglende overensstemmelse mellom individets mestrings- evne og de utfordringer individet står ovenfor» (2). Lazarus (3) beskriver stress som opplevelsen av muligheter og trusler individet oppfatter som viktige, og som det opplever å ikke kunne håndtere. Uhøflighet på arbeidsplassen forekommer i alle yrker og på alle arbeidsplasser, men for helsepersonell er risikoen 16 ganger høyere enn i andre yrker (4). Lærebøker i organisasjonspsykologi poengterer at destruktiv kritikk i form av uhøflighet anses som svært uheldig (5). En italiensk undersøkelse fant at 69% av sykepleiere rapporterte negativ påvirkning i form av angst, søvnproblemer, depresjon og lavere selvfølelse som direkte resultat av uhøflig oppførsel på arbeidsplassen (6).

Anestesisykepleiere arbeider i tverrfaglige team, der ulike profesjoner kombinerer kunnskaps- og ferdighetsområder som ingen enkeltperson alene besitter. Kunnskap fra ulike fagområder integreres

gjennom medlemmenes kommunikasjon med hverandre til en felles tverrfaglig innsikt (7). Uhøflighet i team kan ha negativ påvirkning på samarbeidsprosesser, og kan i stor grad påvirke hvordan hvert medlem av teamet utfører sine oppgaver. Det å bevitne uhøflighet, eller å være i nærheten av det, kan trigge reaksjoner som gjør det vanskeligere å håndtere oppgaver og løse problemer. Uhøflighet øker også sannsynligheten for at mennesker går glipp av viktig informasjon (8). En randomisert studie fra Israel fant at team som eksponeres for frekke og uhøflige kommentarer kunne føre til signifikant dårligere utfall for pasientene, og teamene viste dårligere samarbeid, oppgaveløsning, feilsøking og kommunikasjon (9). Flere studier beskriver viktigheten av respektfull kommunikasjon mellom mennesker som jobber i tverrfaglige team (10-13).

Studier har vist at anestesisykepleiere som opplevde uhøflighet på arbeidsplassen rapporterte økt forekomst av utbrenthet, angst, depresjon og forhøyet stressnivå (2, 13, 14). En studie rapporterte at 80% av anestesisykepleierne opplevde uhøflighet og aggresjon på jobben (13). En annen studie fant at anestesisykepleiere mente den viktigste helsefremmende faktoren i

arbeidsmiljøet var oppførselen til nære kollegaer, spesielt deres personlighet og evner til å samarbeide (15). Stressende hendelser i samarbeidet med andre medarbeidere av forbigående natur påvirker i mindre grad anestesisykepleiernes helse, forutsatt at det er tid og anledning til å bearbeide opplevelsene (16).

Det har ikke lyktes å identifisere kvalitative studier som tar for seg opplevelsen av uhøflighet blant norske anestesisykepleiere. Kunnskap og bevissthet om dette temaet kan bidra til et bedre samarbeidsklima i en stressende arbeidshverdag, og dermed styrke pasientsikkerheten.

Hensikt

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser anestesisykepleiere har vedrørende uhøflighet og samarbeidsklima på operasjonsstua. Følgende forskningsspørsmål ble stilt:

- 1) Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med samarbeid på operasjonsstua?
- 2) Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med uhøflighet på operasjonsstua?
- 3) Hvordan påvirkes anestesisykepleiere av eventuell uhøflighet?

Design og metode

Studien hadde et deskriptivt, utforskende design, der data ble samlet via to fokusgruppeintervjuer. En viktig målsetting ved kvalitative tilnæringer er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener og hvordan personer opplever og reflekterer over sin situasjon (17). Kvalitative metoder egner seg godt for utforskning av erfaringer og mening (18).

Fokusgruppeintervju kan være en god datasamlingsmetode for å studere følsomme temaer, da gruppesamspillet kan gjøre det lettere å uttrykke synspunkter som vanligvis ikke er tilgjengelige. Samtidig er det viktig å være bevisst på at gruppedynamikken kan begrense deltakernes vilje til å dele sensitive opplevelser (19). Fokusgruppeintervjuer anses som effektivt for å tilegne seg synspunkter fra flere personer på kort tid. En annen fordel er at informantene kan reagere på hva de andre sier, noe som kan føre til utdypende meningsutvekslinger (20).

Rekruttering og utvalg

Avdelingsleder ved ett helseforetak ble kontaktet for tillatelse til å gjennomføre studien. Seksjonsledere ved to avdelinger ble kontaktet med forespørsel om tillatelse, samt praktisk hjelp til gjennomføring og strategisk utvelgelse

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget	
Kjønn	
Kvinne	4
Mann	4
Alder	
30-40 år	5
41-50 år	2
51-60 år	1
Yrkeserfaring	
1-5 år	3
6-10 år	2
11-15 år	2
16-20 år	1

Tabell 2. Intervjuguide

1	Kan du fortelle om en episode der du opplevde å bli behandlet uhøflig?
2	Med utgangspunkt i denne historien: <ul style="list-style-type: none"> • hvordan følte du deg etterpå? • hvordan ble du som person påvirket? • ble arbeidet ditt påvirket? Evt hvordan? • hvordan reagerer du på dette? • hvilke erfaringer har du med samarbeid på operasjonsstua?
3	Diskuter hva dere legger i begrepet høflighet versus uhøflighet.

av informanter basert på studiens inklusjonskriterier (21). Inklusjonskriteriene for deltagelse var anestesisykepleier som jobbet klinisk/på operasjonsstua, og erfaring med uhøflighet. Av 7 inviterte anestesisykepleiere til hvert intervju takket 4 ja til deltagelse i respektive grupper (n=8). Frafall ble begrunnet med vaktbytter, sykdom og overtidsarbeid. Endelig utvalg er beskrevet i tabell 1.

Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide ble utformet på bakgrunn av litteratur og tidligere forskning på uhøflighet blant helsepersonell (se tabell 2). Spørsmålene ble formulert enkle og åpne for å fremme diskusjon innad i gruppen og for å forankre diskusjonen i tråd med studiens hensikt. Kombinasjonen av generelle spørsmål og spørsmål om konkrete hendelser ga muligheter til å forstå informantenes vurderinger og meninger i lys av deres erfaringer (17). For å kontrollere at spørsmålene var representative med hensyn til studiens hensikt, ble intervjuguiden gjennomgått på masterseminar.

Prosedyre

Fokusgruppeintervjuene ble utført på informantens arbeidsplass ved to syke-

hus høsten 2018. I forkant fikk informantene utdelt informasjonsskriv om studien. Skriftlig informert samtykke ble innhentet på intervjudispunkt, og innlåst i brannsikket skap. Førsteforfatter hadde rollen som moderator, mens sisteforfatter var assisterende moderator. Innledningsvis ble det understreket overfor informantene at det verken var rette eller gale svar. I tillegg til intervjuguiden ble det stilt oppfølgingsspørsmål underveis for mer utfyllende svar.

Intervjuene varte i ca 60 minutter, og ble tatt opp på digital lydopptaker med innebygget minnekort. Lydfilene ble ikke overført til PC, da lydopptakeren hadde egen avspillingsfunksjon. Lydfilene ble slettet etter fullstendig transkribering. Transkriberingen ble gjennomført ad verbatim direkte etter intervjuene. Konfidensialitet ble ivarettatt ved at informantene ble bedt om å unngå å bruke navn på kollegaer og/eller arbeidssted under intervjuet. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ref.nr 893228) (22).

Analyse

Datamaterialet ble analysert i tråd med Graneheim og Lundmans trinn for kvalitativ innholdsanalyse (23):

I første analysetrinn ble den transkriberte teksten lest flere ganger for å få en overordnet forståelse om hva materialet omhandlet. Meningsbærende enheter ble identifisert og deretter markert med ulike farger. I andre analysetrinn ble den markerte teksten grundig gjennomgått og redusert til kondensert tekst uten at budskapet ble endret. I tredje analysetrinn ble de kondenserte enhetene kodet ut fra hva de handlet om. Hver kode fikk sin egen farge. De meningsbærende enhetene og kodene tok utgangspunkt i det ordrette og synlige informantene sa, og representerte materialets manifeste innhold (23). I fjerde analysetrinn ble de kondenserte enhetene tolket ut fra hva førsteforfatteren mente de handlet om, deretter abstrahert og samlet i underkategorier og kategorier. Siste trinn i analysen innebar å utvikle temaer.

Tabell 3. Eksempler fra analysen: Fra meningsbærende enhet til tema

Meningsbærende enhet (trinn 1)	Kondensert menings-enhet (trinn 2)	Kode (trinn 3)	Underkategori (trinn 4a)	Kategori (trinn 4b)	Tema (trinn 5)
«...og da tenkte jeg gud hvor mye man skal oppleve i dette faget. Jeg sier jo aldri i fra men når jeg først prøvde å si fra så var det jo... da fikk vi 'den'. Så sånn får du når du er ny og kvinne. Du venner deg til mye rart, men ikke det der. Det grøsser nedover ryggen på meg».	Hvor mye skal man oppleve i dette faget. Når jeg først prøvde å si fra så fikk jeg 'den'. Sånn får du når du er ny og kvinne. Du venner deg til mye rart.	Egen reaksjon	Man blir vant til det	Sårbare som ny, men aksepterer delvis uhøflighet	Mestrings-strategier ved uhøflighet ved uhøflighet
«...sånn er hverdagen uansett om man jobber med mange forskjellige folk, man må jo bare tilpasse seg hverandre da... det handler om hvem man er sammen med».	Man må jo bare tilpasse seg hverandre. Det handler om hvem man er sammen med.	Tilpasning	Alle tilpasser seg	Forberedt på alt og tilpasser seg	

Analyseprosessen resulterte i 4 temaer som representerer materialets latente innhold, altså forfatternes samstemmige tolkning av materialet (23) (se tabell 3).

Resultater

Gjennom analyseprosessen ble anestesisykepleiernes erfaringer og opplevelser sammenfattet i fire temaer med tilhørende kategorier. De fire temaene som fremkom var: 'varierende høflighet blant medarbeidere', 'uhøflighet ødelegger arbeidsgleden', 'uhøflig kommunikasjon skaper konflikter' og 'mestringsstrategier ved uhøflighet'. Temaene underbygges med sitater, hvor tall angir fokusgruppe-intervju, mens bokstav angir informant.

Varierende høflighet blant medarbeidere

Dette temaet inkluderte to kategorier som omhandlet anestesisykepleiernes beskrivelser av samarbeidet på operasjonsstua, deriblant erfaringer med stress, arbeidsmiljø og kommunikasjon.

Uhøflighet blir akseptert i stressende situasjoner

Samtlige informanter mente stress var viktig og interessant å diskutere da arbeidshverdagen besto av mange stressende situasjoner. Uhøflig oppførsel

ble akseptert i stressende situasjoner, og det var stor takhøyde for å godta slik adferd fra kollegaer. En informant (1D) illustrerte dette slik: «... når de er stressa er det lettere å tolerere.»

Flere informanter mente at stress handlet mye om trygghet og erfaring hos seg selv og hos kollegaer. En informant (1B) fortalte: «Det handler om trygghet, jo tryggere man er, jo mer fleksibel er man for andre måter å jobbe på».

Flere informanter reflekterte over egen oppførsel rundt det å føle seg stresset. Noen fortalte at de ble slått av en veldig iver etter å komme i gang med arbeidet, og at de da kunne glemme vanlig kollegial høflighet, som å hilse på andre i operasjonsteamet:

«... flere ganger har jeg kommet inn på stua og det første jeg sier er "skal vi ta inn der..?" Man har fått full briefing på gangen og så må man ta inn der og så hopper man over høflighetsfrasene» (1D).

Andre fortalte at de kunne oppføre seg uhøflig hvis stressnivået opplevdes som for høyt: «Når jeg har nådd metninga mi i forhold til stress, så kan jeg endre tonefall og bli krass, miste litt respekt for hierarkiet. Det kan ses på som uhøflig» (1A).

Videre ble det diskutert at flere

kollegaer oppførte seg respektfullt og profesjonelt uansett hvor hektisk situasjonen kunne være, og at det derfor var vanskelig å akseptere at noen oppførte seg kritikkverdig hvis de ble stresset. Informantene fremhevet at stressfylte arbeidssituasjoner ikke burde være ensbetydende med uhøflighet og respektløs opptreden.

Uhøflighet sett med nye øyne

Flere informanter snakket om at det sett utenfra er et ganske røft miljø på anestesivdelingen og på operasjonsstua. Tempoet er høyt, man samarbeider med personer man ikke kjenner fra før og står ofte i krevende og akutte situasjoner der man må reagere raskt. Informantene erfarte at omgangstonen kunne være krass og skarp, og de måtte være på hugget og i forkant av eventuelle akutte situasjoner som potensielt kunne oppstå. Informantene fortalte at de som ferske anestesisykepleiere tenkte: «Er det sånn dere snakker til hverandre» (2B)?

Førsteintrykket fra praksis ble gjerne negativt, da miljøet og omgangstonen var ukjent. Flere mente at det var forskjell innenfor og utenfor sykehusets fire vegger og at det handlet om perspektiv. En informant (1D) illustrerte dette ved å fortelle om en akutt hendelse der en kollega hadde ropt at han måtte gjøre

noe han også, ikke bare stå ved data-maskinen:

«...og det er riktig det, det er en del av jobben. I en sånn situasjon kan du ikke begynne med 'kan du være så vennlig'. Det hadde vært uhøflig ute på gata, men på gata er ikke en stressa jobbsetting».

En informant bemerket at det var akkurat som om noen tok på seg en «rolle» i det de gikk inn i heisen på sykehuset. Alle informantene poengterte at det stort sett dreide seg om enkeltpersoner som var uhøflige, at noen bare «var sånn», men at hvis alle bare fikk «være sånn» så surnet miljøet veldig for alle involverte. Flere informanter understreket likevel at miljøet var i endring. Nye og yngre kollegaer brakte med seg andre holdninger. En informant (1B) beskrev det slik:

«Vi har sett et generasjonsskifte. Det er mange gamle og sure som har slutta. De har blitt erstattet med yngre som trives bedre og som ler og koser seg. Det er en veldig annerledes stemning».

Uhøflig kommunikasjon skaper konflikter

Informantene hadde varierte erfaringer rundt samarbeidet på operasjonsstua. Samtlige erfarte samarbeidet på arbeidsplassen som jevnt over godt, men i tilfeller der teamet opplevde uhøflig eller ubehagelig oppførsel led kommunikasjonen medlemmene imellom og det kunne skape konflikter og dårlig stemning. Som en informant (2B) bemerket: «Vi er så mange konstallasjoner av folk, dagsform, arbeidsopp-gaver. Av og til er det jo rart at det går».

Flere informanter nevnte at dager med godt samarbeid skapte god stemning og et hyggelig miljø: «Mye hyggeligere å jobbe en dag med bra teameffort. Ingen tvil om det» (1D).

I situasjoner der informantene erfarte at samarbeidet ble påvirket av uhøflighet, kunne viktige beskjeder risikere ikke å bli oppfattet, noe som kunne føre

til farlige situasjoner og redusert pasientsikkerhet. En av informantene (2A) beskrev en episode slik:

«Kirurgen mumlet en beskjed som ikke anestesisykepleieren fikk med seg. Da det ble oppdaget sprakk det fullstendig for kirurgen og han skjelte henne ut. Det verste for anestesisykepleieren var at assisterende kirurg hang seg på utskjellinga. Det ble ingen konsekvens for pasienten, heldigvis».

Alle informantene var enige om at det var viktig å oppføre seg høflig og respektere hverandres arbeid. En informant understreket at det var spesielt viktig å ta seg tid til en briefing innad i teamet før pasienten ankom operasjonsstua: «Det gir en helt annen følelse av samarbeid hvis man har sett på hverandre og hatt fokus på at man jobber sammen» (2B).

Noen diskuterte at det også handlet om perspektiv og at i visse situasjoner og settinger så kan kommunikasjonen være skarp uten at den er uhøflig.

Uhøflighet ødelegger arbeidsgleden

Samtlige informanter hadde selv erfart episoder med uhøflighet på operasjonsstua. Alle var samstemte i at uhøflighet opplevdes svært ubehagelig. Flere presiserte at det oftest dreide seg om enkeltpersoner og at det var individuelt hva som opplevdes som uhøflig. Informanter fortalte innledningsvis om opplevelser der de hadde bevitnet uhøflig oppførsel rettet mot andre. De fortalte at det var ubehagelig og flaut å være tilskuer i slike situasjoner og hadde stor medfølelse med de som ble behandlet dårlig. En informant fortalte (1A):

«Vi hadde en ny LIS (lege i spesialisering) på stua som fokuserte på noe kirurgen var uenig i ... det var litt kjeftbruk og hu løp gråtende ut av stua».

Etter flere bevitnede eksempler på uhøflig oppførsel kom informantene med egenopplevde hendelser der de delte erfaringer de selv hadde vært mottakeren av uhøflig

oppførsel. Alle informantene var enige i at uhøflig oppførsel skaper dårlig samarbeidsklima på operasjonsstua. En informant illustrerte det slik (1D):

«Jeg gjorde som jeg pleier og ble skjelt ut for at jeg løfta feil. Jeg ble så perpleks at jeg ikke greide å si noe tilbake».

Flere informanter diskuterte engasjert hva de selv la i begrepet uhøflighet versus høflighet, og det var mange individuelle forskjeller. Flere kommenterte at det egentlig handlet om vanlig folkeskikk. Det var bred enighet om at det ofte handlet om hvordan man snakket til hverandre, altså i forhold til tonefall og formulering. En informant beskrev det slik (2D): «Det er forskjell på å si «HENT DEN!», kontra «kunne du vært så vennlig å hente den...»».

Mange mente at det var flere nyanser her, som en informant forklarte (1A): «Det er forskjell på å ikke være utpreget høflig og uhøflig. Det er ikke høflig å ikke si hei, men ikke veldig uhøflig heller».

Det ble en livlig diskusjon blant informantene rundt de individuelle oppfatningene av sjargong og omgangstone på jobb. Flere mente at en sleivete sjargong på operasjonsstua kunne være positiv, et tegn på humor og at dette var en del av arbeidskulturen. Alle var enige i at den vanlige omgangstonen og sjargongen man hadde på jobb ikke var spesielt uhøflig. En informant fortalte (1A):

«Men jeg oppfatter jo ikke den sjargongen som vi noen ganger kan ha på operasjonsstua som uhøflig. Så det har vel litt med hvor man står selv... eller ganske mye tenker jeg...».

Det ble også diskutert episoder med fysisk uhøflighet, av typen dasking på hender, dytting og knuffing. Alle informantene var enige om at slik oppførsel var uakseptabel. En informant (1C) fortalte om en episode der anestesilegen hadde slått vekk hånden til vedkommende på grunn av en bagatell

i en situasjon der pasienten var våken. I ettertid reflekterte informantene:

«Pasientene føler seg ikke veldig trygge hvis vi står og slår hverandre...».

Flere av de kvinnelige informantene hadde opplevd nedlatende gester og kallenavn fra mannlige kollegaer. En informant beskrev følgende hendelse (2C): «Jeg ba legen om å være stille, da strøk han meg på kinnet og sa ”du er så søt når du er sint”. Det er en fryktelig hersketeknikk». Disse og liknende historier genererte rasende utrop fra de andre informantene i gruppa.

Mestringsstrategier ved uhøflighet

Dette temaet omhandlet to kategorier, og fokuserte på tilpasning av eget arbeid for å unngå uhøflighet samt egne reaksjoner hos informantene.

Sårbar som ny, men aksepterer delvis uhøflighet

Informantene fortalte at når de som nye først hadde opplevd en uhøflig episode meldte flere reaksjoner seg. Apati, sinne, og ikke å klare og svare tilbake ble nevnt av flere. En informant (2C) beskrev det slik:

«Jeg reagerer med å bli helt apatisk og stum. Jeg tenker mitt, men gidder ikke lage noen reaksjoner».

Flere informanter sa seg enige i dette, de reagerte med å bli stumme, ikke si noe og fortsatte arbeidet. Noen argumenterte med at tempoet ofte var høyt (2D): «Man rekker ikke å ta det opp, man blir vant til det. Det er ikke greit, men akseptabelt. Det er sånn vi jobber». Andre erfarte at de ble hengende ved slike episoder og ikke helt klare å riste det av seg. De fortalte at det var irriterende når de gikk og tenkte på uhøflige episoder i etterkant, hva som skjedde og hva man burde ha sagt. Flere uttrykte at påvirkningen var størst når de var nyansatte eller studenter men at de vente seg til det etter hvert. En informant (2B) beskrev på denne måten:



«Hvor mye skal man oppleve i dette faget? Du venner deg til mye rart».

Det var verst når de var helt nye for da visste de ikke hva de kunne forvente:

«Jeg trodde jo at det var det her som var faget, da hadde jeg ikke giddi å drive med dette!» (2C). Noen informanter mente at dette ofte kunne skyldes at kollegaer ikke helt vet hvem du er når du er helt ny, de vet ikke noe om bakgrunnen din eller hva du kan. En informant beskrev det slik:

«Hvis man tenker over alle gangene man har blitt behandla dårlig så er det fordi den du jobber med ikke helt vet hvem du er. Noen personer takler ikke det, og det er spesielt da det kan bli veldig dårlig» (2D).

Alle var enige i at de heldigvis aldri

mistet fokuset, at de klarte å gjennomføre jobben, men at de ekstraordinære hendelsene aldri var innenfor grensene for hva som er akseptabel oppførsel på jobb.

Forberedt på alt og tilpasser seg

Tilpasning for å unngå konflikter eller uhøflig oppførsel var et gjennomgangstema i fokusgruppeintervjuene. Informantene beskrev hvordan de forberedte seg på ulike ubehagelige situasjoner, som kunne oppstå med kollegaer på operasjonsstua, for å kunne være i forkant. Et eksempel var å pugge kollegaers særegne ønsker for forskjellige typer utstyr, eller rekkefølge av medikamenter. En informant (2D) illustrerte dette slik:

«Roller vår i enkelte situasjoner er å ha alt klart til enhver tid og ikke si så veldig mye. Men da vet man det».



Det å ta igjen med samme mynt ble også diskutert. Flere informanter fortalte om kollegaer som nærmest forventet å bli behandlet som de selv behandlet andre. De som «bjeffet» litt forventet at du bjeffet tilbake. De som kunne dytte eller knuffe forventet at du dyttet tilbake. Informantene reflekterte rundt dette som en måte å opparbeide seg respekt på hos andre. Som en informant (2B) fortalte:

«Han ene var kjent for å være sleivete, arrogant og kverulerende, så jeg tok igjen med samme mynt og han begynte å le».

Denne tilpasningen var noe de lærte seg med erfaring, og de visste etterhvert hvilke personer som krevde særlig tilpasning. En informant (1B) beskrev det slik: «Hvis du skal innlede med en anestesilege kontra en annen så er det to forskjellige settinger du går inn i. Og det

forbereder vi oss på. Vi vet jo at med den ene så kommer det bjeffing og da må man være forberedt på å stå opp litt mer. Det er ulike dager». Likevel mente noen at dette var nødvendig på enhver arbeidsplass (1B): «Det er en sosial greie som gjelder overalt. Man prøver å tilpasse seg omgivelsene. Man kan ikke være så firkanta». Flere reflekterte rundt dette med enkeltpersoner og at det i interaksjon med disse individene var nødvendig å forberede seg og tilpasse seg. Det ble ytret at det alltid er «vi» som tilpasser oss, og da var det flere som mente at andre også tilpasser seg (2C):

«Jeg ser jo at andre yrkesgrupper tilpasser seg oss, nå maser vi ikke med det armbordet midt i intuberinga».

Diskusjon

Studiens hensikt var å innhente kunnskap om anestesisykepleieres opplevelser og erfaringer med uhøflighet på operasjonsstua. Studien viste at anestesisykepleierne ofte opplevde eller bevitnet uhøflighet på operasjonsstua, og at det var flere områder ved arbeidet på en operasjonsstue som ble berørt. Disse områdene var blant annet samarbeid, arbeidsmiljø og stress.

Funn fra denne studien tyder på at godt samarbeid på operasjonsstua ga informantene en positiv følelse av mestring. Pasienten var i fokus, kommunikasjonen fløt lett og det var god stemning. I situasjoner der samarbeidet led grunnet uhøflighet og respektløs kommunikasjon fortalte informantene om parallelljobbing uten samarbeid, de holdt seg på «sin» side av pasienten og stemningen føltes trykket. De unngikk å stille spørsmål og de arbeidet i stillhet. Flere studier har fokusert på samarbeid blant helsepersonell på operasjonsstua (24-27). Funn kan tyde på at et godt samarbeid er en kombinasjon av både individuelle og organisatoriske faktorer. Ekte samarbeid oppnås om teammedlemmene ser forbi egne oppgaver og oppmuntres til å bygge tverrfaglige relasjoner. Arbeidsmiljø og

godt samarbeid med kollegaer er også vist å ha stor betydning for sykepleieres jobbtilfredshet (28).

Flere informanter trakk frem gleden ved å oppleve et godt og meningsfylt samarbeid på operasjonsstua. Tillit og respekt ble trukket frem som essensielt for et optimalt samarbeid. Informantene mente at uhøflig oppførsel ofte skyldtes usikkerhet og mangel på tillit. Tillit på operasjonsstua ble bygd ved å jobbe sammen med de samme kollegaene over tid slik at en god teamfølelse og en opplevelse av tilhørighet ble utviklet. En studie som undersøkte helsefremmende faktorer på arbeidsplassen blant norske anestesisykepleiere fant at samarbeid var en avgjørende faktor for at arbeidsmiljøet skulle oppleves som meningsfylt (15). Informantene i vår studie beskrev situasjoner der teamet på operasjonsstua praktiserte flat struktur som spesielt positive. I disse situasjonene følte de seg sett og respektert. I andre situasjoner der deres kompetanse ikke ble anerkjent bidro det til lav tilfredshet med arbeidet. Mangel på respekt kan være en alvorlig barriere til meningsfylt samarbeid, og det er avgjørende at alle medlemmer av teamet erkjenner andres kompetanse og bidrag i pasientbehandlingen (26). Funnene i vår studie understøtter dette.

Anestesisykepleierne i denne studien beskrev episoder der beskjeder hadde gått tapt i forbindelse med uhøflige episoder, noe som kunne resultere i potensielt farlige situasjoner. Likevel mente de at de aldri hadde opplevd alvorlige eller fatale feil på grunn av dette. Kommunikasjon er alfa omega i alt samarbeid, og funn fra flere studier tyder på at uhøflige utbrudd er noe av det som skader kommunikasjonen mest (24, 29, 30).

Informantene beskrev sine egne strategier for å mestre stresset som meldte seg i krevende situasjoner med opplevd uhøflighet. Der kollegaer hadde oppført seg særlig uhøflig mestret de dette ved å fokusere på å huske den enkelte situasjonen til neste gang, og jobbe hardere for å unngå en gjentakelse i fremtiden. Funn fra en studie av

sykepleieres erfaringer med uhøflighet støtter dette (31). Informanter i vår studie fortalte videre at de luftet frustrasjoner med nære kollegaer. Slike mestringsstrategier gjorde uhøfligheten lettere å akseptere. De verste situasjonene informantene erfarte kunne henge i lenge i etterkant, men stort sett hadde de fleste informantene en strategi som tilsa at de bare skulle komme seg i gang med arbeidet igjen, børste det av seg og komme seg videre. Det ble fremhevet flere ganger at det ikke var tid til å ta opp ting der og da og at det var liten vits i å ta opp ting lenge etterpå. Dette stemmer overens med funn fra en studie der rapporterte mestringsstrategier fra over 7000 anestesisykepleiere var å jobbe smartere for å forebygge uhøflighet, samt å søke emosjonell støtte hos kollegaer eller familie (2). En klassisk mestringsstrategi med hensyn til stressmestring er emosjonell kontroll (3). I en norsk studie fra 2007 fant Hustad (16) at anestesisykepleiere anser stress som en helt naturlig og sentral del av jobben, og at hvis du ikke fungerer under stress så er du ikke egnet i yrket.

Informantene i denne studien reflekterte mye rundt hvordan uhøflighet påvirket dem. Påvirkningen ble i all hovedsak opplevd som mild. Ingen av informantene beskrev symptomer på utbrenthet, depresjon eller angst, som er sentrale funn i annen forskning på området (32, 33).

Funn fra vår studie kan tyde på at informantene erfarte det som spesielt utfordrende å være helt fersk i faget. De fortalte at de følte seg ekstra sårbare som nye anestesisykepleiere siden de ikke kjente til avdelingskulturens uskrevne regler. Hadde det vært slik til enhver tid hadde ingen villet stå i yrket. Informantene beskrev følelser av inkompetanse og verdiløshet. Dette er funn som understøttes i andre studier (4, 13, 31). Å være nyutdannet og usikker på egen rolle på operasjonsstua kan være krevende. Det å være helt ny kan være en katalysator i seg selv for å befinne seg på mottakersiden av uhøflighet (4). En amerikansk studie fra 2011 fant at praksissituasjonen kunne være krevende

for studenter. De ble bombardert med ny kunnskap, opplevde utfordringer i forhold til nye prosedyrer og slet med den emosjonelle belastningen det var å gå fra å være en erfaren sykepleier til å være en uerfaren novise i et helt nytt miljø (34).

Flere av våre informanter mente at erfart uhøflighet i denne tiden handlet om usikkerhet og spørsmål om kompetanse. Alle informantene nevnte at de ble vant til dårlig oppførsel, og at med erfaring og ansiennitet så avtok opplevelsen av uhøflighet. De var samstemte i at noe av det viktigste de erfarte med årene var å tilpasse seg for å unngå uhøflig oppførsel og dermed unngå konflikt. Tilpasningen kunne bestå i å velge kollegaers foretrukne tubetype, legge medisiner i korrekt rekkefølge og klippe venflonteip «riktig», alt etter som hvem man skulle jobbe med den dagen. Kollegaers individuelle preferanser ble memorert slik at informanten lærte å kjenne igjen risikofaktorene for uhøflig oppførsel og tilpasse arbeidet deretter. Dette samsvarer med en oversiktsartikkel fra 2017 der funn kan tyde på at tilpasning og forebygging var viktige verktøy anestesisykepleiere brukte for å unngå uhøflighet (14).

Studiens begrensninger

Mulige svakheter ved studien var et begrenset utvalg som hovedsakelig bestod av informanter under 40 år. Informantene var fra en avdeling ved to sykehus, noe som kan gi begrensede erfaringer om uhøflighet på operasjonsstuer generelt. Imidlertid hadde alle informantene variert erfaring med uhøflighet på operasjonsstua, noe som bidro til å sikre informasjonsstyrke og variasjon rundt temaet (21).

Valg av fokusgruppeintervju kan ha påvirket datainnsamlingen og dermed resultatene. Informantene kan ha vært motvillige til å dele avvikende erfaringer og opplevelser, eller opplysninger om følsomme og intime forhold med de andre i gruppen (21).

Sisteforfatter deltok under intervju, og alle forfatterne bidro i analyse og tolkning av

resultater og utforming av temaer. Dette bidro til økt bevissthet på alternative tolkninger i dataanalysen. Samarbeidet mellom forfatterne har bidratt til å fremme funnens nøyaktighet og pålitelighet, og styrke funnens troverdighet. Tydelige beskrivelser av metode og utvalg, samt fylldige beskrivelser av resultatene med relevante sitater sikrer transparens, og styrker resultatenes overførbarhet til andre situasjoner.

Forfatterens forforståelse kan gi ha påvirket studien. På den ene siden har første- og sisteforfatter arbeidet flere år som anestesisykepleiere, og opparbeidet seg erfaringsbasert kunnskap om temaet. Førsteforfatteren har selv opplevd uhøflighet, og kunne lett sette seg inn i informantens situasjon. På den annen side er temaet negativt ladet i utgangspunktet, og det kan være vanskelig å se forbi egen erfaring. Grunnet dette var det viktig i forberedelsene til alle ledd i studien å utjevne den mulige svakheten førsteforfatterens egen forforståelse kunne skape. Dette ble gjennomført ved at førsteforfatterens forforståelse og studiens intervjuguide ble diskutert på masterseminar og med veiledere. Dette bidro til at førsteforfatteren ble bevisstgjort egen forforståelse.

Konklusjon

Studien viser at anestesisykepleiere er velkjente med temaet uhøflighet. Operasjonsstuen har et røft arbeidsmiljø, men dette er en kultur i endring. Informantene var samstemte i at uhøflighet oppleves ubehagelig, men er noe anestesisykepleiere blir vant til etter hvert. Studien kan bidra til at tverrfaglige team som daglig arbeider på operasjonsstuer blir mer bevisst på samarbeidet og egen oppførsel, spesielt i stressfylte situasjoner.

Implikasjoner for videre forskning

Videre forskning bør fokusere på flere yrkesgrupper, da det kan avdekke andre opplevelser og erfaringer med uhøflighet samtidig som det kan gi kunnskap om utfordringer ved samarbeid på operasjonsstua.

Referanser

1. ALNSF. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet 12.05.19 fra: www.alnsf.no.
2. Elmsblad R, Kodjebacheva G, Lebeck L. Workplace Incivility Affecting CRNAs: A Study of Prevalence, Severity, and Consequences With Proposed Interventions. *AANA* 2014;82(6):437-45.
3. Lazarus RS. Stress og følelser – en ny syntese. København: Akademisk forlag; 2006.
4. Higgins B, MacIntosh J. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *Int Nurs Rev* 2010;57(3):321-7.
Doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x.
5. Kaufmann G, Kaufmann A. Psykologi i organisasjon og ledelse. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
6. Bambi S, Becattini G, Domenico Giusti G, Mezzetti A, Guazzini A, Lumini E. Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: A national survey in Italy. *Dim Crit Care Nurs* 2014;33(6):347-54.
Doi: 10.1097/DCC.0000000000000077.
7. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
8. Porath CL, Foulk T, Erez A. How incivility hijacks performance: It robs cognitive resources, increases dysfunctional behavior, and infects team dynamics and functioning. *Organizational Dynamics* 2015;44(4):258-65.
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.09.002>.
9. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics* 2015;136(3):487-95.
Doi: 10.1542/peds.2015-1385.
10. Rosenstein A, O'Daniel M. Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses & physicians. *Am J Nurs* 2005;105(1):54-64. Doi: 10.1097/0000446-200501000-00025.
11. Clark CM, Kenski D. Promoting civility in the OR: An ethical imperative. *AORN* 2017;105(1):60-6.
Doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.019.
12. McNamara SA. Incivility in nursing: Unsafe nurse, unsafe patients. *AORN* 2012;95(4):535-40.
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.01.020>.
13. Sakellariopoulos A, Pires J, Estes D, Jasinski D. Workplace aggression: Assessment of prevalence in the field of nurse anesthesia. *AANA* 2011;79(4):S51-7.
14. Boyd D. Certified registered nurse anesthetist working conditions and outcomes: A review of the literature. *AANA* 2017;85(4):261-9.
15. Averlid G, Axelsson SB. Health-promoting collaboration in anesthesia nursing: A qualitative study of nurse anesthetists in Norway. *AANA* 2012;80(4):S74-80.
16. Hustad J. Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem? : en kvalitativ undersøkelse om arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2007.
17. Thagaard T. Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
18. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
19. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
20. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
21. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Norsk Senter for forskningsdata. 2019. Tilgjengelig fra: <https://nsd.no>.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2):105-12. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
24. Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2010;47(6):732-41.
Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001.
25. Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine* 2002;77. Doi: 10.1097/00001888-200203000-00013.
26. Wade P. Developing a culture of collaboration in the operating room: more than effective communication. *ORNAC* 2014;32(4):16-38.
27. Silen-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K. Collaboration in the operating room: the nurses' perspective. *J Nurs Admin* 2002 ;32(1):16-9.
28. Aiken LH, Sermeus W, Heede Kvd, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. 2012.
Doi: 10.14279/depositonce-6328.
29. Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery – creating a culture of safety. *J Interprof Care* 2013;27(5):387-93. Doi: 10.3109/13561820.2013.784243.
30. Kidd J, Nestel D. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nurs* 2006;5(1):1.
Doi: 10.1186/1472-6955-5-1.
31. Walrath JM, Dang D, Nyberg D. Hospital RNs' experiences with disruptive behavior: A qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2010;25(2):105-16.
Doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181c7b58e.
32. Lederer W, Kinz JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50(1):58-63. Doi: 10.1111/j.1399-6576.2005.00867.x.
33. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE* 2016;11(7):e0159015. Doi: 10.1371/journal.pone.0159015.
34. Chipas A, McKenna D. Stress and burnout in nurse anesthesia. *AANA* 2011;79(2):122-8.