



Conquering the silence: reporting disruptive behaviour

Kim E. Turner, BScPhm, MSc, MD, FRCPC · Kim Sears, RN, PhD · Ramiro Arellano, MSc, MD, FRCPC

Received: 29 October 2019/Revised: 6 November 2019/Accepted: 7 November 2019/Published online: 20 December 2019
© Canadian Anesthesiologists' Society 2019

Spectators were said to have laughed and hissed following Horace Wells' failed attempt in 1845 to publicly demonstrate the anesthetic properties of nitrous oxide.¹ Wells developed an illness shortly after this, withdrawing from his dental practice for a period of time. He took his own life three years later, ironically not knowing that he had been recognized as the inventor of anesthesia by the "Parisian Medical Society".¹ Would this disruptive and abusive behaviour happen today? We would like to think not; however, who has not been admonished for delaying a patient for further workup or taking longer than usual with an intravenous, spinal, induction, or emergence? There has been increased attention in the media with respect to workplace violence and sexual harassment (e.g., the "me too" movement) and limited legislation requiring employers to develop anti-harassment and anti-violence policies (e.g., Ontario's Occupational Health and Safety Act). Nevertheless, the fact is that, at least in Canada, few jurisdictions have occupational health and safety legislation that is specific to bullying.² In the United States, the negative impact of intimidating and disruptive behaviour to establishing a culture of patient safety was

recognized by the Joint Commission's Sentinel Event Alert in 2008. This publication associated disruptive behaviour with detrimental effects affecting medical error, adverse patient outcomes, cost of care, patient satisfaction, and healthcare workers seeking new positions.³ In 2009, the Joint Commission required, as part of accreditation, that hospitals have a code of conduct and a process for managing disruptive behaviours. Have changing societal norms, legislation in limited jurisdictions, or updated hospital accreditation standards ended disruptive behaviour?

This issue contains the third manuscript published in the *Journal* from the Intraoperative Behaviours Research Group of the University of Manitoba investigating disruptive behaviour in the perioperative environment.⁴ Researchers from this group developed and distributed a survey to 134 international perioperative associations for dissemination to their members (anesthesiologists, nurses, surgeons, senior medical students, and operating room [OR] technicians). Seventeen percent (23/134) of the associations agreed to disseminate the survey yielding a sampling frame of approximately 101,624 OR clinicians, of which 7,465 (7.3%) responded.⁵ The authors defined disruptive behaviour as having four components: 1) being interpersonal in nature, 2) occurring in the operative context, 3) resulting in a perceived threat to victims and/or witnesses, and 4) violating a reasonable person's standard of respectful behaviour as rooted in the Universal Declaration of Human Rights.⁶ The first manuscript revealed that 97% of respondents reported exposure to disruptive behaviour in the past year and that higher exposure was reported by those in a lesser traditional position of power (i.e., clinicians who were younger, inexperienced, female, non-heterosexual, nurses, or working in privately funded clinics).⁵ The second

K. E. Turner, BScPhm, MSc, MD, FRCPC
Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine,
Queen's University, Kingston, ON, Canada

Public Health Sciences, Queen's University, Kingston, ON,
Canada

K. Sears, RN, PhD
School of Nursing, Queen's University, Kingston, ON, Canada

R. Arellano, MSc, MD, FRCPC (✉)
Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine,
Queen's University, Kingston, ON, Canada
e-mail: arellano@queensu.ca

manuscript examined a pre-specified subgroup of 2,875 Canadian and US OR clinicians who answered questions related to abusive behaviour; in this instance, physical assault, verbal threats, or intimidating invasion of personal space. This report revealed that 23% of OR clinicians had personally experienced abuse and 39% had witnessed abusive behaviour.⁷ In the third manuscript, published in this issue,⁴ a pre-specified group of the international respondents (4,775 from seven countries) answered questions related to the reporting of disruptive behaviour to their hospital managers. Almost all respondents (96.5%) under-reported events of disruptive behaviour while one third (30.9%) *never* reported to hospital management at all. Younger clinicians, clinicians without management responsibilities, anesthesiologists and surgeons (compared with nurses), biological females, and heterosexuals were particularly unlikely to report to management at all. Only 21% of the survey's respondents were satisfied with their management's responses to reporting of disruptive behaviour.

The authors should be complimented for developing and validating a robust survey tool for research in this domain. They also undertook an ambitious research agenda aiming to investigate perioperative disruptive behaviour among all professions working in ORs across multiple countries. One serious issue challenging the validity of this body of work is the low response rate that may have led to over- or under-estimates of the true rates (non-response bias) of disruptive/abusive behaviours and reporting to management. In the context of the studies on disruptive behaviour, this type of error may occur if those not responding to the survey differed in their exposure to disruptive/abusive behaviours or reporting to management relative to those who answered the surveys. In general, there are five approaches that can be used to deal with this potential bias: 1) Ignore non-respondents, 2) compare non-respondents to the underlying population, 3) compare respondents to non-respondents, 4) "double dip" non-respondents, and 5) compare early respondents with late respondents.⁸ Researchers from the Intraoperative Behaviours Research Group used a "modified wave analysis" that compared the early respondents with the late respondents to suggest that significant non-response bias did not affect their results.^{9,10} This method assumes that late respondents are similar in important characteristics to non-respondents so that they may be used to determine the potential direction and magnitude of the non-response bias, should it exist. Wave analysis, although useful, has recognized limitations.¹¹ In the latest manuscript published in this issue of the *Journal*, the authors provide a convincing argument to support the interpretation and importance of their findings. Using a "sensitivity" type of analysis they show that, even in the event that they had

double their response rate, and 100% of these new respondents reported disruptive behaviours, results would still be 48.5% under-reported and 15.5% never reported. In essence, a sobering problem of under-reporting and non-reporting remains.

We should be disappointed by these results, but should we be surprised? In Rosenstein's survey of healthcare workers from Voluntary Hospitals of America West Coast member hospitals, with 4,530 respondents, 77% noted that they had witnessed disruptive behaviour by physicians and 65% by nurses.¹² More concerning was that 71% of respondents felt there was a linkage to medical errors and 27% felt there was a linkage to patient mortality. The respondents voiced concerns about the reporting process including fear of retaliation, perception that "things never change", no feedback, and lack of confidentiality. This lack of feedback was also viewed as a barrier to respondents to a survey on incident reporting.¹³

What can be done to improve the reporting of disruptive behaviour to hospital management? Anesthesiologists, surgeons, nurses, and administrators in hospital leadership positions must be informed that intraoperative disruptive behaviour is significantly under-reported. They should take steps to engage clinicians working in intraoperative environments to determine the causes of the under-reporting and dissatisfaction with responses by managers to explore potential remedies. Undoubtedly, this can only occur in a spirit of shared goal setting, accountability, and mutual trust. Rosenstein suggests that health organizations: 1) embed appropriate behaviour standards in codes of conduct, 2) hold individuals accountable for their actions, 3) provide training in diversity management, cultural competency, emotional intelligence, conflict management, and communication, and 4) ensure the safety and wellbeing of those reporting disruptive behaviour.¹⁴

Disruptive behaviour is important to the health of our patients, ourselves, the system we work in, and society. The authors are to be congratulated on extending their research of disruptive behaviour by identifying persisting problems that limit clinician reporting to hospital management and highlighting the dissatisfaction that perioperative clinicians experience with the responses from hospital management. It is important for our leaders and organizations to move forward in providing methods that will encourage the reporting of disruptive behaviour in a manner perceived as safe to those reporting it. Finally, it must be perceived that reporting disruptive behaviour makes a difference (i.e., conquering the silence) by engaging in actions to assist those exhibiting these behaviours to understand and alter their behaviour to enable a collaborative workplace and culture of safety.

Brisons le silence: rapportons les comportements perturbateurs

On rapporte qu'en 1845, les spectateurs avaient ri et sifflé Horace Wells à la suite de sa tentative ratée de faire une démonstration publique des propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote.¹ Wells tomba malade peu après, et il se retira de la pratique dentaire pendant un certain temps. Il mit fin à ses jours trois ans plus tard sans savoir qu'il avait été reconnu, ironiquement, comme l'inventeur de l'anesthésie par la « Société médicale parisienne ». Ce genre de comportement perturbateur et abusif serait-il encore possible aujourd'hui? Nous aimerions penser que non; toutefois, qui n'a jamais été tancé pour avoir remis un patient plus tard à cause d'examen supplémentaires ou pour avoir pris plus de temps pour poser une intraveineuse, pour faire une induction ou une rachianesthésie, ou encore pour réveiller un patient? Récemment, les médias ont braqué leur attention sur les problèmes de violence et de harcèlement sexuel au travail (pensons par exemple au mouvement « *me too* »); en outre quelques lois, bien que limitées, ont été promulguées, exigeant des employeurs qu'ils mettent en place des politiques anti-harcèlement et anti-violence (comme la Loi sur la santé et la sécurité au travail en Ontario). Quoi qu'il en soit, en réalité, au Canada du moins, rares sont les juridictions qui disposent de lois sur l'hygiène et la sécurité du travail mentionnant spécifiquement les comportements d'intimidation.² Aux États-Unis, l'impact négatif de l'intimidation et des comportements perturbateurs sur la mise en œuvre d'une culture de sécurité des patients a été reconnu en 2008 par une publication de la Commission mixte (*Joint Commission*) intitulée *Sentinel Event Alert* (Alerte sur les événements sentinelle). Cette publication a clairement établi l'association entre les comportements perturbateurs et des effets délétères, ayant un impact sur les erreurs médicales, les devenir défavorables, les coûts des soins, la satisfaction des patients, et les travailleurs de la santé cherchant d'autres postes.³ En 2009, la Commission mixte a exigé que les hôpitaux, pour obtenir leur certification, disposent d'un code de conduite et d'une procédure pour gérer les comportements perturbateurs. Est-ce que l'évolution des normes sociétales, de nouvelles lois dans quelques rares juridictions ou des normes de certification des hôpitaux mises à jour ont mis fin aux comportements perturbateurs?

Ce numéro présente le troisième manuscrit, publié dans le *Journal*, du Groupe de recherche sur les comportements peropératoires (*Intraoperative Behaviours Research Group*) de l'Université du Manitoba s'intéressant aux

comportements perturbateurs dans un contexte périopératoire.⁴ Les chercheurs de ce groupe ont élaboré et envoyé un sondage à 134 associations périopératoires internationales afin qu'elles le distribuent à leurs membres (anesthésiologistes, personnel infirmier, chirurgiens, étudiants en médecine en fin d'études, et techniciens de salle d'opération [SOP]). Dix-sept pourcent (23/134) des associations ont consenti à distribuer le sondage, résultant en un cadre d'échantillonnage d'environ 101 624 cliniciens de SOP, desquels 7465 (7,3 %) individus ont répondu.⁵ Les auteurs ont défini un comportement perturbateur comme possédant quatre composantes : 1) étant de nature interpersonnelle; 2) survenant dans le contexte opératoire; 3) résultant en une menace perçue par les victimes et/ou les témoins; et 4) portant atteinte à la perception raisonnable de ce qui constitue un comportement respectueux envers une personne tel qu'ancré dans la Déclaration universelle des droits de l'homme.⁶ Le premier manuscrit révélait que 97 % des répondants avaient rapporté avoir été exposés à des comportements perturbateurs au cours de la dernière année, une plus grande exposition étant rapportée par les personnes occupant une position de pouvoir moins traditionnelle (c.-à-d. des cliniciens plus jeunes, avec moins d'expérience, de sexe féminin, non hétérosexuels, des infirmières ou travaillant dans des cliniques privées).⁵ Le deuxième manuscrit avait examiné un sous-groupe spécifié au préalable de 2875 cliniciens de SOP canadiens et américains qui ont répondu à des questions liées aux comportements abusifs – dans ce cas, l'agression physique, les menaces verbales, ou l'invasion intimidante de l'espace personnel. Ce compte rendu révélait que 23 % des cliniciens de SOP avaient été personnellement victimes d'abus et 39 % avaient été témoins de comportements abusifs.⁷ Dans le troisième manuscrit, publié dans ce numéro,⁴ un groupe pré-spécifié des répondants internationaux (4775 personnes de sept pays) ont répondu à des questions liées au signalement des comportements perturbateurs aux administrateurs de l'hôpital. La quasi totalité des répondants (96,5 %) déclarait avoir sous-rapporté les incidents de comportements perturbateurs, alors qu'un tiers (30,9 %) déclarait n'avoir *jamais* rapporté d'incident à la direction de l'hôpital. Les cliniciens plus jeunes, sans responsabilités de gestion, les anesthésiologistes et les chirurgiens (par rapport au personnel infirmier), les femmes biologiques et les hétérosexuels étaient particulièrement peu enclins à dénoncer tout incident à la direction, quel qu'il soit. Seuls 21 % des répondants au sondage se disaient satisfaits des réactions de la direction lors du signalement de comportements perturbateurs.

Les auteurs doivent être félicités pour avoir mis au point et validé un outil de sondage rigoureux pour faire avancer la recherche dans ce domaine. Ils se sont également

engagés dans un calendrier de recherche ambitieux avec pour objectif d'explorer les comportements perturbateurs en période périopératoire parmi tous les corps de métier travaillant en SOP dans plusieurs pays. En revanche, un problème majeur remet en cause la validité de ces travaux : le faible taux de réponse, qui pourrait entraîner des sur- ou sous-estimations des taux réels (biais de non-réponse) de comportements perturbateurs/abusifs et de leur signalement à la direction. Dans le contexte d'une étude sur les comportements perturbateurs, ce type d'erreur est possible si les personnes ne répondant pas au sondage diffèrent des répondants dans leur exposition aux comportements perturbateurs/abusifs ou dans leur signalement de ces incidents à la direction. On compte généralement cinq approches pour gérer ce biais potentiel : 1) ignorer les non-répondants; 2) comparer les non-répondants à la population sous-jacente; 3) comparer les répondants aux non-répondants; 4) « requestionner » les non-répondants; et 5) comparer les répondants rapides aux répondants tardifs.⁸ Les chercheurs du Groupe de recherche sur les comportements peropératoires ont utilisé une « analyse par vague modifiée » comparant les répondants rapides aux répondants tardifs afin de suggérer que le biais de non-réponse n'affectait pas leurs résultats.^{9,10} Cette méthode présume que les répondants tardifs partagent d'importants attributs avec les non-répondants et y sont par conséquent semblables; ainsi, les répondants tardifs peuvent être utilisés pour déterminer l'orientation potentielle et la magnitude du biais de non-réponse, s'il y a lieu. L'analyse par vague, bien qu'utile, comporte des limites bien connues.¹¹ Dans ce plus récent manuscrit publié dans ce numéro du *Journal*, les auteurs proposent un argument convaincant pour soutenir leur interprétation et l'importance de leurs résultats. À l'aide d'un type d'analyse de « sensibilité », ils démontrent que, même s'ils avaient obtenu un taux de réponse deux fois plus élevé, et que 100 % de ces nouveaux répondants avaient rapporté des comportements perturbateurs, les résultats seraient tout de même que 48,5 % sous-rapportaient ces incidents et 15,5 % ne les rapportaient jamais. Il demeure donc, en substance, qu'on assiste à un sérieux problème de sous-signalement et de non-signalement.

Ces résultats devraient nous décevoir, mais devraient-ils nous surprendre? Dans le sondage de Rosenstein auprès des travailleurs de la santé dans les hôpitaux membres du groupe des Hôpitaux bénévoles de la Côte Ouest américaine (*Voluntary Hospitals of America West Coast*), sur les 4530 répondants, 77 % ont admis avoir été témoins de comportements perturbateurs venant de médecins et 65 % par du personnel infirmier.¹² Le plus préoccupant était que 71 % des répondants étaient d'avis qu'il y avait un lien entre ces comportements et des erreurs médicales, et 27 % avec la mortalité des patients. Les répondants ont émis des

inquiétudes concernant le processus de signalement, notamment la crainte de représailles, la perception que « les choses ne changent jamais », l'absence de rétroaction et le manque de confidentialité. Cette absence de rétroaction était également perçue comme un obstacle par les répondants à remplir un questionnaire portant sur le signalement des incidents.¹³

Que pouvons-nous faire pour améliorer le signalement des comportements perturbateurs à la direction de l'hôpital? Les anesthésiologistes, les chirurgiens, le personnel infirmier et les administrateurs dans des postes de leadership doivent être informés que les comportements perturbateurs peropératoires sont gravement sous-rapportés. Ils devraient prendre des mesures pour inciter les cliniciens travaillant dans des environnements peropératoires à déterminer les causes de ce sous-signalement et de l'insatisfaction face aux réponses des gestionnaires et ainsi explorer des pistes de solutions potentielles. Il va sans dire que cela ne peut se faire que dans un esprit de détermination d'objectifs partagés, d'imputabilité et de confiance mutuelle. Rosenstein suggère que les organismes de santé : 1) intègrent des normes de comportement approprié dans leurs codes de conduite; 2) rendent les individus responsables de leurs actes; 3) offrent de la formation en gestion de la diversité, en compétences culturelles, en intelligence émotionnelle, en gestion de conflits et en communication; et 4) garantissent la sécurité et le bien-être des personnes signalant des comportements perturbateurs.¹⁴

Les comportements perturbateurs ont des impacts sur la santé de nos patients, sur nous-mêmes, sur le système dans lequel nous travaillons, et sur la société. Félicitons les auteurs pour l'expansion de leurs recherches sur les comportements perturbateurs grâce à l'identification des problèmes persistants qui limitent leur signalement par les cliniciens à la direction de l'hôpital et soulignent l'insatisfaction ressentie par les cliniciens périopératoires face aux réactions de la direction. Il est important que nos dirigeants et nos organismes agissent pour proposer des approches qui encourageront le signalement des comportements perturbateurs tout en permettant aux personnes signalant ces incidents de se sentir en sécurité. Enfin, il est essentiel de sentir que le signalement des comportements perturbateurs fasse une différence, que le silence soit brisé, en agissant afin d'aider ceux qui affichent de tels comportements à comprendre et modifier leur comportement afin de promouvoir un lieu de travail collaboratif et une culture de la sécurité.

Conflicts of interest None.

Funding statement None.

Editorial responsibility This submission was handled by Dr. Philip M. Jones, Associate Editor, *Canadian Journal of Anesthesia*.

Conflit d'intérêt Aucun.

Déclaration de financement Aucune.

Responsabilité éditoriale Cet article a été traité par Dr Philip M. Jones, rédacteur adjoint, *Journal canadien d'anesthésie*.

References

1. Haridas RP. Horace Wells' demonstration of nitrous oxide in Boston. *Anesthesiology* 2013; 119: 1014-22.
2. Government of Canada; Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Bullying in the Workplace. 2019. Available from URL: <https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/bullying.html> (accessed (November 2019)).
3. The Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety. Sentinel Event Alert. July 2008. Available from URL: https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_40_behaviors_that_undermine_a_culture_of_safety/ (accessed November 2019).
4. Fast I, Villafranca A, Henrichs B, Magid K, Christodoulou C, Jacobsohn E. Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: an international survey. *Can J Anesth* 2020; 67: DOI: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3>.
5. Villafranca A, Hiebert B, Hamlin C, et al. Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Can J Anesth* 2019; 66: 781-94.
6. Villafranca A, Hamlin C, Rodebaugh T, Robinson S, Jacobsohn E. Development of survey scales for measuring exposure and behavioral responses to disruptive intraoperative behavior. *J Patient Saf* 2017; <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000423>.
7. Villafranca A, Magid K, Young A, Fast I, Jacobsohn E. Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. *Can J Anesth* 2019; 66: 795-802.
8. Miller LE, Smith KL. Handling nonresponse issues. *J Ext* 1983; 21: 45-50.
9. Fillion FL. Exploring and correcting for nonresponse bias using follow-ups of nonrespondents. *Pac Sociol Rev* 1976; 19: 401-8.
10. Lin IF, Schaeffer NC. Using survey participants to estimate the impact of nonparticipation. *Public Opin Q* 1995; 59: 236-58.
11. Lewis EF, Hardy M, Snaith B. Estimating the effect of nonresponse bias in a survey of hospital organizations. *Eval Health Prof* 2013; 36: 330-51.
12. Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34: 464-71.
13. Evans SM. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 39-43.
14. Rosenstein AH. Physician disruptive behaviors: five year progress report. *World J Clin Cases* 2015; 3: 930-4.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.