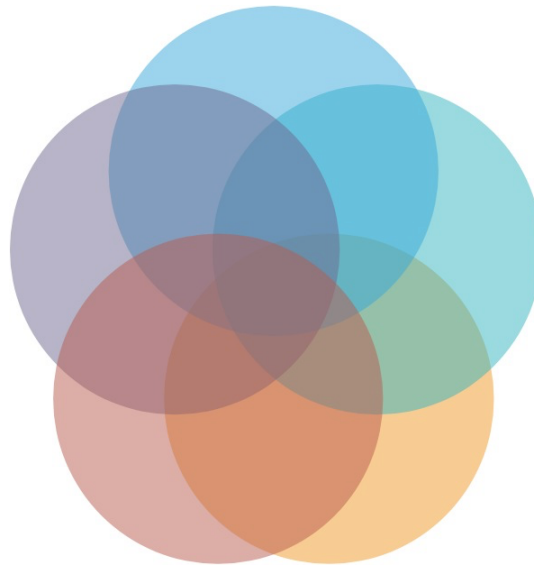


Mia Lau
Mette Ørum Veistrup

AF SKADE BLIVER MAN KLOG

Et praksisnært kvalitativt bachelorprojekt om fagpersonalets oplevelse af påvirkninger ved indrapportering af utilsigtede hændelser vedrørende dysfagi



Januar 2020

Denne opgave er udarbejdet af ergoterapeutstuderende ved Ergoterapeutuddannelsen Næstved, PHA, som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter.

Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse, jf. lov om ophavsret af 31.5.1961.

Professionshøjskolen Absalon, Ergoterapeutuddannelsen

'Af skade bliver man klog' - et praksisnært kvalitativt bachelorprojekt om fagpersonalets oplevelse af påvirkninger ved indrapportering af utilsigtede hændelser vedrørende dysfagi.

'With injury you gain wisdom'

Studerende:

Mia Lau, en16se109

Mette Ørum Veistrup, en15s117

Vejleder:

Maria Bensen Joensen

Dato for aflevering: 8. januar 2020

Antal tegn inkl. mellemrum: 81.753

Forord

Pågældende projekt tager udgangspunkt i et større dansk hospital, fordelt på to matrikler. Forfatterne til projektet har tidligere afviklet en klinisk undervisning på stedet, hvor man første gang fik kendskab til patientsikkerhed og indrapportering af utilsigtede hændelser vedrørende patienter med konstateret dysfagi.

Undervejs i bachelorprojektet har forfatterne haft daglig gang på hospitalet, hvor man har prioriteret at deltage i begivenheder som var relevant for projektets forskningsspørgsmål. Endvidere har man under projektets udvikling fagligt sparret med klinisk udviklingsterapeut, klinisk underviser, dysfagi-specialeansvarlig ergoterapeut og risk manager.

I forhold til udarbejdelse af pågældende bachelorprojekt, vil vi gerne sende en stor tak til følgende:

Fysioterapeut, klinisk udviklingsterapeut, cand.scient.san. og Ph.d.-studerende

- for faglig vejledning

Ergoterapeut, klinisk underviser

- for hjælp til udvælgelse af informanter samt løbende faglig sparring og vejledning

Specialeansvarlig ergoterapeut i dysfagi

- for hjælp til udvælgelse af informanter, faglig sparring samt idegenerering ved opstart af projekt

Risk Manager

- for hjælp til dataindsamling

Maria: Terapifagligvejleder, lektor, ergoterapeut, cand. it.

- for faglig vejledning

Desuden sender vi en særlig tak til de 4 informanter som har bidraget til besvarelse af projektets forskningsspørgsmål samt pågældende ergoterapeut som bistod til pilotinterview.

Indholdsfortegnelse

Resume.....	1
Abstract.....	2
1. Problembaggrund	3
1.2. Formål.....	4
1.3. Forsknings spørgsmål.....	4
2. Begrebsafklaring	5
2.1. Begrebsafklaring i forhold til forsknings spørgsmål.....	5
2.1.1. Forhold	5
2.1.2. Påvirkninger	5
2.1.3. Patienter med konstateret øvre dysfagi	5
2.2. Begrebsafklaring for centrale begreber i forhold til projektet som helhed	5
2.2.1. Dysfagi	5
2.2.2. Utilsigtede hændelser (UTH).....	6
2.2.3. Patientsikkerhedskultur	6
2.2.4. Diskurs	6
3. Forfatterens egen for forståelse.....	6
4. Litteraturgennemgang	7
4.1. Litteratursøgning.....	7
4.2. Udvalgt litteratur.....	10
4.2.1. Chang H-Y. et al.	10
4.2.2. Cole DA. et al.	10
4.2.3. Mansouri SF. et al.	11
4.2.4. Stevanin S. et al.	11
4.2.5. Ullström S. et al.	12
4.3. Opsummering	13
4.4. Beskrivelse af anvendt relevant teori.....	13
4.4.1. Schein: organisationskultur og kulturniveauer	13
4.4.2. Kommunikation i tværfagligt samarbejde	15
5. Videnskabsteoretiske tilgange.....	15
5.1. Fænomenologi	15
5.2. Hermeneutik	16
6. Design og metode	16
6.1. Interpretative Phenomenological Analysis.....	16
6.2. Det kvalitative interview.....	17
6.2.1. Udvælgelse af informanter	17
6.2.2. Udarbejdelse af interviewguide	18
6.2.3. Pilotinterview	21
6.3. Transskribering.....	21
6.4. Analyse af data.....	23

7. Etik.....	24
8. Resultater	26
8.1. Håndtering af UTH	28
8.1.1. Introduktion til UTH.....	28
8.1.2. Har UTH effekt?.....	29
8.1.3. UTH er omstændigt	29
8.1.4. At indrapportere eller ikke at indrapportere	30
8.2. Kommunikation mellem ergoterapeuter og plejepersonale	31
8.2.1. Involvering af medarbejder i forhold til indrapportering af UTH.....	31
8.2.2. At gå i dialog om hændelsen på tværs af faggrupper	31
8.3. Patientsikkerhedskultur og diskurs	32
8.4. Dysfagi	34
8.4.1. Fokus på dysfagi	34
8.4.2. Den utilsigtede hændelse hos patienter med dysfagi	35
8.5. Afdelingsledelse	36
9. Diskussion	37
9.1. Diskussion af resultater	38
9.1.1. Afdelingsledelse	38
9.1.2. Dysfagi	39
9.1.3. Patientsikkerhedskultur og diskurs	40
9.1.4. Kommunikation.....	41
9.2. Metodediskussion og vurdering af anvendt metode	42
9.2.1. Diskussion af forfatternes rolle i projektet	42
9.2.2. Informanter.....	43
9.2.3. Forberedelse og udførelse af interview.....	44
9.3. Forfatternes for forståelses påvirkning på projektet	45
10. Konklusion	45
11. Perspektivering	46
Referenceliste.....	48

Resume

Problembaggrund: I år 2003 vedtog Danmark en lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Herunder etablerede man indrapporteringssystemet *utilsigtede hændelser* (UTH) for at lære af fejl i praksis og derigennem kunne højne patientsikkerheden. Undersøgelser blandt sygeplejersker viser, at ikke alle får indrapporteret UTH'er der er hændt i praksis. I 2011 blev der fra primær- og sekundærsektoren indrapporteret 22 UTH vedrørende dysfagi hvilket synes lavt, da undersøgelser relateret til dysfagi indikere en høj prævalens blandt patienter. Dette taler for et behov for større viden vedrørende forhold, der kan påvirke indrapporteringen af fejl i praksis, relateret til patienter med konstateret dysfagi.

Formål: Dette projekt har til formål at undersøge, hvilke forhold ergoterapeuter og plejepersonalet oplever påvirker deres indrapportering af UTH, vedrørende patienter med konstateret øvre dysfagi.

Metode: Der blev foretaget 4 semistrukturerede interviews fordelt på to ergoterapeuter og to plejepersonale på et større dansk hospital. Af analysemetode blev Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) benyttet.

Resultat: Analysen, af projektets empiriske materiale, viste flere forhold der i et samspil påvirker ergoterapeuter og plejepersonalets indrapportering vedrørende dysfagi. Informanter beretter om manglende konsensus omkring brugen af UTH, samt et ujævnt kendskab til dysfagi på afdelingerne. Endvidere viser empirien, at kommunikationen omkring UTH mellem ergoterapeuter og plejepersonale påvirker deres indrapportering, ligesom afdelingsledelsen, patientsikkerhedskulturen og diskursen omkring UTH kan influere på indrapporteringen.

Konklusion: Projektet viser, at der på tværs af afdelinger ses en forskelligartet brug og italesættelse af indrapporteringssystemet, hvilket resulterer i individuelle patientsikkerhedskulturer på tværs af afdelingerne. Desuden ses et varierende fokus på dysfagi hos plejepersonalet. Disse centrale forhold have stor påvirkning på ergoterapeuters og plejepersonales indrapportering af UTH i forhold til dysfagi, da der her skal samarbejdes tværfagligt, på tværs af afdelinger og dermed også på tværs af sikkerhedskulturer.

Perspektivering: Ergoterapeuter kan koble UTH til deres nuværende dysfagi-undervisningsmateriale til plejepersonalet. Desuden kunne et kvantitativt studie, i forhold til hvor mange ergoterapeuter der kontinuerligt gør brug af indrapporteringssystemet, være relevant, da viden herom synes begrænset.

Keywords: patientsikkerhed - hospital - risk management - tværfagligt samarbejde - synkebesvær

Abstract

Background: In the year 2003, Denmark passed a law on patient safety in health care. An incident reporting system was established for adverse events (AE) to learn from mistakes in practice and thereby improve patient safety. Surveys among nurses show that not every AEs gets reported into the system. In 2011, 22 AEs were reported from the primary and secondary sectors regarding dysphagia in which seems low, then studies related to dysphagia indicate a high prevalence among patients. It indicates a need for knowledge of conditions that may influence in practice related to patients with dysphagia.

Objective: The aim of this project is to investigate the conditions in which occupational therapists and nursing staff experience their reporting of AE regarding patients with dysphagia related to the mouth and throat.

Method: 4 semi-structured interviews were used between 2 occupational therapists and 2 nursing staff at a Danish hospital. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was used to analysis data.

Result: The analysis of the project's empirical material revealed several factors that in combination affect occupational therapists and nursing staff reporting on dysphagia. Participants report a lack of consensus on the use of AE as well as an uneven knowledge of dysphagia in the hospital wards. The empirical evidence also shows that communication regarding AE between occupational therapists and nursing staff influences their reporting, just as the management, the patient safety culture and the discourse around AE can influence reporting.

Conclusion: The project shows that there is a different interpretation and use of the reporting system across the hospital wards, which results in individual patient safety cultures. Also, a diverse focus on dysphagia is seen in the nursing staff. These key factors can have a major impact on occupational therapists and nursing staffs reporting of AE regarding upper dysphagia, as interdisciplinary cooperation is required, across hospital wards and thereby also across patient safety cultures.

Perspective: Occupational therapists can link AE to their current dysphagia teaching material for the nursing staff. Moreover, a quantitative study of how many occupational therapists that continuously make use of the reporting system may be relevant as knowledge of this is limited.

Keywords: patient safety - hospital - risk management - multidisciplinary collaboration – deglutition disorder

1. Problembaggrund

Som det første land i verden vedtog Danmark, i år 2003, en lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet (1,2). Som et led i lovgivningen blev der etableret et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser (UTH), hvilket havde til formål at skabe læring og forebygge gentagelser af fejl (2). Det sundhedsfaglige personale er, i henhold til Sundhedslovens §198 stk. 2, forpligtet til at indrapportere hændelser, som pågældende enten observerer eller selv er involveret i (1).

I år 2012 udsendte Patientombuddet en temarapport, hvori de beskrev at der i 2011 samlet var fundet 22 indrapporterede UTH, med relation til dysfagi, fra primær- og sekundærsektoren (3). Årsagen til hændelserne blev blandt andet beskrevet som at restriktionsskilte blev overset, notatet fra ergoterapeuten ikke blev videregivet ved vagtskifte samt at der var for lidt vejledning fra ergoterapeuter til plejepersonale i forhold til patienter med dysfagi (3).

Dysfagi er et symptom, som bevirker vanskeligheder ved at foretage et sikkert og effektivt synk. Dysfagi kan forekomme ved aldring og almen svækkelse af mund og svælg, cancer, KOL samt ved neurologiske sygdomme og skader (4). Alene hos patienter, der overlever en apopleksi, er prævalensen af dysfagi 40-87% (4). Ydermere viser et studie fra Aalborg Universitetshospital, at 50% af de indlagte patienter på medicinske afsnit havde dysfagi (5). Undersøgelse og behandling for dysfagi kræver en tværfaglig indsats (4,6). I Danmark er det ergoterapeuter der vurderer patienternes synkefunktion samt udarbejder en spise- og drikkevejledning ved behov for modificeret konsistens (4,7,8). I tilfælde af at patienten fagligt vurderes til modificeret konsistens af væsker og fødevarer, vil patienten være afhængig af at den faglige anbefaling af rette konsistens bliver fulgt. Sker dette ikke, vil patientsikkerheden være truet, da patienten særligt er i risiko for aspirationspneumoni, kvælning og død (4,9).

I den seneste opgørelse, fra år 2001, vedrørende UTH på danske sygehuse, fandt man at 9% af udskrevne patienter havde været involveret i en UTH, hvilket gennemsnitligt kostede syv dages ekstra indlæggelse (10,11). Et dansk studie viste desuden, at der for akut-indlagte patienter var en merudgift på 107.000 kr. over 12 måneder, hvor der under indlæggelsen var sket en UTH (12,13). En indlagt patient med dysfagi koster gennemsnitligt 108.973 kr. pr. indlæggelse, hvorimod en patient uden dysfagi koster 79.222 kr. pr. indlæggelse (14,15).

Dette taler for at læring, gennem UTH, kan have en stor økonomisk gevinst for både regioner og kommuner.

Dansk Sygeplejeråd foretog i foråret 2019 en større spørgeskemaundersøgelse af sygeplejerskers oplevelse af brugen af UTH (16). Her svarer hver fjerde sygeplejerske, at de aldrig fik rapporteret den seneste UTH, som de havde været involveret i (16). Set fra et internationalt perspektiv beskriver et studie, at halvdelen af de adspurgte sygeplejersker på sygehus, havde oplevet en UTH i løbet af det seneste år (17). Af disse havde 70% ikke indrapporteret hændelsen (17).

Hvis UTH aldrig eller sjældent indrapporteres, har det stor betydning for patientsikkerheden (18). En undersøgelse fra Aarhus Universitetshospital viser ydermere, at der er en generel livsfarlig konsekvens af manglende indrapporteringer af UTH. I undersøgelsen fandt man 10 livstruende og dødelige tilfælde med fejl begået af personale, men hvor disse hændelser ikke var indrapporteret som en UTH (19).

En systematisk litteratursøgning, i forbindelse med pågældende projekt indikerer, at der mangler viden om ergoterapeuters brug af indrapporteringssystemet, hvorimod andre faggruppers brug er vel undersøgt (17,20–23).

1.2. Formål

Formålet med dette projekt er at belyse ergoterapeuters og plejepersonalets brug af indrapporteringssystemet i forhold til patienter med konstateret dysfagi, herunder at afdække om der er nogle forhold som påvirker indrapporteringen af UTH i den kliniske dagligdag.

1.3. Forskningsspørgsmål

Ovenstående problembaggrund samt formål leder til følgende forskningsspørgsmål:

Hvilke forhold oplever ergoterapeuter og plejepersonalet påvirker deres indrapportering af utilsigtede hændelser vedrørende patienter med konstateret øvre dysfagi?

2. Begrebsafklaring

Nedenstående er en kort beskrivelse af centrale begreber i projektet.

2.1. Begrebsafklaring i forhold til forskningsspørgsmål

Her defineres centrale begreber i henhold til forståelse af projektets forskningsspørgsmål.

2.1.1. Forhold

Ifølge Den Danske Ordbog defineres begrebet forhold som *“tilstande, vilkår, hændelse eller anden faktor som er af betydning for hvordan noget foregår”* (24). I relation til projektets forskningsspørgsmål anses forhold som tilstande, der kan påvirke betydning for fagpersonalets indrapportering af UTH i forbindelse med patienter med konstateret dysfagi.

2.1.2. Påvirkninger

Ifølge Den Danske Ordbog defineres begrebet påvirkninger som *“det at noget har en bestemt virkning på nogen eller noget, oftest med en ændring til følge”* (24). I relation til projektets forskningsspørgsmål anses påvirkninger som værende de faktorer som fagpersonalet handler på baggrund af, i forhold til indrapporteringen af UTH.

2.1.3. Patienter med konstateret øvre dysfagi

I dette projekt defineres patienter med konstateret øvre dysfagi som patienter, der er synkevurderet af en ergoterapeut og på baggrund heraf har fået anbefaling om tilpasning af konsistens, i forhold til kost og væske, grundet komplikation der relaterer sig til mund og svælg (6).

2.2. Begrebsafklaring for centrale begreber i forhold til projektet som helhed

Her defineres begreber der er centrale for forståelsen for projektet som helhed.

2.2.1. Dysfagi

I dette projekt defineres dysfagi ud fra ICF's definition som lyder: *“Problemer med funktioner bestemmende for at bringe mad og drikke fra mundhulen gennem svælg og*

spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed” (6). ICF’s definition på dysfagi benyttes på pågældende hospital, som danner ramme om dette projektet, hvorfor det er relevant for forfatterne at benytte samme definition.

2.2.2. Utilsigtede hændelser (UTH)

Ifølge Styrelsen for Dansk Patientsikkerhed er en utilsigtede hændelse (UTH) en begivenhed, der kan medføre skade på andre eller medføre en risiko for skade på andre (25).

Alle har mulighed for at indrapportere en utilsigtede hændelse til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (25). Ifølge Sundhedslovens § 199, stk. 2 og 3 er sundhedspersonale forpligtet til, at indrapportere hændelser der sker i daglig praksis, hvor patientsikkerheden er truet (1). Formålet med indrapportering af hændelser er, at opnå læring og herved forbedre kvaliteten af patientsikkerheden både i primær- og sekundærsektoren (25).

2.2.3. Patientsikkerhedskultur

Patientsikkerhedskultur defineres i dette projekt ud fra The European Society for Quality in Health Care definition som lyder: *”et integreret mønster af individuel og organisatorisk adfærd, som er baseret på fælles holdninger og værdier, som kontinuerligt søger at minimere patientskade, der måtte opstå ved levering af sundhedsvæsnets ydelser” (26,27).*

2.2.4. Diskurs

Diskurs benyttes i pågældende projekt som begreb og defineres af Jaworski og Coupland således *“Diskurs er sprogbrug og brug af sproget i forhold til sociale, politiske og kulturelle formationer, dvs. strukturer, institutioner og normer. Diskurs er sprog, som afspejler social orden men også sprog som skaber social orden og skaber individers samkvem med samfundet” (28).*

3. Forfatterens egen forforståelse

Der redegøres her for forfatterens egen forforståelse i forbindelse med forskningsspørgsmålet, da denne er vigtig i forhold til at håndtere informanternes udsagn så troværdigt som muligt (29).

Forfatternes faglige baggrund, samt tidligere klinisk undervisning i sekundærsektoren, gør at forfatterne har en forforståelse af, at der er udfordringer med den daglige brug af indrapporteringsystemet i praksis. Herunder at der eksisterer forhold, der betyder at fejl i forhold til patienter med dysfagi, ikke bliver indrapporteret og at der derved mistes læring, som kan bidrage til kvalitetsudvikling af patientsikkerheden. Eksempelvis har begge forfattere, i tidligere klinisk undervisning, uafhængigt af hinanden, oplevet patienter der har fået almindelig kost trods faglig anbefaling af modificeret kost og væske, men hvor disse hændelser ikke medførte en indrapportering af en UTH. Disse hændelser sker, ifølge forfatternes forforståelse, særligt i samarbejdet mellem ergoterapeuter og plejepersonale.

4. Litteraturgennemgang

I dette kapitel beskrives og begrundes forfatternes litteratursøgning samt søgeproces. Endvidere præsenteres udvalgt litteratur og relevant teori.

4.1. Litteratursøgning

Til dette bachelorprojekt blev der foretaget en systematisk litteratursøgning i perioden 14. oktober til 1. november 2019. En systematisk litteratursøgning kan identificere studier med relevans for projektets problemfelt (30), samt sikre et grundigt og transparent resultat, hvilket muliggør at andre kan gennemføre en lignende litteratursøgning (30).

Indledningsvist blev der søgt litteratur gennem sundhedsvidenskabelige databaser; PubMed og CINAHL. For en nuanceret søgning, blev vi introduceret til en tredje database, Scopus, af en bibliotekar ansat ved Professionshøjskolen Absalon.

Den systematiske litteratursøgning blev struktureret og dokumenteret ved en søgeprofil (31), hvoraf det fremgår hvor mange artikler der blev fundet i de respektive databaser. Se figur 1.

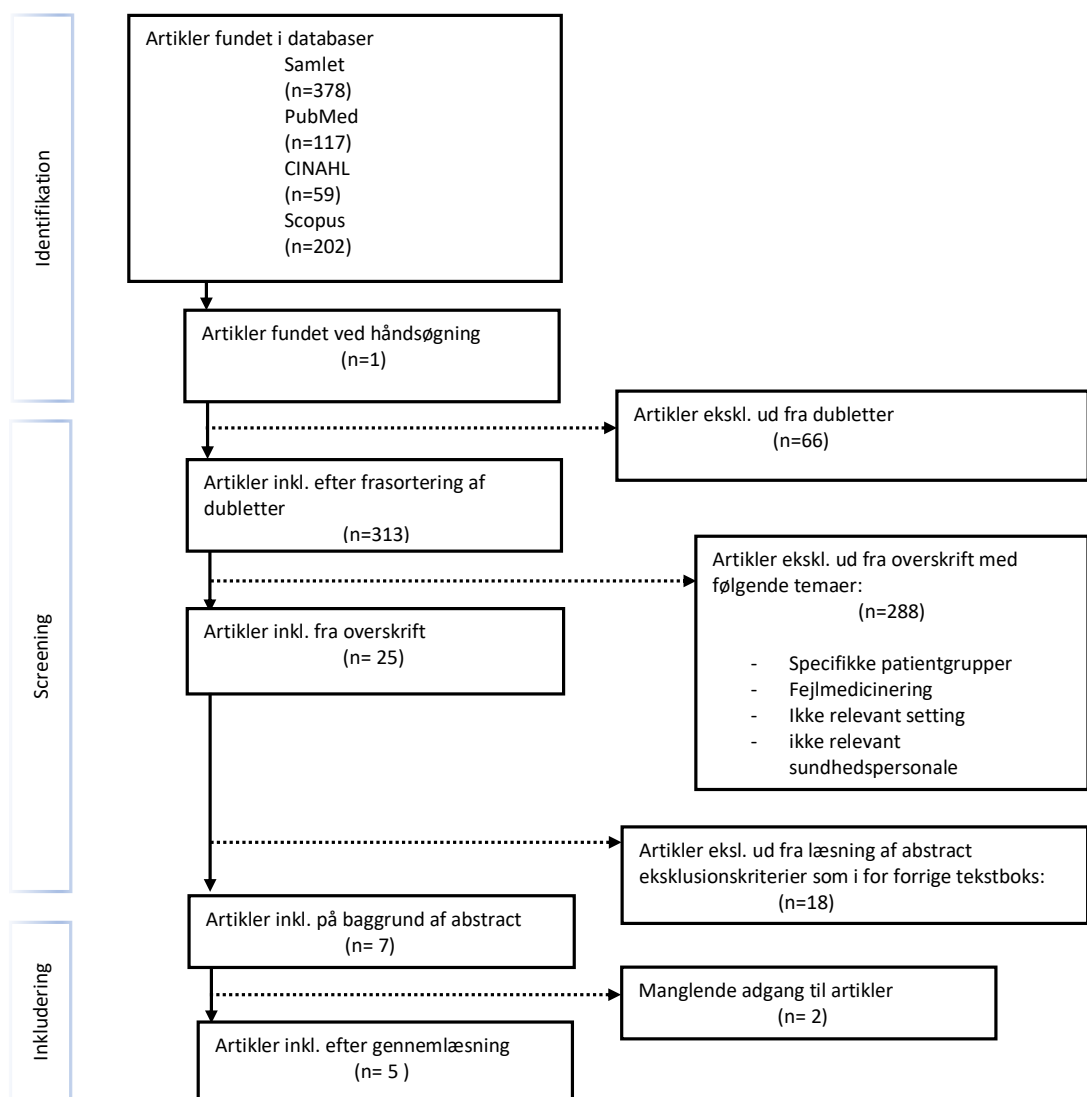
Emneord og databaser	Fokus 1	Fokus 2	Fokus 3
Database 1 PubMed Language: <i>English</i> * Publications dates: 5 <i>years</i> * Full text* 31. oktober 2019 *Filtre blev tilføjet søgningen i fokus 3	occupational therapy [MeSH] occupational therapy[tiab] occupational therapist [MeSH] occupational therapist [tiab] nurses [MeSH] nurses [tiab] nurse practitioners[MeSH] nurse practitioners [tiab] health care assistant health care assistant [tiab] 303.506 hits	Report Report (tiab) 1.756.697 Fokus 1 AND 2: 14.232	Adverse event Adverse event [tiab] 197.587 Fokus 1 AND 2 AND 3: 266 Efter filtersortering: 117
Database 2 CINAHL	494.840	436.716 Fokus 1 AND 2: 31.316	66.093 Fokus 1 AND 2 AND 3: 552 Efter filtersortering: 59
Database 3 Scopus	442.067	5.282.862 Fokus 1 AND 2: 43.224	169.839 Fokus 1 AND 2 AND 3: 516 Efter filtersortering: 202

Figur 1: Søgeprofil

Søgeprofilen opstilles i blokke og udfyldes med emneord, som efterfølgende kombineres med brug af boolske operatører (30). Alle synonymer inden for samme blok kombineres med den boolske operatør 'OR' (30). Derefter kombineres alle blokke med brug af 'AND' (30). Det

bør nævnes, at der ved brug af søgeordet 'dysphagia' 'OR' 'deglutition disorder' fremkom resultatet 0.

Alene gjaldt det for litteratursøgning i PubMed, at søgeordene blev tilknyttet 'MeSH-term', for at øge chancen for at fremsøge al relevant litteratur (30). På baggrund af den beskrevne systematiske litteratursøgning blev der udvalgt 5 videnskabelige artikler. Til alle 5 udvalgte artikler er der blevet foretaget en mindre litteraturvurdering med brug af redskabet Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (32,33). Se bilag 1. Udvælgelsesprocessen er illustreret via flowchart, figur 2.



Figur 2: Flowchart over udvælgelsen af videnskabelige artikler.

Foruden den systematiske litteratursøgning anvendes håndsøgning (31), ved at der blev foretaget en direkte søgning med projektets emneord. Herved blev blandt andet fremsøgt nationale kliniske retningslinjer, rapporter, videnskabelige tidsskrifter og bøger. Med brug af kædesøgnings-metoden blev der fundet yderligere litteratur ved at gennemse referencelister i bøger, rapporter og artikler (31).

4.2. Udvalgt litteratur

I følgende afsnit præsenteres inkluderede videnskabelige artikler med relevans for pågældende bachelorprojekt.

4.2.1. Chang H-Y. et al.

Openness to experience, work experience and patient safety (20).

Dette undersøgelsesbaseret, tværsnits- og stikprøveudtagningsstudie søger at undersøge sammenhængen mellem sygeplejerskers åbenhed og arbejdserfaring relateret til patientsikkerhed. Studiet bygger på hypoteser om, at sygeplejerskers åbenhed er positivt relateret til patientsikkerhed og at sammenhængen mellem åbenhed og patientsikkerhed svækkes når arbejdserfaringen øges for sygeplejersker. 421 sygeplejersker deltog i studiet hvoraf størstedelen var kvinder (97,3%). Studiet fandt, at der er en positiv sammenhæng mellem sygeplejerskers åbenhed og patientsikkerhed.

Studiet er udarbejdet i Taiwan hvilket grundet kulturelle forskelligheder kan gøre det problematisk at overføre til dansk kontekst. Det vurderes dog, at studiet kan benytte som inspiration til udarbejdelsen af interviewguide, herunder at belyse hvilken personlig holdning personalet har til indrapporteringssystemet.

4.2.2. Cole DA. et al.

The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care (21).

I dette studie fra USA undersøges hvilke faktorer, i arbejdsmiljøet, der påvirker sygeplejerskers vilje til at indrapportere utilsigtede hændelser. Til dette blev benyttet et spørgeskema, med deltagelse af 362 sygeplejersker.

Undersøgelsen viser et behov for at skabe og opretholde en sikkerhedskultur blandt sygeplejersker, der skal facilitere til, at sygeplejersker åbent kan tale om patientsikkerhed

uden frygt for at blive bebrejdet. Her peges blandt andet på, at ledelsen spiller en vigtig rolle i at facilitere til dette fortrolige arbejdsmiljø, og skabe muligheder for, at sygeplejerskerne lærer af de utilsigtede hændelser. For at overvinde barriere, i forhold til indrapportering af utilsigtede hændelser, kræver både et individuelt, et kollektivt og en systemorienteret tilgang. Endvidere beskrives, at kliniske undervisere bør klæde kommende sundhedsprofessionelle på til at evne at indrapportere utilsigtede hændelser.

4.2.3. Mansouri SF. et al.

Barriers to nurses reporting errors and adverse events (17).

Denne tværsnitanalytiske undersøgelse har til formål at undersøge hvilke barrierer der forhindrer indrapporteringen af utilsigtede hændelser hos sundhedspersonalet på tværs af 7 hospitaler i Iran. Studiet er udført gennem spørgeskema, udsendt til 251 respondenter. Resultatet viste, at overvejende barrierer for indrapporteringen af utilsigtede hændelse var personalets frygt for konsekvensen fra ledelsen. Desuden viste studiet, at proceduremæssige samt administrations barriere, som manglende retningslinjer og et besværligt indrapporteringssystem, påvirkede indrapporteringen af de utilsigtede hændelser negativt. Studiet viste desuden, at der var behov for en kulturændring, som kunne bidrage til en åbenhed i forhold til at indrapportere de daglige fejl.

Studiet giver forfatterne i dette projekt inspiration til udarbejdelsen af spørgsmål i interviewguiden, som henvender sig til at opnå forståelse af ledelsens rolle i processen af indrapportering af en UTH, herunder arbejdspladsens kultur i forhold til indrapporteringssystemet. Endvidere understøtter studiet forfatterens forforståelse i forhold til, at der er forhold tilstede, som kan påvirke brugen af indrapporteringssystemet. Trods sandsynlige kulturforskelle vurderes det, at artiklens resultater kan overføres til dansk kontekst grundet resultater der er sammenlignelige med lignende undersøgelser, udarbejdet i nordiske lande (23).

4.2.4. Stevanin S. et al.

Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students: The findings of a cross-sectional study (22).

Denne tværsnitundersøgelse undersøger 1., 2.- og 3. års sygeplejestuderendes egne opfattelser af deres viden og kompetencer vedrørende patientsikkerhed. Et resultat viser, at størstedelen

af de studerende er vidne til, at en sundhedsprofessionel udfylder og indrapporterer en utilsigtet hændelse, og derfor bliver præsenteret for konkrete eksempler på patientsikkerhed i deres kliniske undervisning. Der blev målt et fald hos 2. års studerendes niveau af kompetencer inden for patientsikkerhed. Derfor fokuseres i konklusionen på, at sygeplejerskeuddannelserne og de kliniske undervisningssteder bør dele ansvaret for at introducere kommende sygeplejersker til patientsikkerhed og kontinuerligt støtte de studerende i deres læring og håndtering af samme.

Studiet giver et øjebliksbillede af den udvalgte population, i dette tilfælde sygeplejerskestuderende, hvilket kan være til inspiration til udarbejdelse af interviewguide i dette projekt, ved interview med nyere uddannede sygeplejersker og ergoterapeuter.

4.2.5. Ullström S. et al.

Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events (23).

Studiet har til formål at undersøge hvordan sundhedspersonale, på et svensk universitetshospital, bliver påvirket ved involvering i en utilsigtede hændelse med vægt på den organisatoriske støtte og hvor godt organisationen opfylder disse behov. Dette undersøges ved brug af et kvalitativt design, hvor man, via et semistruktureret interview, interviewede 10 læger, 9 sygeplejersker og 2 sundhedspersonale.

Studiet fandt, at personalet oplevede psykiske påvirkninger som skyld, skam samt en negativ påvirkning på sin faglige identitet, efter at have været involveret i en UTH. Endvidere viste studiet, at personalet havde behov for støtte og opbakning på et organisatorisk plan, hvor de ydermere udtrykte behov for et ledelses fokus på at understøtte en positiv kultur i forhold til fejl i praksis.

Studiet understreger et behov for en åben kultur i forhold til indrapporteringen af utilsigtede hændelser.

Dette studie har, i pågældende projekt, været relevant i forhold til at skabe opmærksomhed på at problemfeltet kan være et følsomt og sårbart område, som kræver overvejelser i forhold til forfatterens rolle og formuleringer under dataindsamling samt formidling af projektets resultater. Desuden har studiet påvirket forfatterens forforståelse i forhold til, at der er forhold tilstede som kan påvirke sundhedspersonalets indrapportering af UTH.

4.3. Opsummering

Litteratursøgningen tydeliggjorde manglende studier vedrørende utilsigtede hændelser og ergoterapi, samt dysfagi og utilsigtede hændelser. Trods manglende litteratur, med direkte overførbare til indeværende projekts målgruppe, ses flere nyere publicerede artikler. Dette kan tale for, at dette projekt berører et aktuelt felt. Kulturelle forskelle kan besværliggøre en direkte overførsel til det danske sygehusvæsen, men kan benyttes til inspiration.

Generelt ligger de fundne artikler lavt i evidenshierarkiet (34), men vurderes fortsat til at tjene dette projekt, særligt som inspirationsmateriale til udarbejdelse af interviewguide.

4.4. Beskrivelse af anvendt relevant teori

I følgende afsnit præsenteres teori som vil blive benyttet i projektets diskussionsafsnit.

4.4.1. Schein: organisationskultur og kulturniveauer

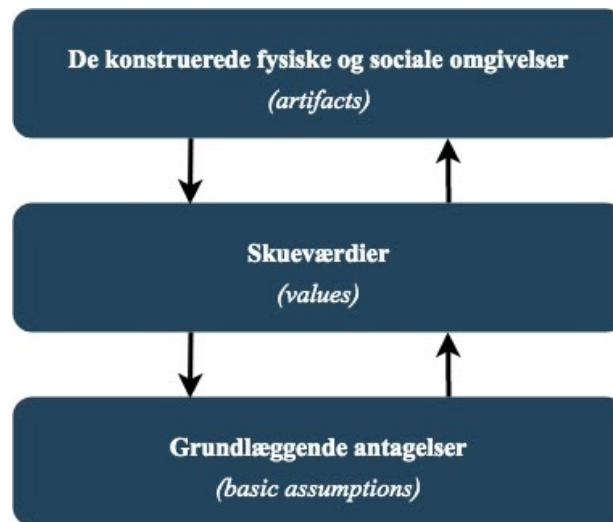
I dette projekt gøres brug af Scheins teori om organisationskultur og kulturniveauer (35).

Edgar Schein er socialpsykolog og definerer en organisationskultur i følgende citat:

“Et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig, medens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som har fungeret godt nok til at blive betragtet som gyldige og derfor læres videre til nye gruppe-medlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på i relation til disse problemer (36)”

I dette citat skal grupper forstås som enheder af forskellig størrelse, herunder organisationer og afdelinger (35). Endvidere rummer citatet en skildring af, at lokale og indbyrdes aftalte procedurer eller handlemåder opstår over tid og implementeres i gruppernes handlemønstre mere eller mindre ubevidst (35). Procedurerne har først været præsenteret som del af en læreproces og kan oprindeligt være foranstaltet af ledelsen eller direktionen.

Schein præsenterer en model, som illustrerer 3 kulturniveauer der tilsammen udgør en organisationskultur (35).



Figur 3: Scheins kulturniveauer (35)

De konstruerede fysiske og sociale omgivelser kan udgøres af kommunikation, sprog, hvordan vi fysisk indretter lokaler i organisationen og hvordan medlemmerne i organisationen iklæder sig (35). En organisations artefakter, eller konstruerede fysiske og sociale omgivelser, er typisk det første man ser udefra ved en organisation eller første gang man er i kontakt med organisationen (35). Fælles for dette kulturniveau er, at de alle sammen kan observeres, men kan være besværlige at tyde (35).

Skueværdier beskrives som de grundlæggende værdier, som udgøre sig for at være en gruppes ideologi (35). Disse prøves af i praksis i organisationen, og implementeres når gruppen i fællesskab giver værdierne deres accept (35). Skueværdierne kan komme til udtryk i hvordan en gruppe organiserer sig og hvilke regler de følger (35). Dette kulturniveau foregår med højere bevidsthed i organisationen (35).

De *grundlæggende antagelser* kan være en gruppes uskrevne regler, som de dagligt navigerer i, men alligevel kan have svært ved at identificere (35). De skabes over tid og tager langsomt form som normaliserede handlingsmønstre og kan blive så implementeret i praksis, at de kan være svære at ændre (35). De grundlæggende antagelser kan ofte være tabubelagt og tages derfor sjældent op i organisationen (35).

Scheins kulturniveauer forekom relevant efter projektets analyse, og kan bidrage med dels at tydeliggøre forhold der påvirker indrapporteringen af UTH vedrørende patienter med dysfagi, og til at illustrere hvordan disse forhold placerer sig i en organisationskultur på et hospital.

4.4.2. Kommunikation i tværfagligt samarbejde

I dette projekt inddrages Lauvås & Lauvås teori i forhold til kommunikation om indhold og relationer i tværfagligt samarbejde (37). Kommunikationsprocessen anses for at have to hovedfunktioner:

- **Indhold:** At give vigtig og meningsfuld information til de rette personer med det formål, at faglig viden videregives, så der kan træffes hensigtsmæssige beslutninger (37). Den del af kommunikation foreligger oftest klart, da man i kommunikationen ved at man taler om et specifikt indhold eller emne.
- **Relation:** At indgå i social interaktion med involverede personer. Kommunikationen bruges som redskab til at præge involverede personers holdninger, værdier og adfærd til en fælles konsensus og derigennem opnå at gruppen bliver en social enhed (37). Denne del af kommunikation kan, modsat indhold, fremgå mindre synligt. Men kommunikationen kan også berøre og ændre relationen mellem parterne (37).

Disse hovedfunktioner er integrerede dele af den samme proces og foregår jævnsides (37).

5. Videnskabsteoretiske tilgange

Projektet tager udgangspunkt i den humanvidenskabelige tradition. Det centrale i den humanvidenskabelige tradition er at opnå forståelse af menneskelige livssammenhænge samt at det er mennesker der undersøger mennesker (38). Dette perspektiv gør den humanvidenskabelige tradition relevant for projektets forskningsspørgsmål.

5.1. Fænomenologi

Fænomenologisk videnskabsfilosofi blev grundlagt af Edmund Husserl i år 1900, og senere videreført af Martin Heidegger (39). Fænomenologien benyttes som begreb i kvalitativ forskning, og det bestræbes at opnå en så fordomsfri og nøjagtig skildring af en aktørs livsverden og oplevede fænomener som muligt (39). Den fænomenologiske filosofi kommer til udtryk i projektets dataindsamling, hvor der blev udført semistrukturerede interviews med

en interviewguide som redskab (39). Interviewguiden indeholder tematikker og ideer til spørgsmål. Det er interviewerens rolle at lede informanten omkring temaerne ved at stille åbne spørgsmål og dermed facilitere til, at informanten frembringer sine meninger om tematikkerne som personen ser som vigtige (39). Desuden skal intervieweren være åben for uventede kategorier af fænomener som optræder under samtalen (39).

5.2. Hermeneutik

Ordet 'hermeneutik' stammer oprindeligt fra det græske ord *hermeneuein*, som betyder *at fortolke* (38).

Hans-Georg Gadamer var elev af Martin Heidegger og beskæftigede sig med videnskabsfilosofi med udgangspunkt i hermeneutikken (38). Gadamer hævdede, at der i tekster altid ligger en mening (38). Det centrale i hermeneutikken er fortolkning af den mening, som har været intentionen med en given tekst, samtale eller handling (40). En forudsætning for at forstå tekstens mening er at medtænke den baggrund og kontekst som teksten oprindeligt er skabt i (40). Ved ønsket om at generere viden om menneskers handlinger og udsagn, fx gennem det kvalitative forskningsinterview, skal intervieweren kunne forholde sig til informantens udsagn og samtidig være opmærksom den kontekst, et større dansk hospital, som samtalen udfolder sig i (40). Hermeneutikken kommer særligt til udtryk i diskussionen, hvor analysens resultater sammenholdes med teori og anden relevant litteratur (41).

I henhold til den hermeneutiske spiral sætter forfatterne aktivt egen forforståelse i spil for at opnå en ny forståelse af informanternes udsagn og herved skabe en horisontsammensmeltning (42).

6. Design og metode

Dette projekt blev designet som en kvalitativ undersøgelse med formål at forstå og fortolke ergoterapeuters- og plejepersonalets oplevelse af brugen af rapporteringssystemet UTH (43).

6.1. Interpretative Phenomenological Analysis

Med udgangspunkt i det kvalitative forskningsdesign blev forskningsmetoden *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) benyttet. Med en fænomenologisk tilgang tilstræbes en

detaljeret undersøgelse af en informants livsverden (41). For at opnå denne indsigt må forfatterne bringe sin egen forforståelse i spil, blandt de fremkomne resultater fra analysen, og derigennem opstår en fortolkningsproces (41). IPA er derved også forbundet med den hermeneutiske videnskabsfilosofi (41).

Med brug af IPA bestræbes at opnå en indsigt i ergoterapeutens og plejepersonalets synspunkter, set i forhold til indrapportering af utilsigtede hændelse, ligesom at metoden tillader kritisk fortolkning og analyse af informanternes udsagn (41). Analysen er beskrevet yderligere i afsnit 6.4.

6.2. Det kvalitative interview

Empiri til projektet blev indsamlet gennem 4 individuelle semistrukturerede interviews (39). Et semistruktureret interview er relevant, da det giver mulighed for at stille opfølgende spørgsmål i dialogen med informanterne. Informanterne får herved mulighed for at beskrive deres oplevelser så detaljeret som muligt (41).

Der blev benyttet individuelle interviews af 30 min varighed, dette var for at vise hensyn til informanternes kliniske arbejde. Hvert interview blev optaget digitalt og transskriberet ordret til videre analyse.

6.2.1. Udvalgelse af informanter

Til de kvalitative interviewundersøgelser blev der udvalgt sundhedsfagligt personale fordelt på ergoterapeuter og plejepersonale, herunder sygeplejersker og/eller social- og sundhedsassistenter. Disse faggrupper er særligt repræsenteret inden for det dysfagifaglige område, og derfor antages de som vigtige nøglepersoner i arbejdet med at få belyst projektets forskningsspørgsmål.

Udvælgelsen af informanter blev udført med følgende inklusionskriterier:

- To informanter skal være fra ergoterapeutisk faggruppe, som udfører synkevurderinger.

Heraf skal én informant være nyuddannet novice-ergoterapeut eller nyere ansat (inden for 5 år).

- To informanter skal være plejepersonale, herunder sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, som arbejder på afdelinger, hvor dysfagi er et kendt symptom hos patienterne. Heraf skal én deltager være nyuddannet og nyere ansat (inden for 5 år).

Ved at benytte informanter med forskellig erfaring i praksis, ville man opnå en større nuancering samt et bredere perspektiv på forskningsspørgsmålet.

Udvælgelsen af informanter blev foretaget ved gatekeeper metoden (44). Gatekeeperne bestod af to ergoterapeuter og to afdelingssygeplejersker ansat på pågældende hospital, som danner ramme for dette bachelorprojekt.

Nedenstående skema, figur 4, viser oversigt over informanter samt deres erfaring i praksis. Informanterne er tildelt pseudonymer som fremgår af oversigten.

Informant	Over 5 års erfaring	Under 5 års erfaring
Malene	X	
Stine		X
Hanne	X	
Louise		X

Figur 4: Oversigt over informanter

En enkelt informant, med over 5 års erfaring, meldte afbud for deltagelse i interview grundet manglende involvering i UTH vedrørende dysfagi. Afdelingssygeplejersken henviste til Hanne som deltog.

6.2.2. Udarbejdelse af interviewguide

Projektets forskningsspørgsmål var styrende for udarbejdelsen af interviewguiden. Til at udarbejde interviewguiden blev gjort brug af The Interview Protocol Refinement Framework (IPR) som metode (45). IPR benytter 4 faser som sikrer en systematisk udarbejdelse af

interviewguiden. Se bilag 2 og bilag 3. (1) stemmer spørgsmål overens med forskningsspørgsmål, (2) konstruere en samtalebaseret interviewguide, (3) modtage feedback, (4) udfør pilotstudie. Gennem IPR øges reliabiliteten af projektet samt mindskes risikoen for bias (45). I henhold til fase 1 i IPR arbejdede man fra start bredt, hvor man gennem en brainstorm og en systematisk litteratursøgning, med udgangspunkt i forskningsspørgsmålet, udtrak 8 tematikker, som skulle sikre at der, gennem interviewene, kom besvarelse på projektets forskningsspørgsmål. Den systematiske litteratursøgning blev benyttet som inspiration til udarbejdelsen af interviewguiden, herunder i forhold til baggrundsviden om problemfeltet og viden om problemfeltet på et internationalt plan. Temaerne dækkede baggrund-, overgangs-, centrale- samt afsluttende spørgsmål (45). De 8 tematikker er uddybet yderligere i faktaboksen der er vedlagt som bilag. Se bilag 4. Udklip af faktaboksen kan ses nedenfor.

Tema	Litteratur	Andre kilder
#4 Kulturforståelse	<p>Undersøgelse fra Iran viste at der var behov for en kulturændring og et større positivt fokus på systemet (17).</p> <p>Et studie fra USA udført på flere akuthospitaler fandt at ledere skal faciliterer til at personalet frit kan tale om fejl begået i praksis uden frygt for sanktioner (21).</p>	<p>Tidligere klinisk undervisning.</p> <p>Netværksmøde med Dansk selskab for Patientsikkerhed i foråret 2019. .</p>
#5 Personlig holdning til indrapporteringsystemet	<p>Tværsnitsundersøgelse udført på 421 sygeplejersker viste at sygeplejerskerne åbenhed og arbejdserfaring havde en positiv effekt på patientsikkerhed (20).</p>	<p>Tidligere klinisk undervisning.</p>

Uddrag fra bilag 4.

Ud fra de udvalgte tematikker formulerede man interviewspørgsmål som var dækkende.

Under udarbejdelsen af interviewspørgsmål, i henhold til IPR fase 2, var man opmærksom på at stille åbne spørgsmål, som bedst muligt understøttede informanternes beskrivelse af deres

oplevelser og perspektiv. Ydermere valgte man at udføre en grundig spørgsmålsforklaring for hvert interviewspørgsmål, for at sikre at spørgsmålet var relevant i forhold til projektets forskningsspørgsmål (45). Der blev benyttet fagsprog i interviewguiden, da projektets målgruppe var fagpersonale og herved kunne opfatte det som værende nedladende, hvis der blev benyttet hverdagssprog.

Processen, i forhold til at udarbejde interviewspørgsmål, var grundig og højt prioriteret, da man ud fra et etisk perspektiv var opmærksomme på at formuleringer ikke kunne opfattes stødende. Ifølge IPR fase 3, blev interviewspørgsmålene sendt til 2 forskellige vejledere som gav feedback, hvortil spørgsmålene blev rettet til og kvalificeret. I henhold til fase 4 i IPR blev der udført et pilotinterview forud for gældende interview (45). Pilotinterviewet er beskrevet yderligere i afsnit 6.2.3.

Man sigtede mod at have en så fænomenologisk tilgang til interviewspørgsmålene som muligt, for dermed at få informanternes oplevelser så objektive som muligt uden påvirkning af forfatterens forforståelse (39).

Der blev benyttet kildetriangulering ved at inddrage to faggrupper samt informanter med varierende praksiserfaring (46). Desuden benyttede man samme interviewguide til begge faggrupper. Dette var på baggrund af at lovgivningen, i forhold til indrapportering af en UTH, er den samme uanset faggruppe. Indsatsen omkring patienter med dysfagi er tværfaglig, hvorfor det er relevant at stille ens spørgsmål til begge faggrupper, samt at benytte begge faggrupper som informanter.

Forfatterne valgte at være til stede, begge to, under de 4 interview. Rollerne blev fordelt således at en udførte interviewet og havde den primære dialog med informanten, mens den anden bidrog med opfølgende spørgsmål. Dette var for at sikre at relevante spørgsmål ikke gik tabt, samt erkendelse af forfatterens manglende interviewerfaring. Interviewene blev udført på informanternes arbejdsplads, hvor de, med godkendelse fra ledelsen, var fritaget fra drift til at deltage i interviewet.

6.2.3. Pilotinterview

I henhold til IPR's fase 4, valgte man at gennemføre et pilotinterview forud for gældende interviews (45). Dette var for at øge kvaliteten af projektets interviewguide, samt at teste tidsfaktoren og kvaliteten af lyden på optagelsen. For at udføre et så overførbart pilotinterview som muligt valgte man at interviewe en ergoterapeut på samme hospital som de gældende interviews blev udført.

Pilot-interviewet gav indsigt i vigtigheden af at stille åbne spørgsmål og facilitere til at det er informantens udsagn og oplevelser der kommer til udtryk. Pilotinterviewet medførte, at flere spørgsmål i interviewguiden blev omformuleret til åbne spørgsmål, samt at et enkelt spørgsmål blev taget ud, grundet manglende relevans. Endvidere bekræftede pilotinterviewet forfatterne i valget af rollefordelingen.

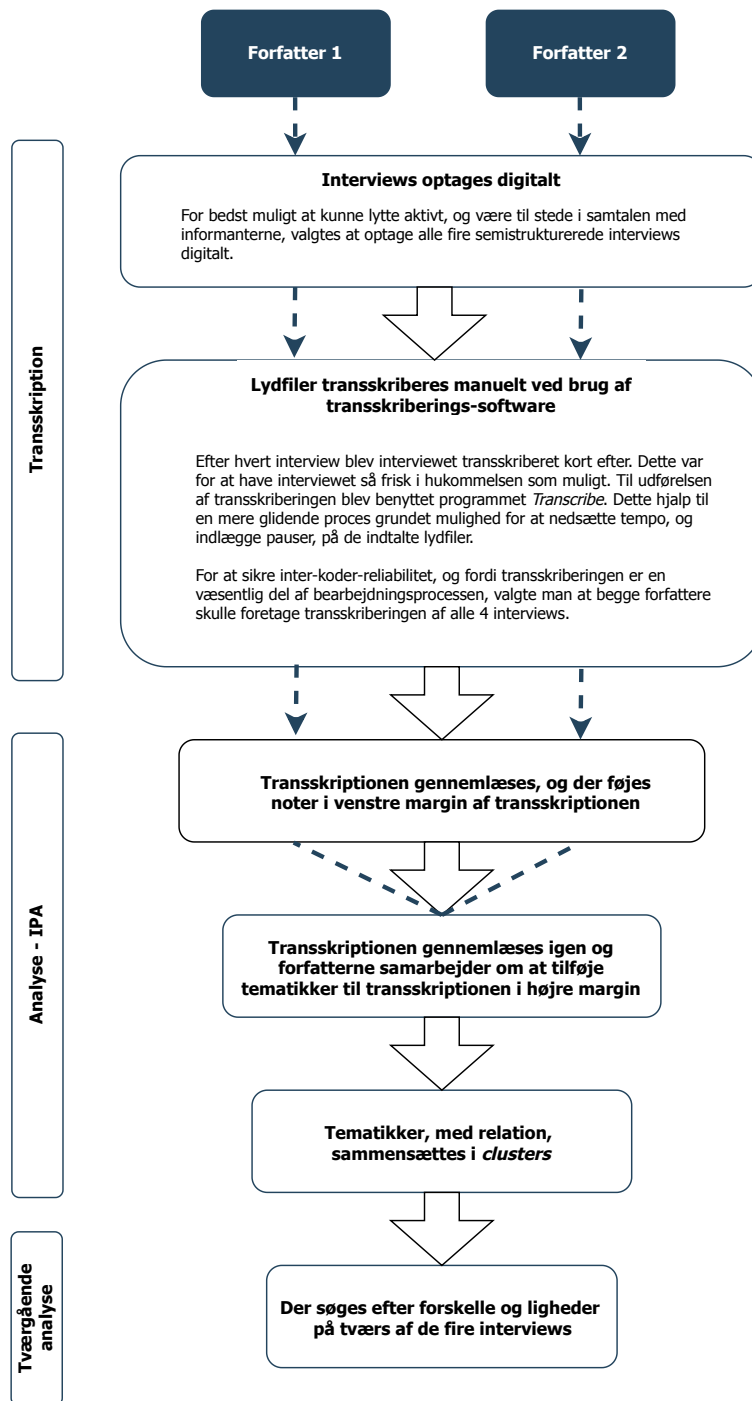
6.3. Transskribering

Interviewet blev transskriberet med afsæt i IPA, hvilken anbefaler at data transskriberes ordret med lyde som grin og pauser inkluderet (41). Se bilag 5-8. Grundet manglende erfaring blev interviewet først transskriberet, og herefter gennemlæst, hvor der systematisk blev tilført notater.

Med inspiration fra hermeneutikken, vælges det at give informanter pseudonymnavne, som er tilsvarende i forhold til alder og køn (47). Dette er dels for at beskytte informanternes identitet samt for at være mest mulig tro mod fortolkningsprocessen i analysen af informanternes udsagn. Ydermere vil brugen af pseudonymnavn bidrage til en øget transparens igennem projektet, da det tydeliggøres for læseren, hvilken informant der har bidraget med hvilke citater (47).

Når empirien er fremstillet i projekts resultatafsnit, i form af citater, er de yderligere bearbejdet til sammenhængende tekst (48). Således sikres en uforstyrret og læsevenlig tekst for læseren.

Figur 5 illustrerer transskriptionsprocessen og den videre analyse af empirien.



Figur 5: Flowchart over transkription og analyse (49–51).

6.4. Analyse af data

Til at analysere den indsamlet data blev der benyttet en induktiv analysestrategi (51), da man tog udgangspunkt i den indsamlede empiri.

I analysen blev der fortsat gjort brug af IPA (41). Analysemetoden i IPA foreligger en fremgangsmåde, som skal sikre et dybdegående kendskab til empirien med mulighed for en fortolkende tilgang (41).

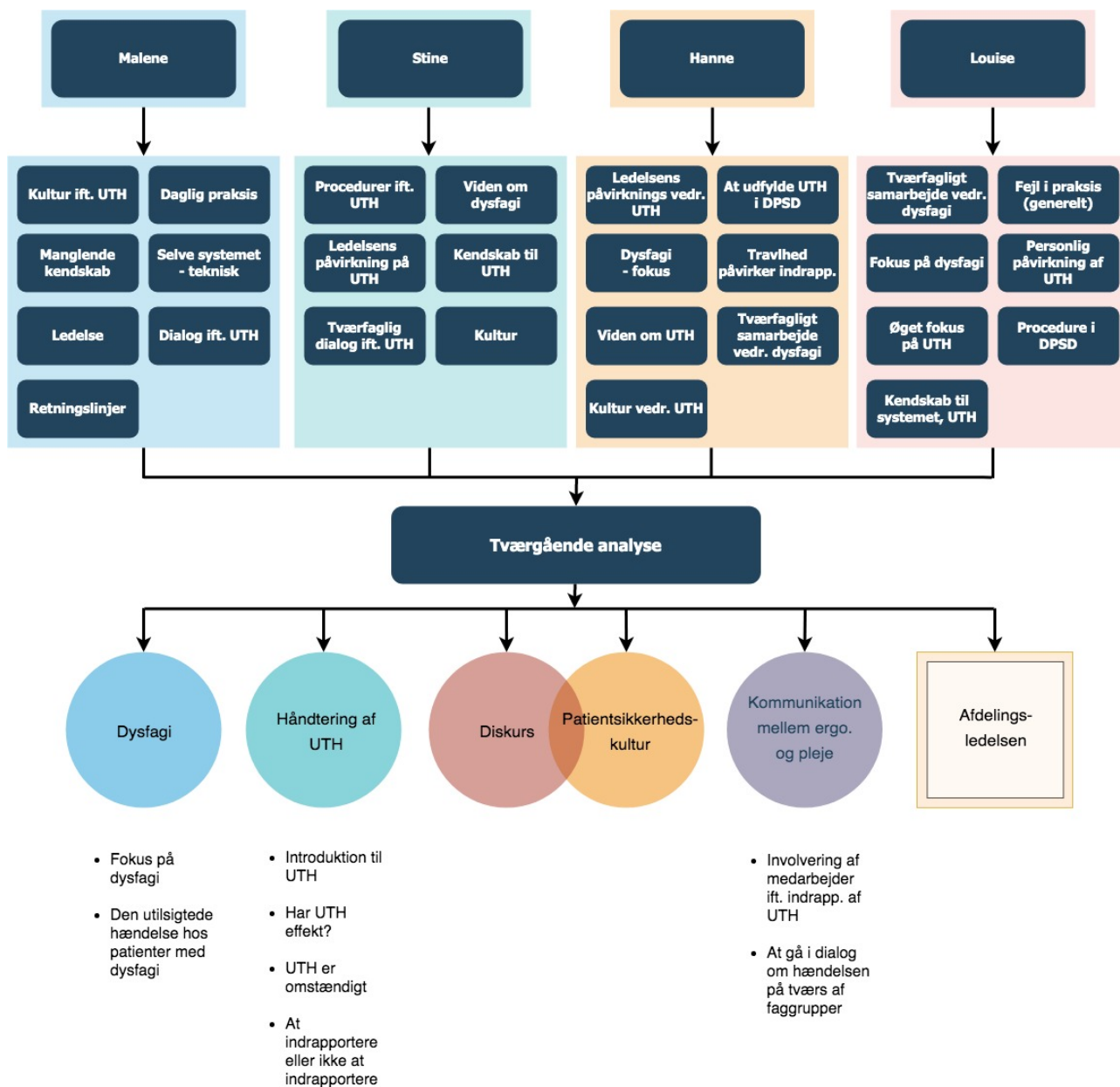
I det indledende fase blev transskriberingen af interviewet gennemlæst flere gange, for at opnå så stor en kendskab til transskriptionen som muligt. Sideløbende blev der lavet relevante notater i venstre margin, hvilket kunne være løse refleksioner, opståede associationer eller særlige udtryk fra informanten (41). For at sikre inter-koder-reliabilitet, og herved øge validiteten af analysen, benyttede man forskertrianglering, hvor man efterfølgende sammenlignede forfatterens notater (51,52).

Transskriptionen blev gennemlæst igen og de nedskrevne notater blev i fællesskab omformuleret til opståede tematikker, og noteret i højre margin (41). Hver informant blev tildelt en farvet mærkat, for at sikre forfatterens overblik. Mærkaterne blev systematiseret på whiteboard, hvorefter de identificerede tematikker, med relation til hinanden, blev sammensat i *clusters*. Disse clusters er illustreret under informanternes navne i figur 6.

Denne systematik sikrede let tilgængelighed til citater og passager der underbygger den identificerede tematik.

Afslutningsvist benyttede man en tværgående analysestrategi, hvor man søgte efter ligheder og forskelle på tværs af informanternes udsagn (51). Dette blev gjort ved at de identificerede tematikker blev oplistet på et whiteboard, hvorefter de blev sat i yderligere clusters ud fra ligheder i informanternes udsagn. For fortsat at sikre troværdighed mod informanternes udsagn henholdte man løbende tematikkerne til transskriberingen (41). Med henblik på at tydeliggøre den analytiske proces har man valgt at illustrere processen yderligere gennem nedenstående figur 6. Her ses udviklingen fra informanternes udsagn til endelige tematikker.

For læsevenlighedens skyld, vil underoverskrifter fra analysen fremgå i *kapitel 8: resultatafsnit*.



Figur 6: Den analytiske proces

7. Etik

I følgende afsnit vil der blive præsenteret de etiske overvejelser der er gjort under planlægning, udførsel, bearbejdning og analyse af den kvalitative interviewundersøgelse.

I henhold til informeret samtykke blev der udsendt et deltager-informationsbrev til de udvalgte informanter, hvor vi beskrev projektets tema og formål. Se bilag 9.

Informationsbrevet blev skrevet i overensstemmelse med national videnskabsetisk komit s guide for god deltagerinformation (53).

Inden interviewets start underskrev informanterne en samtykkeerklæring, hvilken de kunne trække tilbage når som helst gennem projektet. Se bilag 10. Desuden blev samtykkeerklæringen gennemgået mundtligt inden interviewets start, ved opstået behov for uddybning.

Både deltager-informationsbrevet og samtykkeerklæringen informerede informanten omkring fortrolighed (54), og at navne, afdelinger og stednavne blev anonymiseret i transskriptionen og generelt i hele projektet. Desuden bør det fremhæves, at det respektive hospital, som dette bachelorprojekt tager udgangspunkt i, f r udleveret det færdige projekt til at genanvende resultater og fund. Dette fremgår af deltager-informationsbrevet.

På baggrund af l st litteratur blev det bekendt, at det for sundhedsfagligt personale kan have været følsomt at være involveret i en UTH (23). Denne viden medførte, at vi undervejs i interviewet var opmærksomme på effekten af de fremlagte spørgsmål, ved at være observant på informantens kropssprog og tonefald (41).

Det blev valgt at afholde interviewene individuelt, for at facilitere til et fortroligt rum. Dette blev yderligere sikret ved at gennemføre interviewet i et afskærmet lokale og med markering på døren der tydeliggjorde, at der blev afholdt interview, for at undgå afbrydelser.

I processen var forfatterne bevidste omkring, hvorvidt interviewet kunne initiere forandring i informanternes selvforståelse (55). Dette projekt har blandt andet patientsikkerhed som omdrejningspunkt og hvordan sikkerheden sikres bedst muligt hos patienter med konstateret dysfagi. Ved at interviewe ergoterapeuter og plejepersonale, om deres forhold til brugen af indrapporteringsystemet UTH, blev der, under udarbejdelsen af interviewspørgsmål, lagt stor vægt på, at fokus forblev på systemniveau (2). Dette stemmer overens med Dansk Selskab for Patientsikkerheds ideologi, at UTH skal tænkes i et systemperspektiv, hvor hændelsen skyldes systemfejl og at der ikke sanktioneres på individniveau (2), eller at der sanktioneres på tværs af faggrupper.

Det indsamlede empiriske datamateriale blev behandlet og opbevaret fortroligt.

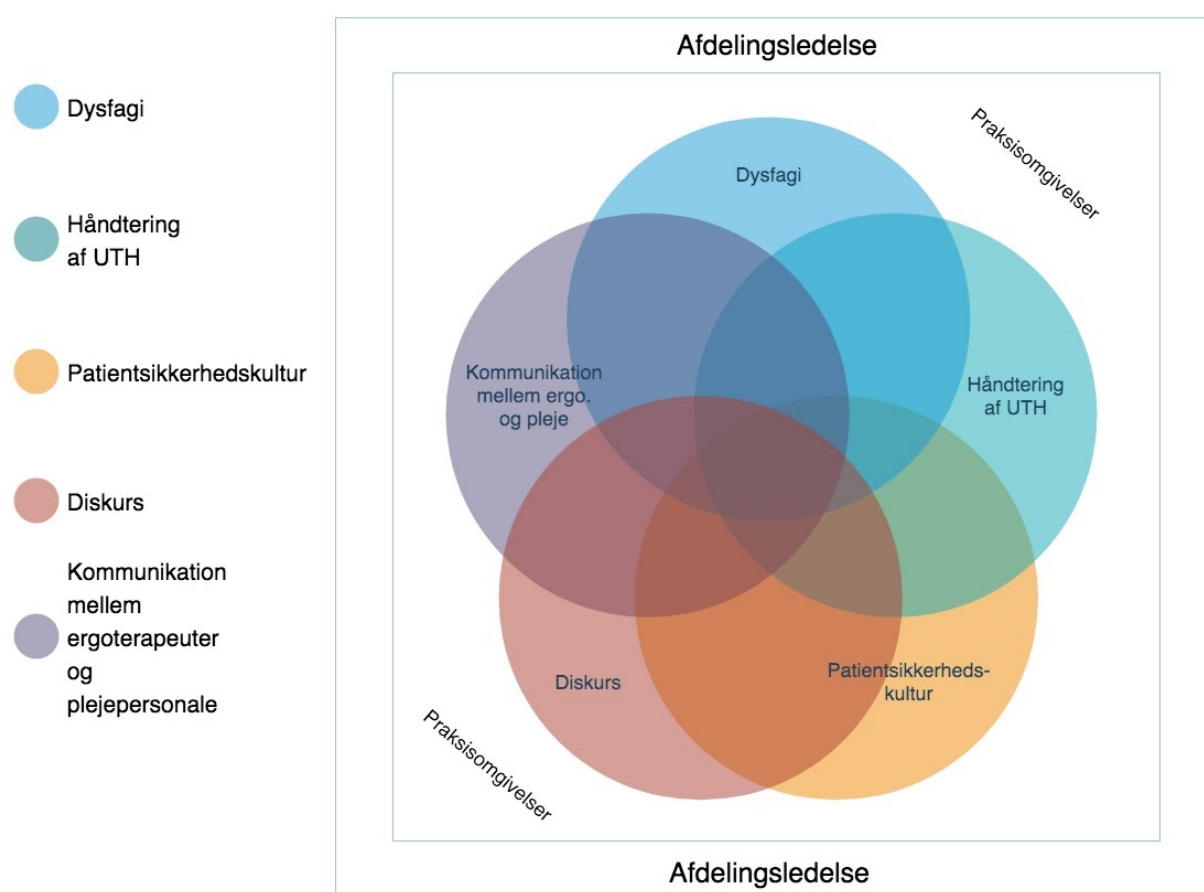
Interviewoptagelsen og transskriberingen blev udelukkende behandlet af forfatterne af denne opgave. Konkret blev de underskrevne samtykkeerklæringer opbevaret afl st. Lydfiler af

interview og de nedskrevne transskriptioner var udelukkende tilgængelige via USB-stik, som efter brug blev holdt aflåst. Lydfiler og transskriptioner destrueres efter endt bacheloreksamen ultimo januar 2020.

Forfatterne valgte, af etiske årsager, at prioritere anonymitet af informanterne højt, hvilket betød at informanterne ikke præsenteres ud fra hvorvidt de er ergoterapeuter eller plejepersonale.

8. Resultater

I dette kapitel præsenteres projektets resultater i form af tematikker, der i et større samspil har betydning for ergoterapeuters og plejepersonalets indrapportering af UTH vedrørende patienter med konstateret øvre dysfagi.



Figur 7: Forhold med indbyrdes påvirkning


Projektets samlede resultater illustreres ved ovenstående figur. Figuren illustrerer hvordan tematikkerne indbyrdes påvirker hinanden og at de i et større samspil påvirker indrapporteringen af UTH vedrørende patienter med dysfagi. De angivne tematikker er udtrukket på baggrund af den tværgående analyse af projektets empiriske materiale.

Det findes nærliggende, at for at kunne indrapportere en UTH vedrørende dysfagi, skal der være en konsensus blandt fagpersonalet omkring *håndteringen af UTH* lige såvel som der bør være et solidt kendskab og *fokus på dysfagi*. Resultater af dette projekt viser et varierende brug af indrapporteringssystemet på tværs af afdelingerne, samt en forskelligartet tilgang til dysfagi hos plejepersonalet. Håndtering af UTH og dysfagi uddybes henholdsvis i afsnit 8.1. og 8.4.

Disse forhold kan yderligere være påvirket af *kommunikationen mellem ergoterapeuter og plejepersonalet*, afsnit 8.2., da der også her ses forskel på hvorvidt fagpersonerne vælger at inddrage sine involverede kolleger i sin indrapportering. En informant beretter, at dialogen kan erstatte en indrapportering af UTH, hvis det vurderes at for eksempel en drikke-spisevejledning ikke er fulgt og at dette er på baggrund af en faglig vurdering. En anden informant beretter, at dialogen om UTH kan være svær at tage med de involverede parter, da hun frygter at kollegerne vil føle det som kritik af deres fagperson.

Dette fører til tematikkerne *diskurs og patientsikkerhedskultur*, som i afsnit 8.3. er de eneste tematikker der præsenteres fælles med overlap. Gennem analysen har det vist sig, at netop disse to tematikker har en så stor påvirkning på hinanden, at de vil være svære at adskille. Diskurs benyttes som et overordnet begreb, da det vurderes at være dækkende for hvordan systemet bliver italesat og konstrueret i daglig praksis. Afdelingernes lokale patientsikkerhedskultur, herunder deres håndtering og brug af UTH, lader sig påvirke af måden UTH bliver omtalt. Resultater indikerer, at indrapporteringssystemet er tabubelagt og anskues som et fejlfindingssystem, lige såvel som det modsættende betragtes og italesættes som et vigtigt læringsredskab.

Alle disse forhold er i spil i praksisomgivelserne, som omkredses af *afdelingsledelsen*, afsnit 8.5. Afdelingsledelsens holdning til brugen af indrapporteringssystemet har stor betydning for, hvordan klinikerne gør brug af systemet i praksis. Procedurer, i forhold til indrapporteringen af en UTH, synes varierende efter hvilken ledelse der sidder på afdelingen.



Håndtering af UTH

8.1. Håndtering af UTH

I følgende afsnit vil resultater vedrørende håndtering af UTH blive præsenteret.

8.1.1. Introduktion til UTH

Stine og Louise beretter, at der ved deres ansættelse ikke blev gennemgået brugen af utilsigtede hændelser ved gennemgang af arbejdsbeskrivelsen. Til gengæld oplevede de at blive introduceret til indrapporteringssystemet løbende gennem mentorordning.

Grundlæggende fortæller Stine og Louise, at fokus på patientsikkerhed, i undervisningen på grunduddannelserne, er mangelfulde. Louise erindrer, at introduktionen og demonstration af indrapporteringssystemet primært blev opnået i en klinisk undervisning afviklet på samme hospital.

“Men jeg kan huske tydeligere i mine praktikker at man ligesom blev introduceret til patientsikkerhed [...] Og så blev man vist nogle ■-retningslinjer for hvordan man indrapporterede ting og fik vist den der side hvor man indrapporterede utilsigtede hændelser.” (Bilag 8, l. 25-29)

Louise fortæller yderligere, at hun efter ét års ansættelse begyndte at have overskud til at se egne fejl i praksis, og have overblik over hvorvidt hun kunne ændre praksis for at undgå samme hændelse igen.

Ovenstående indikerer yderligere behov for undervisning i patientsikkerhed på grunduddannelsen. Endvidere indikeres, at de kliniske undervisningssteder bør levere et øget fokus på patientsikkerhed, samt at der er et behov for et større fokus på patientsikkerhed ved ansættelse. Også i perioden efter ansættelse, kan nyuddannede sundhedsprofessionelle have behov for at assisteres til at reflektere og indtænke patientsikkerhed i deres praksis.

8.1.2. Har UTH effekt?

For alle informanter gælder det, at de har en grundlæggende kendskab til systemet og ved hvor en UTH teknisk skal indrapporteres. I henhold til selve sagsbehandlingen af den indrapporterede hændelse, oplever informanterne en mangelfuld feedback fra sagsbehandlerne, hvilket kan give spekulationer på hvad systemet nytter.

Malene fortæller at den manglende feedback kan skabe tvivl om hvorvidt systemet har en effekt og hvad der helt konkret bliver af den indrapporteret UTH.

“Hvis man ikke får noget at vide den anden vej, om der bliver handlet på det eller hvad der sker med det man gør, jamen har det så nogen effekt? [...] Jeg ved det lander hos en risk manager. Jeg ved også godt, når jeg laver en utilsigtet hændelse, så lander det også på afdelingen, fordi de ligesom er opmærksom på der er sket det her, ‘hvad kan vi gøre ved det?’. Men hvis man ikke får nogen tilbagemeldinger den anden vej, så ved jeg reelt faktisk ikke hvad der bliver gjort ved dem. Jeg har ingen anelse.”

(Bilag 7, l. 315-322)

Ovenstående viser at den manglende feedback kan skabe en tvivl hos personalet i forhold til om det har en effekt at indrapporter fejl i praksis endvidere kan den manglende feedback skabe en usikkerhed omkring arbejdsgangen af den indrapporteret UTH og hvordan den behandles i systemet.

8.1.3. UTH er omstændigt

En anden væsentlig faktor, der blev synliggjort gennem projektets interview, var tidsforbruget som Hanne og Louise fremhæver som værende faktorer, der kan påvirke indrapporteringen. Begge beskrev, at systemet var langsomt og bestod af en længere arbejdsgang med flere klik undervejs.

Hanne beretter:

“Ja, jeg synes det er omstændigt. Det er langsommeligt. Altså der er mange spørgsmål. Det tager lang tid og indrapportere, synes jeg. Jeg synes også at det tager for lang tid. Jeg ved ikke om man kunne gøre det mere brugervenligt, sådan at man ikke skulle ind

og skrive alt det man gør. Jeg kunne godt tænke mig noget der var lidt nemmere. Så tror jeg egentlig jeg brugte det mere.” (Bilag 6, l. 105-114)

Desuden beretter Louise, at selve beskrivelse af hændelsen ikke tager lang tid, men at det tværtimod tager tid at indtaste kontaktinformationer og andet formalia, som Louise mener bør kunne automatiseres.

Det vurderes på baggrund af ovenstående, at indrapporteringssystemet kan være tidskrævende at udfylde, samt at der er et ønske om en lettere arbejdsgang, for at øge brugen af systemet.

8.1.4. At indrapportere eller ikke at indrapportere

På tværs af alle fire interviews udtrykkes, at brugen af indrapporteringssystemet benyttes vekslende og hyppigere i visse perioder frem for andre.

Hanne fortæller, at hun indimellem har haft gjort brug af systemet, men når der opleves travlhed på afdelingen, så bliver indrapporteringen nedprioriteret.

Louise beretter, at man på hendes afdeling har nedbrudt denne travlheds-barriere, ved en lokal indsats, faciliteret af deres kvalitetskoordinator.

“Hun har givet os lov til, at hvis vi ikke føler vi har tid til at indrapportere de her utilsigtede hændelser inde på computeren [...], så må vi skrive dem ned, og smide det under døren til hende på hendes kontor og så indrapporterer hun dem for os.”
(Bilag 8, l. 144-148)

Dette bevidner, at man på en afdeling gør tiltag, der skal øge forbruget af indrapporteringssystemet. Dette initieres af en nøgleperson, som i dette tilfælde er en kvalitetskoordinator, der er fast tilknyttet afdelingen.

8.2. Kommunikation mellem ergoterapeuter og plejepersonale

I følgende afsnit vil resultater vedrørende kommunikation mellem ergoterapeuter og plejepersonale blive præsenteret.

8.2.1. Involvering af medarbejder i forhold til indrapportering af UTH

Ifølge Malene, ses der en usikkerhed omkring hvorvidt det er en aftalt procedure, at inddrage de involverede sundhedsprofessionelle og afdelinger, når der skal indrapporteres en UTH.

“Jeg tror rent faktisk at vi skal fortælle afdelingen når vi laver en (UTH) og sige ‘vi observerede det og det, vi laver en utilsigtet hændelse’. Og mere er der ikke i det. [...]Og om det bliver gjort, det ved jeg faktisk ikke.” (Bilag 7, l. 264-267)

På baggrund af ovenstående indikeres en usikkerhed om, hvorvidt der forefindes retningslinjer omhandlende orientering af involverede parter i hændelsen.

Omvendt beretter Stine, at hun fik fortalt af sin leder, at der ikke forelå krav om at orientere involverede kolleger i sin indrapportering. At skulle tage dialogen med sine kollegaer om sin indrapportering, beskriver Stine som svær og udtrykker desuden, at det blandt andet har været medvirkende årsag til, at hun har holdt igen med at indrapportere.

Dette antyder, at ledelsen spiller en væsentlig rolle i at guide sundhedspersonalet i arbejdsgangene i indrapporteringssystemet i den daglige praksis. Der antydes desuden, at dialogen vedrørende UTH'er kan være svær, hvilket kan tyde på en tabubelagt diskurs.

8.2.2. At gå i dialog om hændelsen på tværs af faggrupper

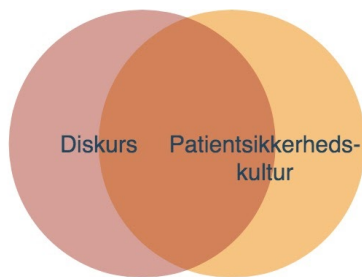
Malene udtrykker vigtigheden af at tage dialogen omkring hændelsen med sine involverede kolleger, frem for at al tiden kun bruges på at lave selve indrapporteringen.

“Jeg synes stadig vi skal tage den på afdelingen når vi oplever tingene, fordi det er altså nemmere at stå og snakke om det og finde ud af hvad kan vi så gøre? Er det

en forglemmelse? Det kan ske for alle, eller hvad kan ligge til grunde for det.” (Bilag 7, l. 327-329)

Dette kan indikere at den daglige dialog med den enkelte afdeling er vigtig og kan opleves mere effektiv end at indrapportere en UTH.

Udover Malene giver Stine samtidig udtryk for, at ved opståede hændelser prioriteres det først og fremmest at tage dialogen med de involverede kolleger på afdelingen. Først hvis hændelsen gentager sig på samme afdeling vælges det at indrapportere som UTH som sidste instans. Ifølge Malene kan de gentagne hændelser skyldes en arbejdsgang der bør revurderes.



8.3. Patientsikkerhedskultur og diskurs

Begreberne patientsikkerhedskultur og diskurs har gennem resultaterne vist sig at have en stor påvirkning på hinanden, hvilket har gjort det umuligt at redegøre for dem enkeltvis. De vil derfor blive præsenteret samlet.

Stine beretter, at indrapporteringen af en UTH opfattes som tabubelagt og som et angreb på ens fagidentitet mellem personalet i drift.

“[...]når det er at man nævner det overfor sine kollegaer, ‘jeg vil gerne indberette noget på det her’, så bliver de sådan lidt ‘uf’ [...] ‘uha, jeg skal ikke have noget siddende på mig’. Ja, det er jo ikke fordi at det er en straf [...]. Det er jo simpelthen et læringsredskab.” (Bilag 5, l. 180-182)

Endvidere beretter Stine yderligere, at systemet kan opfattes negativt, grundet måden det omtales på i praksis.

“[...] jeg tror at det der med utilsigtede hændelser det er sådan lidt negativt ladet på en eller anden måde. [...] altså man har sgu heller ikke lyst til at gå hen at sige til nogen, at man skal lave en UTH, for det er [...] måske ikke så rart at skulle sige til sin gode kollega at de har lavet en fejl[...]” (Bilag 5, l. 183-186)

Disse citater giver udtryk for en negativ ladet diskurs, som vil kunne have påvirkning på indrapporteringen af en UTH. Desuden indikerer citaterne, at der ved indrapporteringen af en UTH fokuseres på, at fejlen placeres på individniveau frem for på systemniveau.

Malene beskriver i overensstemmelse med Stine at:

“Så tror jeg at der har været en forståelse, både hernede men egentlig også ude på afdelingerne om at, det at lave en utilsigtet hændelse, det er lidt at slå hinanden oven i hovedet. [...] Generelt så tror jeg ikke at folk helt ved hvad det betyder at lave en utilsigtet hændelse. At det ikke er at slå andre oven i hovedet. At det er for at gøre nogle arbejdsgange bedre end de er.” (Bilag 7, l. 45-50)

Hos Louise beskriver hun modsat en åben patientsikkerhedskultur i brugen af utilsigtede hændelser. Her aftaler plejepersonalet somme tider, i fællesskab, at nedskrive alle utilsigtede hændelser på et stykke A4 papir, for derefter at indrapportere dem. Her oplever hun at de fælles kan tale frit omkring de hændelser der er opstået i praksis. Denne fælles aftalte procedurer, synes også at bidrage til et større brug af indrapporteringssystemet.

“Der er meget forskel på hvem af os der indrapporterer, vil jeg våge at påstå. Der er flere der indrapporterer, når der ligesom bliver lagt den her seddel hvor der bliver sagt ‘lad os lige skrive UTH’erne ned for i aften, så der sådan ligesom er et fælles fokus på det.“ (Bilag 8, l. 241-243)

Diskursen, på den pågældende afdeling, indikerer at have en betydning for den pågældende afdelings patientsikkerhedskultur, og hvorvidt personalet benytter sig af indrapporteringssystemet. Diskursen kan påvirke patientsikkerhedskulturen i en negativ eller positive retning som kan spille en afgørende rolle for indrapporteringen af UTH.

Den tidligere nævnte manglende feedback fra indrapporterings systemet kan medvirke til en negativ diskurs, hvilket kan skabe en følelse af usikkerhed i forhold til *‘hvad tænker de om mig’*. Både Stine og Malene beretter følelsesmæssige spekulationer, grundet den manglende feedback på deres indrapporterede hændelse. Stine nævner at i og med at hun kommer som *‘gæst’* på afdelingen kan der opstå en bekymring om hvilke tanker plejen på afdelingen har om hende.

“[...]Jeg kommer jo som gæst på afdelingerne (...) nåh men er det nu hende der har indberettet de sidste 25 UTH’er de sidste år eller man vil helst ikke have det ry. Altså man vil jo godt være den gode samarbejdspartner.” (Bilag 5, l. 275-277)

Heraf vurderes, at den manglende feedback skaber en bekymring hos personalet i forhold til rygtedannelse efter indrapporteringen af en UTH. Usikkerhed vedrørende behandlingen af den UTH kan påvirke den enkelte fagperson psykisk, hvilket kan true det tværfaglige samarbejde, samt skabe en negativ diskurs, på tværs af afdelinger.



Dysfagi

8.4. Dysfagi

I følgende afsnit vil resultater vedrørende dysfagi blive præsenteret.

8.4.1. Fokus på dysfagi

Fokus på dysfagi, på tværs af afdelinger og faggrupper, synes varierende. Malene beskriver, at det blandt andet kan skyldes, at dysfagi er et primært kerneområde for ergoterapeuter, hvor det for sygeplejersker indgår som et vigtigt fokusområde på lige fod med andre af sygeplejerskers højt prioriterede kerneområder som fx medicin.

Hanne beretter om en tidligere souschef, som havde dysfagi som særligt fokusområde, og hvordan det påvirkede afdelingen til et øget fokus på dysfagi.

“Hun satte mange ting i værk lige netop omkring det der med dysfagi. Og vi prøvede det af på hinanden, og vi har brugt rigtig meget krudt på det faktisk. Så jeg tror det er derfor der er så meget fokus på det også.” (Bilag 6, l. 305-306)

Dette indikerer at en nøgleperson på afdelingen, med særligt fokus på dysfagi, kan bidrage til at opretholde et jævnt og kontinuerligt fokus på dysfagi på tværs af faggrupper.

8.4.2. Den utilsigtede hændelse hos patienter med dysfagi

En overvejende del af informanter nævner manglende konsensus om hvilken hændelse der karakteriseres som en UTH ved patienter med dysfagi. Louise beretter at hændelser som fald konsekvent udløser en indrapportering, hvorimod der opleves en mangelfuld fælles opfattelse af hvilke hændelser der kan karakteriseres som en UTH hos patienter med dysfagi.

“Vi er rigtig gode til (at indrapportere) ved for eksempel fald. Når patienter falder. Det bliver altid indrapporteret. [...] Hvilket er mærkeligt. Fordi hvorfor indrapporterer vi det, og ikke når vi giver fejlnæring (forkert konsistens).” (Bilag 8, l. 245-248)

På baggrund af ovenstående citat vurderes det at informanterne oplever at mangle konsensus om hvilken hændelse der karakteriseres som en UTH ved patienter med dysfagi.

Malene beretter yderligere at selve dialogen, i forhold til at vurdere om en hændelse kan karakteriseres som en UTH, kan være afgørende for om hændelsen indrapporteres.

“Hvis man kan høre at det faktisk er fagligt velbegrunder at de ved det de har gjort. Vi kan jo sagtens komme ud for at den dag de har givet det, har patienten været god. Når vi kommer derind igen, så er de dårlige, for de svinger rigtig meget. Men derfor behøver det ikke være forkert det de har gjort.” (Bilag 7, l. 94-96)

I forhold til den mangelfulde fælles opfattelse af hvilke hændelser, vedrørende dysfagi, der kan karakteriseres som en UTH, vurderes det ud fra informanternes udsagn, at der opstår lokale arbejdsgange aftalt internt mellem faggrupper. Særligt hos Hanne gælder, at hun ikke

mindes at have oplevet en UTH vedrørende dysfagi på sin afdeling, hvilket hun mener skyldes, at de på afdelingen er gode til at følge procedure og retningslinjer for patienter med dysfagi.

Hos Louise har hun oplevet at kollegaer giver patienter med dysfagi væsker, uden fortykning, på trods af at ergoterapeuten har vurderet behov for modificeret konsistens.

“Altså jeg har oplevet nogle gange, sådan lidt en laissez faire holdning til patienter med dysfagi.” (Bilag 8, l. 210-211)

Det manglende kendskab til risikofaktorer ved dysfagi, kan have en afgørende betydning for indrapportering af UTH i forhold til patienter med dysfagi. Endvidere kan det manglende kendskab til dysfagi indikere et behov for konsensus mellem hvad der er en UTH i forhold til dysfagi.



8.5. Afdelingsledelse

Generelt, på tværs af projektets interviews, blev udtrykt forskellige tilgange til brugen af indrapporteringssystemet UTH. Malene oplever at tilgangen kan være skiftende efter hvilken holdning den pågældende ledelse på afdelingen har til systemet.

“[...] der har også været lidt forskellige holdninger fra vores ledelser hvornår vi laver dem (UTH) og på hvad. [...] Så har der været de her perioder hvor man så har gået mere ind i det, og måske vi har lavet endnu flere utilsigtede hændelser end vi tidligere har haft gjort, og så falder det lidt fra igen, fordi [...] det kan faktisk godt være lidt svært at navigere i, når man skifter ledelse, hvad deres holdning til hvornår man indrapporterer, hvornår man ikke gør.” (Bilag 7, l. 40-44)

Det vurderes, at de forskellige holdninger fra afdelingsledelsen, skaber et ustadigt fokus på UTH hvilket bevirker, at indrapporteringen af UTH sker i bølger. Samtidig medvirker manglende kendskab til ledelsens holdning en tilstand der er svær for fagpersonalet at navigere i.

Ligeledes udtrykker Stine, at hun oplever at afdelingsledelsen forsøger at nedregulere indrapporteringerne.

“[...] det er en del år siden hvor at vi faktisk blev gjort opmærksomme på, at vi indrapporterede så mange, at vi nok lige skulle tænke over hvad vi indrapporterede. Om det overhovedet var relevant.” (Bilag 5, l. 100-102)

Hos Malene oplever hun, at flere medarbejdere rådfører sig hos ledelsen om hvorvidt de bør indrapportere en hændelse eller ej.

I forhold til ovenstående vurderes det, at afdelingsledelsen kan have en form for kontrollør funktion i processen med indrapportering af UTH'er vedrørende dysfagi, hvorfor afdelingsledelsen kan få afgørende betydning i forhold til antallet af indrapporteringer. Ydermere vurderes det, på baggrund af informanternes udsagn, at afdelingsledelsen skaber rammerne for praksisomgivelserne. Dermed påvirkes ovenstående tematikker af hvordan ledelsens holdning til indrapportering udtrykkes.

Afslutningsvis beskrev en overvejende del af informanterne en ubalance i antallet af indrapporteringer i forbindelse med patienter med dysfagi og hændelser der reelt sker i praksis.

9. Diskussion

I følgende afsnit vil projektets resultater og metode blive diskuteret og vurderet i henhold til forfatterens forforståelse samt præsenterede teori og litteratur. Først vil centrale resultater blive diskuteret og vurderet og derefter diskuteres udvalgte dele af metoden. Projektets forskningsspørgsmål og begreber vil være styrende for diskussionen.

9.1. Diskussion af resultater

I følgende afsnit vil tematikkerne afdelingsledelse, dysfagi, patientsikkerhedskultur, diskurs og kommunikation mellem ergoterapeuter og plejepersonale diskuteres op imod relevant teori, herunder organisationsteori samt kommunikationsteori. Således diskuteres empirien op mod teori og forfatterens for forståelse, for at opnå en horisontsammensmeltning (42).

9.1.1. Afdelingsledelse

Afdelingsledelsens rolle, i faciliteringen af brugen af indrapporteringssystemet, synes central. Selve ledelsens holdning om brugen, kan udgøre et væsentlig forhold, der kan påvirke personalets indrapportering. Som Stine har udtrykt, var ledelsens holdning en overgang, at kun de mest relevante hændelser burde indrapporteres.

Denne holdning kan stemme overens med anbefalinger udgivet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2016 (2). Disse anbefalinger havde til formål at optimere brugen af indrapporteringssystemet. Heraf blev det anbefalet, at sundhedspersonalet ikke længere burde indrapportere hændelser, hvor der ikke skete nogen skade eller hvor skaden var af mild eller moderat karakter. Dette ville reducere ca. 80 % af indrapporteringerne på sygehuse (2). Anbefalingerne synes ikke officielt implementeret på pågældende hospital. Af hospitalets tilgængelige retningslinjer for brugen af utilsigtede hændelser, opdateret i 2019, gælder fortsat, at der ikke forefindes en bagatelgrænse for indrapportering af UTH (56). Der beskrives desuden, at ved opstået tvivl om hvorvidt en hændelse er en UTH, kan denne tvivl indikere at hændelsen kan have et læringsudbytte (57).

Ifølge Schein, er det ledelsens ansvar at skabe vished omkring organisationens skueværdier, som her være sig lovgivningen og selve brugen af indrapporteringssystemet (58). Hvis ikke ledelsen formår at tydeliggøre strategierne over for sine medarbejdere, og at strategierne ikke accepteres af medarbejderne, så vil disse ikke integrere sig som medarbejdernes grundlæggende antagelser (35).

Når Malene udtrykker, at brugen af UTH kan skifte afhængigt af hvilken ledelse der sidder på afdelingen, så er det et eksempel på, at der ikke formås at blive forankret en grundlæggende og stabil kultur i brugen af UTH. På trods af at alle informanter arbejder på forskellige afdelinger, så er denne holdning gennemgående - indrapporteringen sker *'i bølger'* og ikke kontinuerligt og jævnt.

Som det ses på Louises afdeling, er det lykkedes at finde en måde hvorpå indrapporteringen systematisk kan fuldføres. Afdelingen har accepteret kvalitetskoordinatorens forslag til ændret praksis, hvilket er et skridt nærmere en grundlæggende antagelse, som stemmer overens med organisationens skueværdi (35). Men da Louise også beretter, at indrapporteringen sker '*i bølger*' må det antages, at yderligere forhold påvirker denne lokale indsats og forhindrer den i at blive en grundlæggende antagelse (35).

9.1.2. Dysfagi

Det varierende fokus gør sig endvidere gældende inden for tematikken dysfagi.

Grundlæggende oplevede informanterne et varierende fokus på dysfagi hos plejepersonalet. Malene nævnte en mulig årsag hertil som værende forskelligt fokus fra faggrupper, hvor ergoterapeuter i Danmark er nøglepersoner i indsatsen med patienter med dysfagi (8). Dette kan betyde, at ergoterapeuter ofte kun vil se pågældende patient i forbindelse med mistanke om dysfagi, hvor plejepersonalet har et bredere fokus samt skal varetage hele afdelingens patienter.

Det varierende fokus på dysfagi på tværs af afdelinger kan resultere i, at der skabes lokale arbejdsgange som kun det nærmeste fagpersonale kender til. Disse lokale arbejdsgange kan være sårbare, når der kommer vikarer og nye ansatte til afdelingen. Ligeledes kan den varierende fokus på dysfagi også give et usikkert billede på, hvorvidt alt plejepersonale, herunder vikarer, kender til risikofaktorerne ved dysfagi. Hvis dette er tilfældet, kan der opstå flere UTH'er af alvorlig karakter vedrørende dysfagi, end hvad plejepersonalet er bevidste om.

Patientombuddet udgav i 2012 en temarapport om dysfagi (3). Heri beskrives, at den sparsomme introduktion til plejepersonale om plejen af patienter med dysfagi, er en af årsagerne til utilsigtet hændelser vedrørende patienter med dysfagi på sygehuse (3). Dette forsøges imødekommet ved, at hospitalet, som dette projekt skrives ved, etablerede et e-læringskursus i dysfagi for alle sundhedsprofessionelle i region og kommune (56). Dette for fagligt at udvikle personalet, for økonomiske besparelser og for at øge patientsikkerheden (56). Trods gode forudsætninger for at sikre en dysfagi-kyndighed hos personalet, skabt ud fra et standardiseret og fleksibelt undervisningsmateriale, ses fortsat behov for et øget fælles fokus på dysfagi. I henhold til Scheins organisationsteori er der her ikke overensstemmelse mellem organisationens artefakter, skueværdi og de grundlæggende antagelser (35), hvilket

vil medføre en “skæv” forankringsproces og som vil forhindre en vellykket implementering. Som artefakt formidler hospitalet udadtil deres produktion af et innovationsprojekt; et e-læringsprogram. Alligevel beretter Louise om en laissez faire tilgang til problematikker vedrørende dysfagi, hvilket bevidner om en uoverensstemmelse mellem artefakt og skueværdi (35).

I forhold til indrapporteringen af UTH beskriver Louise ydermere, at hændelser som *fald* konsekvent udløser en indrapportering af en UTH. Ifølge Schein´s kulturniveau er det lykkedes den pågældende afdeling at få skabt en grundlæggende antagelse som resultere i en stabil og kontinuerlig indrapportering af UTH’er der er baseret på fald (35).

Den manglende kontinuerlige indrapportering af hændelser i forbindelse med patienter med dysfagi kan ifølge Malene dels skyldes manglende retningslinjer over hvad der kan kategoriseres som en UTH i forbindelse med patienter med dysfagi og dels at der er blevet skabt lokale retningslinjer der variere fra afdeling til afdeling. Dette resulterer i en forskelligartet håndtering af hændelser hos personalet.

9.1.3. Patientsikkerhedskultur og diskurs

Den forskelligartede brug af indrapporteringssystemet bevidner om, at der på de enkelte afdelinger opstår forskellige patientsikkerhedskulturer, til trods for at alle afdelinger er underlagt samme fælles retningslinje vedrørende indrapportering af UTH (57). Denne forskellighed kan komme til udtryk, når der opstår en UTH hos en patient med dysfagi. Udover at ergoterapeuter og plejepersonale repræsenterer hver deres faggruppe, så kommer de også fra hver deres afdeling og dermed er det to sikkerhedskulturer der mødes. Desuden kan det forskelligartede fokus på dysfagi, og hvilke risikofaktorer der er forbundet med dysfagi medvirke til, at der kan opstå tvivl om hvorvidt der er foregået en UTH eller hvorvidt hændelsen skal eller bør indrapporteres.

Ovenstående taler ydermere ind i at der, grundet manglende konsensus mellem afdelingerne, opstår en forskellig måde at italesætte indrapporteringssystemet på, hvilket betyder at diskurs som begreb synes relevant i pågældende projekt. Diskurs defineres af Jaworski og Coupland således “*Diskurs er sprogbrug og brug af sproget i forhold til sociale, politiske og kulturelle formationer, dvs. strukturer, institutioner og normer. Diskurs er sprog, som afspejler social*

orden men også sprog som skaber social orden og skaber individers samkvem med samfundet”(28). I forhold til pågældende projekt bliver begrebet interessant, da resultaterne indikere at der opstår en negativ diskurs, som påvirker patientsikkerhedskulturen negativt. Stine oplever, at de negative ladede ord, i forhold til indrapporteringssystem, kan bidrage til at systemet som helhed anses som tabubelagt og personorienteret. Det kan forhindre den enkelte fagperson i at udarbejde en UTH, trods det er et lovpligtigt krav (1). Litteraturen om begrebet diskurs beskriver, at sproget opstår af de sociale forhold der gør sig gældende i en organisation, men samtidig er medvirkende til at skabe de sociale forhold (28). Denne cirkulære proces tydeliggøres gennem informanternes oplevelser, hvor systemet anses som personorienteret, herunder at man *“slår hinanden i hovedet”*. De sociale forhold mellem fagpersonalet fastholder denne opfattelse, men samtidig er det også denne opfattelse der sætter de sociale forhold og derved opretholder en negativ diskurs i forhold til indrapporteringssystemet.

Bevæger man sig dybere ind i begrebet diskurs vil sproget unægteligt være en væsentlig faktor i forhold til om indrapporteringssystemet opfattes negativt i den daglige praksis. Informanter beretter om en usikkerhed om hvorvidt man skal involvere de involverede parter i forbindelse med en hændelse, som skal eller er blevet indrapporteret. Dette kan tale for, at der mangler fælles retningslinjer som fagpersonale, inklusiv vikarer og nyansatte, er bekendte med. Endvidere beskriver Stine, at selve indrapporteringen af en given hændelse blev gjort lettere efter hun fik oplyst, at hun ikke er forpligtet til at oplyse om indrapporteringen til involverede parter. Dette kan dog understøtte en negativ diskurs, som fastholder den tabubelagte tilgang, der har vist sig gennem projektets resultater.

9.1.4. Kommunikation

Den manglende dialog om fejl i praksis kan medføre, at vigtig læring kan gå tabt, for at forebygge lignende hændelser fremadrettet. I relation til dette nævner Lauvås & Lauvås de to begreber *indhold* og *relation* som væsentlige at være bevidst omkring, i kommunikationen i et tværfagligt samarbejde (37).

En dialog om en UTH, og indrapporteringen af denne, blandt involverede sundhedsprofessionelle, hvor indholdet sættes i fokus, vil bevirke at indrapporteringssystemet anskues ud fra et systemperspektiv. Her kan de involverede personer rette fokus på indholdet

og tale sagligt om UTH. Dette synes italesat hos Louise, der frit kan tale med sine kolleger, eller kvalitetskoordinator, omkring en UTH.

Hvis relationen mellem de sundhedsprofessionelle derimod er uklar, kan indholdet i kommunikationen trænges i baggrunden. Herved bliver "*relationen det primære og sagen det sekundære*" (27, s. 179). Stine omtaler sig selv som 'gæst' på afdelingen og frygter at hendes indrapportering vil true det gode samarbejde. Når kommunikationen retter sig mod relationen, kan det samtidigt bevirke, at indrapporteringssystemet anskues fra et individperspektiv og at de involverede parter derfor oplever indrapporteringen som et angreb på deres fagidentitet. Dette kan fastholde en negativ diskurs, som kan resultere i at indrapporteringen af hændelsen ikke vil finde sted. Endvidere vil fokus på relationen overskygge selve intentionen med kommunikationen og parternes fælles kerneopgave: at arbejde for et sikkert patientforløb og forebygge lignende hændelser.

Malene beretter, at dialogen mellem de involverede parter har større effekt i forhold til praksisændring end selve indrapportering af hændelsen har. Dog er der ved denne metode risiko for, at ændringer i praksis, udarbejdet på baggrund af fejl, aldrig vil nå ud over den enkelte afdeling. Dette vil skabe manglende konsensus af retningslinjer på tværs af afdelingerne, hvilket kan medføre at der vil være afdelinger som er i risiko for at benytte arbejdsgange, som er til fare for patientsikkerheden. Malenes oplevelse af at dialogen er mere effektiv end indrapportering af en hændelse, kan tale ind i den manglende feedback på deres indrapporteringer, som informanterne oplever.

9.2. Metodediskussion og vurdering af anvendt metode

I nedenstående afsnit vil udvalgte dele af projektets metode blive vurderet og diskuteret. Metode vil blive diskuteret og vurderet i henhold til kvalitetskriterierne troværdighed, overførbarhed, pålidelighed og transparens (52,59). Afslutningsvis vil man diskutere forfatterens forforståelse, herunder hvilken påvirkning denne har haft på projektet.

9.2.1. Diskussion af forfatterens rolle i projektet

Forfatterne har gennem udarbejdelsen af projektet været synlig på pågældende hospital, som danner ramme om projektet. Denne synlighed har ført til, at forfatterne har været en aktiv del af projektets problemfelt. Dette er blandt andet kommet til udtryk ved, at man prioriterede at

deltage i begivenheder på hospitalet, som synes at være relevant for projektet, samt at man dagligt har været i kontakt med ergoterapeuter som er ansat på stedet.

Ydermere har forfatternes tilstedeværelse ført til et øget fokus på problemfeltet på stedet, hvilket kan have haft betydning i forhold til, om det er det reelle billede forfatterne får på projektets problemstilling. Dette kan endvidere have haft en påvirkning på troværdigheden af projektets resultater.

9.2.2. Informanter

Projektets informanter blev udvalgt ved brug af gatekeeper-metoden (44).

Der blev benyttet i alt 4 gatekeepere, fordelt på begge matrikler, hvoraf to samtidig agerede vejledere på projektet. Ved denne metode, kan de udvalgte gatekeepere have haft indflydelse på valget af informanter, ved at de på forhånd kan have haft en indsigt i hvad de udvalgte informanter har haft af viden og holdninger til projektets problemfelt (44). Dette kan således have haft indflydelse på projektets resultater.

Fordelen ved brug af gatekeeper-metoden er, at gatekeeperne har kort kommandovej til informanterne og derfor effektivt kan indhente informanter, der har interesse for at bidrage til projektet (44).

To gatekeeper kendte ikke til dette projekt, og kunne dermed objektivt udvælge en informant udelukkende på baggrund af projektet inklusionskriterier. Dog var én af de udvalgte informanter underinformeret omkring interviewets formål, hvilket resulterede i et kortvarigt interview. Citater fra dette interview er derfor kun sparsomt repræsenteret i projektet.

Det vurderes, at ved udelukkende at have brugt gatekeepere, uden involvering i dette projekt, kunne troværdigheden af informanternes udsagn være øget.

Da informanterne er indhentet fra to forskellige matrikler, og forskellige afdelinger, vurderes det at projektets overførbarehed øges. Dette begrundes med, at alle informanterne kommer med forskellig viden om håndtering af UTH på hver deres afdeling. Herved opnås der et bredere perspektiv på forskningsspørgsmålet.

På baggrund af denne spredning af informanter, på tværs af afdelinger, vurderes det, at viden og resultater fra pågældende projekt har en overførbarehed til primærsektoren, da indsatsen omkring dysfagi også her kan foregå på tværs af afdelinger og selvstændige institutioner (træningsenhed og plejecenter).

9.2.3. Forberedelse og udførelse af interview

Forud for interviewene udarbejdede man en interviewguide som blev benyttet som et støtteredskab for at sikre relevante spørgsmål med relevans for belysning af projektets forskningsspørgsmål. Da rammerne for interviewet har været semistruktureret, har alle fire interviews budt på nye spørgsmål, samt at spørgsmålene fra interviewguiden blev stillet i forskellig rækkefølge.

For at afprøve den udarbejdede interviewguide, udførte man et pilotinterview. Man sigtede mod at udføre pilotinterviewet på en repræsentativ informant, som ikke var en del af den daglige drift på pågældende hospital. Dette lykkedes dog ikke, hvorfor pilotinterviewet blev udført på en repræsentativ informant, med ansættelse på hospitalet, som danner ramme for dette projekt. Ydermere blev der, grundet tidshorizonten, kun udført pilot interview på den ene faggruppe herunder samme faggruppe som forfatterne.

Pilotinterviewet bidrog med brugbare perspektiver for projektet, men som naturligvis ikke kunne indgå som empirisk materiale. Alligevel havde pilotinterviewet indflydelse på forfatternes forforståelse, hvilket også har haft betydning for valg af spørgsmål under projektets fire interviews i en mere ledende forstand (60).

Ifølge Kvale og Brinkmann kan man mene at ledende spørgsmål kan udgøres som bias i forhold til interviewresultaterne. I dette tilfælde vurderes de ledende spørgsmål ikke at true validiteten af projektets resultater, da det kvalitative forskningsinterview faciliterer til, at informanterne frit kan præge hvilken form interviewet skal tage og hvilke emner pågældende selv italesætter. De ledende spørgsmål, der stilles bevidst, kan have det formål, at indhente oplysninger, som man mistænker informanten ligger inde, men ikke selv påpeger.

I interviewguiden blev det bestræbt, at formulere åbne interviewspørgsmål. På trods af denne forberedelse, blev mange spørgsmål stillet lukket i selve udførelsen af interviewene, hvilket kan have påvirket troværdigheden af projektets resultater (59). Efter hvert interview reflekterede forfatterne over de stillede spørgsmål, og alligevel gentog mønsteret sig igen ved næste interview. Dette taler for, at forfatterne, af dette projekt, er novicer inden for afholdelse af kvalitative forskningsinterview og anerkender at interviewmetoden er et håndværk, der bedst læres ved gentagen udførelse i praksis (61).

For at øge projektets transparens er den endelige interviewguide, og matrix til brug af udarbejdelse af interviewguide, vedlagt som bilag. Se bilag 2 og 3. Dette sikrer, at læseren

kan se en overensstemmelse mellem valg af metode og hvordan den praktiseres. Dette øger samtidig projektets pålidelighed.

9.3. Forfatternes forforståelses påvirkning på projektet

Forfatternes forforståelse er, som tidligere beskrevet, et kritisk perspektiv på indrapporteringen af UTH. Grundet tidligere klinisk undervisning er forfatternes forforståelse påvirket af, at forfatterne gennem en længere periode har opholdt sig i problemfeltet. Særligt i diskussionen af projektets resultater, har forforståelsen bidraget til, at forfatterne reflektivt kunne bringe den i spil og tolke videre på informanternes udsagn, hvilket har skabt nye perspektiver på problemstillingen.

Forforståelsen kan have påvirket resultaterne ved, at forfatterne kommer med en ergoterapeutisk baggrund og dermed har et ergoterapifagligt perspektiv på problemfeltet, hvilket kan have vanskeliggjort det objektive perspektiv på informanternes udsagn med plejebaggrund.

Projektet har som helhed været en personlig og faglig læringsproces, som har bidraget til en nuanceret forståelse af forskningsspørgsmålet.

10. Konklusion

I forestående afsnit vil der, på baggrund af analyse og diskussion af projektets empiriske materiale, blive konkluderet på følgende forskningsspørgsmål:

Hvilke forhold oplever ergoterapeuter og plejepersonalet påvirker deres indrapportering af utilsigtede hændelser vedrørende patienter med konstateret øvre dysfagi?

Det kan konkluderes, at et større samspil mellem flere forhold kan have en hæmmende eller faciliterende betydning for indrapporteringen af UTH vedrørende patienter med dysfagi. Dette bachelorprojekt har identificeret 5 forhold, herunder håndtering af UTH, dysfagi, patientsikkerhedskultur, diskurs og kommunikation mellem ergoterapeuter og plejepersonale. Disse 5 forhold synes at have betydning for ergoterapeuter og plejepersonalets indrapportering. De 5 forhold er endvidere omkredset af afdelingsledelsen som har en

overordnet påvirkning på indrapporteringen af hændelser i forbindelse med patienter med dysfagi.

11. Perspektivering

Plejepersonalet og ergoterapeuter varetager væsentlige roller i indsatsen med patienter med dysfagi-problematikker (4). En fælles opgave er, at sørge for at patienten er i trygge hænder på hospitalet og ikke pådrager sig unødigt sygdom under indlæggelse; at sikre patientsikkerheden (13)

Under udarbejdelsen af dette bachelorprojekt, var det ikke muligt at fremfinde litteratur, på nationalt eller internationalt plan, omhandlende *patientsikkerhed, dysfagi og ergoterapi*. Sygeplejersker og patientsikkerhed, herunder brugen af utilsigtede hændelser, synes mere afdækket (17,20–22).

Ergoterapeuter har et øget fokus på dagligdagsaktiviteter, roller og vaner i livet, samt livskvalitet, hvilket alle er faktorer der kan påvirkes under en indlæggelse (62). Dette taler for, at ergoterapeuter, med fordel fremadrettet, kan bidrage med relevante perspektiver i arbejdet med patientsikkerhed, både i primær og sekundærsektoren. Særligt da dysfagi associeres med længere indlæggelsestid og genindlæggelser (8).

I henhold til at sikre et større fokus på indrapportering af UTH, i forbindelse med patienter med dysfagi, kunne undervisningen omkring dysfagi med fordel optimeres, da denne typisk er varetaget af ergoterapeuter i primær- og sekundærsektoren. Her kunne inddrages et større fokus på UTH, herunder hvad der kategoriserer en UTH i forbindelse med dysfagi. Dette ville kunne bidrage til en konsensus omkring UTH vedrørende dysfagi, som informanterne oplever er mangelfuld. Samtidig kan dysfagi-undervisningen facilitere til, at sundhedspersonalet, omkring patienten med dysfagi, bliver sikre på risikofaktorerne der er forbundet med dysfagi. Herved kan desuden tydeliggøres, at UTH vedrørende dysfagi, rækker længere end kun oversete drikke-spise-vejledninger. For eksempel, at der hos patienten med dysfagi bliver prioriteret god mundhygiejne, da der er risiko for at de aspirerer til lunger og udvikler en aspirationspneumoni (6).

Under udarbejdelsen af pågældende projekt blev nye problemstillinger tydeliggjort, hvilke synes relevante at undersøge. Særligt kunne en kvantitativ undersøgelse, i forhold til hvor mange ergoterapeuter der kontinuerligt gør brug af indrapporteringsystemet, være relevant, da lignende undersøgelse er foretaget blandt sygeplejersker. Det kvantitative aspekt kan udgøre en større sampling af deltagere, hvilket kan bidrage til at opnå større viden på et område, hvor der mangler forskning (43,).

Pågældende projekt vil dels blive formidlet på hospitalet, der har dannet ramme for projektet, samt på netværksmøde for Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Hvilket anses som en oplagt mulighed for at udbrede og synliggøre patientsikkerhed i relation til ergoterapeutisk praksis.

Referenceliste

1. Bekendtgørelse af Sundhedsloven, LBK nr 903 af 26/08/19 [Internet]. Sundheds- og Ældreministeriet. [citeret 2019 Nov 11]. Tilgængelig fra:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110>
2. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Optimering af systemet for utilsigtede hændelser [Internet]. Patientsikkerhed; 2016. 16 s. [citeret 2019 Okt 24]. Tilgængelig fra:
3. Patientombuddet. Temarapport om dysfagi - om faren ved fejlsynkning [Internet]. Patientombuddet 2011. 11 s. [citeret 2019 Okt 24]. Tilgængelig fra:
https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2016/03/optimering__rapporteringssystemet_utilsigtedeheandelser.pdf
4. Philipsen BB, Mortensen HR, Melgaard D. Dysfagi. Ugeskr læger. 2019;181: 2–6.
5. Melgaard D, Rodrigo-Domingo M, Mørch M. The Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Geriatric Patients. Geriatrics. 2018;3(2): 1-9.
6. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi - Opsporing, udredning og udvalgte indsatser [Internet]. Sundhedsstyrelsen 2015. 78 s. [citeret 2019 Okt 24]. Tilgængelig fra:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~~/media/7E4C638B32204D5F97BCB9805D12C32F.ashx>
7. Ergoterapeutforeningen. Dysfagi og aktivitetsproblemer med at synke-spise-drikke [Internet]. Ergoterapeutforeningen 2015. 37 s. [citeret 2019 Okt 26]. Tilgængelig fra:
https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Faglige_selskaber/EFS_Dysfagi/dysfagianbefalinger_-_endelig_udgave_091115.pdf
8. Ergoterapeutforeningen. Hvad mener Ergoterapeutforeningen om dysfagi og aktivitetsproblemer ved at synke-spise-drikke [Internet]. Ergoterapeutforeningen 2015. 3 s. [citeret 2019 Okt 26]. Tilgængelig fra: <https://www.etf.dk/politikark-om-dysfagi>
9. Jepsen BG, Edqvist IK, Pai MI, Mahler M, Garbøl U, Wivel L, et al. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (over 18 år) personer med øvre dysfagi [Internet]. Center for kliniske retningslinjer 2016. 68 s. [citeret 2019 Okt 28] Tilgængelig fra: <http://www.cfkr.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer.aspx>
10. Mogensen T, Pedersen BL. Patientsikkerhed - hvorfor nu det? I: Patientsikkerhed fra

- sanktion til læring. København: Munksgaard Danmark; 2003. s. 19-29.
11. DSI Institut for Sundhedsvæsen. Utilsigtede hændelser på danske sygehuse [Internet]. Patientsikkerhed; 2001. 25 s. [citeret 2019 Okt 14] Tilgængelig fra: <https://patientsikkerhed.dk/materialer/utilsigtede-haendelser-paa-danske-sygehuse/>
 12. Kjellberg J, Wolf RT, Kruse M, Rasmussen SR, Vestergaard J, Nielsen KJ, et al. Costs associated with adverse events among acute patients. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1–7.
 13. Bilde L, Højgaard B, Frenndved C, Peitersen SF, Kristensen I, Kjellberg J. Mere patient-sikkerhed for pengene - hvordan? [Internet]. Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2018. 44 s. [citeret 2019 Nov 3]. Tilgængelig fra: https://pure.vive.dk/ws/files/2305652/Rapport_Patientsikkerhed_og_sundhedsoekonomi_FINAL_April18_nv.pdfhttps://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2018/04/patientsikkerhedogsundhedsoekonomi_rapport_final_april18.pdf
 14. Westmark S, Melgaard D, Rethmeier LO, Ehlers LH. The cost of dysphagia in geriatric patients. *Clin Outcomes Res.* 2018;10:321–326.
 15. Melgaard D, Signe W. Dysfagi hos den ældremedicinske borger [Internet]. Region Nordjylland. 2018 [citeret 2019 Okt 13]. 6 s. Tilgængelig fra: https://rh nordjylland.rn.dk/-/media/Hospitaler/Regionshospital-Nordjylland/For-Sundhedsfaglige/Dokumenter-blandet/Rapport_dysfagi_aeldremedicins_borger.ashx?la=da
 16. Dansk Sygeplejeråd Analyse. Sygeplejerskers oplevelse af utilsigtede hændelser [Internet]. Dansk Sygeplejeråd, 2019 [citeret 2019 Okt 2]. 4 s. Tilgængelig fra: https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_sygeplejerskers_oplevelser_i_forbindelse_med_uth_.pdf
 17. Mansouri SF. Barriers to nurses reporting errors and adverse events. *Br J Nurs.* 2019;28(11):690–695.
 18. Vrbnjak D, Denieffe S, O’Gorman C, Pajnkihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2016;63:162–78.
 19. Tchijevitch O, Nielsen L, Lisby M. Life-Threatening and Fatal Adverse Drug Events in a Danish University Hospital. *J Patient Saf.* 2017;1–6.
 20. Chang HY. Openness to experience, work experience and patient safety. *J Nurs Manag.*

- 2016;24:1098–108.
21. Cole DA, Et al. The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care. *J Nurs Manag.* 2019;27:1176–81.
 22. Stevanin S, Bressan V, Bulfone G, Zanini A, Dante A, Palese A. Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students: The findings of a cross-sectional study. *Nurse Educ Today.* 2015;35:926–34.
 23. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23:325–31.
 24. Den Danske Ordbog. [Internet]. 2003. <https://ordnet.dk/ddo/forside>
 25. Styrelsen for Patientsikkerhed. Utilsigtede hændelser [Internet]. [citeret 2019 Nov 23]. Tilgængelig fra: <https://stps.dk/da/laering/utilsigtede-haendelser/>
 26. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitets-og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed [Internet]. 3. udg. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. 2018. 126 s. [citeret 2019 Dec 16]. Tilgængelig fra: <https://dsk.dk/wp-content/uploads/2018/09/Metodehåndbog-12-09-2018.pdf>
 27. Kristensen S, Bartels P. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations - Results of the EUNetPaS project. Aarhus: European Society for Quality in Healthcare - Office for Clinical Quality Indicators; 2010.
 28. Bredsdorff N. Hvad er en Diskurs? I: Diskurs og Konstruktion - en samfundsvidenskabelig kritik af diskursanalyser og social konstruktivismen. *Samfundslitteratur*; 2002. s. 11–15.
 29. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Teori. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode. *Samfundslitteratur*; 2019. s. 133–171.
 30. Lund H, Juhl C, Andreasen J, Møller A. Litteratursøgning. I: Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning Redskaber til evidensbaseret praksis. København: Munksgaard; 2014. s. 39–87.
 31. Brandt Å, Winding K. Søgning og vurdering af ergoterapirelevant forskning. I: *Basisbog i ergoterapi.* 3. udg. København: Munksgaard; 2013. s. 427–449.
 32. Biblioteket PHA. Vurdering af kvalitative og kvantitative studier. [Internet]. [citeret 2019 Okt 17]. Tilgængelig fra: <https://biblioteket.pha.dk/taxonomy/term/135>

33. Mangement C for E-B. Critical Appraisal of a Cross-Sectional Study [Internet]. 2014 [citeret 2019 Okt 29]. Tilgængelig fra: <https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Critical-Appraisal-Questions-for-a-Survey.pdf>
34. Hornnes N. Epidemiologiske design. I: Rasmussen JL, editor. Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi. Gads Forlag; 2013. s. 101–125.
35. Bakka JF, Fivelsdal E. Organisationskultur - et signalement. I: Organisations teori: Struktur, kultur, processer. 6. udg. Handelshøjskolens forlag; 2014. s. 135–156.
36. Schein EH. Definition af organisationskultur. I: Organisationskultur og ledelse. 2. udg. København: Valmuen; 1994. s. 12–23.
37. Lauvås K, Lauvås P. Kommunikation, socialisering og virkelighedsforståelse. I: Tværfagligt samarbejde: Perspektiv og strategi. 2. udg. Århus: KLIM; 2006. s. 177–199.
38. Thisted J. Den humanvidenskabelige tradition. I: Forskningsmetode i praksis : projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik. 2. udg. København: Munksgaard; 2018. s. 57–74.
39. Kvale S, Brinkmann S. Karakteristik af kvalitative forskningsinterview. I: Interview: introduktion til et håndværk. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 45–73.
40. Kvale S, Brinkmann S. Epistemologiske spørgsmål i forbindelse med interview. I: Interview: introduktion til et håndværk. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 75–103.
41. Smith JA, Osborn M. Interpretative Phenomenological Analysis. I: Smith JA. Qualitative Psychology. SAGE Publications; 2007. s. 53–80.
42. Birkler J. Forståelse. I: Videnskabsteori. Munksgaard Danmark; 2007. s. 93–116.
43. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Kvalitative design. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode. Samfundslitteratur; 2019. s. 173–179.
44. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Protokol i bachelorprojektet. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode. Samfundslitteratur; 2019. s. 53–64.
45. Castillo-Montoya M. Preparing for Interview Research: The interview Protocol Refinement Framework. Qual Rep. 2016;21(5):811–830.
46. Bente H, Jeanette P. Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi - en introduktion

- [Internet]. Nyt om forskning. 2002. [citeret 2019 Dec 22] Tilgængelig fra: https://www.ucviden.dk/portal/files/39678803/kvalitative_forskningsmetoder.pdf
47. Fleming S. Philosophical Hermeneutic Interviewing. *Int J Qual Methods*. 2011;10(4):367–77.
 48. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Formidling af resultater/fund i kvalitative projekter. I: *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode*. Samfundslitteratur; 2019. s. 269–277.
 49. Kvale S, Brinkmann S. Transskription af interview. I: *Interview: introduktion til et håndværk*. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 235–247.
 50. Wreally. Transcribe [Internet]. [Citeret 2019 Nov 11]. Tilgængelig fra: <https://transcribe.wreally.com/>
 51. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Analyse og fortolkning i kvalitative projekter. I: *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode*. Samfundslitteratur; 2019. s. 247–268.
 52. Høstrup H, Schou L, Poulsen I, Larsen S, Lyngsø E. Vurdering Af Kvalitative Studier [Internet]. 2009 [citeret 2019 Nov 30]. s. 1–8. Tilgængelig fra: <http://dasys.dk/images/VAKS-danskversion.pdf>
 53. National videnskabsetisk komité. At skrive en god deltagerinformation [Internet]. National Videnskabsetisk komité, 2011. 5 s. [citeret 2019 Okt 28]. Tilgængelig fra: <http://www.nvk.dk/~media/NVK/Dokumenter/At-skrive-god-deltagerinformation.pdf?la=da>
 54. Kvale S, Brinkmann S. Ethiske spørgsmål i forbindelse med interview. I: *Interview: introduktion til et håndværk*. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 105–126.
 55. Brinkmann S. Etik i en kvalitativ verden. I: Brinkmann S, Tanggaard L. *Kvalitative metoder en grundbog*. 2. udg. Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 463–479.
 56. Anonymiseret kilde #1.
 57. Anonymiseret kilde #2.
 58. Schein E. Afdækning af kulturniveauer. I: *Organisationskultur og ledelse*. 2. udg. København: Valmuen; 1994. s. 24–34.
 59. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Diskussion. I: *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode*. Samfundslitteratur;

2019. s. 381–395.
60. Kvale S, Brinkmann S. Interviewkvalitet. I: Interview: introduktion til et håndværk. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 219–233.
 61. Kvale S, Brinkmann S. Introduktion til interviewforskning. I: Interview: introduktion til et håndværk. 3. udg. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. s. 19–41.
 62. Sommer C. Kroppen påvirkes fra dag et [Internet]. Fag & Forskning; 2019. [citeret 2019 Dec 23]. Tilgængelig fra: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2019-2/kroppen-paavirkes-fra-dag-et>
 63. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Kvantitative design. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne: Håndbog i opgaveskrivning og metode. Samfundslitteratur; 2019. s. 279-290.