



Høgskolen i Sørøst-Norge

Emne 10 Masteroppgaven

MOPP900

Predefinert informasjon

Startdato: 04-05-2017 09:00

Termin: 2017 06

Sluttdato: 15-05-2017 14:00

Vurderingsform: Norsk 6-trinnsskala (A-F)

Eksamensform: Masteroppgave

SIS-kode: MOPP900 2 MO

Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Navn: Sophie Maye Engueleguele Birkelund

Kandidatnr.: 211

USN-id: 126259@usn.no

Radiografers beskrivelse av god kommunikasjon i møte med hjemmeboende eldre pasienter

**En deduktiv
innholdsanalyse av intervjudata**

Sophie Maye Engueleguele Birkelund



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Tjenesteutvikling innen medisinsk
strålebruk**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

12.05.2017

Navn: Sophie Maye Engueleguele Birkelund	Dato: 12.05.2017
Tittel og undertittel: Radiografers beskrivelse av god kommunikasjon i møte med hjemmeboende eldre pasienter. <i>En deduktiv innholdsanalyse av intervjudata</i>	
Sammendrag: <p>Innledning: Radiografrollen innbefatter både kunnskap om medisinsk diagnostisk utredning og kunnskap om omsorg. Computertomografi er et viktig ledd i utredningen av særlig eldre pasienter. Flere studier viser at eldre pasienters forventninger blir ikke innfridd på grunn av blant annet mangel på kommunikasjon. Flere studier viser også at, kommunikasjonsforskning i konteksten radiologisk avdelinger er et forsømt område. Det har vært forsket lite på beskrivelse av god kommunikasjon innenfor radiologiske helsetjenester, eldre pasienter benytter seg av.</p> <p>Hensikt og formål: Hensikten med studien var å undersøke hvordan radiografene beskriver god kommunikasjon i møte med eldre hjemmeboende pasienter. Det ble fokusert mot hva som kjennetegner god kommunikasjon når radiografen selv identifiserer den som god i et CT undersøkelse og hvilke elementer radiografene beskriver som bestemmende for god kommunikasjon utfra situasjon. Formålet med studien er å kunne bidra til kunnskap som styrker kommunikasjonsteoretiske perspektiver som er nyttig og tilpasset radiografer.</p> <p>Materiale og metode: Studien er en kvalitativ casestudie og gjennomført med en deduktiv teoridrevet innholdsanalyse. Åtte radiografer ble intervjuet med utgangspunktet i opptak fra computertomografi hvor en eldre person var pasient. For denne studien ble utsagn fra intervjuene tolket som en beskrivelse av nøkkelbegrepene i den deduktive matrisen. Nøkkelbegrepene ble brukt som gjensidig utelukkende kategorier.</p> <p>Funn: En syntetisert, teoretisk forståelse av hva som inkluderes i god kommunikasjon ble brukt for å identifisere nøkkelbegrepene. Nøkkelbegrepene er valgt fordi de forstås som teoretisk nødvendig i god kommunikasjon. Disse er: av aksept, empati, begrepene av kongruens, omsorg, verbal og nonverbal kommunikasjon. Disse elementene vektlegges forskjellig i relasjon mellom radiograf og pasient. Elementene som er bestemmende for god kommunikasjon er pasientkarakteristika og pasientbehov, Computertomografi som modalitet, tidsramme, radiografenes holdning og jobberfaring.</p> <p>Konklusjon: God kommunikasjon er handling og samhandling med pasienten som utgangspunkt. God kommunikasjon kan forstås ut fra etablert teori om kommunikasjon, men radiografer vektlegger elementene annerledes enn det som ofte beskrives i teorien. Samt vil radiografens forståelse av kontekst og pasientkarakteristikk påvirke hvordan god kommunikasjon praktiseres</p> <p>Nøkkelord: Computertomografi, eldre pasienter, kommunikasjon, radiograf</p>	

Name: Sophie Maye Engueleguele Birkelund	Date: 12.05.2017
Title and subtitle: Radiographer's description of good communication in meeting elderly patients. <i>A deductive content analysis of interview data</i>	
<p><u>Abstract:</u></p> <p>Introduction: The radiographer role includes both knowledge of medical diagnostic investigation and knowledge of care. Computer tomography is an important part of the investigation, particularly of elderly patient's diseases. Several studies show that elderly patients' expectations are not met, due to lack of communication. Studies show that communication research in the context of radiological departments is a neglected area, despite the necessity of good communication if optimum diagnostic images are to be achieved. There is limited research on elderly patients in the setting of radiography.</p> <p>Purpose: The purpose of the study was to investigate how radiographers describe good communication when meeting home living elderly patients. The study focused on what characterizes good communication when the radiographer her-/himself identifies it as good communication in a computer tomography investigation, and which elements radiographers describe as determining for good communication, based on situation. The purpose of the study is to contribute to knowledge that strengthens the communication theoretical perspective, which are useful and adapted to radiographers.</p> <p>Method: This is a qualitative case study conducted with a deductive content analysis. Eight radiographers were interviewed initially in recordings from computer tomography where an elderly person was the patient. In this study, statements from the interviews were interpreted as a description of the key concepts in the deductive matrix. Key terms were used as mutually categories.</p> <p>Findings: A synthesized theoretical understanding of what is included in good communication was used to identify the key concepts. Key terms are chosen because they have been understood as theoretically necessary in good communication. These are: accept, empathy, concepts of congruence, care, verbal and nonverbal communication. These elements are emphasized differently in relation between the radiographer and the patient. The elements that determine good communication are patient characteristics and patient needs, computer tomography as modality, time frame, radiographer's behavior and work experience.</p> <p>Conclusion: Good communication is an interaction between the radiographer and the patient. It can be understood from established theory of communication, but radiographers emphasize the elements differently. In addition, the radiographer's understanding of context and patient characteristics will affect the quality level of communication.</p> <p>Key words: Computer tomography, communication, elderly patient, radiographer, radiologic technologist</p>	

FORORD

I forbindelse med skriving av masteroppgaven, vil jeg takke min veileder Linda Hafskjold for god, tydelig og motiverende veiledning gjennom hele prosessen.

Det har vært krevende å tilrettelegge for jevnlig og metodisk arbeid med oppgaven ved siden av jobb og familieliv. Men arbeidet har også vært spennende og har gitt meg faglig påfyll og muligheten for faglig metodisk og språklig utvikling.

Tilegnet kunnskap og kompetanse har forsterket min evne til å møte kommunikasjons utfordringer til det beste, både for arbeidslivet og meg selv. Jeg er ydmyk fornøyd med å ha nådd målet med studien.

En spesiell takk til både seksjonsleder, Hilde Rangsæter, kvalitetskontakt Tina Helen Berner Halvorsen og kontorpersonalet på avdeling for bildediagnostikk ved Drammen sykehus Vestre Viken HF.

Jeg vil også takke respondentene som deltok i både videoopptak og intervjuene og for at dere delte deres erfaringer og meninger.

Til sist vil jeg takke min kjæreste familie, som har lagt til rette og gitt meg mulighet til å avsette tid til studiene og masteroppgaven. Takk til mine barn som til perioder har vært uten tilgang til spisestua og kjøkkenbordet mens de isteden var omgjort til skrivestue og en spesiell takk til min mann som har motivert meg når det har gått tregt.

Oslo, mai 2017

Sophie Maye Engueleguele Birkelund

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	1
1.1 COMPUTERTOMOGRAFI OG RADIOGRAFENS ROLLE	1
1.2 ELDRE PASIENTER OG HELSEKOMMUNIKASJON	2
1.3 TEORETISK FORSTÅELSE AV INNHOLDET I GOD KOMMUNIKASJON	3
1.3.1 Nøkkeltbegreper i god kommunikasjon	4
1.4 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	7
2 METODE	8
2.1 FORSKNINGSPROSJEKT OG VALG AV FORSKNINGSDESIGN FOR MASTEROPPGAVEN	8
2.1.1 Casesdesign	8
2.2 FREMGANGSMÅTE FOR REKRUTTERING AV INFORMANTER OG DATA INNSAMLING	9
2.2.1 Problemstilling	9
2.2.2 Teoretiske antakelser	9
2.2.3 Analyseenheter	10
2.2.4 Den logiske sammenhengen mellom data og antakelser	16
2.2.5 Kriterier for å tolke funnene	16
2.3 UTVIKLING AV TEORIBASERT STRUKTURERT MATRISE OG ANALYSE STEG	17
2.3.1 Analysesteg	20
2.4 FORSKNINGSETIKK OG PERSONVERN	20
3 DATA ANALYSE OG RESULTATER	22
3.1 KJENNETEGN SOM BESKRIVER GOD KOMMUNIKASJON HOS RADIOGRAFENE	22
3.1.1 Aksept	22
3.1.2 Empati	24
3.1.3 Indre kongruens	25
3.1.4 Kommunikativ kongruens	26
3.1.5 Omsorg	27
3.1.6 Verbal og nonverbal kommunikasjon	28
3.2 RESULTATS TABELL OM RADIOGRAFENES FORSTÅELSE AV NØKKELBEGREPER	30
3.3 ELEMENTENE SOM ER BESTEMMENDE FOR GOD KOMMUNIKASJON.	33
3.3.1 Innhold i det som er bestemmende i verbal/nonverbal kommunikasjon	33
3.3.2 Innhold i det som er bestemmende i aksept	34
3.3.3 Innhold i det som er bestemmende i empati	35
3.3.4 Innhold i det som er bestemmende for indre kongruens og kommunikativ kongruens	35

3.3.5 Innhold i det som er bestemmende i omsorg	37
3.3.6 CT som modalitet bestemmende for god kommunikasjon	37
3.3.7 Pasientens og radiografenes væremåte som bestemmende for god kommunikasjon.....	38
3.3.8 Jobberfaringer som er bestemmende for god kommunikasjon	39
4 DISKUSJON	41
4.1 OPPSUMMERING AV PROBLEMSTILLINGEN OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	41
4.2 KJENNETEGN VED GOD KOMMUNIKASJONEN	41
4.3 ELEMENTER SOM TILPASSES TIL GOD KOMMUNIKASJON	43
4.4 DET SPESIELLE MED RADIOGRAFENS KOMMUNIKASJON	45
4.5 PASIENT VERSUS ELDRE PASIENT	48
4.6 DISKUSJON OM VIKTIG KUNNSKAP I STUDIEN?	48
4.7 DISKUSJON AV TEORIDREVNE TILNÆRMINGEN	49
4.8 STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN	49
4.8.1 Utfordringer ved videoanalyse	49
4.8.2 Evaluering av kvalitativ innholdsanalyse	50
4.8.3 Utfordringer med intervju	51
4.8.4 Utfordringer med analysemetode.....	52
5 OPPSUMMERING, IMPLIKASJON FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	53
5.1 VIKTIGSTE FUNN	53
5.2 IMPLIKASJON I PRAKSIS	53
5.3 VALIDERE FUNNENE	54
6. REFERANSER	55
7. VEDLEGG	58
VEDLEGG 1: RADIOGRAFENES SAMTYKKE ERKLÆRING	59
VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV OM STUDIEN	62
VEDLEGG 3: PASIENTENES SAMTYKKE ERKLÆRING.....	63
VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE	66
VEDLEGG 5: DELER AV ET INTERVJU	68
VEDLEGG 6: LITTERATURSØK.....	69
VEDLEGG 7: OVERSIKT OVER RADIOGRAFENES BESKRIVELSE AV NØKKELBEGREPER	71
VEDLEGG 8: NSD GODKJENNING	74
VEDLEGG 9: GODKJENNING AV MASTERPROSJEKTET I VESTRE VIKEN.....	75
VEDLEGG 10: TILRÅDING	76

Oversikt over tabeller

Tabell 1.....14

Tabell 2.....18

Tabell 3.....31

1 INNLEDNING

I følge rammeplan for radiografifaget omfatter dette faget kunnskap om medisinsk diagnostisk utredning og behandling som baserer seg blant annet på bildediagnostikk utstyr, kunnskap om strålebehandling og nukleærmedisinsk undersøkelse og behandling.

Radiografifaget omfatter også kunnskap om omsorg, som er verdiforankret og setter mennesket i sentrum. Det skal utvikles en handlingskompetanse som krever teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og holdninger, samt sosial kompetanse for å fungere i samarbeid med og for andre (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Radiografifaget omfatter også kunnskap om omsorg, som er verdiforankret, teoretisk og praktisk (ibid).

I sin artikkel diskuterer Nixon (2001) «radiografi og profesjonalitet». Her understrekkes det at, for å styrke og utvikle radiografi som profesjon, må radiografens kunnskapsbase gjøres forskningsbasert. I tillegg må det arbeides kontinuerlig for å utvikle profesjonell praksis i takt med krav til helsetjenesten. Radiografers rolle og funksjon har vært beskrevet som kompleks (Hafslund, Clare, Graverholt, & Nortvedt, 2013). Radiografer skal blant annet inneha kunnskap om; hele menneskekroppen og dens prosesser, og medisinsk terminologi, samt inneha tekniske ferdigheter. I tillegg må radiografer i sitt daglige virke kunne samarbeide med og ta vare på pasienten fra vugge til grav (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Dette fordrer blant annet at radiografer er observante på pasientens fysiske og emosjonelle behov. Samhandling med pasienten vil i stor grad foregå gjennom kommunikasjon og samhandling med pasienten i undersøkelsessituasjonen. Forskning som belyser hvordan radiografene ivaretar og tolker disse elementene i praksis vil derfor være viktig i utviklingen av god praksis.

1.1 Computertomografi og radiografens rolle

Radiologiske tjenester brukes ofte i utredning og oppfølging av pasienter, og særlig Computertomografi (CT) har en stor plass i denne fasen (ICRP, 1980). Børretzen, Lysdahl og Olerud (2007) viser at CT undersøkelser er blant de hyppigste undersøkelsene radiografer

utfører. Flere studier fremhever at kommunikasjon i et høyteknologisk miljø kombinert med korte møter, er en kontekst som må utforskes spesielt for å analysere kommunikasjon på radiologisk avdeling (Booth (2008); Lang (2012); Murphy (2001)). Egestad (2009) og Williams og Berry (1999) hevder at det radiograffaglige ansvaret blant annet innebærer å forstå hvordan prosedyrer og apparatur påvirker relasjonen og å kunne kommunisere med pasientene i denne konteksten. Derfor er kommunikasjon i tilknytning til CT-undersøkelser brukt for å utforske radiografers kommunikasjon med eldre pasienter. CT kan representere en slik kontekst og er derfor valgt som arena for å utforske radiografers kommunikasjon med eldre pasienter.

1.2 Eldre pasienter og helsekommunikasjon

CT-undersøkelser, som brukes til utredning av mange sykdommer, vil være et viktig ledd i hjemmeboende eldres helsetjenester (Davies, Wathen, & Gleeson, 2011) og Hendee et al. (2010)).

Kommunikasjonen er en grunnleggende kompetanse og en grunnpilar i alle møter i helsevesenet (Eide & Eide, 2007) Gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon uttrykker pasienter både bekymringer og forventninger. Helsepersonell blir kjent med pasienten og dens situasjon ved å lytte og stille spørsmål for å kunne drøfte omsorg og behandlingsalternativer med pasient og gi nødvendige informasjon. Utilstrekkelig kommunikasjon, forårsaket av helsepersonells manglende evne til å være oppmerksomme og imøtekomme behov kan føre til unødvendig lidelse for eldre mennesker (Hafskjold et al., 2015).

En viktig forutsetning for å sikre god helse blant eldre er tilstrekkelig utredning og oppfølging av komplekse sykdomsbilder (Laake, 2003). Det er et uttalt ønske fra den norske regjering at helsetjenester skal organiseres og koordineres slik at det fremmer eldre personers mulighet til å forbli hjemmeboende så lenge som mulig (St.meld. nr. 47 (2008–2009), 2009). I møte med eldre pasienter kan aldringsprosesser som blant annet hørselstap og kognitiv svikt, sansetap, langsommere oppfattelsesevne gi utfordringer i kommunikasjon som vil være spesielt for denne pasientgruppen (Hafskjold et al., 2015). Studier fra ulike helserelaterte kontekster viser at eldre pasienter kan oppleve at forventninger til helsehjelpen ikke blir innfridd blant annet på grunn av mangel på elementer i kommunikasjonen (Eide & Eide, 2007), Lang (2012) og

Murphy (2001)). Stewart, Meredith, Brown og Galajda (2000) fremhever at opplevelsen av ulik kvalitet i møtet kan forklares med at eldre pasienter ofte; kommuniserer mindre sammenlignet med yngre pasienter, de fremmer sjelden egne forventninger og overlater oftere beslutninger til helsepersonell. Videre hevdes det i samme studie at, mangel på interesse og engasjement i den Eldres individuelle behov er et problem for kvaliteten i samhandling mellom helsepersonell og pasient. Videre påpekes det at, for å oppnå god kommunikasjon, må helsepersonell i større grad tilstrebe å få fram pasientens forventninger og behov. Flere hevder at kommunikasjonsforskning i konteksten radiologisk avdeling er et forsømt forskningsområde (Hafskjold et al. (2015), Booth og Manning (2006)) og man har derfor lite forskning som beskriver god eller optimal kommunikasjon under en bildediagnostikk undersøkelse. Hafskjold et al. (2015) hevder også at få studier har undersøkt kommunikasjon mellom radiografer og eldre pasienter spesielt. Fokus for denne studien er derfor på god kommunikasjon mellom den eldre hjemmeboende pasienten og radiografen på CT.

1.3 Teoretisk forståelse av innholdet i god kommunikasjon

Pawlikowska, Zhang, Griffiths, van Dalen og van der Vleuten (2012) hevder at god kommunikasjon blir sett på som en kvalitetsindikator i helsevesenet. I følge Lang (2012) har forskningen identifisert at ferdighetene i god kommunikasjon er viktige faktorer som sikrer bedre pasientutfall og pasienttilfredshet. En forståelse av hva god kommunikasjon faktisk inneholder vil være viktig for å kunne forske på hvordan dette er praktisert i en gitt helsekontekst. Dette kapittelet redegjør derfor for den teoretiske plattformen brukt i denne studien for å beskrive hva som er inkludert i god kommunikasjon.

Enklest sett kan kommunikasjon beskrives som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007). Videre er det vanlig å skille mellom verbal (ordene som sies) og nonverbal kommunikasjon (toneleie, fakter, blikk-kontakt, kroppspositur osv.) (Eide og Eide (2007), Caris-Verhallen, Kerkstra og Bensing (1997)). Et siste eksempel gis gjennom Glanz, Rimer og Viswanath (2015) som understreker at kommunikasjon i en helsekontekst er en mellommenneskelig prosess og er hovedkilden til sosial påvirkning mellom partene, ofte betegnet som pasienter og helsepersonell. Kommunikasjon som en sosial prosess blir ofte beskrevet som relasjonskommunikasjon og kan oppsummeres i følgende punkter (Eide og Eide (2007), Glanz et al. (2015)):

- Skape gode og likeverdige relasjoner
- Strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
- Fortolke den andres verbale og nonverbale signaler (lytte og observere)
- Formidle på en klar og forståelig måte
- Møte den andres behov og ønsker
- Stimulere den andres ressurser og muligheter
- Skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
- Samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger

I denne studien vil kommunikasjon derfor forstås som både adferd (verbal og nonverbal kommunikasjon) og som sosial prosess (relasjonskommunikasjon).

1.3.1 Nøkkelbegreper i god kommunikasjon

Eide og Eide (2007) og Rogers (1995) er mye brukt og anerkjente innenfor kommunikasjonsteori og de knyttes til hva som anses som beskrivende for god kommunikasjon. God kommunikasjon vil derfor bli belyst med vekt på disse teoretikerne. Studier av Markides (2011) og Priebe et al. (2011) som har spesifikt utforsket god kommunikasjon i en helsekontekst er også inkludert. I tillegg inkluderes Martinsen (2003) som er sykepleier og professor, og svært anerkjent for sin omsorgsfilosofi. Omsorg er også beskrevet ut fra Travelbee (1996) som blant annet er opptatt av kommunikasjon og har fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier, hvor det enkelte individet står i sentrum. Travelbee (1996) hevder at god kommunikasjon er viktig for at tiltakene som iverksettes, samsvarer med pasientens behov.

En syntetisert, teoretisk forståelse av hva som inkluderes i god kommunikasjon bygger på dette teoretiske grunnlaget og er operasjonalisert ved å identifisere nøkkelbegrep. Nøkkelbegrepene er valgt fordi de forstås som teoretisk nødvendig i god kommunikasjon.

Eide og Eide (2007) skriver at, god kommunikasjon er hjelpende og pasientrettet. Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper tillit, og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulerer til at pasienter og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig. Pasientrettet kommunikasjon skal fremme likeverd, ta hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selv bestemmelse (ibid). Rogers (1995) snakker om den terapeutiske tilnærmingen om personsentret kommunikasjon som er basert på prinsipper og

verdier av empati, aksept og omsorg. Disse tre elementer bidrar til at dialog kan oppstå. Dialog og kommunikasjon brukes her som synonymer. Martinsen (2003) snakker om omsorgsbegrepet tre sider. Omsorg er et relasjonelt begrep, omsorg viser seg gjennom praktisk handling slik at pasienten opplever anerkjennelse og omsorg har en moralsk side. Hos Travelbee (2001) har begrepet empati en sentral plass for å kunne skape en relasjon med et annet menneske og er en forutsetning og nødvendig for å forstå den andres situasjon. Egne følelser må brukes som ressurs (ibid).

I følge Markides (2011) er tillit en viktig komponent i samspillet mellom helsepersonell og pasient. Videre hevdes det at helsepersonellet må respektere den andre hvis en vil at den andre skal ha tillitt til dem. Disse poengene er her forstått som å gi innhold til og utdype Markides (2011) mener at, det er svært viktig for en helsearbeider å kunne koble sammen sine jobbferdigheter med sine menneskelige ferdigheter. I tillegg bør informasjonen som meddeles være forståelig ved at, en må prøve å unngå å bruke medisinske sjargong som ofte forvirrer pasienten. Markides (2011) poengterer at, en helsearbeider som er god til å kommunisere (vet hva som er god kommunikasjon) må kunne stå i pasientens sko for å kunne fange opp og oppleve pasientens fenomenologiske verden. I tillegg skal en helsearbeider som vet hva god kommunikasjon er, respektere pasienten, forstå at pasienten har meninger, synspunkter, følelser samt kulturelle bakgrunn. Den som er god til å kommunisere lytter til pasienten, avbryter ikke men forsøker aktivt og innstendig å forstå hva pasienten snakker om. Han stiller åpne spørsmål, prøver å lære fra pasienten både om dennes sykdom og om pasienten som individ. Videre forsøker han å forstå pasientens synspunkt også når han er uenig. Han kritiserer aldri, kommanderer ikke, advarer ikke, dømmer ikke eller er belærende overfor pasienten. Likevel er det klart at, kommunikasjon mellom pasient og helsearbeider er ikke alltid lett og å ha i tankene at, alle er ikke like, og behovene er forskjellige. Derfor sier Markides: ” *An empathic humanistic response is the best a health professional can give at that point* ” (Markides, 2011, s. 124).

Priebe et al. (2011) har i sin studie identifisert fem prinsipper som fører til god kommunikasjon:

- Kommunikasjon bør fokuseres på pasientens bekymringer og bli styrt av pasientens ønsker.

- Pasienten aksepteres og verdsettes som en person, og hans / hennes synspunkt tatt på alvor, og anses som viktig.
- Pasienter bør være fullt involvert i beslutningsprosesser.
- Klinikere bør også være ekte, varm og åpen, og kommunisere med pasienter som ekte mennesker.
- Klinikere kan bruke elementer i psykologiske behandlingsmodeller for å indusere terapeutisk endring.

Nøkkelbegrepene som er favnet hos teoretikerne og som vil danne utgangspunkt for innholdet i god kommunikasjon er følgende:

- Eide og Eide (2007): aksept, empati, kongruens (kommunikativ kongruens), omsorg og verbal og nonverbal kommunikasjon.
- Markides (2011) Aksept, empati, verbal og nonverbal kommunikasjon
- Martinsen (2003): omsorg
- Priebe et al. (2011): aksept, omsorg og kongruens (indre kongruens)
- Rogers (1995): empati, kongruens (indre kongruens), og aksept
- Travelbee (2001): empati

Den teoretiske definisjonen for hvert nøkkelbegrep tilpasset studie vises i tabell 2.

Kongruens er litt ulikt beskrevet blant de ulike teoretikerne. Kongruens (Eide & Eide, 2007) fokuserer på det kommunikative. Videre i oppgaven beskrives denne kongruens som kommunikativ kongruens. Kongruens (Rogers, 1995) er innover rettet . Videre i oppgaven beskrives denne kongruens som indre kongruens.

Fra teorien forstås det slik at, god kommunikasjon er overlappende forstått og kan forskes på fordi det kan identifiseres og formålet med god kommunikasjon er det samme. Det vil være forskjellig avhengig av pasienten holdning og situasjon men, den skal være både en relasjonsbyggende prosess og en informativ prosess (holdninger og egenskaper).

Nøkkelbegrepene er en måte å forene disse teoriene på og ble valgt fordi de går igjen i alle disse teoriene mer eller mindre like og tilpasset. I studien er man opptatt av å få begrepsforståelsen derfor diskuteres senere begrepene i kapitel 4.

I denne studien blir begrepet god kommunikasjon definert som ett sett av ferdigheter og egenskaper hos helsepersonell/radiografer som kommer til syne både som holdning og handling i samhandling (sosial prosess) med pasienten, basert på verbale og nonverbale

uttrykk, aksept, empati, omsorg og kongruens. Formålet med god kommunikasjon forstås som målsetningen om å skape gjensidighet i opplevelse og mening mellom radiograf og pasient.

1.4 Formål og problemstilling

Basert på denne teoretiske plattformen vil hensikten med denne studie være å utforske hva radiografen beskriver som god kommunikasjon i møte med den eldre pasienten på CT. Studien er en del av et større prosjekt som inngår i en internasjonal tverrsnittsstudie på personsentrert kommunikasjon med eldre mennesker som mottar helsetjenester (COMHOME). COMHOME på engelsk er, ”a cross-sectional study on person-centred communication with older people receiving healthcare” (Hafskjold et al., 2015). Formålet med (COMHOME) er å utvide kunnskapsgrunnlaget for ulike helsepersonells praktisering av god kommunikasjon i møte med eldre pasienter i ulike helserelaterte situasjoner.

Formålet med studien er å kunne bidra til kunnskap som styrker kommunikasjonsteoretiske perspektiver som er nyttig og som er tilpasset radiografer.

For dette masterprosjektet vil problemstilling formuleres slik:

Hvordan beskriver radiografer innholdet i god kommunikasjon med utgangspunkt i møtet med hjemmeboende eldre pasienter?

Følgende er studiens forskningsspørsmål og vil bli benyttet som veiledende for å besvare den overordnede problemstillingen:

- Hva kjennetegner kommunikasjonen mellom radiografen og den eldre hjemmeboende pasienten når radiografen selv identifiserer kommunikasjonen som god i en CT undersøkelse?
- Hvilke elementer beskriver radiografer som bestemmende for god kommunikasjon utfra situasjon eller andre faktorer?

2 METODE

2.1 Forskningsprosjekt og valg av forskningsdesign for masteroppgaven

COMHOME studien inkluderer tre delprosjekter hvor studie 1 tar for seg kommunikasjon i hjemmesykepleien i tre Europeiske land. I Norge er ytterligere to studier rettet mot radiografers kommunikasjon (studie 2) hvor denne masteroppgaven er basert, og i privat optometrisk praksis (studie 3).

Thagaard (2013) fremholder at, deskriptivt design også kalt beskrivende design, vil gi oss innsikt og forståelse om problemstillingen mens utforskende design, også kalt eksplorerende design, vil gi oss ny kunnskap på områder hvor det finnes lite forhåndskunnskap. Dette samsvarer med hensikten i denne studien og derfor kombinerer dette masterprosjektet et deskriptivt og utforskende kvalitativt design.

Detaljert om metode som den er praktisert i denne studien blir beskrevet videre i dette kapitlet.

2.1.1 Casedesign

Studien er teoretisk og metodisk forankret innenfor en casestudie tradisjon. Thagaard (2009) hevder at, en casestudie gjør det mulig å innhente mye informasjon om virkeligheten, om enhetene eller caser studien omfatter. Dette gjøres gjennom intervju, observasjon, deltakende observasjon, samtaler eller flere av disse metodene. I denne studien skjer datainnsamlingen hovedsakelig gjennom intervju, men med utgangspunkt i observasjon av praktiske hendelser og adferd ved hjelp av videoopptak. En casestudie forventes å bidra til en økt forståelse av et fenomen, men som ikke nødvendigvis kan generaliseres fra enheten i utvalget til å gjelde alle enheter (Jacobsen, 2005).

For denne studien er det benyttet en deduktiv tilnærming i analysen av materialet. En deduktiv tilnærming betyr at man tar utgangspunkt i teorien for så å se om empirien bekrefter denne teorien eller ikke (Thagaard, 2013). En slik fremgangsmåte ble valgt for å belyse hvorvidt etablert kommunikasjonsteori basert på sykepleie, medisin og terapeutiske situasjoner (Eide & Eide, 2007) kan passe for radiografers kommunikasjonspraksis.

2.2 Fremgangsmåte for rekruttering av informanter og data innsamling

Yin (2010) i Johannessen, Christoffersen og Tufte (2010) beskriver fem komponenter som viktige ved gjennomføring av casestudier: 1) Problemstilling, 2) teoretisk antagelser, 3) analyseenheter, 4) logisk sammenheng mellom data og antagelser og 5) kriterier for å tolke funnene. Denne studiens metode vil nå bli beskrevet ved hjelp av disse fem komponentene.

2.2.1 Problemstilling

Problemstilling hentes fra praksis og er normalt starten på kvalitative casestudier (Johannessen et al., 2010). Problemet er gjerne av generell interesse der forskeren stiller seg noen spørsmål som ender opp som problemstillingen. Problemstilling i casestudier kan være spørsmål som berører prosess (hvorfor eller hvordan noe skjer) eller spørsmål som handler om forståelse (hva, hvorfor og hvordan). I denne studien har fokuset vært forståelse om radiografenes beskrivelser av god kommunikasjon i møte med eldre pasienter under en CT-undersøkelse. Forskningsspørsmålene er derfor formulert med dette som siktemål.

2.2.2 Teoretiske antakelser

Forskeren gjør seg noen antagelser etter å ha stilt noen grunnleggende spørsmål som så utgjør grunnlaget for den videre undersøkelsen (ibid)

I hovedsak er denne studien styrt av tre antakelser:

- For det første har studien hatt som utgangspunkt at etablert kommunikasjonsteori vil være relevant for radiografers praksis, men det er et behov for å knytte teoretiske begreper til faktisk praksis. En dybdeforståelse og rik beskrivelse av hvordan dette kan forstås har vært antatt å gi nyttig kunnskap og belyse forskningsspørsmålene.
- For det andre har det vært antatt at radiografers forståelse av egen kommunikasjonspraksis i stor grad er taus kunnskap. Derfor er det viktig å knytte empiri (videoopptak) til hvordan den enkelte radiograf praktiserer for at radiografen skal kunne beskrive både generelle kjennetegn som alltid er tilstede og spesifikke elementer som velges til og fra etter egen vurdering. Polanyi (1983) beskriver taus kunnskap som kunnskap vi har et så nært forhold til at vi knapt er bevisst at vi har den. Det dreier seg om elementer som ikke kan artikuleres verbalt, og dermed forblir taus. Refleksjoner over egen praksis er beskrevet av Schön (1995) som «reflection on action» som skjer i ettertid, enten individuelt eller sammen med andre, der man

gjennom et tilbakeblikk på situasjonen analyserer hva som skjedde og hvorfor. I utførelsen av CT-undersøkelsen kan man anta at radiografene besitter en rekke ferdigheter og praktisk kunnskap. Derfor var det tenkt at videoopptak ville virke som et godt hjelpemiddel for radiografen å sette ord på egen kommunikasjonspraksis. Videoopptak ble også brukt som en hjelp for å få fram refleksjoner over de kommunikasjonsutfordringene de møter og som kan bidra til læring og nye løsninger.

- En tredje antagelse er at kontekst og situasjon vil påvirke kommunikasjonen. Booth og Manning (2006) og Booth (2008) fant at radiografers kommunikasjonsstil er preget av pasientens alder. På bakgrunn av dette er det valgt å avgrense situasjon til CT-undersøkelse og pasientgruppen til eldre pasienter (≥ 65 år).

2.2.3 Analyseenheter

Analyseenheter kan være individer eller sosiale settinger. Hvordan man definerer enheter, henger sammen med hvordan de opprinnelige forskningsspørsmålene ble stilt. Yin (2014) angir følgende forhold som sentrale når forskeren velger analyseenheter: utvalgsstrategi, vurdering av informasjonshensyn og antall informanter, rekruttering og tidsbruk knyttet til datainnsamling.

Radiografer: I denne studien er analyseenheten radiografer som utfører CT-undersøkelser i sitt daglige arbeid ved en gitt radiologisk avdeling. Studien benytter en formålsbestemt utvelgelse av informanter som ble styrt av ønske om å få et rikt material og en kriteriebasert rekrutteringsstrategi (Johannessen et al., 2010). Inklusjonskriterier ble utviklet for å sikre mangfold og øke sannsynligheten for ulikt perspektiv på god kommunikasjon blant informantene.

Inklusjonskriterier:

- Autorisert radiograf: Dokumentere radiografers forståelse i datamaterialet
- Erfaringsperspektiv: 1) Radiografer som arbeider selvstendig ved CT-laboratoriet og 2) radiografer med ulik arbeidserfaring (ansiennitet)
- Kjønnbasert perspektiv: mannlige og kvinnelige radiografer
- Aldersbaserte perspektiv: et spenn i alder fra ung radiograf (20-30 år) til erfaren radiograf (50-60 år)

Antall informanter ble bestemt av både informasjonshensyn og praktiske hensyn. Grunnet praktiske forhold knyttet til både behovet for å opprettholde drift og unngå for stor ekstra arbeidsbelastning på CT-laboratoriet under datainnsamling, kunne man ikke basere datainnsamling på metning alene. Metning vil si at man stopper datainnsamling når det ikke er noen ytterligere informasjon å hente hos de siste informantene (Johannessen et al., 2010). Metning ble derfor diskutert underveis av masterstudent og veileder opp mot praktiske begrensninger, og funnet tilstrekkelig da intervjuene inneholdt rike beskrivelser av fenomenet. Tilsammen ble ni radiografer registrert av totalt 35 aktuelle radiografer det hadde vært mulig å inkludere i denne studie. Skriftlig og frivillig samtykkeerklæring av radiografen som ønsket å delta i studien ble hentet inn før CT-undersøkelsen (vedlegg 1).

Rekrutteringsprosessen foregikk parallelt med avklaring av alle formaliteter knyttet til godkjenning av studien ved helseforetaket, med unntak av tilrådning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) som allerede var innhentet via COMHOME.

Rekruttering foregikk i august-september 2016 og datainnsamling avsluttes desember 2016. Rekruttering ble gjennomført ved først å etablere en kontaktperson blant ledelsen ved avdelingen. Informasjonsskriv ble gjort tilgjengelig via avdelingens oppslagstavle og muntlig informasjon ble gitt av kontaktperson og avdelingsleder under rutinemessige informasjonsmøter i avdelingen ved to anledninger. Ut fra inklusjonskriteriene valgte kontaktperson ut aktuelle radiografer som ble forespurt om deltagelse i studien. Utvalget er ytterligere beskrevet i tabell 1.

Pasienter: Informasjonsskriv om studien ble sendt med innkallingen til alle aktuelle polikliniske pasienter planlagt for en CT-undersøkelse i tidsrommet hvor datainnsamling pågikk (Vedlegg 2). I informasjonsskrivet fikk aktuelle pasientene vite om formålet med studien, og om at de kunne bli spurt om å delta i prosjektet den dagen de hadde undersøkelsen. Ved ankomst til CT-laboratorium ble aktuelle pasienter forespurt muntlig om vedkommende ønsket å delta i studien av personalet i ekspedisjonen. Eventuelle spørsmål eller uklarheter ble besvart, samt frivillig deltagelse og pasientens rett til å avstå fra deltagelse i studien ble understreket. Masterstudenten var til stedet på avdelingen alle dagene videoopptak foregikk. Pasientene som vurderte å delta fikk tildelt samtykkeerklæring. Skriftlig og frivillig samtykkeerklæring ble hentet inn av radiografen før CT-undersøkelsen (vedlegg 3).

Aktuelle pasienter ble rekruttert etter følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier for pasienter:

- Vedkommende er ≥ 65 år.
- Vedkommende er henvist til CT-undersøkelse (både poliklinisk og inneliggende)
- Vedkommende kan forstå skriftlig og/eller muntlig informasjon gitt om prosjektet og gi samtykke til deltagelse.
- For ikke-norsk språklige pasienter kan informasjon og samtykke foretas gjennom oversettelse/tolking.

Eksklusjonskriterier for pasienter:

- Pasienter som skal til biopsi (en undersøkelse som er krevende for pasienten og inkluderer radiolog i kommunikasjonen)
- Hastegraden på undersøkelsen som gjør at pasienten ikke kan lese informasjonen og gi informert samtykke
- Pasienter uten samtykkekompetanse eller tilfeller der samtykkekompetansen er sannsynlig sterkt redusert i øyeblikket

Inneliggende pasienter ble inkludert der dette var forsvarlig ut fra pasientens tilstand og det var tid til god informasjon i forkant. En inneliggende pasient ble inkludert. Etter undersøkelsen ble pasientene aktiv spurt av radiografene engang til om de ønsket å være med i prosjektet eller trekke seg. Dette var viktig for å sikre pasientenes frivillige ønske om å delta. Ingen benyttet seg av dette tilbudet.

Datainnsamling: Innsamling av data var en todelt prosess som inkluderte både videoopptak av CT undersøkelsen og intervju med utgangspunkt i opptaket. Det ble utført 16 videoopptak fordelt på ni radiografer. Videoopptak ble ikke brukt i data-analysen men, ble brukt til å sikre tilgang til informantenes kunnskap. Disse videoopptakene dannet kun grunnlag for intervjuene. Sju radiografer utførte to opptak hver, mens to radiografer utførte ett opptak hver. En radiograf tok et opptak med en pasient som var 63 år gammel. Dette opptaket ble ekskludert. En radiograf ble sykemeldt på intervjuetidspunktet. Dette førte til at, åtte radiografer ble intervjuet. Samtlige videoopptak ble gjort over tre dager i løpet av en uke. Intervjuene ble gjort med noen dagers mellomrom over en periode på fire uker. Opptaket som ble inkludert i studien, der hvor radiografen hadde to opptak, ble valgt av radiografen ut fra

hva vedkommende mente best viste god kommunikasjonspraksis. Gjennomføring av intervjuene ble gjort på avdelingen koordinert etter den enkelte radiografs turnus.

Videoopptak: I forkant av videoopptak og intervju, ble utstyret sjekket (PC, videokamera og diktafon). For å optimalisere alle forhold knyttet til videoopptak og intervju, ble dette simulert i sin helhet i Vitensenteret ved høyskolen i Sørøst Norge campus Drammen med veileder tilstede. En høgskolelektor ved utdanningen for Bachelor i radiografi simulerte radiograf under et prøve-intervju. Intervjuguiden ble revidert etter tilbakemeldingen fra både veilederen og høgskolelektoren, og senere også etter tilbakemeldingene fra en av samlingene i mastergrad seminaret. Viktig feedback knyttet til teknisk oppsett og intervjuteknikk ble også innhentet og implementert her.

Tabell 1

Viser oversikt over radiografer intervjuet og pasienter fra de respektive opptak

Tabell 1 Oversikt over radiografer og videoopptak i analysen

Radiograf Prosjekt ID	Kjønn	Alder			Ansiennitet			Morsmål		Opptak	Pasient	
		20-30	31-40	41-50	0-10	10-20	20-30	Norsk	Annet språk		Kjønn	Alder
R1	M	X			X			X		CT thorax-abdomen-bekken	KV	69
R2	M	X			X			X		CT caput+columna+thorax abdomen	M	72
R3	KV		X		X			X		CT abdomen	KV	84
R5	M	X			X				X	CT thorax-abdomen	KV	65
R6	KV	X			X			X		HRCT	M/M	70/69
R7	KV		X		X			X		CT bekken	M	73
R8	KV		X		X				X	CT bekkenet	M	78
R9	KV			X			X		X	EVAR-aorta	M	74

KV: Kvinne og M: Mann

Intervjuguide og intervju: Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015) karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og et formål som har til hensikt å få fram beskrivelser av informantenes hverdagsverden for å kunne tolke betydningen av fenomenene som beskrives. I denne studien ble tolkningen styrt av den deduktive prosessen. For å sikre relevante spørsmål og at intervjuet fanget alle teoretiske funderte interessante områder, ble det utviklet en intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden ble utviklet for å integrere det kvalitative intervjuets to dimensjoner: *Den teoretiske* med hensyn til relevans for forskningsprosjektets problemstilling og *den dynamiske* for å skape en god intervju-interaksjon (Kvale et al., 2015).

Intervjuene ble gjennomført som enkeltsamtaler. På den måten ble det forsøkt sikret at radiografene ikke ble påvirket av hverandre. På en annen side var dette vanskelig å kontrollere fordi alle samtalene ble ikke gjort samme dag. Samtalene fulgte stort sett oppsettet i intervjuguiden, og oppfølgingsspørsmål sikret fremdriften i samtalen. Det ble opplevd som at de beste intervjuene var der samtalen fløt fritt rundt temaet og der de utfyllende svarene kom som en naturlig konsekvens av innledende spørsmål. Intervjuene ble overført fortløpende til en sikret datamaskin og slettet fra diktafonen. Dette for å frigjøre plassen i diktafonen, og sikre at materialet, ved en uheldig manipulering av diktafon kunne bli mistet.

Transkribering og etterarbeid: Anbefalinger beskrevet i Johannessen et al. (2010) omhandlende transkribering og etterarbeid ble fulgt. Transkribering vil si å skrive ut lydopptak som tekst (ibid). Det vektlegges også at tiden etter intervjuet er kritisk da forskeren sitter med mange inntrykk og husker ofte også utsagn, beskrivelser eller andre ting som kom fram under intervju og som det ikke ble tid til å notere underveis. Tiden rett etter intervjuet ble derfor avsatt til å skrive ned disse refleksjonene. Disse notatene inngikk også som data i analysen. Analyser av radiografenes beskrivelser startet med transkribering av intervjuene. Deler av et intervju er gitt i vedlegg 5 for å vise hvordan dette ble gjort praktisk. Det er tatt høyde for at aidentifisering er sikret i dette eksemplet.

2.2.4 Den logiske sammenhengen mellom data og antakelser

Innsamlede data skal analyseres i henhold til analysestrategien for studien (Yin, 2014).

I denne studien er analysestrategien drevet av den teoribaserte strukturerte matrisen beskrevet under kapittel 2.3. Informasjonene som ble produsert gjennom intervjuene ble lagt til grunn for hele analyseprosessen.

I følge Elo og Kyngäs (2008) må det gjøres et strategisk valg av forskeren om data som samsvarer med eller data som avviker fra den teoretisk begrunnede, strukturerte matrisen skal velges ut til analysen. Ut fra problemsstillingen og ønske om å verifisere teoretisk relevans for radiografer, ble bare delene som samsvarer med definisjonen til nøkkelbegrepene i matrisen valgt fra dataene. Sluttproduktet i analysen kan ifølge Elo og Kyngäs (2008) være testing av kategorier, begreper, modeller eller hypoteser. I denne studien er matrisens nøkkelbegreper det dataene testes mot. Målet er å utvikle en modell for god kommunikasjon som integrerer informantenes beskrivelser.

2.2.5 Kriterier for å tolke funnene

Kriteriene for å tolke funnene ble basert på den strukturerte matrise. For denne studien er analyseenheten setninger/utsagn fra intervjuene som i seg selv utgjorde en meningsbærende enhet og ble tolket som en beskrivelse av nøkkelbegrepene i den strukturerte matrisen. Nøkkelbegrepene ble brukt som gjensidig utelukkende kategorier. Kun analyseenhetene som naturlig kunne plasseres under et nøkkelbegrep ble inkludert i analysen. Transkripsjonene ble lest flere ganger og diskutert med veileder for å sikre at alle utsagn som passet denne strategien ble fanget opp og inkludert. Mayring (2000) hevder at, hovedideen med coding agenda er å gi eksplisitte definisjoner, eksempler og regler (coding rules) for hver deduktiv kategori ved nøyaktig å bestemme under hvilke omstendigheter en tekst eller ett avsnitt kan kodes med en kategori. Definisjonene av nøkkelbegrepene i tabellen gjorde eksplisitt hva som var fokuset i hvert begrep i denne analysen og understreket med en koderegel. Tabell 1 viser nøkkelbegrepene og tilhørende definisjon, kodereglene og eksempler fra det transkriberte materialet.

2.3 Utvikling av teoribasert strukturert matrise og analyse steg

Det var umulig å inkludere alle teorier og modeller relevante for helsekommunikasjon i denne studien. Teori inkludert som grunnlag for denne studien ble primært hentet fra medisin, psykologi eller sykepleie. Bakgrunnen for dette er en antagelse om at disse tradisjonene er overførbare til radiografens praksisfelt. Det var også viktig å undersøke hvordan god kommunikasjon er beskrevet i relevant forskningslitteratur. Derfor ble studier som hadde begrepet «god kommunikasjon» i tittelen på artikkelen inkludert i det teoretiske grunnlaget.

Tabell 2

Teoretisk basert, strukturert matrise som viser nøkkelbegrep med tilhørende definisjon

Nøkkelbegrep	Definisjon tilpasset studie (teoretisk definisjon) og koderegel	Eksempel fra datamaterialet
Aksept Referanse: Eide og Eide (2007), Markides (2011), Priebe et al. (2011), Rogers (1995)	<p>Aksept er å akseptere uten reservasjoner det som er annerledes hos den andre, å vise en varm aktelse overfor den andre, samt respekt for den andres individualitet. Aksept er å godta og forholde seg til pasientens synspunkt også når man er uenig, og å la pasienten ha den følelsen som er tilstede i øyeblikket</p> <p>Koderegel: Beskriver det å akseptere, vise respekt, individualitet, ulike synspunkter hos den andre</p>	<p>“For alle er jo ikke like, og jeg prøver så godt jeg kan å hjelpe pasienten, men man må jo tilpasse seg hver og en”.</p>
Empati Referanse: Eide og Eide (2007), Markides (2011) Rogers (1995), Travelbee (1996)	<p>Empati er å kunne sette seg inn i den andres situasjon og opplevelser, som om en var den andre, og i tillegg kunne kommunisere tilbake denne forståelsen verbalt, nonverbalt eller gjennom handling uten å dømme</p> <p>Koderegel: Beskrivelser av å kunne sette seg inn i den andres situasjon ved å bruke følelser eller egne opplevelser, og at dette kommuniseres tilbake til pasienten</p>	<p>”Jeg prøver også møte pasienter på en måte som jeg vil bli møtt sjøl. Jeg synes det er viktig å, liksom, være litt menneskelig, da. Og snakke med dem som om de skulle vært mennesker, ikke som om de skulle vært pasienter”</p>
Indre kongruens Referanse: Rogers (1995)	<p>Med indre kongruens menes at hjelperen fremstår som en helhetlig person, ekte, at det er sammenfall mellom indre og ytre, overenstemmelse mellom hvem man er og hvem man gir inntrykk av å være. Dette begrepet overlapper noe med kongruens-verbal og non-verbal, ved at også Rogers sier at ved kongruens er det samsvar mellom det terapeuten sier og gjør i forhold til andre, likevel er fokus sterkere på dette som en egenskap ved terapeuten enn som en egenskap ved kommunikasjonen.</p> <p>Koderegel: Det fokuseres på helhetlig person, ekthet, sammenfall mellom indre og ytre</p>	<p>”Noen ganger har jeg en pasient, han er dritsur under undersøkelsen, så det spiller ingen rolle hvor hyggelig jeg er. Og da blir man kanskje litt mer sånn, ja, altså da... at man liksom kanskje ikke holder på og babler så mye, hvis jeg merker at pasienten bare er sur og vil gå derfra, liksom”</p>
Kommunikativ kongruens	<p>Med kommunikativ kongruens menes overenstemmelse mellom verbal og nonverbale kommunikasjon og at disse to elementene forsterker hverandre slik at budskapet fremstår ekte, pålitelig og tillitsvekkende.</p>	<p>” At pasienten ser at du prater til pasienten og ikke noen andre”.</p>

Referanse: Eide og Eide (2007)	Koderegel: Beskrivelser med fokus på grad av overenstemmelse i kommunikasjonen (verbal og non-verbal)	
Omsorg Referanse: Eide og Eide (2007), Martinsen (2003), Priebe et al. (2011)	Omsorg har med hvordan vi forholder oss til og viser omtanke for hverandre; ved å bry seg om å gi oppmerksomhet til pasientens. den må gjennomføres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse. Koderegel: Beskrivelse av handling – omtanke, oppmerksomhet, møte behov	“ Ta dem i hånda og ... Spørre og ... Ja. Være behjelpelig med klær og sanne ting, da. Spørre litt hva de ... Om jeg skal hjelpe dem med noe, for eksempel”
Verbal kommunikasjon Referanse: Eide og Eide (2007), Markides (2011)	Ferdigheter som formidler i ord at man har sett og forstått det den andre ønsker å formidle, Handler også om at man evner å formidle ny kunnskap tilpasset den som skal forstå Koderegel: Beskriver formidling/prosess styrt av ord (ikke kropp)	“Jeg bruker gjerne å fortelle om ... Hvordan undersøkelsen kommer til å bli. Hva pasienten skal gjøre, og hva jeg kommer til å gjøre ...”
Nonverbal kommunikasjon Referanse: Eide og Eide (2007), Markides (2011)	Kommunikasjon som foregår uten ord. Det uttrykkes ved å ha øyekontakt, innta en mottagende, åpen kroppsholdning, å lene seg frem mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning, å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekreftende, eller også beroligende berøring, å være avslappet, og la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse Koderegel: Beskriver formidling/prosess styrt av annet enn ord (kropp)	“Jeg syns det er viktig å få øyekontakt og hilse og sånn med en gang”

2.3.1 Analysesteg

Analyseenheter fra hvert intervju som ble identifisert til å beskrive de enkelte nøkkelbegrep ble samlet i dedikerte tabeller. Disse tabeller fungerte som oversikter over radiografenes beskrivelser av nøkkelbegrepene. Eksempel på en slik tabell finnes i vedlegg 7. For å validere innholdet ble alle oversiktene diskutert med veileder.

Helhetsforståelsen av hvert begrep (element) hos alle radiografene ble oppsummert til det som kalles i hver tabell kondensert betydning og forstås som en fortolkning som rommer radiografens perspektiv eller forståelse av begrepet (vedlegg 7). Dette ble brukt til å validere at nøkkelbegrepene var til stedet i materialet. De neste stegene i analysen fokuserte på å utvide begrepsforståelse tilpasset radiografenes perspektiv.

Prosessen startet med å lese intervjuene flere ganger for et helhetsinntrykk. På dette stadiet ble det skrevet ned inntrykkene av hva som var hovedbudskapet til den enkelte radiograf. For å imøte Bourdier (2007) sitt prinsipp om forskervalidering ble analysen kontinuerlig diskutert med veileder. I tillegg ble valg av problemstillingen, metode og intervjuguide diskutert under masterseminarer. Dette var også nyttig for å fange opp nye perspektiver som var med på å åpne analyseprosessen slik at alternative tolkninger av datamaterialet mot de teoretiske nøkkelbegrepene er inkludert i prosessen.

Analyseenhetene inkludert måtte fange hele eller deler eller en gitt definisjonsdel knyttet til et nøkkelbegrep og en analyseenhet kunne bare beskrive et nøkkelbegrep. I vedlegg 7 vises analyseenhetene organisert under aktuelle definisjonsdel knyttet til hvert nøkkelbegrep og nederst i hver tabell angis kondensert betydning. Ved usikkerhet rundt tolkning av mening, ble dette diskutert med veileder og konsensus styrte plassering av

2.4 Forskningsetikk og personvern

Studien er etterstrebet å følge Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer for forskning (World medical association, 2014, 10.10).

Identiteten til deltagere er aidentifisert i all formidling av resultater. Alle data er behandlet i henhold til Høgskolen i Sørøst Norge (USN) sine prosedyrer og alle data er lagret på datamaskin med fullverdig kryptering. Personidentifiserende data er lagret til studien

avsluttes. I henhold til COMHOME vil det forespørres i samtykket fra deltagerne om utvidet lagringstid til 31.12. 2025. Sju av åtte radiografer samtykket om dette.

REK (2013/1626-3/REK sør-øst) har vurdert prosjektet til ikke å falle under deres mandat, fordi det ikke påvirker pasientens helse og at det er kun personvern-hensyn som skal ivaretas. Derfor ble en søknad sendt til NSD (36017 / 2 / AMS) og prosjektet ble godkjent (Vedlegg 8). For å utføre prosjektet ved aktuelle sykehus måtte det godkjenning fra både forskningsstudieleder ved Vestre Viken og personvernombudet ved Oslo universitetets sykehus (OUS). Søknadene ble fylt og sendt de rette instansene. Masterprosjektet ble godkjent i Vestre viken i september 2016 (vedlegg 9), og i november 2016 fikk prosjektet fra personvernombudet tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger ved sykehuset (Vedlegg 10).

3 DATA ANALYSE OG RESULTATER

Formålet med analyse har vært å validere (styrke eller avkrefte gyldigheten) og videreutvikle det eksisterende teoretiske rammeverket om god kommunikasjon sett opp mot radiografen på CT. Analysen er beskrevet basert på hvordan utsagnene passer inn i definisjonsdelene.

Vedlegg 7-9 viser hvordan analyseenheter knyttet til noen nøkkelbegreper ble kategorisert etter definisjonsdeler og kondensert betydning. Presentasjon av alle radiografenes perspektiv knyttet til disse analysedelene vil bli presentert her.

I analysen ble det funnet at, radiografenes beskrivelse av god kommunikasjon inneholder verbal og nonverbal kommunikasjon, aksept, empati, omsorg, kommunikativ kongruens og indre kongruens. Disse begrepene er nyttige og finnes i radiografenes beskrivelse av god kommunikasjon. Disse begrepene er kjennetegn på hva som er god kommunikasjon for radiografene. Med kjennetegn menes, det som alltid er til stedet og det som er uforanderlig kommunikasjonsmessig i en CT-undersøkelse i møte med den eldre pasienten.

Radiografene beskriver også elementene som er bestemmende for god kommunikasjon utfra situasjon.

Videre i analysen presenteres innholdet i hvert av disse nøkkelbegrepene som er kjennetegn i god kommunikasjon. Så presenteres elementene som er bestemmende for god kommunikasjon.

3.1 Kjennetegn som beskriver god kommunikasjon hos radiografene

3.1.1 Aksept

I denne studien brukes begrepet aksept i betydning av å akseptere. Aksept er i denne studien definert som å akseptere uten reserverasjoner det som er annerledes hos den andre, å vise en varm aktelse overfor den andre, samt respekt for den andres individualitet. Aksept er å godta og å forholde seg til pasientens synspunkt også når man er uenig og å la pasienten ha den følelsen som er tilstede i øyeblikket.

Aksept hos radiografer kan forstås som en holdning og handler om et ønske om å justere seg etter pasienten og situasjonen, å respektere opplevelsen hos pasienten og å godta ulikheter.

Aksept er til stedet i sju av de åtte intervjuene og ble beskrevet på ulike måter av radiografene.

Aksept handler om å godta det som er annerledes hos den andre. Dette er beskrevet av R5: ”*For alle er jo ikke like, og jeg prøver så godt jeg kan å hjelpe pasienten, en man må jo tilpasse seg hver og en. For hva som er god kommunikasjon for den ene pasienten er det ikke sikkert funker like bra på den andre*” (..) ”*Man trenger ikke å være enige om alt, men man lytter til hverandre og respekterer det.*”. Det kan forstås som at aksept kommuniseres til pasienten ved å være imøtekommende, å gjøre pasienten til lags med den rette tilpasningen fordi pasienter er ulike og har forskjellige behov.

Aksept uttrykkes ved å vise varm aktelse og respekt overfor pasienten som eksemplifisert hos R2: ”*... Å snakke til dem på en respektfull måte*” ”*... møte pasient med stor respekt og høflighet*”. Den kommuniseres til pasienten med å vise respekt.

Aksept kommuniseres også ved å vise at en bryr seg om og tar hensyn til pasientens behov som en person med muligheter på en dyp og genuin måte. R3: ”*Så du merker at de vil bare ha det overstått, egentlig. Sånn, da... Så da synes jeg det er greit å bare ... La det gå raskt. Uten at de skal føle at du stresser, da.*” ”*Jeg føler liksom egentlig sånn uansett alder, jeg, at man skal være hyggelig og imøtekommende*”. Det kan forstås som om aksept skjer ved å innfri pasienten forventninger og behandle den ut ifra pasientkarakteristika.

Hos R7 kommuniseres aksept ved å anerkjenne, godta deres ønske: ”*... full respekt og forståelse for pasienter som ikke er interessert å snakke. Videre sier R7 at: ”Det viktigste for dem er at du møter på et godt, høflig menneske ... At de møter meg som er høflig og imøtekommende*”.

Aksept ble beskrevet som å forstå synspunkter også når man er uenig og i tillegg la pasienten ha følelsen som er til stede slik R5 beskriver dette: ”*Det kan hjelpe pasienten til å få en bekreftelse på at man, skjønner at pasienten ikke har det så greit.*” ”*Sier man at man forstår pasienten, så kan man gå videre og si noe annet igjen*”. Dette kan være uttrykk for at radiografen gir pasienten bekreftelse på at hun/han forstår deres situasjon. Videre sier R5 dette: ”*Man trenger ikke å være enige om alt, men man lytter til hverandre og respekterer det*” som kan forstås som en måte å godta uenigheter mellom radiografer og pasienten.

R9 beskriver aksept slik: ”*At vi lytter og ikke bare overser dem, det de sier. Men allikevel bare gå ... Vi må bare gå videre, også. For å oppnå kommunikasjon med dem. Spesielt med eldre folk, fordi de vil bli hørt, mange av dem. De vil at vi skal høre.* Dette er ett uttrykk på å

la pasienten ha de følelsene som er tilstede og vise at pasientens synspunkter anses også som viktig.

Bekreftelsen og forståelsen hos radiografer er uten forbehold og viser at en skjønner at noen vil ha det på sin måte.

Radiografens perspektiv på aksept handler om å godta ulikheter og se det unike i både pasient og situasjon for å tilpasse kommunikasjonen. Det handler om å vise respekt og om å være hensynsfull i sin kommunikasjon og å bekrefte pasientens opplevelse uten forbehold.

3.1.2 Empati

Empati defineres i denne studien som å kunne sette seg inn i den andres situasjon, som om en var den andre. I tillegg kommuniserer tilbake denne forståelsen verbalt, nonverbalt eller gjennom handling uten å dømme.

Empati er til stede i fem av åtte intervjuene. Hva som er vektlagt i empati beskrives på forskjellige måter av radiografene.

Empati uttrykkes ved at radiografen setter seg inn i den andres situasjon. R7 beskriver dette slik: ” *hvis jeg hadde vært pasient selv så tenker jeg ... jeg er litt empatisk der, da. Og tenker rollebytte, da* ”. Det kan forstås som at empati kommuniseres ved at radiografen legger vekt på egen evne til å forestille seg hva som er pasientens opplevelse. Mens R2 tar utgangspunkt i seg selv og lar ønske om medmenneskelighet styre kommunikasjon eller handling som eksemplifisert her: ” *Jeg prøver også møte pasienter på en måte som jeg vil bli møtt sjøl. Jeg synes det er viktig å, liksom, være litt menneskelig, da. Og snakke med dem som om de skulle vært mennesker, ikke som om de skulle vært pasienter* ”. Dette kan være uttrykk for at empati hos radiografen handler om å bryte ned skille mellom pasient og radiograf slik at relasjon tas ned til et medmenneskelig nivå.

Empati uttrykkes av R3 slik: ” *Det er forskjell på å være stille og å være nervøs stille. For hun var ikke nervøs, sånn sett. Hun hadde gjort det her flere ganger før, og ... (ler) Hun visste på en måte hva hun gikk til, da. Hvis hun hadde vært veldig nervøs, så hadde jeg nok prøvd å... Si noe mer for å roe henne, eller for at hun skulle føle seg trygg* ”. Dette kan være et uttrykk på at radiografen veiledes av det som blir sanset og bruker empati for å sette seg inne i og tolke nyanser i den andres følelse.

Empati beskrives som å kunne kommunisere tilbake denne forståelsen verbalt, nonverbalt eller gjennom handling uten å dømme. R7 beskriver det slik: ”*jeg har full forståelse og respekt for det at det hadde ikke vært moro. Man er her fordi at man må, og man må bli ferdig med det her og få lov til å gå.*”

Radiografen som er opptatt av empati er også opptatt av følelser og å forstå den andre, å sanse følelser og forstå opplevelsen. R7 beskriver dette slik: ”*Og humor er veldig sånn at man bruker det for å dempe sitt stress, for å dempe, da, sin angstelse. Fra pasienten, har jeg merka, når jeg får den humoren. Og det er greit å bare være med på det. Ikke sant. Fordi man tar jo undersøkelse ... Det lille, som jeg tenker for meg selv, da... At det lille møtet pasienten får med meg da, at det kan være minnerikt*”. Dette kan være uttrykk for at radiografen er empatisk for undersøkelses skyld. Med det målet om at pasienten får noe annet å tenke på (dempe stress) og for å gi pasienten ”et minnerikt møte”. Et eksempel på at man oppfatter følelsen og dømmer den ikke.

Radiografenes perspektiv av empati inneholder å fange opp og ta del i pasientens opplevelse og formidle forståelsen gjennom handling med en holdning om eller et mål om at egen forståelse skal formidles til andre. Med empati viskes ut skille mellom radiograf og pasient slik at begge partnere blir bare mennesker.

3.1.3 Indre kongruens

I denne studien handler indre kongruens om at hjelperen fremstår som en helhetlig person, ekte, at det er sammenfall mellom indre og ytre, overenstemmelse mellom hvem man er og hvem man gir inntrykk av å være.

Indre kongruens er til stedet i sju av de åtte intervjuene. Hva som ble vektlagt for at radiografene skulle oppleve indre kongruens ble beskrevet på ulike måter.

Indre kongruens gjør at radiografen ikke lar seg påvirke av mulige utspill fra pasienten for eksempel rettet mot radiografens kompetanse som her eksemplifisert av R5: ”*For det er jo ofte man har pasienter, og så sier de, "nei, du må ikke gjøre sånn og sånn!". Men det de ikke veit er at du har gjort dette her mange ganger før. (...) Men klarer du å la være, ... Og så kan man gi en bekreftelse på at man faktisk har vært borti det før, og veit hva man holder på med. Så gir det en trygghetsfølelse ...*”. Dette kan forstås som indre kongruens lar radiografen

fokusere på kommunikasjon som hun/han tror fremmer pasientens trygghetsfølelse fremfor å argumentere for kompetanse eller ferdighetsnivå hos seg selv.

Et annet eksempel gis av R8: ” *Og så har vi så tett tidsskjema også, så du må bare styre, liksom.* ”. Den indre kongruensens kan forstås som at radiografen ikke lar seg påvirke eller stresse av tidsrammen. Radiografen stoler på sin egen erfaring knyttet til gjennomføringen av undersøkelsen slik at radiografen kan ta styring og opprettholde kvalitet til tross for ugunstige rammevilkår.

Indre kongruens ble i tillegg beskrevet som en overenstemmelse mellom hvem man er og hvem man gir inntrykk av å være. R8: ” *Ja, altså, det er jo min jobb å ta CT-undersøkelsen (...). Jeg må stille inn, jeg må koble til ... Alt sånt, mener jeg. Så sånn sett blir det jo jeg som styrer.. Altså, det er jeg som gjør undersøkelsen. Det er min jobb, liksom (...). Så sånn sett mener jeg at jeg styrer undersøkelsen* ”. Dette kan forstås som om, indre kongruens handler om den gode radiografen. På den ene siden er han/hun trygg på sin rolle, opptrer profesjonell og uttrykker det med sin væremåte ved å forbli stødig i sin rolle uansett situasjon. På den andre side er radiografen henvendt (fokusert) og fremstår helhetlig, genuin og ekte i forhold til pasienten.

Uansett hvilken dag radiografen har, skal det strebes mot å fremstå ekte, og være tilstede i øyeblikket fordi pasientens beste prioriteres. Indre kongruens er innover rettet hos radiografene og handler mye om den profesjonelle. Den er en forutsetning for å forbli stødig i radiografrollen slik at hun/han skal kunne utføre sin funksjon.

Radiografenes perspektiv på indre kongruens handler om å ikke la seg påvirke av hverken tidsrammen eller pasientens holdning. Den indre kongruens handler om å kommunisere det som fremmer trygghetsfølelse hos pasienten, ved å forbli stødig med sin væremåte og i sin radiografrolle.

3.1.4 Kommunikativ kongruens

Med kongruens menes i denne studien, overenstemmelse mellom verbal og nonverbale kommunikasjon og at disse to elementene forsterker hverandre slik at budskapet fremstår ekte, pålitelig og tillitsvekkende.

Overenstemmelse mellom verbal og nonverbale kommunikasjon ble i fire av åtte intervjuene beskrevet av radiografene som overenstemmelse mellom det de er oppmerksom på i øyeblikket, og det som kommuniseres. R5 uttrykker dette slik: ” *At pasienten ser at du prater*

til pasienten og ikke noen andre". Dette kan være uttrykk for at det verbale språket hos den ene understøtter det nonverbale språk hos den andre og vis versa. Kommunikativ kongruens har en funksjon slik som R8 beskriver: " Selv om pasienten sier noe, så må man ha litt øyekontakt også. Altså, en pasient kan si, «ja, ja, ja,» og så kanskje man ikke skjønner ... Hvis jeg ikke ser i øynene er det ikke sikkert jeg skjønner om de virkelig mener «ja»".»". Hos radiografer er dette viktig fordi kommunikativ kongruens handler om at det verbale og det nonverbale skal henge sammen i både i form av gester, hva man sier, øyekontakt og også innholdet. R5 poengterer det slik: " En god dialog gir meg en god kommunikasjon, og kroppsspråket mitt i tillegg ... Det hele utgjør en god kommunikasjon, da. Ser på pasienten. Snakker til pasienten. Følger med om pasienten hører på meg. Stiller spørsmål som kan bekrefte det".

En kongruent kommunikasjon her, har til hensikt å styrke relasjonen til pasient og danner grunnlag for at pasienten kan stole på radiografen. Radiografen vil oppnå tillitt som er et viktig element i kommunikasjonsprosessen.

Radiografenes perspektiv på kommunikativ kongruens har en funksjon som har til hensikt å styrke relasjon til pasient, med at det er samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.

3.1.5 Omsorg

Omsorg defineres i denne studien som å vise hvordan vi forholder oss til, og viser omtanke for hverandre; ved å bry seg om å gi oppmerksomhet til pasientens behov.

Omsorg er til stedet i fem av åtte intervjuer.

Radiografene beskriver det å vise omtanke for hverandre på forskjellige måter.

R3 uttrykker dette som følgende: " Ta dem i hånda og ... Spørre og ... Ja. Være behjelpelig med klær og sånne ting, da. Spørre litt hva de ... Om jeg skal hjelpe dem med noe, for eksempel". Dette kan forstås som at omsorg er en handling som i hovedsak kommuniseres med å sørge godt for den eldre pasienten som har behov for hjelp og støtte.

Ett annet eksempel gitt av R3: " jeg prøver jo alltid å la pasienten få tid til å, liksom ... Ja. At de ikke skal føle at de blir kasta opp på bordet, da. Og kasta ut igjen. For det syns jeg ... At du skal, liksom, ha tid til å... Hilse og forklare undersøkelsen". Dette kan forstås som at, omsorg kommuniseres også ved å gjøre ressurser i form av tid tilgjengelig for pasienten. Å gi tid ved å tillate "treghet" i adferd som også kan skyldes alder, kan signalisere at, radiografen både ser og lytter til pasientens behov og er behjelpelig dersom pasienten ønsker det. Dette blir

eksemplifisert i R8 sitt utsagn: ” (...) pasient har klaustrofobi, da, at man hele tiden prøver å lytte til ... Og noen ønsker kanskje, ”jeg vil ha ... Jeg har så vondt i ryggen”. ”Vil du ha noe under?”. Eller ”å, jeg kan ikke ta av meg klærne”, ”ja, men vi skal hjelpe deg”, altså, man er jo på tilbudssiden ... ”.

Tid forstås som en omsorgshandling, en annen måte å være på tilbudssiden. Det sier noe om at tid anses som ressurs, du gir det til den andre for å hjelpe.

Omsorg ble også beskrevet som en måte å bry seg om å gi oppmerksomhet til pasientens behov og beskrevet av radiografene på ulike måter.

R3 beskriver dette slik: ” Kanskje hvis du, ja, legger en hånd på ryggen for å hjelpe dem opp fra benken igjen, da. At du liksom, ja, klapper dem litt på ryggen, og gir dem en liten dytt. (ler) Og sånn ... Det er jo kommunikasjon, det og, for så vidt. ”. Som kan forstås som å kommunisere omsorg med en handling, ved å hjelpe pasienten.

Mens R5 forklarer dette med følgende utsagn: ” ... når pasienten på en måte virker ... Eller gir inntrykk av at hun kanskje er litt granne engstelig, at jeg prøver å gjøre et forsøk på å berolige henne med å prate med henne”. Dette kan være ett uttrykk for at radiografene bruker det verbale språket mens de yter omsorg for å berolige pasienten.

Disse ulike måter å beskrive, det å bry seg om og å gi oppmerksomhet mens radiografene kommuniserer omsorg, kan forstås som en måte å vise omtanke og berolige pasienten.

Radiografenes perspektiv av omsorg inneholder handling ved å være på tilbudssiden, vise omtanke og berolige pasienten med verbale og nonverbale gester.

3.1.6 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon er ferdigheter som formidler i ord at man har sett og forstått det den andre ønsker å formidle.

Nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon som foregår uten ord. Et responderende språk som forteller noe om begge parter i en dialog. Det uttrykkes ved å ha øyekontakt, innta en mottagende, åpen kroppsholdning, å lene seg frem mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning, å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekreftende, eller også beroligende berøring, å være avslappet, og la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse. Verbal og nonverbal kommunikasjon er til stedet i 8 intervjuer, og beskrevet av radiografene på ulike måter.

Radiografene beskriver verbal og nonverbal kommunikasjon som formidling med ord, øyekontakt og kroppsholdning slik som i R5: ” *Vise veien og liksom ha øyekontakt. Det kan gi et godt inntrykk, og legger liksom grobunn for en videre god kommunikasjon.* ” “*vise eller fortelle dem hva dem trenger å gjøre.*” Dette kan også være ett godt eksempel på hva nonverbal kommunikasjon kan være: Den har både illustrasjon med seg, ”vise veien” som er den informative delen, men også øyekontakt som appellerer til relasjon. Dette er et uttrykk på at, radiografen er i stand til å evaluere og vurdere kommunikasjon. Dette er et viktig moment i start fasen, når radiografen etablerer kommunikasjon før hun/han går videre til god kommunikasjon i handling. R3 understreker det poenget og sier følgende: ” *Jeg synes det er viktig å få øyekontakt og hilse og sånn med en gang.* ”

Den verbale som er informativ sikrer informasjonen til pasienten, mens den nonverbale som inneholder kroppsholdning understøtter den. Samspillet fører til trygghet som er viktig element i kommunikasjonsprosessen. Dette kan knyttes til radiografenes fremhevelse av seg selv som ansvarlig for gjennomføring av undersøkelsen.

Radiografene beskriver nonverbal kommunikasjon som hos R5: ” *At man smiler litt, er hyggelig og sånne ting* ” ” *Å lytte til hverandre er kanskje et greit kjennetegn* ”. R7 kommuniserer dette ved å ha pasient i fokus: ” *at når pasienten da kommer inn, så er jo da... For min del så er pasienten i fokus* ”. Dette kan være uttrykk for at en mottagende og henvendt kroppsholdning er kommunikasjonssignaler og gestene radiografene bruker for å imøtekomme pasienten.

Radiografene beskriver verbal og nonverbal kommunikasjon som en formidling med ord, fulgt av bekreftende utsagn og beroligende berøring. R3: ” *(..). Si noe mer for å roe henne, eller for at hun skulle føle seg trygg, da. ... Jeg er mer sånn at jeg kanskje kan stryke litt på armen og sånn, da. si at det ikke er noe farlig.* ”. Dette kan være et uttrykk for at, radiografen signaliserer sin rolle og berolige pasienten med sin kommunikasjonsstil og sin tilstedeværelse. Videre beskriver radiografene verbal og nonverbal kommunikasjon som en enhet, avhengig av hverandre. R5 poengterer dette slik: ” *når jeg snakker til pasienten så er blikkontakten for å se for det første om pasienten er med meg. Som du også sier er det mye også for å oppfatte hvordan pasienten er* ”. Dette kan forstås som at, for å gjøre de riktige vurderingene i forhold til pasienten bør radiografen oppfatte ved å se, og bekrefte ved å snakke.

I den teoretiske matrise har verbal og nonverbal kommunikasjon to forskjellige ting, mens i funnene ser vi at de beskrives som en enhet. Det er ingen klare grenser mellom disse to kommunikasjonsformene.

Det viktigste overgripende innholdet som beskrives av flere radiografer er at verbal kommunikasjon skal både sikre informasjonen til pasienten og signaliserer aksept eller empati hos radiografen. Mens det nonverbale kommunikasjon skal sørger for at radiografen fanger opp pasientbehov ved hjelp av gitte gester (se an, leser, speile pasienten) som viser at radiografen er henvendt mot pasienten. Deretter sikrer seg om at informasjon blir forstått. Pasientbeskrivelsen og hvordan pasienten responderer bestemmer konkret strategien radiografen velger for å formidle informasjonen.

Radiografers perspektiv på verbal og non verbal kommunikasjon handler om å sikre informasjonen til pasienten, ta i bruk kommunikasjonssignaler og gester for å imøtekomme pasientens behov. Det handler også om hvordan radiografen signaliserer sin rolle og vurderer pasientens innstilling for å tilrettelegge for god kommunikasjon.

Oppsummeringen av kjennetegn: Disse nøkkelbegrepene har forskjellige funksjon men er kjennetegn som alltid er til stedet når radiografer kommuniserer med pasienter på CT. Dette kan tyde på at disse begrepene er viktig fordi de uttrykker det som er uforanderlig kommunikasjonsmessig, og faktisk bestemmende for god kommunikasjon. Disse nøkkelbegrepene er særlig viktige og relevante for radiografen.

3.2 Resultats tabell om radiografenes forståelse av nøkkelbegreper

Radiografene beskriver god kommunikasjon som en prosess der pasienttype avgjør det som vektlegges av nøkkelbegreper for å få til en best mulig samhandling, med mål om å gjøre det godt for pasienten, gi et minnerikt møte og bygge relasjon. I den prosessen bruker radiografene forskjellige kommunikasjonsferdigheter.

Tabell 3 viser fortolkning av radiografens perspektiv slik den former og presiserer forståelse av nøkkelbegrepene etter analyse. Tabellen viser også antall intervjuer hvor begrepet er beskrevet.

Tabell 3

Fortolkning av radiografens perspektiv av nøkkelbegrep

Begrep	Fortolkning av radiografens perspektiv	Antall intervjuer hvor begrepet er beskrevet
Aksept	<p>Det handler om å godta ulikheter og se det unike i både pasient og situasjon for å tilpasse kommunikasjonen.</p> <p>Det handler om å vise respekt og om å være hensynsfull i sin kommunikasjon samt bekrefte pasientens opplevelse uten forbehold.</p>	7
Empati	<p>Inneholder å fange opp og ta del i pasientens opplevelse og formidle forståelsen gjennom handling med en holdning om eller et mål om at egen forståelse skal formidles til andre.</p> <p>Med empati viskes ut skille mellom radiograf og pasient slik at begge partnere blir bare mennesker</p>	5
Indre kongruens	<p>Handler om å ikke la seg påvirke av hverken tidsrammen eller pasientens holdning.</p> <p>Handler om å kommunisere det som fremmer trygghetsfølelse hos pasienten, ved å forbli stødig med sin væremåte og i sin radiografrolle</p>	7

Kommunikativ kongruens	En funksjon som har til hensikt å styrke relasjonen til pasient ved at det er samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.	4
Omsorg	Inneholder handling ved å være på tilbudssiden, vise omtanke og berolige pasienten med verbale og nonverbale gester.	5
Verbal og nonverbal kommunikasjon	<p>Inneholder tilpasset informasjon med hensikt til å signalisere trygghet og respekt.</p> <p>Handler om å sikre informasjonen til pasienten, ta i bruk kommunikasjonssignaler og gester for å imøtekomme pasientens behov.</p> <p>Handler også om hvordan radiografen signaliserer sin rolle og vurderer pasientens innstilling for å tilrettelegge for god kommunikasjon.</p>	8

Den tredje kolonne i resultats tabell beskriver antall intervjuer hvor begrepet er beskrevet. Ikke for å fremheve viktigheten, men heller fremhever hvor uttalt det begrepet er blant informantene. Om det er noe generelt kjennetegn eller noe spesifikt knyttet til den enkelte radiograf eller den enkelte situasjon som radiografen har hatt utgangspunkt.

3.3 Elementene som er bestemmende for god kommunikasjon.

Med det som er bestemmende forstås i denne studien det avgjørende, betydningsfull, viktig og verd å ta med i betraktning for god kommunikasjon.

I analysen ble det funnet at det som er bestemmende for god kommunikasjon er relatert til CT-undersøkelsen som modalitet, pasientkarakteristika/pasienttype, radiografenes egen holdning og tidsramme. Under dette kapittelet vil en se etter hvordan nøkkelbegrepene også har et tilpasset innhold avhengig av situasjon. Elementene som er bestemmende kan forstås som dynamiske prosesser (prosesser i bevegelse) der tanker og meninger kan forandres. Pasientkarakteristika handler om det som skiller pasientene fra hverandre med deres være måten og deres behov. I følge radiografene kan disse pasientkarakteristika være blant annet: den redde, den stille, den nervøse, den utadvendte, den humoristiske, den som er på CT for første gang, med mer. Avhengig av hvilken typepasient radiografen møter, justeres kommunikasjonen og samspillet mellom de to og pasientkarakteristika påvirker nøkkelbegrepene.

3.3.1 Innhold i det som er bestemmende i verbal/nonverbal kommunikasjon

Pasienttype og hvordan pasienten responderer bestemmer konkret strategien radiografen velger for å formidle informasjonen. Dette blir eksemplifisert hos R3: ” *Se an litt hvordan personen er. Noen vil jo ikke snakke så mye. Andre er veldig utadvendte, så Ja, prøve å... Prøve å lese pasienten litt. Egentlig*”. ” *Det forandrer seg vel etter ... Det er jo, noen snakker jeg jo mer med, enn andre. Jeg føler ofte at ... Det er noen som liker å bare være ... At du bare sier det som er nødvendig*”. Dette kan forstås som at, i tilfellet pasienten ikke ønsker å snakke, blir fokuset bare innhold i informasjon.

Radiografens fokus på hva som skal oppnås med kommunikasjonen, er det som er overordnet og alltid tilstede i den verbale og nonverbale kommunikasjonen. Dette er ofte beskrevet som to delt, 1) ønske om å gi tilpasset informasjon om forløpet av undersøkelsen og 2) ønske om å signalisere trygghet og respekt for det unike i den enkeltes situasjon. Det bestemmende for informasjonen handler om hva slags karakteristikk radiografen tilegner pasienten gjennom sin tolkning (se an, speiler, leser pasienten) av pasienten. Denne prosessen starter i det radiografen henter inn pasienten, sanser pasientens «nivå» eller «innstilling» til radiografen

selv, undersøkelsen og situasjonen generelt. Det overgripende innholdet i intervjuene beskrevet av radiografer er at, verbal kommunikasjon har til hensikt å sikre informasjonen til pasienten. Dette handler om hva pasienten skal oppleve og hva som forventes av pasienten. Mens det nonverbale kommunikasjon skal sørger for at radiografen fanger opp pasient-behov og -karakteristika og sikrer seg om at informasjon blir forstått. Mengde informasjonen som meddeles i tillegg til pasienttype er bestemmende for den gode kommunikasjonen. Slik som R5 beskriver: ” (...) *begynner å drive å fortelle ting dem har hørt om igjen så kan man lett miste fokuset deres*”. Det kan forstås som at, dersom pasienten har erfaring med CT-undersøkelse og spesielt aktuelle undersøkelser, vil det direkte påvirke detaljnivå på informasjonen. Dette kan også være uttrykk for at, å gi informasjon som er kjent for pasienten kan gjøre at pasienten mister fokus og dermed mister samspillet og viktig informasjon som følger etter dette.

Humor brukes som verbal og nonverbal handling hos radiografer. Hva som bestemmer om humoristiske bemerkninger tillates eller inkluderes er avhengig av:

1) pasienten tillater den. R7 beskriver det slik: ” *Det er mange pasienter som er kjempeglad i humor. Og setter i gang, og Fra pasienten, har jeg merka, når jeg får den humoren. Og det er greit å bare være med på det. Ikke sant. Fordi man tar jo undersøkelse*”. Dette forstås som at radiografen velger å være med på det for å respondere på invitasjon til pasienten, imøtekomme pasientens behov.

2) Radiografen selv bruker humor som en hjelp til å ufarliggjøre møtet på CT- laboratoriet. Slik R2 påpeker: ” *Jeg bruker mye humor. Jeg syns det er viktig å være litt folkelig Folk er syke og kommer hit og er nervøse og sånn. Og så prøver jeg å møte dem som jeg ville møtt en kompis eller et familiemedlem eller et eller annet sånt da. Prøver å være helt normal. Og formidle det jeg skal formidle på en folkelig måte, så de forstår det*”. Dette kan være uttrykk for en handling som også er viktig for å skape tillit og etablere god kommunikasjon.

3.3.2 Innhold i det som er bestemmende i aksept

Pasientbeskrivelser styrer også aksept. Med pasienter som gir uttrykk til å ønske å ha det bare overstått, blir radiografens oppførsel og kommunikasjonsinnhold som beskrevet av R3: ” *Så du merker at de vil bare ha det overstått, egentlig. Sånn, da... Så da synes jeg det er greit å bare ... La det gå raskt. Uten at de skal føle at du stresser, da*”. Dette kan være et uttrykk for at radiografen anerkjenner og respekterer pasientens signaliserte behov uten å dømme eller

kommentere. Radiografen forsøker bare å respondere.

Radiografen bruker også situasjoner hvor aksept formidles til å kjenne på en type kobling til pasienten som oppleves som verdifull og viktig for god kommunikasjon. R7 beskriver det slik: *R7: ” Vi får pasienter som ikke er interessert i å si noe. Vi får ikke så mye tilbake. Og det har jeg full respekt og forståelse for”*. Dette kan forstås som at denne opplevelsen og denne koblingen er gjensidig, og ikke et krav for at radiografen skal forsøke å signalisere aksept av den enkelte pasient.

3.3.3 Innhold i det som er bestemmende i empati

Radiografene er opptatt av å sanse pasientene for å kunne møte deres behov. Denne sansingen (sanser, se an, merker, kjenner, eller erfarer) hos radiografene gir dem tilgang til pasientens opplevelse, ved å bestemme hva som skal vektlegges i relasjonen for å oppnå god kommunikasjon. Den er bestemmende og fører til en forståelse av pasientens væremåte som til slutt blir kommunisert på en eller annen måte. Empati handler om å forstå pasienten, situasjonen den er i og dens behov. Minner om lignende opplevelser, tidligere erfaringer, sanseinntrykk og kunnskap pasienten sitter med, spiller inn i denne forståelsen og gir en kognitiv dimensjon til empati.

Radiografene tar utgangspunkt i det som sanses og bruker empati for å sette seg inne i den andres situasjon slik som hos R3:” *Det er forskjell på å være stille og å være nervøs stille. For hun var ikke nervøs, sånn sett. Hun hadde gjort det her flere ganger før, og ... (ler) Hun visste på en måte hva hun gikk til, da. Hvis hun hadde vært veldig nervøs, så hadde jeg nok prøvd å... Si noe mer for å roe henne, eller for at hun skulle føle seg trygg”*. Dette er et uttrykk for empatisk forståelse av situasjon gjennom handling.

Empati er avhengig av hva pasienten vektlegger mest, og ut ifra den vil radiografen ha en egen strategi. Den radiografen som er opptatt av empati er også opptatt av følelse.

3.3.4 Innhold i det som er bestemmende for indre kongruens og kommunikativ kongruens

Indre kongruens på en annen side er bestemmende fordi den kan være tilknyttet radiografens rolle, som på den ene siden er trygg på sin rolle og uttrykker det med sin væremåte, og på den andre siden er fokusert på pasienten. R5 beskriver dette slik: *“Jeg må gjøre jobben min, og*

pasienten er alltid i sentrum for meg da". Dette kan forstås som at, radiografen er klar over sin rolle og fremstår helhetlig.

Ønske om å fremstå ekte gjennom sin innstilling og kommuniserer dette gjennom måten en handler på er i følge radiografene bestemmende for å etablere en god kommunikasjon.

R5 sa dette: " *Det er den innstillingen om at man har lyst til å gjøre en god undersøkelse, og lyst til å hjelpe pasienten ... på CT så er det viktig for vår del også med tanke på at det kan være viktig med kontrast reaksjonen, ikke sant?* ". Eller som R7 uttrykker dette: R7: " *... det er den innstillinga mi, også, som på en måte danner grunnlaget for at jeg møter bare bra dialog og god kommunikasjon med pasienten* ". Den grunnleggende innstillingen om å hjelpe den andre er en annen måte å vise indre kongruens på. Dette kan være et uttrykk på at radiografenes holdning lager grunnlaget for den gode kommunikasjonen.

Det ble også funnet at, indre kongruens hos radiografer er rettet mot det de har i seg fra før av oppførsel (det indre) og rollen (det ytre), altså radiografrollen.

R7 beskrev det slik: " *Så alt av min oppførsel og alt annet utenom, det er noe som er veldig personavhengig. Hva jeg liker å være, hvordan jeg ønsker å bruke mimikk og verbal, non-verbal kommunikasjon. Det som jeg ikke trenger å informere pasienten om. Det er personavhengig. Mens det elementære som jeg må informere om, det er profesjon. Så det blir jo litt mere profesjon- og personavhengig kommunikasjon. Man må blande de to for å få til en god ... Som utgjør kommunikasjonen med pasienten.* " Dette kan forstås som at, samsvar mellom disse to fører til tillit, utvikling av relasjon (mellom radiograf og pasient), og nødvendig åpenhet for en god kommunikasjon.

Fra intervjuene kommer det fram at, kommunikativ kongruens, men hos pasienten, er bestemmende for god kommunikasjon (et nytt funn). R8 beskriver dette med følgende utsagn: " *Selv om pasienten sier noe, så må man ha litt øyekontakt også. Altså, en pasient kan si, «ja, ja, ja,» og så kanskje man ikke skjønner ... Hvis jeg ikke ser i øynene er det ikke sikkert jeg skjønner om de virkelig mener «ja»* ". Dette kan forstås som at, kommunikativ kongruens sikrer at det pasienten formidler med sitt verbale språk oppfattes riktig med det nonverbale språk, og dermed bestemmende for god kommunikasjon.

3.3.5 Innhold i det som er bestemmende i omsorg

Omsorg hos radiografer er knyttet til det å ivareta og sørge godt for pasienten, men med forbehold. Pasienten må vise behov for omsorg for at radiografen skal handle deretter. Å gi inntrykk av å ”være veldig nervøs”, ”trenge praktisk hjelp” eller ”være engstelig” forstås som å signalisere et ønske om å få omsorg. Dette sanser radiografen ved å lese pasienten (bruk av den nonverbalt språk), og responderer verbalt ved ”å si noe”, ”å være behjelpelig med noe” eller ”å prate”.

R3: ” Hun visste på en måte hva hun gikk til, da. Hvis hun hadde vært veldig nervøs, så hadde jeg nok prøvd å... Si noe mer for å roe henne, eller for at hun skulle føle seg trygg, da”.

Uttrykt behov for omsorg kan forstås som hensiktsmessig for å skape trygghet hos pasienten.

R5 illustrerer dette med følgende utsagn: ” ... når pasienten på en måte virker ... Eller gir inntrykk av at hun kanskje er litt granne engstelig, at jeg prøver å gjøre et forsøk på å berolige henne med å prate med henne. Fortelle steg for steg hva jeg gjør, og så ... Så begynner hun å fortelle litt om sin sykehistorie. Og at det på en måte kanskje hjelper litt med at hun roer seg litt ned, da”.

Et annet element som kom frem er at, radiografens bør kunne passe på egen holdning for å kunne ivareta pasienten. R5 sitt utsagn illustrerer dette: ” jeg, av natur, er jo ganske rolig, da. Og jeg prøver å gjenspeile det til pasienten, sånn at pasienten også roer seg ned. Og jeg har fått bekrefte det mange ganger, at når jeg er rolig så hjelper det pasienten. Dette kan forstås som at, radiografene klarer å gi og å vise omsorg når de selv er rolig. Dette kan tenkes som at, en definisjon av omsorg på CT handler om å roe ned.

3.3.6 CT som modalitet bestemmende for god kommunikasjon

Fra intervjuene kommer det fram at, CT som modalitet er også bestemmende. R7 beskriver dette slik: ” At den der kommunikasjonen om undersøkelsestype er i bunnen på mengde kommunikasjon jeg skal ha med pasienten. For når det er så mye informasjon som skal meddeles, så, selvfølgelig, kommer jeg til å prate mye mer med pasienten”. Dette kan forstås som at CT som modalitet fører til at både radiografer og pasienter bør snakke mer med hverandre. Dette kan også knyttet til at, informasjon som også er et viktig element i kommunikasjon må formidles og det er det som fører til at kommunikasjon etableres, særlig med pasientene som ønsker å prate.

Et annet moment som kommer frem er at, det at CT krever enda mer nøyaktighet og tilsyn enn andre modalitet og er bestemmende for samspillet mellom radiograf og pasient. R2 beskrev dette slik: *“Men CT kan jo potensielt være livsfarlig, hvis du er allergisk mot kontrast eller noe sånt. Sånn at ... Det krever mer kommunikasjon på CT”*.

Det at CT er en modalitet som tar lang tid, påpeker radiografene at, dette også er bestemmende for at man oppnår god kommunikasjon sammenlignet med for eksempel en røntgen undersøkelse. R3 sitt utsagn beskriver dette: *“CT er i hvert fall en av de man ... bruker litt tid, da, og man gjerne trenger å roe ned pasienten og sånn. (...) Det er liksom viktig, fordi man gir kontrastvæske, eller ... du må, på en måte sette deg litt inn i ... Vite at du ikke gjør noe som du ikke skal gjøre”*.

3.3.7 Pasientens og radiografenes væremåte som bestemmende for god kommunikasjon

Vurderingene radiografene gjør handler om å imøtekomme i stor grad pasientenes behov. Disse bør tas hensyn til når de kommer til en CT undersøkelse.

R3 sier at: *“Noen vil jo ikke snakke så mye. Andre er veldig utadvendte, så Ja, prøve å... Prøve å lese pasienten litt”*. Dette kan forstås som at pasientens behov og væremåten er bestemmende for hvilken strategi radiografen velger å bruke for å etablere god kommunikasjon. R3 eksemplifiserer dette med å kategorisere pasienter i to grupper: åpne og stille pasienten. *“Jeg synes jo ofte, hvis de er åpne og sånn, så kan man gjerne spørre hva de har jobbet med før” (...)* *“Hun var en ganske stille dame. Så hun var det faktisk litt vanskelig å... Litt vanskelig å kommunisere med, egentlig”*.

Dette kan forstås som at, er pasienten åpen, så er det lettere å tilnærme hun/han enn om pasienten er stille.

R3 gjør også noen vurderinger i forhold til pasienter. Disse vurderingene er pasientens premisser som også avgjør om det kan etablere en god kommunikasjon mellom de to. Radiografen snakker om pasienter som drar i gang en samtale. *“Jeg føler liksom ikke at ... Sånn som med henne, at man bare skal snakke for å snakke, da. (ler). det synes jeg er vanskelig selv og ... Ja. Jeg må gjerne ha noen som drar i gang en samtale for å... (smiler) Noen er liksom veldig snakkesalige, og da er det mye lettere”*.

Hos R5 knyttes pasientens væremåte til om det er en pasient som har vært på CT tidligere eller ikke. Radiografen snakker om en erfaren pasient, kontra en som ikke er erfaren. Og uttrykker dette slik: *“Så kan jeg stille noen spørsmål om pasienten har gjort dette her før, ikke*

sant. Da veit jeg om dette er en erfaren pasient ... Aldri gjort det før ... Og så starte derfra. Og så ta det videre derfra med at (...) Men at man kanskje gir mer av detaljene hvis det er en pasient som aldri har gjort en CT før, Så gi noen bekræftelser på at dette er ikke den samme typen. Sånn at ... Ja. Man kan fortelle pasienten at det ikke er så mye å bekymre seg for, kanskje da, hvis det kan hjelpe". Dette kan forstås som at, kommunikasjonen etableres ved at radiografen gir detaljerte informasjoner om undersøkelsen til pasienter som aldri har gjennomgått undersøkelsen tidligere. Med det målet om å skape trygghet og tillit hos pasienten som gode og viktige premisser for god kommunikasjon.

3.3.8 Jobberfaringer som er bestemmende for god kommunikasjon

De erfaringene radiografene sitter med, forstås også som bestemmende for god kommunikasjon. R7 beskriver dette slik:” Og det er sånn ... Signaler ... Etter bare, kanskje et par minutter, så klarer man å fange ... Han eller hun er veldig sånn, vil prate, da er det ikke noe hemninger, at jeg trenger å trekke meg tilbake. Da er det greit, liksom, da sitter vi og prater.”

Jobberfaringene hos radiografer er forutsetninger de bør ha for å justere seg etter pasientbehov og karakteristika. “Hvis pasienten gir uttrykk for at den er veldig usikker, så må jeg liksom være litt mere informativ på hva det her går ut på. Men det ser man jo fort på pasienten, hvis pasienten gir uttrykk for det.” Dette kan forstås som at disse signalene hjelper å gjøre de vurderingene som skal til for å etablere dialogen med pasienten: ønsker pasienten å prate, da er det fritt fram å møte han/hun der hun legger dialogen. Ønsker ikke pasienten å prate på grunn av usikkerhet, blir radiografen mer informativ.

3.3.9 Tidsrammen som bestemmende for god kommunikasjon

Radiografene mener at tidsrammen de har til rådighet er også bestemmende for god kommunikasjon. “du ser jo at noen ganger har vi det mer travelt enn andre, men jeg prøver jo alltid å la pasienten få tid til å, liksom ... Ja. At de ikke skal føle at de blir kasta opp på bordet, da”. Dette er et uttrykk for at radiografen prøver å ta hensyn til det, fordi det er viktigere å vise pasienten respekt, å sørge godt for den andre og å bry seg, enn å la pasienten ha en vondt opplevelse. Lysten hos R3 til å vise omsorg og respekt for den eldre pasienten vektlegges sterkere enn den gitte tidsrammen. Dette kan vise inkongruens hos R3 da «det indre ikke er i overenstemmelse med den gitte tidsrammen. Disse sammenfaller ikke.

” Jeg føler at jeg får tid til å... Altså, du ser jo at noen ganger har vi det mer travelt enn andre, men jeg prøver jo alltid å la pasienten få tid til å, liksom ... Ja. At de ikke skal føle at de blir kasta opp på bordet, da. Og kasta ut igjen. For det syns jeg ... At du skal, liksom, ha tid til å... Hilse og forklare undersøkelsen og. Ja. Prøve å speile litt hvordan dagen til pasienten er, da. Om de ser stressa ut, eller lei seg, eller blid, eller. Ja. Hm, ja. Jeg tror jeg er veldig sånn som prøver å se an hver pasient, da. ”

R5 trekker også fram sin egen væremåte knyttet til tidsrammen som bestemmende for god kommunikasjon. Dette eksemplifiseres slik: *” tidsrammen har jo litt å si den også. Vi ... Noen ganger så får vi alt for kort tidsramme. Men jeg, av natur, er jo ganske rolig, da. Og jeg prøver å gjenspeile det til pasienten, sånn at pasienten også roer seg ned. (...). Så væremåte har jo litt å si ... På det”.*

Denne væremåten kan være uttrykk for at tidspresset får mindre betydning, fordi radiografen ønsker er å ivareta pasienten og gjenspeile roen til pasienten.

R5 poengterer med sitt utsagn dette: *” vi prøver jo å opprettholde denne, men det er ikke alltid vi klarer å strekke til, på grunn av tidspresset, da”.* Dette er et uttrykk for at tidspresset er en faktor som gjør at det ofte kan være vanskelig å opprettholde den god kommunikasjon.

4 DISKUSJON

4.1 Oppsummering av problemstillingen og forskningsspørsmål

Gjennom teori og empiri er det forsøkt å gi innhold til hva radiografer beskriver som god kommunikasjon med utgangspunkt i hjemmeboende eldre pasienter. Den teoridrevne tilnærmingen til analysen av intervjuene ga innsikt i hvordan ulike teoretiske aspekter som er viktige i beskrivelse av god kommunikasjon vektlegges og brukes hos radiografene.

4.2 Kjennetegn ved god kommunikasjonen

Avhengig av type pasient og behov, brukes verbal-nonverbale handlingen som en funksjon, der radiografen bruker det nonverbale (som øyekontakt) for å forsikre seg om at informasjon som formidles forstås av pasienten, og at det pasienten uttrykker blir forstått riktig (kongruens Eide og Eide (2007)). Den kan også brukes som en hjelp til å utføre en ny handling som har til hensikt å sørge godt for pasienten (omsorg). Begge har som mål å bygge relasjon og skape tillit, slik at pasienten skal kunne mestre situasjonen og tilrettelegge slik at pasientens beste og respekt for denne blir ivaretatt. Dette samsvarer med det Eide og Eide (2007) kaller for en hjelpende og god pasientrettet kommunikasjon. Aksept, empati og omsorg er elementer som bidrar i følge Rogers (1995) til at god kommunikasjon oppstår. I følge radiografene er kommunikativ kongruens særlig aktuell når man har med de eldre å gjøre som ofte har kognitiv svikt. For eksempel dårlig hørsel.

Informasjonen som gis, er også et kjennetegn på god kommunikasjon. Den skal ikke bare gis, men pasienten må respondere på at informasjonen blir forstått, med både verbal og nonverbal respons. Dette samsvarer med funnene i Lawn, Delany, Sweet, Battersby og Skinner (2015) viktigheten om at informasjon som meddeles bør gå begge veier.

Et annet kjennetegn er gjensidig fokus under selve undersøkelsen. Men en kan lure på om det å holde fokus alltid er positivt, sett fra pasientens side. Det kan tolkes som en måte å vise stille, men tydelig makt fra radiografen side. En indirekte måte å utøve makt på, som kan føre til at pasienten kan føle seg maktesløs og i tillegg ikke føle seg imøtekommet: en barriere til god kommunikasjon. Booth og Manning (2006) fant at radiografer har en tendens til å bruke foreldrestiler (controlling parent) for å kommunisere. Dette er forbundet med utøver (helsepersonell)-sentrert tilnærming, som ofte fører til manglende samspill mellom radiografer og pasienter. Videre påpeker de at, det er allment kjent fra pasienten side at,

radiografer har rett til å styre undersøkelsen ved å kontrollere samspillet på sin måte. Dette fører til at radiografen kan gjøre en effektiv undersøkelse, mens pasienten sitter med en følelse av å ikke bli involvert i det som skjer og kan miste en del av viktige informasjon, som er relevant for undersøkelsen. Dette samsvarer ikke med Priebe et al. (2011) tredje prinsippet som fører til god kommunikasjon der pasienter bør være fullt involvert i beslutningsprosesser.

Et kjennetegn på god kommunikasjon er å være profesjonell i sin rolle. Dette gjør radiografene ved å forbli stødig i sin situasjon, uavhengig av pasientholdning og avdelingens tidsramme. For noen radiografer betyr dette også å bekrefte pasientens opplevelse uten å involvere seg, gi den en stemme uten å gå videre til å prøve å hjelpe. Dette er ikke empatisk kommunikasjon og kan vise en grad av ”tillatt” inkongruens. Det samsvarer med det Booth og Manning (2006) fant, som en av faktorene som påvirker kommunikasjon i diagnostisk radiografi.

For andre radiografer handler det å holde seg profesjonell i rollen ved å styre undersøkelsen, selv om pasienten ikke viser ønske om å kommunisere. I denne settingen bruker radiografene elementer som er nødvendig for god kommunikasjon, og som styrer hva slags kommunikasjon radiografene sikter mot. Den er tredelt. Den ene inneholder elementer av uformelle momenter hvor radiografen søker mennesker mer enn bare pasienter. Det andre er at radiografen skal gjøre undersøkelsen fordi pasienten ikke er åpen/responsiv til annen type kommunikasjon, slik at fokuset da kun blir å gi informasjon. Den tredje vurderingen går på trygghet og relasjon hvis pasienten er redd og nervøs. Dette er i samsvar med det Booth og Manning (2006) og Booth (2008) fant at kommunikasjon påvirkes av pasientens oppførsel og kommunikasjonsstilen radiografene bruker.

Informasjon er et viktig kjennetegn på god kommunikasjon for radiografene. Men, relatert informasjon om undersøkelsen som har til hensyn å trygge pasienten. Tryggheten den gitte informasjon skaper hos pasienten, er til for å skape tillit, utvikling i relasjonen og dette gir åpenhet. Tryggheten som bør føre til god kommunikasjon blir brutt ned når i følge Lawn et al. (2015) både kommunikasjon og informasjon er blant annet lukket og går ikke begge veier. Informasjonene som blir gitt må være relatert til den aktuelle undersøkelsen for å trygge pasienten. Tryggheten skaper tillit hos pasienten, utvikling i relasjonen og gir åpenhet. Dette samsvarer med et av de fem prinsippene Priebe et al. (2011) er identifisert som fører til god kommunikasjon.

4.3 Elementer som tilpasses til god kommunikasjon

Elementene som er bestemmende for kommunikasjon hos radiografene er ofte basert på holdningen og behovene pasienter uttrykker.

Denne forutsetningen handler om å opptre ekte og helhetlig, slik at radiografen ikke lar seg påvirke av hverken pasienten holdning eller tidsrammen. Radiografen opptrer kongruent på en ekte og genuin måte. Priebe et al. (2011) har identifisert dette prinsippet som fører til god kommunikasjon.

Jobberfaringene er bestemmende for god kommunikasjon. Radiografene snakker også om signalene radiografene med årene klarer «å lese» hos pasienter. Disse signalene hjelper å gjøre de vurderingene som skal til, for å etablere dialogen med pasienten.

Under ett av intervjuene fikk jeg merke dette. En av informantene med minst erfaring hadde vanskeligheter med å uttrykke hva god kommunikasjon var:” ... *for jeg har ikke noen stor faglig trygghet. Jeg er nyutdanna, så jeg vil ikke si jeg har noen stor faglig trygghet, egentlig*”. Men dette kunne også relateres til andre ting. Var det slik at informanten hadde i seg den tause kunnskap som Polanyi (1983) sier er vanskelig å sette ord på fordi en aldri har tenkt over det? R6:” *Jeg har egentlig aldri tenkt på det, rett og slett. Jeg vet ikke*”. Kan denne kunnskapen ha blitt satt i gang av å se på videoopptaket og under intervju settingen sammen med forskeren? Dette kan fremheve refleksjonen Schön (1995) snakker om. Videoopptak ble også brukt som en hjelp for å få fram refleksjoner over de kommunikasjonsutfordringene radiografene møter og som kan bidra til læring og nye løsninger. Disse refleksjonene kan i følge Schön (1995) være: «reflection on action» som skjer i ettertid, enten individuelt eller sammen med andre, der man gjennom et tilbakeblikk på situasjonen analyserer hva som skjedde og hvorfor, og «reflection in action» som skapes nye handlingsguider. Det ville være interessant å se på dette fenomenet i ettertid, for som Schön (1995) påpeker, skal denne refleksjonen neste gang man står i en tilsvarende situasjon, utløse en slags «indre dialog» med situasjonen, som gjør at man kan klare å hente fram den nye adferden man har planlagt å bruke.

Eller er det slik at modaliteten i seg selv gjorde det vanskelig å sette ord hos radiografen på hva god kommunikasjon er? Denne radiografen utførte to undersøkelser som ikke krevde å gi mye informasjon. CT kaput, en kort undersøkelse i tillegg uten kontrast, der i følge de fleste radiografene ikke avkreves like mye kommunikasjon som under en CT undersøkelse med kontrast.

Sju av åtte radiografer som ble intervjuet sier at, CT som modalitet også er bestemmende for kommunikasjon, fordi lengden på denne type modalitet i forhold til en røntgenundersøkelse gjør at radiografer bør kommunisere mer, og får en annen type relasjon til pasienten. Dette samsvar ikke hos den ene radiografen. Kan dette forstås som at, CT som modalitet isolert sett ikke er bestemmende, men CT undersøkelsen med kontrast er bestemmende fordi den er lengre i tid og krever mer tilsyn til pasienten?

Her ser vi også hvilken plass informasjonen som må meddeles har. Den er relasjonsbyggende og et viktig element i kommunikasjonsprosessen. Murphy (2001) fremhever at ubehagelige opplevelser for pasienter ved radiologisk avdeling var knyttet til blant annet frykt for uttrykk og symboler benyttet i avdelingen, samt historier og myter som blir fortalt av andre før undersøkelsen. Dette til tross for at det forutsetter god kommunikasjon, dersom en skal ta gode diagnostiske bilder. Dette samsvarer med hva radiografer i studien mente, informasjon og god informasjon har en stor plass i kommunikasjon særlig for pasienter som ikke har vært på CT før og som kanskje har hørt om ”skrekkhistorier” og er nervøse.

Det holder ikke bare å ha evne til å meddele viktige informasjon. Radiografen må også ha evne til å fremstå helhetlig og ekte i forhold til pasienten. Denne forutsetningen er bestemmende i etableringsfasen av den gode dialogen. Ett av de fem prinsippene som fører til god kommunikasjon Priebe et al. (2011) handler nettopp om dette: Klinikere (her radiografene) bør være ekte, varme, åpne og kommunisere med pasienter som ekte mennesker. På en annen side har ikke alltid radiografene «en god dag», og det kan også ha innvirkning på kommunikasjonen. Men på grunn av at profesjonalitet veier tyngst, velger de å opptre ”på en riktig måte”.

Å opptre på en riktig måte kan være både positivt og negativt. Positivt fordi radiografen streber mot å gjøre det best mulig for pasienten, ved å flytte fokus på pasienten. Negativt, fordi det kan være vanskelig for radiografen å være genuint interessert i å bygge relasjon med pasienten, for å oppnå god kommunikasjon. For i følge Rogers (1995) må atferd og følelser være samstemt for å uttrykke den grunnleggende innstillingen om å hjelpe den andre. En tolkning her kan være at, riktig hos radiografer brukes i betydningen av formell. Derfor kan en mene at riktig også vil kunne innebære det å være genuint interessert i å bygge en relasjon med pasienten.

4.4 Det spesielle med radiografens kommunikasjon

I dette kapittelet diskuteres teorien og funnene som er gjort i analysen og se dem i sammenheng med teorien som ble beskrevet tidligere. Formålet er å kunne bidra til kunnskap som styrker kommunikasjons teoretiske perspektiver som er nyttige og som er tilpasset radiografer.

Aksept og empati: Aksept er et viktig nøkkelbegrep hos radiografene men har et annet fokus. Den handler ikke om å skape den uforbeholden tilknytting som hos Rogers (1995), eller at man ikke skal være dømmende som Eide og Eide (2007) snakker om. Den handler mer om at man skal kunne justere og tilpasse, fange opp individet. Dette er viktig med aksept for radiografer. I begrepet aksept er ulikheter og respekt nær knyttet til hverandre. Radiografen har en grunnholdning for aksept som kommuniseres ut til pasienten gjennom tilpasset kommunikasjon. Dette er i samsvar med Markides (2011), Priebe et al. (2011) og Rogers (1995) prinsippet som fører til god kommunikasjon: akseptere og verdsette personen som den er, og hans/hennes synspunkt anses som viktig.

Empati handler mer om medmenneskelighet og humanistiske verdier i materialet mens aksept er det begrepet de bruker for å ha det uforbeholdent møte.

Empati er til stede, men ikke avgjørende for god kommunikasjon selv om dette hevdes av Eide og Eide (2007). Rogers (1995) betrakter empati som et grunnleggende anlegg i alle hjelpende relasjoner. I studien er ikke empati så grunnleggende som hos Rogers (1995) men har en kognitiv dimensjon der sansingen gir radiografen tilgang og forståelse til pasienten. Utfallet av denne empatisk kommunikasjon er blant annet tillit og gjensidig forståelse. Disse er faktorer som er vist seg å samsvare med positive helseutfall (Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009). Dette kan også være viktig å forske på i fremtidige studier.

Eide og Eide (2007) og Rogers (1995) forfekter mest empati hvis en skal bli god i møte med enkelt menneske. Men da vil en aldri lykkes i kommunikasjonsøvelser med radiografer når de ikke har den forståelse for empati. Med empati går det via følelser, og med aksept så går det via anerkjennelse og imøtekommenhet.

Funnene viser at empati og aksept utfyller hverandre. Dette tyder på at begrepet aksept er mer fremme blant radiografene og handler mer om kontinuitet og kjennskap til pasienten og for å kunne holde på klima for god kommunikasjon.

Empati i studien har en underliggende egenskap som handler mer om radiografens måte å være på. Mens hos Eide og Eide (2007) fremheves empati som et viktig begrep og grunnlaget for å skape tillit og formidle informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulerer til mestring av situasjonen. I følge Travelbee (2001) er empati en tilstand som forekommer i bestemte situasjoner og ikke noe som skjer kontinuerlig. Når empati oppstår er det tilstedeværelse av en nærhet og forståelse som gjør at en får innsikt i pasientens tanker, følelser og handlingsmønstre klarere enn ellers. Mens i studien er empati en holdning hos radiografene som påvirker hvordan de kommuniserer, men også en tilstand hos de radiografene som bruker empati i møte med pasienter.

Aksept og empati i materialet brukes i kombinasjon. Empati hos radiografene knyttes til medmenneskelighet. Man skal kobles med pasienten på et menneskelig nivå og viske ut skille mellom radiograf og pasient sånn at man blir bare mennesker. Dette samsvarer med det Markides (2011) skriver om det egenskapet til en helsearbeider som er god å kommunisere. Nemlig at, helsepersonellet må kunne ta også i bruk sine menneskelige ferdigheter i møte med pasienter. Aksept handler om å dele makt, tilpasse, godta ulikheter. Her ser man fortsatt skille mellom pasient og radiograf. Med aksept er radiografen opptatt av sin rolle og denne holdningen skal påvirke hvordan en kommuniserer med pasienter. Å akseptere det som er annerledes hos den andre hos Rogers (1995) er uten reservasjoner. Derfor skal relasjonen oppleves som varm og trygg, og kan bidra til at det uakseptable kan komme frem, gis rom og oppmerksomhet når en viser aksept.

Empati i teorien er viktig for å klare å tilpasse mens hos radiografene i studien kommer det fram at, aksept er viktig for å kunne tilpasse. For radiografene er empati viktig for å kunne møte det andre på samme nivå. Dette kan også være en god egenskap når radiografene møter pasienten som er for eksempel redd, usikker, nervøs.

Indre kongruens: Et av radiografenes fokus er indre kongruens. Et kjennetegn som underbygger rommet for å utvise god kommunikasjon og en forutsetning for å forbli stødig i radiografrollen. Å opptre kongruent hos radiografene er i samsvar med et av de fem prinsippene som fører til god kommunikasjon i følge Priebe et al. (2011). Indre kongruens kan også sette radiografen i en posisjon hvor de anser seg nødt til å styre. Indre kongruens gjør at radiografene som har tryggheten i rollen tar styringen og glemmer det medmenneskelige i relasjon til pasienten. Dette kan være en dårlig egenskap hos radiografen og ødeleggende for god kommunikasjon, fordi den kan oppfattes som makt hos radiograf og avmakt hos pasienten.

Dette samsvarer med det Booth og Manning (2006) fant om radiografens fire kommunikasjonsstiler. En av de knyttes til det de kaller for ”controlling parent style”. Denne type kommunikasjon er blant annet sjefete, stiv, intolerant og dominerende og fokuset er på de tekniske aspektene ved undersøkelsen men informasjon ble gitt i form av verbal kommando.

Kommunikativ kongruens: I følge Eide og Eide (2007) ligger kommunikativ kongruens i relasjon og i det som kommuniseres imellom partnere. Hos radiografene er kommunikativ kongruens en kommunikativ handling som brukes hos begge partnere for å gi tilgang til en felles forståelse. Kongruens (Eide & Eide, 2007) er til for å bygge relasjonen; det er både tillitt radiograf-pasient, men aller mest pasient- radiograf. Men det som også kommer fram er at, relasjonen mellom radiograf-pasient er viktig i og med at radiografen ser på pasient og ser at pasienten er kongruent i det pasienten signaliserer og måten den responderer. Dette er et nytt perspektiv som bør utforskes og få fram.

Omsorg: I følge Bowman (1993) betraktes samhandlingen mellom pasient og radiograf bestående av to aspekter: det tekniske og det pasient sentrert element. Det tekniske handler om å komme frem til et best mulig diagnostiske bilde, mens det pasientsentrert handler om både å gi omsorg for å gjøre det komfortabelt for pasienten under undersøkelsen, og gi den psykologiske omsorg hvor radiografen snakker med pasienten, vise empati og berører de. Omsorg hos radiografer i denne studien er en handling som må ønskes og som gjøres tilgjengelig for pasienten, i form av tid og væremåte, med mål om å gjøre det godt for pasienten. Mens hos Bowman (1993) skal omsorg være en naturlig del i samhandlingen mellom radiograf og pasient. Det som er likt her er at, omsorg har den samme hensikt hos Bowman (1993) som hos radiografene. Nemlig at, den brukes for å gjøre det komfortabelt for pasienten under undersøkelsen.

Martinsen (2003) omsorgsbegreper brukes hos radiografene. Forskjellen ligger i den praktiste delen av omsorgen. Hjelperen delta aktiv, mens hos radiografene må det formidles verbalt eller nonverbal et ønske om å motta omsorg (ibid).

Verbal og nonverbal kommunikasjon: verbal og nonverbal kommunikasjon i denne studien utgjør en enhet. Verbal og nonverbal kommunikasjon har de samme egenskapene og betydninger hos radiografer som hos Eide og Eide (2007) og Markides (2011).

4.5 Pasient versus eldre pasient

Radiografene i studien er ikke så tydelig på at kommunikasjon som den er beskrevet her er rettet mot eldre. Det er usikkert om dette er fordi målgruppen i studien var eldre og derfor implisitt for radiografene at det handler om eldre. I så fall samsvarer dette med funnet i Booth (2008) som viser at, radiografene bruker en mer ”nurturing parent” kommunikasjonsstil som anses som blant annet kjærlig, snill, forståelsesfull, sympatisk, tolerant og hensynsfull i møte med eldre pasienter og barn.

Usikkerheten kan også være knyttet til at, radiografene ikke anser eldre som noe som stemmer med kommunikasjon, mens det som veier mest er pasientkarakteristika. I det tilfellet samsvarer det også med Booth (2008) som viser at pasientkarakteristika er avgjørende i relasjon radiograf-pasient og vil påvirke måten radiografene kommuniserer.

4.6 Diskusjon om viktig kunnskap i studien?

Booth og Manning (2006) og Booth (2008) fant at faktorene som kan påvirke (bestemmende) kommunikasjon i konvensjonell radiografi er knyttet til kommunikasjonsstilen radiografene bruker, pasientens alder, oppførsel, sykdom og skade, samt behovet for å ta gode diagnostiske bilder og behovet for å overholde tidsskjemaet på avdelingen. Mens i denne studien kommer det fram at, det som er bestemmende for å oppnå god kommunikasjon ofte er basert på holdninger og behovene pasienter uttrykker, CT som modalitet, tidsramme radiografene har til rådighet, radiografenes holdning og fagligkompetanse.

I motsetning til Booth og Manning (2006) og Booth (2008) sine funn, ser vi at radiografene i studien ikke lar seg påvirke av tidsskjema på avdelingen og kommuniserer dette til pasienten med sin væremåte.

Dette kan også på en annen side være en utfordring i en hverdag hvor det er vanskelig å både opprettholde avdelingens timeplan og ønsket å ivareta pasienten. Tidspresset fører til at, radiografen kan miste sin integritet hos pasienten på grunn av holdningen som blir mer ”brysk” der radiografen ikke klarer å være henvendt mot, og oppmerksom nok på pasienten. Uoverensstemmelse mellom det indre og det ytre, som kan bli uheldig for kommunikasjonen.

Dette er likt det Lang (2012) fant om at. radiografer som jobbet i høyt tempo samt brukte det som ble omtalt som «hypnotiserende språk». Denne type holdningen på grunn av tidspress kan hindre den gode kommunikasjon (avspore den gode kommunikasjon) fordi den forårsaker stress hos pasienten.

4.7 Diskusjon av teoridrevne tilnærmingen

Fra funnene ser vi at, kommunikativ kongruens, aksept og verbale og nonverbale kommunikasjon er mer fremtredende enn empati, omsorg og indre kongruens. Man kan lure på om de tallene har noe å si og om de representerer viktighet eller noe annet. Jeg tror at det ikke er viktighet. For om det er fem eller en radiograf som sier noe om innhold i ett begrep er ikke dette mindre viktig, men eller at, det er mindre fremme hos alle radiografene.

4.8 styrker og svakheter ved studien

I dette kapittelet vil gjennomføringen av studien belyses, med dens styrker og svakheter som kan påvirke troverdighet, reliabilitet og validitet.

4.8.1 Utfordringer ved videoanalyse

Det er mange positive sider ved videoanalyse men det er viktig å vite at opptaket bare viser en begrenset del av selve virkeligheten (Stensæth, 2008) Kameraet vil ikke fange opp alt som skjer utenfor kameraets vinkel som også kan påvirke situasjonen.

Mens Stensæth (2008) omtaler videoopptak som en gjengivelse av virkeligheten, fremhever Bjørndal (2011) betydningen av det å være bevisst begrensingene en lyd- og videoopptak kan ha. Lydopptak oppfatter og registrerer kun en av våre fem sanser mens videoopptak registrerer og oppfatter med to av våre fem sanser.

Jeg støttet meg til Stensæth (2008) og Bjørndal (2011) sine refleksjoner omkring begrensingene ved bruk av video. Jeg benyttet meg av kun ett videokamera som stod på et stativ, og som ble innstilt i en fast vinkel med fast avstand. Kamera ble flyttet fra den ene CT-laboratoriet til den andre uten at jeg var tilstede. En del informasjon ble mistet når radiografen

snakket lavt, beveget seg i rommet utenfor kameravinkel, eller da både radiografen og pasienten snakket utydelige og lave. Jeg mener at videokameraet likevel fanget godt nok opp samspillsituasjon, tross disse begrensningene.

Det kan også være vanskelig å i etterkant se på et videoopptak de eventuelle følelsesmessige reaksjoner som har oppstått (ibid.). Dette sammenfalt med min opplevelse. De følelsesmessige reaksjoner som oppstod hos pasienten var vanskelig å se i etterkant. Disse ble beskrevet av radiografen under intervjuet slik at vi fikk en felles forståelse av hendelsen som ikke kom frem i opptaket. Men, dette kunne være en tolkning fra radiografen av en hendelse.

4.8.2 Evaluering av kvalitativ innholdsanalyse

Elo og Kyngäs (2008) hevder at, en vellykket innholdsanalyse krever at forskeren kan analysere og gjøre dataene enkle og danne kategorier som gjenspeiler det tema man studerer. Troverdigheten av funnene handler om hvor godt kategoriene dekker dataene. Troverdigheten i denne studien kan hevdes å være styrket ved at det ble funnet sammenheng mellom kategoriene og dataene. Patton og Patton (1990) i Elo og Kyngäs (2008) mener at, bruk av autentiske utsagn også kan være med på å øke troverdigheten av forskning og vise til leseren hvorfra og hvordan kategoriene i studie ble laget. Derfor er det forsøkt å formidle resultatene i denne studien med støtte i sitater gjengitt verbatim under hver kategori.

Gyldighet: Gyldighet handler om man har undersøkt det man skulle undersøke (Denzin og Lincoln (2011), Polit og Beck (2004)). Som forsker ble det etterstrebet å la seg lede av problemstilling og forskningsspørsmål i alle steg i studien. Dette kan være en styrke ved studien.

En svakhet knyttet til gyldighet er at det ble valgt nøkkelbegreper som danner matrisen. Dette kan ha ført til at det ble ikke favnet alle tenkelige variabler som ligger i god kommunikasjon.

Gyldighet underveis i et intervju innebærer at forskeren regelmessig sjekker sin egen oppfatning med spørsmål som (ibid): «Har jeg forstått deg rett når du sier at?». Dette ble gjort de gangene jeg følte det naturlig å sikre meg informantenes budskap og bekrefte fellesforståelsen og validerte min forståelse av det radiografen sa. Dette ble nyttig og

effektfullt i møte med informantene, men kunne i noen tilfellet lede informantene inn mot et svar.

Andre måter å sikre gyldighet på er blant annet metodetriangulering, informantvalidering og forskervalidering (Denzin og Lincoln (2011), Røykenes (2008)) videoopptak og intervju ble ikke brukt som metode triangulering. Videoopptak ble ikke brukt i data-analysen men, videoopptak ble brukt til å sikre tilgang til informantenes kunnskap. I stedet ble det fokusert på forskervalidering. Det ble tatt opp på masterseminar, og det var en nær kommunikasjon mellom masterstudent og veilederen. I tillegg ble forskervalidering benyttet ved at veilederen stilte ulike spørsmål til den samme teksten, og tolkningen blir utfordret. Mer Svakheter med forskervalidering er at, masterseminarene besto av medforskere som hadde ingen eller liten metodisk erfaring. For veileder som var med hele prosessen kan det være sannsynlig at veileder evne til kritisk vurdering ble redusert og utfordret underveis. Dette kan ha ført til at fellesforståelsen ble sterkere.

Pålitelighet (reliabilitet): Polit og Beck (2004) påpeker at, for å øke reliabiliteten av studien er det viktig å vise at det fins en kobling (en link) mellom funnene og dataene som analyseres. Dette er en styrke med teoridrevet innholdsanalyse. Man velger å finne begrepene som passer i matrisen. Denne tydeligheten i kode regler gjør det også lettere med andre å vurdere analysestegene. Det har blitt vektlagt å beskrive analyse prosessen så detaljert som mulig. Denne prosessen ble også tydeliggjort ved å bruke vedlegg for å underbygge linken mellom data og funnene.

Overførbarhet: Overførbarhet knyttes til fremgangsmåten for teoretisk generalisering. For å gjøre dette mulig må forskeren gi en tydelig beskrivelse av konteksten, utvalg, innsamlingsdata og analyses steg (Elo & Kyngäs, 2008). Disse forskjellige stegene ble fulgt gjennom hele studien. Dette kan gi et grunnlag for å teste overførbarhet av de teoretiske poengene i en studie designet for dette formål.

4.8.3 Utfordringer med intervju

Postholm (2010) skriver at, forskeren har ansvar for å finne et sted hvor intervjuet skal gjennomføres for å skjermes fra eventuelle forstyrrelser. Settingen intervjuet foregår i kan være avgjørende for hvilke data forskeren får.

Dette var til tider vanskelig å leve opp til. Avdelingen hadde ikke et fast sted intervjuene foregikk i, og det var vanskelig å ta ut radiografene fra produksjonen i mer enn et begrenset tidsrom. Noen intervjuer ble også avbrutt og det kan ha vært vanskelig for radiografene å konsentrere seg hele den tiden vi hadde til rådighet. I tillegg kan det tenkes at det beste hadde vært å intervju radiografene utenfor sykehuset og ikke i arbeidstiden. Dette var umulig å få til fra radiografenes side.

Postholm (2010) skriver at det viktigste under en intervjusituasjon er at forskeren skal være til stede som et menneske, slik at intervjuet mer vil fortone seg som en samtale. Intervjuet ble lagt opp som en samtale med fri flyt i spørsmålene, men med kategoriene som grunnlag. Som Thagaard (2013) skriver, gode relasjoner mellom forsker og forskningsdeltaker kan ha betydning for den informasjonen forskeren vil få. Dette skapte en trygg atmosfære og ga mer ro i denne settingen. De gangene det var vanskelig å nå inn til radiografen ble hele intervjuguiden brukt mer slavisk.

4.8.4 Utfordringer med analysemetode

Teoridrevet innholdsanalyse har både styrker og svakheter:

- Ifølge Hsieh og Shannon (2005) er hovedstyrken at eksisterende teori enten kan styrkes eller videreutvikles.
- En svakhet med denne type analyse, er at forskeren kan tilnærme seg data med sterk skjevhet (bias) som gjør at denne tilnærmingen gir resultater som støtter en bestemt teori. Det kan føre til at forskeren overser andre kontekstuelle aspekter (ibid). I studien ble det prøvd å unngå dette ved å velge å bruke flere teoretikere innenfor kommunikasjonsteori og forskning om god kommunikasjon. Selv om noen av disse ble brukt i andre kontekster, så det ut at funnene var overførbare i CT-konteksten.
- En annen svakhet er at, når informantene svarer på probe-spørsmål (utforskende spørsmål), kan det hende at de ledes til å svare på en bestemt måte for å tilfredsstille forskere (ibid). Dette ble opplevd som en utfordring. Det kunne være lett å stille probe-spørsmål rettet mot begrepene i den strukturerte matrisen og kunne være ledende til et bestemt svar.

5 OPPSUMMERING, IMPLIKASJON FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING

5.1 Viktigste funn

Radiografenes gode kommunikasjon inneholder aksept, empati, indre kongruens, kommunikativ kongruens, indre kongruens og verbal og nonverbal kommunikasjon.

Verbal og nonverbal brukes som en enhet.

Aksept og empati er knyttet til radiografenes holdning og brukes i kombinasjon. Mens aksept brukes til å justere, tilpasse og godta ulikheter, tar empati samspillet mellom radiograf og pasient til et menneskelig nivå (med aksept beholdes radiografen sin rolle, mens med empati viskes bort skille mellom radiograf og pasient).

Omsorg er en handling som brukes kun når pasienten signaliserer det behovet.

Kommunikativ kongruens har en ny dimensjon der, kongruensen hos pasienten anses som betydningsfull i samspillet mellom radiograf og pasient.

Indre kongruens er noe radiografene besitter med. De lar seg påvirke av ytre faktorer som kan være typepasient og tidsrammen. Den indre kongruens lar radiografen tåle kritikken og er en forutsetning for å fremstå stødig i radiografrollen. Pasientkarakteristika er viktig for hvordan radiografene tilpasser god kommunikasjon.

5.2 Implikasjon i praksis

Hvordan kommunikasjonsbegrepene vektlegges er viktig når man senere skal øve radiografene i god kommunikasjon. Hvis man vektlegger empati ved kommunikasjonstrening kan det hende at radiografen ikke følge det relevant. Men hvis man vektlegger empati som et grunnlag for aksept for å kunne tilpasse situasjonen så kan det hende at interesse for å tilpasse det verbale og nonverbale, og omsorgstiltakene er mer aktuelle begrep å bruke for radiografer. Det handler om hvordan undervise radiografstudent i kommunikasjon ved å vektlegge det som er deres forståelse av innholdet av god kommunikasjon i deres kontekst.

5.3 Validere funnene

Funnene i denne studien bør valideres i annen forskning både med utgangspunkt i radiografene, men også utfra pasientens perspektiv.

6. REFERANSER

- Bjørndal, C. R. P. (2011). *Det vurderende øyet : observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Booth, L. (2008). The radiographer-patient relationship: Enhancing understanding using a transactional analysis approach. *Radiography*, 14(4), 323-331. doi: 10.1016/j.radi.2007.07.002
- Booth, L. A., & Manning, D. J. (2006). Observations of radiographer communication: An exploratory study using Transactional Analysis. *Radiography*, 12(4), 276-282. doi: 10.1016/j.radi.2005.09.005
- Bowman, S. (1993). The radiographer/patient relationship - A short term but vital interaction. *Radiography today*, 59(675), 17-18.
- Børretzen, I., Lysdahl, K. B., & Olerud, H. M. (2007). Diagnostic radiology in Norway trends in examination frequency and collective effective dose. *Radiation protection dosimetry*, 124(4), 339.
- Caris-Verhallen, W. M. C., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1997). The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 915-933. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025915.x
- Davies, H. E., Wathen, C. G., & Gleeson, F. V. (2011). Risks of exposure to radiological imaging and how to minimise them. *BMJ: British Medical Journal*, 342(7797), 589-593.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4. utg.). Los Angeles: Sage.
- Egestad, H. (2009). Interpersonal relations between the cancer patient and the radiographer during CT examination. A study based on patients' experiences. *Samfølelse mellom kreftpasienten og radiografen ved computertomografi undersøkelse. En studie basert på pasienterfaringer*, 5(1).
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, Etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior : theory, research, and practice* (5th ed. utg.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hafskjold, L., Sundler, A., Holmström, I. K., Sundling, V., Van Dulmen, S., & Eide, H. (2015). A cross-sectional study on person-centred communication in the care of older people: the COMHOME study protocol. *BMJ Open*, 5(4). doi: 10.1136/bmjopen-2015-007864
- Hafslund, B., Clare, J., Graverholt, B., & Nortvedt, M. W. (2013). Evidence-based radiography. *Evidence-based radiography*, 40(4).
- Hendee, W. R., Becker, G. J., Borgstede, J. P., Bosma, J., Casarella, W. J., Erickson, B. A., . . . Wallner, P. E. (2010). Addressing overutilization in medical imaging 1. *Radiology*, 257(1), 240-245. doi: <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.10100063>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277.
- ICRP. (1980). Biological effect of inhaled radionuclides. *ICRP publication 31: Annals of the ICRP*, 4(1-2).

- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lang, E. V. (2012). A Better Patient Experience Through Better Communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), 114-119 116p. doi: 10.1016/j.jradnu.2012.08.001
- Lawn, S., Delany, T., Sweet, L., Battersby, M., & Skinner, T. (2015). Barriers and enablers to good communication and information-sharing practices in care planning for chronic condition management. *Australian Journal of Primary Health*, 21(1), 84-89. doi: <https://doi.org/10.1071/PY13087>
- Laake, K. (2003). *Geriatr i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Markides, M. (2011). The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, S123-S125. doi: 10.1097/MPH.0b013e318230e1e5
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis [28 paragraphs]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 1(2). doi: Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>.
- Murphy, F. (2001). Understanding the humanistic interaction with medical imaging technology. *Radiography*, 7(3), 193-201. doi: 10.1053/radi.2001.0328
- Nixon, S. (2001). Professionalism in radiography. *Radiography*, 7(1), 31-35. doi: 10.1053/radi.2000.0292
- Patton, M. Q., & Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2. utg.). Newbury Park: Sage.
- Pawlikowska, T., Zhang, W., Griffiths, F., van Dalen, J., & van der Vleuten, C. (2012). Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations - how this relates to patient enablement. *Patient Educ Couns*, 86(1), 70-76. doi: 10.1016/j.pec.2011.04.019
- Polanyi, M. (1983). *The tacit dimension*. Gloucester, Mass: Peter Smith.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research : principles and methods* (7. utg.). Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., & McCabe, R. (2011). Good communication in psychiatry – a conceptual review. *European Psychiatry*, 26(7), 403-407. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.07.010
- Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person : a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Røykenes, K. (2008). Metodetriangulering - et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Sykepleien forskning*(4), 224-226.
- Schön, D. A. (1995). *The reflective practitioner : how professionals think in action*. Aldershot: Arena.

- St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stensæth, K. (2008). Musical answerability : a theory on the relationship between music therapy improvisation and the phenomenon of action: Norges musikkhøgskole.
- Stewart, M., Meredith, L., Brown, J. B., & Galajda, J. (2000). The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clinics in geriatric medicine*, 16(1), 25-36.
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for radiografiutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269374-rammeplan_for_radiografutdanning_05.pdf
- Williams, P. L., & Berry, J. E. (1999). What is competence? A new model for diagnostic radiographers: Part 1. *Radiography*, 5(4), 221-235. doi: 10.1016/S1078-8174(99)90055-X
- World medical association. (2014, 10.10). *Helsinkideklarasjon*. fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/-Toc229220455>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5. utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.

7. VEDLEGG

Vedlegg 1: Radiografenes samtykke erklæring

Helsepersonellinformasjon for forskningsprosjektet: «Kommunikasjon med eldre med behov for helsetjenester»

Verdens befolkning blir stadig eldre. I Norden er hver 8. innbygger eldre enn 80 år og andelen antas doblet innen 2040. Norsk helsepolitikk har aktiv og trygg aldring som målsetning. Et viktig aspekt i norsk helsepolitikk er personorienterte helsetjenester, med siktemål om å gjøre det mulig for den enkelte innbygger å bo hjemme så lenge som mulig. Kommunikasjon er en sentral ferdighet for å styrke kvaliteten i personorienterte helse- og omsorgstjenester. Formålet med forskningsprosjektet er å identifisere helsepersonells kompetanse i personorientert og empatisk kommunikasjon med eldre i hjemmesykepleien, ved radiografiundersøkelse (CT) og ved undersøkelse hos optiker.

Denne studien vil inngå i en internasjonal tverrsnittsstudie på personsentrert kommunikasjon med eldre mennesker som mottar helsetjenester (COMHOME). COMHOME studien inkluderer tre delprosjekter hvor studie 1 tar for seg kommunikasjon i hjemmesykepleien i tre Europeiske land. I Norge er ytterligere to studier rettet mot kommunikasjon inkludert: Kommunikasjon under CT-undersøkelser (studie 2) og i privat optometrisk praksis (studie 3). Formålet med COMHOME prosjektet er å utvide kunnskapsgrunnlaget for ulike helsepersonells praktisering av god kommunikasjon i møte med eldre pasienter i ulike helserelaterte situasjoner

Hvorfor er du forespurt om å delta i forskningsprosjektet?

Du forespørres om å delta i forskningsprosjektet fordi du er radiograf og jobber ved Drammen sykehus, Vestre Viken HF og utfører arbeid ved CT laboratorium.

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet.

Hva innebærer deltagelse for deg?

For å danne et bilde av radiografers kommunikasjon, ønsker vi videoopptak av når du gjør din vanlige jobb og kommuniserer med eldre hjemmeboende pasienter til CT undersøkelse. Videoopptaket vil bli startet før du tar pasienten inn i undersøkelsesrommet og stoppet etter at pasienten har gått ut av rommet. Dette gjøres av en forsker. I tillegg ønsker forskeren å ha en samtale med deg om hva du mener er god kommunikasjon i møtet med disse pasientene med utgangspunkt i videoopptaket du selv velger. Denne samtalen vil bli tatt opp med en lydopptaker.

Hvis du velger å være med, men ombestemmer deg senere, vil videoopptak og alle andre opplysninger om deg bli slettet så fort du gir oss beskjed. Datafiler som er opprettet med utgangspunkt i lydopptak og spørreskjema, men der ingen opplysninger kan føres tilbake til deg, vil ikke bli slettet. Disse filene inneholder ikke lydopptak eller opplysninger som indirekte kan knytte informasjonen til deg.

Hvordan skal videoopptaket brukes?

Opptakene og samtalen du har med forskeren vil bli analysert ved bruk av anerkjente forskningsmetoder. Prosjektet er en del av en internasjonal studie, så aidentifiserte data vil bli delt med forskere fra Sverige, Nederland og USA. Samtlige forskere har taushetsplikt. Kommunikasjonen vil også bli analysert i forhold til spesifikke pasientegenskaper som alder, kjønn, sivilstatus, pleiebehov og sykehistorie.

Hva skjer med datamaterialet?

Du har rett til å kreve innsyn i all informasjon som handler om deg. Videoopptaket vil kun bli analysert av forskere med taushetsplikt. Taushetsplikten tillater ikke bruk av informasjonen til noe annet formål, selv ikke om det kunne vært til din fordel (for eksempel i en rettssak). Videoopptak blir lagret forskriftsmessig ved Høgskolen i Sørøst Norge hvor uvedkommende ikke kan få tak i det.

Det aktuelle prosjektet varer frem til 31.12.2017, men det kan være aktuelt å bruke videoopptakene til flere studier av helsepersonells kommunikasjon med eldre brukere. Vi vil derfor be om ditt samtykke til lagring til og med 31.12.2025. Dersom slike tilleggsstudier settes i gang, vil du bli kontaktet spesielt om dette. Det vil også bli søkt om tillatelse til slike tilleggsstudier hos aktuelle kontrollorgan for forskning.

Følgende person er ansvarlig for databehandling i prosjektet og kontaktperson:

Mastergrads student Sophie Birkelund, Høgskolen i Sørøst Norge,
mobil: 995 04 469

Navn og kontaktopplysninger på annen kontaktperson:
Stipendiat/radiograf Linda Hafskjold, Høgskolen i Sørøst-Norge,
mobil: 950 54 845

Med vennlig hilsen

Linda Hafskjold
Stipendiat

Sophie E. Birkelund
Student (Forsker)

Erklæring om samtykke

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet «Kommunikasjon med eldre med behov for helsetjenester»

☐ Jeg gir samtykke til at opplysninger om meg, inkludert videoopptak lagres ved Høgskolen i Sørøst-Norge til bruk i forskning på kommunikasjon mellom radiografer og pasienter til og med **31.12.2025**

☐ Jeg gir kun samtykke til at opplysninger om meg, inkludert videoopptak, lagres ved Høgskolen i Sørøst-Norge til bruk for dette prosjektet, det vi si til og med **31.12.2017**

Sted/dato

Navn med blokkbokstaver på radiograf

Underskrift radiograf

Vedlegg 2: Informasjonsskriv om studien

Informasjon om pågående forskningsprosjektet – radiograf: «Kommunikasjon med eldre med behov for helsetjenester»

Vi viser til oppsatt time på CT ved Bildediagnostikk Drammen den.....

Vi vil med dette gjøre deg som bruker radiologiske tjenester oppmerksom på at vi holder på med et forskningsprosjekt i samarbeid med høyskolen i Sørøst-Norge. Prosjektet fokuserer på kommunikasjonen som foregår under CT undersøkelser mellom eldre pasienter (65 år eller eldre) og radiografene som utfører undersøkelsen.

Datainnsamling foregår nå frem til desember 2016. Siden du har time hos oss i dette tidsrommet får du nå en generell informasjon om prosjektet.

Dersom du er aktuell som deltager, vil du bli forespurt om dette den dagen du møter til din CT undersøkelse.

Deltagelse i forskningsprosjektet innebærer at det tas videoopptak når du blir CT-undersøkt og en radiograf hjelper deg. Et videokamera vil være på under hele undersøkelsen. Videoopptaket gir et bilde av den kommunikasjonen som finner sted mellom deg og radiografen. I tillegg vil du få et spørreskjema før undersøkelsen.

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet.

Du får den samme undersøkelse, behandling og medisinsk oppfølging uavhengig av om du deltar i forskningsprosjektet eller ikke.

Har du spørsmål om CT undersøkelsen, kontakter du radiologisk avdeling:
Timebestilling (tastevalg 1) Åpent mandag-torsdag kl. 8-14.30, fredag kl. 9-14.
Tlf. 32 86 20 55

Følgende person er ansvarlig for databehandling i prosjektet og kontaktperson:

Mastergrads student Sophie Birkelund, Høgskolen i Sørøst Norge,
mobil: 99504469

Navn og kontaktopplysninger på annen kontaktperson:

Stipendiat/radiograf Linda Hafskjold, Høgskolen i Sørøst-Norge,
mobil: 950 54 845

Vedlegg 3: Pasientenes samtykke erklæring

Pasientinformasjon for forskningsprosjektet – radiograf: «Kommunikasjon med eldre med behov for helsetjenester»

Vi spør deg som bruker radiologiske tjenester om du vil være med på et forskningsprosjekt.

Verdens befolkning blir stadig eldre. I Norden er hver 8. innbygger eldre enn 80 år og andelen antas doblet innen 2040. Norsk helsepolitikk har aktiv og trygg aldring som målsetning. Et viktig aspekt i norsk helsepolitikk er personorienterte helsetjenester, med siktemål om å gjøre det mulig for den enkelte innbygger å bo hjemme så lenge som mulig. Kommunikasjon er en sentral ferdighet for å styrke kvaliteten i personorienterte helse- og omsorgstjenester. Formålet med forskningsprosjektet er å identifisere helsepersonells kompetanse i personorientert og empatisk kommunikasjon med eldre i hjemmesykepleien, ved radiologisk undersøkelse (CT) og ved undersøkelse hos optiker. Vi ønsker å bruke den kunnskapen som kommer fra denne studien slik at bachelorstudenter i sykepleie, radiografi og optometri, helsefagarbeidere og sykepleiere i hjemmesykepleien, radiografer og optikere kan få undervisning om hva som er god kommunikasjon i møte med eldre brukere.

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet.

Dersom du velger å delta i studien, vil du bli spurt av radiografen etter undersøkelsen, om du fortsatt ønsker å delta i studien.

Hva innebærer deltagelse for deg?

Deltagelse i forskningsprosjektet innebærer at det tas videoopptak når du blir CT-undersøkt og en radiograf hjelper deg. Et videokamera vil være på under hele undersøkelsen. Videoopptaket gir et bilde av den kommunikasjonen som finner sted mellom deg og radiografen. I tillegg vil du få et spørreskjema. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om din alder, om du bor alene, hensikten med CT undersøkelsen og hvordan du fungerer i daglige aktiviteter.

Du får den samme undersøkelse, behandling og medisinsk oppfølging uavhengig av om du deltar i forskningsprosjektet eller ikke.

Hvis du velger å være med, men ombestemmer deg senere, vil videoopptaket og alle andre opplysninger om deg bli slettet så fort du gir oss beskjed. Det får ingen konsekvenser for din behandling og oppfølging. Datafiler som er opprettet med utgangspunkt i videoopptak og spørreskjema, men der ingen opplysninger kan føres tilbake til deg, vil ikke bli slettet. Disse filene inneholder ikke videoopptak eller opplysninger som indirekte kan knytte informasjonen til deg. Du har rett til å kreve innsyn i all informasjon som handler om deg.

Hvordan skal videoopptak og informasjon om deg brukes?

Videoopptaket vil kun bli sett på av forskere med taushetsplikt. Taushetsplikten tillater ikke bruk av informasjonen til noe annet formål. Prosjektet er en del av en internasjonal studie, så aidentifiserte data kan bli delt med forskere fra Sverige, Nederland og USA. Disse forskerne har tilsvarende taushetsplikt. Videoopptaket blir lagret forskriftsmessig ved Høgskolen i Sørøst Norge og uvedkommende kan ikke få tak i det. Når resultater fra studien publiseres i tidsskrifter kan ingen opplysninger føres tilbake til deg.

Hva skjer med datamaterialet?

Det aktuelle prosjektet avsluttes til 31.12.2017, men det kan være aktuelt å bruke opptaket til flere studier av kommunikasjon mellom pasienter og radiografer. Vi vil derfor be om ditt samtykke til lagring til og med 31. desember 2025, men du kan også velge kun å samtykke til lagring til og med 31. desember 2017. Dersom slike tilleggs-studier settes i gang, vil du bli kontaktet spesielt om dette. Det vil også bli søkt om tillatelse til slike tilleggs-studier hos aktuelle kontrollorgan for forskning.

Følgende person er ansvarlig for databehandling i prosjektet og kontaktperson:

Mastergrads student Sophie Birkelund, Høgskolen i Sørøst Norge,
mobil: 99504469

Navn og kontaktopplysninger på annen kontaktperson:

Stipendiat/radiograf Linda Hafskjold, Høgskolen i Sørøst-Norge,
mobil: 950 54 845

Erklæring om samtykke

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet «Kommunikasjon med eldre med behov for helsetjenester»

☐ Jeg gir samtykke til at opplysninger om meg, inkludert videoopptak lagres ved Høgskolen i Sørøst-Norge til bruk i forskning på kommunikasjon mellom radiografer og pasienter til og med 31.12.2025

☐ Jeg gir kun samtykke til at opplysninger om meg, inkludert videoopptak, lagres ved Høgskolen i Sørøst-Norge til bruk for dette prosjektet, det vi si til og med 31.12.2017

Sted/dato

Navn med blokkbokstaver på pasient

Underskrift pasient

Jeg har gitt muntlig informasjon om forskningsprosjektet til pasienten/pårørende

Underskrift radiograf/prosjektmedarbeider

Vedlegg 4: Intervjuguide

Innledning til intervju:

Som åpningsspørsmål ble informantene spurt om å fortelle hva som for dem kjennetegner god kommunikasjon. Forskeren var ikke til stede under video opptaket og gikk derfor gjennom det i forkant av intervjuet, sammen med radiografen. Alle radiografene gjennomførte to CT-undersøkelser og fikk i oppgave å plukke ut den undersøkelsen de selv mente illustrerte best god kommunikasjon med pasienten. Etter felles gjennomgåelse av opptaket fortsatte intervjuet med prober spørsmål rundt temaene som dykket opp. Etter tilbakemelding fra masterseminarene og erfaringer fra de første intervjuene, ble det naturlig å legge til spørsmålet om hva som ikke er god kommunikasjon, for å gi rom for poengtering. Dette ble tatt inn etter det fire første intervjuene.

Spørsmål til intervjuet:

Før videoopptak

1. Hva kjennetegner god kommunikasjon generelt? Det generelle ved god kommunikasjon, din forståelse av hva gode kommunikasjoner, ut fra refleksjonsnotater
 - a) Kan god kommunikasjon fluktuere/ forandre seg?
 - b) I hvor stor grad synes du at god kommunikasjon er viktig for den jobben du gjør?
 - c) Er det spesielle grep du gjør for å ha god kommunikasjon med eldre eller er dette uavhengig av alder?

Etter å ha sett videoopptak

2. Hvilke elementer av god kommunikasjon inkluderte du her? Det spesifikke når man ser på videoopptak?
 - a) Hvilken plass har kommunikasjon i den undersøkelsen?
 - b) Hvilken plass har informasjon i god kommunikasjon?
 - c) Fluktuerer god kommunikasjon?
3. Hva er bestemmende for å oppnå god kommunikasjon?

- a) Hva betyr de rammene dere har på avdelingen i forhold til god kommunikasjon?
 - b) Hva er viktigst å vektlegge for å oppnå god kommunikasjon?
 - c) Har du noe mer du ønsker å tilføye?
4. Hva er det som ikke er god kommunikasjon?
- a) Hva er det som ikke blir riktig kommunikasjon?

Vedlegg 5: Deler av et intervju

I: Intervjuer

R: Respondent

I: Men hvis vi snakker litt generelt, ikke sant, om det første temaet. Hva som kjennetegner god kommunikasjon for deg.

R3: Mhm.

I: Som radiograf i møte med den eldre pasienten.

R3: Jeg syns det er viktig å få øyekontakt og hilse og sånn med en gang, da, når vi tar pasienten inn. Jeg liker å ta de i hånda og introdusere meg og ... Liksom, få de til å (ler) føle seg velkommen i hvert fall.

I: Mhm. Ja.

R3: Se an litt hvordan personen er. Noen vil jo ikke snakke så mye. Andre er veldig utadvendte, så Ja, prøve å... Prøve å lese pasienten litt. Egentlig.

I: Mhm. De kjennetegnene på god kommunikasjon ... Er det ... Syns du at det fluktuerer for deg. God kommunikasjon? Fluktuerer det, forandrer det seg, eller er det noe som alltid er der?

R3: På en Det forandrer seg vel etter ... Det er jo, noen snakker jeg jo mer med, enn andre. Jeg føler ofte at ... Det er noen som jeg liker å bare være ... At du bare sier det som er nødvendig måte. Spørre om ... På CT så er det jo kontraindikasjoner (?) og sånt, og så har du kanskje en pasient som er veldig stille. Som ikke trenger å snakke så mye, da... Så det ... Det er jo veldig forskjellig fra pasient til pasient, syns jeg ...

Vedlegg 6: Litteratursøk

Bakgrunn: På bakgrunn av temaet har jeg prøvd å besvare følgende spørsmål for å kunne sette opp PICO skjema

Hva jeg ønsker å vite: kjennetegner for god kommunikasjon

Hvem ønsker jeg å vite noe om: samspillet mellom radiografer og eldre pasienter

Undersøkellesmetode: videoopptak og intervju

Hensikt med undersøkelsen: Forbedring av utdanning for radiografer innenfor kommunikasjon med eldre personer

	P	I	C	O
	<ul style="list-style-type: none"> • Radiographer • Radiologic technologist 	Communication		<ul style="list-style-type: none"> • Assessment • outcome
Cinahl	4,652	99,285		702,213
Medline	703	220,949		1,299,074
Pubmed	978	576102		2146914
	(A)	(B)		(C)

	Cinahl	Medline	PubMed
(A) AND (B) AND (C)	21	5	12
Relevante treff	3	1	0

Studien har ikke vært opptatt av verken assessment eller outcome. Derfor ser vi bort fra denne kolonnen.

Etter litteratur gjennomgangen er det spesielt fire artikler som la grunnlag for valg av tema og foreløpig problemstilling og også kunne belyse det jeg vil undersøke.

- Booth, L. A., & Manning, D. J. (2006). Observations of radiographer communication: An exploratory study using Transactional Analysis. *Radiography*, 12(4), 276-282. doi: 10.1016/j.radi.2005.09.005
- Booth, L. (2008). The radiographer-patient relationship: Enhancing understanding using a transactional analysis approach. *Radiography*, 14(4), 323-331. doi: 10.1016/j.radi.2007.07.002
- Hellman, E., & Lindgren, M. (2014). Radiographers' Perceptions of Patients Care Needs During a Computed Tomography Examination. *Journal of Radiology Nursing*, 33(4), 206-213. doi: 10.1016/j.jradnu.2014.07.003
- Lang, E. V. (2012). A Better Patient Experience Through Better Communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), 114-119 116p. doi: 10.1016/j.jradnu.2012.08.001

I tillegg til database søk ble det gjennomgått relevante litteratursøk i base innhentet i COMHOME prosjektet fra studie protokollen Hafskjold et al. (2015). Ett tittel søk på god kommunikasjon i Medline ble gjennomført via ekstern hjelp og utledet til blant annet disse artiklene:

- Markides, M. (2011). The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, S123-S125. doi: 10.1097/MPH.0b013e318230e1e5
- Lawn, S., Delany, T., Sweet, L., Battersby, M., & Skinner, T. (2015). Barriers and enablers to good communication and information-sharing practices in care planning for chronic condition management. *Australian Journal of Primary Health*, 21(1), 84-89. doi: <https://doi.org/10.1071/PY13087>
- Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., & McCabe, R. (2011). Good communication in psychiatry – a conceptual review. *European Psychiatry*, 26(7), 403-407. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.07.010

Vedlegg 7: Oversikt over radiografenes beskrivelse av nøkkelbegreper

Empati: analyseenheter knyttet til begrepet empati kategorisert etter definisjonsdeler og kondensert betydning

Definisjonsdeler:	sette seg inn i (oppfatte) den andres situasjon, som om en var den andre	kommunisere tilbake denne forståelsen verbalt, nonverbalt eller gjennom handling uten å dømme, samtidig stå utenfor
R3	<ul style="list-style-type: none"> CT er i hvert fall en av de som man... Bruker litt tid, da, og man gjerne trenger å roe ned pasienten og sånn. ...Du må, på en måte, sette deg litt inn i... I pasienten, da. Vite at du ikke gjør noe som du ikke skal gjøre... (Ta del i pasientens opplevelsen) 	<ul style="list-style-type: none"> ... Så da synes jeg det er greit å bare ... La det gå raskt. Uten at de skal føle at du stresser, da. Det er forskjell på å være stille og å være nervøs stille. For hun var ikke nervøs, sånn sett. Hun hadde gjort det her flere ganger før, og... (ler) Hun visste på en måte hva hun gikk til, da. Hvis hun hadde vært veldig nervøs, så hadde jeg nok prøvd å... Si noe mer for å roe henne, eller for at hun skulle føle seg trygg, Da (empatisk forståelse gjennom handling).
R5	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
R6	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
R7	<ul style="list-style-type: none"> hvis jeg hadde vært pasient selv så tenker jeg... jeg er litt empatisk der, da. Og tenker rollebytte, da. Og da hadde jeg likt det veldig hvis noen fortalte meg litt hva som skjer (som om en var den andre) jeg har full forståelse og respekt for det at det hadde ikke vært moro. Man er her fordi at man må, og man må bli ferdig med det her og få lov til å gå Hvis jeg hadde vært pasient og stått i den pasientens situasjon, da, så ... Fordi ... Helse ... Man er redd. Man er engstelig. For til og med små ting og. Og da, når man er det i utgangspunktet, og gruer seg litt (sette seg inn i den andre) 	
R8	<ul style="list-style-type: none"> Men si da, at jeg kanskje har noen som er like gamle som meg, da ... Ja, kanskje man prater om felles ting, da. Eller om det er en fyr som kommer og er veldig sånn køddete, ja men da koder jeg tilbake med ham. Eller en dame som er kjemperedd, og hun har vært på MR og sånn og har klaustrofobi og ... Da tar jeg det veldig rolig og.. Så da prøvde jeg også å gi den der gjenkjennelsen Altså, han hadde hatt en grusom opplevelse, og jeg ville vise at jeg følte med ham. At jeg kan tenke meg at det virkelig er grusomt 	
R1	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
R2	Jeg prøver også møte pasienter på en måte som jeg vil bli møtt sjøl. Jeg synes det er viktig å, liksom, være litt menneskelig, da. Og snakke med dem som om de skulle vært mennesker, ikke som om de skulle vært pasienter (ta utgangspunkt i se selv)	
R9		Hvis jeg er hos en jeg ikke kjenner, vil jeg føle meg tryggere hvis noen ta hånda sin på meg (handling med kroppsspråk).
Kondensert betydning	å fange opp og ta del i pasientens opplevelse	Formidle sin forståelse gjennom handling

Omsorg: analyseenheter knyttet til begrepet omsorg kategorisert etter definisjonsdeler og kondensert betydning

R3	<ul style="list-style-type: none"> Ta dem i hånda og ... Spørre og ... Ja. Være behjelpelig med klær og sånne ting, da. Spørre litt hva de ... Om jeg skal hjelpe dem med noe, for eksempel jeg prøver jo alltid å la pasienten få tid til å, liksom ... Ja. At de ikke skal føle at de blir kasta opp på bordet, da. Og kasta ut igjen. For det syns jeg ... At du skal, liksom, ha tid til å... Hilse og forklare undersøkelsen og Jeg føler liksom egentlig sånn uansett alder, jeg, at man skal være hyggelig og imøtekommende. Men ... Kanskje. Ja. Kanskje eldre trenger litt mer tid ... Det gjør de jo ofte ... 	<ul style="list-style-type: none"> Kanskje hvis du, ja, legger en hånd på ryggen for å hjelpe dem opp fra benken igjen, da. At du liksom, ja, klapper dem litt på ryggen, og gir dem en liten dytt. (ler) Og sånn ... Det er jo kommunikasjon, det og, for så vidt. Hun visste på en måte hva hun gikk til, da. Hvis hun hadde vært veldig nervøs, så hadde jeg nok prøvd å... Si noe mer for å roe henne, eller for at hun skulle føle seg trygg, da.
R5	<ul style="list-style-type: none"> Men klarer du å la være, og så sier du at ja du veit at det er sånn, at man skal passe på det ... Og så kan man gi en bekreftelse på at man faktisk har vært borti det før, og veit hva man holder på med. Så gir det en trygghetsfølelse og så ... Ja, at du har fortalt pasienten at du vet hva du holder på med, sånn at pasienten tenker, "ja, den armen er vond, men han er forsiktig med den. Han veit om det." At du ikke bare overhører det, da. Det er den innstillingen om at man har lyst til å gjøre en god undersøkelse, og lyst til å hjelpe pasienten 	<ul style="list-style-type: none"> ... Og da hjelper den informasjonsbiten ganske mye på å berolige pasienten, da. ... når pasienten på en måte virker... Eller gir inntrykk av at hun kanskje er litt granne engstelig, at jeg prøver å gjøre et forsøk på å berolige henne med å prate med henne. Fortelle steg for steg hva jeg gjør, og så ... Så begynner hun å fortelle litt om sin sykehistorie. Og at det på en måte kanskje hjelper litt med at hun roer seg litt ned, da. Og det ville jeg kalt en kommunikasjon. Men det kan hjelpe på at pasienten roer seg ned og veit hva som kommer til å skje. jeg, av natur, er jo ganske rolig, da. Og jeg prøver å gjenspeile det til pasienten, sånn at pasienten også roer seg ned. Og jeg har fått bekrefta det mange ganger, at når jeg er rolig så hjelper det pasienten
R6	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
R7	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
R8	<ul style="list-style-type: none"> Men jeg prøver samtidig å være ... Altså, som vi kom inn på, hvis jeg ser at en pasient har klaustrofobi, da, at man hele tiden prøver å lytte til ... Og noen ønsker kanskje, "jeg vil ha ... Jeg har så vondt i ryggen". "Vil du ha noe under?". Eller "å, jeg kan ikke ta av meg klærne", "ja, men vi skal hjelpe deg", altså, man er jo på tilbudssiden sånn sett, da Og så kan det være det med at eldre kanskje trenger litt mer hjelp, altså "trenger du hjelp med noe så må du bare si fra", liksom. Og noen vil ha veldig mye hjelp, og noen vil ikke ha hjelp i det hele tatt. 	
R9	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
R1	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
R2	<ul style="list-style-type: none"> De er et menneske jeg skal hjelpe med noe. Det synes jeg er viktig. Å ikke være så forferdelig opphengt i at du er pasient, du er syk, du er her for å få ... Jeg blåser i det! Du må bare møte dem som et menneske. At du ikke er nedlatende. At du viser at du ser behovet deres. Mhm. Hører på hva de sier. Prøver å tilpasse deg. Kommunikasjon går jo begge veier. Det er jo ikke bare jeg som skal kommunisere med pasienten. Pasienten skal kommunisere med meg. Så da må du gjøre det lett for pasienten å gjøre det. 	<ul style="list-style-type: none"> Men det var mer det at hun skulle føle seg trygg på at vi visste hva vi gjorde. Og at hun egentlig bare kunne ligge der og la ting skje, fordi at vi ... Vi fikser det, liksom. (I: Før du gikk ut første gang så tok du på henne, du hadde hånda på henne). Det er en slags måte å vise omsorg på, kanskje.
R9	Ikke funnet i intervju	Ikke funnet i intervju
Kondensert betydning	Være på tilbudssiden	Vise omtanke og berolige pasienten

Kommunikativ kongruens: analyseenheter knyttet til begrepet kommunikativ kongruens kategorisert etter definisjonsdeler og kondensert betydning

Definisjonsdeler:	overenstemmelse mellom verbal og nonverbale kommunikasjon
R3	<ul style="list-style-type: none"> • "det kommer til å gå bra", og kanskje ... Jeg er mer sånn at jeg kanskje kan stryke litt på armen og sånn, da".
R5	<ul style="list-style-type: none"> • At pasienten ser at du prater til pasienten og ikke noen andre. • Nå ser jeg at den pasienten er litt sånn småengstelig". "Litt på kroppsspråket hennes og hva hun sier for noe da. Og det kommer man jo fram til ved hjelp av at man snakker med pasienten ..." • Det setter jo litt press på meg igjen, da. Men jeg prøver jo liksom ikke å vise det, da. Ja, vi prøver jo å opprettholde det, men det er ikke alltid vi klarer å strekke til, på grunn av tidspresset • En god dialog gir meg en god kommunikasjon, og kroppsspråket mitt i tillegg ... Det hele utgjør en god kommunikasjon, da. Ser på pasienten. Snakker til pasienten. Følger med om pasienten hører på meg. Stiller spørsmål som kan bekrefte det. • ... hvis du går inn og ut laben hele tiden, og vet ikke helt hva du skal, så blir jo pasienten litt sånn der, "ja, hva skjer nå, liksom?". "Vet han hva han holder på med?". Men det er jo... Noen pasienter som kan stille seg det spørsmålet. Men jeg føler sjøl at jeg ikke er på det nivået, da. Jeg leser jo henvisninga før jeg tar inn pasienten. Jeg veit hva jeg har med å gjøre, når det gjelder hva vi skal ha. • Man kan ha en dialog på telefonen og. Men hvor god kommunikasjon man får da er ikke så lett å vite når du ikke ser pasienten • når jeg snakker til pasienten så er blikkontakten for å se for det første om pasienten er med meg for å oppfatte hvordan pasienten er da ... Og hvis du heller vil ha fokus på deg så er det jo å holde deres blikkontakt så pasienten slipper å tenke på alt andre utsyr jeg skal bruke.
R6	Ikke funnet i intervju
R7	<ul style="list-style-type: none"> • Det er jo hektisk hverdag. Det er det jo. Men man klarer å svitsje, hvert fall når man tenker at nå er det hektisk, nå har jeg mye å gjøre. Men det skal ikke gå utover pasienten". (lar seg ikke påvirke av tidspresset/hektiske hverdag, pasientens beste)
R8	<ul style="list-style-type: none"> • Selv om pasienten sier noe, så må man ha litt øyekontakt også. Altså, en pasient kan si, «ja, ja, ja,» og så kanskje man ikke skjønner ... Hvis jeg ikke ser i øynene er det ikke sikkert jeg skjønner om de virkelig mener «ja») • jeg ser at han skjønner det jeg sier, da er det jo god kommunikasjon. • Jeg synes at hvis jeg sier det, og jeg får ... Altså, at pasienten merker tilbake at jeg har sagt det ... ja, det blir god kommunikasjon
R1	Ikke funnet i intervju
R2	<ul style="list-style-type: none"> • Å snakke til dem på en respektfull måte. At du ikke er nedlatende. At du viser at du ser behovet deres. Mhm. Hører på hva de sier. Prøver å tilpasse deg.
R9	Ikke funnet i intervju
Kondensert betydning	samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon

Vedlegg 8: NSD godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Linda Hafskjold
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud
PO Box 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 27.11.2013

Vår ref: 36017 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36017	<i>Kommunikasjon med eldre delstudie 2. Kommunikasjon i hjemmesykepleien</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Linda Hafskjold</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Andelingskontoret / District Offices:

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 3055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@iuh.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kym@swinabst.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.no

Vedlegg 9: Godkjenning av masterprosjektet i Vestre Viken



Vestre Viken HF

HELSE + SØR-ØS

Registreringsskjema for masterprosjekter i Vestre Viken HF

Prosjekt nr. M-			
1. Prosjektinnhold (maks. 100 tegn) Kommunikasjon med eldre ved CT undersøkelse			
2a. Prosjektperiode (fra rekrutering til og med tidspunkt for slutt av data som kan spores tilbake til deltagere)		Fra dato; August 2016 Til dato;	
2b. Hvem er forskningsdeltagerne/ informantene i prosjektet? (sett kryss)		Pasienter: X	Pleietende: X
		Ansatte: X	
3. Mastergradskandidat			
Navn: Sophie E. Birkeland		Fødselsdato: 15.06.1972	
Stilling/ tittel: Stråleterapeut		Ansettelsessted: Radiumhospitalet	
Telefon: 99504469		E-post: mayes72@yahoo.com	
Utdanningsinstitusjon: HSN (Høgskolen i Sørøst-Norge)		Navn på studium: Master i klinisk helsearbeid	
4. Prosjektleder/veileder (Prosjektleder skal fortsette være samme person som veileder)			
Navn: Hilde Eide/ Linda Hafskjold		Ansettelsessted: Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN)	
Stilling og akademisk grad: Professor/ Mastergrad (PhD kandidat)			
Telefon: Hilde Eide: 48243096 Linda Hafskjold: 95054845		E-post: hilde.eide@hbr.no linda.hafskjold@hbr.no	
5a. Hvilken institusjon skal være forskningsansvarlig og databehandlingsansvarlig for prosjektet? (Dersom studenten er ansatt i Vestre Viken bør det være VV-HF) (sett kryss)		VV-HF	Utdanningsinstitusjon Høgskolen i Sørøst-Norge
		X	
5b. Dersom VVHF skal være forskningsansvarlig institusjon forventes det at student og prosjektleder/veileder har gjort seg kjent med Vestre Vikens "Prosedyre for utøvelse, behandling, bruk og lagring av pasientdata til bruk i forskningsprosjekter/kvalitetsstudier"		Har gjort seg kjent NA	
6. Hva er avtalt vedr. bruk av data, og evt. publisering, dersom masterstudenten vil slutte før prosjektperiodens slutt?		Dataene inngår i en større studie. Det vil etterstrebes at data analyseres slik det er planlagt av andre forskere tilknyttet gruppen om nødvendig.	
7. Hva er avtalt oppbevaringsstid av prosjektdataene?		Videofilmer vil bli lagret i henhold til samtykke gitt av deltagere. Aidentifiserte data vil bli lagret til prosjektet er fullført.	
8. Hva er avtalt vedr. medforfatterskap på eventuell artikkel som kommer ut av studien? (Dersom det skal publiseres i referensbedømte tidsskrift skal Vancouver-reglene om medforfatterskap følges)		Det er avtalt at kontaktperson Tina Helen Berner Halvorsen (Kvalitetskontakt Avdeling for billediagnostikk Klinikk for medisinsk diagnostikk) vil bli inkludert som medforfatter dersom hun ønsker og kan dette ved aktuelt tidspunkt.	

Vedlegg 10: Tilråding



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Linda Hafskjold / phd kandiadt og
høgskolelektor
Høgskolen i Sørøst-Norge

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo
universitetssykehus

Saksbehandler:

Dato: 11.08.16

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til
innsamling og databehandling av
personopplysninger

Saksnummer/
ePhortenummer:

2016/12250

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av
personopplysninger for prosjektet:

«Radiografers forståelse av god kommunikasjon i møte med hjemmeboende eldre pasienter»

Formålet med forskningsprosjektet er å identifisere helsepersonells kompetanse i personorientert og empatisk kommunikasjon med eldre i hjemmesykepleien, ved radiologisk undersøkelse (CT) og ved undersøkelse hos optiker. Vi ønsker å bruke den kunnskapen som kommer fra denne studien slik at bachelorstudenter i sykepleie, radiografi og optometri, helsefagarbeidere og sykepleiere i hjemmesykepleien, radiografer og optikere kan få undervisning om hva som er god kommunikasjon i møte med eldre brukere.

Vi viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-12, jf. helseregisterloven § 5, har Datatilsynet ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Høgskolen i Sørøst-Norge.
2. Avdelingsleder eller klinikkleder ved VVHF har godkjent studien.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert. Innmeldte samtykke benyttes.
6. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
8. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 31.12.2017 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlige tilgjengelige database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med hilsen

Tor Åsmund Martinsen
Personvernrådgiver

Oslo universitetssykehus HF
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

