**Oliver**:

Vi regner med, at det vil tage cirka 40 minutter plus minus alt afhængig af, hvor meget vi får fyldt ud, og om der er flere opfølgende spørgsmål og sådan nogle ting. I bund og grund er det bare, at vi godt vil høre om dit arbejde, og hvordan du kommunikerer med patienter. Til at starte med vil vi godt høre lidt om dig selv, så hvis du kan fortælle om, hvem du er, og hvad der fik dig til at blive radiograf?

**Arthur**:

Jamen, jeg hedder Arthur, jeg er 32. En gang, da jeg var 24 eller 23, så vidste jeg ikke helt, hvad jeg ville, eller hvad jeg skulle arbejde med, men jeg har altid haft sådan lyst til at arbejde med mennesker. Jeg skulle ikke sidde på et kontor. Det var ikke mig. Jeg skulle ud og snakke med patienter og gamle mennesker, og bare have sådan en kombination, men samtidig så gad jeg heller ikke være sygeplejerske heller. Jeg skulle have noget teknologisk, jeg skulle have noget med nogle computere at gøre med. Jeg var til åbent hus, og så så jeg den her uddannelse, og så tænkte jeg, tja, det kunne godt være mig i fremtiden. Og så prøvede jeg det, og så ved jeg ikke… kender du det, når du ligesom finder dit hul i samfundet? Det passede bare til, hvem jeg er som person, det teknologiske med scanningerne er meget spændende, men samtidigt har hver patient ligesom sin historie.

Man skulle tro, det er ensartet arbejde, men hver patient er så anderledes, at det ikke er ensartet. Nogle er sure, nogle er glade, nogle er bare normale, så det er jo det, der fik mig til at tænke, okay, det er det her, jeg laver. Så er det jo ligesom alle andre typer af arbejde. Der er udfordringer ved at være radiograf, og så er der også nogle gode oplevelser.

**Oliver**:

Selvfølgelig. Hvor lang tid har du været radiograf?

**Arthur**:

I 6 år har jeg været radiograf

**Oliver**:

Hvad er dit arbejdsområde?

**Arthur**:

Jeg er det, der hedder MR-superbruger, så jeg arbejder primært i MR-scanneren, men jeg bliver også udlånt til andre steder, hvis der er behov for det. Man er jo uddannet i det hele, men jeg har et specialområde i MR.

**Oliver**:

Kan du prøve at beskrive, hvordan en typisk arbejdsdag ser ud for dig?

**Arthur**:

Vi mødes kl. 7.30 til morgenmødet, en slags debriefing fra cheferne, og så går vi to og to hver i vores rum, som vi er sat til den dag. Det kan alm. røntgen eller MR-scanneren. Og så starter man som regel med en kop kaffe, før dagens produktion starter. Første patient er booket ind fra 7.45 og så kører det i hvert fald til kl. 15. Så tager jeg hjem og glemmer alt om det.

**Oliver**

Hvordan foregår en typisk undersøgelse, når du skal samarbejde med en patient?

**Arthur**:

Hvis jeg er nede i MR-scanneren, så kræver det lidt mere kontakt og lidt mere kommunikation, da en MR-scanning ikke er en alm. røntgenundersøgelse. Det kan godt være lidt ”scary” og lidt ubehageligt for patienter at komme ind i sådan et rør. Det larmer og når man aldrig har været i sådan en, så ved man ikke hvad det går ud på. Så det handler om, at vi hurtigt danner kontakt med patienten og møder patienten, hvor de er. Nogle de siger, at jeg skal bare have det overstået, og nogle siger, at jeg har prøvet det før, og nogle de siger, at jeg er bange, og hvor skal jeg ligge? Ej, skal jeg helt derind? Men man møder patienten, hvor de er. Du har ikke særlig lang tid til det heller, du har måske fem minutter til at ”connecte” med patienten, så de stoler på dig, at de ved, hvad du laver. De har også en alarm bold osv.

I alm. røntgen er det lidt med at du kommer ind, du stille dig, ”klik klik” (trykke på knappen), har taget billederne og ”du får svaret af lægen”. Men her skal man også kommunikere med patienten, så du får nogle ordentlige billeder, så patienten ved hvorfor du for eksempel skal have armen til at strå skråt til det her billede. ”Jamen Jens, vi skal lige komme godt ind i ledet ordentligt osv.”, så kommunikationen fylder en del, og hvis man har dårlig kommunikation, så får man dårlig undersøgelse, og så får patienten dårlig behandling, dårlig udredning, og det tager længere tid. Så det er meget vigtigt med en god kontakt og kommunikation fra starten af.

**Oliver**:

Hvor mange patienter møder du i løbet af en typisk arbejdsdag?

**Arthur**:

I MR kan jeg have mellem 8 og 10, og det er fordi MR-scanningerne er tager som regel mellem 40-45 minutter, men i alm. røntgen kan jeg sagtens have 30 - 35 patienter igennem på en dag.

**Oliver:**

Så lige for at forstå, når du har en arbejdsdag, er den så kun dedikeret til MR eller andet også?

**Arthur**:

Ja, jeg møder morgenen og så finder jeg ud af hvilket rum jeg er sat til den dag, og så fordeler vi os ud. Så er der nogen på første sal og nogen på 2. og nogen nede i vores akutte afdeling. I dag sidder jeg på MR-scanningerne på 1. sal, så i dag har jeg 12 patienter.

**Simon:**

Kan du mærke forskellen, når du går fra alm. røntgen til MR, når det kommer til kommunikation? Er der nogen ting, du indstiller mht. kommunikationen?

**Arthur:**

Man indstiller sig så på, at de fleste mennesker ved, hvad et røntgenbillede er, men det er ikke alle, der har prøvet MR. Det er noget meget mere teknisk, og rummet ser lidt mere scary ud. Patienterne bliver udspurgt om de har metal eller har pacemaker i kroppen. Det er en mere dybdegående kontakt man har, fordi hvis jeg for eksempel har en patient fra Bosnien, så kan jeg finde på at spørge ”er du måske blevet skudt engang i krigen?” Man skal tænke lidt mere, hvor modsat i røntgen der vurderer jeg – ”kan patienten stå eller ikke stå?” I MR, der er mange ting, man skal tænke over. Har du arbejdet med svejsning? har du klaustrofobi? Har du metal indopereret? De skal måske have noget kontrast indsprøjtet og patienterne bliver ligesom ”hvorfor skal jeg det? er det fordi, der er noget i vejen?”, hvor jeg så svar ”nej, nej, det er bare så lægerne kan se forskel”

Det er en lidt mere dybdegående kontakt, hvor man også bruger kontakten til at berolige patienten fremfor at det ”kun” er for at lave en god undersøgelse.

**Oliver**:

Hvad ville fagligt være en god undersøgelse for dig?

**Arthur:**

Altså en god undersøgelse for mig er hvor jeg og patienten ”møder” hinanden i samme øjenhøjde. Vi møder patienten, der hvor de er og de føler sig trygge ved det. De går igennem undersøgelsen, de ligger stille, vi får nogle gode billeder og patienten føler, at hvis de var bange til at starte med, og efter vi har snakket sammen, og efter undersøgelsen, hvis de så siger til mig, at det var ikke så slemt, så ved jeg okay, han bliver ikke nervøs næste gang. Så var det en god undersøgelse og en god oplevelse for patienten, hvilket også gør det til en nem undersøgelse for mig.

**Oliver**:

Hvordan vil du så beskrive, hvad god patientkommunikation er for dig og de her ting med, at I føler, at patienten har været glad for at opleve sådan…

**Arthur**:

Tillid…

**Oliver**:

Ja tillid!

**Arthur**:

Ja, altså tillid til, at patienten har tillid til en. Jeg har jo ikke patientkontakt som en sygeplejerske, hun kan have en patient i to uger, hvor hun opbygger den her tillid. Jeg har 40 minutter til én undersøgelse, så jeg skal ret hurtigt lave den kontakt og den tillid, så patienten føler sig rolig og føler sig tryg i MR-skanneren. Det er også det med, at jeg heller ikke kan bruge en time på patienten for næste patient venter, så er tiden kan være sådan en stor stressfaktor. Fordi vi ikke har så lang tid, så kan man ikke altid ”connecte” med patienten og nogle andre gange, så sender man patienten ind (i scanneren) uden, at patienten måske er helt med i hvad skal der ske, fordi man er så tidspresset, og det kan godt give sådan en lidt dårlig kontakt.

**Oliver:**

Hvilke områder er svære at håndtere, hvis der opstår kommunikationsvanskeligheder mellem dig og patienten?

**Arthur**:

Altså, det kan være sådan for eksempel: Hvis patienten hverken taler dansk, engelsk, somalisk, eller arabisk og de har ikke har tolk med - så spørger jeg patienten: har du pacemaker, så kigger han på mig og siger, ja! Har du metal i maven indopereret? Ja! Og jeg står sådan lidt… okay… så skal jeg lige slå patientens journal op og så kan jeg konstatere: Du har ikke noget indopereret, der er ikke noget været et operationsnotat eller andet i sundhedsplatformen.

Det er jo fordi patienten ikke forstår, hvad jeg spørger om. Det nytter ikke noget jeg spørger: har du pacemaker med hvis patienten ikke ved, hvad en pacemaker er på dansk.

Nogle gange har jeg aflyst undersøgelser, så de kan få en tolk, fordi det er jo en sikkerhedsting. Jeg kan ikke tage dig ind hvis du ikke 100% ved, hvad om du har indopereret metal i kroppen. Hvis patienten er 80 og kommer fra Irak, og der har været krig og alt muligt. Jeg ved ikke, hvad de kan have indopereret eller fået sat ind i kroppen.

Så bruger man tid på at søge og slå op, og nogle gange er det en patient, der skal kræftudredes og han har ventet på MR-skanning i en måned, og så skal jeg sige til ham, fordi vi ikke forstår hinanden (sprogligt): ”min ven, jeg skal aflyse” og så står de der helt sådan: ”hvad mener du? Jeg har ventet, jeg ved ikke, om jeg har kræft eller ej!” og så står jeg der. Den henvisende læge skulle jeg have sagt, at den her patient har sproglige vanskeligheder! Han skal have tolk med, så kunne vi have fanget det fra starten af.

Hvis der er nogen, der ikke gør deres arbejde ordentligt et andet sted, så står patienten pludselig hos mig pludseligt, hvor jeg så skal sige sorry… så bliver de kede af det, måske er de pårørende med, og så bliver de uforstående. Man havner ud i nogle vanskelige situationer, og så bliver man nødt til at sige: ”rent sikkerhedsmæssigt, så ved jeg ikke hvad du har, og derfor bliver jeg nødt til at aflyse, men du får hurtigst muligt en ny tid, og jeg går ind til sekretæren” og de vil gerne have hurtigst mulig tid igen.

Hvis de ikke kan dansk, så er det meget svært i MR. I røntgen kan det godt gå, fordi så kan jeg bare med håndsprog bare sige: hånden her – de lægger hånden der, og så trykker jeg på knappen. Jeg kan godt ligesom kringle mig ud af den, men med MR er det lidt svært på grund af sikkerhedsforanstaltningerne der er.

**Oliver**:

Kan du uddybe lidt mere, når du siger, at du bruger håndsprog? Hvilke midler tager du i brug, hvis der er en patient, du ikke kan kommunikere med. Her siger du håndsprog. Er det noget visuel, gestikulerende, eller noget lignende?

**Arthur**:

Vi har ikke noget visuelt, vi har kun vores kroppe og så kan jeg sige ”hånd” eller ”hand” og nogle gange tager jeg fat og bare lægger den der på pladen, og så de kigger, og man kan se på dem, at de ikke ved, hvad der sker.

Så indstiller jeg apparaturet, kigger på dem, smiler, og de er bare helt blanke. Vi har kun håndsproget hvis man kan lidt af det sprog, de snakker.

**Simon**:

Når du nu nævner ordet ”pacemaker” og sådan noget der, som der er meget svært at fordanske eller oversætte til andre sprog. Er det sådan nogen latinske betegnelser, der er supersvære at viderekommunikere?

**Arthur:**

Nogle gange, men det kommer meget an på det sprog, du bruger, og sprog generelt. Hvis du bruger mange latinske betegnelser og fagsprog, det forvirrer patienten. Det er det der med at møde patienten hvor de er.

Så jeg kigger på patienten, og jeg kan se, at han er sådan ældre herre, der har fået et par bajer nede i den lokale og han snakker på en vis måde, og han siger ”fanden, hvad er det her for noget?” Så snakker jeg ligesom med ham og siger ”kom bare du Ole, du ligger dig bare her, ikke?” Jeg snakker patientens sprog. Hvis jeg møder for eksempel en ældre herre, der er andet etnisk baggrund end dansk, så kan jeg godt finde på at blive påvirket således, at så bliver mit dansk også gebrokken. Så snakker jeg ligesom dem, for det er nemmere for folk at kommunikere til en, og så forstår de det også bedre.

Men hvis jeg snakker mit normale jysk, og hvos ham den ældre herre ikke er dansk, så kan han godt blive lidt ”hvad siger du?” Nogle af mine kollegaer fra Fyn, deres accenter, det kan godt være lidt svært for patienter, der lige har kommet til landet.

**Simon**:

Det er også det du mener med at møde dem i øjenhøjde?

**Arthur**:

Ja, man skal møde dem der, hvor de snakker. Hvis de snakker gadesprog, så snakker jeg gadesprog. Hvis de snakker rigsdansk, så snakker jeg rigsdansk. De der ældre damer, der kommer ind og snakker som dronningen, så snakker jeg som dronningen ville gøre med dem. Det er et værktøj, vi har, at man kan ”snakke” med folk, så de forstår hvad man siger. Hvis jeg altid snakker helt normalt, så kan de godt være lidt forvirret.

**Simon:**

Så det med det latinske og medicinske betegnelser, det er ikke bare kun med udlændinge, men også med danskere?

**Arthur:**

Det er jo bare, hvordan du snakker. Vi er ret hurtige til at læse folks nonverbale kropssprog og hvilke typer af mennesker, der kommer ind, ret hurtigt. Nogle er bare helt normale. Hvis jeg møder dig, så ved jeg, at du er helt normalt. Men så er der nogle, der er specielle typer, hvis du forstår, hvad jeg mener. De siger tingene på en vis måde og de siger, hvad de mener, og de siger deres holdninger.

**Oliver:**

Du har nævnt de her sproglige kommunikationsudfordringer. Kan du også prøve at uddybe, om der er nogle kulturelle eller religiøse forskelle mellem dig og patienter, der har haft indflydelse på jeres kommunikation med hinanden?

**Arthur:**

Jeg forstår godt spørgsmålet. Men lige med mig, fordi jeg selv har en anden religion og en anden baggrund, selvom jeg er vokset op i Danmark, så er det sådan lidt med folk med anden eller muslims baggrund, som møder jeg dem normalt eller naturligt. Så kommer jeg ud til patienten og i stedet for at sige godmorgen eller hej, så siger jeg salam aleikum.

Så tænker patienten, du er muslim ligesom mig, så bliver helt rolige allerede. Så er det jo bare en fordel. Nogle gange er jeg selv blevet kaldt ned til patienter, som snakker et andet sprog end dansk, men så snakker jeg somalisk, og så kan jeg bare snakke til dem som snakkede jeg med min mor.

Jeg har ikke oplevet nogle udfordringer med folks religion, nok fordi jeg selv har anden religion end kristen, men jeg kan godt forestille mig, at nogle af mine kollegaer måske har nogle udfordringer med folk på grund af en religiøs baggrund eller kulturel forskel.

Hvis jeg har en muslimsk kvinde som skal til MR, så ved jeg at jeg skal huske at spørge hende om at tage den lille pinde af, som hun har i tørklædet, fordi den har min mor også. Det er sådan nogle ting, man ikke ved, hvis du ikke har været i den kultur.

**Oliver:**

Er der så nogle særlige patientgrupper, som du er mere opmærksom på i forhold til sandsynligheden for, at der kan opstå kommunikation vanskeligheder?

**Arthur:**

Patienter med klaustrofobi er meget svære at håndtere i MR-scanneren, fordi de skal spændes fast i scanneren. Så får de måske en hjelm over hovedet, når de bliver kørt ind i scannerområdet, og det kan være meget svært for nogle mennesker at gå igennem. For mig og dig og andre kan det føles normalt, men for nogle mennesker er det deres livs største udfordring at gennemføre.

Og så ændrer jeg jo min måde at kommunikere på. Jeg er lidt mere rolig, jeg forsikrer dig flere gange, at du kan komme ud når du har lyst, bare tryk på alarmbolden, så kommer du ud med det samme.

Og så er psykiatriske patienter. Det er en helt anden kommunikation, det er en meget metakommunikation. Jeg forklarer dem, hvad der sker, og spørger dem om de forstår, hvad der skal ske. Hvis de ikke føler, at det er dem, der er i kontrol - at det er dem, der bestemmer - så kan de godt være blive udadreagerende, og man ved ikke, hvordan de reagerer. De kan blive voldelige eller sure.

Jeg møder dem på en helt anden måde, og lidt ligesom hvis man stod med et barn – Man skal vælge den bedste måde at sige tingene på.

Så forsikrer jeg mig om at er du med, at det er dig der styrer det og at det er dig, som bestemmer. Jeg er her for dig og hvad skal jeg gøre?

Selvom det er mig, der er radiografen, så kan det med at give magten lidt til patienten gøre, at de føler, at de er i kontrol. Det er jo min scanning og mit ansvar, så det skal jo være en god undersøgelse således at lægerne, kan bruge scanningen til noget.

**Oliver:**

Hvor stor en del udgør klaustrofobiske og psykiatriske patienter?

**Arthur:**

En del. Vi har jo en psykiatrisk afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg, så vi har rigtig mange psykiatriske patienter. Nogle mennesker ved de har klaustrofobi. Andre finder først ud af det, når jeg kører dem ind.

Så spørger jeg dem, har du klaustrofobi? Nej. Så får de alt det der på, så kører jeg dem ind, og så begynder de at råbe og skrige, blive klamt svedende og få kvalme. Og så spørger jeg dem igen, fik du klaustrofobi? Nej, jeg har aldrig følt det her før. Og så er jeg sådan, du har nok klaustrofobi.

**Oliver:**

Når der er en kommunikationsbarriere med patienterne, er der så nogle faste løsninger eller værktøjer, som du tager i brug? hvilket både kan inkludere enten intern eller eksterne tolke, nogle apps eller andre værktøjer?

**Arthur:**

Vi har jo folk ansatte fra alle mulige steder i verden, så hvis der er en kollega, der kan det samme sprog som patienten, så er det nemmest at få kollegaerne til at tolke, fordi at de har trods alt har en forståelse fra hvad en MR-skanning eller hver en røntgenundersøgelse går ud på.

Nogle gange er der pårørende med og der kan være børn, der tolker for forældrene. Dem bruger vi også. Nogle gange kan patienten lidt dansk, lidt engelsk, og så blander man lige tingene, og så forstår de, hvad det er, jeg mener. Nogle gange bliver undersøgelsen også aflyst, hvis det er helt håbløst og så bestiller vi en tolk med Men man vil selvfølgelig helst gerne gennemføre undersøgelsen for patientens skyld, så de bliver udredt og viderebehandlet.

Men vi har ingen apps og sådan noget. Man kan jo godt bruge Google Oversæt osv., men personligt er det ikke så tit, at jeg bruger det. Med de fleste patienter, så kan man godt lige kringle sig igennem med lidt gebrokkent.

**Maja:**

Er der en grund, at du ikke bruger Google Oversæt?

**Arthur:**

Jeg ved det ikke. Måske er det mig, der er lidt old school. Det er lidt mærkeligt at stå med en telefon foran en patient. Havde det nu været sådan en iPad fra arbejdet af, så havde det ikke været lige så mærkeligt og måske også mere professionelt. Tænk hvis der kom en Instagram-besked.

**Simon:**

Kommer der lige en Tinder!

**Arthur:**

Så siger jeg til patienten, to sekunder skal lige svare!

**Alle:**

Griner.

**Arthur:**

Men hvis der var en telefon, man kun brugte til at oversætte med, der kunne alle fagtermerne og alle sprog. Det er også det med, at Google Translate ikke kan forstå fagtermer. Et andet problem er, hvis jeg siger noget på dansk. Jeg er ikke sikker på, at det, der så kommer op på urdu, arabisk eller afghansk, det er ikke altid... Man ved ikke, om man kan stole på det.

Vi har haft en periode med rigtig mange ukrainske patienter, og de kan ikke tale engelsk eller dansk. Og hvad skal man så gøre? De har heller ikke tolk med. Så nogle gange har jeg brugt det. Men jeg er ikke fan, for jeg ved ikke hvad der står. De fleste patienter, de siger jo også bare ja, fordi at de gerne vil have undersøgelsen. Så det er også signalværdien i, at man tager sin egen telefon frem. Det er ikke nødvendigvis behageligt eller føles professionelt.

Hvis de ikke helt forstår en, så bliver de nervøse og bange og tænker: Har i egentligt styr på hvad I laver? Man ved ikke hvad folk har af oplevelser fra andre lande, og hvordan deres kultur og måden at være på et hospital er. Det er jo forskelligt fra land til land. Hospitalskulturen skifter fra land til land. Hvordan folk arbejder, og hvordan man er osv. Så det er også... Det er svært. Men hvis der var sådan en app eller iPad, så ville det være genialt. Verden bliver også mere multikulturel

**Simon:**

Har du oplevet at patienter selv tager deres egne telefoner frem?

**Arthur:**

Det har jeg oplevet. Men hvis patienten selv gør det, så er der en grund til det. Så kan jeg ikke sige, pak den lige væk den der telefon. Det er sikkert også sådan, at de handler. Det er sådan, at de tager i kommunen. Det er den måde, patientens liv fungerer på. At de får det til at fungere ved at bruge den. Man kan også aflæse på deres ansigter, når jeg så indtaler ind i deres app på ukrainsk og så ser de det. Jeg spørger, har du pacemaker indopereret i dit hjerte? Så kommer det op på ukrainsk. Når de så læser det, så kan man se på deres ansigt ”No, no, no”. Så kan mærke, okay, du har forstået hvad jeg sagde!

**Oliver:**

Hvis der er sprogvanskeligheder, tager du så fat i en kollega, der måske kan oversætte? Eller måske en pårørende, der kan hjælpe? Og hvis det ikke virker, så finder man en ny tid med en tolk?

**Arthur:**

Det er i hvert fald de værktøjer, vi har her.

**Oliver:**

Så vi tager et lille sidespring til noget, der omhandler implementering af nye teknologier eller værktøjer eller metoder i røntgenafdelingen. Kan du beskrive hvilke stadier der er, når der skal implementere ny teknologi inden for dit arbejdsområde?

**Ahmed:**

Det kommer an på, hvad det er for en teknologi selvfølgelig. Er det noget, som gør radiografernes arbejde nemmere, så bliver det implementeret ret hurtigt! Er det noget, der giver værdi til afdeling? Er det noget, der giver værdi til patientbehandling eller patientkontakten? Jeg tror at den måde, de gør det på, det er ligesom den gamle PDSA (Plan, Do, Act, Study).

Så prøver man noget, så aflyser man det, så holder man nogle møder og kigger: er det noget, der fungerer for os? Og så bliver det ligesom stille og roligt implementeret i vores arbejdsgang og inden for vores retningslinjer.

Jeg ville ikke blive overrasket, hvis der om et par år var sådan en retningslinje, hvor der står, at hvis patienten ikke kan kommunikere på dansk eller engelsk, så skal man bruge dette dokument eller denne app, som ville være en godkendt oversættelsesapp. Hvis der bare fandtes sådan noget eller bare en database med sikkerhedsspørgsmål på alle sprog, hvor det er 100 % gennemgået af fagfolk også, så alle forstår dem. Patienterne forstår dem, Lægerne forstår dem, radiograferne forstår dem. Men det er der jo ikke rigtigt, og hver afdeling gør det lidt på deres egen måde.

Man skal kunne se mening i det, før man sådan virkelig engageret i hvad der bliver implementeret. Det skal give værdi til os og værdi til patienten også.

**Oliver:**

Hvad er det så? Har du så oplevet ting, som du ikke kan se mening i? Kan være presset på nogle tidspunkter, når man skal tilpasse sig og vænne sig til noget nyt?

**Arthur:**

Man er altid lidt presset, når man skal tilvænne sig noget nyt. Hvis jeg nu har gjort tingene på samme måde i 6 år og så kommer der pludseligt noget nyt, som jeg skal forholde mig til, så er det lidt svært. Vi mennesker jo er vane dyr. Så lige så snart at man har vænnet sig til noget, så bliver det ligesom bare en del af pakken. Ja. Men det er jo mig, det er ikke sikkert alle 175 radiografer på afdelinger har det på samme måde. Og så er det det med teknologi og deres forhold til teknologi. Nogle er bare teknologisk skarpere og hurtige til at vende sig til ting, og som samtidig er ret unge, og så er der de lidt ældre, der måske tænker, hvad fanden er det her for noget?

**Oliver:**

Hjælper du så dem, som der er måske lidt sværere?

**Arthur:**

Hvis de spørger?

**Oliver:**

Hvis de spørger, ja.

**Arthur:**

Hvis de spørger, så hjælper jeg. Men der er også noget der hedder fagligt stolthed, som de fleste har. Så de vil gerne selv prøve. Men hvis de spørger, så skal jeg nok give dem en hånd med det, hvis jeg kan finde ud af det selv.

**Oliver:**

Er der eksempler på noget teknologi eller nye værktøjer, som der bliver indført, men som I så ikke rigtig tager i brug eller bliver modtaget ordentligt?

**Arthur:**

For et halvandet år siden tror jeg, så fik vi sådan et AI-system, der aflæser vores knæbilleder. Bare i dag, så spurgte jeg min kollega, hvordan var det lige med det der? Patienten skal først have taget røntgen på 2. sal, og så er der et eller andet AI-system, der aflæser billedet og fortæller om patienten skal i MR-scanneren, eller om de bare skal hjem? Men så spurgte jeg en læge, der sidder med det og spurgte hvem er det, der fortæller os, om den skal i MR-scanneren, er der en læge der ringer eller får vi en besked i systemet? Så sagde min kollega, det kan jeg sgu da ikke huske. Så ringede vi lige op til 2. sal og det var en nyansat kollega der svarede, og hun var sådan lidt, det ved jeg heller ikke.

Det er jo noget, der blev implementeret for halvandet år siden. Det kan godt tage tid, men vi er ved at vænne os til det, kan man sige. Men kan man godt risikere at den nye AI-teknologi fader helt ud eller om det er dokumenteret, at det skal bruges et sted, så der kommer til en måde på, hvor folk begynder at bruge det.

Jeg tror lige nu, så er det en periode, hvor de bruger den, og så kigger de på data’en. Så står de og aflæser al det data og empiri, der kommer frem før de vælger om det er noget, som vi implementerer. Det er også derfor, at vi er i et sted, hvor vi spørger: Hvordan var det med den der? hvem var det, der gjorde hvad? og hvem sagde hvad til os?

**Simon:**

I forhold til det du siger, at lige pludselig så kan AI'en gå ind og påvirke rækkefølgen af, hvad personen skal først af undersøgelser og så videre. Er det også noget, som der måske godt kan virke lidt skræmmende, eller er det sådan en ting, som man bare bliver lidt overrasket over, at der ikke er den person, der står for det?

**Arthur:**

Ja, det er det lidt. Så længe det er en computer, så tror jeg at der går lidt tid, før vi føler os trygge ved det. Som menneske så er man sådan lidt, jeg kan godt se fordelen ved det og så sparer man bare en masse tid, for den laver jo egentlig nogle ok beskrivelser af de der knæ. Og det er jo kun én undersøgelse af knæ, og så bliver man sådan lidt, okay, så mange fejl kan man heller ikke lave på ved en knæundersøgelse.

**Simon:**

I forhold til det der med den der teknologi, som man går ind og påvirker rækkefølgen. Hvis nu patienten har et spørgsmål til dig omkring det, kan det så blive ubehageligt?

**Arthur:**

Det er ubehageligt, for hvad siger man så? Altså hvis jeg skulle sige til patienten, at du skal bare tage hjem, men så siger patienten at lægen sagde der var en maskine som afgjorde at jeg skulle til MR-skanning. Hvorfor skal jeg ikke til MR alligevel?

Så siger jeg til patienten, at det er AI, der har bestemt det. Så spørger patienten, er der en computer, der har bestemt det? Så kan jeg sige, at hvis du har nogle spørgsmål, så ring til din læge. Man ved jo ikke, hvad skal man sige, for det er så nyt at befolkningen ikke rigtig forstår det. Vi er også selv lidt nye i det. Hvordan vi måske giver svar tilbage, vores kommunikation tilbage til patienten, det hele kommer til at ændre sig, fordi AI kommer på et eller andet tidspunkt.

**Oliver:**

Oplever du tit sådan... Hvad skal man sige... Skepsis eller konservative holdninger ift. digitalisering? Jeg tænker både blandt kollegaer, men også blandt patienterne?

**Arthur**:

Det er alder, som er en afgørende ting. Også hvor gammel din faggruppe er. Unge mennesker ift. Computere, de er jo ligesom vokset op sammen. Men for de ældre kan det godt ligge lidt langt væk fra dem, så det er svært for dem at forstå og sætte sig ind i det.

Selv nogle af vores kollegaer, de er sådan lidt... Hvad sker der så med det her? I gamle dage gjorde vi det sådan og sådan, og vi kunne se det hele. Hvad med det her billede? Hvor ryger det hen? Og hvad sker der så?

Så skal man til at forklare det og skære det ud i pap, og så bliver de sådan helt... Jeg tænker også at det er lidt synd. Nogle gange savner man det der gamle system med tavlene, hvor patienternes navne var på post-it’s.

Vi har lige fået et nyt system for måneden. Vi har en RIS-PACS-system, hvor vi booker vores patienter. Jeg tror, de fleste unge fandt ret hurtigt ud af det, hvor de ældre kollegaer, de var sådan... Hvordan var det, jeg fandt patienten igen? Hvordan var det, hvis jeg skulle slette billedet? Og jeg var sådan lidt... Du højreklikker på billedet og trykker slet. Altså det er normalt for mig. Det er jo samme måde, man sletter billedet inde i Word og andre steder. Men for dem er det sådan helt... Det er jo den aldersforskel. Teknologi giver nogle udfordringer for visse grupper. Og sådan har det altid været, tror jeg.

**Simon:**

Er der selv nogle processer i forhold til kommunikation med patienter, som du mener, vil være gavnlige at digitalisere eller forbedre?

**Arthur:**

Jo, altså hvis der var det, som jeg sagde før. Hvis der var sådan en kommunikationsapp, der ville kunne oversætte sprog, se det ville være det mest luksus. For så behøver jeg ikke aflyse tider, og jeg behøver ikke at tænke på tolke. Det vil gøre det helt nemmere, både for mig og patienten. Men det er lidt sådan... Det kommer nok på et eller andet tidspunkt.

**Simon:**

Er der nogen af de redskaber, som du bruger i en normal undersøgelse, som du vil synes ville være oplagte at digitalisere? Eller om du måske synes der er noget, som ville være ligegyldigt at digitalisere?

**Arthur:**

Det kommer jo an fra patienten. Du har to mennesker her, de skal måske udspørge på samme måde. Det afhænger af hvad deres henvisning siger, eller hvad de skal undersøges for. Hvis man bare skal have skannet sit knæ, fordi man har spillet fodbold. Eller hvis man skal komme og blive skannet, fordi de har fundet en knude i nakken.

De to mennesker, der kommer med vidt forskellige ting, hvor den ene er pisse nervøs og den anden tænker, det bare er menisken de skal kigge på.

Måden, som jeg kommunikerer til de to patienter på, er vidt forskellig. Og det er derfor, hvis man laver en standardiseret digitalisering af den kommunikation, så bliver det svært at møde alle patienter der, hvor de er. Især når man kan være så forskellig emotionelt. Folk er forskellige steder. Så hvordan skal man digitalisere det?

**Simon:**

Er der nogen instruktioner i udspørgen til en patient, der kan digitaliseres eller er det lidt det samme, at det er en menneskelig ting, som man ikke kan putte i en maskine?

**Ahmed:**

Altså der er jo for eksempel noget, som jeg skal spørge om i MR. Så har jeg mine standardspørgsmål med, for eksempel har du metal i hovedet, ørene, munden? Så starter jeg fra top og til tå. Har du metal i hjertet? Nej. Har du metal indopereret i maven? Nej. Kunstige hofte eller knæ? Nej. Har du arbejde med svejsning? Nej.

Det kan godt være, at man kan oversætte på flere forskellige sprog, så jeg kan vise patienten sådan noget skrift på en iPad, og hvis de forstår det, så kan jeg trykke på spørgsmålet, og så kommer der et billede af en pacemaker op, hjerte med noget metal eller stent osv.

Men det andet med klaustrofobi og hvordan vi skal kommunikere med klaustrofobiske eller syge patienter, det er lidt svært at digitalisere og udarbejde sådan en standard, fordi der er ikke to mennesker, der er ens. Selv to radiografer, der har samme uddannelse, samme faggruppe, kan jo være to vidt forskellige mennesker når de snakker. Og det er sådan lidt med patienterne også. På den måde kan det blive en udfordring.

**Simon:**

Det jeg kan forstå ift. dig, det er i hvert fald, du vil helst ikke bruge din mobil ift. signalværden og at du ikke stoler på, at den kan oversætte det medicinske fagsprog ordentligt?

**Arthur:**

Præcis. Jeg er heller ikke sikker på, at patienten forstår det. Selvom jeg har oversættet det til deres sprog, så kan jeg jo ikke russisk. Så når jeg trykker på den der knap, hvor den læser op for patienten, så har jeg ingen idé om hvad der bliver sagt. Og det er jo mig, der står med ansvaret, hvis der sker noget. Så bliver det sådan lidt, skal jeg tage chancen, eller skal jeg bestille ny tid med tolk?

Så er det der hvor jeg vurderer deres kropssprog. Hvis de stadig har det der blanke udtryk efter vi har snakket, så er jeg sådan lidt ”vi venter med dig mester”.

Men hvis de er sådan ”no, no, nothing, nothing”, så er jeg sådan, okay! Kom bare, bro. Du virker ret stensikker på, at du ikke har noget. Og så giver jeg dem jo alarmbolden og siger til dem: Hvis du mærker det mindste, så tryk på alarmbolden, så stopper jeg lortet med det samme. Så er det ligesom en tryghed for dem også. Det er svært, det er jo en vurdering jeg skal tage så. Så ligger den på min kappe.

**Oliver**:

Kan du uddybe lidt det med, at det det er dit ansvar? Lad os sige, når du bruger en app som Google Translate, så er det jo dit eget valg at bruge den?

**Arthur:**

Hvis jeg tager patienten ind og patienten har en stent og der sker noget, så skal jeg ringe hjertestop og så skal patienten skal indlægges. Det fordi at magneten kan have ødelagt den og så er det jo mit ansvar.

Det ansvar, jeg har, det er jo patientens sikkerhed. Fordi en stent, der bliver ødelagt, kan føre til død. Jeg må ikke tage noget ind i scanneren, som jeg ikke har godkendt eller undersøgt heller. Selv hvis de har metal. Hvis de siger, at de har fået en ny hofte, så skal jeg spørge dem om den hofte er lavet i Danmark. Og hvis de siger ja til det, så ved jeg jo at alt metal, der er lavet i Danmark siden 80'erne, er lavet af titanium. Titanium er ikke magnetisk, så det er sikkert at tage patienten ind.

Hvis de siger det til mig, at de fik den lavet i 1966 i Thailand, så begynder alarmklokkerne at ringe. Hvad fanden opererede de med folk dengang? Så skal jeg ind og slå op og undersøge, og aflyse tiden, hvis jeg ikke er sikker på det. Patientens sikkerhed er vigtigere end undersøgelsen.

**Simon:**

Så giver det mening, at du ikke stoler på en random app. Hvad skulle der så til for, at du stolede på en app? Skal den være godkendt?

**Arthur:**

Hvis man for eksempel havde taget flere forskellige patientgrupper, og de alle sammen havde forstået det på samme måde. Samtidig, hvis jeg bruger en app, der er godkendt af Region Hovedstaden: Hvis nu der var noget galt med denne app, så kan jeg altid sige, at jeg har brugt vores arbejdsgang her osv, der står jeg skal bruge den her app, som er godkendt af Region Hovedstaden, så er det jo et problem med app’en, hvis patienten ikke havde forstået det ordentligt.

Så er det ikke bare min egen skyld. Så har jeg min ryg dækket. Det er lidt det, der skal til, før vi begynder at bruge alle mulige apps.

**Simon:**

Kan du godt savne at have dit eget input med på noget, for eksempel hvis du skulle have en app eller andet? Ville det være dejligt, hvis det var noget, som var radiograf specifikt?

**Arthur:**

Helt klart. Jeg kan ikke se andre steder på hospitalet, hvor sikkerheden er vigtigere. Selvfølgelig er sikkerhed jo vigtig over hele hospitalet, men omkring det med metal og hvad der er indopereret i kroppen, det er der ikke andre steder. Du har ikke behov for det andre steder end ved MR-scanningerne. Så hvis der skulle være noget, så skulle det være noget, der er røntgen og MR-specifikt.

Hvad kan man sige om en app? De kan jo lave en standardapp og så skræddersy den til hver afdeling. Hvad har AKM brug for at udspørge patienter om? Hvad har M1? Hvad har røntgen brug for? Hvad har hjerteafdelingen brug for? Så kan man bagefter specificere den til hver afdeling, og så har vi den samme app. Når jeg så går ind og trykker på den, så åbner den røntgen delen, og når en anden går ind, så åbner den hjerteafdelingen f.eks.

**Simon:**

Jeg har ikke mere.

**Oliver:**

Jeg har heller ikke mere. Tusind tak for det.

**Arthur:**

Det var så lidt.

**Oliver:** Lad os komme igang, vi starter med nogle introducerende spørgsmål. Kan du fortælle hvem du er og hvad der fik dig til at blive radiograf?

**Charlotte:** Jeg valgte at blive radiograf pga. korttidskontakt. Jeg synes det er utroligt spændende og man kan fange en person… altså nu fotograferer jeg ikke mere, jeg er fast i ultralyd, men hvis man bare skal fotografere en lillefinger er det ret spændende, har jeg fanget patienten mens de er der. Men, jeg har været igang i snart 35 år, så det er hele min ballast. Jeg er vant til at arbejde med læger, derfor har jeg valgt, eller blevet headhuntet til at være i ultralyd, fordi det er patientkontakten og relateret til at styre en læge. Fantastisk.

**Oliver:** Ja, kan du fortælle lidt om dine arbejdsområder her på afdelingen?

**Charlotte:** Mine arbejdsområder? Ja. Altså som sagt, jeg er i ultralyd og jeg starter dagen simpelthen ved at vi har en læge der visiterer alt det akutte, det starter jeg med at booke sammen med mine kollegaer dernede. Og så er det os der sørger for at patienterne ligger klar til lægerne, det er os der informerer hvad det er der skal ske, og det er os der assisterer til alt intervention af alt der foregår. Så det kræver meget kommunikation.

**Oliver:** Kan du prøve at beskrive, hvordan en typisk arbejdsdag ser ud for dig?

**Charlotte:** Der er ingen typisk arbejdsdag, for det afhænger af hvor meget akut der kommer, som skal pakkes ind og ud. Vi kan jo aldrig måle i hvad det er for nogle patienter vi får og hvor skidt tilpas de er. Vi er i Nordvest, der er mange alkoholikere, men du skal sørge for… altså jeg skal ikke være den der fortæller patienterne: “Hvorfor drikker du?” Alle skal behandles lige. Den store opgave som radiograf, det er at de skal have en god oplevelse, men de skal også helst gerne hurtigt ud af røret igen, for det er ikke her de skal passes og plejes, men det skal være ift. det vi laver med dem.

**Oliver:** Og hvor mange… Jeg skal lige høre, du er i ultralyd, laver du også, og det er fordi jeg er ikke helt…

**Charlotte:** Jeg er en niche-medarbejder, jeg er uddannet radiograf, jeg har været en af de radiografer som blev uddannet den dag man stillede den første CT-scanner op, så den er jeg ikke engang trænet i, den er jeg bare lært ved at se. Men det var dengang man lavede alting selv. Det var et håndværk. Vi lavede øretungografi, vi lavede lungetongografi, og agrafi og alt det her, men så har jeg efterhånden fået sneget mig rundt til, jeg blev lånt ud til ologerne, fordi vi fik en stenknuser, og så har jeg siddet med en olog 2-3 dage om ugen og knust nyresten, som også krævede massere af patientkontakt. Og så blev jeg så hentet ind her fordi man ikke syntes man skulle have 60 forskellige radiografer der ikke kunne finde ud af at dække op eller lejer patienterne så derfor blev jeg hentet og om det her ikke var noget for mig. Jeg kan godt lide det der kombination med at være tæt på lægerne, så behøves jeg ikke at skælde mine kollegaer ud hele tiden, ikke Simon?

**Simon:** Det kunne selvfølgelig aldrig være mig (griner).

**Oliver:** Hvor mange patienter er du så i kontakt med i løbet af en arbejdsdag?

**Charlotte:** Det kan være et sted mellem 15 og 20. Hvis jeg er her alene er det 34.

(alle griner)

**Oliver:** Hvordan foregår en typisk undersøgelse så, når du skal samarbejde med en patient?

**Charlotte:** Det kommer an på, enten kommer… Hvis det er en ambulant, så er det jo at man går ned, vi har sådan et lavpraktisk system, jeg printer en label ud og går ned og henter dem i venteværelset, og der plejer jeg jo at have kontakt med det samme på min dejlig fascinerende facon, så der henter man jo, og kunsten ved smalltalk er jo den der åbner verden. Så der går vi ned af den lange gang, informerer dem der, får dem advist hvis de skal ind og have tøjet af, og lejer dem og laver det praktiske med CPR-nummer og det er ikke mig der scanner og der kommer en læge ind. Jeg har også styr på når de er færdige, hvor de så skal hen. Og så skal du også læse patienten om det er en der kan finde tilbage eller er det en der er rent ambulant, alt det der har jeg styr på inden jeg har lagt dem på lejet, og så går jeg ud og henter lægen og så går vedkommende ind og scanner. Hvis det er en seng så er det bare derude man henter dem. Man er jo altid anderledes, patienter er altid nervøse, for du har ikke styringen her og hvad er det egentlig man skal ind til, så det er det udgangspunkt man har.

**Oliver:** Okay, hvad er så fagligt efter din mening en god undersøgelse for dig?

**Charlotte:** Fagligt har jeg jo kun hvis jeg skal lave intervention. Man kan godt gå hen og blive fjollet men det er fedt at lave et sterilt bord, og det er en kunst, som åbenbart er ved at skride ud her, men det viser sig nu at det er os der skal oplære 2. semestrene i steril, jeg har selv været 3 måneders proportionsgang, så det er en kunst. Og så er der det der sammenspil med at når vi har intervention, så har jeg en læge jeg skal servicere, jeg har en patient jeg skal passe på og sørge for har det godt. Vi tilbyder også at der er en pårørende med inde, så har jeg også en pårørende jeg skal holde øje med og så har jeg også et sterilt bord og det er det jeg synes er sindssygt sjovt.

**Oliver:** Hvilke områder inden for dit arbejde kan så være svære at håndtere, hvis der opstår kommunikationsvanskeligheder mellem dig og patienten?

**Charlotte:** Altså jeg synes aldrig jeg har det problem med at det er svært at kommunikere med patienterne. Jeg synes det der er sværest hvis det er for mit billede af, det er når vi har leverbiopsier, for det er en patientgruppe der er sindssygt følsom. Det slider på en…

**Oliver:** Hvad er det helt præcist?

**Charlotte:** En leverbiopsi?

**Oliver:** Ja.

**Charlotte:** Der går du ind og skal have en vævsprøve for leveren for at finde ud af om du er syg i din lever, og som regel har vi en tordensky hængende, det er for at se om du lider af kræft, hvad er det for en behandling du skal have. Og det er ikke særlig rart og skal ind og have lavet en leverbiopsi, det bliver sådan lidt science fiction agtigt når du sidder og læser hvad du skal udsættes for i de her 20 minutter en halv time. Så det er nemlig der hvor man skal… altså jeg smider lægerne ud hvis de kommer for tidligt ind når jeg ikke har informeret om hvad er det der sker her de næste 20 minutter. Men jeg synes det er meget sjældent, jeg taber tråden med en kommunikation. Vil du give mig ret?

**Simon:** Jeg har ikke noget at tilføje (griner).

**Charlotte:** Du skal jo læse patienterne. Er det en her, du skal snakke med? Er det ikke en du skal, altså, jeg synes ikke jeg kommer ud i situationer hvor jeg ikke rigtigt ved… Så har jeg en læge jeg kan…

**Simon:** Må vi så spørge om, nævner du interventionen som en specifik ting, hvor der er at det der hvor du begynder virkelig at skride til når det kommer til både din ballast og din erfaring ift patienter og så videre, hvor du kan mærke det her betyder også noget for dig at de har en god oplevelse med det. Og nu nævner du en specifik patientgruppe. Oplever du tit at din kommunikation bliver skærpet mere over for din, altså nu hvor du både har… Nu nævner du studerende og læger, der er en meget stor jonglering i gang. Oplever du forskel i din kommunikation både til dine kolleger, måske også ift hvor presset du er i nogle situationer?

**Charlotte:** Det vil jeg altid opstå, men der bliver den studerende siet fra før, fordi det er patienten der er det vigtigste. Så det kan jeg godt gøre, men jeg vil så sige, den måde som jeg kommunikerer på, bliver jeg nødt til at fortælle studerende der kommer i nærheden af mig, at man kan ikke kopiere min tilgang til patienterne, for den er ret speciel, den hører til for sådan er jeg. Jeg kan vække et helt venteværelse bare ved at hente… og jeg har ligesom været her i 35 år, jeg er hundefræk, jeg har aldrig fået en klage.

**Oliver:** Hvad så med når du skal kommunikere med patienter der ikke taler dansk?

**Charlotte:** Der plejer jeg gerne at indlede med at hvis jeg så skal betale engelsk så bliver det ekstra dyrt og jeg håber du har MobilePay. (alle griner). Den tager vi stille og roligt. Altså vi har jo fået et skønt hjælpemiddel som egentlig irriterer mig grusomt, men jeg vil ikke udlevere mig egen, men hvis de har en telefon så kan man faktisk bruge den til at translate. Vi vil jo allerhelst have en tolk, fordi især til interventioner, men det er jo helt fast når vi er her, kan du ikke kommunikere med en patient så kan du ikke lave en intervention på dem. Du kan jo godt scanne ganske almindeligt, men jeg vil sige folk møder op her og vil godt scannes. Vi når altid i mål på en eller anden måde.

**Oliver:** Er det også det samme når de hverken kan tale dansk eller engelsk?

**Charlotte:** Jeg har lige haft en hvor de synes det kunne være rigtig hyggeligt hvis det blev på spansk. (alle griner). Men det kan jeg sådan set ikke. Men altså jeg kan lige fortælle scenariet. Det er, at sønnen kommer ned og afleverer alle papirerne og fortæller at nu er de her. Fint nok, og vores læge forklarer at han bare kan gå tilbage til venteværelset, hente sin far og komme tilbage igen. Det sker ikke. Så jeg bliver nødt til at gå ned og hente, og allerede der kan jeg fornemme. Men jeg får dem jo med. Og vi får bukserne af farmand, og vi får også en fødselsdagsdato, men det er meget knebent, og det foregår i et rigtigt hyggeligt muntert, for sådan er det jo bare og de forstår det godt. Humor kommer man rigtigt langt med.

**Simon:** Er der ift. det der med, du siger du er niche-medarbejder, nu har du også en anden kollega dernede, men typisk så er det det der med, kan du godt mærke at du godt kunne bruge flere hænder, eller er det en måde du bare tilpasser dig…

**Charlotte:** Nej men niche-medarbejdere er jo, når jeg siger at jeg er radiograf, så forventer man jo at jeg sidder og jeg er i DR-gruppen, jeg er i CT, jeg er i MR. De fleste studerende studser over at vi har en radiograf siddende et sted, der er jo ikke nogle der gider tørre gelé af maverne på folk, vel? Det står ikke i høj kurs, vel? Men det er jo Erik der har givet mig niche-medarbejderen, for jeg har jo sneget mig rundt, men jeg er det sted jeg gerne vil være. Fordi det er der jeg har min kontakt, det er der jeg har den måde jeg godt kan lide at arbejde på. Jeg er ligeglad med hvem jeg arbejder sammen med, men jeg behøver ikke flere hænder, for jeg udfylder det jeg skal og vi kan ikke være flere, jeg er bare niche-medarbejder fordi man forventer at jeg laver andet når man siger radiograf, og ikke er dernede.

**Simon:** Jeg tænkte også på det med, så er der f.eks. hvis du står med en patient som du har lidt kommunikationsvanskeligheder med, og så står han der og så skal man hente en far osv. og så når man lige pludselig skal efterlade dem på en måde, det er mere der det godt kan blive lidt træls at man godt lige kunne mangle nogle, for nu hvor du har studerende…

**Charlotte:** Jeg har en læge jeg altid kan hundse med.

**Simon:** Er det rigtigt? (griner)

**Charlotte:** Jamen altså jeg vil sige at når vi er presset, hvis det er du ved vi ikke er nok, jeg har altid sagt, jeg kan godt være alene i ultralyd, det er ikke noget problem for mig, for så har jeg fandme en læge jeg kan sende ned og hente en patient hvis det er det der skal til.

**Simon:** Ja, så det handler også om at have lidt pondus også, og så sørge for at de andre faggrupper også bliver sat i gang?

**Charlotte:** Altså lige så snart du har flere forskellige uddannelser inde over… men der er også noget der hedder erfaring, men du skal altid have pondus når der er flere, og især med læger.

**Simon:** Kan du godt opleve det der med at du har læger med forskellige erfaringer, at de er meget afhængige af dig, ift. kommunikationen?

**Charlotte:** Ja, men der hvor det faktisk kan gå hen og blive lidt vanskeligt, det er de læger som ikke ved hvad mit job er dernede. Men de siger det jo ikke til mig, for de har ikke rigtig forstået at vi er den store hjælp. De kan godt blive provokeret af at der nemlig står en som mig og siger at nu skal du tage nogle andre handsker på, for du er usteril nu. Det kan være en hård nød. Men der har jeg jo heldigvis de faste læger. Der er fuld opbakning på… jeg indleder jo med, at hvis jeg har en ny læge, hvis jeg rømmer mig, så skal du stoppe. Og der kan jeg godt se at en læge synes det er lidt grænseoverskridende at sådan et løg som mig, en radiograf har den der, men det er det jeg har, jeg kender min rolle, og det er altid der at ting går galt, når man ikke kender sin rolle, og ikke ved hvor man skal hente sin hjælp. Men jeg ved at jeg har fuld opbakning til det, for jeg ved hvad jeg har med at gøre, for jeg har ligesom været Henrik Hansens hjælper til… altså jeg er rigtigt ked af at jeg ikke ved hvor mange stomi-kateter og superpubiskateter (?) jeg har været med til gennem tiderne for det er æderfløjteme mange.

**Simon:** Der er et helt studie der.

**Charlotte:** Ja, men det kan være svært at man har… jamen der er jo hierarki, men det kan være svært for nogle læger at få udleveret sådan en her, og især med rød læbestift, og så også har alligevel noget at skulle have sagt.

**Simon:** Oplever du, at det skubber dig meget hen til patienten, at du skal sørge for meget kommunikation, eller er det sådan flydende?

**Charlotte:** Det er meget flydende. Altså, jeg har kun grænsen mellem der hvor jeg skal have informeret patienten om, hvis det er noget andet end ultralyd, så vil jeg bede lægen om at holde mund, indtil jeg er færdig med at informere, for så begynder der er at komme rod i geledderne, og patienterne er nervøse i forvejen. Jeg tager lige introduktionen og så får lægen lov at komme på men vi kender… det er os der er dernede… vi ved hvad det er og… det er faktisk lige før der også er non-verbal kommunikation ikk, for de ved de kan se på mig at nu stopper festen. Så det… den måde har vi ikke nogle problemer.

**Oliver:** Jeg spurgte før ift. sprogvanskeligheder, hvis de ikke snakker dansk eller engelsk. Hvad hvis vi rykker over til kulturelle eller religiøse forhold, er der så nogle af de forskelle der kan have indflydelse på kommunikationen mellem dig og patienten?

**Charlotte:** Nej, altså når du træder ind af den her dør der står 2-tal på, så er du patient, og man skal behandles lige. Der er kun et sted hvis det er jeg ikke bliver behandlet ordentligt at de overtræder nogle grænser, det har jeg snakket med en overradiograf for lang tid siden, om der er en blunte til hvordan de så behandler mig. Men jeg vil sige at jeg tilbyder faktisk… jeg kigger på deres kulturelle… jeg kan aflæse, f.eks. har vi nogle gange ikke nogle kvindelige læger til stede. Og der har jeg læst patienten på vej ned af gangen, og jeg spørger dem hvis det er af en anden etnisk herkomst, spørger jeg om de gerne vil have mig derinde, for deres etiske… så det… der er en patient der har et behov, om så det er den ene eller den anden vej det går, så skal vi stadig have en patient der kommer ud af døren og synes de har fået en ordentlig behandling. Så det er ikke mig der sætter grænserne for hvem der er hvad og hvorfor.

**Simon:** Så det vi hører dig lidt sige her er… for dig ser du ikke på om det er et dansk eller udenlandsk navn, du tilpasser ikke din kommunikation fordi du er meget sikker på, at med ballast og med erfaring også, at du nok skal få det igennem, det som du har brug for. For vi har nemlig også tænkt på, om der i dit fagområde, er der nogle særlige krav til nogle… nu nævner du f.eks. intervention osv også. Den der informering med patienter. Kan det godt være svært, selvom man har ballast og erfaring, at viderekommunikere de vigtige ting, og få informeret og trykket svar ud af patienter, når du står over for en religiøs eller anden kulturel baggrund?

**Charlotte:** Der går langt imellem, vil jeg så sige. Altså, det kommer helt an på hvad de spørger om, men som regel er vores jo helt faststukket ud hvad det er vi kan svare på, vi kan kun i henhold til det de er der. Jeg synes aldrig jeg ryger ud i det der, hvis du havner i noget du ikke kan kommunikere, så er det om at få lukket ned. Du skal ikke begynde at trampe rundt i det som en elefant i en glasbutik, vel. Du skal også vide hvornår at nu er grænsen nået, og hvis det nu går helt op i hat og briller, så henter man en anden ligesom i alle andre relationer. Så er der et problem, så er der også en løsning.

**Oliver:** Er der så nogle særlige patientgrupper som du kan beskrive, som du er mere opmærksom på sandsynligheden for at der kan opstå kommunikationsvanskeligheder?

**Charlotte:** Ja. Og du har nævnt en af dem. Det er når det er religiøst, det er når det er af anden etnisk herkomst. Du skal være mere på vagt. Men det skal du også… vi har en del misbrugere her. De er også en hel kategori for sig selv. Hvor er de henne? Har de fået deres metadon eller har de ikke. Det kan også være rigtig, rigtig spændende. Vi får også en del fra psykiatrisk, så det hele det handler jo om, at du alligevel har lavet et lillebitte forarbejde, det kan derfor være svært med din henvisningsseddel, at du ikke ved… men der er ngoet hvor du kan se hvad for en afdeling de kommer fra, hvad er det vi skal undersøge for, og så er det at du skal læse patienten, så du ikke bliver elefanten i en glasbutikken der går ind, og det er ikke mit job. Mit job er at få dem lagt op så de kan blive scannet, og så de kan gå igen og gå videre så de kan komme videre med deres behandling, med hvad de skal.

**Simon:** Når du nævner henvisning og så videre, er der så nogle stikord som du kigger efter, som kan give dig et hint om, at det er den her type patient. Er det så det du tænker ud fra at du overvejer en kommunikation i dit forarbejde?

**Charlotte:** Altid. Men jeg vil sige henvisningerne er som regel hamrende gode, men det kan være afdelingen, så jeg må indrømme at jeg støtter mig op til SP, jeg slår op i SP, men jeg må jo godt gøre det hvis det er en patient jeg har med at gøre, men jeg læser lige hvis det er jeg kan mærke at det er helt grelt. Men gennemgående vil jeg sige min intuition er altid min bedste companion. Jeg kan komme med et eksempel som jeg synes det er lige før… jeg får en patient ind som beder mig om de kan 10 minutters pause, og om jeg vil være sød at slukke lyset, og vi har numse-travlt. Og mit temperament er altid meget velafstemt. Jeg ved ikke, der er igen hvor jeg læser mine patienter så tænker jeg, jeg tror lige jeg skal snappe den for ellers ville det være den her (klapper) ej vi skal videre og nu er du her (klapper). Jeg læser i journalen. Og det kan man igen, det er det vi ikke får at vide, men den her patient har lige været til strålebehandling i sin hjerne på Rigshospitalet. Så hun har mega ondt i hovedet. Som radiograf mangler man masser af oplysninger hvis man virkelig vil være den ultimative i sin kommunikation. Men jeg havde et eller andet i mig, hvor jeg kunne læse et eller andet, og jeg er så lykkelig for at jeg gav hende de 10 minutter, for så kunne hun være med. Og jeg kan da godt lige lægge det helt i, jeg kom til at læse videre, for samme dag skal der komme en fra kommunen og sørge for at hendes datter får at vide hvem der skal have hende, når hun ikke er der mere. Så der var jeg rigtig rigtig glad for at jeg ikke lige “ej det har vi fandme ikke tid til, vi skal lige videre i programmet søster” (alle griner). Så jeg fik læst hende rigtigt.

**Oliver:** Er der noget info du savner på den henvisningsseddel som du godt kunne…

**Charlotte:** Det kommer aldrig til at ske. Så jeg er faktisk… ved du hvad, jeg har lavet henvisningerne om for 35 år siden fik jeg lov til at få den sjove opgave, og jeg kan se i dag sidder vi i samme suppe med den henvisning, så vær et menneske, det skal du også være når du er på arbejde, og så må du læse dine patienter og sørge for, for jeg skal nok spore det. Og det må jeg så lære de studerende også at spore. For vi render ikke rundt… jeg synes ikke vores kommunikation er så håbløs.

**Simon:** Er det noget der har sat sig i dig, det der med at… med at man nogle gange godt kan tage sig selv i… og det er jo ikke noget som kan spores tilbage til dig eller noget den stil, men det er det der med… jeg synes du nævnte det der med, at nu går du ind i SP og læser, men der er også nogle gange hvor der ikke er mulighed for, at der kan være så travlt på nogle tidspunkter. Er det noget for-information som du godt kunne savne som kunne gavne dig virkelig meget ift. at så er der en i stråleterapi, og så nævnte du også det med henvisning at det kunne være dejligt at hvis det var der, men det kommer ikke til at ske. osv.. ?

**Charlotte:** Det ville jo være rart der bare kom en lille… det behøver jo ikke at være alle… det skal jo ikke være forbi man skal have taget røntgen thorax… men nogle gange ville det være rart hvis der bare lige stod lidt, om hvad er det vi har. Altså fordi… ja… men den er jo svær. Hvad er det, de skal skrive for at gøre mig til den gode kommunikatør til patienten. Det er jo svært. Men stadigvæk, vi skal jo ikke holde lange foredrag, så vi er nede et sted med, vær nu et ordentlig menneske og hav din erfaring med dig og gå ud og hent dine patienter og prøv at læse hvem er det du har ved siden af dig. Det er jo ikke anderledes end når i går på fredagsbar, vel. Er hun interesseret eller ej? (Alle griner).

**Simon:** Altid!

(Alle griner)

**Charlotte:** Ej, jeg tror ikke det altid er skidesjovt at være mand på en fredagsbar. De der tøser der bare er “neeej”.

**Simon:** Det er derfor vi gerne vil have et oversættelses-apparat, ikk også?

**Charlotte:** Nu kommer det jo med der, men danske mænd er jo nogle idioter til at score, ikke?

**Maja:** Second that. Det er derfor jeg ikke har en dansk kæreste.

**Charlotte:** De er bare… ikke smarte, vel? Hvad landsmand er du da?

**Maja:** Jamen jeg er dansker men min kæreste er rumæner.

**Charlotte:** Jamen, han kan det der. (alle griner).

**Oliver:** Selvom jeg også gerne vil høre mere om…

**Charlottes:** Scoretricks? Jamen jeg er nærmest en konsulent.

**Simon:** Det bliver godt i transskriberingen.

(alle griner)

**Oliver:** Lad os sige i forbindelse med behandlingen af en patient, f.ek.s til ultralyd og at der er nogle forskellige måske i sprogbarrieren, bruger du så visuelle hjælpemidler eller gestikulerer når du snakker med patienten, ved at vise dem fra for at snakke om det, og hvordan gør du det så?

**Charlotte:** Det gør man jo, ved du skal have bukserne af (gestikulerer at man skal tage bukserne af) det er jo meget nemt, eller du skal trække op her, eller du kan jo heller ikke være bange for at røre ved folk når du er i det her erhverv. Men alt det skal jo være den rigtige blunte (?), at vi ikke overskrider nogle grænser, men folk er kommet for at blive undersøgt men og de er eager og de hjælper jo en på vej, så det skal nok gå. Men der er meget man kan gøre, og så vender man rundt og peger hvis det er CPR-nummeret man skal have. Og jo jo jo og vi hiver sygesikring, vi er allesammen glade. Jeg har et levende ansigt som er meget nemt at læse, så det skal nok gå.

**Oliver:** Hvordan sikrer du så, for det er vigtigt der er noget info som patienten ved, hvordan kan du være sikker på at de forstår de her nødvendige instrukser og oplysninger.

**Charlotte:** Altså tænker du på når det er ultralyd at vi skal gøre et eller andet ved dem eller når jeg sender dem ud af døren? Der er to aspekter.

**Simon:** Begge ting.

**Oliver:** Begge ting.

**Charlotte:** Jeg kan sagtens se hvis de ikke har forstået, men det der så er når vi laver interventioner på folk, det er at lægen kommer og så tager vi den en gang til for det er en lang plamange (?). Så de får den to gange, altid.

**Oliver:** Er der så nogle tidspunkter hvor lægen heller ikke kan hjælpe med til det, hvis det er en der ikke kan dansk eller engelsk.

**Charlotte:** Så er jeg der.

**Oliver:** Hvad så med, er der nogle faste løsninger eller værktøjer som du tager i brug?

??? (nejer med hovedet muligvis)

**Oliver:** Hvad så med interne tolke, for det hører vi meget om rundt omkring.

**Charlotte:** Det er blevet minimeret, for det er nået dertil at patienterne faktisk selv skal betale for deres tolk. Så det er der vi går hen, så derfor er telefonen gået hen og blevet en god ide, men som regel… eller ikke som regel, men der er en løsning at de også har en pårørende med. Og der der har man jo en elastik som er svært nogle gange at styre, for de må jo ikke være under 15 år og tolke. Men hvad gør vi så når de alligevel står der, og man kan jo sige vi er ikke igang med de der mærkelige spørgsmål nede ved lægen eller et eller andet andet, det gør vi. Men telefonen er blevet et rigtig godt redskab.

**Oliver:** Hvad bruger du så på telefonen?

**Charlotte:** Det bliver deres telefon. De rører ikke min, men de kan finde ud af at lave det der language Translate. Jeg har stået med en ung mand, en serbisk ung mand som desværre viste sig at det var godt han kom sammen med hans far og vi var jo selv ved at omkomme af grin, men det foregik på den der oversætter, det gik rigtig fint. Det er selvfølgelig mere krævende, det er også mere tidskrævende, men det er sådan det er. Men vi fik forklaret knægt og far, hvad det gik ud på. Der var i hvert fald… de var også gode til at spørge godt ind så de var sikre når de gik fra, at de havde fået det info, de skal have. Vi skal bare stadig regne med at når du er på en røntgenafdeling så er det ikke det sted de skal have svarene. Selvfølgelig er vi ikke mute, vi giver dem lidt hvis de har en brækket arm, men det er ikke her dialogen er. Så en af standarderne… kommunikationerne til patienterne når de begynder med deres 5 millioner spørgsmål, det er jo at vi er en serviceafdeling. Det er os der er specialisterne i at den læge der gerne vil have noget udspecificeret så vi kan komme videre med behandlingen eller hvad det nu er. Så det er over hos lægen, at de skal fyre alle de her spørgsmål af. Så alt vores kommunikation drejer sig jo om at gøre dem trygge, så vi kan udføre den undersøgelse, som er rekvireret. Men vi er ikke den der videre… vi er ikke dem, der er tovholdere på dem.

**Simon:** Ift. det der med at du står med nogle som du ikke kan kommunikere med sprog, er det så et synspunkt du har at man faktisk kan kommunikere til dem non-verbalt uden brug af lad os sige at det selvfølgelig er dejligt at man har tale-værktøjere på sin telefon der, mener du at man skal være uddannet nok og erfaren nok til at kunne forklare patienter hvad der skal ske osv? Selv hvis nu ikke man har en telefon til rådighed. Vil du være selvstændig nok til at kunne det?

**Charlotte:** Ja, det har jeg gjort altid. Det er jo det man lærer i sin uddannelse. Du lærer det jo hen af vejen at når vi nu har dem, for det hele går hen af næsten… patienterne vil slå kolbøtter, de står her, de skal have lavet et eller andet, nu er det jo gennemgående… altså der er grænser for hvad du skal lave. Hvis du skal putte dem ind i MR, så er det ret vigtigt at vide hvad pokker de skal, for det er en klaustrofobisk maskine så du skal ligge stille. Og vi har jo retningslinjer på, er det interventioner du skal lave så må vi ikke lave dem hvis ikke vi kan kommunikere for de kan jo fandme ikke sige om de har ondt her og der eller noget som helst. Så der stopper det med det samme, hvis det ikke er, og så må man kommunikere med den afdeling, der har henvist hertil, at der skal en tolk på eller der skal i hvert fald være nogle, for vi udfører ikke opgaverne. Jeg vil stadig sige er det bare til DVT’en, er det bare til almindelig hvor vi ikke skal, så skal vi sgu nok få klaret det og de har vel et eller andet sted fået af vide at det er noget med en mave de skal have tjekket når de kommer herind. Men der er jo helt klare regler for når vi stopper med at angribe en patient, for det nytter jo ikke noget hvis vi ikke kan kommunikere, så kan vi overskride en grænse der ikke er særlig god. Man skal også vide hvornår man skal stoppe.

**Simon:** Er der også det med at, nu er du hovedsageligt på ultralyd, og ift f.eks. MR hvor der godt kan være store konsekvenser hvis man ikke har styr på de der foranstaltninger og sikkerhedsinstrukser osv der. Er der en ting i f.eks. ultralyd det der med at sikkerhedsaspekt ikke er det samme og man godt kan være løsere i betrækket med at man ikke har fået alt af vide altså inden undersøgelsen, og det også kan gå alligevel, selvom patienten ikke er 100 % med på det hele… hvis det giver mening.

**Charlotte:** Altså det er jo altid det jeg har undret mig over, hvis en patient dukker op her, så er det vel egentlig fordi man har givet et samtykke til den her undersøgelse og man har alligevel… men der står jo ikke nogle… det her er en serviceafdeling. Hele hospitalet er et tilbud til patienterne. De kan til hver en tid… det er heller ikke min opgave at overtale dem til om det bare er en ultralyd eller det er et thorax billede, det er ikke vores opgave her, så hvis de har lyst til at trække sig, så er det helt klart, og der er jo no hard feelings hvis de så kommer 14 dage efter og vi måske så har, hvis det er lidt svært at kommunikere, har en tolk med sig, det går, men så begynder vi også at sørge for er patienten så klar til at komme her. Men det her det er et tilbud og vi skal ikke overskride nogle person-grænser for at tage en ultralyd.

**Oliver:** Nu vil jeg lige tage et lille sidespring til nogle spørgsmål der omhandler implementeringen af nye teknologier i røntgenafdelingen. Så ville jeg høre, hvilket stadier i forbindelse med når der skal implementeres en ny teknologi eller et nyt værktøj inden for dit arbejdsområde?

**Charlotte:** Altså hvordan det foregår med når de implementerer nogle ting?

**Oliver:** Ja, lige præcist. Hvor lang tid det tager, hvad beslutningsprocesserne er, og hvad der skal til for at det bliver ordentligt indført?

**Simon:** Bliver du også inddraget i sådan nogle ting?

**Charlotte:** Altså jeg får af vide når jeg skal gå over på et kursus og lære det… sektra (?) hvor man så tænker jeg så kommer med åbent sind og det skal nok gå og er rigtig spændende og når man så får udleveret Sektra (?) til det daglige… så må jeg da nok indrømme at jeg synes min motivation er temmelig dalende, det er et råddent system at arbejde i, for mit vedkommende, for jeg skal sidde og booke patienter. Det kan man så ikke, man kan ikke få en ordentlig oversigt. Altså, jeg synes ikke altid helt det der implementering af nye ting og IT… det er bare noget vi tager imod, ikke.

**Simon:** Har du en oplevelse af, når der kommer ny teknologi, at man godt kunne være mere hørt inden for sit arbejdsområde som radiograf, netop at der er nogle instruktioner som du mangler, eller nogle ting som var smarte før. Når du nu nævner, at det er trælse tider.

**Charlotte:** Altså vi fik at vide at det nye system slet ikke kunne gå ned. Det bestiller ikke andet. Og vi tør slet ikke tænke på når Rigshospitalet kommer på. Jeg er en lille smule paf over at… at der er nogle ting der gjorde det sindssygt svært, også for vores sekretær, at arbejde i det her nye. Men at være med i beslutningsprocessen om at vi skal have det ene eller det andet, det er jeg faktisk glad for… jeg kan jo bedst lide at sidde bare og kritisere bagefter. Men det er på et andet plan end her. Jeg synes at man faktisk den her gang gjorde noget, der var rigtigt godt. Det var at vi fik den dag derovre med nogle superbrugere, vi prøvede at fornemme… og ja ja vi giver det en chance, men jeg vil sige der er også et kvantespring fra den der oplæring og så at bruge det i sin hverdag, for vi mangler jo scheduling. Den er simpelthen… det er den der næsten er ved at slå alt ihjel fordi vi mangler en oversigt.

**Simon:** Nu nævner du at du har haft 35 års erfaringer.

**Charlotte:** Ja fy for den.

**Simon:** Du ser altid så ung ud.

**Charlotte:** Tak. Den slap du fint fra.

**Simon:** Ikke også. Man starter med det positive. Nu hvor du har oplevet så mange implementeringer af systemer, og du nævner det lidt demotiverende… kan det så for dig blive sværere for hver gang der bliver implementeret noget, at sætte sig ind i det, kvag også at man har prøvet det for mange gange.

**Charlotte:** Jeg vil bare sige at den nye IT-verden er jo svær. Men jeg er jo ikke født med en mobiltelefon i hånden, vel. Så det er det der kvantespring man nogle gange lige glemmer, at der er en gruppe af os endnu der ikke har den samme tilgang til IT. Men du ved det der arbejdsredskab du har, så du må jo finde ud af at cope med det. Der er altid noget, der er nyt. Der er også kommet nye apparater. Jeg vil sige som radiograf, er du stadigvæk ikke helt så bange for knapper. Men jeg synes vi har haft mange superbrugere, altså jeg synes der har alligevel… der har været styr på med at få fat i hjælp. Der var stor masser af hjælp de første 14 dage, altså vi kommer ikke uden om det. Men det bliver ikke nemmere. Så er det godt vi har studerende hernede, “Ja jeg er altså ikke IT-kyndig”, “Nå det er altid rart at der er en der er 35 år yngre end mig, der heller ikke synes det er et fedt arbejdsområde” (griner). Men jeg synes at man… igen hvis man ikke spørger når det går galt, så lærer man heller ikke noget, vel. Så man kommer ikke uden om det. Så kan jeg godt sidde her og tude, jeg synes stadig det var sjovere før IT’en, sådan en gammel idiot som jeg er.

**Oliver:** Er der mange der er af den holdning, med at nye IT-værktøjer godt kan føre til besvær?

**Charlotte:** Det kommer an på alderen igen. Altså, der er jo jer knallerter, I kan overhovedet ikke trække vejret uden at I har YouTube kørende. Sorry.

(alle griner)

**Oliver:** Det er helt fint.

**Charlotte:** Nej men det kan virkelig være stressende. Det kan virkelig være stressende at være med i den IT-verden hvor vi får nogle hurdler (?) vi ikke lige havde regnet med, vel. Tror vi får et andet system. Men det gælder for alle.

**Oliver:** Hvad synes du selv, er der nogle processer i kommunikationen… i din daglige kommunikation med patienter, som du godt mener kunne forbedres, enten ved at blive digitaliseret, eller noget andet?

**Charlotte:** Der er aldrig noget der er godt, når du har med mennesker at gøre, når du skal have det digitaliseret.

**Oliver:** Så du er helt anti på det punkt, at det er som det er nu eller som det skulle have været for 20 år siden måske?

**Charlotte:** Nej, men vi er stadig mennesker af kød og blod. Hvem skal så læse på lille fru Andersen, som jeg er nede og hente. For det kan godt være at lille fru Andersen ikke kan gå, så jeg bliver nødt til at hente en kørestol for at få hende med ned til ultralyd. Det kan noget digitalt ikke. Det vigtigste er jo mere at de har fået noget indkaldelse der er. Der står, hvad det er de skal og det er jo det der ligger et andet sted fra os. Men jeg ser ikke noget digitalt i altså… vi havde store problemer på Frederiksberg, fordi der var en enkelt der synes at når vi brugte samtaleanlægget til at kalde folk ned det var… som var et kæmpe hjælpemiddel for os, for det viste også at vi faktisk spurgte patienterne og de synes ikke der var noget i vejen med at blive kaldt op med samtaleanlægget og gå ned af gangen og gå til rum 10. Så det er det nærmeste jeg har været i noget digitalisering med at kalde ned, men jeg tror ikke vi kan proppe noget elektronisk ind i… altså du forventer at i stedet for at jeg står og fortæller how to do it, så sætter vi lige en robot i gang med at fortælle hvordan det er, og så kommer lægen og…

**Oliver:** Nej, det behøver ikke at være… det er et meget åbent spørgsmål, men sådan som jeg forestiller mig det, er at det ikke nødvendigvis behøver at være en hel digitalisering af processen så der er en robot der gør det. Men nærmere at du får nogle værktøjer som du kan bruge, som kan gøre din kommunikation med patienten nemmere. Bl.a. hvis der er sprogvanskeligheder, eller kulturelle vanskeligheder.

**Charlotte:** Ja, det ville være fedt. At det hverken er min eller… det kommer ikke til at ske… eller patientens… men der kommer… jamen så skal den være lidt mere anderledes, den der digitale oversættelse, den skal være lidt mere præcis end den er nu. Det kunne jo helt klart være, at man fjernede en hurdle ved at have en tingest der kunne oversætte når man står med dem der ikke kan dansk, for man bliver lidt utryg, når man ikke forstår helt hvad det er du skal udsættes for.

**Oliver:** Ja, for du siger også at det som regel ender med at det er patienten der har en app eller noget lignende, som i bruger til at oversætte. Føler du at du kan stole på den oversættelse?

**Charlotte:** Nej, men som regel kan jeg se, men ellers må vi prøve igen. Jeg prøvede med ham Serberen. Der fik jeg lavet et eller andet, der var vi ved at omkomme af grin, altså fordi sætningen var for lang. Det kunne den ikke magte. Og jeg har jo altid korte sætninger. Så jeg ville synes det var rart at der var noget her på afdelingen, helt sikkert, som kunne gøre at vi kunne kommunikere med, for vi har jo også turister og alt muligt andet. Det er jo fedt at komme som turist her, og så bliver man monster syg. Så det har vi jo også en del af. Så det synes jeg kunne være rigtig rart at man havde nøjagtig noget til…

**Oliver:** Der er specifik for røntgenafdelingen, med de rigtige termer, og sådan nogle ting.

**Charlotte:** Lige præcis. Det ville være fedt.

**Simon:** Ift. når du så står med en… og det er ikke for hele tiden at fokusere på det… men når du så står med en intervention, med en leverbiopsi (?) og der er en læge der står med sterilt udstyr, og du har den primære patientkontakt… kan du se den proces… nogle dele af den proces blive digitaliseret?

**Charlotte:** Nej.

**Simon:** Det kan du ikke, nej. Ville du føle ubehag hvis du stod med en mobil der, og lad os sige…

**Charlotte:** Det kan ikke lade sig gøre. Altså så er det vi skal til at have et item. Et eller andet der står fast. Eller sådan en iPad eller et eller andet der er tunet ind på, så vi kan snakke til dem. Vi kan ikke begynde… for jeg skal både holde hånd og tørre pande, og så lige pludselig så vil han gerne have en anden nål, så skal jeg gå fra det. Så det ville være rigtig fedt hvis man havde noget der var fast inde i rummet, for vi har jo stadig det der med… det skal jo så igen være noget de rkan gøres ordentligt rent, men det ville helt klart være en stor hjælp til de der gange man har brug for at der er noget der kunne oversættes. Det giver jo bedre tryghed, når de forstår, hvad det er man er i gang med.

**Simon:** Og ift. hvad for nogle processer… ville det være gavnligt inden du står med patienten? Er det der hvor du måske tænker…

**Charlotte:** Det er der, hvor vi giver hele indledningen. Men jeg vil stadig sige, at det også ville være rigtig rart under processen. Fordi hvad så hvis de får ondt, eller et eller andet, så er det jo rart at de kan sige til mig at den afspiller med det samme hvad er det, vi skal ikke stå og gætte os til, vi kan godt læse os til at det gør ondt, ikke. Jeg synes det ville være susme godt med noget ordentligt oversættelse til når vi har dem. Så slipper vi for at have nogle til at tolke, der skal komme, eller pårørende. Altså jeg synes der er pres på pårørende at man alligevel skal bruge det. Det vil gøre livet nemmere, helt klart.

**Simon:** Så hvis du fik en iPad dedikeret til det, så ville du godt være indstillet på at bruge den?

**Charlotte:** At bruge den? Ja. Jeg tror det ville være et rigtig godt redskab.

**Oliver:** Og det er jo så ud over, man kan sige at nu snakker vi meget om at den skal kunne oversætte, at man skriver ind hvad man gerne vil have oversat, og så siger den det. Hvad så med… ville det være en ting der kunne hjælpe hvis den også kunne vise videoer af hvordan patienten skal forholde sig til en scanning eller noget lignende… hvis… ja.

**Charlotte:** Altså du tænker at de skal se en lille film om hvad det er der foregår?

**Oliver:** jaaa… præcis, faktisk.

**Charlotte:** Nogle gange så kan der komme et skel der, for vi er henne hvor det hedder bar mave, og vi stikker og prikker i folk. Der tror jeg, man kan skræmme måske mere. Fordi det kan godt være på sigt, så kan de sidde derhjemme og kigge på det, men der er også et sted nogle gange, at så ryger fantasien et andet sted hen, så måske… altså det værste for mig er at afmystificere det her indgreb, fordi de er kørt op i et andet et, fordi de har set hvad det er der foregår. Jeg synes det kunne være smart hvis man blev CT-scannet, eller et eller andet hvor man siger, du bliver lagt ind, for det kan have noget med klaustrofobi, men du skal bare ligge stille her. Men ligeså snart du begynder at prikke i folk, så tror jeg det bliver en lille smule grænseoverskridende. Og der skal man have et menneske og fortælle at jeg er lige her, og det er det her der gør ondt. Der tror jeg hvis du ser det visuelt så kan det blive et større arbejde for os der står omkring til at få lavet indgrebet. Det er bare en tanke. Det tror jeg. Man skal passe lidt på med hvor det er man smider det ind, med det visuelle. Det er meget abstrakt for folk at komme her og blive stukket og prikket i. Jeg tør vædde med hvis du fik en plemetorax (?) så ville du også blive grøn i hovedet. Du skal ligge et sted og få en slange ind i dit hulrum. Det er mærkeligt. Du bliver lige pludselig afskærmet for et eller andet, at have noget at gøre med. Jeg tror vi kan have et problem, visuelt. Hvis det er en ganske almindelig ultralyd eller scanning, men ligeså snart vi stikker i folk, så ville jeg være lidt skeptisk.

**Simon:** Er det så oversættelses-wise?

**Charlotte:** Ja.

**Simon:** Er det sprog? Er det skrift? Hvad tænker du? Er det en kombination?

**Charlotte:** Jeg synes stadig at sproget er bedst. Altså vi kan sagtens klare det med de døve, med de korte, vi har ikke så meget. Det begynder at blive tidskrævende, jeg synes det er fedt hvis man havde sådan en ligesom på telefonen, men vi havde den bare som du siger, hvor den lige har nogle termer. Men det er jo gennemgående, vi står jo ikke og fyrer latinske betegnelser eller andet kryptisk. Det skal jo holdes dernede hvor vi allesammen er med. Der vil jeg meget gerne have en der simpelthen stod fast på stuen, eller man tog med ind og så… nu har vi en hvor det vil være rigtig godt at vi slipper for tolken, og så kan den pårørende bare holde i hånden. Fordi det langsommeliggør processen.

**Simon:** Nu er det at… har du flere spørgsmål?

**Oliver:** Nej, jeg er done.

**Simon:** Det er bare et sidste spørgsmål, og det lægger sig lidt op af… at nu har vi snakket med Frederik og Anna tidligere osv. så er der allerede nu på afdelingen faldet snak om indkøbet af et apparat hvis det ikke allerede er der.

**Charlotte:** Til det?

**Simon:** Ja, et oversættelses-apparat. Og spørgsmålet er, om f.eks. sådan noget information jeg har hørt indtil videre, er at man taler ind og så oversætter den på skrift. Og så ved man ikke helt om…

**Charlotte:** Nej, det gør den ikke… jo, men den kan også gøre det med lyd jo… ja, det gør den også. Men det er fandme besværligt nede i sengen og alt det der, men…

**Simon:** Fordi indtil videre er det der var rart nemlig, at det kommer til at foregå, således at du indtaler og så kommer der en skrift op på det sprog du gerne vil have. Er det en funktion som du synes er lidt omstændelig, eller vil du bare gerne have at man snakker… tale ind og så tale ud?

**Charlotte:** Ja, den skal tale. For ligeså snart folk skal læse et eller andet, altså du fjerner fokus for det vi har. De skal bare lytte fordi så kan de kigge på mig, eller kigge på lægen. Det begynder at blive besværligt hvis jeg skal ind over et stribe-felt og lige (laver spytte lyd med tunge) og lige vise hvad det er der står, så det synes jeg ville være (??). Så helt klart det skal… og så skal det helt klart være med min blide stemme.

(alle griner).

**Simon:** Jeg kan ikke forestille mig nogle andre. Dig og Erik.

**Charlotte:** Ja, helt klart. Det ville være et godt modspil.

**Oliver:** Vi starter med nogle introducerende spørgsmål for at høre lidt om dig, så hvis du vil fortælle lidt om hvem du er og hvad der fik dig til at blive radiograf.

**Sonja:** Nå, jamen jeg hedder Sonja, og hvor gammel er jeg, ja, jeg er 28, ja. Jeg har været radiograf i 6 år og, åh, jeg tror helt tilbage da jeg gik i gymnasiet og vi skulle finde ud af hvad vi skulle være og alt sådan noget, var vi ude på lidt forskellige uddannelser. Jeg aner ikke hvad jeg skulle være. Det har altid tiltalt mig at arbejde med mennesker, jeg har altid været overbevist om at jeg ikke skulle være sygeplejerske, øhm, og jeg ved faktisk ikke præcist hvordan jeg havnede i faget her. Andet end at jeg jo har hørt om det, og nå jamen, det lød jo meget interessant. Og så søgte jeg bare ind.

**Oliver:** Kan du fortælle lidt om dine arbejdsområder? Hvad du laver her?

**Sonja:** Jeg sidder i vores CT team, så jeg laver mest CT scanning. Og så er jeg også i vores røntgenafsnit, men mest i CT.

**Oliver:** Hvordan ser en typisk arbejdsdag ud for dig?

**Sonja:** Jamen, det kan svinge lidt med hvornår jeg møder. Altså hvis jeg har almindelig dagvagt, så møder vi jo ind 07:30, og så er der lige morgen introduktion, og så kommer vi ned i rummene. Og så bruger vi hele dagen med forskellige patienter. Og, så, nogle dage har vi studerende på, som man har ansvaret for, eller som i dag hvor man har oplæring af en ny kollega.

**Oliver**: Ja

**Sonja:** Så er det lidt forskelligt, hvad, hvad for nogle ekstra opgaver man har udover patienter.

**Oliver:** Ja. Og hvor mange patienter er du så i kontakt med i løbet af sådan en typisk arbejdsdag?

**Sonja:** Hvis vi sidder i scanneren, så er det nok en 20 patienter. Hvis jeg er i røntgen, så kan vi godt være 40. Så det varierer meget, og også, hvis det nu er fx sådan er at jeg har vagt, så kan det også godt svinge meget sådan i antallet af hvad jeg har af patienter.

**Oliver:** Ja, jamen hvordan foregår sådan en typisk undersøgelse når du skal samarbejde med en patient?

**Sonja:** Øhm, jamen altså, de bliver jo ankomst registreret, patienterne, de ligger nærmest som en perle på en snor, vi har 20 minutter til hver patient i scanneren, og så er det jo egentlig bare at man går ud og kalder på patienterne, de kommer ind, og så lige kort giver en forklaring på hvad der skal scannes. Hvis jeg fx skal lave en **tordoyoduou** - er det fint, at jeg bruger fagtermer?

**Oliver:** Ja, ja.

**Sonja:** Okay, jamen hvis jeg skal lave **tordoyoduou** scanning, så vil jeg altid forklare “Jamen jeg skal scanne lunger og mave, så du skal fjerne alt metal i det område” og så spørger jeg ind til “Er det noget I har prøvet før” og også fordi vi skal give kontrast væske, så er det også noget vi spørger om de har prøvet det før. Så skal man spørge ind til en masse, øhm, kontraindikationer, i forhold til om jeg må give det her kontrastvæske til patienterne, sådan så, det, det plejer at være meget formelt egentligt. Hvis patienterne er nervøse, så prøver vi at distrahere, eller prøver i hvert fald prøver at se om man kan komme ind på noget smalltalk af en eller anden art.

**Oliver:** Hvad ville fagligt for dit vedkommende være det du betragter som en god undersøgelse?

**Sonja:** Øhm, jamen det er jo at jeg opnår det produkt jeg skal have, ikke, og så er en ekstra ting selvfølgelig at patienten er sød og rar, samarbejdsvillig, ikke nogle konflikter der opstår over hovedet. Og går derfra med de svar som de eventuelt har spørgsmål til

**Oliver:** Hvilket område inden for dit arbejde kan så være svær at håndtere, hvis der opstår kommunikationsvanskeligheder mellem dig og patienten?

**Sonja:** Øhm, jeg synes det kan være svært hvis vi fx har psykiatriske patienter. Øh, det er vi ikke super trænet i at have med at gøre, øhm, nu havde jeg en tidligere idag der var ekstremt nervøs, han var ikke psykiatrisk patient, men han havde åbenbart haft et traume tidligere som barn, hvor han havde haft et overgreb i synhedssystemete, så han var faktisk rigtig bange for at komme ind. Så det, så, da kan jeg godt blive udfordret i det, fordi vi har så kort tid.

**Alle:** Ja

**Sonja:** Så kort tid til at skabe en kontakt imellem os, så da, ja, der bliver jeg udfordret i hvert fald i kommunikationen

**Oliver:** Ja

**Simon:** Gør du dig så nogle tanker inden, når det kommer til kommunikation og så videre, når du så står over for en, altså, når du kan se, at det er en fra psyk, er der så nogle tanker, eller noget ballast, eller erfaring, du har dig, der træder ud for dig?

**Sonja:** Altså ja, mine alarmklokker er tændte, og jeg sørger altid for ikke at stå alene.

**Simon:** Mmmh.

**Sonja:** Med psykiatriske patienter. Altså vi har en regel her på stedet, at hvis de kommer indlagt fra psykiatrien, så skal der være personale med fra afdelingen.

**Simon:** Mhh

**Sonja:** Og ellers, så synes jeg, generelt, at det plejer egentlig at gå fint med de psykiatriske patienter, fordi vi netop har dem i så kort tid, men nej, jeg synes ikke sådan at jeg tænker over hvordan jeg skal snakke til dem, jeg prøver at behandle dem lige som alle mulige andre. Jeg prøver at aflæse, sådan, deres, øhm, deres måde at reagere på så godt det nu kan lade sig gøre.

**Oliver:** Ja

**Simon:** Ja. Ja, nu siger du for eksempel sådan at, der er regler for hvor mange man skal være - har du været i situationer hvor at det, hvor det har påvirket dig rent kommunikationsmæssigt, altså nogle oplevelser, hvor du måske har stået alene med nogen?

**Sonja:** Ja, ja, jeg havde en for noget tid siden ude på Frederiksberg, en psykiatrisk patient, som vi ikke vidste var psykiatrisk patient, fordi han kom fra et andet ambulatorium. Så der stod ikke, at han var psykiatrisk patient. Så der gik det helt skævt, men det var faktisk min kollega der var inde ved patienten, jeg lavede noget andet, fordi at der ikke var nogle af os der vidste hvad han var for en. Det gik helt galt, så vi faktisk måtte løbe derfra, fordi han gik helt, helt amok, ikke. Så det var sådan helt, meget dramatisk. Vi måtte trække os fuldstændig fra det, ikke. Så, ja.

**Simon:** Så der kunne du godt mærke, at, der var der ikke noget at gøre sådan rent kommunikationsmæssigt?

**Sonja:** Ikke med ham der, nej, altså han har jo haft en eller anden psykose af en eller andet. Så på det punkt, der kunne vi ikke have gjort noget anderledes, altså, der var det helt klart afdelingens opgave at informere os om hvilken type patient vi havde. Det var der ikke nogen af os, der var klar over, at han var psykiatrisk. Han var faktisk tidligere blevet afvist i MR, fordi han var psykiatrisk patient, og var gået amok derinde. Det vidste vi så ikke i CT. Så lige den situation, der var kunne vi ikke rigtig gøre noget.

**Oliver:** Er der nogle særlige tidspunkter hvor du forbereder mødet med en patient med tanker på kommunikationen?

**Sonja**: Mmm, nej, altså hvis vi har tid til at læse op på nogle af patienterne, så kan man godt gøre sig nogle ideer om, og nogle tanker om hvad det er for en type patient, man får ind, men øhm. Hvis det er en der er meget syg, at man så prøver at møde det menneske, hvor det er, eller prøve at lure det af, men egentlig gør jeg ikke nogle vildt dybe tanker om det. Jeg prøver at møde alle med respekt, øhm, men de få gange vi har tid til at undersøge nærmere, patienterne, så øhm, så gør man sig da lidt flere tanker om hvad det er for en, man får ind.

**Simon:** Nu nævner du ord som tid og så videre - kan du godt skærpe din kommunikation, altså ændre den på grund af tidspres?

**Sonja:** Ja. Jo, altså 100, hvis jeg har tre liggende ude på gangen og jeg har en der snakker derudaf, kan jeg godt finde på at cutte dem af, og sige “jeg kan godt mærke du har meget på hjerte, men jeg har tre andre på gangen, jeg bliver nødt til at afslutte her”. Det er super, super pres at lukke folk af på den måde.

**Alle:** Ja

**Simon:** Ja. Det tænkte vi også lidt på, det der med, hvad det er for nogle områder og hvad for nogle krav der er til kommunikationen. Når du så er under tidspres, og så videre, er der så nogle specifikke ting, fx i forbindelse med CT, nogle specifikke ting du har meget fokus på i forhold til at nå indenfor den korte tid til kommunikation?

**Sonja:** Alle de relevante oplysninger, jeg skal bruge, for at lave en ordentlig undersøgelse. Det er det, der så er mit fokus. Altså identifikation, spørge ind til kontraindikationer, holde vejret, hvornår de skal holde vejret, altså det er meget få sætninger, der bliver udvekslet. Fordi man har et pres der.

**Simon:** Så, i forhold til sådan en CT scanning, med kontrast og så videre, er det så især de der ting, der kan være nogle konsekvenser for patienterne, som du er meget opmærksom på?

**Sonja:** Ja, jeg siger altid altså, at når de får kontrasten, så bliver de varme i kroppen, og det kan være virkelig ubehageligt, de kan få dårlig smag i munden, og man får en fornemmelse af at man skal tisse. Man bliver varm i blæren. Det er jeg altid opmærksom på at fortælle. Men også fordi det kan have en konsekvens for min scanning, hvis patienten bliver forskrækket derinde, så helt sikkert.

**Alle:** Ja

**Oliver:** Hvad så med din kommunikation med patienter som ikke er dansktalende eller engelsktalende eller ej, er der nogle udfordringer du oplever der?

**Sonja:** Ja bestemt. Bestemt, hvis der ikke er tolk med. Nu er vi heldigvis meget multinationale her, altså, så som regel kan man finde en kollega der kan oversætte. Men vi er da ude i at det bliver med tegnsprog og fagter. Og ellers, nogle gange bliver vi nødt til at aflyse undersøgelser. Der er simpelthen nogle ting vi skal vide om patienterne. Og hvis de ikke har nogle pårørende med, der ikke kan oversætte, så øhm, så kan det jo ikke lade sig gøre at udføre en undersøgelse. Men jo, vi er mega, altså, udfordret i kommunikationen med udenlandske patienter. Det er tit de kommer uden tolk, og så står man der. Og så er det pårørende, der skal oversætte, som måske ikke ved, hvad alle de her ord på dansk betyder, som jeg står og siger. Så det er vi meget udfordret af, synes jeg.

**Oliver:** Hvad med dig i sådan en situation, kan du gestikulere meget, eller bruge visuelle hjælpemidler, eller?

**Sonja:** Altså, vi er nogle gange ude i at bruge Google Translate, men altså det. Hvis det er en undersøgelse uden kontrastvæske, så har jeg ikke noget imod at vi bruger Google Translate. Problemet er, hvis de får en reaktion på det, de får, efterfølgende, fordi så kan de ikke fortælle mig, hvad det er de fejler. Eller hvad de mærker. Så det er jeg helt imod at vi bruger.

**Oliver:** Det er du imod?  
  
**Sonja:** Ja, hvis vi giver kontrast. Det er simpelthen for farligt, hvis patienten bliver dårlig efterfølgende.

**Oliver:** Okay, ja.

**Sonja:** Fordi man kan jo, altså, hæve op i sit svælg, og så kan man jo ikke sige til mig, hvad man fejler, hvad der er galt, fordi man så skal skrive det på en telefon, ikke.

**Simon:** Det med at du har oplevet at man skal aflyse undersøgelser, også i CT og så videre, er det når du ikke føler dig sikker?

**Sonja:** Ja, 100 procent. Også bare det at spørge ind til om de har allergier, altså de skal kunne fortælle mig, man aner ikke hvad en multiallergiker er for en. Specielt når det er nogle der, ikke har prøvet det før. Det er altid i samråd med en læge, der skal tage beslutningen, selvfølgelig, men jeg er meget modstander af at sprøjte noget ind i folk, som man ikke kan kommunikere med. Øhm. Med mindre der står en læge ved siden af mig, som så tager beslutningen.

**Simon:** Hvad er din erfaring med at, det med in-house tolkning, kan du mærke at undersøgelsen ændrer sig? Bliver patienten mere tryg i det, når du henter en kollega, der kan sproget?

**Sonja:** Ja, det er da noget helt andet. Så er der bare en eller anden forståelse, det, så synes jeg det bliver meget fint. Hvis det er en kollega der kan fortælle. Fordi kollegaen også ved hvad der går ud på. Fordi, hvis det er en tolk der kommer ude fra, så er det jo måske en, der slet ikke ved hvad der foregår.

**Alle:** Mmh, ja.

**Simon:** Har du oplevet forskellig kvalitet af tolke så? Er det familie og så videre?

**Sonja:** Ja, altså nogle kommer jo med pårørende, som ikke forstår medicinsk fagsprog, altså og hvad vi laver. Det kan være svært for dem at forklare til en pårørende, hvis de ikke selv forstår, hvad det er, jeg står og siger til dem. Kontra, hvis det er en medicinsk tolk, eller jeg ved ikke hvad der hedder, hvis det er en fra hospitalsvæsenet, der er lidt anderledes kvaliteter der, ja. Men jeg oplever da tit, at jeg føler jeg står og siger det jeg skal sige, og så står de alligevel og kigger på mig, og sådan, har måske så ikke forstået hvad jeg har sagt. Men jeg kan jo ikke vide hvad de siger til patienten, om det så er noget helt andet.

**Alle:** Mmmh, ja.

**Oliver:** Hvad hvis det så er, hvis vi bevæger os væk fra de sproglige vanskeligheder, er der så nogle kulturelle eller religiøse forskelle mellem dig og patienten, der også kan have indflydelse på jeres kommunikation med hinanden?

**Sonja:** Øhm, jeg har ikke lige selv haft en oplevelse af noget. Men altså, vi har jo tit muslimske kvinder, der kommer, og så bliver altså, blufærdige, helt vildt blufærdige, hvis der er mænd til stede. Og det, det kan godt være en udfordring. Og der er det jo tit at kommunikation kan gå galt mellem den mandlige kollega og den her kvinde, fordi jamen, det er jo kun dem (mænd) der er her lige nu, så du bliver nødt til at tage din BH af, eller hvad det nu er de skal, ikke. Øhm, og så har jeg oplevet racisme her, og sådan noget, heldigvis ikke mod mig, men imod mine kolleger. Så går det jo skævt fra starten af. Så bliver jeg streng. Altså, det er ikke i roden.

**Oliver:** Er der så nogle særlige patientgrupper, i forhold til, ja det ved jeg ikke…

**Simon:** Må jeg spørge?

**Oliver:** Ja, selvfølgelig.

**Simon:** I forhold til det der med, at øhm, hvad hedder det, du nævner det der med, at så kommer der nogle der skal have specifikt tøj af, og ikke har lyst til det og så videre. Har du også oplevet at det her kan være en udfordring med folk som at du godt kan kommunikere med rent sprogligt?

**Sonja:** Ja, altså det sker også for danske kvinder, at de ikke har lyst til at tage deres tøj af. Ja, det synes jeg sker hele vejen rundt.

**Simon:** Føles det værre, når du står med patienter, som du ikke kan kommunikere med rent sprogligt?

**Sonja:** Mmh, ja, det kunne det godt være. Fordi der ikke er den der forståelse. At de måske ikke er helt trygge i ens selskab fordi de ikke forstår hvad der sker, og så beder man dem om at smide tøjet, og det er jo også lidt grænseoverskridende. Måske, ja.

**Oliver:** Mmh, hvilke patientgrupper, eller hvis der er nogen, er du så mere opmærksom på i forhold til de her kommunikationsvanskeligheder?

**Sonja:** Jamen, altså, det er typisk udenlandske, altså, øhm, jeg synes det er jo sygt at sige, men der er rigtig mange problemer med indvandrere, hvad hedder de, de ældre kvinder, de er jo ikke sådan super gode i det danske sprog, så det er tit der, vi har vores udfordringer synes jeg. Der er som regel altid nogle børn med, der skal oversætte, men det, det kan være lidt ubehageligt at der kommer en mor ind, hvor jeg så siger, at du skal tage dit tøj af, og så står der hendes teenage dreng og skal kigge på at hun afklæder sig, ikke. Så jeg synes det mest er i den patientgruppe, at vi har vores udfordringer. Nu er vi så begyndt at have rigtig mange ukrainske flygtninge, som vi også har problemer med, altså vi har så en del her der kan tale russisk med dem, så det løser vi rimeligt.

**Alle:** Ja

**Oliver:** Hvordan sikrer du dig så at patienterne forstår de her nødvendige instrukser og oplysninger som de skal forstå?

**Sonja:** Ja. Ja, det er et godt spørmgsål.

**Simon:** Er du sådan meget visuel? Gestikulierende?

**Sonja:** Jamen, ja, hvis det bare sådan er, at de skal holde vejret, så bruger jeg fagter, bruger mig selv, og alt sådan noget, men med kontrast, som sagt, så er det ikke noget jeg kan stå inde for hvis de ikke forstår hvad jeg siger. Og også CPR nummer, så er det også tit sådan at jeg gestikulerer sundhedskortet, altså blafre lidt med armene.

**Oliver:** Ja. Du nævner, øhm, du har nævnt, in-house tolke, Google Translate - er der andre værktøjer eller apps eller løsninger du tager i brug for at overkomme de her kommunikationsbarrierer?

**Sonja:** Øhm, ikke noget jeg selv har, jeg ved at der findes en eller anden app der skulle vær helt vildt god til ukrainsk, men det er det eneste jeg ved. Da de begyndte at komme her, og vi skulle undersøge dem, så ved jeg at der var nogle der hentede den på deres telefoner. En app der skulle være rigtig god, det ved jeg ikke lige hvad skulle være for en. Men ellers ikke nej.

**Oliver:** Okay, så det er lidt forskelligt fra medarbejder til medarbejder hvad man benytter af værktøjer?

**Sonja:** Ja helt sikkert. Og jeg tror også der er nogle, der køre roke, og så scanner de dem bare. Altså, så er det abre…

**Simon:** Er det også, kan det også være en ting med patient pres og så videre, tidspres, kan du have oplevelser du føler at du på en eller anden måde, at du har fået et ja fra en patient, men du så stadig har lidt ubehag i kroppen om de forstår hvad du mener?

**Sonja:** Ja, ja det tror jeg sagtens der er flere af os der bare får kørt videre. Men jeg vil sige at det kommer meget an på hvad det er for nogle undersøgelser, altså hvis det er "bare" er en kontrol af et eller andet, så øhm, ville jeg ikke presse på at vi scanner, men hvis det er en akut patient, der har smerter i maven og eventuelt skal opereres, så bliver de kørt igennem. Selvom de ikke forstår hvad jeg siger. Det varierer så lidt fra undersøgelse til undersøgelse, ikke.

**Simon:** Så du siger, at nogle undersøgelser, dem må man bare køre igennem fordi det er for deres eget helbreds skyld?  
  
**Sonja:** Ja, ja, fordi det er livsnødvendigt, ikke.

**Oliver:** Yes. Jeg vil også lige tage et lille sidespring og spørge dig om nogle spørgsmål der handler om implementering af nye værktøjer og teknologier i jeres afdeling. Så, hvis du vil prøve at beskrive hvilke stadier, der er, hvis der skal implementeres noget nyt, som kan bruges i kommunikationen?

**Simon:** Ja, undskyld, det er ikke for at afbryde, det er bare generelt.

**Sonja:** Altså med nye ting her i afdelingen?

**Simon og Oliver:** Ja

**Sonja:** Ja, altså ja, der vil altid være nogle, der stejler jo. Der er jo nogle der er vante til at arbejde med nye ting, og er omstillingsparate, men så er der nogle der er sådan “ej, det plejer vi ikke at gøre”. Så det vil dele vandene, tror jeg. Det er det samme med hvis vi implementer hvilken som helst andre ting. Så er der nogle der vil synes det er mega fedt at der kommer nogle nye ideer, og så vil der være nogle der går modsat, ikke. Og så vil der være en gruppe der, der skal arbejdes lidt på. Men det tror jeg sker med alt. Og specielt også med digitalisering. Nu er vi jo en ret ung afdeling, vi har en stor ung gruppe, så alt hvad der har med digitalisering at gøre, vil jo være nemmere for dem fordi de er født med iPads og det hele. Men jeg tror det kan være sværere for den ældre generation

**Oliver:** Så der er også nogle konservative holdninger i forhold til ny teknologi?

**Sonja:** Helt sikkert, helt sikkert.

**Oliver:** Hvad synes du selv om nye implementeringer?

**Sonja:** Jamen, jeg synes det er spændende uanset hvad man finder på, så længe det er noget der effektiviserer. Så synes jeg det er fint. Altså jeg, er jo fra den digitale verden. Så det gør ikke mig noget at der kommer nogle nye gadgets eller et eller andet, det er jeg sgu ikke bange for.

**Simon:** Hvor mange gange har du sådan oplevet, at du skulle igennem en implementering af noget nyt teknologisk?

**Sonja:** Hmm. Noget nyt teknologisk. Altså, i forhold til vi får nye rum og så videre for eksempel?

**Simon:** Ja, det kan være alt.

**Sonja::** Jamen vi har lige fået nyt system, jo, nyt **PAX** system. Der var folk jo virkelig bange for, hvad det nu var for noget. Men nu, så er det jo bare, ja det er nok bare frygten for noget nyt. Også, bare, da vi fik vores nye bygning. Folk kunne ikke håndtere, overhovedet, at nu skulle der ske noget nyt. Så et par gange har jeg oplevet noget nyt.

**Simon:** Så du oplever lidt det der med, lad os sige, for nogle der er omstillingsparate, og måske også alder, at der er man mere nysgerrig måske, og mere klar på at… og måske ikke er så tilbageholdende?

**Sonja:** Ja, det synes jeg helt sikkert har noget at sige. Altså at være nysgerrig på hvad det er. I stedet for bare at skyde det ned, inden man overhovedet har fundet ud af hvad det kan, fordi prøv at tænk hvis det nu er den nye dybe tallerken, så ville det jo være fantastisk. Ja.

**Simon:** Kan du godt savne i forhold til implementering af ny teknologi, at det er noget mere sådan fagspecifikt i dit område? Har du nogle oplevelser med det? At det er mere radiograf-specifikt?

**Sonja:** Uh, det ved jeg ikke. Det synes jeg ikke, det synes jeg er svært, altså det har jeg svært ved at se hvad kunne være.

**Simon:** Ja helt klart, det er bare om du synes I bliver lyttet nok til?

**Sonja:** Ja, jeg tror der sker meget på ledelsesplanen, som rent faktisk ikke kommer ned på gulvet hos dem der rent faktisk står i det, ikke. Jeg tror der bliver truffet rigtig mange beslutninger over hovedet på en, som jeg ikke er sikker på vi ved der foregår. Men der sker noget lige pludselig, ikke. Det kunne da være interessant at inddrage personalegruppen noget mere i større beslutninger. I stedet for det måske er det de samme hatte, der får lov til at bestemme det hele.

**Oliver:** Ja

**Simon:** Så, de interne beslutningsprocesser omkring udstyr eller noget andet, så generelt savner du måske lidt at man selv kunne blive inddraget?

**Sonja:** Ja, ja. Bestemt. Jeg ved da, at der er flere på afdelingen der har nogle ideer, men de bliver skudt ned fordi man ikke har den rigtige hat på.

**Alle:** Mmh

**Sonja:** At man ikke sidder på den rigtige post.

**Simon:** Tror du det hænger sammen med at være “bange” for at prøve noget nyt?

**Sonja:** Ja, altså det med at man får nye ideer?

**Simon:** Ja

**Sonja:** Ja, altså jeg tror også der er en stolthed fra vores ældre kolleger. “Nå, jamen, det var ikke mig, der fandt på det. Du er for ung i dit fag til at du får lov til at bestemme det her”. Desværre.

**Simon:** Så du føler også det med, altså kan det også have noget at gøre med, at hvis nu du skulle være i en beslutnignsproecs omkring, helt tilfældigt (alle girner), et tolkeapperat, ville det så være, at der er nogle gammeldags holdninger til hvad der ville virke, i forhold til hvad du faktisk synes der ville være smart og så videre?

**Sonja:** Mmm, ja, det ved jeg sgu ikke. Ej hvis jeg skulle sidde med i en belsutningsgruppe omkring noget, nu er jeg så komfortabel i min afdeling, at jeg godt tør åbne min mund, men så hvis der var nogle nye i faget og i afdelingen, kunne det være svært at være tryg i at sige at “Jeg er ikke helt enig i din konservative holdning”. Altså fordi, det er der her.

**Simon:** Så du føler nærmest det er sådan lidt hierarkisk nogle gange?

**Sonja:** Ja, ja, fuldstændig. Og vi bliver kigget ned på fordi vi har vores telefoner.

**Simon:** Og det er der også en aldersforskel i?

**Sonja:** Ja, ja. Der er en meget stor kløft. De forstår det ikke, de gamle. Hvad fanden telefoner bruges til. Altså andet end bare at ringe og være på facebook. Så helt sikkert, er der en kæmpe alders kløft og forståelse for, hvad telefoniske apparater kan bruges til. Så det får i et problem med, med de gamle her (alle griner).

**Oliver:** Ja, men altså vi har egentlig fået dækket vores faste spørgsmål. Så jeg vil egentlig prøve at spørge lidt mere løsningsorienteret nu, altså hvis vi nu skulle gå helt konkret til en digital løsning der forbedrer kommunikation med patienter der ikke snakker dansk eller engelsk. Du siger, der er et område hvor du ikke vil bruge Google Translate, når det er, at der er noget ret vigtigt som skal oversættes rigtigt. Hvad skal der til for at du tør stole på et værktøj, der kan oversætte?

**Sonja:** Det er fandme svært. Fordi altså, jeg ville jo allerhelst kunne kommunikere med patienterne anytime. Men det er jo svært når de ikke forstår hvad jeg siger. Men det er nok også bare fordi Google Translate kun kan skrive, eller man kan måske også indtale, det er jeg ikke helt sikker på hvordan fungere, men altså. Om den oversætter, det har jeg ingen ide om. Så et gennemtestet apparat, der kunne oversætte, jeg ved ikke, ja.

**Oliver:** Ja, ja. Så altså, at apparat der ka noversætte medicinske udtryk?

**Sonja:** Ja, altså jeg tænker også lidt et, der skal kunne tale til patienterne. Fordi hvis at patienter hæver op i ansigtet, og ikke kan læse lige pludselig, altså det, så noget der kan tale til patienterne på en eller anden måde. Eventuelt noget visuelt, hvis man ikke kan høre noget lige pludselig. Altså jeg ved det ikke.

**Simon:** Så, altså lidt fleksibelt.

**Sonja:** Ja, ja, det tænker jeg.

**Simon:** Er der nogle områder, altså nu er du i CT, men er der nogle områder du godt kunne se der er nogle ting der kunne digitaliseres, måske nogle formaliteter eller noget, noget der står på skrift nogle steder, altså noget der er meget u-tvetydigt eller noget, sådan noget som medicinske og latinske termer er lidt svært at…

**Sonja:** Det fattede jeg ikke (alle griner).

**Simon:** Ja, jamen for eksempel, at spørge om sukkersyge for eksempel, er det en proces der kunne digitaliseres?

**Sonja:** Ja, man kan jo sikkert få dem udspurgt, inden de kommer ind til os. Giv dem et spørgeskema eller noget. Ja.

**Simon:** Så det ville du kunne stole på?

**Sonja:** Ja måske, men altså jeg tror sgu ikke jeg stoler på så mange andre end mig selv og mine kolleger med så vigtige spørgsmål. Altså hvordan kan jeg være sikker på at patienten har forstået spørgsmålet korrekt? Hvis det skulle være noget de krydser af på skema eller på en tablet inden de kommer ind til mig? Altså har de læst det forkert?

**Simon:** Mmh, så du føler sådan et afkrydsningsskema er lidt ligegyldigt fordi der stadig vil være den der usikkerhed om de nu har forstået spørgsmålet korrekt?

**Sonja:** Ja, altså, nu ser jeg meget sådan noget Border Control, prøv at se alle de kinesere der rejser ind i Australien, de har krydset af “Nej, nej, vi har ikke noget frugt eller noget med i min taske". Og så har de frugt i tasken, ikke (alle griner). Jamen jeg kan jo ikke stole på hvad de krydser af. Og s, nu når vi har **tomrokdofolyse**, så kan jeg jo stille dem et spørgsmål, og så kan de sige “Næh, jeg kan ikke tåle kontrast”. Og så kan lægen sige “Jamen jeg har lige spurgt”. Nå, jamen hvad så?

**Simon:** Ok ja, ja, så der oplever du også, at uanset hvilket sprog man snakker, så kan det også godt opstå?  
  
**Sonja:** Ja, hvis de ikke har forstået, hvad det går ud på, altså hvad de bliver spurgt om.

**Oliver:** Ja, hvad så med, nu var vi inde på visual cues i forhold til at man kan vise, altså det ved jeg ikke, små videoer, lige som “nu skal du lægge hånden her” og så videre.

**Sonja:** Ja altså, det kunne da godt være. Altså, patienter, der aldrig nogensinde har prøvet en CT scanning, og så ligesom vise, at det faktisk ikke er super farligt det her. Det kunne måske godt skabe noget ro på en eller anden måde. Man gør det jo meget over for børn. Det kunne måske godt bruges ja.

**Simon:** Så du tænker sådan, inden de står inde i scanneren?

**Sonja:** Mmh

**Simon:** Tidligere interviewede vi en kollega, der sagde, at i MR kan det være meget voldsomt at komme ind og se sådan en stor ting. Ville det kunne hjælpe på situationen i nogle tilfælde at patienterne har set visuelt hvad der er, der skal foregå inden, altså uanset sprog og så videre?

**Sonja:** Ja, helt sikkert. Også hvis man kan på en eller anden måde forberede dem på, at de skal have kontrast. Altså nogle gange aner de jo ikke at jeg skal stikke dem i armen. Så bliver de forskrækket over det. Så det tror jeg da helt sikkert for at kunne tage lidt toppen af det der, også fordi vores maskine er jo også gigantisk, ikke. Ja.

**Oliver:** Cool. Jeg har ikke flere spørgsmål.

**Simon;:** Øhm, nu har vi talt om potentielle apparater og sådan, øhm, så altså, det der ville virke for dig er, at hvis der er nogen med medicinsk baggrund der har godkendt apparatet?

**Sonja:** Ja, det tænker jeg helt sikkert. Det ville give en eller anden troværdighed. Og så være sikker på, at de begreber og de udtryk, også er det, der bliver oversat til arabisk, og whatever. Ja. Øhm, ja, det ville da give noget helt bestemt.

**Simon:** Ja, nu, øhm. Ja, nu har jeg lige tabt den. Øhm (alle griner).

**Oliver:** Ta’ den fra starten.

**Simon:** Nå, det har jeg sgu glemt. Nej, men, det var det der med, at hvis man har et apparat der er certificeret og gennemtestet, nu kan jeg huske det, altså hvis din profession var blevet inddraget, så ville du altså kunne stole på sådan et apparat?

**Sonja:** Ja, mh, ja, 100. Altså hvis der var en radiograf, de havde indtalt alt, så ja, 100 procent. De ved lige præcis hvad vi laver her. Helt sikkert.

**Oliver:** Cool. Tusind tak.

**Sonja:** Selv tusind tak. Ja.