



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Röntgensjuksköterskans upplevelser av att möta kvinnor som återkallats efter mammografiscreening

Författare: Emilia Hansson och Linda Khalil

Handledare: Bodil Andersson

Kandidatuppsats, Empirisk studie

Hösten 2020

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Röntgensjuksköterskans upplevelser av att möta kvinnor som återkallats efter mammografiscreening

## The radiographer's experiences of encountering women recalled after mammography screening

Författare: Emilia Hansson och Linda Khalil

Handledare: Bodil Andersson

Kandidatuppsats, Empirisk studie

Hösten 2020

### Abstrakt

**Bakgrund:** Befintlig forskning visar på att kvinnor som blir återkallade till mammografi känner en viss oro och rädsla inför undersökningen. Rädslan och oron kan handla om diagnos men även om smärta inför undersökning.

Röntgensjuksköterskan inom mammografiverksamheten möter dagligen kvinnor med misstanke om bröstcancer. Mötet är betydelsefullt så att det blir en god upplevelse för kvinnan. **Syfte:** Att belysa röntgensjuksköterskans upplevelser av mötet med kvinnor som blir återkallade efter mammografiscreening. **Metod:** Studien har genomförts med kvalitativ metod, induktiv ansats och intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Totalt ingick 11 röntgensjuksköterskor från tre sjukhus i Södra Sverige i urvalet. **Resultat:** Dataanalysen resulterade i sju kategorier med två till fyra subkategorier. Kategorierna var; *Vikten av information, Distansering, Närmande, Empati, Belastning, Trygghet* och *Professionalitet*. **Slutsats:** Det finns både icke-vårdande och vårdande i mötet. Det vårdande mötet, var det mest framträdande i studien. En teoretisk modell med "caring och uncaring" belyser mötet mellan kvinnor som återkallats efter mammografiscreening och röntgensjuksköterskan. Det handlar om att ha en ständig balans som röntgensjuksköterska; finnas där för patienten och även kunna hantera personliga känslor som kan uppkomma.

### Nyckelord

Radiographer, experience, encounter, women, recall, mammography screening

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Perspektiv och utgångspunkter .....	3
Teoretisk referensram .....	3
Bemötande .....	4
Mammografi .....	4
Syfte .....	5
Metod .....	5
Urval .....	5
Datainsamling .....	6
Dataanalys .....	7
Forskningsetiska avvägningar .....	7
Resultat .....	8
<i>Övergripande förståelse av mötet med kvinnor i en sårbar situation</i> .....	9
Vikten av information .....	9
Distansering .....	10
Närmande .....	11
Empati .....	12
Belastning .....	13
Trygghet .....	14
Professionalitet .....	15
Diskussion .....	17
Diskussion av vald metod .....	17
Diskussion av framtaget resultat .....	19
Det vårdande mötet .....	20
Det icke-vårdande mötet .....	22
Slutsats och kliniska implikationer .....	23
Referenser .....	24
<i>Bilaga 1</i> .....	28
<i>Bilaga 2</i> .....	31
<i>Bilaga 3</i> .....	32

# Introduktion

## Problemområde

Tidigare studier visar att kvinnor upplever oro och obehag i samband med mammografiundersökningar (Hafslund, 2000; Sterlingova & Lundén, 2018). Enligt Bolejko et al. (2014) upplevde kvinnorna en berg-och-dalbana av känslor, de började föreställa sig de värsta scenarierna och beskrev att de kände sig osäkra inför diagnosen. Vissa kvinnor som blev återkallade menade Ong och Austoker (1997) reagerade som om de redan har blivit diagnostiserade med bröstcancer. Fine et al. (1993) nämner att kvinnor som inte fått någon information i form av en broschyr eller liknande innan återkallelsen är mer oroliga, rädda och har ångest än de som har fått det.

En röntgensjuksköterska har ett ansvar, utifrån den yrkesetiska koden, att genom ett gott bemötande, respektera och skydda individens integritet och värdegrund, samt lindra obehag och smärta vid en undersökning eller behandling (Vårdförbundet, 2008). Genom att belysa röntgensjuksköterskans upplevelser kan detta bidra till att skapa en insyn i hur mötet mellan vårdgivaren och vårdtagaren fungerar och därefter kunna arbeta för eventuella förbättringar. Detta kan i sin tur generera bättre förståelse i hur bemötandet bör se ut inom röntgensjuksköterskans profession. Författarna har skaffat erfarenheter under utbildningen av att möta kvinnor som återkallats efter mammografiscreening, vilket har inneburit ett speciellt intresse för hur kvinnorna blir omhändertagna i samband med mammografi och hur röntgensjuksköterskan upplever dem. Dock saknas det tillräcklig forskning om röntgensjuksköterskans upplevelser av att möta kvinnor som blir återkallade. Därför har vi valt att utföra en intervjustudie för att belysa röntgensjuksköterskans perspektiv utifrån sina upplevelser av mötet med återkallade kvinnor i samband med mammografiscreening.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Röntgensjuksköterskans huvudområde är radiografi som hämtar kunskap från omvårdnad, medicin, bild- och funktionsmedicin och strålningsfysik (Svensk förening för röntgensjuksköterskor [SFR], 2012). Yrket som röntgensjuksköterska präglas av flertal arbetsuppgifter med skiftande karaktär. Röntgensjuksköterskan utför undersökningar och behandlingar och måste även ta bilder av hög kvalitet med så lite strålning som möjligt samt arbeta patientsäkert och ge god omvårdnad (SFR, 2012).

Professionen utgår ifrån den yrkesetiska koden och innehåller fyra olika områden; röntgensjuksköterskan och vårdtagaren, professionen, samhället och yrkesutövaren i vården (Vårdförbundet, 2008). Utöver arbetet med teknologin beaktas den humanistiska människosynen som ett fokus inom bland annat arbetet som röntgensjuksköterska. Människan ses som en självständig individ som är förnuftig och tillräckligt kunnig att fatta sina egna beslut vad gällande sin egen vård (Sandman & Kjellström, 2018). Studien använder sig av det holistiska perspektivet vilket innebär fokus på människan som helhet (Nordenfelt, 1991). Röntgensjuksköterskans fokus läggs inte enbart på kvinnans sjukdom utan på hennes välbefinnande, hälsa och kvinnan som helhet.

### *Teoretisk referensram*

Halldorsdottir (1996) beskriver i sin avhandling en omvårdnadsteori som anses vara lämplig att använda som teoretisk referensram i denna studie. Teorin belyser två grundläggande metaforer, väggen (the wall) och bron (the bridge). Bron är en metafor för "caring" och innebär i detta sammanhang ett ömsesidigt förtroende som uppstår mellan vårdtagaren och vårdgivaren. Väggen symboliserar "uncaring" och är ett hinder för interaktionen och kommunikationen mellan parterna som uppstår vid en negativ vårdrelation. Det uppstår då ett misstroende inom det professionella vårdandet, vilket i sin tur leder till missnöje.

Det är av största vikt att röntgensjuksköterskan kan ta ansvar för konsekvenserna som kan uppstå under mötet med patienten. Ett gott intryck och bemötande kan generera en möjlighet till en god vård utifrån kvinnans perspektiv (Andersson et al., 2008).

### *Bemötande*

Mötet med patienten i samband med undersökningar och behandlingar präglas av krav och kunskaper som framgår i kompetensbeskrivningen för legitimerade röntgensjuksköterskor (SFR, 2012). De krav som nämns är självständighet, evidens och professionellt ansvar. Huvudområdet radiografi innefattar även kunskaper om patientsäkerheten och interaktionen mellan vårdmiljö, teknik samt människan (SFR, 2012). Interaktionen med patienten är en förutsättning för förståelse och engagemang (Booth, 2008). En kompetent röntgensjuksköterska bör ha förmågan att bedöma patientens behov av omvårdnad. Genom bedömning av patientens behov och förutsättningar kan ett individuellt bemötande skapas (Andersson et al., 2008).

### *Mammografi*

Det finns klinisk mammografi då kvinnan remitteras från vårdcentral eller annan vårdinstans efter upptäckt av en förändring i bröstet. Det finns dessutom mammografiscreening där kvinnor i åldrarna mellan 40-74 år erbjuds screening var 18-24:e månad. Den främsta anledningen till att screening genomförs är att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede (Socialstyrelsen, 2014). Mammografi är en röntgenundersökning av bröstet och det är röntgensjuksköterskor som utför undersökningen. Enligt Cancerfonden (2018) tar bildtagningen vid mammografi mellan fem och tio minuter. Vid undersökningen krävs det att kvinnan är bar på överkroppen och därefter genomför röntgensjuksköterskan undersökningen med en till tre röntgenbilder på varje bröst med kompression (Ibid).

Efter en mammografiscreening kan kvinnor med misstänkta förändringar återkallas för vidare utredning. Vid återkallelsen kan undersökningen ta längre tid. Då görs det några kompletterande undersökningar i form av utökade mammografi bilder, ultraljud samt fin- eller mellannålsbiopsi. Återkallelsen av kvinnorna efter mammografiscreening sker därför i

samband med kompletterande bilder. För behandling av bröstcancer är kirurgin den primära behandlingen som vidtas (Cancerfonden, 2020). Vissa tumörer är hormonrelaterade vilket betyder att de använder hormonet östrogen för sin tillväxt (Cancerfonden, 2018). Därför kan hormonsänkande behandling ges som tablett till kvinnan (Kumlien & Rystedt, 2016). Beroende på tumörens storlek och tillväxt kan det även vara aktuellt med strålbehandling eller läkemedel inför eller efter operation (Socialstyrelsen, 2014).

Som röntgensjuksköterska inom mammografisk verksamhet ställs det krav på kunskap och kompetens av hög kvalitet. Detta innebär bland annat att kunna ha specialiserade tekniska färdigheter och en god förmåga till kommunikation med patienten, för att i sin tur ge ett gott bemötande. Dessutom måste varje röntgensjuksköterska skapa en god patientsäker vård och öka möjligheterna till en god upplevelse för patienten (Arnold, 2016).

## **Syfte**

Syftet med studien var att belysa röntgensjuksköterskans upplevelser av mötet med kvinnor som blir återkallade efter mammografiscreening.

## **Metod**

Studien genomfördes som en empirisk studie med intervjuer som datainsamlingsmetod och med induktiv ansats. Studien var kvalitativ och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. En empirisk studie innebär att information samlades in från verkligheten, grundat på erfarenheter och upplevelser (Henricson, 2017).

## **Urval**

Urvalet bestod av 11 legitimerade röntgensjuksköterskor, som inom de senaste tio åren var eller hade varit kliniskt verksamma inom mammografiscreening på tre mammografienheter i södra Sverige. En mellanhand inom respektive enhet tillfrågade röntgensjuksköterskor för



deltagande i studien utifrån kriterierna. Det innebar att deltagarna hade möjlighet att välja om de ville medverka i studien eller inte. Totalt tillfrågades 12 röntgensjuksköterskor medan 11 accepterade att delta i studien. Samtliga var kvinnor.

## **Datainsamling**

Datainsamlingen påbörjades efter att tillstånd att utföra studien inom respektive mammografienhet erhållits samt rekommendation från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN). Mellanhanden, en person inom verksamheten tillfrågades och utsåg deltagarna, och kontaktade därefter författarna med namn och mailadress på deltagarna. Författarna skickade ut projektplan, brev med syfte och ansvariga för studie samt blankett om informerat samtycke, via mail. Deltagarna kunde själva bestämma tid och plats för genomförande av intervjun. Författarna gav muntlig information i samband med intervjuerna. Datainsamling gjordes via intervjuer och deltagarna tillfrågades och godkände att dessa fick spelas in via telefon.

Intervjun genomfördes som en semistrukturerad intervju med öppna frågor. En intervjuguide användes (Bilaga 1). Intervjuguiden testades genom att författarna utförde en pilotintervju. En pilotintervju utfördes för att frågorna och upplägget skulle testas och prövas av författarna. Författarna hade tillfälle att testa sina kunskaper i situationen som intervjuare (Henricson, 2012). Inga ändringar gjordes av intervjuguiden och därför kunde pilotintervjun inkluderas i studien.

Under datainsamlingen deltog båda författarna vid intervjuerna, antingen ledde intervjuerna eller skrev kommentarer. Fyra av 11 intervjuer utfördes inom mammografienheterna. Situationen med Covid-19 gjorde att en av intervjuerna genomfördes via Zoom och sex med röstinspelning via telefon. Intervjuerna spelades in och transkriberats ordagrant av båda författarna. Intervjuerna förvarades på ett USB-minne med säkerhetskod, endast avsedd för författarna och handledare. Författarna började intervju i augusti 2020 och gjorde sin sista intervju i november samma år. Intervjuerna varade mellan 11 och 50 minuter.

## Dataanalys

De transkriberade intervjuerna analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Både manifest och latent analys användes. Den manifesta, innebär analys som ligger nära textens innehåll medan den latent innebär en mer djupare och tolkande analys (Henricson, 2012).

Dataanalysen inleddes med att båda författarna först läste igenom samtliga intervjutexter flera gånger för att få ett helhetsperspektiv. Därefter analyserades intervjutexterna genom att följa en bestämd ordning avseende meningsenheter, kondensering, kodning, subkategorier och kategorier (Bilaga 2) (Graneheim & Lundman, 2004). Efter att intervjutexterna lästes flera gånger fortsattes analysen med att markera meningsbärande enheter i texten utifrån upplevelser och därefter kondenserades och märktes de med en kod. Meningsbärande enheter är textnära meningar eller fraser som innehåller information, relevant utifrån syftet. De olika koderna jämfördes och sorterades i olika subkategorier och slutligen i sju olika kategorier (Bilaga 3) (Graneheim & Lundman, 2004). Citat användes från intervjuerna för att presentera kategorierna och för att lyfta fram studiedeltagarnas upplevelser.

## Forskningsetiska avvägningar

Rekommendation att genomföra studien erhöles av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 49-20). Driftscheferna på respektive mammografienhet gav sitt tillstånd att genomföra studien vid de olika avdelningarna i södra Sverige.

Författarna följde de etiska principerna som anges i Helsingforsdeklarationen (2013) som innebär respekt för individen, på sådant sätt att ingen tolerans för kränkningar eller annan form av skada accepterades i studien. Beauchamp och Childress (1994) beskriver fyra etiska principer som är viktiga att förhålla sig till inom forskningen; autonomi-, inte-skada-, göra gott- och rättvisepprincipen. Autonomipprincipen innebär att alla människor har lika värde och rätt att bestämma över sitt liv. Denna princip säkerställdes genom frivilligt deltagande, respekt till individen och informerat samtycke. Studiedeltagarna var inte i någon beroendeställning till författarna. Inte-skada-principen innebär att alla människor har en moralisk skyldighet att inte

skada andra (Beauchamp & Childress, 1994). Denna princip säkerställdes genom att avsätta tillräckligt med tid till intervjuerna med röntgensjuksköterskorna, på grund av eventuella upplevelser av svåra möten. Röntgensjuksköterskan var då i fokus och fick möjligheten att berätta om sina egna upplevelser och erfarenheter.

På grund av pandemin genomfördes sex intervjuer via telefon. För att säkerställa principen göra gott, gavs skriftlig och muntlig information till deltagarna. Kontaktuppgifter fanns med i breven till författarna och handledaren.

Deltagarnas skydd av personuppgifter regleras av dataskyddsförordning (GDPR) Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, SFS (2018:218). Registrering av denna kandidatuppsats i GDPR bedömdes inte vara ett krav. Arbetet utgick från konfidentialitet, som innebar att endast författarna och handledare hade tillgång till intervjuerna och de transkriberade texterna. Inga obehöriga hade möjlighet att identifiera medverkande personer, detta för att skydda deltagarnas privatliv och integritet (Sandman & Kjellström, 2014). De inspelade intervjuerna och transkriberingarna överfördes till ett USB-minne med säkerhetskod och efter godkänt examensarbete kommer dessa att rensas på allt material.

## Resultat

Analysen resulterade i sju kategorier som beskriver röntgensjuksköterskans upplevelser av mötet med kvinnor som återkallats efter mammografiscreening. Dessa kategorier är; *Vikten av information, Distansering, Närmande, Empati, Belastning, Trygghet, Professionalitet*. Inom varje kategori identifierades mellan två och fyra subkategorier (Bilaga 3). Ett tema, "Övergripande förståelse av mötet med kvinnor i en sårbar situation" framkom, för att bidra till ökad förståelse av röntgensjuksköterskans möte.

## ***Övergripande förståelse av mötet med kvinnor i en sårbar situation***

Röntgensjuksköterskan upplevde att mötet med de kvinnor som återkallats innefattade oro, rädsla och ångest. Kvinnan upplevdes som sårbar och många kvinnor befann sig i chocktillstånd på grund av ovissheten om utgången av röntgenundersökningen. Oro kunde handla om osäkerhet om diagnos men även om oro för smärta i samband med kompression av bröstet. Oro och rädsla kunde uttryckas i form av aggressivitet och upprördhet. Dessutom möttes röntgensjuksköterskan av patienter som var tacksamma och visade sin uppskattning med kramar och komplimanger. Vissa möten berörde röntgensjuksköterskan mer än andra. När det skapades en djupare relation till patienten kunde det innebära att röntgensjuksköterskan "tog med sig patienten hem". Ofta gällde det unga kvinnor eller kvinnor i samma ålder som röntgensjuksköterskan.

### ***Vikten av information***

Kategorin vikten av information innefattar faktorer som röntgensjuksköterskan upplever i mötet med kvinnan. Totalt ingick fyra subkategorier; *Tydlighet, Välinformerad, Tillgänglighet* och *Tålamod*.

Röntgensjuksköterskan upplevde att informationen var *tydlig* och att det bidrog till bättre bemötande och ett ömsesidigt samförstånd. Röntgensjuksköterskan nämnde vikten av att behöva upprepa sig flera gånger och ge kvinnan den tid hon behövde för att kunna ta in informationen som gavs. Det påpekades även att kvinnorna kunde upplevas frånvarande och därmed inte kunde ta in informationen som gavs av röntgensjuksköterskan. Därför upplevdes tydligheten med information i mötet med kvinnan väldigt centralt.

*“Jag upprepar många gånger, är det någon som inte tar in information så kan man behöva upprepa saker. (I = 7)*

I mötet med kvinnan som återkallats upplevde röntgensjuksköterskan vikten av att vara *välinformerad*. Det första röntgensjuksköterskan gjorde när hon kallade in kvinnan var att informera och berätta om vad som skulle hända under mötets gång. Till exempel att de skulle ta fler bilder på bröstet, eventuellt göra ultraljud och biopsi, så att det inte skulle komma som en överraskning.

“... om man är välinformerad så vet man ju lite om vad som ska hända.” (I = 2)

Röntgensjuksköterskan upplevde krav på tillgänglighet. Mängden information som gavs varierade beroende på vilken kvinna som undersöktes. Vissa kvinnor upplevdes stressade, oroliga och krävde mer information än vad andra gjorde. Detta menade röntgensjuksköterskan berodde på att mängden information behövde anpassas till kvinnan och att *tillgängligheten* till kvinnan var viktigt för att kunna besvara den oron och tankar som hon kunde ha.

Röntgensjuksköterskan upplevde vikten av tålamod i mötet. Tålamod innebar att ha förståelse för kvinnors oro och för det som de gick igenom. Detta kunde spegla sig i att kvinnorna var okoncentrerade och att de inte kunde ta sig till den information som röntgensjuksköterskorna gav. Därav behövde röntgensjuksköterskan upprepa informationen ett flertal gånger.

“Man måste ha tålamod för du kan berätta en sak men de har glömt två minuter senare.” (I = 4)

### *Distansering*

Kategorin distansering innefattar faktorer som röntgensjuksköterskan upplever i mötet med kvinnan. Totalt ingick två subkategorier; *Avståndstagande* och *Frånvaro*.

Röntgensjuksköterskan upplevde att det ibland krävdes att ta avstånd från patienten. Det var ett sätt att handskas med de egna känslorna och kunna fortsätta arbeta och möta dessa kvinnor. Röntgensjuksköterskan menade att vissa möten kunde beröra mer än andra. Därför

kunde det ibland vara bra med *avståndstagande* som ett sätt att undvika att blanda in sina egna känslor.

*“... är lite mer rak eller såhär, och vissa är ju väldigt, åh, det ska hållas om och att man liksom ska vara nära på ett annat vis.” (I = 1)*

Många kvinnor upplevdes som *frånvarande* och därför inte mottagliga för information. Att vara frånvarande kunde bero på oro och rädsla och då stängde kvinnan av och var inte närvarande i stunden, det upplevdes svårt att nå fram.

*“Ja, en del stänger av och är tysta och vill inte säga så mycket.” (I = 2)*

### *Närmande*

Kategorin närmande innefattar faktorer som röntgensjuksköterskan upplever i mötet med kvinnan. Totalt ingick två subkategorier; *Varsamhet* och *Anpassning*.

Röntgensjuksköterskan upplevde nödvändighet av *varsamhet* i mötet med kvinnan. Varsamhet upplevdes vara komplicerat i mötet, eftersom röntgensjuksköterskan behövde uttrycka sig på ett rätt sätt så att inte kvinnan trodde att det som sades var sämre eller bättre än vad det egentligen var. Ett litet ord kunde avgöra om kvinnan blev mer eller mindre orolig för vad undersökningsresultatet skulle visa. Röntgensjuksköterskan upplevde att det var viktigt att tänka sig för innan, så att inte budskapet missuppfattades.

*“Vartenda ord du säger väger de på guldvåg, så man får passa sig för vad man säger och säga det på ett bra sätt.” (I = 1)*

Röntgensjuksköterskan upplevde att det var nödvändigt att anpassa sig efter kvinnans behov. *Anpassning* var individuellt, beroende på vilken kvinna som röntgensjuksköterskan mötte. Om kvinnan var orolig, nervös och spänd behövdes mer tid för att klara av att hantera den

uppkomna situationen. Röntgensjuksköterskorna upplevde att de kunde känna av kvinnans behov av att kommunicera. En del kvinnor var pratglada och en del ville bara få undersökningen avklarad. Av erfarenhet kunde röntgensjuksköterskan redan i väntrummet avläsa kvinnan, blicken och kroppsspråket kunde avgöra hur kvinnan kände sig och röntgensjuksköterskan kunde anpassa sig därefter.

*“När man jobbar med detta mycket så känner man ju av vilka behöver mer tid att bearbeta detta, vilka vill bara få det gjort.” (I = 11)*

### *Empati*

Kategorin empati innefattar faktorer som röntgensjuksköterskan upplever i mötet med kvinnan. Totalt ingick fyra subkategorier; *Ha förståelse, Skapa förtroende, Individualisering* och *Ge tröst*.

Röntgensjuksköterskan menade att de flesta kvinnor som blev återkallade hade under en viss tid gått runt och varit oroliga för vad röntgenbilderna visade. Att *ha förståelse* för vad kvinnan går igenom var betydelsefullt, att kvinnan kände sig förstådd.

*“Man måste visa förståelse och empati för patienten vad hon går igenom.”*  
(I = 1)

Det framstod tydligt i intervjuerna hur viktigt *förtroendet* upplevdes i mötet med kvinnan, för att bland annat skapa en trygg relation, där kvinnan kände tillit till röntgensjuksköterskan. Röntgensjuksköterskan nämnde att det handlade om att bygga ett fundament av respekt och förtroende.

*“Det viktigaste för mig det är ju att patienten känner sig trygg och att hon har förtroende för mig som röntgensjuksköterska.” (I = 6)*

*“Att de får förtroende för mig och att jag visar respekt för patienten och medkänsla.” (I = 1)*

Röntgensjuksköterskan upplevde vikten av *individualisering* i mötet med kvinnan. Det handlade om att möta varje kvinna som en unik individ. Mötet borde ske utifrån förståelsen att alla är olika och därför inte reagerar på samma sätt. Röntgensjuksköterskan menade även att kvinnor har olika beteende och därmed borde mötet ske individanpassat.

*“... man har ju förståelse, att vi är alla olika om hur vi tar det.” (I = 2)*

Många kvinnor som blev återkallade, upplevdes sorgsna och olyckliga. De bar oftast med sig sin sorg och kom till den punkt i livet då de inte längre klarade av att stänga den inne. Då kunde röntgensköterskan uppleva att hon behövde *ge tröst*.

*“De är ledsna och gråter för att de, för att man har gjort biopsi och de inser att förmodligen är det någonting.” (I = 3)*

### ***Belastning***

Kategorin belastning innefattar faktorer som röntgensjuksköterskan upplever i mötet med kvinnan. Totalt ingick tre subkategorier; *Psykisk påfrestning*, *Högt tempo* och *Hantering av svåra möten*.

Röntgensjuksköterskan som arbetar inom mammografi träffar dagligen kvinnor som återkallats. Detta upplevdes som belastande utifrån att det var *psykisk påfrestande* emellanåt. Vissa återkallade kvinnorna var oroliga och rädda och det var röntgensjuksköterskans uppgift att ta hand om dem. Att möta kvinnor som eventuellt hade cancer kunde också vara svårt, eftersom många av dem avlider i sjukdomen. Många kvinnor bar med sig tidigare erfarenheter av sjukdom och svårigheter vilket kunde vara påfrestande för röntgensjuksköterskan att möta.



*“Det var lite psykiskt tungt där emellanåt där på eftermiddagarna.” (I = 1)*

*“Och har man inte den erfarenheten att man ska bemöta det, så är det jättetufft. För det, vi möter cancerkvinnor hela tiden och kan man inte hantera det så blir det svårt.” (I = 4)*

Röntgensjuksköterskan upplevde dessutom belastning genom det korta mötet med många kvinnor varje dag som återkallats efter mammografiscreening. Det var ett *högt tempo* med upprepning av samma process vid varje undersökning; samma bilder, ultraljud och biopsi. Det kunde upplevas som hektiskt när det blev fördröjning av undersökningar.

*“... kan vara ganska hektiskt emellanåt, faktiskt. Många möten, korta möten.” (I = 2)*

Röntgensjuksköterskan upplevde vissa möten med kvinnan som svåra att hantera. Oftast gällde det unga kvinnor eller kvinnor i samma ålder som röntgensjuksköterskan. *Svåra möten* som kunde uppkomma, menade röntgensjuksköterskan att hon lärde sig *hantera* utifrån erfarenhet. Ibland hanterade röntgensjuksköterskan svåra de mötena genom att ta hjälp av sina kollegor.

*“Ja, man får försöka handskas med det själv.” (I = 5)*

### **Trygghet**

Kategorin trygghet innefattar faktorer som röntgensjuksköterskan upplever i mötet med kvinnan. Totalt ingick tre subkategorier; *Ge stöd*, *Dämpa oro* och *Kvinnans behov av beröring*.

I mötet upplevde röntgensjuksköterskan att kvinnan behövde stöd. När en del kvinnor bryter ihop så krävs det att sätta sig ner och lugna ner dem. Röntgensjuksköterskan upplevde att det

efter några års erfarenheter kan klara av att ta hand om kvinnor i kris. Att *ge stöd* innebar att vara lyhörd och få kvinnan att känna sig trygg.

*“Man är ju som ett stödmoment för att försöka ta hand om dem under den här perioden.” (I = 11)*

Röntgensjuksköterskan upplevde att kvinnan behövde känna sig sedd, omhändertagen, bekräftad, och att det var ett sätt att *dämpa oro*. Ett sätt att dämpa oro var att röntgensjuksköterskans tog sig tid att sitta ner och lyssna på vad kvinnan ville förmedla. En mysig och svagt belyst miljö runtomkring kvinnan kunde hjälpa ytterligare för att lugna och dämpa oron.

*“Ja, man försöker sätta sig ner och få dem att lugna ner de lite innan dem går härifrån.” (I = 2)*

En hel del moment kunde ske under de få minuterna som röntgensjuksköterskan mötte kvinnan som återkallats. De måste ta nya bilder, göra ultraljud och eventuellt biopsi. Röntgensjuksköterskan upplevde *kvinnans behov av beröring* och att de var betydelsefullt i mötet. Det upplevdes extra viktigt att hålla kvinnans hand eller annan beröring då ingen anhörig kunde vara där. Att vara närvarande och bry sig om kvinnan beskrevs som viktigt.

*“Hon var jätteorolig, jag la min hand på hennes axel, hon uppskattade jättemycket.” (I = 10)*

### ***Professionalitet***

Kategorin professionalitet innefattar faktorer som röntgensjuksköterskan upplever i mötet med kvinnan. Totalt ingick tre subkategorier; *Erfarenhet*, *Professionell* och *Självkännedom*.

Röntgensjuksköterskorna var eniga om upplevelsen av arbetsrutinen och erfarenhetens betydelse i mötet med kvinnan. Det var en fördel att röntgensjuksköterskan hade *erfarenhet* av att möta kvinnor i olika åldrar som blev återkallade. Varje möte innebar en ny erfarenhet. Erfarenheten var till stor hjälp vid mötet med kvinnorna och känslan av att vara trygg i sin professionella roll som röntgensjuksköterska.

*“... det är den erfarenheten och rutinen som man får. Det är olika typer av patienter så man lär sig hur man ska handskas med patienten.” (I = 1)*

Röntgensjuksköterskan upplevde att mötet med kvinnan bör vara *professionell*. Detta menade röntgensjuksköterskan att det innebar att inta ett professionellt förhållningssätt och skilja på personliga angelägenheter. Vikten av ett professionellt förhållningssätt handlade om att skapa ömsesidig respekt i mötet mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan. Genom att vara professionell i sin yrkesroll kunde kvinnans behov tillgodoses och inte egna behov, känslor och impulser.

*“... står starkt på att man ska ändå agera professionellt. ... det hjälper ju inte att jag står och gråter bredvid, utan jag måste vara den starka i den situationen.” (I = 4)*

Kravet på *självkännedom*, menade röntgensjuksköterskan, upplevdes viktigt i mötet med de återkallade kvinnorna. Det handlade bland annat om att känna sig själv och att vara medveten om sina begränsningar och kunna hantera dem. Att känna till sina styrkor och svagheter upplevdes ge ett bättre bemötande och därmed inte låta egna känslor ta överhand och bli styrande.

*“... man inte gå för mycket in i detta heller för då kan man inte jobba här.”  
(I = 5)*

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Den genomförda studien var empirisk med kvalitativ innehållsanalys. Föreliggande studie har en induktiv ansats (Henricson, 2012). Det innebär att studien går från delarna till en helhet och att den utgår ifrån empirin, det vill säga verkligheten, och som i denna studie grundar sig i röntgensjuksköterskans upplevelser av att möta kvinnor som återkallats efter mammografi. En studie med induktiv ansats kan generera en teori, vilket har varit strävan i föreliggande studie. Motsatsen till induktiv är deduktiv, där forskaren utgår från en teori eller modell och går från helhet till delar, och denna teori/modell ska finnas med genomgående i hela arbetet inkluderat syfte, metod, resultat och diskussion (Danielsson, 2013; Jakobsson, 2011).

Valet av en kvalitativ metod ansågs mest lämpligt utifrån syftet. En litteraturstudie hade kanske kunnat vara ett alternativ, men det krävs ett stort antal publicerade vetenskapliga artiklar inom ett och samma område, för att uppnå kraven på en icke-systematisk eller systematisk litteraturstudie. Detta krav kunde inte uppnås eftersom det saknades studier om röntgensjuksköterskans upplevelser av att möta kvinnor, som återkallats efter mammografiscreening. En annan aspekt att välja bort en litteraturstudie var att denna inte ger det djup som eftersträvades för denna studie som handlar om upplevelser. En enkätstudie hade kunnat vara ett annat alternativ till en intervjustudie, men även det skulle innebära att djupet i studien skulle gå förlorat. En fördel med en enkätstudie är att den når ut till betydligt fler deltagare och en större svarsfrekvens skulle kunna erhållas (Henricson, 2012; Polit & Beck, 2017).

Intervju som forskningsmetod bygger på ett strukturerat samtal med stöd av en studieguide utifrån ett specifikt syfte (Kvale, 1997). En svårighet med intervjuguiden var att författarna i efterhand upptäckte att frågorna inte var tillräckligt tydliga, trots en pilotintervju. Detta hade kunnat undvikas om ytterligare två pilotintervjuer hade genomförts och transkriberingen av dessa hade gjorts i direkt anslutning till intervjun. Då hade författarna kunnat utveckla och förbättra intervjuguiden.

Författarna strävade efter en variation av upplevelser hos röntgensjuksköterskor och därför valdes deltagare med olika lång yrkeserfarenhet. Samtliga röntgensjuksköterskor som intervjuades var kvinnor, vilket begränsade variationen av deltagare eftersom det saknades manliga röntgensjuksköterskor. 11 röntgensjuksköterskor deltog i intervjuerna, vilket var mer än vad författarna hade förväntat. Intresset visade sig vara större. Ett färre antal hade inneburit en svårighet att göra jämförelser mellan de olika intervjutexterna. Om antalet däremot hade överstigit 11 skulle tidsbegränsningen, inom ramen för genomförande av examensarbete på kandidatnivå, gjort det omöjligt att göra ingående tolkningar av intervjuerna (Kvale, 1997).

Fyra intervjuer genomfördes med fysiska möten och sex behövdes genomföras som telefonintervjuer på grund av pandemin. Telefonintervjuerna upplevdes inte lika djupgående som intervjuerna med fysiska möten. Fördelarna beskrivs, enligt Kvale (1997), som tidsperspektivet med sparad restid och kostnader som därmed kan hållas låga. Nackdelen med telefonintervjuerna var att det ibland kunde vara problem att uppfatta känslor i form av ansiktsuttryck och kroppsspråk.

Det mest utmanande med de olika stegen i dataanalysen var kategoriseringen och subkategoriseringen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är detta steg i analysfasen extra känsligt, på grund av att det fanns flera subkategorier som passade in och kunde identifieras i flera av kategorierna. Det var nödvändigt för författarna att göra ett val. Detta val gjordes efter att analysen diskuterats av båda författarna och därefter med handledaren, för att få en konsensus.

Trovärdighet (trustworthiness) i en kvalitativ studie beskrivs av Lincoln och Guba (1985) i fyra kvalitetskriterier; tillförlitlighet (credibility), giltighet (dependability), verifierbarhet (confirmability) och överförbarhet (transferability). I föreliggande studie har tillförlitligheten stärkts genom att sanningsenligheten i intervjuerna bygger på semistrukturerade intervjuer. Dessa användes för att ge svar på syftet utifrån intervjuarens förståelse av områdets specifika problem. Detta gav studiedeltagarna utrymme att berätta om det som kändes viktigt att beskriva och deras engagemang. På så sätt gav intervjuerna en rättvis bild av deltagarnas upplevelser. Enligt Lincoln och Guba (1985) kan tillförlitligheten även stärkas genom att "Critical friends" granskar studiens trovärdighet. Detta uppnåddes genom att andra studenter granskade studien för att försäkra sig om att analysen var grundat i data. Giltigheten i studien stärktes genom att författarna använde sig av samma intervjuguide i alla intervjuer som

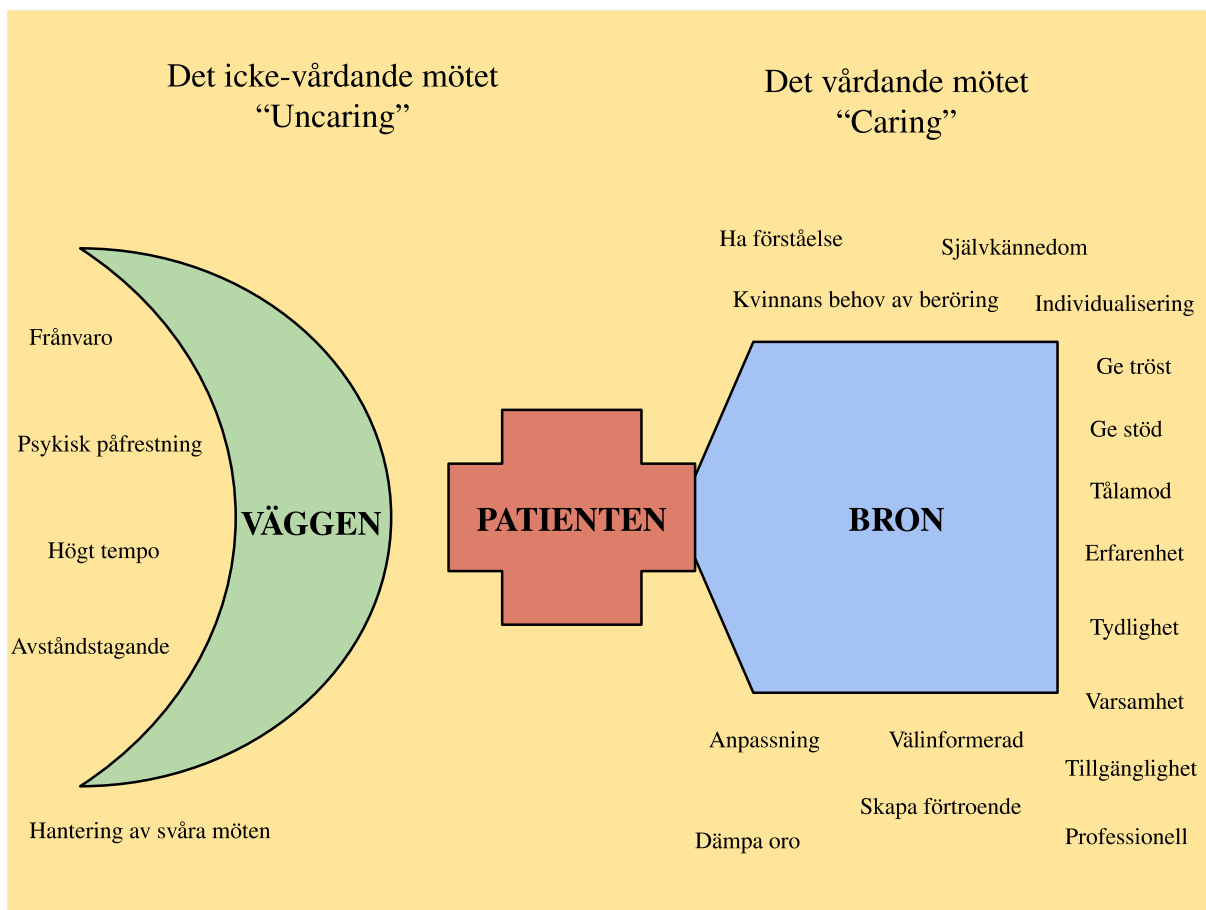
genomfördes. Verifierbarheten styrks genom att citat användes från intervjuerna för att presentera kategorierna och att analysen representerade studiedeltagarnas upplevelser. Överförbarheten skulle kunna handla om att studiens resultat kan tillämpas inom kvinnomottagning eller andra mammografienheter runt om i Sverige, där vårdgivare träffar kvinnor.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Syftet med studien var att belysa röntgensjuksköterskans upplevelser av mötet med kvinnor som blir återkallade efter mammografiscreening. Resultatet i denna studie visar olika aspekter av god och icke-god vård, enligt Halldorsdottir's teori (Halldorsdottir, 1996) och som kan överföras till en röntgenundersökning av kvinnans bröst i samband med mammografi. Halldorsdottir (1996) beskriver i sin avhandling en omvårdnadsteori med två grundläggande metaforer, bron (the bridge) och väggen (the wall), där bron är en metafor för "caring" och väggen symboliserar "uncaring".

Wiman och Wikblad (2004) har använt Halldorsdottir's teori i en artikel som handlar om caring och uncaring inom akutsjukvård. Wiman och Wikblad (2004) kom fram till fem indelningar av caring och fem av uncaring. Skillnaden mellan teorin och artikel är att Wiman och Wikblad har en extra indelning av uncaring, som är instrumentellt beteende. Instrumentellt beteende är en aspekt som innebär brist på känslomässigt engagemang i mötet mellan patienter och sjuksköterskor inom akutsjukvården.

I föreliggande studie kom författarna fram till 16 respektive fem indelningar i två olika möten, det vårdande och icke-vårdande mötet, i samband med mammografi av kvinnor som återkallats (Figur 1).



Figur 1. Det icke-vårdande och det vårdande mötet inom mammografi. Mötet mellan kvinnor som återkallats och röntgensjuksköterskor.

### Det vårdande mötet

Det vårdande, som symboliserar metaforen "bron/caring", var mest framträdande i resultatet i denna studie. En aspekt utifrån caring och det vårdande, enligt Halldorsdottir handlar om "att bry sig om och ha modet att vara korrekt" (Halldorsdottir, 1996; Wiman & Wikblad, 2004). Detta kan jämföras med att röntgensjuksköterskan förhöll sig själv professionellt i sitt yrkesutövande, trots svåra möten med kvinnor som återkallats. Röntgensjuksköterskan arbetar självständig med ansvar för genomförande av undersökningar som bygger på professionens yrkesetiska krav (Vårdförbundet, 2008). Mötet mellan röntgensjuksköterskan och vårdtagaren beskrevs som kort, men kännetecknas av ett professionellt engagemang, vilket är i linje med kompetensbeskrivningen för röntgensjuksköterskor (SFR, 2012). Detta ställer höga krav på ett professionellt bemötande samt att kunna erhålla goda kunskaper kring möten med olika patienter. Många möten beskrevs ge goda erfarenheter och kunskap om hur

röntgensjuksköterskan kan förhålla sig på ett professionellt sätt. Det gav även en ökad självkännedom och en medvetenhet kring sina egna känslor och behov för att på så sätt kunna hantera svåra situationer. Röntgensjuksköterskan upplevde vikten av att vara professionell i mötet med kvinnan för de menade att det uppkom situationer som ansågs svåra. Dessa kan till stor del bero på den sårbarhet och lidande som många kvinnor kan uppleva då de återkallats till mammografi. Kvinnorna kom till den punkt i livet då de inte längre klarade av att stänga inne sorgen, då kunde röntgensköterskan behöva ge tröst.

En annan aspekt av vårdande talar om “att vara genuint intresserad av patienten” (Halldorsdottir, 1996; Wiman & Wikblad, 2004). Det kan handla om att röntgensjuksköterskan upplevde att hon behövde anpassa sig till kvinnan i mötet och att hon upplevde kvinnans känslor genom hennes kroppsspråk och ansiktsuttryck. Detta kan ses som ett sorts intresse av att främja ett gott bemötande genom att ta hänsyn till kvinnans känslor för att därmed anpassa sig efter det.

Varsamhet upplevdes vara besvärligt i mötet med kvinnan eftersom röntgensjuksköterskan behövde uttrycka sig på ett sådant sätt att budskapet inte skulle uppfattas på ett felaktigt sätt eller inte vara tillförlitligt. Enligt Wiman och Wikblad (2004) kan detta tyda på ett moraliskt ansvar. Hos röntgensjuksköterskan innebar det ett ansvar av att vara varsam och försiktig i sitt sätt att uttrycka sig och vara klar och tydlig i sin framtoning av information och instruktion.

Professionell intimitet uppstod när kvinnan kunde lita på röntgensjuksköterskan och vara närvarande i stunden, vilket kunde främja ett gott bemötande. Detta skapade trygghet mellan röntgensjuksköterskan och kvinnan. En bro kunde formas som en förbindelse mellan kvinnan och röntgensjuksköterskan, där kvinnan också kunde våga be om hjälp. En ökad känsla av trygghet hos kvinnan upplevde röntgensjuksköterskan bidra till att dämpa hennes oro och ångest.

En annan aspekt som benämndes, var att vara öppen och mottaglig för intryck, för att på så sätt kunna bidra till ett möte med ömsesidigt samförstånd. Ong och Austoker (1997) menar att attityden och kommunikationsförmågan hos vårdgivaren kan vara en viktig faktor till detta, men även för att kunna bestämma kvinnors känslomässiga reaktion vid en återkallelse.



## *Det icke-vårdande mötet*

Det icke-vårdande mötet symboliserar metaforen "väggen/uncaring". Icke-vårdande möten uppkom i mindre utsträckning än det vårdande. Wiman och Wikblad (2004) tolkar i sin studie en aspekt av uncaring inom akutsjukvården som omänsklig. Föreliggande studie visar däremot inte på någon omänsklig handling i hur röntgensjuksköterskan upplevde mötet med kvinnor som återkallats.

Enligt Halldorsdottir (1996) är det endast vårdgivaren som är ansvarig till om det blir en bra upplevelse av vården eller inte, medan både kvinnan och röntgensjuksköterskan var ansvariga för detta i denna aktuella studie om mötet med de återkallade kvinnorna. När röntgensjuksköterskan upplevde att kvinnan kunde vara frånvarande eller tysta, uppstod en vägg dem emellan. Väggens bidrog till att röntgensjuksköterskans budskap hade svårt att nå fram till kvinnan. Röntgensjuksköterskan behövde ibland ta avstånd ifrån kvinnan för att klara av att hantera sina känslor. Enligt Halldorsdottir (1996) kan detta upplevas som bristande omtanke eller till och med ointresse från vårdgivarens sida.

Vissa möten kunde upplevdes som psykiskt påfrestande. Att möta kvinnor som har en diagnostiserad cancer eller väntar på besked om resultat från mammografin bar ibland med sig traumatiska erfarenheter som kunde vara belastande för röntgensjuksköterskan. Bredal et al. (2013) menar att återkallelse efter mammografiscreening var förknippad med ökad depression och ångest hos kvinnan. Denna oro och ångest kunde vara påfrestande för röntgensjuksköterskan att möta, ibland upp till 25 kvinnor varje dag. De korta mötena med kvinnan kunde upplevas som instrumentella med högt tempo och upprepning av samma process vid varje undersökning; samma bilder, ultraljud och biopsi. Detta kan jämföras med Wiman och Wikblads (2004) studie där de beskriver att sjuksköterskan var mer fokuserad på utförandet av arbetet, än patientens välmående. Röntgensjuksköterskan var oftast ensam i att hantera svåra möten, endast ibland när det fanns utrymme kunde de coachas av en kollega. Ett svårt möte kunde till exempel vara då kvinnor som återkallats var unga eller i samma ålder som röntgensjuksköterskan och då identifierade sig röntgensjuksköterskan med kvinnan. Ibland hade röntgensjuksköterskan svårt att styra sina känslor och detta kunde upplevas av kvinnan som kyligt och okänslig. I Wiman och Wikblads studie beskriver de hur patienten upplevde sjuksköterskan som nästintill omänsklig och att det saknades kommunikation mellan dem.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Det finns både icke-vårdande och vårdande i mötet med kvinnor som återkallats efter mammografiscreening. Det vårdande mötet, var det mest framträdande i studien. Många kvinnor kan uppleva oro, rädsla och ångest, vilket ställer stora krav på röntgensjuksköterskan i mötet. Genom att förhålla sig på ett professionellt sätt i mötet med kvinnan skapas en miljö med trygghet. Trots detta kan röntgensjuksköterskor uppleva att det ibland krävs en distansering till patienten, för att kunna handskas med sina egna känslor i de möten som berör lite extra. Å andra sidan behövs det också en sorts närhet där röntgensjuksköterskan med små steg närmar sig kvinnan genom att anpassa sig till henne och hennes behov samt försöker skapa en relation. Som röntgensjuksköterska så handlar det om att ha en ständig balans; finnas där för patienten och även kunna hantera personliga känslor som kan uppkomma.

Denna studie är viktig för röntgensjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal som arbetar kliniskt inom diagnostisk radiologisk verksamhet. Den sätter fokus på mötet med kvinnor som återkallats efter mammografiscreening. Studiens resultat kan användas för att öka patientsäkerheten och öka tryggheten i samband med mammografiundersökningar.

Föreliggande studie kan användas i olika utbildningssammanhang för att belysa mötet utifrån ett vårdande eller icke-vårdande synsätt. Det bör även finnas krav på kurser på avancerad nivå inom specialområdet mammografi både när det gäller omvårdnad och teknik. Modellen vårdande och icke-vårdande kan användas som diskussionsunderlag i kurser som har inriktningen etik och professionell utveckling. Ytterligare forskning om bemötandet krävs, både med kvalitativ och kvantitativ design, utifrån kvinnans och röntgensjuksköterskans perspektiv.

## Referenser

Andersson, B.T., Fridlund, B., Elgán, C., & Axelsson, Å. B. (2008). Radiographers' areas of professional competence related to good nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 401-409. [10.1111/j.1471-6712.2007.00543.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00543.x)

Arnold, L. (2016). Patient Care, Communication, and Safety in the Mammography Suite. *Radiologic Technology*, 88(1), 33-49.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4. ed). New York: Oxford University Press.

Bolejko, A., Zackrisson, S., Hagell, P., & Wann-Hansson, C. (2014). A roller coaster of emotions and sense – coping with the perceived psychosocial consequences of a false-positive screening mammography. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 2053-2062.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12426>

Booth, L. (2008). The radiographer-patient relationship: Enhancing understanding using a transactional analysis approach. *Radiography*, 14(4),323-331.

<https://doi.org/10.1016/j.radi.2007.07.002>

Bredal, S. I., Kåresen, R., Skaane, P., Engelstad, S. K., & Ekeberg, Ø. (2013). Recall mammography and psychological distress. *European journal of cancer*, 49(4), 805-811.

<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.09.001>

Cancerfonden. (2020). *Bröstcancer*. Hämtad från 2020-12-27:

<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/cancersjukdomar/brostcancer>

Cancerfonden. (2018). *Hormonell behandling*. Hämtad från 2021-01-05:

<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/behandlingar/hormonbehandling>

Cancerfonden. (2018). *Mammografi*. Hämtad från 2020-12-27:

<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/undersokningar/mammografi>

Danielsson, E. (2013). Kvalitativ innehållsanalys. I M Henricsson (Red.) *Vetenskaplig Teori och Metod – från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl. Kap 19). Lund: Studentlitteratur.

Fine, K. M., Rimmer, K. B., & Watts, P. (1993). Women's Responses To The Mammography Experience. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 6(6), 546-555.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hafslund, B. (2000). Mammography and the experience of pain and anxiety. *Radiography*, 6(4), 269-272. <https://doi.org/10.1053/radi.2000.0281>

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory*. (Doktorsavhandling/Linköpings universitet, Linköping). Hämtad 2020-04-23 från <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A248040&dswid=-5224>

Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp – en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Kumlien, C. & Rystedt, J. (red.) (2016). *Omvårdnad och kirurgi* (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218). Sveriges riksdag. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser\\_sfs-2018-218](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218)

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry* (1. ed.). Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.

Nordenfelt, L. (1991). *Quality of Life and Health Promotion: Two Essays in the Theory of Health Care*. Lindköping: Center for Medical Technology assessment.

Ong, G., & Austoker, J. (1997). Recalling women for further investigation of breast screening: women's experiences at the clinic and afterwards. *Journal of Public Health medicine, 19*(1), 29-36. [10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024582](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024582)

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (9. ed.) Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdande yrken* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2014). Screening för bröstcancer – Rekommendation och bedömningsunderlag. Hämtad från 2020-04-21 <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/slutliga-rekommendationer/brostcancer/>

Sterlingova, T. & Lundén, M. (2018). Why do women refrain from mammography screening? *Radiography, 24*(1), e19-e24. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2017.07.006>

Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerade röntgensjuksköterskor*. Stockholm: TGM. Hämtad 2020-04-20 från [www.swedrad.com](http://www.swedrad.com)

Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor. (2008). *Yrkesetisk kod för röntgensjuksköterskor*. Stockholm: Vårdförbundet. Hämtad 2020-04-20 från

<https://www.vardforbundet.se/siteassets/rad-och-stod/regelverket-i-varden/yrkesetikskod-for-rontgensjukskoterskor.pdf>

Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of clinical nursing*, 13(4), 422-429.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 27; 310(20): 2191-2194. 10.1001/jama.2013.281053

## Intervjuguide

Syftet med studien är att belysa röntgensjuksköterskans upplevelser av mötet med kvinnor som blir återkallade efter mammografiscreening.

**Öppningsfråga: Skulle du vilja berätta om en vanlig arbetsdag på mammografiavdelningen.**

**Skulle du vilja berätta vad mammografiscreening innebär för dig?**

- Exempel på följdfrågor:
- Hur vill du beskriva det?
- Hur tänker du då?
- Hur känner du inför det?
- Hur menar du då?
- Hur skulle du vilja att det var?
- Skulle du kunna utveckla det?

**Vilka upplevelser/erfarenheter har du av att möta kvinnor som återkallas efter en mammografiscreening?**

- Hur vill du beskriva det?
- Hur tänker du då?
- Hur känner du inför det?

**Skulle du vilja berätta vad det innebär för dig att möta dessa kvinnor?**

- I vilket sammanhang tänker du då?
- Hur menar du då?
- Hur skulle du vilja att det var?
- Skulle du kunna utveckla det?
- Kan du berätta mer.
- Skulle du kunna beskriva mer i detalj?

**Skulle du vilja berätta vad du som röntgensjuksköterska upplever vara viktigt för kvinnor som blir återkallade till röntgen efter en mammografiscreening?**

- Exempel på följdfrågor:
- Hur vill du beskriva det här?
- Hur tänker du?
- Hur känner du?
- Hur menar du?
- Hur skulle du vilja att det var?
- Kan du utveckla det här?
- När händer det?
- I vilket sammanhang?
- Berätta mer.
- Beskriv mer i detalj.

**Skulle du kunna berätta vad du som röntgensjuksköterska upplever vara viktigt för att kvinnorna ska få ett gott bemötande i samband med en mammografi.**

- Exempel på följdfrågor:
- Hur vill du beskriva det här?
- Hur tänker du?
- Hur känner du?
- Hur menar du?
- Hur skulle du vilja att det var?

**Är det något du vill lägga till som inte tagits upp tidigare?**

- Exempel på följdfrågor:
- Hur vill du beskriva det här?
- Hur tänker du?
- Hur känner du?
- Hur menar du?

**Områden intervjuerna kan förväntas beröra.**

- Utbildning, internt/externt
- Forum för diskussion och prata om det svåra
- Feedback/återkoppling från kollegor eller andra yrkesgrupper



- Etik

## Bilaga 2

<u>Intervju 1</u>	Meningsbärande enheter	Kondensering	Kodning	Subkategorier	Kategorier
	Som jag kan komma ihåg var det så var det högt tempo, vi hade många patienter som vi screenade.	... Det var högt tempo, med många patienter...	Högt tempo	(High speed/produktion)	Belastning
	Alltså ut och in med patienter och väldigt tacksamma patienter måste jag säga.	Ut och in... väldigt tacksamma patienter...	Tacksamma patienter	Tacksamhet	Tacksamma patienter
	Oroliga patienter som man kallade in. De var jätteoroliga.	Oroliga patienter	Orolig patient	Oro	Oro/rädsla/ångest
	Det var lite psykiskt tungt där emellanåt där på eftermiddagarna.	... Psykiskt tungt emellanåt...	Psykisk påfrestning	Psykisk påfrestning	Belastning
	Vartenda ord du säger väger de på guldväg, så man får passa sig för vad man säger och säga det på ett bra sätt.	... Väger vartenda ord på guldväg.... Säga det på ett bra sätt...	Närma sig med försiktighet eller varsamhet	Försiktigt närmande	Närmande

## Bilaga 3

<b>Kategorier</b>	<b>Subkategorier</b>
<i>Vikten av information</i>	Tydlighet Välinformerad Tillgänglighet Tålamod
<i>Distansering</i>	Avståndstagande Frånvaro
<i>Närmande</i>	Anpassning Varsamhet
<i>Empati</i>	Ha förståelse Skapa förtroende Individualisering Ge tröst
<i>Belastning</i>	Högt tempo Psykisk påfrestning Hantering av svåra möten
<i>Trygghet</i>	Dämpa oro Kvinnans behov av beröring Ge stöd
<i>Professionalitet</i>	Erfarenhet Professionell Självkänedom