

Anne Marthe Golid
Eva Marthe Schuster
Pia Renee Marthinsen

Hvilke tiltak foretrekker radiografer for å bedre opplevelsen av MR undersøkelser for pasienter med klaustrofobi?

Bacheloroppgave i Radiografi
Veileder: Anders Widmark
Juni 2019

Anne Marthe Golid
Eva Marthe Schuster
Pia Renee Marthinsen

Hvilke tiltak foretrekker radiografer for å bedre opplevelsen av MR undersøkelser for pasienter med klaustrofobi?

Bacheloroppgave i Radiografi
Veileder: Anders Widmark
Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvilke tiltak foretrekker radiografer for å bedre opplevelsen av MR undersøkelser for pasienter med klaustrofobi?	Dato: 10.05.2019
Deltakere:	Anne Marthe Golid Eva Marthe Schuster Pia Renee Martinsen	
Veileder:	Anders Widmark	
Stikkord/nøkkelord:	Magnetisk resonans, Klaustrofobi, Angst	
Antall sider/ord: 47/8595	Antall vedlegg: 6	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Problemstilling: Hvilke tiltak foretrekker radiografer for å bedre opplevelsen av MR undersøkelser for pasienter med klaustrofobi?</p> <p>Hensikt: Pasienter som gjennomgår en MR-undersøkelse kan oppleve klaustrofobiske reaksjoner. Målet med denne oppgaven var å finne ut hvilket tiltak, og hvilke strategier radiografer mener er effektive for å redusere klaustrofobiske reaksjoner for pasienten under en MR-undersøkelse.</p> <p>Metode: En kvantitativ metode i form av et spørreskjema ble valgt for denne oppgaven. På grunn av utformingen av spørreskjema ble enkelte spørsmål analysert med en kvalitativ analyse. Utvalgene i denne oppgaven bestod av et norsk helseforetak og et privat institutt.</p> <p>Resultater: Det var en svarprosent på 56% ved denne undersøkelsen. "Musikk/radio" var det mest foretrukket hjelpemiddelet etter svaralternativet "annet". I svaralternativene radiografene selv kunne utdype ble informasjon, kommunikasjon og pasientomsorg vektlagt som de viktigste tiltakene.</p> <p>Konklusjon: God informasjon før undersøkelsen, og kommunikasjon underveis, er det som blir mest vektlagt. De fysiske hjelpemidlene er en bra distraksjon, men det er viktigere å skape trygghet og tillit til pasienten, og yte god pasientomsorg.</p>		

ABSTRACT

Title:	Which measures do radiographers prefer to improve _____	Date : 10.05.2019
	the experience of MRI examinations for patients with claustrophobia?	
Participants:	Anne Marthe Golid _____ Eva Marthe Schuster _____ Pia Renee Martinsen	
Supervisor:	Anders Widmark	
Keywords:	Magnetic resonance imaging, Claustrophobia, Anxiety	
Number of pages/words: 47/8595	Number of appendices: 6	Availability: open
<p>Research question: Which measures do radiographers prefer to improve the experience of MRI examinations for patients with claustrophobia?</p> <p>Purpose: Patients undergoing MRI may experience claustrophobic reactions. The goal of this exercise was to find out which actions and strategies radiographers believe are effective in reducing claustrophobic reactions to the patient during an MRI examination.</p> <p>Method: A quantitative method in the form of a questionnaire was chosen. Due to the design of the questionnaire, some questions were analyzed using qualitative analysis. The committees in this thesis consisted of a Norwegian health enterprise and a private institute.</p> <p>Results: There was a 56% response rate to the questionnaire. Out of the answer alternatives on the preferred aids, “music/radio” was the most selected alternative after the elaboration alternative. Where the radiographers had an option to elaborate, they emphasized the importance of information, communication and patient care.</p> <p>Conclusion: Good information before the examination, and communication along the way, is the most emphasized tool used. The physical aids are a good distraction, but it is more important to create security and trust to the patient and provide good patient care.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling	6
1.2 Radiograffaglig relevans	6
2.0 Teori	7
2.1 MR-undersøkelse	7
2.2 Klaustrofobi	7
2.3 Tidligere forskning	8
2.3.1. <i>Impact of sensory design interventions on image quality, patient anxiety and overall patient experience at MRI.</i>	8
2.3.2. <i>Interventions to reduce anxiety, distress and the need for sedation in adult patients undergoing magnetic resonance imaging: a systematic review.</i>	9
2.3.3. <i>Can MRI related patient anxiety be prevented?</i>	9
3.0 Metode og materiale	10
3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode med spørreskjema	10
3.2 Utvalgte artikler	11
3.3 Utarbeidelse av spørreskjema	12
3.4 Gjennomføring av spørreundersøkelsen	13
3.5 Kvalitet i studiet	13
3.6 Etske hensyn	13
3.7 Analyse	15
4.0 Resultat	17
4.1 Hvordan håndterer du pasienter med klaustrofobi?	17
4.2 Hvilket av disse hjelpemidlene synes du fungerer best?	18
4.3 Har avdelingen de hjelpemidlene dere trenger til pasienter med klaustrofobi?	20

4.4 Snakker du jevnlig med pasient under undersøkelsen?	22
4.5 Har dere egne rutiner for pasienter med klaustrofobi?	23
4.6 Noe du ønsker å tilføye?	24
5.0 Diskusjon	27
5.1 Kommunikasjon og informasjon	27
5.2 Hjelpemidler	29
5.3 Pasientomsorg	31
5.4 Metodekritikk	33
6.0 Konklusjon	36
6.1 Etterord	37
7.0 Litteraturliste	38
Vedlegg 1. Bekreftelse på søknad	40
Vedlegg 2. Spørreskjema	42
Vedlegg 3. Samtykkeskjema	43
Vedlegg 4. Databasesøk	44
Vedlegg 5. Analysetabell	45
Vedlegg 6. Svarkombinasjoner	46

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven er det temaet klaustrofobi på MR (Magnetisk resonans) undersøkelser som har blitt tatt opp. Inspirasjonen for denne oppgaven kom fra en praksisperiode for to i bachelorgruppen, der et sykehus hadde en ny og pasientvennlig MR maskin med mulighet for å se på film. Vi oppdaget også en artikkel om temaet av Stidahl (2012) i «Hold Pusten», hvor det ble skrevet om tiltak som kan forbedre pasientens opplevelse ved MR undersøkelser. Film har blitt benyttet som en samlebetegnelse på animasjoner, spillefilm og en rekke av fotografiske enkeltbilder som skaper en illusjon av bevegelse (Språkrådet, 2018). Med denne oppgaven vil vi finne ut hvordan et utvalg av radiografer selv mener de håndterer pasienter med klaustrofobi og hvilke tiltak de foretrekker.

Klaustrofobi er en klinisk diagnose, men i denne oppgaven omtales klaustrofobi som angst, skrekk eller redsel for å ligge inne i en MR maskin. Denne typen klaustrofobi kan oppstå uten at pasienten tidligere har opplevd et klaustrofobisk anfall og/eller har kjent klaustrofobi fra før av (Tazegul *et. al.* 2015). Det har ikke blitt tatt utgangspunkt for noen spesiell type undersøkelse, bare en generell undersøkelse der pasienten ligger inne i maskinen over en lengre tidsperiode.

Klaustrofobi er en tilstand som kan gi utfordringer ved gjennomførelse av en MR undersøkelse, og er et problem som man som radiograf kan møte daglig. Klaustrofobi kan føre til at undersøkelsen ikke blir fullført, eller at man som radiograf må bruke lengre tid enn forventet for å fullføre undersøkelsen. Ved at undersøkelsen tar lengre tid enn forventet kan dette føre til at man blir forsinket ut i forhold til det arbeidsprogrammet som er planlagt. Det kan også ende opp med en undersøkelse som kan bli mer kostbar for sykehuset, da pasienten mulig må re-innkalles, og eventuelt legges i narkose ved en senere anledning (Svarliaunet, 2014).

1.1 Problemstilling

Vi tar utgangspunkt i problemstillingen: *“Hvilke tiltak foretrekker radiografer for å bedre opplevelsen av MR undersøkelser for pasienter med klaustrofobi?”*

1.2 Radiograffaglig relevans

Temaet er radiograffaglig relevant fordi pasienter med klaustrofobi er en sårbar pasientgruppe som møter til MR-undersøkelser. Problemstillingen er aktuell da MR er en modalitet som ofte blir benyttet. Det antas at klaustrofobi på MR fører årlig til at 2 millioner undersøkelser på verdensbasis ikke kan bli gjennomført. Det har blitt forsket på at klaustrofobi eller klaustrofobi lignende symptomer oppstår hos 12 av 1000 pasienter som tar MR (Munn *et. al.* 2015). Av radiografer som ble spurt i en undersøkelse mente 71,6% at klaustrofobi var et vanlig problem på MR (Munn og Jordan, 2013).

Tilrettelegging av undersøkelsen er viktig, spesielt for pasienter med klaustrofobi. Det er av egen interesse å få vite eventuelle tiltak som kan utføres for å gjennomføre undersøkelsen, og å bedre opplevelsen av undersøkelsen for pasienten. Vi håper denne oppgaven vil hjelpe oss som nyutdannede radiografer når vi selv kommer bort i denne pasientgruppen.

2.0 Teori

I dette kapittelet skal det presenteres ulik forskning på området, og hvilke problemstillinger og utfordringer en radiograf kan oppleve når man jobber på en MR lab. Samtidig få frem hva teorien sier om hvilke hjelpemidler og tiltak man kan iverksette for å roe ned en engstelig pasient. Det skal også presenteres sentrale begreper, som klaustrofobi ved MR, og hva som har blitt tatt utgangspunkt i at en MR-undersøkelse er.

2.1 MR-undersøkelse

MR er en ikke-ioniserende bildediagnostisk modalitet, som bruker elektromagneter til å ta snittbilder av pasienten. På grunn av sin gode kontrast-oppløselighet har MR en bedre evne til å skille ulike typer bløtvev, i motsetning til CT. Avhengig av hvilket område av kroppen som skal undersøkes, ligger pasienten enten med hodet eller bena først inn i maskinen. En MR undersøkelse bruker betydelig lengre tid på å ta bilder, og det er svært viktig at pasienten klarer å ligge rolig under hele undersøkelsen. Undersøkelsen kan variere fra 20 minutter til en time, avhengig av hvilket området som skal undersøkes, og hvor mange sekvenser som tas (HelseNorge, 2016). Når man tar bilder vil maskinen sende ut radiofrekvens-pulser, og flippe gradienter for å dreie vevsmagnetismen (Smith, 2009). Denne prosessen kan være svært bråkete, og pasienten får derfor på hørselsvern i forbindelse med undersøkelsen.

2.2 Klaustrofobi

Klaustrofobi betegnes som en frykt for å være i et lukket rom eller følelsen av å være fanget. Da en person med klaustrofobi havner i en situasjon der denne fobien blir utløst, vil pasienten føle på et ubehag, angst eller panikkanfall, alt ut fra hvor alvorlig grad av klaustrofobi pasienten har. Små rom, skap, tunneller, heiser eller MR maskiner kan være steder der klaustrofobi kan oppstå (Wiederhold og Bouchard, 2014. s. 145-146).

I følge Munn *et. al.* (2015) antas det at klaustrofobi på MR fører til at 2 millioner undersøkelser årlig på verdensbasis ikke kan bli gjennomført. Når pasienten ligger inne i maskinen kan et klaustrofobisk anfall oppstå, og denne responsen kan være så sterk at pasienten ikke klarer å gjennomføre undersøkelser eller at det må tas omtak av sekvensen (Tazegul *et. al.* 2015). På grunn av dette blir det stadig utviklet nye MR-maskiner som skal være bedre for pasienter med klaustrofobi, som for eksempel større gantry, kortere bord, eller andre hjelpemidler (Munn *et. al.* 2015). Flere sykehus i Norge får MR-maskiner med hjelpemidler bygd for pasienter med klaustrofobi. Eksempel på dette kan være MR-maskiner med bilder, film eller skiftende lys i rommet. På denne måten kan pasienten selv være med på å bestemme hvordan rommet skal være. Dette er for å gi pasienten en følelse av at de har mer kontroll over undersøkelsen (Stidahl, 2012).

2.3 Tidligere forskning

Artiklene som har blitt valgt til å representere tidligere forskning har definert klaustrofobi og angst på en måte som samsvarer med vår definisjon av klaustrofobi.

2.3.1. Impact of sensory design interventions on image quality, patient anxiety and overall patient experience at MRI.

Stanley *et. al.* (2016) har undersøkt hvordan lyd og lukt påvirker opplevelsen til pasienten under en MR undersøkelse, med fokus på pasientopplevelse og toleranse til å fullføre skannet. Dette ble gjort ved at både pasienten og radiograf fylte ut et spørreskjema. Det var totalt 106 pasienter, 64 i studiegruppen, og 42 i kontrollgruppen. Prosjektet ble utført ved at pasientene i studiegruppen fikk høre på rolige fuglelyder eller musikk i hodetelefon, og med en bomullsdott med lavendellukt plassert ved hodeenden. Kontrollgruppen fikk ikke tilgang til noen hjelpemidler. Resultatene for denne studien viser til at pasientene som fikk ekstra hjelpemidler subjektivt følte mindre angst enn de som ikke fikk hjelpemidler, men statistisk sett er forskjellen noe mindre.

2.3.2. Interventions to reduce anxiety, distress and the need for sedation in adult patients undergoing magnetic resonance imaging: a systematic review.

Munn og Jordan (2013) utførte en systematisk analyse av 21 forskjellige studier. Noen av studiene så på ulike tiltak for å redusere angst og stress, blant annet ved bruk av MR med kortere og bredere gantry, detaljert informasjon til pasienter, og kognitive teknikker. Noen av de kognitive teknikkene som blir nevnt i artikkelen er mestringsteknikker, pusteteknikk og avslapningsteknikk. Denne studien viser at nyere MR maskiner med kortere og bredere gantry, minsker klaustrofobiske reaksjoner hos pasienter. Det samme gjelder for MR maskiner som er designet til å være mer stille. Fem studier i analysen har sett på fordelene med ekstra informasjon om undersøkelsen og tilleggs strategier. Her har alle studiene utenom ett kommet fram til at dette gir et positivt resultat for pasienten.

2.3.3. Can MRI related patient anxiety be prevented?

Tazegul *et. al.* (2015) så på sammenhengen mellom informasjon før undersøkelsen, og hvordan kommunikasjon underveis via intercom, påvirker pasienten. Her undersøker de 33 pasienter, hvorav 14 stykker er i studiegruppen, og 19 stykker er i kontrollgruppen. Dette ble gjort ved å ta blodprøver av pasientene både før og etter undersøkelsen. De målte prolaktin- og kortisol nivåer i blodet, som er to stressmarkører som øker ved angst. Prolaktin vil øke ved sinne og flauhet, og kortisol ved frykt og forvirring. Denne studien brukte kun pasienter som aldri hadde tatt MR. Studiegruppen fikk en generell informasjon om undersøkelsen, og ble snakket til via intercom etter hver sekvens. Kontrollgruppen fikk ingen informasjon, og de ble heller ikke snakket til under undersøkelsen. I resultatet kommer det frem at før undersøkelsen hadde begge gruppene tilnærmet likt kortisolnivå, men prolaktinnivåene var høyere i kontrollgruppen. Kortisolnivået til studiegruppen ble minsket med 6% etter undersøkelsen, men hos kontrollgruppen var det økt med 18% etter undersøkelsen.

3.0 Metode og materiale

I dette kapittelet blir valgt metode og fremgangsmåte gjort rede for. Videre blir seleksjonskriteriene beskrevet, samt hvordan foretatt litteratursøk og valg av artikler ble utført.

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode med spørreskjema

I denne oppgaven har det blitt benyttet en kvantitativ metode, i tillegg til en kvalitativ analysering av enkelte spørsmål i spørreundersøkelsen. Helheten har blitt presentert på en kvantitativ måte, ved å sortere resultatene systematisk med tall i tabeller eller diagrammer. Den helhetlige, kvantitative fremstillingen av resultatene ble inspirert av Jacobsen (2010, s. 211-215), som nevner en univariat analyse for å se på frekvensen av spørsmålene, de typiske svarene og variasjonen i svarene. Ved bruk av noen åpne spørsmål i datainnsamlingen, har de enkelte spørsmålene blitt fortolket ved bruk av en kvalitativ tilnærming. Dette har blitt gjort med inspirasjon av innholdsanalysen til Jacobsen (2010, s. 130-136).

Designet som har blitt valgt for å samle inn data er et spørreskjema med både åpne og lukkede spørsmål. Det undersøkelsen måler er i hovedsak hvilke hjelpemidler som er tilgjengelig ved forskjellige MR-avdelinger, og hva som ønskes av hjelpemidler, samt hvilke tiltak som fungerer best i forhold til hva radiografen mener. Designet er valgt ut i fra at det gir en representativ fremstilling av hva radiografene mener fungerer best. Utvalget er radiografer som jobber med MR ved et helseforetak og et privat institutt. Radiografer ved MR er aktuelle som utvalg da de ofte møter personer som har angst for å ligge i en MR maskin, og de må finne løsninger som fungerer best for begge parter.

Data som har blitt innhentet er best representert med en blandet metode. Det ble naturlig å bruke en kvantitativ metode da det ble brukt spørreundersøkelse. Siden noen av spørsmålene er åpne, er det naturlig å bruke en kvalitativ analyse for å skape en bedre innsikt i hva radiografene mener,

noe som åpner for en god diskusjon. Samtidig ble de utdypende svarene omdannet til noe målbart, slik at den kvantitative metoden beholdes helhetlig.

3.2 Utvalgte artikler

Ved inspirasjon til temaet har det blitt foretatt et eksplorativt søk i Google Scholar for å undersøke tidligere forskning. Etter dette var det klart hvilke søkeord som var relevant, og det ble videre utført søk i databasene Science Direct og Medline. Dette ble gjort via NTNU-bibliotekets nettside Oria. Databasesøkene er dokumentert i vedlegg 4.

Valg av artikler har blitt gjort etter en vurdering av relevans. Først har tittelen til artikkelen blitt vurdert. Virket tittelen relevant, ble abstraktet lest. Artikkelen som fortsatt virket interessant og relevant etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene, ble lest. Dersom artikkelen også inneholdt en lignende definisjon på klaustrofobi, ved å omtale det som en type frykt, behov for å flykte fra situasjonen, eller angst som oppstår under en MR undersøkelse, har den blitt inkludert. Da de valgte artiklene er fagfellevurdert, blir de sett på som pålitelige og troverdige kilder. Resultatet ble tre relevante artikler som videre vil bli presentert som etternavn av forfatter. De tre artiklene ble vurdert etter inklusjons- og eksklusjonskriterier, som er presentert i tabellen under.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Publisert i perioden 2010-2019	Eldre enn 10 år
Undersøker mennesker	Undersøker dyr
Ser på tiltak som hjelper pasienten	Omhandler ikke tiltak
Konvensjonell MR	Åpen MR
Engelsk og/eller skandinaviske språk	Ikke på Engelsk og/eller skandinaviske språk
	Omhandler ikke MR

Tabell 1.1. Inklusjons og eksklusjons kriterier brukt til valg av artikler.

3.3 Utarbeidelse av spørreskjema

Ved utarbeiding av spørreskjemaet ble det satt opp en liste med ulike tiltak, ønsker og behov som det var ønsket svar på. Spørsmålene ble valgt ut fra at det i tidligere studier ikke ble sett så mye på hjelpemidler, og hva som kan gjøres av forbedringstiltak for pasientene. Etter at listen var laget ble det utført en gjennomgang av alt, slik at det mest relevante kom med på undersøkelsen i forhold til å få svar på vår problemstilling. Når spørreskjemaet ble utarbeidet var det flere variabler å ta hensyn til. Både hvordan spørsmålene skulle spørres, men også hvilken svaralternativer som skulle brukes. Dette gjorde at det ferdige produktet ble et variert spørreskjema med ulike typer svaralternativer. Grunnen til dette var at respondentene ikke skulle kunne svare på spørsmålene med like alternativer til alt, og ved å bruke ulike alternativer går ikke respondenten inn i en rytme med å svare på samme alternativ hver gang. Det ble brukt blant annet rangordnede svar for å få mer nyanse i hvor enige eller uenige respondentene er med hverandre. Under utformingen av svaralternativene ble det bestemt å ekskludere “vet ikke” alternativet. Dette ble gjort fordi dette gir respondenten en grunn til å ikke ta stilling til spørsmålet, og antar at alle våre spørsmål er noe dette utvalget burde ha en formening om (Jacobsen, 2010 s. 167-180). Ved noen svaralternativer og på slutten av spørreskjemaet ble det valgt å gi respondenten en mulighet til å svare mer utfyllende med egne ord om det var noe som var ønsket å tilføye. Dette ble gjort i et ønske om å få mer begrunnelse, og forståelse for andre tanker respondentene kunne ha rundt temaet. Det ble bestemt å ikke begrense respondentene til å kun svare et alternativ, som vist ved spørsmål nr. 2 i vedlegg 2. Dette ble valgt på grunnlag av at respondentene kunne foretrekke flere alternativer, og fører dermed til en mer nøyaktighet av hva respondentene foretrekker.

Etter utformingen av spørreskjemaet var ferdig, ble det levert ut til en gruppe på tre radiografer for en pilotundersøkelse. Dette ble gjort for å optimalisere spørreskjemaet. Radiografene som ble benyttet i pilottesten er utenfor helseforetaket og instituttet som ble undersøkt. De ga oss konstruktiv respons, som medvirket i endringer og presisering av flere spørsmål. Noen av spørsmålene ble omformulert, samtidig ble noen spørsmål fjernet, da det viste seg at de ikke kom

til å være relevante i besvarelsen av problemstillingen. Spørreskjemaet var ferdig utarbeidet etter at de siste endringene var gjort. Det ferdige skjemaet som ble brukt i undersøkelsen er vist i vedlegg 2.

3.4 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

Ved utsending av spørreskjemaet, ble det i samarbeid med Sykehuspartner for helseforetakene og IT avdelingen ved NTNU Gjøvik, laget en konto på nettsiden Questback, en leverandør av utsendelser av anonyme spørreskjemaer. Denne nettsiden ble benyttet etter anbefaling fra Sykehuspartner, slik at deltakerne i undersøkelsen vår skulle få tilgang til spørreskjemaet. Avdelingslederne ved seks radiologiske avdelinger i helseforetaket ble kontaktet via e-post og bedt om å distribuere spørreskjemaet videre til radiografer som jobber på MR-lab. Det var dermed avdelingsleder som inviterte radiografene videre til undersøkelsen. Antallet respondenter var 23 stykker. Etter at undersøkelsen var lukket, ble det sendt e-post til avdelingsleder og forespurt om antallet inviterte.

3.5 Kvalitet i studiet

Pålitelighet omhandler hvorvidt det arbeidet som har blitt presentert er til å stole på. Oppgavens pålitelighet vil bli påvirket av hvordan forskerne har forstått, analysert og bearbeidet innhentet data (Jacobsen, 2010 s. 130-212). Forfatterne har ikke erfaring med spørreskjema som metode, og dette må derfor tas i betraktning når en vurderer kvaliteten av oppgaven. På grunn av at antallet respondenter er 23, kan ikke yrkesgruppen generaliseres basert på resultatene i denne oppgaven. Det kan likevel tenkes at resultatene i oppgaven kan gi en indikasjon på hvordan det er ved sykehus i Norge ettersom undersøkelsen hadde en svarprosent på 56%.

3.6 Etiske hensyn

I kvalitative studier er det generelt vanskeligere å ivareta anonymiteten til informantene enn i spørreundersøkelser, fordi informanten forteller om hendelser de har opplevd med egne ord, og

historien blir mer gjenkjennelig for andre. I spørreskjemaer er det derimot forhåndsdefinerte spørsmål og svaralternativer, slik at individuelle kjennetegn ikke kommer til kjenne. Dessuten lagres og tolkes spørreskjemaer vanligvis på aggregert nivå, det vil si at man kun ser hvordan en gitt kategori mennesker fordeler seg i forhold til en gitt variabel, for eksempel hvor mange radiografer som er medlem av norsk radiografforbund. På denne måten blir ikke hvert enkeltindivid som har fylt ut skjemaene lenger synlig. Faktisk kan man derfor si at den viktigste etiske utfordringen når det gjelder kvantitativ forskning er at det kan gi statiske bilder av hele kategorier av mennesker, som når det kommer frem at flertallet av hjelpepleiere ikke er etniske norsk, men uten at statistikken gir noen begrunnelse på hvorfor det er slik, eller viser sammenhenger i enkeltpersoners liv (Fangen, 2015).

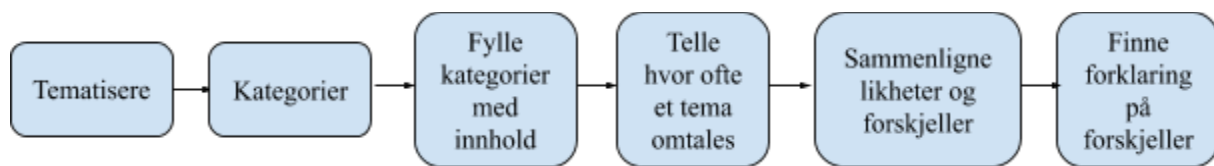
Før gjennomføringen av spørreundersøkelsen ble personvernombudet ved helseforetakene kontaktet med en søknad om å sende ut spørreskjemaet. Deretter ble avdelingslederene ved bildediagnostisk avdeling på de aktuelle foretakene kontaktet med ønske om å sende spørreskjemaet videre til sine radiografer.

Informert og frivillig samtykke handler om at informantene skal være klar over hva det innebærer å delta i studien. De som valgte å delta i spørreundersøkelsen har krav på anonymitet. Det er viktig at informantene har tillit til at forfatterne har taushetsplikt om opplysningene de får gjennom sine undersøkelser (Jacobsen, 2010 s. 31-36). I denne oppgaven er både sykehusene og radiografene anonymisert. Før undersøkelsen ble sendt ut, fikk alle avdelingslederene kopi av samtykkeskjemaet som også var vedlagt spørreskjemaet informantene fikk utlevert. Dette ble gjort for å være sikker på at informantene hadde forstått betingelsene som var beskrevet (vedlegg 3). Både innhentede data og notater ble slettet og makulert etter innleveringsfristen 10. mai 2019.

3.7 Analyse

På grunn av utformingen av spørreskjemaet ble det benyttet ulike analysemodeller for å samle inn all relevant data. Analysemetodene som er benyttet ble inspirert av to ulike analysemetoder fra Jacobsen (2010).

Det ble opprettet regneark i Microsoft Excel for å gjøre statistisk analyse av svarene som ble mottatt fra alle respondentene. Her ble hvert enkelt spørsmål kodet. Videre ble forfatterne inspirert av en univariate analyse av Jacobsen (2010, s. 211-226). Først ble det gjort en frekvensfordeling av alle spørsmålene. Dette ble brukt for å gruppere de ulike svaralternativene respondentene har krysset av for. Deretter ble det valgt å presentere de ulike frekvensene i stolpediagram, hvor variablene i diagrammet var svaralternativer og antall svar. Dette ble valgt da forfatterne mente det var mest oversiktlig, med tanke på hvor mange respondenter som hadde svart. Siden respondentene hadde mulighet til å svare mer enn ett alternativ er antallet svar høyere enn antall respondenter ved enkelte spørsmål.



Illustrasjon av fasene i innholdsanalysen (Jacobsen, 2010 s. 130-136).

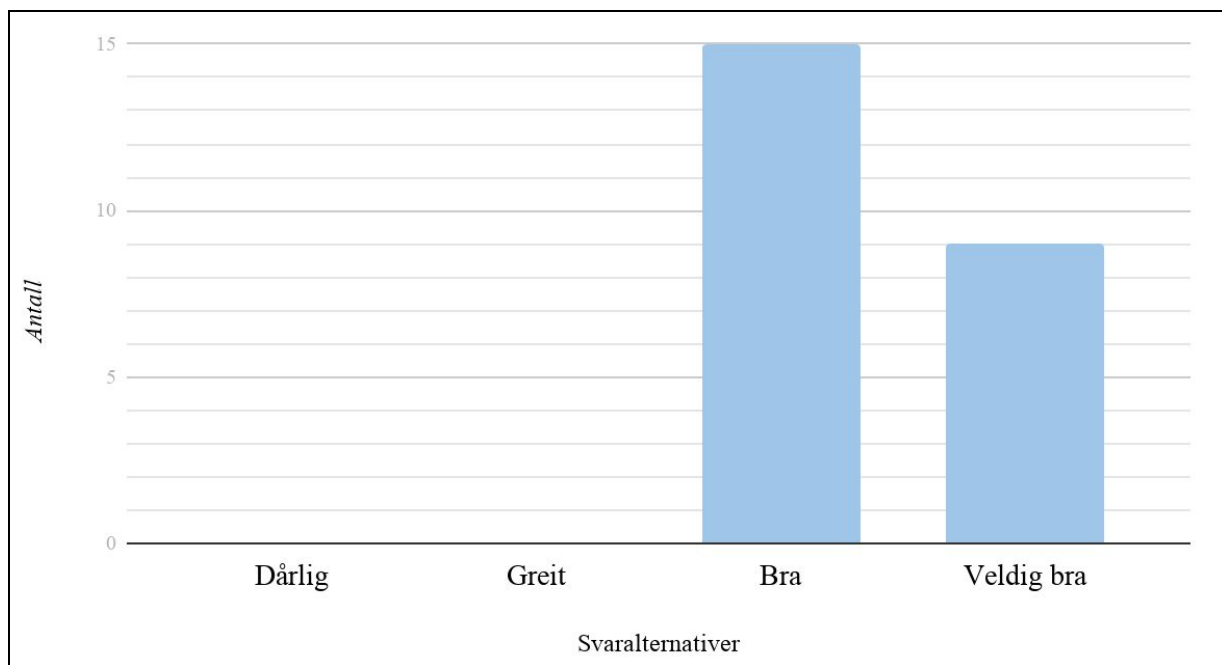
Analysen av kommentarene og de åpne spørsmålene i spørreskjema ble inspirert av Jacobsen (2010, s. 130-136) sin innholdsanalyse av kvalitativ data. Første steg var å tematisere ved å lage en tabell (vedlegg 5) med ulike kolonner med: fulltekst, tematisering og kategori. Kategorisering i andre steg kommer fra dataen som ble analysert, slik at det ble tydeligere å se hvilke kategorier som er gjengangerne i svarene. Ved et analyseseminar tipset forelesere om å analysere teksten hver for seg, for å sette seg sammen for å finne likheter og ulikheter i temaer og kategorier, før man ble enige om hvilke kategorier som skal bli brukt i resultatdelen. Når kategoriene var valgt, og hver enkelt kommentar hadde fått sin kategori, ble dataen operasjonalisert i det tredje steget

(Eberhard-Gran, 2017 s. 47). Deretter ble frekvensen av kategoriene telt opp og plassert i en tabell som steg fire. Antallet i kategoriene ble høyere enn antall respondenter på spørsmålet, fordi en kommentar kunne havne i flere kategorier. Tabellene som vises i resultater inkluderer både frekvens og prosent. Prosent ble regnet ut i Microsoft Excel, og senere dobbeltsjekket ved å bruke prosentkalkulator på nett, og vanlig kalkulator. I det femte steget ble sitater med observasjoner og tilbakemeldinger lagt sammen etter forskjeller og likheter. Til slutt ble forskjellene og likhetene i teori og resultat diskutert (Jacobsen, 2010 s. 130-136).

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil resultatene av spørreskjemaene presenteres. Relevante sitater fra informantene vil i dette kapitlet presenteres for å tydeliggjøre radiografenes meninger og oppfatninger. Sitater i tekst er skrevet i anførselstegn og markert i kursiv. Kategorier som har blitt laget for å kategorisere sitater er skrevet i kursiv. I løpende tekst er svaralternativene skrevet i kursiv. Svaralternativene respondentene har krysset av for er presentert i x-aksen av stolpediagrammer for å fremstille tallene visuelt, med antall svar i y-aksen (Jacobsen, 2010 s. 211-215). For å gi en god og enkel oversikt har det blitt satt opp hvert spørsmål i et underkapittel, med spørsmålet fra skjemaet som overskrift. Det var totalt 23 radiografer som svarte på undersøkelsen, med en svarprosent på 56%.

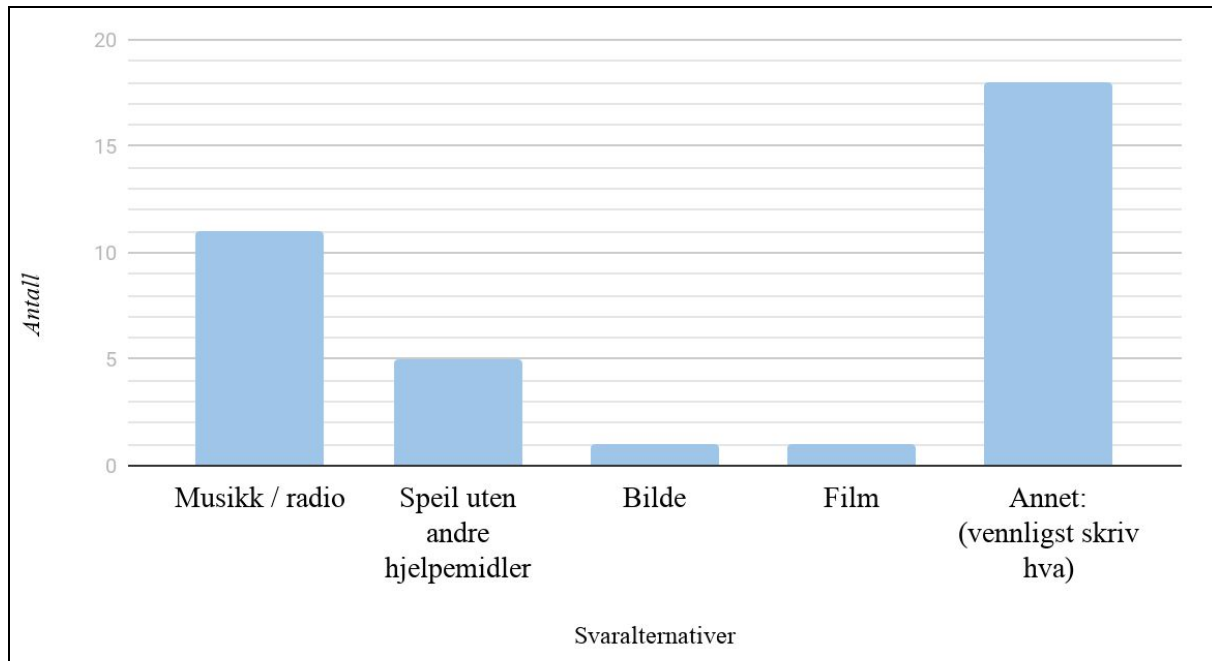
4.1 Hvordan håndterer du pasienter med klaustrofobi?



Figur 1.1 Respondentenes svar på spørsmålet “Hvordan håndtere du pasienter med klaustrofobi?”

Figur 1.1 ovenfor viser at 15 stykker av respondentene har svart at de håndterer pasienter med klaustrofobi *bra*, mens resten av respondentene på ni stykker har svart *veldig bra*. Det er ingen av respondentene som har svart *dårlig* eller *greit*.

4.2 Hvilket av disse hjelpemidlene synes du fungerer best?



Figur 2.1. Respondentenes svar på spørsmålet “Hvilket av disse hjelpemidlene synes du fungerer best?” *mulig med flere alternativer: se vedlegg 6 for svarkombinasjonene til respondentene.

På spørsmålet fremstilt i figur 2.1. har respondentene hatt mulighet til å velge flere svaralternativer. Flertallet av radiografene har ved dette spørsmålet krysset av for *annet* med 18 stykker. Siden viser diagrammet at 11 stykker av respondentene har krysset av for *musikk/radio*, fem stykker for *speil uten andre hjelpemidler*, én har svart *bilde* og én har svart *film*. Tabell 2.1 viser kategorier for *annet*.

Kategori:	Antall (frekvens):	Prosent:
Kommunikasjon	7	20,6%
Informasjon	9	26,5%
Alarmknapp	4	11,8%
Trygg radiograf	2	5,9%
Pasientomsorg	8	23,5%
Pårørende	4	11,8%
<i>Total =</i>	<i>34</i>	<i>100%</i>

Tabell 2.1. Antall respondenter som har svart “annet” på dette spørsmålet er 18 stk. Grunnet av at flere kategorier kan forekomme i et svar, gjør at antallet i tabellen er høyere enn antall respondenter.

To av sitatene som representerer flere kategorier ut i fra svaralternativet “annet”, vises nedenfor. Det første sitatet tilhører fire ulike kategorier, denne delen av sitatet har blitt kategorisert under informasjon: *“Det som fungerer best er å informere pasientene godt i forkant av undersøkelsen og ikke ha fokus på klaustrofobi...”*. Pasientomsorg kommer frem da respondenten videre skriver: *“...gi pasienten følelsen av at de er trygge og blir godt ivaretatt, og forsikre dem om at du ikke går ut og starter undersøkelsen før du ser at det går bra med dem i maskina...”*.

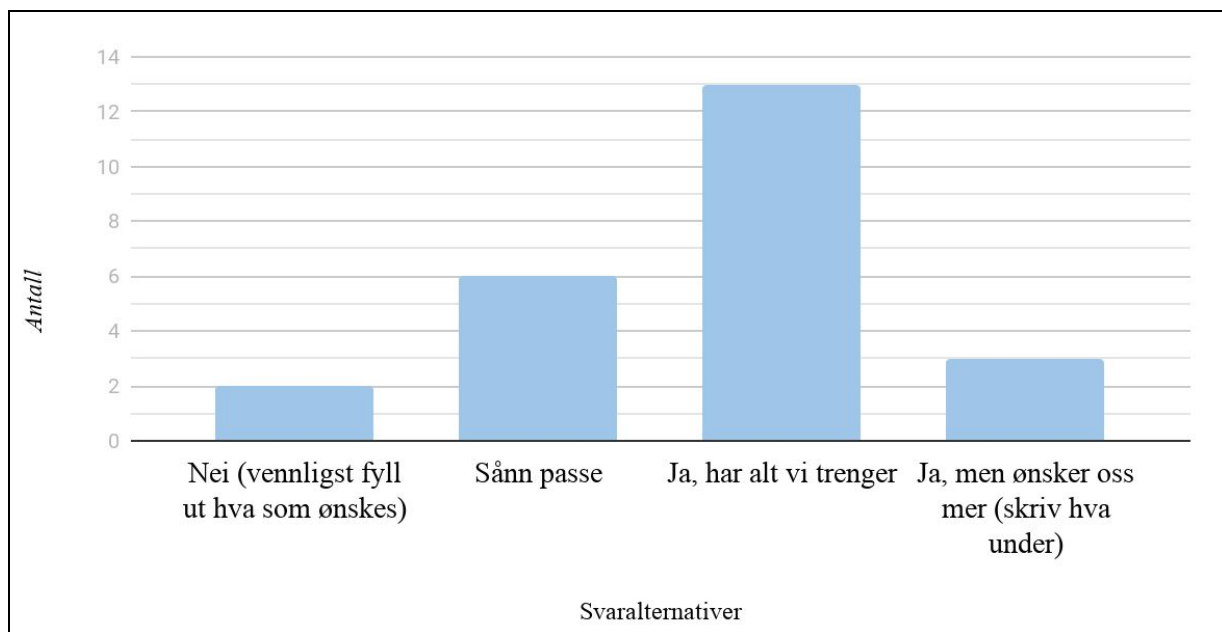
Respondenten nevner tilslutt *alarmknapp* og *pårørende*, som har blitt til kategorier ut i fra utsagn som: *“...Andre viktige hjelpemidler: 1) Alarmknappen 2) En person de føler seg trygg på som kan være med dem inne i MR-rommet under undersøkelsen...”*

Det andre sitatet har blitt kategorisert under *pasientomsorg*, *informasjon* og *kommunikasjon*.

“God samtale og forklaring om uns før pasienten kjøres inn i maskinen. Tar ofte en prøvetur inn i maskinen før vi starter. Snakker med pasienten underveis slik at pasienten ikke føler seg alene.

Er det fler radiografer som jobber sammen står jeg ofte inn i rommet og holder en hånd på pasienten.” Radiografen har gitt forklaring i forkant av undersøkelsen, og har derfor blitt tolket som kategorien *informasjon*. Det at radiografen snakker med pasienten underveis gjør at sitatet har blitt kategorisert som *kommunikasjon*. Resten av sitatet har blitt tolket som *pasientomsorg*.

4.3 Har avdelingen de hjelpemidlene dere trenger til pasienter med klaustrofobi?



Figur 3.1. Respondentenes svar på spørsmålet “Har avdeling de hjelpemidlene dere trenger til pasienter med klaustrofobi?”

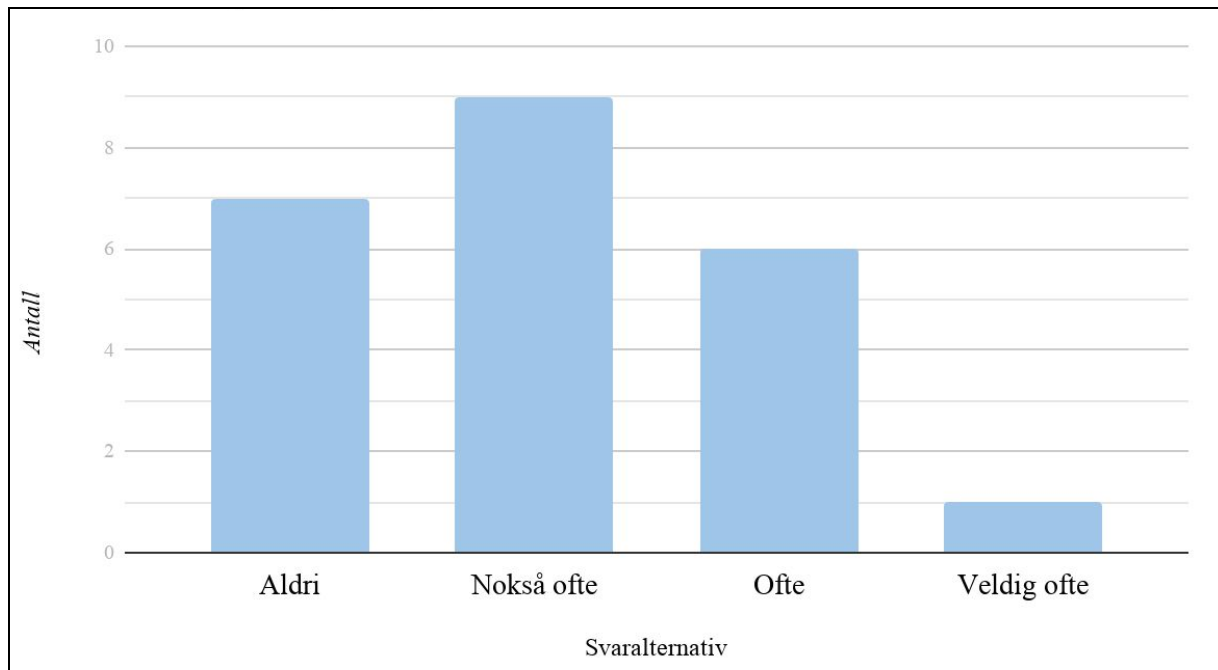
Figur 3.1 viser at fem respondenter nevner at de ønsket flere hjelpemidler, og tabell 3.1 viser kategoriene av hva respondentene har svart. Flertallet, 13 stykker har svart *ja, har alt vi trenger*, og seks stykker har svart at de har *sånn passe* med hjelpemidler.

Kategori:	Antall (frekvens):	Prosent:
Bilde / Film	4	57%
Anestesiutstyr	3	43%
<i>Totalt =</i>	<i>7</i>	<i>100%</i>

Tabell 3.1 Ønskede hjelpemidler. Grunnet av at flere kategorier kan forekomme i et svar, gjør at antallet i tabellen er høyere enn antall svar.

To sitater av svaralternativene fra respondenter med ønske om mer hjelpemidler nevnes under. Det første sitatet nevner: *“Ny MR med nye muligheter- pasienten kan se bilde/ film/ infoskjerm med lengde på serier etc.”*, og har blitt kategorisert som bilde/film. Det andre sitatet nevner: *“Vi har ikke mulighet til full narkose pga manglende MR kompatibelt overvåkingsutstyr. Dvs de få pasienter der full narkose er avgjørende for å utføre MR, må disse pas sendes til sykehus med tilgang til dette utstyret.”*, og har derfor blitt kategorisert innenfor anestesiutstyr.

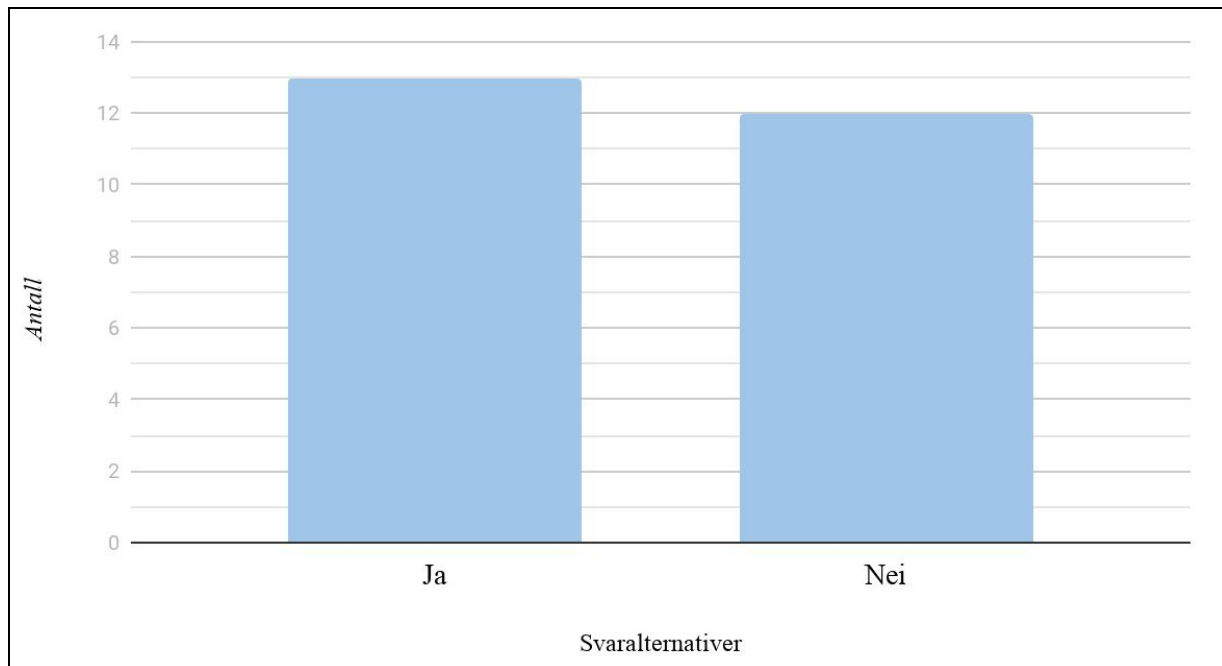
4.4 Snakker du jevnlig med pasient under undersøkelsen?



Figur 4.1. Respondentenes svar på spørsmålet “Snakker du jevnt med pasient under undersøkelsen?”

Stolpediagrammet i figur 4.1. viser at ni stykker av respondentene har svart at det snakker *nokså ofte* med pasienten under undersøkelsen, syv stykker har svart at de *aldri* snakker med pasienten, seks stykker har svart *ofte*, og én av respondentene har svart *veldig ofte*.

4.5 Har dere egne rutiner for pasienter med klaustrofobi?



Figur 5.1. Respondentenes svar på spørsmålet “Har dere egne rutiner for pasienter med klaustrofobi?”

Figur 5.1. viser at 13 stykker av respondentene har svart *ja* på at de har egne rutiner for pasienter med klaustrofobi, mens 12 stykker har svart *nei*. Èn av respondentene som har svart *ja* til spørsmålet om egne rutiner, har også nevnt utdypende at: “Når henviser svarer *ja* på klaustrofobi, får pas tilbud om å møte 1 time før uns, og får da 5 eller 10 mg stesolid i tabl. form fra oss.” En annen respondent som har svart *ja* til egne rutiner, nevnte også at de: “Har et eget brev som kan sendes med innkallingsbrev til pasienter med klaustrofobi, som forklarer litt om MR-undersøkelsen. Gir beskjed til aktuelle pasienter at de kan få resept på beroligende av sin henviser.”

4.6 Noe du ønsker å tilføye?

Det var totalt 15 respondenter som svarte på dette spørsmålet, altså 65% av de som har svart på undersøkelsen. Kategorier ut i fra hva respondentene har svart, har blitt systematisert i tabell 4.1. Tabellen viser at 37% nevner at *pasientomsorg* er viktig, og tabell 4.2 viser underkategorier av hva som har blitt vektlagt i begrepet *pasientomsorg*.

Kategori:	Antall (Frekvens):	Prosent:
Pasientomsorg	10	37%
Informasjon	3	11,1%
Kommunikasjon	2	7,4%
Trygg radiograf	4	14,8%
Pårørende	1	3,7%
Medikament	7	25,9%
<i>Totalt =</i>	<i>27</i>	<i>100%</i>

Tabell 4.1. Kategorier av respondentens tilleggsinformasjon. Grunnet av at flere kategorier kan forekomme i et svar, gjør at antallet i tabellen er høyere enn antall svar.

* Underkategori av pasientomsorg:	Antall (frekvens):	Prosent:
- <i>Motivasjon</i>	3	25%
- <i>Ekstra tid</i>	3	25%
- <i>Trygg atmosfære</i>	2	16,6%
- <i>Pasientomsorg *</i>	4	33,3%
<i>Totalt =</i>	<i>12</i>	<i>100%</i>

Tabell 4.2. Underkategori av pasientomsorg. Grunnet av at flere kategorier kan forekomme i et svar, gjør at antallet i tabellen er høyere enn antall svar. *representerer generalisert og ikke under-kategorisert pasientomsorg.

Pasientomsorg ble en veldig generalisert kategori i tabellen 4.1. For å kunne få frem hva som var essensen bak kategorien, har *pasientomsorg* blitt presentert med underkategorier i tabell 4.2. Underkategoriene av pasientomsorg har ikke blitt brukt ved kategorisering av de andre svaralternativene i andre spørsmål over.

Respondentenes utdypninger til spørsmål nr. 6 var varierende. Det var noen nye kategorier som dukket opp. Blant annet ble *trygg radiograf*, en ny kategori som ble nevnt blant annet på denne måten: “*Det viktigste er ikke hjelpemidler, men at radiografen opptrer trygt og prater rolig med pasienten. Jeg ber pasienten holde øynene lukket under hele undersøkelsen og konsentrere seg om å tenke på noe annet.*”. *Medikament* ble også en ny kategori som for eksempel kommer frem ved sitatet: “*Vi tvinger aldri noen med klaustrofobi til å gjennomføre undersøkelsen, men oppmuntrer til å forsøke. Noen har god effekt av beroligende tablett på forhånd, som deres lege har foreskrevet*”. Begge sitatene ble også kategorisert under *pasientomsorg*, samtidig som det siste også tilhører underkategorien *motivasjon*. Et annet sitat som tilhører underkategorien pasientomsorg er: “*Det viktigste tiltaket når pasienten har klaustrofobi/gruer seg til undersøkelsen, er å bruke god tid. Jeg prøver å inngi tillit og ta det pent. Stopper opp litt innafor*

døra til magnet rommet og lar pasienten summe seg...”. Dette sitater tilhører også kategoriene ekstra tid og trygg atmosfære.

En annen respondent sier at *“Kommunikasjon, god informasjon og oppmuntring i forkant gjør at de fleste sier MR-undersøkelsen gikk mye bedre enn forventet...”* Respondenten vektlegger informasjon før undersøkelsen og sier videre *“...Jeg unngår helst å prate med pasientene under undersøkelsen, for erfaringsmessig er dette mer stressende enn det er til hjelp...”* noe som er en annen vinkling i forhold til at de fleste andre respondentene også sier at kommunikasjon underveis i undersøkelsen er å foretrekke.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet har resultatene blitt diskutert opp mot relevant teori, forskning og refleksjoner rundt temaet. Relevante sitater fra respondentene blir presentert for å tydeliggjøre radiografenes meninger og oppfatninger. Relevante utdrag fra sitatene har blitt skrevet i anførselstegn og markert i kursiv.

5.1 Kommunikasjon og informasjon

Syv av respondentene som svarte på spørreundersøkelsen svarer på spørsmål nr. 4 at de aldri snakker med pasienten under undersøkelsen. En av de syv respondentene som svarte aldri, forklarer at “...erfaringsmessig er dette mer stressende enn det er til hjelp...”, når respondenten skriver om kommunikasjon med pasient under undersøkelsen. Det kan også antas at noen radiografer som ikke snakker så ofte, eller ikke i det hele tatt med pasienten, gjør dette fordi de radiografene fokuserer mer på det tekniske under undersøkelsen. Det kan være vanskelig å vite hvordan man skal ordlegge seg for å gi en positiv og rolig respons, noe som kan gjøre at de som ikke snakker med pasienten ikke gjør det fordi det er noe de føler de ikke mestrer.

Ni respondenter sier de snakker med pasienten nokså ofte. Det var seks respondenter som svarte ofte, og én som svarte veldig ofte. Det er dermed et flertall som snakker med pasienter enn de som ikke gjør det. En respondent vektlegger at kommunikasjon er viktig ved: “*God samtale og forklaring om uns før pasienten kjøres inn i maskinen...*”. Kommunikasjon og informasjon har også blitt vektlagt i svar fra respondentene i spørsmål nr 2. under alternativet annet. Noe som gjør at man kan anta at de fleste pasientene ønsker informasjon før undersøkelsen og videre kommunikasjon underveis i undersøkelsen.

Ifølge undersøkelsen til Tazegul *et. al.* (2015) hadde studiegruppen og kontrollgruppen, like kortisolnivåer før undersøkelsen. Etter undersøkelsen hadde studiegruppen en reduksjon i kortisolnivået på 6%, og kontrollgruppen hadde en økning i kortisolnivået på 18%. De

forskjellige nivåene kan bygge på argumentet for at kommunikasjon under undersøkelsen minsker frykt og forvirring, og at undersøkelsen blir mindre stressende for pasienten. Dette kan være en indikasjon på at radiografene som mener det er “mer stressende enn det er til hjelp” ikke helt forstår hvordan pasienten har det. Likevel kan radiografene ha et poeng, siden ingen pasienter er like. Siden undersøkelsen kan ta alt fra 20 minutter til en time, er det viktig med fokus på tidsaspektet (HelseNorge, 2016). Dette kan være en ganske lang undersøkelsestid for en klaustrofobisk pasient. Det kan hende pasienten føler seg forlatt og alene, derfor kan det være viktig å snakke med pasienten underveis (Tazegul, *et. al.* 2015).

I spørsmål nr. 2 har radiografene mulighet til å svare utdypende på hvilke hjelpemidler de mener fungerer best. Av de som har valgt å svare utdypende har ni stykker nevnt kategorien “informasjon”. Det ble også nevnt tre gangere senere i spørsmål nr. 6. Ved de fleste MR undersøkelser har man en standardisert informasjon som blir gitt til pasienten før undersøkelsen. Flere respondenter forteller at de gir pasienten ekstra informasjon og trygghet. Denne tryggheten kan for eksempel komme ved å vise maskinen, som beskrevet ved et utdrag av et sitat “...tar ofte en prøvetur inn i maskinen...”, og “...eventuelt står inne med pasienten litt før undersøkelsen”. Dette kan bidra til at pasienten føler en trygghet ved at radiografen tar seg tid til å vise pasienten at de er der for de. Det er også en annen respondent som nevner i besvarelsen av spørsmål nr. 6 at de har en prosedyre for pasienter med kjent klaustrofobi, hvor respondenter forteller at de vektlegger fokus på ekstra informasjon i forkant av undersøkelsen; “*Har et eget brev som kan sendes med innkallingsbrev til pasienter med klaustrofobi, som forklarer litt om MR-undersøkelsen...*”. Dette stemmer overens med studiet til Munn og Jordan (2013) der de kom fram til at ekstra informasjon før undersøkelsen er beroligende for pasienten. Dette kan også argumenteres på et psykologisk nivå. Tazegul *et. al.* (2015) har i sitt studie funnet ut at pasienter som ikke får tilstrekkelig med informasjon i forkant av undersøkelsen, vil ha et økt prolaktinnivå. Dette vil si at de pasientene vil føle seg ubekvemt i form av sinne og flauhet.

5.2 Hjelpemidler

Ved spørsmål nr.3 om radiografene var fornøyd med de hjelpemidlene de allerede hadde tilgjengelig på lab, svarte de fleste at de var fornøyd. Det var kun to av respondentene som svarte nei, og tre svarte ja, men at de ønsket seg mer. Radiografene som svarte at de ønsket mer, nevnte MR med mulighet for bilde/film og anesthesiutstyr. *“Ny MR med nye muligheter- pasienten kan se bilde/ film/ infoskjerm med lengde på serier etc.”*. Det kan tenkes at det varierer i de forskjellige helseforetakene om de har ny eller gammel MR, det vil derfor også variere i hvilke hjelpemidler radiografene har å tilby. Flere nyere MR-maskiner har kortere og bredere gantry, og er mer stillegående, noe som reduserer klaustrofobiske reaksjoner hos pasientene (Munn og Jordan, 2013). En annen fordel med nye MR-maskiner er at de har blitt produsert til å være mer pasientvennlig, og har dermed et stort fokus på pasienten sitt velvære. Det pasientvennlige designet går ut på at en kan ha mulighet for å skifte lys i rommet eller se på film. Dette kan altså pasienten være med på å bestemme hvordan de ønsker det skal være, pasienten vil da få en følelse av mer kontroll over sin egen undersøkelse (Stidahl, 2012). Det antas at anskaffelse av en ny MR-maskin kan føre til at det tekniske med undersøkelsen blir satt i fokus, som igjen kan føre til at pasienten får mindre oppmerksomhet enn ønsket. Det vil være et behov for opplæring av de ansatte på den nye maskinen, som i denne periode kan bidra til endring av fokus fra pasient til medarbeider.

Det er flere av respondentene som nevner at de kunne hatt behov for anesthesiutstyr; *“...har ikke mulighet til full narkose pga manglende MR kompatibelt overvåkingsutstyr”*. Anskaffelse av MR kompatibelt overvåkings kan ut i fra denne respondenten sitt svar føre til at alle pasienter kan få gjennomført en MR undersøkelse, til tross for utbredt klaustrofobi som trenger sedering. Noe som gjør at pasienter med denne problemstillingen ikke er nødt til å reise til andre sykehus for å få tatt bilder. Flere av radiografene mener dette er siste løsning, og ikke en vel anvendt og lettvinnt løsning. Private radiologiske avdelinger har ikke på lik linje med sykehus, mulighet til sedering av klaustrofobiske pasienter. Dette hjelpemiddelet kan derfor ikke anvendes av alle, og noen pasienter med klaustrofobi må da uansett reise til sykehus for å fullføre undersøkelsen sin.

I spørsmål nr. 2 stilles det spørsmål om hvilke hjelpemidler respondentene foretrekker. Ved å se bort i fra *annet* kategorien, er det kategorien *musikk/radio* med 11 svar, som blir det radiografene foretrekker. Det er bare én respondent som foretrekker *bilde/film*. *Radio/musikk* er et vanlig hjelpemiddel som alle MR maskiner har, og det kan være en grunn til at så mange har svart dette (Pedersen, 2018). *Bilde/film* antas å være et relativt nytt hjelpemiddel, det kan derfor hende at det ikke er så mange radiografer som har fått erfare hvor nyttig det kan være, spesielt hvis pasienten skal ta flere undersøkelser som kan ta ca. 1 time. Grunnen til at kun én har svart at de ønsker bilde/film kan være støttet opp av argumentet at det enkleste hjelpemiddel ofte kan være det beste, altså *musikk/radio*. På en annen side trenger det ikke nødvendigvis å bety at det kun er en som foretrekker dette, men at det kan være fordi andre respondenter ikke har tilgang til andre hjelpemidler og har derfor ikke hatt mulighet til å se hvilket utbytte pasientene har av de.

Stanley *et. al.* (2016) har undersøkt hvordan lyd og lukt påvirker opplevelsen til pasienten under en MR undersøkelse, her med fokus på pasientopplevelse. Dette går på å stimulere sansene til pasienten, med en MR maskin med muligheter for å se på en informasjonsskjerm eller film, med lyd. Pasienten kan dermed bli distraheret og tenke på noe annet. Ingen av radiografene som svarte på undersøkelsen har nevnt noe med lukt, men musikk/radio kan kategoriseres under lyd. Det at Stanley *et. al.* (2016) har funnet ut at sensoriske hjelpemidler øker sannsynligheten for å unngå angst, bygger opp under argumentet om at musikk/radio er et godt hjelpemiddel for pasientene som kommer til en MR-undersøkelse med angst. Studiet til Stanley *et. al.* (2016) kan også tolkes som at film under undersøkelsen kan bidra til en positiv opplevelse, da det også er noe som påvirker de sensoriske sansene til pasienten.

I kategorien “annet” ved spørsmål nr. 2, har tiltakene alarmknapp og pårørende blitt nevnt fire ganger hver. Underkategoriene har blitt omtalt som en “venn” i rommet, eller en ekstra trygghet. “...*En person de føler seg trygg på som kan være med dem inne i MR-rommet under undersøkelsen...*” Respondentene påpeker at det skaper en ekstra trygghet hos pasienten, og dette er nok på grunn av at pasienten føler seg mindre alene. Ulempen med å ha med pårørende inn er

at det tar mer tid. De må også sjekkes for metallgjenstander, og klareres før undersøkelsen med flere av de samme spørsmålene som pasienten må svare på, i tillegg til pasienten. Det kan også være at det å ha med pårørende inn har en motsatt effekt med å distrahere pasienten slik at pasienten ikke klarer å fokusere på å ligge rolig. Fordelen ved å bruke litt lengre tid på en pårørende som kan være med inn, er at dersom det gir den ønskede positive effekten som fører til at pasienten blir ferdig med undersøkelsen som planlagt. Dette vil gjøre at pasienten slipper å avslutte hele undersøkelsen, for at pasienten så må komme tilbake for å fullføre undersøkelsen en annen gang. Alarmknappen vil gi pasienten tryggheten om at de selv kan avslutte undersøkelsen og få kontakt med radiografene når de selv har behov for det. Ulempen med alarmknappen kan være at det blir misforståelser ved at pasienten trykker på knappen når de vil si noe som ikke haster.

Halvparten av respondentene krysset av for at de har egne rutiner for pasienter med klaustrofobi. Dette kommer fram i svarene til spørsmål nr. 6. Flere respondenter nevner at pasienten kan få beroligende medikamenter, enten ved å møte opp tidligere på avdelingen til timen sin, eller få medikamenter via sin fastlege på forhånd. Medikamenter ble nevnt syv ganger der respondentene har mulighet til å utdype. Flere radiografer mener at beroligende medikamenter kan fungere for noen. For å få dette tilbudet kan det være en forutsetning at pasienten allerede har kjent klaustrofobi, altså noe som gjør at dette ikke blir tilbudt til alle. Det kan antas at grunnen til at så mange ikke har egne rutiner på pasienter med klaustrofobi er fordi det er en såpass vanskelig pasientgruppe. Alle mennesker er forskjellige med ulike behov og preferanser. En generell prosedyre på hvilket hjelpemiddel som skulle blitt brukt vil ikke nødvendigvis fungert på alle.

5.3 Pasientomsorg

Det finnes mange ulike tilnærminger og forklaringer for å hjelpe en pasient til å gjennomføre en MR-undersøkelse. En av besvarelsene i denne spørreundersøkelsen nevner *“Jeg ber pasienten holde øynene lukket under hele undersøkelsen og konsentrere seg om å tenke på noe annet.”*, som viser at å lukke øynene er noe som kan bli brukt som en mestringsteknikk under

undersøkelsen. Munn og Jordan (2013) har nevnt pusteteknikk som en strategi for å hjelpe pasienter til å fullføre undersøkelsen, og redusere klaustrofobiske reaksjoner. Mestringsteknikk i denne sammenheng blir når pasienten får følelsen av kontroll, som for eksempel ved å sette fokus på noe annet. Pusteteknikk kan være denne typen mestring. Det samme vil gjelde når en radiograf ber pasienten om å konsentrere seg om noe annet. Dette vil naturligvis ikke fungere for alle, ettersom alle ikke nødvendigvis er like flinke til konstruktiv tenkning (Munn og Jordan, 2013). En pusteteknikk vil mulig fungere bedre.

I helse og omsorgssektoren blir det hele tiden snakket om hvor viktig god pasientomsorg er, og bildediagnostisk avdeling er ikke et unntak her. Med mye forskjellig utstyr og store maskiner som bråker mye, kan dette bli en skremmende situasjon for pasienten. Pasientomsorgen blir kanskje enda viktigere her, og det er noe radiografene i denne undersøkelsen vektlegger. Pasientomsorg blir nevnt 10 ganger i spørsmål nr. 6. Trygg radiograf blir nevnt fire ganger. I begrepet pasientomsorg ble det nevnt å skape en trygg atmosfære, gi pasienten ekstra tid, og motivere pasienten til å gjennomføre undersøkelsen. På grunn av at radiografen vanligvis har et trangt tidsskjema ved en MR-lab, og i tillegg må ut av undersøkelsesrommet under undersøkelsen, kan det føre til følelsen av å bli forlatt eller følelsen av mangel på pasientomsorg. Det er viktig å vise pasienten at de ikke er alene ved for eksempel at de blir snakket med over høyttaler, for å skape en relasjon, til tross for avstanden som kreves under undersøkelsen. Avstand og tid kan være en av grunnene til at dette med kommunikasjon og pasientomsorg har blitt vektlagt gjennom undersøkelsen av respondentene.

“Det viktigste er ikke hjelpemidler, men at radiografen opptrer trygt og prater rolig med pasienten...”. Det er mange måter en radiograf kan vise at en er trygg i arbeidet sitt. Det antas at en trygg radiograf er en som kan faget sitt godt, og viser selvsikkerhet. Det kan være alt ifra kroppsspråk til måten de snakker med pasienten. *“Det viktigste tiltaket når pasienten har klaustrofobi/gruer seg til undersøkelsen, er å bruke god tid. Jeg prøver å inngi tillit og ta det pent. Stopper opp litt innafor døra til magnet rommet og lar pasienten summe seg...”* Selv om de fysiske hjelpemidler er bra, var det mange radiografer som påpekte at andre tiltak kan være bedre

enn selve hjelpemidlene. Grunnen til at de mener dette kan være fordi alle pasienter er ulike. Dermed er det bedre å skape en god relasjon, i stedet for å stole kun på hjelpemidlene til å distrahere pasienten. Likevel kan hjelpemidlene være til god nytte for radiografer som ikke er like trygge i arbeidet sitt. Det er viktig for radiografene å bruke de løsningene de har tilgang til, for å betrygge pasienten og skape tillit til pasienten på et begrenset tidsrom. For å skape god tillit til en pasient som har klaustrofobi kan gjøres ved å bruke god tid, som nevnt i sitatet over. Selv om radiografene naturligvis bruker ekstra tid med de som har kjent klaustrofobi, kan det være at de med ukjent klaustrofobi ikke får den omsorgen de egentlig trenger. For å unngå dette avhenger det av at radiografen som mottar pasienten er en trygg radiograf. En radiograf må ikke bare være trygg på sine ferdigheter i faget, men også trygg i sine ferdigheter til å lese kroppsspråket til pasienten, og skjønne når man må ta det roligere, og når man må gi pasienten et “pusterom”, og fange opp det uventede (Svarliaunet, 2014).

5.4 Metodekritikk

Utvalget som er benyttet i denne oppgaven er begrenset, og det kan derfor antas at resultatet kunne vært annerledes dersom andre radiografer ble inkludert. Fordelen ved å ha benyttet kvantitativ metode med en kvalitativ analysering av enkelte spørsmål, er at vi får frem enkelte radiografers synspunkter og opplevelser, og at de har tid og mulighet til å formidle det de mener er viktig å få frem.

Helseforetakene som deltok satte visse krav til anonymitet, og vi har ikke fått mulighet til å spørre om radiografen som fylte ut skjemaet var fast ansatt eller vikar, noe som vi mener kan ha en innvirkning på svarene som har blitt gitt. Dette kan ha hatt en innvirkning siden vi antar at det er en fast ansatt som vil føle seg tryggere med pasienter enn en som kanskje ikke jobber så ofte, eller en som er nyutdannet. Spørreundersøkelsen ble sendt via e-post til avdelingsledere ved de forskjellige avdelingene. De ble spurt om å dele spørreundersøkelsen videre til de andre ansatte. Kravene som ble stilt til avdelingslederne var at det var radiografer som jobber på MR som skulle svare på undersøkelsen, og at det var valgfritt å delta. Ettersom at utsendelsen av

skjemaene ble overlatt til avdelingslederne hadde vi ved utsendelse ikke oversikt over hvor mange som har ble invitert til studiet. Avdelingslederen kan ha sendt ut skjemaet til radiografer de selv vet kommer til å svare bra. Dermed kan det ha vært unngått nyutdannede radiografer, som kanskje opptrer mer usikre i arbeidet, og som igjen kunne bidratt til et annet resultat i undersøkelsen. I ettertid sendte vi en e-post til avdelingslederne med spørsmål om hvor mange som hadde blitt invitert til undersøkelsen, slik at vi videre kunne regne ut svarprosenten. Det ble regnet ut prosent på respondentenes deltagelse ut i fra hvor mange som hadde tilgang til skjemaet og hvor mange respondenter det faktisk var. Dette gav en svarprosent på 56%. Noe som bekrefter at utvalget i denne oppgaven er representativt for yrkesaktive radiografer, til tross for at 23 radiografers tanker og meninger ikke kan generaliseres. Ifølge Jacobsen (2010, s. 208-209) gir en svarprosent over 50% et tilfredsstillende representativt resultat. Det har derfor blitt tatt utgangspunkt i at resultatene kan gi en indikasjon på hvordan det er ved norske helseforetak. Det ble ikke gjort noe purring på svar av spørreskjemaet. Hadde dette blitt gjort, kunne det i følge Jacobsen (2010, s. 208-209) økt svarprosent med 3-10%.

I senere tid har vi også sett at noen av spørsmålene som ble ført i skjemaet kan ha blitt feiltolket ettersom at det ikke ble gitt noen mer forklaring rundt spørsmålene. Ved spørsmål nr. 1 og spørsmål nr. 4 kunne det blitt spesifisert hva som menes med å “ snakke med pasienten ofte”, eller hva som menes med å “håndtere pasienter bra”. Hva mener respondenter som har svart at de snakker med pasienten ofte? Snakker de med pasienten etter hver sekvens, eller snakker de kun med pasienten før og etter undersøkelsen? Dette er store varierende variabler som burde vært spesifisert. Ved spørsmål nr. 1 vil svarene bli subjektive ettersom det ikke har blitt gitt noen krav til hva som menes med å håndtere pasienter bra. I dette spørsmålet var det mer interessant å se om det var noen av respondentene som kanskje så et forbedringspotensiale, og dermed ville svare greit eller dårlig.

Mangel på spesifisering av pasientgruppen er noe vi i ettertid også ser kan ha hatt en innvirkning, siden vi i denne oppgaven ikke har spesifisert alder. Ut i fra besvarelsene til respondentene, har det heller ikke kommet frem en spesifisert alder, og derfor ikke blitt sett på som et stort problem

i å besvare problemstillingen. Det ble heller ikke lagt vekt på kostnader, ved f.eks. en avbestilt undersøkelse, eller en re-innkalling som resultat fra klaustrofobi. Om radiografene har svart på undersøkelsen ut fra pasientens beste, eller billedtakingens beste, er noe som heller ikke er helt klart. Det ble ikke vektlagt å ha problematikk rundt re-innkalling på grunn av artefakter eller en sub-optimal undersøkelse som et punkt. Det kan være noe feilkilder ettersom radiografen og pasientens oppfattelse av en god undersøkelse ikke nødvendigvis samsvarer, til tross for at vi har tatt utgangspunkt i at det ikke avviker så mye at vi fremdeles kan ta dette utgangspunktet.

Det ble ikke vedlagt noen definisjon av klaustrofobi på spørreskjema, vi må derfor bare anta at radiografene har tatt utgangspunkt i en definisjon som er lik vår. Noen av alternativene som sånn passe, nokså ofte og ofte er uspesifikt, noe som gir et litt diffust svar hvis respondenten ikke har laget en kommentar på hva de mener med svaret sitt. I ettertid har vi blitt gjort oppmerksom på at svaralternativer som svært ofte, ofte, sjeldent eller svært sjeldent kunne gitt en mer presis respons (Jacobsen, 2010. s. 167-180).

Svake sider ved benyttet litteratur til denne oppgaven vil være at det er forskjellig utvalg av populasjon i de tre forskjellige artiklene. Til tross for dette, har alle artiklene fellesnevner som gjør at studiene er sammenlignbare. Dette vises ved at alle tar for seg forbedringspotensialer, og problematikken som kan oppstå ved komplikasjoner for å gjennomføre undersøkelser med denne pasientgruppen. Ingen av artiklene sier noe om radiografenes perspektiv, men i stedet hva pasienter foretrekker. Dette fører derfor til en viss svakhet, da det ikke kan direkte bekrefte eller avkrefte det radiografene mener i denne oppgaven. Det som har blitt gjort i denne oppgaven derimot, er at vi har sammenlignet radiografenes meninger opp mot forskningen på pasientene, og sett på likhetstrekk eller store avvik i resultatene.

6.0 Konklusjon

I dette kapitlet vil konklusjonen for denne oppgaven bli presentert, med utgangspunkt i diskusjonskapitlet. Problemstillingen i denne oppgaven er: *“Hvilke tiltak foretrekker radiografer for å bedre opplevelsen av MR undersøkelser for pasienter med klaustrofobi?”*

Respondentene har nevnt at til tross for at de fysiske hjelpemidlene er et bra tilbehør for en ekstra distraksjon, mente mange at andre tiltak var bedre for å få en pasient til å gjennomføre undersøkelsen. Ettersom at hver pasient er forskjellig, er det bedre for pasienten at det skapes en god relasjon med radiografen, enn at radiografene skal stole blindt på at hjelpemidlene alene skal distrahere og betrygge en pasient med klaustrofobi. Hjelpemidler kan likevel være noe som letter på arbeidsmengden til radiografen ved å minske tidsbruk ved undersøkelser. Det kan også være positivt for radiografen dersom det er vanskelig å gjenskape en god kommunikasjon og relasjon til hver enkelt pasient.

På grunn av at radiografen har begrenset tid med pasienten før og under undersøkelsen, er det mye en radiograf må fange opp i den første samtalen med pasienten. Derfor er det viktig at radiografen har riktig holdning til pasientomsorg, kommunikasjon og informasjon til pasienten. Radiografen må være oppmerksom på den enkeltes behov. På denne måten vil radiografen fange opp om en pasient som er urolig, og kan dermed gi den pasientomsorgen og informasjonen som er nødvendig ved den enkelte undersøkelsen.

Det er behov for mer forskning innenfor dette området, med et større representativt utvalg. Ved andre studier av valgt tema, kan det være interessant å gå mer inn på kostnader. En annen vinkling til videre forskning kan være effektiviteten rundt tiltakene som blir gjort før, under og etter en MR undersøkelse av pasienter med klaustrofobi. Effekten av tiltakene kan dermed settes opp mot tilfredsstillende bildekvalitet, eller omtak, på grunn av for mye bevegelsesartefakter, som er et vanlig problem med denne pasientgruppen. Det vil også komme nye hjelpemidler, nye utformede maskiner og tiltak som kan forskes videre på. Et annet forslag til videre forskning

kunne ha vært å undersøke nærmere radiografer som mener det ikke lønner seg å kommunisere med pasienten underveis, og undersøke hva radiografen oppnår med dette sammenlignet med pasientens opplevelse.

I denne oppgaven har det dermed blitt konkludert med at god informasjon før undersøkelsen sammen med kommunikasjon underveis i undersøkelsen, så langt det er mulig, primært er å foretrekke, ettersom at dette er noe flertallet av respondentene vektlegger. Samtidig viser tidligere forskning også til fordeler med ekstra informasjon og kommunikasjon med klaustrofobiske pasienter.

6.1 Etterord

Dette er vår avsluttende bacheloroppgave ved radiografiutdanningen ved NTNU i Gjøvik. Å skrive denne bacheloroppgaven har vært en svært lærerik prosess. Vi har møtt på flere uforutsette utfordringer, som vi har overkommet ved å stadig tilegne oss ny kunnskap. Målgruppen for oppgaven er radiografer, radiografstudenter og andre interesserte.

Vi ønsker med dette å takke respondentene våre for deltagelsen og gode besvarelser, samt helseforetakene. Videre vil vi takke veilederen vår, Anders Widmark, samt andre lærere ved utdanningen som har vært til hjelp i arbeidet med oppgaven. Til slutt vil vi også takke hverandre for et godt samarbeid gjennom årene ved utdanningen.

Anne Marthe Golid, Eva Marthe Schuster og Pia Renee Martinsen

Gjøvik 10.05.2019

16HBRAD, NTNU i Gjøvik

7.0 Litteraturliste

Eberhard-Gran M. (2017) *Spørreskjema som metode for helsefagene*. Utg.1. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Fangen, K. (2015) *Kvalitativ metode* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/introduksjon/metoder-og-tilnarminger/kvalitativ-metode/#spr> De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (08.03.2019)

HelseNorge (2016) *MR-Undersøkelse* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/mr-undersokelse> HelseNorge.no (02.02.2019)

Jacobsen, D. I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Utg. 2. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Munn Z. og Jordan Z. (2013) Interventions to reduce anxiety, distress, and the need for sedation in adult patients undergoing MRI a systematic review, *International journal of evidence-based healthcare* (11) s. 265-274. Doi- 10.1111/1744-1609.12045

Munn Z. *et. al* (2015) Claustrophobia in magnetic resonance imaging: A systematic review and meta-analysis. *International journal of diagnostic imaging and radiation therapy*. S. 59-63. Doi-10.1016/j.radi.2014.12.004

Pedersen, Roar (2018) *Alt om MR-undersøkelser* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.lommelegen.no/unders%C3%B8kelser/artikkel/alt-om-mr-undersokelser/68997667> Lommelegen (Hentet: 08.03.2019)

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING OG TILRÅDNING I SAK NR ■■■ MR OG KLAUSTROFOBI

Viser til innsendt meldeskjema og tilhørende dokumentasjon. Opplysningene i saken gir nå tilstrekkelig informasjon, slik at prosjektet er vurdert av personvernombudet i ■■■.

Om prosjektet

Prosjektets formål

I denne bacheloroppgaven skal vi ta for oss temaet klaustrofobi ved MR undersøkelser. Vi ønsker å se nærmere på pasient opplevelsen av undersøkelser på denne modaliteten. Vi tar utgangspunkt i problemstillingen: "Hvilke tiltak fungerer best for å bedre opplevelsen av en MR undersøkelser for pasienter med klaustrofobi i følge radiografer?"

Gjennomføring av prosjektet

Metoden som er valgt for denne oppgaven er kvalitativ forskningsmetode i form av utfylling av skjema til spørreundersøkelse, samt se på artikler som omhandler dette temaet for å trekke likheter og ulikheter i forhold til våre resultater av spørreskjemaet.

Databehandling

Data lagres i en eller flere permer under analyse og skrive delen av oppgaven. Etter at bacheloroppgaven er levert og fremført, tenkte vi å makulere skjemaene.

(Utdrag fra innsendt dokumentasjon)

Personvernombudets vurdering og tilrådning:

Personvernombudet i ■■■ har vurdert saken, og tilrår at prosjektet gjennomføres som beskrevet, gitt at de vilkårene som formidles i dette dokumentet oppfylles. Behandlingsgrunnlaget omfattes av personopplysningslovens kapittel 9, EUs personforordning artikkel 6a.

Artikkel 6. Behandlingens lovlighet

1. Behandlingen er bare lovlig dersom og i den grad minst ett av følgende vilkår er oppfylt:

a) *den registrerte har samtykket til behandling av sine personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål,*

Vilkår for tilrådingen

- I prosjektet svarer ansatte i [REDACTED] på spørreskjemaer rundt sin opplevelse av MR-undersøkelser, personopplysningene er derfor ikke i en særskilt kategori, og har lav personvern-ulempe. Vær oppmerksom på at det i særtilfeller kan komme fram tredjepartsopplysninger i slike spørreskjemaer, det vil si opplysninger som handler om pasienter. Hvis det skjer, skal opplysningene slettes fra materialet dersom de peker på en identifiserbar enkeltperson (pasient), eller grupper (gjenkjennbare pasientgrupper) på mindre enn 5 personer.
- Samtykke innhentes i henhold til EUs personforordning artikkel 7 Vilkår for samtykke.

Kommentar: Samtykkeskrivet må endres før prosjektet starter datainnsamlingen. Skrivet sier at prosjektet ikke skal innhente persondata, samtidig hentes det inn samtykke - der personen skriver under med navn. Det står også i samtykket at dataene blir anonymisert, og ber prosjektet dobbeltsjekke om det er riktig. For å ha reelle anonyme data skal ingen enkeltpersoner kunne identifiseres i materialet, hverken direkte eller indirekte. Alle koblingsnøkler skal være destruert. (Som oftest er slikt materiale ikke anonymt, men pseudonymisert eller bearbeidet slik at ikke enkeltpersoner gjenkjennes. Da skal er det de betegnelsene som skal brukes i samtykket i stedet for anonymisert).

Dokumentene som er grunnlaget for uttalelsen, er lagret i dokumentasjonssystemet Public 360 og tilgjengelige ved eventuelle tilsyn.

Lykke til med prosjektet!

[REDACTED]
Personvernrådgiver
[REDACTED]

Vedlegg 2. Spørreskjema

Spørreskjema til Radiografer på MR.

1. Hvordan håndterer du pasienter med klaustrofobi?	<input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Greit <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Veldig bra
2. Hvilket av disse hjelpemidlene synes du fungerer best?	<input type="checkbox"/> Musikk / radio <input type="checkbox"/> Speil uten andre hjelpemidler <input type="checkbox"/> Bilde <input type="checkbox"/> Film <input type="checkbox"/> Annet: (vennligst skriv hva) _____
3. Har avdelingen de hjelpemidlene dere trenger til pasienter med klaustrofobi?	<input type="checkbox"/> Nei (vennligst fyll ut hva som ønskes) _____ <input type="checkbox"/> Sånn passe <input type="checkbox"/> Ja, har alt vi trenger <input type="checkbox"/> Ja, men ønsker oss mer (skriv hva under) _____
4. Snakker du jevnlig med pasient under undersøkelsen?	<input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Nokså ofte <input type="checkbox"/> Ofte <input type="checkbox"/> Veldig ofte
5. Har dere egne rutiner for pasienter med klaustrofobi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
6. Noe du ønsker å tilføye? _____ _____ _____	

Vedlegg 3. Samtykkeskjema

Samtykkeskjema

Samtykkeskjema i forbindelse med bacheloroppgave i radiografi, våren 2019, ved NTNU i Gjøvik. Undersøkelsen blir brukt for å vektlegge radiografer sin erfaring med pasienter med klaustrofobi i forhold til å få gjennomført en MR-undersøkelse. Vi ønsker å få informasjon om hva radiografer ser på som viktige verktøy eller fremgangsmåter til å få gjort undersøkelsen så enkelt og greit som mulig for både pasient og ansatt. Vi ønsker ikke å innhente persondata.

Samtykke i forbindelse med datainnsamling:

- Jeg kjenner til at oppgaven er anonymisert slik at informasjonen ikke kan spores tilbake til meg som person.
- Jeg kjenner til at det vil bli utført en skriftlig spørreundersøkelse og at all innsamlet data vil bli slettet innen 10. mai 2019.
- Jeg er informert om at forsker har taushetsplikt, og opplysningene som gis ikke skal brukes til annet formål enn oppgaven som er beskrevet.
- Jeg er informert om at det jeg svarer kan bli brukt i oppgaven.
- Jeg kjenner til at det er frivillig å skrive under på en slik avtale og at jeg kan trekke meg når som helst.

Jeg samtykker i å delta i studien

Jeg ønsker ikke å delta i studien

Vedlegg 4. Databasesøk

Database:	Søkeord:	Treff:	Tittel på valgt artikkel:	Forfatter(e):
Medline	(Magnetic Resonance Imaging) AND (Anxiety) OR (Phobic Disorders)	29	<i>Impact of sensory design interventions on image quality, patient anxiety and overall patient experience at MRI.</i>	Stanley, Emma., Cradock, Andrea., Bisset, James., McEntee, Ciara., O'Connell, Martin
Medline	(Magnetic Resonance Imaging) AND (Anxiety [Prevention & Control]) OR (Phobic Disorders [Prevention & Control])	29	<i>Interventions to reduce anxiety, distress and the need for sedation in adult patients undergoing magnetic resonance imaging: a systematic review</i>	Munn, Zachary., Jordan, Zoe
ScienceDirect	(Magnetic resonance imaging) AND (Claustrophobia prevented)	34	<i>Can MRI related patient anxiety be prevented?</i>	Tazegul, Gokhan., Etcioğlu, Erku., Yildiz, Ferhat., Yildiz, Raif., Tuney, Davut.

Vedlegg 5. Analysetabell

Råtekst:	Kode:	Kategori:	Tema:
<i>“God samtale og forklaring om uns før pasienten kjøres inn i maskinen. Tar ofte en prøvetur inn i maskinen før vi starter. Snakker med pasienten underveis slik at pasienten ikke føler seg alene. Er det fler radiografer som jobber sammen står jeg ofte inn i rommet og holder en hånd på pasienten.”</i>	Pasientomsorg Informasjon Kommunikasjon	Pasientomsorg Informasjon	Pasientomsorg Informasjon
<i>“Ny MR med nye muligheter- pasienten kan se bilde/ film/ infoskjerm med lengde på serier etc.”</i>	Bilde / film Info-skjerm Ny MR	Bilde / film Ny MR	Bilde / film
<i>“Vi tvinger aldri noen med klaustrofobi til å gjennomføre undersøkelsen, men oppmuntrer til å forsøke. Noen har god effekt av beroligende tablett på forhånd, som deres lege har foreskrevet.”</i>	Pasientomsorg Medikamenter	Pasientomsorg Medikamenter	Medikamenter Pasientomsorg motivasjon

Vedlegg 6. Svarkombinasjoner for spørsmål nr. 2.

Respondent:	Svaralternativer:				
	Musikk / Radio:	Speil:	Bilde:	Film:	Annet:
1					x
2					x
3	x				x
4	x	x			x
5	x	x	x	x	x
6					x
7					x
8	x				
9					x
10					x
11	x				
12	x				
13		x			x
14	x				x
15	x				

Side 1 av 2

16		x			x
17					x
18					x
19					x
20					x
21	x				x
22	x	x			
23					x

