



Skriftlig information om röntgenavdelningen

Anna Nybond

Alexander Storskrubb

Examensarbete för röntgenskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Radiografi och Strålbehandling

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Anna Nybond& Alexander Storskrubb

Utbildningsprogram och ort: Radiografi och strålbehandling, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: -

Handledare: Katarina Vironen

Titel: Skriftlig information om röntgenavdelningen

Datum: 25.11.2013

Sidantal:41

Bilagor:1

Sammanfattning

Syftet med detta lärdomsprov är att skapa en produkt i form av en handbok till patienter som skall genomgå konventionella röntgenundersökningar eller ultraljudsundersökningar.

Lärdomsprovets forskningsfrågor är: Vilka är de vanligaste frågorna patienterna på röntgenavdelningen har? Vad har en patienthandbok för betydelse för patienten och röntgenskötaren? I den teoretiska referensramen behandlas centrala ämnen såsom information och trygghet. I den teoretiska bakgrunden behandlas ämnena strålning, konventionell röntgen, ultraljud och röntgenavdelningen för att ge läsaren en bättre förståelse för lärdomsprovet. Tidigare studier som presenteras i detta lärdomsprov berör den skriftliga informationen på olika sätt.

Som metod för studiens genomförande använde respondenterna sig av intervjuer. Röntgenskötare vid två olika sjukhus intervjuades. Intervjusvaren från båda grupperna renskrevs, sammanställdes och kategoriserades enligt en induktiv innehållsanalys. Utgående från materialet skapades en produkt i form av en patienthandbok. Skapandet av produkten presenteras i ett eget kapitel och själva produkten tillkommer som bilaga till lärdomsprovet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Röntgen, skriftlig information, patienthandbok

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Anna Nybond & Alexander Storskrubb

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Radiografia ja sädehoito, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: -

Ohjaajat: Katarina Vironen

Nimike: Kirjallista tietoa röntgenosastosta

Päivämäärä: 25.11.2013

Sivumäärä: 41

Liitteet: 1

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda tuote käsikirjan muodossa potilaille jotka ovat tulossa röntgen- tai ultraäänitutkimuksiin.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat: Mitkä ovat potilaiden tavallisimmat kysymykset röntgenosastolla? Minkälainen merkitys potilaskäsikirjalla on potilaille ja röntgenhoitajille? Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään aineita kuten informaatio ja turvallisuus. Teoreettinen tausta käsittää aineet säteily, natiivikuvantaminen, ultraääni ja röntgenosasto. Aineet antavat lukijalle paremman käsityksen opinnäytetyöstä. Aikaisemmat tutkimukset käsittelevät kirjallista tietoa erilaisilla tavoilla.

Menetelmänä opinnäytetyön toteuttamisessa käytettiin haastatteluja. Haastateltiin röntgenhoitajia kahdesta eri sairaalasta. Haastatteluvastaukset kirjoitettiin puhtaiksi, yhdisteltiin ja kategorisoitiin induktiivisella sisällösanalyysillä. Opinnäytetyön sisällöstä luotiin käsikirja potilaille. Käsikirjan tuottamisprosessi esitetään opinnäytetyössä omassa osassa. Käsikirja esiintyy liitteenä opinnäytetyössä.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Röntgen, kirjallista tietoa, potilaskäsikirja

BACHELOR'S THESIS

Author: Anna Nybond& Alexander Storskrubb

Degree Programme: Radiography and radiotherapy, Vaasa

Specialization: -

Supervisors: Katarina Vironen

Title: Written information about the radiology department

Date: 25.11.2013

Number of pages: 41

Appendices: 1

Summary

The aim of this thesis is to create a product, in the form of a handbook, for patients undergoing conventional radiography or ultrasound examinations.

The research questions are: What are the most common questions of patients in the radiology department? What significance does a patient handbook have for the patient and the radiographer? The theoretical framework addresses important topics such as information and security. The theoretical background outlines radiation, x-ray, ultrasound and the radiology ward. These subjects were used to give the reader a better understanding of the thesis. Previous studies presented in this thesis concern written information in different ways.

The thesis was carried out through the use of interviews. Radiographers at two different hospitals were interviewed. Responses from both groups were written down, compiled and categorized according to an inductive content analysis. A patient handbook was constructed based on the material. The creation of the product is presented in a separate chapter and the product will be appended to the thesis.

Language: Swedish

Key words: X-ray, written information, patient handbook

Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och problematisering	2
3 Teoretiska utgångspunkter	3
3.1 Information	3
3.2 Trygghet	3
4 Teoretisk bakgrund	6
4.1 Strålning	6
4.2 Konventionell Röntgen	7
4.3 Ultraljud	8
4.4 Röntgenavdelningen	9
5 Tidigare forskning	11
6 Studiens genomförande	23
6.1 Kvalitativ metod.....	23
6.2 Intervju	23
6.3 Undersökningens genomförande	24
6.4 Analysform	24
7 Resultatredovisning	26
7.1 Intervjufrågor	26
7.2 De vanligaste frågorna angående röntgenavdelningens verksamhet	26

7.3 Patienternas vanligaste frågor angående nativ- och ultraljudsundersökningar.....	27
7.4 Faktorer som orsakar oro för patienterna.....	28
7.5 Patienthandbokens innehåll	29
8 Tolkning.....	32
9 Produkten.....	35
9.1 Skapandet av patienthandboken.....	35
10 Kritisk granskning.....	37
11 Diskussion.....	40
Källor	
Bilagor	

1. Inledning

Vi är två studerande som studerar radiografi och strålbehandling vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi utför ett beställningsarbete som utgör vårt lärdomsprov. Resultatet av vårt lärdomsprov kommer att bli en produkt i form av en patienthandbok för en röntgenavdelning i Österbotten. Handboken är ämnad för patienter som kommer till konventionella röntgenundersökningar och ultraljudsundersökningar. Den kommer att ge information om röntgenavdelningens verksamhet samt besvara vanliga frågor patienter har.

Patienter har väldigt ofta dålig eller knapp kunskap angående röntgenundersökningar, och vi anser därför att detta är ett ämne som man bör gå djupare in på. Vi har valt att behandla begrepp så som information och trygghet. Eftersom arbetet är inriktat på konventionella röntgenundersökningar och ultraljudsundersökningar kommer vi också att behandla dessa två ämnen mera grundligt. Tidigare forskning som tas upp ger ett intressant perspektiv på hur skriftlig information kan bearbetas för att skapa en text som är förståelig.

På fältet har vi märkt att patienter uppskattar då det finns information tillgängligt. Skriftlig information kunde skapa trygghet för patienten och underlätta röntgenskötarens arbete.

2. Syfte och problematisering

I detta kapitel framkommer respondenternas syfte med lärdomsprovet, samt de centrala frågeställningarna.

I arbetet som röntgenskötare hamnar man att fungera som informationskälla för patienter som kommer till olika undersökningar. Syftet med detta lärdomsprov är att skapa en produkt i form av en handbok till patienter som skall genomgå konventionella röntgenundersökningar eller ultraljudsundersökningar.

Frågeställningen är:

Vilka är de vanligaste frågorna patienterna på röntgenavdelningen har?

Vad har en patienthandbok för betydelse för patienten och för röntgenskötaren?

3. Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel kommer respondenterna att ta upp begreppen information och trygghet. Respondenternas motivering till att ta upp dessa är att det är nödvändiga inför den produkt; patienthandbok som kommer att skapas. Information och trygghet är dessutom viktigt att förstå sig på och behärska inför det blivande yrket som röntgenskötare.

3.1 Information

Information innebär det samma som kunskap, en slags bruksanvisning för handlingar. Själva ordet information kommer från det latinska verbet informare som betyder ge form, utforma eller utdana. Man behöver information för att veta hur någonting skall göras eller vad man ska göra. På de sätt man har använt ordet information; till exempel i sammanställningen informator, förmedlar också detta en aktiv påverkan och speglar på det sättet en inställning och ett handlingsmönster hos människan. Att ge någon information innebär på så sätt att ge personen i fråga kunskap. Människor samlar hela tiden omedvetet in information från sin omgivning. Detta sker för att människan skall klara sig på bästa möjliga sätt, dvs. att man anpassar sig till sin miljö. Att anpassa sig innebär att man handlar/beter sig enligt bästa förmåga för att uppnå sina mål. Det betyder att på alla ställen människan mottar information så anpassar hon eller han sig enligt informationen. System som är informationsbehandlade har alltså som uppgift att motta och förmedla information, samt att sammanställa och producera information. Processen sker i syfte att kontrollera människan och omvärlden. (Hård af Segerstad, 1990,53-55, 59-60)

3.2 Trygghet

I Bonniers synonymordbok (1995, 435) hittar man trygghet beskrivet som lugn, ro, säkerhet, skydd och garanti. Trygghet kan upplevas enligt Segesten (1994) som positiva och negativa känslor av olika slag och en patient kan tillföras trygghet genom information från vårdpersonal. I Segestens forskning delas trygghetskänsla in i olika dimensioner, självtrygghet och trygghet i omvärlden. Trygghet i omvärlden kan vidare delas in i tre

dimensioner; den materiella tryggheten, miljötryggheten och relationstryggheten. Den materiella tryggheten kan vara att man har tillgång till bostad, arbete, pengar, pensioner och sjukvård. Den tjänar emellertid som kompensation för en inre trygghet. Miljötryggheten kan kopplas till natur, musik och havet. Miljöns hotfullhet kan vara skrämmande eller hotfulla faktorer t.ex. mörkerrädsla. Relationstryggheten kopplas till människor, relationer, vänner, familj, släktingar och till att någon finns till för en. Det som bidrar till dessa relationer är öppenhet, ömsesidighet, gemensamma mål, ärlighet, accepterande och en förmåga att nå fram till varandra. Människan vill ha en relation där man blir positivt bemött och trodd, där man inte behöver försvara sig och där man kan känna sig respekterad och inte bli behandlad som en avvikande person. (Segesten, 12-17, 1994).

Trygghet är ett väldigt viktigt fenomen i relation till människans hälsa. Enligt hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf (SOSFS 1982:763) sägs det ” En god hälso- och sjukvård skall särskilt (1) Vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen”. En beskrivning av trygghet är en grundläggande känsla som är en sorts grundtrygghet nära kopplad till människans självkänsla och som kan grunda sig i en positiv barndom, inre mognad eller också för andra en religiös förtröstan. Att man upplever trygghet kan också vara kopplat till yttre faktorer som till exempel god miljö, goda materiella förhållanden, nära relationer, kunskap och kontroll. Trygghetskänsla kan också ha med närhet till andra människor att göra, det kan till exempel vara känsla av mening och sammanhang. (Dahlberg & Segesten, 83-85, 2010).

En patient kan vara väldigt rädd för sin sjukdom när han eller hon inte har någon kontroll eller kunskap om den, och på så sätt uppleva otrygghet. Enligt Segesten (1994) kan tryggheten återställas med att patienten har kunskap om sin sjukdom och känna att han/hon har kontroll. Att ha kontroll handlar alltså i stora delar om att förstå, i det här fallet skulle det vara att förstå sin sjukdom och dess grad av allvar, vårdarnas ageranden och den vård som ges och att veta att hjälp finns när det behövs. (Dahlberg & Segesten, 83-85, 2010).

Fenomenet trygghet kan gestalta sig på olika sätt beroende på olika situationer man befinner sig i. Enligt en tidigare studie där män med medelsvår hjärtsvikt intervjuades om trygghet och otrygghet fick man resultat i form av teman med både en trygghets- och otrygghetsaspekt. Tryggheten beskrevs som: tro på framtiden och livet, stöd, hjälp, att leva med någon, att ha kontroll över sin kropp, förtroende för sjukvårdssystemet, vårdarnas

kompetens och läkemedlens effekter. Otryggheten beskrevs som: att leva i ensamhet och oro, känslor av hot, att tappa kontrollen över sin kropp och behandlingen och att inte ha förtroende för sjukvårdssystemet, läkarna, vårdarna och läkemedlen man får. (Dahlberg & Segesten, 86, 2010).

Trygghet och otrygghet kan inte beskrivas som ett isolerat fenomen, utan det sker ett samspel mellan grundtryggheten som patienterna har med sig och de yttre förutsättningarna. Ett samspel mellan otryggheten som till exempel sjukdomen orsakar och den otrygghet som för övrigt finns i den drabbades liv sker också. (Dahlberg & Segesten, 89-90, 2010).

4. Teoretisk bakgrund

För att bättre förstå denna studie har vi valt att mera grundläggande gå igenom strålning, konventionell röntgen, ultraljud och röntgenavdelningen.

4.1 Strålning

Det är väldigt enkelt att ha förutfattade meningar om saker och ting som man inte vet så mycket om, och strålning är ett omtalat begrepp som ofta väcker rädsla och oro. Strålning förknippas ofta med negativa händelser, som exempelvis utsläpp av radioaktiva ämnen och olyckor med radioaktivt avfall. (Isaksson, 2002, 7)

De flesta människor känner till att strålning kan orsaka skada, men det kan också användas i läkande syfte. Man kan till exempel fastställa diagnoser av sjukdomar med hjälp av röntgenundersökningar och dessutom kan strålning användas som behandlingsform mot cancersjukdomar. (Isaksson, 2002, 7)

Vad är strålning?

Strålning är en sorts energitransport som är en del av vår naturliga livsmiljö. Den här energitransporten kan ske i alla medier, också i vakuum. Strålningen kan indelas i två typer; joniserande och icke-joniserande. Det kan också vara elektromagnetisk strålning eller partikelstrålning. Joniserande strålning har så mycket energi att den kan lösgöra elektroner från atomer i mediet som utsätts för strålningen, eller för att slå sönder dess molekyler. Det som utsänder joniserande strålning är radioaktiva ämnen.

Icke-joniserande strålning är däremot en elektromagnetisk vågrörelse som används i bl.a. mobiltelefoner och mikrovågsugnar. Solens strålning är också icke-joniserande. Gränsen mellan joniserande strålning och icke joniserande strålning går mellan röntgenstrålning och UV-strålning. (Isaksson, 2002, 13) (STUK).

4.2 Konventionell Röntgen

För mer än hundra år sedan upptäckte en man vid namn Wilhelm Conrad Röntgen en ny typ av strålning, denna strålning döptes till "X-rays". Upptäckten av denna strålning blev revolutionerande inom många områden och är än idag den mest använda tekniken vid framställning av diagnostiska bilder (Berglund & Jönsson, 2007, 52).

Vid röntgenundersökningar använder man sig av elektromagnetiska vågrörelser. Elektromagnetiska vågrörelser kan liknas vid synligt ljus, deras hastighet är liknande och deras styrka avtar desto längre från själva strålkällan de kommer. Dock har de vissa skillnader också, ljus är synligt och har inte förmågan att tränga igenom föremål. Röntgenstrålar är däremot osynliga och har förmågan att tränga igenom föremål (Cederblom, 1993, 27-28). Uppkomsten av röntgenstrålning fås då elektronerna i ett röntgenrör accelereras mot en anod. Då elektronerna kolliderar med anoden förlorar de sin rörelseenergi, vilket ger upphov till röntgenfotoner (Berglund & Jönsson, 2007, 52).

Då röntgenfotonerna träffar patienten sker det en växelverkan mellan strålningen och materian. Strålningen passerar materian med mera eller mindre motstånd. Det är skillnaden i hur stor del av strålningen som passerar på olika områden som ger upphov till röntgenbildens svärtning. Som exempel är skelett ett större motstånd än omgivande mjukvävnad, alltså kommer skelettet att ha en mindre svärtning än omgivande vävnad (Berglund & Jönsson, 2007, 53).

Vid konventionella röntgenundersökningar kan man undersöka hela kroppen. Dock är den konventionella röntgenmetodens starka sida skelettet. Detta betyder att indikationer för konventionell röntgen framförallt är misstanke om benbrott, men också degenerativa sjukdomar, missbildningar, maligna skelettsjukdomar och infektioner. (Cederblom, 1985, 46-49).

4.3 Ultraljud

Användningen av ultraljud i Europa startade i Lund år 1953 då kardiologen Inge Edler och fysikern Helmuth Hertz studerade hjärtats rörelsemönster med en metod kallad pulsekometoden. De första ultraljudsundersökningarna gjordes på gravida kvinnor i början av år 1960, och idag ser de flesta blivande föräldrar sina barn första gången via ultraljudsundersökningar. (Berglund, 2007, 21).

Vid ultraljudsundersökningar ser man en avbildning av diverse organ och patologiska processer i organismens vävnader. Resultatet av undersökningen består av en rad bilder och eventuellt filmsnuttar, samt en beskrivelse av dessa. Ultraljud är alltså en metod som går ut på att framställa två- eller tredimensionella bilder av kroppens vävnader. (Jensen, 1984, 33)

Man använder sig alltså av ljudvågor. Ljudvågorna alstras från en ultraljudstranducer så kallad givare, som placeras på det område man vill undersöka. Ljudvågorna reflekteras då de stöter till organ inne i kroppen, reflektionerna tas också upp av ultraljudstranducern. Den data man registrerar avbildas direkt på en skärm. (Cederblom, 1993, 120).

Man kan undersöka hela kroppen, dock är ultraljudets starka sida mjuk vävnad och lämpar sig därför inte bra till skelettundersökningar. Indikationer för ultraljudsundersökning är t.ex. graviditet, tumörer och inflammationer. Organ som undersöks är hjärta, kärl, ögon, skalle på nyfödda, muskler och bukorgan. Med hjälp av ultraljud är det också vanligt att utföra biopsier, vilket innebär att man tar en provbit av ett organ eller en knöl/tumör. (Cederblom, 1985, 20-22).

De moderna ultraljudsapparater som idag används vid sjukhus är de mest komplexa medicintekniska utrustningarna. En apparat som är modern och högupplösande har ett pris på ungefär 200 000 euro. Med en sådan utrustning är det möjligt att framkalla realtidsbilder från ett djup på 6 cm i kroppen med en upplösning på mindre än en tredjedels millimeter. En väldigt snabb dator kontrollerar och styr sändarsignalen som leder till varje enskild sändare, och för att givaren skall ha möjlighet att kommunicera med datorn behövs en A/D-omvandlare. Det som styr och kontrollerar sändnings- och mottagningsförloppet är datorn och programvaran. Ifall elektronikområdets utveckling framskrider i samma takt som hittills kommer vi att få mer avancerad ultraljudsutrustning med ny möjlighet att

framkalla bilder för diagnostiskt bruk, och dessutom utrustning i mindre format och till ett lägre pris för rutinundersökningar. (Berglund, 2007, 37, 47).

4.4 Röntgenavdelningen

Personalen på en röntgenavdelning kan variera mycket. De som vanligtvis är anställda är radiologer dvs. röntgenläkare, röntgenskötare, sekreterare, sjukhustekniker och patientkuskar. Eftersom det finns olika typer av sjukhus, vissa är stora och andra små, så finns det också olika typer av röntgenavdelningar. En del röntgenavdelningar har personal med fler än 100 personer, medan andra har en personal på fem personer. Stora avdelningar har bättre resurser och kan på så sätt utföra mer kvalificerade undersökningar medan mindre avdelningar har färre undersökningar och begränsningar på vilka undersökningar som kan utföras. En liten avdelning kan däremot löpa smidigare. Alla avdelningar och mottagningar skiljer sig från varandra och har olika sätt att samarbeta. Det gäller till exempel tidsbeställningar, väntetider, patientförberedelser och remissförfaranden. (Cederblom, 1993, 11).

Eftersom det krävs planering av röntgenavdelningens arbete är det nödvändigt med tidsbeställning för många undersökningar. Det som skall röntgas och avdelningens resurser påverkar längden på väntetiderna. Akuta fall tas alltid hand om så snabbt som möjligt och går före tidsbeställda undersökningar. Olika undersökningar görs ofta i olika undersökningsrum, på så sätt kan en patient som kommit till väntrummet bli röntgad före någon som suttit och väntat mycket längre. (Cederblom, 1993, 11-12).

Röntgenremissen

En röntgenundersökning kan inte utföras utan en remiss. Remissen skrivs av en läkare när han anser att en patient behöver röntgas. Den är en mycket viktig del av vårdkedjan, och den skall göras noggrant. En ofullständig eller dålig remiss kan leda till felaktig undersökning eller obehag för patienten. En remiss enligt Socialstyrelsens termbanks rekommenderade definition ”en handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient”. (Cederblom, 1993, 19) (Von Heijne & Wirell, 2012, 9-10, 25).

Röntgenremissen är starten för den process där ett antal steg bör passeras förrän remissen kan besvaras, läsas och arbetsflödet avslutas. Om vi tänker oss att en patientansvarig läkare har tillsammans med patienten fattat ett beslut om att konsultera en radiolog och genomgå en röntgenundersökning. I den här processen ingår följande moment:

- Dialog mellan patient och remitterande läkare.
- Remissen skrivs av läkaren och skickas till röntgen.
- Remissen mottas av röntgen och bedöms.
- Planering av undersökningen sker gällande hur och när.
- Patienten får en kallelse och eventuella instruktioner om förberedelser.
- Patienten kommer till röntgen och registreras.
- Röntgenundersökningen genomförs.
- En preliminärbedömning sker och undersökningen avslutas.
- Bilderna från undersökningen granskas och jämförs med tidigare undersökningar.
- Utlåtandet formuleras och dikteras/skrivs.
- Utlåtandet skrivs ut.
- Utlåtandet kontrolleras och slutsigneras.
- Utlåtanden skickas till remitterande enhet/ läkare.
- Remitterande läkare läser utlåtandet.
- Remitterande läkare förklarar utlåtandet och vilka konsekvenser det har för patientens fortsatta vård.

Till den här processen kan eventuellt fler moment komma till, som till exempel ronder eller konferenser. Remissen kan dessutom backa i flödet pga. olika skäl och moment. Det kan exempelvis behövas fler kompletteringsbilder eller uppdatering av remissinformationen. (Von Heijne & Wirell, 2012, 25-28).

5. Tidigare forskning

Vårt arbete inbegriper en översikt över tidigare forskning. Vi har valt relevanta studier gällande skriftlig patientinformation och läsförståelse. I vår sökning använde vi oss av EBSCOs databaser Academic Search Elite, CINAHL samt GreenFILE, sökningen specificerades ytterligare med att endast söka efter hela texter. Följande sökord användes: patient, information, written communication, written information, leaflet, x-ray, radiology. Sökordskombinationen patient, information och written communication gav 31 resultat varav 6 användes. Sökordskombinationen patient, written information och leaflet gav 35 resultat varav 4 användes. Sökordskombinationen patient, written information samt x-ray eller radiology gav tillsammans 6 resultat varav inga användes.

Mumford (1997) har undersökt patientinformation producerad av sjukskötare. Det blir allt vanligare med korta sjukhusvistelser för patienter, vilket betyder att egenvården är av större betydelse. Eftersom sjukskötare inte har tid med att undervisa patienter använder man sig av skriftlig information som stöd för den muntliga kommunikationen. Forskarens hypotes var att sjukskötare som producerar sin egen skriftliga information använder sig av ett lätt språk som de flesta personer förstår, eftersom sjukskötare ofta får översätta och förklara vad som sagts av läkare till patienter.

I sin artikel använde sig forskaren av tre stycken formler (Flesch Read Ease score, FOG & SMOG) för att utvärdera patientbroschyrer producerade av sjukskötare. Dessa formler har alla egna sätt att uträkna läsbarheten av en text - vad som kan nämnas är att i Flesch Read Ease score är det bättre med ett högt resultat och i FOG & SMOG är det bättre med ett lågt resultat då målet är en begriplig text. Resultatet visade att en stor del av de undersökta patientbroschyerna krävde att läsaren hade en något högre läskunnighet. Forskaren nämner att fastän materialet som undersöktes var av liten kvantitet, endast 24 patientbroschyrer, så har tidigare studier fått liknande resultat. Detta påvisar dock att Mumford's (1997) hypotes inte visats stämma överens med verkligheten, då även patientinformation producerad av sjukskötare visar sig få dåliga resultat enligt läsbarhetsformlerna. (Mumford, 1997).

För att få en helhetsbild av en patientbroschyr borde man använda officiella riktlinjer för utvärdering tillsammans med läsbarhetsformler, separat användning ger de missvisande information. Dock framhäver Mumford att det inte fanns välgjorda modeller för utvärderingen av text då artikeln skrevs, och att de som fanns var oklara och tidskrävande. Forskaren ger ett exempel från en tidigare artikel där de diskuterar problemet med informationsblad av dålig kvalitet, samt hur man skulle kunna förbättra skriftlig information. Artikelnavslutaslistigt med: "Does this all sound difficult? Time consuming? Expensive? It is, and that's why so much material given to patients is so awful."(Smith, 1992). Vidare diskuterar forskaren om sjukskötarens kunskaper angående läsning och läsbarhet. Man kan inte förvänta sig att sjukskötare ska producera tydligt och begripligt material om de inte har kunskapen om grunderna för detta. Möjligtvis borde det ingå i vårdundervisningen att sjukskötare får information om läsning, läsbarhet och skriftlig kommunikation. (Mumford, 1997).

Walsh och **Shaw** (2000) har i sin artikel beskrivit vikten av den skriftliga informationens design för hjärtpatienter, samt granskat tillgänglig litteratur om ämnet. Skriftlig information används ofta som ett hjälpmedel tillsammans med muntlig kommunikation för att öka patientens kunskap. Det finns även fördelar med att använda skriftlig information jämfört med andra undervisningsmaterial. Den skriftliga informationen är en bestående källa av information som är lätt att förnya och distribuera. Den är återanvändningsbar, lättläst och konsekvent i informationen som ges. Walsh & Shaw fortsätter med att förklara varför muntlig kommunikation inte alltid är effektiv. Det är vanligt att patienter som blir inlagda på hjärtövervakningsavdelningen (CCU) är begränsade och inte tar till sig information p.g.a. oro och förnekelse. Dessutom är patienternas sjukhusvistelse ofta kort vilket hämmar den muntliga undervisningen. Även vid tillfällen då det ges noggrann muntlig information åt hjärtpatienter och deras anhöriga känner de sig förvirrade i efterhand.

Vidare granskar Walsh & Shaw (2000) den skriftliga informationens design i ett antal olika studier och undersökningar. I många av undersökningarna kom det fram att det produceras skriftlig information som inte möter patientens behov av information eller att det är för svårförståeligt. Nyckelord som framkom vid granskningen av litteraturen var; läs- och skrivkunnighet, tydlighet, innehåll, format, layout och utvärdering.

Studier om läs- och skrivkunnighet har gjorts i Storbritannien och USA. I Storbritannien framkom att en femtedel av vuxna har läs- och skrivsvårigheter, och i USA framkom det att människor ofta inte berättar om sina läs- och skrivsvårigheter vilket utsätter deras hälsa och välfärd för risker. Vid framställningen av skriftlig patientinformation är tydlighet och begriplighet viktigt. Målet är att hålla texten så enkel som möjligt. Längre texter med komplicerade ord gör det svårare att läsa. Tidigare studier visar att skriftlig patientinformation ofta inte är anpassade till patienternas nivå av förståelse. Det finns olika formler som används för att mäta svårighetsgraden av skriftlig text, dock tar inte dessa formler hänsyn till faktorer som t.ex. innehåll, layout, färg, marginal och textstorlek. Läsarens motivation, intresse, uttålighet, ålder och utbildningsnivå mäts inte heller. (Walsh & Shaw, 2000)

Det finns enligt Walsh & Shaw (2000), en del teknikaliteter som kan göra den skriftliga kommunikationen mera begriplig. Vid utformningen av skriftligt material bör man först bestämma sig för huvudämnet och sedan avgöra vad patienten behöver lära sig. Skriftlig information bör utformas så att den är tydlig, har en logisk utveckling, samt innehåller termer som patienten och dess anhöriga kan förstå. Om det inte går att undvika medicinska termer bör en ordlista tillhandahållas. Skriftlig information bör förmedlas i korta meningar, långa meningar gör det svårare för läsaren att komma ihåg innehållet. Meningar med omkring 20 ord anses vara godtagbara medan meningar med omkring 40 ord bör omformuleras. Textstorleken bör anpassas efter läsarens behov, större storlekar bör exempelvis användas åt personer med sämre syn. Textens typsnitt bör vara tydligt, annars kan bokstäver eller ord missuppfattas. Då man vill framhäva ett visst budskap i texten används t.ex. stora bokstäver, kursiverad, understrykt eller halvfet stil. Dessa egenskaper bör dock användas sparsamt då de annars förlorar sin mening. En tät text kan vara svår att läsa - jämna mellanrum gör texten tydlig. Färger används ibland för att förstärka budskapet i en text, men bör undvikas. Illustrationer kan fungera som ett hjälpmedel vid tillfällen då läsaren har svårt att förstå innebörden av en text, men kan också fungera som en minnesbild vid tillfällen då innehållet är begripligt men svårt att lägga på minnet. Slutligen borde materialet i den skriftliga informationen utvärderas innan det sätts i användning, t.ex. genom att en testgrupp med patienter får ge feedback på den skriftliga informationen.

Rao och **Fogarty** (2007) har skrivit en artikel om en studie där man undersökte hur postoperativa gynekologiska patienter reagerade då de fick med sig ett brev skrivet av läkaren i samband med att de skrevs ut från sjukhuset. I studien ingick ett frågeformulär som skickades ut till 100 patienter. I frågeformuläret frågade man huruvida brevet hade varit hjälpsamt, informativt, uppmuntrande, förvirrande eller oroväckande, samt om man föredrog liknande kommunikation i framtiden. Resultatet visade att största delen av de som svarat på frågeformuläret fann brevet hjälpsamt och informativt, medan endast två patienter fann brevet förvirrande och en patient fann brevet oroväckande. En del av de patienter som fann brevet hjälpsamt och informativt föredrog även liknande kommunikation i framtiden.

Tidigare studier har visat att patienter som fått skriftlig information varit väldigt nöjda. Man vet att 40-80% av information som ges av kliniker till patienter genast glöms bort, medan 50% av informationen återkallas felaktig. Det har ifrågasatts huruvida medicinsk terminologi som används i breven förstås av patienterna. I studien som gjordes fann två patienter brevet förvirrande på grund av medicinsk terminologi. Ett problem som lyfts fram är patientens förmåga att förstå sig på informationen, speciellt bland patienter med nedsatt syn, lägre utbildning eller nedsatt läsförståelse. Enligt en tidigare studie borde språket i patientbrev vara enkelt och innehålla en ordlista. (Rao & Fogarty, 2007).

Felley et al. (2008) har gjort en jämförelse mellan skriftlig information tillsammans med muntlig information kontra enbart muntlig information. Studien har genomförts på patienter som undergått gastrointestinal endoskopi.

I prövningen av skriftlig- och muntlig information tillsammans sändes den skriftliga informationen till patienterna en vecka före undersökningen och den muntliga gavs på undersökningdagen. Den skriftliga informationen innehöll sådan information som vanligen ges åt patienter: risker och fördelar med undersökningen, eftervård samt information om eventuella bedövningsmedel som används i samband med undersökningen. Gruppen som endast fick muntlig information blev informerad på undersökningdagen. Den muntliga informationen innehöll rutinmässig information som ges innan en undersökning, men innehöll alla fakta som behövs för att förstå risker och fördelar med undersökningen. I studien användes alla patienter som skulle genomgå gastrointestinal endoskopi under loppet av tre månader. Ytterligare kriterier för studien var att patienten

var bosatt i Schweiz, förstod franska och var kapabel att fylla i frågeformuläret. Patienter som var minderåriga (< 18 år), gravida, oförmögna att ge sitt eget samtycke eller tidigare hade genomgått en endoskopi uteslöts från studien. (Felley et al., 2008)

Av de 912 patienter som man primärt hade tänkt använda i studien var 718 (78%) stycken behöriga enligt de kriterier som nämnts, och endast 577 stycken av de behöriga genomförde alla steg av studien. I gruppen som fick skriftlig information var det många fler som annullerade sin undersökning eller inte dök upp jämfört med gruppen som fick muntlig information. Dock var deltagandet i studien bland båda grupperna liknande. Resultaten av studien visade att skriftlig information inte ändrade upplevelsen av undersökningen i jämförelse med muntlig information. Patienter som fick skriftlig information klassade informationens kvalitet högre än de som fick muntlig information. De flesta som fick skriftlig information blev varken mer eller mindre oroliga inför undersökningen. Forskarna hade två teorier om varför de var flera som annullerade sina undersökningar i gruppen som fick skriftlig information. Den första var att en del patienter blev så oroliga av den skriftliga informationen att de annullerade sin undersökning. Den andra teorin var att en del av patienterna gjorde ett självständigt beslut om att annullera sin undersökning efter att ha fått informationen och vägt riskerna mot fördelarna. Samtidigt visade studien att patienterna som fått skriftlig information var mycket mer nöjda med den information de fått. Dessa resultat antyder att skriftlig information tillsammans med muntlig information uppfattas som positivt av patienter och att sådan information inte ökar oron bland patienter godkänner undersökningen. (Felley et al., 2008).

Chumbley et al. (2002) har genomfört en studie där man undersökt vilken information patienter som använder patientkontrollerad analgesi (PCA) vill ha, varefter man konstruerat en informationsbroschyr. PCA är en typ av smärtlindring där patienten själv administrerar smärtlindring när det behövs. Med hjälp av ett knapptryck får patienten morfin intravenöst, vilket verkar inom 5 minuter. Användningen av PCA betyder att vårdpersonalen inte längre behöver administrera smärtlindring enskilt till varje patient.

Denna studie var indelad i två delar, en kvalitativ och en kvantitativ. Den kvalitativa delen formulerade innehållet i informationsbroschyren med hjälp av fokusgrupper som hade tidigare erfarenheter av PCA. I den kvantitativa delen utvärderades informationsbroschyren med hjälp av patienter som inte hade tidigare erfarenheter av PCA. Efter 5 fokusgrupper

hade man tillräckligt med information för ett första utkast, den 6:e fokusgruppen ledde till ett andra utkast och efter den 7:e gruppen hade man det slutliga utkastet vilket sedan användes för att producera den nya informationsbroschyren. I utvärderingen av informationsbroschyren analyserades 100 patienter, 50 stycken fick den nya informationsbroschyren och 50 stycken fick en gammal informationsbroschyr. (Chumbley et al., 2002).

Resultaten av fokusgrupp-studien visade att patienterna var oroliga över vilken drog de fick, eftersom den gamla informationsbroschyren inte nämnde att det var morfin som injicerades. Patienterna oroade sig även för biverkningar som kunde uppstå vid användningen av morfin, samt möjligheten att överdosera eller bli beroende av drogen. Den gamla informationsbroschyren nämnde bara illamående som en biverkning. Det framkom att patienterna hade velat få information om alternativa smärtlindringar samt en mer detaljrik beskrivning av användningen. (Chumbley et al., 2002).

Resultaten av den kvantitativa studien visade ingen större skillnad mellan den nya och den gamla informationsbroschyren gällande positiv inställning till användningen av PCA. Endast en (2%) patient som läste den nya broschyren och tre (6%) som läste den gamla broschyren avstod från användningen av PCA. Det fanns inga betydande avvikelser mellan grupperna vad gällde nervositet vid användningen av PCA. Det fanns dock betydande skillnader i hur tydlig informationen var mellan de två broschyrerna. 15 (30%) patienter som läste den nya broschyren behövde inte mer information om smärtlindringen, medan endast fyra (8%) som läste den gamla broschyren var av samma åsikt. 42 (84%) patienter som läste den nya broschyren beskrev informationen som väldigt tydlig, jämfört med 24 (48%) patienter som läste den gamla broschyren. Patienter som läste den nya informationsbroschyren hade även en större kännedom om användningen av PCA, samt möjliga biverkningar. Informationsbroschyren hade inte någon större inverkan på hur orolig patienten är inför användningen av PCA. Detta tyder på att enbart skriftlig information kanske inte är tillräckligt. Tidigare studier har visat att användningen av en kontaktperson är det bästa alternativet då målet är att minska nervositeten, jämfört med information eller lugnande medel. Denna studie visade att användningen av fokusgrupper är ett effektivt sätt att få patientens åsikter gällande vad ett undervisningsmaterial inom ett specifikt område bör innehålla. Den nya informationsbroschyren var tydligare, innehöll mera information och var en förbättring av den gamla informationsbroschyren som var tillverkad enbart av yrkesutövare. (Chumbley et al., 2002).

Tomlinson et al. (2011) har genomfört en kvalitativ studie för att identifiera den palliativa cancerpatientens behov av skriftlig information. Tidigare studier har visat att brist på information leder till ökad oro, samt att den palliativa patienten föredrar muntlig kommunikation tillsammans med skriftlig information.

I Tomlinsons et al. (2011) studie användes 21 patienter som delades in i 5 fokusgrupper, varav den första fungerade som en test grupp. Deltagarna i studien skulle vara cancerpatienter över 18 år som vårdades av en specialistvårdsenhet för palliativa patienter. Resultaten analyserades induktivt och gav upphov till tre kategorier; (i) patientens synpunkt på betydelsen av skriftlig information, (ii) patientens erfarenheter av skriftlig information i olika format samt (iii) deras tankar kring vilken skriftlig information som värdesätts högst.

I den första kategorin var patienterna av olika åsikt om hur viktigt det är med skriftlig information; en del ansåg att skriftlig information är viktigt medan andra nöjde sig med tillgång till muntlig information. Patienter som ville ha en mera detaljerad information om sin sjukdom uppskattade skriftlig information mer. Skriftlig information gav en del patienter en känsla av kontroll och förståelse.(Tomlinson et al., 2011).

I den andra kategorin diskuterade man fem olika format för skriftlig information; broschyrer, kopior av brev mellan vårdpersonal (utlåtande och dylikt), affischer, böcker och internet. Av dessa var broschyren den populäraste. Den tredje kategorin påvisade att patienterna uppskattade sådan information som var enkel, tydlig och kortfattad. En del patienter önskade specifik skriftlig information ämnad för den typ av cancer de hade. Patienterna ville även ha information om vilken roll den palliativa specialistvården har, vilka andra tjänster som finns tillgängliga samt hur deras sjukdom kan utvecklas. (Tomlinson et al., 2011).

Skriftlig information är inte något alla patienter vill ha tillgång till i detta skede av deras sjukdom -största delen av deltagarna föredrog muntlig kommunikation. Det fanns dock fall där patienterna ansåg att skriftlig information tillsammans med muntlig information gav dem mera kunskap och kontroll över situation vilket hjälpte dem att ställa de "rätta" frågorna. Studien visar att tydlig, kortfattad och attraktiv information borde finnas tillgängligt för dem som vill ha den. (Tomlinson et al., 2011).

Parahoo et al. (2003) har i sin kvalitativa studie utvärderat informationsbroschyrer ämnade för gastrokopiska undersökningar. Denna studie är del av en större studie som undersöker patientinformation som ges inför gastroskopi i Nordirland. Det hör till vanligheten att patienter får skriftlig information före de genomgår diagnostiska och kirurgiska ingrepp.

Informationen hjälper patienterna att förbereda sig fysiskt (fasta, användning av alkohol och medicin) och psykiskt (oro, rädsla, stress). Informationsbroschyrer kan inte ersätta mötet mellan vårdare och patient, men är en viktig del av helheten som kan underlätta patientsamarbete och beslutsfattande. Informationsbroschyrer bör innehålla grundläggande information som svarar på frågor som kan uppstå innan patienten anländer till kliniken. Information om vad patienten kan uppleva under och efter en påfrestande händelse har visat sig vara effektivt i olika medicinska områden. I studien undersökte man materialet som skickades till patienter från 7 sjukhus. Man analyserade innehållet, presentationen av materialet och läsbarheten. En checklista som framställts av BSG (British Society of Gastroenterology) användes som grund för analysen. Den skriftliga informationen skulle innehålla: tydliga anvisningar om var gastroskopi-enheten låg, vad gastroskopi är, kontaktinformation för frågor, information om förberedning före undersökningen, information om medicinering, information om vad som händer under undersökningen, information om lokal anestesi och lugnande medel samt information om resultat och uppföljning. Dessutom analyserades informationen på vetenskapliga källor och ifall patienter varit involverade i tillverkningen och utvärderingen av materialet. (Parahoo et al., 2003).

Informationen som sändes ut av de olika sjukhusen varierade i typ, mängd och kvalitet. Vissa sjukhus skickade flera broschyrer, där informationen var inkonsekvent, vilket ledde till att patienten blev uppmanad att följa olika instruktioner. Information angående förberedelser inför undersökningen, så som fasta och tömning, varierade mellan sjukhus men även mellan skriftligt material skickat från samma sjukhus. Dessa variationer bland broschyrerna fortsatte genom hela analysen. Forskarna hittade inga indikationer på att patienter hade varit involverade i utvecklingen av broschyrerna. Gällande broschyrernas läsbarhet fanns det fyra fall där informationen var för svår för allmänheten att förstå och lämpade sig bättre för en välinformerad publik. Studien visade att man bör förbättra den skriftliga informationen som ges åt patienter eftersom den är ofullständig och inkonsekvent i informationen. Riktlinjerna som gjorts av BSG (British Society of Gastroenterology) borde användas som grund för alla gastroskopibroschyrer. Broschyrerna borde utvecklas i

samverkan med patienter, testas innan de distribueras samt utvärderas regelbundet. En broschyr bör vara omfattande, enkel samt deskriptiv.(Parahoo et al., 2003).

Semple och **McGowan**(2002) har undersökt befintlig vetenskaplig litteratur gällande patientens behov av lämplig information, särskilt skriftlig information. Undersökningen fokuserar på information för patienter med huvud-halscancer. Artikeln är uppbyggd av vetenskapligt material som hämtats från elektroniska databaser (MEDLINA & CINAHL) mellan åren 1990-2001. Utifrån studierna som nämns i artikeln kommer författarna fram till en slutsats.

Människor med cancer har visat att de vill ha så mycket information som möjligt angående deras sjukdom och behandling. Sådan information kan leda till ökad kunskap och belåtenhet samt minskad oro. Behovet av information för personer med huvud-halscancer bör fastställas individuellt. Patientens åsikter om information och beslutsfattandet angående behandling och vård bör beaktas vid framställningen av individuell information. Användningen av skriftlig information för att komplettera muntlig kommunikation är ett effektivt sätt att förmedla information på. Patientens intressen bör dock alltid beaktas vid framställningen av skriftlig information. Den skriftliga informationen bör vara tydligt presenterad på ett sätt som patienten förstår. Dålig design och användningen av fackspråk förmedlar en amatörmässig och osympatisk attityd.(Semple & McGowan, 2002).

Mayer och **Villaire** (2009) har skrivit en artikel som handlar om hälsoförståelse. Hälsoförståelse definieras som nivån individer har för att anskaffa, bearbeta och förstå grundläggande information om hälsa för att sedan göra ett lämpligt beslut gällande sin hälsa. Artikeln beskriver hur man ska framställa och utforma skriftlig information så att den blir mera tydlig och användbar för patienter. En del människor tror att hälsoförståelse innebär samma sak som att kunna läsa, de antar att om man kan läsa så kan man förstå information om hälsa. Likaså garanterar en hög utbildning inte att man förstår innebörden av information om hälsa. En medicinsk term på en sjukdom kan vara okänd för en högutbildad person som aldrig varit i kontakt med dylika begrepp, medan samma term kan vara känd för en person med läs- och skrivsvårigheter eftersom denna är bekant med sjukdomen från tidigare.

Vid framställningen av skriftlig information kan flera olika tester användas för att mäta textens läsbarhet, t.ex. Flesch-Kincaid Reading Ease test, The McLaughlin Simplified Measure of Gobbledygook (SMOG), The Fry Formula och The Suitability Assessment of Materials (SAM). Dock är dessa tester bara en del av framställningen av skriftlig information. Vid planeringen av den skriftliga informationen bör man identifiera informationens målgrupp: ålder, kön och kulturell bakgrund bör beaktas. Innehållet bör vara tydligt; det är bättre med få punkter som behandlar aktiviteter patienten måste utföra (t.ex. medicinen skall tas 2 gånger per dag), än att ha flera punkter som svävar iväg från meningen med informationen (t.ex. information om sjukdomens bakgrund). Ett alternativ är flera broschyrer, där den primära behandlar de aktiviteter patienten måste utföra medan den sekundära behandlar information om sjukdomen. Man bör använda sig av vanliga ord och undvika fackspråk eller s.k. medicinsk jargong. Vid tillfällen där medicinska termer är oundvikliga bör exempel eller ordlistor medfölja materialet. Användningen av en aktiv röst istället för en passiv hjälper läsaren att förstå innebörden i texten, t.ex. "håll armen i högläge" jämfört med "armen borde hållas i högläge". Korta ord och meningar gör texten lättare att förstå, förutom vid användningen av anatomiska ord. Det kan vara bättre att förklara ordet med än längre mening istället för att använda ett kort anatomiskt ord. Illustrationer används för att stöda, stärka och förklara det skrivna ordet. Vid användningen av illustrationer är det viktigt att de hålls enkla och meningsfulla. Då produktionen av den skriftliga informationen är klar är utvärderingen av materialet viktigt. Användningen av fokusgrupper för att utvärdera materialet är av stor nytta i detta sammanhang. (Mayer & Villaire, 2009).

Garner, Ning och Francis (2011) presenterar i sin artikel en språkvetenskaplig modell för utvärderingen av informativa patientbroschyrer. Det finns en omfattande mängd forskning gällande utvärderingen av patientbroschyrer, varav de flesta använder sig av en eller flera väletablerade mätinstrument för läsbarhet. Det finns dock fler faktorer än läsbarhet som bör beaktas i utvärderingen av patientbroschyrer. Att mäta läsbarheten är endast ett ungefärligt mått på om en text förstås. För att kommunikationen ska vara effektiv måste patientbroschyren synas, läsas, uppfattas, vara trovärd och minnesvärd.

Som utgångspunkt har författarna använt tidigare forskning som nämnt tre viktiga delar som bör ingå i utvärderingen av patientbroschyrer; läsbarheten av språket i texten, läsarens

förståelse på texten och patientens långsiktiga reaktion av texten. Modellen är baserad på en teori om skriftlig kommunikation som innehåller dessa tre faktorer. (Garner, Ning & Francis 2011).

Kommunikation borde ses som en dynamisk process som är mer än att skicka och ta emot information. Det sker en direkt interaktion mellan läsare och text samt en indirekt interaktion mellan läsare och författare. Textens innebörd finns inte naturligt i texten utan skapas av läsaren. Det finns tre processer som läsaren är involverad i; att läsa till slut, att konstruera ett sammanhang av innehållet samt att svara på innehållet. I läsprocessen försöker läsaren ge mening åt orden och uttrycken i texten. I konstruktionen av sammanhang försöker läsaren ge helheten i texten en mening. Svaret på texten kan vara kognitivt, känslomässigt eller beteendemässigt och varierar beroende på ordvalen i patientbroschyren samt läsarens förhållanden. Dessa processer sker inte i tur och ordning utan mer eller mindre samtidigt eftersom läsaren kontinuerligt konstruerar och rekonstruerar meningen med innehållet under läsningen. För att utvärdera patientbroschyren har författarna förslagit tre mätinstrument: läsbarhet, begriplighet och kommunikativ effektivitet. (Garner, Ning & Francis 2011).

Läsbarhet mäter hur lätt läsaren bildar en uppfattning utifrån ord och meningar i en text genom textens visuella och språkliga egenskaper. Det finns en hel del olika modeller för att mäta läsbarhet. De flesta modeller använder sig av en formel som baserar sig på en kombination av antalet ord i en mening, ordets längd samt hur bekant ordet är. En modell som står ut ur mängden kallas "cloze test", och går ut på att var femte ord i en text är raderat och läsarens uppgift är att fylla i tomrummen. Dessa modeller allena anses dock ha betydande begränsningar, men fungerar ändå som en grund för författarnas tredelade modell för utvärderingen av patientbroschyren. Begriplighet är nästa steg i modellen. Ibland kan helheten i en text vara svår att få fram fastän den uttrycks med ett begripligt språk. Detta beror på att vissa ord, utifrån läsbarhetstester, kan vara allmänt kända fastän läsaren inte har förmågan att förstå innebörden av dem. Exempelvis ordet "laser" uppfattades vid en undersökning fel av en del av patienterna; de förstod inte att lasern orsakade värme utan trodde att den endast orsakade ljus. Begriplighet är en biprodukt av interaktionen som sker mellan läsaren och texten. Till skillnad från läsbarhet som kan mätas utgående ifrån endast texten, behövs både läsaren och texten för att man ska kunna mäta begripligheten. Fastän man lyckats få broschyrens text läsbar och begriplig garanterar

detta inte en kommunikativ framgång. Denna aspekt leder oss till den sista delen; kommunikativ effektivitet. (Garner, Ning & Francis 2011).

Kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga funktioner är en del av kommunikativ effektivitet. Den sista delen bearbetar och utvärderar läsarens svar på texten. Man funderar exempelvis kring huruvida en patients val att avstå från en behandling efter att ha läst en patientbroschyr, kan härledas till obegripligt innehåll, eller till patientens oberoende personliga preferenser. Författarnas modell är fortfarande i teststadiet och har ännu inte använts diagnostiskt, vilket blir nästa steg i utvecklingen av modellen.(Garner, Ning & Francis 2011).

6. Studiens genomförande

Först samlades material till den teoretiska bakgrunden och till de teoretiska utgångspunkterna. Respondenterna sökte även reda på tidigare forskning om skriftlig information. För att få reda på vad som ännu krävdes till den teoretiska bakgrunden samlades data in med intervju, och den teoretiska bakgrunden breddades ytterligare utgående från intervjusvaren. I detta kapitel beskriver vi metoden vi använt oss av för att samla in och analysera data.

6.1 Kvalitativ metod

Efter ett noggrant övervägande sker valet av forskningsdesign baserat på metodologiska kunskaper. Det är syfte, frågeställning och hypotes som slutligen styr valet. Forskningsdesign innebär alltså att man planerar på vilket sätt ens forskning genereras, bearbetas och analyseras. (Henricson, 2012, 129-130)

Den kvalitativa designen har sitt ursprung i den holistiska traditionen, och med den menas att man studerar människors levda erfarenheter av ett visst fenomen. Det är meningen att den kvalitativa forskningen sker i fenomenets naturliga miljö, och forskningen formas av det sammanhang den utförs i tillsammans med forskaren och informanten. De data som då samlas in är inte numeriska utan kan insamlas med intervjuer där det som sägs och information från patienter blir föremål för analys och tolkning. (Henricson, 2012, 130)

Kvalitativ design kännetecknas av att forskaren har ett öppet förhållningssätt mot forskningsfältet och är flexibel och anpassningsbar. Bland annat kan det innebära att forskaren måste vara följsam vid datainsamling och vid analys av data. (Henricson, 2012, 130-131)

6.2 Intervju

När kvalitativ data samlas in används till exempel intervju. Vid skapandet av intervjufrågor är forskningens syfte det som är mest relevant. Att formulera sitt syfte är det samma som

att beskriva vad forskaren vill uppnå med intervjun dvs. att man bestämmer vilket tema intervjun skall ha, här kommer också fram vilka deltagare som skall ingå. Intervjufrågorna skall vara korta och enkla att förstå och det är viktigt att man inte har för många eller för få frågor, på så sätt krävs en hel del planering förrän man kan sätta igång med att intervjua. (Henricson, 2012, 164-166) (Kvale & Brinkmann, 2009, 120-123)

Det finns inga exakta regler för hur en intervju skall gå till, men ett sätt att gå till väga med att skapa en intervju är att dela in processen i sju delar:

1. Tematisera. Ämnet för intervjun skall klargöras.
2. Planering. Intervjun skall planeras med hänsyn till de alla sju stadierna.
3. Intervju. Intervjun genomförs
4. Utskrift. Materialet skall förberedas för analys, dvs ändras från talspråk till skriftspråk.
5. Analys. Analysen väljs utifrån syftet och från vilken analysmetod som är lämpligast för intervjun och svaren.
6. Verifiering. Intervjuresultatens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet fastställs.
7. Rapportering. Resultatet och de metoder som använts av undersökningen rapporteras i form av en läsbar produkt. (Kvale & Brinkmann, 2009, 118)

6.3 Undersökningens genomförande

Enligt studiens forskningsfrågor så var det bästa sättet att samla in information med en temaintervju. Intervjufrågorna utformades av respondenterna själva och skickades sedan till skolan för godkännande. Respondenterna intervjuade röntgenskötare från två olika sjukhus i Österbotten, båda sjukhusen bad om att få intervjufrågorna någon dag i förväg. Intervjuerna ägde rum den 15 juli 2013 och den 30 augusti 2013.

6.4 Analysform

Vid valet av analysform är det vilken sorts metod man har som är avgörande. Man kan göra analyserna antingen på ett induktivt eller på ett deduktivt sätt. Induktiv innehållsanalys innebär att man utgår från innehållet i sin text. Till exempel utgår forskaren

från deltagarnas erfarenheter av fenomen, och dess syfte är att resultatet kan generera en teori. Vid induktiv analys där resultatet blir till teori eller utvecklingen av en teori diskuteras detta i diskussionsdelen av examensarbetet i samband med egna erfarenheter och tidigare forskning. (Henricson, 2009, 64, 133, 182, 335).

Kritiker menar att teorin många gånger är det primära också i induktiva studier, man har med sig kunskap om sådant som sådant som berör andra saker än det objekt eller fenomen som skall studeras, detta brukar man kalla för förförståelse. (Henricson, 2009, 37).

7. Resultatredovisning

I det här kapitlet presenteras undersökningsresultatet. En del av intervjusvaren spelades inte in utan skrevs direkt ner för hand. De nedskrivna svaren har hållits i sin ursprungsform så respondenterna anser att dessa svar är av samma värde som de inspelade svaren. En informant svarade inte på fråga 3 eftersom frågan var riktad till en yrkesgrupp som inte var hennes egen.

7.1 Intervjufrågor

Intervjuerna innehöll båda fyra stycken frågor. Frågorna löd såhär:

1. Vad är de vanligaste frågorna angående röntgenavdelningens verksamhet?
2. Vad är patienternas vanligaste frågor angående nativ- och ultraljudsundersökningar?
3. Vad upplever du som röntgenskötare att patienterna oroar sig över i samband med undersökningar?
4. Vad borde en patienthandbok för nativ- och ultraljudsundersökningar innehålla?

Svaren från de båda sjukhusen renskrevs, sammanställdes och kategoriserades för att få en bättre överblick över resultatet.

7.2 De vanligaste frågorna angående röntgenavdelningens verksamhet.

Svaren på fråga 1 sammanställdes och grupperades in i kategorierna **tid** och **verksamhet**. Patienterna hade vanligen frågor om kösituationen och öppethållningstider. Vi sammanställde dessa svar till kategorin **tid**. Det var också vanligt att patienterna hade frågor om undersökningar på röntgenavdelningen. Dessa svar skapade kategorin **verksamhet**.

Citaten i kategorin **tid** är:

"frågor om kösituationen"

"frågor om öppethållningstider"

"Varmasti yhtä yleinen jos ei yleisempi on että kuinka pitkät jonot on...minkälaisella aikajänteellä he pääsevät kuvaukseen"

"Vanligaste är just det här...kösystemet...hur snabbt de slipper in och i vilken ordning"

"Vanligaste frågan är hur länge man måste vänta"

"Ensin on varmaan nuo aukioloajat että potilaat haulaa tietää milloin ne voivat tulla tutkimuksiin"

"Öppettider och telefonnummer...tycker jag ganska många frågor"

Citatet från kategorin **verksamhet** är:

"vilka slags undersökningar som görs"

7.3 Patienternas vanligaste frågor angående nativ- och ultraljudsundersökningar

I den andra frågan ville respondenterna få fram frågor specifikt för olika nativ- och ultraljudsundersökningar. Patienterna ställde vanligen frågor om undersökningssvaret, förberedelser, undersökningens längd, fortsatt vård och strålning. Svaren sammanställdes och kategorierna **fortsatt vård**, **patientförberedelser** och **risker** bildades.

Citaten från kategorin **fortsatt vård** är:

"frågor om undersökningssvaret"

"frågor om fortsatt vård"

"...kuinka nopeasti he saavat vastauksen tutkimuksesta"

"Hur länge he tar innan di får svaren och varifrån di får dom"

"...vem ger utlåtande och hur går det vidare sen"

Citaten från kategorin **patientförberedelser** är:

"frågor om förberedelser"

"frågor om undersökningens längd"

"...ennen kun kuvausta aloittaa niin ne haluaa tietää kuinka kauan siihen tutkiumkseen menee"

"Ehkä yleisin on että kysytään onko valmistautumista siihen kuvaukseen"

"Nå ultraljudsundersökningar...vissa förstår att fråga om domhär förberedelserna inför undersökningar"

Citaten från kategorin **risker** är:

"frågor om strålning"

"kommer det mycket strålar? "

"Hur skadliga kan undersökningarna vara"

"En del frågar om stråldosen"

7.4 Faktorer som orsakar oro för patienterna

Det som informanterna upplevde att ofta oroade patienterna var bl.a. avvikande svar, smärta och ifall de blir tillräckligt undersökta. Svaren bildade kategorierna **undersökningsmoment, kroppsliga förhinder, risker.**

Citaten från kategorin **undersökningsmoment** är:

"oro över om de blir tillräckligt undersökta"

"oro över att svaret skall visa något avvikande från det normala"

"oro över hur de får sitt svar"

"Det här svaret på undersökningen...resultatet...det oroar ju många"

"Esimerkiksi olkanivel potilaita jotka kokee että oireet johtaa tänne aika pitkälle käsivarteen ja alaspäin...jos me kuvataan tää olkanivel niin ne kokee että se ei oo riittävää"

"...aika moni kommentoi että kuvasit väärän puolen"

Citaten från kategorin **kroppsliga förhinder** är:

"oro över graviditet"

"oro om att undersökningen orsakar smärta"

"Ehkä naispotilaista on tää mahdollinen raskaus"

"Sitten on esimerkiksi thorax potilaita jotka voivat olla huolissaan siitä että voiko sitä tutkimusta tehdä jos heillä vaikka on flunssa tai kuumetta tai jotain muuta...ne tulee jonkun muun syyn takia kun sen flunssan takia ja sitten he ovat epätietoisia että voiko sitä suorittaa kun heille on tullut samaan aikaan tällaisia oireita"

"Då det är barn så frågar de som det tar sjukt"

"De är väl främst gravida...kan det skada fostret på något vis"

Citaten från kategorin **risker** är:

"oro över strålning"

"...osa on sitten kiinnostunut säteilyannoksesta...tai vähän huolestuneesti kiinnostunut"

"Är undersökningen nödvändig"

"Hur ofta kan man ta röntgenbilder...det är en fråga som ofta kommer fram"

"Är det rätt undersökning"

7.5 Patienthandbokens innehåll

I den sista frågan fick informanterna berätta vad de själva anser att en patienthandbok bör innehålla. Informanterna ansåg att det var väsentligt för patienterna om handboken innehöll information om öppethållningstider, kösystemet, personalen samt röntgenavdelningens vårdkedja. Kategorierna som bildades var **röntgenavdelningen**, **vårdkedja**, **undersökningar**.

Citaten från kategorin **röntgenavdelningen** är:

"öppethållningstider"

"personalen på röntgen"

"...aukioloajat ja yhteystiedot...ehkä on hyvä olla puhelinnumero"

"Normalt är att de får svaret efter två dagar...från egna läkare och egna hälsovårdsstationer"

"Meillä on tämä traumapolikliniikka maanantaisin ja torstaisin...ja ne potilaat menee ennen näitä muita potilaita"

Citaten från kategorin **vårdkedja** är:

"presentation av röntgens vårdkedja dvs. Från att remissen skrivs till att svaret fås"
"information om remissen"

"...heillä täytyy olla se terveystakeskuslääkäriin lähete...röntgenlähete"

"Till röntgen- eller ultraljudsundersökning så måste det vara en remiss och remissen ska vara skriven av hvc-läkare"

"Varför en del hamnar att vänta"

"...niitä on nyt kolmea eri kiireellisyysluokkaa...on se ajanvaraus ja muu kiireellinen ja sitten päivystys...päivystys lähete menee tavallaan kiireellisyydessä muiden ohi"

"Det här kösystemet tycker jag är jätte viktigt...hur det funkar"

"Vi har som tre olika köer, de som har beställt tid och sen de här dejourfallen och de här annat brådskande...kommer man och köar med en remiss där det står tidsbeställning så är det sist i kön"

"Det kan man också sätta dit i boken att det är viktigt att de anmäler sig vid röntgenluckan då de kommer till röntgen"

Citaten från kategorin **undersökningar** är:

"vad innebär en nativ- och ultraljudsundersökning"

"eventuella förberedelser"

"vanliga undersökningar"

"undersökningar som inte görs"

"Här på röntgen tar vi bilder på då till exempel knän, axlar, händer, fötter och lungor...de där vanligaste"

"...kuvaushuoneesta jonkunlainen semmosen että niitä on niin monta ja vähän eritellä että yhdessä tehdään ultraääniä ja muissa sitten näitä muita tutkimuksia"

"Ganska många vet inte vad ultraljud är för något utan de tror att det är strålning också"

"...kanske lite lätt fakta...vad som är skillnaden på dom båda"

"Vanligaste undersökningarna"

"Vissa undersökningar kan ta längre än andra"

"...jos on raskaana niin se vois henkilökunnalle antaa tiedoksi...siltoin tällöin tulee yllätyksiä"

"Hur kan de förbereda sig"

8.Tolkning

I detta kapitel tolkar respondenterna resultaten från intervjuerna med hjälp av de teoretiska utgångspunkterna och tidigare forskning. Utgående från tolkningen besvaras studiens forskningsfrågor; Vilka är de vanligaste frågorna patienterna på röntgenavdelningen har? samt Vad har en patienthandbok för betydelse för patienten och för röntgenskötaren?

Den första forskningsfrågan; Vilka är de vanligaste frågorna patienterna på röntgenavdelningen har? besvarades från informanternas intervjusvar från frågorna 1-3. Informanterna svarade att patienterna ofta har frågor angående öppethållningstider, kösystemet, undersökningssvaret, fortsatt vård, förberedelser, undersökningens längd samt frågor om strålningen. Svaren delades in i kategorier. Kategorierna om patienternas vanligaste frågor är: tid, verksamhet, fortsatt vård, patientförberedelser, risker, röntgenavdelningen, vårdkedja och undersökningsmoment. Patienthandboken som tillverkades baserar sig innehållet i dessa svar. I intervjufråga nummer fyra tolkades inte svaren, utan användes istället som underlag för vad handboken borde innehålla.

Den andra forskningsfrågan; Vad har en patienthandbok för betydelse för patienten och för röntgenskötaren kan kopplas till att känna trygghet. Enligt intervjusvaren upplevde röntgenskötarna att patienterna hade oro i samband med undersökningen vilket framkommer i kategorierna: undersökningsmoment, risker och kroppsliga förhinder. Bonniers synonymordbok (1995) beskriver trygghet bland annat som att känna ro, och enligt Segesten (1994) upplevs trygghet som positiva och negativa känslor av olika slag. Patienternas oro och negativa känslor som framkom i kategorierna undersökningsmoment, risker och kroppsliga förhinder kan således tolkas som brist på trygghet. Enligt Segestens (1994) forskning delas tryggheten in i dimensioner; självtrygghet och trygghet i omvärlden. Trygghet i omvärlden delas vidare in i materiell trygghet, miljötrygghet och relationstrygghet (Segesten, 12-17, 1994).

Segesten (1994) menar också att en patient kan tillföras trygghet genom information från vårdpersonalen. Tomlinson et al. (2010) nämner i sin artikel tidigare studier som visar att brist på information leder till ökad oro. Betydelsen patienthandboken ger till patienterna är

alltså trygghet i form av information. Svar på patienternas vanligaste frågor finns i handboken och kan på så sätt bidra till att stärka den materiella tryggheten. Relationstryggheten för både patienten och röntgenskötaren kan också förstärkas genom att en handbok finns tillgänglig för patienter. Segesten (1994) anser att en relationstrygghet kopplas till att människor finns till för en och att de har gemensamma mål och har förmågan att nå fram till varandra. Genom att patienterna får tillgång till lättläst och förståelig information som röntgenskötarna redan har, bidrar det till att patienten och röntgenskötaren förstår varandra bättre, d.v.s. de når fram till varandra. Att man har en handbok enbart riktad till patienter på ett sjukhus bidrar också till att patienterna lättare får en känsla av sammanhang, eftersom det är något som utformats enbart till patienter i syfte att de skall få känna sig trygga och ha mer kunskap om vad som kommer att göras i samband med besöket på röntgenavdelningen. Dahlberg & Segesten (2010) menar att trygghetskänsla bl.a. handlar om vad andra människor gör för en och att man har en känsla av sammanhang.

I forskningens referensram tas begreppet information upp. Att ge någon information är samma sak som att ge någon kunskap, och man behöver information för att veta hur någonting skall göras eller vad man skall göra (Segerstad, 1990). I en studie av Parahoo et al. (2003) framkommer det att skriftlig information hjälper patienterna att förbereda sig fysiskt och psykiskt inför undersökningar. Skriftlig information kan inte ersätta mötet mellan vårdare och patient, men är en viktig del av helheten som kan underlätta patientsamarbete och beslutsfattande (Parahoo et al. 2003). Då patienterna får information och därmed kunskap om undersökningar bidrar detta till en ökad känsla av trygghet, eftersom kunskap och kontroll kan kopplas till trygghet enligt Dahlberg & Segesten (2010). Patientens trygghet underlättar röntgenskötarens arbete samt leder till ett bättre samarbete.

Utgående från våra intervjusvar, den teoretiska referensramen och tidigare forskning har vi kommit fram till att skriftlig information bidrar till ökad kunskap och därmed ökad känsla av trygghet för patienten. För röntgenskötaren innebär en trygg patient att vårdrelationen stärks och samarbetet löper smidigare. Detta svarar på forskningsfrågan; Vad har en patienthandbok för betydelse för patienten och för röntgenskötaren? Intervjusvaren visade att patienterna hade behov av information eftersom de enligt informanterna ofta ställer frågor om tid, verksamhet, fortsatt vård, patientförberedelser, risker, röntgenavdelningen,

vårdkedjan och undersökningsmomentet. Detta betyder att resultatet av vårt lärdomsprov borde vara av nytta för patienterna.

9. Produkten

I det här kapitlet kommer vi att gå igenom skapandet av produkten. Personalen på sjukhuset som vi gör vårt beställningsarbete till var de som kom på iden med en handbok för patienter.

Eftersom produkten är ett beställningsarbete ansåg respondenterna att det bästa och enklaste sättet att få information om vad produkten bör innehålla, är genom att intervjua beställaren. En intervjufråga utformades för att specifikt få svar på vad patienthandboken skall innehålla. Frågan löd: Vad borde en patienthandbok för nativ- och ultraljudsundersökningar innehålla? Utgående från svaren var det önskvärt att handboken skulle innehålla information om öppethållningstider, kösystemet, personalen och röntgenavdelningens vårdkedja. Det önskades att produkten skulle innehålla lättförståelig och relativt ytlig information för att den inte skulle bli för komplicerad.

9.1 Skapandet av patienthandboken

När planeringen för handbokens design ägde rum, kom respondenterna fram till att det är viktigt att den innehåller bilder. Från det beställande sjukhusets röntgenavdelning har respondenterna fotograferat väsentliga delar för att göra patienthandboken så levande och lättförståelig som möjligt.

Tidigare forskning om skriftlig information har varit en stor del av skapandet av produkten, respondenterna har utformat patienthandboken enligt bästa förmåga. Enligt Walsh & Shaw (2000) är tydlighet och begriplighet viktigt vid framställningen av skriftlig patientinformation. Målet är att hålla texten så enkel som möjligt. Informationen bör formas så att den är tydlig, logisk och att den har ett sådant språk som patienter och deras anhöriga lätt kan förstå. Meningarna skall vara korta och textstorleken skall anpassas till läsaren. Illustrationer kan fungera som hjälpmedel om texten är svår att förstå eller också som minnesbild då texten är lättförstådd men svår att komma ihåg.

Formatet på den skriftliga informationen som skulle skapas övervägdes noga, men skapades till sist som en 6-sidig broschyr eftersom Tomlinson et al. (2011) anser att en broschyr är det populäraste formatet på skriftlig information till patienter.

10. Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenterna att kritiskt granska sitt arbete utgående från Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Respondenterna har valt intern logik, etiskt värde, teoritillskott och det pragmatiska kriteriet.

Intern logik

Intern logik innebär enligt Larsson (1994, 170) att det måste råda harmoni mellan forskningsfrågorna, antaganden om forskning och de studerade fenomenets natur, datainsamlingsmetod och analysvalet. Arbetet skall alltså vara ett slutet system och en röd tråd skall löpa genom forskningens alla delar.

Enligt respondenternas kritiska granskning löper en röd tråd genom forskningen. Syftet och frågeställningen utgör en grund för arbetets tema, och den teoretiska referensramen samt tidigare forskning är av betydelse för arbetet och kan refereras till i tolkningen av forskningsresultatet. Det som inte använts till tolkningen, men som oberoende valdes att tas med i arbetet var fyra artiklar om information från tidigare forskning. Artiklarna var Mumford (1997), Rao & Fogarty (2007), Felley (2008) och Chumbley et al. (2002). Artiklarna togs med i arbetet för att förstärka den teoretiska referensramens del om information och för att eventuellt bidra med fakta till produkten. Materialet kopplades inte till tolkningen eftersom innehållet inte kunde kopplas till trygghet.

Etiskt värde

Vid insamlingen av kunskap till ett vetenskapligt arbete bör det råda en balans mellan intresset att få ny kunskap och skyddet av individerna som deltagit i studien (Larsson, 1994, 171). Enligt Larsson (1994, 171) är en god etik en viktig del i ett vetenskapligt arbete. Det vetenskapliga arbetets etiska värde har uppnåtts samtidigt som validiteten bevarats. I respondenternas arbete har man valt att hålla informanterna och beställaren anonyma arbetet igenom.

Intervjuerna ägde rum på anonyma ställen. Svaren spelades in, renskrevs och analyserades. Då svaren hade analyserats förstördes all insamlad data för att upprätthålla informanternas anonymitet. I enlighet med Trankells (enligt Larsson, 1994, 171-172) checklista har respondenterna bevarat en "vetenskaplig hederlighet". All insamlad data togs med i arbetet i sin ursprungsform, inga svar modifierades eller ignorerades i förmån för arbetets resultat. Allt innehåll i det vetenskapliga arbetet går att spåra till sina ursprungskällor, inget har ändrats, lämnats bort eller lagts till i förmån för arbetets resultat. Resultatet av det vetenskapliga arbetet speglar således direkt innehållet i arbetet. All insamlad information har behandlats likvärdigt och respondenterna har alltid haft syftet med arbetet som utgångspunkt vid insamlingen av information samt utförandet av arbetet.

Teoritillskott

Larsson (1994, 175-177) menar att teoritillskott innebär att man genom sitt forskningsresultat kan relatera till tidigare teorier och ifall resultaten kan förändra teorin. Enligt Larsson är teoritillskottets vikt; om man med sin forskning lyckats bidra med ett avgörande tillskott eller en anteckning i marginalen.

Forskningsresultatet som studien ger kan enligt respondenterna kopplas till tidigare forskningsresultat och paralleller kan dras. Resultatet svarar på studiens forskningsfrågor och bidrar till att man fick reda på vilka de vanligaste frågorna patienterna har från två olika röntgenavdelningar i Österbotten, och vad en patienthandbok har för betydelse för patienten och för röntgenskötaren. Resultaten från patienternas vanligaste frågor bidrar med ny information om just dessa två avdelningar men studien är inte tillräckligt stor för att kunna kopplas till alla patienter på alla röntgenavdelningar. Resultaten på forskningsfrågan om vad en patienthandbok har för betydelse kunde kopplas till tidigare forskning men en ny avgörande teori blev inte utvecklad. Resultatet bidrog mer med att förstärka att information ger trygghet men inga nya resultat konstaterades. Med andra ord var resultaten en anteckning i marginalen.

Det pragmatiska kriteriet

Det pragmatiska kriteriet definieras genom konsekvenserna resultaten från det vetenskapliga arbetet har, d.v.s. hur har man valt att förmedla sina resultat till praktiken och vad har de för betydelse för verkligheten? (Larsson, 1994, 185).

Resultaten från det vetenskapliga arbetet utformades till en produkt i form av en patienthandbok. Eftersom forskningsresultaten gick att koppla till trygghet borde patienthandboken ge patienterna trygghet i verkligheten. På det här sättet har respondenterna förmedlat resultatet praktiken och genom tidigare forskning kunnat konstatera att det borde överensstämma med den verkliga situationen.

11. Diskussion

I detta kapitel diskuteras arbetet och resultatet. Vi tar upp det som kunde ha gjorts annorlunda i arbetet och diskuterar även vad som kunde vara intressant att undersöka i framtiden inom samma område.

Syftet med detta lärdomsprov var att skapa en produkt i form av en handbok till patienter som skall genomgå konventionella röntgenundersökningar eller ultraljudsundersökningar.

Undersökningens forskningsfrågor var:

1. Vilka är de vanligaste frågorna patienterna på röntgenavdelningen har?
2. Vad har en patienthandbok för betydelse för patienten och för röntgenskötaren?

Utgående från dessa frågor valde respondenterna att undersöka behovet av skriftlig information på röntgenavdelningen genom en kvalitativ metod: intervjuer. En induktiv innehållsanalys användes vid analyseringen av intervju svaren. I den teoretiska referensramen valde respondenterna ämnena information och trygghet. Den teoretiska referensramen stärktes av diverse studier om skriftlig information som togs upp i kapitlet tidigare forskning.

Respondenterna valde att intervjua röntgenpersonalen vid två skilda sjukhus. Endast ett av sjukhusen hade en patienthandbok tillgänglig för patienterna. Detta bidrog till att respondenterna fick data ur två olika perspektiv; ett där det finns skriftlig information tillgängligt för patienter och ett där det inte finns skriftlig information tillgängligt för patienter. Resultatet på den första forskningsfrågan var att frågorna patienterna på röntgenavdelningen har ofta handlar om: tid, verksamhet, fortsatt vård, patientförberedelser, risker, röntgenavdelningen, vårdkedja och undersökningsmoment. Dessa kategorier användes som grund för patienthandbokens innehåll. Frågan om patienthandbokens betydelse som var den andra forskningsfrågan, fick resultatet trygghet för patienterna och underlättat arbete för röntgenskötaren.

Det som kunde ha gjorts annorlunda i arbetet var intervjufrågorna. När intervjuerna gjordes märkte respondenterna att frågorna hade en tendens att flyta ihop med varandra. Alternativt

kunde man ha haft färre frågor eller formulerat om frågorna så att det blev mer specifika. Intervjuerna kunde också ha testats på testpersoner förrän de togs i bruk. Enligt respondenterna hade detta ingen betydelse för resultatet. Dock gjorde det att tolkningen blev lite mer tidskrävande och invecklad för respondenterna. Då patienthandbokens innehåll hade fastslagits skickades ett första utdrag till den beställande röntgenavdelningen. Utgående från den feedback som gavs av beställande röntgenavdelning ändrades vissa delar av innehållet i patienthandboken.

I framtiden kunde det vara nyttigt att göra en ny undersökning om patientinformationen på röntgenavdelningen. Man skulle kunna göra en kompletterande undersökning som vidare skulle ge information om patienthandboken ytterligare bidragit med förbättringar för röntgenavdelningen som detta arbete gjordes till.

Respondenterna kan konstatera att arbetet varit intressant och väldigt lärorikt. Arbetet har utförts enligt respondenternas bästa förmågor. Det har bidragit med värdefull kunskap om trygghet och skriftlig information. Respondenterna anser att patienthandboken kommer att bidra med värdefull och uppskattad information till patienter!

Källor:

Berglund, E. & Jönsson, B-A. (2007). *Medicinsk fysik*. Lund: Studentlitteratur.

Cederblom, S. (1985). *Röntga lagom*. (3. Uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Cederblom, S. (1993). *Röntgen boken*. Lund: Studentlitteratur.

Chumbley, G.M., Hall, G.M. & Salmon, P. (2002). *Patient-controlled analgesia: what information does the patient want?*

<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2002152174&site=ehost-live> (hämtat 8.9.13).

Dahlberg, K.&Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Engquist, A. (2009). *Om konsten att samtala*. Stockholm: Nordsteds

Felley, C., Perneger, T.V., Goulet, I., Rouillard, C., Azar-Pey, N., Dorta, G., Hadengue, A. &Frossard, J-L. (2008). *Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial*.

<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=35701786&site=ehost-live> (hämtat 8.9.2013).

Garner, M., Ning, Z. & Francis, J. (2011). *A framework for the evaluation of patient information leaflets*.<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011651300&site=ehost-live> (hämtat 8.9.2013).

Hård af Segerstad, P. (1990). *Information och kommunikation: En bok om människans förmåga att tänka, tala och förstå*. (4. Uppl.) Uppsala: Hallgren och Fallgren studieförlag

Mayer, G. &Villaire, M. (2009).*Enhancing written communications to address health literacy*.<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=48458645&site=ehost-live> (hämtat 8.9.2013).

Mumford, M. E. (1997). *A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses*.<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=1998016390&site=ehost-live> (hämtat 8.9.2013).

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. Uppl.) Stockholm: Liber AB.

Parahoo, K., Ridley, T., Thompson, K., Melby, V. &Humpreys, G. (2003).*A qualitative evaluation of information leaflets for gastroscopy*

procedure.<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=11263523&site=ehost-live>
(hämtat 8.9.2013).

Rao, M. & Fogarty, P. (2007). *What did the doctor say?*<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=26288109&site=ehost-live>
(hämtat 8.9.2013).

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&KSegesten Förlag AB.

Semple, C.J. & McGowan, B. (2002). *Need for appropriate written information for patients, with particular reference to head and neck cancer*.<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2002172357&site=ehost-live>
(hämtat 8.9.2013).

Smith, T. (1992). *Information for patients: Writing simple English is difficult, even for doctors*. British Medical Journal vol.305, s.1242.

Tomlinson, K., Barker, S. & Soden, K. (2011). *What are cancer patients' experiences and preferences for the provision of written information in the palliative care setting? A focus group study*.<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011594411&site=ehost-live>
(hämtat 8.9.2013).

Walter, G. (1995). *Bonniers synonymordbok: Vidgar och varierar ditt ordförråd*. (2. Uppl.) Stockholm: Bonnier Alba AB.

Walsh, D & Shaw, D.G. (2000). *The design of written information for cardiac patients: a review of the literature*.<http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2001011207&site=ehost-live>
(hämtat 8.9.2013).



Patienthandbok

Information om röntgenavdelningen

Innehåll

	Röntgenavdelningen
	Kom ihåg!
	Kösystemet
	Vården från början till slut
	Röntgen
	Ultraljud



Röntgenavdelningen

På röntgenavdelningen jobbar röntgenläkare, 3 – 4 röntgenskötare och sekreterare.

På röntgenavdelningen utförs röntgenundersökningar och ultraljudsundersökningar.

Det finns två rum för röntgenundersökningar och ett rum för ultraljudsundersökningar.

Kontaktinformation

- **Adress:** Huvudhälsostationen, Smedsbyvägen 14-16
- **Öppet:** må. – fr. kl. 8.00-15.00
- **Tidsbokning:** må. – fre. kl. 8.00-15.00
- **Telefon:** 06 325 1990

1

Kom ihåg!

- En remiss av en hvc-läkare behövs för undersökningar.
- Anmäl dig vid luckan före undersökningen.
- Kom ihåg att ta med ditt fpa/kelakort, det behövs vid anmälningen.
- Inför röntgenundersökningen bör du meddela röntgenpers onalen om du är gravid.



2

Kösystemet

- Det finns tre olika köer, beroende på hur brådskande situationen är delas man in i en av de tre köerna.

1. **Akuta** – behöver vård direkt.
2. **Övriga brådskande** – behöver vård inom några dagar.
3. **Tidsbeställda** – vårdbehovet inte brådskande, får boka en tid för undersökning.

- Har du en remiss där det står "tidsbeställning" och väljer att köa så prioriteras akuta, tidsbeställda och övriga brådskande före dig.
- Då du har anmält dig så får du sätta dig i väntrummet. Du kallas in när det är din tur.



3

Vården från början till slut

Vården börjar med ett samtal mellan dig och din läkare.

Remiss

- En remiss skrivs av din hvc-läkare och skickas elektroniskt till röntgen.

Tidsbeställning

- Du kan boka en tid för din undersökning via telefon eller vid anmälningssluckan vid röntgenavdelningen.

Undersökning

- Du kommer till röntgen och anmäler dig i luckan.
- Då det är din tur kallas du in och röntgenundersökningen genomförs.
- Då bilderna är tagna avslutas undersökningen.
- Efter undersökningen skickas bilderna till röntgenläkarens arbetsstation i väntan på att bli dikterade.

Svaret

- Svaret på undersökningen dikteras av röntgenläkaren och skrivs ner.
- Svaret skickas till din hälsovårdscentral och dokumenteras i din journal.
- Din läkare förklarar svaret för dig och berättar hur vården fortsätter.

4

Röntgen

- Röntgenundersökningar görs i två olika rum.
- Med röntgen undersöker man främst skelettet, lungorna och buken.
- Vanligaste orsaken till en röntgenundersökning är misstanke om benbrott, men man kan även undersöka skelettsjukdomar, missbildningar och infektioner.
- Undersökningarnas längd varierar beroende på vad som undersöks.
- Inför undersökningen avlägsnas klädesplagg, smycken och dylikt från undersökningsområdet för att få bra bilder.



Omklädningsrum



Undersökningsrum



Bildtagning av handled

5

Ultraljud

- Ultraljudsremissen mottas av röntgen och bedöms.
- Du får en kallelse med tid och datum för undersökningen samt information om eventuella förberedelser.
- Ultraljud är en undersökning som går ut på att framställa två- eller tredimensionella bilder av kroppens mjukdelar.
- Ultraljudets starka sida är mjuk vävnad och lämpar sig därför inte bra till undersökning av skelettet.
- Om du har bokat en undersökningstid och uteblir så tillkommer en straffavgift på 33.90€.



6

