

Pasienters evaluering av informasjons-skriv ved utvalgte CT-undersøkelser: En health literacy-studie

Marie Abrahamsen*, Stephanie Lanuza², Sylwia Poplonska³

¹Department of Circulation and Medical Imaging, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway.

*Corresponding author E-Mail address: marie.h.a@hotmail.com

Keywords: Patient information, Information leaflet, CT, Patient empowerment, Health literacy study

Abstract

Introduction: Health literacy is a prerequisite for patient empowerment. In order to be able to participate in decisions about their own health, patients must have insight and knowledge; they must understand the information included in the leaflet they receive prior to the examination. Lack of patient preparation is a problem experienced by radiographers. The aim was to investigate if the information leaflets contributed to adequate knowledge about the CT examination and to look into patients' views on possible improvements.

Methods: A health literacy study (HL survey) was conducted among patients who received an appointment letter and were subjected to CT examinations.

Results: The total number of respondents was 25. Most were satisfied with the information leaflet when it came to both content and appearance, and they felt that the leaflet included all information necessary to be prepared for the examination, and that the content was easy to understand. Respondents with a background in the healthcare sector had higher expectations when it came to the leaflet's contents compared to those without. A small number of respondents wanted more information on contrast agents, among other things.

Conclusion: The contents of the information leaflet was perceived slightly differently based on the patients' background. The patients provided useful comments in the survey, which allows for improved shared decision making.

Sammendrag

Innledning: Helsekompetanse er en forutsetning for samvalg og brukermedvirkning. For at pasientene skal kunne delta i beslutninger om egen helse, må de ha innsikt og kunnskap; de må forstå informasjon de mottar, utsendt i forkant, før undersøkelser. Radiografer erfarer informasjonssvikt. Studiets mål var å teste om et valgt informasjons-skriv bidro til tilstrekkelig kunnskap om utvalgte undersøkelser med computer-tomografi (CT), og avdekke pasienters syn om hva som eventuelt kunne forbedres.

Metode: En helsekompetanse-studie (health literacy, HL- survey) ble utført blant pasienter som fikk innkallingsbrev og gjennomførte utvalgte CT-undersøkelser.

Resultat: Totalt 25 pasienter deltok i studien. Flertallet var fornøyd med informasjons-skrivet både med tanke på innhold og utseende; og mente at nødvendig informasjon til sin aktuelle CT-undersøkelse både var forklart, og at innholdet var lett å forstå. Pasienter med helsefaglig bakgrunn satte andre krav til informasjon enn de uten arbeidserfaring fra helsevesenet. Noen få ønsket mer informasjon, bl.a. om kontrastmiddel-bruk. Pasientene ga kommentarer, som kan bidra til utforming av bedre informasjons-skriv.

Konklusjon: Innholdet til informasjons-skrivet kan oppfattes forskjellig ut fra pasienters bakgrunn. Ved å oppgi nyttige kommentarer i spørreskjema, bidro pasientene til å forbedre pasientmedvirkning.

Innledning

Pasienters brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Pasienter må forstå og anvende helseinformasjon, i forbindelse med utredninger og behandlinger. Optimal undersøkelse sikrer riktig utnyttelse av ressursene. Før CT-undersøkelse av abdomen, forventes det forberedelser er utført korrekt. CT abdomen består av forskjellige undersøkelser, hvorav alle omfatter forberedelser før, under og etter undersøkelsen. For eksempel, å ta spesielle medisiner eller stoppe å ta medisiner, å gjøre tarm- eller blæretømming, å gi spesielle instruks om påkledning, å informere om allergi, med mer. En studie for å vurdere pasienters forståelse av informasjon gitt før CT-undersøkelse, ble utført, da radiografer erfarer at pasienter, fra tid til annen, møter til CT-time uten at de kjenner forberedelsene til undersøkelsen, eller har forstått de nødvendige forberedelsene. Informasjons-skriv som tilsendes pasienten sammen med innkallingen, beskriver disse; en forutsetning for en optimalt gjennomført undersøkelse.

Helsekompetanse (*health literacy*, HL) er et relativt nytt begrep i helsearbeid; definert som personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å forstå informasjon og gjøre valg (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019).

Studier har vist at pasienter ikke hadde nok kunnskap om den bildediagnostiske prosedyren de skulle ta, og at noen heller ikke visste hvilken undersøkelse de skulle gjennomgå (Horton, Garland & Fishman, 2000; Chesson, McKenzie & Mathers, 2002); samme behovet beskrives internasjonalt. Helgelandssykehuset utførte en kartlegging, og fant at pasienter kom uforberedt til nyrekontroll og tarmundersøkelser; med følge at undersøkelser måtte avvendes eller utføres med suboptimale resultater (Five, 2019). Årsaken antas å være at pasienter ikke forsto det innkallingsbrevet de fikk i forkant av undersøkelsen. To sentrale funn i kartleggingen var: innkallingsbrevet hadde dårlig struktur, og det var for langt (Five, 2019; NTB Arkitektst, 2017). Mathers, Chesson og McKenzie (2009) avdekket at noen pasienter ikke leser visse deler av informasjons-skrivet, og at andre leser det ikke i det hele tatt. Dette utfordrer god klinisk praksis, der kravet om informert samtykke ikke blir oppfylt. Det kan bli misforståelser og vanskeligheter med gjennomføringen av undersøkelsen, samt at det utgjør en fare for helsepersonellens juridiske sikkerhet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Pasienters behov for informasjon

Sykdom eller hjelpetrengende tilstander fører til et stort behov for informasjon om sykdommen og dens behandlingsmuligheter. Dermed er det viktig for helsepersonell å kunne gi informasjon og veiledning til pasienter. Et tilsendt skriv skal bygge videre på rekvirentens første-informasjon. Ved ankomst, må radiograf sjekke om muntlig og tilsendt skriftlig informasjon er forstått. Økt kunnskap bidrar til følelse av kontroll; pasientene føler seg bedre ivaretatt, samt at forberedelsene og gjennomføringen blir mer vellykket. Informasjon av god kvalitet bidrar også til redusert antall klager; det øker tilstedeværelsen under behandlingen, øker selv-ledelses-atferd, fremmer adaptiv mestring, og reduserer psykologisk lidelse – spesielt angst (Eide & Eide, 2007; Payne, 2002; Samdal *et al.*, 2017).

I en undersøkelse av Pahade *et al.* (2018) ble det vist at litt mer enn halvparten av pasienter som skulle ta radiologiske undersøkelser søkte opp informasjon om undersøkelsen på forhånd. Informasjon som pasienter mener det er viktig å være informert om inkluderer nødvendighet av undersøkelsen, spesielle forberedelser til undersøkelsen og hvordan undersøkelsen oppleves for pasienten (Pahade *et al.*, 2018). Likevel er det et mindretall pasienter som ikke ønsker å få informasjon i det hele tatt og helst vil ta det som det kommer (Mathers, Chesson & McKenzie, 2009).

Manglende kunnskap om undersøkelsen kan føre til dårligere samarbeidsevne fra pasient, der radiografen må bruke mer tid på å informere slik at pasienten kan føle seg tryggere. Dette resulterer i at undersøkelsen ikke blir like effektivt og optimalt gjennomført som når pasienten allerede er informert, eventuelt blir undersøkelsen utsatt til et senere tidspunkt – noe som fører til tap av ressurser (Horton, Garland & Fishman, 2000; Five, 2019). Målet med studien er å fastslå i hvilken grad det er behov for endringer av det valgte informasjons-skrivet, gitt i forkant av CT-undersøkelser, ved å avdekke pasienters syn på hva som eventuelt kunne forbedres.

Informasjonskilder

Det finnes mange forskjellige informasjonskilder til pasienter, om alle typer undersøkelser og prosedyrer. Personen som henviste dem til undersøkelse er vanligvis den første kilden, noe som er foretrukket av pasienter (Pahade *et al.*, 2018). En annen kilde til informasjon er internettet. Mer enn 80 % av polikliniske pasienter som skulle til CT-undersøkelse og hadde tilgang på internett, sa at de ville bruke en nettside som hadde informasjon om radiologiske undersøkelser og prosedyrer (Horton, Garland & Fishman, 2000). Internett brukes også for å finne ut mer om egen eller andre sin sykdom (Fox & Duggan, 2013). Det finnes mange forskjellige nettsider av varierende kvalitet, der mangel på regulering og fagfelleevaluering øker sannsynligheten for å få informasjon av dårlig kvalitet (Smart & Burling, 2001; Janssen *et al.*, 2018). Det legges vekt på viktigheten for kreftpasienter å ta kontakt med onkologen på sykehuset for å kunne diskutere og integrere informasjon de finner på nettet (Janssen *et al.*, 2018).

I studien av Pahade *et al.* (2018) ble det sett en sammenheng mellom foretrukket informasjonsplattform og utdanningsnivå. Respondentene som hadde oppgitt høyere utdanningsnivå foretrakk å få informasjon skriftlig digitalt på e-post eller på nettet, i motsetning til informasjon gitt muntlig.

Ifølge Raynor *et al.* (2007) får ikke pasienter nødvendigvis økt kunnskap av å få skriftlig informasjon. Kvaliteten til informasjons-skrivet kan påvirke dette. Nytteverdien av informasjons-skrivet avhenger av i hvor stor grad den leses og i hvilken grad den forstås av pasienter (Vinker, Eliyahu & Yaphe, 2007).

Health literacy

Begrepet "health literacy" (HL) betyr først og fremst å ha evne til å forstå muntlig eller skriftlig informasjon som mottas fra helsetjenesten. HL innebærer også kunnskapsnivå, personlige ferdigheter og det å være i stand til å iverksette tiltak for å forbedre personlig helse. HL er avgjørende for samfunnet; ved å utvikle folks tilgang til helseinformasjon, og deres evne til å bruke den effektivt (World Health Organization, 1998). Dårlig HL kan være en begrensning, ettersom det blir vanskelig å forstå viktig informasjon som er nødvendig for å følge helserelaterte beslutninger. Slike vanskeligheter kan føre til ugunstige helseutfall for pasienter, samt både ineffektiv bruk av medisinske tjenester og økte medisinske kostnader (Hersh, Salzman & Snyderman, 2015; Howard, Gazmararian & Parker, 2005; Safeer & Keenan, 2005).

For at alle skal kunne lese og forstå skrevet tekst anbefaler American Medical Association (AMA) at informasjonsmateriale til pasienter bør skrives under 6. klasse nivå (Weiss, 2007; sitert i Haygood, 2019). Mange mennesker leser på et lavere nivå enn det som er relatert til deres høyeste gjennomførte utdanning (Haygood, 2019). Miles *et al.* (2019) skriver at gjennomsnittsnivået av de mest kjente informasjonsnettstedene er skrevet med språk som overskrider mange anbefalinger fra AMA. Haygood (2019) foreslår derfor å henvise

pasienter til profesjonelle nettsider med forståelig og tilpasset informasjon som kan kontrolleres av fagfolk.

Brukertesting og -involvering

Brukertesting av informasjons-skriv vil kunne forebygge noen av de problemene nevnt ovenfor. Ved hjelp av brukertesting i en gruppe testpersoner kan man vurdere om et dokument er lesbart, oversiktlig og enkelt å bruke (Sekhar M *et al.*, 2017). Mange undersøkelser om pasienttilfredshet viser at de fleste pasienter er stort sett fornøyde med de tekniske aspektene i helsevesenet (The National Cancer Alliance, 1996, gjengitt etter i Payne, 2002), men forskning viser varierende resultater vedrørende om pasientene er fornøyd med kvaliteten på informasjon som gis. Pahade *et al.* (2018) fant i sin studie at 78 % var fornøyd med informasjonen de fikk i forkant av radiologiske undersøkelser, mens The National Cancer Alliance (1996); sitert i Payne (2002), avdekket at mange var misfornøyd med kvaliteten på informasjonen, og at pasienter ønsker mer informasjon om helsetjenester.

Dixon-Woods (2001) diskuterer muligheten for å la pasientgrupper ha en ledende rolle i utvikling av informasjons-skriv, i samsvar med styrking av pasienters innflytelse over egen situasjon. Samtidig henviser Small og Rhodes (2000, hentet fra Payne, 2002) til nettsider der pasienter diskuterer sine synspunkter og perspektiver, og viser at diskusjonene der ofte er preget av en politisk agenda. Dette viser utfordringene med å lage et verdinøytralt informasjons-skriv (Payne, 2002).

Formålet med studien

En kartlegging ved Helgelandssykehuset viser at det er forskjell på hvordan pasienter oppfatter informasjons-skrivet og hvor forberedt de er når de kommer til undersøkelsen (NTB Arkitektst, 2017). Kartleggingen viste at pasienter var fornøyd med innkallingsbrevene og synes de var oversiktlige og lett å forstå. Imidlertid opplever helsepersonell at mange pasienter møter til undersøkelsen uten å ha gjort nødvendige forberedelser (NTB Arkitektst, 2017).

Tidligere studier har evaluert og/eller forbedret informasjons-skriv som finnes om en rekke sykdommer, legemidler og undersøkelser (Smith *et al.*, 1998; Raynor *et al.*, 2007; Sekhar M *et al.*, 2017; Okan *et al.*, 2019). Basert på vårt litteratursøk er vi ikke kjent med at det har blitt publisert forskning spesifikt på informasjons-skriv gitt i forkant av CT-undersøkelser på nasjonalt nivå i Norge.

Målet med studien er å fastslå i hvilken grad det er behov for endringer av informasjons-skrivet ved å avdekke pasienters kommentarer. Til formålet benyttet vi oss av informasjons-skrivet som mottas av pasienter som skal gjennomføre utvalgte CT-undersøkelser med kontrast ved St. Olavs hospital.

Metode

Design

Kvantitativ tilnærming ble brukt i denne studien. Spørreskjema i papirform ble benyttet som datainnsamlingsmetode, da det var den mest effektive formen for å samle inn data innen en kort tidsperiode. Studien ble basert på informasjons-skrivet/innkallingsbrevet som var i bruk på daværende tidspunkt (uke 10 - uke 12, 2020) (Anneks side 5). Skrivet var utarbeidet av helsepersonell ved CT-avdelingen ved St. Olavs Hospital. Informasjons-skrivet oppdateres etter behov og tar hensyn til tilbakemeldinger fra brukere.

Utvalg

Polikliniske pasienter som hadde fått innkallingsbrev og hadde gjennomført én av tre utvalgte CT-undersøkelser ved St. Olavs Hospital ble valgt ettersom undersøkelsene innebærer forberedelser som fasting, peroral (PO) kontrast, intravenøs (IV) kontrast og/eller eventuelt kontrast i rektum (KIR). Informasjons-skrivet til disse undersøkelsene vil derfor inneholde mer informasjon enn til andre undersøkelser. Et annet kriterium var at pasientene behersket norsk, slik at de er i stand å lese og forstå teksten i det utleverte skrivet.

Pasienter under 18 år ble ekskludert, sammen med pasienter som ikke var i stand til å lese og forstå informasjons-skrivet selv, f.eks. demente pasienter. Størrelsen på utvalget var ikke bestemt på forhånd. Det var ønskelig å rekruttere flest mulig som skulle til CT i en valgt periode (ukene 10-15, 2020) og som oppfylte kriteriene.

Datainnsamling og spørreskjema

Valg av CT-undersøkelser ble gjort etter råd fra fagutviklingsradiograf ved CT-seksjonen. Det ble også avklart praktiske utfordringer som kunne oppstå i samråd med helsepersonell ved avdelingen. En mal av informasjons-skrivet som sendes til pasienter til nevnte CT-undersøkelser ble anskaffet. Hensikten var å kunne tilpasse spørsmålene i spørreskjemaet til innholdet i informasjons-skrivet.

Første utkast av et spørreskjema ble utarbeidet. Bakgrunnsvariabler var; kjønn, alder, og høyeste pågående eller gjennomførte utdanningsnivå, samt pågående eller tidligere yrkeserfaring fra helsevesenet. For å sikre etikken ble kun generelle faktorer valgt, for ikke å gjøre respondenter gjenkjennbare.

Pilot-test hos fem personer uten helserelatert yrke eller utdanning ble utført; deretter ble endelig versjon med 30 spørsmål utarbeidet (Anneks side 1-4). Det besto hovedsakelig av flervalgs-spørsmål, med mulighet for utdypende fritekstsvar. Skjemaet ble bygd opp av fire deler om bakgrunnsvariabler, informasjons-søkende atferd, informasjon om kontrast-bruk, og evaluering. Skjema ble utdelt ved tre CT-laboratorier ved St. Olavs Hospital. De som

oppfylte utvalgskriteriene ble invitert av radiografene til deltakelse, etter endt undersøkelse. De som takket ja leverte sine utfylte skjema i postkasser på venterommet.

Det var planlagt å samle data i 5 uker men grunnet Covid-19-pandemien ble datasamlingen forkortet til uke 10-12. I perioden ble postkasser tømt jevnlig; samtidig ble det sørget for at radiografene ikke gikk tom for nye spørreskjema.

Dataanalyse

Til datalagring ble det brukt Microsoft Excel fra Office 365. Flervalgs-spørsmål ble kodet til kvantitative data og innført i programvaren sammen med kvalitative data fra fritekstsvaer. Beskrivende analyse ble benyttet. Direkte sitat fra fritekstsvarene er brukt i stedet for fullverdig kvalitativ analyse.

Etiske betraktninger

Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) var ikke nødvendig. Vi var ikke i direkte kontakt pasienter. Vi hadde heller ikke mulighet til å komme i kontakt med personidentifiserende data eller helserelatert informasjon. Elektronisk datainnsamling/spørreskjema ble ikke benyttet i denne studien.

Resultater

Datasett

Totalt antall respondenter var 25 (Tabell 1). Den første dagen av datainnsamlingen ble 60 skjema gitt til radiografer for utdeling til frivillige deltagere. Avdelingen fikk en digital kopi av skjemaet sammen med informasjon som skulle gis til radiografer ved hvert laboratorium. Det antas at avdelingen skrev ut flere ekstra skjema, ettersom totalt antall samlet etter innsamlingsperioden var 62. Av disse ble 25 besvart, mens 37 ikke ble besvart.

Tre skjema var ikke optimale iht. inklusjonskriteriene. Respondentene ga ikke svar på om de hadde fått det samme informasjons-skrivet som det ble tatt utgangspunkt i (Anneks 1e), og en svarte ikke om hen hadde fått informasjons-skriv i posten eller ikke. Som følge av forkortet datainnsamlingsperiode og lavt antall respondenter ble disse likevel beholdt.

Bakgrunnsvariabler

Det var lik fordeling mellom de to kjønn (Tabell 1). Aldersfordelingen var spredt, med median aldersgruppe 61-70 år; variasjonsbredden var fra 18-30 år til 81-90 år. Det var ulik fordeling mht. utdanningsnivå; majoriteten hadde utdanning fra videregående eller høyskole/universitet. Et fåtall hadde erfaring innen helsevesenet i form av utdanning eller arbeid. Seks svarte ikke om utdanningsnivå.

Tabell 1. Demografisk fordeling av respondenter

	Antall	Prosent [%]
Kjønn		
Kvinner	12	48
Menn	13	52
Alder		
18-30	1	4
31-40	0	0
41-50	3	12
51-60	5	20
61-70	9	36
71-80	6	24
81-90	1	4
91 og oppover	0	0
Høyeste pågående eller gjennomførte utdanning		
Grunnskole	4	16
Videregående	8	32
Fagbrev	5	20
Høyskole/Universitet	8	32
Erfaring innen helsevesenet i form av utdanning eller arbeid		
Ja	4	16
Nei	15	60
Ingen svar	6	24

Informasjon i innkallingsbrevet

Pasientene ble spurt om de leste informasjons-skrivet. Samtlige svarte at innholdet var lett å forstå. Nesten alle leste hele, to leste delvis, mens én kommenterte "...jeg leste t.o.m. markert skrift. Kan ikke huske å ha lest resten, da jeg ikke var forberedt på kontrast i endetarmen".

Nesten alle (96 %) mente skrivet hadde all informasjon de trengte for å bli godt forberedt til CT-undersøkelsen, mens én (4 %) mente *nei*. Flesteparten sa det var lett å finne spesifikk informasjon (76 %), for fem personer var spørsmålet '*ikke aktuelt*' (20 %).

Nesten alle (92 %) svarte *nei* på å ha søkt etter mer informasjon (fra nettet, via bekjente eller familie) enn angitt i skrivet. 'En svarte *ja* uten noen begrunnelse, en neste svarte *nei* og mente at informasjons-skrivet *ikke var godt formulert*, og en tredje pasient oppga ikke om hen søkte etter mer informasjon eller ei.

Informasjon om kontrast

Pasienter ble spurt om kontrast de fikk før og/eller under CT-undersøkelsen; det var en kombinasjon av IV-kontrast, PO-kontrast og KIR. IV-kontrast-injeksjon ble gitt ved alle undersøkelser, enten alene eller sammen med PO-kontrast og/eller KIR.

Nesten alle (92 %) hadde fått informasjon om kontrasten i forkant, i informasjons-skrivet; men to (8 %) svarte de ikke hadde mottatt den informasjonen. Som følgespørsmål ble de spurt om de ville ønsket å få informasjon om dette gjennom informasjons-skrivet. Da svarte en (4 %) *nei*, mens den andre (4 %) lot være å svare. To pasienter (8 %) som svarte at de fikk informasjon, men at de ikke ønsket å få den.

Alle ble spurt om det var noe ved CT-undersøkelsen som de ikke var informert om via informasjons-skrivet; tjue (80 %) sa *nei*, tre (12 %) sa *ja* og fikk i tillegg tilbud om å utdype svaret, mens to personer (8 %) svarte ikke. Tre pasienter avga et mer utdypende svar; 'en nevnte "Kontrast i blodet", en neste skrev "Hadde vært greit å oppgi at vekt må vites ift. CT+høyde" og en tredje skrev "At det skulle gis kontrast intravenøst. Det sto det ingenting om. Det opplevdes veldig ubehagelig pga. varmefølelsen. Skulle gjerne vært forberedt på det i forkant. Eller [det er] min egen feil at jeg ikke leste det nederste om endetarmskontrast".

Evaluering av innkallingsbrevet

Respondentene ble spurt om å evaluere informasjons-skrivet med tanke på forskjellige faktorer som skriftstørrelse, lesbarhet, struktur, lengde og detaljer.

Evaluering med tanke på skriftstørrelse

Om skriftstørrelse, lesbarhet, struktur, lengde og ev. andre detaljer, mente alle at skriftstørrelsen var passelig. Tolv personer (40%) foretrakk str. 12; dernest str. 13, str. 11 og str. 14. En sa str. 13-14, mens fem ikke svarte.

Evaluering med tanke på lesbarhet

Pasientene ble spurt om tekstflyt, sammenheng og ordbruk i teksten. Litt over halvparten (56 %) syntes tekstflyten var *bra*, 16 % sa den var *litt bra*, mens en del (24 %) var nøytrale. Ingen svarte *litt dårlig* eller *dårlig*, mens en siste lot være å svare.

Den samme tendensen vises i svar på spørsmål om sammenheng i teksten, der mer enn halvparten av respondentene (56 %) syntes at sammenhengen var *bra*. Noen (20 %) svarte *litt bra*, mens andre (16 %) var nøytrale. Ingen mente at sammenhengen var *litt dårlig* eller *dårlig*. To ga ikke noe svar.

Nesten alle (88 %) oppfattet ordbruken i teksten som *passelig*, mens én [med erfaring fra helsevesenet] mente ...*språket var for enkelt, [det] kunne hatt flere faguttrykk*. Ingen mente at språket var komplisert eller at det var for mange faguttrykk. To svarte ikke.

Evaluering med tanke på struktur

Respondentene ble spurt om å evaluere informasjons-skrivet 'med tanke på struktur'. Tre (12 %) svarte *ja* på at de ville foretrukket at teksten ble presentert punktvis istedenfor med avsnitt; to av disse har erfaring innen helsevesenet (Tabell 2). Majoriteten, 20 respondenter (80 %) svarte *nei*. Videre ble respondentene spurt om de ville foretrukket at teksten ble

presentert med deloverskrifter; syv (28 %) besvarelser var positive, 16 (64 %) var negative til forslaget, og to stemte ikke.

Evaluering med tanke på lengde og detaljer

Tjuefire respondenter svarte på spørsmålet om evaluering av informasjons-skrivets lengde. Alle syntes at det var passelig, likevel hadde fem (20 %) ønsket flere detaljer. Av disse hadde tre personer erfaring fra helsevesenet (Tabell 3). Samtidig var det 19 (76 %) respondenter som ikke ønsket mer detaljert informasjons-skriv. I tillegg ble respondentene spurt om de ville foretrukket et kortere og mer presist informasjons-skriv; av 23 besvarelser, svarte 22 (88 %) *nei* og kun én (4 %) svarte *ja*.

Tabell 2. Sammenligning mellom erfaring fra helsevesenet og preferanse for punktvis tekst i informasjonsskrivet.

	Helsevesenet [stk]	Ikke helsevesenet [stk]	Sum [stk]
Punktvis	2	1	3
Ikke punktvis	2	18	20
Sum	4	19	23

Tabell 3. Sammenligning mellom erfaring fra helsevesenet og preferanse for mer detaljer i informasjonsskrivet.

	Helsevesenet [stk]	Ikke helsevesenet [stk]	Sum [stk]
Mer detaljer	3	2	5
Ikke mer detaljer	1	18	19
Sum	4	20	24

Respondentenes forbedringsforslag til informasjons-skrivet

Siste spørsmålet var åpent for kommentarer om forbedring eller tillegg. Én ville foretrukket at informasjonen kom digitalt.

To personer tok opp temaet tidspunkt, og ønsket det kunne stått klokkeslett for oppmøte, klokkeslett for CT-undersøkelse og at det kunne stått i teksten at man blir bedt om å vente 20 min etter undersøkelsen før man drar hjem.

Én av respondentene skrev at informasjons-skrivet var "*helt ok slik det er*", men hadde skrevet på en tidligere del at det burde stått informasjon om intravenøs kontrast, samt reaksjon på det. En annen ønsket å vite hvilken kontrast-type som var planlagt.

Diskusjon

Funn

Tilfredshet og forberedelse

Hensikten var å kartlegge om det er behov for forbedring av informasjons-skrivet i forkant av utvalgte CT-undersøkelser. De fleste var fornøyde med daværende informasjon, både innhold og utseende. De fleste sa at informasjons-skrivet inneholdt all nødvendig

informasjon for å forberede seg til CT-undersøkelsen. De syntes den mest relevante informasjonen kom tydelig fram i teksten, og kun et fåtall så behov for å lete opp andre kilder. Kun én var ikke fornøyd, men uten klare behov beskrevet.

Ifølge The National Cancer Alliance (1996, som sitert i Payne, 2002) er mange misfornøyd med kvaliteten på informasjon som gis. Det motsatte er resultatet her; de fleste var fornøyd med skrivet de fikk fra St. Olavs, som de oppfattet som greit forståelig. Det er i samsvar med resultatet av kartleggingen fra Helgelandssykehuset; der også var pasientene fornøyd med innkallingsbrevet (NTB Arkitektst, 2017).

Helsepersonellet ved Helgelands-sykehuset hadde oppfattet at mange pasienter ikke forsto innholdet i brevene, ettersom de kom uforberedt til undersøkelser (NTB Arkitektst, 2017). Helsepersonellet på Helgelands-sykehuset mente at brevet deres hadde dårlig struktur og var for langt, mens pasientene på St. Olavs hospital syntes at skrivet de fikk var passelig langt og hadde god struktur. Studien her inkluderte ikke hva helsepersonell ved aktuelle avdeling (St. Olavs hospital) mente om pasienters forståelse av innkallingsbrevet; vi kan derfor ikke vurdere hvor godt forberedt pasientene framstod i møter med helsepersonell før CT-undersøkelsen. Helsepersonellet ble heller ikke forespurt om hva de mente om daværende informasjons-skriv, som ved Helgelands-sykehuset. Et intervju med radiografene ved St. Olavs ville kunne gitt informasjon her.

Det kan være mange årsaker til at pasienter kommer dårlig forberedt til undersøkelser til tross for at de er fornøyd med informasjonen. Det kan, for eksempel, avhenge av kvaliteten på informasjonen—både innhold og struktur—eller ulik grad av informasjonssøkende atferd. En annen årsak kan være ulike leseferdigheter, som gjør det vanskelig for noen å tolke skrevet tekst (f.eks. svaksynte). Det er hensiktsmessig å finne årsakene og initiere tiltak for forbedring, ettersom uforberedte pasienter fører til ineffektiv bruk av medisinske tjenester som kan føre til økte medisinske kostnader (Howard, Gazmararian & Parker, 2005).

Helsefaglig bakgrunn

Minoriteten som ikke var fornøyd med daværende skriv, hadde en pågående eller tidligere yrkeserfaring fra helsevesenet; de var litt mer kritiske, de søkte flere detaljer, og også oppsøkte mer informasjon på egenhånd da språket ble opplevd som 'for enkelt'. Dog, dette kan være nyttig, ved å gi rom for flere spørsmål den andre pasientgruppen muligens ikke hadde tenkt over.

To tredjedeler av de som ville hatt mer punktvis informasjon, hadde helsefaglig erfaring. Helsepersonell har muligens en annen forventning til format og struktur.

To pasienter hadde lest skrivet bare delvis. Én hadde helsefaglig erfaring og begrunnet avkrysningen med at vedkommende kun leste til markert skrift. En antakelse her er at erfaring fra helsevesenet gjør at man selv forventer å ha mer forhåndskunnskap enn hva andre forventer.

Utdanning

Det var ingen markant forskjell mellom gruppene iht. utdanningsnivå, men antallet var dog ikke stort nok til å gi et klart trendbilde. Om den totale respondent-gruppen hadde vært større, kunne statistisk testing vært gjennomført for å se etter sammenhenger mellom svar og utdanningsnivå.

Mangel på informasjon

De fleste følte seg forberedt til CT-undersøkelsen, men noen følte seg ikke optimalt forberedt, særlig om intravenøs og rektal kontrast. I skrivet var per-oral og rektal kontrast nevnt, mens IV-injeksjon var unevnt. Én mente at mangel på det gjorde at hen ikke ble mentalt forberedt. Videre, ønsket hen at informasjon om virkning og bivirkninger burde vært informert om. Klokkeslett for oppmøte i forkant av CT-undersøkelse, når undersøkelsen kunne forventes ferdig, behovet for å oppgi høyde og vekt, var også momenter som var savnet forklaring på. Vi foreslår at informasjonsbrevet henviser til nettsted med utfyllende informasjon. Ettersom mange nettsider er skrevet med vanskelig språk (Miles *et al.*, 2019), foreslår Haygood (2019) å henvise pasienter til profesjonelle nettsider med forståelig og tilpasset informasjon som jevnlig blir kontrollert av fagpersonell. Det kan føre til at pasienter unngår nettsteder med dårlig kvalitet.

Informasjonssøkende atferd

Ifølge Eide & Eide (2007) vil sykdom og hjelpetrengende tilstander føre til et økt behov for informasjon. Det forutsettes at pasienter viser informasjonssøkende atferd. Pahade *et al.* (2018) viste at mer enn halvparten av pasientene ved radiologiske undersøkelser søker opp informasjon på egenhånd. Likevel hadde kun én av de 25 søkt etter mer informasjon. Årsaken kan være at tilstrekkelig informasjon ble gitt av henvisende lege, eller at det ikke var ønske å vite mer enn nødvendig; det støttes av studien til Mathers, Chesson og McKenzie (2009). Dette var tydelig i studien vår at noen ikke ønsket å få informasjon om kontrast, mens andre ønsket om å vite mer.

Mathers, Chesson og McKenzie (2009) har også resultater om at noen pasienter ikke leste visse deler av informasjons-skrivet. Det viste også denne studien, der noen få respondenter leste brevet "bare delvis". Derimot, var det ingen som sa de ikke hadde lest brevet i det hele tatt; det kan skyldes lite antall respondenter eller ønske om å ikke oppgi at man ikke hadde lest, eller at de som ikke har lest skrivet heller ikke var interesserte i å fylle ut et skjema.

Forbedringspotensial og brukertesting

Resultatene viser rom for forbedring, iht. aktuelle informasjons-skriv. Tross at de fleste respondentene var fornøyde med brevet de fikk, var det enkelte som hadde behov for å vite mer om kontrast, og ønsket detaljer om oppmøte-tider. Det er mulig helsepersonellet ved St. Olavs Hospital synes at informasjon om det ikke var viktig, og at det er årsaken til at det er utelatt fra daværende informasjons-skriv. Å inkludere fast bestemte tidsrammer i informasjons-skrivet kan skape uoppnåelige forventninger hos pasientene, ettersom

undersøkelsestiden ofte forandrer seg utover dagen grunnet av ulike omstendigheter på avdelingen.

Brukertesting er et potensiale. Momenter fra pasienter, gitt til personalet, bør tas med når ny versjon informasjons-skriv utarbeides. Informasjon inneholder hovedsakelig det som helsepersonell mener er relevant for pasienter, ikke nødvendigvis det som pasienter føler de trenger å vite. Dette indikerer at det er behov for brukertesting med systematisk metodikk, og tilpasset ulike brukergrupper.

Under analysen av data fant vi at noen respondenter hadde misforstått spørsmål og deretter svart på spørsmål som ikke omfattet dem. Dette viser at noen kan tolke skriftlig tekst annerledes enn andre, og dette også gir rom for misforståelser. Slik er det med informasjonsbrevet pasienter mottar, der også det kan forstås ulikt. Dette er en faktor ved informasjonsgiving som ikke kan kontrolleres, men kan reduseres ved hjelp av brukertesting.

Begrensninger og feilkilder

Datainnsamlingen ble forkortet til kun 1,5 reelle uker på grunn av pandemien. Nasjonale retningslinjer ble innført for å hindre mulig smitte av tilsynelatende friske personer, og dette har ført til redusert antall CT-undersøkelser utført på polikliniske pasienter, og færre elektive prosedyrer. Datainnsamlingen fortsatte til den 3. uken under smitteverntiltak. Tiltakene som påvirket oss mest var at det var færre fra vår pasientgruppe som gjennomførte CT-undersøkelser. Radiografene hadde fått endret program for å ha mer tid til mer omfattende vasking av undersøkelsesrommet mellom pasienter, som førte til annet fokus, og dermed var det lett å glemme utdeling av spørreskjema til aktuelle pasienter. Datainnsamlingen ble avsluttet med lavere antall respondenter enn planlagt for studien. Utvalgsmetoden er like viktig som utvalgsstørrelsen, ettersom tilfeldig utvalg medfører god representativitet. Siden utvalgsmetoden vår var tilfeldig, kan resultatene i en viss grad likevel være representative for en større populasjon.

Registreringsprosess

En av begrensningene i denne studien er mangel på oversikt over svarprosenten. Radiografene ved sykehuset sto for rekrutteringen av pasienter. De tilbød alle pasienter som oppfylte kriteriene å svare på spørreskjema. De som ønsket å delta i spørreundersøkelsen fikk utdelt skjema. Det ble dessverre ikke registrert antall pasienter som ble spurt om å utfylle spørreskjema, og antall pasienter som takket henholdsvis ja eller nei til tilbudet. Av den grunn kunne svarprosenten for denne studien ikke regnes ut.

En registreringsprosess burde settes i gang på begynnelsen av en datainnsamling slik at oversikt over antall skjema og antall pasienter som ble spurt om å delta i studien overholdes. Samtidig bør det avklares hvordan ubesvarte skjema som blir forlatt av pasienter skal håndteres.

Ordbruk

Den neste feilkilden var formuleringen av spørsmålene som kunne gi rom for misforståelser, og som dermed kan påvirke gyldigheten til studien. Dette merkes da noen respondenter hadde svart på følgespørsmål som ikke omfattet dem, som igjen forandrer på svarprosenten på hvert enkelt spørsmål. Noen respondenter valgte også å ikke svare på enkelte spørsmål. Dette kunne tyde på at spørsmålet var uklart, ettersom respondentene fikk beskjed om å hoppe over spørsmål de ikke forsto. Alternativt kan respondenten ha ansett det som ikke relevant for seg selv.

For å minske muligheter for misforståelser fra respondenter sin side, burde man endre på ordbruken i spørreskjema. Ved behov bør dette gjøres så tidlig som mulig under datainnsamlingstiden. Eksempelvis i vårt spørreskjema var det et kontrollspørsmål for å sjekke om pasienter mottok informasjons-skriv eller ikke. Der står det "Har du mottatt et informasjons-skriv til CT-undersøkelsen i posten?". Pasienter har flere måter å få informasjons-skriv på, for eksempel via posten eller direkte fra ekspedisjon. Derfor kunne det blitt mer riktig å spørre generelt om pasienter mottok et informasjons-skriv til CT-undersøkelsen på forhånd. I tillegg kunne man legge til et spørsmål på slutten av spørreskjemaet om respondenter fant noen deler eller ord i spørreskjemaet uklare, eventuelt om de har andre kommentarer til spørreskjemaet. Dette kunne gjort det enklere å fange opp spørsmål og ord som fører til misforståelser. En pilottest på en større mengde personer fra ulike alder og bakgrunn kunne også bidratt til å fange opp mulige utydelige spørsmål.

Forslag til forbedring av informasjons-skrivet

Resultatene våre viser at det finnes etterspørsel etter informasjon om intravenøs kontrast og reaksjonene knyttet til den. Informasjon om dette kan hjelpe til at pasienter føler seg tryggere og mer forberedt til CT-undersøkelsen. I tillegg til dette kan sykehuset vurdere konkret informasjon om klokkeslett med tanke på når pasienter bør komme til sykehuset for å drikke kontrast. Det kan også stå på informasjons-skrivet at pasienter burde ha kjennskap til sin høyde og vekt, da de kommer til å bli spurt om dette på selve undersøkelsen.

Konklusjon

Pasienter er stort sett fornøyde med daværende informasjons-skriv. Informasjons-skrivet formidler budskapet på en forståelig måte, og innholdet oppfattes som relevant. Likevel er det ofte rom for forbedring med tanke på innhold, ettersom innholdet kan oppfattes forskjellig ut fra pasienters bakgrunn. Ved å oppgi nyttige kommentarer i spørreskjema, bidro pasientene til å forbedre pasientmedvirkning.

Anbefalinger for videre studier

Denne studien kan utføres under normale omstendigheter for å få et større utvalg og bedre representativitet. Spørreundersøkelsen kan gjennomføres både før og etter CT-

undersøkelsen for å avdekke hvorvidt informasjons-skrivet faktisk forbereder pasienten til undersøkelsen og i hvilken grad. Samt kan intervjuer utføres for å gå i dybden på hvorfor enkelte respondenter svarer annerledes enn andre. Dette kan danne basis for en grundig brukertesting som kan benyttes til å utvikle et forbedret informasjons-skriv. Videre forskning innen dette temaet kan også omhandle hvordan helsepersonell oppfatter pasienters forberedelse når de kommer til undersøkelsen, sammenlignet med hvordan pasienter oppfatter sin egen forberedelse.

Referanser

- Chesson, R. A., McKenzie, G. A. & Mathers, S. A. (2002). What Do Patients Know About Ultrasound, CT and MRI? *Clinical Radiology*, 57(6), 477–482. [DOI:10.1053/crad.2002.0939](https://doi.org/10.1053/crad.2002.0939)
- Dixon-Woods, M. (2001). Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1417–1432. [DOI:10.1016/S0277-9536\(00\)00247-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00247-1)
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Five, M. L. (2019, 22. november) Pasienter forstår ikke hva legene mener - kommer uforberedt til timer. TV 2. <https://www.tv2.no/a/11007077/>
- Fox, S. & Duggan, M. (2013). *Health Online 2013*. Pew Research Center: Internet & Technology. <https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/>
- Haygood, T. M. (2019). Patient Literacy and Access to Radiology Information. *Radiology*, 291(1), 119–120. [DOI:10.1148/radiol.2019190007](https://doi.org/10.1148/radiol.2019190007)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019-2023*, (I-1188 B). <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Hersh, L., Salzman, B. & Snyderman, D. (2015). Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician*, 92(2), 118-124. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26176370/>
- Horton, K. M., Garland, M. R. & Fishman, E. K. (2000). The internet as a potential source of information about radiological procedures for patients. *Journal of Digital Imaging*, 13(1), 46. [DOI:10.1007/BF03168340](https://doi.org/10.1007/BF03168340)
- Howard, D. H., Gazmararian, J. & Parker, R. M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 371–377. [DOI: 10.1016/j.amjmed.2005.01.010](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.010)
- Janssen, S., Käsmann, L., Fahlbusch, F. B., Rades, D. & Vordermark, D. (2018). Side effects of radiotherapy in breast cancer patients: The Internet as an information source. *Strahlentherapie und Onkologie*, 194(2), 136–142. [DOI:10.1007/s00066-017-1197-7](https://doi.org/10.1007/s00066-017-1197-7)
- Mathers, S. A., Chesson, R. A. & McKenzie, G. A. (2009). The information needs of people attending for computed tomography (CT): What are they and how can they be met? *Patient Education and*

Counseling, 77(2), 272–278. [DOI:10.1016/j.pec.2009.03.030](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.030)

Miles, R. C., Baird, G. L., Choi, P., Falomo, E., Dibble, E. H. & Garg, M. (2019). Readability of Online Patient Educational Materials Related to Breast Lesions Requiring Surgery. *Radiology*, 291(1), 112–118. [DOI:10.1148/radiol.2019182082](https://doi.org/10.1148/radiol.2019182082)

NTB Arkitektst (2017). *Samlerapport – nullpunktsmåling: Klarspråksprosjektet ved Helgelandssykehuset september 2017*.

Okan, Y., Petrova, D., Smith, S. G., Lesic, V. & de Bruin, W. B. (2019). How Do Women Interpret the NHS Information Leaflet about Cervical Cancer Screening? *Medical Decision Making*, 39(7), 738–754. [DOI:10.1177/0272989X19873647](https://doi.org/10.1177/0272989X19873647)

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pahade, J. K., Trout, A. T., Zhang, B., Bhambhani, P., Muse, V. V., Delaney, L. R., Zucker, E. J., Pandharipande, P. V., Brink, J. A. & Goske, M. J. (2018). What Patients Want to Know about Imaging Examinations: A Multiinstitutional U.S. Survey in Adult and Pediatric Teaching Hospitals on Patient Preferences for Receiving Information before Radiologic Examinations. *Radiology*, 287(2), 554–562. [DOI:10.1148/radiol.2017170592](https://doi.org/10.1148/radiol.2017170592)

Payne, S. A. (2002). Balancing information needs: dilemmas in producing patient information leaflets. *Health Informatics Journal*, 8(4), 174–179. [DOI:10.1177/146045820200800402](https://doi.org/10.1177/146045820200800402)

Raynor, D. K., Blenkinsopp, A., Knapp, P., Grime, J., Nicolson, D. J., Pollock, K., Dorer, G., Gilbody, S., Dickinson, D., Maule, A. J. & Spoor, P. (2007). A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technology Assessment*, 11(5), iii, 1–160. [DOI:10.3310/hta11050](https://doi.org/10.3310/hta11050)

Safeer, R. S. & Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, 72(3), 463–468. [PMID: 16100861](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16100861/)

Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf>

Sekhar M. S., MK, U., Vyas, N. & Rodrigues, G. S. (2017). Development and Evaluation of Patient Information Leaflet for Diabetic Foot Ulcer Patients. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15(3). [DOI:10.5812/ijem.55454](https://doi.org/10.5812/ijem.55454)

Smart, J. M. & Burling, D. (2001). Radiology and the Internet: A Systematic Review of Patient Information Resources. *Clinical Radiology*, 56(11), 867–870. [DOI:10.1053/crad.2001.0738](https://doi.org/10.1053/crad.2001.0738)

Smith, H., Gooding, S., Brown, R. & Frew, A. (1998). Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. *BMJ*, 317(7153), 264–265. [DOI:10.1136/bmj.317.7153.264](https://doi.org/10.1136/bmj.317.7153.264)

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Vinker, S., Eliyahu, V. & Yaphe, J. (2007). The Effect of Drug Information Leaflets on Patient Behavior. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 9(5):383–6. <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/46/23034.pdf>

Annex

Side 1-4 Endelig versjon av spørreskjemaet med 30 spørsmål

Side 5 Eksemplar av informasjonsskrivet gitt i forkant av utvalgte CT-undersøkelser



NTNU

Kunnskap
for en bedre
verden

Hvordan evaluerer du informasjonsskrivet/ innkallingsbrevet på CT?

Hei.

Dette er et spørreskjema til deg som har gjennomført CT-undersøkelse ved St. Olavs hospital og fått innkalling med informasjonsskriv. Et eksemplar av informasjonsskrivet finner du på side 5.

Det gjennomføres i forbindelse med en bacheloroppgave for å avdekke pasienters tilfredshet med informasjonsskrivet som sendes ut i forkant av oppsatt time. Alle besvarelser vil bli makulert når innsamling av data er ferdig og bacheloroppgaven er godkjent (forventet juni 2020).

Du skal **ikke** føre inn personidentifiserende data som navn, fødselsdato eller bosted. Skulle det være uklarhet rundt et spørsmål, hopp til neste spørsmål.

Forventet tidsbruk på spørreskjemaet er ca. 10 minutter. Sett kryss for aktuelt svaralternativ. Bruk helst blokkbokstaver når du fyller ut skjemaet.

Alle svar vil forbli anonyme. For å opprettholde dette bes du legge din besvarelse i den markerte boksen i vente-arealet utenfor CT-laben du var på.

Mvh,

Radiografistudenter ☺

Side 1 av 5

Del 1

Alder

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 18-30 år | <input type="checkbox"/> 61-70 år |
| <input type="checkbox"/> 31-40 år | <input type="checkbox"/> 71-80 år |
| <input type="checkbox"/> 41-50 år | <input type="checkbox"/> 81-90 år |
| <input type="checkbox"/> 51-60 år | <input type="checkbox"/> 91 år og oppover |

Kjønn

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kvinne | <input type="checkbox"/> Annet: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mann | |

Høyeste pågående/gjennomførte utdanning

- Grunnskole
- Videregående
- Fagbrev
- Høyskole-/Universitetsgrad (Bachelor/Master/PhD)

Yrke

- Studerer/jobber/har jobbet innen helsevesenet
- Studerer/jobber/har ikke jobbet innen helsevesenet

Var innholdet i informasjonsskrivet lett å forstå?

- Ja, det var lett å forstå.
- Nei, det var ikke så lett å forstå.

Hvis nei, hvilke deler forsto du ikke?

Inneholdt informasjonsskrivet all informasjon du trengte for å bli forberedt til undersøkelsen?

- Ja
- Nei

Var det lett å finne spesifikk informasjon du så etter?

- Ja
- Nei
- Ikke aktuelt

Har du søkt etter mer informasjon enn hva som ble gitt i skrevet fra sykehuset. Eksempelvis på nettet, via bekjente eller familie?

- Ja
- Nei

Hvis ja, hvorfor har du søkt etter mer informasjon?

- For lite informasjon gitt
- Ikke godt formulert
- Dårlig visuelt oppsett
- Annet

Del 2

Har du mottatt et informasjonsskriv til CT-undersøkelsen i posten?

- Ja
- Nei

Vennligst se på eksemplaret på side 5. Har du fått det samme informasjonsskrivet?

- Ja
- Nei

Har du lest ditt mottatte informasjonsskriv?

- Ja, hele informasjonsskrivet.
- Ja, delvis.
- Nei.

Hvis delvis eller nei, hvorfor?



Fornavn Etternavn
Vei 1
999 99 By

06.02.2020

Du har fått time til CT-undersøkelse av abdomen (buk + evt. bekken) ved vår avdeling
GASTROENTERET 2. ETG

fredag 1. januar 2010, 10:15,

Du må møte **2 timer og 15 minutter** før undersøkelsen for registrering og for å drikke kontrast fram til undersøkelsestidspunktet.

Det er mulig å hente kontrast tidligst 3 dager før undersøkelsen dersom du ønsker å drikke kontrasten hjemme. For utlevering av kontrast til andre enn deg selv, må vedkommende ved utheating levere skriftlig fullmakt fra deg, vise din legitimasjon eller kopi og vise egen legitimasjon.

Forberedelser til undersøkelsen :

* FASTE de siste fire (4) timene før undersøkelsen.

Faste medisiner skal tas som vanlig, men med begrenset væskemengde.

Dersom det er vedlagt blodprøveskjema, ta denne på St.Olavs hospital eller hos deres fastlege 2-4 uker før undersøkelsen. Er timen innen 1-2 uker skal blodprøven tas snarest.

Enkelte ganger vil det være behov for å markere endetarmen. Røntgenkontrast settes i endetarmen ved hjelp av en tynn sonde like før undersøkelse

Gravide bes ta kontakt med avdelingen i god tid før undersøkelsen.

Vi oppfordrer til å legge igjen smykker og ørepynt hjemme.

Dersom du ikke kan benytte timen ta kontakt med oss snarest, - senest dagen i forveien, Ubenyttet time blir belastet etter gjeldende takst.

Vennlig hilsen

Klinikk for billediagnostikk.

Klinikk for billediagnostikk, Prinsesse Kristinas gt 1, 7030 Trondheim

Telefon : Vi har automatisk telefonsystem. Ha personnummer (11 siffer) klart for du ringer 72 82 53 30

<https://stolav.no/avdelinger/klinikk-for-billediagnostikk/les-mer-om-klinikk-for-billediagnostikk>