

# Skriftlig pasientinformasjon i legevakt

skrevet av

Ida Røhr, Kristian Vinkenes, Linn Fidje Auestad,  
Mana Salaman, Sigurd Christoffer Rolseth,  
Jorunn Marie Madland og Tord Asle Gjerdalen



Prosjektoppgave i KLoK ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

10. mai 2013

© Forfatterne

2013

Skriftlig pasientinformasjon i legevakt

# Innholdsfortegnelse

## 1. Tema/problemstilling

### 1.1 Hvorfor er dette viktig?

### 1.2 Mål

### 1.3 Juridisk forankring

## 2. Kunnskapsgrunnlaget

### 2.1 Metode

### 2.2 Resultater

#### 2.2.1 Effekter av skriftlig informasjon

#### 2.2.2 Kvalitative studier

### 2.3 Hva forteller kunnskapsgrunnlaget

## 3. Dagens praksis, tiltak og indikator

### 3.1 Dagens praksis

#### 3.1.1 Spesielle utfordringer på Legevakten

### 3.2 Tiltak

#### 3.2.1 Gjennomførbarhet

### 3.3 Indikatorer

#### 3.3.1 Måling av brosjyrens kvalitet

#### 3.3.2 Pasienttilfredshet

#### 3.3.3 Måling av compliance

#### 3.3.4 Rekontakter

## 4. Prosess, ledelse og organisering

### 4.1 Å motivere ledelsen

### 4.2 Implementering av nytt tiltak

### 4.3 Planlegge - P

#### 4.3.1 Måle indikatorer før tiltaket iverksettes

#### 4.3.2 Opprettelse av arbeidsgruppe på Legevakten og ansvarsfordeling

#### 4.3.3 Sikre at tiltak og mål samsvarer med tilgjengelige ressurser

#### 4.3.4 Formulere fordeler ved tiltak

### 4.4 Utføre - U

### 4.5 Kontrollere - K

### 4.6 Korrigere - K

### 4.7 Videre iterasjonen av PUKK-sirkelen

## 5. Diskusjon/konklusjon

# 1. Tema/problemstilling

Dette prosjektet tar utgangspunkt i Oslo kommunes Legevakt i Storgata 40, heretter referert til som Legevakten. Vi har sett nærmere på bruken av skriftlig informasjon som gis til pasientene der. At pasienter skal gis god og tilpasset informasjon om sin egen behandling er lovfestet i Pasientrettighetsloven, samtidig som det fører til økt *pasienttilfredshet* (Felley et al 2008, Mayich et al 2013, McGregor et al 2012).

Utfordringen ved Legevakten er at det finnes lite ferdiglaget skriftlig informasjon som legene kan bruke for å informere pasientene. Bare for temaene hodeskader, falsk krupp, diare hos barn og mellomørebetennelse har legene brosjyrer som er lett tilgjengelig. For alle andre tilstander må personalet basere seg på muntlig informasjon, utskrifter fra Internet eller notater som produseres der og da under konsultasjonen.

## 1.1 Hvorfor er dette viktig?

Å skape lett tilgang på godt informasjonsmaterieell har mange positive effekter.

- Det er en klar begrensning på hvor mye informasjon en pasient evner å ta til seg i forløpet av en konsultasjon.
- Det er åpenbart at informasjon som gis bør være korrekt og oppdatert. Dagens praksis på Legevakten er at legene i varierende grad gir ad hoc skriftlig informasjon. Dette er unødvendig **tidkrevende** og åpner for flere **feil** enn ferdige kvalitetskontrollerte brosjyrer ville gjort. Fordelen med dagens praksis er imidlertid fleksibiliteten den gir til individuell tilpassing.
- Pasientene på Legevakten kommer fra alle samfunnsklasser og har vidt forskjellige forutsetninger for å ta til seg informasjon. Den pedagogiske kvaliteten på informasjonen som skal gis bør derfor være så god som mulig. Det er naturligvis en stor forskjell på legenes pedagogiske evner, dette kan man ta høyde for ved bruk av en standardisert, **pedagogisk** utformet brosjyre.
- I dagens samfunn er det verken informasjonsmengde eller -tilgjengelighet som er utfordringen, men heller **kvalitetssikret** og **relevant** informasjon for den enkelte pasients aktuelle sykdom.

## 1.2 Mål

Det overordnede målet med dette prosjektet er å øke kvaliteten på den informasjonen som gis til pasienter på Legevakten. For en sykdom eller tilstand som er vanlig på Legevakten skal det:

Innen 1 år lages og tas i bruk **pedagogiske, veldesignede, kunnskapsbaserte** og lett tilgjengelige brosjyrer til pasientene.

Gjennom økt kvalitet håper vi å oppnå tryggere, godt informerte og dermed tilfredse pasienter. Pasienttilfredshet er tett knyttet til måten informasjon presenteres på og ikke nødvendigvis kvaliteten i seg selv. Derfor er det også interessant å måle om kliniske resultater endres som en følge av prosjektet. Andre mulige synergieffekter av dette er nedgang i antall unødige rekontakter, og en mer effektiv arbeidssituasjon for legene.

Konkrete målsetninger er i første omgang at:

1. Det skal lages en brosjyre for ukomplisert **cystitt**.
2. **9 av 10** pasienter skal være **tilfredse** med den informasjonen de gis om denne tilstanden. Første året bør resultere i en 20% økning fra utgangspunktet, og målet om 90 % tilfredshet innen 2 år.

### 1.3 Juridisk forankring

Både Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasrl) §§ 3-2 til 3-4 og korresponderende i Lov om helsepersonell m.v. (hlspl) § 10 sikrer pasientenes **rett** til informasjon. Rutiner for skriftlig informasjon til pasientene på Legevakten er ikke lovpålagt i seg selv, men vil utvilsomt bidra til å sikre at loven følges. Pasienten skal blant annet gis nødvendig innsikt i egen helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, mulige risikoer og bivirkninger. Det skal også journalføres at informasjon er gitt. Alt dette arbeidet kan effektiviseres med riktig bruk av skriftlig informasjon.

## 2. Kunnskapsgrunlaget

### 2.1 Metode

Vi startet med å formulere PICO-spørsmål (Tabell 1). Vil pasienter på legevakten bli mer tilfredse dersom de får skriftlig informasjon om sin tilstand i tillegg til den muntlige informasjonen?

P	Patient/problem/populasjon	pasienter på Legevakten
I	Intervention	skriftlig informasjon
C	Control	kun muntlig informasjon
O	Outcome	økt tilfredshet

Tabell 1: PICO-spørsmål.

Ved hjelp av bibliotekar på medisinsk bibliotek søkte vi i PubMed. Vi brukte først søkeordene "*patient information*" og "*leaflets*". Dette var for lite spesifikke søkeord som ga for mange irrelevante treff. Vi brukte MeSH-termen "pamphlets" og søkte etter engelskspråklige systematiske oversikter og kliniske studier (Tabell 2). Dette ga 697 artikler. I tillegg er noen studier funnet via kryssreferanser. Vi var tre personer som gikk i gjennom artiklene og vi plukket ut artikler vi mener er relevante for denne oppgaven. Vi lette etter studier som kunne si noe om hvilke effekter skriftlig informasjon har for pasienten. Vi inkluderte artikler på bakgrunn av sammendrag.

Søk #1:	Søk #2:
<pre>(   "pamphlets"[MeSH Terms]   OR   "pamphlets"[All Fields] ) AND (   systematic[sb]   AND   English[lang] )</pre>	<pre>(   "pamphlets"[MeSH]   OR   "pamphlets"[All Fields] ) AND (   Clinical Trial[ptyp] )</pre>

Tabell 2: Søk i PubMed 08.04.2013.

I tillegg har vi brukt Skjema for vurdering av skriftlig pasientinformasjon og Retningslinje for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon og referansene fra dette arbeidet. (Fagermoen 2005, Fagermoen 2010).

En stor andel av de tilgjengelige artiklene omhandler såkalt PIL's, Patient Information Leaflets, som i den forbindelse er pakningsvedlegg i medikamentpakninger. Disse artiklene har vi ikke inkludert i dette arbeidet, da vi ikke finner det relevant for vår problemstilling.

## 2.2 Resultater

Kunnskapsgrunnlaget på skriftlig informasjon er variert. Det finnes kvalitative studier om skriftlig informasjon gitt til pasienter basert på både faglige vurderinger og tilbakemeldinger fra pasienter. Noe forskning tar for seg informasjon gitt til pasienten før undersøkelse eller behandling, andre studier tar for seg informasjon gitt med tanke på å lære pasienten om hans/hennes sykdom eller tilstand. Videre tar noe forskning for seg informasjon gitt til pasienten postoperativt med tanke på videre forløp og oppfølging.

### 2.2.1 Effekter av skriftlig informasjon

Flere studier på skriftlig informasjon gitt til pasienter viser positive effekter på pasientens egen opplevelse av informasjonen som blir gitt. Pasientene ga uttrykk for økt **tilfredshet** på grunnlag av den skriftlige informasjonen (Felley et al 2008, Mayich et al 2013, McGregor et al 2012). Å oppnå pasienttilfredshet er et viktig ledd i all behandling og det berører noen av grunnpillarene i legeeden. Man kan anta at tilfredse pasienter føler seg sett og hørt, lindret og trøstet. Skriftlig informasjon kan som et supplement til konsultasjonen, bidra til dette. En studie av gravide kvinner som ventet å få premature barn viste at skriftlig informasjon reduserte **angst** hos kvinnene (Muthusamy et al 2012). Denne studien randomiserte kvinnene i to grupper hvor kontrollgruppen fikk muntlig informasjon, mens intervensjonsgruppen fikk skriftlig informasjon før de mottok muntlig informasjon. Hos intervensjonsgruppen ble også **kunnskapsnivået** økt sammenliknet med kontrollgruppen. I en annen studie virket ikke den skriftlige informasjonen som angstdempende selv om pasientene hadde en positiv opplevelse av informasjon i skriftlig form (Felley 2008). I en randomisert studie fra 2007 ga man to grupper foreldre med barn som hadde feberkramper henholdsvis en gammel og en ny brosjyre om feberkramper hos barn. Gruppen som fikk den nye brosjyren opplevde den som

mer betryggende og lettere å forstå, enn gruppen som fikk den gamle brosjyren. Til tross for dette ble det ikke funnet signifikante forskjeller på angstnivået mellom de to gruppene (Paul et al 2007). Pauls studie viste at det er viktig med oppdatert og gjennomarbeidet informasjon. Studien evnet sannsynligvis ikke å vise forskjell i angstnivå mellom de to gruppene, som henholdsvis fikk en gammel og en ny brosjyre fordi intervensjon og kontroll var for like, sammenliknet med intervensjon og kontroll i Muthusamys studie. Når en gruppe får bedre informasjon enn en annen gruppe, har det trolig større betydning for angstnivået i de to ulike gruppene. I en randomisert kontrollert studie fra 2001 fikk en gruppe menn skriftlig informasjon om screening av prostatakreft og PSA, mens en annen gruppe fikk standard behandling. Studien viste at slik informasjon ga en moderat økning av kunnskapsnivået om prostatakreft, men det var ingen forskjell i målte PSA-verdier mellom de to gruppene (Wilt 2001). I en studie på pasienter med diabetes mellitus type 2, lyktes man også med å øke pasientenes kunnskap om egen sykdom (Selea et al 2011). I tillegg målte man HbA1c-nivåene og fant at skriftlig materiale førte til forbedring av **glykemisk kontroll**. Dette viser at skriftlig informasjon kan påvirke sykdomsforløpet, hvis sykdommens lar seg påvirke av pasientens egne handlinger, som for eksempel endret livsstil. Samtidig viser andre studier at selv om den skriftlige informasjonen er blitt godt mottatt av pasienten, har den likevel ikke hatt signifikante resultater på de **medisinske utfallene**. En studie utført på pasienter med ankelfraktur viste at skriftlig materiell bidro til forbedret pasienttilfredshet og bedre interaksjon mellom personalet og pasienten ved postoperative visitter, men påvirket ikke postoperative resultater. LeMay og medarbeidere studerte i 2010 effekten av informasjonsskriv gitt til foreldre med barn med smerter, men dette ga ingen effekt i smertehåndtering (LeMay 2010).

### 2.2.2 Kvalitative studier

Studier av kvalitative faktorer på skriftlig materiell viser for eksempel at dårlig kvalitet med tanke på **innhold** og **layout** gjorde at den skriftlige informasjonen ikke økte kunnskapsnivået (Raynor et al 2007). Det var også viktig for pasientene at informasjonen var **lettlest** med hensyn til språk og tydelig skrift, men pasientene ønsket ikke at skriftlig informasjon skulle erstatte muntlig informasjon fra legen. En systematisk oversikt fra 2007 undersøkte rollen og verdien av skriftlig informasjon sett i fra pasientens perspektiv (Grime 2007). Her fant man at pasientene ønsket **skreddersydd** informasjon og at skriftlig informasjon ikke skal erstatte muntlig informasjon fra legen. Pauls studie fra 2007 gir moderat støtte til effekten av å lage brosjyrer av høy kvalitet, men det er nødvendig med videre forskning for å avgjøre den beste metoden for å optimalisere effektiviteten av brosjyrer gitt ut ved utskrivelse fra sykehus (Paul 2007). En systematisk oversikt fra 2000 så på den tilgjengelige pasientinformasjonen om hypertensjon fra ulike kilder og gjorde en kvalitetsvurdering av dette materialet. Denne forskergruppen fant at selv om de fleste brosjyrene er forståelig for de fleste, så er ikke informasjonen alltid tilstrekkelig innholdsmessig. Det ble konkludert med at fagfolk som skal gi adekvate råd bør ha kunnskap om hvilken informasjon som er av god kvalitet og hvilke kilder som bør brukes (Fitzmaurice 2000).

## 2.3 Hva forteller kunnskapsgrunnlaget

Mange studier viser at skriftlig pasientinformasjon gir *økt grad av kunnskap og tilfredshet* hos pasienter, gitt at informasjonen er av *god kvalitet*. Skriftlig informasjon kan virke

angstreduserende blant enkelte pasientgrupper, men det er også studier som ikke viser slik effekt. Kunnskapsgrunnlaget viser at skriftlig informasjon ikke har signifikant effekt på rene medisinske resultater, men skriftlig informasjon kan ha positiv effekt på et sykdomsforløp hvis sykdommen lar seg påvirke av pasientens egne handlinger. Kvalitative studier har vist at pasientene er opptatt av at informasjonen er **lett forståelig, lettlest** og gjerne **individuell tilpasset**.

Selv om resultatene ikke er entydige og effektene sannsynligvis er situasjonsbestemte, er skriftlig informasjon, spesielt i kombinasjon med muntlig informasjon, av **gunstig** effekt for pasienten på flere områder.

### 3. Dagens praksis, tiltak og indikator

#### 3.1 Dagens praksis

Vi var av den oppfatning at det i liten grad utdeles skriftlig informasjon til pasienter som oppsøker Legevakten.

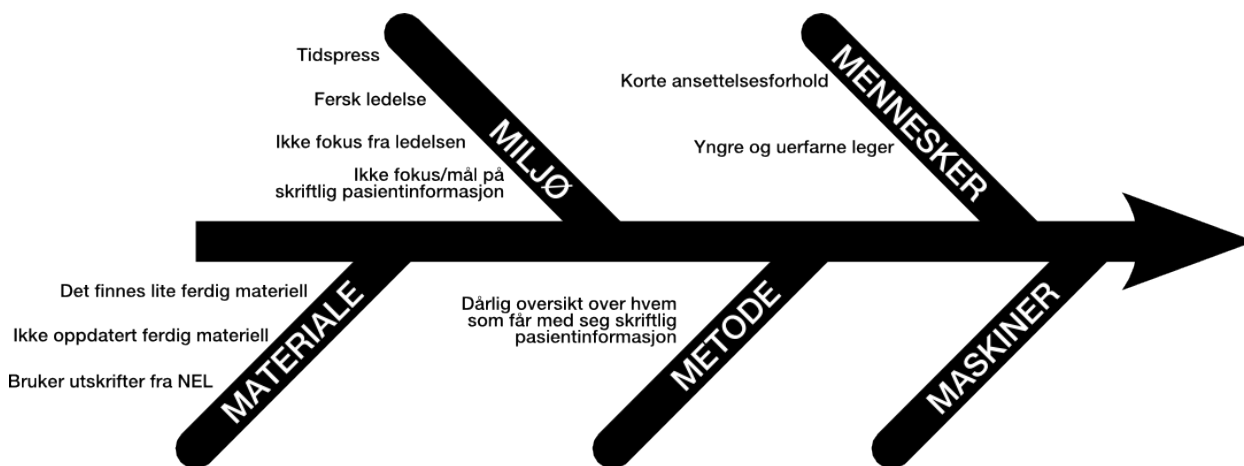
For å finne ut mer om dagens praksis oppsøkte vi Legevakten, hvor vi kom i kontakt med avdelingslege Fredrik Rønning Iversen. Vedkommende kunne meddele at det i varierende grad blir utdelt skriftlig informasjon til pasienter som blir behandlet ved Legevakten, ettersom det ikke har vært noe **fokus** på dette og det dermed per i dag ikke eksisterer en fast rutine for en slik praksis. Det har på et tidligere tidspunkt blitt utformet egenprodusert skriftlig informasjon for enkelte tilstander (som fortsatt er tilgjengelig ved Legevakten), men avdelingslegen kunne bekrefte at dette gjelder få tilstander og at skrivene ikke har blitt oppdatert siden de ble skrevet. Iversen kunne videre oppgi at disse i minimal grad blir benyttet av legene – blant annet som følge av manglende oppdateringer, men også grunnet mangel på rutiner for en slik praksis.

Dagens praksis ved Legevakten er videre slik at alle pasienter får med seg en journal kopi, men at legene selv vurderer hvorvidt de ønsker å gi med skriftlig informasjon om pasients tilstand ved endt konsultasjon. Dersom dette eventuelt blir gjort, benyttes det hovedsakelig av NELs pasientinformasjon som legen skriver ut til pasienten ved endt konsultasjon. Som tidligere nevnt gjøres dette trolig i begrenset grad.

##### 3.1.1 Spesielle utfordringer på Legevakten

Utfordringen på Legevakten er at det finnes begrenset og lite oppdatert skriftlig pasientinformasjon. Et av særpregene ved Legevakten er at mange av de ansatte legene er unge og uerfarne samtidig som de ofte er ansatt over et begrenset tidsrom. Dessuten er virksomheten preget av et stadig tidspress grunnet sterk pasientbelastning, og i tillegg til dette har Legevakten som kjent en svært heterogen sammensetning av pasienter. Videre har Legevakten nylig byttet ut ledelsen. Dermed kan det tenkes at ledelsen for tiden har andre prioriteringer som kommer i veien for et konkret fokus på skriftlig pasientinformasjon. Alle disse faktorer kan samlet tenkes å påvirke dagens praksis, noe som er fremstilt i figur 1.





Figur 1: Fiskebensdiagram fra Legevakten.

### 3.2 Tiltak

Vi ønsker å implementere en rutine for at skriftlig pasientinformasjon rent prosedyremessig gis til alle pasienter som blir behandlet for visse aktuelle tilstander ved Legevakten. Utforming av brosjyrer over de hyppigste tilstandene man ser ved Legevakten (både diagnoser og symptomtilstander) bør prioriteres, og innholdet i brosjyrene bør være kortfattet, konkret og lettlest, samt ikke minst inneholde oppdatert informasjon om de aktuelle tilstander som egner seg til vårt foreslåtte tiltak. Samtidig vil vi vektlegge verdien av hensiktsmessig og pedagogisk design. Dersom man ved et senere tidspunkt utvikler brosjyrer for flere tilstander bør hvert skriv gis et unikt nummer slik at legen kan referere til dette i journalen for å raskere kunne dokumentere hvilken informasjon som er gitt.

I første omgang tenker vi at det bør fokuseres på én enkelt tilstand, nærmere bestemt ukomplisert cystitt. Dette tiltaket innebærer at pasienter ved endt konsultasjon får utdelt en ferdig utformet brosjyre over tilstanden.

Når det kommer til utformingen av selve brosjyren viser kunnskapsgrunnlaget at det er viktig at den holder en høy kvalitet. Dette kan oppnås ved å benytte seg av en retningslinje for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon. Det eksisterer flere retningslinjer for denne type arbeid, mer spesifikt er det laget en slik retningslinje av to forskere ved OUS (Jakobsen VH, Fagermoen MS (2010). Vurdering av skriftlig pasientinformasjon - Skjema og retningslinjer. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 12 : 2, 38-41) som kan benyttes både som en type oppskrift under utformingen av brosjyren, såvel som en sjekklister (herunder indikator) for vurdering av kvaliteten til brosjyren. Denne kvalitetsvurdering, som en del av en kvalitetssikringsrutine, bør inngå som en del av PUKK-sirkelen som beskrevet i kapittel 4.

Erfaring tyder på at pasienter kun i en begrenset grad får med seg det som blir sagt (muntlig informasjon) i løpet av en konsultasjon, og ytterligere har det vist seg at informasjon gitt i skriftlig form øker kunnskapsnivået hos pasienter om deres egen helsetilstand og gir samtidig en mer tilfreds pasientgruppe (Muthusamy et al 2012, Wilt 2001, Selea et al 2011, Felley et al 2008, Mayich et al 2013, McGregor et al 2012). Vi tenker dermed at innføringen av en praksis med kvalitetssikret bruk av skriftlig pasientinformasjon kan sikre trygge, velinformerte og tilfredse pasienter, der synergieffekter av dette kan tenkes å være nedgang i antall unødige

rekontakter og bidra til å skape klare prosedyrer for legens informasjonsplikt ved endt konsultasjon. Legene vil videre kunne dra nytte av et slikt tiltak i form av tidsbesparelser og økt trygghet for den unge uerfarne legen. Dagens praksis der legene driver egenproduksjon av informasjon er tidkrevende og vil åpenbart kunne åpne for flere feil enn det man trolig ville få ved bruk av et ferdig utformet, kvalitetssikret skriv. Bruken av de foreslåtte brosjyrene må på ingen måte undergrave verdien av den muntlige informasjonen som gis under konsultasjonen, men kommer som et supplement til den muntlige informasjonen.

### 3.2.1 Gjennomførbarhet

Det er flere grunner til at vi anser tiltaket som gjennomførbart. Tiltaket krevet at man setter av både tid og penger til selve gjennomføringen, men til gjengjeld kan det være til stor nytte og bidra til en klar forbedring av virksomheten. Legevakten har som nevnt hatt en lignende praksis ved en tidligere anledning, og det kan imidlertid tenkes at det vil kreve noe mindre av virksomheten å gjeninnføre et lignende, men forbedret tiltak sammenlignet med å innføre et tiltak de aldri tidligere har hatt et forhold til. Videre har en lignende praksis ved blant annet Oslo Skadelegevakt vist seg å være **svært vellykket**, noe som kan styrke troen på at det vil fungere godt også ved Legevakten. Vi har vært i kontakt med både ledelsen, samt unge, uerfarne leger ved Skadelegevakten, og disse kunne bekrefte at tiltaket for de er **tidsbesparende** og samtidig gir de en visshet og **trygghet** om at de har gitt pasienten all relevant informasjon i en hektisk hverdag.

## 3.3 Indikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer kan fungere som støtte til kvalitetsforbedring, men kan også brukes til andre formål som helsepolitisk styring, virksomhetsstyring eller benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested. Det er vanlig å dele kvalitetsindikatorer inn i tre typer, avhengig av om det måler strukturer, prosesser eller resultater.

Vår oppgave handler om tilgjengelighet og bruk av oppdatert pasientinformasjon i form av ferdig utskrevne ark med relevant informasjon om tilstander der det kunne egne seg å bruke nettopp slike ark. Den kvalitetsindikatoren vi mener er mest relevant er måling av **kvaliteten på brosjyren** (3.3.1), men samtidig måling av **pasienttilfredshet** (3.3.2) og **compliance** (3.3.3).

### 3.3.1 Måling av brosjyrens kvalitet

Etter utformingen av brosjyren må kvaliteten gjennomgås. Dette kan gjøres ved å benytte seg av retningslinjen nevnt under punkt 3.2. Denne retningslinjen benytter seg av en 9-punkts modell med følgende hovedpunkter:

1. Formelle opplysninger
2. Tittel
3. Innhold
4. Relevans
5. Språk
6. Tekstens utseende

7. Illustrasjoner/ grafikk
8. Papirtype
9. Andre forhold

Disse gjennomgås og dersom man finner klare mangler ved brosjyren bør dette utbedres i henhold til retningslinjen. Hva som regnes som klare mangler må sees i forhold til hva slags brosjyre man ønsker å lage og hva som er relevant for den aktuelle lidelsen/sykdommen brosjyren omhandler.

### 3.3.2 Pasienttilfredshet

Vi tenker at man kan måle pasienttilfredshet sett i sammenheng med bruken av skriftlig pasientinformasjon. Slik informasjon kan for eksempel være pasientens velbegrunnede årsaker til eventuell rekontakt og tidsaspektet for tilstandens naturlige forløp og varighet. Ofte tapes slik informasjon både under og i etterkant av en konsultasjon, spesielt under stressede omstendigheter, og vårt tiltak gjennomføres i håp om å forhindre akkurat dette. Vi ser for oss at effektene av tiltaket kan være målbart ved bruk av en **spørreundersøkelse** til pasientene, for eksempel i form av et spørreskjema.

Når det kommer til gjennomføringen av spørreundersøkelsen ser vi for oss et spørreskjema som vist i vår tabell 3. Man kan tenke seg at pasientene for eksempel to dager etter en konsultasjon mottar en sms der de får tilbud om å være med i konkurransen om å vinne en iPad eller lignende. I SMS'en vil de ledes i retningen av en internettside der de finner spørreskjemaet. Et slikt spørreskjema kan for eksempel gjøres tilgjengelig ved hjelp av Google Disk eller lignende nettbaserte tjenester for rask og effektiv utveksling av informasjon.

Et enkelt spørreskjema kan måle tilfredsheten med informasjon gitt, samt viktige forbedringselementer i informasjonen. Tilfredsheten bør ta utgangspunkt i total informasjonsmengde, dvs både skriftlig og muntlig informasjon. Det er viktig at muntlig informasjon også inkluderes i målet, så denne får like mye oppmerksomhet og ikke blir marginalisert. Det gjentas at skriftlig informasjon på ingen måte kan erstatte god individuelt tilpasset muntlig informasjon og bør således være et supplement til denne. Aktuelle spørsmål gjengis i tabell 3.

#	Spørsmål	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
1	Er du <b>tilfreds</b> med informasjonen du fikk på Legevakten (muntlig og skriftlig)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Var informasjonen du fikk <b>tilpasset</b> deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Er du <b>tilfreds</b> med den <u>muntlige</u> informasjonen du fikk på Legevakten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Mottok du <u>skriftlig</u> informasjon? Hvis ja, angi skjemanummer: _____	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nei</b>			
	Var den <u>skriftlige</u> informasjonen:					
5	• Lettlest og forståelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	• Nyttig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	• Passe lang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tok du alle tablettene?	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nei</b>			
9	Forslag til forbedringer (frivillig):					

Tabell 3: Spørreskjema for pasienttilfredshet.

### Svarskala:

Det er brukt fempunktssvarskala fra "Ikke i det hele tatt" til "I svært stor grad" på de fleste av erfaringsspørsmålene. Denne skalaen er standard i de nasjonale brukererfæringsundersøkelsene. Fempunktsskalaen har vist seg å fungere bedre enn tipunktsskalaen. Særlig tipunktsskalaens tendens til å trekke svarene mot ytterpunktene samt at fempunktsskalaen jevnt over er mer normalfordelt er tungtveiende grunner til dette. I tillegg har flere pasienter vi har intervjuet gitt uttrykk for at fempunktsskalaen er lettere å forholde seg til, noe som er et viktig aspekt å ta med seg. Hensikten med svarskalaen er å få beskrivelser knyttet til konkrete erfaringsområder. Variasjonen på hvert erfaringsspørsmål går derfor vanligvis fra "ikke i det hele tatt" til "i svært stor grad". (Danielsen K, Førland O, Garratt A. 2008)

Spørsmål 1 måler overordnet mål. Spørsmål 3 er med for å monitorere at legene fortsatt gir god muntlig informasjon. Svarene fra spørsmål 5-7 vil brukes til å forbedre brosjyre(e). Spørsmål 8 er lag til for å måle compliance, og må tilpasses hver brosjyre som lages. I dette tilfellet gjelder det antibiotikakuren man får for ukomplisert cystitt.

### 3.3.3 Måling av compliance

Vår foreslåtte brosjyre omhandler forløp og behandling av ukomplisert cystitt. Det er viktig at pasienten fullfører hele antibiotikakuren og ikke slutter ved bedring før behandlingen er

gjennomført. Også compliance kan måles ved bruk av SMS, nettbasert spørreskjema og premie (iPad) slik som ved måling av pasienttilfredshet (3.3.2). Også her bør compliance måles både før og etter tiltaket er iverksatt. Spørreskjemaet bør være veldig enkelt og det absolutt viktigste er at skjemaene anonymiseres, at man spør om pasienten tok hele tablettkuren og at det vektlegges at man er med i trekningen om premie uavhengig av om man fulgte legens/brosjyrens anbefaling eller ikke. Spørsmålet om compliance kan med fordel bakes inn i spørreskjemaet om pasienttilfredshet.

### 3.3.4 Rekontakter

Når det kommer til valg av indikatorer ble det diskutert i gruppen hvorvidt vi kunne måle en potensiell nedgang i antall unødvendige rekontakter. Eksempler på vanlige tilstander der det ofte er unødige rekontakter er feber uten kjent årsak hos barn og virale halsinfeksjoner. I sistnevnte tilfelle er behandlingen ofte symptomatisk og bedring kommer ofte ikke før ca. 1 uke er passert. Likevel kan man ofte se rekontakter etter kun 2-3 dager ved slike tilstander. Den muntlige informasjonen om at tilstanden ikke bedres før ca. 1 uke kan da tenkes å ha gått tapt. Vi ser for oss at man kan få en nedgang i slike rekontakter dersom man gir ut et informasjonsskriv der det konkretiseres når pasienten bør være bekymret og hva tidsperspektivet for rekontakt ved manglende bedring bør være. Skulle man ha målt dette måtte man antakeligvis ha loggført antall unødvendige rekontakter både før og etter tiltaket. Inklusjonskriterier for unødvendige rekontakter kunne for eksempel ha vært «ingen forverring innenfor det normale sykdomsforløpet for en gitt tilstand» eller «manglende bedring innen kort tid hos pasienter som eksempelvis har mottatt antibiotika og der bedringen ikke er forventet før tilstrekkelig tid har passert». Denne indikatoren har imidlertid blitt utelatt, da det av KLOK-veilederne ble kommentert at den ikke var spesielt egnet. Grunnen til at man ikke kan bruke rekontakter som indikator er blant annet fordi rekontaktene ofte skjer andre steder enn på Legevakten.

Oppsummert har vi valgt å legge vekten på såkalte resultatindikatorer, nemlig pasient- og legetilfredshet. Disse harmonerer, etter vår mening, best med kravene som stilles til valg av indikator.

## 4. Prosess, ledelse og organisering

### 4.1 Å motivere ledelsen

Dette prosjektet må rotfestes i ledelsen. Et av særpregene på Legevakten er at de fleste legene som jobber der er unge og uerfarne samtidig som de ikke blir værende der over lang tid. Med "gjennomtrekket" av leger må ledelsen være aktive i dette kvalitetsarbeidet.

Vi vet at ledelsen i dag ikke har fokus på dette temaet. Den tidligere ordningen med egenprodusert skriftlig materiale har blitt naturlig utfaset fordi det ikke har vært noe aktivt mål å satse på dette. Egenproduksjon er ressurskrevende både i oppstart og å vedlikeholde, samtidig som det fins materiale på Internet (NEL) som legene *kan* skrive ut og gi til pasientene sine. Utdfordringen for dette prosjektet er å tenne interessen hos ledelsen og overbevise om at det totalt sett vil være et prosjekt med gevinster for alle parter.

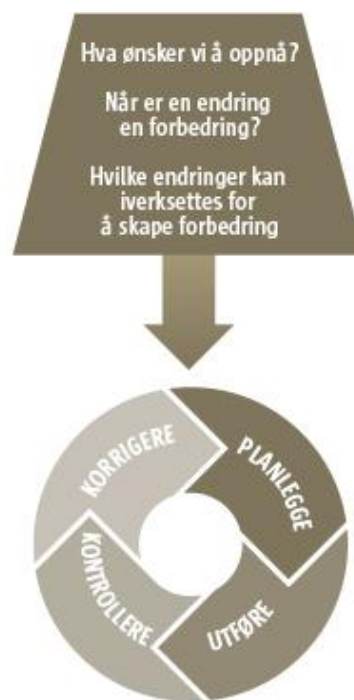
### 4.2 Implementering av nytt tiltak

For at et nytt tiltak skal kunne utprøves og i siste instans eventuelt innføres, er en rekke elementer viktige for en vellykket prosess:

- forankring i ledelse og organisasjon,
- en tverrfaglig dedikert arbeidsgruppe,
- personalmøter der tiltaket blir argumentert for av gruppen og diskutert åpent,
- tydelig definerte delmål og hovedmål,
- synliggjøring av fremgang (f.eks veggavis der økning av pasienttilfredshet etter tiltaket er innført illustreres) og ikke minst
- en strukturert fremgangsmåte for gjennomføring av prosjektet.

Sistenevnte innebærer planlegging, iverksetting og evaluering og korrigering av aktuelle tiltak.

PUKK-sirkelen (Figur 2) er nyttig å bruke for å sikre en strukturert og god metode for gjennomføring av forbedringsprosjektet:



Figur 2: PUKK-sirkelen.

Spørsmålene i rammen over sirkelen hører inn under en **forberedelsesfase**. Her erkjenner man at det er et *behov for endring* i klinisk praksis, og formulerer et *overordnet mål* for prosjektet. Man må deretter klargjøre *kunnskapsgrunnlaget* for tiltaket: finnes det tilstrekkelig evidens for at endringen vi ønsker å innføre (skriftlig brosjyre til pasientene) faktisk vil gi en målbar klinisk forbedring? Forbedringsarbeidet må til slutt *forankres i ledelse og organisasjon*, og en tverrfaglig *prosjektgruppe* der alle bidrar aktivt opprettes. Det velges en leder.

Gruppen har gjennomgått forberedelsesfasen (se tidligere avsnitt). Nedenfor kommer en gjennomgang av de fire leddene i PUKK-sirkelen.

#### 4.3 Planlegge - P

Som ledd i en vellykket planlegging må man:

- Sette konkrete, målbare **mål** og delmål *tidlig* i prosessen, så man vet hva man styrer mot og siden evt. justere disse om man anser det som nødvendig. Aktuelle mål er beskrevet tidligere (se avsnitt 1.2).
- Utvikle indikatorer og måleverktøy som henger sammen med målene. (Se figur 3 for spørreskjema).

#### 4.3.1 Måle indikatorer før tiltaket iverksettes

Det er viktig tidlig i prosessen, enten som en del av planleggingsfasen eller først i utførelsen, å måle indikatorer slik at en endring i forhold til ikke noe tiltak fanges opp. Hvor fornøyde er pasientene med informasjonen de får, inkludert muntlig informasjon? Hvordan er compliance? Dette er aktuelle spørsmål som fint kan besvares med de samme verktøyene som vil brukes senere (beskrevet i avsnittene ovenfor om indikatorer). Indikatoren som måler kvaliteten på den skriftlige informasjonen må utelates da det er vanskelig å vite eksakt hvilken informasjon som gis før prosjektstart.

Et annet viktig moment er å fange opp om informasjonen som gis totalt sett skulle bli *dårligere*. For pasienter er det totalbildet av muntlig, skriftlig og individtilpasset informasjon som teller og gjenspeiler seg i tilfredshet. Om legene fordi de har gode skriftlige brosjyrer blir dårligere på å gi muntlig og tilpasset informasjon vil det totalt sett innebære dårligere kvalitet for pasientene.

#### 4.3.2 Opprettelse av arbeidsgruppe på Legevakten og ansvarsfordeling

Å utforme brosjyrer som er oppdaterte, relevante, kortfattede, lettleste og innbydende kan være en utfordring, og krever tverrfaglighet og brukermedvirkning.

Siden gruppen som skriver denne oppgaven ikke er ansatt på Legevakten, må det opprettes en arbeidsgruppe som kan jobbe med å sette prosjektet ut i livet her. Arbeidsgruppen må være tverrfaglig, da ulike fagkompetanse trengs til å ferdigstille prosjektet. Det kan bli aktuelt å leie inn ekstern fagkompetanse dersom man ikke har tilgjengelig personalressurser på alle aktuelle fagområder (via kommune eller privat bedrift). I avsnittet under er elementære arbeidsoppgaver omtalt. Beskrivelsene under er lagt på et høyt detaljnivå dels for å gi en god oppskrift på hvordan utføre prosjektet, dels for å illustrere kompleksiteten i et slikt prosjekt.

##### **Essensielle arbeidsoppgaver:**

**Lederrolle** - Overordnet ansvar for prosjektet. Plukker ut og kontakter de øvrige aktuelle gruppemedlemmene og spør om de vil og kan delta. Sørger for at sekretær innkaller til møte hyppig, spesielt i oppstartsfasen. Motiverer gruppa, overbeviser ledelse og personale om nødvendigheten av tiltaket. Har tett kontakt med nøkkelaktører i arbeidsgruppa og med ledelse ved Legevakten. Bør ha bakgrunn som lege, da gjennomføring av prosjektet hovedsakelig er avhengig av denne faggruppen. Tillit og gjensidig forståelse er helt avgjørende for å få gjennomslag hos legene; dette er lettere å oppnå om man er en del av legemiljøet.

**Økonomiansvarlig** - Bør helst ha noe erfaring med økonomisk håndtering fra lignende prosjekter/kvalitetsarbeid. Lager budsjett og regnskap.

**IT - ansvarlig** - Oppretter en nettside der pasientene kan besvare spørreskjema (pas får linken tilsendt på sms). Kan kontaktes på mail dersom tekniske problemer/vansker skulle oppstå. Personen må ha god kompetanse innen IT og helst kjenne IT-systemene på Legevakten. Man kan gjerne bruke en ansatt i IT-avd. dersom dette finnes og er tilgjengelig.

**Datainnsamler/kontrollør** - Når spørreskjema for pasientene er besvart, må data samles inn og analyseres. Nyttige tilbakemeldinger innsamles og presenteres for gruppa, som bruker dette som basis for korrigerings tiltak. Statistikk over resultater og hvorvidt man når mål som er satt utformes, og gjøres tilgjengelig for gruppe (møte) og personale (veggavis). Datainnsamleren har ansvaret for å samle inn data og utforme statistikk. Presentasjonsansvar overlapper med lederrolle.

**Promoter** - Ansvarlig for positiv publisitet av prosjektet både til kolleger og pasienter.

*Mot personale:* Henge opp aktuelle oppslag/statistikk om prosjektet opp på veggavis, spre entusiasme og generelt skryte uhemmet av prosjektet.

*Mot pasienter:* Lage skriftlig innhold og samarbeide med designer (layout) for utforming av plakat og infobrosjyre om prosjektet, som skal henges opp/gjøres tilgjengelig i venteområdet på Legevakten. Bruke fengende overskrifter ( "Vil du vinne en iPad?" ) og fatte seg kort for å fange interessen til pasientene.

*Media:* Kontakte media, få til en sak i Aften (lokalavis) om prosjektet, og at man oppfordrer flest mulig besøkende ved Legevakten til å delta da det er viktig arbeid for å løfte pasienttilfredshet og øke kunnskap og trygghet, samt understreke at man kan vinne iPad.

**Tekstutforming** - Medisinsk utdannet personell (fortrinnsvis leger) bør skrive brosjyrer med et innhold som har støtte i gode og relevante kilder og følge en mal som anbefales for pasientinformasjon. 2-3 stk bør ha denne oppgaven, så de kan diskutere seg imellom.

**Tekstfeedback** - 2-3 personer med ikke-medisinsk bakgrunn som ikke har arbeidet med utformingen av brosjyrene bør lese tekstene og gi tilbakemelding på lettleselighet, forståelse, tekstlengde osv. Bør fortrinnsvis være pasienter fra det kommunale brukerutvalget, som kommer fra alle samfunnslag. Å trekke inn ekstern tilbakemelding på denne måten må ikke gjøres hyppigere enn i forbindelse med at en ny brosjyre lages eller ved store endringer.

**Design/layout** - Bilde, teksttype og størrelse, avsnitt, farger på både brosjyrer til pasientene og plakater/inforskriv som skal henge i venteområdet for pasienter. Bør leie inn en grafisk designer til dette, som har erfaring med lignende oppdrag (for eksempel som har jobbet med pasientinformasjon på sykehus).

**Sekretær** - Møtereferent for arbeidsgruppa, sender ut referat til alle og inkaller til nye møter. Hjelper til med øvrige praktiske oppgaver. Innkaller til eget møte med alle ansatte sekretærer som tar imot pasienter på Legevakten, gir kort info om prosjektet og sekretærenes oppgave (se under punkt 4.4). Vedkommende som får vervet bør arbeide som sekretær som tar imot pasienter til daglig fordi man da er en del av miljøet man ønsker at skal følge den nye rutinen. Man får da lettere gjennomslag og oppdager problemer/svakheter ved gjennomføringen



tidligere. Sekretærene har således en like avgjørende oppgave som legene for å sørge for at prosjektet gjennomføres, da man uten spørreskjemasvarelse ikke kan måle evt. effekter av tiltaket.

**Koordinator:** Utformer i samarbeid med gruppa og leder en fremdriftsplan: Når er det hensiktsmessig at ulikt arbeid startes opp, hva er tidsfrist for ulike arbeidsoppgaver. Monitorere at arbeidet drives frem etter planen. Oppstår vansker med gjennomføring, kan koordinator kontaktes og problemer gjennomgås sammen aktuelle medlemmer og leder for å finne en løsning.

Arbeidsgruppen bør bestå av 6-7 personer. En person kan ha flere oppgaver, og det er naturlig å tenke seg at følgende roller kombineres:

Leder+Økonomisk ansvarlig

IT-ansvarlig + Datainnsamler

Tekstutformer + Promoter (2-3 personer deler på arbeidet)

Designer (eksternt innleid, gjør kun dette)

Sekretær + Koordinator

Rollen med å gi tekstfeedback er slik definert at disse ikke bør være en del av arbeidsgruppen, men eksternt innhentede som gir en tilbakemelding hver gang brosjyren skal revideres.

#### 4.3.3 Sikre at tiltak og mål samsvarer med tilgjengelige ressurser

Før man igangsetter prosessen for alvor, er det viktig å ha klart for seg om man har nok ressurser til rådighet for å gjennomføre prosjektet på en god måte. Viktige ressursprosmål vil være: Har grupped medlemmene tilstrekkelig avsatt tid fra annet arbeid til å bruke på prosjektet? Har man samlet nok kompetanse innen gruppen, eller trengs medlemmer innen andre fagfelt? Tilstrekkelig med penger til prosjektet? Da det er ledelsen som avgjør ressurstilgang i de fleste tilfeller, bør den ha detaljkunnskap til ressurskravet prosjektet krever og støtte dette før man setter i gang.

#### 4.3.4 Formulere fordeler ved tiltak

I planleggingsfasen bør man formulere fordeler ved skriftlig brosjyre, som man i utførelsesfasen vil presentere for personalet som et ledd i å overbevise dem om at tiltaket er nødvendig:

*Pasienter:* Økt pasienttilfredshet med tanke på mottatt informasjon. Kan bidra til trygghet og større grad av mestring. Mulige effekter kan være økt compliance og færre unødvendige rekontakter.

*Legene:* Man slipper å journalføre alt de har informert om, men kan henvise til informasjonsbrosjyren. (Svært viktige poenger bør gis både muntlig og skriftlig og dokumenteres eksplisitt i journal, f.eks rekontakt ved forverring). Brosjyren kan skape en økt bevissthet om hva som er viktig å informere pasienten om ved akkurat denne lidelsen, og informasjonen gitt til pasienter kan bli bedre og mer lik mellom kolleger.

*Ledelse:* Man leder en organisasjon som har brukermedvirkning, pasientrettigheter og god informasjon i fokus.

## 4.4 Utføre - U

Dette punktet tar utgangspunkt i at brosjyrer, datasystemer og øvrig forarbeid er ferdig utviklet, og gruppa skal implementere utførelse av tiltaket på personalet (vil i hovedsak gjelde leger og sekretærer).

1. *Informere*: personale og ledelse informeres om tiltak, mål og fordeler. Skape en overbevisning og en allianse. Presentere fordeler ved tiltak (4.3.7).
2. *Hvem gjør hva*: Sekretærene informerer kort pasientene om prosjektet, når de henvender seg i luka, innhenter samtykke og registrerer telefonnummer, og sender ut SMS med link til spørreskjema. Legen deler ut brosjyre og informerer pasienten muntlig, pasienten får med seg brosjyren etter endt konsultasjon.
3. *Opplæring*: Gi sekretærene en kort skriftlig mal på hva de skal informere om, hvor de registrerer telefonnummer og hvordan de sender ut SMS med link. I hovedsak skal alle pasienter motta dette, såfremt ikke allmenntilstanden tilsier at det haster (kommer med ambulanse, er svært dårlig, osv).

Gjøre det klart for legene at brosjyren er et supplement, **ikke en erstatning** til muntlig informasjon. Vise hvor man finner brosjyren (nettadr). Alle skal ha lest gjennom brosjyrene som gis ut. Man oppfordres til bruke denne som basis for muntlig info (må være valgfritt).

4. *Tidsplan og aktivitetsplan*: Integrere mål og delmål i en kalender med tidsfrister, kommunisere disse til personale. Prosjektet startes opp i en "stabil" fase (ikke rett etter mange nyansettelser, under sommerferie, osv).

#### 4.5 Kontrollere - K

Spørreskjema til pasienten gir svaret på:

1. Er tilfredsheten med muntlig informasjon uendret?
2. Hvor høy tilfredshet med brosjyren?
3. Total tilfredshet informasjon.
4. Endringer i compliance etter at brosjyre er innført.
5. Tilbakemeldinger på de ulike skjema.

Her vil resultatene av spørreundersøkelsene for pasienter før og etter tiltaket gi interessant og relevant informasjon for hvordan drive prosjektet videre: hva skal man endre på og forsøke å forbedre.

På en systematisk måte må man sjekke om alle brosjyrer som er en del av prosjektet fortsatt har den kvaliteten som det er mål om. Her er det tenkt at indikatoren om brosjyrens kvalitet skal brukes.

Hvor mange som er inkludert i selve prosjektgruppen avhenger av størrelsen på legevakten, som for Oslo sin del er en av landets store legevakter. Desto større den totale organisasjonen er desto viktigere er det for prosjektgruppen å ha jevn kontakt med resten av arbeidsstokken for å ta imot tilbakemeldinger og synspunkter på hvordan prosjektet fungerer i den virkelige verden. Forslagsvis kan man ta opp prosjektet hvert halvår, enten som egne møter eller i forbindelse med andre personalmøter. Slik åpner man for diskusjon rundt ordningen, og gi viktige tilbakemeldinger om hvordan prosjektet fungerer.

## 4.6 Korrigere - K

Aktuelle elementer vil komme opp etterhvert som man gjør seg erfaringer med prosjektet. Eksempler på mulige aktuelle korreksjonspunkter:

1. For få får brosjyre, personale glemmer det/ser ikke viktigheten av tiltaket. Tiltak: *Synliggjøre*: Minne på med info/statistikker som slås opp på veggavis i fellesareal angående prosjektet. *Motivere*: møter, overbevise, synliggjøre fremgang og veien videre. *Fremheve* positive sider ved prosjektet.
2. Brosjyren er vanskelig å forstå, for lang, osv: Tiltak: *endre* på brosjyre.
3. Man slurver med muntlig informasjon. Tiltak: *Gjenta* viktigheten av muntlig informasjon, og at vi ikke når målet uten at denne er god.
4. Konkrete tips fra pasienter og personale ang brosjyre og prosjektet generelt lyttes til og vurderes.

## 4.7 Videre iterasjonen av PUKK-sirkelen

Dersom prosjektet er vellykket ser vi for oss flere iterasjoner av PUKK-sirkelen. Den første gjennomgangen er det rimelig å kunne gjennomføre på 1 år. Velger man da å fortsette kan man organisere prosjektet som nye iterasjoner i den samme sirkelen, men det tilkommer noen nye faktorer etterhvert som prosjektet løper som må håndteres.

Ved hver iterasjon (1 år) utses 1-2 nye sykdommer eller tilstander som det skal lages en brosjyre for, slik at omfanget hele tiden øker. Det er nok også først etter at man har en håndfull gode brosjyrer at man virkelig vil se tidsbesparelser for legene.

I tillegg til å utarbeide nye brosjyrer må eksisterende brosjyrer kontrolleres. Dels gjennom å ta inn tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsen, men også jevnlig å kontrollere evidensgrunnlaget for brosjyrene og holde dem oppdatert.

Nye ansatte på Legevakten krever at opplæring i systemer og rutiner gjøres på nytt. Man må også ta stilling til om man trenger økte ressurser dersom prosjektet er vellykket, eller om man rett og slett skal avslutte.

## 5. Diskusjon/konklusjon

Hvor solid kunnskapsgrunnlaget for vår problemstilling er, kan diskuteres. Som et resultat av et tematisk heterogent materiale og sprikende resultater for harde endepunkter, er ikke evidensen sterk for at skriftlig informasjon evner å påvirke rent medisinske faktorer. Det mest overbevisende vårt kunnskapsgrunnlag har vist er at skriftlig informasjon til pasienter gir økt **tilfredshet** og kunnskap hos pasienten. Videre tyder de ulike studiene på at eventuelle andre gunstige effekter er situasjonsavhengige og kanskje vanskelige å forutsi.

Hvorvidt man skal satse ressurser på å implementere skriftlig informasjon som en del av et behandlingsopplegg, avhenger av hva man vil oppnå og i hvilket område av medisinen man er. Vi ser det imidlertid slik at kunnskap om egen situasjon og tilfredshet hos pasienten alltid er verdifullt, og trolig vil generere positive synergieffekter i en behandlingssituasjon.

Videre kan det nevnes at Allmennlegevakten tidligere har hatt en lignende ordning, der skriftlig informasjon over gitte tilstander har blitt generert og i varierende grad delt ut til pasientene. Dermed kan det tenkes at det vil kreve mindre av virksomheten å gjeninnføre en lignende praksis sammenlignet med å innføre et helt nytt tiltak. Grunnen til at denne tidligere praksisen er blitt avvirket var blant annet som følge av manglende oppdateringer, samt manglende fokus og rutiner for en slik praksis. Vi vet imidlertid at enkelte av legene på Allmennlegevakten deler ut skriftlig informasjon til sine pasienter og benytter seg da hovedsakelig av NELs pasientinformasjon. Dette kan tyde på at legene selv vurderer dette som et fordelaktig tiltak.

Videre vet vi at mange av dagens leger ved Legevakten er unge og uerfarne samtidig som de ofte er ansatt over et begrenset og relativt kort tidsrom. Et slikt tiltak kan dermed, som en tilleggseffekt, tenkes å medføre at legene blir tryggere i sitt arbeid og gir dessuten legene en forsikring om at relevant og viktig informasjon er blitt gitt til pasienten. Det vil altså bidra til å skape klare prosedyrer for legenes informasjonsplikt ved endt konsultasjon. Dessuten kan en slik praksis også ha en tidssparende effekt for legene i en hektisk arbeidsdag.

Samtidig kan det være verdt å nevne at et slikt tiltak ved blant annet Skadelegevakten har vist seg å være svært vellykket. Som nevnt tyder studier på at eventuelle gunstige effekter blant annet er situasjonsavhengige og kanskje vanskelige å forutsi. Da Skadelegevakten er preget av det samme tidspresset og det samme pasientmangfoldet som Allmennlegevakten, kan det styrke troen på at en lignende praksis også vil fungere godt ved Allmennlegevakten.

Avslutningsvis må det nevnes at både arbeidet med utformingen og kvalitetsvurderingen av brosjyren bør følge en retningslinje for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon. Dette for å sikre høy kvalitet av brosjyren, noe som er helt essensielt for å muliggjøre et velfungerende tiltak. Samtidig er det viktig å understreke at skriftlig pasientinformasjon på ingen måte må erstatte muntlig pasientinformasjon, men heller være et supplement til den muntlige informasjonen som blir gitt under en konsultasjon.

## Litteraturliste

1. [Felley C](#), [Perneger TV](#), [Goulet I](#), [Rouillard C](#), [Azar-Pey N](#), [Dorta G](#), [Hadengue A](#), [Frossard JL](#). Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. [BMC Gastroenterol](#) [Internett]. 2008 Jun [Sisert 2013 april 13]; 3;8:22. doi: 10.1186/1471-230X-8-22. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18522729>
2. [Mayich DJ](#), [Tieszer C](#), [Lawendy A](#), [McCormick W](#), [Sanders D](#). Role of patient information handouts following operative treatment of ankle fractures: a prospective randomized study. [Foot Ankle Int](#) [Internett]. 2013 Jan [Sisert 2013 april 13] ;34(1):2-7. Tilgjengelig fra:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23386756> DOI:10.1177/1071100712460229.
3. [McGregor AH](#), [Henley A](#), [Morris TP](#), [Doré CJ](#). Patients' views on an education booklet following spinal surgery. [Eur Spine J](#) [Internett]. 2012 Aug [Sisert 2013 april 13]; 21(8):1609-15.Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22382727> DOI: 10.1007/s00586-012-2242-y.
4. [Muthusamy AD](#), [Leuthner S](#), [Gaebler-Uhing C](#), [Hoffmann RG](#), [Li SH](#), [Basir MA](#). Supplemental written information improves prenatal counseling: a randomized trial. [Pediatrics](#) [Internett]. 2012 May [Sisert 2013 april 13] ;129(5):e1269-74. Tilgjengelig fra:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22492766> DOI: 10.1542/peds.2011-1702.
5. [Paul F](#), [Jones MC](#), [Hendry C](#), [Adair PM](#). The quality of written information for parents regarding the management of a febrile convulsion: a randomized controlled trial. [J Clin Nurs](#). [Internett]. 2007 Des [Sisert 2013 april 13] ;16(12):2308-22. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18036121>
6. [Wilt TJ](#), [Paul J](#), [Murdoch M](#), [Nelson D](#), [Nugent S](#), [Rubins HB](#). Educating men about prostate cancer screening. A randomized trial of a mailed pamphlet. [Eff Clin Pract](#) [Internett]. 2001 May-Jun [Sisert 2013 april 13] ;4(3):112-20. Tilgjengelig fra:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11434074>
7. [Selea A](#), [Sumarac-Dumanović M](#), [Pesić M](#), [Suluburić D](#), [Stamenković-Pejković D](#), [Cvijović G](#), [Micić D](#). The effects of education with printed material on glycemic control in patients with diabetes type 2 treated with different therapeutic regimens. [Vojnosanit Pregl](#) [Internett]. 2011 Aug [Sisert 2013 april 13] ;68(8):676-83 Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21991791>
8. [LeMay S](#), [Johnston C](#), [Choinière M](#), [Fortin C](#), [Hubert I](#), [Fréchette G](#), [Kudirka D](#), [Murray L](#). Pain management interventions with parents in the emergency department: a randomized trial. [J Adv Nurs](#) [Internett]. 2010 Nov [Sisert 2013 april 13] ;66(11):2442-9. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722814> doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05408.
9. [Garretson S](#). [Benefits of pre-operative information programmes](#). [Nurs Stand](#) [Internett]. 2004 Aug [Sisert 2013 april 13]; 4-10;18(47):33-7. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15357551>
10. [Raynor DK](#), [Blenkinsopp A](#), [Knapp P](#), [Grime J](#), [Nicolson DJ](#), [Pollock K](#) et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. [Health Technol Assess](#) [Internett]. 2007 Feb [Sisert 2013 april 13] ;11(5):iii, 1-160. Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+systematic+review+of+quantitative+and+qualitative+research+on+the+role+and+effectiveness+of+written+information+available+to+patients+about+individual+medicines>

11. Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK, Pollock K, Knapp P. The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. Health Expect [Internett]. 2007 Sep [Sisert 2013 april 13];10(3):286-98. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17678517>
12. Fagermoen MS, Jakobsen HV. Skjema for vurdering av skriftlig pasientinformasjon [Internett]. Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, 2005 [Revidert 2010 april; sitert 2013 april 15.] Tilgjengelig fra: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Samhandling/PPO/Skjemaforvurderingavskriftligpasientinformasjon.pdf>
13. Fagermoen, MS, Jakobsen HV. Retningslinje for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon [Internett]. Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, 2010. [Sisert 2013 april 15.] Tilgjengelig fra: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Samhandling/PPO/Retningslinjeforutarbeidelseavskriftligpasientinformasjon.pdf>
14. Danielsen, K, Førland, O, Garratt A. Utvikling av metode for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med legevakt [Internett]. Kunnskapssenteret Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin Kompetansesenteret, 2008 [Sisert 2013 mai 08..]Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/attachment/5108?ts=11e604589b5&download=true>
15. Pasientrettighetsloven. Kap 3. 3-2 til 3-4 Nr. 63 (1999).
16. Helsepersonellloven. Kap 2. 10 Nr. 64 (1999).