

Elektronisk pasientinformasjon fra fysioterapeut

Informasjonsfilm preoperativt – til begeistring eller begrensning?

Steinar Krey Voll

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

90 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet



© Steinar Krey Voll

Mars 2023

Elektronisk pasientinformasjon fra fysioterapeut

Forfatter Steinar Krey Voll

www.duo.uio.no

Sammendrag

Bakgrunn: Framtidens helsevesen kommer utvilsomt til å stille store krav til helsepersonell, til organisering av tjenesten og til prioriteringen av ressursene. Det utvikles stadig nye behandlingsformer, og stadig eldre pasienter får omfattende behandling. Eldrebølgen er ventet å gi en stor påkjenning til helsevesenet, og effektivisering av arbeidet vil være helt nødvendig.

For sykehusfysioterapien vil kravene i framtidens helsevesen blant annet kunne innebære at vi må frigjøre tid som i dag er brukt til å gi standardisert pasientinformasjon, slik at fagpersonene kan bruke større del av sin tid på å skreddersy behandlingsoppleggene til de enkelte pasientene som trenger det. Fysioterapeutene i Seksjon for fysioterapeuter og sosionomer i Oslo universitetssykehus (OUS) betjener flere klinikker på to lokaliteter, og har det fysioterapifaglige ansvaret for over 30 ulike sengeposter og intensivavdelinger. Det brukes mye tid på å gi standardisert informasjon til store pasientgrupper som av en eller annen grunn skal gjennomgå en intervensjon på sykehuset, og det er følgelig, rent prinsipielt, mulig å frigjøre ikke ubetydelige kliniske ressurser ved å stille dette arbeidet i bero.

Nyere studier snakker varmt om bruken av informasjonsfilmer i pasientundervisning. I dette prosjektet har vi pilotert en ny måte å informere en av pasientgruppene på med hjelp av en informasjonsfilm som blir gjort tilgjengelig preoperativt for gastrokirurgiske pasienter.

Metode: For å vurdere den piloterte informasjonsfilmen utviklet vi et eget spørreskjema som ble delt ut til pasienter ved gastrokirurgisk/urologisk sengepost på Rikshospitalet. På denne måten samlet vi informasjon om hvor mange av pasientene som hadde fått tilgang til filmen, hvor mange som hadde sett den, hvordan den ble opplevd og hvordan den ble forstått. Vi brukte fysioterapihenvisingene til å finne prospektive respondenter, og kontaktet i tillegg sengeposten jevnlig for også å komme i kontakt med pasienter som ikke ble henvist rutinemessig til fysioterapi.

Resultater: Vi samlet inn informasjon fra 71 respondenter. Det ble klart at 39,4% av respondentene ikke hadde sett filmen, mens 60,6 % av dem hadde sett den. De som hadde sett filmen rapporterte gjennomgående at de hadde «bra» eller «svært bra» nytteverdi av filmen (88,1%), at det gikk svært bra å spille den av (74,4%), at det ikke var noe som var vanskelig å forstå (88,3%) og at de *ikke* heller ville hatt informasjonen ansikt til ansikt (67,4% ville ikke, og 20,9% visste ikke). 20,9% av respondentene var over 74 år gamle. 95,5% (n=21) av menn og 80,9% (n=17) av kvinnene som hadde sett filmen rapporterte at det ikke var noen vanskeligheter med den. Det var ikke signifikante forskjeller mellom kjønn eller mellom aldersgrupper hva angår fornøydhet med filmen eller forståelse av innholdet.

Konklusjon: Det er ikke mulig å konkludere sikkert fra denne studien, men vi ser en tendens til at det er menn som ikke har sett informasjonsfilmen eller forstått innholdet. Videre trekker resultatene i retning av at det er de aller eldste som har størst vansker med å se filmen, og som føler seg minst informert av den. De aller fleste av de eldste rapporterte imidlertid at de også var fornøyde med informasjonsfilmen, og opplevde den som uproblematisk å bruke.

Det er en altfor stor andel som ikke har fått tilgang til, eller valgt å ikke se filmen. Det trengs mer forskning dersom vi skal trekke klare konklusjoner, men resultatene i dette prosjektet trekker i retning av at informasjonsfilmen er et tiltak som fungerer. Vi er dog helt avhengige av at vi klarer å sikre at pasientene har fått mulighet til å se filmen, og skjønner at sykehuset forventer at de skal gjøre det. I framtiden vil det være aktuelt å lage tekstede versjoner av filmen både på norsk og andre språk.

Forord

Dette prosjektet er en del av den erfaringsbaserte masterutdanningen i helseadministrasjon ved UiO.

Framtidens helsevesen vil stille store krav til effektivitet blant helsepersonellet. Utfordringene med eldrebølgen kan ikke løses av at fagpersonene i helsevesenet løper fortere. Kunnskap om hvordan man kan spare tid og krefter, og samtidig gi god helsehjelp, vil være helt essensielt.

For å klare å møte de store utfordringene som kommer i fremtiden, må man starte med å lete etter de gode løsningene nå. Dette prosjektet forsøker gjennom pilotering av en informasjonsfilm, og evaluering av denne, å søke etter én av disse løsningene. Generisk informasjon til pasienter preoperativt har utvilsomt sin plass i helsevesenet. Men dersom man klarer å få gitt denne informasjonen til store pasientgrupper på en slik måte at man både sparer helsepersonellens tid og samtidig gjør informasjonen mer tilgjengelig for pasienten, så fins det potensiale for at alle parter kan vinne på det.

Dette prosjektet er gjort ved Seksjon for fysioterapeuter og sosionomer ved OUS Rikshospitalet, og jeg vil gjerne takke alle kollegaene i seksjonen som har bidratt med å holde prosjektet i gang i en travel hverdag.

Jeg vil takke min arbeidsgiver, Kreftklinikken, og i særdeleshet min nærmeste leder Torhild Birkeland. Hun har framsnasket dette studiet, og gitt meg tid og mulighet til å gjennomføre det, kommet med oppmuntringer underveis. Jeg vil også rette en spesiell takk til fysioterapikollega, master of science in physiotherapy, Emilie Hellwege, for uvurderlig hjelp til planlegging, strukturering og statistikk.

Tusen takk til min alltid like grundige og imøtekommende som tålmodige veileder, Trond Anders Moger.

Tusen takk til gode kollegaer i egen seksjon og i andre deler av OUS, som har bidratt til prosjektet. Til Avdeling for gastro og barnekirurgi og til enhetsleder ved gastrokirurgisk/urologisk sengepost, Helene Tønset og teamet hennes. Tusen takk også til stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling for nyttig innsikt og peking i riktig retning.

Til sist vil jeg takke kone og barn, som har bidratt med tid og velvillighet, gode diskusjoner og råd, kjærkommen avledning og utrettelige heiarop.

April 2023, Steinar Krey Voll

Innhold

Sammendrag	3
Forord	5
1. Introduksjon	8
1.1 Aktualitet	8
1.2 Forsknings spørsmål	9
2. Bakgrunnen for prosjektet	10
2.1 Grunnleggende om preoperativ pasientinformasjon.....	10
2.2 Preoperativ informasjon fra fysioterapeut ved OUS.....	12
2.3 Elektronisk pasientinformasjon.....	13
2.4 Pasientopplæringsfilmer i Norge.....	14
2.5 Kunnskapsstatus om elektronisk pasientinformasjon.....	16
3. Metode	19
3.1 Inklusjon	19
3.2 Eksklusjon	19
3.3 Utforming av spørreskjemaet.....	19
3.4 Datainnsamling.....	21
3.5 Godkjenninger og personvern.....	23
3.6 Statistisk analyse	23
4. Resultater	24
4.1 Andel som hadde fått tilgang til og sett filmen	24
4.2 Hva var vanskelig å forstå?	26
4.3 Opplevelse av å se filmen.....	26
4.4 Kunnskapstest	27
4.5 Sammenligninger.....	27
5. Diskusjon	28
5.1 Har pasientene mottatt og sett informasjonsfilmen?.....	28
5.2 Hvordan fungerer informasjonsfilmen for ulike grupper?	29
5.3 I hvor stor grad lykkes informasjonsfilmen med å gjøre pasientene informerte?.....	31
5.4 Forslag til endringer.....	31
6. Styrker og begrensninger ved prosjektet	33
6.1. Utvalg.....	33
6.2 Spørreskjemaet	34
6.3 Data / svarprosent.....	34
7. Konklusjon	35

8. Referanser	36
Vedlegg 1. Samtykkeskjema	37
Vedlegg 2. Spørreskjema	38
Vedlegg 3. Informasjonsark med QR – kode	40
Vedlegg 4. personverneombudets uttalelse	41
Vedlegg 5. Søkeparametere	42

1. Introduksjon

1.1 Aktualitet

Som helseleder er det viktig å holde et stadig fokus på hvordan tjenesten skal dimensjoneres, samt å ta hensyn til både etiske forhold så vel som effektivitet i tjenesten man skal levere. Effektivitet har mange flere dimensjoner enn bare økonomi, og det er maktpåliggende at man fokuserer helhetlig når man effektiviserer. (1)

Framtidens helsevesen kommer utvilsomt til å stille store krav til helsepersonell, til helselederens organisering av tjenesten og til deres prioritering av ressursene. Det utvikles stadig nye behandlingsformer, og stadig eldre pasienter får omfattende behandling. Eldrebølgen er ventet å gi en enorm påkjenning til helsevesenet, ettersom samfunnet består blant annet av en økende andel personer som er ferdige med å være i arbeidslivet, og som vil være i behov av helsetjenester i mange leveår framover (2). Effektivisering av arbeidet vil være helt nødvendig, og det vil for sykehusfysioterapien blant annet kunne innebære at man må frigjøre tid som i dag blir brukt til å gi standardisert pasientinformasjon. På den måten kan fagpersonene bruke større andel av sin tid på å skreddersy behandlingsopplegg og høyspesialisert oppfølging av mer og mer komplekse sykdomsbilder.

Fysioterapeuter på sykehus jobber med diagnostisering, behandling og oppfølging av både polikliniske og inneliggende pasienter. Én av oppgavene som fysioterapeutene utfører er å gi informasjon til enkelte pasientgrupper før de skal gjennomgå operasjon. Oslo universitetssykehus (OUS) har ifølge Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling ikke noen liste over hvilke pasientgrupper som får hvilken informasjon ved ulike seksjoner. Ved Seksjon for fysioterapeuter og sosionomer har det lenge vært gastrokirurgiske pasienter som skal opereres med åpne snitt som har fått denne informasjonen. Kikkhullsopererte pasienter har ikke fått denne preoperative informasjonen, ettersom disse har kortere liggetid og generelt blir mindre hemmet av operasjonen de første dagene sammenlignet med åpent opererte. Fysioterapeuten har i disse preoperative konsultasjonene forklart pasienten hva som er viktige forberedelser før operasjonen, hvordan operasjonen påvirker respirasjon og muskulatur, hvilke belastningsrestriksjoner operasjonen eventuelt gir, samt gitt informasjon om hvordan og hvorfor pasienten rådes til gjøre opptrening i etterkant av operasjonen.

Når man gjennomgår hvordan vi best skal bruke fysioterapiressursene våre framover, så er det ikke enkelt å spare tid på behandling av de sykeste pasientene. Pasienter som for eksempel ligger tilkoblet respirator trenger den oppfølgingen som de får fra fysioterapeut, og nedprioritering av denne

oppfølgingen kan gi fatale følger. Tidlig og intensiv rehabilitering av de mest fragile pasientene vil fortsatt være høyt prioritert. Seksjon for fysioterapeuter og sosionomer betjener flere av disse pasientgruppene. Det er i stor grad kritisk syke pasienter, fordelt på flere klinikker og omtrent 30 sengeposter på to Rikshospitalet og Ullevål. Det dreier seg om blant annet intensivpasienter, transplantasjonspasienter, blodsykdomspasienter, hjertekirurgiske pasienter og infeksjonspasienter.

Når det brukes mye tid på å gi standardisert informasjon til store pasientgrupper som skal gjennomgå en operasjon på sykehuset, er det nærliggende å vurdere om det kan spares noe ressurser på dette arbeidet. Dersom man på sikt skulle lykkes med å stille generisk informasjonsarbeid i bero, så vil det være mulig å frigjøre betydelige kliniske ressurser. Styreleder i OUS, Gunnar Bovim, uttalte til Dagens Medisin (3) i 2022 at det i framtiden blir færre ansatte per pasient, og at man kommer til å trenge å ta i bruk ny teknologi for å klare å løse dette.

I dette prosjektet har vi pilotert en ny måte å informere en av pasientgruppene våre på, med hjelp av nettopp teknologi. Vi ønsker å belyse temaet elektronisk pasientinformasjon fra fysioterapeut generelt, men velger ut gastrokirurgiske pasienter i denne studien. Det er svært mange som har en smarttelefon i dag, eller som har tilgang til nettbrett eller PC. Statistisk sentralbyrå slo allerede i 2017 fast at 90% av nordmenn mellom 16 og 79 år brukte internett daglig, og at 94% av alle norske husholdninger hadde tilgang til bredbånd (4). Ved å flytte over noe av informasjonsarbeidet som fysioterapeuter utøver til pasientens eget nettbrett eller mobil, ønsket vi å kunne spare fysioterapeutens tid samtidig som vi økte tilgjengeligheten av kvalitetssikret, standardisert preoperativ informasjon for pasienten. Vi ville samtidig ha muligheten til å utvide tilbudet til de kikkhullsopererte pasientene, og etter hvert til andre pasientgrupper. Et lite skritt i potensielt riktig retning for en fysioterapitjeneste som allerede i dag er hardt presset, og som vil måtte prioritere sine ressurser enda strengere i framtiden.

1.2 Forskningsspørsmål

I prosjektet ønsker vi å belyse hvorvidt en informasjonsfilm distribuert til alle gastrokirurgiske pasienter ved OUS Rikshospitalet fungerer etter hensikten. Selv om gastrokirurgiske pasienter er valgt ut som gruppe i dette prosjektet, så er det altså generell videoinformasjon fra fysioterapeut vi ønsker å se på. Ved hjelp av en anonym spørreundersøkelse distribuert til pasientene i forbindelse med innleggelsen ønsker vi å få belyst følgende forskningsspørsmål:

1. Har pasientene mottatt og sett informasjonsfilmen?
2. Hvordan fungerer informasjonsfilmen for ulike grupper?

3. I hvor stor grad lykkes informasjonsfilmen med å gjøre pasientene informerte?

I bakgrunnskapitlet vil vi beskrive hva preoperativ informasjon er, hvordan dette har vært gjort ved seksjonen tidligere, samt hva som gjøres av preoperativ informasjon i spesialisthelsetjenesten. Vi vil beskrive hvem som lager og bruker pasientinformasjonsfilmer, og hvilken kunnskap som finnes om bruken av elektronisk pasientinformasjon internasjonalt. Deretter vil vi i metodekapitlet beskrive hvordan vi har designet dette prosjektet, hvilke betraktninger vi har gjort i utforming av spørreskjemaet samt hvordan vi gikk fram for å samle inn og oppbevare data.

I kapittel 4 vil vi presentere dataene vi har samlet inn. Vi har deskriptive data som presenteres i store tabeller for å gi best mulig lesbarhet, og vi vil se på sammenligninger mellom ulike grupper. Så vil vi i kapittel 5 diskutere de dataene vi har samlet inn, og analysere hvilke sammenhenger vi mener å finne. I kapittel 6 vil vi beskrive hvilke styrker og begrensninger dette prosjektet har, før vi til slutt konkluderer i kapittel 7.

2. Bakgrunnen for prosjektet

2.1 Grunnleggende om preoperativ pasientinformasjon

Pasient – og brukerrettighetslovens kapittel 3 regulerer pasientenes rett til medvirkning og informasjon. (5) I § 3-2, første ledd, stadfestes at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Helsedirektoratet påpeker i sin samling av kommentarer til samme lov (6) at informasjonen må være «tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning, herunder medvirke ved valg av helsehjelp der det er mer enn ett alternativ». Helsedirektoratet påpeker videre viktigheten av at pasienten settes i stand til å forstå de effekter og bivirkninger behandlingen kan ha, samt hvilken påregnelig risiko behandlingen innebærer. Videre kommenterer de at pasienten har rett på informasjon om hvordan han eller hun kan bidra til å motvirke negative effekter eller minske risiko ved behandlingen, og de legger til grunn at det er spesialisthelsetjenesten selv som har plikt til å ivareta pasientens rett til informasjon når det er spesialisthelsetjenesten vedkommende er i kontakt med.

I § 3-5 stadfester Pasient – og brukerrettighetsloven videre blant annet at informasjonen skal være «tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur – og språkbakgrunn», og at personellet har ansvar for, så langt som mulig, å sikre seg at innholdet og betydningen av informasjonen er forstått.

Direktoratet for e – helse skriver i sin rapport om e – helsetrender i 2022 (7) at velferdsteknologi, digital oppfølging av pasienter i hjemmet, behandling som er nettbasert samt hjemmesykehus øker pasientens mulighet til å ta kontroll over sin egen sykdom. De påpeker imidlertid at det fortsatt er behov for mer kunnskap om hvilke reelle tids – og ressursbesparelser disse tjenestene skaper.

Preoperativ informasjon til pasienter som skal gjennomgå ulike kirurgiske inngrep er et velkjent tiltak i helsevesenet. Hovedhensikten er gjerne å forberede pasienten på det som skal skje, hvilke komplikasjoner som kan forekomme, og hvordan pasienten best kan bidra før og etter operasjonen for å optimalisere resultatet av kirurgien. Og altså, som loven sier, «(...)ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (...)» (5)

Loven stiller altså strenge krav til pasientinformasjon i sin alminnelighet. Det er imidlertid ikke, så langt vi er kjent med i dette prosjektet, noen gjennomgående, omforent beslutning på helseforetaks – eller -regionnivå om hva denne informasjonen skal inneholde for den enkelte pasientgruppe. Ei heller hvor lang tid før operasjonen den skal gis, eller hvilken informasjon som kan gis i gruppesammenheng eller hva som skal gis én til én. Her er det altså rom for tolkning i den enkelte avdeling. Om man med begrepet «preoperativ informasjon» gjør et søk i OUS sin elektroniske kvalitetshåndbok, «eHåndboken», hvor alle sykehusets prosedyrer skal være samlet, så kommer det opp 10 treff, hvorav 9 er lokale prosedyrer som beskriver innholdet i preoperativ informasjon til enkelte pasientgrupper (se Figur 1). Ingen av disse dokumentene er forankret på nivå 1, altså gjeldende for hele sykehuset, men beskriver snarere i varierende utførlighet hvordan informasjonen gis i fire ulike avdelinger. Et søk i samme database på kun ordet «preoperativ» gir fortsatt kun 128 treff, og ved gjennomgang av disse ytterligere treffene viser det seg at ingen av dem beskriver innholdet i preoperativ informasjon. Databasen «eHåndboken» ligger for øvrig åpent søkbar på internett (8). Det finnes riktignok et ehåndboksdokument som heter «Pasientinformasjon – hvordan skrive og revidere behandlingstekster», men dette retter seg mot skriftlig informasjon, og beskriver godkjennelsesprosessen, ikke hva slags informasjon pasienter skal ha på hvilket tidspunkt. Preoperativ informasjon er altså for alle praktiske formål å anse som en lovfestet rett, men den enkelte avdeling avgjør på hvilken måte man går fram for å innfri denne retten.

Tittel	Mappe
① Fysioterapi - Preoperativ informasjon til hjerte- og lungepasienter	🟢 Seksjon fysioterapeuter og sosionomer
① Fysioterapi - preoperativ informasjon til pasienter som skal hjerte- eller lungeopereres ved thoraxkir avd OUS Ullevål	🟢 Seksjon fysioterapi
① Preoperativ informasjon - ortopediske sengeposter	🟢 Ortopediske sengeposter ORU
① Preoperativ informasjon og omvisning (thoracalaparotomi) (INT18) - voksne	🟢 Postoperativ- og intensivsykepleie Avd. for
① Preoperativ informasjon til barn og foreldre som skal til dagkirurgisk operasjon	🟢 Øyeavdelingen
① Preoperativ informasjon til dagkirurgiske pasienter som opereres i narkose (katarakt)	🟢 Øyeavdelingen
① Preoperativ informasjon til dagkirurgiske pasienter i narkose (generell)	🟢 Øyeavdelingen
① Preoperativ informasjon til pasienter som legges inn på sengeposten	🟢 Øyeavdelingen
① Preoperativ informasjon til SDA pasienter	🟢 Øyeavdelingen
① TKAIS1. Kvalitetsmål: preoperativ informasjon til voksen pasient og evt. pårørende	🟢 Thoraks sengepost

Figur 1, resultatet av søket "preoperativ informasjon" i eHåndboken

2.2 Preoperativ informasjon fra fysioterapeut ved OUS

Det har vært vanlig ved OUS at fysioterapeut gir generisk /standardisert informasjon til enkelte pasientgrupper før de skal gjennomgå planlagte operasjoner. Ved Seksjon for fysioterapeuter og sosionomer gjelder dette primært gastrokirurgiske pasienter, men ved andre seksjoner i OUS gis det også preoperativ informasjon til pasienter som skal gjennomgå nakke- og ryggkirurgiske inngrep, åpne gynekologiske og urologiske operasjoner samt en rekke elektive ortopediske operasjoner. Informasjonen er ikke standardisert på tvers av helseforetak, og man er naturligvis ikke sikker på hvor mye pasienten får med seg av informasjonen som blir gitt. Typisk vil informasjonen i OUS bli gitt én til én, eller fra én fysioterapeut til en mindre gruppe pasienter samme dag som lege, sykepleier og andre fagpersoner gjør undersøkelser og informerer pasienten om mulige komplikasjoner eller senvirkninger. Fysioterapeutens informasjon inneholder i vår seksjon råd om hva pasienten kan gjøre for å forberede kroppen til operasjonen, og hva pasienten bør gjøre under innleggelsen samt etter hjemkomst. Den inneholder også informasjon om hvilke forsiktighetsregler pasienten skal forholde seg til. For åpne gastrokirurgiske operasjoner dreier det siste seg om en periode å unngå for høyt buktrykk, som oppstår ved blant annet tunge løft, for å minimere risikoen for å få et brokk i operasjonssåret.

Det er til dels store logistiske utfordringer med slike preoperative informasjonsdager. Pasienten møter flere fagpersoner samme dag, og får gjerne en gjennomgang av den teoretiske muligheten for både sannsynlige og mindre sannsynlige komplikasjoner. Det er mye venting for pasienten, og mange ulike budskap som det kan være krevende å motta. Samtidig er informasjonen som fysioterapeuten i

denne sammenhengen gir helt generisk for den aktuelle pasientgruppen, og ikke skreddersydd til den enkeltes individuelle behov.

2.3 Elektronisk pasientinformasjon

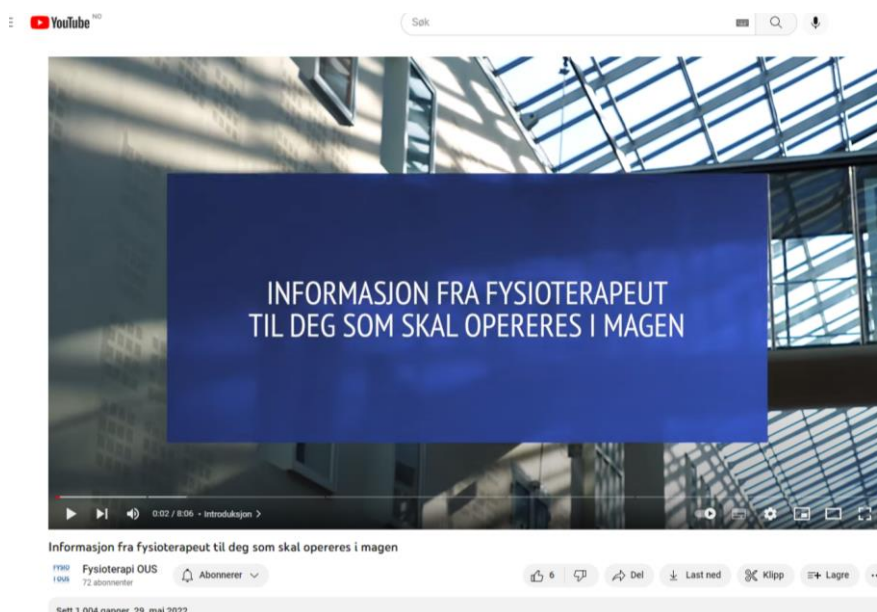
På grunn av de nevnte logistiske utfordringer ved poliklinikken ble det besluttet å kutte ut preoperativ informasjon fra fysioterapeut til pasienter som skulle opereres i magen med åpent operasjonssnitt. Pasienter som skulle ha kikkhullsoperasjon har aldri fått rutinemessig preoperativ informasjon fra fysioterapeutene, men får nå tilgang til den samme informasjonsfilmen som de øvrige gastrokirurgiske pasientene, og således et utvidet tilbud sammenlignet med det de mottok fra før. Ved Seksjon for fysioterapeuter og sosionomer har man derfor kommet fram til at man ønsker å vurdere hvorvidt bruken av film til dette informasjonsarbeidet kan være en god måte å spare tid både for pasienten og fysioterapeuten. Samtidig kan pasienten gjennomgå informasjonsmateriellet på det tidspunktet vedkommende føler seg mest psykologisk tilgjengelig for slik informasjon, og gjerne gjenta den så mange ganger pasienten måtte ønske.

Vi har derfor, i samarbeid med fysioterapeuter ved andre seksjoner i OUS, utarbeidet en informasjonsfilm som i første omgang er myntet på pasienter som skal gjennomgå kirurgi i magen. Denne filmen har blitt pilotert og tilgjengeliggjort for de gastrokirurgiske pasientene som seksjonen tidligere betjente med preoperativ informasjon i et fysisk oppmøte på poliklinikken. Dette er voksne pasienter i alle aldre, men med noe overvekt av godt voksne. De har ulike typer abdominale diagnoser som spenner fra svært alvorlige sykdommer med kort forventet levetid, til betydelig mindre alvorlige, kurative diagnoser, og det er følgelig en bredt sammensatt og heterogen gruppe. Pasientene har sykdommer som kreft i tykk – og endetarm, kreft i magesekk, bukspyttkjertel, lever eller nyre, divertikkelsykdom i tykktarm, sykdommer i endetarmskanalen / endetarmsåpningen, inflammatorisk tarmsykdom eller brokk (listen er ikke uttømmende). Enkelte av sykdommene er til dels livsstilsrelaterte, mens andre ikke er det.

Informasjonen som blir gitt i filmen er i samsvar med den man tidligere gav én til én, og er delt inn i klikkbare kapitler slik at pasienten enkelt kan se på nytt de delene som eventuelt måtte være krevende å forstå eller huske. Vi ser for oss at vi etter piloten og påfølgende eventuell redigering, kan få filmen teksten til ulike språk. Det vil, beroende på resultatene fra dette prosjektet, også kunne være aktuelt å lage tilsvarende film til flere pasientgrupper på et senere tidspunkt.

I håp om at alle pasientene skal ha mulighet til å se filmen har vi fått opprettet en automatisk rutine som gjør at pasienten får link til filmen på SMS samtidig som vedkommende får de ordinære elektroniske innkallingene og påminnelsene til både poliklinikk og operasjon. Hver pasient får

ordinært én innkalling og én påminnelse til preoperativ poliklinikk, og deretter én innkallelse og én påminnelse til operasjon. Link til informasjonsfilmen (se Figur 2) blir altså sendt til alle de gastrokirurgiske pasientene totalt fire ganger før operasjonen. De får i tillegg påminnelser fra de fagpersonene som pasienten fortsatt møter før operasjonen, og på poliklinikken blir de eksponert for plakater med link i form av QR – kode (se vedlegg 3). Flerspråklige pasienter har fortsatt tilbud om tolk og én til én – samtale i tillegg til at de får link til informasjonsfilmen i de samme kanalene som øvrige pasienter. På denne måten ivaretar vi at pasientenes lovfestede rett til informasjon tilpasset sin språk – og kulturbakgrunn selv om filmen ikke er teksten ennå.



Figur 2, informasjonsfilmen som kommer opp når pasienten trykker på tilsendt link eller bruker QR – kode.

2.4 Pasientopplæringsfilmer i Norge

Helsenorge (9) oppgir å være den offentlige nettsiden for informasjon om, og tilgang til, helsetjenester i Norge, og kan brukes både av pasienter og av helsepersonell. Innholdet blir levert av forskjellige aktører i helsevesenet. Det er Direktoratet for e- helse som har ansvaret for informasjoninnholdet som publiseres på Helsenorge, og det er Norsk Helsenett som har ansvaret for drift og utvikling av nettstedet. Det kunne være nærliggende å tenke seg at det på dette nettstedet var samlet pasientopplæringsfilmer av typen vi har pilotert. Vi har gått grundig igjennom nettstedet, og finner ikke pasientopplæringsfilmer, med unntak av noen få instruksjoner om selvtest for tidlig

diagnostisering av kreft samt en film på flere språk om graviditet, fødsel og barseltid. Det aller meste vi finner på Helsenorge av pasientinformasjon er skrift i form av enten pdf eller html.

Et googlesøk med søkeord som «pasientinformasjon», «informasjonsfilm», «pasientopplæring», «preoperativt» og kombinasjoner av disse, viser at det finnes noen pasientopplæringsfilmer i Norge som ligger tilgjengelig og søkbart på internett. Vi har i tillegg gått inn på nettsidene til alle helseforetakene i Norge og søkt direkte der etter elektronisk pasientinformasjon med de samme søkeordene. I dette delkapittelet presenterer vi hva vi har funnet.

St. Olavs hospital har vært tidlig ute og laget en del pasientinformasjon på film, og samlet det på sine nettsider (10) under kategoriene kneprotese, hofteprotese, blodprøvetaking for barn, ultralydundersøkelse av barn, CT – undersøkelse av barn samt huskeliste til deg som skal opereres. Nettsiden var sist oppdatert ultimo 2021. St. Olavs hospital har for øvrig vært i kontakt med OUS om å få ta utgangspunkt i informasjonsfilmen fra dette prosjektet for eventuelt å tilpasse til eget bruk. Selv om St. Olavs hospital har det mest ekstensive utvalget av informasjonsfilmer på nett som vi har funnet i dette prosjektet, så betjener sykehuset åpenbart svært mange pasientgrupper som ikke er nevnt i oversikten.

På OUS sine nettsider finner vi link til noen informasjonsfilmer på en samleside for ortopedisk pasientinformasjon (11), men ikke for andre pasientgrupper som helseforetaket betjener. Vi har også hatt et møte 7.02.23 med avdeling Stab, pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling, som har det strategiske ansvaret for pasient – og pårørendeopplæring i OUS. De bekrefter vårt inntrykk av at digital pasientopplæring i form av for eksempel informasjonsfilmer ikke er styrt på noe overordnet nivå, verken strategisk eller administrativt, på region-, helseforetaks-, eller klinikknivå. Det er ingen som på et overordnet nivå bestemmer hvilke informasjonsfilmer sykehuset / spesialisthelsetjenesten trenger, hva de eventuelt skal inneholde, når de skal revideres eller hvor de skal publiseres. Informasjonsfilmer kan ikke legges på OUS sine hjemmesider, hvilket medfører at det blant annet finnes pasientinformasjonsfilmer som er laget av ansatte ved OUS på lokalt initiativ og publisert på ansattes private youtube-profil.

Helse Bergen har en samleside kun for revmatismereelatert pasientinformasjon (12), og denne var sist oppdatert i 2016. I arbeidet med dette prosjektet har vi ikke klart å finne flere pasientinformasjonsfilmer fra sykehusene tilgjengelig på internett. Vi kan naturligvis ikke utelukke at det finnes flere slike filmer som distribueres på andre måter.

Ettersom vi i arbeidet med dette prosjektet opplevde det krevende å få oversikt over hva som finnes av pasientinformasjonsfilmer, rettet vi ved hjelp av Norsk fysioterapiforbunds nettverk en

henvendelse til alle fysioterapiledere i spesialisthelsetjenesten. Disse lederne fikk spørsmål om hvorvidt de har pasientinformasjonsfilmer i sin alminnelighet, og i særdeleshet om de har noen som brukes preoperativt. Utover de ovennevnte informasjonsfilmene framkom det at Sykehuset i Vestfold på grunn av nærhetsrestriksjoner under Covid-19 - pandemien utarbeidet en informasjonsfilm til gastrokirurgiske pasienter (13). Denne bruker de fortsatt, men kun dersom de av kapasitetshensyn blir forhindret fra å gi pasienten preoperativ informasjon ansikt til ansikt. Utover dette fant vi ikke noen ytterligere pasientinformasjonsfilmer fra fysioterapiseksjoner i spesialisthelsetjenesten.

2.5 Kunnskapsstatus om elektronisk pasientinformasjon

For å se nærmere på temaet elektronisk pasientinformasjon nasjonalt og internasjonalt, og finne kunnskap om hvordan dette blir brukt andre steder, satte vi opp fokuserte spørsmål i PICOskjema (se Figur 3). Deretter ble det gjort et søk i Ovid Medline 24. januar 2023. Søket, som angitt i vedlegg 5, resulterte i 105 artikler. Blant disse plukket vi ut 7 artikler for grundig gjennomgang. Respondentene i studiene hadde gjennomsnittsalder på 48 – 62 år.

PICO	
Patient	Kirurgiske / gastrokirurgiske
Intervention	Preoperativ pasientinformasjon (helst fra fysioterapeut)
Control	Konvensjonell preoperativ pasientinformasjon
Outcome	Fornøydhet, grad av forståelse, effektivitet

Figur 3, PICOskjema med fokuserte spørsmål til søk om elektronisk pasientinformasjon

Tom et al. fastslår i en oversiktsartikkel fra 2021 (14) at pasientopplæring er et grunnleggende svært viktig aspekt ved pasientforløpene. De påpeker at standard pasientopplæringsmetoder, som informasjonshefter og lignende, har blitt rapportert å gi pasienter både lav forståelse av informasjonen, samtidig som de husker lite av den. Dette kan ifølge forfatterne komme blant annet av forhastede konsultasjoner under tidspress, eller manglende evner til å gi effektiv forklaring til pasienten. Videre påpekes det at pasienter som venter på kirurgi rapporterer at de føler seg redde og engstelige for hvordan operasjonen skal gå, hvilke komplikasjoner som kan oppstå og for usikkerheten rundt hva som skal skje under sykehusoppholdet. Dette kan ifølge forfatterne negativt

påvirke pasienters postoperative rehabilitering, og i noen tilfeller gjøre at pasienten utsetter operasjonen.

Det hevdes i samme studie at film som medium fungerer som et effektivt verktøy i generell pasientopplæring. Videoen kan ses i pasientens eget tempo når pasienten synes det passer best. Dette gir ifølge forfatterne større fleksibilitet og autonomi i pasientens læring, og følgelig mer følelse av kontroll hos pasienten. Artikkelen framhever at informasjonen som gis i en film er standardisert, og derfor ikke har den samme svakheten med henblikk på informasjonsflyt som man kan oppleve gjennom konvensjonell muntlig kommunikasjon.

Det konkluderes videre med at film i preoperativ pasientopplæring har et enormt potensial, spesielt med tanke på tilgjengelighet, kostnadseffektivitet og muligheten for enkelt å implementere det i klinisk praksis. Oversiktsartikkelen har gjennomgått 18 inkluderte artikler som vi fant relevante for tema film i sammenheng med preoperativ pasientinformasjon. Mange av disse studiene beskrev ifølge forfatterne at pasientene som hadde fått filmbasert preoperativ opplæring rapporterte økt grad av kunnskap og følte seg mer forberedt og fornøyde, hadde større postoperativ livskvalitet og lavere nivå av engstelse. Det påpekes dog at det er behov for mer forskning for å si eksakt hva som gir denne effekten.

Steves et al. omtaler i en oversiktsartikkel fra 2021 om multimedia i preoperativ pasientinformasjon til pasienter som skal gjennomgå kreftkirurgi (15) både informasjonsfilm, software og apper. Forfatterne påpeker at det utvilsomt er lovende muligheter for multimediasert preoperativ pasientinformasjon til kreftkirurgipasienter, men at de har funnet gjennomgående lite forskjell på fornøydhet, engstelsesnivå og hvor informert man opplevde seg sammenlignet med konvensjonell informasjon. Det er dog vanskelig å skille ut bare informasjonsfilm fra deres analyser, og det blir her noe uklart hvor overførbar informasjonen er til preoperativ elektronisk pasientinformasjon fra fysioterapeut.

Wisely et al har gjort en studie om preoperativ informasjonsfilm før kataraktkirurgi (16) for å vurdere hvilken effekt den har på pasientens kunnskap, pasientens opplevelse av denne måten å få informasjon på, samt sine valgmuligheter. Ved hjelp av spørreundersøkelse inkluderte de 101 pasienter, hvorav 58 så informasjonsfilmen i tillegg til å snakke med kirurg. De øvrige snakket kun med kirurg. De som hadde sett filmen opplevde ifølge forfatterne subjektivt større læringsutbytte enn de som ikke hadde sett den. Dette var uavhengig av hvilken kirurg de møtte. De som hadde sett filmen hadde også tendens til å oppleve at kirurgen brukte mer tid på dem sammenlignet med hva kontrollgruppen hadde.

Preoperativ informasjonsfilm blir i noen tilfeller brukt svært målrettet og spesifikt. I en studie fra 2019 testet Kim et al. effekten av en internettbasert film om preoperativ engstelse (17), og fant at den var et effektivt verktøy for å dempe engstelse. De mente også å finne at det å se denne filmen kunne gi pasienten et høyere nivå av selvtillit og mer realistiske forventninger. Det skal dog påpekes at de hadde et svært spesifikt utvalg; Av 198 pasienter som ble vurdert for å kunne delta, ble 166, altså nesten 85%, ekskludert, og bare 32 inkludert.

En studie av Yeşilyurt et al.(18), også denne fra 2019, testet også effekt av preoperativ informasjonsfilm på pasienters engstelse. Her inkluderte man totalt 70 pasienter, hvorav 35 i intervensjonsgruppe og 35 i kontrollgruppe, og fant at de som fikk se en informasjonsfilm preoperativt hadde signifikant lavere nivå av kirurgirelatert engstelse, og høyere grad av fornøydhet, sammenlignet med gruppen som ikke hadde sett den. Dette funnet støttes av Arabul et al. (19), som konstaterer at pasientinformasjonsfilmen deres senket engstelse og økte fornøydhet i deres studie bestående av 124 respondenter som fikk se informasjonsfilm, og 103 som fikk konvensjonell muntlig informasjon.

Det finnes noen studier som har tatt elektronisk pasientinformasjon ett steg lenger, og laget et multimedieverktøy med et grensesnitt hvor pasienten kan klikke på ulike deler av for eksempel operasjoner eller anatomiske plakater og få opp utfyllende informasjon. Dette er naturligvis en del mer omfattende enn vår informasjonsfilm, men allerede i 2013 kom det en studie av Huber et al. som hadde utviklet et multimedieverktøy til bruk under konsultasjonen med lege preoperativt (20). De fant at pasientene var mer fornøyde, opplevde seg bedre informert og mindre engstelige ved bruk av multimedieverktøyet under legekonsultasjonen.

Ettersom vi ikke har funnet så mange studier som omhandler temaet for dette prosjektet, er det interessant å se litt nærmere på studier som *er planlagt* gjennomført, og hvilke deduksjoner de har lagt til grunn. I en protokoll fra 2022 for en RCT om effekt av prehabilitering og informasjonsvideo på pasienter som skal gjennomgå større kirurgi (21) legger Wong et al. stor vekt på informasjonsvideoen som prioritert område, og på at man ser store fordeler med at denne kan brukes for flere diagnoser og for flere sentere. Studien skal finne sted fra midten av 2023. Filmen er tenkt å inneholde omtrent de samme momentene som den vi bruker i dette prosjektet, men med treningsinformasjon fra fysioterapeut ansikt til ansikt *i tillegg*.

3. Metode

For å kunne undersøke forskningsspørsmålene i introduksjonen i et stort utvalg, samt for å ha mulighet til å gjenta studien på et senere tidspunkt med samme eller andre informasjonsfilmer, valgte vi en kvantitativ metode i form av et spørreskjema (vedlegg 2). Populasjonen var begrenset til pasienter inneliggende ved en spesifikk gastrokirurgisk sengepost i tidsrommet 15.08.22 til 31.12.22.

3.1 Inklusjon

Deltakerne ble rekruttert blant inneliggende pasienter gjennom ordinære fysioterapihenvisninger til seksjonen (primært pasienter som var åpent operert) samt ved at vi oppsøkte en del kikkhullsopererte pasienter ved samme sengepost. Ved kikkhullskirurgi lages to – tre små snitt i magen som man bruker til å føre inn instrumenter og laparoskop (22). Vi lagret ikke informasjon om eller valgte respondenter på grunnlag av grunndiagnose, altså hvorvidt de ble operert på grunn av kreft eller på grunn av noe annet. Det er to grunner til at vi ikke valgte å gjøre det. Den ene er at hovedforskjellen i innleggelsesårsak hva angår preoperativ informasjon fra fysioterapeut anses å være hvorvidt man er kikkhullsoperert eller har et åpent snitt. Den andre er at mange av pasientene ikke vet om de har kreft eller ikke før etter at operasjonen er gjennomført og svar på biopsi foreligger. Vi anså derfor grunndiagnose som ikke å være tilstrekkelig relevant til å problematisere dette overfor nyopererte pasienter i en sårbar situasjon.

3.2 Eksklusjon

Pasienter som av ulike årsaker ikke var i stand til å fylle ut spørreskjemaet, ble ikke inkludert i studien. Dette dreide seg om et fåtall pasienter som av helsemessige årsaker ikke kunne besvare spørsmål. De to skjemaene som ble returnert uten å være utfylt ble også ekskluderte.

3.3 Utforming av spørreskjemaet

Vi anså det som viktig å få skjemaet inn på ett ark, altså maks to sider, slik at det skulle bli overkommelig å fylle ut og enkelt å administrere. For å sikre at skjemaet inneholdt alle de faktorene vi anså som relevante, baserte vi oss ikke på noen eksisterende spørreskjema. Utkast til spørreskjemaet ble sendt ut på høring til erfarne fysioterapeuter ved egen og andre seksjoner i OUS for å sikre at vi hadde fått med oss relevante faktorer, samt at spørreskjemaet ble opplevd som intuitivt. Et utkast av spørreskjemaet ble testet ut på en liten gruppe inneliggende pasienter før endelig utforming, hvorpå enkelte av spørsmålene ble omformulert for å bli mer intuitive.

Spørreskjemaet inneholdt demografiske data i form av kjønn og aldersgruppe, samt informasjon om hva slags operasjonstilgang som var brukt (kikkhull / åpen). Vi fikk også vite hvor lang tid før

operasjonen respondenten hadde fått tilgang på filmen, og hvor mange ganger den var sett. Vi ønsket å kunne skille ut hvor mange pasienter som eventuelt ikke hadde fått tilgang til filmen, samt hvor mange av de som hadde fått tilgang, som likevel ikke hadde sett den.

Respondentene hadde anledning til å svare på hvorvidt de fant ulike deler av filmen vanskelig å forstå, og hva som i så fall gjorde den delen vanskelig. Dette ønsket vi spesielt å kunne knytte til aldersgruppe, ettersom vi hadde en hypotese om at det kunne være vanskeligere for de eldste pasientene å forholde seg til digital informasjon.

Vi ønsket videre å kunne avdekke hvorvidt det hadde noe å si hvor mange ganger pasienten hadde sett filmen, og dette ble derfor innarbeidet i skjemaet.

Det ble i tillegg gjort en liten kunnskapstest for å sjekke om pasientene kunne gjenkjenne noen av de viktigste momentene i filmen. Dette var et punkt på spørreskjemaet som vekket interessant debatt i fagmiljøet, ettersom vi ble nødt til å definere hva som var de viktigste momentene, og så innarbeide en multiple choice – test som ikke var for enkel og ikke for vanskelig. Vi valgte ut seks spørsmål, hvorav to som dreide seg om tiden før operasjon, og fire som dreide seg om tiden etter operasjon.

Viktig å være i ro <u>preop.</u>	Gå i trapper og gjøre øvelser <u>preop.</u>	Komme i gang med aktivitet <u>postop.</u>	Sekret-mobilisering og dyp respirasjon <u>postop.</u>	Være i akt. <u>Postop,</u> overholde restriksjoner	Lurt å ikke bli andpusten og svett operasjon
Galt svar. Skal ikke ha kryss	Riktig svar.	Riktig svar	Riktig svar	Riktig svar	Galt svar. Skal ikke ha kryss.

Figur 4, fasit for kunnskapstesten.

Før operasjonen er det svært viktig at pasienten holder seg i aktivitet, og gjerne øker aktivitetsnivået sitt sammenlignet med tidligere. Man opplever imidlertid at det er mange pasienter som tror de skal hvile seg godt ut i ukene før operasjon. Vi sjekket derfor om de hadde forstått at fysioterapeuten anbefaler å være aktiv.

Etter operasjonen er det viktig å komme i gang med aktivitet så tidlig som mulig. Tidlig mobilisering etter operasjon har positiv innvirkning på både respirasjon, muskulatur, sårtilheling og for å få tarmen til å begynne å arbeide igjen. Det er viktig at pasienten opprettholder aktivitetsnivået også etter utskrivelse. I tillegg er det viktig at pasienten puster dypt og godt, for å forebygge blant annet lungebetennelse. Dette er imidlertid oftest smertefullt rett etter operasjonen, så pasienten instrueres av fysioterapeut om at dyp pust, og hosting for å få opp slim, ikke er farlig, men snarere helt nødvendig. Kollegiet ble enige om at respirasjon og aktivitet etter operasjonen var de aller

viktigste punktene for pasienten å få med seg, og vi inkluderte derfor spørsmål om dette i spørreundersøkelsen.

Ettersom vi mente at det var så viktig at pasienten fikk med seg informasjonen om å holde seg i aktivitet i sengen ved hjelp av egentreningsøvelser den første tiden, å komme seg opp av sengen samt å gjøre pusteøvelser og hoste, så ble dette implementert i spørreskjemaet. Likeledes ønsket vi med et eget punkt i spørreskjemaet å avdekke hvorvidt pasienten syntes det var vanskelig å forstå forsiktighetsreglene. Dette fordi kollegiet hadde erfaring med at det kan være krevende for pasienten å forstå at vedkommende både skal overholde noen forsiktighetsregler og være så mye i aktivitet som mulig.

Ved bruk av en Likert - skala fra 1 til 5 fikk vi svar på hvor informerte respondentene opplevde seg etter å ha sett filmen, hvordan det gikk å spille den av, hvordan de opplevde å få denne type informasjon på film, samt hvor stor nytte de hadde av å se filmen. Til slutt oppga de hvorvidt de heller ville ha fått denne informasjonen ansikt til ansikt.

Vi overveide å ta med et eget felt for fritekst i spørreskjemaet, men kom til at besvarelsene da ville bli så omfattende å fylle ut at vi måtte byttet ut én, om ikke flere, av de kvantitative parameterne.

3.4 Datainnsamling

Alle pasienter som er åpent operert i magen skal i henhold til allerede eksisterende rutine henvises til fysioterapeut første postoperative dag. I løpet av dette ordinære tilsynet fikk respondentene utdelt spørreskjema og samtykkeskjema, med forespørsel om å fylle ut spørreskjemaet og levere til fysioterapeut i en lukket konvolutt ved ett av de senere ordinære tilsynene. Alternativt kunne de levere det til sykepleier eller legge det i en egen boks som ble satt opp i ekspedisjonen på sengeposten (Figur 5). Respondentene fikk fritt velge hvilket av disse alternativene de foretrakk.

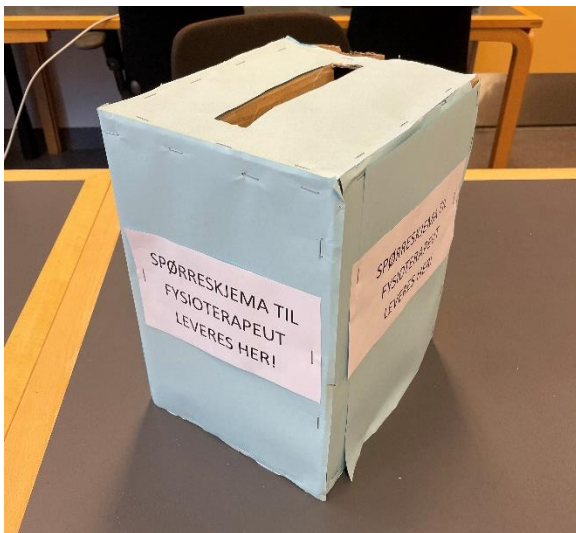
Kikkhullsopererte gastrokirurgiske pasienter henvises bare til fysioterapi dersom det foreligger særskilt indikasjon for det, slik som for eksempel pustebesvær, gangvansker eller sammensatt komorbiditet, ettersom kikkhullsopererte har mindre operasjonssår, mindre smerter og rehabiliterer raskere (22). Det er følgelig betydelig flere åpent opererte pasienter enn kikkhullsopererte som blir henvist til fysioterapi postoperativt ved seksjonen, og vi kontaktet derfor rutinemessig sengeposten en gang per uke slik at vi fikk levert spørreskjema også til de inneliggende pasientene som var kikkhullsoperert. På denne måten ønsket vi å unngå at utvalget i undersøkelsen ble for skjevt.

Vi hadde til enhver tid kontroll på hvor mange skjemaer som var delt ut ved at kun prosjektleder produserte skjemaene og konvoluttene. Vi tok sikte på å rekruttere minimum 80 respondenter blant

åpent og lukket opererte gastrokirurgiske pasienter. Med henblikk på et estimat på om lag 5 gastrokirurgiske operasjoner per uke ved OUS Rikshospitalet, hadde vi også forhåpninger om at målet skulle være mulig å nå i løpet av datainnsamlingsperioden på 20 uker.

Ettersom tilbudet om én til én – informasjon fra fysioterapeut allerede hadde bortfalt og blitt erstattet med informasjonsfilmen, var det ekstra viktig å sikre at pasienten faktisk fikk tilgang til filmen. Det ble gjort stikkprøver blant en del pasienter hvor vi fant at de hadde fått link til informasjonsfilmen på SMS sammen med innkallinger og påminnelser. Det viste seg imidlertid underveis at det var en stor andel av de første 30 innsamlede skjemaene som var krysset for «har ikke fått tilgang til informasjonsfilmen». Det ble gjort stikkprøver også hos noen pasienter som muntlig oppgav at de ikke hadde fått tilgang til filmen, og disse hadde også mottatt linken på SMS, men ikke lagt merke til den.

Det ble derfor kalt inn til møte mellom fysioterapitjenesten, sengepost og poliklinikk, hvor vi ble enige om at poliklinikken skulle skjerpe inn sine rutiner for muntlig å gjøre pasienten oppmerksom på at filmen eksisterte. Det ble i tillegg hengt opp informasjonsark om filmen med link i form av QR – kode (se vedlegg 3).



Figur 5, Innsamlingsboks for spørreskjema utplassert i resepsjon

3.5 Godkjenninger og personvern

Personverneombudet ved Oslo universitetssykehus vurderte at databehandlingen av personopplysninger i dette prosjektet tilfredsstillende de krav som stilles i helse – og personvernlovgivingen, og godkjente prosjektet 19.05.22 (se vedlegg 4).

For enklest å ivareta personvernet og sikre full anonymitet for pasientene ble det valgt et fysisk skjema på et ark som kunne deles ut av fysioterapeutene i seksjonen og samles inn ferdig utfylt og lagt i en lukket konvolutt. Sistnevnte hadde ferdig påskrift slik at vi sikret at gjenklistrede, utfylte konvolutter ble gjenkjent som tilhørende dette prosjektet. Det var ikke mulig å knytte pasient til besvarelse. Den som plottet dataene fra de utfylte skjemaene var ikke involvert verken i utdeling eller innsamling.

Respondentene fikk spørreskjema og samtykkeskjema (se vedlegg 1 og 2) utdelt samtidig. De to skjemaene var stiftet sammen for å sikre at respondenten la merke til begge, og det var samtykkeskjemaet som lå fremst. Pasienten ble bedt om å beholde samtykkeskjema og bare levere inn spørreskjema. Ettersom innsamlingen av data var fullstendig anonym samlet vi ikke inn samtykkeskjemaer, men anså respondenten som samtykkende idet vi mottok spørreskjemaet i utfylt form. Utfylte, anonyme skjemaer ble oppbevart innelåst, og kun prosjektleder hadde tilgang til disse.

3.6 Statistisk analyse

Dataene ble analysert i statistikkprogrammet STATA. Vi gjorde en deskriptiv analyse som oppgir antall og prosent for de ulike variablene i spørreskjemaet. Vi har fordelt presentasjonen av dataene i én figur og sju tabeller.

Først en figur med informasjon om alders – og kjønnsfordeling mellom de som har sett filmen.

Deretter viser vi en tabell med bakgrunnsinformasjon om de som har sett og de som ikke har sett informasjonsfilmen.

Videre viser vi en tabell med over hvordan de som har sett og ikke sett filmen fordeler seg mellom ulike grupper, med en kji-kvadrattest for å avdekke eventuelle forskjeller mellom disse. Et signifikansnivå på 5% er benyttet i testene.

Den tredje tabellen med viser hva som blir opplevd som vanskelig å forstå blant de som har sett filmen minst én gang.

Den fjerde tabellen beskriver hvordan respondentene opplever å se filmen.

Den femte tabellen viser resultatene av kunnskapstesten, fordelt på aldersgrupper.

Den sjette tabellen viser en oversikt over menn og kvinner med henblikk på hvorvidt de har sett filmen eller ikke.

Den sjuende tabellen sammenligner forståelsen av informasjonsfilmen mellom kvinner og menn, og den åttende tabellen gjør det samme med unge og gamle (over/under 74 år).

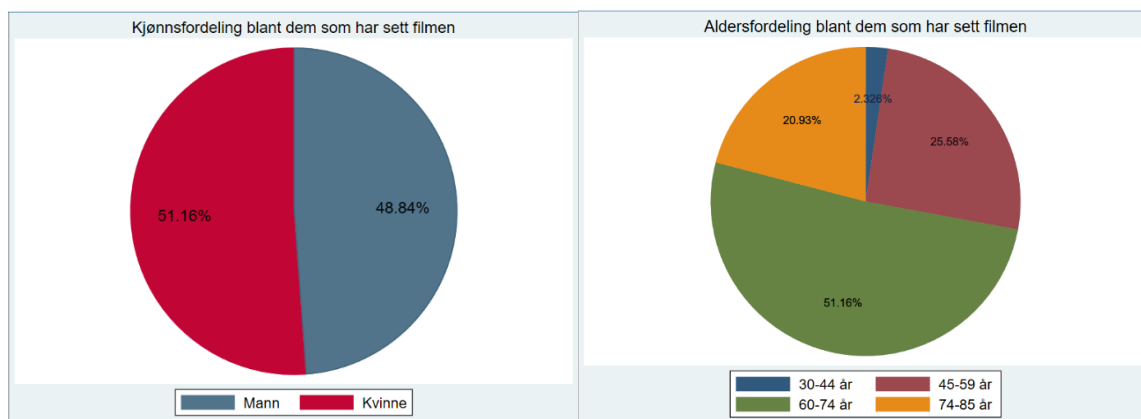
4. Resultater

Det ble delt ut totalt 80 skjemaer i datainnsamlingsperioden. Av disse endte vi med 71 besvarelser. 88,5% av skjemaene ble altså returnert. Av disse 71 respondentene hadde 28 (39,4%) av dem ikke sett filmen, mens de øvrige 43 (60,6%) hadde sett den.

Vi har ikke registrert hvor mange pasienter som muntlig takket nei til å motta spørreskjema. Avdeling for gastro – og barnekirurgi opplyste etter at vi var ferdige med datainnsamlingen at det hadde blitt operert totalt 107 voksne pasienter med kikkhull og 103 med åpent snitt i perioden.

4.1 Andel som hadde fått tilgang til og sett filmen

Som Figur 6 viser, så er kjønnsfordelingen lik blant de som har sett filmen, og det er få som befinner seg i de yngste aldersgruppene. Vi velger derfor i det videre å skille mellom respondenter over og under 74 år.



Figur 6, kjønns - og aldersfordeling blant de som har sett filmen

Tabell 1 gir bakgrunnsinformasjon om respondentene, og viser fordelingen mellom de to operasjonsgruppene og alder samt hvem som har sett og ikke sett informasjonsfilmen. Ettersom

pasienter henvises til fysioterapi på grunn av medisinsk / kirurgisk indikasjon, og ikke på grunn av alder, viser tabellen hvilke operasjonstyper, og ikke hvilke aldersgrupper som har hatt tilsyn av fysioterapeut.

Variabel	Totalt antall respond.	Antall / prosent
Kjønn	71 (100%)	Mann: n= 41 (57,8%) Kvinne: n= 30 (42,2%)
Alder	71 (100%)	<74 år: n= 57 (80,3%) >74 år: n= 14 (19,7%)
Type kirurgi	71 (100%)	Kikkhull: n= 13 (18,3%) Åpen: n= 58 (81,7 %)
Har hatt besøk av fysioterapeut	59 (83,1%)	
Fått tilgang til filmen	51 (71,8%)	
Ikke fått tilgang til filmen	20 (28,2%)	
Har sett filmen	43 (60,6%)	
Har ikke sett filmen	28 (39,4%)	
Har fått tilgang, men ikke sett filmen	8 (11,3%)	
Ønsker ansikt til ansikt	5 (7%)	

Tabell 1, demografiske data, hvem som har hatt besøk av fysioterapeut, hvem som har ikke sett / sett filmen minst én gang, hvem som heller ønsker ansikt – til – ansikt – informasjon.

Tabell 2 viser hvordan de som har sett og ikke har sett filmen fordeler seg mellom ulike grupper, og om det er signifikant forskjell mellom disse. Det er en tendens til at en større andel kvinner har sett filmen minst én gang (73,3% vs. 51,2%, p=0,06). For alderskategoriene og type kirurgi er det ingen indikasjoner på forskjell i andel som har sett filmen.

Variabel	Antall totalt	Har ikke sett filmen	Har sett filmen minst én gang	P-verdi (Pearsons Chi2)
Kjønn	71	Mann: n=20 (48,8%) Kvinne: n=8 (26,7 %)	Mann: n=21 (51,2%) Kvinne: n=22 (73,3%)	0.06
Alder*	71	<74 år: n=23 (40,4%) >74 år: n=5 (35,7%)	<74 år: n=34 (59,6%) >74 år: n=9 (64,3%)	0.75
Type kirurgi	71	Kikkhull: n=6 (46,2%) Åpen: n=22 (37,9%)	Kikkhull: n=7(53,8%) Åpen: n=36 (62,1%)	0.58
Totalt	71	28	43	

Tabell 2, hvilke grupper som har sett og ikke sett filmen.

4.2 Hva var vanskelig å forstå?

Vi velger å framstille Tabell 3 etter alder og kjønn. Vi hadde en hypotese om at det var de eldste som kom til å synes at det var vanskeligst å forstå informasjonen i filmen, og vi har sett at det er forskjeller mellom andel kvinner og menn som har sett filmen. Vi har også her slått sammen aldersgruppene til to. Respondentene kunne oppgi krysser av for flere tema som vanskelig å forstå. Tabellen viser at et stort flertall i alle gruppene rapporterte at de ikke syntes noe var vanskelig å forstå.

Kategori	Bevegelse i seng (n=43)	Komme opp av sengen (n=43)	Pusteøvelser og hoste (n=43)	Forsiktighetsregler (n=43)	Komme i gang med trening (n=43)	Ingenting var vanskelig (n=43)
<74 år (n=34)	0	1	0	1	1	32
>74 år (n=9)	0	2	1	0	0	6
Menn (n=24)	0	2	0	1	1	20
Kvinner (n=20)	0	1	1	0	0	18
Totalt antall som fant noe vanskelig med videoen	0	3 (7%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	38 (88,4%)

Tabell 3, spørsmål 2A «Var det noe i hvilke respondenter som syntes noe av informasjonen i informasjonen du syntes var vanskelig å forstå» og 2B «dersom noe var vanskelig å forstå, hva var det som gjorde det vanskelig?»

4.3 Opplevelse av å se filmen

Tabell 4 viser opplevelsen til de som har sett filmen minst én gang. Totalt oppga 83,2 % av respondentene at opplevelsen med filmen var litt eller svært bra, og 88% oppga at de hadde litt eller svært bra nytte av å ha sett filmen.

Resultattabell: Spørsmål 3. Opplevelse av filmen, blant dem som har sett filmen minst én gang					
	Svært dårlig	Litt dårlig	Verken eller	Litt bra	Svært bra
Hvor informert opplever du å være etter å ha sett filmen? (n=43)	1 (2,3%)	0 (0%)	3 (7,0%)	14 (32,6%)	25 (58,1%)
Hvordan gikk det å finne og spille av filmen? (n=43)	2 (4,6%)	0 (0%)	3 (7,0%)	6 (14,0%)	32 (74,4%)
Hvordan var opplevelsen av å få denne informasjonen på film? (n=42)	2 (4,8%)	0 (0%)	5 (11,8%)	7 (16,7%)	28 (66,7%)
Hvor stor nytte opplever du totalt sett av å ha sett filmen? (n=42)	1 (2,4%)	0 (0%)	4 (9,5%)	9 (21,4%)	28 (66,7%)

Tabell 4, opplevelse av filmen blant dem som har sett den minst én gang.

4.4 Kunnskapstest

Tabell 5 viser svarene fra kunnskapstesten i spørreskjemaet. Også her skiller vi mellom de eldste og de som er yngre. De langt fleste har overveiende bestått kunnskapstesten, og fått med seg de fleste riktige svaralternativene. Testen ble vurdert til ikke bestått dersom respondenten krysset i ett av svaralternativene som er markert med rødt i tabellen.

Alderskategori	Viktig å være i ro preop. (n=42)	Gå i trapper og gjøre øvelser preop. (n=42)	Komme i gang med aktivitet postop. (n=42)	Sekret-mobilisering og dyp respirasjon postop. (n=42)	Være i akt. Postop, overholde restriksjoner (n=42)	Lurt å ikke bli andpusten og svett operasjon (n=42)
<74 år (n=33)	1	32	33	27	27	2
>74år (n=9)	0	8	9	6	7	0
Totalt antall som har krysset av på kunnskapsspørsmål	1 (2,4%)	40 (95,2%)	42 (100%)	33 (78,6%)	34 (80,1%)	2 (4,8%)

Tabell 5, spørsmål 2C "Sett kryss ved det du tror fysioterapeuten mener er det viktigste å tenke på før og etter operasjonen. Det kan være flere svar."

4.5 Sammenligninger

I Tabell 6 har vi sammenlignet kvinner og menn for å vise om det er forskjeller i forståelse av informasjonen eller hvorvidt respondentene fant noe av informasjonen vanskelig. Igjen er det markering av ett av svaralternativene merket med rødt i Tabell 5 som gir feil på forståelse, mens markering av svaralternativene i grønt gir riktig / delvis riktig besvarelse. Tabellen viser at det ikke er signifikante forskjeller mellom kjønnene med henblikk verken på egenrapportert forståelse av informasjonen eller besvarelse på kunnskapstesten.

Variabel	Antall obs. totalt	Kvinner	Menn	P-verdi (Pearsons Chi2)
Om informasjonen var vanskelig	N=43	Ingen vanskeligheter: n=21 (95,5%) Vanskeligheter: n=1 (4,5%)	Ingen vanskeligheter: n=17 (80,9%) Vanskeligheter: n=4 (19%)	0.14
Kunnskapstest / forståelse	N=43	Feil på forståelse: n=2 (9%) Riktig/delvis riktig: n=20 (90%)	Feil på forståelse: n=1 (5%) Riktig/delvis riktig: n=19 (95%)	0.61

Tabell 6, forståelse av informasjon og sammenstilling av kunnskapstest mellom menn og kvinner

I Tabell 7 har vi sammenlignet de eldste respondentene med resten av gruppen for å se etter sammenhenger mellom alder og forståelse eller opplevelse av at informasjonen var vanskelig. Tabellen viser at det heller ikke mellom aldersgruppen er signifikante forskjeller med henblikk på egenrapportert forståelse av informasjonsfilmen eller besvarelse på kunnskapstesten.

Variabel	Antall obs. totalt	Under 74 år	Over 74 år	P-verdi (Pearsons Chi2)
Om informasjonen var vanskelig	N=43	Ingen vanskeligheter: n=31 (91,1%) Vanskeligheter: n=3 (8,8%)	Ingen vanskeligheter: n=7 (77,7%) Vanskeligheter: n=2 (22,2%)	0.26
Kunnskapstest / forståelse	N=42	Feil på forståelse: n=3 (9%) Riktig/delvis riktig: n=30 (91%)	Feil på forståelse: n=0 (0%) Riktig/delvis riktig: n=9 (100%)	0.35

Tabell 7, forståelse av informasjon og sammenstilling av kunnskapstest mellom de eldste og de yngre

5. Diskusjon

I resultatkapitlet har vi vist at det er mange som ikke har fått tilgang til, eller visst at de har tilgang til, informasjonsfilmen. Av 71 respondenter hadde 28 (39,4%) av dem ikke sett filmen, mens de øvrige 43 (60,6%) hadde sett den.

De som har sett den har vært gjennomgående fornøyde, og det store flertallet svarte korrekt i kunnskapstesten. Svært få av respondentene oppga at de heller ville mottatt informasjonen ansikt til ansikt.

5.1 Har pasientene mottatt og sett informasjonsfilmen?

Det var totalt 210 pasienter som gjennomgikk gastrokirurgi i den aktuelle perioden, fordelt på 107 kikkhullsopererte og 103 med åpent snitt. Av disse fikk vi rekruttert 81 pasienter, altså 38,6% av den totale populasjonen, fordelt på 12,6% av de kikkhullsopererte og 56,3% av de åpent opererte.

Fordelingen mellom kikkhullsopererte og åpent opererte respondenter var verken overraskende eller utilsiktet, ettersom både informasjonsfilmen og den muntlige informasjonen den erstattet fokuserte mest på åpent opererte pasienter. Vi kunne imidlertid gjerne ha hatt flere respondenter totalt sett.

Vi har ikke gjort målinger av hvor mange åpent opererte pasienter som har vært henvist til fysioterapi i denne perioden, men etter regelen skal det være 100% av dem. Så ser vi også at av 58 åpent opererte respondenter oppgir 54 å ha hatt besøk av fysioterapeut. Det kan være at de 4 siste åpent opererte pasientene ikke har hatt besøk av fysioterapeut under oppholdet, men det kan også

hende at de bare ikke hadde hatt det på det tidspunktet de fylte ut skjemaet. Her er det rom for tolkning, ettersom vi uansett vet at det er fysioterapeut som har kommet med spørreskjemaet til pasienten.

Litteraturen trekker i retning av at informasjonsfilm kan være en god måte å oppnå det resultatet som fysioterapeuten ønsker, altså at pasienten er velinformert om hva vedkommende kan gjøre for å forberede kroppen til operasjonen, hvilke forsiktighetsregler som gjelder og hva pasienten bør gjøre under innleggelsen samt etter hjemkomst. Slik for eksempel Kim et al (17) beskriver at pasientene ikke bare ble godt orienterte av filmen, men sågar fikk et høyere nivå av selvtillit og mer realistiske forventninger. Det har imidlertid åpenbart vært distribusjonsproblemer når det angår informasjonsfilmen vår, ettersom 28,2% av pasientene oppgav at de ikke hadde mottatt filmen. Ved stikkprøve blant disse fant vi ingen som *ikke* hadde mottatt SMS med link til filmen. Det kan følgelig synes som at pasientene har fått SMS'en, men oversett informasjonen om filmen. Dette viser viktigheten av å ha flere systemer for å sikre at pasienten får med seg viktig informasjon, og at man ikke bare kan legge til grunn at pasienten leser alt som vedkommende mottar, eller engang oppfatter at det ble mottatt. Da vi skjerpet rutinene for at pasienter ble gjort oppmerksomme på filmen, slik beskrevet i delkapittel 3.4, opplevde vi at det var betydelig større andel av respondentene som oppgav å ha mottatt filmen. 3 av de siste 10 registrerte respondentene oppgav imidlertid å ikke ha fått tilgang til filmen, så utfordringen er åpenbart ikke fullstendig eliminert.

Blant de som oppgav at de hadde fått tilgang til filmen, så var det 8 personer som ikke hadde sett den. Vi kjenner ikke til deres grunner for ikke å ha sett filmen, og det var ikke gitt mulighet for å skrive fritext i spørreskjemaet. Det vil kunne være interessant ved en annen anledning å sette dette i sammenheng med medisinsk compliance, og gjøre en nærmere vurdering av hvorfor pasienter ikke følger råd om å se på pasientinformasjonsmaterieell, men vi har altså ikke grunnlag for det i dette prosjektet. Vi hadde først en hypotese om at disse 8 respondentene kunne være operert med kikkhullsmetode, og følgelig kanskje føle at informasjonsfilmen ikke var så presserende å se, men det viste seg at alle var åpent opererte. Alle befant seg i aldersgruppen under 74 år.

5.2 Hvordan fungerer informasjonsfilmen for ulike grupper?

Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom de som hadde sett og de som ikke hadde sett filmen, verken i henhold til operasjonsmetode, kjønn eller aldersgruppe, med forbehold om lav utvalgsstørrelse.

Vi hadde en mistanke om at elektronisk pasientinformasjon kunne være noe vanskeligere å forholde seg til for de aller eldste pasientene sammenlignet med de yngre. Filmene var blitt sett av alle

aldersgruppene, og en stor del av respondentene var i de øvre to aldersgruppene, slik Tabell 1 viser. Av de 9 eldste respondentene som besvarte spørsmålet om hva som var vanskelig å forstå, var det 6 som rapporterte at ingenting var vanskelig å forstå, slik Tabell 4 viser. I aldersgruppen under 74 år var det 34 respondenter som svarte på det samme spørsmålet, og av disse mente 32 at ingenting var vanskelig å forstå. Totalt var det altså bare 5 respondenter som oppga at noe var vanskelig å forstå, hvilket gjør at vi ikke kan trekke konklusjoner om forskjeller mellom aldersgruppene. Heller ikke i kunnskapstesten finner vi holdepunkter for forskjeller mellom aldersgruppene (Tabell 7), idet de eldste tvert imot skårer bedre enn de yngre. Flere av studiene (15, 18, 19, 20) omtalt i kapittel 2.5 har gamle respondenter, og har funnet at informasjonsfilm bidro til å dempe engstelse og øke fornøydhet også blant disse. Ettersom vi bare har hatt 9 respondenter i gruppen blant de eldste kan det likevel være aktuelt å sikre at de får bistand til å spille av filmen, og tilbud om én til én - samtale dersom det er behov.

Et annet funn vi har gjort, dog ikke signifikant, er at menn ser ut til å ha sett filmen i mindre grad enn kvinner har. Slik Tabell 2 viser, så har bare 51,2% av mennene sett filmen, mens 73,3% av kvinnene har sett den. Tabell 6 viser at 19% av menn og 4,5% av kvinner oppgir at noe på filmen er vanskelig å forstå, men at resultatene av kunnskapstesten fordeler seg likt mellom kjønnene. Vi vet ikke hvorfor det er en så stor andel av menn som ikke har sett filmen eller hvorfor vi ser en tendens til at menn synes det er mer som er vanskelig å forstå i filmen, men her vil det være grunnlag for å særskilt følge med på om mannlige pasienter har sett informasjonsfilmen framover.

Studiene sier også en del om innvirkningen av god preoperativ informasjon på engstelse. Dette er ikke et forhold vi har målt i vår undersøkelse. At det kun var 5 respondenter som rapporterte at de heller ville hatt preoperativ informasjon ansikt til ansikt kan imidlertid trekke i retning av at det ikke var et savn for respondentene å møte fysioterapeuten fysisk i denne settingen. Dette samsvarer med Steves et al (15), som gav uttrykk for at det var gjennomgående lite forskjell på blant annet fornøydhet og hvor informert respondentene opplevde seg av informasjonsfilm sammenlignet med konvensjonell informasjon. Vi anser det som en rimelig antagelse at de fleste respondentene anså at det ville gjort liten forskjell for dem å få informasjonen konvensjonelt i stedet for gjennom informasjonsfilmen, ettersom så få gav uttrykk for å foretrekke å få informasjonen ansikt til ansikt. Flerspråklige pasienter har fortsatt tilbud om tolk og en til én – samtale.

5.3 I hvor stor grad lykkes informasjonsfilmen med å gjøre pasientene informerte?

43 respondenter svarte på spørsmål om hvorvidt de syntes at noe i filmen var vanskelig å forstå, og av disse rapporterte 88,4% at det ikke var det. Slik vi viser i delkapittel 4.2 fikk vi 3 tilbakemeldinger om at delen som omhandlet å komme seg opp av sengen var vanskelig å forstå, og 1 tilbakemelding på hvert av de andre deltemaene. Dette samsvarer med funnene til Tom et al (14), som sier at den filmbaserte opplæringen gav økt grad av kunnskap. Det trekkes også i retning av at informasjonen i vår informasjonsfilm ble opplevd som forståelig presentert. Alle som har rapportert at noe var vanskelig å forstå, hører til i de to eldste aldersgruppene.

Selv om en klar overvekt av respondentene i hovedsak meldte at de forsto innholdet i informasjonsfilmen, så er det naturligvis ikke gitt at de har opplevd at det var den informasjonen de trengte. Det er derfor viktig å sette det i sammenheng med Tabell 4, som slår fast at en klar overvekt (90,7%) av respondentene opplevde seg «litt bra» eller «svært bra» informert etter å ha sett filmen. Den klart mest brukte skåringen på alle spørsmålene om hvordan filmen fungerte, var «svært bra», med 58,1% – 74,4% av svarene. Likeledes viser Tabell 3 at 38 av 43 respondenter oppga at ingenting var vanskelig å forstå. Dette er i samsvar med Wisely et al (16) som i sin spørreundersøkelse fant at informasjonsfilm *i tillegg* til samtale med kirurg gav større læringsutbytte enn bare samtale med kirurg, uansett hvem kirurgen var.

Det tydeligste tegnet på at informasjonsfilmen gjennomgående fungerte godt, fant vi i det faktum at de klart fleste pasientene besto kunnskapstesten. Vi har stilt oss spørsmål om hvorvidt testen var for enkel. Vår kliniske erfaring er imidlertid at nettopp viktigheten av å være i ro preoperativt og ikke å bli sliten postoperativt, er blant de mytene som oftest må avkreftes av fysioterapeut i forbindelse med operasjon, og dette trekkes i retning av at flere respondenter ville ha feilet på kunnskapstesten om ikke informasjonsfilmen hadde fungert til å gjøre dem informerte. Dette er en antakelse vi ikke kan måle riktigheten av i vårt prosjekt, og det ville vært interessant å be et kontrollutvalg som ennå ikke hadde sett filmen om å gjennomføre testen.

5.4 Forslag til endringer

Det er flere justeringer som det har framkommet at det er behov for å gjøre. Den viktigste er at det må være gode rutiner for å gjøre pasientene oppmerksomme på at informasjonsfilmen finnes, og at det er en forventning fra sykehuset at de ser den. Her kan det være aktuelt å ha størst fokus på menn, ettersom vi har sett at det er færrest av dem som ser filmen. Det er helt nødvendig at denne påminnelsen er en standardisert handling hos minst én av yrkesgruppene som fortsatt møter pasienten fysisk preoperativt, og det vi anser det også som ønskelig at personalet på sengeposten

minner pasienten på at filmen gjerne kan ses igjen etter operasjonen. Påminnelse på sengepost vil være viktigst for de pasientene som ikke blir henvist til fysioterapeut. Det kan også vurderes å tilgjengeliggjøre et nettbrett på poliklinikken som pasienter kan se informasjonsfilmen på.

Flerspråklige pasienter får fortsatt tilbud om preoperativ informasjon med fysioterapeut og tolk, men det vil være hensiktsmessig å tekste informasjonsfilmen på flere språk, inkludert norsk, med henblikk både på flerspråklighet og hørselshemming.

Ettersom noen av svarene trekker i retning av at de aller eldste kan ha noe større vansker enn de yngre med å se filmen, kan det være aktuelt å lage et eget informasjonsopplegg for disse. Subsidiært kan det være aktuelt å se nærmere på denne pasientgruppen og gjøre en egen undersøkelse eller evaluering av hvordan de aller eldste opplever informasjonsfilmen, ved å dele ut spørreundersøkelsen til bare disse en stund framover.

6. Styrker og begrensninger ved prosjektet

6.1. Utvalg

Det var en styrke for prosjektet at vi samlet inn data fra egne pasienter, ettersom vi allerede hadde etablerte kontaktpunkter med disse pasientene, og kunne enkelt håndtere anonymitet. Det var følgelig en eksisterende rutine som gjorde at vi fikk tilbudt pasientene å delta, og vi kunne enkelt sikre anonymitet ved at prosjektleder ble holdt utenfor denne kontaktsløyfen.

Inklusjonskriteriet var altså at pasienten var operert i magen, og kun et fåtall pasienter, som ikke var i stand til å fylle ut spørreskjemaet, ble ekskluderte. Da vi i tillegg satte opp en rutine for å fange opp kikkhullsopererte pasienter, som fra før ikke var en del av kontaktsløyfen med fysioterapeut, så bidro dette til å redusere bias. Vi ser imidlertid at vi har fått svar fra 58 åpent opererte pasienter og 13 kikkhullsopererte. Sistnevnte utgjør altså kun 18,3 % av respondentene. De kikkhullsopererte har betydelig kortere liggetid enn de åpent opererte, og henvises ikke automatisk til fysioterapi. Det er derfor naturlig at vi fikk snakket med færre av dem. Det var heller aldri et mål for oss med en lik fordeling av antall respondenter i disse to gruppene, ettersom de åpent opererte anses å ha mye større behov for denne informasjonen på grunn av operasjonens natur, og denne informasjonsfilmen er en utvidelse av tilbudet til de kikkhullsopererte.

Når det gjelder kjønn, så har dette fordelt seg representativt med 51% menn og 49% kvinner som har sett filmen. Alder er også fordelt på alle gruppene, men med en klar overvekt på gruppen 60- 74 år (Figur 6). Det er imidlertid ikke et mål i denne sammenhengen å ha størst likest mulig antall respondenter i gruppene, da en stor andel av gastrokirurgiske pasienter som nevnt er godt voksne.

Vi har imidlertid ikke kunnskap om hvor mange pasienter som ble tilbudt å delta i studien, men som takket nei. Dette er en svakhet, idet vi ikke kan være sikre på representbarheten i utvalget vårt. Dersom det eksempelvis var svært mange eldre, åpent opererte pasienter som ikke ønsket å delta i studien, så vil dette ha påvirket svarene. Fysioterapeutene som har distribuert spørreskjemaene har rapportert en opplevelse av at det var svært få pasienter som takket nei til å delta, men dette kan vi ikke vite sikkert.

Vi måtte gjøre en justering etter noen uker med innsamling, ettersom vi la merke til at en høy andel respondenter oppga at de ikke hadde fått tilgang på informasjonsfilmen. Personalet på poliklinikken sørget da for at pasienten ble gjort kjent med at de hadde fått en link på SMS, og det ble hengt opp oppslag med QR – kode for rask tilgang til filmen. Etter dette observerte vi en kraftig nedgang i antallet som beskrev at de ikke hadde fått tilgang til filmen. Dersom vi hadde fortsatt å samle inn data noen måneder til, så ville vi kunne fått et mer representativt bilde av hvordan situasjonen er nå.

Det er uheldig underveis i en undersøkelse å måtte endre rutine for hvordan pasientene blir gjort oppmerksomme på informasjonsfilmen. Vår totalvurdering var imidlertid at det var helt nødvendig av etiske hensyn.

6.2 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet var bygget opp fra grunnen av for dette prosjektet, og det var gjort en pilot med pasienter og kollegaer før spørreskjemaet ble tatt i bruk. Det er imidlertid klart at det er flere potensielle feilkilder ved selve spørreskjemaet. Det er to sider og mange spørsmål, hvilket stiller krav til både språk og forståelse hos respondenten. Det er verdt å spørre seg hvorvidt de som svarer på skjemaet er et representativt utvalg eller selektert blant de som har mest overskudd og ressurser til å besvare undersøkelser mens de er innlagt. Kunnskapstesten var som nevnt den vanskeligste delen av skjemaet å utarbeide, ettersom spørsmålene måtte være tydelige, og svarene ikke å intuitivt enkle at respondentene uten videre ville kunne gjette seg fram til dem. Dette er nok uansett den svakeste delen av spørreskjemaet, nettopp med tanke på at det blir forholdsvis intuitivt hva som er riktig svar. Vi mener imidlertid uansett at kunnskapsdelen tjente den hensikt å motivere respondenten til å reflektere over de delene av informasjonsfilmen som vi vurderte var aller viktigst.

Spørsmål 3 i spørreskjemaet, med Likertskala fra 1 til 5 om hvordan respondenten opplevde filmen og informasjonen, ser vi har gitt høy svarprosent og høy rapportert fornøydhet i alle gruppene. På spørsmål om man heller ville fått informasjonen ansikt til ansikt, svarer 67,4% nei, mens 11,6% svarer ja. Her er vet vi ikke beveggrunnene til de 21% som svarte «vet ikke». Det kan tenkes å være et uttrykk for at informasjonsfilmen fungerte suboptimalt for denne gruppen, men det kan også tenkes at de bare syntes det var vanskelig å foretrekke noe framfor noe annet, uten å ha nærmere kunnskap om hva dette alternativet innebar.

Vi hadde ikke lagt inn noen muligheter for å svare med fritekst. Dette var veloverveid fra vår side, som beskrevet i delkapittel 3.1.3, men det er åpenbart at muligheter for fritekst ville gitt oss mye kvalitativ informasjon som vi i dag ikke har. Spesielt nyttig kunne dette vært med tanke på at det var så stor del av respondentene som oppgav at de ikke hadde fått tilgang på filmen.

6.3 Data / svarprosent

Ambisjonsnivået vårt om mange respondenter ble ikke nådd. Vi var ikke i stand til å finne noen signifikante forskjeller mellom grupper, og utvalget gir stor usikkerhet. Blant de som har sett informasjonsfilmen oppgir majoriteten at den var nyttig, men når 39,4% av respondentene ikke har sett filmen, så blir svarene svært usikre.

7. Konklusjon

Blant de som har sett informasjonsfilmen, framstår den gjennomgående som et godt tiltak med høy fornøydhet blant respondentene. Det er få respondenter som oppgir at de heller ville ha hatt informasjonen ansikt til ansikt, de fleste rapporterer om problemfri avspilling, og resultatene fra kunnskapstesten trekker i retning av at informasjonen er forstått.

Dette prosjektet har ikke hatt til hensikt å vurdere hvordan helseforetakene håndterer elektronisk pasientinformasjon, men vi finner det godt gjort at man kan synes å være i behov av en sentral, førende ordning som regulerer hvilke pasientinformasjonsfilmer som skal lages, hvor de skal publiseres og hvem som skal ha ansvar for å holde dem oppdatert. I dag er det overlatt til de enkelte avdelinger å vurdere hvordan de ønsker å oppfylle pasientens lovfestede rett til informasjon, og det finnes ingen mulighet ved OUS til å publisere pasientinformasjonsfilmer på en samlet og representativ måte.

Det er ikke mulig å konkludere sikkert fra denne studien, men vi ser en tendens til at det er de aller eldste som har størst vansker med å se filmen, og som føler seg minst informert av den. Vi ser også en tendens til at menn har sett filmen i mindre grad enn kvinner har. Vi vet ikke hvorfor det, men her vil det være grunnlag for å særskilt følge med på om mannlige pasienter har sett informasjonsfilmen framover, eksempelvis ved hjelp av et eget standardpunkt til påminnelse ved inntakssamtale med pasienten.

Det er en altfor stor andel som ikke har fått tilgang til, eller valgt å ikke se filmen. Det trengs mer forskning dersom vi skal trekke klare konklusjoner, men resultatene i dette prosjektet trekker i retning av at informasjonsfilmen er et tiltak som fungerer godt. Vi er dog helt avhengig av at vi klarer å sikre at pasientene har fått mulighet til å se filmen.

8. Referanser

1. Høie TA. Helseledelse : veien til et bedre helsevesen: Fringilla Publishing; 2015. 395 s. p.
2. Nylenna M. Helsetjenesten i Norge : et overblikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
3. Kalveland J. OUS-direktøren: – Større risiko ved ikke å bygge. Dagens Medisin. 2022.
4. Statistisk sentralbyrå. Ni av ti surfer på nettet hver dag 2017 [Available from: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/ni-av-ti-surfer-pa-nettet-hver-dag>].
5. Lov om pasient - og brukerrettigheter (2023).
6. Pasient - og brukerrettighetsloven med kommentarer, (2023).
7. Direktoratet for e- helse. E - helsetrender: Utviklingstrekk 2022. Rapportnummer IE-1098 [Internet]. 2022. Available from: ehelse.no.
8. eHåndboken [Internet]. 2023. Available from: <https://ehandboken.ous-hf.no/>.
9. Helsenorge. Om Helsenorge: Norsk Helsenett; 2023 [Available from: <https://www.helsenorge.no/om-helsenorge-no/>].
10. St. Olavs hospital. Pasientinformasjon på film 2021 [
11. Oslo universitetssykehus. Informasjonsfilmer for pasienter 2022 [Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-albuekirurgi-ktak/informasjonsfilmer-for-pasienter>].
12. Bergen H. Pasientinformasjon 2016 [Available from: <https://helse-bergen.no/avdelinger/revmatologisk-avdeling/pasientinformasjon>].
13. Sykehuset i Vestfold. Fysioterapi preop. 2021.
14. Tom K, Phang PT. Effectiveness of the video medium to supplement preoperative patient education: A systematic review of the literature. Patient Educ Couns. 2022;105(7):1878-87.
15. Steves SL, Scafide KN. Multimedia in preoperative patient education for adults undergoing cancer surgery: A systematic review. Eur J Oncol Nurs. 2021;52:101981.
16. Wisely CE, Robbins CB, Stinnett S, Kim T, Vann RR, Gupta PK. Impact of Preoperative Video Education for Cataract Surgery on Patient Learning Outcomes. Clin Ophthalmol. 2020;14:1365-71.
17. Kim MJ, Oh HK, Lee KC, Yang HH, Koo BW, Lee J, et al. Effects of an Internet-based informational video on preoperative anxiety in patients with colorectal cancer. Ann Surg Treat Res. 2019;96(6):290-5.
18. Soydaş Yeşilyurt D, Yildiz Findik Ü. Effect of Preoperative Video Information on Anxiety and Satisfaction in Patients Undergoing Abdominal Surgery. Comput Inform Nurs. 2019;37(8):430-6.
19. Arabul M, Kandemir A, Çelik M, Alper E, Akpınar Z, Aslan F, et al. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety. Turk J Gastroenterol. 2012;23(5):523-9.
20. Huber J, Ihrig A, Yass M, Bruckner T, Peters T, Huber CG, et al. Multimedia support for improving preoperative patient education: a randomized controlled trial using the example of radical prostatectomy. Ann Surg Oncol. 2013;20(1):15-23.
21. Wong SSY, Cheung HHT, Ng FF, Yau DKW, Wong MKH, Lau VNM, et al. Effect of a patient education video and prehabilitation on the quality of preoperative person-centred coordinated care experience: protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open. 2022;12(9):e063583.
22. Oslo Universitetssykehus. Laparoskopi (kikkhullskirurgi)2023. Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/behandling/laparoskopi-kikkhullskirurgi>.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Elektronisk pasientinformasjon fra fysioterapeut”

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å kvalitetssikre en ny informasjonsfilm til pasienter som skal gjennomgå kirurgi i magen. Hensikten er å undersøke om filmen har fungert i henhold til hensikten, og om pasientene er fornøyde med den.

Studien er knyttet til en mastergradsutdanning som gjennomføres ved Universitetet i Oslo.

Hva innebærer studien?

Gjennom denne studien samler vi inn anonyme tilbakemeldinger fra et hundretalls pasienter som har blitt operert i magen, og som skal ha fått tilgang til en informasjonsfilm hvor fysioterapeut gir informasjon om forhold som det er viktig å vite om. Vi ønsker at informasjonen i filmen skal være så god, presis og forståelig som mulig, og vil derfor ha dine tilbakemeldinger.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre med samme diagnose.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som blir samlet inn fra skjemaet du fyller ut blir ikke knyttet til deg som person, og det vil ikke være mulig å finne informasjon om hvem du er. Fysioterapeuten din samler inn skjemaet, og sender det videre til den som skal registrere det, uten at navnet ditt følger med. Vi registrerer ingen personinformasjon om deg, og informasjonen fra svarskjemaet vil kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Dersom du ønsker å delta, fyller du ut spørreskjemaet og leverer det til din fysioterapeut her på sykehuset. |

Godkjenning

Personverneombudet ved Oslo universitetssykehus har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning. Saksnummer 22/11659

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig avdeling ved Oslo universitetssykehus, Avdeling for klinisk, og prosjektleder Steinar Krey Voll et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med seksjonsleder og prosjektleder Steinar Krey Voll, telefon 90 96 96 36, e- post stkrvo@ous-hf.no

Personvernombud ved institusjonen er Tor Åsmund Martinsen, toamar@ous-hf.no

Dette skjemaet kan du beholde.

Vedlegg 2. Spørreskjema

I dette spørreskjemaet er vi interessert i din opplevelse ved bruk av informasjonsfilm fra fysioterapeut som du fikk tilgang til før operasjonen.

Skjemaet samles inn av din fysioterapeut, og behandles helt anonymt. Du står fritt til å velge å ikke delta, men vi håper du ønsker å gi ditt svar for å hjelpe oss å sikre at pasientinformasjonen vi gir er best mulig.

1. Bakgrunnsopplysninger

a. Har du blitt operert i magen?

Ja, med kikkhullsoperasjon Ja, med åpen kirurgi Nei

b. Har du hatt besøk av fysioterapeut etter operasjonen?

Ja Nei

c. Hvor lenge før operasjonen fikk du tilgang til filmen? (sett kryss i riktig boks)

Mer enn 1 måned		1 uke eller mindre	
1 måned		Etter operasjonen	
2 uker eller mindre		Har ikke fått tilgang	

d. Hvor mange ganger har du sett informasjonsfilmen fra fysioterapeutene?

Har ikke sett informasjonsfilmen	
Har sett den én gang	
Har sett den to til fire ganger	
Har sett den mer enn fem ganger	

e. Alder

	18 – 29 år	30 – 44 år	45 – 59 år	60 – 74 år	74 - 85 år	Over 85 år
Alder						

f. Kjønn

	Mann	Kvinne	Annet / ønsker ikke svare
Kjønn			

Snu arket.

2. Hvordan filmen fungerte

a. Var det noe av informasjonen som du synes var vanskelig å forstå?

Bevegelse i seng	
Komme opp av sengen	
Pusteøvelser og hoste	

Forsiktighetsregler	
Komme i gang med trening	
Ingenting var vanskelig å forstå	

b. Dersom noe var vanskelig å forstå, hva var det som gjorde det vanskelig?

Ordene som ble brukt	
Lydkvaliteten	
Bildekvaliteten	

Vanskelig å konsentrere seg	
Vanskelig å bruke filmen	
Annet	

c. Sett kryss ved det du tror fysioterapeuten mener er det viktigste å tenke på før og etter operasjonen. Det kan være flere riktige svar.

Før operasjonen:	
Det er viktig å være mest mulig i ro før operasjonen	
Om mulig bør jeg gå i trapper og gjøre øvelser for å forberede meg til operasjonen.	

Etter operasjonen:	
Det er viktig å komme i gang med tilpasset aktivitet så tidlig som mulig	
Husk å puste dypt og hoste innimellom for å få opp slim	
Gjerne gjøre daglige aktiviteter og trene, bare jeg overholder forsiktighetsreglene	
Når jeg kommer hjem etter operasjonen er det lurt å ikke bli andpusten og svett.	

3. Hvordan du opplevde filmen og informasjonen

Sett et kryss på skalaen for hvert tema. 1 er svært dårlig, 2 er litt dårlig, 3 er verken eller, 4 er litt bra og 5 er svært bra.

	1	2	3	4	5
Hvor informert opplever du å være etter å ha sett filmen?					
Hvordan gikk det å finne og spille av filmen?					
Hvordan var opplevelsen av å få denne informasjonen på film?					
Hvor stor nytte opplever du totalt sett av å ha sett filmen?					

Ville du heller fått informasjonen fra filmen ansikt til ansikt?	Ja	Nei	Vet ikke

Vedlegg 3. Informasjonsark med QR – kode



Informasjon fra fysioterapeut til deg som skal opereres i magen

Før operasjonen skal du se en informasjonsfilm. Den kan du finne på flere måter:

1. SMS: Link til filmen ligger i SMS innkallingen du mottok før innleggelsen
2. QR-KODE:
 1. For Iphone: Start kamerafunksjonen på telefonen. Hold kameraet over QR-koden og trykk på linkene som kommer frem.
 2. For Android: Bruk en app som kan lese QR-koder. Eksempelvis *Google lens* eller *QR-kode reader*. Hold kameraet over QR-koden og trykk på linkene som kommer frem.
3. Tast inn følgende link i din nettleser: <https://youtu.be/GAwAEI2SWaU>
4. I din nettleser gå inn på: www.youtube.com og søk: *Informasjon fra fysioterapeut til deg som skal opereres i magen*



QR-KODE




Seksjon for fysioterapi og sosialmedisin
Avdeling for klinisk service, Kreftklinikken

Tlf: 23071746



Vedlegg 4. personverneombudets uttalelse

	Oslo universitetssykehus HF	
PERSONVERNOMBUDETS UTTAELSE		
Til:	Steinar Krey Voll, seksjonsleder KRE AVDELING FOR KLINISK SERVICE	Postadresse: Trondheimsveien 235 0514 Oslo
Fra:	Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus	Sentralkontor: 02770
Dato:	19.05.2022	Org.nr: NO 993 467 049 MVA
		www.oslo-universitetssykehus.no
Saksnummer:	22/11659	

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:

«Elektronisk preoperativ pasientinformasjon fra fysioterapeut»

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvermlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er UIO.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved OUS.
4. Studien er frivillig og samtykkebasert.
5. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen



Tor Åsmund Martinsen
Personvernombud

Oslo universitetssykehus HF
Direktørens stab | Personvern



Vedlegg 5. Søkeparametere

Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to January 20, 2023

#	Searches	Results
1	preoperative exercise/ or preoperative care/	65354
2	preoperative period/	9425
3	(preop* or pre-op* or pre-surg* or presurg* or (before adj (surg* or operat))).ti.	62085
4	1 or 2 or 3	110627
5	Patient Education as Topic/	88177
6	((patient* or inpatient* or outpatient*) and (educat* or informat* or teach* or instruct* or prepar*)).ti.	35053
7	5 or 6	111616
8	4 and 7	2701
9	(internet or online or on-line or digital* or web or website* or weblog* or webcast or e-health or ehealth or electronic health or m-health or mhealth or mobile health or e-care or ecare or mobile care or m-care or mcare or e-medicine or e-therap* or etherap* or electronic based or e-based or mlearning or m-learning or mobile-learning or electronic learning or elearning or e-learning or electronic teaching or e-teaching or electronic education or e-education or ipad* or keypad* or tablet or tablets or laptop* or e-mail or email or electronic mail or chat or chatting or phone or phones or telephone* or iphone* or cellphone* or app or apps or smartapp* or smartphone* or ((mobile or electronic) adj (technolog* or health technolog* or healthcare technolog* or application* or device*)) or android or text messaging or texting or sms or short message service* or mms or e-technolog* or multimedia or software* or podcast* or telemedical or telemedicine or telecare or tele-care or telehome* or tele-home* or telehomecare or tele-homecare or telehomeconsultation* or teleconsultation* or tele-consultation* or telecounsel* or tele-counsel* or telerehabilitation or tele-rehabilitation or telemonitoring or tele-	346755

	monitoring or telehealth or tele-health or telehealthcare or tele-healthcare or telecoach* or telecommunication* or telenursing or tele-nursing or information technolog* or video* or bluetooth or blue-tooth or youtube or ((remote or distance or distant) adj (rehabilitation or therap* or treatment* or communicat* or consultat* or counsel* or care or technolog* or medical technolog*))).ti,kf.	
10	8 and 9	133
11	limit 10 to yr="2000 -Current"	112
12	limit 11 to (danish or english or norwegian or swedish)	105