



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTERS UPPLEVELSE AV DIGITALISERAD INFORMATION INFÖR KRANSKÄRLSRÖNTGEN

Hur information delges och tas emot av patienten

Författare: Camilla Tonnqvist Palmertz, Eva Pipkorn

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå/Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2023
Handledare:	Jesper Englund
Examinator:	Kerstin Ulin
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka vår handledare Jesper Englund för kloka synpunkter på vårt arbete och din goda inblick i hjärtsjukvården.

Vi vill även tacka Annika Odell och Annika Blix för värdefull guidning i metoden kvalitativ innehållsanalys och allt där till.

Sammanfattning

Bakgrund: Patienter som skall genomgå kranskärlsröntgen och eventuellt PCI har behov av information om den förestående undersökningen. I samband med pandemirestriktioner våren 2020, ersattes ett informationsmöte i grupp med skriftlig information och ett digitalt verktyg, bestående av en informationsfilm samt en chatt-funktion.

Syfte: Syftet var att ta reda på hur digital information till patienten i form av text, film och chat upplevdes inför en kranskärlsröntgen och eventuell PCI.

Metod: En intervjustudie och kvalitativ innehållsanalys med patienter som gjort kranskärlsröntgen på en kardiologavdelning. Intervjuerna gjordes med ett bekvämlighetsurval där 16 patienter intervjuades. En intervjuguide togs fram med några huvudfrågor och underliggande stödfrågor, de flesta formulerade som öppna frågor, så att patienten kunde beskriva upplevelsen kopplat till syftet. En induktiv analys av texterna gjordes och ljudinspelningarna lyssnades igenom. Därefter transkriberades texten varefter meningsbärande enheter, koder och teman utkristalliserades.

Resultat: Patienternas upplevelser av det nya tillvägagångssättet mynnade ut i tre teman: *att ha kunskap, att känna trygghet och att möta digitalisering*, vilket resulterade i åtta subteman: att hantera information, att ha olika typer av informationsbehov, att känna sig trygg, att uppleva otrygghet, stöd av vänner och anhöriga, att kunna hantera digitala verktyg, svårt att hantera digitala verktyg och ovilja att hantera digitala verktyg. Av totalt 16 intervjuade patienter hade endast fem sett filmen och ingen hade använt sig av chatt-funktionen.

Slutsatser: Patienterna var nöjda med det nya arbetssättet men förbättringspotential finns. En rekommendation är att göra det digitala verktyget mer lättillgängligt för patient och anhöriga på 1177 eller på Sahlgrenska Universitetssjukhusets hemsida. En annan rekommendation är att se över hur informationssidan på 1177 kan förenklas och förtydligas ytterligare. Det nya arbetssättet har lett till att sjuksköterskan inte har samma tidiga kontakt som innan varför en utökad muntlig kontakt skulle vara fördelaktig för främjande av hälsa och omvårdnad.

Sökord: digitaliserad information, digitalt verktyg, kranskärlsröntgen, patientinformation, chatt, omvårdnad

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	3
Innehållsförteckning	4
Introduktion	6
Bakgrund	6
Personer med kranskärslssjukdom	6
Förekomst av kranskärslssjukdom	6
Kranskärlsröntgen	7
Genomförande av PCI.....	7
Kardiologisk omvårdnad.....	8
Patientens rätt till information	9
Information inför kranskärlsröntgen	9
Omvårdnad och e-hälsa.....	10
Sjuksköterskans kärnkompetenser	10
Personcentrerad vård.....	10
Säker vård	11
Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling	11
Problemformulering	11
Syfte	11
Metod	12
Urval	12
Datainsamling	12
Dataanalys.....	12
Etiska överväganden	15
Resultat	15
Tema 1: Att ha kunskap.....	16
Att hantera information.....	16
Att ha olika typer av informationsbehov	16
Tema 2: Att känna trygghet.....	17
Att känna sig trygg.....	17
Att uppleva otrygghet	17
Stöd av vänner och anhöriga.....	17
Tema 3: Att möta digitalisering.....	18
Att kunna hantera digitala verktyg.....	18

Oförmåga att hantera digitala verktyg	18
Ovilja att hantera digitala verktyg.....	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	20
De tre teman.....	20
Resultatets trovärdighet	23
Hållbarhetsperspektiv	24
Slutsatser	24
Kliniska implikationer	25
Referenser	26
Bilagor	28

Introduktion

Patienter som skall genomgå kranskärlsröntgen (koronarangiografi) och en eventuell perkutan koronar intervention (PCI), har ett behov av information inför ingreppet. För en god omvårdnad är det viktigt med bra kommunikation mellan sjuksköterska och patient. På kardiologavdelningen på Sahlgrenska sjukhuset samlades tidigare en grupp med cirka 12 elektiva patienter, det vill säga inplanerade undersökningar, under en dag på Hjärtmottagningen. Där fick de information ifrån sjuksköterska och läkare om hur ingreppet skulle gå till och parallellt togs prover där läkare skrev in patienterna samtidigt som det fanns möjlighet för patienterna att ställa frågor.

När pandemirestriktioner infördes våren 2020 blev det en utmaning att ha personliga möten. Under 2021 utvecklades därför ett digitalt verktyg i form av en instruktionsfilm samt en chatt-funktion med möjlighet att ställa frågor. Filmen och chatten nås via plattformen 1177 Stöd och Behandling (SoB) och patienterna får hemskickat ett skriftligt instruktionsbrev där det bland annat står hur de kan logga in. För personalen gav det nya arbetssättet en positiv effekt i och med att arbetstid frilades vilket kunde omsättas till andra arbetsuppgifter och man har därför valt att fortsätta att arbeta på detta sätt.

Problemet idag är att man inte vet i vilken omfattning patienterna använder det digitala verktyget, och i vilken mån de är hjälpta av det samt vad de tycker om det. Kopplat till sjuksköterskans kärnkompetenser (Leksell & Lepp, 2019), att arbeta personcentrerat och erbjuda en säker vård, är det av stor vikt att utreda ifall det digitala verktyget erbjuder en likvärdig omvårdnadskvalitet för att främja god hälsa jämfört med vad som tidigare erbjöds.

Enligt uppgifter ifrån Kardiologavdelningen på Sahlgrenska sjukhuset, gjordes under 2022 totalt 3324 kranskärlsröntgenundersökningar, varav 22 procent var elektiva. Data ifrån våren 2022 visade att cirka 60 procent hade gått in på länken till 1177 men det var oklart om patienterna hade sett filmen.

För att erbjuda en god vårdkvalitet och hålla patientsäkerheten fortsatt hög har denna studie genomförts. Med insikter ifrån patientupplevelserna av det nya digitala verktyget kan vårdens ständiga förbättringsarbete fortsätta.

Bakgrund

Personer med kranskärlssjukdom

Förekomst av kranskärlssjukdom

Hjärt- och kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken i Sverige (Socialstyrelsen, 2021). Idag avlider inte människor av infektioner och svält i samma omfattning som tidigare tack vare den sociala och ekonomiska utvecklingen. I kombination med ett ökat kaloriintag samt minskad fysisk aktivitet har hjärt- kärlsjukdomar ökat. Detta har lett till att undersökningar så som kranskärlsröntgen har blivit allt vanligare (Sundström, 2010).

Kranskärlsröntgen görs i syfte att undersöka om det finns stenoser (förträngningar) eller ocklusioner (blockeringar) inne i hjärtats artärer. I de fall där medicinsk behandling inte är tillräcklig kan olika åtgärder göras beroende på förträngningarnas utbredning och storlek, där den ena är PCI och den andra kallas för by-passoperation (CABG) (Ask & Ivarsson, 2012). I denna studie beskrivs enbart kranskärlsröntgen och åtgärd med PCI.

Kranskärlsröntgen

Patienter som har misstänkta förträngningar i kärlen kan genomgå en kranskärlsröntgen vilket innebär att man sprutar kontrastvätska i kranskärlen med hjälp av en kateter för att upptäcka eventuella stenoser (Lindgren & Holst-Hansson, 2016). Sedan 1950-talet har en undersökningsform utvecklats för att undersöka hjärtat, detta sker genom att kontrastmedel förs in via en kateter i hjärtats kranskärl. Idag är det ett relativt enkelt ingrepp genom att punktera en artär på handleden eller i ljumsken och föra in en kateter i kärlet som leder till hjärtat.

Enligt informationsmaterialet till patienten (bilaga III:2) är risken för allvarliga komplikationer mindre än en procent samt att stråldoserna är låga. En svår komplikation kan vara stroke varför patienten alltid behandlas med blodförtunnande läkemedel (James, 2010). Risken för komplikationer ökar med stigande ålder och kvinnor har högre risk än män, men risken är fortfarande liten. Som vid all röntgen med kontrast behöver en övervägning göras för patienter med nedsatt njurfunktion, varvid blodprover tas innan undersökningen (James, 2010).

Under senare år har val av punktionsställe alltmer övergått till att gå in via arteria radialis i handleden, då det är enklare att stoppa blödning där gentemot femoralisartären i ljumsken. Det ger också ökad komfort för patienten tack vare snabbare mobilisering efter undersökningen (James, 2010). Över insticksstället sätts ett tryckförband vilket skall behållas under fyra timmar. För patienter där ingreppet sker via ljumsken innebär det att de måste vara sängliggande under några timmar (Ask & Ivarsson, 2012).

Under genomförande av en kranskärlsundersökning förs ett kort plaströr in i artären, en så kallad introducer, vilken ligger kvar under hela undersökningen. Via introducern förs sedan en undersökningskateter in. Katetern är en dryg halvmeter lång metalledare med mjuk spets, genom vilken kontrastmedel sprutas in (Ask & Ivarsson, 2012). Det finns flera varianter av katetrar och de har oftast en diameter som är mellan 1,6 mm och 2,3 mm (James, 2010).

Enligt informationsmaterialet till patienten kan det uppstå ett blåmärke och en svullnad runt insticksstället samt att patienten kan uppleva viss smärta (bilaga III:2).

Genomförande av PCI

Om stenoser upptäcks finns möjlighet att vid samma tillfälle utföra en så kallad ballongvidgning som är en form av PCI. Det är en intervention där en stent (metallnät) förs in i katetern upp via aorta och planteras på den plats i hjärtats kranskärl där en förträngning har identifierats (Lindgren & Holst-Hansson, 2016). I och med att tekniken blir bättre och läkemedlen säkrare så ökar antalet PCI-behandlingar och därmed så har antalet by-passoperationer kunnat minskas, till fördel för patienten eftersom PCI-behandlingen är ett avsevärt mindre ingrepp än en by-passoperation (Ask & Ivarsson, 2012).

Stenten är belagd med en läkemedelsyta som minskar risken för återförträngning och är hoptryckt kring en liten ballong. Denna ballong expanderas under cirka 15–30 sekunder då stenten trycks ut mot kärlväggen. I samband med detta stängs blodflödet av tillfälligt i kärlet och patienten kan uppleva kärlekskramp. Luften dras slutligen ur ballongen varefter katetern kan föras ut ur kärlet (Ask & Ivarsson, 2012).

Kardiologisk omvårdnad

Väntetiden är oftast lång för många patienter inför kranskärlsröntgen och en eventuell PCI. Det är dessutom en mental förberedelse vilket kan leda till problem som stress och oro vilka i sin tur är negativa för kranskärlssjukdomen. Därför är det viktigt att patienten får saklig information inför ingreppet. Förslag på livsstilsförändringar som stressreduktion, rökavvänjning, viktnedgång och kostråd är bra att börja med redan innan ingreppet. Sjuksköterskan har här en viktig uppgift att informera samt att försöka få patienten att förstå att PCI hjälper mot symptomen men inte påverkar orsakerna till kranskärlssjukdomen (Ask & Ivarsson, 2012).

Normalt brukar patienten lämna blodprov cirka två dagar innan inskrivningssamtalet med läkare, för att kontrollera att värdena ser bra ut. Patienten tillfrågas vid samtalet om allergier och informeras om vilka mediciner som inte får tas i samband med ingreppet. Läkaren går även igenom risker med ingreppet och patienten får möjlighet att ställa frågor. På undersökningdagen får patienten äta frukost som vanligt och skall duscha med vanlig tvål innan de kommer till sjukhuset. Väl på avdelningen tilldelas patienten en sängplats, får byta om till sjukhuskläder och en venkateter sätts i armen för att kunna ge läkemedel (bilaga III:2).

Sedan tas patienten till undersökningssalen, det så kallade PCI-labbet och kopplas där upp mot kontinuerlig EKG- och blodtrycksmätning. En operationssköterska utför därefter steriltvätt runt handleden (alternativt ljumskområdet) varefter patienten kläs med steril duk. Patienten uppmanas att inte lyfta steriltvättad arm, vanligtvis höger arm, samt undvika att dra djupa andetag, hosta eller gäspa med syfte att behålla en så steril miljö som möjligt. Under ingreppets gång övervakas patienten hela tiden och tillfrågas kontinuerligt hur hen mår, och eventuellt ges lugnande eller smärtstillande läkemedel. När ingreppet är klart sätts ett tryckförband på handleden som skall sitta kvar i minst fyra timmar (bilaga III:2).

När patienten kommit upp till avdelningen får hen vara uppe och gå men armen måste hållas i högläge. Sjuksköterskan övervakar tryckförbandet och minskar successivt på trycket för att sedan avlägsnas helt. Om sticket gjorts i ljumskan måste patienten ligga plant i sängen några timmar. Patienten kan vanligtvis gå hem efter några timmars vistelse på vårdavdelningen men får inte köra själv på grund av de lugnande läkemedel som getts samt eventuell blödningsrisk. Väl hemma så uppmanas patienten att inte göra tunga lyft den närmsta tiden (bilaga III:2).

När det gäller uppföljningen efter PCI och det faktum att många kranskärlssjuka patienter har riskfaktorer såsom höga blodfettsnivåer, högt blodsocker, för hög stressnivå, ska dessa erbjudas uppföljning på hjärtmottagning. Trots genomgången PCI behövs riskfaktorerna utvärderas och patienten behöver erbjudas hjälp till självhjälp (Ask & Ivarsson, 2012).

Patientens rätt till information

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall vård och behandling utformas i samråd med patienten i möjligaste mån. Vidare har patienter rätt till individuellt anpassad information när det gäller undersökningsmetoder, förväntat vård- och behandlingsförlopp samt risker och biverkningar. Det är viktigt att utgå utifrån ett patientperspektiv där man tar reda på vad patienten vill och behöver veta för att kunna följa den rekommendation som ges (Larsson m.fl., 2016).

Enligt Tom & Phang (2022) är den preoperativa fasen en kritiskt viktig tidpunkt då patienten är i stort behov av information, vilket måste bemötas av sjuksköterska och övrig vårdpersonal. Artikelförfattarna jämförde traditionell information som fysiskt möte och broschyrer med att erbjuda informationsfilmer och mätte parametrar som införskaffning av kunskap och psykiskt välmående.

Information inför kranskärslsröntgen

Sedan 2021 är det en ny rutin på grund av pandemin, kring hur den elektiva patienten får information inför en kranskärslundersökning på Sahlgrenska sjukhuset. Förloppet för en patient ser oftast ut enligt följande, en läkare på patientens vårdcentral skickar en remiss till Kardiologen varefter en koordinator på avdelningen tar emot remissen och kallar patienten. Detta kan ske på två sätt, oftast genom att patienten får kallelsen via ett brev alternativt att koordinatören ringer upp ifall det blivit ett återbud och frågar om patienten kan tänka sig att komma med kort varsel. Innan pandemin fanns inga köer medan man idag som elektiv icke-akut patient kan få vänta upp till mellan åtta och nio månader.

Det informationsmaterial som patienten får hemskickat består av:

- 1) Information med datum och tid för undersökningen, med ett telefonnummer dit patienten kan ringa vid behov för att ändra tid eller om hen har frågor (se bilaga III:1).
- 2) Information om händelseförloppet (fyra sidor), där en beskrivning om hur inloggning på 1177 SoB görs samt att det finns en instruktionsfilm om hur undersökningen går till (bilaga III:2).
På sista sidan finns information hur man kan få kontakt om man har frågor samt även kort angivet att man kan skicka frågor via en chatt-funktion på 1177 SoB.
- 3) Information om inskrivningssamtal med läkare, där tid och datum finns angivet, samt telefonnummer till koordinatören (bilaga III:3)
- 4) Instruktioner för provtagning, var patienten kan ta sina prover samt att de inte får vara äldre än sju dagar (bilaga III:4)
- 5) Remiss för provtagning (bilaga III:5)
- 6) Formulär som skall fyllas i och tas med till sjukhuset (bilaga III:6).
- 7) Informationshäfte om forskning som pågår på Sahlgrenska sjukhuset (bilaga III:7).

Ungefär en vecka innan undersökningen ringer läkaren upp patienten för ett inskrivningssamtal och det är inte alltid den läkare som kommer göra undersökningen som

kontaktar patienten. Förutom det skriftliga materialet som skickas ut finns även information på 1177 SoB, vilken innehåller samma textinnehåll. Där finns även en inspelad film om händelseförloppet. Se bilaga IV.

Omvårdnad och e-hälsa

Idag har användningen av informations- och kommunikationsteknik (IKT) nått en allt större utbredning i samhället och digitala hjälpmedel används såväl privat som inom hälso- och sjukvård. I slutet av 1990-talet började begreppet e-hälsa att användas som en beskrivning av hälsorelaterat stöd via internet (Sävenstedt, 2019). IKT ökar möjligheten till egenvård men kräver att patienten har tillgång till internet och kunskap om hur det används. För sjuksköterskan kan det underlätta omvårdnadsarbetet samtidigt som det leder till nya utmaningar när det gäller kommunikation och nya arbetsmetoder (Sävenstedt, 2019).

Nymberg m.fl. (2019) har utforskat äldre patienters (65 – 80 år) efterlevnad av nya innovativa e-hälsoinstrument samt attityder, erfarenheter och förväntningar för att förstå de faktorer som påverkar. Slutsatsen är att de äldre upplevde en ambivalens mot e-hälsa, oro för tillgänglighet till hälso- och sjukvård och önskan att lära mer.

Öberg m.fl. (2017) studerade svenska sjuksköterskors uppfattningar om att använda digitala hälsosystem och tjänster för att stödja patienternas självhantering. Sjuksköterskorna upplevde en känsla av omsorg mitt i ett digitalt kaos där de upplevde bristande överblick och kontroll i det dagliga arbetet samt blandade känslor för digitalisering.

Forss (2019) menar att med vetskapen om att alla människor är unika individer och kan uppleva den information som ges olika, är det viktigt att man har ett kritiskt förhållningssätt till den information som förmedlas med hjälp av teknik och att den når fram till patienten i syfte att erbjuda en säker vård och minskad risk för vårdskador. Omvårdnadsmissigt krävs förståelse för patientens autonomi, likabehandling, trygghet och känsla av delaktighet.

Sjuksköterskans kärnkompetenser

Inom kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ingår totalt sex kärnområden som ligger till grund för arbetet att ge en bra och säker vård. Riktlinjerna betonar bland annat vikten av partnerskapet mellan sjuksköterska och patient för att på bästa sätt uppfylla patientens behov så att god omvårdnad kan ges. Här tas kärnkompetenserna personcentrerad vård, säker vård samt förbättringskunskap och kvalitetsutveckling upp eftersom de har direkt koppling till syftet.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att ett partnerskap upprättas mellan patienten och vårdpersonalen. Detta leder till att patienten som individ är i fokus före sjukdom och symptom på ohälsa med en egen autonomi som är delaktig i vården och kan fatta egna beslut.

En viktig förutsättning är att en god och kontinuerlig dialog finns mellan patient och vårdpersonal under hela vårdförloppet (Leksell & Lepp, 2019).

Säker vård

Med säker vård menas att arbeta patientsäkert och ha handlingsberedskap så att vårdskador kan förebyggas i möjligaste mån. Vidare skall sjuksköterskan identifiera förbättringsåtgärder och delta i uppföljning och utvärdering. Legitimerad sjuksköterska ska vara riskmedveten och arbeta proaktivt genom att identifiera risker och rapportera negativa händelser samt beakta patientens rättigheter, integritet och självbestämmande i säkerhetsarbetet (Leksell & Lepp, 2019).

Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling

En legitimerad sjuksköterska skall utifrån patientens behov och resurser för en god och säker vård utveckla god omvårdnad. Detta innebär exempelvis att kontinuerligt leda förbättringsarbete, utvärdera och kritiskt reflektera över befintliga metoder och rutiner inom verksamheten såväl som att arbeta med införande av ny kunskap och arbetssätt. I förbättringsarbetet är det också viktigt att involvera patienter och anhöriga (Leksell & Lepp, 2019).

Problemformulering

För en god omvårdnad i samband med kranskärlsröntgen och eventuell PCI är det viktigt med bra kommunikation mellan sjuksköterska och patient.

Informationen till patienten har tidigare varit skriftlig tillsammans med ett fysiskt möte där patienter fick mötas och få information under en dag på sjukhuset. Den skriftliga informationen finns kvar men det fysiska mötet har ersatts av ett digitalt verktyg i form av en film och en chatt-funktion på 1177.

Problemet är att det saknas kunskap om vad patienterna tycker om det nya tillvägagångssättet och till vilken grad de tagit till sig informationen samt ifall de använt det digitala verktyget. Fyller det samma funktion som det tidigare fysiska mötet eller saknas något? Vi vill förstå patienternas uppfattningar om varför det erbjudna digitala verktyget har använts eller inte, samt deras upplevelser av detta med mål att leda till förslag på förbättringar för att främja hälsa och omvårdnad.

Syfte

Syftet var att ta reda på hur digital information till patienten i form av text, film och chat upplevdes inför en kranskärlsröntgen och eventuell PCI.

Metod

Metoden som användes var en intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys där vi ville undersöka hur patienter som genomgått en kranskärlsröntgen upplevde den information som de delgivits innan ingreppet. Valet av kvalitativ metod lämpade sig bra för forskningsfrågan då vi ville fånga patienters upplevelser och försöka förstå deras upplevelser och önskemål (Danielsson, 2017a).

Urval

Urvalet som gjordes var patienter som vårdades elektivt på en kardiologavdelning på Sahlgrenska sjukhuset inför en kranskärlsröntgen.

I den kvalitativa studien användes ett bekvämlighetsurval vilket lämpade sig bäst då intervjuerna skedde under en relativt kort och begränsad tid.

Utifrån syfte och metod så sattes som mål att försöka få till ett tjugotal intervjuer då det inte sällan blir bortfall av intervjupersoner (Danielsson, 2017b). Målet var rimligt men högt satt då avdelningen i snitt hade två elektiva koronaangiografiundersökningar per dag.

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod gjordes kvalitativa intervjuer med öppna frågor så att patienten kunde beskriva upplevelsen kopplat till arbetets syfte. Till hjälp användes en intervjuguide där några huvudfrågor formulerades tillsammans med underliggande stödfrågor (bilaga I). Denna form, som även kan kallas ostrukturerad intervjumetod, ansågs lämplig då det var patienters upplevelser och uppfattningar som skulle beskrivas (Danielsson, 2017b).

Patienterna tillfrågades om att delta av studenterna alternativt av en sjuksköterska i samband med sitt besök på avdelningen. Intervjun hölls efter genomförd intervention antingen på avdelningen samma dag eller via telefon någon dag senare. Intervjun varade cirka 10–20 minuter och totalt genomfördes 16 intervjuer med ett bortfall av fyra patienter. En patient tillfrågades inte på grund av stora språksvårigheter med svenska, en tackade nej, en fick en komplikation efter undersökningen och en var alltför medtagen efter PCI-ingreppet för att tillfrågas. Intervjuerna spelades in med diktafon som hade lånats ifrån Institutionen för vårdvetenskap och hälsa och utfördes under en period av två veckor.

Dataanalys

Dataanalysen vid en kvalitativ innehållsanalys kan göras induktivt eller deduktivt. Med induktivt menas att utgå ifrån innehållet i texten som helhet och med deduktivt menas att utgå från en specifik modell eller teori (Danielsson, 2017b). I denna studie valdes en så kallad konventionell induktiv innehållsanalys där fokus är att beskriva variationer i de texter som

görs genom att identifiera skillnader och likheter samt att skapa koder, kategorier eller teman utifrån texten (Hsieh & Shannon, 2005). Lundman & Graneheim (2008) menar att kvalitativ innehållsanalys kan anpassas efter forskarens kunskap och erfarenheter varför denna metod ansågs lämplig för studien.

Analysen av data påbörjades genom att lyssna igenom ljudinspelningarna i sin helhet med mål att återskapa patienternas nyanser och känslor som framkom under intervjun. Därefter transkriberades materialet av en av studenterna och den andra studenten korrekturläste gentemot inspelat material. Den transkriberade texten togs med i sin helhet där även pauser och fyllnadsljud togs med i möjligaste mån och texten läste igenom flera gånger (Lundman & Graneheim, 2008). Parallellt med intervjuarbetet gjordes innehållsanalysen genom att text som svarade emot syftet lyftes ut och lades in i ett analyschema och sedan grupperades i meningsbärande enheter, koder och kategorier.

Därefter påbörjades en kreativ process där koder och kategorier med liknande innehåll kunde grupperas och olika sammanhang kunde skönjas vilka mynnade ut i subteman och teman (Danielsson, 2017b). Ett hjälpmedel som användes var att skriva på färgade lappar som sattes upp på väggen och hjälpte till att få en bra överblick av analysgången.

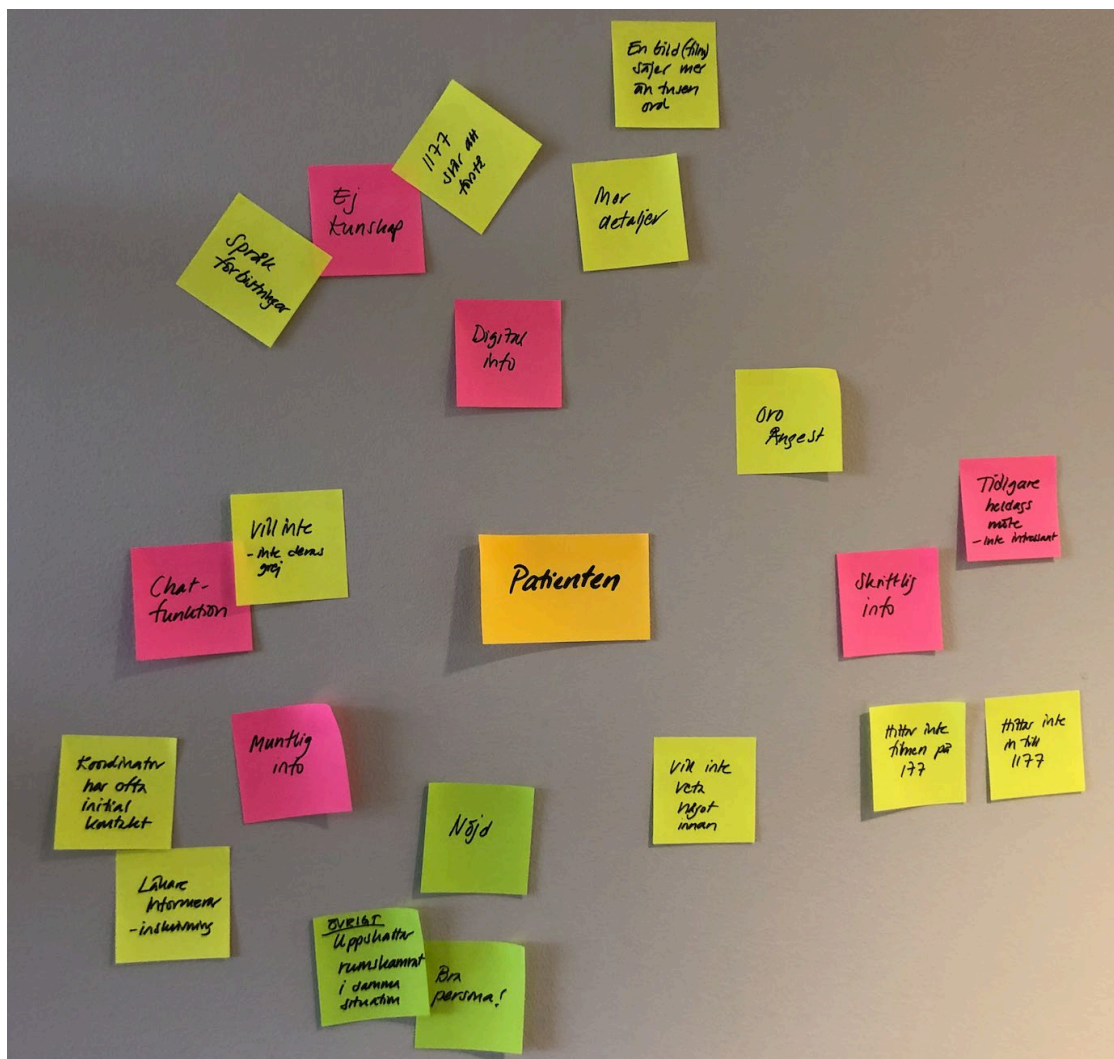


Bild 1. Kreativ process med utformning av koder och kategorier med patienten i fokus

Under analysens gång diskuterades det manifesta, det vill säga det synliga innehållet, jämfört med det latenta innehållet där innebörden tas fram genom tolkning av texten (Danielsson, 2017b). Därefter gjordes reflektion av de underliggande meningarna i intervjuerna. Dessutom jämfördes koder och underteman för att kontrollera att de stämde överens. Resultatet blev tre teman, ett första förslag visas i bild 2.

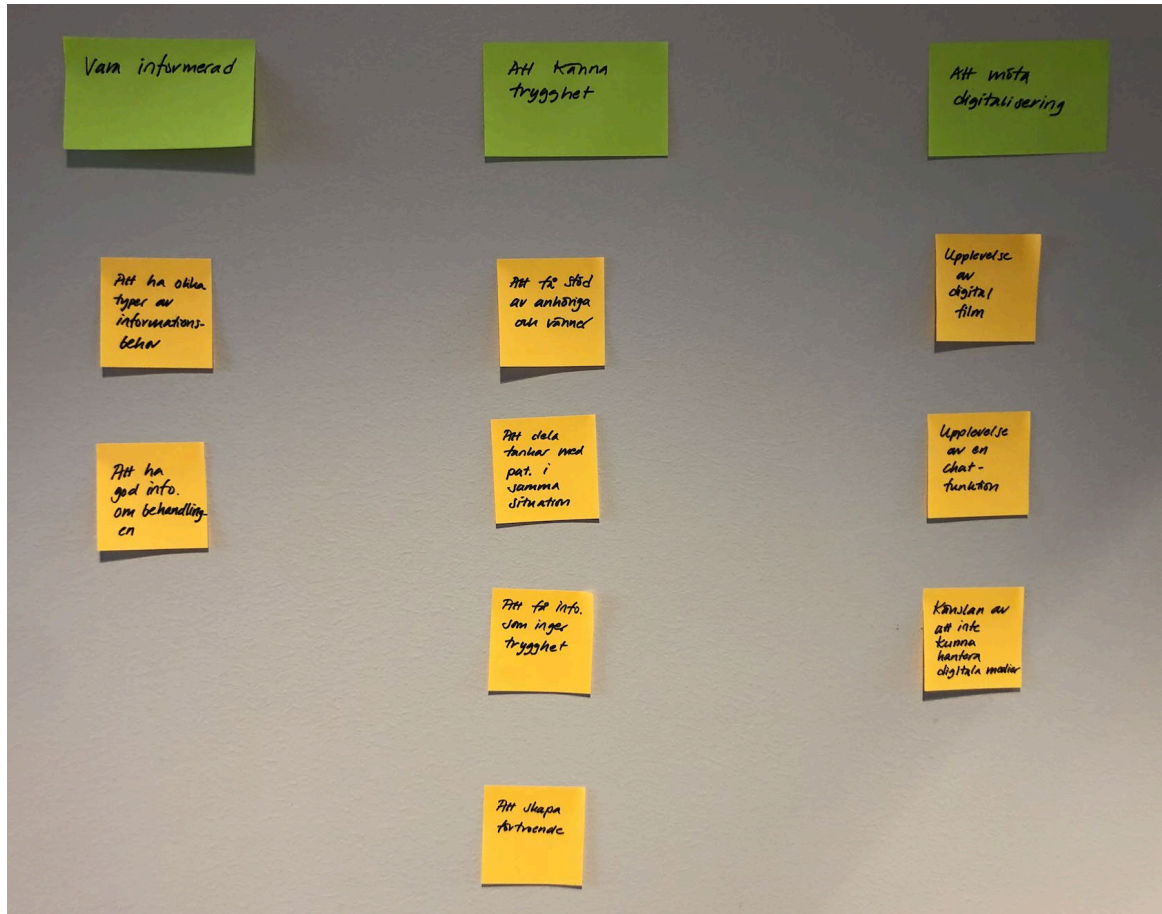


Bild 2. Tre teman, ett första förslag utkristalleras

I de tre tabellerna nedan redovisas utifrån frågeställningarna de koder, underteman och teman som framkom under analysprocessen.

Tabell 1. Att ha kunskap

TEMA	Att ha kunskap					
Undertema	Att hantera information			Att ha olika typer av informationsbehov		
Kod	nöjd	tydligt	okunskap	film som komplement	vill veta	vill inte veta
Kondenserad meningsenhet	"bra läkar-samtal"	"detaljerad information"	"Nej, det har jag missat"	"Film säger mer än bok"	"bra och väl-informerande"	Nej film.. såg inte, lite panik ...vill inte de skall berätta
	"nöjd med info"	"det var ju glasklart"	"jag e inte så bra på det"	"klart mycket bättre med film också"	"ville veta innan"	"såg att det stod det.. kollade inte på den"

Tabell 2. Att känna trygghet

TEMA	Att känna trygghet		
Undertema	Att känna sig trygg	Att uppleva otrygghet	Stöd av vänner och anhöriga
Kod	trygg	otrygg	info av anhöriga
Kondenserad meningsenhet	"kände mig inte orolig eller någonting"	"jag kände osäkerhet om jag hade gjort rätt"	"såg den tillsammans med min fru"
	"fått info behövde, saknar inget"	"nej jag ville inte för jag blir panik lite"	"kusiner eller mina barn som kan hjälpa"

Tabell 3. Att möta digitalisering

TEMA	Att möta digitalisering			
Undertema	Att kunna hantera digitala verktyg	Svårt hantera digitala verktyg	Ovilja att hantera digitala verktyg	
Kod	Lätt inlogg	Krångligt med 1177	Ej använt chat	Ej sett film
Kondenserad meningsenhet	"tydlig info logga in"	"inte bra på data.. min fru sköter det"	"inte riktigt min grej"	"orkar inte ödsla tid"
	"film säger mer än bok"	"var inne där och trasslade"	"nej, det gjorde jag inte... väldigt mycket chattar överallt"	"tycker det är ineffektivt"

Etiska överväganden

Studien där patienter intervjuades först efter sin undersökning och enbart om sina upplevelser av informationsmaterial inför undersökningen följer Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). Den granskades och godkändes av etikgruppen vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa på Göteborgs universitet. Efter godkännandet kunde ett skriftligt godkännande erhållas från verksamhetschef på kardiologen på SU. Deltagarna i studien erhöll muntlig och skriftlig information avseende forskningsplanen och dess syfte, se bilaga II. Patienterna fick också information om att intervjun när som helst kunde avbrytas och att all information skulle komma att avidentifieras.

Från avdelningen fanns en önskan om att få så stor spridning av patienternas bakgrund som möjligt. På grund av att urvalet var ett bekvämlighetsurval under begränsad tid, tillsammans med att registrering av ålder och kön inte fick göras, så kunde inte detta önskemål tillgodoses.

Resultat

Resultatet baseras på intervjuer från 16 patienter som fått information om en förestående kranskärlsröntgen och en eventuell PCI där ett fåtal är kvinnor och majoriteten är över 70 år. Av de intervjuade hade knappt hälften en icke svensktalande bakgrund, vilket är viktigt ur aspekten att all information idag delges på svenska. Resultatet presenteras i löpande text.

I syfte att beskriva patientens upplevelser av den information som delgivits samt att identifiera det kunskapsglapp som finns togs tre teman fram i analysarbetet: *att ha kunskap*, *att känna trygghet*, och *att möta digitalisering*. Under dessa skapades åtta underteman, där citat ifrån intervjuerna lades in för att förtydliga innebörden i texten. Vilken patient citaten är hämtad ifrån är kodad inom parentes och presenteras i löpande text. Resultatet visar att endast

fem personer, 31 procent, hade sett filmen och ingen hade använt sig av chatt-funktionen vilket kan jämföras med de 60 procent som hade loggat in på länken i 1177 och som beskrivs i inledningen.

Tema 1: Att ha kunskap

Att hantera information

I analysen som gjordes delades patienterna upp i de som hade förstått och de som inte hade förstått den delgivna informationen. Av de som förstått den skriftliga informationen, var merparten nöjda och uttryckte:

”det stod väldigt detaljerat vad jag skulle göra och vad jag inte får göra”(P1)

”Det stod ju att man skulle duscha som vanligt, äta som vanligt och ta sina mediciner. Det var ju glasklart tycker jag”(P2)

”det stod ju tydligt var jag skulle gå in och allting”(P6)

De som sett och förstått innehållet i filmen uttryckte:

”verkligen intressant... får lite mer kött på benen”(P3)

”film säger mer än bok eller en bild säger ju mer än tusen ord”(P2)

När det gällde den muntliga informationen var alla patienter nöjda förutom en person som hade erbjudits information men tackat nej. Alla patienter hade muntlig kontakt över telefon med läkaren vid inskrivningssamtalet och det uppfattades som positivt av alla patienter. Ett fåtal uttryckte att de hade känt sig stressade över att ta upp läkarens tid, och att det varit svårt att komma på frågor. En sa *”jag visste ju inte vad jag mer skulle behöva för information. ...det kan man ju inte alltid veta bara, för man vet inte vad för information som finns...”* (P14).

En annan uttryckte det *”Han ringde ett par timmar senare än vad som stod men jag förstod att han hade haft mycket att göra, han ringer när han hinner”(P8)*. Över lag upplevde patienterna att de har fått ställa sina frågor och fått sina svar.

Vissa patienter nyttjade ytterligare en möjlighet till telefonkontakt vilket var via koordinatorn, som enligt informationsmaterialet kunde nås på förmiddagar mellan kl.9-10. I vanliga fall skickar koordinatorn bara ut en kallelse och ett informationsmaterial men i de fall det blir ett återbud ringer hen upp och förhör sig om det finns någon patient som kan tänka sig att komma med kort varsel. I dessa fall kan patienten också passa på att ställa frågor till koordinatorn innan bokningsbekräftelse och informationsmaterial skickas ut.

Att ha olika typer av informationsbehov

Patienterna uttryckte olika behov av att få information. Vissa ville veta allt och gärna lite till, medan andra inte ville veta mer än nödvändigt och helst ingenting.

En patient uttryckte önskemål om att ta informationen stegvis:

"det är jobbigt att få, eee, liksom, skall man säga, stressituation med hela grejen och sedan så, man tar ju typ. Jag tar det i steg.. " (P12).

Två andra patienter uttryckte en stark vilja att inte veta något och en av dem ville helst sova bort allt:

*"Nej, nej jag ville inte se den - därför att det är bäst man vet inte vad händer." (P6).
"jag blir lite panik också om vad de gör... jag vill inte läkare skall berätta vad de gör. Jag har sagt till läkare jag gärna vill sova från början. Jag vill inte se. Men de sa, det går inte"(P7)*

Noterbart är att filmen används mer som ett komplement till den skriftliga information som erbjuds, där några valt att inte se filmen då de anser sig ha fått tillräckligt med information i det skriftliga materialet:

*"Nej jag försökte inte heller för att jag eee jag tyckte det var så utförligt skrivet å så att tyckte att det räckte." (P9).
" jag tyckte inte jag behövde, jag tyckte jag läste mig till det mesta.. jag hade ju kollat lite själv innan också.. genom att läsa om det på nätet" (P16)*

Tema 2: Att känna trygghet

Att känna sig trygg

Att känna trygghet är viktigt. Patienterna hade olika strategier för att söka trygghet. Vissa sökte mängder med information för att skapa sig kontroll:

*" Jag kände mig inte orolig eller någonting" (P2)
" Jag behövde inte mer information. Jag kände mig ganska lugn med det som jag hade fått reda på och kände till" (P16)*

Att uppleva otrygghet

Andra skapade sig trygghet genom att undvika alltför detaljerad information om undersökningen. Otryggheten för dem var att ha all information och behöva hantera den:

*"Jag har sagt till läkare jag gärna vill ska sova från början. Jag vill inte se. Men de sa, det går inte"(P7).
"Jag hade fortfarande oro, det skulle man nog påstå" (P4)*

Stöd av vänner och anhöriga

Många hanterade möjligheten till information genom att ta del av vänner och släktingars upplevelser av de som genomgått samma eller liknande undersökning. De använde sig också av vänner och släktingar för att få förtydligat i de fall deras språkkunskaper var bristande då

informationen idag endast är på svenska. Dock hade ingen av de intervjuade behov av materialet på sitt modersmål då de hjälpligt kunnat läsa svenska:

”Jag fick hjälp av mina barnen. Det är bra för mig i alla fall. Vi hade kusiner eller mina barn som kan hjälpa oss. Samtidigt jag kan inte läsa på svenska också. Inte ganska jättebra, men jag förstår i alla fall” (P5)

” Min kusin han är läkare och har egen vårdcentral så jag också pratade med honom. Så jag nästan vet exakt hur det går till” (P14)

Tema 3: Att möta digitalisering

Att kunna hantera digitala verktyg

Den digitala delen i informationen inför undersökningen består av en film samt möjlighet att ställa frågor i en chatt via plattformen SoB som finns under 1177.

Patienter som hade en smartphone, läsplatta eller dator kunde hitta denna information genom att logga in med sitt bank-id:

”Det var ju bra information i brevet, men det blev ju klart mycket bättre med att man kan se en film också.... ja, eh en bild säger ju mer än tusen ord...” (P2)

” Det har varit väldigt bra, i och med att 1177 så kan jag ställa frågor, direkt och det har fungerat bra” (P13)

”...har använt 1177 innan så jag vet ju hur det funkar redan” (P16)

Oförmåga att hantera digitala verktyg

Det har visat sig att en del av de äldre hade svårt att hantera 1177, både att logga in och att hitta rätt. Även yngre visade sig ha svårigheter:

”Det enda jag upplevde då var att eee.. jag kände osäkerhet om jag hade gjort rätt eller om länken var rätt.... alltså på 1177” (P4).

” Det är lite irriterande då man går igenom det här och sedan i alla fall i slutet är det något som försvinner bort. ... eee... det var ju tiden till labbet...och då gick jag in på 1177 och kom fram och tillbaka och ee så ... var det var kopplat för gamla papper.. (P14).

En patient som har datorvana men som ändå inte hittade in på 1177 sade:

” Jag har ju gått och gogglat på det här så jag kan ju hela biten ändå...skratt.” (P8).

Ovilja att hantera digitala verktyg

Några av patienterna ville inte logga in och läsa informationen. De tyckte antingen att de inte behövde, då de ansåg sig tillräckligt informerade av den skriftliga informationen där några

även fått information ifrån vänner och släkt. Några ansåg att det tog för lång tid och valde bort den digitala delen. Främst var det chatt-möjligheten som valdes bort. Ingen av de intervjuade hade använt chatt-funktionen och hade inte önskemål att göra det heller:

"Har jag sett den så har jag nog bara tittat bort... gör jag i andra fall när jag ser chatt-funktioner. Vissa hänger väl på och tycker att det är helt OK, att kommunicera på det sättet"(P5)

"Jag vill gärna ha riktig kontakt va...det där med chatta är ingen höjdare...tycker jag. Det är mer eran ålder som ..."(P8)

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av kvalitativ intervjustudie lämpar sig bra då det saknas kunskap om hur ett fenomen upplevs, vilket stämde bra in på den studie som vi utförde med patienter och deras upplevelser av digitala verktyg. Med intervju som metod får man möjlighet att förstå deltagarnas upplevelser av det syfte som studien har (Danielsson, 2017a). Kvalitativ innehållsanalys är också en analysmetod som kan anpassas till datamaterialet och forskarens kunskaper och erfarenheter (Lundman & Graneheim, 2008), vilket har varit en fördel för oss då vi inte hade använt oss av denna metod tidigare.

Som urvalsmetod använde vi oss av ett bekvämlighetsurval eftersom vi hade begränsad tid att genomföra intervjuerna på samt att avdelningen endast hade cirka två lämpliga patienter per dag som passade vårt syfte. Enligt Danielsson (2017a) är riktmärket för denna typ av intervjuer cirka 20 personer, eftersom några personer ofta faller bort, vilket medför att man i slutändan hamnar på runt 10 – 20 intervjuer. I vårt fall hamnade vi på 16 av 20 möjliga att intervjuas, vilket får anses som en styrka med tanke på den korta tiden vi hade på oss. Bortfallet av fyra personer berodde på olika saker där två upplevdes för oroliga, en som inte talade svenska och en som fick komplikationer efter PCI-behandlingen.

Enligt Danielsson (2017a) kan man använda sig av en intervjuguide, vilket vi valde att göra, se bilaga I. Intervjuguiden gav oss en överblick av de öppna frågor vi ställde och blev en mall att fråga kring. Som intervjuare skall man hålla sig neutral och anpassa sig efter situationen med mål att skapa ett bra samspel mellan båda parter. Det är också viktigt att lyssna in och låta den intervjuade få tala till punkt och inte bli avbruten (Danielsson, 2017a). Denna studie hade ganska stor spridning mellan hur lätt de intervjuade hade att uttrycka sig, vissa pratade på oavbrutet medan andra endast svarade kort och enstavigt. Intervjuerna började med frågan ifall de fått ett informationsbrev och om de hade sett att det fanns en länk till en film, följt av mer öppna frågor som "hur upplevde du informationen i brevet" och "hur upplevde du filmen"? Följdfrågor flikades in i de fall svaren inte var så uttömmande vilket gjorde att intervjufrågorna inte var exakt samma från gång till gång utan anpassades till personen i fråga. Dock har innehållet i intervjuguiden inte ändrats utan endast omformulering av frågorna. Alla intervjuer förutom två utfördes på plats i ett personligt möte. Två av patienterna intervjuade vi över telefon då dessa personer hade varit på kranskärslsröntgen veckan innan. De hade då fått ett informationsblad av en sjuksköterska som frågade ifall de

kunde tänka sig att bli uppringda av oss studenter, vilket de ville. Vi upplevde ingen skillnad på ifall intervjun var på plats eller inte utan den stora skillnaden låg snarare i hur pratsam personen var.

Ungefär en tredjedel av intervjudeltagarna hade inte svenska som modersmål och några hade svårt att uttrycka sig på svenska. Intervjuerna gick bra i de flesta fall och i ett fall var en anhörig där som kunde hjälpa till att tolka vissa svar. Språkförbistringar skulle dock kunna leda till att några av svaren misstolkats till viss grad.

Enligt Larsson m.fl. (2016) bör man som vårdgivare vara medveten om att mötet med patient och anhöriga är ett ojämlikt möte och att man bör vara medveten om att det finns en maktbalans sinsemellan som man bör göra allt för att dämpa konsekvenserna av. Intervjun byggde på frivilligt deltagande och vi gjorde vårt bästa för att ge ett bra intryck genom att presentera oss, berätta om studien och fråga ifall de ville vara med. Den ibland lite korta svarstiden patienten fick på sig att fundera efter undersökningen skulle kunna innebära att hen kände sig tvingad att delta, men det var inget som vi märkte av utan det verkade snarare som att de uppskattade att få samtala med oss vilket ett flertal även uttryckte. Vi förtydligade också att det inte rörde sig om några personliga frågor utan endast om deras uppfattning av den information de fått inför sin undersökning. Patienterna blev dessutom tillfrågade efter undersökningen varvid intervjun inte kunde påverka patientens upplevelse. I informationen till deltagarna förtydligade vi att det var helt frivilligt att delta och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande. De behövde inte uppge orsak samt att det inte skulle påverka deras fortsatta vård eller behandling.

Vi valde att intervjua patienterna tillsammans och närvara båda två för att få samma första intryck och gemensamt kunna diskutera vad som kommit fram i intervjuerna utan att behöva förklara för varandra i efterhand. Enligt Trost (2010) kan det vara en fördel att man är två men att det också kräver att man är samspelade vilket vi tycker att vi var.

För att få hög tillförlitlighet i analysarbetet lyssnade vi av de inspelade intervjuerna var för sig och den transkriberade texten gicks igenom flera gånger så att vi inte hade missat något. Vi diskuterade och reflekterade kontinuerligt i varje analyssteg de meningsbärande enheterna, koder och kategorier samt de teman som växte fram. Detta ledde också till att vi vid ett flertal tillfällen bytte benämningar på delar i analysresultatet. Genom att noggrant verifiera våra ställningstaganden under hela forskningsprocessen skapas tillförlitlighet enligt Lundman & Graneheim (2008) vilket vi också har strävat efter att göra.

För att ytterligare få hög giltighet och tillförlitlighet (Lundman & Graneheim, 2008) använde vi oss av citat från de intervjuade i resultatet för att bättre kunna illustrera de subteman och teman som valdes, vilket ökar läsarens möjlighet att bedöma resultatets giltighet.

Resultatdiskussion

De tre teman

Under temat *att ha kunskap* såg vi att patienterna skaffade sig detta på olika sätt och att de var nöjda med det skriftliga materialet. En patient valde till och med att stryka under den

information som han ansåg vara viktig att komma ihåg.

Dock sökte några av de intervjuade kompletterande information på nätet, kanske på grund av att den digitala informationen var lite svår att nå. För några resulterade det i en överinformation, något som Black (2009) tar upp som ett problem. Black menar att patienter som söker information på nätet kan göra mer skada än nytta och i ett citat uttrycker han att den information som ges kan vara: *”i bästa fall förvirrande, i värsta fall missledande, eller helt enkelt använt på ett olämpligt sätt”*. En patient i vår studie trodde att hans bröstorg skulle sågas upp och blev glad att så inte gjordes. En annan patient som dessutom var i behov av hjärtklaffsbyte, trodde att den skulle bytas samtidigt och var besviken över att behöva komma tillbaka en gång till.

Många samlade kunskap och stöd genom att prata med anhöriga och vänner som gjort samma eller liknande undersökning tidigare, vilket stöds av Carlsson & Wennman-Larsen (2019). För de med språksvårigheter blev detta stöd av anhöriga troligen extra värdefullt då de kunde prata om undersökningen på sitt modersmål. Vid frågan om de intervjuade önskade informationstexten översatt på sitt språk så var det ingen av de som ville ha det, vilket kan tyckas anmärkningsvärt. För att erbjuda en jämlikvård borde detta erbjudande dock erbjudas.

Den digitala chatten användes inte av någon av de intervjuade och en anledning som de uttryckte var att de fick tillräckligt med information i det skriftliga materialet. Dessutom hade en del av patienterna svårigheter med att logga in och hitta filmen och chatten på 1177 vilket styrks av Sävenstedt (2019), som problematiserar kring införandet av IKT. I något fall fanns inte ens materialet tillgängligt och en förklaring till detta var enligt koordinatören att patienten bokats om flera gånger och att filmen då hade försvunnit från 1177. Orsaken till detta är att det digitala informationsmaterialet läggs upp och tas bort manuellt efter tre månader.

Vid inskrivningssamtalet samlade läkaren kunskap om patienten som i sin tur gavs möjlighet att öka sin kunskap genom att ställa frågor till läkaren. Enligt vad patienterna svarade i våra intervjuer ställdes ett fåtal frågor. I några fall beskrev patienten en känsla av press på att hålla tiden kort för att inte uppta läkarens värdefulla tid mer än nödvändigt. Som nämns i vår bakgrund, enligt Ask & Ivarsson (2012), har sjuksköterskan en viktig roll att stötta och informera patienten med saklig information inför den förestående undersökningen. Dock medger det nya arbetssättet ingen kontakt med sjuksköterska innan undersökningdagen.

Summerar vi hur patienternas insamling av kunskap görs är det tydligt att flera patienter upplevde svårigheter att hantera dator och internet. Det pekar på det faktum att vårdpersonalen inte kan veta om patienten fått tillräckligt med information. Förutom inskrivningssamtalet med läkaren, uppmanas patienten att själv ta kontakt om frågor finns antingen genom att ringa eller genom att chatta med vårdpersonalen. Önskvärt hade kanske varit att en sjuksköterska tar kontakt med patienten före inskrivningssamtalet och beskriver händelseförloppet vilket ger en möjlighet att skapa sig en bild av hur väl patienten kan ta till sig informationen, för att få insikt i patientens begreppsvärld och för att förstå vad som är bra respektive mindre bra. På detta sätt skulle mötet bli mer personcentrerat och i linje med Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) som medger patientens rätt till individuell anpassad information.

Under temat *att känna trygghet*, uttryckte patienterna att de på lite olika sätt hade strategier för att skapa trygghet. Några skapade trygghet genom att inhämta mängder med information medan några andra, vilket var ett fåtal, hade valt att inte ta del av den information som

delgavs eller att på egen hand söka information. Förutom att söka information i material som sjukhuset delade hämtade många patienter kunskap och trygghet genom att prata med anhöriga, i vissa fall då de gjort samma eller liknande undersökning eller med anhöriga som hade medicinsk kompetens. Att ge adekvat information skapar trygghet och det är enligt Santamäki Fischer (2019) en viktig omvårdnadshandling.

En man beskrev hur han upplevde trygghet genom att se filmen ihop med sin fru. Att involvera anhöriga är betydelsefullt och det styrks av Carlsson & Wennman-Larsen (2019) som beskriver hur anhörigas roll kommer att öka med de förändringar sjukvården står inför. De menar att närståendes roll är under förändring mot en mer aktiv roll med mer ansvar. Att involvera anhöriga som informella vårdare blir därmed mer och mer viktigt.

De patienter som sett filmen tyckte att den var bra, tydlig och effektiv. En patient beskrev hur filmen möjliggjorde att han kunde titta på den när han ville och att den på så sätt inte tog tid ifrån annat, vilket i sig skapar en trygghet och ett lugn. Det uppfattades som en trygghet att kunna gå tillbaka och titta på sekvenser de ville se igen. Detta styrks av Tom & Phang (2022) som visar att när det gäller kunskap så är skillnaden i nöjdhet obetydlig i vissa studier medan andra studier anser att en film är ett positivt inslag och bidrar till bättre förståelse och förberedelse inför ingreppet. Deras studie visar också att när det gäller patienternas psykiska välmående så minskar ångestnivån hos majoriteten efter att ha tittat på en informationsfilm inför sitt ingrepp.

Vi tog upp och beskrev hur patientmötena gått till tidigare då patienterna bjöds in till en heldag och frågade ifall de hade velat ha detta upplägg istället. Alla intervjuade patienter framhöll med enfaset att de inte hade velat lägga tid på en heldag och att skriftlig och digital information fungerade utmärkt.

Vid intervjuerna upplevde vi att patienterna kände en stor trygghet att bli uppringd av läkare, även om det inte alltid är den läkare som utför undersökningen som ringer. Vissa patienter noterade detta medan andra inte verkade ta notis om det. En patient beskrev det som *”en trygghetsaspekt som är mer central att det är en läkare som hör av sig... man blir så glatt överraskad”* (P14). Här uppfattar vi att det kanske skulle minska stress och oro genom att erbjuda ett extra samtal med sjuksköterska till de som önskar, vilket borde öka känslan av omvårdnad samt få patienten att känna sig sedd, lyssnad på och tryggare med ett mer personcentrerat bemötande.

Majoriteten av patienterna var nöjda med den vård de fått inklusive mötet med en professionell och trevlig personal. Många uttryckte ett stort förtroende för Sahlgrenska sjukhuset och dess goda renommé, vilket bara det medförde att de kände sig väldigt trygga.

Under temat *att möta digitalisering* uttryckte de patienter som sett filmen att det var väldigt bra med film och att det adderade något utöver den skriftliga informationen, medan några tyckte det skriftliga materialet var tillräckligt. Dock visade det sig att några hade sökt mer information på andra ställen på internet. En orsak till detta kan vara att filmen upplevs lite svårtillgänglig och borde vara lättare att nå utan bank-id och krångliga länkar med undermenyer som är svåra att hitta. Om filmen dessutom skulle läggas ut offentligt och vara lättillgänglig kan närstående se den och man kan dela upplevelser ifrån det man ser för att sedan tillsammans ha en dialog om dess innehåll, vilket har stöd i Larsson m.fl. (2016). Patienten kan på så sätt få stöttning i sin vård och bli mer förberedd inför kommande

undersökning. En lättillgänglig film kan också bidra till att det egna surfandet på internet minskar och en hjälp att hitta information som är mer rätt och relevant. På internet finns mycket information att hämta men det kan vara svårt för en lekman att förstå vilka delar som man som patient är berörd av eller inte (Black, 2009).

Då ingen av de intervjuade hade använt chatten uppfattar vi det som att många patienter föredrar att ha en muntlig kontakt gentemot att skriva i en chatt. En patient sa att chattar inte var något för honom *"jag vill gärna ha riktig kontakt va...det där med chatta är ingen höjdare...tycker jag. Det är mer eran ålder som ..."*(P8). Han föredrog att ta sina frågor direkt med läkaren eller att ringa koordinatören. För honom gick det fortare än att försöka ställa fråga i chatten – och *"de svarade ju till och med i telefonen!"* (P8).

Då patienten enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har rätt till en individuellt anpassad information och att användning av internet och digitala teknologier ökar alltmer inom vården (Siira & Wolf, 2020) så är det av stor vikt att informationen når fram och är lätt att förstå. Trots att alla patienter uttryckte att de var nöjda med informationen de fått så noterar vi i intervjuerna att all avsedd information inte alltid nått fram eftersom filmen var svår att hitta samt att de valt att hämta information från andra källor. Skärsäter & Klang, (2014) menar att det faktum att inte alla patientgrupper har samma förmåga eller möjligheter att använda internet kan leda till ojämlikhet i behandling och bemötande vilket riskerar att kränka den enskilda patientens värdighet. Värdighet är en del av personcentrering och uppehålls genom att patienten känner sig lyssnad på och värdesatt (Sandman, 2019).

Det digitala verktyget, här i form av film med informationstext, möjliggör en kvalitet där patienten alltid får samma information och är oberoende av personal. Utmaningen ligger dock i att göra den lättillgänglig. Det skall vara enkelt att nå och förstå informationen. Då patientgruppen för kranskärslröntgen ofta är äldre är det också viktigt att anhöriga har samma enkla tillgänglighet. En annan utmaning för sjuksköterskans roll, i och med det nya arbetssättet, är hur man skall kunna skapa ett gott partnerskap med patienten och utöva personcentrerad vård när man först möts på undersökningdagen. Flera patienter vi intervjuade uttryckte en känsla av otrygghet vilket kanske hade minskat om möjlighet till en kontaktsköterska till exempel fanns.

Ett annat viktigt område för sjuksköterskan är att arbeta med kvalitet och förbättringsarbete där man kontinuerligt ser över och kritiskt granskar arbetssätten för att garantera personcentrerad och säker vård. Att garantera en säker vård blir svårare då man inte vet ifall patienten fått rätt information. Det finns en risk att patienten inte uppfattat informationen om till exempel vilka förberedelser som skall göras innan undersökningen (Leksell & Lepp, 2019). Vår studie är en början på detta förbättringsarbete.

Resultatets trovärdighet

Förutom sanningshalten i resultaten så handlar resultatens trovärdighet även om vilken erfarenhet och förförståelse de som intervjuar har (Lundman & Graneheim, 2008). Eftersom vi inte tidigare jobbat i vården och inte varit delaktiga i processen av att utveckla det nya arbetssättet så anser vi att det var en fördel att vi inte hade hunnit få någon förförståelse utan kunde reflektera över resultatet med en ny och neutral blick. Då vi inte hade någon erfarenhet av metoden så diskuterade vi vid flera tillfällen analysmetoden och resultatet med erfarna

forskare på Kardiologen, vilka också var beställare av studien. Genom att diskutera koder, kategorier och val av tema med experter så ökar också trovärdigheten (Lundman & Graneheim, 2009).

Val av deltagare har också påverkan på resultatet enligt Lundman & Graneheim (2008) samt att få en så stor variation som möjligt av deltagare. I vårt fall hade vi inte möjlighet att styra detta och vi var inte heller tillåtna att skilja på kön, ålder eller härkomst vilket skulle kunna ses som en svaghet. Trots detta så fick vi en bred spridning och anser inte att det bör ha påverkat resultatet.

Trovärdighet handlar även om hur överförbart resultatet är på andra grupper och situationer (Lundman & Graneheim, 2008). Eftersom vår studie var ett bidrag till ett kvalitetsarbete på Kardiologen kommer resultatet att direkt kunna användas för att vidareutveckla och förbättra arbetssättet på avdelningen och på så sätt vara överförbart.

Hållbarhetsperspektiv

Vid frågan om patienterna hade velat ha samma upplägg som tidigare med en informationsträff på avdelningen under en hel dag, så ansåg alla att de inte skulle vara intresserade av detta. Dels anser de sig ha fått bra och tillräcklig information med det utskickade materialet, dels att det har varit tillräckligt med att kunna ställa frågor i läkarsamtalet veckan innan undersökningen. De framhåller också att det nya arbetssättet är positivt ur en tids- och transportaspekt. De menar att det är besvärligt att ta sig in till sjukhuset en hel dag eftersom det tar onödigt mycket tid och är krångligt med transporter och parkering. Ur ett hållbarhetsperspektiv blir även det nya arbetssättet positivt med reducerade miljöbelastande transporter samt att det blir enklare för sjuka och svaga patienter att enkelt ta del av viktig information, vilket stämmer med FN:s globala mål att främja hälsa och välbefinnande för alla åldrar (FN, 2018).

Slutsatser

Vi ser att patienterna i stort sett var nöjda med det nya tillvägagångssättet utan fysiskt möte. De var nöjda med den skriftliga informationen de fått, både den de fått via brev och den digitala på 1177 SoB. Vår slutsats är att innehållet i det skriftliga materialet är bra och att det ger ett värdefullt stöd till patienterna inför deras undersökning.

När det gäller det digitala verktyget var en del patienter nöjda med den information som gavs både skriftligt och i form av film. Det faktum att ett flertal antingen hade missat att det fanns en film att se eller inte ville se den alls, tyder på att det finns förbättringspotential exempelvis när det gäller användarvänligheten av 1177 och förbättrad tillgänglighet. Då ingen av de intervjuade hade använt chatten, skulle det vara bra att se över dess funktion samt hur man kan guidas till den på ett enklare sätt.

Patienterna var också nöjda med den muntliga informationen som gavs av läkaren i samband med inskrivningen samt möjligheten att vid behov kontakta koordinatören. För främjande av hälsa och omvårdnad tror vi att det skulle vara bra om patienten blir uppringd av en

sjuksköterska ett tag innan inskrivningssamtalet då det nya arbetssättet har lett till att sjuksköterskan inte har samma tidiga kontakt som innan. Ett annat alternativ skulle vara att patienten får en namngiven kontaktsköterska som hen kan ringa till under hela behandlingsperioden för att få råd och stöd i sin behandling.

Kliniska implikationer

Den skriftliga informationen är mycket uppskattad av patienterna men det är många sidor att läsa. En patient med stor erfarenhet av informationsteknik uttryckte att det är viktigt att informationen ses över med jämna mellanrum för att hålla rätt aktualitet och utseendemässigt harmoniera, vilket vi håller med om. En rekommendation är även att skapa en innehållsförteckning i början för att få informationen mer lättöverskådlig. Det skriftliga materialet erbjuds idag enbart på svenska och för att erbjuda en jämlik vård bör materialet erbjudas även på andra språk, likaså hur det kan nå personer med olika funktionsnedsättningar.

Vår rekommendation är att göra det digitala verktyget lättillgängligt för både patient och anhöriga och inte som idag låst till patienten med en inloggning via 1177. Ett förslag är att lägga upp det på Sahlgrenska Universitetssjukhusets hemsida så att den är öppen för alla. En annan rekommendation är att i dialog med leverantören av 1177 fundera över hur informationssidan kan förenklas och förtydligas.

Önskvärt skulle vara att det skriftliga materialet tydligt guidar till 1177-länken exempelvis med en QR kod vilket skulle underlätta för de med digital vana. Självklart skall länken till 1177 fortfarande finnas kvar och smidigt hade varit om länken gick direkt till SOB. När det gäller chatten som inte användes rekommenderar vi att se över dess funktion och utformning.

Avseende omvårdnadsaspekter rekommenderar vi att undersöka resultatet av att ha en utökad kontakt mellan sjuksköterska och patienten under hela behandlingsperioden. Intressant hade varit att få reda på om detta skulle komma att minska graden av överinformation från internet.

Avslutningsvis har denna studie undersökt patienters upplevelser av den information som ges inför en kranskärslröntgen och eventuell PCI. För fortsatta studier vore det intressant att ta reda på vilken typ av information de patienter som inte var nöjda egentligen skulle önska sig.

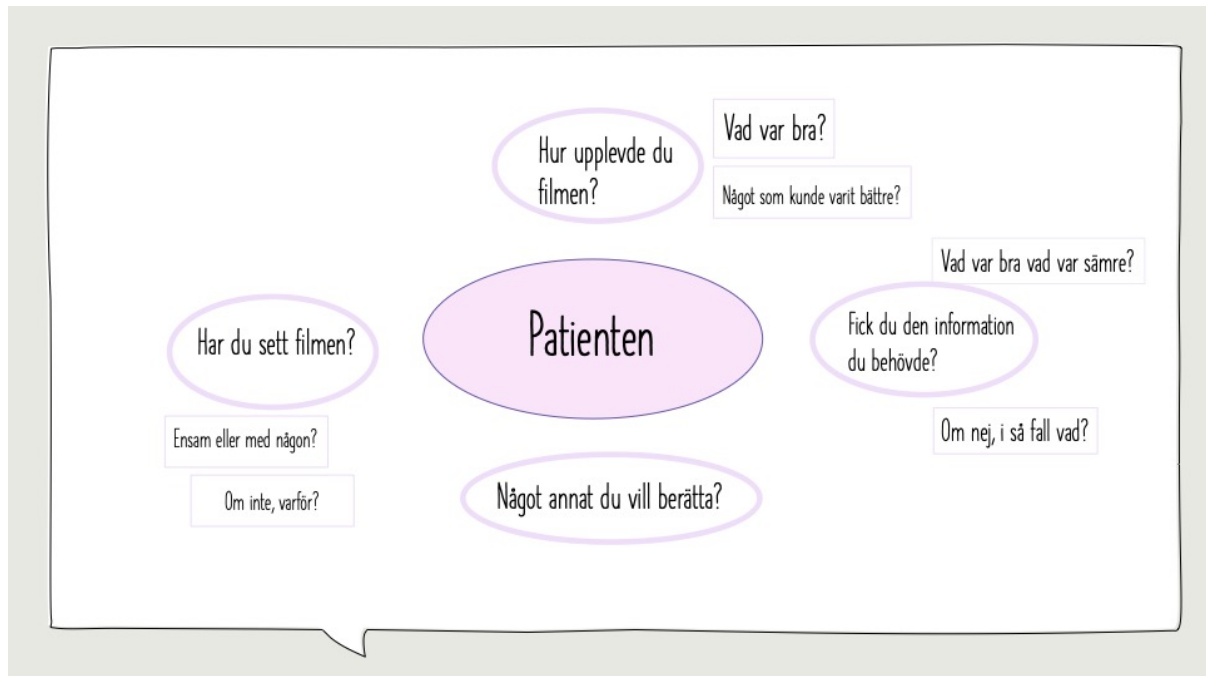
Referenser

- Ask, M. & Ivarsson, B., (2012). Vård av patient som genomgår PCI eller CABG. B. Fridlund, D. Malm, J. Mårtensson (Red.), *Kardiologiskt omvårdnad*, (s.197-213). Studentlitteratur
- Black, P. (2009). The dangers of using Google as a diagnostic aid. *British Journal of Nursing*, 10/22/2009; 18(19): 1157-1157. 1p. (Journal Article - editorial) ISSN: 0966-0461 PMID: NLM19966737
- Carlsson, C. & Wennman-Larsen, A. (2019). Ideellt engagemang och närståendes insatser. A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling*, (s.153-175). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*, (s.143-153). Studentlitteratur.
- Danielsson, E (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod*, (s.285-297). Studentlitteratur.
- FN Agenda 2030. (2018). *Globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad 2023-04-04 från <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/>
- Forss, A. (2019). Teknik. F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*, (s.281-307). Lund: Studentlitteratur
- Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277 – 1288
- James, S. (2010). Koronarangiografi, L. Wallentin, & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom*, (s.147-158). Liber
- Larsson, I. Palm, L. Rahle Hasselbach, L. (2016) *Patientkommunikation i praktiken*. Studentlitteratur.
- Leksell, J. & Lepp, M. (2019) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Liber.
- Lindgren, H. & Holst-Hansson, A, (2016). Interventionell radiologi. C. Kumlien, J. Rystedt (Red), *Omvårdnad & kirurgi*, (s.211-220). Lund: Studentlitteratur
- Lundman, B & Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M & Höglund – Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (s.159-171). Lund. Studentlitteratur.
- Nymberg, V. M., Bolmsjö, B. B., Wolff, M., Calling, S., Gerward, S., & Sandberg, M. (2019). “Having to learn this so late in our lives...” Swedish elderly patients’ beliefs, experiences, attitudes and expectations of e-health in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(1), 41–52.
<https://doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/02813432.2019.1570612>

- Sandman, L. (2019). Etik. F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*, (s.269-275). Lund: Studentlitteratur
- Santamäki Fischer, R. (2019). Tröst och trygghet. F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*, (s.443-462). Lund: Studentlitteratur
- Siira, E. & Wolf, A. (2014). Personcentrering i digitaliserad hälsovård, sjukvård och omsorg. I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - från filosofi till praktik*, (s.319-336). Stockholm: Liber
- Skärsäter, I & Klang, M. (2014) Sociala medier och den kapabla patienten. I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - från filosofi till praktik*, (s.245-259). Stockholm: Liber
- Socialstyrelsen (2021). Hämtad 2023-04-12 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-6-7453.pdf>
- SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2023-04-12 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- SoB, Stöd och Behandling 1177, Hämtad 2023-04-27 från <https://www.1177.se>
- Sundström, J. (2010). Epidemiologi och primärprevention, L. Wallentin, & B. Lindahl (Red.), *Akut kranskärlssjukdom*, (s.125-131). Liber
- Sävenstedt, S. (2019). E-hälsa som stöd i omvårdnadsarbetet. A. Ehrenberg, L. Wallin (Red), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*, (s.379-398). Lund: Studentlitteratur
- Tom, K., & Phang, P. T. (2022). Effectiveness of the video medium to supplement preoperative patient education: A systematic review of the literature. *Patient Education & Counseling*, 105(7), 1878–1887. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.pec.2022.01.013>
- Trost, J (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4.uppl.). Lund. Studentlitteratur
- World Medical Association. (2013). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *Jama*. 2013;310(20):2191–4. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hörnsten, Å. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 961–970. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12534>

Bilagor

Bilaga I - Intervjuguide



Bilaga II – Skriftlig information till deltagande patienter



Version 2: 2023-03-01

GÖTEBORGS UNIVERSITET

Bilaga 1: Skriftlig information till deltagare.

PATIENTERS UPPLEVELSE AV DIGITALISERAD INFORMATION INFÖR KRANSKÄRLSRÖNTGEN

Information till forskningspersonerna

Vi är två studenter som går sjuksköterskeutbildningen. I utbildningen ingår det att göra ett examensarbete. Vi har valt att intervjua patienter och genom detta dokument vill vi därför fråga dig om du vill delta genom att vara med i en intervju. Genom att läsa följande punkter i det här dokumentet får du information om examensarbetet och innebörden av att delta.

Syftet med studien är att samla in uppgifter om hur informationsfilmen som finns i 1177 angående stöd och behandling tas emot av patienterna och om något kan förbättras, vilket kan ses som en del i kvalitetsarbetet.

Hur går studien till?

Du blir tillfrågad om att delta av en sjuksköterska vid ditt besök på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och intervjun kommer att ske efter genomförd kranskärlsröntgen och eller ballongvidgning i kranskärl (PCI). Du får den här skriftliga informationen att läsa igenom. Därefter kommer någon av oss ansvariga studenter att kontakta dig antingen på avdelningen eller via telefon. Om du väljer att delta så kommer vi tillsammans med dig att komma överens om en tid för intervjun, antingen direkt eller vid ett senare tillfälle. Intervjun kommer ske enskilt på lämplig avskild plats på vårdavdelningen eller via telefon om fysisk intervju inte är möjligt. Intervjun kommer att ta cirka 20 - 30 minuter och spelas in för att sedan transkriberas. En av studenterna kommer att hålla i intervjun. Under intervjun får du tillfälle att berätta om din upplevelse av given information samt din möjlighet till delaktighet i samband med start av strålbehandling.

Möjliga fördelar och risker med att delta i studien

Om du väljer att delta kan din medverkan ge oss kunskap och förståelse hur information med hjälp av digitala hjälpmedel kan utvecklas och förbättras så att du som patient skall ha förutsättningar att känna dig delaktig. Resultatet av examensarbetet kan användas för att förbättra värden gällande information och kommunikation genom att eventuella problem uppmärksammas. Det finns risk att intervjufrågorna väcker tankar, frågor och känslor om din sjukdom och behandling. Om du känner att du har obesvarade frågor eller behov av stöd så kan möjlighet till detta erbjudas efter intervjutillfället. Ansvariga för examensarbetet kan med



Version 2: 2023-03-01

GÖTEBORGS UNIVERSITET

ditt godkännande förmedla kontakt med sjukvårdspersonal som kan ge stöd. Om du upplever intervjusituationen som jobbig eller svår så har du hela tiden rätt att avbryta.

Vad händer med mina uppgifter?

Data och personuppgifter i studien hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679. Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: dataskydd@gu.se, eller telefon: 031-786 00 00. Det du berättar om i intervjun kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av informationen. Inga personuppgifter eller journalanteckningar kommer att samlas in. Utskrifter från intervjuer kommer att kodas så det du berättar inte kan kopplas till dig. Anteckningar och ljudinspelningar från intervjun kommer att kasseras efter godkännande av examensarbete.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Resultatet kommer att sammanställas och redovisas i en kandidatuppsats på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. Examensarbetet kommer att bli publicerat i universitetets databas för uppsatser (www.gupea.ub.gu.se) och ett skriftligt exemplar kommer att arkiveras på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Om du vill ta del av examensarbetet kan du kontakta någon av de ansvariga, se kontaktuppgifter längre ner i dokumentet.

Försäkring och ersättning

Det utgår ingen ersättning för deltagande. Sedvanlig patientförsäkring gäller.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta någon av de ansvariga för projektet.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Version 2: 2023-03-01

Ansvariga för studien

Camilla Palmertz, sjuksköterskestudent på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet,
gustonnqca@student.gu.se

Eva Pipkorn, sjuksköterskestudent på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet,
guspipev@student.gu.se

Handledare/studieansvarig:

Jesper Englund, Universitetsadjunkt, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa,
jesper.englund@gu.se

Godkännande av deltagande:

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas

Göteborg

Bilaga III – Informationsmaterial som skickas till patienten

Patienten får ett informationsmaterial bestående av:

- 1) Kallelse: information med datum och tid för undersökningen, med ett nummer dit patienten kan ringa om behov av att ändra tid eller om hen har frågor (se bilaga III:1).
- 2) Information om händelseförloppet (fyra sidor), där man beskriver att man kan logga in på 1177 SoB för att se en informationsfilm (se bilaga III:2).
På sista sidan finns information hur man kan få kontakt om man har frågor samt även kort angivet att man kan skicka frågor via 1177 SoB.
- 3) Information om inskrivningssamtal med läkare, där tid och datum finns angivet, samt telefonnummer till koordinatör, dock utan angiven telefontid (se bilaga III:3).
- 4) Instruktioner för provtagning, var patienten kan ta sina prover samt att de inte får vara äldre än sju dagar. Här finns också koordinatörens telefonnummer och telefontider (se bilaga III:4).
- 5) Remiss för provtagning (se bilaga III:5).
- 6) Formulär som skall fyllas i och tas med till Sahlgrenska (se bilaga III:6).
- 7) Informationshäfte om forskning som pågår på Sahlgrenska (se bilaga III:7).

Bilaga III:1) Kallelse

Information med datum och tid för undersökningen, med ett nummer dit patienten kan ringa om behov av att ändra tid eller om hen har frågor.

Avdelning 26 hjärtdagsjukvård
Besöksadress:
Blå stråket 5, uppgång D, plan 6
Sahlgrenska sjukhuset

Välkommen till Avdelning 26 hjärtdagsjukvård

Du har erhållit en ny tid för kranskärlsröntgen.

Måndag den 20 Mars kl 07.00

För att komma till dagsjukvården går du till Blå Stråket 5 (Huvudentré). Gå sedan till hissarna vid uppgång D och ta hissen till plan 6.

Fakturering sker i efterhand. Avgift enligt gällande taxa, eventuellt frikort gäller. Uteblir du, eller lämnar återbud senare än 24 timmar innan bokad tid, får du betala för besöket. Gäller även om du har frikort, är under 20 år eller över 85 år.

- * Ta med dig aktuell läkemedelslista (mediciner, styrka, dosering)
- * Ta med dig fotolegitimation
- * Nagellack och lösnaglar ska tas bort inför operation

Vi förutsätter att du avstår tobak och alkohol tiden fram till ingreppet, samt minst fyra veckor efter ingreppet.

Behöver du ändra tid eller har frågor kan du ringa sjuksköterska på telefon 031-342 48 57, måndag till fredag kl. 09.00-10.00.

Meddela oss om du behöver tolk till besöket.


Med vänlig hälsning

Kardiologi dagvård
Sahlgrenska sjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ett hälsofrämjande sjukhus med helt rökfri miljö.

www.sahlgrenska.se

POSTADRESS
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Hjärtmottagningen
413 45 GÖTEBORG
TELEFON: 031 - 342 10 00, vx

 VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Bilaga III:2) Patientinformation

Händelseförloppet (4 sidor), samt hur man loggar in på 1177 SoB för se informationsfilmen.

Verksamhetsområde Kardiologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
2022-08-16

Information om kranskärlsröntgen och ev kranskärlsvidgning (PCI)

Detta är information till dig som ska genomgå en kranskärlsröntgen. Vi erbjuder dig också en informationsfilm om kranskärlsröntgen. För att titta på den loggar du in med ditt mobila bank-id på dina sidor på 1177 och väljer fliken Stöd och behandling.


Du har fått tid för kranskärlsröntgen på Intervention 2- Dagvården, verksamhetsområde Kardiologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det kan finnas olika anledningar till att en kranskärlsröntgen utförs: kärkramp, utredning inför en eventuell hjärtoperation t.ex. klaffbyte, vid en hjärtviktsutredning eller inför andra planerade operationer.

Inskrivning sker via telefon vanligen 1-2 veckor före ingreppet, men kan också ske en eller någon dag innan din undersökning. Du får då information av läkare som ringer upp dig på en ungefärlig tid. Vid detta samtal ska du ta upp frågor du har om ingreppet, t.ex. om sjukskrivning eller behandling efter ingreppet. Blodprover ska du ta på någon av Sahlgrenska Universitetssjukhusets provtagningscentraler. Bor du utanför Göteborgsområdet kan du ta prover på din vårdcentral, med hjälp av den remiss som vi skickar hem till dig. Vi förutsätter att du avstår tobak och alkohol fram till ingreppet, samt minst fyra veckor efter ingreppet.

På undersökningsdagen
Ta din morgonmedicin, men inte dina vätskedrivande läkemedel. Har du diabetes och behandlas med Metformin eller Glukophage får du inte ta dessa på behandlingsdagen samt de 3 följande dagarna efter kranskärlsröntgen.

Ät frukost som vanligt. Du får inte använda tobak, inklusive snus.

Duscha hemma som vanligt med tvål och hårschampo innan du kommer till sjukhuset.

 VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Du har fått en preliminär tid, vilket innebär att din undersökning kommer att ske under den aktuella dagen. Var beredd på att väntetid kan uppstå då det pågår akut verksamhet samtidigt.

- Ta gärna med något att läsa, då väntetiden ibland kan kännas lång.
- Ta med inneskor.
- Om du behandlas för någon annan sjukdom än för dina hjärtproblem, ta med dig dina mediciner för detta.
- Lämna värdesaker och pengar hemma.
- Kom ihåg att ta med fotolegitimation.

Betalning sker genom att en faktura kommer att skickas hem till dig avseende det aktuella vårdtillfället.

Kranskärlsröntgen

Före ingreppet får du en droppslang i armen.

På undersökningsbordet blir du steriltvättad runt handleden eller i ljumsken.

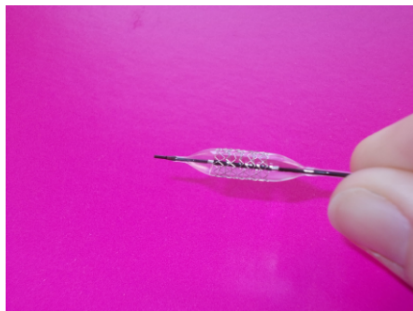
Därefter klär vi in dig i sterila dukar.

Efter att bedövning givits på stickstället och ev. lugnande eller smärtstillande läkemedel, förs en tunn kateter via ett blodkärl i armen eller ljumsken upp till hjärtat. Detta kan ibland medföra obehag, framför allt vid undersökning genom blodkärl i armen.

Kontrastmedel ges för att se om det finns några förträngningar i hjärtats kranskärl. Om förträngningarna bedöms lämpliga att åtgärda med ballongvidgning, så kallad PCI görs det ofta på en gång. Ibland bedömer hjärtläkaren att bästa åtgärd är medicinsk behandling eller att kranskärlen behöver åtgärdas vid en thoraxkirurgisk operation (by-pass operation).

Ballongvidgning

Om kranskärlsröntgen visar behandlingskrävande förträngningar kan det bli aktuellt med ballongvidgning vid samma tillfälle. Via katetern som förts in i hjärtats kranskärl vidgas förträngningen med en ballong och ett stent (metallnät) implanteras (läggs in). Stentet minskar risken för att förträngningen kommer tillbaka. Under proceduren kan du uppleva viss bröstsmärta. Då får du smärtstillande eller lugnande läkemedel.



Efter ingreppet

Du kommer att ha ett tryckförband över insticksstället i minst 4 timmar efter ingreppet. Du får vara uppe och gå direkt efter du kommit tillbaka till Dagvården. Tänk på att hålla armen i högläge. Tänk på att undvika tunga lyft de första dagarna efter ditt ingrepp.

Komplikationer

Komplikationer i anslutning till ingrepp förekommer. Kateterns spets kan orsaka lokala skador i sjuka och sköra kärl och komplikationer av större allvarighetsgrad innefattar störningar i hjärtats och hjärnans blodcirkulation. Dessa är dock sällsynta och risken är < 1 %.

Blåmärken med en liten svullnad på och omkring stickställen förekommer ofta.

Dagarna efter ingreppet kan man uppleva smärta i underarmen vid insticksstället.

Vid svåra symptom ska du alltid kontakta oss.

Du får inte köra bil hem själv efter ditt ingrepp på grund av blödningsrisk samt att du kommer att få lugnande läkemedel under tiden som undersökningen pågår.

Vår läkare skriver endast intyg om att det finns behov av taxi för hemresan efter vårdtillfället. Om du anser att ditt tillstånd kräver taxi även vid resan till sjukhuset ska du kontakta Sjukresor Regionkontoret tfn. 020-919090. En egenavgift tillkommer alltid vid taxiresa.

Kontaktuppgifter efter ditt ingrepp

Du når oss via Kontaktpunkten, måndag – fredag 08.00-16.00. Telefon 031-3422400 eller via 1177.

Om du önskar mer information eller har speciella önskemål får du gärna kontakta oss på Intervention 2. Telefon 031-3424857, måndag - onsdag mellan klockan 09:00-10.30. Torsdag-fredag mellan klockan 09.00-10.00.

Susanne Morten Jönsson
Koordinator

Pétur Pétursson
Överläkare, sektionschef

Bilaga III:3) Information om inskrivningsamtal med läkare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

INSKRIVNING INFÖR KRANSKÄRLSRÖNTGEN

INSKRIVNING VIA TELEFON

Läkare ringer upp dig via telefon den -----

Uppringning sker i regel mellan 8-12 men det är ibland akuta saker som kan fördröja samtalen. Det tar ungefär 10 minuter för ett telefonsamtal.

Vid tolkbehov är det bra om en närstående kan närvara.

Har du frågor ring koordinator på tel: 031-3424857

Postadress:
verksamhet kardiologi
Hjärtmottagning
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:
031-342 4857

Webbplats:
sahlgrenska.se

Sida 1

Bilaga III:4) Instruktioner för provtagning

Verksamhetsområde Kardiologi
Sahlgrenska sjukhuset

PROVTAGNING

*INFÖR DITT INGREPP MÅSTE DU HA TAGIT PROVER SOM EJ ÄR
ÄLDRE ÄN 7 DAGAR INNAN OPERATION*

*DET ÄR FÖR ATT VI SKALL HA PROVSVAR KLARA PÅ
OPERATIONSDAGEN*

Bor du i Göteborg skall du ta dina prover på provtagningscentral:

SAHLGRENSKA SJUKHUSET, Blå stråket 5

ÖSTRA SJUKHUSET, Diagnosvägen 11 entréplan

MÖLNDALS SJUKHUS, Göteborgsvägen 31

Proverna är förbeställda men du måste själv boka tid för provtagning

LÄMPLIGT DATUM _____

Postadress:
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:
Webbplats:
sahlgrenska.se

Sa

Sida 1 av 2

Bilaga III:6) Formulär som skall fylla i och tas med

Verksamhetsområde Kardiologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

2020-08-07

Frågor till dig som ska genomgå en kranskärlsröntgen

Med anledning av att du ska genomgå kranskärlsröntgen behöver vi ha kännedom om en del allmänna uppgifter om dig. Var vänlig och besvara nedanstående frågor och ta med formuläret den dag du ska genomgå din kranskärlsröntgen.

Namn _____ Personnummer _____

Namn på anhörig som vid behov kan
kontakts _____

Barn Förälder Make/maka/sambo Annan

Telefonnummer _____

Får upplysningar lämnas till anhörig om ditt tillstånd?

Ja Nej

Använder du några speciella hjälpmedel?

Nej Ja

Vilket/vilka? _____

Är du överkänslig mot något?

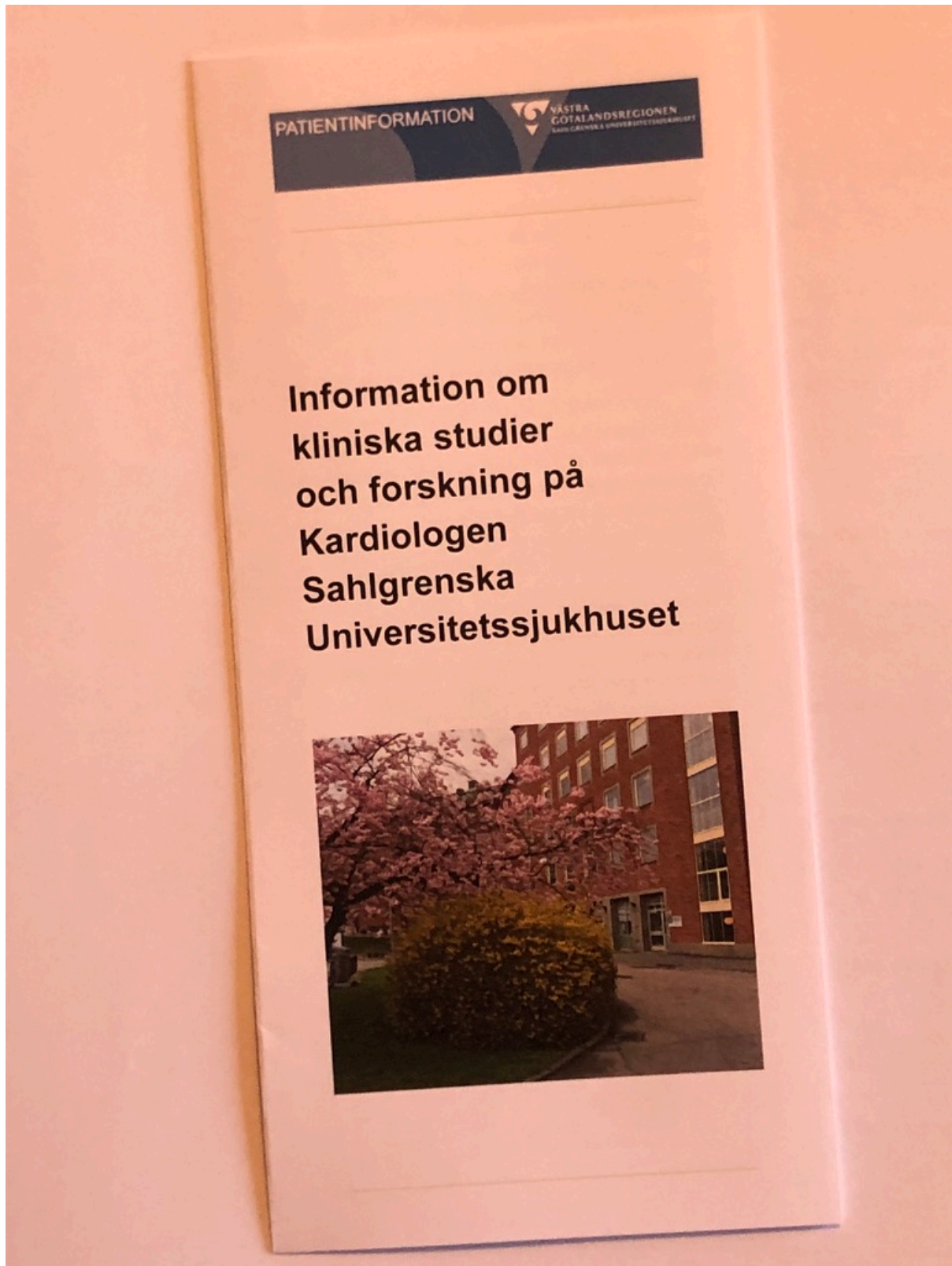
Nej Ja

Mot vad? _____

Är det någon mat du är överkänslig mot eller inte kan äta?

Nej Ja

Bilaga III:7) Informationshäfte om forskning som pågår på Sahlgrenska



Bilaga IV– Information som ges patienten på 1177 SoB

Materialet som det ser ut på 1177 Stöd och Behandling (SoB), från att man loggar in till att man når de olika avsnitten.

1177

Välj inloggningssätt

> BankID

> Freja eID Plus

> Telia e-legitimation

> Foreign eID

No services at 1177 currently support Foreign eID.

1177

BankID med QR-kod



1. Öppna appen för BankID.
2. Tryck på QR-symbolen i appen för BankID.
3. Rikta kameran mot QR-koden ovan.
4. Följ instruktionerna i appen för att logga in.

[Om QR-koden är svår att hitta kan du klicka här. Den hamnar då i mitten högst upp.](#)

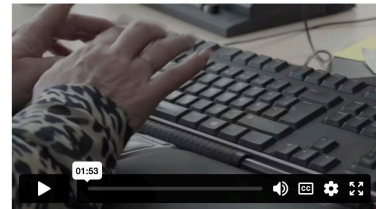


Du är här: [Start](#) / Stöd och behandling

Stöd och Behandling

Välkommen till Stöd och behandling, en tjänst där du kan få stöd, behandling eller utbildning via nätet. Här, under Mina stöd- eller behandlingsprogram, hittar du ditt Stöd-, behandling- eller utbildningsprogram som du kan starta.

→ [Läs mer om Stöd och behandling](#)



INNEHÅLL - STÖD & BEHANDLING

INNEHÅLL - STÖD & BEHANDLING

Mina stöd- eller behandlingsprogram:

Här hittar du dina pågående stöd- eller behandlingsprogram.

[Information om kranskärtsröntgen och ballongvidgning](#) →

Tillgängliga stöd- eller behandlingsprogram

Det finns inga tillgängliga kurser, stödprogram eller anmälningar till behandlingar.

Du är här: [Start](#) / [Stöd och behandling](#) / Mitt innehåll

STÖD OCH BEHANDLING

Information om kranskärlsröntgen och ballongvidgning

Ansvarig behandlare: Annika Odell, Västra Götalandsregionen, Utbildningsenhet, VG Västra Götalandsregionen, utbildningsenhet

→ [Skicka meddelanden](#)

Snabbguide

Snabbguiden ger dig en kort introduktion och hjälper dig att hitta rätt bland sidorna.

→ [Starta snabbguiden](#)

Välkomsttext

Välkommen

I "Information om kranskärlsröntgen och ballongvidgning" hittar du information som är viktig för dig att veta inför din kommande undersökning.

+ [Visa mer information](#)

Aktiva flaggor

Nytt program i stöd och behandling ✕

Du har fått tillgång till Information om kranskärlsröntgen och ballongvidgning. Du kan öppna programmet via Stöd och behandling i menyn överst på sidan.

Skapad den 2023-03-28 17:10

 Mitt innehåll

 Meddelande

Mitt innehåll

Under fliken "Mitt innehåll" kommer man till de olika avsnitten. Det första avsnittet "1. Information", innehåller filmen (se nästa sida).

Under fliken till höger "Meddelande" kommer man till chatten som koordinatorn läser.

Nedan är steg 1. samt 2. inkopierat

"1. Information" samt

"2. Inskrivning".

Texten är samma som skickas med i de fysisidiga informationsbrevet.

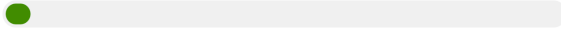
 Mitt innehåll

 Meddelande

Mitt innehåll

Här får du en översikt samt kan ta del av de olika delar som ingår i Information om kranskärslröntgen och ballongvidgning. Börja alltid med att ta del av innehållet innan du fyller i eventuella formulär.

Ditt stöd- eller behandlingsprogram Information om kranskärslröntgen och ballongvidgning startades för 4 dagar sedan, rekommenderat antal dagar är 90.



 [Visa inte förloppsmätaren](#)

Mitt aktuella innehåll

Start 

Mitt aktuella innehåll

Start 

Läs:

-  Information →
-  Inskrivning →
-  På undersökningsdagen →
-  Kranskärslröntgen →
-  Ballongvidgning →
-  Efter ingreppet →
-  Komplikationer →
-  Kontaktuppgifter efter ditt ingrepp →

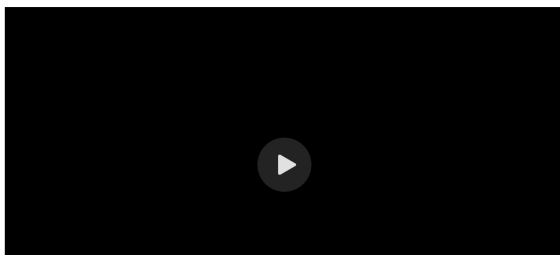
 [Visa förklaring av symboler](#)



Du är här: [Start](#) / [Stöd och behandling](#) / [Mitt innehåll](#) / Läs, Information

LÄS

Information



Du har fått tid för kranskärlsröntgen. Det kan finnas olika anledningar till att en kranskärlsröntgen utförs: kärkramp, utredning inför en eventuell hjärtoperation till exempel klaffbyte, vid en hjärtsviktsutredning eller inför andra planerade operationer.

< Föregående [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [7](#) [8](#) Nästa >

FORTSÄTT TILL

→ [Till översikten Mitt innehåll](#)



Du är här: [Start](#) / [Stöd och behandling](#) / [Mitt innehåll](#) / Läs, Inskrivning

LÄS

Inskrivning

Ska du göra din kranskärlsröntgen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset så sker inskrivningen så här:

Inskrivning sker via telefon vanligen 1-2 veckor före ingreppet, men kan också ske en eller någon dag innan din undersökning. Du får då information av läkare som ringer upp dig på en ungefärlig tid. Vid detta samtal ska du ta upp frågor du har om ingreppet, t.ex. om sjukskrivning eller behandling efter ingreppet. Blodprover ska du ta på någon av Sahlgrenska Universitetssjukhusets provtagningscentraler. Bor du utanför Göteborgsområdet kan du ta prover på din vårdcentral, med hjälp av den remiss som vi skickar hem till dig. Proverna ska tas 2 dagar innan inskrivningssamtalet.

Ska du göra din kranskärlsröntgen på något annat sjukhus i Västra Götalandsregionen kan inskrivning och blodprovstagnning ske på ett annat sätt, vilket framgår av ditt kallelsebrev.

Vi förutsätter att du avstår tobak och alkohol fram till ingreppet, samt minst fyra veckor efter ingreppet.



< Föregående 1 2 3 4 5 6 7 8 Nästa >

FORTSÄTT TILL

→ [Till översikten Mitt innehåll](#)

1177



Jane Doe
[Inställningar](#) [Logga ut](#)

[Start](#) [Inkorg](#) [Bokade tider](#) [Journalen](#) [Egen provhantering](#) [Stöd och behandling](#) [Övriga tjänster](#)

Du är här: [Start](#) / [Stöd och behandling](#) / [Mitt innehåll](#) / Läs, På undersökningsdagen

LÄS

På undersökningsdagen

Ta din morgonmedicin, men inte dina vätskedrivande läkemedel. Har du diabetes och behandlas med Metformin eller Glukophage får du inte ta dessa på behandlingsdagen samt de 3 följande dagarna efter kranskärlsröntgen.

Ät frukost som vanligt. Du får inte använda tobak, inklusive snus.

Duscha hemma som vanligt med tvål och hårschampo innan du kommer till sjukhuset.

Du har fått en preliminär tid, vilket innebär att din undersökning kommer att ske under den aktuella dagen. Var beredd på att väntetid kan uppstå då det pågår akut verksamhet samtidigt.

- Ta gärna med något att läsa, då väntetiden ibland kan kännas lång.
- Ta med inneskor.
- Om du behandlas för någon annan sjukdom än för dina hjärtproblem, ta med dig dina mediciner för detta.
- Lämna värdesaker och pengar hemma.
- Kom ihåg att ta med fotolegitimation.

Betalning sker genom att en faktura kommer att skickas hem till dig avseende det aktuella vårdtillfället.



De fortsatta stegen 3 till 8 är ej bilagda.