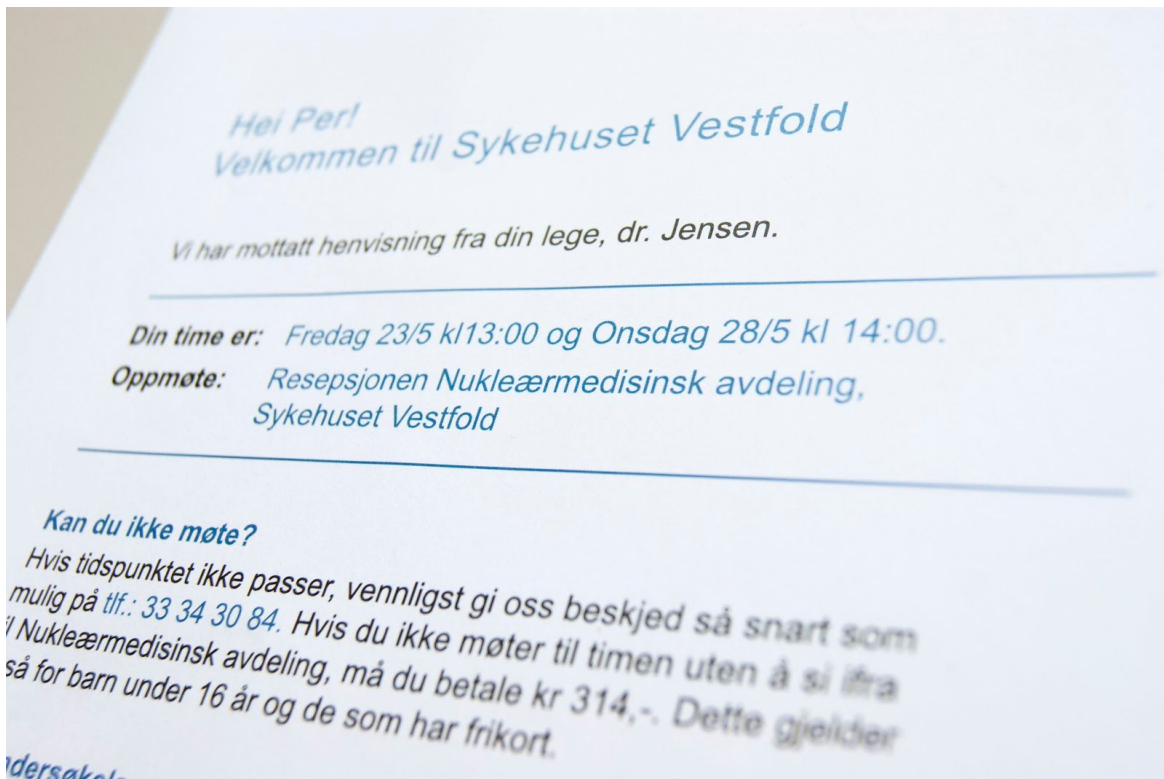


Bacheloroppgave

Helsespråk til besvær



Vår 2018

288600

Høyskolen Kristiania

BOP3102

BGD

“Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdannelsen ved Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger”

Forord

Først og fremst en stor takk til *alle* informanter for denne undersøkelsen. Takk til Nina Frisnes Øyan, Svein Pettersen, Kirsti A. Fløtre og Ila Frivillighetssentral, dere har gitt meg innsikt jeg aldri kunne vært foruten i oppgaven - i tillegg til hyggelige og inspirerende samtaler. Takk til ansatte fra Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark for bidrag og innsikt. En stor takk til veileder Kristin Tiller for all tilbakemelding og støtte.

Ikke minst min samboer, familie, studievenner; tusen takk for motivasjon, engasjement, tilbakemelding og bidrag til oppgaven.

Sammendrag

Oppgaven vil ta for seg informasjonsdesign i pasientinformasjon fra helsesektor til pasient. Prosjektet er gjennomført som en brukersentrert prosess, der universell utforming har stått i fokus. Kan pasientinformasjon bli designet slik at det blir tydeligere for fler? Også fremmedspråklige og synshemmede?

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn for prosjektet	5
1.1. Formål og hensikt	5
1.2. Problemstilling	6
1.3. Avgrensninger	7
2. Tema og teori	7
2.1. Inspirasjonsprosjekter	8
2.1.1. “A Better A and E”	8
2.1.2. SH:24 Bruksanvisninger	9
2.1.3. Communi-cards 1 and 2	9
2.2. Brukersentrert design	10
2.3. Visuell retorikk	11
2.4. Universell utforming	12
2.4.1. Hensynet til svaksynte	12
2.4.2. Hensynet til begrensede språkferdigheter	12
2.5. Typografiske nivåer og hierarki	13
2.6. Typografi	14
2.7. Piktogrammer	15
3. Metodebruk og datainnsamling	15
3.1. Researchmetode	16
3.1.1. Skape et rammeverk	16
3.1.2. Diagnostisk testing	16
3.2. Intervjuer	17
3.2.1. Rekruttering av informanter	17
3.2.2. Gjennomføring	18
3.2.3. Transkribering og koding av data	19
3.2.4. Nærhet og distanse	20
3.3. Viktige fokusområder	21
3.3.1. Struktur	21
3.3.2. Inntrykk og følelser knyttet til sykehuset	22
3.3.3. Språk	22
3.3.4. Visuelle virkemidler	23
3.3.5. Format	24
3.3.6. De eldre er generelt fornøyde	24
3.4. Mulige feilkilder	25
3.5. Innbyggerundersøkelsen 2017	25
3.6. Innkallingsbrev i praksis	28

3.6.1. Standardiseringsprosjektet	28
3.6.2. Levering av brevet	28
4. Designmetode	29
4.1. En brukersentrert designprosess	29
4.2. Personas og brukerreiser	29
4.3. Idégenerering	30
4.4. Idébearbeiding	30
5. Designbrief	31
5.1. Prosjektoversikt og bakgrunn	31
5.2. Bransjekartlegging	31
5.2.1. Tjenester	31
5.2.2. Hovedkonkurrenter	32
5.2.3. Image/omdømme	33
5.2.4. Designtrender	33
5.3. Målgruppekartlegging	34
5.3.1. Primærmålgruppe: unge voksne	35
5.3.2. Sekundærmålgruppe: de ansatte	36
5.4. Forretningsmessige mål og designstrategi	36
5.5. Faser	37
6. Faglige valg/resultat	38
6.1. Konsept	38
6.2. Format	38
6.3. Typografi	39
6.4. Piktogrammer og illustrasjoner	41
6.5. Farger	41
6.6. Grid/layout	42
7. Oppsummering og konklusjon	43
7.1. Refleksjon	43
8. Kilder	46
9. Vedlegg	48
9.0.1. Vedlegg IV: Generelt informasjonsbrev	49
9.0.2. Vedlegg V: Informasjonsbrev språkkafé	50
9.0.3. Vedlegg VI: Informasjonsbrev språkkafé, engelsk	51
9.0.4. Vedlegg VII: Intervjuguide, testintervju	52
9.0.5. Vedlegg VIII: Intervjuguide, språkkafé	53
9.0.6. Vedlegg IX: Intervjuguide, Nina v/ Blindeforbundet	54
9.0.7. Vedlegg X: Antall pasienter i alt ved somatiske sykehus, etter alder, 2016.	55

1. Bakgrunn for prosjektet

Jeg har stadig mottatt dokumenter med viktig informasjon, der jeg har vært usikker på om jeg har forstått innholdet og budskapet i dokumentet rett. For eksempel en arbeidskontrakt, pakningsvedlegg for medisiner eller selvangivelse. Hva betaler jeg egentlig i skatt? Kan jeg ta medisiner og drikke alkohol? Hva er oppsigelsestiden? Et familiemedlem jobber som leder innen justis, og hun fortalte en dag at hun hadde holdt et møte ene og alene for å tolke et brev sendt fra deres leder. Skal det virkelig være nødvendig? Jeg kom da til å tenke på hvor mye tid og penger staten kunne ha spart ved å være tydeligere i sin formelle formidling.

Ikke bare skaper disse problemene mye arbeid og dermed utgifter for staten, men det gjør også brukernes situasjon vanskeligere enn nødvendig. Jeg ønsket derfor å se hvordan grafisk design direkte kunne påvirke situasjoner i menneskers liv til det bedre. Dette med å forenkle og/eller tilpasse informasjonens og budskapets form og dermed effektivisere ved hjelp av design. Valget falt på et innkallingsbrev til undersøkelse på sykehuset - et brev de fleste av oss vil motta minst en gang i livet, og som det kan være knyttet bekymring og redsel til. Er brevet lett å forstå? Beroliger det, eller bekymrer det brukeren?

1.1. Formål og hensikt

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir i kapittel tre alle pasienter rett til medvirkning og informasjon. Det følger av lovens § 3-2 at alle pasienter har rett til å få tilstrekkelig informasjon som gir “innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen” (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-2, 1999). Lovens §3-5 sier at “Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og

språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.” (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-5, 1999). Denne bacheloroppgaven kan dermed gi viktige funn og resultater som kan bidra til å oppfylle lovverkets krav på best mulig måte.

Videre vil prosjektets resultat kunne forbedre pasientenes brukeropplevelse ved mottakelse av dokumenter og skriv fra helsesektor. Prosjektet kan forhåpentligvis forenkle og effektivisere kommunikasjonen mellom helsesektor og pasient.

1.2. Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven:

Hvordan kan et viktig dokument fra helsesektoren redesignes slik at budskapet blir tydeligere for flere pasienter?

Videre har problemstillingen følgende underspørsmål:

- Hvordan kan man ved hjelp av typografiske nivåer og visuelle elementer øke forståelsen av dokumentets innhold og unngå misforståelser?
- Kan redesignet gi bedre forståelse og trygghet i brukeropplevelsen?

Viktige skriv fra helsesektor til pasient kan være informasjon i forkant av operasjon, epikrise etter pasientopphold eller informasjon om videre behandling eller diagnose. Dokumentene kan være livsviktige. Her kan eventuelle misforståelser føre til at pasienten møter uforberedt til operasjonsdagen, og operasjonen må utsettes (f.eks. som følge av manglende fasting). Det kan også få psykiske konsekvenser for pasienten om vedkommende ikke forstår sin diagnose eller operasjonsforløp. Dette kan føre til unødvendig uro for pasienter som kanskje allerede er sårbare.

Problemstillingen tar utgangspunkt i en hypotese om at det finnes et forbedringspotensial i denne type dokumenter. Dette med personlige erfaringer som utgangspunkt, der jeg selv har vært frustrert over hvor vanskelig det kan være å forstå seg på denne type dokumenter.

1.3. Avgrensninger

For dette prosjektet er hele Norges befolkning egentlig en del av målgruppen, da vi alle en eller annen gang vil motta innkallingsbrev fra spesialisthelsetjenesten. Men for denne oppgaven har jeg valgt å kun fokusere på unge voksne, synshemmede og mennesker med begrensede språkferdigheter.

Jeg har unngått å endre det tekstlige innholdet av dokumentet så langt det har latt seg gjøre, og fokusert kun på det visuelle. Det ble for det meste gjort strukturelle endringer, som endring av avsnitt og overskrifter.

I oppgaven har jeg kun benyttet kvalitative metoder, da disse ble ansett som mest relevante. Problemstillingen dreier seg i stor grad om brukerens opplevelse, og data om *deres* oppfatning av situasjonen var derfor aller viktigst i denne oppgaven. Jeg har med dette valgt å avgrense oppgaven til kun kvalitativ metode for å studere problemstillingen. Mer om metodevalg under kapittel tre - Metodebruk og datainnsamling.

Brukertesting kan potensielt være en uendelig prosess, der man som designer hele tiden kan finne forbedringer med produktet. Derfor begrenset jeg brukertesting til minst én, og maksimum to “runder”. Med to gjennomføringer av brukertesting ga den første runden føringer for valg av utkast, og den neste for finjustering og evaluering.

2. Tema og teori

Problemstillingen for oppgaven handler om å gjøre innkallingsbrevene tydeligere for *flere*. Med denne problemstillingen er oppgaven rundt brukeropplevelse som tema. Det handler om brukernes måte å oppfatte informasjon, samt ta den inn over seg. Dermed er målgrupperesearch- og analyse også sentralt i oppgaven.

Oppgaven har også en faglig forankring i sentrale og grunnleggende aspekt ved informasjonsdesign. Under tema informasjonsdesign jobbet jeg også med typografi og typografisk hierarki for å strukturere funksjonell, informativ tekst. I tillegg undersøker jeg hvordan andre visuelle elementer (blant annet illustrasjon og ikoner) kunne underbygge tekst og budskap.

2.1. Inspirasjonsprosjekter

Som inspirasjon, motivasjon og ledestjerner har jeg satt meg inn i tidligere prosjekter knyttet til helseinformasjon som jeg anser som svært relevante. Via disse prosjektene har jeg trukket ut gjennomføringer som fungerte godt, og brukt dette som inspirasjon for problemløsning i dette prosjektet.

2.1.1. "A Better A and E"

Dette prosjektet, gjennomført av PearsonLloyd, hadde som mål å forbedre opplevelsen på akuttmottaket på sykehus for både ansatte og pasienter. På engelske akuttmottak kostet sykefravær og sikkerhetstiltak for de ansatte som følge av vold og trusler fra pasienter 69 millioner pund i året. (Schrauwen, Roberts og Wright, 2017).

PearsonLloyd antok at pasientene på akuttmottaket hadde mindre tålmodighet og lavere terskel for å bli aggressive og voldelige som følge av smertene de hadde. PearsonLloyd valgte å forsøke å forbedre pasientenes opplevelse, og håpet at dette ville få positiv innvirkning på de ansatte også. Dersom opplevelsen ble gjort bedre for pasientene, ville dette kunne føre til et roligere og mer behagelig miljø på akutten. (Schrauwen, Roberts og Wright, 2017).

Løsningen ble en pakke med forskjellige verktøy som sammen skulle gi en bedre opplevelse på akutten. Blant verktøyene var et kart over kundereisen på akutten laget for å henge på venteværelsene og plakater på rommene som beskrev hvor pasienten befant seg der og da (se vedlegg I, side 9). Etter å ha prøvd ut løsningen på St. George's Hospital og Southampton Hospital ble det klart at prosjektet førte til positive endringer i brukeropplevelsen. Antall opplevelser av truende kroppsspråk sank med 50% og rapporteringer om truende språk mot

de ansatte sank med 23%. For hver éne pund som ble brukt på prosjektet, ga det sykehuset en gevinst på tre pund. (Schrauwen, Roberts og Wright, 2017; PearsonLloyd).

Dette prosjektet er et klart bevis på hvordan grafisk design kan gjøre pasientopplevelsen bedre. I dette tilfellet var løsningen å eksponere brukerne for mer informasjon, slik at de var mer opplyst og involvert i egen situasjon.

2.1.2. SH:24 Bruksanvisninger

SH:24 er en nettbasert organisasjon og tjeneste for seksuell helse. Organisasjonen tilbyr gratis pakker med test-deg-selv-tester for seksuelt overførbare sykdommer (vedlegg 1, side 10).

Disse pakkene inneholder alt brukeren trenger for å kunne gjøre testen selv hjemme, fremfor å vente fire timer på et drop-in legekantor. Selve tjenesten i seg selv har vunnet designprisen UXUK Awards for beste tjenestedesign i 2016 (UXUK Awards 2016). Én del av tjenesten er brukerveiledningen som følger med pakken. Den inneholder illustrasjoner som viser brukeren steg-for-steg hvordan h*n skal gå frem. Illustrasjonene virker ikke skremmende eller ekle, til tross for at de blant annet illustrerer blodprøver og hvordan brukeren skal ta prøver av eget underliv. (Schrauwen, Roberts og Wright 2017).

Fra dette prosjektet har jeg hentet inspirasjon i hvordan designerne på en myk og vennlig måte har klart å visualisere brukerveiledningen, i tillegg til utformingen for øvrig. Jeg la meg også inspirere av det luftige inntrykket veiledningen ga ved første øyekast, og at innholdet var godt sortert og strukturert. Med andre ord; et godt gjennomført visuelt hierarki.

2.1.3. Communi-cards 1 and 2

Dette prosjektet ble gjennomført for sykehus i New York. Sykehusene ville minske antall situasjoner der pasienter og ansatte opplevde frustrasjon seg imellom. Et problem på disse sykehusene, var kommunikasjon der pasient eller pårørende ikke kunne snakke. Noen pasienter var uten tale, mens andre var uten språkferdighetene. Derfor ble det designet et kort som skulle hjelpe alle parter å kommunisere via piktogrammer (vedlegg I, side 11).

Piktogrammene viser blant annet ulike symptomer, og andre viktige ord og situasjoner som

“doktor” og “toalett”. Disse kortene blir nå benyttet på over 150 sykehus og helseinstitusjoner i USA og Canada. (Poulin+Morris 2018; Schrauwen, Roberts og Wright 2017).

Globalisering og inn- og utvandring er et faktum i dagens verden, og dette har sykehusene ved dette prosjektet akseptert. De har utviklet et enkelt verktøy som hjelpemiddel ved kryssninger av språk og kultur i helsesektoren. Dersom jeg selv hadde vært ny i landet hadde disse kortene kortene i all sin enkelhet gitt meg en følelse av å være velkommen og ivaretatt, og dette er vel noe statlige institusjoner bør etterstrebe?

2.2. Brukersentrert design

Som Jesse James Garrett (2011) nevner i boken *The Elements of User Experience*, er brukersentrert design gjerne knyttet opp mot web-baserte løsninger, interaktive flater med brukergrensesnitt. Men som han selv sier “Every product intended for humans has a user, and every time a product is used, it delivers an experience” (Garrett 2011, 8), og dermed har alle tingene vi omgir oss med en brukeropplevelse. Å jobbe med brukersentrert design handler alt i alt om en prosess der man tar hensyn til brukerens beste i ethvert designvalg man tar. I denne oppgaven har jeg arbeidet etter denne mentaliteten, og forsøkt å rette all fokus på brukeren og deres behov. Under research har jeg ikke hatt en forutbestemt flate å designe for, og har derfor jobbet etter et utgangspunkt om at brukersentrert design er vel så gjeldende for trykte flater som på skjerm.

Garrett (2011) presenterer en fem-steps prosess ved brukersentrert design bestående av overflate, skjelettet, struktur, omfang og strategi. Prosessen starter med strategi, og dermed jobber man seg oppover steg for steg. Likevel presiserer han at stegene vil naturligvis flyte litt inn i hverandre. Stegene skal til sammen bygge et konseptuelt rammeverk for å snakke om brukernes problemer og hvilke verktøy som trengs for å løse dem (Garrett 2011, 21). Hvert steg skal åpne opp for å avdekke forskjellige problemer hos brukeren.

Ved alle stegene i prosessen tok jeg brukerne til etterretning som føring for valgene som ble gjort.

2.3. Visuell retorikk

I *Information Design; Research and Practice* (2017) skriver Jeanne Louise Moys om visuell retorikk i informasjonsdesign. Her beskriver hun hvordan grafiske konvensjoner bærer en retorisk mening gjennom deres assosiasjoner med visuelle karakteristikk av en dokument-sjanger (Moys 2017, 206). Dette er svært relevant for denne oppgaven, da jeg under designprosessen må ta hensyn til og legge et fokus på hvordan dokumentet skal fremstå for leseren.

Hvordan en leser oppfatter et dokument og dets karakter blir altså i stor grad påvirket av de retoriske virkemidlene som blir benyttet i fremstillingen. Disse virkemidlene og karakteristikkene kan være avgjørende for hvordan leseren vektlegger informasjonen, og om leseren anser det som seriøst og viktig eller ikke. Her skiller Moys (2017) mellom to funksjoner; en strukturell funksjon og en stilmessig funksjon. Dokumentet skal vise til en struktur, der leseren kan oppfatte en sammenheng i innholdet (strukturell funksjon). Den stilmessige funksjonen handler om å skape interesse hos leseren, formidle en stemning, skape troverdighet og indikere brukervennlighet. (Kostelnick i Moys 2017).

Denne artikkelen beskriver også resultater fra brukerundersøkelser rettet mot informasjonsdesign og brukervennlighet i dokumenter. Det understrekes flere ganger gjennom artikkelen at et godt designet dokument vil kunne ha stor innvirkning på leseren, da det kan avgjøre om leseren tar til seg det h*n leser. Blant annet blir inntrykk nevnt som et kriterium man bør ta til etterretning ved design for god brukervennlighet; “The attractiveness and approachability of the documents overall appearance” (Moys 2017, 211). Videre blir det dermed diskutert i hvor stor grad man bør benytte seg av grafiske elementer for å oppnå den stemning og karakteristikk man ønsker. Gjennom brukertestingene ble det blant annet konkludert med at der det er stor kontrast i proporsjonene mellom overskrift og brødtekst, ble innholdet oppfattet til overfladisk og lite troverdig. Men den rake motsetningen, altså en liten proporsjonal kontrast mellom overskrift og brødtekst førte til at leserne ikke tok innholdet seriøs. Dermed er konklusjonen at man bør etterstrebe en moderat bruk av visuelle virkemidler, dersom man vil oppnå et troverdig inntrykk på leseren.

Moys (2017) konkluderer med at visuell retorikk hovedsakelig handler om å gjøre informasjon tilgjengelig for leseren ved å benytte seg av de riktige virkemidlene på riktig måte. Det er derfor viktig å velge det typografiske uttrykket som kan motivere leseren til å ta informasjonen til seg, fremfor å overse den. Hun understreker også at i situasjoner som for eksempel innen helse, er dette svært viktig, da leseren kan være preget av omstendighetene. Det er derfor viktig å gjøre informasjonen personlig og empatisk, samt skape stemningen senderen vil oppnå. (Moys 2017, 218)

2.4. Universell utforming

Norsk helsevesen er et offentlig tilbud med alle landets innbyggere som brukere. Det er derfor riktig å basere designmessige valg på universell utforming i denne oppgaven.

2.4.1. Hensynet til svaksynte

I følge Norges Blindforbund sine beregninger er det ca. 180 000 mennesker i Norge som er synshemmede (Norges Blindforbund).

Norges Blindforbund har selv utviklet en huskeliste for å forbedre skriften brukere finner der ute, i alt fra aviser til skilting, eller nettsider. Gjennom sin kampanje uleselig.no forklarer de noen punkter man bør ta hensyn til, og disse vil jeg også benytte meg av i mitt design-resultat. Jeg vil trekke frem de punktene som er spesielt relevante for dette prosjektet.

- Fargebruk
- Kontrast
- Avstand
- Font

(Norges Blindforbund)

2.4.2. Hensynet til begrensede språkferdigheter

Den internasjonale undersøkelsen for lese- og tallforståelse (PIAAC) viser at det i 2013 var 12% av den norske befolkningen som befant seg på nivå 1 eller lavere. Hvilket vil si at

leseferdighetene er på det nivå at man kan “(...) finne en enkel opplysning i teksten som er identisk eller synonym med det det spørres etter. “ og “Man må kunne gjenkjenne basisord for å forstå innholdet i setninger. Man må også kunne lese avsnitt med tekst.” (Bjørkeng 2013). Det er lite eller ingen distraksjoner. Jeg anser dette nivået som for lavt til å kunne forstå innkallingsbrevene slik de er i dag. De inneholder kompliserte ord og begreper, og er heller ikke plassert i en logisk rekkefølge (se vedlegg III). Det vil dermed være vanskelig for disse 12% å forstå dette brevet. (Bjørkeng 2013).

For å tilrettelegge for brukere med lave norskkunnskaper har jeg en hypotese om at ikoner, illustrasjoner og fargekoding vil kunne bedre forståelsen. Et problem som kan dukke opp ved bruk av ikoner og piktogrammer, er kulturelle forskjeller som kan føre til at man avhengig av kultur tolker ikonene på ulik måte. Dette bør man tenke på når man utformer ikoner og piktogrammer.

2.5. Typografiske nivåer og hierarki

Ved utformingen av den redesignede versjonen av innkallingsbrevet var det viktig å sette sammen et gjennomført visuelt hierarki. Det visuelle hierarkiet var et viktig moment å ta hensyn til, da dette hjelper leseren å vite hvordan h*n skal orientere seg i innholdet. Hierarkiet består av ulike nivåer med tilhørende signal, som indikerer hvilken plass innholdet har i dokumentet. Signalene kan være basert på avstand, som for eksempel innrykk eller plassering. Det kan også være grafiske signaler, basert på for eksempel størrelse, stil eller farge. Lupton presiserer at det er best å holde seg til tre eller færre signaler på én gang, ettersom dette er mer enn nok for å signalisere ett nivå. (Lupton 2010, 132)

For å designe et visuelt hierarki er det viktig at designeren er godt kjent med innholdet og har en formening om hvilken rekkefølge det skal leses i. Hva skal leseren se først? Med utgangspunkt i dette kan man deretter velge hvordan nivåene skal differensieres fra hverandre (Coates og Ellison 2014).

Dersom man oppnår et velorganisert hierarki, vil det være større sannsynlighet for at leseren følger teksten slik som den er ment (Lupton 2010, 134). Dersom man ikke oppnår dette, kan det føre til at leseren blir forvirret av leserekkefølgen, som igjen kan føre til frustrasjon.

2.6. Typografi

Denne oppgaven omhandler i all hovedsak om å bringe et budskap *fra* sykehus *til* pasient. For at budskapet skal bli mottatt slik sykehuset ønsker, er det viktig at budskapet er “oversatt” på en slik måte at mottakeren forstår budskapet slik det er ment.

Rannem (2005) forklarer dette gjennom Shannons kommunikasjonsmodell. Det hele starter med en informasjonskilde går i form av et budskap til sender. Videre bringer sender budskapet videre i form av signaler til mottaker. Idét mottaker får disse signalene viser det seg om budskapet er “oversatt” på en god nok måte eller ikke. Dersom det ikke er oversatt godt nok, vil mottaker kunne oppfatte signalene som *støy*, fremfor et budskap. Disse mistolkede signalene er egentlig ikke intensjonelle fra senderen, men som likevel forstyrrer kommunikasjonen. Når mottaker mottar signalene befinner man seg på det semantiske nivået. På dette stadiet skal mottaker tolke og dekode signalene, ut ifra sine egne forutsetninger. Dermed blir budskapet formet på nytt av mottakeren, og kan derfor i noen tilfeller ende opp som et annet enn utgangspunktet. Her ser man at mottaker skaper “sitt eget” budskap, men det er viktig å huske på at senderen, altså sykehuset i dette tilfellet også bør ha en aktiv rolle i å utforme budskapet på rett måte. (Rannem 2005, 134).

Så hvilken plass har typografien i denne tolkningsprosessen? Typografien kan anses som en *metainformasjon*, som Rannem (2005) beskriver det: “Et budskap om budskapet” (Rannem 2005, 135). De typografiske virkemidlene kan dermed hjelpe leseren å forstå budskapet slik det *skal* oppfattes. Virkemidlene spiller inn på de rent tekniske signalene, som for eksempel om leseren kan skille mellom en I og en L. Virkemidlene virker også inn på de følelsesmessige signalene, som for eksempel motivasjon for å lese eller inntrykk av relevans for leseren. (Rannem 2004)

Som et kriterium for at signalene skal tolkes på riktig vis, må de være konsekvente, tydelige og systematiserte. Hvis ikke kan man risikere å oppnå “information overload” (Rannem 2004, 142), der et for stort antall signaler forvirrer leseren. Derfor er det viktig å forsøke å bringe budskapet frem så ryddig og systematisk som mulig, uten av det virker for kjedelig for leseren til å lese.

2.7. Piktogrammer

Det finnes tre kategorier av piktogrammer; likhetsikoner, ikoner og symbol. Likhetsikonene portretterer det de står for i en direkte forstand. Ikonene fungerer som signal på det de representerer, og er mer abstrakte, mens symbolene har ingen visuell likhet med det de står for. Symboler er kulturelt betinget. (Coates og Ellison 2014, 96).

Fordelen med bruk av piktogrammer er at de kommuniserer informasjonen mye raskere enn tekst. Samtidig må man være forsiktig med bruk av symboler dersom man skal kommunisere til et internasjonalt publikum, da dette kan føre til misforståelser. Piktogrammene kan også være et svært godt alternativ dersom det ikke er passelig med kompliserte illustrasjoner eller bilder. Piktogrammene kan dermed tre inn i illustrasjonenes og bildenes rolle. De kan bryte opp de store bolkene med informasjon, og gi en indikator på tema, samt skape en stemning til flaten. (Coates og Ellison 2014, 96).

I alle inspirasjonsprosjektene for denne oppgaven er det blitt benyttet piktogrammer.

Piktogrammene samarbeider med tekst, men er i stor grad med på å underbygge teksten, og ikke minst gjøre den lettere å forstå og huske.

3. Metodebruk og datainnsamling

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av kvalitativ metode, i form av intervju og dokumentstudier. Ved å gjennomføre kvalitative intervju skaffet jeg innblikk og større forståelse for brukerne, og deres opplevelse av innkallingsbrevet og sykehuset generelt.

Denne type innsikt har vært svært avgjørende for oppgaven, da den i all hovedsak handler om brukernes interaksjon med Sykehuset som interaksjon (Tjora 2017).

3.1. Researchmetode

Under research-arbeidet har jeg kombinert teoretiske og empiriske researchmetoder. Jeg har lest meg opp på fagfeltet, både om informasjonsdesign og universell utforming, samt andre relevante temaer som hører med. I tillegg har jeg gått empirisk til verks ved å analysere eksisterende løsninger, samt gjennomført intervjuer og tester. Gjennom researcharbeidet har jeg lagt fokus på å ha en jevnlig kontakt med nøkkelpersoner og målgruppe, for å holde en stø kurs underveis.

Mary C. Dyson (2017) presenterer ulike metoder for informasjonsdesign-research, og jeg har hentet inspirasjon fra flere av disse i researchfasen for dette prosjektet.

3.1.1. Skape et rammeverk

I prosessen forsøkte jeg å lage et rammeverk for designet. Gjennom researcharbeidet utarbeidet jeg retningslinjer for designmessige valg. Dette innebar retningslinjer for typografi, leselig- og lesbarhet, ikonbruk, spaltebredde, med mer. Gjennom research om universell utforming ble det også skapt rammeverk for intervjuene, og måten disse skulle gjennomføres på.

3.1.2. Diagnostisk testing

Denne metoden går ut på å teste eksisterende løsning for å “diagnostisere” den, altså finne ut hva som kan forbedres. Jakob Nielsen (2000) legger frem et prinsipp der han mener man heller bør teste små tester flere ganger på en større gruppe brukere, fremfor å gjennomføre få og store, omfattende tester på få brukere. Ved hjelp av en formel viser han at ved å teste på 15 ulike brukere, vil man ha kartlagt alle “diagnosene” ved designets brukervennlighet. Men som kjent krever brukertesting ressurser, både i tid og penger. I dette prosjektet står tid på budsjett, og dermed er Nielsens tips kommet til nytte. Han selv foreslår heller å gjennomføre tester med fem brukere per gang. Videre forbedrer man designet og tester med fem nye brukere.

Man vil dermed kunne teste om løsningen på de konkrete problemene fungerte eller ikke, i tillegg til å avdekke nye problemområder. Dermed blir denne metoden effektiv med hensyn til ressurser (Dyson 2017), i dette tilfellet tid.

Nielsen (2000) omtaler dette research-prinsippet i forbindelse med design for brukervennlighet på nettsider, men jeg anser dette som en vel så relevant tankegang for dette prosjektet, da det har blant annet brukervennlighet som hovedfokus.

3.2. Intervjuer

3.2.1. Rekruttering av informanter

I denne oppgaven har jeg som nevnt valgt å benytte meg av kvalitativ metode i form av intervju. Jeg har derfor valgt ut et strategisk utvalg informanter, som jeg antok kunne gi meg innsikt i det jeg ønsket (Tjora 2017, 130). Det var forøvrig viktig for meg å unngå dybdeintervju av informanter med designbakgrunn, for å få innblikk i *bruken* av brevet og ikke *designet*.

Til å begynne med knyttet jeg kontakt med tjenstedesigner via veileder. H*n ble en nøkkelinformant for oppgaven tidlig i prosjektet, da hun kunne gi meg en introduksjon på området “innkallingsbrev”, i tillegg til å sende meg en rekke maler som benyttes. Andre nøkkelpersoner knyttet jeg hovedsaklig kontakt med via mail. Rekrutteringen av nøkkelinformantene utviklet seg til en snøball som rullet i økende tempo, der den éne informanten førte meg videre til den neste (Andersen og Krumsvik 2017, 81). Via tjenstedesigner ble jeg oppmerksom på systemeier for DIPS, Svein; som videre førte meg til Kirsti ved DIPS. Flere av mine informanter var svært hjelpelige med å knytte meg til andre som også kunne hjelpe, men et sted måtte snøballen stoppe, til tross for en god driv. På et tidspunkt i researchfasen hadde jeg nådd et metningspunkt der jeg fikk et inntrykk av at mindre og mindre ny informasjon kom frem (Tjora 2017, 143) og dermed stoppet jeg også snøballen.

Øvrige informanter har jeg knyttet kontakt med ved å spørre bekjente jeg kunne tenke meg var passende for intervju. Det var viktig for meg å først og fremst finne informanter uten designbakgrunn- eller utdanning. Videre var det også viktig at de ikke visste noe om min problemstilling og visjon for denne oppgaven, da dette kunne forme deres svar og interaksjon med dokumentet.

3.2.2. Gjennomføring

Jeg gjennomførte, avhengig av tematikk for intervjuene, dybdeintervju, fokusintervju og intervju via mail og telefon og i personlig møte.

Intervju via telefon og mail ble kun gjort med nøkkelpersoner for prosjektet. Disse intervjuene skaffet meg ren praktisk og faktisk innsideinformasjon, og jeg hadde da ikke noe stort behov for å stille umiddelbare oppfølgingsspørsmål. I tillegg befant disse personene seg langt fra studiebyen min.

Jeg gjennomførte også intervjuer med potensielle brukere for innkallingsbrev fra sykehus. Av disse brukerne har jeg valgt ut undergrupper. Ved å plukke ut fra undergrupper kunne jeg innhente mer spesifikk informasjon knyttet til ulike problemområder ved brevet. (Tjora 2017, 131).

Den første intervjurunden gikk ut på å finne problemområder og opplevelser rundt det eksisterende dokumentet. Derfor valgte jeg å kalle disse intervjuene for “testintervju”. Intervjuet var et deltakende intervju, der informanten ble gitt en case. Informantene i disse intervjuene var unge voksne. De ble oppfordret til å leve seg så godt de kunne inn i situasjonen. Situasjonen gikk ut på at de hadde vært hos legen for en tid tilbake for å få hjelp med kraftige magesmerter. Legen kartla at smertene var sentrert rundt nyrene, og sendte derfor henvisning til sykehus for å få tatt noen bilder av området der smertene lå. Så kom innkallingsbrevet fra sykehuset. Jeg ga dem brevet og de ble oppfordret til å skimme gjennom det mens de snakket høyt om hva de tenkte og følte rundt det de leste og så (se vedlegg VII).

For å avdekke behov hos mennesker med begrensede språkferdigheter gjennomførte jeg tilsvarende intervju som sistnevnte på denne gruppen. Men istedenfor å spørre om hva de følte når de leste, ba jeg dem fortelle meg hva som var vanskelig å forstå underveis i brevet. Videre snakket vi litt løst om deres erfaring med brev fra offentlig etat. (se vedlegg VIII)

Jeg intervjuet også Nina, som representant for blindeforbundet. Hun fortalte meg om hvordan blinde leser og forstår brev fra offentlig sektor. (se vedlegg IX)

Jeg gjennomførte også intervjuer med pensjonister på kafé. Disse intervjuene ble ikke tatt lydopptak av, ettersom jeg følte dette ikke var passende å avbryte pensjonistene med “en skummel” båndopptager midt i karbonadesmørbrødet. Jeg tok heller en kort og uformell prat med dem der jeg spurte hva de synes om dagens innkallingsbrev.

Videre har jeg også snakket med to representanter fra DIPS, som forklarte meg hvordan man i praksis skriver ut og sender innkallingsbrevene via sykehusenes datasystem.

3.2.3. Transkribering og koding av data

Jeg valgte å transkribere alle intervjuene som omhandlet brukergruppe; testintervju med ferske innvandrere, Nina fra blindeforbundet og de vanlige testintervjuene.

Ved transkribering og sitering av ferske innvandrere, har jeg ikke korrekte avskrivninger av det som faktisk ble sagt. Jeg gjorde rettskriving/justering av ord og “talefeil”, for å unngå at informantene skulle føle seg misforstått og “parodiert”. Likevel ønsket jeg å være så detaljert i transkriberingen som mulig, slik at jeg unngikk å gå glipp av viktige aspekter ved intervjuene. (Tjora 2017, 174).

Deretter ble transkripsjonene benyttet for å skape et kodesett. I arbeidet med koding tok jeg utgangspunkt i stegvis-deduktiv induktiv metode som Aksel Tjora presenterer i boken “Kvalitative metoder i praksis” (2017). En fordel med å følge denne metoden er at man i dette steget av analysen, altså selve kodingen, kan merke seg hva informanten faktisk sier, og ikke

bare hva den snakker om. Ved kodingen etterstrebet jeg derfor å benytte meg av koder som var direkte knyttet til informantenes formuleringer. (Tjora 2017)

Relevante deler av brukerintervjuene ble plassert i en tabell der hver del fikk tildelt sin kode (se vedlegg I, side 13). Videre plasserte jeg disse kodene under et mindre antall kodegrupperinger (Tjora 2017, 207).

Resultatet av uformell prat med pensjonistene ble en oppsummering med utgangspunkt i mine egne notater. Oppsummeringen ble kodet så langt det lot seg gjøre. (Se vedlegg I, side 23)

Videre sammenfattet jeg ekspert-intervjuene i sammenhengende, oppsummerende tekster. Også her ga jeg relevante deler av dataene de eksisterende, og nye koder, som videre ble plassert under kodegrupperinger (se vedlegg I, side 27). Jeg gjennomføre en tilnærmet lik metode for koding til tross for intervjuer med utpreget ulik vinkling med hensyn til neste steg av analysen. Tanken var at jeg kunne forsøke å sammenligne det brukerne og ekspertene hadde sagt om det samme temaet. Ved lik metode for koding åpnet jeg opp for å oppdage likheter og ulikheter i oppfatning av tema mellom de to sidene av dokumentet.

3.2.4. Nærhet og distanse

Med et tema som dette, der det handler om brukeres tilknytning og syn på sykehus og helsevesen har det vært særlig viktig å ta hensyn til grad av nærhet og distanse til informantene. Temaet kan i løpet av intervjuene bevege seg over til å være et sensitivt og intimt tema for informantene. Jeg har unngått å stille spørsmål direkte rettet mot intime svar, og har heller spurt spørsmål der det er opp til informanten selv hvilke eksempler og erfaringer h*n vil trekke frem, og ikke minst hvor detaljert de vil være i forklaringene. Jeg har også gjort informantene oppmerksomme på at de kan ta kontakt dersom de ønsker å trekke seg i etterkant av intervjuet. (Andersen og Krumsvik 2017).

3.3. Viktige fokusområder

3.3.1. Struktur

De generelle test-intervjuene og egen analyse (vedlegg I, side 5) viser at brevets struktur bør forbedres. Informantene kommenterte at de ville lest brevet flere ganger for å kunne stille forberedt til undersøkelsen. De ville også begge stilt spørsmål; Trine ville ringt i forkant og Truls ville spurt når han kom til sykehuset. I tillegg kommenterte Truls at brevet var “uoversiktlig” og at det “ikke var delt opp i avsnitt”. Han fikk også et inntrykk av at sykehuset “hadde dårlig tid” (se vedlegg I).

Nina fra blindeforbundet snakket også om dette. Hun trakk frem døve som eksempel, da mange i denne brukergruppen også har problemer med å lese ettersom tegnspråk skiller seg fra muntlig og skriftlig norsk språk. Hun sa blant annet “Og alle gruppene jeg vet om som sliter, ja dyslektikere også, de bruker å si ja kortest mulig brev, det hjelper. Også enkle setninger. Kan du sette et punktum, ja så gjør det. Men ofte så er det, det er så mye man skal ha sagt på kort tid og liten plass. “.

Isac var også opptatt av dette da vi snakket om hans erfaring med offentlige brev.

Også jeg tenker det er litt kult jeg kan lese og at jeg forstår. Men noen brev det er litt lange, jeg vet ikke, etter jeg lest hva trenger sånn? Det er masse informasjon. For hvis det er blitt litt kort med viktig informasjon det er veldig bra for meg for jeg skal forstå hva mener du, hva er best. Slutt. Du tenker du sender meg melding om sånn og sånn, jeg skal forstå . slutt. Men; du skal blablablablablablablablabla Ja. For eksempel her hvis det er legen skal skrive om loven sier du må gjøre sånnsånnsånnsånnsånns. Jeg trenger ikke lov, jeg trenger bare at jeg vil gå. For eksempel: hvis du må på flyplass, du må ha bevis. Slutt. Om du må ha lov eller ikke lov, det trenger ikke jeg, det er ikke mitt problem. (Vedlegg I).

I tillegg vil jeg vise til klarspråk sin veiledning for bedre utforming av offentlige brev.

Klarspråk gir råd om å benytte seg av avsnitt, samt prioritere teksten slik at det viktigste kommer først. De legger også til at korte brev alltid er bra. (Klarspråk 2009)

3.3.2. Inntrykk og følelser knyttet til sykehuset

Truls sin tidligere kommentar “virket som om de hadde dårlig tid” er knyttet til spørsmålet om hva slags inntrykk informanten hadde av sykehuset etter å ha lest brevet. Dette er ikke uvanlig tematikk når det er snakk om norsk helsevesen, da det de siste årene har vært mye fokus på helsearbeideres begrensede tidsplan. Truls begrunner dette selv med at det virket som om det var en mal, og tenkte det var nettopp derfor dette inntrykket han satt igjen med. Trine omtalte situasjonen flere ganger som skummel, men forklarte at det ikke nødvendigvis var brevetets innhold man kan bli skremt av, men situasjonen i seg selv. De begge synes det var bra å få en innkallelse, for da kunne de finne ut hva som var galt. (Vedlegg I)

Nina nevnte sitt nærmeste helseforetak som eksempel, og hun “syntes det er en skam” at de er så dårlige på å forme brevene sine.

Det er tydelig at det er noe splittede syn på sykehus. Men det kan synes ut til at brevet i seg selv kan påvirke hvordan brukerne anser sykehuset, og ikke minst deres troverdighet og profesjonalitet. I dette prosjektet har jeg derfor rettet fokus også mot hvordan sykehuset bør bli oppfattet gjennom brevet som kommunikasjonskanal. Kanskje det kan være mulig å gi et inntrykk av at sykehuset dedikerer tid til sine pasienter? Eller at situasjonen ikke er så skremmende som den kan høres ut som, og at pasienten er i trygge hender?

3.3.3. Språk

Etter å ha snakket med innvandrere hadde jeg kartlagt hvilke ord de opplevde som vanskelige; henvisning, mengde, fastende og ubehag. Disse ordene behøvde en forklaring under intervjuene. I tillegg fikk jeg et inntrykk av at informantene i noen deler av brevene slet med å forstå sammenhengene på grunn av vanskelige ord. For eksempel sa Isac “Aaaaah! Åååå! Okay fordi tenker når jeg leste at flyplasser. Dette her er jo en person som er syk, hva har flyplasser med det å gjøre?” (Vedlegg I).

Både Inga, Isac og Ibrahim fortalte at de alltid får brev fra norske etater på norsk. Og fortalte at når de ikke forstår noe oversetter de gjerne i Google Translate eller ordbok. Se utdrag fra transkripsjon under:

Isac: Og ALLTID på norsk ja. Også av og til skriver f.eks. noen uttrykk eller spesielle ord, jeg forstår ikke.

Meg: Hva gjør du da? Hvis du ikke forstår?

Isac: Jeg googler for eksempel, sånn translate. Men også etter translate jeg kjenner at hva menes det?

Meg: Mhm. At det fortsatt er litt vanskelig?

Isac: Ja at det er vanskelig ja. Fordi kanskje noen ganger jeg mister jeg noe viktig informasjon for jeg forstår ikke hva dem mener. (Vedlegg I).

Det er altså ikke alltid Google kan være til fullstendig hjelp. Både Isac og Ibrahim forklarte meg at de i slike situasjoner ringer eller drar til avsender for å få informasjonen forklart. De ville altså gjort det samme som Trine og Truls. Mine informanter er nok ikke alene om dette, og det kan tenkes at sykehusene bruker mye tid på spørsmål som potensielt kunne ha vært unngått.

3.3.4. Visuelle virkemidler

Jeg spurte Nina om hvordan svaksyntes opplever bruk av farger, hvor hun først svarte “Ehm... Synshemma er ikke så glade i pent design da, for det som er er at det tar oppmerksomheten bort fra det det egentlig er” (vedlegg I). Men videre i intervjuet forklarte hun at det kan fungere dersom det ikke forstyrrer selve teksten. Hun tok for seg et eksempel fra en kommune som hadde sendt ut brev der teksten var lagt over en illustrasjon, og at dette virker utrolig forstyrrende for svaksynte. Hun viste også eksempler der linjer og rammer kan være veldig nyttige for dem, som for eksempel ved bruk av kronebeløp.

Nina forklarte også at halvfete fonter i Arial og Verdana var det beste å lese for svaksynte, fremfor tynne fonter. Dette så jeg selv også tydelig da hun demonstrerte lese-TVen for meg. I dette leseverktøyet ble brevet forstørret, og bokstavene ble på størrelse med et A5 format.

Med hensyn til svaksynte, og øvrige brukere for øvrig, ville jeg derfor følge Ninas råd så godt jeg kunne. Derfor prioriterte jeg funksjonalitet og brukervennlighet, og dernest estetikk.

3.3.5. Format

Tjenestedesignereren informerte om at flere og flere dokumenter nå har gått over til å kun finnes digitalt. For eksempel finnes brosjyrer om sykdommer nå digitalt, men de er også designet for å kunne fungere som utskrift. Brev blir imidlertid fortsatt sendt ut per post, dette av personvernshensyn. Det er med dette tydelig at sykehusene er inne i en digitaliseringsprosess når det gjelder ulike dokumenter som tidligere var naturlig å ha som trykte produkter. Det kan kanskje også tenkes at det er en visjon om at innkallingsbrevene skal sendes ut elektronisk en gang i fremtiden.

Noen som var veldig takknemlige for at innkallingsbrevet jeg viste var i papirformat var pensjonistene. De understreket at det var veldig fint, for da slapp de logge seg inn på datamaskinen, det syntes de bare var tungvint.

Selv hadde jeg en hypotese om at en elektronisk variant ville vært hjelpsom for svaksynte, for da kunne teksten leses opp for dem automatisk. Men dette avkreftet Nina fra blindeforbundet. Om dette sa hun følgende

Fordi at man får jo, jaja, nå skal jeg ikke si at det er vanlig å få brev lenger da, fordi flere offentlig etater sier at “neei, nå kan du gå inn på ditt NAV eller din ditt og din datt, også ligger det brev der.” Det er det mange som sliter med og fordi at, enda så rart det høres ut fordi det er elektronisk, men det er mange som ikke kan bruke BankID-en sin ved egenhjelp fordi du fikser ikke den der koden. Og det finnes bare én bank, nemlig DNB som har talende passord-generator, og de er egentlig ikke klar over at de har det selv engang. (Vedlegg I)

Hun fortalte også at de fleste synshemmede i Norge er eldre mennesker, og at denne gruppen holder seg til “gamlemetoden”, altså at de leser fysiske brev.

3.3.6. De eldre er generelt fornøyde

Før jeg skulle oppsøke pensjonister for å snakke med dem, hadde jeg en antagelse om hva de kom til å mene, ut ifra min personlige oppfatning av de eldre. Jeg trodde pensjonistene skulle være misfornøyde med brevene, og mene at de var vanskelige å forstå. I tillegg til dette er pensjonistene blant én av befolkningsgruppene med flest sykehusbesøk, og med dette som

grunnlag var disse en målgruppe fra begynnelsen av. Det første jeg møtte da jeg kom inn på kaféen var en eldre mann som klagde på for hard skorpe på smørbrødet. Jeg tenkte med én gang at dette var et prakteksemplar på pensjonistene, og at de også ville “klage” på sykehuset. Så feil kan man ta.

Etter å ha snakket med pensjonistene, viste det seg at de jeg snakket med var svært fornøyde med sykehus. De skrøt av personalet og syntes innkallingsbrevet jeg viste dem var informativt og oversiktlig.

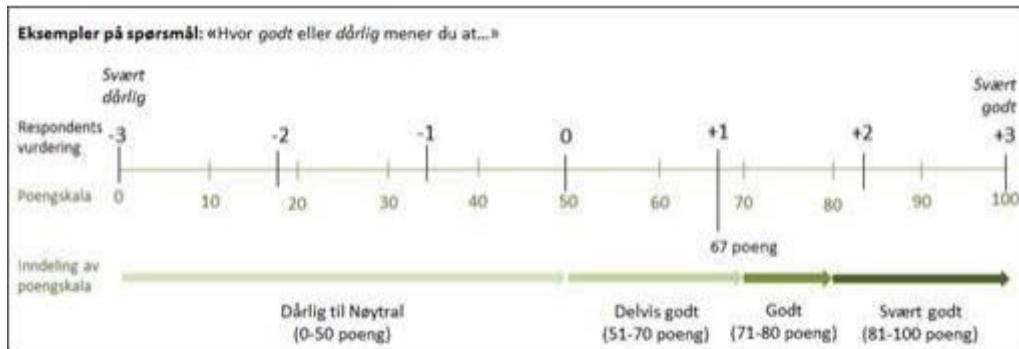
3.4. Mulige feilkilder

Pensjonistene jeg møtte var svært fornøyd med innkallingsbrev de tidligere har fått, og sykehuset generelt. Det er riktignok verdt å nevne at disse pensjonistene var alle fra samme by, alle med St. Olavs som hovedsykehus. Det kan hende at det finnes mange pensjonister der ute som ikke er like fornøyde som gruppen jeg snakket med. Likevel følte jeg jeg fikk en viss innsikt i de eldres innstilling til sykehus og pasientinformasjon.

Ved intervjuene av innvandrerne jeg møtte på språkkafé var det naturligvis noen kommunikasjonsproblemer som følge av språket. Jeg utelukker derfor ikke muligheten om at noen transkripsjoner og tolkninger kan være ukorrekte. Samtidig er fokusområdene jeg har plukket ut fra intervjuene temaer som gikk igjen i flere av intervjuene, og dermed finner jeg sannheter ved disse funnene.

3.5. Innbyggerundersøkelsen 2017

I 2016 og 2017 ble innbyggerundersøkelsen 2017 gjennomført. Denne undersøkelsen ble gjennomført av Difi og avdekker innbyggernes oppfatning av de offentlige virksomhetene; utdanning og kultur, helse, omsorg og myndighetsorganer (Difi 2017).



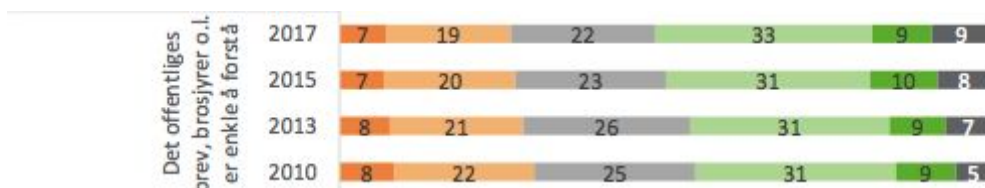
Figur 1. Skjermdump. Kilde: (Difi 2017).

Undersøkelsen benytter en skala fra 0 til 100. Poengene utgjør følgende oppfatninger:

- 0-50 poeng: Dårlig til nøytral
- 51-70 poeng: Delvis godt
- 71-80 poeng: Godt
- 81-100 poeng: Svært godt

(Figur 1; Difi 2017)

Undersøkelsen spør blant annet: “Hvor enig eller uenig er du i de følgende påstandene om det offentlige (både stat, kommune og fylkeskommune)?”, og videre: “Det offentliges brev, brosjyrer o.l. er enkle å forstå”. Her er svaralternativene “helt uenig”, “delvis uenig”, “verken enig eller uenig”, “delvis enig”, “helt enig” og “vet ikke/ har ingen mening”.



Figur 2. Skjermdump. Hvor enig eller uenig er du i de følgende påstandene om det offentlige (både stat, kommune og fylkeskommune)? Svarfordeling. Kilde: (Difi 2017)

Med dette som grunnlag kan man si at det er over én fjerdedel av befolkningen som har vansker med å forstå de offentlige brevene. 26 prosent av svarene befinner seg innenfor “helt uenig” og “delvis uenig”. Til tross for dette er 42 prosent undersøkelsens deltakere delvis enige, eller helt enige i at brevene er enkle å forstå. Den midterste kategorien, “verken enig eller uenig” kan man definere som de med meninger “midt på treet”. De er verken spesielt enige eller uenige med påstanden, men samtidig ikke en del av dem som ikke har noen

mening. Der det derfor vanskelig å kunne inkludere disse i noen av de to ytterkantene, og derfor er de som “nøytrale” her.

I følge Difis brukerundersøkelse kan nordmenn sies å være generelt fornøyde eller svært fornøyde med norsk helsevesen. Likevel er det noen deler av spørsmålene, der sykehus scorer noe lavere enn andre instanser (f.eks. sammenlignet med utdanning og kultur). Ved spørsmål om hvor fornøyde eller misfornøyde brukerne er med ventetiden på sykehusene, viser resultatene en poengscore på 60 poeng i denne undersøkelsen. Dette tilsvarer “delvis fornøyd”. I gjengjeld er brukerne “svært fornøyde” med den faglige kompetansen ved sykehusene. (Difi 2017).

Kort oppsummert viser undersøkelsen at brukerne er svært fornøyde med den personlige kontakten med sykehuset og deres ansatte. Der det scores noe lavere er på de system-relaterte områdene, som for eksempel ventetid og svarrespons på epost.

I NRK sin artikkel “Ungdom forstår ikkje offentlege brev” (Midtbø 2017) blir denne undersøkelsen nevnt. NRK har i artikkelen snakket med en videregående-elev, Marius, som selv har slitt med å forstå offentlige brev. Han ble presentert to eksempler på brev med tittelen “Lærekontrakten i helsearbeidarfaget er hevet”, som mange av elevene mottar. Hvorav det éne brevet var i original utforming, mens det andre var en ny variant som hadde blitt forbedret for å gjøre språket klarere. Selv sa han “Om eg hadde fått det fyrste brevet ville eg lest det to gonger til, og om eg enda ikkje hadde forstått det, hadde eg ringt telefonnummeret der. Det er ikkje oversiktleg i det heile tatt” (Midtbø 2017.) Videre kommenterer språkkonsulent i NTB Arkitektst, Karolina Netland, saken. Hun sier følgende “Det er eit samfunnsproblem og eit økonomisk problem som kostar samfunnet mykje pengar”. (Midtbø 2017).

I denne artikkelen, undersøkelsen og øvrige saker angående dette temaet og såkalte samfunnsproblemet blir det tekstuelle språket presentert som roten av problemet. Det er ikke til å legge skjul på at dette er riktig, men dersom man tar høyde for brevenes visuelle utforming vil man kanskje også finne flere nyanser av dette samfunnsproblemet? Riktig og målrettet visuell utforming vil kunne hjelpe leseren til å orientere seg lettere i brevenes

innhold. Det vil også i noen situasjoner kunne påvirke leserens sinnstilstand, slik at innholdet om mulig kan oppfattes på riktig måte.

3.6. Innkallingsbrev i praksis

3.6.1. Standardiseringsprosjektet

Norske offentlige helseforetak har de siste årene alle jobbet etter et standardiseringsprosjekt, hvorav enkelte av de regionale foretakene er kommet lengre i prosessen enn andre. Prosjektet går i all hovedsak ut på å standardisere klinisk dokumentasjon i DIPS (sykehusenes programvare) (Helse Sør-Øst 2016).

Prosjektet omfattet blant annet en gjennomgang av dokumenttypene i DIPS. Disse skulle gjennomgås og kvalitetssikres, samt eventuelt endres slik at de samsvarte med den regionale standarden.

3.6.2. Levering av brevet

Brevene blir pr. i dag utformet hos hvert enkelt lokale helseforetak. Helseforetakene bestemmer selv hva brevene skal inneholde, men selvfølgelig etter lover og regler. Videre legger de selv inn brevmalene i DIPS. Via DIPS kan brevene formes for hver enkelt pasient, for så å bli skrevet ut og sendt pr. post.

Helse Nord gjør det også på denne måten, men som et tillegg kan pasienter under Helse Nord hente opp sine innkallingsbrev via sin elektroniske pasientjournal (EPJ), se vedlegg 1, side 29. Pasientene logger seg da inn med BankID eller MinID på helsenor.no, og deretter henter frem journal eller tilsendte brev.

4. Designmetode

4.1. En brukersentrert designprosess

I designprosessen valgte jeg å følge Garrett (2011) sin fem-steps modell for brukersentrert design. Til tross for at denne metoden blir omtalt som en metode hovedsakelig benyttet ved design av nettsteder, ser jeg dette som nevnt tidligere i oppgaven vel så anvendelig ved design av brukersentrerte fysiske brev, til tross for at disse ikke åpner for en aktiv interaksjon mellom produkt og bruker.

Strategien ble utarbeidet gjennom designbriefen, i særlig grad ved researcharbeidet på forhånd og designstrategien. Videre ble *omfanget* kartlagt i startfasen av idégenereringen i tillegg til koding av intervjuer. Nye idéer førte til nytt innhold, og på denne måten ble omfanget av design-resultatet skapt. Omfanget måtte deretter bli *strukturert*, slik at det hele fikk en logisk sammenheng. Dette ble gjort ved å plassere innholdet (omfanget) inn i brukerreisene, og å knytte det hele sammen i et kart. I tillegg ble det tekstlige innholdet strukturert og sortert, slik at det fikk en mer logisk rekkefølge. Når dette var klart skisset jeg opp *skjelettet* for designet videre i skisseprosessen der layout og plassering av elementer utviklet seg enda mer, og et “designkonsept” ble valgt. Til slutt ble det hele satt i live som en *overflate* med det endelige designresultatet, der designmessige valg ble gjort - som for eksempel farger og skrifttype. App og fysisk brev ble også “samkjørt” slik at de to hadde et felles uttrykk som en helhet.

4.2. Personas og brukerreiser

Etter å ha samlet inn en god håndfull med data, samlet jeg dette blant annet med fire personas (Stickdorn og Schneider 2011). Alle med utgangspunkt i intervjuene og informantene mine, og er blitt formet gjennom researcharbeidet. Personasene hjalp meg å konkretisere målgruppen, og videre visualiserte jeg hver personas sin brukerreise for å avdekke problemområdene for hver enkelt brukergruppe. I tillegg fikk jeg tydeliggjort de ulike problemene og behovene ved hver gruppe. Gjennom visualiseringen av brukerreisene og

markering av “kritiske” områder, kunne jeg se hvor innkallingsbrevet, og designet av dette kunne gjøre en forskjell for brukeren.

4.3. Idégenerering

Med brukerreisene som utgangspunkt utviklet jeg idéer til hvordan de kritiske områdene ved hver reise kunne bli forbedret. Gjennom idégenereringen forsøkte jeg å generere idéer direkte fra bruker-problemene, slik at et brukersentrert design ble opprettholdt også i denne delen av prosessen.

Idégenereringen startet med tre tankekart for hovedproblemene til hver brukergruppe. Her skrev jeg opp viktige punkter for gjeldende problemer, samt idéer til å løse eller forbedre dem. Jeg benyttet meg også av tankekart for å generere generelle idéer som dukket opp tidlig i prosessen. I tankekartene benyttet jeg meg av farger og enkle illustrasjoner for å lettere kunne tydeliggjøre de forskjellige idéene, fremfor en haug med ord, se vedlegg II. (Lerdahl 2011)

Idéene som dukket opp under denne fasen var av forskjellig skala; noen idéer gjaldt selve konseptet, mens andre handlet om detaljer. Derfor koblet jeg flere av idéene sammen med hverandre i videre idégenerering for å få “komplette idéer”. For eksempel ble piktogrammer implementert i brevarket som én idé. (Lerdahl 2011)

4.4. Idébearbeiding

Under denne delen av prosessen benyttet jeg meg av “rask tilbakemelding” og brukertesting som idébearbeidingsmetoder (Lerdahl 2011).

For å teste ut hvordan potensielle brukere forstod piktogrammene, lagde jeg et skjema for rask tilbakemelding. Skjemaet bestod av ruter med de ulike første-utkastene av piktogrammene uten beskrivende tekst. Brukerne fikk beskjed om å skrive hva de trodde piktogrammene betydde i rutene. Jeg samlet tilbakemeldingene i et felles ark, og fikk dermed kjapt kartlagt

hvilke piktogrammer som ikke var tydelige nok. Blant annet ble “sikkerhetskontroll” til “noen ringer”, se side 58 i vedlegg I.

5. Designbrief

5.1. Prosjektoversikt og bakgrunn

Denne designbriefen vil skape struktur for prosjektet, og avdekke de grunnleggende omstendighetene rundt innkallingsbrev fra sykehus. Den tar for seg sykehusenes plassering i markedet, samt deres omdømme og målgruppe. Til slutt vil designstrategien bli presentert.

5.2. Bransjekartlegging

5.2.1. Tjenester

Norges offentlige sykehus eies av staten, og det er helse- og omsorgsdepartementet som har det overordnede ansvaret for sykehusene. Videre er sykehusene delt opp i fire regionale helseforetak; Helse-Vest, Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Sør-Øst. Alle sykehusene har fire hovedoppgaver;

- Pasientbehandling
- Opplæring av helsepersonell
- Forskning
- Pasientopplæring

Sykehusene er en del av spesialisthelsetjenesten, som omfatter:

- Sykehus
- Institusjoner innen somatikk
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk
- Ambulansetjeneste

- Privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

Pasienten blir henvist til sykehus/spesialisthelsetjeneste dersom allmennpraktiserende lege kommer til kort.

5.2.2. Hovedkonkurrenter

Det offentlige sykehus sine hovedkonkurrenter er de private sykehusene, og blant dem finnes blant annet Aleris og Diakonhjemmet Sykehus av de mest kjente. Hvilke private sykehus som konkurrerer med de offentlige avhenger i stor grad av geografisk plassering.

Hovedkonkurrentenes konkurransefortrinn er:

- Kortere kø
- Breder behandlingstilbud på visse områder
- Eksklusivitet
- Størrelse (mindre skala)
- Friere budsjett

Til sin fordel har de offentlige sykehusene:

- Gratis helsehjelp for alle
- Størrelse (stor skala)
- Troverdighet

Private sykehus generelt konkurrerer med de offentlige sykehusene med kortere kø og andre behandlingstilbud som konkurransefordeler.

Et klart skille mellom de offentlige sykehusene og deres private konkurrenter er at de offentlige sykehusene tilbyr gratis helsehjelp for den norske befolkningen, mens de private krever penger.

5.2.3. Image/omdømme

De offentlige, statlig drevne sykehusene har et ikke-kommersielt omdømme, men må likevel fokusere på å opprettholde sitt image, i konkurranse med de private institusjonene.

Offentlige, regionale sykehus er markedsleder i markedet, mens de private helseforetakene er i utfordrer-posisjon. Som følge av dette skal produktet (innkallingsbrevene) fremstå som trygge og troverdige, som speiler de offentlige helseforetakenes omdømme i dag. Det er dermed også viktig at innkallingsbrevene fremstår i samsvar med de regionale helseforetakenes profilprogram, slik at kunden umiddelbart kjenner igjen sykehuset som avsender.

Offentlige helseforetak skal tilby helsehjelp for *alle*, og innkallingsbrevene må derfor være utformet med hensyn til dette.

Difis innbyggerundersøkelse viser at befolkningen er svært fornøyd med den personlige kontakten med sykehuset og deres ansatte. Samtidig scores det noe lavere på de system-relaterte områdene, som for eksempel ventetid og svarrespons på epost.

5.2.4. Designtrender

De offentlige helseforetakene har et felles profilprogram som skal følges. Likevel finnes det variasjoner og tilpasninger blant helseforetakenes bruk av profilprogrammet, og mindre og større lokale tilpasninger blir praktisert. Nettsidene er gjennomgående like blant de forskjellige offentlige helseforetakene, men det er større variasjoner innen de trykte materialene som blir gitt ut til pasienter.

Det offisielle profilprogrammet holder seg til Arial, Verdana og Cambria som hovedfonter. Det blir i all hovedsak benyttet de groteske alternativene, Arial og Verdana, på nettsidene. På trykksakene er det derimot større variasjon på hvorvidt profilfontene blir benyttet. Times New Roman blir blant annet stadig benyttet i dokumenter med pasientinformasjon.

Profilprogrammets hovedfarger er blå og lyseblå, og dette blir i stor grad benyttet - også blant private helseforetak. Videre kan man se noen variasjoner av blåfarger - fra kongeblå til turkis. Det er naturlig at blått blir benyttet i en så stor grad som innen helse-sjangeren ettersom dette er en farge mange anser som ren og seriøs. Andre organisasjoner som også er knyttet til helse, som for eksempel helsenorger og helsedirektoratet benytter seg i større grad av tilleggsfarger som rosa og rødt, dette kanskje for å skille seg fra sykehusenes profil og understreke at de er en annen organisasjon.

Ser man videre på de visuelle elementene som går igjen innen sjangeren ser man hyppig bruk av illustrasjon og foto med mennesker i fokus. Illustrasjoner synes å være ganske utbredt i denne sjangeren, og det benyttes hovedsakelig håndtegninger, men også noen vektortegninger. Videre benytter de seg også av former med avrundede kanter, for eksempel på bokser og rammer for tekst.

I tekstlig innhold er det benyttet en del punktlister og sitat-bokser som bryter opp tekst. I tillegg benytter mange av avsenderne underoverskrifter i stor grad. Dette medfører at flere av eksemplene oppfattes som luftige. Tekstene formidler hovedsakelig informasjon om sykdom og annen helse-info. I innkallingsbrevene og annen pasientinformasjon er språket i mange tilfeller vanskelig å forstå for en som ikke har faglig bakgrunn innen helse.

Det finnes et relativt bredt utvalg av egne brosjyrer spesielt rettet mot barn og ungdom. Det er blitt gjort en målrettet tilpasning for denne brukergruppen, men for ytterlige brukergrupper synes det å være et smalere utvalg av strategisk designet materiale.

5.3. Målgruppekartlegging

Målgruppen for innkallingsbrevene vil kunne være hvem som helst. Vi alle vil oppleve en eller annen gang i livet å måtte dra på sykehus, og i mange tilfeller vil dette være et planlagt besøk. Disse menneskene har likevel én ting til felles; de befinner seg i en situasjon utenom normalen. De kan føle en viss uro knyttet til innkallelsen, og den minste usikkerhet kan virke skremmende. De har alle et behov for trygghet, uansett om helseproblemet er lite eller stort.

I 2017 var det totalt ca. 800 000 pasienter på døgnopphold på somatiske sykehus (se vedlegg X). Antallet pasienter er betydelig større blant aldersgruppene fra 20 år og over, mens det er betydelig færre barn (0-20 år) som har vært innlagt. Med dette som grunnlag har jeg valgt å ekskludere barn som målgruppe. Den yngste aldersgruppen (0-9 år) er imidlertid uansett utelukket, da det her er foresatte som er ansvarlige.

5.3.1. Primærmålgruppe: unge voksne

Ifølge Statistisk Sentralbyrå var det i 2016 aldersgruppen 20-39 år og 40-59 år som hadde flest innleggelser på sykehus (dette inkludert dagbehandling). Disse to aldersgruppene til sammen utgjør 933 102 av totalt 1 929 271 pasienter i 2016, altså hele 48% av de innlagte. Derfor er denne målgruppen svært viktig å ta utgangspunkt i i dette prosjektet. Under “unge voksne” vil begge aldersgrupper inkluderes; både unge voksne (20-39 år) og voksne (40-59 år). (Statistisk Sentralbyrå 2016; vedlegg X)

Typisk for de unge voksne, i denne sammenheng, er deres kjennskap og relasjon til sykehus. De unge voksne har et langt liv fremfor seg, og for mange er det det å havne på sykehus en fjern tanke. I tillegg har de levd et relativt kort liv, og sykehus kan dermed være nokså ukjent. Det å bli innkalt til sykehus kan dermed oppleves som skremmende og foruroligende for mange i dette segmentet.

Typisk for denne målgruppen er også deres kontinuerlige eksponering for en stor mengde informasjon. Via sosiale medier, i bybildet og via arbeid eller fritid er de mottakere for både visuell, digital, tekstlig og muntlig informasjon i stor skala. Målgruppen er derfor selektive ved mottakelse av informasjon, og krever kjapp, tydelig og presis formidling. I tillegg lar de unge voksne seg tiltrekke av det som fremstår som underholdende og lettfattelig.

5.3.2. Sekundærmålgruppe: de ansatte

Det er de ansatte på sykehusene som sender ut innkallingsbrev og annen pasientinformasjon, og derfor må prosjektets løsning ta høyde for dette.

De ansatte ved avdelingene benytter seg alle av DIPS for å forme brevene, og sett opp pasient-avtaler. Det er viktig for dem at utfyllingen av brevene er så effektiv og problemløs som mulig. De ansatte foretrekker derfor brevmaler som inneholder konkrete malvariabler og fraser, da dette gjør utfyllingen av brevene by lettere.

Det har også mye å si for de ansatte at brevene gir tilstrekkelig informasjon til pasientene, slik at det blir færre pasienter som ringer med spørsmål angående innkallingen, eller ikke møter til time godt nok forberedt.

5.4. Forretningsmessige mål og designstrategi

Mål	Strategi
Sykehuset ønsker å gjøre brevet tydeligere for å unngå at pasienter ikke møter opp, telefoner med spørsmål der svarene allerede finnes i brevet.	Kartlegge hvilken informasjon brukerne opplever som vanskelig å oppfatte. Utforske hvordan informasjonen kan legges frem på en tydeligere måte enn dagens løsning.
Sykehuset ønsker at pasientene føler seg rolige og forberedt til timen	Kartlegge hvilken informasjon brukeren vektlegger for å føle seg rolig og forberedt til timen. Utforske hvordan innkallingsbrevet kan kommunisere dette med en snill, myk og troverdig "stemme".

<p>Sykehuset ønsker å gjøre brevene lettere å forstå for mennesker med nedsatt språk og/eller syn</p>	<p>Utforske og kartlegge hvordan mennesker med nedsatt språk og/eller syn leser brev i praksis.</p> <p>Kartlegge hva slags fonter, ord, farger og andre virkemidler som er hjelpsomme for denne brukergruppen.</p>
---	--

5.5. Faser

Fase 1- Research. Uke 7-12. Opprette kontakt med sykehus, målgrupperesearch og intervjugjennomføring.

Fase 2 - Designresearch. Uke 12-13. Analyse av sjanger og tidligere løsninger, teorifordypning, personas og brukerreise.

Fase 3 - Idéfase. Uke 12-15. Idémyldring, tankekart, samling og sortering.

Fase 4 - Idéutvikling. Uke 13-16. Skissering og drøfting av skisser.

Fase 5 - Utvikling og brukertesting. Uke 16-18. Brukertesting, valg av konsept og ferdigstilling.

Fase 6 - Ferdigstilling. Uke 18-22. Ferdigstilling og presentasjon.

6. Faglige valg/resultat

6.1. Konsept

Det nye brevets konsept består av både viktige funn fra research og desigløsningen i seg selv - med både fysisk/analogt og digitalt innkallingsbrev. Det fysiske brevet skal sendes per post, mens den digitale varianten er laget for å kunne bli en del av en større helse-applikasjon, som for eksempel PasientSky.

Researcharbeidet viser resultater fra intervjuer med informanter, som kan bidra til en endring i hvordan sykehusene vektlegger designet av pasientinformasjonen de distribuerer. Funnene fra researcharbeidet er i all hovedsak informanters uttalelser om dagens innkallingsbrev, samt opplevelsen av offentlige brev generelt. Dermed er leveranse av researcharbeid med dets resultater; prinsippene for design av innkallingsbrev, en stor del av konseptet i seg selv.

Konseptet for selve designløsningen er preget av verdiene; tydelighet og lettfattelighet, og er sentrert rundt to viktige områder; invitasjon til lesning og universell utforming. Konseptets fokusområder og verdier bidrar til en løsning som er tydelig for fler. Designløsningen består av både analogt og digitalt innkallingsbrev som bidrar til å “treffe” flere brukere. Ønsker brukeren alt samlet på én plass foretrekker man app, mens dersom man foretrekker å ikke logge seg inn foretrekker man “analogt” brev.

En stor del av den endelige designløsningen er derfor et visuelt hierarki bygd opp av typografiske nivåer, fargebruk, avstander og grid, samt illustrasjoner og piktogrammer. Både digitalt og analogt innkallingsbrev er utformet etter samme prinsipper. Jeg vil presentere det visuelle hierarkiets ulike elementer og designvalg i de neste kapitlene.

6.2. Format

Dagens form for innkallingsbrev sendes som brev per post. Å sende brevene per post påstås å være den sikreste måten, med tanke på personvern og beskyttelse av sensitive opplysninger. Samtidig går helsevesenet gjennom en digitaliseringsprosess (standardiseringsprosjektet), på

samme måte som resten av verden. Pasienter kan nå finne sin journal og andre viktige dokumenter med sensitiv informasjon på nett, som for eksempel skattemeldinger osv. Jeg har derfor valgt å også designe et forslag for innkallingsbrev på app, da jeg ser at dette vil være relevant med tanke på digitaliseringen som vil fortsette fremover.

Dersom sensitive dokumenter som innkallingsbrev skal være digitalt tilgjengelige er man avhengig av innlogging med blant annet kodebrikke fra bank som alternativ. Som jeg fikk vite i intervju med Nina fra blindforbundet, kan dette være problematisk for svaksynte da brikken ikke har syntetisk stemme. I tillegg er mange svaksynte eldre, og er dermed ikke like digitale som de yngre. Derfor er det viktig av brevene også kan mottas per post.

Den digitale varianten av innkallingsbrevet er laget med en tanke om at innkallingsbrevet kan bli tilgjengelig i eksisterende løsninger, som for eksempel PasientSky. Med både en digital og en analog variant, vil det finnes to løsninger som kan treffe den brede variasjonen av brukere.

6.3. Typografi

Da jeg analyserte og undersøkte dagens innkallingsbrev viste det seg raskt at deler av innkallingsbrevet skaper *støy*. Budskapet i brevet når ikke frem til brukerne på ønsket måte, da informasjonen ikke er “oversatt” på en slik måte at leseren forstår informasjonen på ønsket vis (Rannem 2005). Noen brukere syntes informasjonen virker skummel, og har problemer med å tolke innholdet. Jeg har derfor i dette prosjektet kartlagt hva som har skapt denne støyen ved de eksisterende løsningene. Videre gjorde jeg endringer som kunne føre til et tydeligere budskap, og en av de største endringene som ble gjort var å sette opp et typografisk hierarki.

Sykehusets profilprogram tilbyr Verdana for web og Arial for trykk. Mens Calibri og Cambria blir anbefalt for løpende tekst, se side 35 i vedlegg I. Verdana og Arial er fontene blinde også foretrekker, og derfor har jeg valgt å kun forholde meg til disse, og utelukke anbefalingen for løpende tekst. Verdana blir benyttet i applikasjonen, mens Arial benyttes i analogt brev. Fontene samsvarer dermed både med profilprogrammet og med de blindes ønsker og preferanser. Sammenlignet med fonten som blir benyttet i dagens innkallingsbrev; Times New

Roman, virker Arial og Verdana luftigere, lettere og mykere. Dette gjør at leseren i større grad ønsker å lese brevet nøye, og ikke begynne lesing med en tanke om at innholdet er tørt og kjedelig.

De typografiske nivåene bidrar til at leseren lettere kan skille de ulike delene av innholdet. Ved utarbeidingen av disse forholdt jeg meg til ett av Lupton (2010) sine råd; jeg ga nivåene tre eller færre signaler på én gang. Da alle nivåene er i samme font, er de differensiert ved hjelp av farge, størrelse og vekt. Hvert nivå har også en definert avstand til neste objekt (for eksempel neste avsnitt).

Overskriften har i denne designløsningen fått farge, og er i større størrelse. Fonten er satt i Arial regular 20 pt, som gjør den mindre streng enn dagens overskrift. Den har også blitt gjort om til “hei fornavn”, som gjør den mer personlig. Ved å ha fonten i denne størrelsen og vekten, samsvarer den også mer med overskriftene som blir benyttet på sykehusenes nettsider, og bidrar til et mer helhetlig inntrykk for leseren.

Underoverskriftene er satt til Arial Bold 13 pt i mørkeblå. Her er det altså benyttet to signaler for å differensiere nivået fra de andre; farge og vekt. Flere av informantene fortalte at de ville lest brevet flere ganger (se vedlegg 1), og andre gang har de kanskje ikke behov for å lese alt, men kun ett av avsnittene. Fargen gjør det enklere for leseren å skille de ulike avsnittene, og hva de handler om. Videre indikerer avstanden og vekten at underoverskriften tilhører teksten under.

Brødtekst er satt til Arial regular 13 pt. Klarspråk og Nina fra blindedeforbundet anbefalte 14 pt, men testing viste at 14 pt kan virke overveldende for lesere uten synsnedsettelse. Det virket rett og slett litt voldsomt. Etter å ha drøftet dette med Nina, ble fonten satt til 13 pt, som ikke virket like overveldende ved første øyekast, se siden 59 i vedlegg I. Vekten var også tykk nok for svaksynte i følge Nina, men eller ikke for tykk for andre brukere.

6.4. Piktogrammer og illustrasjoner

Ved hjelp av illustrasjonene i brevet blir deler av det tekstlige innholdet repetert i ny form. Illustrasjonene skal bidra til at brukere med lesevansker lettere vil kunne forstå teksten, med hjelp og føringer fra illustrasjonene. Illustrasjonene vil også kunne bidra til at innholdet lettere blir memorert.

Piktogrammene har blitt utviklet gjennom testing, for å bære mening på best mulig måte. Disse skal hjelpe leseren å navigere seg blant brevets informasjon, i tillegg til å ha en direkte tilknytning til tekstens tekst. På denne måten vil piktogrammene forhåpentligvis kunne lede lesere med lave språkferdigheter på riktig tema. De vil kunne få et "hint" om hva teksten handler om gjennom piktogrammene, og dermed kanskje forstå teksten lettere.

Illustrasjonene er også formet som følge av brukertesting, av samme grunn som piktogrammene. Tegneserien er enkel med "rene" flater og uten "unødvendige detaljer for å kunne være så tydelige som mulig. Uten detaljer som kan bidra til å skape en viss stemning i brevet, er tegneserien saklig og tydelig.

6.5. Farger

Sykehusets profilprogram tilbyr en rekke farger, hvorav to av dem er hovedfarger; lys og mørk blå. Nyanser av blå kan skape assosiasjoner til noe rent og hygienisk, samt at det er en noe seriøs farge. Dette reflekterer sykehuset og det de vil fremstå som, og det er derfor naturlig å benytte disse hovedfargene.

For illustrasjonene har jeg valgt å gå utenfor profilprogrammet. Dette fordi den mørkeblå fargen ble for dominerende som bakgrunn. Illustrasjonene måtte ha mørkere bakgrunn ettersom dette er tydeligst for svaksynte. Derfor tilpasset jeg fargene noe. Jeg forsøkte å bruke så nøytrale farger som mulig, og de skulle ikke ta for mye oppmerksomhet fra resten av innholdet. (Se vedlegg II)

6.6. Grid/layout

For den fysiske løsningen for innkallingsbrevet var det en rekke hensyn å ta, samt forbedringer som var nødvendige fra eksisterende løsning.

Først og fremst skulle brevet designes for utfylling i programmet DIPS. Brevmalen skal også fungere som et potensielt utgangspunkt for ytterlige innkallingsbrev og pasientinformasjon, og derfor var det viktig at brevet har et tydelig grid. Det tydelige oppsettet skal benyttes av en rekke personer, uten designbakgrunn, og derfor er det viktig at det ikke er noen tvil rundt hvor de ulike elementene skal plasseres. Det er også viktig at gridet legger føringer og begrensninger for lokal tilpasning. Slik det er i dag har den lokale tilpasningen ført til en rekke brev av svært ulik kvalitet og utseende. For å skape et tydelig grid/oppsett er det derfor basert på bokser med tilhørende funksjon; tekst, overskrift, bilde, logo og illustrasjon. Videre er avstander mellom de ulike elementene definert.

Mangelen på avstand og luft i flere av de eksisterende løsningene fører til at det blir vanskelig for leseren å skille innholdet fra hverandre. Derfor har jeg vektlagt luft og avstand i denne oppgavens løsning, fremfor å spare på antall sider. En økt bruk av luft som virkemiddel i løsningen gir et "lettere" førsteinntrykk av brevet, og inviterer i større grad til lesing. I tillegg bidrar til at leseren lettere klarer å skille mellom det ulike tekstlige innholdet.

7. Oppsummering og konklusjon

“Hvordan kan et viktig dokument fra helsesektoren redesignes slik at budskapet blir tydeligere for flere pasienter?”

“Hvordan kan man ved hjelp av typografiske nivåer og visuelle elementer øke forståelsen av dokumentets innhold og unngå misforståelser?”

“Kan redesignet gi bedre forståelse og trygghet i brukeropplevelsen?”

I denne oppgaven har jeg ved hjelp av teori og research vist at helsesektoren kan bli tydeligere i sin informasjonsformidling ved hjelp av grafisk design. Dersom helsevesenet tar seg tid og råd til å skape et gjennomarbeidet typografisk system, faste prinsipper og oppsett for pasientinformasjon tilsier denne oppgaven at pasientene vil få økt forståelse av innholdet. De bør også undersøke hva brukerne foretrekker, og hvilke oppsett og virkemidler som fungerer. Ved et gjennomarbeidet design og helhetlig inntrykk på alle flater - inkludert innkallingsbrevene - vil helsevesenet kunne oppnå en større trygghet hos sine brukere, og kanskje kan det gi like gode resultater som inspirasjonsprosjektene i for denne oppgaven.

7.1. Refleksjon

Det vil alltid være ting man ville gjort annerledes eller mer av i en oppgave som dette, og jeg vil derfor trekke frem punktene jeg synes er viktigst å trekke frem som kritikk og refleksjon på egen oppgave.

Det ville vært hensiktsmessig å samle inn tilbakemeldinger og testet sluttresultatet. Ved å gjøre dette kunne jeg i større grad svart direkte på mine underspørsmål for problemstillingen. Ved å gjøre dette kunne jeg i større grad svart direkte på mine underspørsmål for problemstillingen. Likevel hadde jeg avgrenset brukertesting til to “runder”, og dette ble gjort. Likevel hadde jeg avgrenset brukertesting til to “runder”, og dette ble gjort.

Dersom prosjektet skulle leve videre vil det også være nødvendig å teste malen på flere forskjellige innkallingsbrev for å avdekke problemområder, og forsikre seg om at den er så tilpasningsdyktig som mulig og kan anvendes på en eller annen måte med alle typer innkallingsbrev.

I løpet av månedene jeg har arbeidet med oppgaven har jeg merket at det er mange som er interessert i problemstillingen; både potensielle brukere og ansatte innen helsevesenet. Jeg håper derfor oppgave kan være med å påvirke fremtidig fokus på design av innkallingsbrev og leve og utvikle seg videre utenfor høyskolen.

8. Kilder

- Andersen, Unn C. og Arne H Krumsvik. 2017. "Intervju som metode". I Næss, Hans Erik og Lene Pettersen (red.). Metodebok for kreative fag. Oslo: Universitetsforlaget
- Bjørkeng, Birgit (red.). 2013. *Ferdigheter i voksenbefolkningen*. Resultater fra den internasjonale undersøkelsen om lese- og tallforståelse (PIAAC), 42/13. Lesedato 15. mars 2018:
https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/141211?_ts=1416e80e8e0
- Coates, Kathryn og Andy Ellison. 2014. An introduction to information design. London: Laurence King Publishing Ltd.
- Direktoratet for forvaltning og ikt. 2017. "Innbyggerundersøkelsen 2017: Hva mener innbyggerne?". Lest 6. februar 2017.
https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2017-6_innbyggerundersokelsen_2017_hva_mener_innbyggerne.pdf
- . 2017. "Innbyggerundersøkelsen 2017: Hva mener brukerne?". Lest 6. februar 2017.
https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2017_7_innbyggerundersokelsen_2017_hva_mener_brukerne.pdf
- Dyson, Mary C. 2017. "Information design research methods; Why, when, who, what, and how?". I Black, Alison, Paul Luna, Ole Lund og Sue Walker (red.) Information Design; research and practice. Abingdon: Routledge.
- Garrett, Jesse James. 2011. The Elements of User Experience; User-Centered Design for the Web and Beyond. Berkeley: New Riders.
- Helse Sør-Øst. 2016. *Prosjektdirektiv: Regional EPJ Standardisering*. Lesedato 5. april 2018:
http://admininfo.helse-sorost.no/digitalfornying_/Documents/Prosjektdirektiv%20-%20Regional%20EPJ%20Standardisering.pdf
- Klarspråk. 2009. Brev. Lesedato: 16. april 2018:
<http://www.sprakradet.no/Klarsprak/skrivehjelp/teksttyper/Brev-som-virker/>
- Lerdahl, Erik. 2011. Slagkraft. Gyldendal Akademisk: Oslo.
- Lupton, Ellen. 2004/2010. Thinking With Type; **A Critical Guide for Designers, Writers, Editors & Students**. Princeton Architectural Press: New York. **2.utg.**
- Microsoft Developer. "Tone of Voice and Brand Identity". Video. Samtale med Nigel Edginton-Vigus. 6:02. 18. oktober 2012.
<https://www.youtube.com/watch?v=m1osOACbhLc&index=4&list=PLHg4eKQBnWbi zn1ahFOxYiqRNIvscgzJ->

- Midtbø, Gjermund. 2018. "Ungdom forstår ikkje offentlege brev: - Eit samfunnsproblem". *NRK*. 10. april. Lesedato 10. april.
https://www.nrk.no/buskerud/ungdom-forstar-ikkje-offentlege-brev_-eit-samfunnsproblem-1.13995010
- Moys, Jeanne-Louise. 2017. "Visual rhetoric in information design". I Black, Alison, Paul Luna, Ole Lund og Sue Walker (red.) *Information Design; research and practice*. Abingdon: Routledge.
- Nielsen, Jakob. 2000. "Why you only need to test with 5 users". Nielsen Norman Group. Lesedato 23. mars 2018:
<https://www.nngroup.com/articles/why-you-only-need-to-test-with-5-users/>
- Norges Blindforbund. Fakta og statistikk om synshemninger. Lesedato 10. april 2018:
<https://www.blindforbundet.no/oyehelse-og-synshemninger/fakta-og-statistikk-om-synshemninger>
- — —. Skrift på papir. Lesedato 10. april 2018:
<https://www.blindforbundet.no/universell-utforming/skrift-pa-papir>
- Næss, Hans Erik og Lene Pettersen (red.). 2017. *Metodebok for kreative fag*. Oslo: Universitetsforlaget
- PearsonLloyd. A Better A&E. Lesedato 23. mars 2018:
<http://pearsonlloyd.com/a-better-aande/>
- Poulin+Morris. Communi-card 1 and 2. Lesedato 28. april 2018:
<http://www.poulinmorris.com/projects/print/CommuniCard.html>
- Rannem, Øyvind. 2004. *Typografi og skrift*. Abstrakt forlag: Oslo.
- Schrauwen, Sarah, Lucienne Roberts og Rebecca Wright. 2017. *Can Graphic Design Save Your Life?*. GraphicDesign&:London.
- Statistisk Sentralbyrå. 2016. 10261: Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder og diagnose (F) 2012 - 2017. Lesedato 29. april 2018:
<https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/?rxid=0ee458a2-0b85-4536-ae6c-73c6c04e56bf>
- Stickdorn, Marc og Jakob Schneider. 2011. *This is Service Design Thinking: Basics, Tools and Cases*. John Wiley & Sons: New Jersey.
- Tjora, Aksel. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3.utg. Gyldendal Akademisk: Oslo.
- UXUKAwards. 2016. Revolutionising sexual health testing: SH:24 walks off with UXUK award for its 5-star service. Lesedato: 28. april 2018:
<http://www.uxukawards.com/2016/11/11/revolutionising-sexual-health-testing-sh24-walks-off-with-uxuk-award-for-its-5-star-service/>

9. Vedlegg

Vedlegg I: Researchdokument (separat PDF-fil)

Vedlegg II: Skissedokument (separat PDF-fil)

Vedlegg III: Presentasjon (separat PDF-fil)

Vedlegg IV: Generelt informasjonsbrev

Vedlegg V: Informasjonsbrev til språkkafé, norsk

Vedlegg VI: Informasjonsbrev til språkkafé, engelsk

Vedlegg VII: Intervjuguide, testintervju

Vedlegg VIII: Intervjuguide, språkkafé

Vedlegg IX: Intervjuguide, blindeforbundet

Vedlegg X: Tabell og diagram. Antall pasienter i alt ved somatiske sykehus, etter alder, 2016.

9.0.1. Vedlegg IV: Generelt informasjonsbrev

Informasjon

Jeg er student ved linjen for grafisk design på Høyskolen Kristiania i Trondheim. Der skriver jeg nå min bacheloroppgave, og i den forbindelse trenger jeg deltakere for intervju. Intervjuene er hovedsaklig en del av min researchfase og vil legge grunnlag for arbeidet videre.

Oppgaven min har tjeneste- og informasjonsdesign i helsesektor som tema, der jeg studerer innkallingsbrev som blir sendt fra sykehus til pasient.

Jeg setter veldig stor pris på om noen vil stille til intervju.

Det vil bli tatt båndopptak av intervjuet for at jeg selv kan fokusere på å snakke med informantene, fremfor å notere. Det er kun jeg som har tilgang til disse opptakene, og de vil bli slettet når jeg har skrevet ut opptakene.

Informantene har sikret anonymitet dersom dette er ønskelig.

Det er frivillig å delta.

Hvis man angrep seg etter at intervjuet er gjennomført kan man likevel be om å trekke seg.

For mer informasjon:

Marie Aaltvedt Siljan

mariesiljan@gmail.com

+47 94132878

9.0.2. Vedlegg V: Informasjonsbrev språkkafé

Forespørsel om intervju

Jeg er student ved linjen for grafisk design på Høyskolen Kristiania i Trondheim. Der skriver jeg nå min bacheloroppgave, og i den forbindelse trenger jeg deltakere for intervju. Intervjuene er hovedsakelig en del av min researchfase og vil legge grunnlag for arbeidet videre.

Opgaven min har tjeneste- og informasjonsdesign i helsesektor som tema. Derfor er det viktig for meg å intervju personer med begrenset norsk språk, da dette også er en gruppe som benytter seg av norsk helsevesen.

Jeg setter veldig stor pris på om noen vil stille til intervju.

Intervjuet vil ta ca. 15-20 minutter. Informantene kommer til å få beskjed om å se på et brev fra helsesektor, for så å beskrive hva de forstår av det som står der. Videre vil jeg spørre noen korte relevante spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

Det vil bli tatt båndopptak av intervjuet for at jeg selv kan fokusere på å snakke med informantene, fremfor å notere. Det er kun jeg som har tilgang til disse opptakene, og de vil bli slettet når jeg har skrevet ut opptakene.

Informantene har sikret anonymitet. Ingen vil kunne gjenkjenne informanten i noe skriftlig materiale.

Det er frivillig å delta.

Hvis man angrer seg etter at intervjuet er gjennomført kan man likevel be om å trekke seg.

For mer informasjon:

Marie Aaltvedt Siljan

mariesiljan@gmail.com

+47 94132878

Dater og signer.

Samtykkeerklæring:

Jeg har lest informasjonen om prosjektet og samtykker i deltakelse med intervju.

Dato: _____ Signatur: _____

9.0.3. Vedlegg VI: Informasjonsbrev språkkafé, engelsk

Invitation for interview

I am a student at the study of graphic design at Høyskolen Kristiania, in Trondheim I am now writing my bachelor's thesis, and therefore I need informers for interviews. The interviews are a part of my research work, and to give me information to use throughout the thesis.

The subject for my thesis are service- and information design in health services. Therefore I need to interview persons with limited norwegian language skills, because this is a part of the group who use the norwegian health services.

I really appreciate if someone would like to participate in a interview.

The interview will take about 15 to 20 minutes. The informers will be asked to look at a letter from the health services, and then describe what they think it says. Further on I will ask some short and simple questions connected to what they just saw.

I will do sound recordings of the interview. In that way I can focus on speaking, and not just write down everything. It is just me who have access to the recordings, and they will be deleted as soon as I have written them down.

The informers have safe anonymity. No one can recognize the informer in any written material.

It is all up to the informer to participate.

If you regret participating after the interview, you can still choose to withdraw.

More information, contact:

Marie Aaltvedt Siljan

mariesiljan@gmail.com

+47 94132878

Date and signature

Statement of consent;

I have read about the project and agree to participate in the interview.

Dato: _____ Signatur: _____

9.0.4. Vedlegg VII: Intervjuguide, testintervju

- Bachelorprosjekt der jeg ønsker å redesigne innkallingsbrev fra sykehus for å gjøre dem enklere å forstå for **alle**. Altså for svaksynte, innvandrere, unge så godt som voksne.
- Har med meg noen eksempler på innkallingsbrev. Se for dere at dere har vært hos lege for magesmerter, men legen vil at du skal ta noen bilder av det på sykehuset. Derfor har du nå ventet på en innkalling derfra.
- Vil gjerne at du/dere leser over brevet, også kan vi snakke litt om det som stod der etterpå.
- Tenk gjerne litt over hva slags følelser som dukker opp når du/dere leser brevet, og hva som er vanskelig å forstå og hva som er lett å forstå.

Hva tenker du nå?

Kan du kort oppsummere hva brevet sier?

Hva må du huske å gjøre eller ikke gjøre?

Vet du hvor du skal møte opp?

Hva slags inntrykk har du av sykehuset nå?

Føler du deg forberedt til timen? Hvorfor, hvorfor ikke?

Noe du ønsker å legge til?

9.0.5. Vedlegg VIII: Intervjuguide, språkkafé

Some general information

How old are you? // *Hvor gammel er du?*

Where are you from? // *Hvor er du fra?*

How would you describe your norwegian language skills as? // *Hvor gode vil du selv si dine norskspråklige kunnskaper er?*

The letter

Im going to show you a letter. I want you to tell me what you understand from the letter, and what it is about. You can imagine that you have been to the doctor for some weeks ago, and he/she wanted the hospital to take some pictures of your stomach. Therefore you are waiting for a letter from the hospital // *Jeg skal vise deg et brev. Jeg vil gjerne at du forteller med hva du forstår i brevet, og hva du tenker om det. Du kan forestille deg at du har vært hos lege for noen uker siden, og han/hun ville at sykehuset skulle ta noen bilder av magen din. Derfor venter du nå på et brev derfra.*

Have you received any letters from Norwegian healthcare earlier? // *Har du mottatt brev fra norsk helsesektor tidligere?*

- In which language? // *På hvilket språk?*

Do you have any other comments about official letters in general? // *Har du noen andre kommentarer om offentlige brev generelt?*

9.0.6. Vedlegg IX: Intervjuguide, Nina v/ Blindeforbundet

Intervju blindeforbundet

- Gi infobrev
- Kan du fortelle meg litt om hvordan blinde og/eller svaksynte leser?
→ Hjelpemidler?
- Som du nå vet jobber jeg med innkallingsbrev. Hvordan kunne de vært best utformet for blinde og svaksynte?
- Kan du komme på noen eksempler på dokumenter eller andre lesbare flater som typisk er problematiske å tyde for blinde og/eller svaksynte?
- Er det noen forskjell på å se farger eller sort-hvitt?
→ For å trekke oppmerksomhet
- Noe annet du ønsker å legge til?

9.0.7. Vedlegg X: Antall pasienter i alt ved somatiske sykehus, etter alder, 2016.

Tall hentet fra Statistisk Sentralbyrå.

Antall pasienter i alt ved somatiske sykehus, etter alder, 2016.

Alder i alt	Antall pasienter
0-9 år	204250
10-19 år	159016
20-39 år	443191
40-59 år	489911
60-69 år	263914
70-79 år	219576
80 år eller eldre	149413
Totalt antall pasienter	1929271

