

Pasientbrosjyre - prosedyre for utarbeidelse

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Prosedyre
Sist endret: 08.06.2020

1. HENSIKT

Sørge for at pasientbrosjyrer blir laget på en effektiv, profesjonell og enhetlig måte ved sykehuset.

2. ANSVAR

Beslutning om å lage brosjyren skal tas av avdelingsjef. Avdelingen/seksjonen har ansvar for innholdet i brosjyren og for oppdatering og vedlikehold av informasjonen. Tekstarbeidet er avdelingens ansvar og kan delegeres til en medarbeider som har kontakt med kommunikasjonsavdelingen. Kommunikasjonsavdelingen har ansvar for at grafisk profil følges og har myndighet til å godkjenne bruk av medium, form og språk.

3. FREMGANGSMÅTE

Jamfør retningslinje for utarbeidelse av pasientinformasjon må følgende være avklart fra avdelingen/seksjonens side før arbeidet starter opp:

- Det er utpekt ansvarlig koordinator for arbeidet i avdelingen/seksjonen
- Følgende skal være vurdert og undersøkt:
 - Hvem er målgruppen for informasjonen
 - Hva er hensikten med informasjonen
 - Har det blitt laget informasjon om temaet tidligere? Er det laget informasjon om temaet i andre seksjoner, avdelinger, sykehus eller hos sentrale myndigheter som kan brukes?
 - Er det andre seksjoner som har samme målgruppe, som arbeidet kan samordnes med
- Det er i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen vurdert hvorvidt andre kommunikasjonsprodukter bør benyttes istedenfor eller i tillegg til brosjyre

Arbeidsprosess

Arbeidet følger prosessen skissert nedenfor. Prosessens omfang tilpasses oppdragets størrelse og ambisjonsnivå.

A. VURDERING AV BEHOV

Det avholdes oppstartsmøte mellom avdeling/seksjon og kommunikasjonsavdelingen hvor følgende avklares:

- Avdelingen/seksjonens behov og ønsker
- Hvorvidt større deler av pasientforløpet kan inkluderes
- Det inngås en forpliktende fremdriftsplan, se [vedlegg](#)
- Kostnader for produksjon av brosjyren
- Hvem som skal kvalitetssikre brosjyren
- Brukermedvirkning
- Bilder og illustrasjoner
- Valg av format
- Opplag

B. UTFORMING AV BROSJYREN

Avdeling/seksjonen:

- Utformer utkast til tekst. Koordinator er ansvarlig for å gjennomføre nødvendig høringer av teksten i seksjon/avdeling/klinikk, og sørger for at teksten godkjennes av medisinsk ansvarlig.
- Innhente innspill til teksten fra brukerutvalg eller representative brukere
- Sende endelig forslag til tekst til kommunikasjonsavdelingen på informasjon@siv.no

Det avholdes eventuelt et produksjonsmøte mellom avdeling/seksjon og kommunikasjonsavdelingen hvor tekstforslaget og brukerinnspill gjennomgås, foto og illustrasjoner besluttes.

Kommunikasjonsavdelingen:

- Redigerer og "språkvasker" teksten, leser korrektur
- Setter opp brosjyren i henhold til grafisk profil
- Sender over førsteutkast til koordinator

Avdeling/seksjon gir tilbakemeldinger på førsteutkastet. Dette gjøres primært på e-post til kommunikasjonsavdelingen.

Det avholdes eventuelt et andre produksjonsmøte mellom avdeling/seksjon og kommunikasjonsavdelingen hvor utkastet gjennomgås, endringer avklares og frist for innspill og korrektur settes.

Kommunikasjonsavdelingen sender oppdatert versjon til koordinator for gjennomgang.

C. KVALITETSSIKRING

Avdelingen/seksjonen:

- Leser siste korrektur
- Sender siste versjon til kvalitetssikrere og godkjennerne
- Sender eventuelle endringer til kommunikasjonsavdelingen på e-post

D. TRYKK OG DISTRIBUSJON

Informasjonsmateriellet skal trykkes hos firma med avtale med SiV. Utskrift på egen fargeskriver og kopiering er tillatt, men skal begrenses til informasjonsmaterieell med lite opplag. Seksjonen har ansvar for at kopiene har tilfredsstillende kvalitet.

Avdelingen/seksjonen sender følgende informasjon til informasjon@siv.no:

- Fakturainformasjon: Navn på ansvarlig leder, seksjon/avdeling/klinikk og ansvarsnummer
- Antall eksemplarer
- Leveringsinformasjon: Adresse og navn på lokasjon hvor brosjyren skal leveres, kontaktperson på leveringssted.

Kommunikasjonsavdelingen sender brosjyren til trykk. Det tar ca fem dager fra brosjyren blir sendt til den blir levert.

Avdelingen/seksjonen

- Gi beskjed til informasjon@siv.no når brosjyren er mottatt.
- Send tre eksemplarer av brosjyren med internpost til kommunikasjonsavdelingen

E. LAGRING

Alle pasientbrosjyrer lagres på sykehusets intranett - [SiVnettet](#). Det opprettes et dokument i EK for hver brosjyre hvor ansvarlig, målgruppe, hensikt og rutine for distribusjon av informasjonen beskrives. Det linkes fra dokumentet til brosjyren på [SiVnettet](#). Dokumentet settes opp med halvårlig varsling om vedlikehold.

Kommunikasjonsavdelingen legger pdf-versjon av brosjyren på [SiVnettet](#)
Avdelingen/seksjonen oppretter et dokument i kvalitetssystemet, med lenke til brosjyren på intranett - SiVnettet.

F. REVISJON

Ved revisjon må følgende vurderes:

- a. Er det endringer?
 - målgruppe
 - finnes det nå tilsvarende informasjon fra andre kilder som kan benyttes
 - er det nå aktuelt å samarbeide med andre seksjoner om brosjyren
- b. Pasientenes erfaringer og tilbakemeldinger
- c. Om brosjyren har fungert etter hensikten
- d. Om det er faglige endringer på området

4. GENERELT

5. INTERNE REFERANSER

[1.7.1.1.1](#)

[Pasientinformasjon - retningslinje for utarbeidelse](#)

6. EKSTERNE REFERANSER