

PATIENTERNES PERSPEKTIV PÅ DEN ELEKTRONISKE ANKOMSTSTANDER PÅ EN RØNTGENAFDELING

Et mixed methods-studie

Dette projekt er inspireret af en observation i praksis, hvor en patient havde problemer under registreringen af sin ankomst ved den elektroniske stander.

Tidligere studier viser, at brugen af ankomststander mindsker den gennemsnitlige ventetid for patienterne og arbejdsbyrden for sekretærene. Et andet studie med patienternes perspektiver viser, at de adspurgte patienter generelt er kritiske over for ankomststanderen, og at mødet med denne er følelsesmæssigt fjernet.

Formålet med dette studie er at undersøge patienternes oplevelse af elektroniske ankomststandere på røntgenafdelingen.

Dette studie anvender "mixed methods". På baggrund af forskningsspørgsmål udarbejdes observations- og interviewguide. Efterfølgende observeres 46 patienter på en røntgenafdeling, og to interviewes. Data fra observationer og interviews analyseres ved brug af hhv. deskriptiv statistik og kodning.

Studiet konkluderer, at over halvdelen af de observerede patienter oplever problemer med ankomststanderen. De interviewede patienter oplever ikke de store problemer med ankomststanderen, men de mister den tryghedsfølelse, det giver, når de kommunikerer med sekretærene.

FORFATTERE

Anne Vinther Jensen,
radiografstuderende, UCN

Josefine Steen Mygind,
radiografstuderende, UCN

Tanja Nygaard Laurberg Sørensen,
radiografstuderende, UCN

Susanne Hjorth Hansen,
radiograf, MIL, lektor på
radiografuddannelsen, UCN

BAGGRUND

I det danske velfærdssamfund stilles der store krav til det offentlige sundhedsvæsen. I Region Nordjylland blev der i 2018 foretaget 661.849 radiologiske undersøgelser (Sundhedsdatastyrelsen, 2018), hvilket kræver effektivt samarbejde, både mono- og tværfagligt, for at sikre et godt patientflow. I nyere tid er øget brug af teknologi blevet en af metoderne til at effektivisere sundhedsvæsenet. På mange

hospitaler benytter man teknologi, bl.a. i form af ankomststandere, der har afløst patientens møde med en sekretær.

Inspirationen til dette projekt kommer fra en observation i forbindelse med et tidligere projekt på radiografuddannelsen. Her så vi, at en patient havde problemer i forbindelse med sin ankomstregistrering, hvilket gjorde os interesserede i at undersøge problemerne nærmere.

Ankomststandere set fra et organisatorisk perspektiv

Forlænget ventetid på røntgenafdelingen kan have store konsekvenser for patienterne og afdelingen, da det kan mindske effektiviteten og patienttilfredsheden. I sidste ende vil den forlængede ventetid kunne resultere i længere udredningstider og senere behandlingstider, hvilket kan have store konsekvenser for patienterne.

Tidligere studier har undersøgt brugen af ankomststandere til at mindske ventetid på forskellige afdelinger på sygehuse. Et studie af Natalie Coyle et al. fra 2019 viser, at ventetiderne på et hospitals akutafdeling mindskes fra 9 til 1,4 minutter i gennemsnit ved brug af ankomststandere (Coyle et al., 2019). Et andet studie, af Asos Mahmood et al. fra 2019, beskriver en 56,8 % kortere ventetid på hospitaler, der benytter ankomststandere, end på hospitaler, der ikke gør (Mahmood et al., 2019). Et studie af Charlotte Williamson indikerer, at effektiviteten øges, når ankomststanderen tager sig af indtjekningen, da sekretærens arbejdsbyrde nedsættes, og de dermed kan varetage andre opgaver (Williamson, 2016).

Den kortere ventetid medvirker til, at patienterne hurtigere kan blive diagnosticeret og dermed også hurtigere kan blive behandlet (Coyle et al., 2019). Desuden vil den kortere ventetid øge den organisatoriske effektivitet, da flere patienter kan melde deres ankomst i samme tidsrum (Mahmood et al., 2019).

Ankomststandere set fra patienternes perspektiv

Mennesker er relationelle, og den gensidige afhængighed, mennesker oplever i relationer, spiller en vigtig rolle i sundhedsvæsenet, da den er væsentlig for et tæt samarbejde mellem patienten og den sundhedsprofessionelle (Nielsen, 2012).

Et tidligere tværsnitstudie af S. Joffe et al. fra 2003 har påpeget, at det, der påvirker patienternes tilfredshed med et sygehus, og det, de værdsætter mest, er de sundhedsprofessionelles evne til at behandle dem med værdighed og respekt. Ligeledes peger studiet på, at tillid til sundhedspersonalet vejer højt for patienterne, og at denne tillid opbygges gennem relationer (Joffe et al., 2003).

Charlotte Williamson har i 2016 undersøgt seks patienters syn på mødet med elektroniske ankomststandere ved deres egen læge. Patienterne var generelt kritiske og lagde vægt på, at det første møde med sundhedspersonalet er vigtigt, og at det kan føles symbolsk og følelsesmæssigt fjernt at møde elektronik frem for et menneske. En samtale med en fysisk person kan i visse tilfælde mindske en patients angst for mødet med sundhedsvæsenet, da det kan fjerne fokus fra nervøsiteten og fremme en følelse af tryghed for patienten (Williamson, 2016).

Samlet set kan det siges, at elektroniske ankomststandere på den ene side har potentiale til at forbedre den organisatoriske sammenhæng i form af kortere ventetider og øget effektivitet. På den anden side værdsætter patienterne relationer med sundhedsprofessionelle i mødet med sundhedsvæsenet, og det kan føles symbolsk og følelsesmæssigt fjernt at møde elektronik frem for et menneske.

FORMÅL

Der er mangel på forskning, der undersøger patienternes perspektiv på møder med ankomststandere på en radiologisk afdeling. Derfor har dette studie som formål at undersøge problemformuleringen:

Hvordan er patienternes oplevelse af den elektroniske ankomststander på røntgenafdelingen?

- Hvor mange patienter oplever problemer med ankomststanderen?

- Hvordan er patienternes oplevelse af den elektroniske ankomststander kontra mødet med sundhedspersonalet på røntgenafdelingen?
- Hvad mener patienterne om den elektroniske ankomststanders brugervenlighed?

METODE

Projektets videnskabsteoretiske perspektiv er humanistisk, da vi ønsker at undersøge patienternes oplevelse af et specifikt fænomen. Den humanistiske tilgang beskæftiger sig med mennesket som et subjekt, der kan tænke, føle og handle frivilligt. Der findes altså ingen absolut sandhed, men fokus ligger på menneskets erfaringer (Collin & Køppe, 2014).

Mixed methods er velegnet til at undersøge komplekse problemstillinger, der ikke umiddelbart kan besvares ved hjælp af én metode, eller hvor man ønsker svar, der går både i bredden og i dybden (Ahrenkiel, 2020). Der findes forskellige typer design inden for mixed methods (Borglin, 2018). I dette projekt gøres der brug af designmetoden konvergent parallelt design. Her prioriteres den kvantitative og den kvalitative metode lige højt, men de holdes separate under dataanalyse og integreres først i den overordnede tolkning og diskussion. Dette sikrer, at der opnås en dybere indsigt i resultaterne.



Figur 1: Observationskema (Figur udarbejdet af forfatterne).

✓ JA ✗ Nej

Patient	Observerer vi, at patienten oplever problemer?	Kontakter patienten sundheds-personale?	Får patienten hjælp af ikke-ansatte (andre patienter, egne eller andres pårørende o.l.)?	Observerer vi, at patienten har problemer med at følge anvisningerne fra ankomststater?	Kommentarer

Observation

I dette projekt blev der anvendt et objektivt observationsstudie uden deltagelse. Observatørernes rolle er som et publikum, der observerer fra sidelinjen og noterer observationer i et struktureret observationskema (Kristiansen & Krogstrup, 1999).

Observationskemaet blev udarbejdet på baggrund af problemformuleringen. Skemaet blev udfyldt af observatørerne med ja (✓) og nej (✗). Observationspunkterne i skemaet var velbeskrevne, så der blev sikret konsistens og ensartethed i observationerne, når der var to, der observerede ad gangen. (Nielsen et al., 2019). Der blev valgt at observere på seks punkter (se figur 1). Forud for observationsstudiet blev der foretaget et pilotstudie for at

forbedre det endelige observationskema og dermed styrke skemaets validitet (Andersen, 2009).

Forud for observationen blev der udvalgt en "primær observatør". Hvis observatørerne ikke var enige i det observerede, blev det registrerede baseret på den primære observatørs notater. Dette sikrede, at data ikke blev ekskluderet ved mangel på enighed. Under dataindsamlingen placerede de to observatører sig forskellige steder i lokalet, på hver side af standen. Dette reducerede risikoen for at overse patienternes adfærd. Observatørerne placerede sig dog så langt fra ankomststanden, at

patienterne ikke ville føle sig overvåget. Der blev observeret i tre timer på én røntgenafdeling. Under observationerne blev alle patienter, der skulle ankomstregistrere sig selv, observeret og registreret.

Interview

Interview er en hensigtsmæssig metode til indsamling af informanternes oplevelser af et givent fænomen, for dermed at opnå en forståelse heraf (Danielson, 2018). I dette projekt gøres der brug af det semistrukturerede interview for at indsamle viden om patienternes oplevelse af ankomststanden på røntgenafdelingen. Det semistrukturerede interview giver mulighed for at strukturere interviewet i forhold til problemformuleringen ved hjælp af spørgsmål, der er formulerede på forhånd, samtidig med at interviewer er åben for nye spørgsmål, der kan uddybe informantens svar (Nielsen et al., 2019). Det semistrukturerede interview er et godt redskab til at sikre, at den opstillede problemformulering undersøges, samtidig med at informanternes perspektiv udforskes (Danielson, 2018). I dette projekt blev der anvendt enkeltpersonsinterview, hvor det primære fokus var informantens oplevelser, holdninger og erfaringer. Denne form giver

mulighed for nuancerede fortællinger om informantens oplevelser, mulighed for uddybning og mulighed for at holde fokus (Nielsen et al., 2019).

Der blev udarbejdet en interviewguide med udgangspunkt i problemformuleringen og de tilhørende forskningsspørgsmål samt viden opnået gennem observationen. Forud for interviewene med informanterne gennemførte vi et pilotinterview for at teste, om spørgsmålene i interviewguiden var forståelige og dækkende i forhold til at få svar på problemformuleringen (Nielsen et al., 2019). Pilotinterviewet gav anledning til, at der blev tilføjet muligheden for, at patienten kunne komme med tilføjelser. Eksempler på spørgsmål fra interviewguiden:

- Hvad er dit kendskab til de elektroniske ankomststandere?
- Hvor har du tidligere mødt ankomststandere?
- Hvad er dine erfaringer med ankomststanderen på røntgenafdelingen?
- Fik du udleveret en bon, og hvad er dine tanker om denne?
- Hvordan opleves det at bruge standeren?
- Hvilke følelser opstår der, når du anvender den (fx glæde, lettelse eller irritation)?

Vi ønskede at interviewe en relativt heterogen gruppe informanter, da vi herved kunne opnå mange nuancer af det undersøgte fænomen. Med en heterogen gruppe menes der en gruppe informanter, der er forskellige fra hinanden i forhold til fx køn, alder og uddannelsesniveau. Den uddannelsesansvarlige på afdelingen, hvor dataindsamlingen skulle foregå, kontaktede og udvalgte seks informanter til interview på baggrund af de inklusions- og eksklusionskriterier, som er vist i figur 2. På dagen for interviewene viste det sig, at kun to patienter ønskede at deltage.

Figur 2: In- og eksklusionskriterier (Figur udarbejdet af forfatterne).

INKLUSION	EKSKLUSION
<ul style="list-style-type: none"> • Patienter, der anvender den elektroniske ankomststander på røntgenafdelingen • Habile patienter 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter under 15 • Patienter med andet modersmål end dansk

Metode til dataanalyse

– observation

Observationsskemaerne blev gennemgået for at være sikker på, at data var indskrevet korrekt. Derefter blev de sammenlignet, for at kontrollere interrater-reliabilitet mellem de to datasæt, ved at indskrive data fra observationerne i Excel-dokumenter, hvor ja (✓) og nej (✗) blev omdannet til binære tal: 1 = ja, og 0 = nej. Observationerne blev herefter sammenlignet via tilføjelsesprogrammet Synkronizer 11 (Zurich-Opfikon, 2022). Forskelle blev markeret med gul, hvilket indikerer uenighed i datasættene. Sammenligningen viste, at der blev observeret forskelligt i 12 tilfælde ud af 184 markeringer i "ja" eller "nej". Dette svarer til, at observatørerne var enige i 93,5 % af observationerne. I de 12 tilfælde blev den primære observatørs observation vægtet højest.

De indsamlede data blev arkiveret, så det blev muligt at fremstille data ved hjælp af deskriptiv statistik i form af diagrammer via Excel, hvilket giver et visuelt indblik i, hvordan situationen udfoldede sig for den observerede gruppe patienter (se figur 6).

Der blev desuden beregnet konfidensintervaller (CI) for de forskellige observerede punkter ved hjælp af det statistiske analyseværktøj EpiBasic (Juul & Frydenberg, 2019). CI i dette projekt sættes til 95 %, hvilket anses som værende normalen (Nielsen et al., 2019).

Metode til dataanalyse – interview

Interviewene blev transskriberet for at overføre data fra mundtlig til skriftlig form. Transskriberingen af

begge interviews blev foretaget af en fra forfattergruppen, der ikke var med til at interviewe. Forud for transskriberingen blev gruppen enige om, hvordan transskriberingen skulle foregå. Pauseord som fx "øhm" og "hmm" og nonverbale udtryk er ikke inkluderet i transskriberingen. Sætninger, der ikke færdiggøres, samt pauser markeres ved brug af "...". Hvis transkribenten ikke kunne høre, hvad der blev sagt, markeres det med "()". De andre gruppe-medlemmer gennemlyttede efterfølgende interviewene for at sikre, at transskriberingen var korrekt.

Derefter blev der foretaget en kodning af interviewdata. Kodningsprocessen startede med en helhedsforståelse af begge interview, uafhængigt af hinanden. Efter denne blev dannet, blev informantens meninger kodet og opdelt i temaer (Nielsen et al., 2019).

ETISKE OVERVEJELSER

I samarbejde med den afdeling, observationen blev udført på, blev det besluttet, at det ikke var nødvendigt at indhente samtykke fra de patienter, der indgik i observationen, da der ikke blev indsamlet personfølsomme data. Der blev i stedet ophængt en seddel ved ankomststanderen, der kort informerede om observationen. Der blev sendt information og samtykkeklæring til de patienter, der blev udvalgt til interview, så de frit kunne vælge, om de ønskede at deltage.

For at overholde General Data Protection Regulation (GDPR) (General Data Protection Regulation (GDPR) – Official Legal Text, 2018) er personhenførbare data anonymiseret eller pseudonymiseret.

RESULTATER

Firmaet VisionLine har produceret den ankomststander, der indgik i observationerne (VisionLine, 2021). Ankomststanderen fungerer ved, at patienten enten skanner sit sundhedskort eller indtaster sit personnummer manuelt (VisionLine, 2021).

Når patienten har meldt sin ankomst, viser standeren en besked om, hvad patienten skal foretage sig. Disse beskeder kan på den observerede røntgenafdeling fx være "Tag Plads i Venteværelset", "Henvend dig i Receptionen", "Følg den Gule streg" eller "Følg den orange streg" og er forhåndsbestemt af afdelingen. Hvis patienten er mødt op på en forkert afdeling, vil standeren vise en besked om, at patienten ikke har en aftale på denne afdeling og skal henvende sig i receptionen.

Omkring og på selve ankomststanderen er der skilte, der beskriver, hvordan patienten skal melde sin ankomst (se figur 3 og 4).

Figur 4: Ankomststanderens velkomstskaerm og skilte med yderligere information

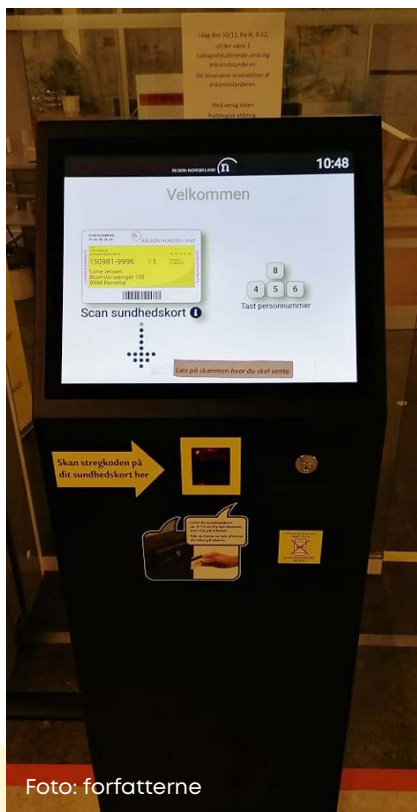


Foto: forfatterne

Figur 3: Ankomststander ved receptionen



Foto: forfatterne

Der er et forholdsvis stort skilt over standeren med teksten "Meld din Ankomst". Når patienten står ved standeren og kigger på startskærmen, ses to muligheder for at melde sig ankomst: skanning af sundhedskort eller indtastning af personnummer. En pil på skærmen peger fra et billede af et sundhedskort ned mod kortlæseren. Under kortlæseren er der limet et skilt på standeren. Her står der: "Hold dit sundhedskort ca. 5-10 cm fra kortlæseren, som vist på billedet. Når du hører en lyd, afventer du tekst på skærm". På skærmen er der limet endnu et skilt med tekst, her står: "Læs på skærmen hvor du skal vente". Det sidste skilt, der er limet på ankomststanderen, indeholder ordlyden: "Denne

skanner kan ikke aflæse Sundhedskort på APP".

Resultater fra observation

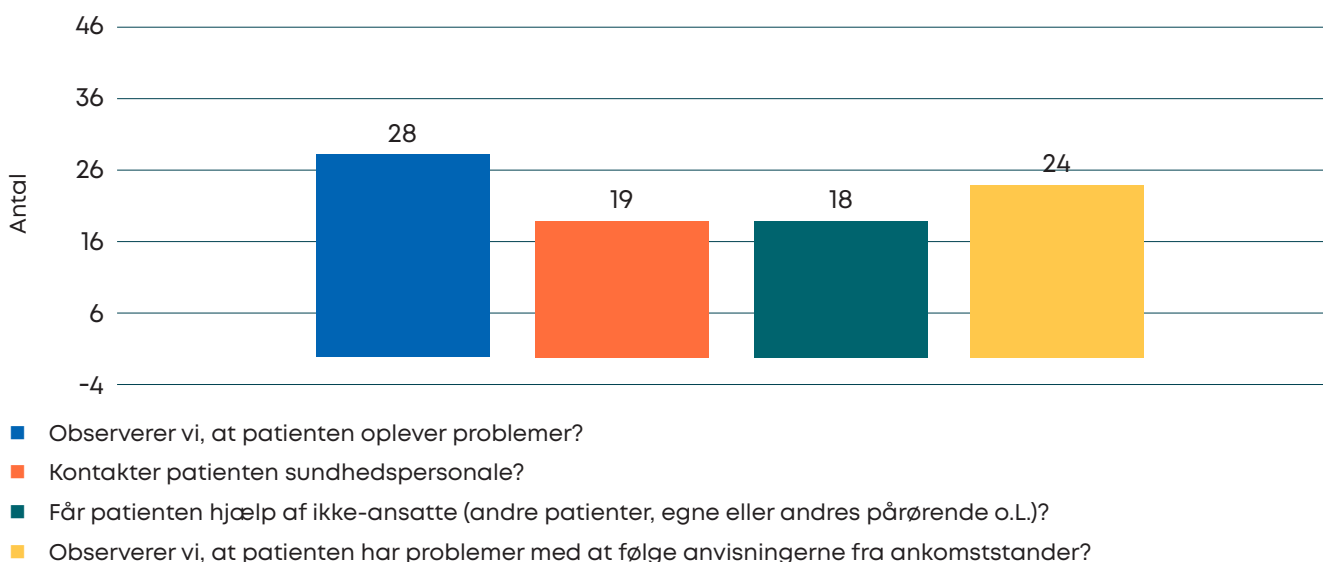
Vi observerede 49 patienter, der mødte op på afdelingen. Efterfølgende blev enkelte patienter ekskluderet: en patient, som blev fulgt og hjulpet af andet sundhedspersonale igennem hele forløbet, en patient, der mødte op på afdelingen, gik igen og kom tilbage for at finde ud af, at vedkommende havde en tid på et andet sygehus, samt en patient, der henvendte sig ved sekretæren angående hjemtransport. Hermed er der 46 observationer, der kan analyseres.

I figur 5 ses en samlet oversigt over resultater af observationerne samt konfidensintervaller for observationerne.

I figur 6 ses fordelingen af patienternes problematikker vist i et søjlediagram.

Figur 5: n = antal, parentes = antallet i % (% ud af i alt observeret), [konfidensinterval]. (Figur udarbejdet af forfatterne).

OBSERVATION	RESULTATER, N(%), CI
Observerer vi, at patienten oplever problemer?	28 (61%) [95% CI: 45%-75%]
Kontakter patienten sundhedspersonale?	19 (41%) [95% CI: 27%-56%]
Får patienten hjælp af ikke-ansatte (andre patienter, egne eller andres pårørende o.L.)?	18 (39%) [95% CI: 25%-53%]
Observerer vi, at patienten har problemer med at følge anvisningerne fra ankomststeder?	24 (52%) [95% CI: 38%-67%]

Figur 6: Fordeling af observerede problematikker (Figur udarbejdet af forfatterne).

Patienten oplevede problemer ved ankomststanderen

Inden for dette tema blev det observeret, at 28 patienter (61 %) havde problemer med standeren. Det var patienter, der kontaktede sundhedspersonalet for at få hjælp og/eller fik hjælp af ikke-sundhedspersonale (pårørende eller andre patienter) og/eller ikke fulgte ankomststanderens anvisninger. Andre patienter havde problemer med fx skiltningen omkring standeren, men dette tema havde vi ikke gjort til genstand for observation.

Patienten kontaktede sundhedspersonalet

Ud af de 28 patienter blev det observeret, at 19 (41 % af alle observerede) kontaktede sundhedspersonalet. Den hyppigste årsag var problemer med at registrere sig, eller at standeren oplyste, at patienten skulle kontakte personalet i receptionen.

Inden for dette tema blev der også observeret patienter, der ikke havde problemer med at melde deres ankomst på ankomststanderen, men viste forvirring over, hvad de skulle foretage sig efter registreringen. Flere

af disse patienter gik hen til personalet i receptionen for at få bekræftet, hvor de skulle gå hen. Der blev desuden observeret 11 patienter, der gik forbi ankomststanderen og direkte ind til receptionen, hvor de fik at vide, at de skulle melde deres ankomst ved ankomststanderen. Alternativt blev de registreret af personalet i receptionen.

Patienten fik hjælp af ikke-ansatte

18 af de 28 patienter (39 % af alle observerede patienter) fik hjælp af ikke-ansatte, fx pårørende eller frivillige. Det var ofte ældre

mennesker, der fik hjælp af frivillige på sygehuset eller af en chauffør fra patienttransporten, som fulgte patienterne til afdelingen.

Patienten havde problemer med at følge anvisningerne fra ankomststanderen

24 af de 28 patienter (52 % af alle observerede) havde problemer med anvisningerne. Nogle patienter havde problemer med at vende sundhedskortet rigtigt eller med at finde ud af, hvor kortet skulle placeres på standeren.

Det blev desuden observeret, at patienterne ofte virkede forvirrede over skiltningen på afdelingen. Fx er der ikke tydelig skiltning til venteværelset, som er placeret lige ved siden af standeren.

Resultater fra interview

Ved analyse af transskriptioner af interviewene identificerede vi temaerne *sundhedspersonale, anvisninger, omgivelser og problemer*.

Sundhedspersonale

Patient 1 kontaktede sundhedspersonalet og fik hjælp til både at finde standeren og at finde venteværelset. Patient 1: "... Jeg gik ind til den bitte unge pige, der sad derovre ..." samt "... Ja, det var jeg nødt til, for jeg ville jo ikke gå langt væk og så blive smidt ud ..." Patient 2 ville gerne i kontakt med sekretærerne, selvom vedkommende havde en positiv tilgang til ankomststanderen og ikke havde problemer med ankomstregistreringen: "... Oppe ved vores læge, der sidder to lægesekretærer derinde, og dem går jeg da ind og snakker med alligevel, for det er jo det, man mister. Man kan jo ikke bare lige gå ind og skanne sig ind, sætte sig og så gå igen. Man er jo nødt til at sige hej til pigerne ..."

Om ankomststanderen sagde patient 1: "... Jamen jeg kan jo godt se, at personalemæssigt, der er det en besparelse, men vi skal ikke spare så mange mennesker væk. De skal være her ..." Videre sagde

patient 1: "... Så får man jo slet ikke lov til at sidde og kigge på alle de der søde piger, som sidder der. Det er skidetræls ..."

Om valget mellem ankomststander eller sekretær sagde patient 1: "... Så vil jeg have sådan en ung pige at holde i hånden, når jeg kommer – "Hjælp mig, jeg kan ikke finde ud af det". Det vil da være nummer ét. Det er da i hvert fald min mening – den er træls at stå og snakke med sådan en – den kender ikke vittigheder eller noget som helst. Den kan ikke noget ..." Videre sagde patient 1: "... Jamen det er nok, fordi så tror jeg, man er mere tryk. Det tror jeg ..." Patient 2 knyttede dette emne til problemer med ankomstkanneren: "... Der har sommetider været problemer. Men så er jeg jo bare gået ind til sekretærerne, så sidder der et par stykker eller tre og tager sig af problemerne ..."

Begge patienter tog altså kontakt til sundhedspersonalet for at etablere en mellemmenneskelig relation. Den ene patient fik desuden hjælp til at finde ankomststanderen, den anden har tidligere haft problemer og fået hjælp af sundhedspersonalet.

Anvisninger

Begge patienter sagde, at selve oplevelsen af ankomststanderen var god. Patient 1 gav dog udtryk for, at ankomststanderen var svær at finde, og patienten prøvede først at bruge elektronisk sundhedskort, hvilket ikke kan anvendes. Patient 1 sagde: "... Men da jeg fandt ud af, hvor den var, gik jeg jo bare ud til den, og så prøvede jeg først med det elektroniske, det duede ikke – jamen så må jeg prøve kortet. Det gik da godt nok ..."

Patient 2 gav udtryk for, at ankomststanderen var nem at bruge og forstå: "... Der står, hvad man skal, og hvilken streg man skal bruge i gulvet. Der er ikke noget at tage fejl af. Og sygesikringskortet har man jo altid på sig. Jamen jeg synes ikke, det kan blive bedre ..."

Patienterne oplevede således ikke, at det var problematisk at bruge ankomststanderen eller at forstå og følge standerens anvisninger.

Omgivelser

Der opstod problemer for patient 1, da vedkommende ikke kunne finde ankomststanderen ved ankomsten til afdelingen og derfor gik direkte hen til sekretærerne. Patient 1 sagde: "... Jeg havde ikke set den. Den stod sådan set lige uden for døren. Den må bare have vendt forkert ..." Videre sagde patient 1: "... men man skulle måske lave den større. Så blikfanget det bliver ... så man kan se den ordentligt. Når jeg sådan kan gå helt forbi den, og den står lige ved siden af mig. Så må det jo være sådan – så må den jo falde i med baggrunden eller væggene eller et eller andet. Mal den orange. Gør et eller andet ..."

Patient 2 havde ikke problemer med at finde ankomststanderen eller finde rundt på afdelingen og sagde om skiltningen: "... Jamen det står jo på skærmen, når ... følg den blå streg over på afdelingen. Nå, så følger man den blå streg der i gulvet eller den gule. Jamen, det kan ikke være lettere ..." Patient 2 havde været på afdelingen før og havde kendskab til standerens funktionalitet.

For den ene patient faldt ankomststanderen i ét med omgivelserne, mens den for den anden patient var nem at finde.

Problemer

Patient 1 havde svært ved at finde ankomststanderen ved ankomsten til afdelingen og gik i første omgang forbi den. Patienten sagde dog selv om problemer i forbindelse med ankomststanderen, at dem er der ingen af. Patient 1 sagde: "... Nej, der er ikke problemer – ikke for sådan en frisk ung mand som mig ..." Patient 1 oplevede dog, at teksten på ankomststanderen kunne være svær at læse og/eller forstå: "... Jeg er ikke så god til at læse ..."

Patient 2 havde generelt gode oplevelser med ankomststanderen og havde ikke de store problemer med brugen generelt. Patient 2 kaldte ankomststanderen en god løsning til at melde sin ankomst. Patient 2 sagde: "... Jamen jeg synes, det er helt fint. Jeg synes, det er en god idé, og jeg kan ikke sige andet, end at det er det, der skal til ..."

Patient 2 var generelt glad for ankomststanderen, men fandt det samtidig nødvendigt, at der er sekretærer til stede. Patient 2: "... Så det er sådan set – når det kører, så kører det bare. Når den er nede, er der nogen til at samle det op. Jeg kan ikke sige noget negativt om det, det kan jeg godt nok ikke ..."

Begge patienter giver udtryk for, at ankomststanderen er nem at bruge, men den ene oplever, at læsevanskeligheder gør det svært at læse og/eller forstå teksten på standen.

DISKUSSION

I det følgende diskuteres forskningsspørgsmålet om patienternes oplevelse af den elektroniske ankomststander kontra mødet med sundhedspersonalet på røntgenafdelingen samt spørgsmålet om patienternes mening om den elektroniske ankomststanders brugervenlighed ud fra resultater fra interviewene, andres forskning og teori.

Hvordan er patienternes oplevelse af den elektroniske ankomststander kontra mødet med sundhedspersonalet på røntgenafdelingen?

Kigger vi på, hvad de interviewede patienter generelt mente om ankomststanderen, gav begge udtryk for, at de ikke oplevede de store problemer ved indtjekningen. Selvom den ene patient havde problemer med at finde standen, registrere sig og læse eller forstå teksten på standen, gav vedkommende udtryk for, at det ikke var problematisk at bruge den.

Alligevel mente ingen af patienterne, at ankomststanderen kan stå

alene, de ønsker også at kunne etablere en relation til sundhedspersonalet. Williamsons (2016) forskning viser, at patienterne mener, at det første møde med sundhedspersonalet er vigtigt. Når dette første møde erstattes af en ankomststander, kan det føles følelsesmæssigt fjern.

Joffe et al. kommer via et tværsnitsstudie frem til en lignende konklusion: at patienterne vægter tilliden til sundhedspersonalet højt, og at denne tillid opbygges gennem relationer (Joffe et al., 2003). Professor i logik og kunstig intelligens Thomas Bolander siger om emnet, at det er nødvendigt med social intelligens, når mennesker mødes, og at dette er afgørende for samarbejdet. Han siger også, at det, der betragtes som "samlebåndsarbejde", fx indtjekning af patienter, kan erstattes af teknologi, men at der altid vil være en afstand mellem menneske og teknologi, da teknologien ikke kan lære social intelligens (Bolander i Birkmann, 2021). Dette viser sig også i vores studie, hvor den ene patient kommenterer ankomststanderens manglende evne til at forstå en vittighed.

Begge interviewede patienter har den opfattelse, at der er en form for tryghed i, at de kan henvende sig til de sekretærer, der er på røntgenafdelingen. En følelse af mindre tryghed er et aspekt i Charlotte Williamsons (2016) artikel. Her nævnes det, at systemet med ankomststandere er symbolsk og følelsesmæssigt fjern. Hun nævner også, at patienternes første møde med en afdeling har indflydelse på, om de vil føle sig sikre eller ikke. At erstatte en levende person med en maskine kan skabe frygt hos patienterne. Hun mener også, at den upersonlighed, ankomststanderen har, vil ødelægge den terapeutiske værdi, der ellers ville være i mødet mellem patient og sekretær (Williamson, 2016).

I lighed med anden forskning viser vores studie, at patienter gerne anvender den teknologi, der er til

rådighed, her ankomststanderen, samtidig med at de efterspørger muligheden for at etablere en relation til sundhedspersonalet. Den mellem menneskelige relation er betydningsfuld i forhold til at opleve tryghed i situationen på sygehuset.

Hvad mener patienterne om den elektroniske ankomststanders brugervenlighed?

Gennem vores observation blev det tydeligt, at patienterne havde problemer med at følge ankomststanderens anvisninger. Dette ses, da 52 % af de observerede udtrykker problemer på dette punkt. Dette var også et fokuspunkt under interviewene, hvor det viste sig, at patienterne, der anvendte den elektroniske ankomststander, havde delte meninger om brugervenligheden.

International Organization for Standardization (ISO) definerer brugervenlighed som:

Brugervenligheden handler altså om, hvor nemt patienterne har ved

The extent to which a system, product or service can be used by specified users to achieve specified goals with effectiveness, efficiency and satisfaction in a specified context of use.

(Barnum, 2021, s. 11)

at benytte sig af standen til at opfylde et ønsket mål, som i dette tilfælde er at ankomstregistrere sig korrekt. Et vigtigt element i brugervenligheden er, ud over høj effektivitet og nøjagtighed, brugerens tilfredshed med produktet. Brugervenligheden har dermed høj

indvirkning på patienternes oplevelse af standen, og hvorvidt de ser positivt på produktet.

I forhold til de interviewede patienter er der forskel på, om de oplever udfordringer med ankomststanden. Den ene patient oplevede ikke problemer, den anden gjorde. En patients evne til at forstå og modtage informationer på sygehuset kan beskrives ved begrebet "health literacy". WHO definerer begrebet således:

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions

(Sundhedsstyrelsen, 2009)

Begrebet dækker altså over en persons evne til at tilegne sig samt anvende sundhedsrelaterede informationer. Begrebet er desuden blevet operationaliseret til tre niveauer, der beskriver graden af health literacy, hvilket hænger

sammen med graden af selvstændighed og handleevne hos den enkelte patient. De tre niveauer er: funktionel health literacy, interaktiv health literacy og kritisk health literacy. Hvilket niveau patienten har, afspejler altså, i hvor høj grad vedkommende forstår og kan handle på sundhedsoplysninger (Sundhedsstyrelsen, 2009). Det er dermed en mulig medvirkende forklaring, at de to interviewede patienter har to forskellige niveauer af health literacy og dermed forskellige forudsætninger for at forstå informationer. Den ene patient giver udtryk for, at vedkommende har vanskeligheder med at læse, hvilket den anden ikke gør. Eksisterende forskning om health literacy indikerer, at kommunikationen skal rettes mod den enkeltes niveau (Sundhedsstyrelsen, 2009). En ankomststand er ikke i stand til at differentiere mellem patienternes niveau, hvilket kan betyde, at der er forskel på, hvor let folk har ved at læse og forstå de givne instruktioner.

Observationen viste, at 39 % af de observerede patienter får hjælp af ikke-ansatte til at benytte standen til ankomstregistrering. Fx har en patient problemer med indlæsning af sundhedskort og får hjælp af sine pårørende, til trods for at instruktionerne står skrevet på standen. Antallet af patienter, der får hjælp, kan indikere, at standen kan være udfordrende for nogle at bruge.

Når patienterne kommer på afdelingen, kan de være påvirkede af frygt eller angst på grund af årsagen til undersøgelsen eller på grund af tidligere beskeder fra lægen. Ifølge Nielsen & Kolbæk (2018) er en patients health literacy ikke statisk, men kan variere, alt efter hvilken position patienten befinder sig i. Øget stressniveau hos patienter, der oplever angst eller frygt, kan påvirke deres health literacy, hvorved det bliver vanskeligere for dem at forstå og handle på

informationer, selvom de almindeligvis har en god evne til at forstå sundhedsfaglige informationer. Patienternes fysiske og mentale tilstand kan dermed bidrage til, at de kan have sværere ved at benytte standen alene, og de pårørende kan være en stor hjælp i disse situationer (Nielsen & Kolbæk, 2018).

Begge patienter mente dog ikke, at der var problemer med ankomststanden, og hvis de kommer på en afdeling med en ankomststander, vil de som udgangspunkt benytte den.

Samlet set kan vi konstatere, at vores observationer peger på, at ankomststanden for en stor del af patienterne ikke er brugervenlig. Dette kan hænge sammen med patienternes health literacy, der har betydning for deres evne til at læse, forstå og handle i overensstemmelse med sundhedsinformationer. Begge interviewede patienter giver dog udtryk for, at de ikke finder brugen af ankomststanden problematisk, selvom den ene havde vanskeligheder med at læse.

Diskussion af datamængde

Grundet en lille datamængde og det faktum, at vores projekt kun er baseret på data indsamlet på én røntgenafdeling, er der behov for, at der gennemføres lignende undersøgelser på andre afdelinger for at få viden om generelle tendenser inden for den belyste problemformulering.

Vores projekt tager udgangspunkt i en lille repræsentativ gruppe, og der er derfor stadig mange aspekter inden for dette område, der kan undersøges. Dette kunne fx være patienter, der har svært ved at læse, eller patienter med anden etnisk baggrund og mulige sprogbarrierer. Ved at gennemføre yderligere studier inden for disse temaer ville man kunne komme tættere på at forstå kompleksiteten i udfordringerne og dermed få et udgangspunkt for forbedringer.

KONKLUSION

Over halvdelen af de observerede patienter oplevede problemer med ankomststanderen, bl.a. i form af problemer med anvisningerne fra ankomststanderen. Disse anvisninger kunne være skiltning på afdelingen eller information på standen. En mulig forklaring på, at nogle patienter oplevede problemer, er begrebet health literacy, som beskriver individers evne til at forstå og bearbejde sundhedsinformation.

En anden problematik, patienterne oplevede i forbindelse med ankomststanderen, var mangel på tryghed gennem menneskelig kontakt med sundhedspersonale. De interviewede patienter

benyttede gerne ankomststanderen, og begge mente, at den var et godt redskab, selvom der var forskel på, hvor nemt de havde ved at læse og forstå anvisningerne. Dog gav begge patienter udtryk for, at de fik en tryghedsfølelse af at tale med sekretærerne. Relationen og dermed tryghedsfølelsen ville patienterne ikke kunne opnå, hvis de udelukkende anvendte ankomststanderen, som ikke har social intelligens.

Litteraturliste

- Agency for Healthcare Research and Quality (2018). *Six Domains of Health Care Quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>.
- Ahrenkiel, L. (2020). *Mixed methods*. <https://laeremiddel.dk/viden-og-vaerktoejer/videnskabsteori/metoder/mixed-methods/>.
- Andersen, B.H. (2009). *Pilotstudie*. Den Store Danske. <https://denstoredanske.lex.dk/pilotstudie>.
- Barnum, C.M. (2021). *Usability Testing Essentials: Ready, Set...Test!*. 2. udgave. Morgan Kaufmann.
- Birkmann, A.R. (2021). *Robotter mangler social intelligens*. Teknisk Landsforbund. <https://tl.dk/om-os/fagbladet-teknikeren/artikler/robotter-mangler-social-intelligens/>.
- Borglin, G. (2018). Mixed methods – en introduktion. I: M. Henricson (red.), *Videnskabelig teori og metode*. 2. udgave. Munksgaard, s. 253-273.
- Collin, F. & Køppe, S. (2014). Indledning. I: F. Collin & S. Køppe (red.), *Humanistisk videnskabsteori*. 4. udgave. Lindhardt og Ringhof, s. 9-50.
- Coyle, N., Kennedy, A., Schull, M.J., Kiss, A., Hefferon, D., Sinclair, P. & Alsharafi, Z. (2019). *The Use of a Self-Check-In Kiosk for Early Patient Identification and Queuing in the Emergency Department*. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21(6), s. 789-792. <https://dx.doi.org/10.1017/cem.2019.349>.
- Danielson, E. (2018). Kvalitativt forskningsinterview. I: M. Henricson (red.), *Videnskabelig teori og metode*. 2. udgave. Munksgaard, s. 177-192.
- *General Data Protection Regulation (GDPR) – Official Legal Text*. (2018). General Data Protection Regulation (GDPR). <https://gdpr-info.eu/>.
- Joffe, S., Manocchia, M. & Weeks, J.C. (2003). *What Do Patients Value in Their Hospital Care? An Empirical Perspective on Autonomy Centred Bioethics*. *Journal of Medical Ethics*, 29(2). <https://jme.bmj.com/content/29/2/103>.
- Juul, S. & Frydenberg, M. (2019). *EpiBasic – Simple Statistical Tools for Epidemiological Analyses*. https://ph.medarbejdere.au.dk/fileadmin/user_upload/EpiBasic_v4.4.pdf.
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H.K. (1999). *Deltagende observation – introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. Hans Reitzels Forlag.
- Mahmood, A., Wyant, D.K., Kedia, S., Ahn, S., Powell, M.P., Jiang, Y. & Bhuyan, S.S. (2019). *Self-Check-In Kiosks Utilization and Their Association With Wait Times in Emergency Departments in the United States*. *The Journal of Emergency Medicine*, 58(5), s. 829-840. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.019>.
- Meier, N. & Østergaard, S. (2018). *Sammenhængende patientforløb i praksis*. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, årg. 94, nr. 1, s. 34-43. <https://www.paperturn-view.com/da/dssnet/etfds-1-2018?pid=Mjl22229&p=3&v=2>.
- Nielsen, B.K. (2012). *Sygeplejebogen*. Bind 3, Teori og metode. 3. udgave. Gad.
- Nielsen, D.A., Hjørnholt, T.Q., Jørgensen, P.S. & Hansen, T.K.N. (2019). *Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne – håndbog i opgaveskrivning og metode*. Samfundslitteratur.
- Nielsen, S.N. & Kolbæk, R. (2018). *Sundhedskompetence – et begreb med betydning for patientinvolvering*. *Fag & Forskning*, 3, s. 76-81. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2018-3/sundhedskompetence-et-begreb-med-betydning-for-patientinvolvering>.
- Sundhedsdatastyrelsen (2018). *Radiologiske undersøgelser*. <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Radiologiske-undersoegelser>.
- Sundhedsstyrelsen (2009). *Health literacy – begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/da/udgivelser/2009/-/media/Udgivelser/2009/Publ2009/CFF/dokumentation/HealthLiteracy_notat,-d-,pdf.ashx.
- VisionLine (2021). *Classicline selvbetjeningsterminal*. <http://visionline.dk/selvbetjening/15-cl-200-classicline.html>.
- Williamson, C. (2016). *Electronic Self Check-In For Patients: The Costs and Consequences*. *British Journal of General Practice*, 66(644), s. 145. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X684025>.
- Zurich-Opfikon, www.synkronizer.com, XL Consulting GmbH. (2022). *How to compare two excel files—Synkronizer Excel Compare Tool* [Websted]. Synkronizer. <https://www.synkronizer.com/compare-excel-files-home>