

Aalborg Universitet

AFGANGSPROJEKT

8. JUNI 2017

SI15 Sundhedsinformatik i et design og/eller implementeringsperspektiv

Projektets navn:

Mens vi venter på den rigtige løsning...

Oplevelsen af at vente i en fælles akutmodtagelse

Studerende:



Hanne Cramon
Studienummer: 20155640

Klinisk IT ansvarlig, Akutafdelingen Herning,
Hospitalsenheden Vest
Region Midtjylland



Sine Stavnsgaard Holm
Studienummer: 20155641

Specialist, Kliniske Specialeprodukter, It-afdelingen
Region Midtjylland

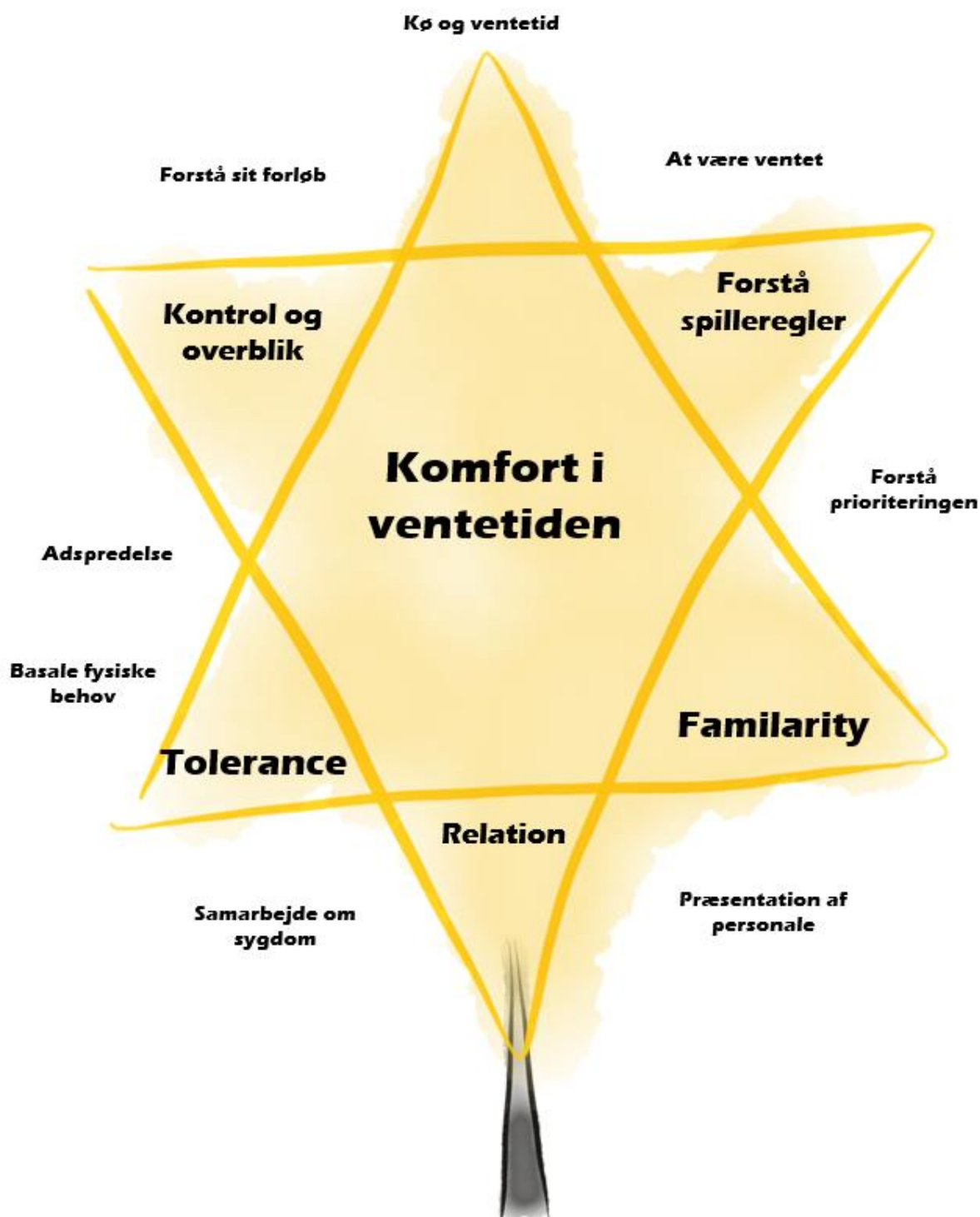
Vejleder:



Ann Bygholm
Professor
Aalborg Universitet

Mens vi venter på den rigtige løsning...

OPLEVELSEN AF AT VENDE I EN FÆLLES AKUTMODTAGELSE



Abstract

Background

How come, waiting times in the emergency department has been a subject to debate for more than 20 years? And how come, a national investigation of patients perceptions on the Danish EDs, danske akutmodtagelser, shows, that questions concerning waiting time information, over a period of three years, constantly have been among the lowest rated?

Is it possible, that a lack of understanding the problem, makes it hard to find good solutions?

And is it possible, that some of the reasons are, that the problem is a wicked one, and therefore hard, or almost impossible, to handle?

Goals

This paper aims to investigate and describe, how you can design good solutions to improve the patient's experience of waiting in a Danish ED, dansk fælles akutmodtagelse.

Methods

The project uses a triangulated combination of methods for data gathering, and conducts a synthesesis, developing a framework of the problem, using affinity diagramming, concept mapping and abductive reasoning. Design ideas can be produced by insight combination.

Its approach is similar to Design Thinking, deliberately shifting between divergent and convergent phases, dragging on Herbert Simon's definition of design: *Everyone designs who devises courses of action aimed at changing existing situations into preferred ones.*

The users have been involved as co-designers in meetings taking place in The Third Space.

Among the tools and techniques, being used, are Journey Mapping, Situation Cards, Follow The Actor and 3rd Space - and so, the use, of traditional tools for design, has been multidisciplinary.

Tangible objects and spatialization have been central in facilitating the processes.

In the closing act, towards selection of relevant solutions, a model of Technology has been imposed, in order to evaluate feasibility of the ideas for solutions.

Conclusion

Finding good solutions and designing are intertwined concepts.

The project suggests mitigating the problem by a combination of solutions, that meets the design principles derived from *emphasizing* with the users and *feeling* their needs.

The feasibility of the solutions depends on the context imposed upon them, and the organization's willingness towards a changed technology. But when it all comes down, the final judgement is up to the user.

Wicked problems are never solved - designers can meerely mitigate their consequences by suggesting good solutions.

Implementation of these solutions will inevitably change the problem and so the designer must start all over again.

PROJECT SPACEVIEW



EPISODE I
EPISODE II
EPISODE III
EPISODE IV

PROLOG

- TAK
- PRÆSENTATION AF FORFATTERE



EPISODE V **INDLEDNING**



EPISODE VI **PROBLEMFELT**

EPISODE VII **PROBLEMFORMULERING OG AFGRÆNSNING**

EPISODE VIII **PROCES, METODER OG VÆRKTØJER INTRO**

EPISODE IX **DATABEARBEJDNING INTRO**



EPISODE X **DATAINDSAMLING**
- PROCESBESKRIVELSE
- PRÆSENTATION AF INDSAMLET DATA



EPISODE XI **DATABEARBEJDNING**
- FRA DATA TIL FRAMEWORK



EPISODE XII **BESKRIVELSE AF FRAMEWORK**



EPISODE XIV **ANVENDELSE AF FRAMEWORK**

EPISODE XV **KONKLUSION**

EPISODE XVI **PERSPEKTIVERING**

Indholdsfortegnelse

Abstract	3
Episode I	9
Tak	9
Episode II	9
Hvem er projektets forfattere?	9
Episode III	9
Projektteamet/designteamet	9
Episode IV	9
Vores afsæt	9
Episode V	10
Indledning	10
Episode VI	14
Problemfelt	14
Hvorfor er det så svært?	14
Oplevelsen af at vente, i akutmodtagelser - et wicked problem?	14
Tidligere forskningsresultater	16
Venteproblematikken i Danmark	18
Et eksempel på et perspektiv på problematikken	19
Problemet i en organisatorisk kontekst	20
Akutmodtagelsen som forretning	20
Etik og prioritering i sundhedsvæsenet	22
Nye kriterier for prioritering	22
The wicked problem	24
Episode VII	25
Problemformulering	25
Hvad vil det sige at designe?	26
Hvordan forstå problemet	26
Projektdesign - hvordan designer man et designprojekt	27
Metoder og værktøjer i designprocessen	29
Afgrænsning	30
Hvorfra og hvortil går oplevelsen af at vente?	30

The wicked designbrief	31
Hønen og ægget	31
Objective frem for designbrief.....	31
Udfoldning frem for afgrænsning	32
Mødet med virkeligheden	33
Afrunding	34
Episode VIII	35
Hvad trækker vi op af hatten?	35
Sammensætning af designprocessen	36
UIM - User Innovation Management - processen	36
Det participatoriske mindset	37
Dataindsamlingsmetoder	37
Metodetriangulering	37
Litteratursøgning	38
Videnskabsetiske overvejelser.....	38
Feltstudier.....	39
Rollen som facilitator.....	40
Generative tools	41
Situation cards	42
Journey maps.....	42
Begrebet Third Space (3rd Space)	44
Episode IX	45
Databearbejdningsmetoder	45
Fra insight til vision - den magiske proces.....	45
Design syntese og abduktiv logik.....	46
Fra kaos til kosmos	47
Affinitydiagrammet.....	48
Frame & reframing	48
Prioritering, taxonomi og hierarki	49
Concept map - en metode til at bygge et framework	49
Grafisk model af framework.....	49
The Sky is The Limit - or Not?	51
Double Diamond modellen.....	52
Hvad afgør, hvor højt vi kan flyve?	53

Episode X	55
Dataindsamling	55
Feltstudier.....	55
Observationsbesøg	56
Procesbeskrivelse workshop/brainstorm AAU	57
Procesbeskrivelse interview med patienter	60
Om at vælge og inddrage brugere i dette projekt.....	70
Patientens rejse i akutmodtagelsen	71
Episode XI	80
Syntese - fra kaos til kosmos	80
Kunsten at se skoven for bare træer - the process of spatialization	80
Fra data til affinitydiagram	82
Labels affinitydiagram	85
Fra affinitydiagram til concept map	88
Bløde hypoteser.....	88
Episode XII	98
Concept map / framework - En god oplevelse af at vente	98
8 nye klynger i frameworket.....	99
Hvordan læser man frameworket?.....	101
Framework (bør opleves i Prezi).....	105
Design Principles - The Magic Stick.....	227
Episode XIII	230
Eksempel på anvendelse af frameworket	230
Idé- og løsningsworkshop.....	230
Bearbejdning af materiale: Idé- og løsningsworkshop	233
WAGs - hvilke løsningsforslag er gode?.....	235
Teknologi - en blackbox i vurdering af skalerbarhed.....	239
Episode XIV	242
Konklusion	242
Blev der tryllet kaniner op af hatten?.....	243
Den overordnede proces og de 5 benspænd	243
En rejse i designlandskabet	246
Metodetriangulering og seeing-moving-seeing.....	248
Objects, spatialization & Third Space	249

Participatory or not?.....	250
Design, der giver gode løsninger	252
Hvordan kan problemet løses?.....	254
Mens vi venter på den rigtige løsning.....	255
Episode IV	258
Perspektivering	258
Episode XVI	261
The Empire Strikes Back!!!.....	261
EXPECT A VISION FROM SOMEWHERE!.....	261
To be continued.....	261
Referencer	262
Bilagsliste	266

Fra hjertet



Episode I

Tak

Projektteamet ønsker at rette en stor tak til alle de, der har bidraget til dette projekt.

De akutmodtagelser, som beredvilligt stillede sig til rådighed for projektets observationsstudier, vores medstuderende og undervisere på AAU, og til de patienter og pårørende, som gavmildt skænkede projektet deres tid, lyst og viden.

Særlig tak til akutmodtagelsen i Herning for at give projektet frie hænder i forhold til afholdelse af brugerinvolverende aktiviteter.

Desuden til de involverede på workshopen, i relation til SIA projektet, for at lytte til projektets bidrag til en regional løsning for de ventende patienter i akutmodtagelserne.

Sidst, men ikke mindst, til projektteamets arbejdspladser, og, ikke mindst, familier, for deres uvurderlig støtte under dette langvarige ophold på en fremmed planet.

Episode II

Hvem er projektets forfattere?

Episode III

Projektteamet/designteamet

Den betegnelse, vi har valgt at omtale os selv med, i dette projekt.

Episode IV

Vores afsæt

Vi har begge dybe rødder i sundhedsvæsenet, vi kender, og holder af den verden, og har vores daglige kontakt med den, og vores store interesse for udviklingen af den.

Sine er ansat som Produktspecialist i Region Midtjyllands It-afdeling.

Sine er bl.a. involveret i den regionale forvaltning af it-systemerne Klinisk Logistik og Præhospital Patient Journal og deltager i flere forskellige regionale it-udviklingsprojekter, hvor hun har en rolle som specialist og forretningsanalytiker.

Hanne, som er uddannet sygeplejerske, er ansat som Klinisk it- og dokumentationsansvarlig, i Akutafdelingen, i Hospitalsenheden Vest.

Hanne har det tværfaglige ansvar for anvendelsen, driften, implementering og undervisning i sundheds-it systemerne MidtEPJ, Klinisk Logistik, Den Centrale PPJ, i forhold til

akutafdelingens fire afsnit. Hanne deltager desuden i forskellige, lokale og regionale fora, der beskæftiger sig med sundheds-it.

Dette afsæt er bestemmende for vores forståelse, og betyder, at vi, er eksperter på det felt, vi, såvel i hverdagen, som i dette projekt.

I forhold til at få adgang til det felt, vi ønsker at undersøge i, er vores afsæt en fordel, idet vi kender, og er kendt i feltet, og derved har let ved at sikre os legitim adgang.

Episode V

Indledning



Alle kender til at vente.

Men, hvad forstår vi egentlig ved "at vente"?

Hvorfor venter vi med glæde på vores forret på Noma, mens vi bliver frustrerede, hvis vi skal vente få minutter på vores burger på McDonald's?

Skulle vi, en dag, komme ud for at vente overraskende længe på vores burger på McDonald's, ville vi i så fald godtage en forklaring om, at McDonald's prioriterer at lave mad i en rækkefølge, hvor de mest sultne bliver bispist først - frem for efter først til mølle princippet?

At vente er et begreb, som man har filosoferet over i århundreder.



Saturn devouring one of his children
Hurtrelle Simon, 1648-1724
France, Louvre

I den romerske mytologi findes et sagn om guden Saturn, der, plaget af tanken om at blive omstyrtet af sine børn, i et forsøg på at ændre tidens gang, åd alle sine børn. Dermed skabtes et symbol på tiden, som noget fjendtligt, der kan få mennesker til at agere helt anderledes, end de ellers ville have gjort.

I et citat af Søren Kierkegaard hedder det:
"Det er utroligt, hvad et menneske kan udholde, blot det føler, at der er en mening med modgangen eller lidelsen."
Omsat til ventetid, så kan vi tåle rigtig meget, hvis vi blot ved, hvad det er, vi venter på, og hvorfor vi venter. Information medvirker til at give ventetiden mening.

I dag spekulerer vi fortsat over, hvad det er, der gør ventetiden uudholdelig.

På sin hjemmeside skriver finansmanden Jens Balle om, hvordan de fleste mennesker ligefrem hader at vente:

"Hvis du er som de fleste hader du at vente. Om det er load af en hjemmeside, opstart af en computer eller telefon, køresten, der ikke er færdig, eller for eksempel et trafiklys, så bryder vi os ikke om ventetid. Slet ikke hvis vi ikke selv kan gøre noget i situationen".

På samme site fortæller Balle videre om, hvordan vi mennesker bliver "narret" til at tåle ventetid. F.eks. har man, i Houston lufthavn forlænget den tid, det tager passagerer at nå frem *til* bagagebåndet, fremfor at lade dem vente *ved* båndet, fordi ventetiden på den måde kommer til at opleves kortere.

Andre eksempler på situationer, hvor vi bliver snydt, er ved knapper i det offentlige rum, som slet ikke virker (fx knapper ved et fodgængerfelt, der skal få signalet til at skifte til grønt, og elevatorknapper til at åbne døren med, som i virkeligheden er placeboknapper) (1).



Balle forklarer, i lighed med sagnet om Saturn, og Søren Kierkegaards citat, at det, vi ikke kan lide, er, når vi føler, vi ikke har kontrol over ventetiden.

Måske er det sådanne tanker, som ligger bag Disneyland koncernens koncept, hvor de bevidst overestimerer den oplyste ventetid, og således opnår glade gæster, som, hver gang, får oplevelsen af få sin tur i forlystelsen tidligere end forventet (2).

Der er langt fra Disneyland til det danske sundhedsvæsen, men også her er de frustrationer, som ventetid kan skabe, særdeles velkendte.

Afsøger man nyhedslandskabet omkring det at vente, som patient på en skadestue, møder man overskrifter som:

Patienter venter for længe på skadestuen

19. februar 2015 - 12:45 | Nyhed

Syge med smerter klager over ventetid på skadestuer

To tredjedele af patienterne oplever ventetid på skadestuerne. De får ikke at vide hvorfor, og hvor længe de må vente. De får heller ingen hjælp mod deres smerter, fremgår det af en ny undersøgelse. Det er ikke godt nok, lyder det fra patienter, politikere og fagfolk.

SØNDAG D. 18. JANUAR 2015 KL. 16:49

Ni timers ventetid: Patienter gad ikke vente på skadestuen

Akutmodtagelse måtte kalde ekstra mandskab ind. Frustrerende, siger koordinerende sygeplejerske.

DANMARK 1. JAN. 2013 KL. 11:39

I januar 2017 udgav Jyske Vestkysten en artikel med overskriften " Ventetiden er et ømt punkt på skadestuen". Her beskrives, at patienterne på skadestuen peger på ventetiden som det største problem, når de er en tur forbi akutmodtagelsen (3).

I en artikel fra Berlingske, om emnet, kan man læse: Blandt de patienter, der oplever ventetid, er det mellem 45 og 61 procent, som »slet ikke« har fået information om udviklingen i

ventetiden og årsagen til den, ligesom de heller ikke har fået at vide, hvor længe de kan forvente at vente, når de møder op på skadestuen (4).

Tallene fra artiklen i Berlingske kommer fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), som er et nationalt redskab til udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet og gennemføres årligt på vegne af de fem regioner (5).

LUP undersøgelserne konkluderer, at to 2/3 af patienterne i Danmarks akutmodtagelser oplever problemer med ventetid, på landets knap 50 skadestuer, der årligt har næsten 900.000 besøg (4).

For tredje år i træk har danske patienter i LUP Akutmodtagelse udtrykt mindst tilfredshed med deres besøg relateret til de samme 3 spørgsmål: Patienterne oplever, at de ikke får information om, hvorfor de skal vente, hvor længe de skal vente, samt udviklingen i ventetiden (5);(6);(7).

Indenfor akutområdet, hvor hverdagen er travl og uforudsigelig, kan det at give et bud på ventetiden, ifølge personalet, være lige så upræcist som at trække et nummer op af en hat (citater Aalborg), eller nogenlunde lige så let som at sikre medvind på cykelstierne.

I en forlængelse af denne metafor stiller projektet spørgsmålet: Hvis ikke vi kan stole på medvind, hvordan kan vi så bidrage til, at cykelturen alligevel bliver en god oplevelse?



*Finn Nørbygaard - den ene halvdel af duoen "Finn og Jacob".
Jacob Haugaard fik en plads i Folketinget i 1994, da han bl.a.
lovede vælgerne medvind på cykelstierne.*

Episode VI

Problemfelt

Hvorfor er det så svært?

Trods hyppig medieomtale, talrige inden- og udenlandske undersøgelser, og løsningstiltag, politisk bevågenhed, og LUP undersøgelser, der tre år i træk afslører samme, lave tilfredshed med de spørgsmål, der vedrører ventetid på akutområdet, er problemet stadig ikke løst.

Spørgsmålet er derfor, om vanskelighederne hænger sammen med problemets karakter?

De fleste kender til enkle problemer, som relativt let lader sig let løse, med målrettet indsats, og omgående effekt, som en dryppende vandhane eller en punkteret bil. Andre problemer er langt sværere at tackle, uanset, hvor meget man prøver.

I starten af halvfjerdserne introducerede to amerikanske byplanlæggere, Rittel og Webber, i et forsøg på at illustrere, at sociale fænomener/problemer besidder en kompleksitet, som ikke lader sig håndtere ud fra løsningsmodeller, der baserer sig på traditionel, teknisk, rationel forståelse, et analytisk begreb, kaldet "wicked problems". I modsætning hertil brugte de begrebet "tame problems", om de problemer som lader sig løse med de traditionelle metoder (8).

Wicked problems er svære at sætte i en kategori, fordi hvert problem er unikt, og bundet til kontekst. Desuden kendetegner det denne type problemer, at det er umuligt at finde endelige, absolutte løsninger, som kan karakteriseres som rigtige eller forkerte, - der findes kun gode eller dårlige løsninger (9).

Samtidig eksisterer der en tæt relation mellem definition af problemet og problemløsning, hvilket betyder, at løsninger altid vil pege tilbage på, hvordan problemet blev defineret. Desuden vil ethvert forsøg på løsning uvægerligt afføde nye problemer, der kræver nye løsninger (8).

Oplevelsen af at vente, i akutmodtagelser - et wicked problem?

I den vestlige verden har vi, i mere end 20 år, beskæftiget os med at forsøge at løse vente-problematikker på akutområdet.

Den typiske angrebsvinkel har haft fokus på nedbringelse af ventetid, og oplysning om ventetid.

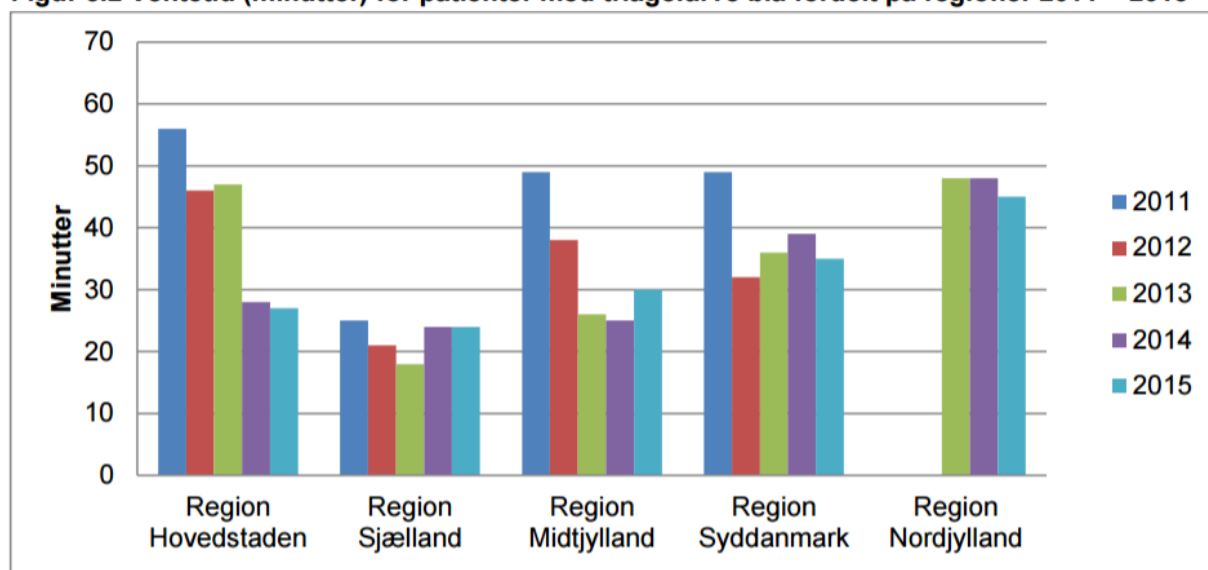
I Danmark har alle regioner fastsatte servicemål for ventetider på akutområdet som et forsøg på at få akutmodtagelserne til at efterleve en målsætning, der sikrer, at patienterne får igangsat behandling indenfor en given tidsfrist (10).

Allerede i forbindelse med Sundhedsstyrelsens udspil til et nyt planlægningsgrundlag for styrket akutberedskab udgivet i en rapport i 2007 foreslog man regionerne at indføre visiteret adgang til det akutte system (11).

Man har siden bl.a. arbejdet med ensartet triagering af patienter ved ankomst for at sikre behandling efter alvorlighedsgrad samt optimering af arbejdstilrettelæggelsen fx ved indførelse af et "fast track spor" til patienter med mindre skader (12).

Dog viser opgørelser over ventetiden på akutmodtagelserne, at ventetidens omfang, trods et indledende dyk, har stagneret sig på et niveau, således at den gennemsnitlige ventetid for en patient, som er triageret¹ blå² fortsat er over 20 minutter på landsplan og i de fleste regioner over en halv time.

Figur 5.2 Ventetid (minutter) for patienter med triagefarve blå fordelt på regioner 2011 – 2015



Kilde: Regionerne

Note: Data er opgjort på følgende måde: Region Hovedstaden: Data for 2015 er medianventetid i behandlersporet for både akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden. De tidligere lægevagtpatienter er inkluderet i behandlersporet. Region Midtjylland: Den gennemsnitlige ventetid fra ankomst til behandling er beregnet for akut ambulante patienter på akutafdelingerne i HE Horsens, HE Vest og RH Randers. Region Syddanmark: Data for 2015 omfatter en beregnet gennemsnitlig ventetid baseret på 2. halvår 2014 og 1. halvår 2015, pga. omlægning af datakilder. Region Sjælland: Data omfatter skadepatienter, der ikke nødvendigvis er i blå triagekategori. Region Nordjylland: Data omfatter alle patienter, det vil sige ikke kun skadepatienter.

Figur fra (10)

En arbejdsgruppe i Region Syddanmark, som blev nedsat tilbage i 2010, udtaler i en rapport om servicemål for skadebehandlingen, efter en indgående drøftelse i arbejdsgruppen, at det ikke kan undgås, at der vil opstå tidspunkter, hvor ventetiden stiger.

Arbejdsgruppen beskriver, hvorledes der, under formulering af servicemål for ventetid, skal tages hensyn til en afvejning mellem på den ene side hensynet til patientens ønske om hurtig behandling, og, på den anden side, ressourcemæssig og økonomisk prioritering af eksisterende ressourcer.

¹ Triage betyder hastegradsvurdering

² Triageret til at følge "fast track spor". Upåvirket. Patienter med mindre skader og god sammenhæng mellem årsag og virkning

Arbejdsgruppen mener, at selv en 95% målopfyldelse på 3 timers ventetid på behandling er en ambitiøs målsætning. Dette begrundes de med, at det for eksempel er umuligt at forudsige en glat vinterdag, med faldskader til følge, og rettidig indkaldelse af den mængde personale, der er påkrævet for at imødekomme den ekstra arbejdsomængde (13).

Med en realistisk hensyntagen til denne balance mellem at afskaffe ventetiden for at tilfredsstille patienterne, og en fornuftig ressourceudnyttelse på akutområdet, må vi nok erkende, at ventetid i landets akutmodtagelser er et problem, der ser ud til at være kommet for at blive.

Fra nationalt hold, har man, sideløbende med indsatserne for at nedbringe ventetiden, forsøgt at mitiggere ventetidens negative effekt på patienternes tilfredshed, ved hjælp af anbefalinger til regionerne, om information til de akutte patienter om ventetidens forventede varighed. Anbefalingerne går på information om forventet ventetid ved henvendelse forud for, og i forbindelse med, ankomst til akutmodtagelsen. Derudover har man udviklet en landsdækkende akuthjælp-app, bl.a. med det formål at informere om ventetider på en nem og overskuelig måde (12).

Tidligere forskningsresultater

I en artikel, i New York Times, under overskriften "Why Waiting Is Torture", hedder det, at man aldrig vil kunne afskaffe ventetid, men, at en større forståelse af det psykologiske aspekt i at vente, vil kunne bidrage til at gøre de uundgåelige forsinkelser en smule lettere at bære.

I indledningen bliver nævnt, hvordan Houston lufthavnen har ændret forholdene omkring afhentning af bagage. Filosofien er, at tid, hvor man er beskæftiget med noget (at gå til bagagebåndet), opleves kortere end ubeskæftiget tid (at stå ved bagagebåndet).



Forskning i at vente i kø viser, at de ventende, i gennemsnit, overestimerer den tid, de rent faktisk har stået i køen, med omkring 36 procent (2).

Den forskning underbygges af et studie, fra Chicago, af akutte patienters opfattelse af ventetiden. Studiet påviste, at patienter ikke er særlig præcise, når de skal estimere, hvor længe de rent faktisk har ventet. Studiet undersøgte patienternes opfattelse af, hvor længe, de havde ventet fra triage til behandling, og hvor længe deres samlede besøg i akutafdelingen havde varet. Mens knap 1/4 af patienterne overvurderede varigheden af deres samlede besøg,

estimerede over halvdelen af patienterne, at de havde ventet længere tid på behandling, end de i virkeligheden havde (14).

Dette indikerer, at der er forhold omkring ventetiden, som influerer på, hvordan patienterne opfatter denne. Flere internationale undersøgelser peger således også på, at patienternes tilfredshed med deres besøg i skadestuen påvirkes af deres oplevelser af ventetiden (15);(16).

Andre, lignende undersøgelser peger imidlertid på, at det ikke nødvendigvis er den faktuelle længde af ventetiden, der har betydning for patienternes tilfredshed, men, at det i stedet er patienternes oplevelse af ventetiden, der er af betydning (17);(5).

I et studie, fra midten af halvfemserne, har man samlet data fra telefoninterviews med godt 1600 patienter, der, over en 12 måneders periode besøgte skadestuen, og her konkluderes det, lidt overraskende, at den aktuelle ventetid *ikke* har betydning for den samlede patienttilfredshed. Det, der virkelig betyder noget, er den måde patienten bliver mødt på, af kompetent og omsorgsfuldt personale, der giver god og fornøden information, og kan håndtere både patientens forventninger og oplevelser (18).

Et skotsk studie, fra midten af halvfemserne, viser, at kommunikationen med akut syge eller tilskadekomne patienter ofte påvirkes af patientens aktuelle situation, herunder af patientens følelser, som ængstelse og stress. Undersøgelsen har vist, at en folder, som fortæller om stedets indretning og arbejdsgange, er et værdifuldt supplement til den mundtlige information, og er således med til at højne patientens forståelse for, hvorfor der kan være ventetid (19).

Et studie, fra 2011, beskrives patienttilfredshed som forskellen mellem patientens *forventninger* og patientens *oplevelser*. Studiet fastslår, at man, ved at tage udgangspunkt i patientens forventninger, og skabe interventioner, der forstærker oplevelsen af god service, vil kunne forbedre patienttilfredsheden for de ventende, uden at ændre på den aktuelle ventetid (20).

Det tyder således på, at venteproblematikken snarere handler om at håndtere patientens forventninger og oplevelser, end om at kunne give en eksakt tid.

Af rapporter fra LUP Akutmodtagelse, 2016, fremgår det, at der, ligesom de to foregående år, er lavest tilfredshedsscore, når det drejer sig om oplysning om ventetid.

Derfor vil det være oplagt at stille spørgsmålstejn ved, om det er de relevante spørgsmål, der fremsættes i spørgeskemaerne?



Venteproblematikken i Danmark

Patienternes oplevelser under deres besøg i akutmodtagelserne monitoreres nationalt via Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i Akutmodtagelser (LUP Akutmodtagelse), som har været gennemført tre år i træk siden 2014.

Herhjemme har man, i LUP Akutmodtagelsesrapporterne, lagt op til, at resultaterne fra LUP bringes ind i det lokale kvalitetsarbejde, i de enkelte akutmodtagelser, og i en rapport fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA), opfordres der til, at man, såvel på landsplan, som lokalt, tænker venteproblematikken ind, når man arbejder med at formulere kvalitetsmål for akutområdet (21).



I materiale afledt af LUP Akutmodtagelse, har man opstillet forslag til, hvordan man lokalt kan arbejde med forbedring af undersøgelsesresultaterne, gennem patientinddragelse, bl.a. gennem dialog med patienter og pårørende, fokusgruppeinterviews, spørgeskemaundersøgelser eller ved at foretage "skygning" af patienter og personale.

I samme materiale lægges op til, at man laver en handlingsplan for indsatserne, og udvælger nogle få, centrale indsatsområder, med fokus på de "lavt hængende frugter", der kan skabe hurtige resultater, med en lille indsats (22).



Et eksempel på et perspektiv på problematikken

I Region Midtjylland har man valgt at fokusere på it-understøttelse af akutafdelingerne med henblik på de fremtidige, store, fælles akutmodtagelser. Dette er samlet i et omfattende it-projekt, under navnet Sammenhængende It-understøttelse af Akutafdelinger (SIA), i hvilket projektteamet, som begge arbejder med sundheds-it, er involveret i delprojektet "Ankomst, kø og kalde". Projektets vision udtrykkes således:

"Visionen for ankomst, kø og kalde er, på en effektiv måde, at håndtere et, forventet, stort flow af patienter til afdelingen, og samtidig give patienterne tilstrækkelige informationer, så ventetiden bliver tålelig".

(Målbilledet er ikke offentligt tilgængeligt, hvorfor der ikke kan refereres til det)

Med denne vision beskrives dels et primært ønske om at skabe effektivitet og flow i akutmodtagelsen, og sekundært, et ønske om at gøre ventetiden tålelig for patienterne.

SIA projektet har en løsningsorienteret tilgang til problemet, som udtrykt i ovenstående, og tager afsæt i et behov, der overvejende handler om at løse et organisatorisk behov for at sikre flow.

Projektteamet er involveret i SIA, og deltager i workshops i forbindelse med projektet, sammen med sundhedsprofessionelle, fra de fem hospitaler i Region Midt, it-specialister, it-arkitekter og projektledere.

For at kunne imødekomme en løsning, hvor det bliver muligt at estimere ventetiden for den enkelte patient, har man fra projektets side foreslået, at personalet skulle placere patienterne i forskellige spor, med ressourcer allokeret til disse spor, og at de ventende patienter skulle afvikles fra en kø. Hertil er svaret fra de sundhedsprofessionelle, at uforudsigeligheden, som et vilkår, på akutområdet, betyder, at det vil være vanskeligt at etablere, og opretholde spor, eller fastholde afvikling i en kø, idet ressourcerne hele tiden flytter sig, med de gældende principper for prioritering, der handler om, at de mest hastende patienter skal behandles først.

Her er der, igen, tale om en afvejning af, hvorvidt der skal tages hensyn til personalets ressourcer eller de ventende patienters oplevelse.



Problemet i en organisatorisk kontekst

KORA udgav i 2013 en rapport, hvori de samler krav og forventninger til akutmodtagelserne, med henblik på at inspirere til udvikling af konkrete kvalitetsmål på området.

I rapporten beskrives det, hvordan det er vanskeligt at finde opbakning til udarbejdelse af fælles mål for landets akutmodtagelser. Organisatoriske, økonomiske og kulturelle forhold betyder, at akutmodtagelserne har forskellige holdninger til, hvad der er ønsket og realistisk.

Samtidig indser rapporten, at, for den enkelte kliniker er det en balancegang at skulle arbejde under hensyntagen til både effektivitet og kvalitet.

Rapporten erkender, at mulighederne for målopfyldelse afhænger af konteksten, og at servicemål vedrørende ventetid risikerer at komme i konflikt med de gældende mål om prioriteringen af patienter ud fra triagegrad (21).

I temarapporten fra LUP akutmodtagelse 2016 fremgår det, at personalet i akutmodtagelserne er klar over, at det særligt er i travle situationer, at patienterne i venteværelset har brug for information omkring ventetiden, men at afgivelse af denne information ofte er noget af det, der bliver nedprioriteret, når der er pres på afdelingen.

Samtidig fortæller flere af de interviewede, at det er en lidet attraktiv opgave at gå ud i venteværelset og informere om ventetid, og at dette binder i risikoen for konflikter med patienten. Dette understreger den førnævnte interessekonflikt mellem hensynet til de ventende og personalets prioriteringer (5).

Akutmodtagelsen som forretning

Betragter vi akutmodtagelserne ud fra et forretningsmæssigt perspektiv, hvor patienterne ses som kunder, kan vi anskue akutmodtagelsens ydelser som serviceydelser. Den beskrevne konflikt kommer således til at handle om at fokusere på enten virksomhedens kerneydelser eller periferiydelser.

Akutmodtagelsens kerneydelser er sundhedsaktiviteter/patientbehandling, mens ydelser som "at informere patienterne" kan anses for periferiydelser.

En vigtig pointe indenfor servicemanagement er, at for virksomheder, der leverer serviceydelser, spiller periferiydelserne en afgørende rolle for kundernes oplevelse og dermed efterspørgslen. Man taler om det "udvidede produkt" (Augmented product), hvor kerneydelsen ikke længere er i centrum, som værende det afgørende, men, hvor det i stedet er periferiydelserne, der løftes til at have tilsvarende relevans. Disse kan opdeles i faciliterende, og supplerende ydelser, som har indflydelse på kundernes forbrug af kerneydelsen (23).

En serviceydelse har overordnet 4 karakteristika, som gør det markant anderledes at udvikle, markedsføre og sælge serviceydelser frem for fysiske produkter: De er uhåndgribelige (ikke materielle), uadskillelige (salg, produktion, levering og forbrug foregår samtidigt), foranderlige (produceres af mennesker, hvorfor de aldrig er ens) og forgængelige (23).

Man bruger udtrykket "sandhedens øjeblik" om leverandørens første møde med kunden, og understreger, at serviceydelsens vigtigste hovedtræk er, at den skabes i et samspil med kunden. Modtageren er central, fordi modtagerens tilstedeværelse er en forudsætning for at kunne levere ydelsen. Den værdi en serviceydelse har, kommer således til at afhænge af oplevelsen hos den enkelte person, der modtager den.

Uhåndgribeligheden, uadskilleligheden, foranderligheden og forgængeligheden er alle sammen træk ved den serviceydelse, periferiydelsen, "at levere en god oplevelse", som understreger, at vi arbejder med et såkaldt Wicked problem. Det faktum, at tilfredshed er forskellen mellem det, den enkelte person forventer og det, der reelt leveres, er endnu et pust til ilden (20).

Dertil kommer, at man må forvente, at ethvert forsøg på at løse problemet, vil påvirke problemet og sandsynligvis føre til nye/andre problemer. Dette fænomen, kan være forklaringen på de resultater, vi finder i LUP Akutmodtagelse. Her ser vi, at det ikke er kerneydelsen, behandlingen, patienterne er utilfredse med, men periferiydelserne - oplevelsen af at vente.

LUP Akutmodtagelse beskæftiger sig med andre spørgsmål end ventetid, og ser man på den samlede undersøgelse, er resultaterne ikke dårlige. Samlet set er 32 % af patienterne tilfredse "i meget høj grad", mens blot 8 % angiver tilfredsheden som "slet ikke" (5).

Groft sagt, postulerer vi, at nu, hvor akutmodtagelsernes behandling har opnået høj kvalitet, er periferiydelserne kommet i fokus, og er blevet nye/andre problemer.



Etik og prioritering i sundhedsvæsenet

Og hvordan kan man så håndtere disse problemer ud fra en betragtning om, at det næppe bliver mindre nødvendigt at prioritere i fremtidens sundhedsvæsen?

Sundhedspolitiske tiltag, der opprioriterer indsatser i sundhedsvæsenet, er relativt lette at få øje på, mens ydelser, der nedprioriteres er svære at spotte, - måske fordi, det er lettere at gå ud i offentligheden med tilsagn om en bevilling på yderligere x antal kroner til kræftområdet, end det er at være den, der skal stå på mål for nedprioritering af indsatsområder indenfor eks. psykiatrien.

Etisk Råd problematiserer, i en rapport fra 2013, dette, under overskriften "Etik og prioritering i sundhedsvæsenet – hvorfor det er så svært".

Rapporten ønsker at skabe synlighed og debat om to, for Rådet, fundamentale temaer, nemlig, hvordan prioriteringsprocesserne rent faktisk fungerer, og om, hvilke værdier, der skal ligge til grund for prioriteringerne, med sigte på at øge gennemsigtigheden i forhold til prioriteringerne overfor borgerne (24).

Nye kriterier for prioritering

I tråd hermed, erkender Danske Regioner, at det er nødvendigt for sundhedsvæsenet at finde nye måder at prioritere på. Dette på baggrund af indholdet i rapporten, hvor der er fokus på årsagerne til stigende udgifter til sundhedsvæsenet, og håndteringen heraf.

Under prioritering udtrykkes der ønske om, dels at skabe større synlighed omkring de uundgåelige, politiske prioriteringer, dels at opsætte nye kriterier for prioritering. Udarbejdelse af sådanne kriterier kan, ifølge rapporten, med fordel tage afsæt i en norsk model, hvor man har set på de eksisterende kriterier, nytte, omkostningseffektivitet og alvorlighed, og anbefalet dem erstattet med tre nye kriterier. Her skal det handle om tre punkter

- sundhedsgevinst for borgeren i bred forstand
- opprioritering af tiltag med lavt ressourceforbrug
- opprioritering af tiltag, der gavner de patientgrupper, der har det størst forventede tab af gode leveår

(25)

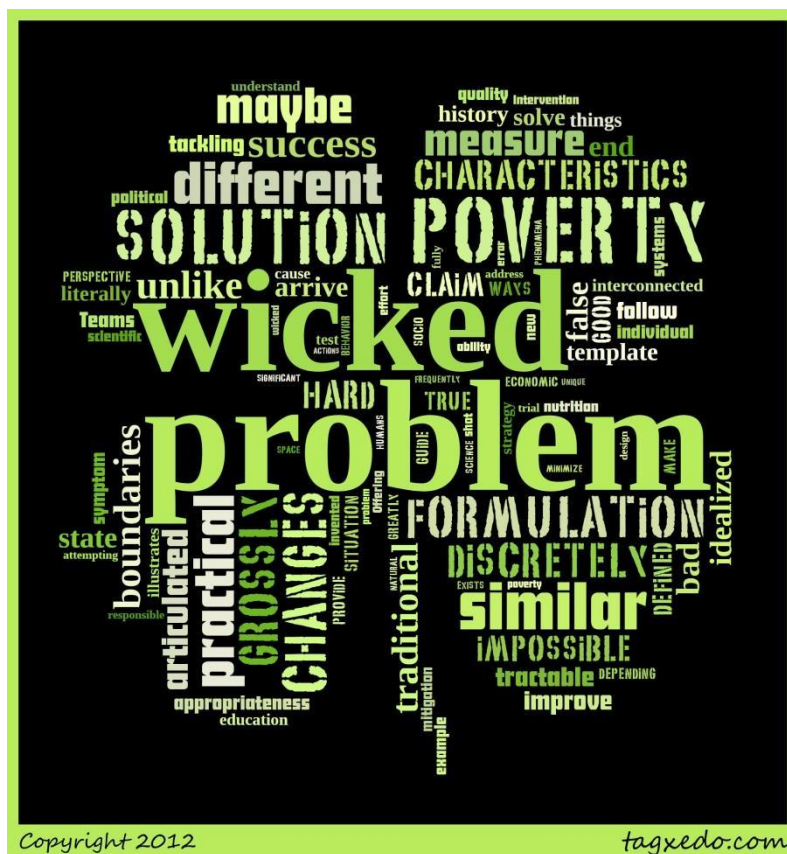
Else Smith, tidligere direktør for Sundhedsstyrelsen, og nuværende lægefaglig direktør for Amager- og Hvidovre Hospital, problematiserer, i en artikel i Dagens Medicin, spørgsmålet om

prioritering i Sundhedsvæsenet. Smith frygter en udvikling, der betyder, at den basale omsorg og pleje lider på bekostning af det stadig stigende ressourceforbrug i forhold til de sygeste patienter. Hun ser det desuden problematisk at fastsætte en god prioriteringsdagsorden pga. den alliance, hun ser mellem medier, politikere og interessegrupper (26).



Fremtidsforsker Jesper Bo Jensen bidrager til prioriteringsdebatten, hvor han tager tråden op, ved at anlægge et kundeperspektiv på brugerne af sundhedsvæsenet, og advarer om, at vor tids ændrede sundhedsbegreb, hvor sundhedsvæsenet ikke blot tænkes at skulle tage sig af de syge, men samtidig også forventes at levere sundhedsydelse til kunder, som ikke er syge, men gerne vil være sundere, vil få efterspørgslen efter sundhed til at vokse kraftigt i de kommende år, og således forskyde ressourcfordelingen.

Resultatet vil, ifølge Jensen, blive en forkert prioritering, med et sundhedsvæsen, hvor midlerne går til de områder, hvor de mest ressourcestærke kunder råber højest (27).



The wicked problem

Og så er vi tilbage ved "The wicked problem".

Ovenstående viser, at problemet eksisterer i en kompleks kontekst, hvor mange hensyn er i spil.

At det ikke endnu har været muligt at få knækket koden til, hvordan vi løser problemet, kunne være et udgangspunkt at forsøge at forstå problemet.

Et af kendetegnene ved wicked problems er, som nævnt, at ethvert forsøg på løsning, peger direkte tilbage på, hvordan man har defineret problemet.

I lyset af dette vil det være relevant, før man kaster sig ud i flere løsningsforsøg at stille spørgsmål om, hvordan vi forstår og definerer problemet med de ventende patienter i akutmodtagelsen?

Episode VII

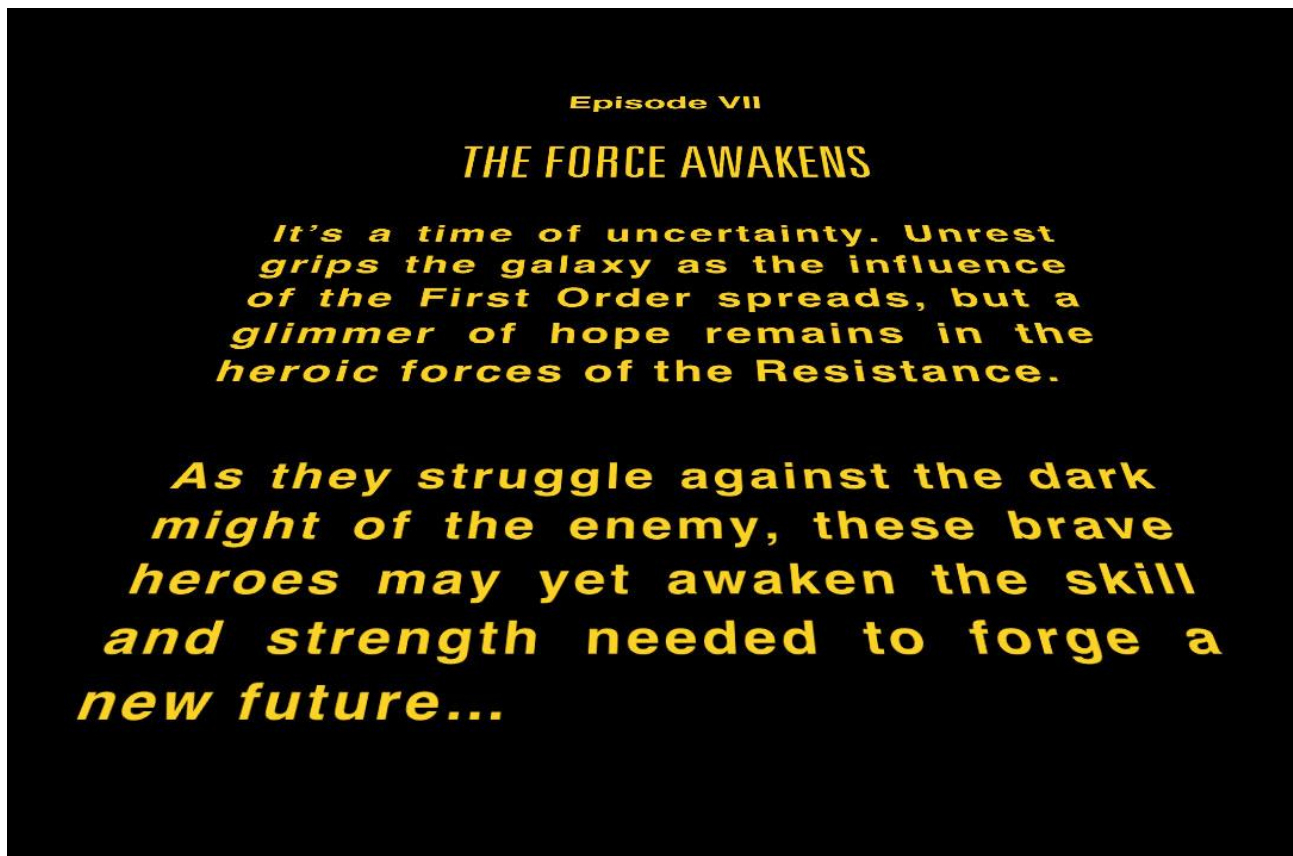
Problemformulering

Dette leder os frem til følgende problemformulering:

Hvordan kan man designe gode løsninger til at forbedre patienternes oplevelse af at vente i en fælles akutmodtagelse?

Understøttende spørgsmål:

- **Hvad vil det sige at designe?**
- **Hvad er gode løsninger?**



Hvad vil det sige at designe?

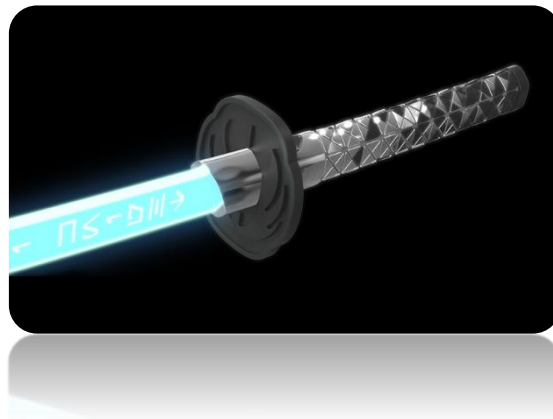
Ifølge Rittels formaliserede teori er wicked problems kendetegnede ved et udefinerbart scope og omfang (8).

Der er tale om problemer, som ikke kan fikses.

Designere bliver ofte stillet til opgave at mitigere de negative konsekvenser af wicked problems (28).

Vi betragter os selv som designere, der har fået til opgave at forbedre oplevelsen af at vente i akutmodtagelserne / at mindske utilfredsheden i forbindelse med at vente i en akutmodtagelse.

Vores udgangspunkt er problemet "oplevelsen af at vente", og vi arbejder således, som udgangspunkt, problemorienteret - ikke løsningsorienteret. Vi kan ikke arbejde med en endelig løsning, da der ikke eksisterer et 1:1 forhold mellem problem og løsning og ikke findes nogen "rigtig" løsning (8);(9).



Hvordan forstå problemet

Enhver designer ved, at med mindre man besidder en usandsynlig stor mængde held, så afhænger designets succes af, hvor godt det rammer brugernes behov. Den sikre vej til et godt design er at forstå brugernes verden, deres præferencer og deres adfærd (29).

I forbindelse med software fiaskoer, fortælles legenden om det tomme varehus, der bare forsvandt ud i intetheden og aldrig blev besøgt, hvilket man har svært ved at forestille sig, når der er tale om et varehus, men er en skræmmende realitet for software designere, som glemmer at tage udgangspunkt i brugernes behov og derved risikerer at komme på "The Software Hall of Shame" (30).

Brugerinddragelse som begreb i sundhedssystemet handler overordnet om en forandring i opfattelsen af, hvordan relationen mellem behandler og patient skal være; og mere specifikt om hvordan magt og ansvar skal være fordelt mellem de to parter. Brugerinddragelse på sundhedsområdet refererer således specifikt til patienters ret til at have en central plads i behandlingsforløbet (31).

Termen "bruger" refererer, i design sammenhæng, til brugere eller forbrugere af produkter eller services (9).

I bestræbelserne på at forstå det problem, som er omdrejningspunktet for dette projekt, betragter vi brugerne som værende akutmodtagelsen patienter - de befinder sig i "orkanens øje", og kender til oplevelsen af at vente, i en akutmodtagelse (9).

Der er således en vigtig diskrepans imellem de to anvendelser af ordet "brugerinddragelse" og det skal understreges at vi bruger ordet, så bruger betyder bruger af en løsning og ikke patient i en behandlingsrelation.

Der er tale om en læringsproces, hvor brugerne er problemets sande eksperter (32). Brugere besidder en værdifuld viden, fordi de udlever den praksis, som vi ønsker at designe til (9).

Innovation skal således forstås som en interaktiv læringsproces mellem brugere (patienter) og designere (os) (9).

Leder vi tankerne tilbage på forretningstankegangen, så er en grundlæggende idé, at en virksomheds fremtidige succes bygger på en forståelse af kunden. Denne forståelse kan bl.a. opnås ved hjælp af contextual design, som sikrer, at man udvikler til den virkelighed, løsningerne møder. Samtidigt forsøger vi at designe det rigtige for kunden, i en customer-centered proces, så designet møder brugernes forventninger. Succes i forbindelse med innovativt design handler om at bygge bro mellem den eksisterende kontekst - situationen "as is" til de nye idéer - visionen - "to be" (33).

Med disse argumenter har vi valgt at planlægge en designproces, som tager afsæt i det partcipatoriske mindset, hvor brugerne betragtes som co-creators (34). Samtidigt går vi ud og undersøger konteksten, den virkelighed, vi skal designe til (33).

Projekt design - hvordan designer man et designprojekt

Litteraturen indeholder en overflod af delvist overlappende og delvist inkonsistente designmodeller til projekter, hvis formål er at designe. Kensing og Munk-Madsen har, som reaktion herpå, beskrevet en simplificeret model, som ligger til grund for 4 forskellige typer af projekt design (35).

Projekt designets type afhænger af, hvilken af de 4 elementer i den simplificerede model, projektet har fokus på: Eksisterende situation (analysis project), Teknologiske muligheder (construction project), Design process (process project) eller New situation (vision project).

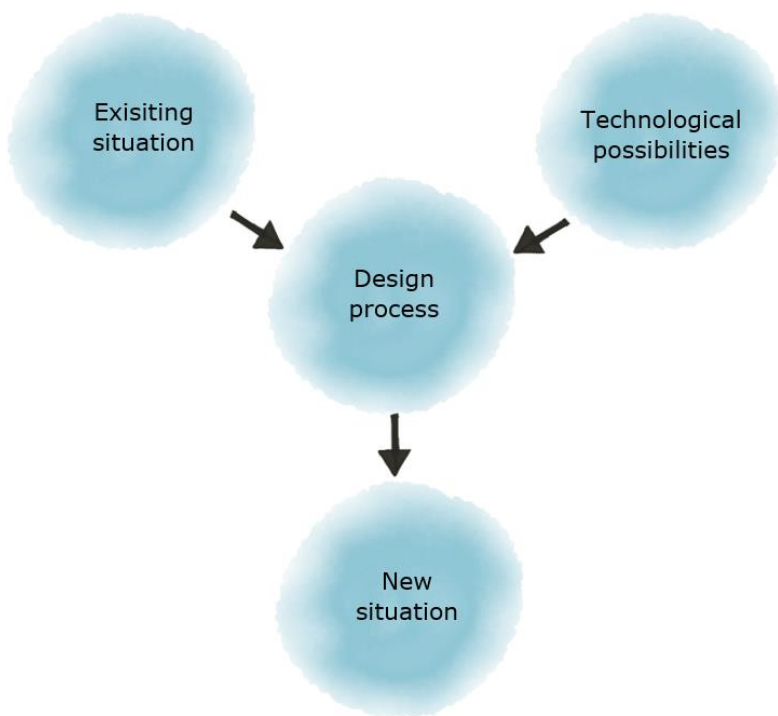


Illustration efter Kensing og Munk-Madsen simplificerede model af design projekter (35)

Alle de 4 former for projektdesign har styrker og svagheder, som man bør være opmærksom på i tilrettelæggelsen og anvendelsen (35).

Betragter man udfordringen, at skulle udvikle løsninger til at forbedre oplevelsen af at vente i en brugerinddragende proces, så har den ben i alle 4 elementer.

Det at udforske et problem, lægger op til et projektdesign, der tager form af et analyseprojekt. Dog skal der også arbejdes med, hvordan der kan designes fremtidige løsninger på problemet. Dette skal gøres i en innovativ proces, hvor man når frem til en bedre fremtid. Her vil projektdesignet bære præg af et vision project.

Det er dog også vigtigt at forholde sig til, hvilke løsninger, der er realiserbare, hvilket kræver, man forholder os til de teknologiske muligheder og peger i retning af et construction project.

Ambitionerne om at afprøve forskellige designmetoder/værktøjer for at undersøge, hvordan en sådan innovativ proces kan bære frugt indeholder en problemstilling, der lægger op til et process project design.

Det bliver således nødvendigt at benytte et projektdesign, der omfavner alle 4 elementer i den simplificerede model. Designprojekter handler netop om at skabe en ny situation på baggrund af input fra den eksisterende situation og de teknologiske muligheder.

Da udgangspunktet for at kunne forstå det problem, vi ønsker at undersøge, er at inddrage brugerne anvendes et partcipatorisk mindset, hvortil der er hentet inspiration til projektdesignet i metoden User Innovation Management (9).

Metoden beskriver, hvorledes man kan gå fra en analysedel, hvor man tager udgangspunkt i konteksten til en visionsdel, hvor man arbejder med design koncepter.

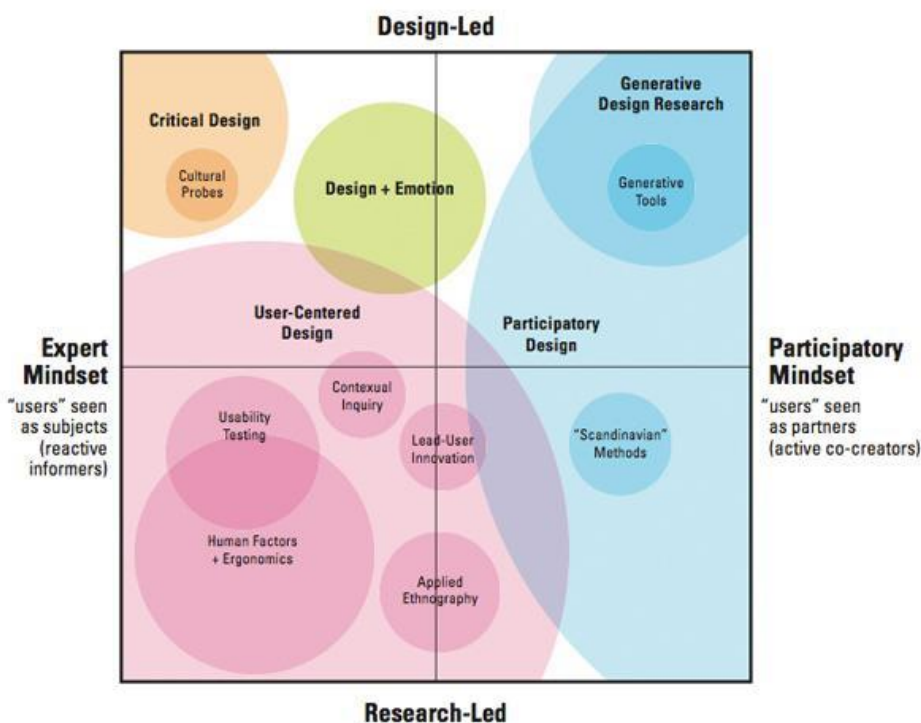
UIM metoden forklarer, hvordan netop den fase, hvor man skal bygge bro mellem insight og vision er en udfordring i designprocessen (9). Dog har det været vanskeligt i UIM metoden at finde gennemslagslige forklaringer på, hvordan man, som designer, kan gennemføre denne fase.

Vi vil senere beskrive, hvordan vi med henblik på at gennemføre denne fase, har foretaget en syntese, inspireret af designeren Jon Kolkos forslag til, hvordan man kan generere designidéer ved hjælp af en systematisk metode, således at processen bliver synliggjort (36).

Metoder og værktøjer i designprocessen

Sanders beskriver, hvordan forskellige discipliner, indenfor design, metodisk ligner hinanden. Design er design, uanset hvilken branche man designer indenfor - metoder og værktøjer er gengangere, blot under forskellige navne indenfor disciplinerne. Sanders pointerer, at brugere er brugere, hvad enten de skal bruge en løsning til at finde rundt i en bygning, anvende et produkt, læse en brugsanvisning på en pakke eller bruge et softwareprodukt.

Hun har tegnet et kort, som illustrerer forholdene mellem de forskellige metoder, tilgange og værktøjer, som findes til design i en udviklingsproces. Kortet rummer to dimensioner, der fordeler sig over hver sin akse, og har hver sine yderpunkter.



(34)

Sanders taler for, at designere og forskere gensidigt skal lære af hinanden, hvorved hun mener, at forskning kan blive en kreativ proces, som åbner op for nye idéer og muligheder. Samtidigt argumenterer hun for, at anvendelsen af en forskningsorienteret tilgang til design bidrager til, at de designede løsninger bliver løsninger, der forstår mennesker og at denne form for design, vil blive den styrende form i fremtiden. De to tilgange komplementerer således hinanden (34).

Afgrænsning

Hvorfra og hvortil går oplevelsen af at vente?

Dette projekt beskæftiger sig med oplevelsen af at vente i en akutmodtagelse.

En oplevelse er en vanskelig størrelse at afgrænse.

Den er bundet til øjeblikket - men også påvirket af hændelser, der er foregået i tiden op til øjeblikket.

Man kan ikke sige, hvor langt tilbage i tiden *før* selve øjeblikket, disse hændelser har fundet sted. Det kan heller ikke udelukkes, at hændelser, som den ventende er klar over, skal finde sted i *fremtiden* ikke påvirker den aktuelle situation.

En ventende i akutmodtagelsen kan være påvirket af, at det har været svært at finde vej til hospitalet, eller at finde en parkeringsplads, men kan også være påvirket af, at have været udsat for en tilskadekomst, der netop er årsagen til besøget.

Mens man venter, kan man ligeledes være påvirket af bevidstheden om, at man skal køre sine børn til fodbold om et par timer, eller at man har planlagt sit bryllup om en uges tid.

I lyset af dette, har projektteamet forsøgt at lægge en ramme for problemets udfoldelse ved kronologisk at indramme det tidsinterval, som løsningerne af problemet er rettet imod.

Startlinjen for dette tidsinterval er lagt der, hvor patienten går ind gennem døren til akutmodtagelsen og mållinjen er trukket der, hvor patienten er færdig med at vente i venteværelset og bliver kaldt til den afsluttende undersøgelse eller behandling i akutmodtagelsen.

Det skal tilføjes, at en stor del af venteværelsets patienter opholder sig i venteværelset af flere omgange, idet der findes forløb, hvor patienten skal igennem flere forskellige aktiviteter på hospitalet. Her placeres en grænse ved døren ind til undersøgelseslokalet. Der er således ikke blot en kronologisk, men også en fysisk afgrænsning, der strækker sig til områderne, hvor patienten ankommer, venter og bliver kaldt til undersøgelse.

Vel vidende, at patienterne i akutmodtagelsens venteområde ikke er turister på charterferie, men syge eller tilskadekomne, skal det understreges, at projektet arbejder med oplevelsen af at vente, og ikke forholder sig til behandlingsmæssige aktiviteter.

The wicked designbrief



Hønen og ægget

Når man står overfor en informatisk udfordring, er der tre spørgsmål altid skal stille:

1. "What is the problem that we are trying to solve?"
2. "How will we know when we have succeeded?"
3. "Is technology the best solution, or are there simpler alternatives?"

Dette kan lyde helt banalt, men efterhånden som man arbejder med udfordringen, finder man ud af, at det i virkeligheden er de tre mest nødvendige spørgsmål at stille, og hvis ikke man har gjort det, så vil man erfare, hvad de næsten uundgåelige konsekvenser er (37).

Coiera mener, at mange projekter starter som it-projekter, hvorfor man arbejder løsningsorienteret frem for problemorienteret. Samtidigt understreger han, hvor svært det er, at arbejde problemorienteret, fordi udgangspunktet ofte er wicked problems, som gør det umuligt at nå i mål og svært at afgøre, hvad der er de bedste løsninger.

Fanget i denne spiral af "the science of what works" bliver afgrænsningen af problemfeltet i dette projekt en øvelse, der foregår løbende i en iterativ proces.

Objective frem for designbrief

UIM lægger op til at hele designprocessen tager udgangspunkt i et forholdsvis skarpt formuleret og afgrænset designbrief. Et eksempel på et designbrief kunne være "at designe en teknologisk (her forstået som it) løsning til at understøtte mennesker, som lever med sukkersyge"(9).

Designbriefet er en støtte for projektteamet igennem forløbet i forhold til at scope innovationsprocessen.

Skal vi være tro mod den problemorienterede tilgang til problemet, kan vi imidlertid ikke pege på, at problemet skal løses med en velafgrænset løsning (fx et it-system). Vi kan således ikke formulere et designbrief, der indeholder retningslinjer for løsningen.

Vores designbrief bliver således et objective - forstået netop som et genstandsfelt og ikke en kontrakt, der indeholder forventninger til en løsning eller et velafgrænset problem. Vores objective siger udelukkende noget om det fænomen, vi vil undersøge, hvilket også bliver projektets overordnede problemformulering.

Solution space

UIM foreskriver, at metoden altid starter med et design brief og som konsekvens heraf et på forhånd udstukket "solution space", som enten kan være stort lille eller stort, hvilket ikke nødvendigvis er afgørende for den innovative proces, men har stor betydning for UIM-trinnet select, hvor metoden fortæller, hvordan man udvælger sine brugere (9)

Select

Da vi ikke på forhånd kan definere et solution space for designprojektet, kan vi ikke hente hjælp i UIM med hensyn til kriterier for udvælgelse af de brugere, som skal involveres i at beskrive problemet og udtrykke behov for løsninger. UIM foreskriver, at man for et small solution space skal vælge erfarne brugere, mens nytilkommere skal vælges ved et large solution space (9). Vi har således arbejdet ud fra nogle andre udvælgelseskræterier.



Udfoldning frem for afgrænsning

Da vi arbejder med et genstandsfelt, hvor opgaven først og fremmest går ud på at undersøge et problem ved at betragte problemet fra forskellige perspektiver, kan der ikke på forhånd udstikkes rammer og scope for processen, og således er kunsten netop ikke at afgrænse, men udfolde.

Efterhånden som vi indsamler viden om problemet, og beskriver problemet, kommer vi nærmere en forståelse af domænet, som bliver en ramme for problemet.

I insight delen arbejdes der derfor med *sætte rammer* i den forståelse, at designteamet iterativt udvikler en forståelse af problemet ved at skifte perspektiv (reframe), resulterende i et framework - en fælles forståelse af problemet.

I analyse- og visionsdelen forsøger vi at give brugerne frit rum til at beskrive problemet, og derfor forholder vi os ikke til virkelighedens constraints. Projektet må ikke, i sin helhed, tage form af et construction project, da vi ikke ønsker at benytte en løsningsorienteret tilgang.

Fordi design netop ofte håndterer wicked problems, bliver mange designprocesser uafgrænsede, eksplorative og meget komplekse. En stor udfordring i design er derfor at holde udfaldsrummet for design åbent, og derved tilvejebringe en række design muligheder. Det er vigtigt ikke at afgrænse for tidligt ved at fokusere på en bestemt løsning (38).

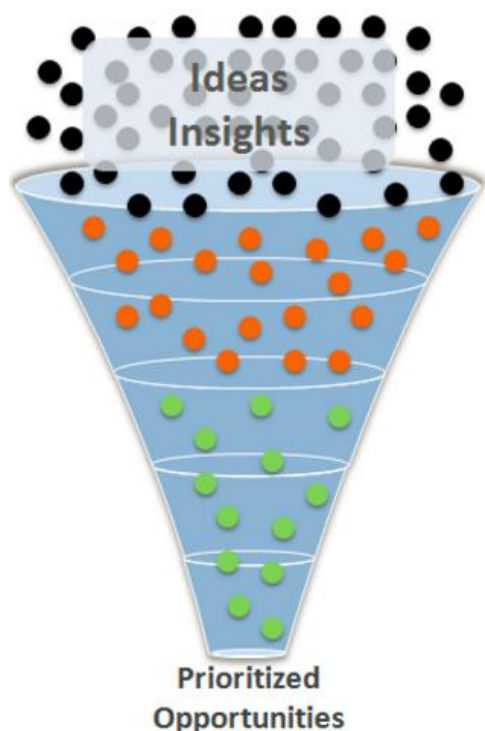
Dette betyder samtidigt at trinnet *select* (selektion) i UIM-processen er blevet udført forud for hver dataindsamlingsaktivitet med udgangspunkt i forskellige perspektiver, og at det løbende er planlagt, hvordan dataindsamlingen skulle foretages.

Mødet med virkeligheden

Når designprocessen er nået til det punkt, hvor der er etableret en fælles forståelse af problemet, foretager projektteamet en lukning.

Fokus skifter, idet den kompleksitet, de praktiske forhold indeholder, og som man i analyse- og visionsdelen har valgt at ignorere, nu bliver constraints, man er nødt til at forholde sig til.

Det der skal foregå inden overgangen til sketch-aktiviteterne er en afrunding af den lukkefase, som leder frem til et design brief, som udstikker nogle rammer for, hvilke løsninger, der skal konstrueres i construction-delen af projektet (35).



Illustration, der viser, at der skal prioriteres mellem en stor mængde insights, opnået i analysefasen (39).

Afrunding

Afrundingen på designprojektet vil foregå ved, at projektteamet med afsæt i frameworket gennemfører en lukkende proces, der ender med et forslag til nogle prioriterede løsninger.

Prioriteringen tager udgangspunkt i et eksempel, og skal betragtes som et muligt scenarie for, hvorledes der kan arbejdes videre med de designprincipper, der er resultatet af den problemorienterede del af forløbet.

Eksemplificeringen betyder, at vi, i dette projektforb, kun kommer til at beskæftige os med en lille del af alle de muligheder, som frameworket lægger op til.

Formålet er at illustrere, hvordan prioritering kan foregå frem mod udvikling af gode løsningsforslag.

Der er således ikke tale om en komplet gennemgang af, hvilke løsningsforslag, der kan komme ud af at arbejde videre med frameworket.

Det er ikke projektets ambition at gennemføre en hel designproces, og nå frem til endelige løsninger. Derimod bruger vi dette eksempel til at synliggøre det potentiale, frameworket rummer, og samtidig vise, hvordan det kan tages i anvendelse.

Afrundingen på dette projekt bliver derfor en beskrivelse af, hvordan man kan bevæge sig fra visionen til en sketch fase, hvor der kan arbejdes videre med kvalificerede løsningsforslag, inden man, i present-fasen, præsenterer løsningsforslagene for relevante stakeholders.

Lukningen af analysedelen frem mod løsningsdelen indeholder således dels, en udvælgelse, hvor mulige løsningsforslag filtreres, og resultatet bliver realiserbare løsningsforslag.

De realiserbare løsningsforslag skal igennem endnu en validering, i fasen present, da det, i sidste ende, er brugernes behov der skal opfyldes og dem, der skal afgøre, om løsningerne giver værdi.

Episode VIII

Hvad trækker vi op af hatten?

I dette afsnit forklares, hvordan projektet har anvendt metoder.

Der er benyttet metoder til at sammensætte designprocessen, metoder til at indsamle data, herunder metoder til at facilitere dataindsamlingen og ikke mindst metoder til at behandle og beskrive data.



Sammensætning af designprocessen

UIM - User Innovation Management - processen

For at skabe sammenhæng i designprocessen, og valget af teknikker og værktøjer, var udgangspunktet at systematisere den brugerinddragende innovationsproces ved hjælp af metoden User Innovation Management (9).

UIM skal betragtes som en iterativ proces, hvor man gentagne gange kan gennemføre en række trin.

Metoden indeholder tre temaer, der hver indeholder to trin: *cooperation* indeholder trinnene *plan* og *select*, *context* med trinnene *insight* og *vision* samt *concepts* og de to sidste trin *sketch* og *present*.



Hvis man skal bruge metoden korrekt, må man ikke negligere trin i processen. Til gengæld er det vigtigt, at man returnerer til et tidligere trin, hvis man erfarer, at dette ikke er tilstrækkeligt bearbejdet (9).

I beskrivelsen af den innovative proces har vi løbende forsøgt at forholde os til, hvor i UIM processen, vi befinder os. UIM-processen bruges således som et værktøj til at skabe overblik over, hvilket trin, vi befinder os på.

I den problemidentificerende del af undersøgelsen har vi fx bevæget os i de tre første trin: *select*, *plan* og *insight*. Vi har ud fra den gældende forståelse af problemet "objective", gentagne gange, selekteret et undersøgelsesfelt, planlagt en dataindsamling, og ved hjælp af de indsamlede data analyseret os frem til en ny forståelse af problemet en større *insight*, hvilket har bragt os retur til "objective" flere gange. Denne øvelse kørte i ring, indtil der forelå tilstrækkeligt datamateriale til at foretage en beskrivelse af problemet, og vi kunne bevæge os videre i UIM-processen.

Det partipatoriske mindset

Inden for Participatory Design (PD) beskriver Sanders en måde at tænke design på, som hun kalder det partipatoriske mindset. Tænkningen har rødder i den skandinaviske, fagforeningsledede demokratiseringsproces, som fandt sted i 1960-70'erne, og som betød en ændret opfattelse af arbejderne, som værdifulde og aktive med-designere af de produktionsmidler, de selv var brugere af. Dermed udførte de ikke blot selve arbejdet, men var også en del af interessentgruppen omkring design- og produktudvikling.

Denne tænkning betød en ny tilgang til design, hvor det handlede om ikke at udvikle *for* brugerne, men sammen *med* brugerne.

PD er i dag en samling af teorier, arbejdsmetoder og studier, der alle handler om slutbrugerens deltagelse i designprocesser. PD repræsenterer stadig grundprincipperne i den skandinaviske tradition, hvor det handler om at sikre slutbrugerne viden, stemme og rettigheder i processer, der involverer deres praksis, og er vokset ud af den oprindelige, fagpolitiske kontekst, og ind i et stadig voksende anvendelsesfelt.

Et af kendetegnene, ved PD, er anvendelsen af fysiske artefakter som et vigtigt led i designprocessen (34).

De fysiske artefakter er værktøjer og teknikker, som skal medvirke til at bygge bro mellem forskellige vidensdomæner, - på den ene side brugere, som er eksperter i praksis, og på den anden side designere, som er eksperter i selve designprocessen (32).

Dataindsamlingsmetoder

Metodetriangulering

Projektet benytter kontinuerligt metodetriangulering og kombinerer forskellige kvalitative dataindsamlingsmetoder med henblik på at beskrive problemstillingen fra forskellige vinkler (40).

Der er således brugt dataindsamlingsmetoder som observationsstudier, interviews, workshops samt inddraget sekundære kilder fra litteraturstudier.



Litteratursøgning

I forbindelse med projektet indledte projektteamet med at søge efter videnskabelige artikler om problemfeltet.

Søgning på PubMed.com, med søgeordene "Emergency Department", "Waiting time" og "Patient perspective", kombineret med den boolske operator "AND", resulterede i 25 hits. Flere af artiklerne ledte, via deres referencer, videre til flere artikler om emnet.

Søgning på Cochrane Library med samme termer og operatører gav ingen brugbare resultater.

En stor del af den anvendte litteratur er fundet ved løbende søgning på Google.com, PRIMO AUB, Bibliotek.dk, samt kædesøgning ud fra allerede fundne kilder.

Desuden er en del af den anvendte litteratur hentet fra pensum på masterstudiet på AAU.

I forhold til den litteratur, der vedrører udenlandske undersøgelser, er projektteamet bevidste om, at en dansk "akutmodtagelse" ikke nødvendigvis kan sidestilles med en "Emergency Department" i udlandet. Imidlertid omfatter indholdet i studier, danske som udenlandske, oplevelser af ventetid blandt akutte patienter i et venteområde, og anses på baggrund af fællestræk frem for forskelle, relevante at inddrage i dette projekt.

Videnskabsetiske overvejelser

I dette projekt indgår både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle, og dette giver anledning til videnskabsetiske og lovmæssige overvejelser.

Projekter, der ikke indeholder personfølsomme data om deltagerne, skal ikke anmeldes til Datatilsynet, eller have nogen tilladelse. Dette betyder, at persondataloven skal overholdes, men, at der ikke stilles konkrete vilkår for projektet.

I dette projekt optræder alle deltagere anonymt, både i forhold til projektets forfattere, og i det færdige projekt dokument. Det har været muligt, qua den valgte arbejdsmetode, som ikke har givet anledning til at kende eller gemme persondata på de enkelte, idet der ikke har været nogen forberedelse eller opfølgning i forhold til deltagerne.

Projektet har således ikke opsamlet eller lagret personfølsomme/personhenførbare data, og der udføres ikke nogen form for forsøg med deltagerne.

Der er derfor ingen anmeldelsespligt, i hverken i forhold til National Videnskabsetisk Komite, eller Datatilsynet (41).

Feltstudier

Feltstudier defineres som undersøgelser, der foregår i det miljø, man ønsker at beskrive, og benytter sig ofte af flere metoder. Det er væsentligt både at definere sit felt, så man kan scope sin undersøgelse, og sikre sig adgang til feltet (42).

Direkte observation

Direkte observation er en metode til undersøgelse af et felt. Her er observatøren åben og ærlig omkring sin tilstedeværelse, som observatør, i forhold til feltet.

Follow the actor

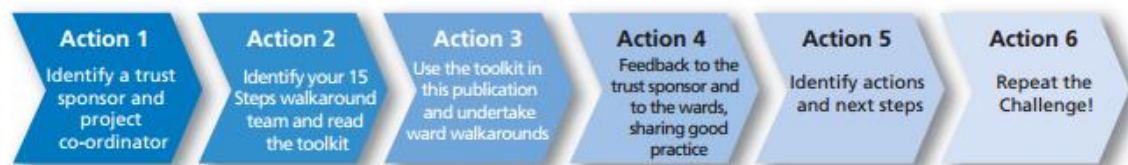
“Follow the actor” (9), der har rødder i ANT (Aktør-Netværks-Teori), er en observationsmetode, velegnet til at opnå adgang til, og indsigt i, den dagligdag, der udspiller sig i et felt.

Metoden anvendes indenfor contextual design, hvor den bl.a. bruges i etnografiske feltstudier.

Dataindsamlingen foregår, ved at iagttage sociotekniske relationer i hverdagspraksis, og ved at stille spørgsmål til praksis. Dokumentationen kan med fordel suppleres med fotos (43).

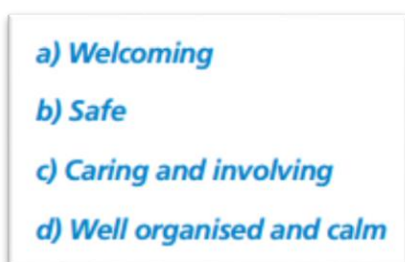
The fifteen steps challenge

"The Fifteen Steps Challenge", er et værktøj til observation og kvalitetsforbedring, udviklet af The National Health Service (NHS) i England, der tager udgangspunkt i, at de første indtryk, de første femten skridt, man tager ind i et nyt område (her akutmodtagelsen) er værdifulde, og beskrivende for stedet.



Ovenfor ses de forskellige faser i The Fifteen Steps Challenge processen. Værktøjet er udviklet til at kunne inddrage såvel brugere, personale, og ledelse, i et fælles arbejde med at monitorere og forbedre afdelingens kvalitet.

Værktøjet anbefaler, at man samler sine indtryk under nedenstående fire kategorier, og har udviklet et skema, hvori den indtrædende kan notere sine observationer og evt. anbefalinger.



Under kategorierne inspirerer værktøjet observatøren til at bruge sine sanser til at fornemme atmosfæren, og samtidig notere, hvilke følelser besøget fremkalder. Observatøren skal lægge mærke til reception, skiltning, opslag om, hvem der er hvem, blandt personalet m.m. Derudover handler de øvrige kategorier om, hvilke indtryk, der vækker tillid, og hvilke, der gør ham utryg. Spørgsmål om, hvordan personalet opleves, hvordan privatliv respekteres, om stedets arbejdsgange er synlige for patienten, og om der er roligt eller kaotisk (44).

Rollen som facilitator

Facilitere kommer af det latinske udtryk "facilis", og betyder "let at gøre" (45).

I dette projekt har projektteamet fungeret i rollen som facilitatorer.

Når man skal facilitere en UIM proces, er det vigtigt at kunne agere i rollen som en reflekterende praktiker, og ikke som en bedrevidende ekspert, og være bevidst om, at man arbejder med problemstillinger, ikke problemløsninger.

Dette ud fra princippet om, at UIM beskæftiger sig med Wicked problems, hvorfor der ikke eksisterer en logisk relation mellem problem og problemløsning. Derfor findes der, for en UIM facilitator ikke noget teknisk rationale, ikke nogen velkendte, tidligere afprøvede metoder til løsningsforslag at arbejde ud fra, - man må ud og finde nye veje, og prøve sig frem.

Facilitatorens rolle består i at vælge de brugere, der er eksperter på det felt, der ønskes undersøgt, at få etableret et samarbejde med disse brugere, om at få skabt den fornødne indsigt, som kan føre videre over visioner, til grundlag for hele den videre innovationsproces.

Som facilitatorer er det således projektteamets opgave at orkestrere processen, ved at understøtte hele bruger innovationsforløbet gennem planlægning, skabelse af det fornødne rum, og fastlæggelse af rammerne for bruger innovationsprocessen, for til sidst at konceptualisere et brugercentreret design (9).

Generative tools

I faciliteringen af de brugerinddragende processer, som har bidraget til projektets datamateriale, har projektteamet benyttet sig af en række forskellige værktøjer.

Værktøjerne betegnes som "generative tools". Ordet "generativ" betyder "med skabende kraft eller egenskab".

Sanders skriver, om menneskers brug af generative tools, at de kan "catalyze, capture and collect their dreams and aspirations...", og at disse kan bidrage til skabelsen af et helt nyt sprog, - overvejende visuelt, og meget nuanceret, mellem deltagerne i en designproces.

Samtidig er det, ifølge Sanders, vigtigt, at indholdet i den værktøjskasse, designteamet bruger, er rettet mod formålet med processen. Hvis man eksempelvis skal have mennesker til at huske tilbage, er et emotionelt værktøj som billedcollager velegnet, mens en form for mapping, korttegning, bedre fanger en proces, der handler om at forstå, hvordan et system virker.

Samlet bidrager alle former for generative tools til at kunne visualisere, hvordan mennesker sanser, erfarer, husker og udtrykker sig (46) .



Situation cards

Egentlig bruges kort med fotomotiver i forbindelse med spil, som billeder/kort, der illustrerer en bestemt situation, som deltagerne i spillet skal beskrive (47). Kortene kunne også betegnes "associationskort".

I dette projekt er kort, med fotomotiver af situationer fra venteområdet, kaldet "situation cards" anvendt, som et generative tool, i den brugerinddragende proces. Formålet er at frembringe minder, associationer og mulighed for at brugeren kan formulere sig i eget sprog.



Journey maps

Journey maps er et værktøj, der især anvendes indenfor servicebranchen, hvor man anvender betegnelsen "servicerejser" for illustrationer af kundens rejse gennem en bestemt service (48).

Fx har koncernen IKEA anvendt værktøjet:

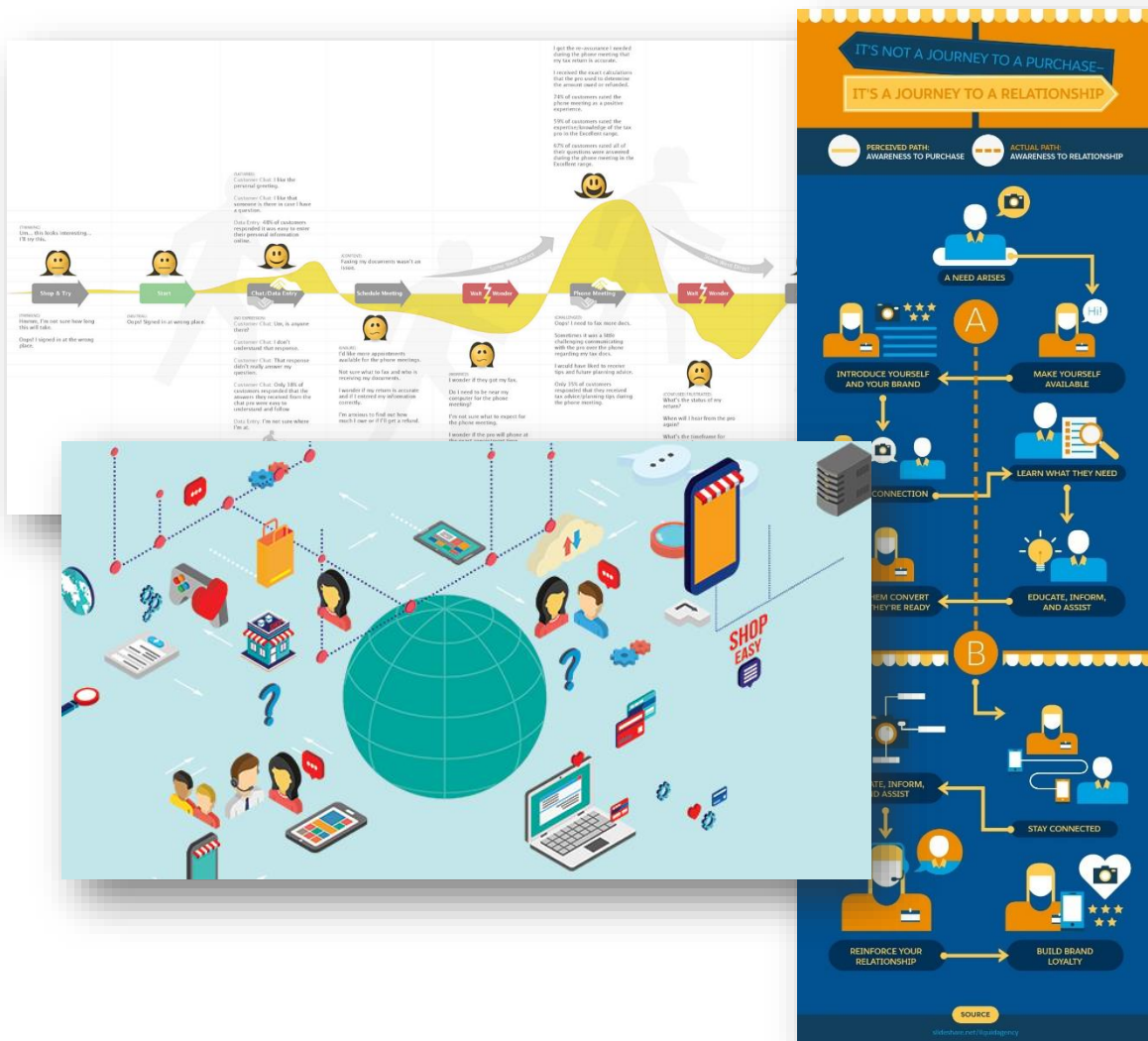


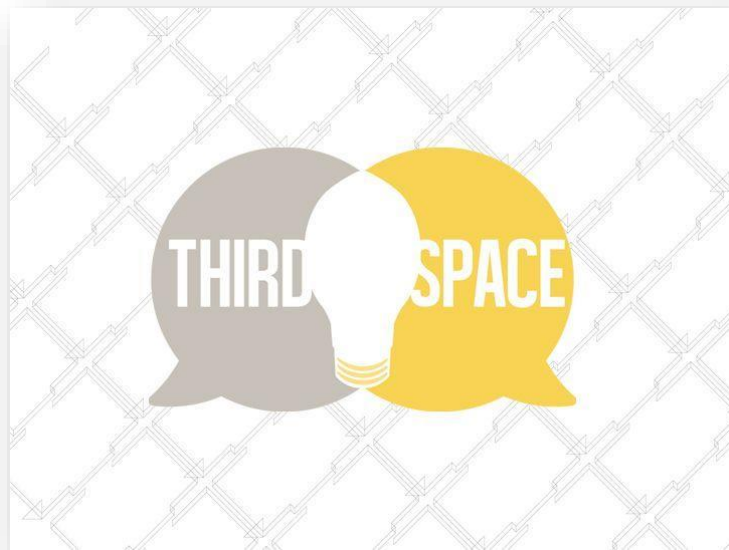
Et journey map kan være med til at kortlægge de mange touchpoints, som, i dette projekt, patienten møder på sin rejse gennem akutmodtagelsen. Journey maps kan bidrage til at afdække hele forløbet, set med patientens øjne, og være med til at udpege de tidspunkter, der er vigtigst for patienten, - touchpoints.

Touchpoints er betegnelsen for alle de steder, hvor patienten har en eller anden form for kontakt, menneskelig/ikke menneskelig.

Udtrykket touchpoints bruges i forbindelse med user experience design, hvor det bredt defineres som: "A touchpoint is any interaction (including encounters where there is no physical interaction) that might alter the way that your customer feels about your product, brand, business or service." (49).

Inden for servicemanagement taler man om en transformation til user experience management, og et kendt værktøj til at arbejde med kundens oplevelse er i dette regi udarbejdelsen af customer journey -/eller customer experience maps, hvor touchpoints er kortenes forskellige trin (50);(51).





Begrebet Third Space (3rd Space)

Third Space kan både forstås som et fysisk rum, og som et mere immaterielt rum. Meningen er at hente deltagerne ud af de omgivelser, i hvilket, det emne, som drøftes, ellers lever.

Det sidste udtrykker det hybride rum, i hvilket, deltagere fra hver sit domæne, eks. designere og brugere, får muligheden for at overskride perspektiv grænser, og mødes i et fælles, "in-between" domæne.

3rd Space har ikke til formål at udligne de deltagende totalt, men snarere at "preserve the situated nature of each participant's own world".

Third Space bidrager til at styrke oplevelsen ligeværdighed, forståelse og fællesskab om opgaven (47).

Hjerneforsker Matti Bergström har, meget rammende for det skabende, og kreative i Third Space, beskrevet det som "legens, drømmenes, kreativiteten, mulighedernes og forandringernes rum" (52).

I dette projekts brugerinvolverende aktiviteter har projektteamet søgt at etablere et Third Space, bl.a. ved at anvende de ovenfor nævnte værktøjer, generative tools, i bestræbelserne på at udfordre og bringe viden i spil, forhandle fortolkninger, og få skabt en ny, fælles forståelse, og dermed en form for nyt fælles sprog mellem de deltagende (47).

Episode IX

Databearbejdningsmetoder



Jon Kolko, designer

Fra insight til vision - den magiske proces

Visioners primære udfordring består i at skabe en forbindelse fra insights og kontekst til koncepter (9).

Design beskrives kontinuerligt, som en måde hvorpå man kan organisere kompleksitet eller finde klarhed i kaos (53).

Oftest ser man først resultatet af en designproces, når designeren går i gang med den formgivende proces, hvor der skabes produkter. Processen fra objective til sketch foregår, med andre ord, på magisk vis og designeren kommer til at fremstå som tryllekunstner, eller i værre fald som kvaksalver.

For en udenforstående kommer koncepter og designidéer til at forekomme som tilfældige, eller som opstået på mystisk vis, fordi det ikke er tydeligt, hvordan designeren har arbejdet sig fra

begyndelsesstadiet, datagrundlaget, til slutstadiet, designideen. Man kan tilmed påstå, at jo mere innovativt resultatet er, jo sværere bliver det at forstå, hvordan ideen i det hele taget er udviklet.

Inkubationsperioden, der foregår fra et virvar af data til en klar designidé kan imidlertid formaliseres og struktureres, således at de aktiviteter, der foregår, både bliver genanvendelige og begribelige. Fornemmelsen af magi opstår udelukkende på grund af mangel på forståelig dokumentation (36).

I sin bog, *Exposing the Magic of Design*, forklarer Jon Kolko, hvorledes designeren ved hjælp af forskellige værktøjer, *syntese metoder*, kan beskrive en tydelig overgang over insight til produktudvikling. Syntese metoderne er, med forfatterens ord, "the key for relating research to design" og kan betragtes som kreative aktiviteter, der aktivt generer intellektuel værdi. De synliggør designerens arbejde og er anvendelige i udviklingen af nye, brugbare, passende og, ikke mindst, overbevisende ideer (54).

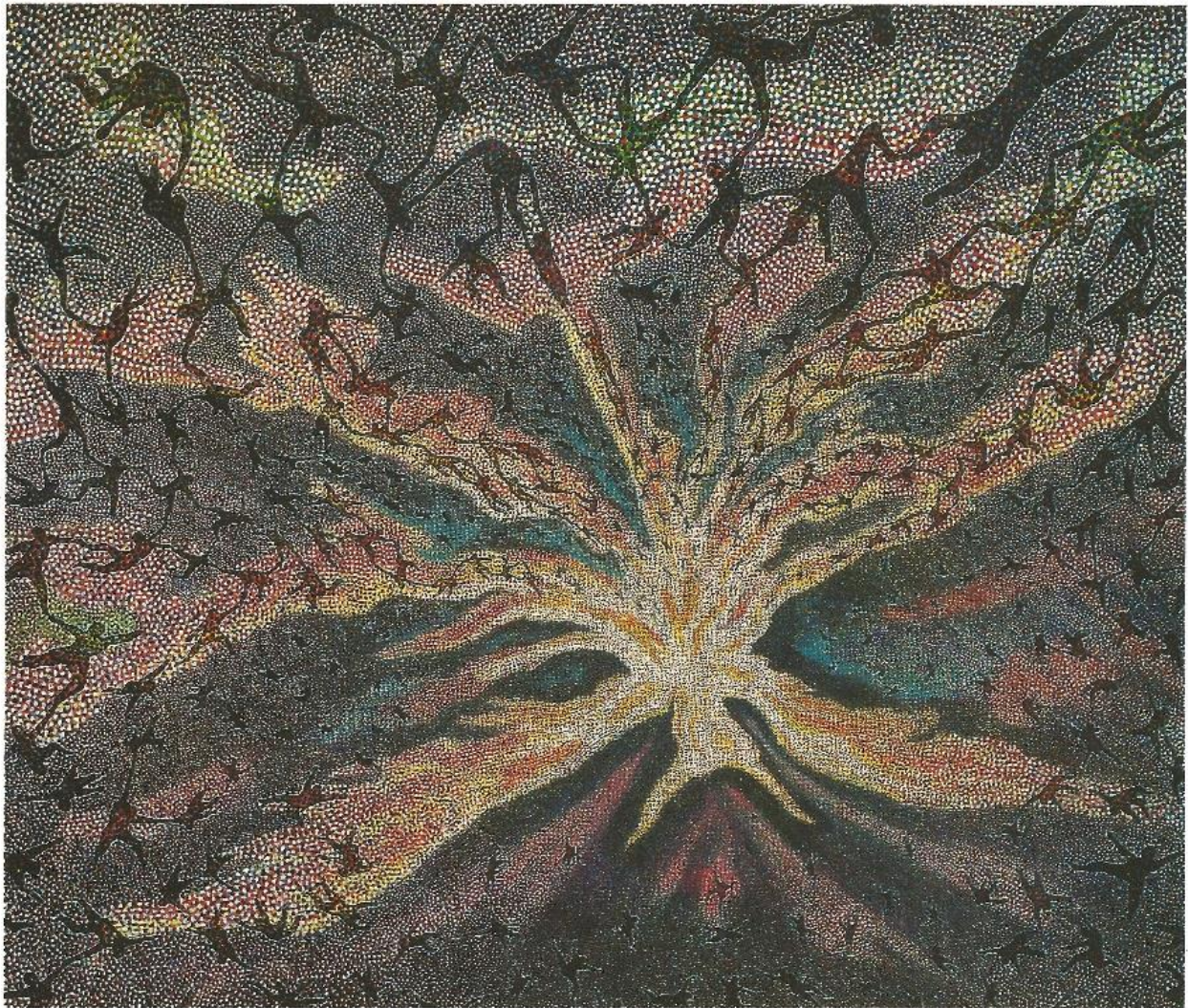
Design syntese og abduktiv logik

Syntese er en proces, som handler mindre om at finde rigtige løsninger, og mere om at finde gode løsninger. Det er en abduktiv meningsdannende (*sensemaking*) proces.

Abduktion beskrives som "the logic of what might be" - som det argument, der hører til den bedste forklaring, og således kan abduktionen være drevet af ethvert design mønster, der fungerer som et argument for den bedste forklaring (36).

Det handler om, på systematisk vis, at analysere sig frem til insights og herfra formulere bløde hypoteser (9).

Abduktiv ræsonnering er relateret til insight og kreativ problemløsning, hvilket udgør kernen i design syntese (36).



Ragnerok af Jan Jensen

Fra kaos til kosmos

The plural of data is not information

(Anon)

Data består af fakta, som er observationer eller målinger fra den virkelige verden. Viden defineres som relationer mellem data og skabes ved at identificere tilbagevendende mønstre i data. Information er den mening, man får ud af at anvende viden på data (37).

Affinitydiagrammet

I processen, hvor designeren begynder at omdanne data til information, kan affinitydiagrammet anvendes (54).

Affinitydiagrammet bruges til at foretage en kollektiv analyse og fortolkning af kvalitative data med henblik på at beskrive de problemområder, der skal behandles i designprocessen. Værktøjet visualiserer "hovedkategorier" ud fra det rå datamateriale (55).

Ordet affinitet kommer af det tyske *affinität* og latinske *affinitas*, svogerskab, slægtskab, tilknytning, men er i nyere tid især benyttet i faglige sammenhænge. Det anvendes ofte i filosofien når man skal udtrykke det som muliggør to begrebers indbyrdes tiltrækning, berøring og evne til at indgå i forbindelser med hinanden (56).

Når to begreber siges at være relaterede, betyder det, at de deler nok indhold til at kunne anses for at have en indbyrdes sammenhæng. Affinitydiagrammet er en metode til at udforske relationer mellem begreber og fremhæve disse. Herved bliver et stort materiale af enkeltstående dataelementer til et mønster, en model, hvor data er organiseret efter affinitet (54).

Klyngerne af data (clusters) i affinitydiagrammet har, som kært barn, mange navne i litteraturen og kaldes bl.a. hovedkategorier, grupper, contextual containers eller temaer. Pointen er, at man ender med et datasæt, som er struktureret ud fra datas affinitet, hvilket betyder, man får nogle områder, nogle konturer af koncepter, som man kan arbejde videre med i analysen. Projektteamet har i anvendelsen af værktøjet benyttet Kolkos forslag til at sætte labels på hver kategori. Disse labels skal indfange dataklyngens fællesindhold - forklare meningen med data (54).

Det handler om at bevæge sig fra *sensemaking* til *syntese*, hvor sensemaking er en intern, personlig proces og syntese er en samarbejdende, ekstern proces.

Under udfærdigelsen af affinitydiagrammet tvinges designteamet til at beskrive relationerne både visuelt og semantisk (36).

Frame & reframing

Udarbejdelsen af affinitydiagrammet er første del af en syntese, hvor man til slut ender ud med et produkt, der kaldes et concept map eller et framework - den færdige syntese af designproblemet.

En vigtig del af syntesen er, at designeren i flere iterationer betragter data fra en ny vinkel. Dette kaldes at reframe.

En frame / ramme er ganske simpelt et perspektiv, men netop anvendelsen af frames er et vigtigt værktøj under syntesen, fordi de kan benyttes til at skabe forståelse og få en mening ud af de data, der arbejdes med (54).

Reframing er således en metode til at skifte vinkel og betragte problemet fra et nyt perspektiv. Den nye frame indrammer et produkt, system eller en service i en ny og ikke nødvendigvis logisk kontekst, som tillader designeren at udforske nye associationer og skjulte relationer til og fra det, som er i fokus (36).

Det færdige framework ender i forlængelse af dette med at have flere forskellige dimensioner - svarende til de forskellige perspektiver, problemet ansues fra.

Prioritering, taxonomi og hierarki

Under syntesen, af det store kvalitative datamateriale, foregår der en ofte implicit skalering af elementernes vigtighed, eller der etableres nogle retningslinjer for sammenligninger.

Prioriteringen er subjektivt afledt, men ikke tilfældig, idet den tager udgangspunkt i den mening, som designeren tolker, hvorfor den generelt bliver objektiv. Indenfor modellen bliver hvert element sammenlignet på et konstant grundlag. Dataprioriteringen tilvejebringer multiple elementer, som kan betragtes som værende komplementære og således skabes en taxonomi eller et hierarki (36).

Concept map - en metode til at bygge et framework

Et framework er en syntese af design problemet. Det giver et overblik over insights og retninger og kan udformes ved hjælp af en model eller visualisering af design problemet (9).

Et concept map er en samling af termer relateret til et overordnet begreb. Forbindelser mellem termene skaber en struktur, idet hver term er navngivet med et label, som udgør en slags navneord og hvert link navngives med bløde hypoteser, som udgør en slags udsagnsord. Således dannes der kæder, der kan læses som sætninger og et concept map repræsenterer en række forslag, som er relaterede til hinanden og det overordnede begreb. Det udgør således et framework eller et domæne - et billede, og en model, af en forståelse af problemet (54).

Frameworket samler således den viden, som designerne har opnået om domænet i en samlet model med visuelle og semantiske relationer. Det skal gerne udgøre en fælles forståelse af problemet mellem brugere og designere, da data repræsenterer konteksten og brugernes behov/ønsker.

Når man skaber et framework, ved at udarbejde et concept map, bevæger man sig fra information til viden (54).

Concept map'et fungerer som en model, der organiserer og strukturerer viden, også selv om denne struktur er opbygget af små bidder bestående af relaterede begreber og bløde hypoteser (54).

Viden er, med andre ord, den sammensætning af modeller, vi bruger til at forstå og interagere med verden (37).

Grafisk model af framework

Resultatet af syntesen er et uhyre avanceret framework (concept map), der er forholdsvis kompliceret at beskrive. En skriftlig redegørelse for modellen ville i værste fald fylde hundredvis af sider (den nysgerrige læser har måske allerede erfaret at en konvertering af den grafiske model i sig selv flyder 127 A4-sider).

En beskrivelse af modellen kræver dels en synliggørelse af relationer i flere forskellige dimensioner og dels en beskrivelse af overlap mellem forskellige begreber, der indgår i disse relationer.

Anvendelsen af grafiske modeller til præsentation af data er en effektiv metode til at håndtere store mængder kvalitative data, idet konstruktionen af en visuel fremstilling fremtvinger en konsolidering af datas detaljer, og samtidigt giver mulighed for at visualisere dimensioner (33).

Fordelen, ved en grafisk model, er samtidigt, at produktet bliver håndgribeligt, hvilket har de samme fordele, som anvendelsen af tangible objects i forhold til at facilitere et samarbejde.

Models make concepts concrete, creating of physical artifact that the team can share, talk about, and touch (33).

Mange designere bruger Adobe Illustrator til det formål at visualisere et framework, men designteamet valgte præsentationsværktøjet Prezi, som er gratis, og også indeholder funktioner, hvor man kan zoome ind og ud i dybden, så der skabes en 3D effekt, hvilket giver mulighed for mange dimensioner i modellen. I Prezi er projektets concept map bygget op som et Venn diagram, som yderligere tilføjer mulighed for visualisering af dimensioner og flere sammenhænge mellem forskellige mængder (grupper/klynger).

Venn diagrammet

Venn diagrammet er udviklet, inden for matematikken, af den engelske forsker, John Venn.



Et Venn diagram er en grafisk model, der illustrerer sammenhænge og relationer.

Venn diagrammet anvendes indenfor PD til at videregive en forståelse af brugeres oplevelser af et område, gennem skabelsen af et fælles billede af identifikationer, prioriteter, kategoriseringer og hierarki (9).

The Sky is The Limit - or Not?

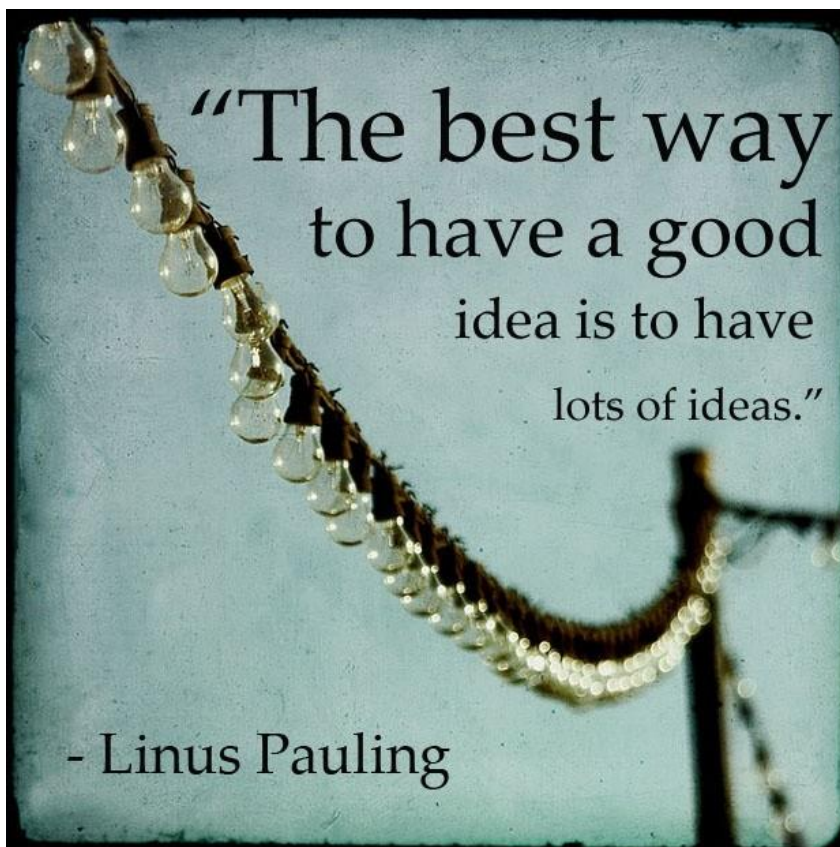
Det framework, som fremkommer under syntesen, repræsenterer det udfoldede problem, insights, og visions, udtrykt i designprincipper.

Disse designprincipper kan benyttes til at foretage insight combination, som foregår ved, at et designprincip kobles med et designpattern, og bliver til en designidé (54).

Da et framework er en omfattende model for en forståelse af et problem, er det ikke svært at forestille sig, hvor mange idéer, der kan genereres ved hjælp af en sådan metode.

Der vil blive genereret mange designidéer og, i forlængelse heraf, flere mulige løsninger til samme idé. Dog vil ikke alle være gode løsninger. Nogle vil være teknisk upraktiske, mens andre ikke har en solid businesscase.

insight combination går netop ud på, at generere så mange idéer som muligt, uden at tage hensyn til, hvilke løsninger der er realiserbare (54).

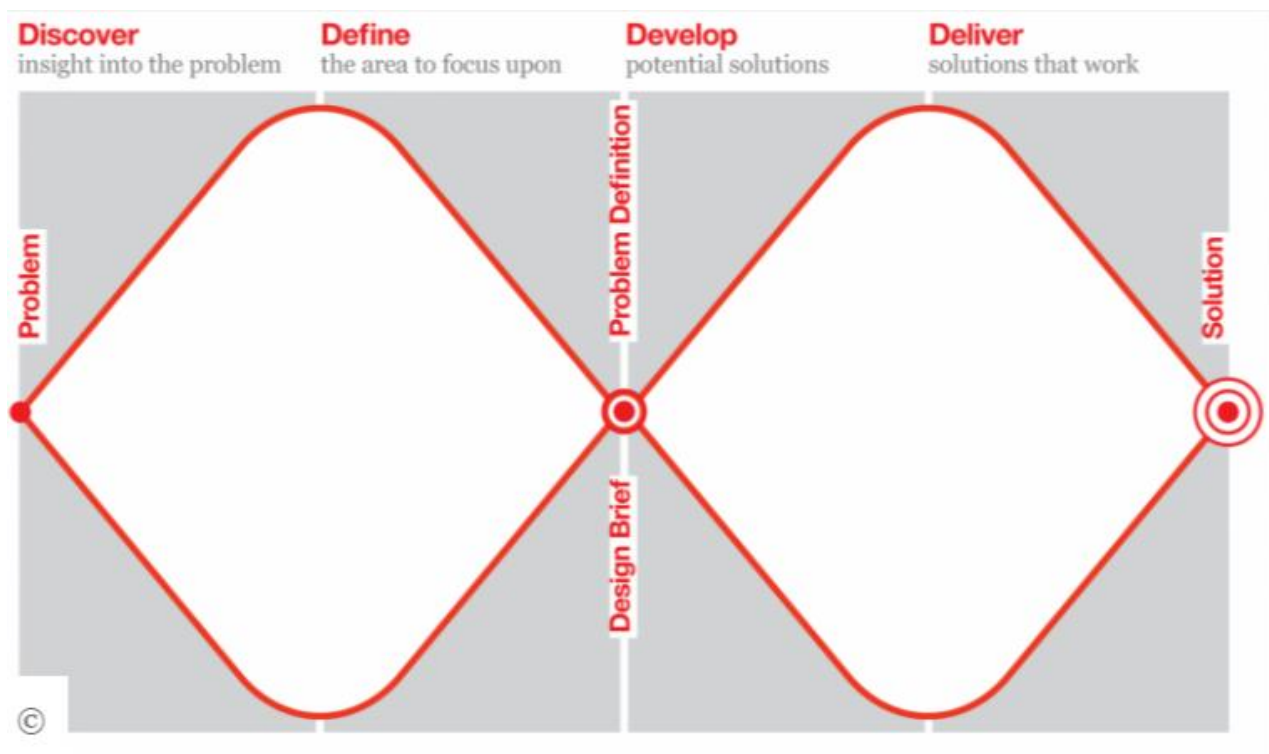


Først når den kreative proces med idégenerering er afsluttet kan man begynde at forholde sig til de constraints, der afgør, om løsningerne er realiserbare.

Double Diamond modellen

Ligesom Sanders beskriver, hvordan forskellige discipliner indenfor design, metodisk, ligner hinanden, så har disciplinerne også en række fællestræk for den kreative proces, hvilket er illustreret med The Double Diamond.

Modellen er udviklet af britiske Design Council, og er en grafisk beskrivelse af designprocessen, som identificerer fire, generiske faser i et designforløb.



(57)

Modellen illustrerer netop, hvordan man i define fasen foretager en lukning, og kommer frem mod et design brief, før man går over i develop fasen, som svarer til sketch fasen i UIM (58).

Hvad afgør, hvor højt vi kan flyve?

Vi kender allesammen godt det dilemma, man er i, når man skal vælge kugler til sin vaffelis og der er mindst 20 forskellige slags, næsten lige indbydende is, at vælge imellem.



I forlængelse af is-metaforen, så kan den palette af designprincipper, der fremkommer kombineres til et enormt udvalg af is. Vaflen er de faktorer, der afgør udfaldet af vores mulighedsrum, nemlig den kontekst som løsningerne skal anvendes i, men til gengæld vil designteamets præferencer være afgørende for forslag til sammensætningen.

Hvilke idéer, der fremkommer ved insight combination, vil først og fremmest afhænge af designteamets ekspertise og kompetencer. Teamets sammensætning har betydning for hvilke idéer, der genereres og dernæst, hvilke aspekter, der lægges vægt på i løsningsforslagene (38).

Derfor vender vi blikket på os selv.

Vores idéer og forslag til løsninger, vil være farvede af, at vi er sundhedsinformatikere og har tilegnet os viden indenfor dette domæne, af vores kendskab til arbejdsgangene i en akutmodtagelse, vores erfaringer og indsigt i sundheds-it, vores viden om organisatoriske forhold og sundhedsfaglige baggrund.

En anden vigtig faktor med betydning for hvilke løsninger, der prioriteres, er, at den løsningsorienterede tilgang kræver, at der tages hensyn til de constraints og muligheder, som konteksten sætter for designet (38).

Kontekst, design og teknologi er tre sammenhængende begreber. Hvor konteksten kan defineres, som *de omgivelser, der skaber "the setting"* (en ramme), så defineres teknologi som *et middel, mennesker bruger til at genskabe og udvide sine livsbetingelser* (EDB teknologi), og et participatory designprodukt defineres som *et resultat, der fremmer brugernes "power to"* (38).

Her fastholdes en åben forståelse for, hvad design betyder.

Man kan designe et værktøj, men man kan også designe en arbejdsgang eller en proces. Man designer så at sige en løsning, der er et element i en teknologi.

Ser man på Müllers teknologibegreb, belyser det sammenhængen mellem de tre begreber. Teknologibegrebet beskrives som indeholdende fire komponenter, teknik, viden, organisation og produkt, som gensidigt påvirker hinanden. De samme komponenter kan siges at indgå i konteksten, som en designløsning skal implementeres i.

Konteksten, som løsningen, skal anvendes i, bliver dermed betingende for lukningen mod et design brief.



(59)

At anlægge en problemorienteret tilgang og undersøge, hvilket problem det er, man skal løse, er således ikke den eneste forudsætning for at designe *gode* løsninger.

Om en løsning er god, afhænger samtidigt af, om den er anvendelig i den situation, hvor den skal benyttes.

For at afgøre, om en løsning passer ind i en anvendelsessituation, må man analysere den kontekst, som anvendelsen skal foregå i (38).

Konteksten består dels af nogle fysiske rammer, strukturer, og dels af nogle dynamiske processer, et flow. De fire komponenter i teknologibegrebet består både af nogle håndgribelige, synlige artefakter, men også af noget kontekstbundet tavs viden og bevægelse (59).

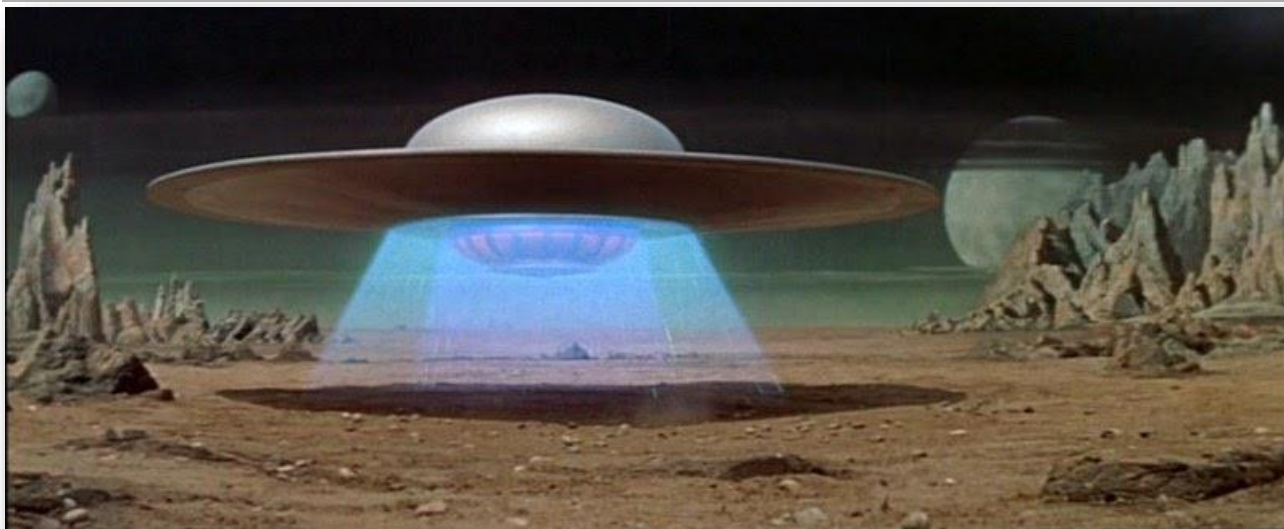
At studere kontekst handler således ikke blot om at se på de fysiske omgivelser, men også om at betragte og forsøge at forstå processerne i konteksten.

Projektteamet opnår en forståelse af konteksten, dels via de data, der indsamles under observationsstudierne, dels via egen ekspertise i feltet. Derudover via en forbindelse til projektet SIA, som har arbejdet intenst med at beskrive de processer, der foregår i akutmodtagelsen, med udgangspunkt i understøttelse af personalets arbejdsgange, og med særligt fokus på it-anvendelsen.

Det er dog først, når man står med en designidé til et løsningsforslag, og ved, i hvilken anvendelsessituation, løsningen skal bruges, at man kan beskrive konteksten og dermed de constraints, konteksten indeholder, hvilket afgør om løsningen er realiserbar. Løsningens realiserbarhed vurderes ved at kortlægge, hvilke elementer i teknologibegrebet, der skal forandres for at implementere idéen. I vurderingen indgår en estimering af, hvor realistiske disse forandringer er.

Episode X

Dataindsamling



Spaceship landing on Planet Earth

Feltstudier

I ønsket om at opnå en forståelse af et fænomen, må dette studeres i den kontekst det udspiller sig i.

For at få indsigt i, hvad det er, der møder de ventende i akutmodtagelsen, tog projektets forfattere rundt på observationsbesøg i fem akutmodtagelser i Region Midtjylland, og en enkelt i Region Nordjylland. Ønsket var, dels at opnå indsigt i, hvordan fænomenet ventetid udspiller sig i sin kontekst, og af, hvordan lokale forhold påvirker fænomenet. og hvordan man har håndteret udfordringer på området. Besøget i Region Nordjylland er valgt med sigte på at observere, om der findes evt. regionale forskelligheder.

Som indledning blev der sendt en mail til afdelingsledelserne på fem akutmodtagelser i Region Midtjylland, hvori formålet med projektet kort blev beskrevet, sammen med forespørgsel om at måtte gennemføre et observationsbesøg, med mulighed for senere at anvende stedet som enhed for nærmere undersøgelser (Bilag 1).

Der var positiv respons, og tilsagn, i forhold til det indledende observationsbesøg, fra alle steder, og tilsagn om at ville indgå som undersøgelsesenhed fra to af de fem akutmodtagelser i Region Midtjylland.

I efterfølgende mailkorrespondance blev datoer og tidspunkt for observationsbesøg aftalt nærmere.

Observationsbesøg

Observationsbesøgene blev gennemført af begge projektteamets deltagere.

Observationsmetoder "follow the actor" og "The Fifteen Steps Challenge" blev anvendt som inspiration under besøgene.



Som tidligere nævnt var der aftalt besøgstidspunkt med de respektive afdelinger, og personalet var informeret om besøget, der således kunne gennemføres som direkte observation.



Interviewene var løst strukturerede, og ikke nedfældet på forhånd, i et forsøg på at være tro mod de spørgsmål, som en patient ville kunne tænkes, at have brug for svar på, og som derfor ville afhænge af oplevelsen af stedet. Interviewene foregik med det personale, observatørerne mødte, enten i receptionsskranken, eller som var tilgængelige for spørgsmål, rundt i afdelingen.

Under besøget i Region Nordjylland, havde afdelingen beredvilligt stillet en sygeplejerske til rådighed for observatørerne, under besøget, og denne viste os rundt til steder, vi ellers ikke ville have fundet frem til.



Beskrivelsen af observationsstudierne (Bilag 2) er struktureret efter "Ankomst, kø og kalde", og dokumenteret ensartet, i form af fotos og tekst, bestående af både noter taget undervejs, og rummer også dele af løst strukturerede interviews med modtagende personale.

Procesbeskrivelse workshop/brainstorm AAU

Baggrund

Projekt teamets ønske om en indledende undersøgelse af begrebet "at vente", med henblik på at løfte begrebet ud af akutmodtagelsens venteområde, og op i en bredere kontekst.

Dette med henblik på at få indblik i, hvilke oplevelser, der knytter sig til "at vente".

Forberedelse

Forud for et projektseminar på AAU, på masteruddannelsen i Sundhedsinformatik, blev projekt teamets oplæg sendt ud til undervisere og medstuderende på holdet, sammen med en kort intro til projektet, og status på processen.

Intro skrivelsen er gengivet her:

Vi vil gerne bruge januar seminaret til at inddrage alle (undervisere og medstuderende) i projektets indledende undersøgelse af begrebet "at vente". Under seminaret, vil vi gerne have lov at gennemføre en øvelse med jer, hvor vi arbejder med begrebet "at vente". Vi vil gerne have, I forbereder jer ved at overveje situationer, hvor I har oplevet at vente og forsøge at huske så mange detaljer om denne situation som muligt. Herunder nogle billeder til inspiration, som måske kan give jer nogle associationer:

SITUATIONER HVOR VI VENTER



Billederne skulle fungere som situation cards, i form af en billedcollage, som inspiration for de deltagende, i forhold til begrebet "at vente".

Idet deltagerne i workshoppen, på forhånd vidste, at projektteamet arbejdede med ventende i akutmodtagelser, var billedcollagens formål at få deltagerne til at associere til andre oplevelser af ventesituationer (se illustration ovenfor).

Udvælgelse af deltagere

Fordelen ved at vælge medstuderende og undervisere på projekt teamets uddannelsesforløb er, at disse er kendt af projektteamet, kender til projektarbejde, og har stor empati i forhold til at bistå medstuderende. Samtidig var det muligt at gennemføre workshoppen med et ret lille ressourceforbrug, fremfor at have forsøgt at indhente de samme oplysninger blandt handlende i et supermarked.

Workshop - udførelse

- Indledningsvis blev forløbet af den korte workshop ridset op
- Deltagerne fik udleveret et skriftligt materiale (Bilag 3)
- Deltagerne blev bedt om at besvare de udleverede spørgsmål enkeltvis (ca. 10 min)
- Efterfølgende blev de enkelte svar drøftet i plenum (ca. 20 min)
- Projektteamet samlede resultatet af drøftelsen til datagrundlag for den videre proces

Evaluering af proces

- Deltagerne var meget positive og engagerede
- Deltagerne fandt problematikken relevant og spændende
- Plenumdrøftelsen gav mange værdifulde data til projektet

Faciliteringen af et Third Space, bidrog til en friere, og mere associativ tænkning, i forhold til emnet for drøftelsen, at vente, ved at løfte begrebet ud af en konkret ventesituation. Samtidig gav øvelsen indsigt i, hvor kognitivt udfordrende det alligevel kan være, at skulle tænke ud over rammerne for emnet.

Der var kritik af det udleverede materiale, hvor nogle spørgsmål blev gentaget unødigt, hvilket var en værdifuld evaluering, at tage med i projektets efterfølgende aktiviteter.

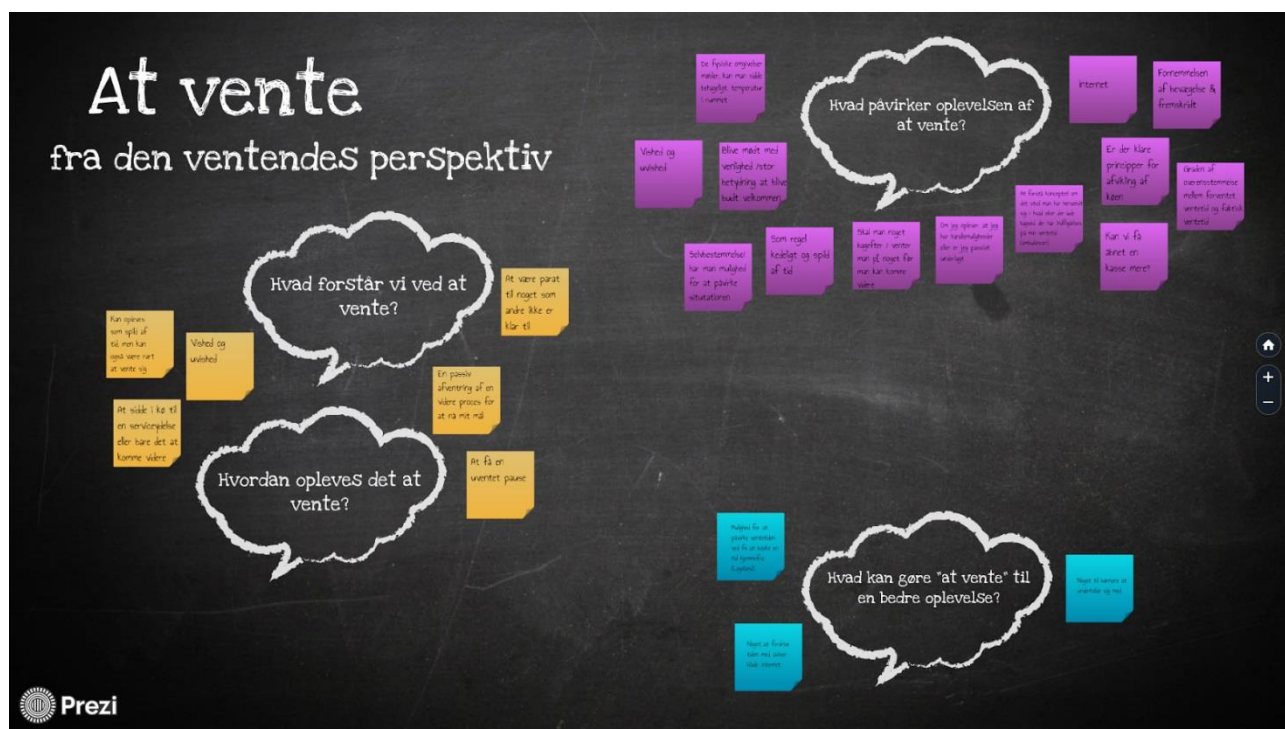
Beskrivelse af data

Data blev, efterfølgende, opsamlet i outlines, som er konturer, der beskriver oplevelsen af at vente, og som bidrager til en modellering af begrebet, - at vente.

Databeskrivelsen findes i illustration nedenfor og er desuden tilgængelig nedenstående dette link, som en Prezi præsentation men er også tilgængelig som bilag (Bilag 4).

Det er ikke nødvendigt at oprette sig som bruger for at få vist præsentationen, der vises i browseren.

http://prezi.com/txnklnohswf8/?utm_campaign=share&utm_medium=copy



Brainstorm: At vente - fra den ventendes perspektiv

Procesbeskrivelse interview med patienter

Baggrund

Efter at have samlet og analyseret på data fra observationsbesøg i de seks akutmodtagelser, og data fra workshop på AAU, havde projektteamet fået indsigt i, dels den kontekst, som venteproblematikken eksisterer i, og dels en udvidet forståelse af begrebet "at vente".

Projektteamet havde fået identificeret en række touchpoints på den ventende patients tur gennem akutmodtagelsens venteområde, og fået sat en række ord på de oplevelser, der knytter sig til at vente.

Således havde projektet nu mulighed for at sætte en ramme for den videre undersøgelse, i forhold til at indhente viden fra de brugere, der befinder sig midt i orkanens øje. Det vil sige, de patienter, som venter i akutmodtagelsen for at få førstehåndsindtryk af, hvordan problematikken opleves.

Valg af undersøgelsessted skete ud fra, hvilke afdelinger, der stillede sig til rådighed, ud fra en betragtning om, at det ikke handler om en bestemt akutmodtagelse, men om oplevelsen af at vente. Desuden skulle interviewene netop foregå udenfor venteområdet, med henblik på at etablere et Third Space.

Udvælgelse af dataindsamlingsmetode

Der blev arrangeret interview med patienter, som ventede i akutmodtagelsen, Herning.



Erfaringer fra workshop på AAU talte for, at en workshop/fokusgruppeinterview, hvor individuelle perspektiver kan sættes i spil ville være oplagt, for at opnå en nuanceret og bred forståelse for de ventendes oplevelser.

Ser man her på forskellen på en workshop og et fokusgruppeinterview, er formålet, med det første, at skabe et arbejdsforum, hvori der kan produceres og/eller testes idéer eller materiale, mens det sidste er en form for interview, hvor det handler om at producere viden om de deltagendes tanker, holdninger, sprogbrug og lignende (60).

I første omgang vil et fokusgruppeinterview derfor synes velegnet, idet det primære formål med at tale med de ventende patienter er at opnå insight, - indblik i deres oplevelser, mens workshop vil være en velegnet metode senere i forløbet, når det handler om at få skabt retning for den videre proces, - vision.

Projektteamet havde en formodning om, at det ville være vanskeligt, at mobilisere deltagere. Litteraturen, at svarprocenten falder, jo længere man bevæger sig væk fra den aktuelle situation, idet emnet mister fokus og relevans for informanterne (61).

Endvidere har en undersøgelse, foretaget på Aarhus Universitetshospital, inden et tilsvarende problemfelt, vist, at trods problemets store relevans, udebliver deltagerne til workshop/fokusgruppeinterview (62).

Således valgte projektteamet en introspektiv metode frem for en retrospektiv.



"The creation of Adam". Loftsmaleri i det Sixtinske kapel, udført i 1508-1512 af Michelangelo (skal give associationer til touchpoints)

Materiale til støtte for interviews

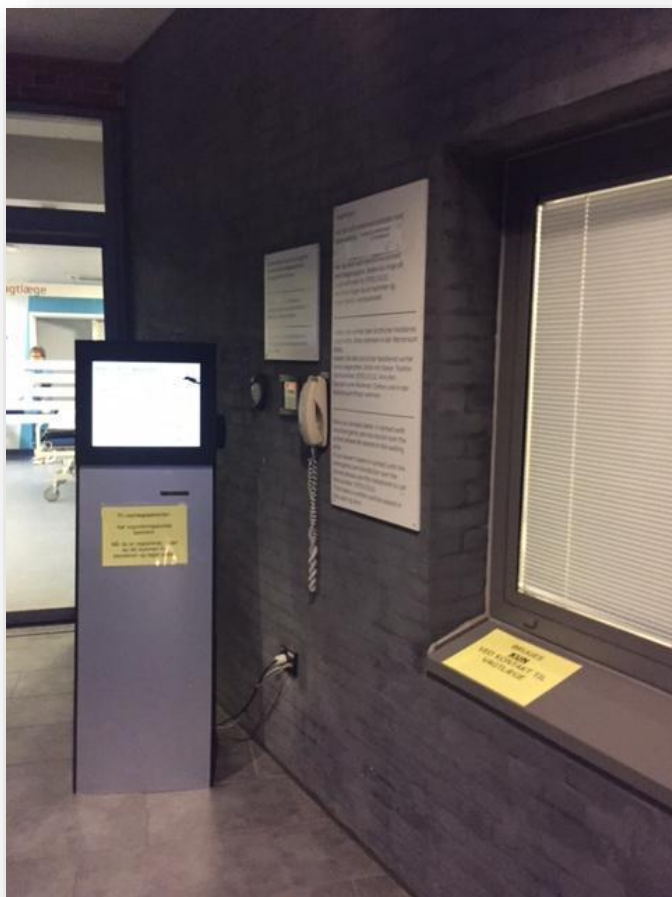
Projektteamet havde ønske om, at afvikle interviewene i en kreativ proces, der dels ville bibringe informanterne en oplevelse af at være medskabere af et håndgribeligt produkt, og dels ville give forfatterne interviewdata, i et andet format end ved et traditionelt interview.

Interviewguiden var struktureret ud fra samme temaer, som blev anvendt ved observations besøgene i akutmodtagelser, Ankomst, Vente/Kø og Kalde (Bilag 5).

Det øvrige materiale, der blev anvendt under interviews var situation cards, med motiver fra de, under observations besøgene identificerede touchpoints, og materiale til fælles

udarbejdelse af journey maps, med henblik på at involvere patienten i at beskrive sin, personlige oplevelse af turen gennem akutmodtagelsens venteområde (Bilag 5).

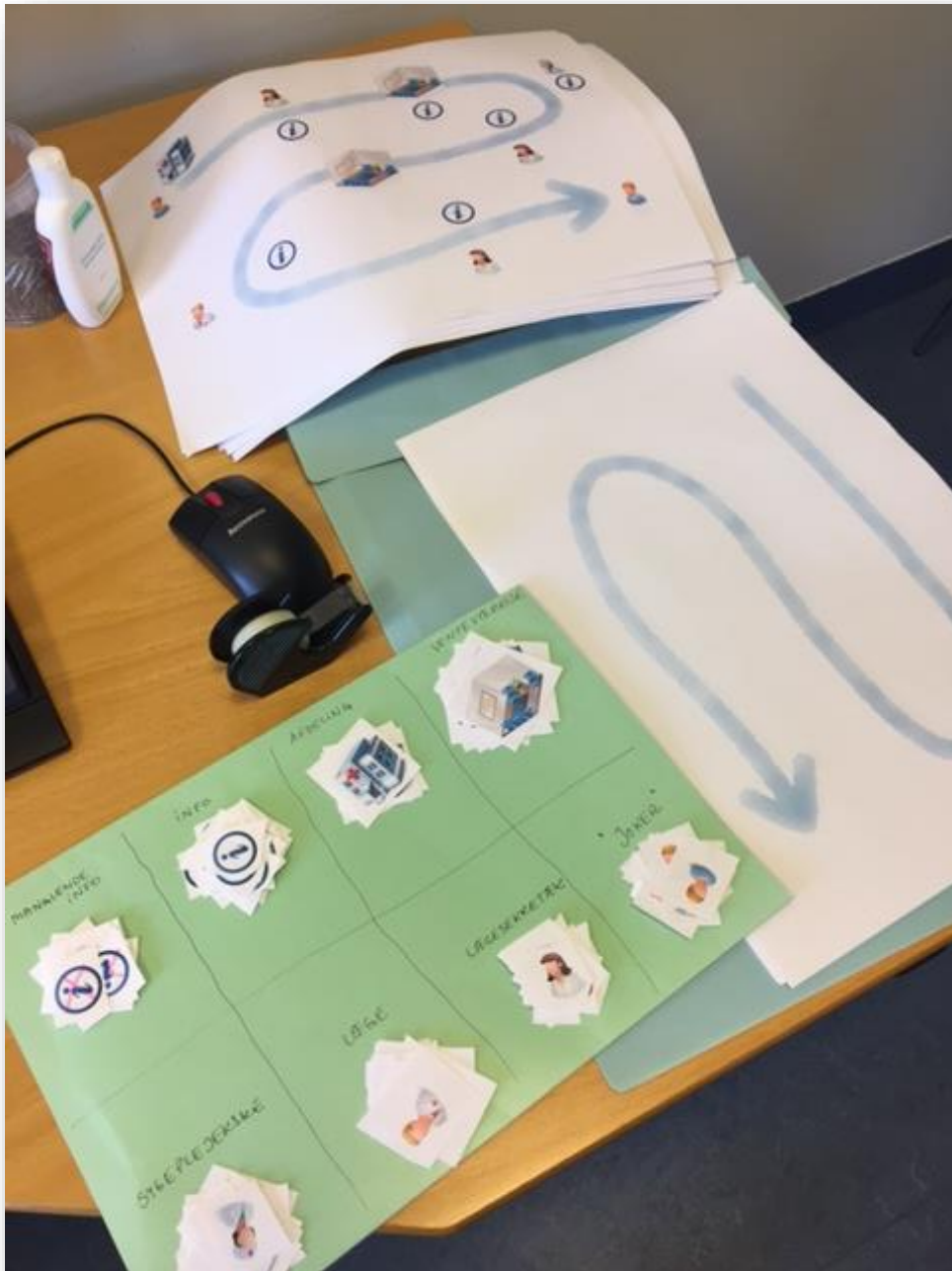
Formålet med anvendelsen af situation cards var, at inspirere patienten til at fortælle om sin egen oplevelse, uden at interviewerne kommer til at lægge patienten ord i munden. Fx ved interviewerens, at nedenstående billede viser en ankomst stander til vagtlæge patienter, men dette ved patienten nødvendigvis ikke, og ved at anvende situation cards, gives mulighed for at få patientens ufiltrerede tolkning af artefaktet.



Ankomststanderen i forhallen, Akutmodtagelsen i Herning

Materialet til journey maps bestod af et A3 ark, med en blå, slynget linje på.

Til brug for den personlige fremstilling af turen gennem venteområdet var blyant, samt en række brikker med fortrykte motiver.

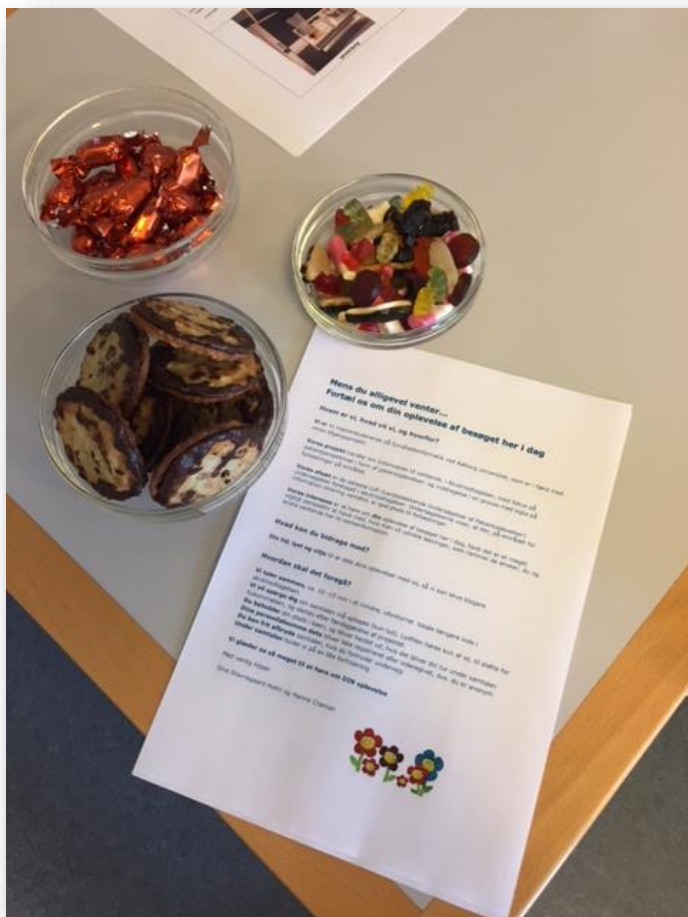


Materiale til journey maps

Idéen med disse "tangible objects" (32) var at give deltagerne mulighed for at være direkte medskabende i en proces, hvor det samtidig løbende kunne efterprøves, om der var fælles forståelse for det skabte, - patientens fortælling.

Fremfor, som i et traditionelt interview, at informanten skal finde svarene udelukkende i hukommelsen, var håbet, at denne narrative metode, hvor fortællingen bliver til i et kreativt, og håndgribeligt samarbejde mellem interviewere og informanter, kunne tilføre dynamik og indlevelse i processen.

Desuden blev interviewene optaget med iPhone, som lydfiler til senere transskription.



Udvælgelse af brugere

UIM metodens kriterier for at udvælge brugere til en innovativ proces, tager udgangspunkt i et solution space, som igen er defineret ud fra et design brief. Da vi fortsat arbejder med et åbent objective, kan vi ikke bruge denne metode.

Projektteamet har, i sin udvælgelse af brugere, anlagt betragtningen om, at enhver dansker har været/er/kan blive patient i akutmodtagelsens venteområde. Da formålet med at interviewe patienten er at få indblik i dennes, personlige oplevelse af ventesituationen, vil enhver patient, i enhver akutmodtagelses venteområde, være en relevant og valid informant.

Derfor valgte projektteamet at gennemføre interviews, i venteområdet, i akutmodtagelsen, Herning.

Forud for interviewet havde projektteamet forberedt en informationskrivelse, som blev udleveret til patienterne, når de blev ankomstregistreret hos receptionssekretæren (Bilag 6).

Informationskrivelsen var på en A4 side, og indeholdt, under overskriften, "Mens du alligevel venter", en kort introduktion til hvem projektets forfattere er, hvad formålet med projektet er, og hvad, vi gerne ville have patienterne til at hjælpe os med. Desuden indeholdt skrivelsen information om, at vi gerne ville have tilladelse til at lave lydoptagelse af interviewet, udelukkende til støtte for forfatterens hukommelse, at patienten var sikret fuldstændig anonymitet, at patienten ville kunne afbryde sin deltagelse på ethvert tidspunkt, og at patienten ikke ville miste sin tur i rækken til undersøgelse/behandling.

Det var så op til den enkelte at sige til (enten hos receptionssekretæren eller projektteamet), hvis de havde lyst til at deltage.



Adgang til feltet

Gatekeeper for projekt teamets indgang til feltet var afdelingssygeplejersken, som beredvilligt stillede afdelingen til rådighed, i form af, dels tilladelse til at gennemføre undersøgelsen, og dels et ledigt kontor i afdelingen.

På selve dagen for interviews var projektteamet rundt i afdelingen for kort at præsentere projektets ærinde, og årsagen til tilstedeværelse, primært til de to, teamet havde brug for at samarbejde med, nemlig receptionssekretæren og den koordinerende sygeplejerske.

Både receptionssekretær og koordinerende sygeplejerske var meget positive i forhold til undersøgelsen, og indstillede på at medvirke til, at projektteamet fik mulighed for gode interviews.



Gennemførelse af interview

Der var stor interesse for at deltage, og der blev foretaget i alt fire interviews, med i alt 9 medvirkende informanter. Dette antal skyldtes, at de fire patienter alle havde en eller flere pårørende med, som også ønskede at deltage. Dette tilbud tog projektteamet i mod, og i det følgende er "informanter" et udtryk for patient og pårørende i samspil.

Interviewene foregik i et kontor, hvor der ikke var forstyrrelser, og med deltagerne placeret rundt om et bord, med alle materialer på midten.

Der var stillet forskellige drikkevarer, kopper og lidt sødt på bordet, så deltagerne kunne tage for sig, undervejs.



Informanterne blev introduceret til journey maps, og interviewguiden dannede udgangspunkt for anbringelse af de første af de fortrykte motiv brikker, sammen med blyants notater på A3 arket.

Ret hurtigt blev informanterne så engagerede i journey map, at udarbejdelsen af fortællingen om deres oplevelse stort set overflødiggjorde interviewguiden, idet det visuelle materiale bidrog til fremdrift i fortællingen, med patientens egne ord og anvendelse af motiv brikkerne.

Brikker med informationssymbol blev brugt, de steder på ruten, hvor patienten oplevede at have fået den information, de havde brug for, og samme brik, blot med en rød streg over, blev brugt der, hvor de ikke havde fået den fornødne information. Rollebrikkerne blev sat på, der, hvor patienterne vist, hvilken fagrolle, de havde talt med, mens "joker"brikken blev brugt, når de ikke vidste dette.



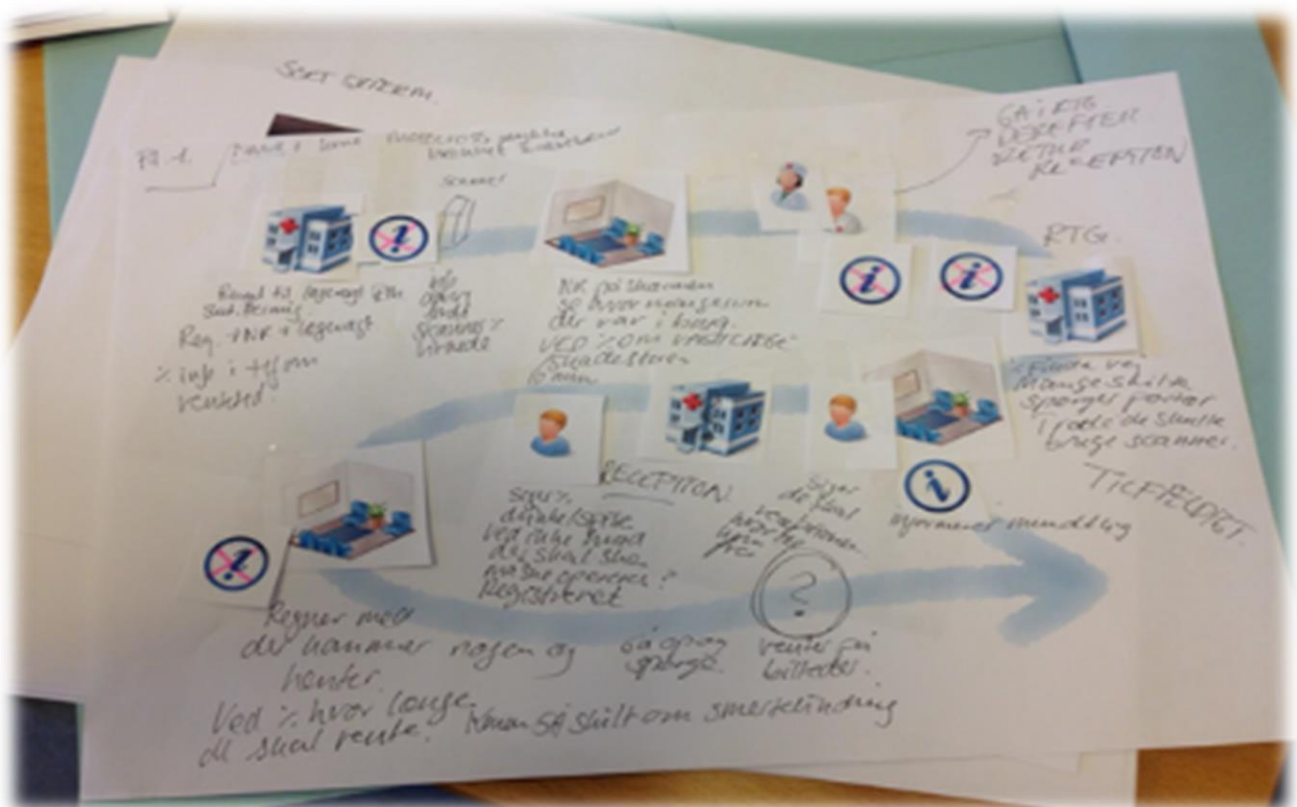
Mod slutningen af interviewet, forsøgte projektteamet at få patienterne til at tænke ud over den aktuelle situation, og ind i andre situationer, hvor de havde ventet. Dette for at hjælpe dem til at tænke på alternativer til den tur, de netop havde været igennem, med sigte på at få deres idéer om, hvordan noget kunne gøres anderledes.

Evaluering af proces

Journey maps, som tangible tools, viste sig at være en stor succes!

Det håndgribelige materiale, papirets svage lighed med en spilleplade, sammenholdt med forskellige brikker, og fri mulighed for at kreere, skabte et rum for forståelse, hvor patienten selv fik lov at fortælle og illustrere, uden at projektteamet lagde patienten ord i munden. Desuden gav patienter og pårørende udtryk for, at det var sjovt at kunne medvirke i et konkret, fysisk produkt.

- Interviewene sluttede, ikke blot som lydfiler, med spørgsmål og svar, men som fire, personlige narrativer (journey maps).
- At have pårørende med ved interviewet betød flere, samtidige informanter, og dermed flere vinkler på oplevelsen
- At patienterne selv havde valgt deltagelsen til, betød meget motiverede og engagerede deltagere
- Interviewene sikrede værdifulde data til projektets næste faser
- En af de deltagende ville gerne have fortsat processen med flere møder



Om at vælge og inddrage brugere i dette projekt

UIM giver anbefalinger til, hvordan man vælger brugere til deltagelse i en innovationsproces. Da det ikke handler om at designe "blue sky design", men snarere om at "stick to the ground", er det vigtigt at finde brugere, med et godt motiv for deltagelse, og som er eksperter, med lokalt kendskab, drømme, behov og viden, indenfor genstandsfeltet for den proces, de skal deltage i (9).

Hvem er brugerne?

I dette projekt har vi valgt at tage afsæt i, at rigtig mange danskere har, på et eller andet tidspunkt, haft et besøg i akutmodtagelsen. Hvis ikke man selv har været patient, har man måske været der som pårørende, og dermed oplevet at sidde i venteområdet.

Hvem vil vi designe for?

De brugere, som, på et eller andet tidspunkt sidder som patienter/pårørende i akutmodtagelsens venteområde – i princippet kunne det være hvem som helst.

Hvor er brugerne?

Brugerne sidder lige foran os, tålmodigt ventende.

Hvor kan vi finde og rekruttere dem?

I venteområdet.

Hvordan vil vi vælge brugere?

Projektteamet valgte, via receptionssekretæren, at uddele en informationskrivelse om projektets ærinde, til patienter til akutmodtagelsen, ved ankomst. Så kunne de læse den, og tage stilling til, om de kunne have lyst at deltage, og give besked til enten receptionssekretæren eller projektteamet.

Hvad er vores kriterier for selektion?

De eneste kriterier var tilstedeværelse og lyst til at deltage. Det er ikke nødvendigt at have erfaring indenfor området, da projektet interesserer sig for den umiddelbare oplevelse.

Hvad er brugernes motiv for at deltage?

At de blev optaget af informationskrivelsens indhold og ærinde, og chancen for at få indhold i ventetiden

Kan man så godt tillade sig at foretage en sådan "quick and dirty" selektion af brugere?

Projektteamet mener ja, fordi

- Vi fik etableret en god og kreativ proces
- Både brugere og projektteam var begejstrede for samarbejde
- Brugere fik udfyldt ventetiden, og en oplevelse mere med hjem
- Projektet fik en stor mængde data til den videre proces
- Vi fik bevist, at man godt kan hente brugere ind, uden forberedelse, hvilket blev bekræftet af den begejstring, de involverede brugere udviste i processen
- Brugere fik et tilbud, informationskrivelsen (heraf fremgik det bl.a., at de ikke ville miste deres plads i køen), og kunne frit vælge om de ville takke ja eller undlade.
- Brugere valgte os, og ikke omvendt.

Patientens rejse i akutmodtagelsen

Dette afsnit er udarbejdet som en opsamling af data fra observationsstudier og interviews og skal illustrere patientens vej igennem akutmodtagelsen. For læsers skyld er et trin, visiteret adgang, medtaget i beskrivelsen.

Transskriberede interviews er tilgængelige som bilag (Bilag 7)

For at give læseren et overskueligt billede, har projektteamet, ud fra datamaterialet fra observationsbesøgene og interviews, samlet en skitse over patientens vej, og observerede touchpoints på denne.

Skitse af patientens vej gennem akutmodtagelsen i et journey map konstrueret af designteamet



Skitse af patientforløb i akutmodtagelsens venteområde, med touchpoints over patientens møde med akutmodtagelsen - på baggrund af observationsbesøg og interviews med patienter

Patientens rejse er tegnet i præsentationsværktøjet Prezi og tilgængeligt via dette link:

http://prezi.com/uikeywdo6ciu/?utm_campaign=share&utm_medium=copy

Før ankomst

Alle patienter til akutmodtagelse og vagtlæge skal have visiteret adgang (12).

The image shows a Prezi presentation slide. At the top center is a small logo. Below it, the title "Visiteret adgang" is written in a large, bold, black font. Under the title, there is a line of text: "Telefonkontakt til egen læge, vagtlæge, som henviser til akutmodtagelse eller vagtlæge." To the left of this text is a large black silhouette of a telephone. To the right is a photograph of a person sitting at a desk in an office, talking on a mobile phone. The slide has a light green background and is framed by a grey border. In the bottom left corner, the Prezi logo is visible. On the right side of the slide, there are three small circular navigation icons: a home icon, a plus sign, and a minus sign.

Det betyder, i praksis, at for patienter, der vurderes til at skulle direkte i akutmodtagelsen, skal der rettes telefonisk henvendelse, fra praksislæge eller præhospital, til (i Region Midtjylland) den stedlige Hospitalsvisitation, med besked om, at patienten kommer, og kort om baggrunden. Hospitalsvisitationen opretter så patienten i de elektroniske systemer, så det er synligt for modtagende afdeling.

For vagtlæge patienterne gælder det, at hvis patientens opkald til vagtlæge visitationen resulterer i, at patienten skal møde op i vagtlægekonsultationen på hospitalet, opretter vagtlæge visitationen patienten i vagtlægesystemet.

Ankomst

Registrering i receptionen eller ved ankomststander



Prezi

Ankomst

Patienten skal finde den rette indgang ud fra skiltning, der kan angive flere betegnelser "vagtlæge", "skadestue", "akutmodtagelse".



Patienten ankommer og skal finde ud af, hvor, og hvordan man melder sin ankomst. Nogle steder er receptionsskranken lige indenfor døren, andre steder lidt mere tilbagetrukket.

I receptionsskranken sidder sekretærer, som, når patienten oplyser sit navn og CPR-nummer, finder patienten på en meldte-liste i det elektroniske system, og her markerer patienten ankommet. Nogle steder tjekkes yderligere personoplysninger, såsom telefonnummer på patient og pårørende.

På flere af de besøgte steder er der desuden opstillet en ankomststander, hvor man kan registrere sig med sundhedskort, hvis man skal til vagtlægen. Når man kører sit sundhedskort igennem, får man et skærbillede på standeren, der fortæller, om man er ventet, samt et bonprint med nummer.

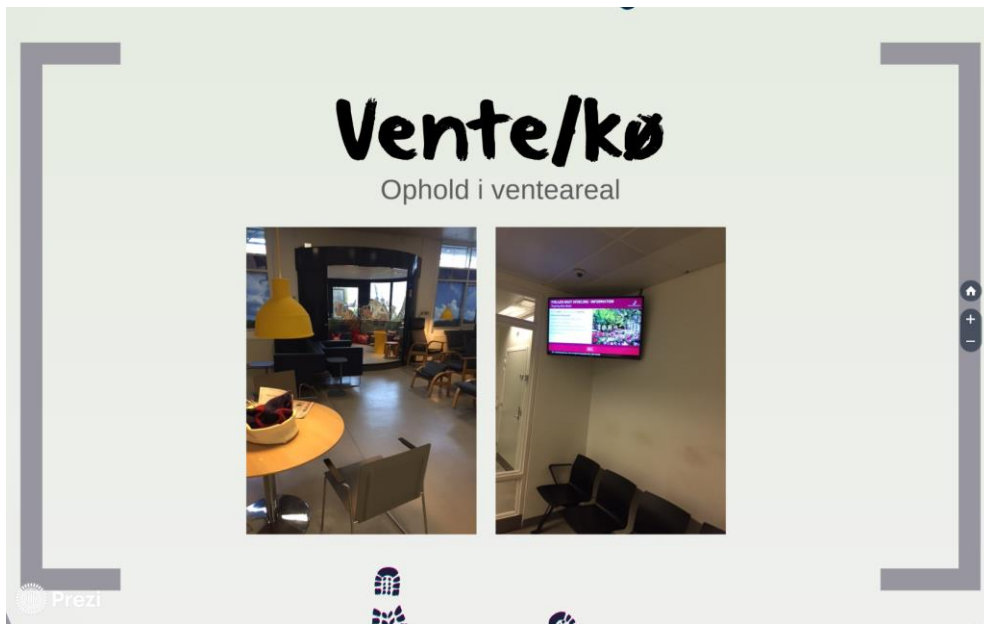


På et af de besøgte steder bliver både patienter til vagtlægen, og til akutmodtagelsen, registreret ved samme receptionsskranke. Sekretæren markerer blot i henholdsvis hospitals- og vagtlægesystemet. Her placeres patienter, til akutmodtagelsen, i første omgang, på en stol umiddelbart overfor receptionsskranken, og afventer vurdering af koordinerende sygeplejerske i akutmodtagelsen, før de sendes ud at vente i venteområdet.

En anden akutmodtagelse har både en sygeplejerske, og en sekretær i receptionsskranken, og her foretager sekretæren selve registreringen, af patienter til akutmodtagelsen, mens sygeplejersken foretager en hurtig vurdering af alle ankomne patienter, før de sendes i henholdsvis venteområde til vagtlægen, og til akutmodtagelsen.

De øvrige steder finder der blot ankomst registrering, ved sekretær, sted, før patienten sendes i venteområdet.

Et andet sted (Region Nordjylland) havde man helt separeret vagtlægekonsultation og akutmodtagelsen, således at vagtlæge området lå i et andet afsnit af hospitalet.



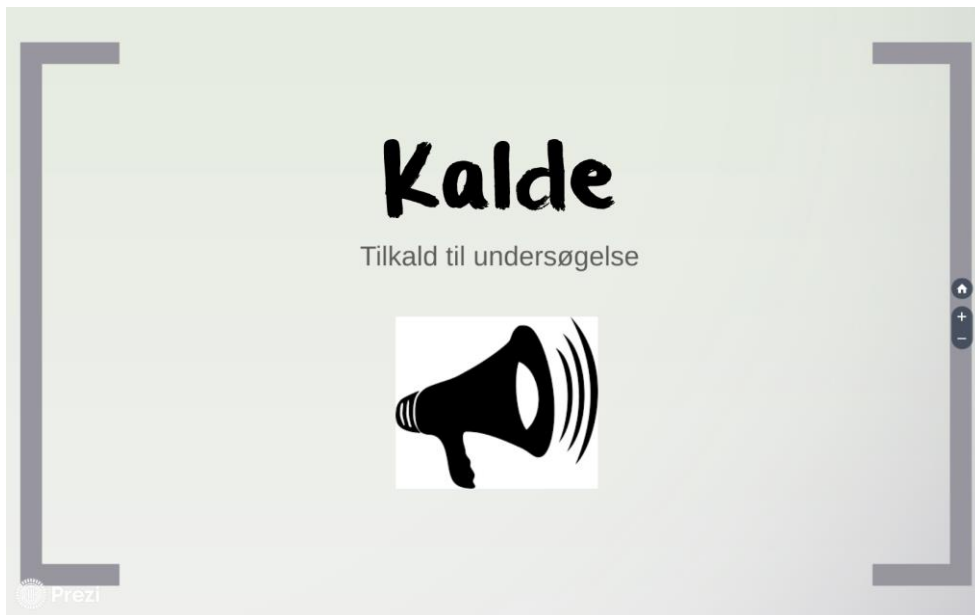
Vente/kø

Herefter skal patienten finde en plads i venteområdet. Flere steder er der fælles venterum for både patienter til vagtlægen, og til akutmodtagelsen, mens andre har adskilt de to grupper af ventende.

Et af de besøgte steder havde opdelt venteområdet således, at patienter med skader ventede sammen med patienter til vagtlægen, mens patienter med akut sygdom, som skulle ses i akutmodtagelsen, ventede i et andet rum.

I venteområdet kan også befinde sig pårørende, og afsluttede patienter, der afventer hjemtransport.





Kalde

I en af de besøgte akutmodtagelser var venterummet fælles, og samtidig var der ophængt en skærm, som dels viste kø for vagtlæge patienter, og dels har en elektronisk mandsstemme, der kalder patienten ind ved bonprint nummer, når det er dennes tur. På skærmen kan patienten se, hvor mange vagtlæge rum, der er i brug, og hvilke numre der er foran i køen.

De patienter, der venter til akutmodtagelsen, har ikke noget nummer, og har ikke nogen mulighed for at følge med i hverken kø eller, hvornår det er deres tur. De kaldes ind ved navneopråb og personlig afhentning af læge eller sygeplejerske.

På et af de besøgte steder, bliver vagtlæge patienterne kaldt ind ved navn, og via højttaler i det fælles venteområde, samtidig med en anvisning om at følge den blå linje i gulvet, mens patienter, til akutmodtagelsen, hentes ind ved navneopråb.



VENTEVÆRELSET

COPYRIGHT: MORTEN INGEMANN

Mulige afstikkere

På alle de besøgte steder kan vagtlæge patienter med skader, blive sendt i røntgenafdelingen for at få taget billeder af skaden. Røntgenafdelingen er, nogle steder, placeret i umiddelbar, fysisk tilknytning til venteområdet, andre steder placeret længere borte, eks. på en anden etage. Når røntgenbillederne er taget, skal patienten, de fleste steder, tilbage til venteområdet.

Her sker så en sektorovergang, idet patienten, efter røntgen og tilbagevenden til venteområdet, skal vente på at røntgenbilleder bliver set, og undersøgelse/behandling af skaden foretages i akutmodtagelsen, idet vagtlægen ikke har mulighed for hverken at se røntgenbilleder eller behandle skaden, eks. lægge gips på et brud.

Dette betyder, at patienten, som indtil røntgenoptagelsen har været vagtlægepatient, og kun registreret i vagtlægesystemet, skal henvende sig ved receptionssekretæren for at blive registreret som ventende patient til akutmodtagelsen.



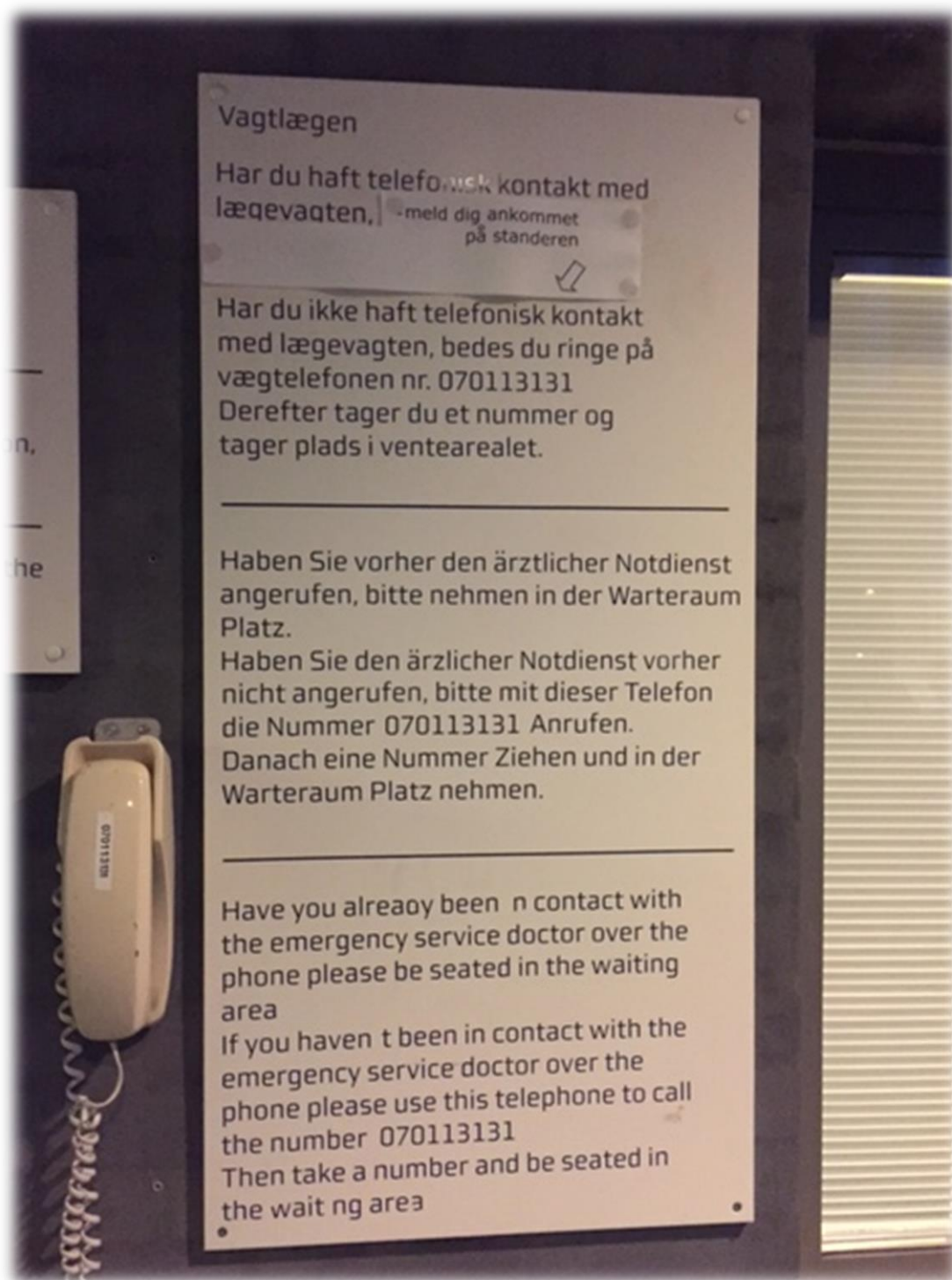
På et af de besøgte steder, sendes patienter, der har været i røntgen, til et andet venteområde, tæt på akutmodtagelsens skadestuer.

På et andet af de besøgte steder får patienten sin røntgenhenvi­sing med, i papirform, og skal gå til røntgenafdelingen, hvor papirhenvi­sing­en puttes i en, tydeligt markeret, brevsprække i døren til røntgenafdelingen, svarende til at man registrerer sin ankomst til røntgenafdelingen. Mens de venter her, kan de, på en monitor, se en lille film om, hvordan forløbet for røntgen patienter foregår.

De øvrige steder sendes røntgenhenvi­sing­en elektronisk fra vagtlæge til røntgenafdelingen

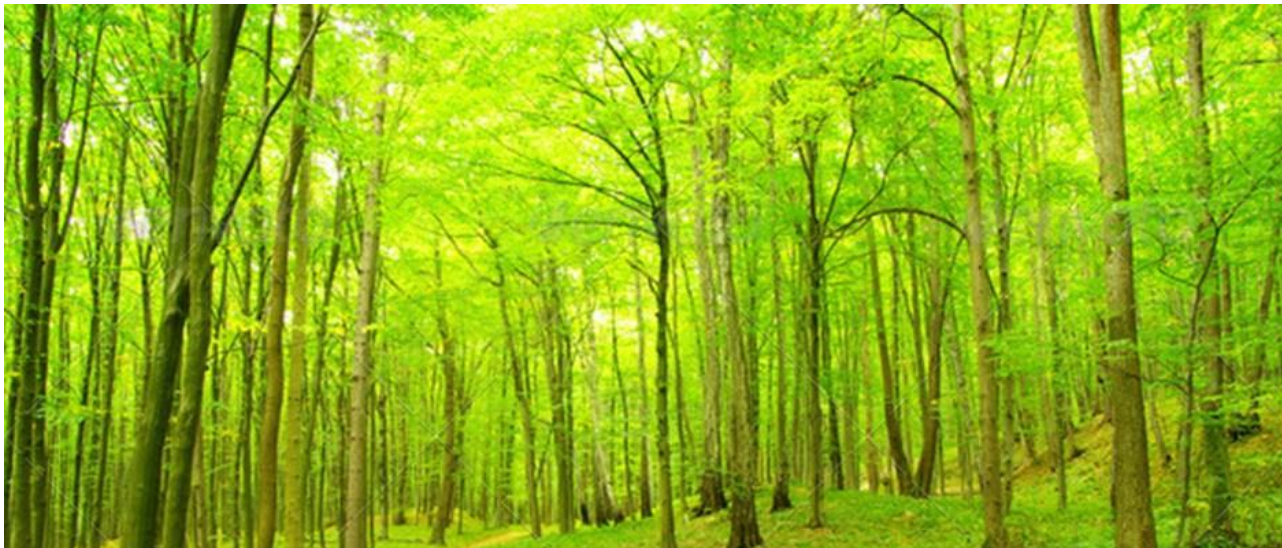


En anden, mulig variant i det gængse forløb er, at patienter henvender sig uden forudgående visitation - "selvhenvendere". Der er sædvanligvis ophængt skilte, der informerer om, at såfremt man ankommer uden forudgående henvendelse skal man benytte en telefon i akutmodtagelsen til at henvende sig til egen læge eller vagtlæge.



Episode XI

Syntese - fra kaos til kosmos



Kunsten at se skoven for bare træer - the process of spatialization

I dette stadie af designprojektet befinder vi os der, hvor vi har indsamlet en næsten uoverskuelig, forholdsvis ustruktureret, mængde af kvalitative data.

Den brugerinvolverende, forskningsorienterede proces har resulteret i en enorm mængde data, der bør kunne fortælle os noget om det problem, vi er ved at undersøge "oplevelsen af at vente i en akutmodtagelse".

Dels er der indsamlet data via observationsstudier og interviews med personale i akutmodtagelserne resulterende lange beskrivelser af akutmodtagelsens indretning, patientens vej gennem akutmodtagelsen og personalets udtalelser. Data fra workshop på Aalborg Universitet, hvor medstuderende, i forhold til det "at vente" er kommet med input til en forståelse af begrebet. Beskrivelser af interviews med patienter i form af kvalitative beskrivelser af deres oplevelse af besøget på akutmodtagelsen i produkterne journey maps og transskriptioner.

Disse data findes, som følge af de forskellige dataindsamlingsmetoder, i mange forskellige formater herunder billeder, transskriberede interviews, observationsbeskrivelser og outlines fra brainstorm med de studerende.

Data skal nu anvendes til at konstruere en model, et framework, der beskriver problemet, hvilket kan gøres ved at foretage en syntese.

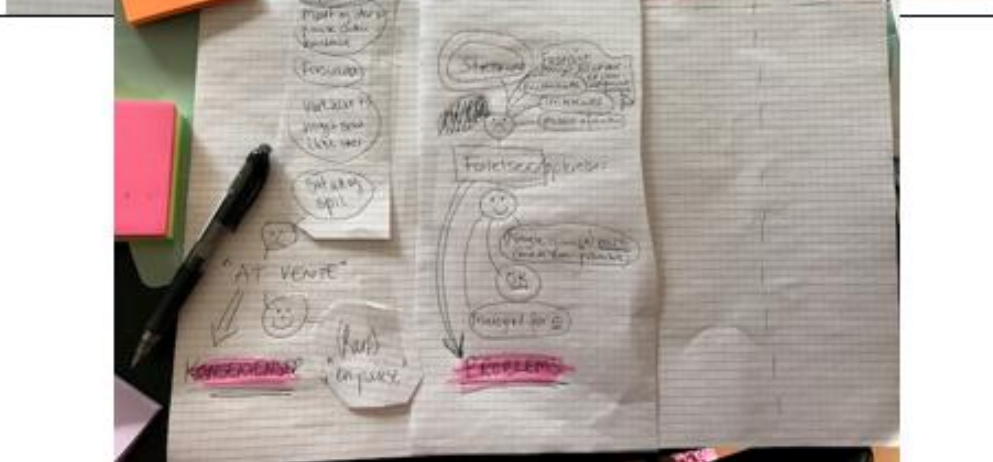
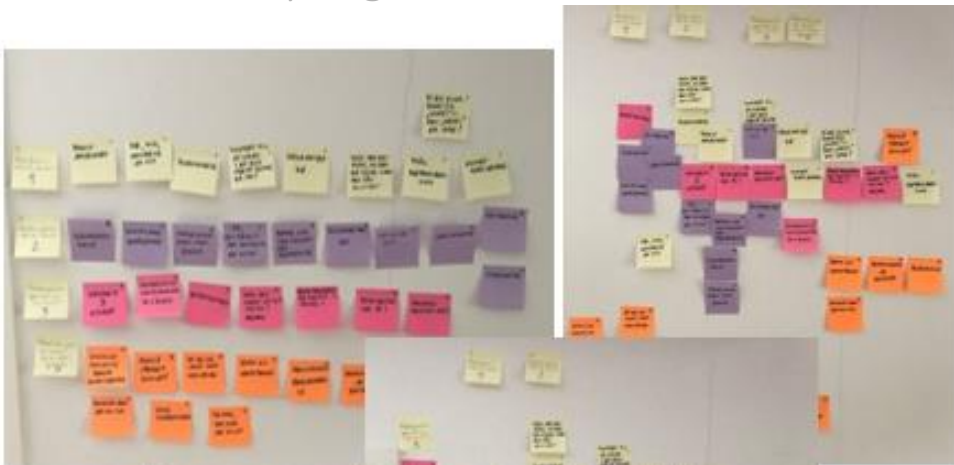
Syntesen tvinger designeren til at finde forbindelser mellem tilsyneladende usammenhængende elementer af data via en kombination af selektiv granskning og visuel organisering.

Denne proces lader sig ikke gøre på en pc, idet skærmens størrelse og de digitale begrænsninger, softwaren besidder, hæmmer mulighederne for at have et komplet overblik over data og frit kunne manipulere med og associere dele af data (36).

For at kunne se skoven for bare træer er designeren nødt til eksternalisere data, hvilket foregår ved hjælp af en proces, der kaldes spatialization.

De basale værktøjer bliver oftest en stor væg, en tusch og en stak postits (36).

Fra data til affinitydiagram



For at tage hul på syntesen og komme i gang med at etablere relationer mellem de forskellige stumper af data, producerede designteamet en række post-its i forskellige farver.

De første elementer af data, der blev anvendt, var outlines fra workshoppen på AAU.

- På gule post-its noteredes outlines fra spørgsmålet "Hvad forstår vi ved at vente?"
- På lilla post-its noteredes outlines fra spørgsmålet "Hvordan opleves det at vente?"
- På pink post-its noteredes outlines fra spørgsmålet "Hvad påvirker oplevelsen af at vente?"
- På orange post-its noteredes outlines fra spørgsmålet "Hvad kan gøre at vente til en bedre oplevelse?"

Alle outlines blev, til at starte med, placeret på væggen i horisontale linjer ud for hver af de fire spørgsmål.

Herefter blev der set bort fra de initiale spørgsmål, som de forskellige outlines var svar på, hvorefter en grundig granskning af de forskellige outlines fandt sted. Den første reframing var i gang.

Det viste sig, at det var muligt at gruppere de forskellige outlines, således at en klynge relaterede sig til hinanden, fordi de omhandlede oplevelsen af at vente, en anden handlede om emner, som fik oplevelsen af at vente til at blive dårlig, og en tredje om, hvordan oplevelsen af at vente kunne blive bedre.

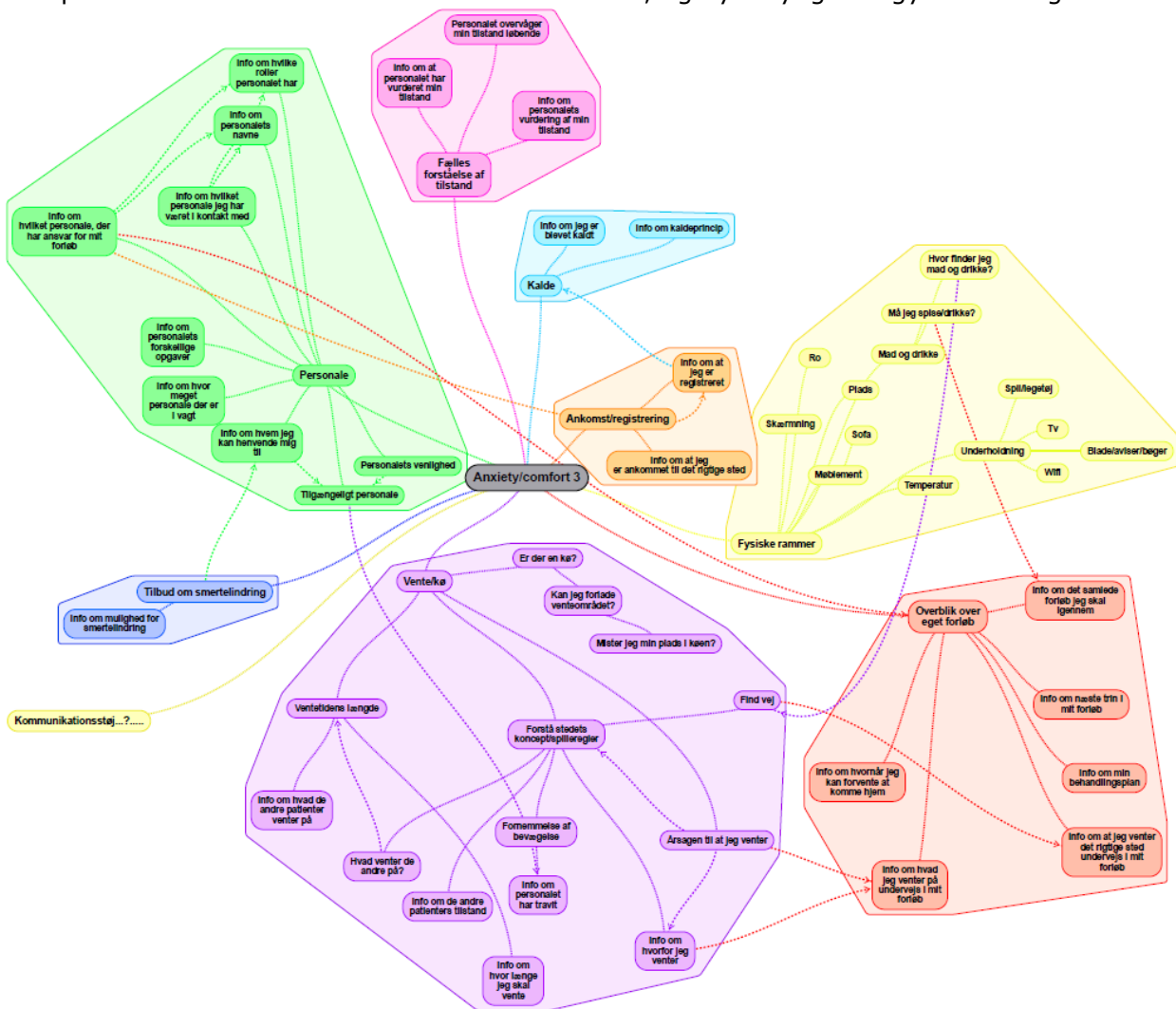
Dette blev startskuddet til en taxonomi, der kunne anvendes i den proces, hvor data fra workshoppen på AAU sammen med data fra interviews med patienter, skulle indarbejdes i et affinitydiagram.

Indledningsvist udgjordes diagrammet af outlines formuleret som udsagn, der udtrykte ønsker eller behov. Det første affinitydiagram havde en central overskrift, som hed *Anxiety vs. Comfort*, indikerende at uopfyldte behov og ønsker kunne lede til *anxiety*, mens der kunne opnås *comfort*, hvis behov eller ønsker blev opfyldt eller imødekommet.

Der blev således indledende arbejdet med to begreber, som kan siges at være modsætninger - *anxiety* (nervøsitet) og *comfort* (veltilpashed). Da nogle data var udsagn, der kunne tolkes som elementer, der medførte enten en god eller dårlig oplevelse af at vente. Da der ikke var et 1:1 forhold mellem de negative og positive elementer, var dette et godt udgangspunkt. Ikke alle negative udsagn havde et positivt modstykke, således sikredes helheden ved at bruge begge begreber. Denne tilgang minder om metoden reverse eller negativ brainstorming, hvor man bruger negative idéer til at generere idéer. Metoden benytter sig af, at det af og til er lettere at finde positive idéers negative modstykke (63).

Da data fra interviews med patienter blev tilføjet diagrammet, begyndte det at tage en anden form. Her kom mere konkrete udsagn, der bl.a. viste sig at relatere sig til de forskellige

touchpoints beskrevet under observationsstudierne, og nye klynger begyndte at tage form.



På vej mod et affinitydiagram

Affinitydiagrammets overskrift blev omdøbt til "Hvad efterspørger de ventende" - designteamet skiftede frame. Fra at have modsætningerne *anxiety* og *comfort*, blev data betragtet fra en ny vinkel (reframing), og de forskellige databeskrivelser omformuleret, så de alle kunne lede til *comfort* - en bedre oplevelse af at vente. Fx blev en udtalelse som "ingen fast aftale" (ledende til *anxiety*) omformuleret og kom til at hedde "fast aftale" (ledende til *comfort*) - idet en muligheden for at kunne få en fast aftale, blev fortolket som værende en modsætning til den manglende mulighed, og at udtalelsen kunne tolkes som et behov eller et ønske om at kunne have en fast aftale.

Designteamets reframing udmøntede sig således ved, at data initielt blev organiseret ud fra to modsatte følelser, hvorefter denne tvetydighed blev udlignet, så data i stedet kunne relatere sig til hinanden efter et nyt mønster - en anden ramme / frame (36).

Det endelige affinitydiagrams hovedemne er udsagnet: "Hvad efterspørger de ventende". Under dette emne indeholder diagrammet 7 klynger af data, som hver har fået en label: Fysiske rammer, Personale, Sygdom, Kalde, Ankomst, Forløb og Vente/kø.

Hver label er beskrevet med nogle få linjer, der forklarer klyngens indhold og deres indbyrdes relation. Hver klynge består af en række udsagn, som har udgangspunkt i det oprindelige datamateriale.

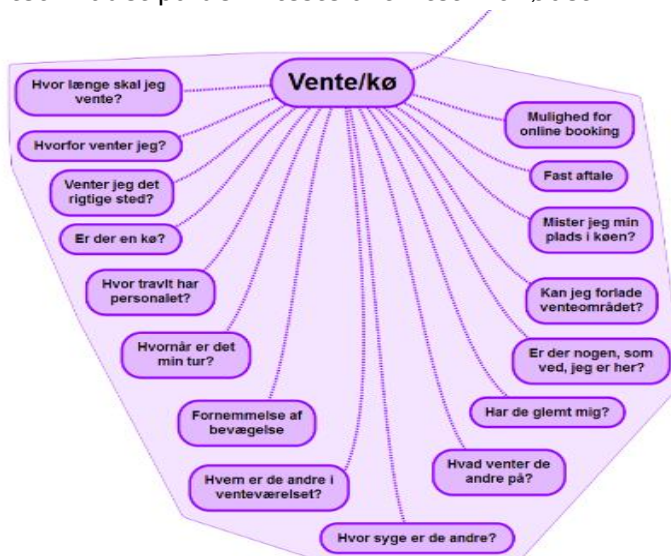
Affinitydiagrammets taxonomi som har fået en hierarkisk opbygning, ser således ud:

- Overskrift på affinitydiagram
 - Labels på klynger (parent)
 - Udsagn / dataelement i klynge (child)

Labels affinitydiagram

Vente/kø (lilla)

I denne klynge findes emner, der relaterer sig til situationen, hvor patienten venter i venteområdet på den næste aktivitet i forløbet.



Kalde (blå)

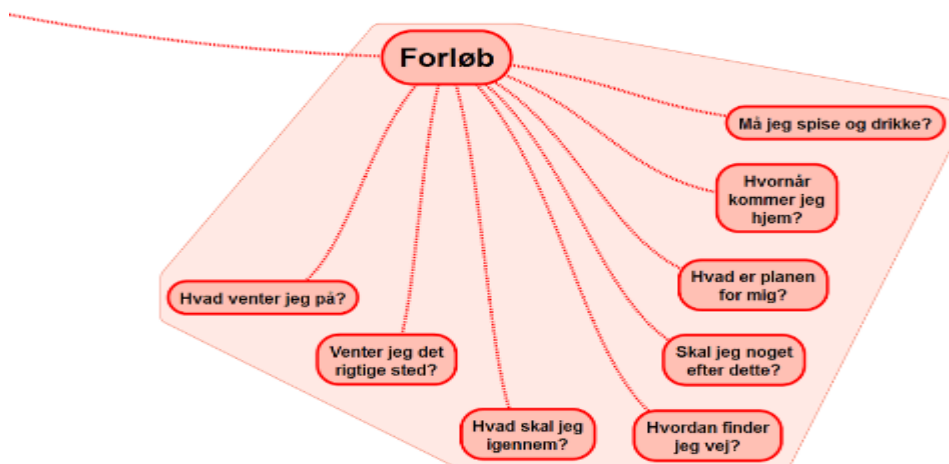
Klyngen indeholder emner, der relaterer sig til den situation, hvor patienten bliver gjort opmærksom på, at næste aktivitet i forløbet påbegyndes.



Forløb (rød)

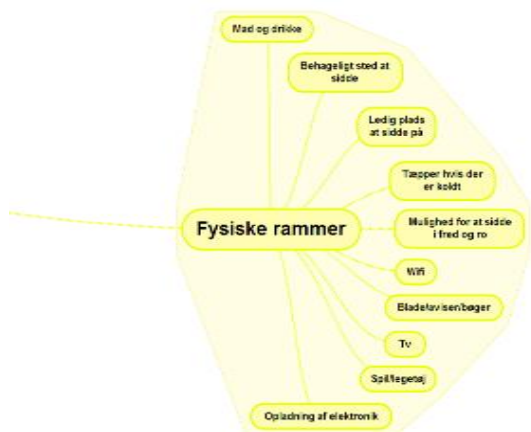
Denne klynge indeholder emner, der relaterer sig til patientens forløb.

Patientens forløb skal forstås som den række af aktiviteter, patienten skal igennem under sit besøg.



Fysiske rammer (gul)

Denne klynge indeholder de elementer, patienterne efterspørger i forhold til indretningen og udstyringen af ventearealet.



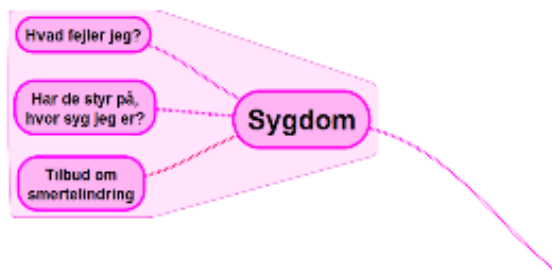
Ankomst (orange)

Denne klynge indeholder emner der omhandler patientens ankomst til akutafdelingen fra entre til venteværelse.



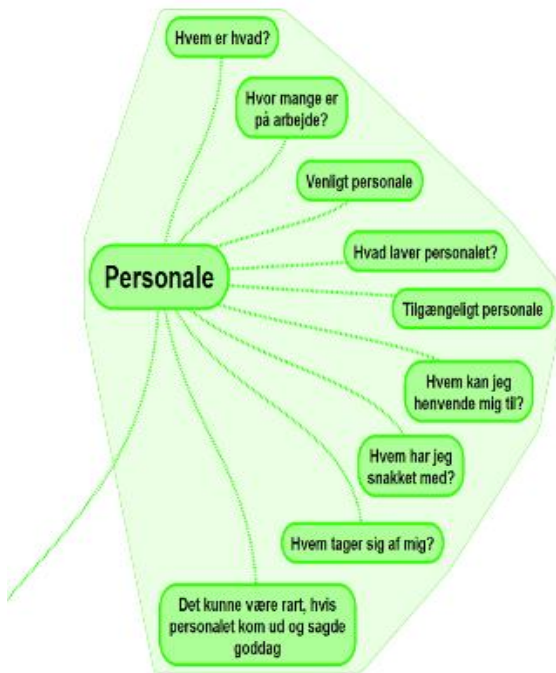
Sygdom (pink)

Denne label er overskriften til emner, der handler om patientens opfattelse af sin egen sygdomstilstand og smerter, men samtidigt et ønske om information om personalets vurdering af og stillingtagen til tilstanden.



Personale (grøn)

Denne klynge indeholder emner, der er relevante for patienten i forhold til akutafdelingens personale.



Fra affinitydiagram til concept map

Bløde hypoteser

Under udfærdigelsen af affinitydiagrammet har designteamet identificeret en taxonomi og prioriteret taxonomiens forskellige elementer, således at der findes 7 labels (parents) med hver sin klynge af underliggende elementer (children).

Det efterfølgende trin er at formulere semantiske forbindelser mellem disse parents & children - mellem en klynges label og dennes indhold.

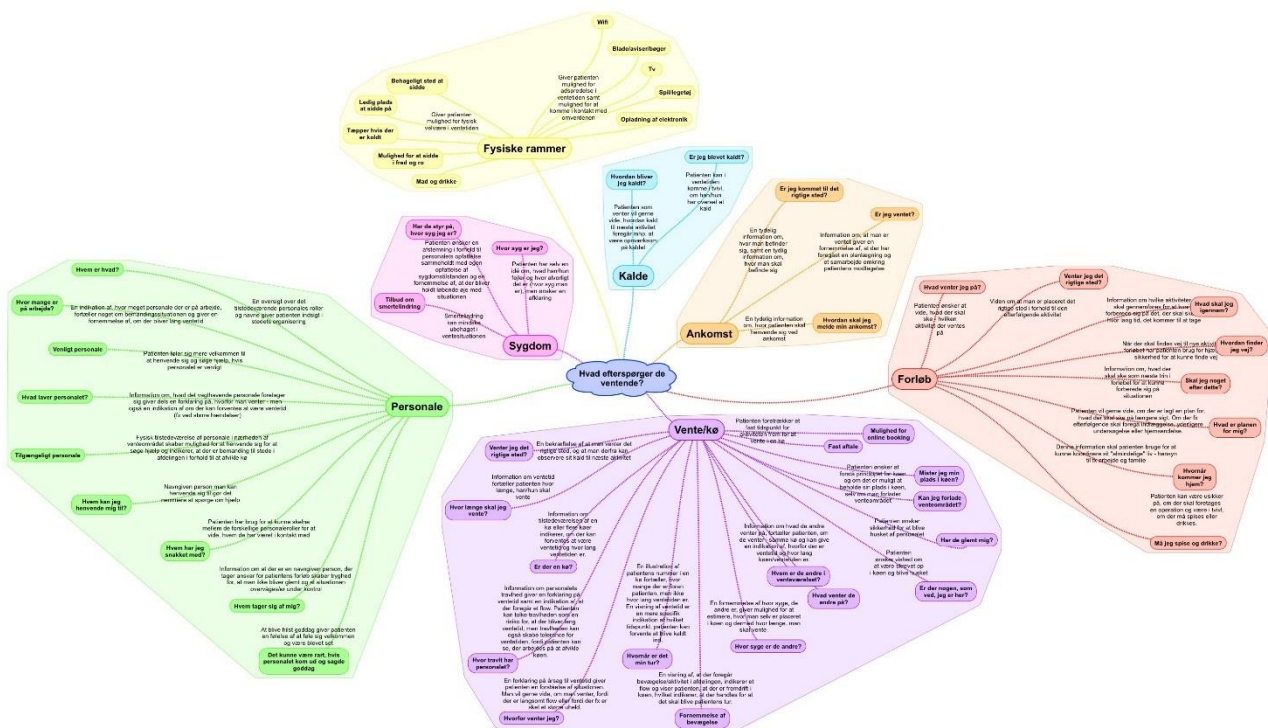
Disse semantiske forbindelser er små meningsdannende sætninger, der understreger, at der er tale om abduktiv ræsonnering (36).

Med andre ord er sætningerne bløde hypoteser, idet de udtrykker designerens forståelse af relationerne mellem de forskellige elementer af insights (9).

Et eksempel på en blød hypotese, som er placeret over relationen mellem "Vente/kø" (label) og "Hvor syge er de andre?", lyder således: "En fornemmelse af hvor syge, de andre er, giver mulighed for at estimere, hvor man selv er placeret i køen og dermed hvor længe, man skal vente."

Den bløde hypotese er designteamets fortolkning, ud fra den forståelse, der er opnået for, hvorledes disse to elementer er relaterede til hinanden.

Omformuleret til en hel sætning, der beskriver relationen fra child til parent lyder det således: Patienten som venter, har et ønske om at vide, hvor syge de andre patienter i venteværelset er, fordi denne oplysning, sammen med patientens vurdering af sin egen tilstand, kan give patienten en fornemmelse af, hvor patienten er blevet placeret i køen i forhold til de andre patienter og dermed en fornemmelse af, hvor længe ventetiden bliver”.



Affinitydiagram med bløde hypoteser

Affinitydiagrammet kan tilgås som bilag (Bilag 8)

Det gik, under formuleringen af hypoteser, op for designteamet, at der kunne arbejdes med en nogenlunde afgrænset mængde af forskellige følelser relateret til en god oplevelse af at vente.

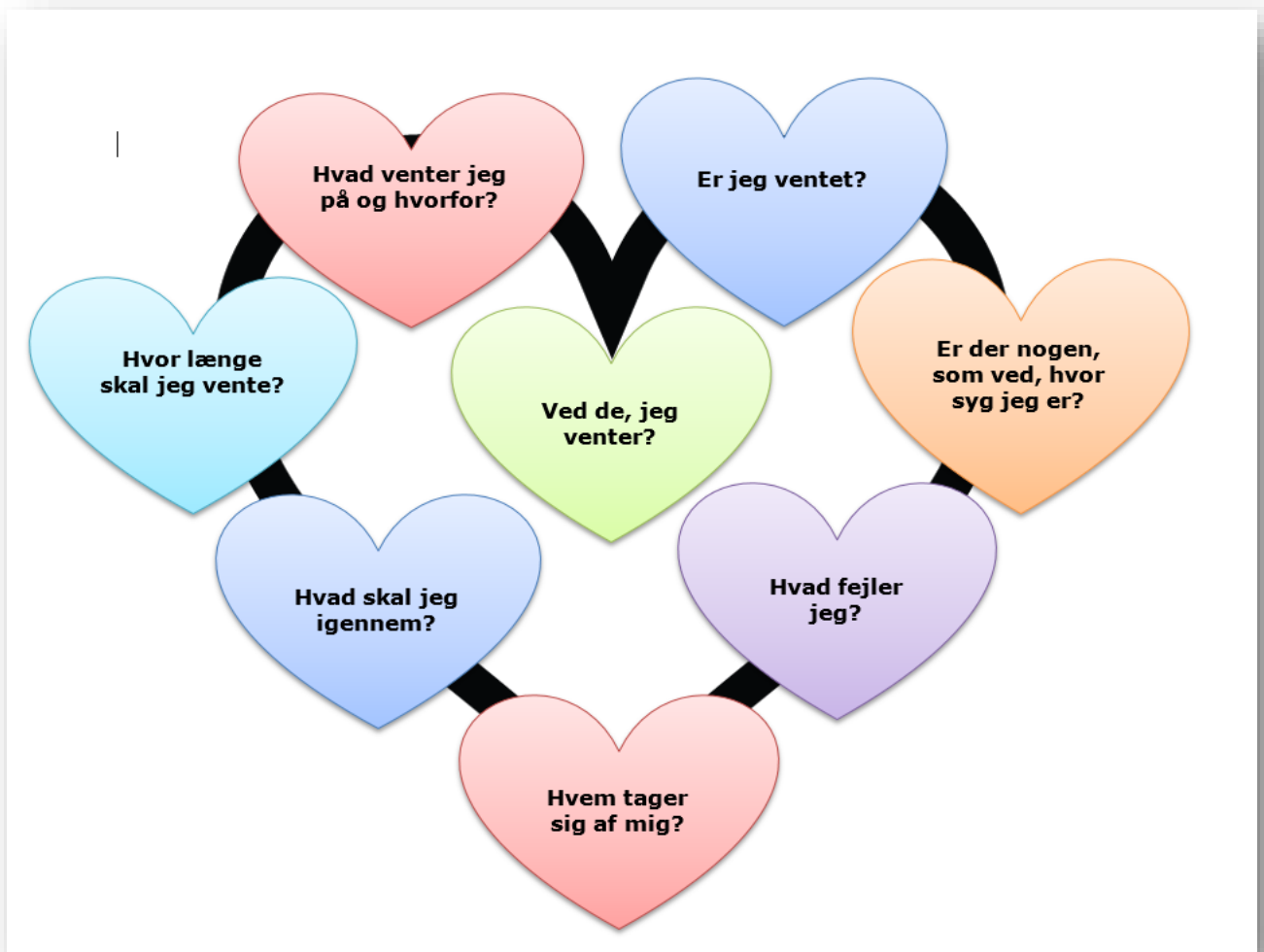
Designteamet arbejdede derudover med at identificere en gruppe behov (children), som vurderedes at have høj prioritet i forhold til oplevelsen af at vente. Prioriteringen kunne foretages, fordi flere behov havde hypoteser, som mindede om hinanden. Dog var nogle hypoteser i stand til at dække flere behov samtidigt. Fx var der et behov i affinitydiagrammet, som hed: "Er jeg ventet?" under labelen "Ankomst".

Den første hypotese lød således: "Information om, at man er ventet, giver en fornemmelse af, at der har foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse".

Efter grundigere analyse, blev teamet dog enige om, at hypotesen kunne udvides til at hedde: Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse, samt at man allerede er registreret.

Udover at give patienten et svar på spørgsmålet: "Er jeg ventet" giver samme information også svar på spørgsmålene: "Er jeg kommet til det rigtige sted?" og "Hvordan skal jeg melde min ankomst?"

De mere overordnede "children" blev skitseret i små hjerter, som alle udgjorde et stort fælles hjerte:





Egenskaberne ved de bløde hypoteser pegede på, at der var en anden relation mellem affinitydiagrammets "children" end de labels, der var sat på klyngerne. Dette gav anledning til påny at reframe og betragte data fra et nyt perspektiv.

For at afklare, hvordan denne sammenhæng kunne illustreres, måtte designteamet igen bevæge sig ud i det fysiske rum i en ny "process of spatialization".

Designteamet forsøgte i denne proces at arbejde med begrebet "oplevelse" som værende central og identificere hvilke følelser, der var forbundet med oplevelsen af at vente. I forlængelse heraf blev det relevant at arbejde med nye artefakter i form af billeder, idet billeder, på samme måde som situation cards, frem for postits med tekst, er mere velegnede til at udtrykke oplevelser og følelser, uden at beskrivelsen bliver for snæver. Et billede er mere åbent for fortolkning end sproglige beskrivelse. Ét billede kan fremprovokere forskellige emotionelle reaktioner (28).

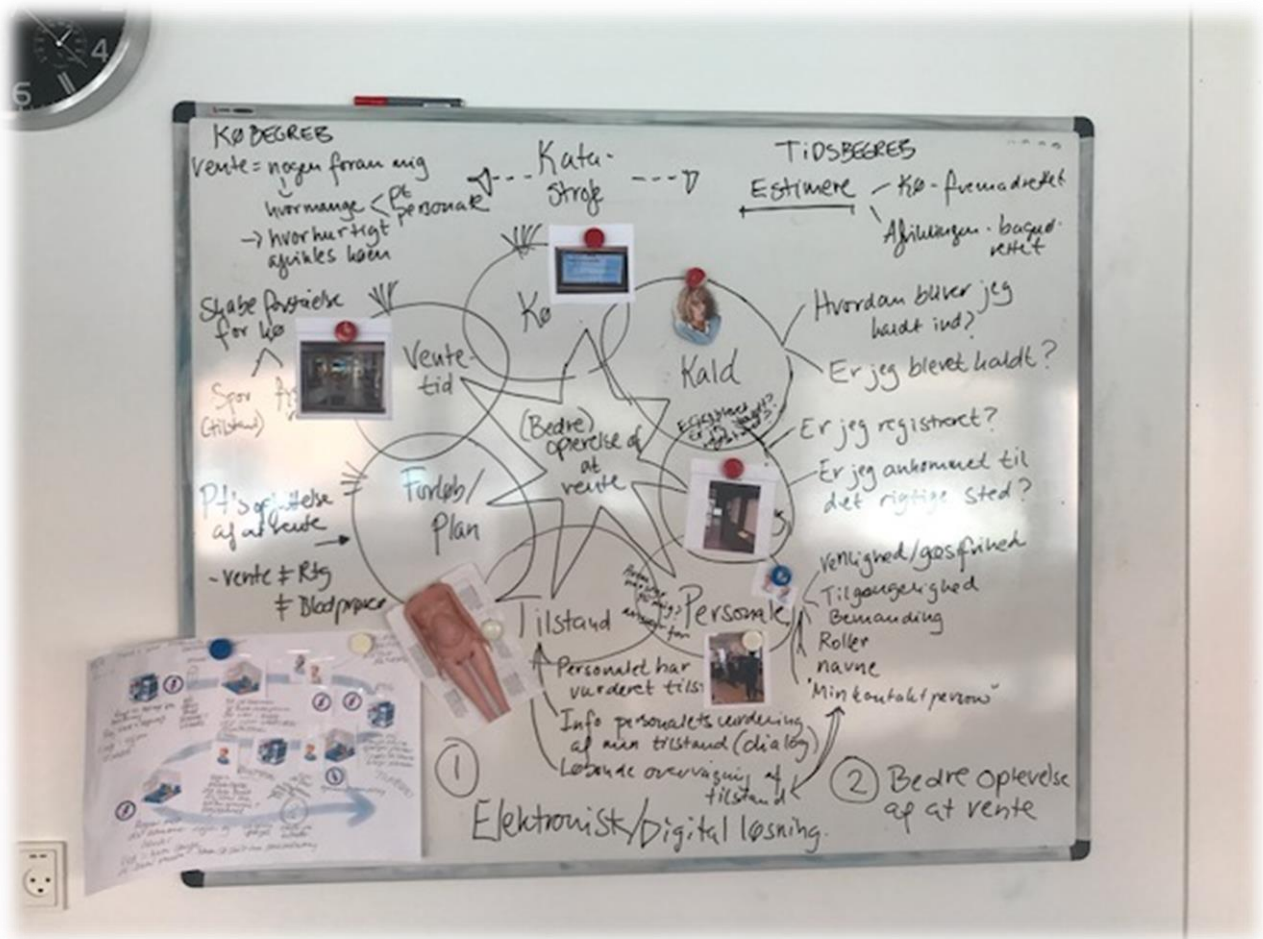
Teamet lagde ud med at finde billeder, som skulle illustrere de forskellige labels, som vist på figuren herunder, hvor fx klyngen omhandlende "Vente/kø" er beskrevet med et billede af et venteværelse.

Idéen var her at bryde den ramme, som tidligere var sat for modellen og forsøge at se et nyt mønster i data.



Det blev hurtigt nødvendigt for teamet at beskrive klyngerne med nogle flere nye ord og sætte dem sammen i en anden sammenhæng samt give plads til nogle dimensioner, som ikke kunne sættes ind i affinitydiagrammets struktur.

Her blev anvendt et whiteboard, hvor det var muligt både at sætte billeder fast med magneter samt beskrive nye klynger og nye ord:



Konturerne af en ny dimension begyndte at tage form.

Der tegnede sig et billede af, at nogle af hypoteserne handlede om at fremprovokere nogle bestemte følelser hos de ventende.

Denne erkendelse nåede teamet frem ved dels ved at lege med associationer fra "gode oplevelser af at vente", hvor udgangspunktet var billeder fra helt andre situationer, som kunne give associationer til gode kundeoplevelser. Der blev fx brugt et billede af en portier, der byder velkommen foran et flot hotel, et billede af en rød dørmåtte med teksten "welcome", et billede af et kort fra Djurs sommerland.

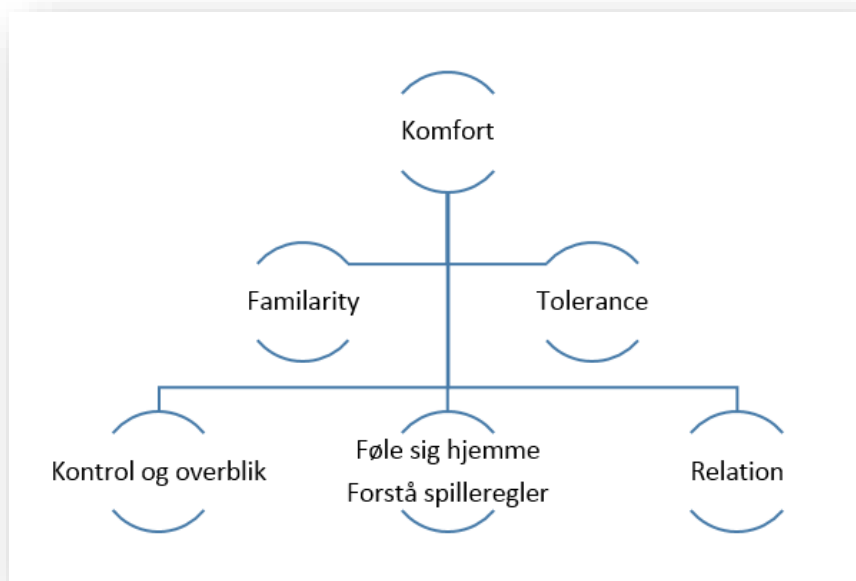


Teamet identificerede efterhånden en mindre palet af følelser forbundet med en god oplevelse af at vente - og alle med relation til de hypoteser, der var formuleret på affinitydiagrammet.



Tilsammen kunne de bløde hypoteser fra affinitydiagrammet relateres til følelserne: Kontrol, overblik, at føle sig hjemme, forstå spilleregler, tolerance og relation. Designteamet fortsatte med at flytte rundt på disse elementer, som var noteret på labels under arbejdet med den nye frame på whiteboardet.

Dette resulterede i et hierarki af begreber/følelser, som var dækkende for affinitydiagrammets hypoteser:



Nederst i hierarkiet er placeret de begreber/følelser, som kan lede til de mere overordnede følelser.

En følelse af kontrol/overblik: Beskrives som en følelse af at kunne overskue situationen, have overblik over situationen og kunne styre situationen.

En følelse af at forstå spillereglerne/føle sig hjemme: Beskrives som en følelse af at kende stedets organisering, de regler, der gælder på stedet og de mennesker, der er i omgivelserne.

Relation: En følelse af at kunne relatere sig til omgivelserne og indgå i et samarbejde.

Alle tre begreber/følelser kunne hver især eller tilsammen lede til begreberne/følelserne:

Tolerance, der er designteamet defineres som: En følelse af at kunne rumme sine omgivelser, mens den kendte definition er: At tåle andres tanker og meninger, selv om man er uenig.

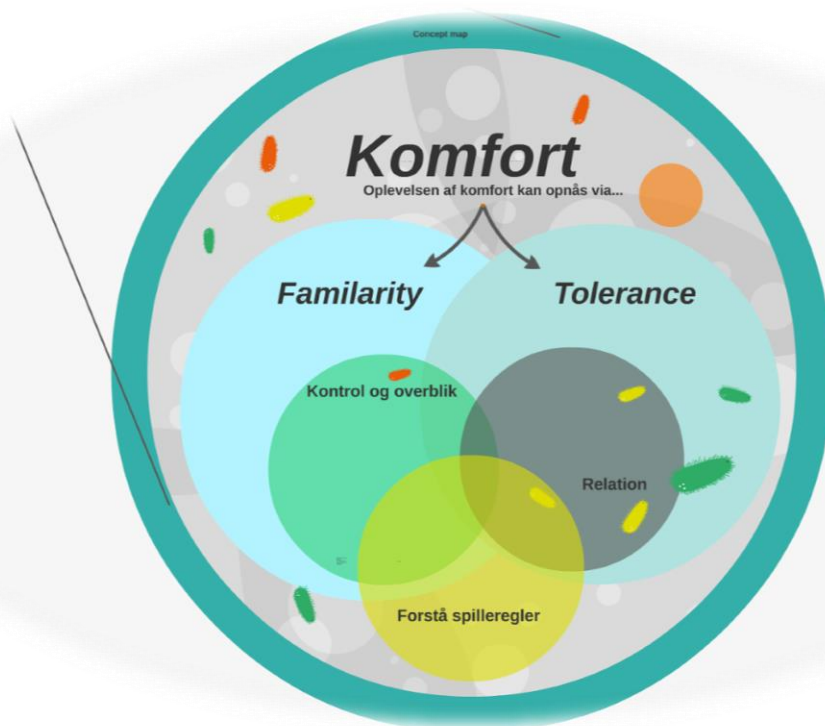
Familiarity, som designteamet definerer som: At føle sig i kendte og trygge rammer og hænder. *Familiaritys* gængse definition er: En tilstand hvor man har personlig kendskab til nogen eller noget.

Som igen tilsammen eller hver for sig kan føre til en følelse af *komfort* defineres af designteamet som: En tilstand hvor man føler sig veltilpas. Den traditionelle definition af komfort lyder således: En følelse af bekvemmelighed.

Designteamet fastslog at komfort kan opfattes, som en samlet betegnelse for følelserne i hierarkiet og som et overordnet begreb, der leder til en god/bedre oplevelse af at vente.

Oplevelsen af *komfort* kan opnås via de to begreber/følelser: *Tolerance* og *familiarity*.

Teamet erfarede, at hierarkiet ikke var en optimal model med henblik på at forstå sammenhængen mellem begreberne/følelserne. De forskellige begreber/følelser skulle ikke blot placeres i et hierarki, men der var også behov for at illustrere, at de overlappede hinanden, og delte en relation udover en rangordning. Til dette formål fandt designteamet Venn diagrammet anvendeligt, idet det giver mulighed for at vise, hvordan begreber relaterer til hinanden i mange dimensioner.



Venn diagram illustrerer relationer mellem følelser/begreber

De identificerede begreber blev illustreret ved hjælp af et Venn diagram i værktøjet Prezi.

Det altomfavnende begreb, *komfort*, er i Venn diagrammet tegnet som en mængde, der indeholder der omslutter de andre begreber fra hierarkiet.

Således er *familiarity* illustreret som en delmængde af komfort, som igen har en fællesmængde med *tolerance*, illustrerende at *familiarity* og *tolerance* overlapper hinanden, idet det gav mening for teamet, at en følelse af *at kunne rumme sine omgivelser* delvist hænger sammen med en følelse af *at føle sig i kendte og trygge rammer og hænder*.

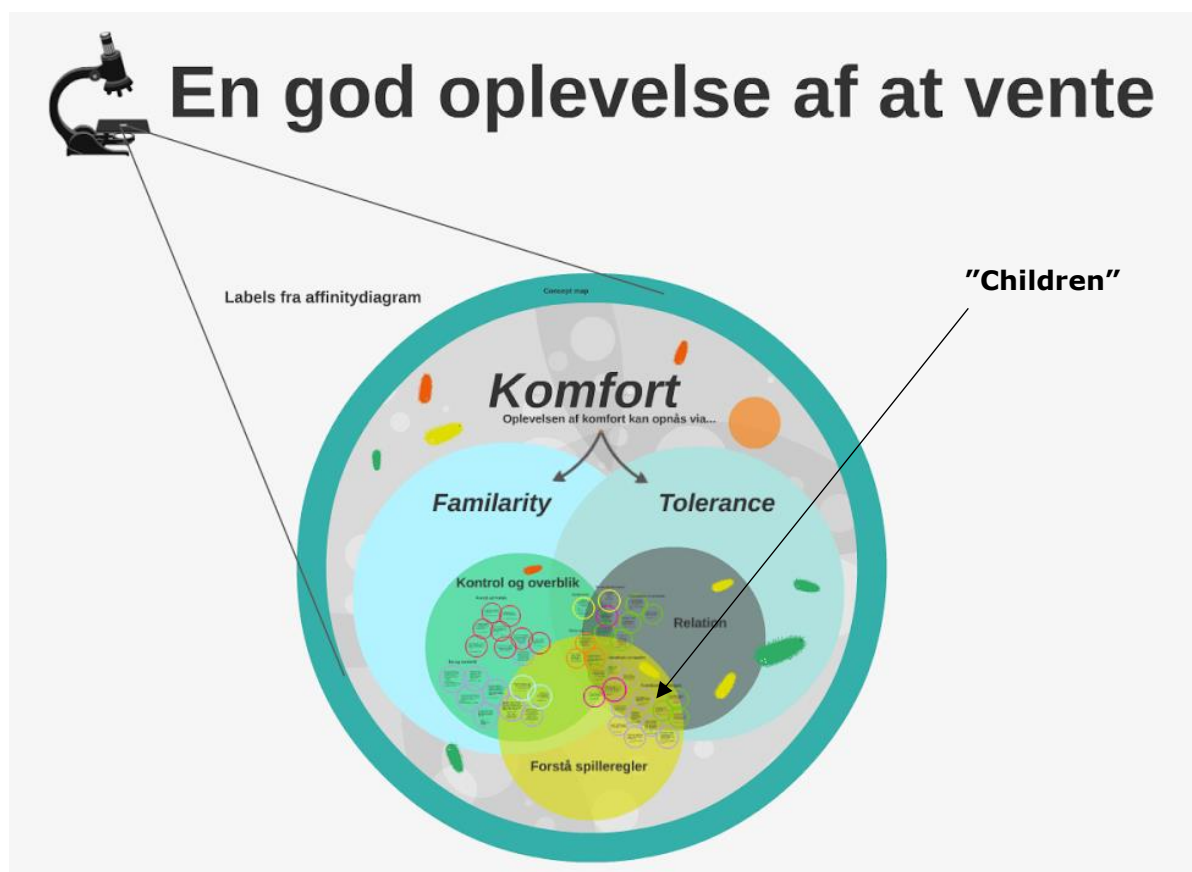
Følelsen af *kontrol og overblik* er placeret, således at den har den største mængde tilfælles med *familiarity* og en mindre mængde tilfælles med *tolerance*. Dette illustrerer designernes forståelse af sammenhængen, nemlig at, det, *at kunne overskue situationen, have overblik over situationen og kunne styre situationen*, har en stærk sammenhæng med *familiarity* (at føle sig i kendte og trygge rammer og hænder), men samtidigt en vis sammenhæng med *tolerance* (at kunne rumme sine omgivelser). Samtidigt viser Venn diagrammet, at *kontrol og*

overblik overlapper med både *relation* og at *forstå spilleregler*, illustrerende at designerne også ser en sammenhæng mellem disse.

Episode XII

Concept map / framework - En god oplevelse af at vente

Visualiseringen af den færdige model, et concept map eller framework, der beskriver oplevelsen af at vente er udarbejdet i Prezi. I modellen er affinitydiagrammets data placeret ud fra den frame, som blev udarbejdet i Venn diagrammet med følelser/begreber.



Concept map / framework

Præsentationen indeholder således samtlige data fra affinitydiagrammet, illustreret i et framework, der følger og beskriver designerens forståelse af sammenhængene, illustrerende en forståelse af problemet ud fra brugernes udtrykte behov og ønsker.

Affinitydiagrammets elementer (children) er, i frameworket, illustreret som små ringe i forskellige farver, som er placeret i forhold til deres indbyrdes relationer og samtidigt i forhold til deres relation til de overordnede begreber/følelser.

Farverne på hvert element (child) fortæller, hvilken label/klynge, de tilhørte i affinitydiagrammet. Således at farven lilla betyder Vente/kø, blå betyder Kalde, rød betyder Forløb, gul betyder Fysiske rammer, orange betyder Ankomst, pink betyder Sygdom og grøn betyder Personale.

Et child/element (de små farvede cirkler) i frameworket er illustreret med følgende relationer, svarende til den endelige taxonomi:

- Alle har relation til det omsluttende begreb, komfort
- Relation til en eller flere overliggende begreber (familiarity / tolerance)
- Relation til en eller flere underliggende begreber (Kontrol/overblik, Relation, Forstå spilleregler)
- Relation til sin oprindelige label i affinitydiagrammet (via farverne lilla, blå, rød, gul, orange, pink og grøn)
- Relation til andre children i frameworket - overlap af de små cirkler
- Relation til en klynge af children - overlappende children arrangeret i klynger i frameworket

Den sidste reframing af konceptet resulterede i, at de oprindelige klynger fra affinitydiagrammet blev reorganiserede, således at der dannedes nye klynger bestående af en blanding af children fra affinitydiagrammet.

Disse klynger repræsenterer den sidste bullet i listen over relationer for et child ovenfor (Relation til en klynge af children - overlappende children arrangeret i klynger i frameworket).

8 nye klynger i frameworket

Frameworket indeholder således 8 nye klynger, som kan beskrives med labels i forhold til deres indhold og indbyrdes relation.

De 8 nye klynger repræsenterer en forståelse for, hvordan man, på forskellig vis, kan imødekomme patienternes behov og ønsker. Deres placering i frameworket fortæller, hvorledes de hænger sammen med resten af frameworket.

Kø og ventetid

En fornemmelse af, hvor længe man skal vente kan tilvejebringes på flere måder.

Ventetiden kan oplyses som et tidsrum, enten præcist eller estimeret.

Fornemmelsen kan dog også tilvejebringes ved en synliggørelse af en kø, en placering i denne kø og en fornemmelse af den hastighed, hvormed køen afvikles.

En visning af patientens plads i køen fortæller yderligere, at patienten er registreret som ventende og hvilken status, patienten har i forhold til at være kaldt / ikke kaldt til undersøgelse.

Forstå sit forløb

En forståelse for, hvad der foregår, i den kæde af aktiviteter, der skal gennemføres, giver patienten mulighed for at holde sig orienteret undervejs.

En forståelse af forløbet gør det muligt at forberede sig på, hvad der skal ske samt at planlægge og disponere i den aktuelle situation.

Samarbejde om sygdom

En oplevelse af at føle sig inddraget i et samarbejde om sin sygdom, giver en oplevelse af, at der bliver taget hånd om det problem, man henvender sig med.

Præsentation af personale

Kendskab til hvilket personale, der er på arbejde i akutmodtagelsen og hvad de foretager sig, giver indsigt i organisatoriske samt kapacitetsmæssige forhold og en fornemmelse af at blive mødt og set.

Forstå prioritering

En forståelse for prioritering handler dels om at forstå, at der kan være andre, som er mere syge end én selv og at personalet forsøger at behandle de mest syge først.

En forudsætning for at forstå prioriteringen er, at man har en opfattelse af sin egen tilstand, som er afstemt med personalets vurdering.

At være ventet

Information om at være ventet, indikerer, at patienten har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse, samt at patienten allerede er registreret.

Basale fysiske behov

Opfyldelse af basale fysiske behov omfatter adgang til mad, drikke, toiletter, tempererede omgivelser og mulighed for ro, hvile og smertefrihed.

Adspredelse

Omfatter muligheden for at kunne rette sin opmærksomhed på noget meningsfuldt.

Disse labels og deres beskrivelser bygger på en fælles forståelse af problemet, idet de er fremkommet via en syntese af det samlede datamateriale, som er indsamlet i en iterativ proces, hvor problemet / objektet løbende er blevet bearbejdet i et samarbejde mellem designere og brugere. Frameworket udtrykker samtidigt en grundlæggende forståelse for brugernes behov og for hvad, der kan forbedre oplevelsen af at vente i akutmodtagelsen.

Frameworket udtrykket med andre ord problemets dimensioner (9).

Hvordan læser man frameworket?

Hvis man zoomer ind til de mindste elementer(children), i frameworket, udgør disse patienternes udsagn, formuleret som ønsker og behov, og tilhørende bløde hypoteser fra affinitydiagrammet. Farven på disse elementer, fortæller, hvilken klynge, de stammer fra i affinitydiagrammet.



Ovenstående element har farven orange, fordi det stammer fra klyngen "Ankomst" i affinitydiagrammet.

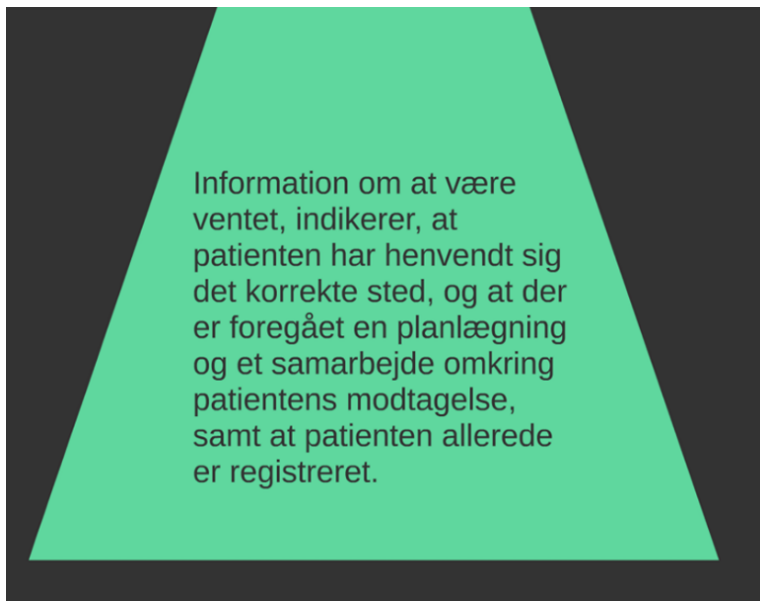
Oversigt over labels fra affinitydiagram og deres farver:



Elementet er placeret i en klynge, som i frameworket, har fået labelen: "At være ventet", illustrerende, at elementer i denne klynge har en relation.



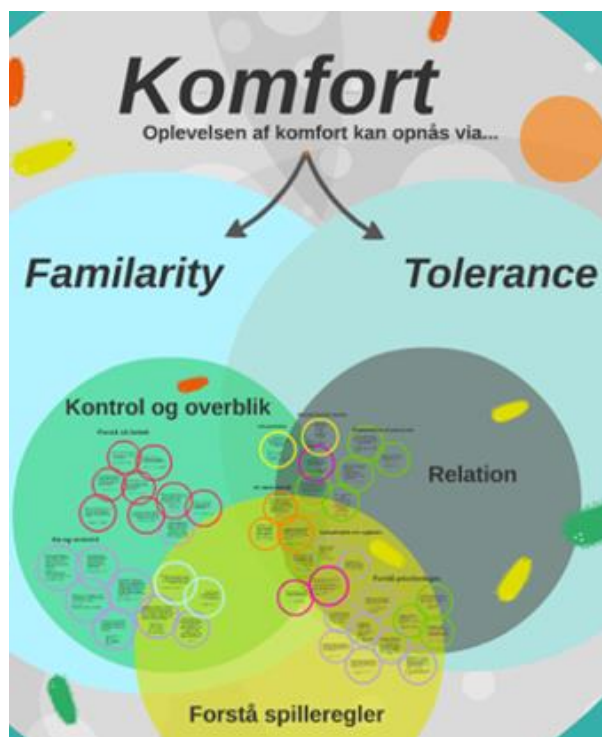
Relationen er beskrevet med labelen og desuden med en blød hypotese, som man finder ved at zoome ind i labelen:



Elementet er, udover relationen til klyngen og andre elementer i frameworket, også placeret i forhold til den relation, det har til de overordnede begreber, som igen er hierarkisk opdelt.

Således er dette element placeret lige midt i overlappene mellem de tre underliggende begreber: "Relation", "Kontrol og overblik" og "Forstå spilleregler", hvorfor det også er placeret i både "Tolerance" og "Familiarity".

Alle elementer er placeret i det omsluttende begreb "Komfort" illustrerende, at de alle er faktorer, som medvirker til at skabe en oplevelse af komfort i den situation, hvor man venter i en akutmodtagelse.



På de efterfølgende sider er der billeder af Prezi præsentationen. Dog har 2D visningen ikke den samme effekt.

Det skal kraftigt anbefales, at frameworket afspilles i Prezi, da det giver den bedste fornemmelse af de lag, der findes.

Se præsentationen her - oplev spatialization - og spring de næste 127 sider over:

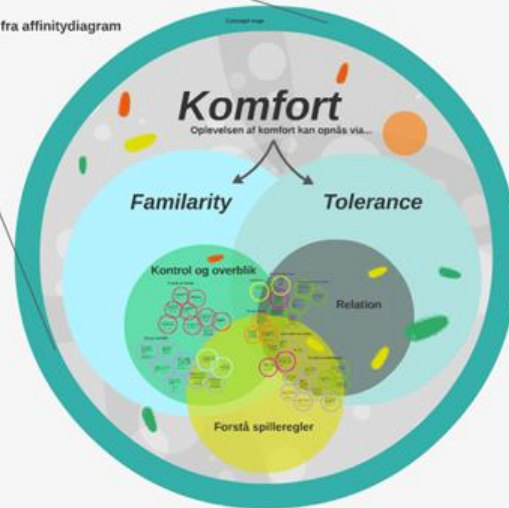
http://prezi.com/ix_ron2sy5je/?utm_campaign=share&utm_medium=copy

Framework (bør opleves i Prezi)



En god oplevelse af at vente

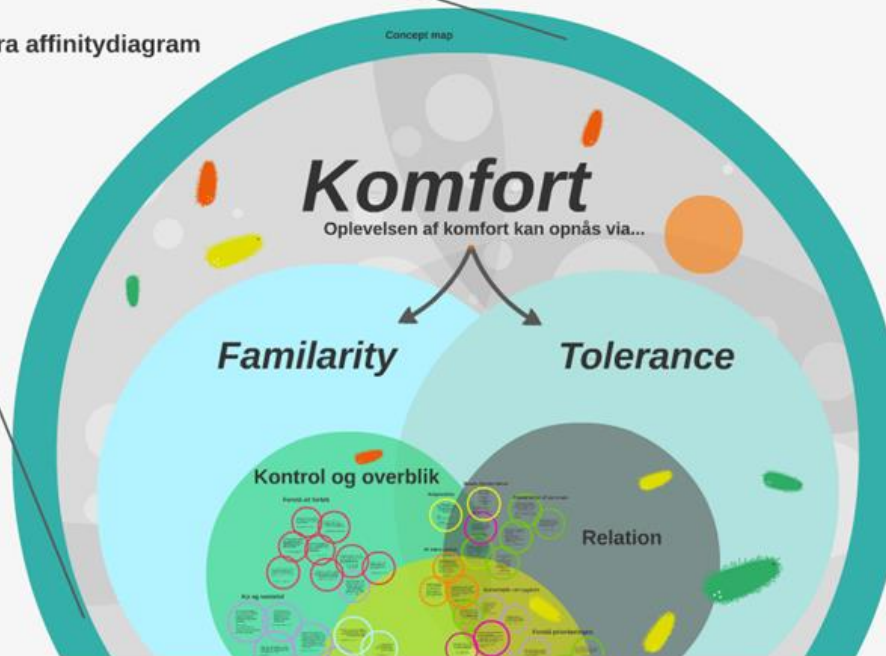
Labels fra affinitydiagram





En god oplevelse af at vent

Labels fra affinitydiagram



Labels fra affinitydiagram



Vente/kø

I denne klynge findes emner, der relaterer sig til situationen, hvor patienten venter i venteområdet på den næste aktivitet i forløbet.

Kalde

Klyngen indeholder emner, der relaterer sig til den situation, hvor patienten bliver gjort opmærksom på, at næste aktivitet i forløbet påbegyndes.

Forløb

Denne klynge indeholder emner, der relaterer sig til patientens forløb. Patientens forløb skal forstås som den række af aktiviteter, patienten skal igennem under sit besøg.

Fysiske rammer

Denne klynge indeholder de elementer, patienterne efterspørger i forhold til indretningen og udstyringen af ventearealet.

Ankomst

Denne klynge indeholder emner der omhandler patientens ankomst til akutafdelingen fra entré til venteværelse.

Sygdom

Denne label er overskriften til emner, der handler om patientens opfattelse af sin egen sygdomstilstand og smerter, men samtidig et ønske om information om personalets vurdering af og stillingtagen til tilstanden.

Personale

Denne klynge indeholder emner, der er relevante for patienten i forhold til akutafdelingens personale.

Vente/kø

I denne klynge findes emner, der relaterer sig til situationen, hvor patienten venter i venteområdet på den næste aktivitet i forløbet.

K

Klyngen i relaterer patienten at næste påbegynd

Kalde

Klyngen indeholder emner, der relaterer sig til den situation, hvor patienten bliver gjort opmærksom på, at næste aktivitet i forløbet påbegyndes.

Ø

, der
ivor
ådet
rbet.

F

Denne
der re
forløb
Patien
den r
skal i

ler
hvor
som på,

Forløb

Denne klynge indeholder emner, der relaterer sig til patientens forløb.
Patientens forløb skal forstås som den række af aktiviteter, patienten skal igennem under sit besøg.

Fy
ra

Denne kl
elemente
efterspør
indretning
venteaer:

Fysiske rammer

Denne klynge indeholder de elementer, patienterne efterspørger i forhold til indretningen og udstyringen af ventearealet.

b

er emner,
ntens

ørstås som
, patienten
besøg.



Ankomst

Denne klynge indeholder emner der omhandler patientens ankomst til akutafdelingen fra entré til venteværelse.

S

Denne
der har
af sin
smerte
inform
af og s

skal igennem under sit bes

st

Sygdom

Denne label er overskriften til emner, der handler om patientens opfattelse af sin egen sygdomstilstand og smerter, men samtidigt et ønske om information om personalets vurdering af og stillingtagen til tilstanden.



riød skal forstås som aktiviteter, patienten under sit besøg.

Personale

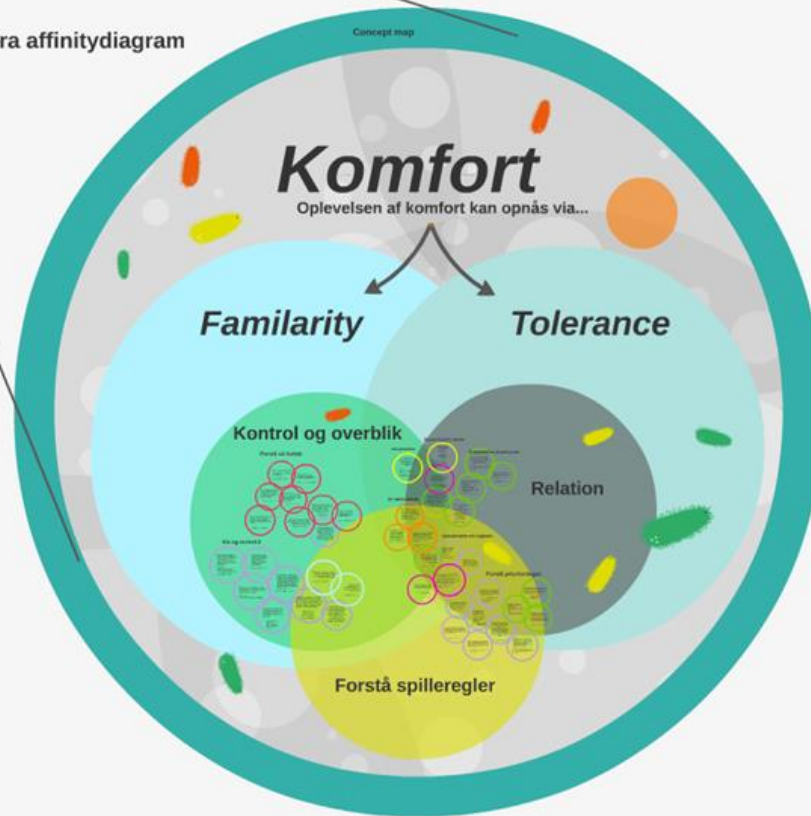
Denne klynge indeholder emner, der er relevante for patienten i forhold til akutafdelingens personale.





En god oplevelse af at vente

Labels fra affinitydiagram



Concept map



Is fra affinitydiagram

Concept map

Komfort

Oplevelsen af komfort kan opnås via...

Familiarity

Tolerance

Kontrol og overblik

Relation



ram

Concept map

Komfort

Oplevelsen af komfort kan opnås via...

Familiarity

Tolerance



Kontrol og overblik

Concept map

Komfort

Oplevelsen af komfort kan opnås via...



En tilstand hvor man føler sig veltilpas

Concept map

Komfort

Oplevelsen af komfort kan opnås via...



(En følelse af bekvemmelighed)

nitydiagram

Concept map

Komfort

Oplevelsen af komfort kan opnås via...

Familiarity

Tolerance

Kontrol og overblik

Relation



Forstå sit forløb

Adaptation



Discrete fysisk behov

Præsentation af personale



Familiarity

Kontrol og overblik

At føle sig i kendte
og trygge rammer
og hænder

Familiarity

Kontrol og overblik



Forstå sit forløb

Adspredelse

*(En tilstand hvor
man har personlig
kendskab til nogen
eller noget)*

Is fra affinitydiagram

Concept map

Komfort

Oplevelsen af komfort kan opnås via...

Familiarity

Tolerance

Kontrol og overblik

Relation



komfort kan opnås via...



Tolerance

Basale fysiske behov



Præsentation af personale



En følelse af at kunne
rumme sine omgivelser

komfort kan opnås via...

Tolerance

Basale fysiske behov

redelse

Præsentation af personale

Prezi

Relation

*(At tåle andres tanker og
meninger, selv om man er uenig)*

Komfort

Oplevelsen af komfort kan opnås via...

Familiarity

Tolerance

Kontrol og overblik

Relation

Forstå spilleregler

Forstå sit forløb

Kø og ventetid

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus

Forstå prioriteringen

Forstå sit forløb

Adaptation

At være i orden

Kompletion og sygehus



Kontrol og overblik

Forstå sit forløb

Patienten har brug for information om, hvad der skal ske som næste trin i forløbet for at kunne forberede sig på situationen

Skal jeg noget efter dette?

Din information skal patienten bruge for at kunne koordinere sit "almindelige" liv - hensyn til fx arbejde og familie

Hvornår kommer jeg hjem?

Patienten ønsker information om hvilke aktiviteter, der skal gennemføres for at kunne forberede sig på det, der skal ske og hvor lang tid, det kommer til at tage

Hvad skal jeg gennem?

Patienten vil gerne vide, hvad der skal ske på længere sigt. Om der fx efterfølgende skal foregå indlæggelse, yderligere undersøgelser eller hjemmebehandling.

Hvad er planen for mig?

Patienten ønsker viden om at være placeret det rigtige sted i forhold til den efterfølgende aktivitet

Venter jeg det rigtige sted?

Når der skal findes vej til nye aktiviteter i forløbet, har patienten brug for hjælp og sikkerhed for at kunne finde vej

Hvordan finder jeg vej?

Patienten ønsker sikkerhed for, om der må spise og drikke. En information om, at man gerne må spise og drikke giver visshed om, at man ikke skal forvente en operation eller undersøgelse, der kræver, man faste.

Patienten ønsker at vide, hvad der skal ske - hvilken

Adspredelse

Mulighed for adspredelse i ventetiden gør ventetiden mere udholdelig og giver overskud

• Wi-Fi
• Blade/avisen/bøger
• TV
• Spillebøger
• Opladning af elektronik

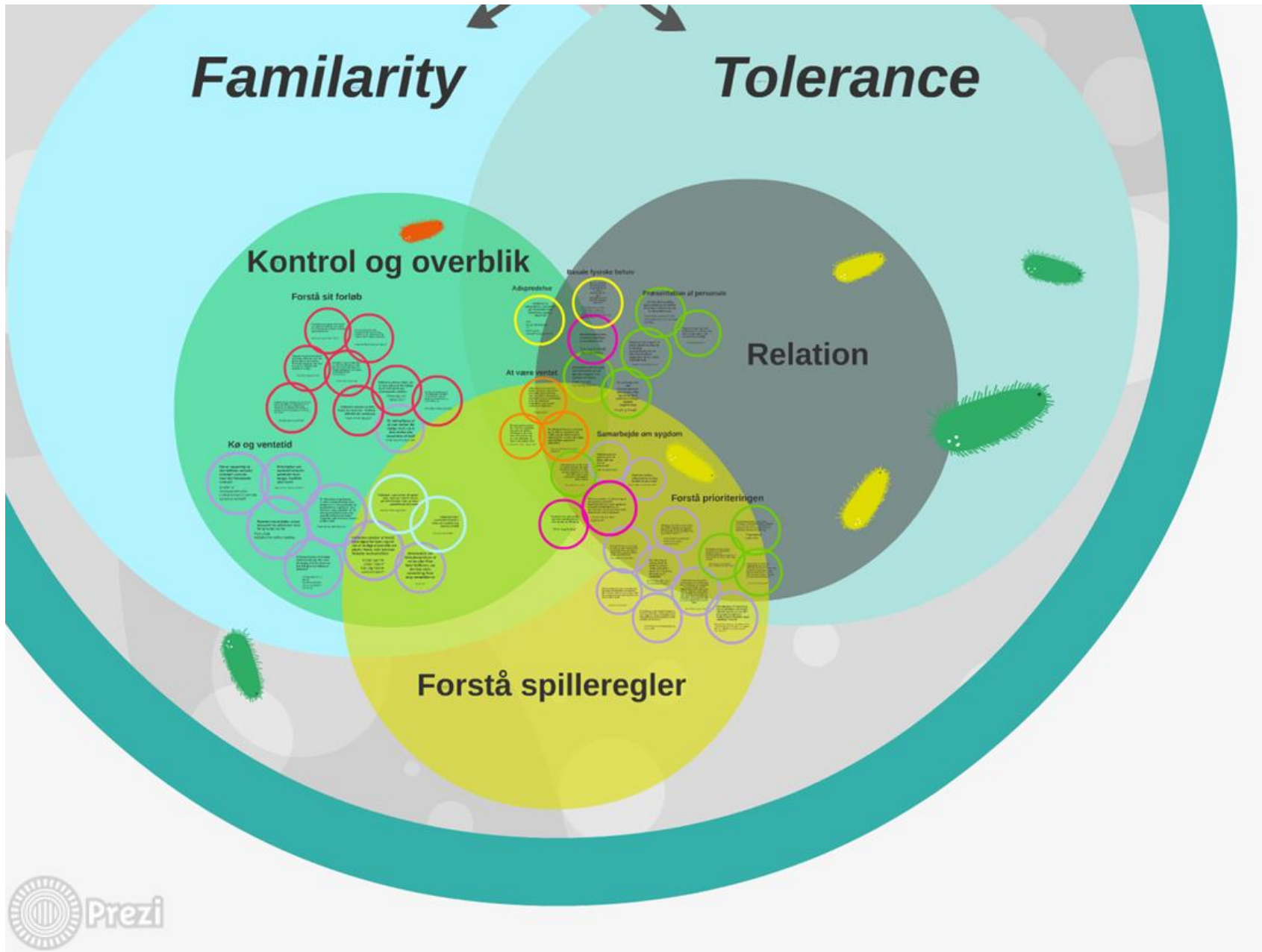
At være ventet

Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henrettet sig det korrekte sted, og at der er foretaget en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?



Beskrives som
en følelse af at
kunne overskue
situationen, have
overblik over
situationen og
kunne styre
situationen.



Præsentation af personale

At blive hilst goddag
giver patienten en følelse
af at være velkommen og
at være blevet set

Det kunne være rart, hvis
personalet kom ud og sagde
goddag

Patienten føler sig mere
velkommen til at henvende
sig og søge hjælp, hvis
personalet er venligt

Venligt personale

ten har brug for at
skelne mellem de
llige
naleroller for at
vem/hvilken
ppe, de har været
kt med

n har jeg snakket med?

er
le
er
r
t i

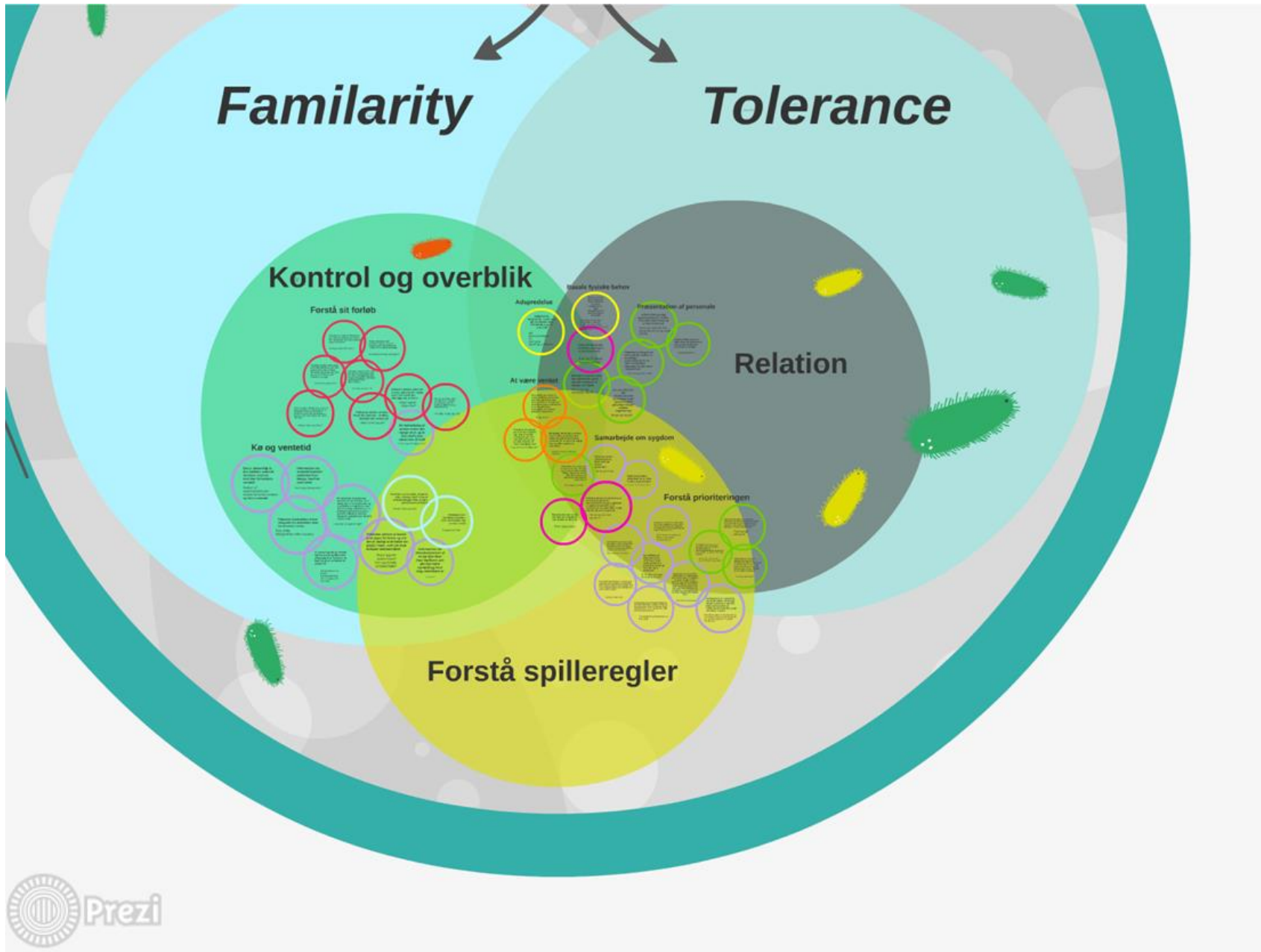
e om sygdom



Prezi

Relation

En følelse af at
kunne relatere sig til
omgivelserne og
indgå i et
samarbejde.



jeg forlade
teområdet?

...der kan være
ventetid og hvor
lang ventetiden er

Er der ka?

En forklaring på årsag til ventetid giver
patienten en fortsættelse af situationen.
Men vil gerne vide, om man venter, fordi
der er langsomt flow, eller fordi der fx er
sket et større uheld

Hvorfra venter jeg?

Er der klare principper
for afvisning af køen?

Information om personalets
 travthed giver en forklaring på
 evt. ventetid samt en indikation
 af, at der foregår et flow.
Patienten kan tolke travlhed
 som en risiko for, at der bliver
 lang ventetid, men travlhed
 kan også skabe tillid, for
 ventetiden, fordi patienten kan
 se, at der arbejdes på at afvikle
 køen

Hvor travlt har personalet?

Synlig
om de
ventes
forklari
udvikle

At forstå ka
tendens i
der har int
parabulone

En vinkning af, at der foregår bevægelse
aktivitet i afdelingen, indikerer et flow og
viser patienten, at der er fremdrift i køen,
hvilket indikerer, at der handles for at det
skal blive patientens tur

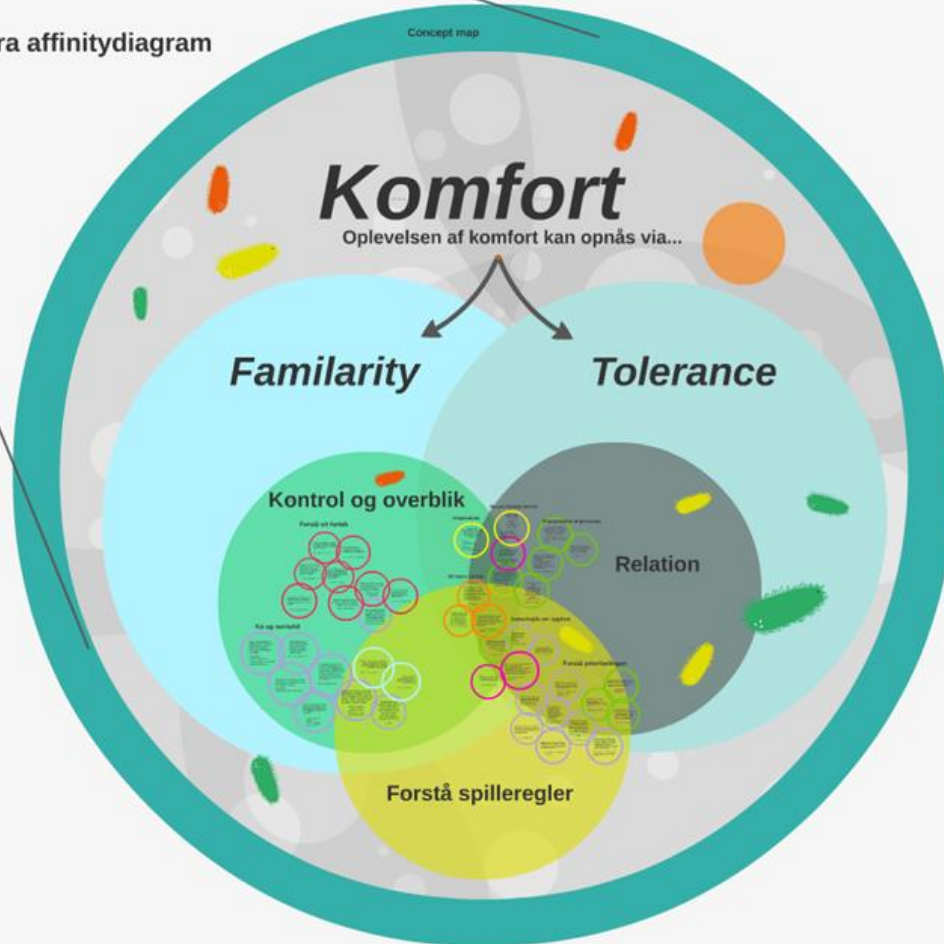
Fornemmelser af bevægelse og
fremdrift

Forstå spilleregler



Beskrives som en følelse af at kende stedets organisering, de regler, der gælder på stedet og de mennesker, der er i omgivelserne.

Labels fra affinitydiagram



Oplevelsen af komfort kan op



Familiarity

Kontrol og overblik

Forstå sit forløb



Kø og ventetid

Adspredelse



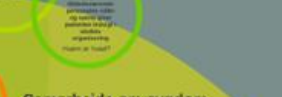
At være ventet



Basale fysiske behov



Presentation af persona



Kontrol og overblik

Forstå sit forløb



Kø og ventetid



Basale fysiske behov

Adspredelse



Præsentation af pers



At være ventet



Samarbejde om sygdom



Forstå p



Forstå sit forløb

Patienten har brug for information om, hvad der skal ske som næste trin i forløbet for at kunne forberede sig på situationen

Skal jeg noget efter dette?

Denne information skal patienten bruge for at koordinere sit "almindelige liv" - hensyn til fx arbejde



En forståelse for, hvad der foregår, i den kæde af aktiviteter, der skal gennemføres, giver patienten mulighed for at holde sig orienteret undervejs.
En forståelse af forløbet gør det muligt at forberede sig på, hvad der skal ske samt at planlægge og disponere i den aktuelle situation.

Kontrol og overblik

Forstå sit forløb

• Patienten har brug for information om, hvad der skal ske som næste trin i forløbet for at kunne forberede sig på situationen

• Denne information skal patienten bruge for at kunne koordinere sin "personlige" forberedelse af fx arbejde og familie

Hvad skal jeg gøre efter det?

Hvornår kommer jeg hjem?

• Patienten ønsker information om helbets udfaldene, der skal gennemføres for at kunne forberede sig på det, der skal ske og hvor lang tid, det kommer til at tage

• Patienten vil gerne vide, hvad der skal ske på længere sigt. De der fr efterfølgende skal trænge indlægges, yderligere undersøges eller opereres

Hvad skal jeg spore?

Hvad er planen for mig?

• Patienten ønsker viden om at være placeret det rigtige sted i forhold til den efterfølgende aktivitet

Venter jeg det rigtige sted?

• Når der skal findes mig til nye aktiviteter i forløbet, har patienten brug for hjælp og sikkerhed for at kunne finde sig

Hvordan finder jeg vej?

• Patienten ønsker sikkerhed for, om der vil spore og drille. De information om, at der gerne vil spore og drille giver sikkerhed om, at man ikke skal forvente en operation eller undersøgelse, der kræver, man holder

Må jeg spise og drikke?

• Patienten ønsker at vide, hvad der skal ske - hvilken aktivitet der ventes på

Hvad venter jeg på?

• En bekræftelse af at man venter det rigtige sted, og at man derfra kan observere sit kald

Venter jeg det rigtige sted?

Kø og ventetid

• Det er væsentligt at den faktiske ventetid stemmer overens med den forventede ventetid

• Graden af overensstemmelse mellem forventet ventetid og faktisk ventetid

• Information om ventetid fortæller patienten hvor længe, han/hun skal vente

Hvor længe skal jeg vente?

• En illustration af patientens nummer i en kø fortæller, hvor mange der er foran patienten og at patienten er registreret, men ikke hvor lang ventetiden er. En viderude af ventetid er en vane

• Patienten, som venter, vil gerne vide, hvordan kald til næste aktivitet foregår mhp. at være opmærksom på kaldet

Hvornår bliver jeg kaldt?

Adspredelse

• Mulighed for adspredelse i venterunden gør ventetiden mere ukendelig og giver overskud

• Voks
• Elbret/venterbæger
• TV
• Spil/leg
• Opdæring af elektronik

At være ventet

• Information om, at man er ventet, indikerer, at man har benyttet sig af det korrekte sted, og at det er foretaget en planlægning og et samarbejde omkring patientens medtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?

• En tydelig information om, hvor man befinder sig, samt en tydelig information om, hvor man skal befinde sig, har stor betydning, at man er det rigtige sted

Er jeg kommet til det rigtige sted?

• En tydelig information om hvor og hvortiden patienten skal møde sig ved ankomst giver sikkerhed for at være det rigtige sted og blive registreret ankommet

Hvordan skal jeg møde mit nummer?

• Information om, at der er en kømands person, der tager ansvar for patientens forløb, skaber tryk for, at man ikke bliver glemt og at situationen overses

Hvem tager sig til mig?

Samarbejde

• Patienten ønsker sikkerhed for at blive holdt øje med af personalet

Hår der gløder mig?

• Patienten ønsker en afstemning af personalets opfølgelse sammenholdt med egen opfølgelse af sygdomssituationen og en forretnings af, at der bliver holdt løbende øje med situationen

Basale fysiske behov

• Fysiske løsninger, der adresserer basale behov for fx, varme, komfort og ro, og som understøtter af overskud og glæde

• Information om at være i kø og hvor det er ventet

• Smertelindring kan mindske ubehaget i venterituationen

• Kan jeg få tilbuddet smertelindring?

• Navngiven person man kan henvende sig til, gør det nemmere at spørge om hjælp

Hvem kan jeg henvende mig til?

• En oversigt over det samlede personale og hvor patienten i stedet organiseres

Hvornår er du?



Prezi

Patienten har brug for information om, hvad der skal ske som næste trin i forløbet for at kunne forberede sig på situationen

Skal jeg noget efter dette?

Denne patient koordinations - hens

Hvor

Information
om næste
ne forberede

tte?

Denne information skal
patienten bruge for at kunne
koordinere sit "almindelige" liv
- hensyn til fx arbejde og familie

Hvornår kommer jeg hjem?



Prezi vil gerne vide, hvad

Patienten ønsker information om hvilke aktiviteter, der skal gennemføres for at kunne forberede sig på det, der skal ske og hvor lang tid, det kommer til at tage

Hvad skal jeg igennem?

Patienten
der skal
Om der
foregå i
undersø
hjemse

Hva

mation
ler skal
nne
ler skal
et

nem?

Patienten vil gerne vide, hvad der skal ske på længere sigt. Om der fx efterfølgende skal foregå indlæggelse, yderligere undersøgelse eller hjemsendelse.

Hvad er planen for mig?



Patienten ønsker sikkerhed for, om der må spises og drikkes. En information om, at man gerne må spise og drikke giver vished om, at man ikke skal forvente en operation eller undersøgelse, der kræver, man faster.

Må jeg spise og drikke?

at være plac
sted i forhold
efterfølgend

Vente
rigtig

**Patienten ønsker at vide,
hvad der skal ske - hvilken
aktivitet der ventes på**
Hvad venter jeg på?

En b
at m
rigtig
ma
obse



**Patienten ønsker viden om
at være placeret det rigtige
sted i forhold til den
efterfølgende aktivitet**

Venter jeg det
rigtige sted?

Når der
nye akti
har patie
hjælp og
kunne fi

Hvord

er at vide,
e - hvilken
ntes på



viden om
et rigtige
en
vitet

det
d?

Når der skal findes vej til
nye aktiviteter i forløbet,
har patienten brug for
hjælp og sikkerhed for at
kunne finde vej

Hvordan finder jeg vej?

ftelse af
er det



at vide,
hvilken
ntes på
på?

Hvordan

**En bekræftelse af
at man venter det
rigtige sted, og at
man derfra kan
observere sit kald**

Venter jeg det rigtige sted?



Familiarity

Tolerance

Kontrol og overblik

Forstå sit forløb



Kø og ventetid



Basale fysiske behov



Presentation af personale



Relation

At være ventet



Samarbejde om sygdom



Forstå prioriteringen



Forstå spilleregler



Patienten ønsker sikkerhed for, om der må spises og drikkes. En information om, at man gerne må spise og drikke giver vished om, at man ikke skal forvente en operation eller undersøgelse, der kræver, man faster.

Må jeg spise og drikke?

Patienter
hvad der sl
aktivit
Hvad

Kø og ventetid

Det er væsentligt at den faktiske ventetid stemmer overens med den forventede ventetid

Graden af overensstemmelse mellem forventet ventetid og faktisk ventetid

Information om ventetid fortæller patienten hvor længe, han/hun skal vente

Hvor længe skal jeg vente?

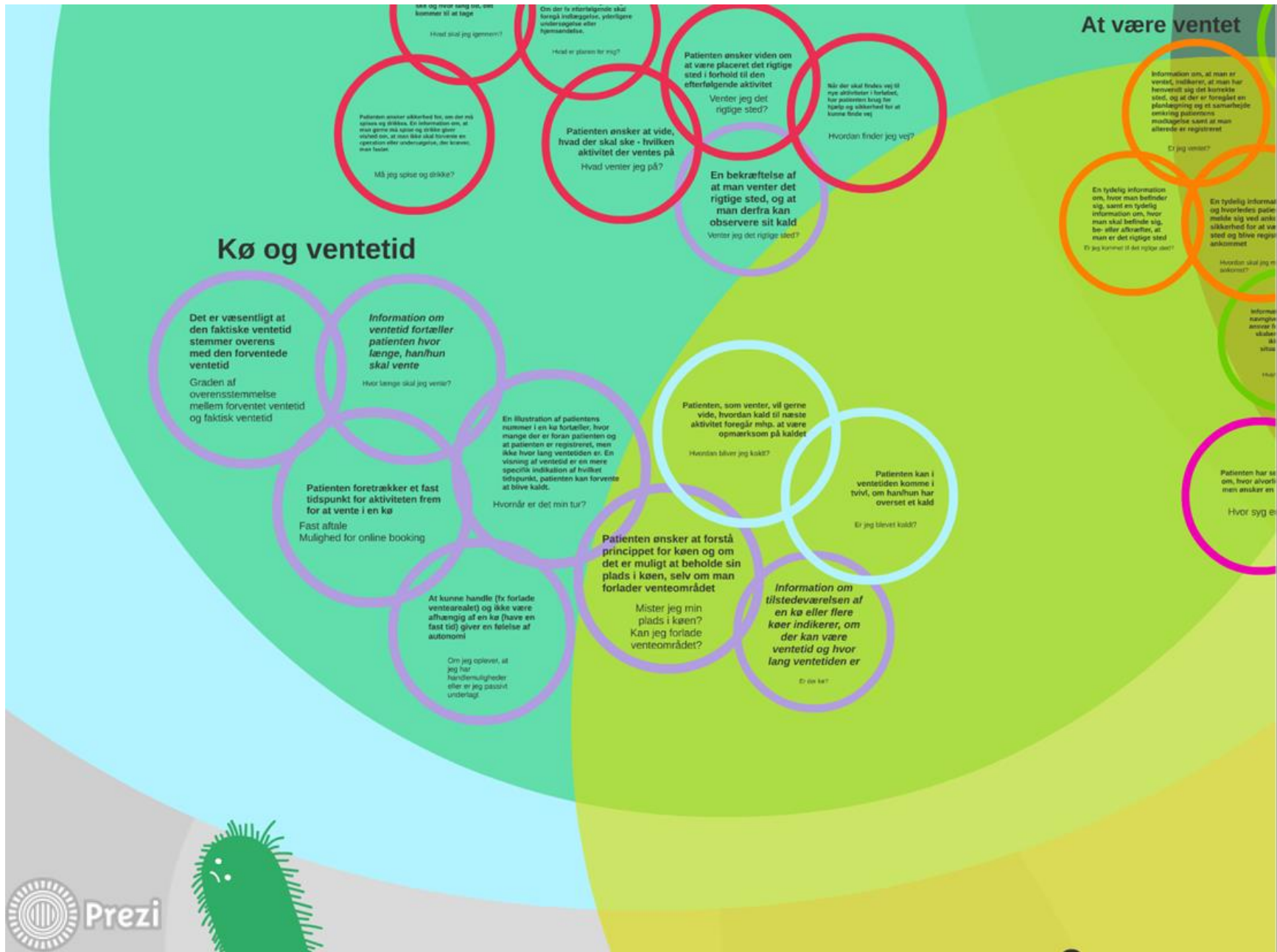
En illustration af patientens



Prezi

En fornemmelse af, hvor længe man skal vente kan tilvejebringes på flere måder. Ventetiden kan oplyses som et tidsrum, enten præcist eller estimeret. Fornemmelsen kan dog også tilvejebringes ved en synliggørelse af en kø, en placering i denne kø og en fornemmelse af den hastighed, hvormed køen afvikles.

En visning af patientens plads i køen fortæller yderligere, at patienten er registreret som ventende og hvilken status, patienten har i forhold til at være kaldt / ikke kaldt til undersøgelse.



**Det er væsentligt at
den faktiske ventetid
stemmer overens
med den forventede
ventetid**

Graden af
overensstemmelse
mellem forventet ventetid
og faktisk ventetid

*Info
ver
pat
lær
ska*

Hvor læ

at
tid

le

***Information om
ventetid fortæller
patienten hvor
længe, han/hun
skal vente***

Hvor længe skal jeg vente?

ntetid

En illustrati
nummer i e
mange der
at patienter
ikke hvor læ
visning af v



ventetid
ventetid
ventetid

**Patienten foretrækker et fast
tidspunkt for aktiviteten frem
for at vente i en kø**

Fast aftale
Mulighed for online booking

Er
nu
m
at
ikl
vis
sp
tic
at

Hvo



At kunne handle (fx f
ventearealet) og ikke

**At kunne handle (fx forlade
ventearealet) og ikke være
afhængig af en kø (have en
fast tid) giver en følelse af
autonomi**

Om jeg oplever, at
jeg har
handlemuligheder
eller er jeg passivt
underlagt

... jeg vente?

En illustration af patientens nummer i en kø fortæller, hvor mange der er foran patienten og at patienten er registreret, men ikke hvor lang ventetiden er. En visning af ventetid er en mere specifik indikation af hvilket tidspunkt, patienten kan forvente at blive kaldt.

Hvornår er det min tur?

...t fast
...n frem

...ng



Patienten ønsker princippet for kø...
det er muligt at b...

Relat

Kø og ventetid

Det er væsentligt at den faktiske ventetid stemmer overens med den forventede ventetid
Grunden til overensstemmelse mellem forventet ventetid og faktisk ventetid

Information om ventetid forlægger patienten Avur længe, håndhævet skal være
Hvordan kan det være?

Patienten forstår ikke at fast følge med i afviklingen frem for at vente i kø
Hvad kan vi gøre?

Er kunne handle de faktiske ventetider og ikke være afhængig af en kø eller en fast tids plan en del af afviklingen

Patienten ønsker at forstå princippet for køen og om det er muligt at beholde sin plads i køen, selv om man forlader ventestuen
Hvordan kan det være?

Information om tilstedeværelsen af en far eller flere børn indikerer, om der kan være ventetid og hvor lang ventetiden er
Hvordan kan det være?

Patienten, som ønsker at gøre det, hvordan kaldt det være afviklet længe eller at være sammenhængende på køen
Hvordan kan det være?

Patienten kan i ventetiden komme i køen, som faktisk har ventetid af køen
Hvordan kan det være?

En bekræftelse af at man venter det rigtige sted, og at man derfor kan observere sit kold
Hvordan kan det være?

Patienten ønsker at vide, hvad der skal være i forhold til ventetid der ventes på
Hvordan kan det være?

Patienten ønsker at vide, om det er muligt at få hjælp til at håndtere ventetiden
Hvordan kan det være?

At være ventet

Information om, at man er ventet, kan være en hjælp til at håndtere ventetiden
Hvordan kan det være?

Information om, at man er ventet, kan være en hjælp til at håndtere ventetiden
Hvordan kan det være?

Information om, at man er ventet, kan være en hjælp til at håndtere ventetiden
Hvordan kan det være?

Samarbejde om sygdom

Patienten ønsker at samarbejde om sygdom
Hvordan kan det være?

Patienten ønsker at samarbejde om sygdom
Hvordan kan det være?

Patienten ønsker at samarbejde om sygdom
Hvordan kan det være?

Forstå prioriteringen

Patienten ønsker at forstå prioriteringen
Hvordan kan det være?

Patienten ønsker at forstå prioriteringen
Hvordan kan det være?

Patienten ønsker at forstå prioriteringen
Hvordan kan det være?

Forstå spilleregler



Information af hvilket
patienten kan forvente
dt.

det min tur?

**Patienten ønsker at forstå
princippet for køen og om
det er muligt at beholde sin
plads i køen, selv om man
forlader venteområdet**

Mister jeg min
plads i køen?
Kan jeg forlade
venteområdet?

**Information om
tilstedeværelsen
en kø eller flere
køer indikerer, om
der kan være
ventetid og hvor
lang ventetiden er**

Er der kø?



og om
olde sin
n man
let

***Information om
tilstedeværelsen af
en kø eller flere
køer indikerer, om
der kan være
ventetid og hvor
lang ventetiden er***

Er der kø?



Patienten, som venter, vil gerne vide, hvordan kald til næste aktivitet foregår mhp. at være opmærksom på kaldet

Hvordan bliver jeg kaldt?

vente
tvivl, o

Er jeg

enter, vi gerne
n kald til næste
er mhp. at være
ksom på kaldet

kaldt?

**Patienten kan i
ventetiden komme i
tvivl, om han/hun har
overset et kald**

Er jeg blevet kaldt?



Information om

Family

Tolerance

Kontrol og overblik

Forstå sit forløb



Kø og ventetid



Adspredelse



At være ventet



Basale fysiske behov



Præsentation af personale



Relation

Samarbejde om sygdom



Forstå prioriteringen



Forstå spilleregler



At være ventet

Kan jeg få tilbudt smertelindring?

Patienten har brug for at kunne skelne mellem forskellige personaleroller for at vide hvem/hvilken faggruppe, de har kontakt med

Hvem har jeg snakket med?

Navngiven person man kan henvende sig til, gør det nemmere at spørge om hjælp

Hvem kan jeg henvende mig til?

En oversigt over det tilstedeværende personales roller og navne giver patienten indsigt i stedets organisering

Hvem er hvad?

Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?

En tydelig information om, hvor man befinder sig, samt en tydelig information om, hvor man skal befinde sig, be- eller afkræfter, at man er det rigtige sted

Er jeg kommet til det rigtige sted?

En tydelig information om hvor og hvorledes patienten skal melde sig ved ankomst giver sikkerhed for at være det rigtige sted og blive registreret ankommet

Hvordan skal jeg melde min ankomst?

Samarbejde om

Patienten ønsker sikkerhed for at blive holdt øje med af personalet

Har de glemt mig?

Information om, at der er en navngiven person, der tager ansvar for patientens forløb, skaber tryghed for, at man ikke bliver glemt og at situationen overvåges/er under kontrol

Patienten ønsker sikkerhed for at blive husket af personalet



Information om at være ventet, indikerer, at patienten har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse, samt at patienten allerede er registreret.



Er jeg ventet?

En tydelig information om, hvor man befinder sig, samt en tydelig information om, hvor man skal befinde sig, be- eller afkræfter, at man er det rigtige sted

Er jeg kommet til det rigtige sted?

**En tyd
og hvo
melde
sikker
sted o
ankom**

Hvo
ank



sp
Hv
her

Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?



Prezi

En tydelig information

Er jeg ventet?

tion
nder
g
vor
sig,
at
sted
je sted?

En tydelig information om hvor og hvorledes patienten skal melde sig ved ankomst giver sikkerhed for at være det rigtige sted og blive registreret ankommet

Hvordan skal jeg melde min ankomst?



Kontrol og overblik

Forstå sit forløb



Kø og ventetid



Basale fysiske behov

Adspredelse



Præsentation af personale



At være ventet



Samarbejde om sygdom



Forstå prioriteringen



Relation

blik

Basale fysiske behov

Adspredelse

Mulighed for adspredelse i ventetiden gør ventetiden mere udholdelig og giver overskud

Wifi
Blade/avisser/bøger
TV
Spil/pegetøj
Opladning af elektronik

Fysiske rammer, der tilbedstiller basale behov for ro, varme, forplejning mv. øger fornemmelsen af overblik og giver overskud

Behageligt sted at sidde
Ledig plads at sidde på
Tidspunkt hvis der er kø
Mulighed for at snakke i fred og ro
Musk og åndev

Smertelindring kan mindske ubehaget i ventesituationen

Kan jeg få tilbudt smertelindring?

Navngiven person man kan henvende sig til, gør det nemmere at spørge om hjælp

Hvem kan jeg henvende mig til?

Præsentation af personale

At blive hilset goddag giver patienten en følelse af at være velkommen og at være blevet set

Det kunne være rart, hvis personalet kom ud og sagde goddag

Patienten føler sig mere velkommen til at henvende sig og søge hjælp, hvis personalet er venligt

Venligt personale

Patienten har brug for at kunne skelne mellem de forskellige personaleroller for at vide hvem/hvilken faggruppe, de har været i kontakt med

Hvem har jeg snakket med?

En oversigt over det tilstedeværende personales roller og navne giver patienten indsigt i stedets organisering

Hvem er hvad?

At være ventet

Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foretaget en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?

En tydelig information om, hvor man befinder sig, samt en tydelig information om, hvor man skal befinde sig, be- eller afkræfter, at man er det rigtige sted

Er jeg kommet til det rigtige sted?

En tydelig information om hvor og hvorledes patienten skal melde sig ved ankomst giver sikkerhed for at være det rigtige sted og blive registreret ankommet

Hvordan skal jeg melde min ankomst?

Samarbejde om sygdom

Patienten ønsker sikkerhed for at blive holdt øje med af personalet

Har de glemt mig?

Information om, at der er en navngiven person, der tager ansvar for patientens forløb, skaber tryghed for, at man ikke bliver glemt og at

Relat



Kendskab til hvilket personale, der er på arbejde i akutmodtagelsen og hvad de foretager sig, giver indsigt i organisatoriske samt kapacitetsmæssige forhold og en fornemmelse af at blive mødt og set.

Basale fysiske behov

Fysiske rammer, der tilfredsstiller basale behov for ro, varme, forplejning mv. øger fornemmelsen af overblik og giver overskud

Behageligt sted at sidde
Ledig plads at sidde på
Tæpper hvis der er koldt
Mulighed for at sidde i fred og ro
Mål og drikke

Smertelindring kan mindske ubehaget i ventesituationen

Kan jeg få tilbudt smertelindring?

Navngiven person man kan henvende sig til, gør det nemmere at spørge om hjælp

Hvem kan jeg henvende mig til?

En oversigt over det tilstedeværende personales roller og navne giver patienten indsigt i stedets organisering

Hvem er hvad?

Præsentation af personale

At blive hilst goddag giver patienten en følelse af at være velkommen og at være blevet set

Det kunne være rart, hvis personalet kom ud og sagde goddag

Patienten føler sig mere velkommen til at henvende sig og søge hjælp, hvis personalet er venligt

Venligt personale

Patienten har brug for at kunne skelne mellem de forskellige personaleroller for at vide hvem/hvilken faggruppe, de har været i kontakt med

Hvem har jeg snakket med?

Rel

Samarbejde om sygdom



Kan jeg få tilbudt
smertelindring?

forske
person
vide h
faggru
i kont

Hven

tet

Navngiven person man
kan henvende sig til,
gør det nemmere at
spørge om hjælp

Hvem kan jeg
henvende mig til?

En oversigt over
det
tilstedeværend
personales rolle
og navne giver
patienten indsig
stedets
organisering

Hvem er hvad?

man er
man har
rrekte
regået en
amarbejde

man
et




erson man
e sig til,
nere at
ælp

til?

En oversigt over
det
tilstedeværende
personales roller
og navne giver
patienten indsigt i
stedets
organisering

Hvem er hvad?





Patienten har brug for at kunne skelne mellem de forskellige personaleroller for at vide hvem/hvilken faggruppe, de har været i kontakt med

Hvem har jeg snakket med?

Præsentation af

At blive hilst goddag
giver patienten en følelse
af at være velkommen og
at være blevet set

Det kunne være rart, hvis
personalet kom ud og sagde
goddag

Patienten føler
velkommen
sig og søger
personalet

... og
et set

rart, hvis
ud og sagde

**Patienten føler sig mere
velkommen til at henvende
sig og søge hjælp, hvis
personalet er venligt**

Venligt personale



blik

Basale fysiske behov

Adspredelse

Mulighed for adspredelse i ventetiden gør ventetiden mere udholdelig og giver overskud

Wifi
Blade/aviser/bøger
TV
Spil/legetøj
Opladning af elektronik

Fysiske rammer, der tilfredsstiller basale behov for ro, varme, forplejning mv. øger fornemmelsen af overblik og giver overskud

Behageligt sted at sidde
Ledig plads at sidde på
Tæpper hvis der er koldt
Mulighed for at sætte i fred og ro
Mad og drikke

Smertelindring kan mindske ubehaget i ventesituationen

Kan jeg få tilbudt smertelindring?

Navngiven person man kan henvende sig til, gør det nemmere at spørge om hjælp

Hvem kan jeg henvende mig til?

Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?

Præsentation af personale

At blive hilst goddag giver patienten en følelse af at være velkommen og at være blevet set

Det kunne være rart, hvis personalet kom ud og sagde goddag

Patienten føler sig mere velkommen til at henvende sig og søge hjælp, hvis personalet er venligt

Venligt personale

Patienten har brug for at kunne skelne mellem de forskellige personaleroller for at vide hvem/hvilken faggruppe, de har været i kontakt med

Hvem har jeg snakket med?

En oversigt over det tilstedeværende personales roller og navne giver patienten indsigt i stedets organisering

Hvem er hvad?



Prezi

Basal

Adspredelse

Mulighed for
adspredelse i ventetiden
gør ventetiden mere
udholdelig og giver
overskud

Wifi
Blade/aviser/bøger
TV

Beh
Lec
Tæ
Mu
Ma



Omfatter muligheden for
at kunne rette sin
opmærksomhed på noget
meningsfuldt.

Adspredelse

Mulighed for
adspredelse i ventetiden
gør ventetiden mere
udholdelig og giver
overskud

- Wifi
- Blade/aviser/bøger
- TV
- Spil/legetøj
- Opladning af elektronik

Fysis
der ti
basal
rc
forp
forne
overk
o

Behageligt ste
Ledig plads at
Tæpper hvis d
Mulighed for a
Mad og drikke

Smertelind
mindske uk
ventesituat

Kan jeg få
smertelin



**Mulighed for
adspredelse i ventetiden
gør ventetiden mere
udholdelig og giver
overskud**

Wifi
Blade/aviser/bøger
TV
Spil/legetøj
Opladning af elektronik

verblik

Basale fysiske behov

Adspredelse

Mulighed for adspredelse i ventetiden gør ventetiden mere udholdelig og giver overskud

WiFi
Blade/aviser/bøger
TV
Spil/legesj
Opladning af elektronik

Fysiske væmmen, der tilfredsstiller basale behov for fx, varme, forplejning m.m. øger komfortniveauet af overblik og giver overskud

Særligt vigtigt at sidde i et godt sted til sidde på. Tæpper er gode, der er koldt i køkkenet og i hallen og i stuen

Præsentation af personale

At blive hilset goddag giver patienten en følelse af at være velkommen og at være blevet set

Det kunne være rart, hvis personalet kom ud og sagde goddag

Patienten føler sig mere velkommen til at henvende sig og søge hjælp, hvis personalet er venligt

Venligt personale

Smertelindring kan mindske ubehaget i ventesituationen

Kan jeg få tilbudt smertelindring?

Patienten har brug for at kunne skelne mellem de forskellige personaleroller for at vide hvem/hvilken faggruppe, de har været i kontakt med

Hvem har jeg snakket med?

At være ventet

Nævngiven person man kan henvende sig til, gør det nemmere at spørge om hjælp

Hvem kan jeg henvende mig til?

En oversigt over det tilstedeværende personales roller og navne giver patienten indsigt i stedets organisering

Hvem er hvad?

Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korre sted, og at der er foretaget en planlægning og at samarbejde omkring patientens modtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?

En tydelig information om, hvor man befinder sig, samt en tydelig information om, hvor man skal befinde sig, før- eller aftræder, at man er det rigtige sted

Er jeg kommet til det rigtige sted?

En tydelig information om hvor og hvorledes patienten skal melde sig ved ankomst giver sikkerhed for at være det rigtige sted og blive registreret ankommet

Hvorfor skal jeg melde mig ankommet?

Information om, at der er en ansvarlig person, der tager ansvar for patientens forhold, skaber tryghed for, at man ikke bliver glemt og at situationen overvåges under køretid

Hvem tager sig af mig?

Samarbejde om sygdom

Patienten ønsker sikkerhed for at blive holdt i øje med af personalet

Har de glemt mig?

Patienten ønsker sikkerhed for at blive husket af personalet

Er der nogen, som ved, jeg er her?

Udvalgte steder vil blive vist i kortet, som kan bruges til at finde vej

kan finde jeg vej?



Relati

Basale fysiske behov

Fysiske rammer,
der tilfredsstill
basale behov for
ro, varme,
forplejning mv.
øger
fornemmelsen af
overblik og giver
overskud



Behageligt sted at sidde

Opfyldelse af basale fysiske behov omfatter adgang til mad, drikke, toiletter, tempererede omgivelser og mulighed for ro, hvile og smertefrihed.

Overblik

Basale fysiske behov

Adspredelse

Mulighed for adspredelse i ventetiden gør ventetiden mere udholdelig og giver overskud

Wifi
Blade/aviser/bøger
TV
Spil/legetøj
Opladning af elektronik

Fysiske rammer, der tilfredsstiller basale behov for ro, varme, forplejning mv. øger fornemmelsen af overblik og giver overskud

Behageligt sted at sidde
Ledig plads at sidde på
Tæpper hvis der er koldt
Mulighed for at sidde i fred og ro
Mad og drikke

Smertelindring kan mindske ubehaget i ventesituationen

Kan jeg få tilbudt smertelindring?

Navngiven person man kan henvende sig til, gør det nemmere at spørge om hjælp
Hvem kan jeg henvende mig til?

Information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korrekte sted, og at der er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse samt at man allerede er registreret

Er jeg ventet?



Prezi

En tydelig information om, hvor man befinder sig, samt en tydelig

En tydelig information om hvor og hvorledes patienten skal

Præsentation af personale

At blive hilst goddag giver patienten en følelse af at være velkommen og at være blevet set

Det kunne være rart, hvis personalet kom ud og sagde goddag

Patienten føler sig mere velkommen til at henvende sig og søge hjælp, hvis personalet er venligt

Venligt personale

Patienten har brug for at kunne skelne mellem de forskellige personaleroller for at vide hvem/hvilken faggruppe, de har været i kontakt med

Hvem har jeg snakket med?

En oversigt over det tilstedeværende personales roller og navne giver patienten indsigt i stedets organisering

Hvem er hvad?

Fysiske rammer,
der tilfredsstill
basale behov for
ro, varme,
forplejning mv.
øger
fornemmelsen af
overblik og giver
overskud

Behageligt sted at sidde
Ledig plads at sidde på
Tæpper hvis der er koldt
Mulighed for at sidde i fred og ro
Mad og drikke

Mulighed for at sidde i fred og ro
Mad og drikke

**Smertelindring kan
mindske ubehaget i
ventesituationen**

Kan jeg få tilbudt
smertelindring?

Familiarity

Tolerance

Kontrol og overblik

Forstå sit forløb



Kø og ventetid



Dokale fysiske behov

Adspirelse



At være værnet



Præsentation af personale



Samarbejde om sygdom



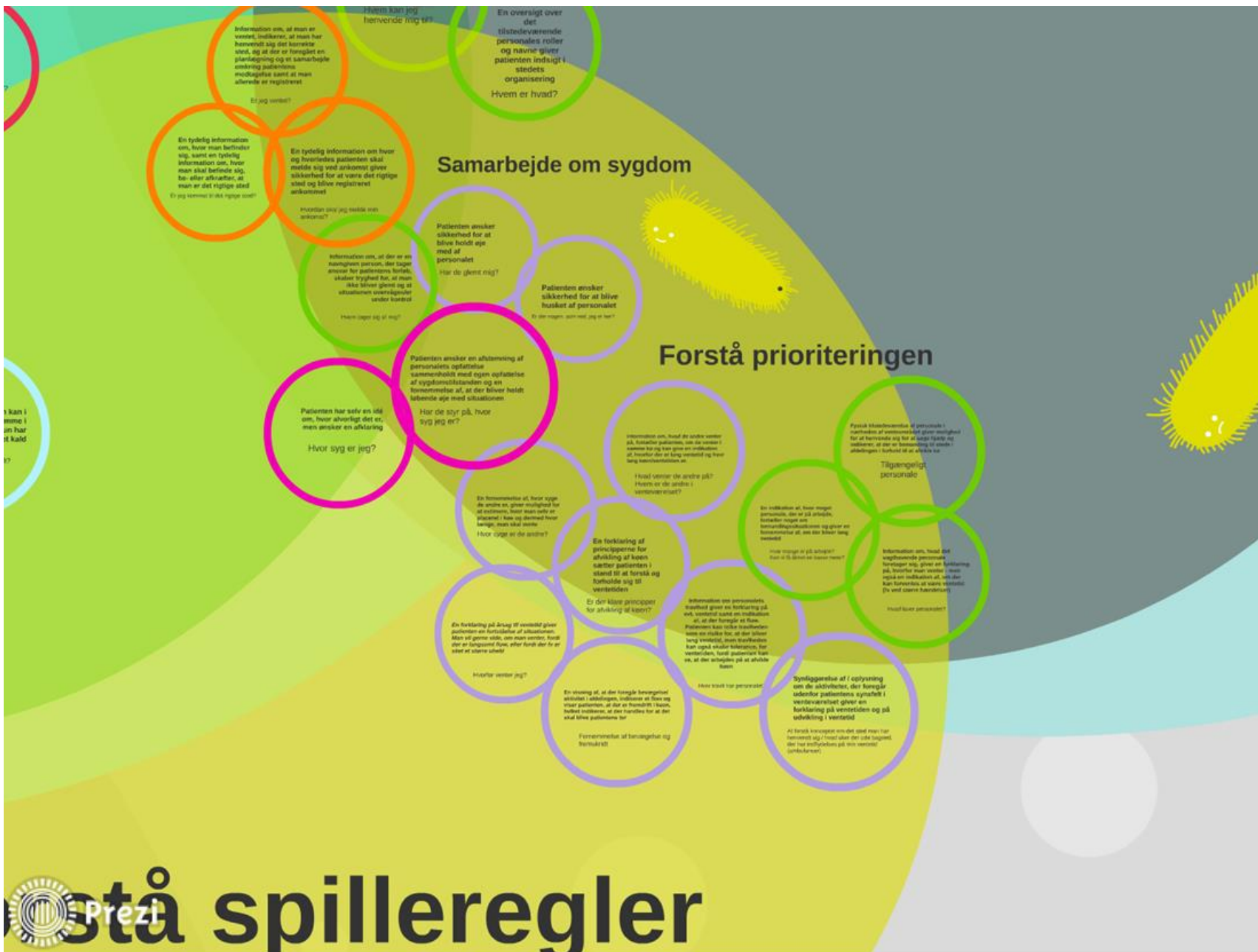
Forstå prioriteringen



Relation

Forstå spilleregler





Hvem er hvad?

g information om hvor
edes patienten skal
g ved ankomst giver
d for at være det rigtige
blive registreret
et

n skal jeg melde min
st?

Information om, at der er en
navngiven person, der tager
ansvar for patientens forløb,
skaber tryghed for, at man
ikke bliver glemt og at
situationen overvåges/er
under kontrol

Hvem tager sig af mig?

Samarbejde om sygdom

**Patienten ønsker
sikkerhed for at
blive holdt øje
med af
personalet**

Har de glemt mig?

**Patienten ønsker
sikkerhed for at blive
husket af personalet**

Er der nogen, som ved, jeg er her?

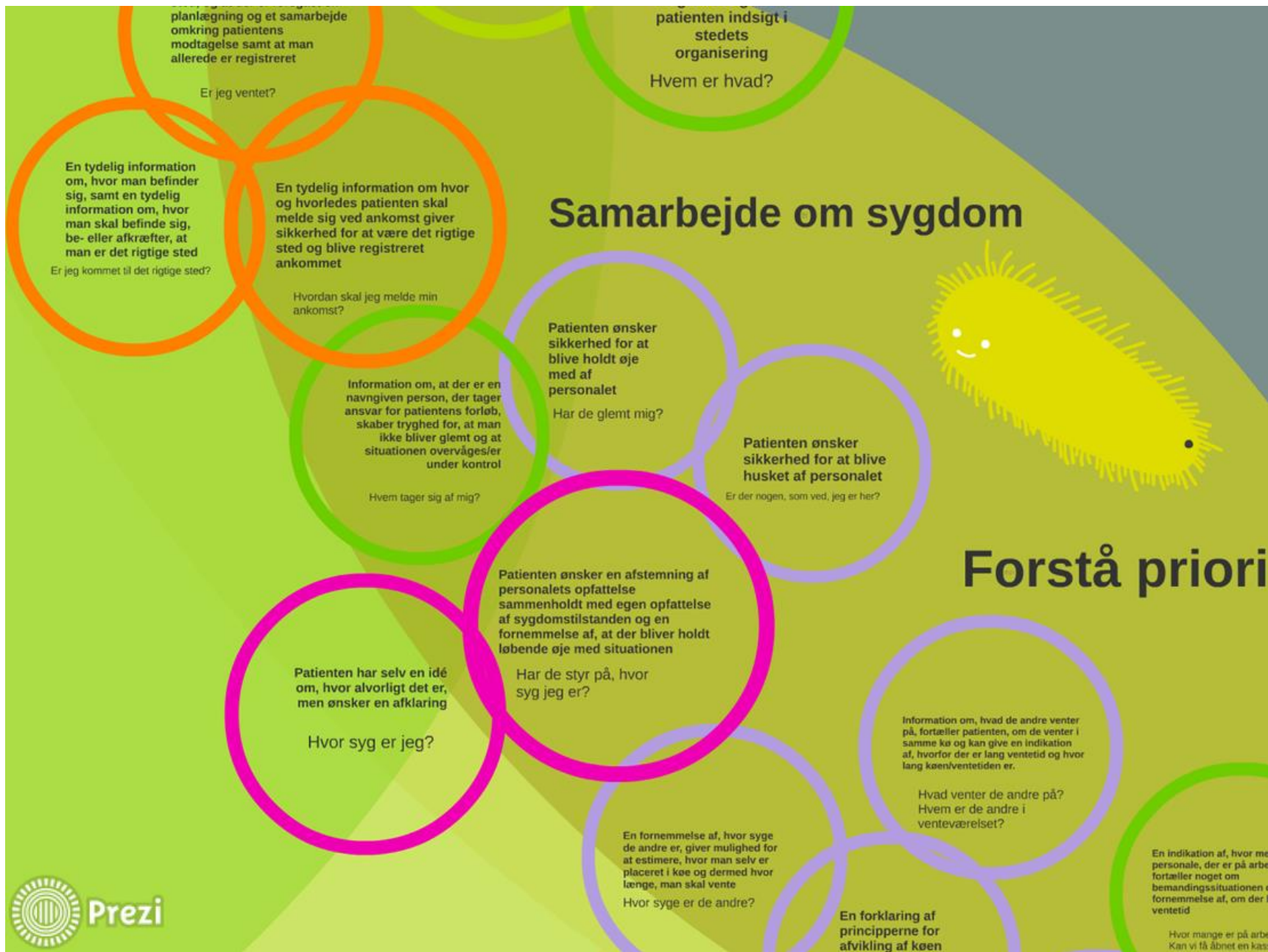
**Patienten ønsker en afstemning af
personalets opfattelse
sammenholdt med egen opfattelse
af sygdomstilstanden og en
fornemmelse af, at der bliver holdt
løbende øje med situationen**



Forstå



En oplevelse af at føle sig inddraget i et samarbejde om sin sygdom, giver en oplevelse af, at der bliver taget hånd om det problem, man henvender sig med.



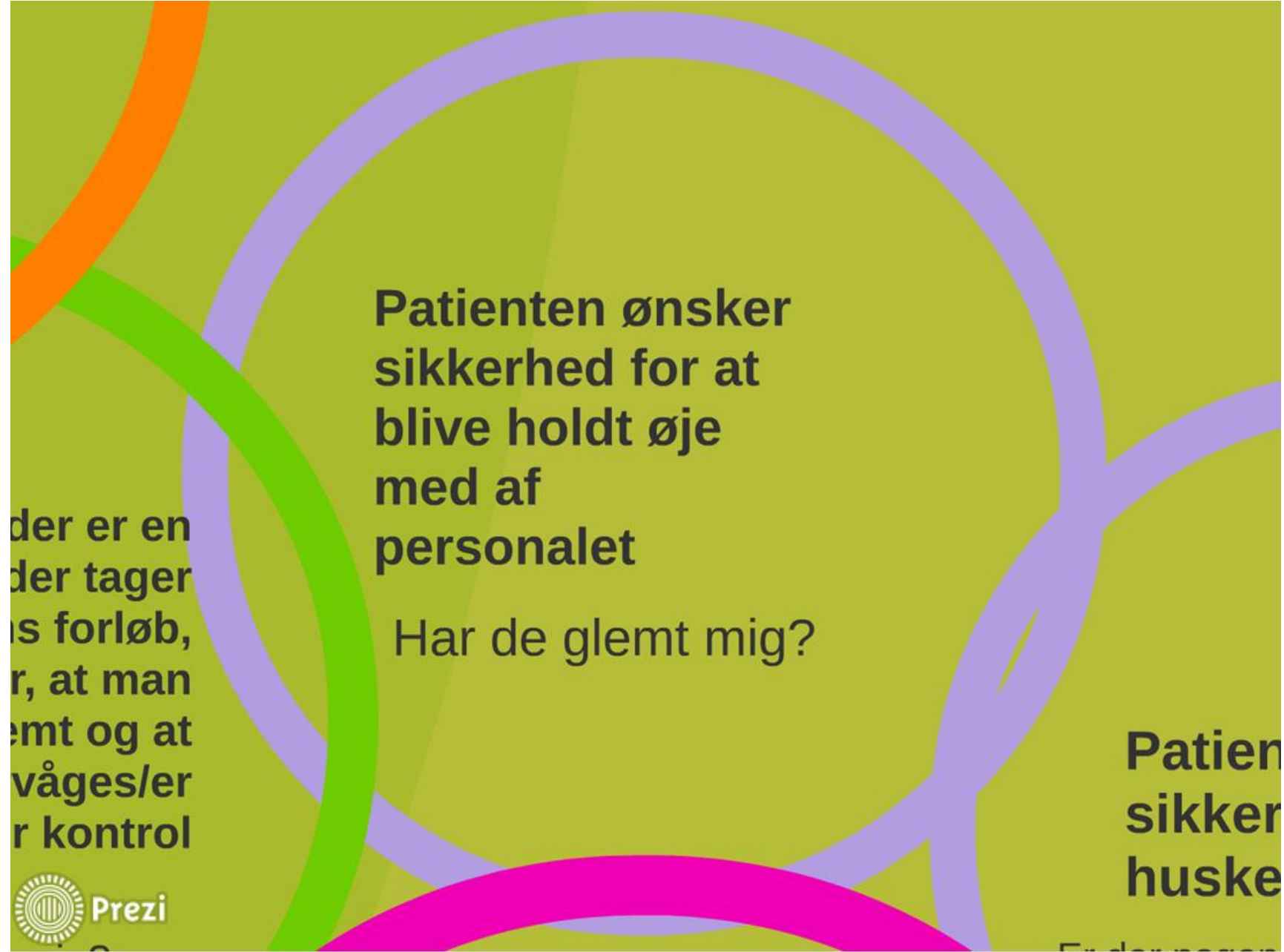
ankomst?

Information om, at der er en navngiven person, der tager ansvar for patientens forløb, skaber tryghed for, at man ikke bliver glemt og at situationen overvåges/er under kontrol

Hvem tager sig af mig?

Patienter
sikkerhed
blive holdt
med af
persona

Har de



**Patienten ønsker
sikkerhed for at
blive holdt øje
med af
personalet**

Har de glemt mig?

der er en
der tager
s forløb,
r, at man
emt og at
våges/er
r kontrol

Patient
sikker
huske



g?

Patienten ønsker sikkerhed for at blive husket af personalet

Er der nogen, som ved, jeg er her?

under kontrol

ager sig af mig?

husket af per

Er der nogen, som ved,

**Patienten ønsker en afstemning af
personalets opfattelse
sammenholdt med egen opfattelse
af sygdomstilstanden og en
fornemmelse af, at der bliver holdt
løbende øje med situationen**

Har de styr på, hvor
syg jeg er?

en idé
det er,
klaring

eg?



Patienten
personale
sammenh
af sygdom
fornemme
løbende ø

Patienten har selv en idé
om, hvor alvorligt det er,
men ønsker en afklaring

Har de
syg jeg

Hvor syg er jeg?

Forstå prioriteringen

Information om, at der er en
ansvarlig person, der tager
ansvar for patientens forløb,
skaber tryk for, at man
ikke bliver glemt og at
situationen overvåges
under kontrol

Hvem tager sig af mig?

Patienten ønsker
sikkerhed for at
blive holdt øje
med af
personalet

Har de glemt mig?

Patienten ønsker
sikkerhed for at blive
husket af personalet

Er der nogen, som ved, jeg er her?

Patienten ønsker en afstemning af
personalets opfattelse
sammenholdt med egen opfattelse
af sygdomstilstanden og en
følelse af, at der bliver holdt
løbende øje med situationen

Har de styr på, hvor
syg jeg er?

Patienten har selv en idé
om, hvor alvorligt det er,
men ønsker en afklaring

Hvor syg er jeg?

Information om, hvad de andre venter
på, fortæller patienten, om de venter i
sammen kø og kan give en indikation
af, hvorfor der er lang ventetid og hvor
lang køn/ventetiden er.

Hvad venter de andre på?
Hvem er de andre i
venteværelset?

En følelse af, hvor syge
de andre er, giver mulighed for
at estimere, hvor man selv er
placeret i kø og dermed hvor
længe, man skal vente

Hvor syge er de andre?

En forklaring af
principperne for
afvikling af køen
sætter patienten i
stand til at forstå og
forholde sig til
ventetiden

Er der klare principper
for afvikling af køen?

En forklaring på årsag til ventetid giver
patienten en forståelse af situationen.
Man vil gerne vide, om man venter, fordi
der er langsomt flow, eller fordi der fx er
sket et større uheld

Hvorfor venter jeg?

Information om personalets
travthed giver en forklaring på
evt. ventetid samt en indikation
af, at der foregår et flow.
Patienten kan tolke travlhed
som en risiko for, at der bliver
lang ventetid, men travlhed
kan også skabe tillid, for
ventetiden, fordi patienten kan
se, at der arbejdes på at afvikle
køen

Hvor travlt har personalet?

En visning af, at der foregår bevægelse/
aktivitet i afdelingen, indikerer et flow og
viser patienten, at der fremdrift i køen,
hvilket indikerer, at der handles for at det
skal blive patientens tur

Følelse af bevægelse og
fremskridt

En indikation af, hvor meget
personale, der er på arbejde,
fortæller noget om
bemandingsituationen og giver en
følelse af, om der bliver lang
ventetid

Hvor mange er på arbejde?
Kan vi få åbnet en kasse mere?

Fysisk tilstedeværelse af personale i
nærheden af ventetiden giver mulighed
for at henvende sig for at søge hjælp og
indikerer, at der er bemanding til stede i
afdelingen i forhold til at afvikle kø

Tilgængeligt
personale

Information om, hvad det
vaghavende personale
foretager sig, giver en forklaring
på, hvorfor man venter - men
også en indikation af, om der
kan forventes at være ventetid
(fx ved større hændelser)

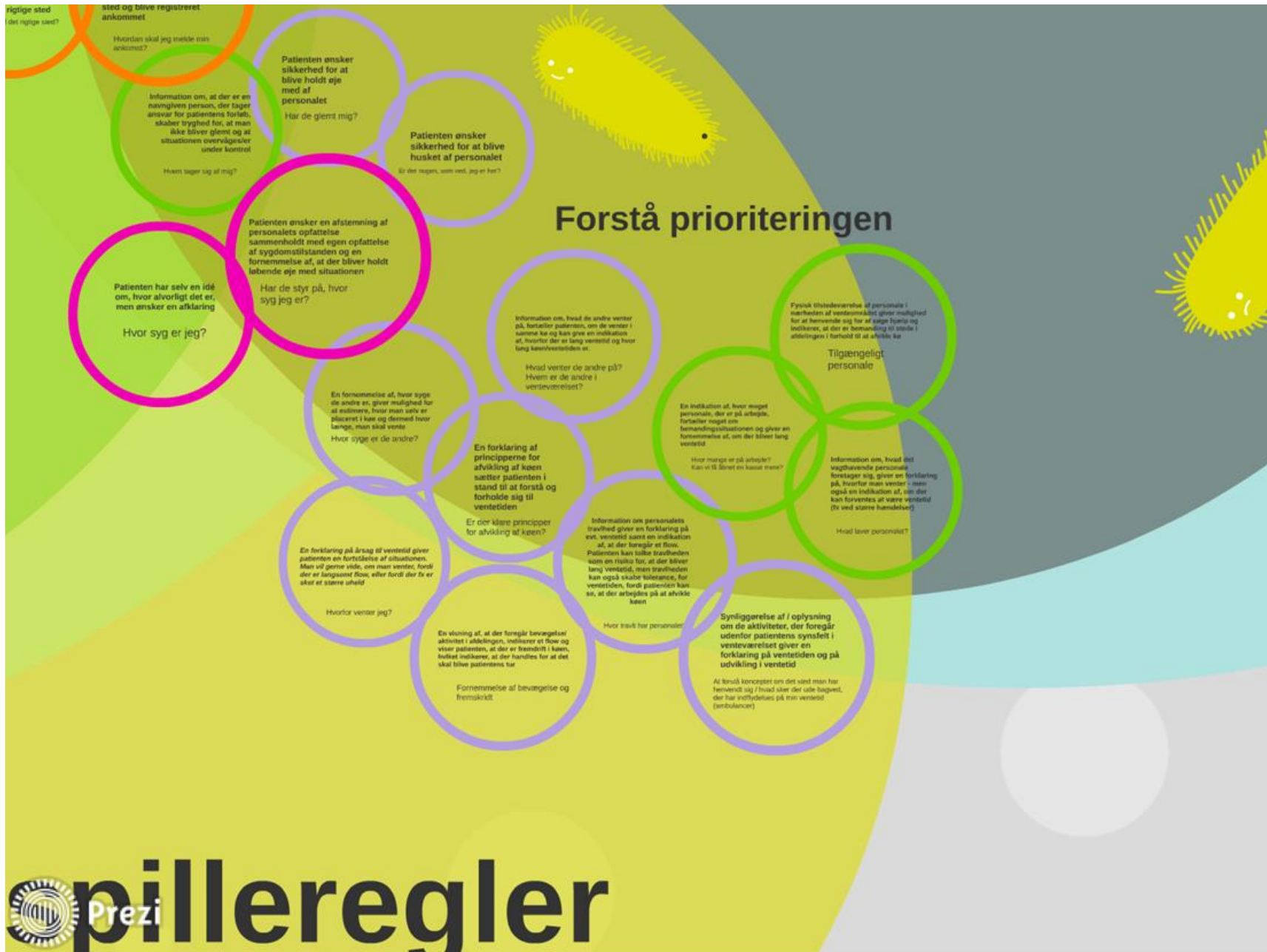
Hvad laver personalet?

Synliggørelse af / oplysning
om de aktiviteter, der foregår
udenfor patientens synsfelt i
venteværelset giver en
forklaring på ventetiden og på
udvikling i ventetid

At forstå konceptet om det sted man har
henvendt sig / hvad sker der ude bagved,
der har indflydelse på min ventetid
(ambulancer)

En forståelse for prioritering handler dels om at forstå, at der kan være andre, som er mere syge end én selv og at personalet forsøger at behandle de mest syge først.

En forudsætning for at forstå prioriteringen er, at man har en opfattelse af sin egen tilstand, som er afstemt med personalets vurdering.



Information om, hvad de andre venter på, fortæller patienten, om de venter i samme kø og kan give en indikation af, hvorfor der er lang ventetid og hvor lang køen/ventetiden er.

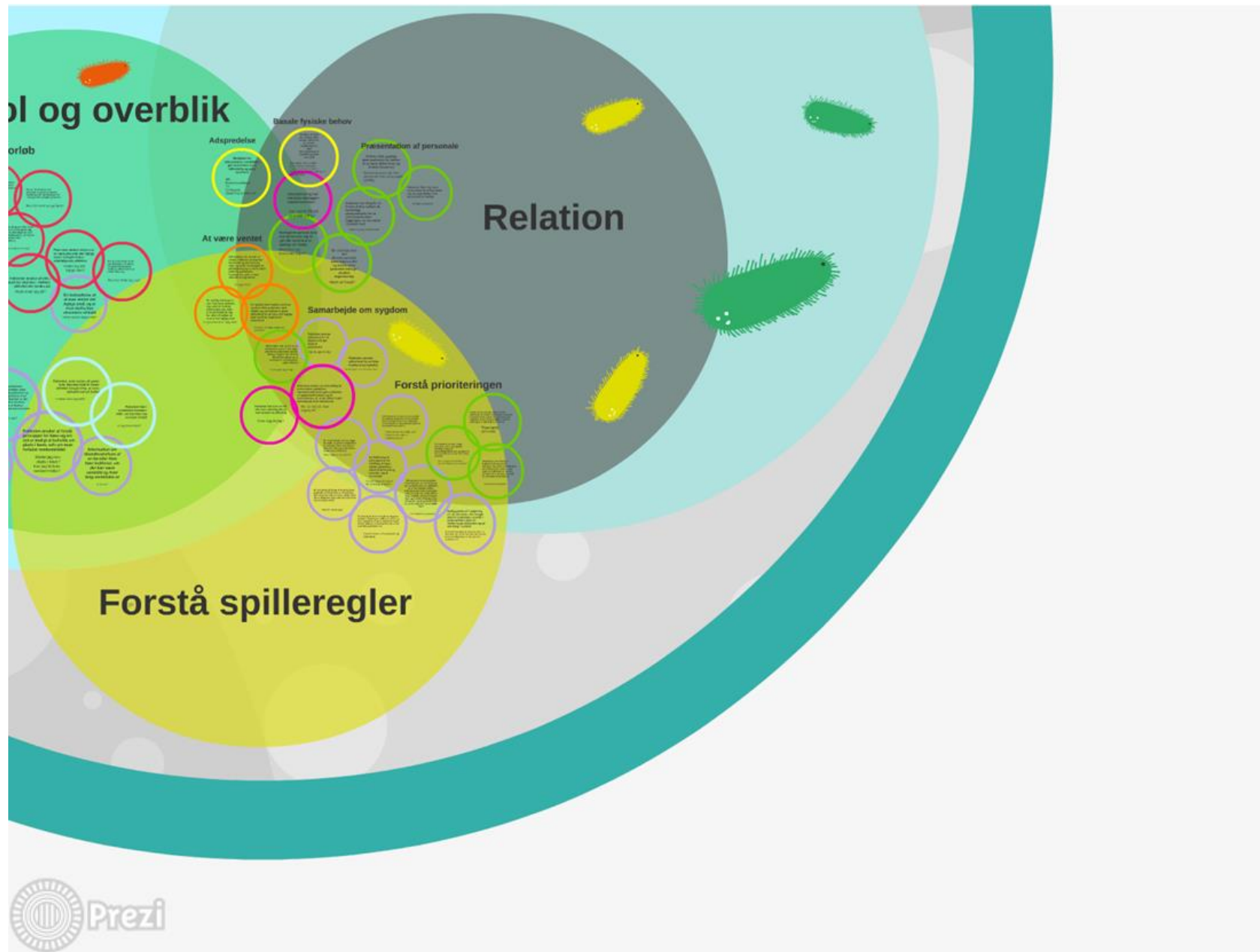
Hvad venter de andre på?
Hvem er de andre i venteværelset?

Tilgæ
person

En indikation af, hvor meget personale, der er på arbejde, fortæller noget om bemandsingssituationen og giver en fornemmelse af, om der bliver lang ventetid

Hvor mange er på arbejde?
Kan vi få åbnet en kasse mere?

Informati
vaghave
foretager
på, hvorf
også en i
kan forve
(fx ved st



Fysisk tilstedeværelse af personale i nærheden af venteområdet giver mulighed for at henvende sig for at søge hjælp og indikerer, at der er bemanning til stede i afdelingen i forhold til at afvikle kø

Tilgængeligt personale

vor meget
på arbejde,



Prezi

tionen og giver en

meget
bejde,

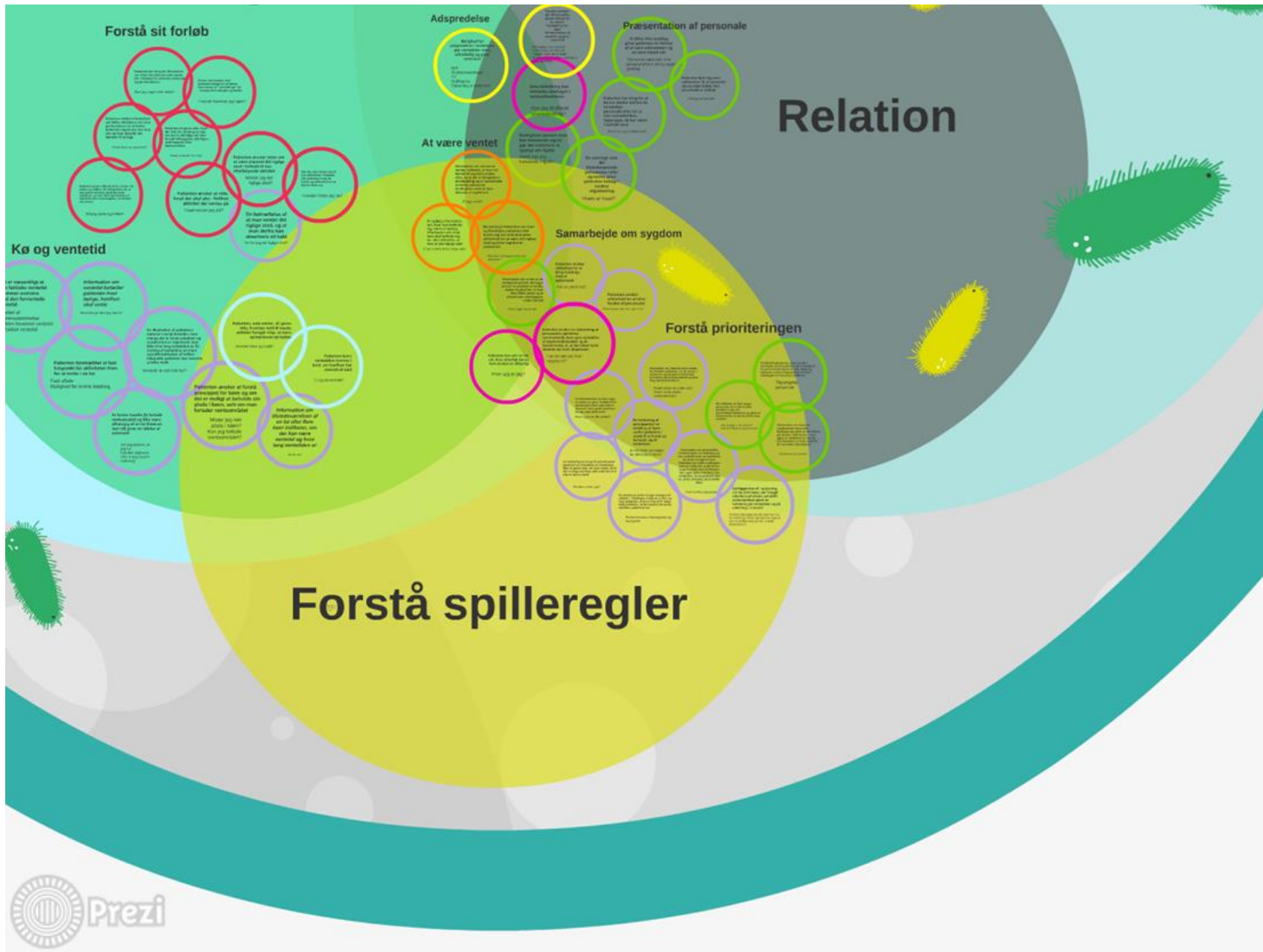
n og giver en
er bliver lang

rbejde?
asse mere?

**Information om, hvad det
vagthavende personale
foretager sig, giver en forklaring
på, hvorfor man venter - men
også en indikation af, om der
kan forventes at være ventetid
(fx ved større hændelser)**

Hvad laver personalet?





En fornemmelse af, hvor syge
de andre er, giver mulighed for
at estimere, hvor man selv er
placeret i kø og dermed hvor
længe, man skal vente

Hvor syge er de andre?

En forklar
princippe
afvikling a
sætter pa
stand til a
forholde s

f, hvor syge
mulighed for
man selv er
lermed hvor
ente

andre?

En forklaring af
principperne for
afvikling af køen
sætter patienten i
stand til at forstå og
forholde sig til
ventetiden

Er der klare principper
for afvikling af køen?

Information
travlheden giver
evt. ventetid
af, at der
Patienten kan
som en risik

ventetid giver

Præzi

tion.

køen
enten i
forstå og
g til

Kan vi ta åbnet en kasse m

principper
f køen?

Information om personalets travlhed giver en forklaring på evt. ventetid samt en indikation af, at der foregår et flow. Patienten kan tolke travlheden som en risiko for, at der bliver lang ventetid, men travlheden kan også skabe tolerance, for ventetiden, fordi patienten kan se, at der arbejdes på at afvikle køen

Hvor travlt har personalet?

Synliggørelse
om de aktiviteter
udenfor patient
venteværelse
forklaring på

går bevægelse/
kerer et flow og
f. Præzi køen,
ndes for et det

sa
st
fo
ve

Er d
for a

En forklaring på årsag til ventetid giver patienten en forståelse af situationen. Man vil gerne vide, om man venter, fordi der er langsomt flow, eller fordi der fx er sket et større uheld

Hvorfor venter jeg?

En visning af,
aktivitet i afde
viser patiente



man venter, fordi
eller fordi der fx er

SOM EN TILSIKTE
lang ventetid
kan også ske
ventetiden, fo
se, at der arbe

jeg?

Hvor trav

En visning af, at der foregår bevægelse/
aktivitet i afdelingen, indikerer et flow og
viser patienten, at der er fremdrift i køen,
hvilket indikerer, at der handles for at det
skal blive patientens tur

Fornemmelse af bevægelse og
fremskridt



or, at der bliver
en travlhed
tolerance, for
patienten kan
es på at afvikle
en

ar personalet

**Synliggørelse af / oplysning
om de aktiviteter, der foregår
udenfor patientens synsfelt i
venteværelset giver en
forklaring på ventetiden og på
udvikling i ventetid**

At forstå konceptet om det sted man har
henvendt sig / hvad sker der ude bagved,
der har indflydelse på min ventetid
(ambulancer)

Kontrol og overblik

Forstå sit forløb



Kø og ventetid



Forstå spilleregler

Adspredelse



At være ventet



Basale fysiske behov



Præsentation af personale



Samarbejde om sygdom



Forstå prioriteringen



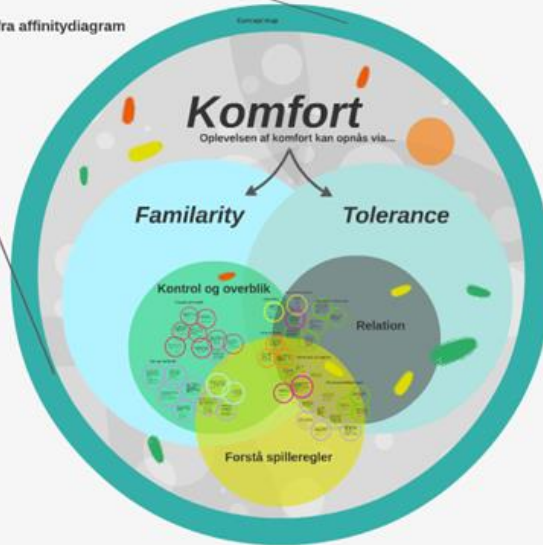
Relation





En god oplevelse af at vente

Labels fra affinitydiagram

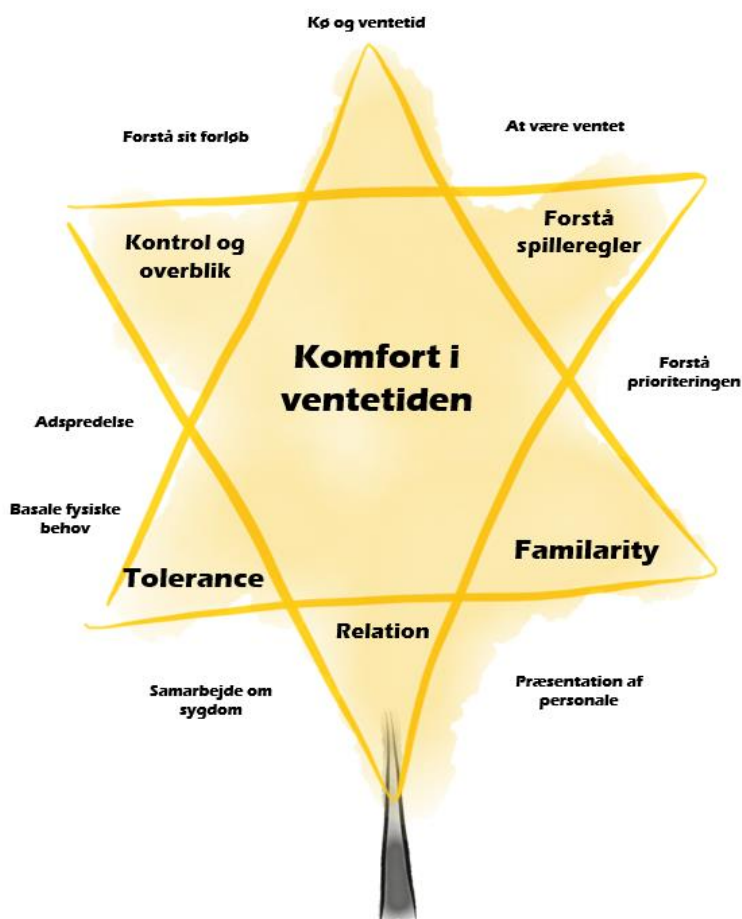


Design Principles - The Magic Stick

Frameworket illustrerer, udover problemets dimensioner, en række designprincipper, som også er et resultat af syntese af kontekstuel viden. Disse opsummerer principper, som tager udgangspunkt i en kontekstuel forståelse af insights og visions (9).

Designprincipperne tegner tilsammen en vision for en ønsket, fremtidig bedre oplevelse af at vente, som kan danne baggrund for gode løsninger.

Det er designprincipperne, som er udgangspunktet for insight combination aktiviteten, der fører til idéer og løsningsforslag, der bringer processen videre til det næste trin i UIM-procesen: Sketching, hvor de udvalgte løsningsforslag omsættes til sketches, der skal anvendes i present-fasen (36);(9).



*En forsimplet model af Concept map / Framework - En god oplevelse af at vente
Modellen skal give associationer til en tryllestav - man kan bruge til at trylle idéer frem med, og til stjernehimlen, med tusindvis af stjerner illustrerende mange mulige idéer*

Frameworket udtrykker patienternes og designteamets fælles forståelse af, hvordan der kan opnås komfort i ventetiden. Det er således ikke blot en forståelse af problemet "en oplevelse af at vente", men også en anvisning til, hvordan man kan løse problemet - få en bedre oplevelse af at vente.

Beskrivelsen af problemet, oplevelsen af at vente, er udtrykt i forklaringer på, hvordan der kan opnås komfort i ventetiden.

Begrebet *komfort* i ventetiden beskrives "en tilstand, hvor man føler sig veltilpas", og har en sammenhæng med begrebet *familiarity*, der i frameworket betyder, at føle sig i kendte og trygge rammer og hænder, og *tolerance*, en følelse af at kunne rumme sine omgivelser.

For at opnå en følelse af *familiarity*, er det vigtigt at have *kontrol og overblik* (en følelse af at kunne overskue situationen, have overblik over situationen og kunne styre situationen), det er også vigtigt at kunne *forstå spillereglerne* (at kende stedets organisering, de regler, der gælder på stedet og de mennesker, der er i omgivelserne) og desuden spiller det en rolle, at man oplever en *relation* (en følelse af at kunne relatere sig til omgivelserne og indgå i et samarbejde).

Tolerance hænger i høj grad sammen med at have en oplevelse af *relation*, det er også vigtigt at *forstå spillereglerne* og derudover har det betydning, for opnåelse af *tolerance*, at man har en følelse af *kontrol og overblik*.

Frameworket forklarer desuden, at følelsen *kontrol og overblik* er særligt relateret til at kunne *forstå sit forløb* og begrebet *kø og ventetid*. Derudover har det betydning, at man har mulighed for *adspredelse*, at *man føler sig ventet*, at man oplever at der er *samarbejde om sygdommen* og at man får opfyldt *basale fysiske behov*.

For at opnå en *forståelse spillereglerne* er det vigtigt at kunne *forstå prioriteringen*. Desuden er begreberne *kø og ventetid*, *samarbejde om sygdom* og *at være ventet* en del af *forståelsen af spillereglerne*.

En væsentlig faktor for at føle *relation*, er en *præsentation af personale*, men andre elementer som opfyldelse af *basale fysiske behov*, *at være ventet*, at opleve *samarbejde om sygdom* og at kunne *forstå prioriteringen* indgår også i begrebet *relation*.

Hvorledes disse, forskellige tilstande, er defineret og hvorledes de opnås hos patienten, er nøje forklaret, når man læser i dybere lag af frameworket.

Man kan fx læse, at *information om, at man er ventet, indikerer, at man har henvendt sig det korrekte sted, og at er foregået en planlægning og et samarbejde omkring patientens modtagelse, samt at man allerede er registreret* hvilket fører til *følelsen af at være ventet*.

Herved bliver frameworket løsningsanvisende - det forklarer, hvordan man ved at imødekomme de behov, patienterne har udtrykt, kan tilvejebringe en bedre oplevelse af at vente. Samtidigt forklarer frameworket, hvordan hvert enkelt behov, på forskellig vis, kan opfyldes.

Frameworket synliggør, at der er en sammenhæng mellem elementerne, hvilket udtrykker, at der er tale om en helhed. Løsningsanvisningerne skal derfor ikke fortolkes som simple forslag

til at løse problemet, men essensen er, at der er tale om et problem, som kræver en kombination af løsninger.

Der er tale om en helhed, som ikke opnås, hvis man forsøger at nedbryde den i enkeltstående løsninger, idet elementerne relaterer sig til hinanden.

Et meget konkret eksempel, der illustrerer denne helhed er:

Forestiller vi os, at møde et venteværelse, hvor der ikke er mulighed for en siddeplads (basale fysiske behov imødekommes ikke), så vil det være svært at tilvejebringe en oplevelse af komfort i ventetiden, selv om man bliver informeret om, at man venter det rigtige sted.

Eksemplet illustrerer samtidigt, at der er nogle behov, som har stor betydning, mens andre er mindre væsentlige.

Dette er dog en afvejning, som frameworket ikke har taget højde for - det fortæller blot, at løsningen skal opfattes som en kombination, en pakke, hvor hvert element har betydning for den samlede oplevelse.

Hvilke elementer i pakken, der har størst betydning og giver størst værdi, er endnu ikke afklaret.

I England har et stort designfirma, PearsonLloyd, haft til opgave at designe for en række A&Es (Accident and Emergency Departments) i samarbejde med det engelske Design Council (64).

Designet skulle nedbringe antallet af voldelige og aggressive situationer, som opstod, idet patienterne blev frustrerede under deres ophold, hvorfor de angreb personalet, resulterende i et ekstremt dårligt arbejdsmiljø.

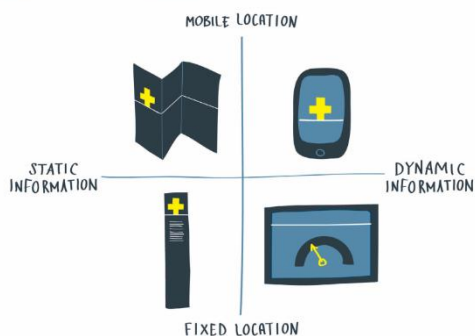
Resultatet blev en guide, som beskriver en helhedsløsning. I guiden fremføres, hvordan 8 områder, som tilsammen kan nedbringe patienternes frustration.

Pakken af løsningsforslag indeholder bl.a. forslag om at skabe sammenhæng mellem det fysiske rum og det flow, patienterne skal igennem, i en kombination af statisk og dynamisk information.

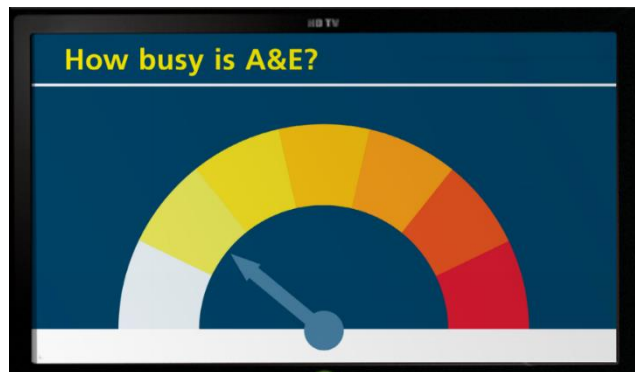
Man har bl.a. designet skilte til det fysiske rum, som forklarer en opdeling i forskellige områder og hvor langt i processen, patienten er nået.

Derudover er der et løsningsforslag om udlevering af en brochure, der giver en samlet forklaring af forløbet i skadestuen. Samtidigt er der digitale løsninger, i form af en app og storskærme i ventemiljøet, der fx informerer om, hvor travlt afdelingen har.

THE GUIDANCE SOLUTION



Forslag til digitale og materielle løsninger



Storskærm i venteværelse der viser hvor travlt afdelingen har

Selv om udgangspunktet for projektet i England, var at nedbringe voldelige og aggressive situationer, så har det et omdrejningspunkt, som kan sammenlignes med det problem, der er arbejdet med i dette projekts framework. - Det handler om at skabe en forbedret oplevelse af at vente.

Resultatet af det engelske projekt kan således understøtte frameworkets hypotese om, at en god løsning består af en sammensætning af forskellige løsninger.

Episode XIII

Eksempel på anvendelse af frameworket

Idé- og løsningsworkshop

Foreløbig er kun det første spørgsmål i "The science of what works" besvaret, nemlig:

"What is the problem that we are trying to solve?"

(37)

Der er etableret en forståelse af problemet og nogle visioner, der kan bruges til at få idéer til at løse det.

Løsningsforslagene skal herefter igennem en si, således at kun de løsninger, der er realiserbare overgår til sketch-fasen.

For at illustrere, hvorledes dette forløb kan udspille sig i den virkelige verden, og i en helt konkret og eksisterende kontekst, planlagde projektteamet endnu en faciliteret dataindsamlingsaktivitet:

Et møde med teamet bag SIA-projektet. Dette team består af projektleder, arkitekter og specialister fra regionens it-afdeling, ledelsesrepræsentanter og sundhedsprofessionelle fra hospitalerne og forskellige projektledere og udviklere fra it-leverandørerne Systematic, Cetrea og Capgemini.

Deltagerliste:

- Projektleder for SIA (Region Midt)
- 2 it-arkitekter fra (Region Midt)
- Produktspecialist i MidtEPJ (Region Midt)
- Produktspecialist i Bookplan (Region Midt)
- Produktspecialist i Klinisk Logistik (Region Midt)
- Ledelsesrepræsentant fælles akutmodtagelse (Aarhus Universitetshospital)
- Sundhedsprofessionel repræsentant fælles akutmodtagelse (Aarhus Universitetshospital)
- Clinical Implementation Consultant & Application Services (Cetrea/ Klinisk Logistik)
- Solution Architect (Cetrea/ Klinisk Logistik)
- UX Designer (Cetrea/ Klinisk Logistik)
- IT Project Manager (Cetrea/ Klinisk Logistik)
- Senior Clinical Advisor (Systematic/Capgemini)

Mødet blev arrangeret som en workshop, hvortil projektteamet forberedte en præsentation af en foreløbig udgave af frameworket, idet tidspunktet for mødet lå før den endelige udarbejdelse af frameworket.

Formålet var at præsentere frameworket for projektets stakeholders. Det væsentligste budskab var at bringe patientens perspektiv ind i SIA-projektet, hvor der ellers hidtil har været fokus på et samarbejde med akutmodtagelserne og personalet her.

Frameworket blev præsenteret i form af en PowerPoint præsentation, dels med billeder fra observationsstudierne, dels med tekst forklarende de foreløbige designprincipper.

Præsentationen skulle fungere som udgangspunkt for idé- og løsningsgenerering samt en diskussion af realiserbarheden i forhold til forskellige løsninger til at imødekomme de forskellige designprincipper.

Præsentationen er tilgængelig som bilag (Bilag 9).

Et hurtigt blik på deltagerlisten afslører, at der er tale om et team bestående af en overvægt af it-eksperter og it-arkitekter.

Ikke overraskende, var de løsninger, som fremkom under workshoppen stort set alle it-løsninger, der på forskellig vis tog afsæt i de eksisterende it-systemer i akutmodtagelserne: MidtEPJ (Systematic), Klinisk Logistik (Cetrea) og Bookplan (Capgemini).



Vi gentager:

Teamets sammensætning har betydning for hvilke idéer, der genereres og dernæst, hvilke aspekter, der lægges vægt på i løsningsforslagene

Løsningsforslagene blev herefter kategoriseret ud fra, hvorvidt de forudsatte udvikling af de eksisterende it-systemer:

- Elementer som ikke kræver udvikling
- Elementer som kræver mindre udvikling / eller kræver hjælp til konfiguration fra leverandører
- Elementer som kræver større udvikling

Projektlederen opsamlede resultatet i et referat, som er vedlagt i bilag. Derudover tog projektteamet notater under workshoppen til eget brug.

Projektlederens referat er tilgængeligt som bilag (Bilag 10)

Bearbejdning af materiale: Idé- og løsningsworkshop

Løsningsforslagene fra workshop med SIA-teamet blev efterfølgende bearbejdet i en analyse ved hjælp af Müllers teknologimodel.

Denne aktivitet er gennemgået for et udpluk af løsningsforslagene og skal illustrere, hvorledes man kan anvende teknologimodellen til at vurdere løsningsforslagenes realiserbarhed.

Tabel til prioritering af løsningsforslag

Projektteamet konstruerede en tabel, som kunne bruges til at filtrere efter forskellige kriterier.

Tabellen bestod af følgende data:

Beskrivelse af insight combination:

- Designprincipper fra frameworket taget fra niveauet for labels på klyngerne:

Designprincip							
Basale fysiske behov	Adspredelse	Præsentation af personale	At være ventet	Forstå sit forløb	Samarbejde om sygdom	Forstå prioriteringen	Kø og ventetid

- Designpatterns der var brugt i insight combination til med designprincipperne:

Designpattern
Frisør
Walkin frisør
Legoland
Skat hjemmeside / telefonkø
Lufthavn
Trafikmelding
Borgerservice
Djurs sommerland kort over parken
Djurs sommerland kort over parken
Go to gate
Boarding
Charterrejse
Charterrejse
Placeboknapper
Hotelloobby
Konferencedeltagelse
Smertelindring + opfølgning
Pausefisk
Daginstitution
Named nurse
Strik en hue til en hjemløs
Hotelloobby
DSB/stillekupé

- Løsningsidé formuleret som et overordnet forslag til en løsning:

Designidé/løsningsforslag
Booke tid til patienten
Information til patienten om en specifik tid for undersøgelse ved a
Spor vises som triagefarver sammen med information til patienter
Automatisk beregning af maksimal ventetid
Information til patienter om at der findes et prioriteringssystem i a
I forbindelse med større hændelser information i venteværelse or
Udskrift af bonprint, som giver et anonymiseret og randomiseret n
Forklare de fysiske rammer i en akutmodtagelse, find vej, og hvilk
Forklare de fysiske rammer i en akutmodtagelse, find vej, og hvilk
Kaldetavler der viser at patienten skal gøre sig klar
Kald til undersøgelse via kaldetavle
Detaljerede beskrivelser af komplicerede forløb der fortæller pat
Detaljerede beskrivelser af komplicerede forløb der fortæller pat
Patienten skal måle deres BT i venteværelset
Velkomstværelse
Visning af at man er registreret på forhånd når man ankommer
Tilbud om smertelindring understøttes af it
Illustrere at der foregår et flow
Visning af roller - hvem er på arbejde i dag og hvilke funktioner ha
Vise hvem der er patientens ansvarlige kontaktperson
Strikkekurv i venteværelse
Behagelige møbler
Mulighed for ro

Vurdering af løsningens forventede ændring i Müllers teknologi elementer:

- **Teknik** (i hvilket it-system laves løsningen)
- **Organisation** (forstået som akutmodtagelsens organisation omkring den arbejdsgang der bliver påvirket af løsningens ibrugtagelse)

Herunder:

- Proces (hvordan påvirkes personalets arbejdsgange)
- Struktur (forudsætter løsningen ændret organisering)
- **Viden** (hvilke kompetencer forudsætter løsningens ibrugtagelse)
 - Personale (forudsætter løsningens ibrugtagelse ændrede kompetencer hos personalet)
 - Patient (forudsætter løsningens ibrugtagelse kompetencer hos patienten, som vurderes til at være urealistiske)
- **Produkt** (hvor stor en gevinst eller værdi estimeres løsningens ibrugtagelse at medføre i forhold til at give en bedre oplevelse af at vente - her er det væsentligt at understrege, at denne vurdering absolut skal kvalificeres i den efterfølgende present-fase)

De forventede ændringer i teknik organisation og viden blev beskrevet og placeret på en skala efter deres størrelse, hvilket blev markeret med en farve:

	A	B	C
1	Ingen ændring	Lille ændring	Stor ændring

Estimering af gevinst:

Elementet **Produkt** og en sidste kolonne: **Impact** blev beskrevet og placeret på en anden farveskala, fordi der her var tale om, at størrelsen ville have den modsatte betydning i forhold til en vurdering af løsningens realiserbarhed:

Stor	Lille
------	-------

- **Impact** (hvor stor en andel af akutmodtagelsens patienter vil få glæde af løsningen)

Den færdige tabel kan tilgås i Dropbox via linket:

<https://www.dropbox.com/s/p7br9lcf0j0s6it/Tabel%20til%20prioritering%20af%20I%C3%B8sningforslag.xlsx?dl=0>

Design	Teknik	Organisation	Viden	Produkt	Impact		
Booke tid	Bookplan	Koordiner	Kræver ikk	Undervisni	Ingen - pat	Fast aftale	Kun subak
Informatic	Klinisk Log	Koordinat	Der skal v	Personalet	Ingen - pat	Specifik pr	Alle patien
Spor vises	Klinisk Log	Alle patien	Kræver Klii	Personalet	Stor - idet	Man ramr	Alle patien
Automatis	Klinisk Log	Eksisteren	Kræver Klii	Automatis	Oplysning	Svær oplys	Alle patien
Informatic	National via	akuthjælp	app eller	sundhed.dk			
I forbindel	Klinisk Log	Logistik					
Udskrift af	Bookplan	Patienten	Skærm fra	Personalet	Kræver for	Patienten	Alle patien
Forklare de	Lokal broc	Vedligehol	Publicering	Kræver ikk	Få kompet	Rammer b	Alle patien
Forklare de	Lokal side	Vedligehol	Opsætning	Kræver ikk	Få kompet	Rammer b	Alle patien

WAGs - hvilke løsningsforslag er gode?

Resultatet af filtreringerne som er foretaget med henblik på at vurdere løsningsforslagenes realiserbarhed er placeret i ark nr. 2 i projektmappen (ovenstående link til Dropbox).

Efter indtastningen af at udpluk af de genererede idéer og løsningsforslag, i første ark i projektmappen, foretog projektteamet en filtrering i tabellen.

Den første filtrering udelukkede samtlige løsningsforslag, der krævede store ændringer i blot ét af elementerne i Müllers teknologimodel.

Dette var muligt eftersom der, for hver af løsningsforslagene, var foretaget en vurdering af størrelsen af ændringerne, angivet med en farveskala, hvorfor de løsningsforslag, som havde røde elementer kunne sorteres fra og følgende resultat fremkom:

Designidé	Teknik	Organisation	Viden	Produkt	Impact		
Booke tid	Bookplan	Koordineri	Kræver ikk	Undervisni	Ingen - pat	Fast aftale	Kun subakut
Automatis	Klinisk Log	Eksisteren	Kræver Klii	Automatis	Oplysning	Svær oplys	Alle patiente
Informatic	National via	akuthjælp app eller sundhed.dk					
I forbindel	Klinisk Logistik						
Forklare de	Lokal side	Vedligehold	Opsætning	Kræver ikk	Få kompet	Rammer b	Alle patiente
Detaljeret	Lokal side	Vedligehold	Opsætning	Kræver ikk	Få kompet	Kan meget	Alle patiente
Velkomstv	Skiltning						
Tilbud om	Klinisk Logistik						
Illustrere a	Klinisk Logistik						
Visning af	Klinisk Logistik						
Strikkekurv i venteværelse							

Herefter foregik der endnu en filtrering, hvor kravet for at gå videre i prioriteringen var, at der skulle være estimeret en stor værdi for løsningen (produkt) og et stort impact:

Designpattern (Designprincip)	Designidé/løsningsforslag	Teknik	Proces	Struktur	Personale	Patient
Frisør (Kø og ventetid)	Booke tid til patienten					
Lufthavn (Forstå prioritering)	Information til patienter om at der findes et prioriteringssystem i akutmodtagelsen, principper for dette (triage) - suppleres med information om, at der kan komme større hændelser, der har indflydelse på ventetiden (mere hastende patienter der kommer med ambulance)					
Trafikmelding (Forstå prioritering & Kø og ventetid)	I forbindelse med større hændelser information i venteværelse om forventet ændring af ventetid					
Charterrejse (Forstå sit forløb)	Detaljerede beskrivelser af komplicerede forløb der fortæller patienten hvilke aktiviteter, der skal gennemføres, hvor og i hvilken rækkefølge					
Smertelindring + opfølgning (Samarbejde om sygdom & Basale fysiske behov)	Tilbud om smertelindring understøttes af it					
Daginstitution (Præsentation af personale)	Visning af roller - hvem er på arbejde i dag og hvilke funktioner har de					

Skemaet ovenfor er resultatet af filtreringen efter de to principper: At løsningsforslaget ikke må forudsætte større ændringer af hverken teknik, organisation eller viden og at løsningsforslaget er estimeret til både at have stor værdi og et stort impact.

Det er således et bedste bud, fremkommet ved hjælp af en hurtig estimering, på de lavthængende frugter, der kom ud af workshoppen med SIA-teamet. (Dog foretaget som et illustrerende eksempel og ikke som en komplet analyse af løsningsmulighederne)

Det vil være disse løsningsforslag, som tages videre til næste trin i UIM-processen, som udgangspunkt for sketch-aktiviteter.

Det skal pointeres, at der er foretaget WAGs (i leverandørmunde "Wild Ass Guess'es") og at der er tale om meget grove estimater i forhold til den værdi, det forventes at ibrugtagning af løsningerne kan tilvejebringe.



En anden væsentlig pointe er, at i og med, nogle af løsningerne er tiltænkt som ændret anvendelse og konfiguration af de it-systemer, personalet bruger i deres arbejdsgange i akutmodtagelsen.

Løsningsforslagene skal således ikke blot præsenteres for, og evalueres af, de kommende brugere patienterne, for hvem de skal medføre øget værdi.

De skal også udarbejdes i samarbejde med det personale, som skal anvende løsningerne som led i skabelsen af produktet/værdien.

Dertil kommer, at implementeringen af visse løsningsforslag kræver mindre organisationsændringer, hvorfor også akutmodtagelsens ledelser bliver vigtige stakeholders i udviklingsforløbet. I tråd med dette, er der ledelsesrepræsentanter i SIAs team.

Prioriteringsmetoden har bevirket, at der ikke er løsningsforslag, der tager udgangspunkt i designprincippet *adspredelse*, selv om der rent faktisk var en idé og et forslag til en løsning, hvor man stillede strikkekurve i venteområdet, så de ventende kunne bruge tiden på noget meningsfuldt, nemlig at strikke en hue til en hjemløs. Årsagen til at dette løsningsforslag blev sorteret fra, var teamets vurdering af, at værdien nok ville være forholdsvis lille. Man kan dog diskutere, om nogle løsningsforslag skal overvejes, selvom de giver lille værdi, hvis blot de ikke er omkostningsfulde at implementere. I en grundig business case ville sådanne løsningsforslag måske netop overleve.

Et andet forslag, der gik til grunde, under prioriteringen, var et, som imødekom designprincippet, *at være ventet*. Forslaget gik ud på at omdøbe venteområdet til "velkomstområde". Her er igen tale om en løsning, der umiddelbart ville være omkostningslav, men fordi værdien af løsningen estimeres til at være lille, blev den sorteret fra.



En anden finurlighed, der er opstået under workshoppen er det løsningsforslag, som hedder at "Booke tid til patienterne". Denne løsning handler om at konvertere fra akutte til ambulante forløb og er i virkeligheden rettet mod et helt andet problem og bør således udgå.

Tilretter vi pakken med løsningsforslag i forlængelse af disse erkendelser, ender vi med en sammensætning af løsningsforslag, der tilsammen imødekommer alle designprincipperne på nær princippet, der handler om *Kø og ventetid*.

I forlængelse af dette kan man undre sig over, at det netop er et fokus på kø og ventetid, som er fokus i LUP Akutmodtagelsens undersøgelser, og som følge heraf omdrejningspunkter i SIAs målbillede også når det drejer sig om at gøre ventetiden *tålelig* for patienterne.



That's no moon, it's a space station!

Løsningsforslagene i pakken er karakteriseret ved, at de er omkostningslave, forstået som, at de ikke kræver større ændringer i hverken teknik, organisation eller viden. De fleste løsninger er vurderet til at have en forholdsvis stor effekt i forhold til at forbedre oplevelsen af at vente, men værdien af løsningerne kan først afgøres, når patienter igen inddrages i designprocessen og en endelig bekræftelse af, at der er tale om *gode* løsninger, vil først kunne påvises i forbindelse med ibrugtagning, hvor der foretages før- og eftermålinger, så effekten kan dokumenteres.

Teknologi - en blackbox i vurdering af skalerbarhed

Løsningers skalerbarhed er en faktor, som ikke direkte er berørt i det gennemgåede eksempel for, hvorledes man kan sætte en ramme for, hvilke løsninger, der er realisable.

Det er dog ikke en størrelse, der skal underkendes, hvorfor vi i det følgende afsnit, vil åbne blackboxen, og tage diskussionen omkring løsningers skalerbarhed op.

Løsningers realiserbarhed er forbundet med den kontekst, som de skal implementeres i.

Konteksten indgår i vurderingen af realiserbarheden, idet de foretages en vurdering af, hvorvidt løsningen kræver forandringer i teknologiens elementer teknik, organisation og viden.

I eksemplet, hvor løsninger blev prioriteret, i regi af SIA-projektet, ligger der implicit en vurdering af skalerbarheden af løsningsforslagene.

At denne vurdering er skjult skyldes workshoppens sammensætning af deltagere, der har bevirket, at de løsningsforslag, der er fremkommet, allerede inden de er kommet til udtryk, har været igennem forslagsstillerens u-udtrykte vurdering af skalerbarhed.

I denne vurdering har deltagerne anvendt tavs viden.

En blackbox er et fænomen, som bedst kan forklares med en metafor, i form af en vaskemaskine.

Vi putter snarset tøj og vaskepulver ind i maskinen, og henter efterfølgende det rene tøj ud. Hvad der foregår inde i maskinen, mens den vasker, foregår uden vores medvirken, og er ikke noget, vi sædvanligvis behøver at stille spørgsmålstegn ved.

Tavs viden betegner den viden, som er vanskelig at finde et sprogligt udtryk for, fordi den består af en subjektiv opfattelse af mønstre, sammenhænge og strukturer (68).



Hvorvidt noget er en blackbox, afhænger af kontekst og perspektiv. Fx er finanslovsforhandlinger, i de fleste danskeres perspektiv, en blackbox, hvortil nogle partier stiller en række krav, og hvor en finanslov kommer ud, som resultat, i den anden ende. Imidlertid er det komplicerede indhold og proces i finanslovsforhandlingerne meget synlige for de implicerede politikere, og derfor ikke, i deres perspektiv, en blackbox. Dette betyder, at den tavse viden kan være en fælles viden, en common ground, i en bestemt kontekst, men ikke for de, der står udenfor denne kontekst.

Workshopdeltagerne er eksperter i teknologi. De har et indgående kendskab til, ikke blot de it-systemer, som anvendes (teknik), men også til organisationen, arbejdsgangene (proces), de fysiske omgivelser (struktur) og til personalets kompetencer (viden) i Region Midtjyllands fælles akutmodtagelser.

Således er de i stand til at vurdere, hvor der findes anvendelse af teknologi (kombinationer af teknologiens elementer), der er tilstrækkelig ensrettet på tværs af regionens akutmodtagelser til, at forskellige regionalt skalerbare forslag kan udtrykkes. Forslagene er således udtryk for fælles regionale løsningsmuligheder.

Et eksempel vil illustrere dette:

På workshoppen fremkom en idé, udtrykt som et løsningsforslag, som blev genereret i en insight combination af designprincippet *præsentation af personale* og et designpattern som hed *daginstitution*: "Visning af roller - hvem er på arbejde i dag og hvilke funktioner har de".

I elementet teknik blev forslaget vurderet til at skulle udvikles i Klinisk Logistik.

Fra idé til løsningsforslag er der foregået en tavs vurdering af, hvorledes man kan vise roller, og hvem, der er på arbejde i dag samt hvilke funktioner, de har.

Den tavse viden indeholder følgende kendsgerninger, som allesammen indgår i en vurdering af løsningens skalerbarhed:

I Region Midtjylland anvendes en fælles regional it-løsning Klinisk Logistik

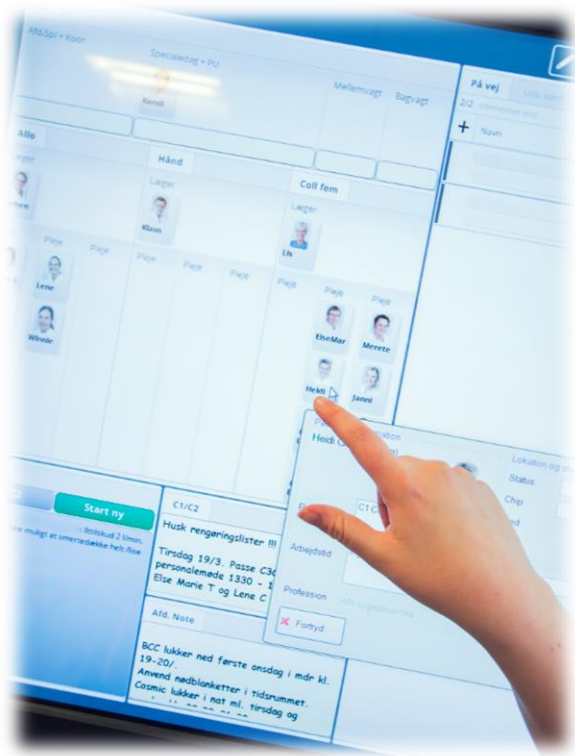
It-systemet Klinisk Logistik anvendes blandt andet til at koordinere personaleressourcer i akutmodtagelserne.

Det betyder, at personalet kontinuerligt opdaterer Klinisk Logistik med informationer om, hvilket personale der er på arbejde (oplysninger i form af profession, navn og foto), fordeler deres opgaver ved at tildele dem forskellige roller (koordinator, behandlersygeplejerske, akutlæge mv.)

Denne arbejdsgang er regionalt ensrettet og foregår stort set identisk på alle regionens akutmodtagelser, hvorfor man kan tale om en fælles regional teknologianvendelse.

På Klinisk logistik Storskærme kan konfigureres et overblik, som viser dette personale og deres roller.

Overblikket kan tilpasses, idet konfigurationen af systemet er fleksibel.



Det vil således være muligt at konfigurere en visning, der udelukkende viser de oplysninger man ønsker at præsentere for patienterne i venteværelset.

Dette patient-overblik vil automatisk kunne hente de informationer som personalet i forvejen har tastet ind i den personale vendte del af brugergrænsefladen.

Således bliver overblikket i venteværelset automatisk genereret og kræver ikke en særskilt arbejdsgang fra personalesiden.

En Klinisk Logistik storskærm kan tilmed gøres ikke-redigerbar, således at patienterne i venteværelset ikke har mulighed for at ændre på oplysningerne, men blot kan tilgå en visning af personalets indtastede oplysninger.

Disse kendsgerninger udtrykker, hvorfor en sådan løsning hverken kræver store ændringer i elementet *teknik* (Klinisk Logistik udvikling) eller elementet *proces* under *organisation*. Idet løsningsforslaget forudsætter at der hænges storskærme op i venteområderne, kræver den en mindre ændring i elementet *struktur* under *organisation*.

Kendsgerningerne tilsammen udgør en vurdering af, om løsningsforslaget er skalerbart i den forstand, at der kan blive tale om en fælles regional løsning.

En tilsvarende tavs vurdering er blevet foretaget under genereringen af samtlige løsningsforslag på workshoppen i SIA-regi, hvorfor de løsninger, der er foreslået alle, som minimum, er udtryk for mulige fælles regionale løsninger.

En yderligere gennemgang af eventuelle fællestræk og ensretning med andre perspektiver, fx nationalt, vil kunne afgøre, om løsningsforslagene også kan skaleres yderligere.

Eksemplet understreger samtidigt, hvor stor betydning, designteamets sammensætning af medlemmer og disses kompetencer har, for generering af idéer og løsningsforslag.

Episode XIV

Konklusion

Da dette projekts problemformulering stiller spørgsmålet:

Hvordan kan man designe gode løsninger til at forbedre patienternes oplevelse af at vente i en fælles akutmodtagelse?

samt de understøttende spørgsmål:

- **Hvad vil det sige at designe?**
- **Hvad er gode løsninger?**

Så er projektets ambition at nå frem til en besvarelse af, dels hvordan man kan undersøge *problemet "oplevelsen af at vente i en akutmodtagelse"* ud fra en antagelse om, at *gode* løsninger forudsætter, at løsningernes brugere, har været involveret i at skabe en fælles forståelse af problemet, hvilket er essentielt i projektets forståelse af *at designe*.

I forlængelse af dette, er projektet sammensat således, at det både indeholder en **analyse** af *problemet* og en syntese frem mod en **vision**, hvor denne forståelse beskrives, udtrykt som designprincipper, der fremkommer i en fælles model for designernes og brugernes oplevelse af problemet. Disse to dele af projektet arbejder i en åbnende tilgang, idet der arbejdes problemorienteret, og man løbende ønsker at skifte perspektiv.

Herefter følger en lukkende fase, hvor projektet tager form af et **construction** project, idet der skal prioriteres løsninger ud fra en analyse af de constraints, som der findes i den kontekst, løsningerne skal implementeres i, hvilket også hører med til at vurdere, om løsningsforslag er forslag til *gode* løsninger.

Sidst, men ikke mindst, i besvarelsen af, hvad det vil sige *at designe* og til spørgsmålet om, hvordan man sikrer, at designede løsninger bliver *gode* løsninger, er der tale om et projekt, der i høj grad afprøver forskellige metoder, i en **proces** evaluerende del, hvorfor kritik og evaluering af projektets metodeanvendelse i høj grad hører til i projektets konklusion. Som følge af dette smelter metodekritik og konklusion sammen i samme afsnit.



To hvide dværge (stjerner) er tættere på hinanden, end man nogensinde har set før, Illustreret Videnskab, 2011



Blev der tryllet kaniner op af hatten?

I dette afsnit vil projektteamet diskutere projektets metoder, og, i forlængelse heraf, evaluere på deres anvendelighed, samt det udbytte de har bidraget med.

Den overordnede proces og de 5 benspænd

Projektets forståelse af *at designe* lægger op til en proces, hvor det både handler om at forstå og beskrive et problem og sideløbende synliggøre, hvorledes problemet kan løses.

Projektet har valgt UIM, som den overordnede metode for processen. Dels fordi projektteamet havde et overfladisk kendskab til metoden, fra et tidligere projekt, og dels fordi metoden beskrives, som værende skræddersyet til en brugerinddragende proces, hvori man, som i dette projekt, har at gøre med et såkaldt wicked problem (9).

Projektdesignet skulle jonglere med alle fire elementer i den simplificerede model af designprojekter og således omfavne 4 typer af projekter: analysis-, construction-, process- og vision project, hvilket på forhånd kunne betragtes som en vanskelig opgave, der ville medføre risiko for, at det samlede projekt alligevel ville ende med at fokusere mest på ét af elementerne.

Fx ville man risikere at gå for meget i retning af et vision project og glemme at tage hånd om virkelighedens constraints, som er indeholdt i construction project delen (Hertzum). Det var en forhåbning, at UIM-processen kunne være en støtte i denne udfordring, idet den lægger op til udgøre et sådant omfavnende projektdesign.

Projektteamet er dog, gentagne gange, stødt ind i udfordringer i forhold til metodens anvendelighed.

Selvom UIM beskriver, at metoden kan anvendes i en forståelse af wicked problems, tager den afsæt i, at problemet, der skal løses er foruddefineret, i et design brief, ved indledningen af UIM processen, hvilket giver vores projekt nogle store udfordringer, i forhold til metodens anvendelse.

I UIM forklares det, hvordan processen altid starter med et design brief, og derfor altid med et på forhånd defineret solution space. Størrelsen på solution space er samtidigt afgørende for, hvordan man udvælger brugere til deltagelse i processen, hvorfor man umiddelbart kan udvælge brugere til forløbet.

Idet projektteamet således ikke kunne anvende UIMs kriterier for brugerudvælgelse, måtte disse kriterier formuleres anderledes.

Designtænkning, skal forstås som en praksis, der indebærer en ikke-lineær proces med en helhedsorienteret analyse af problemet samt udforskning af mange forskellige mulige løsninger. Projektteamet refererer bl.a. til "the science of what works", hvor det netop understreges, hvorledes man bør arbejde problemorienteret frem for løsningsorienteret (37).

Den ikke-lineære proces kræver desuden at designeren bevidst formår at skifte mellem divergent og konvergent tænkning. Sanders forklarer, hvordan den forskningsorienterede tilgang og den designorienterede tilgang kan anvendes i et symbiotisk samspil (34).

UIM-metodens indførelse af et design brief, forud for insight-fasen, bevirker, at denne metode ikke kan benytte sig af disse skift mellem åbnende og lukkende processer, som projektteamet har redegjort for i en beskrivelse af The Double Diamond (57).

Derfor har det været nødvendigt, at afvige fra UIM-metodens anbefalinger til en designproces og indlede designprocessen med et mere åbent objective frem for et veldefineret design brief, hvilket muliggjorde, at vi, som designere, kunne indtage en rolle som den forstående forsker og således, at tilgangen til at løse problemet tog udgangspunkt i at forstå problemet.

Den manglende ikke-lineære proces i UIM-metoden bevirker derudover, at metoden ikke kommer med anbefalinger til, hvorledes man kan gennemføre en lukkefase frem mod et design brief.

Her har projektteamet måttet indføre supplerende metoder, som gjorde det muligt systematisk at gennemføre en konvergerende fase. Projektteamet anvendte til dette formål Müllers teknologibegreb som en ramme for lukningen.

En analytisk gennemgang af de fire elementer i teknologimodellen i forbindelse med overgangen fra vision til sketch-fase, viste sig at gøre det muligt at forholde sig til relevante constraints og derved foretage den nødvendige prioritering.

UIM advarer derudover om, at man skal forvente, at overgangen fra insight til vision er vanskelig og forklarer, at man i denne transition systematisk må opsummere insight begreber og identificere bløde hypoteser. Metoden forklarer imidlertid ikke, hvordan dette helt konkret kan gennemføres.

Designteamet fandt stor hjælp i Jon Kolkos værktøjer til syntese og abduktiv tænkning, som gjorde det muligt på en gennemsigtig måde at bevæge sig fra indsamlet data til et færdigt framework (36);(54).

Ved anvendelse af syntesemetoden blev det muligt at afmystificere designprocessens overgang fra data til designprincipper og idéer. Det viste sig, at design ikke behøver ikke være magi, men at man via abduktiv tænkning kan resonere sig frem gennem en synliggjort proces.

Arbejdet fra post-its, over affinitydiagram til concept map, rummer, ligesom Grounded Theory, en åbenhed overfor data, og en systematisk og iterativ analyse, gennem stadier af åben kodning (post-its), aksial kodning (affinitydiagram), og selektiv kodning (concept map).

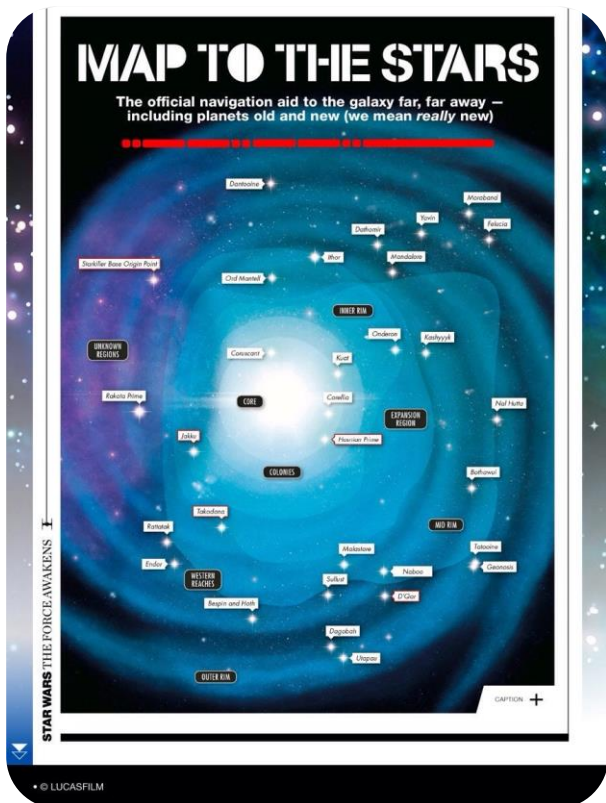
Samtidig kan dette projekts framework sidestilles med den teori, Grounded Theory sigter på at udvikle (65).



De fem benspænd

De fem benspænd er en film, delvis dokumentar, delvis fiktion, fra 2003, om samarbejdet mellem de to filminstruktører, Lars von Trier og Jørgen Leth.

Projektet går ud på, at Leth skal genindspille scener fra en af sine tidligere film, "det perfekte menneske", men denne gang efter Triers særprægede, og helt urimelige regler. "Indimellem blev jeg fortvivlet, og tænkte, at det kan jeg fandeme ikke løse. Jeg kunne mærke desperationen og afgrunden lige ved siden af" siger Leth, som svar på, at Triers hensigt, med at bringe mesteren på glatis, lykkedes (69).



En rejse i designlandskabet

Projektteamet har brudt med de traditionelle design praksisser, således at de tilgange, metoder og værktøjer, som designteamet undervejs har besøgt i løbet af dataindsamling og databearbejdning, har forskellige placeringer i Sanders designlandskab.

Nogle af dem stammer tilmed fra helt andre discipliner indenfor design end dem, som Sanders umiddelbart beskæftiger sig med.

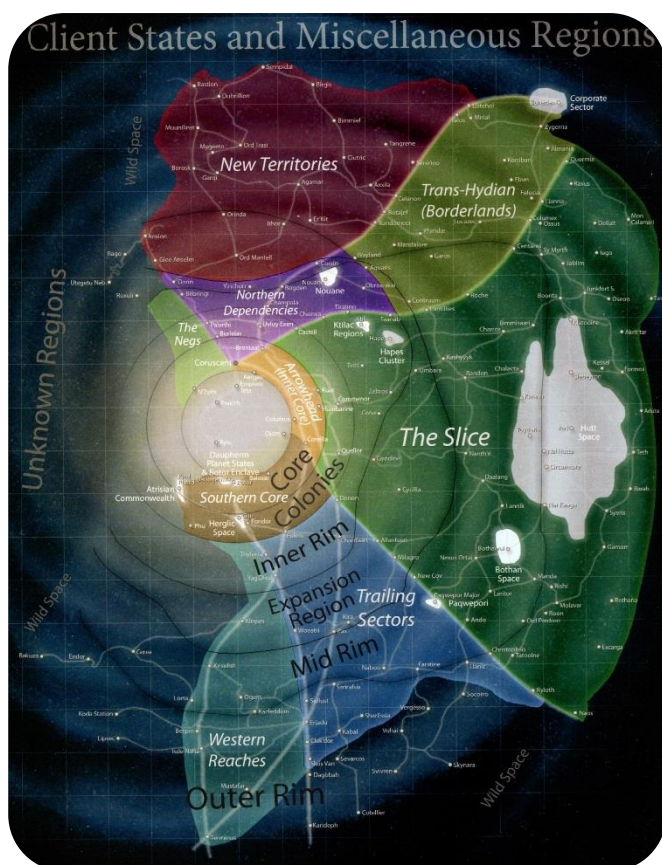
Fx er metoden til syntese, en metode, der lige så vel kan benyttes til at designe tandbørster og fadølsanlæg³ og værktøjet journey maps stammer oprindeligt fra servicemanagement branchen, hvor det er udviklet til at beskrive en kundes oplevelse af service (48).

Sanders forklarer netop, hvordan hun ser kortet over designlandskabet anvendeligt både for designere, som ønsker at stå det samme sted på kortet under hele processen, men også af designere, som ønsker tage på en rejse (34).

³ Jon Kolko er direktør for det globale designfirma Frog, der beskæftiger sig med mange forskellige produkter og services lige fra fadølsanlæg, over software, til oplevelser

Således har projektteamet valgt at rejse rundt og benytte de metoder, der til situationen og formålet gav størst værdi - og ikke haft ambitioner om at binde sig til en bestemt placering på kortet.

Der er brugt generative tools, fra det ene hjørne af kortet, i form af situation cards, både under brainstormen på workshoppen på Aalborg Universitet og under interviews med patienter, hvor projektteamet etablerede et 3rd space og brugte situation cards som led i faciliteringen, mens der fra den modsatte ende af kortet er brugt en form for contextual inquiry, da der blev foretaget observationsstudier og i den forbindelse interviews med personalet i deres arbejdsomgivelser. I contextual design er også hentet inspiration under anvendelsen af metoden follow-the-actor.



Map from Starwars

Dertil kommer, at anvendelsen af generative tools har fundet sted i en forskningsorienteret tilgang, da formålet med undersøgelsen var at opnå en forståelse af problemet under interviews med patienter. Dette på trods af, at Sanders har placeret disse værktøjer under den designorienterede tilgang.

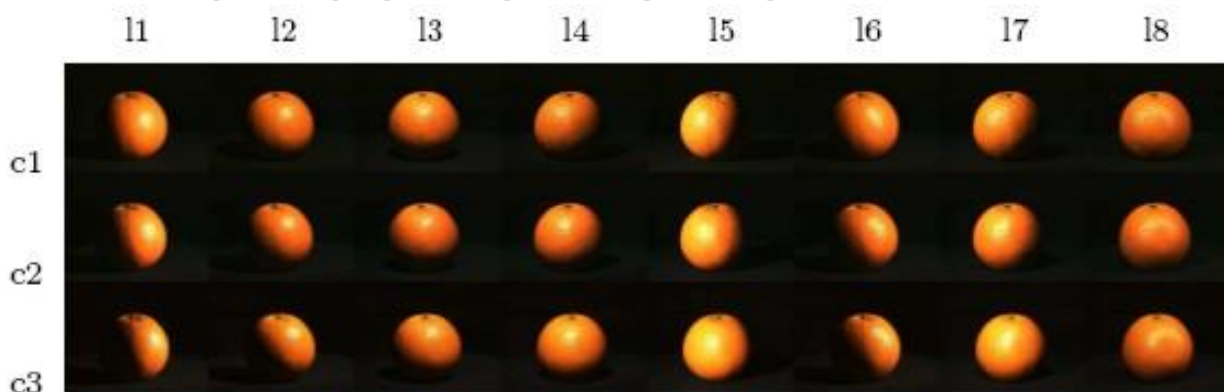
Vi har med andre ord brugt værktøjer, som normalt anvendes til at facilitere brugernes deltagelse i at designe løsninger, til det formål at facilitere brugernes italesættelse af behov og ønsker, i en forståelse af problemet.

Ifølge Morten Hertzum er de metoder, som er mest anvendelige for en designer, ikke metoder der forudsætter, at man stringent benytter bestemte værktøjer, men i virkeligheden metoder, som giver rum til, at designeren frit kan sammensætte de rigtige værktøjer i processen.

Han taler netop for en rejse i landskabet frem dét, at følge et manuskript.

Det har, i forlængelse heraf, været designteamets erfaring, at den frigjorte anvendelse af værktøjer har gjort det muligt at sikre en god facilitering under dataindsamlingen. Derudover opnåede teamet en mere optimal databearbejdning, idet de værktøjer, der blev benyttet var målrettede til det genstandsfelt, som teamet tog udgangspunkt i under hver aktivitet, samt til det formål, som værktøjet skulle anvendes til.

Metodetriangulering og seeing-moving-seeing



Looking at objects from different angles, Amsterdam Library of Object Images

Projektet har under indsamlingen og bearbejdningen af data benyttet sig af at skifte perspektiv.

Først og fremmest er der anvendt forskellige dataindsamlingsmetoder til indsamlingen af data, der skulle anvendes i det videre forløb.

Dataindsamlingen foregik kontinuerligt, ikke blot med forskellige metoder, workshops, interviews og observationsstudier, men for hver indsamlingsaktivitet blev der også arbejdet med iterationer af det objective, der skulle undersøges.

Dette havde bl.a. den fordel, at data fra tidligere aktiviteter kunne benyttes i efterfølgende aktiviteter.

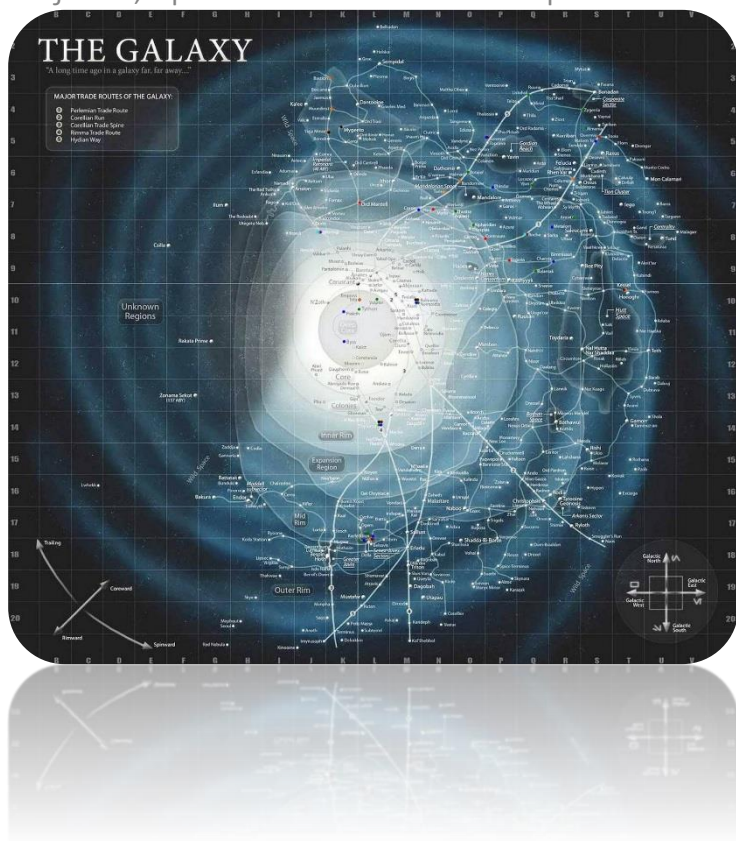
Fx gav de mange observationsstudier, udover en forståelse af problemet, indsigt i nogle af de mange, forskellige udformninger af flowet for den ventende patient i akutmodtagelsen.

Disse data anvendtes efterfølgende i forberedelsen af patient interviews, idet designteamet kunne identificere en række touchpoints, i forhold til udarbejdelsen af materialet til journey maps. Billederne fra observationsstudierne viste sig at være anvendelige til udarbejdelsen af situation cards.

Seeing-moving-seeing processen (38) er benyttet både under dataindsamlingen, hvor der skiftes perspektiv men i særdeleshed også under bearbejdningen af data.

Under syntesen benyttede designteamet metoden reframing, hvor elementernes sammenhæng i flere omgange blev betragtet fra et nyt perspektiv, hvilket bidrog til en helhedsforståelse af domænet.

Objects, spatialization & Third Space



Et kort over galaksen i Star Wars

Projektet har, som led i at facilitere forskellige processer, brugt flere forskellige metoder, der inddrager brugen af det flerdimensionale, fysiske rum, håndgribelige objekter samt modeller af objekters placering i flerdimensionalt rum.

Når vi går rundt i virkeligheden, forholder vi os konstant til 3-dimensionelle objekter i et 3-dimensionelt rum.

Måske er det forklaringen på, at når man skal beskrive sin egen mentale model af et domæne, så bliver det mere simpelt og håndgribeligt, når man bruger rumvirkningen.

Måske er det også derfor, at tangible objects er nemmere at forstå, end en lang skriftlig redegørelse.

I hvert fald oplevede vi, da vi skulle arbejde med syntesen af et stort, usammenhængende datamateriale, at brugen af spatialization var et yderst effektivt middel til at facilitere processen.

Legemliggørelsen af de begreber, vi arbejdede med, i form af post-its og billeder, og senere rumliggørelsen af deres placeringer og relationer i forhold til hinanden, gjorde det nemmere at arbejde med de fornemmelser, der skulle faciliteres i processen og føre til bløde hypoteser.

Anvendelsen af objekter og billeder, i stedet for ord og tekst, faciliterede også den abduktive tænkning, idet der blev åbnet for kreativitet og ikke blev sat ord på forklaringerne, som derfor udsprang af data på en mere direkte måde. Billeder og objekter åbner for associationer og nytænkning, mens ord og sætninger nærmere opleves som forklarende og lukkende.

Sådan kan vi forklare vores *egen* oplevelse med at arbejde med rumvirkning og tangible objects.

Vi formoder, den gode effekt, projektteamet oplevede under dataindsamlingen, hvor patienterne formåede at beskrive problemet med deres egne ord, er et resultat af den samme oplevelse hos dem.

Den faciliterende effekt opstod formodentlig, fordi billeder og objekter, ligesom det immaterielle rum, Third Space, tilsammen frigør deltageren og giver plads til, at der tænkes frit, uden indflydelse af designernes fortolkninger, verden og ord. Herved bliver det muligt at beskrive sin egen model af verden.

Participatory or not?

Når projektteamet har valgt at kalde projektets proces for brugerinvolverende, er det nødvendigt at se på, i hvilken grad, og med hvilket formål, brugerinddragelsen har fundet sted.

I artiklen "Unpacking the Notion of Participation in Participatory Design" beskæftiger forfatterne sig med, hvad det er, brugerne deltager i, når de involveres i en designproces, hvordan brugerne bidrager til designresultatet, og hvordan brugerne kan se, resultatet af deres deltagelse i processen.

Argumenterne for brugerinddragelse er, dels, at inddragelsen faciliterer den senere implementering af designet, og dels, at brugerne har ret til indflydelse på deres fremtidige brugssituation. Brugerne bidrager desuden, sammen med designerne, til opbygning af en væsentlig mængde ny viden. - Selv om udgangspunktet, for PD, er, at brugerne skal involveres i hele designprocessen, argumenterer artiklen for, at man, som designer har ret frie hænder, i forhold til, hvor, og hvornår, i designprocessen, brugerne inddrages. Denne selektion skal foretages i relation til, hvilken type produkt, det er, man designer.

Formålet med at inddrage brugere i dette projekt, har, i forsøget på at opnå en fælles forståelse af problemet, været at få indsigt i brugernes, ellers tavse viden, som de brugerinvolverende aktiviteter har fået italesat.

Når projektteamet beskriver designprocessen som brugerinddragende, er det ud fra betragtningen om, at det er brugerne, der har leveret en stor del af datagrundlaget for syntesen frem mod frameworket.

Frameworket skal udtrykke patienternes og designteamets fælles forståelse af, hvordan der kan opnås komfort i ventetiden.

Det vil således være afgørende, at den forståelse af problemet, som designteamet har beskrevet i modellen også stemmer overens med patienternes opfattelse.

Dette bør sikres i en aktivitet, hvor patienterne får lov at evaluere frameworket og give udtryk for, om det beskriver deres forståelse af problemet.

Imidlertid forholder det sig sådan, at brugere ofte har svært ved at forholde sig til design research (36).

Præsentationen af frameworket, som det foreligger i en stor mængde formuleret tekst og beskrivende relationer, vil således være vanskeligt at gennemføre med udgangspunkt i det framework, som designteamet har modelleret i Prezi. Selv *The Magic Stick*, som er en forsimplet model af frameworket, er et udtryk for design research og ikke særlig håndgribeligt.

En måde, hvorpå man kan imødekomme denne udfordring og sikre, at brugerne evaluerer forståelsen af problemet, kunne være at benytte sig af de tidligere omtalte tangible objects.

I sketch- og present fasen benytter man ofte prototyper af løsningsforslag, som netop er legemliggjorte udtryk af frameworket.

Prototyper af løsningsforslagene kan således repræsentere frameworket og vil indirekte være udtryk for den fælles forståelse af problemet. Hermed bliver brugernes tilbagemelding på, om de oplever, at prototyperne kan løse problemet og give værdi en vigtig information i forhold til, om frameworket udtrykker en fælles forståelse af problemet.

Design, der giver gode løsninger



*Herbert Simon is
Professor of Psychology
at Carnegie-Mellon
University.*

*He was awarded the
Nobel Prize in economics
in 1978*

Everyone designs who devises courses of action aimed at changing existing situations into preferred ones.

Herbert Simon (70)

- Hvad vil det sige at designe?
- Hvad er gode løsninger?

Dette er to spørgsmål, der hænger uløseligt sammen. Gode løsninger, er løsninger, som imødekommer visionen om at nå til en bedre fremtid.

At designe betyder at skabe sådanne løsninger.

Vi kastede os ud i dette projekt uden på forhånd at undersøge, hvad det vil sige at designe.

Vi formodede, UIM var *de vise sten* - men valgte flere gange at afvige fra denne metode.

Når vi ser tilbage på den proces, vi har gennemført i dette projekt, genfinder vi et, stort set identisk mønster, i en metodologi, kaldet *design thinking* (66).

Design Thinking, som er et af de hotteste topics indenfor innovation, har givet nyt liv til Herbert Simons tidligere definerede model af designprocessen (67).

Det er en tilgang til design, som bryder med de traditionelle designmetoder, som fx User Innovation og Interaction design.

Design Thinking og den designproces, som dette projekt har udviklet sig til, indeholder adskillige fællestræk.

Design Thinking indeholder den ikke-lineære proces, startende med en divergerende fase, hvorfor den egner sig til at løse wicked problems, nøjagtigt svarende til den tilgang, som i dette projekt måtte anlægges, frem for at tage udgangspunkt i et design brief.

En af metodologiens attributter er *open mindset*, og i sammensætningen af metoder, forholder Design Thinking sig multidisciplinært på samme sæt, som den rejse vi foretog rundt i designlandskabet.

Metodologiens multidisciplinære tilgang understreges med et statement om, at "Design Thinking er den lim, der holder forskellige typer af discipliner sammen, og gør projekter succesrige".

I den indledende divergerende del, benyttes *emphasize*, om den aktivitet, som UIM kalder insight. Idet vi har suppleret med en metode til syntese, tilnærmer vi os nærmere Design Thinkings forståelse af aktiviteten - om syntesen forklarer Kolko: "This method attempts to move from knowledge to wisdom, because it demands that you empathize with a target audience by trying to understand how something would *feel* in a particular situation".

Metoden gør designeren i stand til ikke blot at forstå, men også at fornemme eller føle brugerens behov!

Netop denne distinktion, mellem at forstå og føle, understreger, hvorfor Design Thinking, sandsynligvis er en, endnu mere, sikker metode til at ramme brugernes behov i en løsning, der bliver *god*.

Derudover benytter Design Thinking sig af den samme tilgang til at generere idéer, som dette projekt har anvendt under insight combination, idet pointen er at generere så mange idéer som muligt, i en åbnende aktivitet.

Det typiske mønster er, at man i forlængelse af idégenereringen straks kaster sig ud i prototyping, som indleder en fase, hvor brugerne inddrages i at eksperimentere med disse, således at de bedste løsninger prioriteres.

En variant af den eksperimentelle fase kan dog være, at "impose constraints", svarende til den metode, dette projekt anvender, hvor løsningsforslagene prioriteres i en lukkende aktivitet forud for mødet med brugerne.

I det eksempel, hvor dette projekt illustrerer frameworkets anvendelsesmuligheder, er der anvendt constraints, i form af vurderinger, efter Müllers teknologibegreb.

Argumentet for at pålægge constraints forud for brugerinddragelsen er, at eksemplet foregår i regi af et regionalt it-projekt, hvor der findes økonomiske og organisatoriske rammer, der sætter en begrænsning for løsningers realiserbarhed. Det ville ikke være ønskeligt at

præsentere brugerne for løsninger, som senere viser sig at være urealistiske at gennemføre, selv om brugerne vurderede dem til at være gode løsninger.

I nogle kontekster, er *gode* løsninger, således ikke blot de løsninger, som bedst imødekommer brugernes behov. Der kan være andre krav til løsningerne, i dette tilfælde grænser for, *hvor* store ændringer i elementerne teknik, organisation og viden, løsningerne må medføre.

Det gennemførte eksempel illustrerer, hvorledes tilstedeværelsen af andre stakeholders end brugerne kan påvirke, hvad der betragtes som værende en *god* løsning.

Eksemplet belyser samtidig, at de beslutninger, man foretager, har afgørende betydning for, hvilke løsningsforslag, der prioriteres.

Fx betød en beslutning om, at et krav til løsningerne skulle være, at de blev estimeret til at give høj værdi (produkt), at flere af de, ellers billigere, løsningsforslag blev fravalgt. En beslutning som i dette tilfælde, på grund af processens udformning, heldigvis blev foretaget så sent, at den kunne omgøres.

Hvordan kan problemet løses?

Solutions to wicked problems can be only good or bad, not true or false.

Horst Rittel

Dette projekt har ingen ambitioner om at løse vente-problematikken i de fælles akutmodtagelser. Problemet kan ikke løses, da der er tale om et wicked problem, men det's negative konsekvenser kan mitigeres ved hjælp af design.

I stedet for at love at løse problemet, stiller projektet, i problemformuleringen, følgende spørgsmål:

Hvordan kan man designe gode løsninger til at forbedre patienternes oplevelse af at vente i en fælles akutmodtagelse?

Svaret bliver således ikke, hvordan man kan løse problemet, men hvordan man mitigere dets konsekvenser - forbedre patienternes oplevelse af at vente i en fælles akutmodtagelse.

Den, som oplever at vente i en fælles akutmodtagelse, er patienten.

Alle danskere er, i princippet, hvis ikke tidligere patienter i en fælles akutmodtagelse, mulige, fremtidige patienter i en fælles akutmodtagelse.

Således er vi alle potentielle brugere af de løsninger, der skal forbedre oplevelsen af at vente her - de *gode* løsninger.

Alle kender til at vente, og de fleste af os hader at vente.

Ergo er der tale om en nærværende problemstilling, som de fleste finder relevant.

Problemstillingens relevans betyder, at designerens udfordring, i involvering af brugerne, ikke bliver manglende engagement, men faciliteringen af brugerinnovationen.

At designe er at føle, og dernæst, beskrive brugerens behov - og herpå bygge en vision.
- som følge heraf, føler og beskriver design, *gode* løsninger.

Kvaliteten af en oplevelse er nøje forbundet med den, som oplever, og de forventninger, den, som oplever, har til oplevelsen.

At designe er at opleve problemet med brugernes øjne - at føle problemet.

Gode løsninger er løsninger, der forbedrer denne oplevelse.

En oplevelse er et samlet billede, hvorfor *gode* løsninger ikke kan stå alene.

Oplevelsens kvalitet er direkte forbundet med opleverens forventninger, hvorfor *gode* løsninger indeholder en afstemning mellem forventninger og oplevelse.

Mens vi venter på den rigtige løsning....

De *gode* løsninger, beskrives i en model, som er et framework, der udtrykker designprincipper.

Designprincipperne fortæller, at *gode* løsninger, er sammensætninger af løsninger, der tilsammen imødekommer, at patientens forventninger afstemmes med oplevelsen af at vente i en fælles akutmodtagelse, hvilket medfører en bedre oplevelse af at vente.

En god oplevelse af at vente forudsætter, at man befinder sig i tilstand, hvor man føler sig veltilpas - en tilstand af *komfort*, som opnås ved *familiarity*, at man føler sig i kendte og trygge rammer og hænder samt *tolerance*, en følelse af at kunne rumme sine omgivelser.

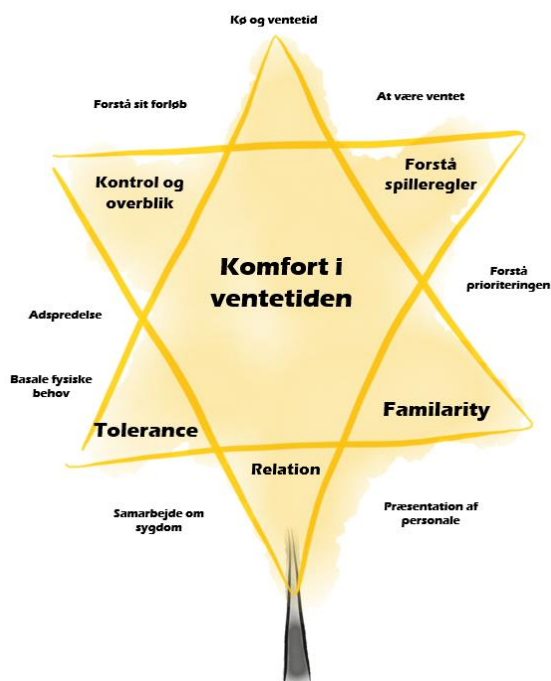
At afstemme forventninger kan gøres ved, at informere om, hvad der kan forventes, ved at tilvejebringe patienten viden, der gør patienten i stand til at føle sig i kendte og trygge rammer og hænder og kunne rumme sine omgivelser.

Der er tale om en helhed, hvor *kontrol og overblik* (at kunne overskue situationen, have overblik over situationen og kunne styre situationen), *relation* (at kunne relatere sig til omgivelserne og indgå i et samarbejde) og det, at *forstå spilleregler* (at kende stedets organisering, de regler, der gælder på stedet og de mennesker, der er i omgivelserne) tilsammen bidrager til en bedre oplevelse af at vente.

Det samlede framework og dets designprincipper indeholder forsvindende små elementer, der omhandler den faktiske ventetid og information om denne, bekræftende, at det ikke er ventetiden, i sig selv, der er essentiel, men den samlede oplevelse af at vente.

Dette indikerer, at den nationale LUP Akutmodtagelse, måske skal se sig om efter nogle andre parametre, og at Region Midtjyllands it-projekt, SIA, måske skal revidere sit målbillede, hvis ambitioner om at skabe bedre patientoplevelser, i akutmodtagelsernes venteværelser, skal imødekommes.

Frameworkets principper for design, gør det muligt at generere idéer til *gode* løsningsforslag.



The magic stick - En forsimplet model af Concept map / Framework - En god oplevelse af at vente.

Modellen skal give associationer til en tryllestav - man kan bruge til at trylle idéer frem med, og til stjernehimlen, med tusindvis af stjerner illustrerende mange mulige idéer.

Genereringen kan foregå med udgangspunkt i frameworket, og det vil være designteamets sammensætning, og de constraints, der pålægges, som yderligere afgør, hvilke løsninger der er indeholdt i resultatet.

Vurderingen af, om resultatet indeholder *gode* løsninger, skal i sidste ende foretages af brugerne, patienterne, som skal tage løsningerne i anvendelse, idet ibrugtagning er en forudsætning for, at løsningerne skaber værdi.

- En co-designing aktivitet, som kræver facilitering.

Sundhedsvæsenets kompleksitet medfører, at samtlige idéer, der genereres, på ét eller andet sted, mellem idé- og ibrugtagningsfasen, vil møde constraints, som enten helt forhindrer realiseringen af en løsning, eller begrænser, at løsningen giver værdi/bliver god.

Implementering af nye løsninger kræver beslutninger, der medfører ændring i prioritering af ressourcer.

Her ledes tilbage til den tidligere omtalte balance mellem ønsket om at opfylde patienternes behov for en bedre oplevelse af ventetiden og deres behov for at modtage sundhedsvæsenets kerneydelse, behandling.



Episode IV

Perspektivering

Frameworket skal betragtes som en form for generisk værktøj til at genere idéer.

Disse idéer kan genereres og anvendes til at udfærdige løsningsforslag i flere forskellige regi.

Projektteamet bragte frameworket ind i en regional kontekst, hvor det blev anvendt som baggrund for produktion af løsningsforslag i et regionalt it-projekt, hvor der blev pålagt fælles regionale rammer i beslutningerne om, hvilke løsningsforslag der skulle prioriteres.

En alternativ anvendelse kunne være at bringe frameworket ind i en aktivitet, hvor der skulle udarbejdes løsningsforslag, til forbedring af patienternes oplevelse af at vente i en fælles akutmodtagelse, i nationalt regi, og således foreslå løsninger, der kunne anvendes på landsplan i Danmark.

Til det formål foreslår designteamet en anderledes tilgang.

I stedet for at bruge frameworket til insight combination, kunne der tages udgangspunkt i en identifikation af et område, hvor der, på landsplan, er tilstrækkelig mange fællestræk og ensretning.

En fælles løsning, er en ny fælles anvendelse og skal således bygges på en eksisterende fælles anvendelse (Som Herbert Simon udtrykker det: ..changing existing situations into preferred ones).

Hospitalernes it-systemer er, som udgangspunkt, fælles regionale og ikke "fælles"-nationale, fraset få eksempler som fx den nye Præhospital Patient Journal.

Dog findes der nogle få, spæde, eksempler på nationale løsninger til digital kommunikation med patienter (i denne sammenhæng oftest benævnt borgere).

Ét af disse eksempler er akuthjælp-app'en, et andet er sundhed.dk.

Disse digitale platforme vil være et godt udgangspunkt for etablering af en fælles national løsning, der kunne imødekomme ønsket om at forbedre oplevelsen af at vente i akutmodtagelsen.

- Elementet teknik er hermed identificeret og vi har en form for, design brief, idet vi ved, der er tale om en digital løsning til information og kommunikation med patienter

Det, som udestår, er en identifikation af et designprincip, som er ensrettet på landsplan indenfor elementerne organisation og viden.

Ser vi (designteamet) på frameworket, med vores falkeblik, som her betyder vores tavse viden om akutområdet, på nationalt plan, kan vi hurtigt spotte et designprincip, og et underliggende element, der åbner op for en idé og et løsningsforslag.

Man har gennem en længere årrække arbejdet med ensartet triagering af patienter på akutområdet.

Triagering betyder at hastegradsvurdere og er akutmodtagelsernes redskab til at prioritere, i hvilken rækkefølge patienter behandles.

Frameworket indeholder et princip, der hedder, at *forstå spilleregler*, hvortil der bl.a. hører følgende bløde hypotese: En forklaring af principperne for afvikling af køen sætter patienten i stand til at forstå og forholde sig til ventetiden (Er der klare principper for afvikling af køen?).

Danish Emergency Process Triage - DEPT

DEPT er et nationalt prioriteringsredskab, der har til formål at sikre, at de patienter, hvis sygdom eller tilskadekomst er tidskritisk, behandles hurtigt. Den første version af DEPT blev udviklet i 2012.

I de danske akutmodtagelser triageres alle akutte patienter, for at sikre, at patienterne bliver vurderet, og behandlet, ud fra alvorligheden af den enkeltes sygdomsbillede.

Triage består grundlæggende af to elementer, dels en vurdering af patientens vitalparametre (puls, blodtryk, iltmætning, temperatur, bevidsthedstilstand m.m.), og en vurdering af patientens symptomer, vha. symptomårsagskort.

En samlet vurdering af disse to elementer angiver patientens triagefarve (hastegrad).

DEPT er et 5 trins triagesystem, som indeholder 5 hastegrader:

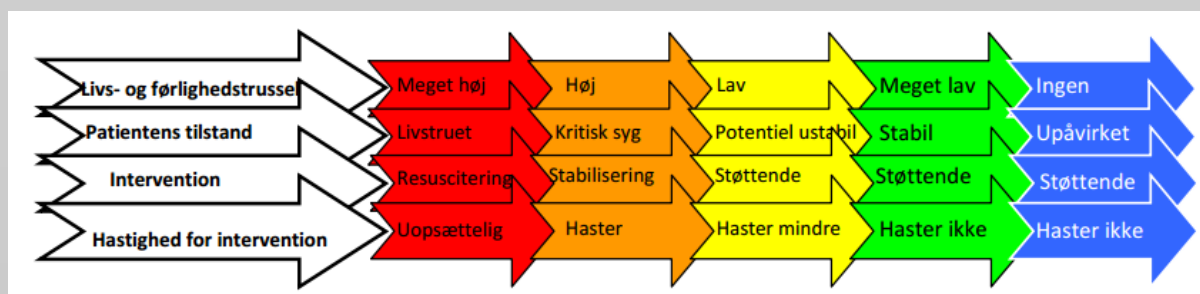
Rød: livstruende tilstand, som kræver omgående behandling

Orange: kritisk tilstand, som kræver hurtig behandling (indenfor 15 minutter)

Gul: Stabil tilstand, dog potentielt ustabil (ses af læge indenfor 60 minutter)

Grøn: Stabil og stationær tilstand, der haster mindre (skal vurderes af en læge indenfor 180 minutter)

Blå: Upåvirket, patienter med mindre skader (skal revurderes mindst hver 4. time)



Model af niveauer for triagering, ressourcetildeling og umiddelbar intervention i modtagelsen af den akutte patient.

Eksemplet illustrerer, en anden måde at anvende frameworket på, i en kraftigt, løsningsorienteret tilgang.

Vi vil lade det være op til læseren, at spekulere over, hvordan de sundhedsfaglige principper for triage kan omsættes til tangible objects, således, at brugere kan fungere som co-designere i en innovativ proces.

Designteamets kommer dog her med lidt inspiration:



Episode XVI

The Empire Strikes Back!!!

EXPECT A VISION FROM SOMEWHERE!



Expect a vision from somewhere (9)

To be continued....

Referencer

1. Hulemænd i habitter - Alle hader at vente [Internet]. Available from: <http://hulemaendihabitter.dk/vi-hader-at-vente/>
2. NY Times. Why wating in line is torture [Internet]. Available from: http://www.nytimes.com/2012/08/19/opinion/sunday/why-waiting-in-line-is-torture.html?pagewanted=all&_r=0
3. JyskeVestkysten. Ventetiden er et ømt punkt på skadestuen [Internet]. Available from: <http://www.jv.dk/kolding/Ventetiden-er-et-oemt-punkt-paa-skadestuen/artikel/2463190>
4. Berlingske. Syge med smerter klager over ventetid på skadestuen [Internet]. Available from: <https://www.b.dk/nationalt/syge-med-smerter-klager-over-ventetid-paa-skadestuer>
5. Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. 2016 LUP Akutmodtagelse Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i Akutmodtagelser - akut ambulante patienter [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 4]. Available from: https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUPakut/2016/lup_akut_2016_national_rapport.pdf
6. Enhed for evaluering og brugerinddragelse. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUPakut/2015/lup_akutmodtagelse_2015_national_rapport_0.pdf
7. Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. 2014 LUP Akutmodtagelse Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - akut ambulante patienter [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 4]. Available from: https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUPakut/2014/lup_akut_rapport_2014_web.pdf
8. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci.* 1973;4(2):155–69.
9. Kanstrup AM, Bertelsen P. *User innovation management a handbook*. 1st ed. Aalborg University Press; 2011.
10. Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen SÆ. *De Danske Akutmodtagelser -Status 2016*. 2016.
11. Sundhedsstyrelsen. *Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* [Internet]. 2007. 1-40 p. Available from: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2007/PLAN/Akutberedskab/StyrketAkutberedskab.pdf>
12. Akutudvalget. *Ventetider i akutmodtagelser*. 2012;
13. RegionSyddanmark. *Bilag 4c Rapport om servicemål for skadebehandlingen i Region Syddanmark*.
14. Thompson DA, Yarnold PR, Adams SL, Spacone AB. How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department? *Ann Emerg Med* [Internet]. 1996;28(6):652–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8953955%5Cnhttp://ac.els-cdn.com/S0196064496700896/1-s2.0-S0196064496700896-main.pdf?_tid=2419ebd4-7bd7-11e4-8d79-00000aacb361&acdnat=1417712648_a67c9e96a1ab6a598b04c92f2a989b2d%5Cnhttp://ac.els-cdn.com/S0196064496700896
15. *Medicine* AE. Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say? 2000;7(6).
16. Taylor C, Bengner JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J.* 2004;21(5):528–32.
17. Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2013;39(6):534–8.
18. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Ann Emerg*

- Med [Internet]. 1996;28(6):657–65. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064496700902>
19. Nelson D, Coleman K, Walker J. Why are you waiting? Formulating an information pamphlet for use in an accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs*. 1997;5(1):39–41.
 20. Soremekun OA, Takayesu JK, Bohan SJ. Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *J Emerg Med*. 2011;41(6):686–92.
 21. Brøcker A, Christensen IE, Bro LL, Glent-Madsen M, Tovgaard SL. Kvalitet og mål i akutmodtagelser. Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning; 2013.
 22. RegionHovedstaden. Brug LUP i kvalitetsarbejdet [Internet]. Available from: <http://patientoplevelser.dk/metode-inspiration/brug-lup-kvalitetsarbejdet>
 23. Christensen A, Jespersen LG. Fra servicemanagement til oplevelsesøkonomi. *Academica*; 2007.
 24. DetEtskeRåd. Etik og prioritering i sundhedsvæsenet - hvorfor det er så svært? 2013.
 25. Danske Regioner. Pres på sundhedsvæsenet. 2015;
 26. Steen-Andersen AM. Else Smith: “Gentænk sundhedsvæsenet!” *Dagens Medicin*. 2017;1–16.
 27. Jensen JB. Fremtidens kunder i sundhedsvæsenet [Internet]. Available from: <http://www.fremforsk.dk/artikler/fremtidens-kunder-i-sundhedsvaesenet/>
 28. Kolko J. Wicked Problems: Problems Worth Solving: A Handbook & A Call to Action [Internet]. AC4D Austin Center for Design; 2012. Available from: https://www.wickedproblems.com/1_wicked_problems.php
 29. Colborne G. Simple and Usable. *New Riders*; 2011.
 30. IEEE Spectrum. Why software fails [Internet]. 2005. Available from: <http://spectrum.ieee.org/computing/software/why-software-fails>
 31. Jønsson AR, Baker VH, Jacobsen CBH, Pedersen L. Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden - ViBIS. *Tidsskr Forsk i Sygd og Samf*. 2015;22:5–17.
 32. Simonsen J, Robertson T. *Handbook of Participatory Design*. 1st ed. Routledge International; 2013.
 33. Beyer H, Holtzblatt K. *Contextual Design Defining Customer-Centered Systems*. Academic Press; 1998.
 34. Dubberly H, Sanders L. An Evolving Map of Design Practice and Design Research. *Des Res Q. Design Research Society*; 2006;1(1).
 35. Hertzum M. *Situated Design Methods* pp. 25-43 (Project Designs for Students Design Project). MIT Press; 2014.
 36. Kolko J. Abductive Thinking and Sensemaking: The Drivers of Design Synthesis. *Des Issues* [Internet]. 2010;26(1):15–28. Available from: <http://www.mitpressjournals.org/doi/10.1162/desi.2010.26.1.15>
 37. Coiera E. *Guide to health informatics*. 3rd ed. CRC Press; 2015.
 38. Bratteteig T, Wagner I. Unpacking the Notion of Participation in Participatory Design. *Comput Support Coop Work CSCW An Int J* [Internet]. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*; 2016;25(6):425–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10606-016-9259-4>
 39. Have ideas need to prioritize [Internet]. Available from: <http://www.qualquantsignals.com/have-ideas-need-to-prioritize>
 40. Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering. *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering* [Internet]. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. 2007. 35-48 p. Available from: <http://www.sst.dk/mtv>

41. Datatilsynet [Internet]. Available from: www.datatilsynet.dk
42. AarhusUniversitet. Metodeguiden [Internet]. Available from: <http://metodeguiden.au.dk/deltagerobservation/feltstudier/>
43. Lindegaard H. " Follow the Actors " Analyser og kreative processer pba af feltstudier og fagintegration . 2010;1–7.
44. NHS Institute for Innovation and Improvement. The Fifteen Steps Challenge Quality from a patient ' s perspective Part of the Productive Care resources. 2012; Available from: www.institute.nhs.uk/productives
45. Spørgsmål og svar om facilitering [Internet]. Available from: <https://www.teknologisk.dk/kurser/5-spoergsmaal-og-svar-om-facilitering/28501>
46. Sanders EB. Generative Tools for Co-Designing. *Collab Des.* 2000;3–12.
47. Muller MJ. Participatory design: The third space in HCI. *Human-Computer Interact Handb.* 2003;4235:1051–68.
48. Rosenbaum MS, Otolara ML, Contreras Ramírez G. How to create a realistic customer journey map. 2017 [cited 2017 Mar 4]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bushor.2016.09.010>
49. Customer Touchpoints - The Point of Interaction Between Brands, Businesses, Products and Customers [Internet]. Available from: <https://www.interaction-design.org/literature/article/customer-touchpoints-the-point-of-interaction-between-brands-businesses-products-and-customers>
50. Costumer experience management implementering, trin for trin i praksis [Internet]. Available from: <http://www.klauslund.dk/customer-experience-management-implementering-trin-for-trin-i-praksis/>
51. What Exactly Are UX Touchpoints? [Internet]. Available from: <https://webdesign.tutsplus.com/articles/what-exactly-are-ux-touchpoints--cms-27716>
52. Hjerneforsker IMED, Bergström M. Børns kreative skaben styrker deres evne til at mestre livet. 2017;73:6–8.
53. Veen J. *The Art and Science of Web Design.* 1st ed. New Riders Press; 2000.
54. Kolko J. *Exposing the Magic of Design: A Practitioner's Guide to the Methods and Theory of Synthesis.* Oxford University Press; 2010.
55. Simonsen J, Friberg K. *Situated Design Methods* pp. 99-119 (Collective Analysis of Qualitative Data). MIT Press; 2014.
56. Affinitet [Internet]. Available from: <https://da.wikipedia.org/wiki/Affinitet>
57. Design process Double Diamond [Internet]. Available from: <http://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/design-process-what-double-diamond>
58. Define fasen [Internet]. Available from: <https://innovation.sites.ku.dk/fase/define/>
59. Müller J, Kjær-Rasmussen J, Nøhr C. *Perspektiver for EDB-teknologi i sygehusvæsenet.* Institut for Samfundsudvikling og Planlægning Aalborg Universitetscenter; 1988.
60. Fokusgrupper og workshops [Internet]. Available from: <http://tovejs.dk/2016/05/17/fokusgrupper-og-workshops-samme-aktiviteter/>
61. Olsen H. Det mindst ringe spørgeskema? *Dansk Sociol* [Internet]. 1998;9(1):13–34. Available from: <http://rauli.cbs.dk/index.php/danksociologi/article/view/753>
62. Akutafdeling F. Rapport Ventetid og venteværelse i Fælles Akutafdeling. 2016;(September):1–22.
63. Brainstorm og negativ brainstorm. 2017;6–7. Available from: <http://www.lederweb.dk/strategi/organisationsudvikling/artikel/79559/brainstorm-og-negativ-brainstorm>

64. DesignCouncil. Improving Patient Experience in A&E. 2014;
65. Urquhart C, Lehmann H, Myers MD. Putting the “theory” back into grounded theory: Guidelines for grounded theory studies in information systems. *Inf Syst J.* 2010;20(4):357–81.
66. Design Thinking [Internet]. Available from: <https://www.interaction-design.org/literature/article/5-stages-in-the-design-thinking-process>
67. Introduction to Design Thinking [Internet]. Available from: <https://experience.sap.com/skillup/introduction-to-design-thinking/>
68. Bourdieus betydning for praksis i socialt arbejde [Internet]. Available from: <http://www.leestevens.dk/files/documents/bourdieu.betydning.praksis.akf.artikel.pdf>
69. Artikel fra information [Internet]. Available from: <https://www.information.dk/2003/11/hjaelpe-joergen-leth-projekt>
70. Simon HA. The sciences of the artificial [Internet]. 3rd ed. *Computers & Mathematics with Applications.* 1997. 130 p. Available from: http://doi.acm.org/10.1145/1632149.1632166%5Chttp://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-73105-4_63

RECOVER FROM BOOT DISK

		SIDE:
BILAG 1	MAIL TIL AFDELINGSLEDELSENE PÅ FEM AKUTMODTAGELSER I REGION MIDTJYLLAND	267
BILAG 2	BESKRIVELSE AF OBSERVATIONSTUDIERNE	269
BILAG 3	PRÆSENTATION TIL WORKSHOP AAU	383
BILAG 4	BESKRIVELSE AF DATA FRA WORKSHOP AAU	386
BILAG 5	INTERVIEWGUIDE/MATERIALE TIL INTERVIEW MED PATIENTER	389
BILAG 6	INTROSKRIVELSE TIL INTERVIEW MED PATIENTER	392
BILAG 7	TRANSSKRIFTION AF INTERVIEW MED PATIENTER	393
BILAG 8	AFFINITYDIAGRAM – HVAD EFTERSPØRGER DE VENTENDE?	398
BILAG 9	PRÆSENTATION AF FORELØBIGT FRAMEWORK FOR SIA	399
BILAG 10	OPSAMLING – REFERAT PROJEKTLEDER SIA	416



Bilag 1

Brev til afdelingsledelserne ved akutafdelinger i Region Midtjylland.

Kære afdelingsledelser ved akutafdelingerne i Region Midt.

Vi er to 2. års studerende, på Master i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet, som i færd med vores fælles afgangsprøve.

I er sikkert bekendt med it-programmet, SIA, Sammenhængende IT-understøttelse i Akutafdelingerne i Region Midt, som har Ole Mølgaard som styregruppeformand.

Én af prioriteterne i dette program er at skabe sammenhængende IT-systemer for området "Ankomstregistrering, køafvikling og kaldefunktionalitet" i akutafdelingernes Fælles Akutmodtagelse. Dette projekt er i øjeblikket i fuld gang med at analysere behovene i regionens akutafdelinger.

Da vi begge er ansat i stillinger, hvor et projekt som dette er yderst relevant og nærliggende, har vi valgt at bruge projektet som afsæt i vores afgangsspeciale.

I vores speciale vil vi gerne bidrage til projektet ved at inddrage patienterne som brugere i forhold til "Ankomstregistrering, køafvikling og kaldefunktionalitet".

Vi mener, patienterne er vigtige brugere af løsningen og at det er vigtigt, at IT-løsningen også rammer deres ønsker og behov.

Vi har aftalt med projektleder og projektgruppe, at vi supplerer det igangværende IT-projekt med resultaterne af vores masterstudie, således at det regionale IT-projekt også indeholder patientens vinkel i forhold til den endelige løsning.

Som første led i vores undersøgelse vil vi gerne have lov at besøge regionens akutafdelinger for at observere, hvorledes ankomstregistrering, ventetidsinformation og kald af patienter foregår i dag.

Vi vil gerne besøge venteområderne, og have mulighed for at stille spørgsmål til personale og ventende patienter, i det omfang, det, på den pågældende dag er muligt.

Indledningsvis tænker vi at foretage et observationsstudie af hver akutafdelings venteområde, som kommer til at have en varighed på ca. en time en eftermiddag, hvor vagtlægen og skadestue har flest besøgende.

Dernæst forestiller vi os, at vi udvælger én af regionens akutafdelinger – gerne i samarbejde med ledelsen, som skal være vores case til studiet.

Udvalg af case kommer til at tage udgangspunkt i forskellige argumenter, som vi bl.a. regner med kommer frem under det indledende observationsstudie.

På den udvalgte akutafdeling, vil vi gerne bede om lov til at foretage en yderligere inddragelse af en gruppe patienter i venteområdet.

Vi håber, at vi fx kan låne et rum i nærheden af venteområdet, hvor vi kan foretage en slags fokusgruppeinterview, og afholde miniworkshop med en gruppe ventende patienter – dette vil foregå af flere omgange over en periode her i foråret.

Derudover kan der blive tale om, at vi udleverer spørgeskemaer til patienter i venteområdet.

Alle former for studier, observation, interview og evt. spørgeskemaer, vil foregå i anonymiseret form. De ventende, som evt. indvilliger i at deltage i yderligere (fokusgruppe/workshop) vil vi have behov for at have et telefonnummer og en mailadresse til, for at kunne kontakte/indkalde dem, men disse oplysninger vil kun være til brug for nævnte, og personfølsomme data vil blive opbevaret sikkert, og destrueres efter endt projekt.

Vi håber, I synes, vores valg af emne til masterprojektet er relevant for Jer, og at I vil give samtykke til ovenstående aktiviteter, i forbindelse med en undersøgelse af patienternes ønsker og behov til "Ankomstregistrering, køafvikling og kaldefunktionalitet" i akutafdelingernes Fælles Akutmodtagelse.

Vi vil meget gerne, så hurtigt som muligt, have Jeres tilbagemeldinger på mail, så vi kan planlægge det første observationsstudie, og dernæst udvælge en akutafdeling til case for det videre forløb.

På forhånd tak.

Venlig hilsen

Sine Stavnsgaard Holm
Produktspecialist

Klinisk Logistik
Region Midtjylland
Skottenborg 26 ▪ Lokale B105 ▪ DK-8800 Viborg

Tlf. dir. +45 2047 0193 ▪ MOVI: sinhol.movi@rm.dk
E-mail: sine.holm@stab.rm.dk

og

Hanne Cramon

Klinisk It-ansvarlig
Mobil +45 23818537
Akutafdelingen
Hospitalsenheden Vest
Gl. Landevej 61 - 7400 Herning



Bilag 2

Observationsstudier, venteområder akutafdelingerne

Data fra observationsstudierne beskrives med en inddeling under følgende begreber:

- Ankomst
- Vente og kø
- Kalde

Gråzone ved vente, kø og kalde – der informeres om disse emner samlet på slide og samme skærm!

Vi skal have fundet ud af denne gråzone – hvad er forskellen på kø og vente!?

Fokus:

- Patientens perspektiv
- Processer eller systemer, der har relevans for ankomstregistrering, afvikling- og kaldehåndtering

Farveforklaring:

Proces – skal stå et andet sted

Tvivel om jeg har detaljer på plads

Herning, Akutafdelingen, HEV	
Ankomst	
Melding til hospitalsvisitation forud for ankomst	Info om ventetid? Mulighed for at få en tid til akutmodtagelse? Mulighed for ambulansetid?
Adgang til akutafdelingen	Der er to indgange til akutafdelingen i Herning. Indgang N og indgang N1 Indgangene ligger få meter fra hinanden ud til en stor P-plads.



Hospitalsenheden Vest

Regionshospitalet Herning

Gl. Landevej 61
7400 Herning

Tlf. +45 7843 0000

www.vest.rm.dk

Signaturforklaring

▶ Indkørsler

● Indgange

i Hovedindgang / Reception

♿ Handicap P

P Parkering
Uden tidsbegrænsning

P Parkering
3 timer (8-16)

P Parkering
1 time (8-16)

Busstoppested

Indkørsel forbudt
Busser undtaget



(http://www.vest.rm.dk/siteassets/om-hospitalet/oversigtskort/herning_december-2016.pdf)

Indgang N1

Via indgang N1 kommer man ind i en større foyer, hvorfra man kan komme videre til mange øvrige afsnit på hospitalet udover akutmodtagelsens og vagtlægerens venteområde.

I foyeren er en stor plakat til patienter, som kommer til indlæggelse (både planlagt og akut), der informerer om, at det er vigtigt, at man medbringer sin egen medicin ved indlæggelse.

Til venstre for plakaten er et skilt med vejvisning til de afsnit, man kan gå til – herunder akutmodtagelsen.



Ved indgang til venteområdet via foyeren ved indgang N1 er der ingen ankomststander.

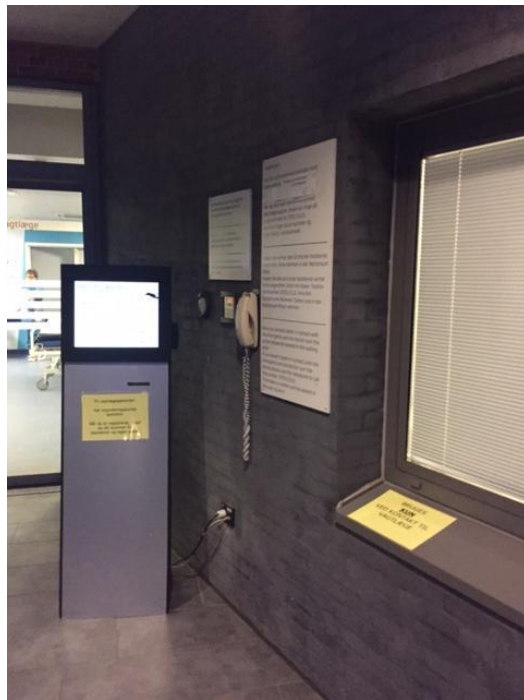


Indgangspartiet til venteområdet udgøres af en stor automatisk glasskydedør. På skiltet står "Skadestue – Akutmodtagelse".

Indgang til venteområdet for akutmodtagelse/vagtlæge via N1 er låst i tidsrummet 21.30 til 06.00, hvor kun indgang N kan benyttes.

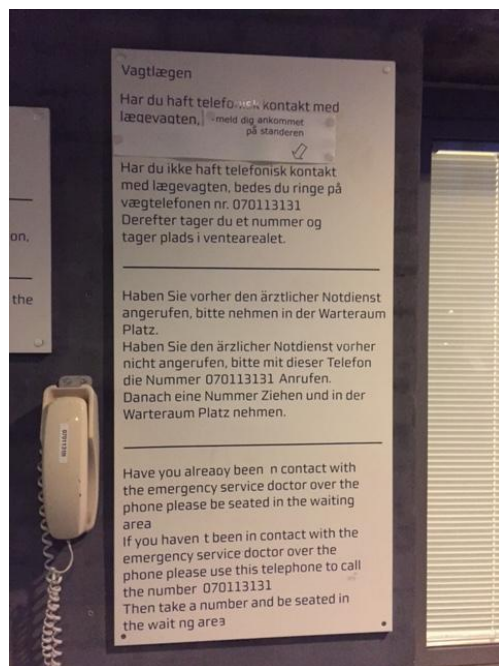
Indgang N

Indgang N leder udelukkende og direkte (via en lille forgang) ind til venteområdet for akutmodtagelsen/skadestuen og vagtlæger). I forgangen til venteområdet står forskelligt udstyr, hvis funktioner er beskrevet med skilte.



Den store firkantede boks med en skærm kaldes en ankomststønder.

Til højre for ankomststanderen hænger på væggen en "gammeldags" telefon og der er monteret en dørtelefon i form af en mikrofon og højttaler med en kaldeknop.



Den "gammeldags" telefon, som hænger på væggen, gør det muligt for patienter, der ikke er registrerede (ikke har haft ringet til vagtlægen hjemmefra og aftalt deres ankomst) at ringe til vagtlægen i Region Midtjylland.

Dette forklares på dansk, tysk og engelsk på et skilt som hænger til højre for telefonen.

I vindueskarmen til højre for det store skilt på 3 sprog, som forklarer om anvendelsen af den "gammeldags" telefon er placeret et skilt med teksten "BRUGES KUN VED KONTAKT TIL VAGTLÆGE".



En ankomststander er et device, hvor patienter til vagtlægen kan registrere deres ankomst ved enten at scanne deres sundhedsskort eller manuelt indtaste deres CPR-numre.

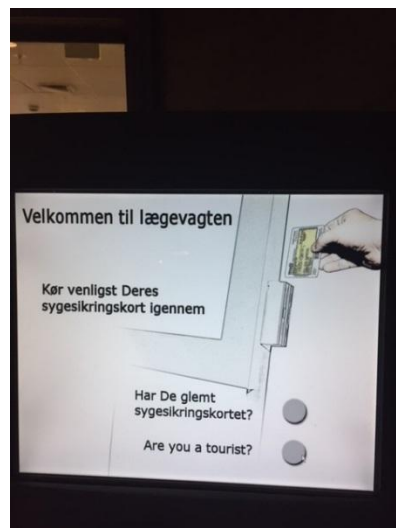
Ankomststanderens anvendelse er forklaret på et skilt og på displayet. Informationen på skiltet fortæller på dansk, at patienterne skal køre sygesikringskortet (sundhedskort) igennem, hvorefter de skal tage et nummer fra standen og tage

plads. Nummeret er et bonprint, som efter registrering af CPR-nummer udskrives fra den lille slidse på ankomststanderen. Bonprintets nummer er et vilkårligt nummer som unikt identificerer den enkelte patient.

Informationen på displayet leveres trinvis og indeholder udover informationen på skiltet vejledning til, hvordan man registrerer sig, hvis man har glemt sig sygesikringskort (sundhedskort) "Har De glemt sygesikringskortet", samt en knap med en engelsk tekst, der kan benyttes af turister: "Are you a tourist".

Bonprintet fra ankomststanderen / nummeret skal patienten bruge til at finde sig selv på den informationsskærm, som vagtlægerne har til at hænge i venteområdet.

Nummeret er unikt for den enkelte patient og muliggør, at man kan vise patientens placering i en kø på skærmen i venteværelset i anonymiseret form, det vil sige uden at vise personhenførbare data såsom navn eller CPR-nummer.



Måske skulle vi have kørt vores sundhedskort igennem for at vise, hvilke informationer, der bliver vist i næste trin? Både hvis man er og ikke er registreret!



Ved glasskydedøren ind til selve venteområdet, er der skiltning, som forklarer, at døren er lukket i tidsrummet fra 21.30 til 06.00 af sikkerhedsmæssige årsager og at man skal ringe på dørtelefonen på væggen ved standen. Teksten findes kun på dansk.

Dørtelefonen har ligesom den "gammeldags" telefon et tilhørende skilt, som forklarer dens funktion. Teksten på skiltet findes på dansk, tysk og engelsk. Dog er den danske tekst ikke direkte oversat, idet den danske tekst siger, man skal benytte dørtelefonen, mens den engelske og tyske tekst lyder, at man skal "trykke på knappen".



Til venstre for dørtelefonen hænger endnu et device, som er en dørlås, som personalet kan benytte. Personale dørlåsen udgøres af en boks med et numerisk tastatur. Der er ingen skiltning til dette device, men funktionen er, at personalet kan scanne deres ID-kort (personalekort) og indtaste en pinkode for at åbne døren.

I hjørnet af forgangen til venstre for glasskydedørene står et skilt, som informerer om en national app kaldet akuthjælp-app'en – en gratis app, som giver patienter adgang til akuthjælp i hele Danmark (435 apoteker og medicinhandkøb, 49 skadestuer og akutmodtagelser, 18 tilbud om psykiatrisk hjælp, 13 tandlægevagter, 7 lægevagter og 3 kiropraktorvagter). Man kan læse mere om app'en på www.regioner.dk/akutapp (men dette link er forældet).



Reception i venteområdet



Når man træder ind i venteområdet til akutafdelingen, ser man umiddelbart en luge til venstre for sig, som er skiltet med teksten: "Akutmodtagelse og skadestue".

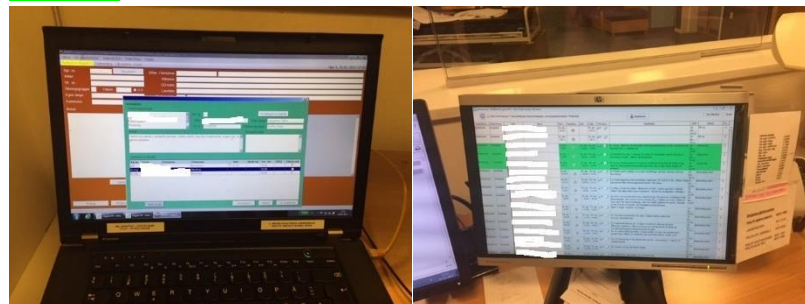
I lugen sidder en lægesekretær, som patienterne kan henvende sig til.

Omkring lugen er på gulvet tegnet en diskretionsliste. Til højre for lugen hænger et skilt, hvor der med teksten "Vis hensyn – hold afstand" udbedes diskretion fra patienter som evt. står i kø foran lugen i forhold til den patient, som står foran lugen.

Proces ift. registrering til akutmodtagelse (at man oplyser CPR og sekretæren finder patient på liste over meldte) og vagtlæge forskelle

Patienterne bliver udspurgt, om har meldt deres ankomst og bedt om at oplyse navn og CPR-nummer.

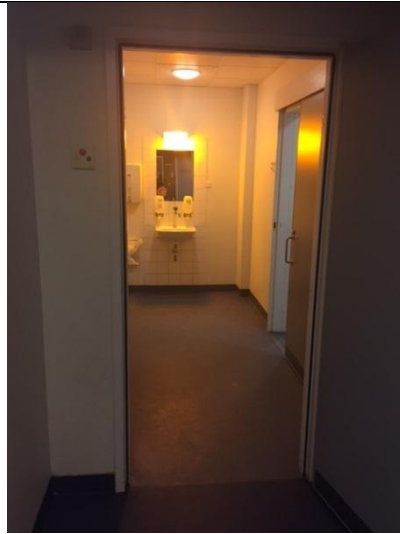
Lægesekretæren har en bærbar PC, hvorpå hun har en liste over patienter, som er meldt til vagtlægen. Derudover har hun en stationær PC med to skærme, hvor hun på den ene skærm kan se en liste i Bookplan med patienter, som er meldt til akutmodtagelsen og på den anden skærm kan se en tilsvarende liste i Klinisk Logistik systemet.



	<p>Selvhenvedere: Såfremt patienten ikke har meldt sin ankomst, vil patienten ikke stå på lægesekretærens lister. Hun vil da spørge patienten, hvad henvendelsesårsagen er og ud fra dette vurdere, om patienten skal visiteres til vagtlæge eller akutmodtagelse:</p> <p>Vagtlægepatienter Såfremt patienten skal ses af en vagtlæge, vil hun bede patienten om at gå retur til forgangen og ringe op til vagtlægen fra den "gammeldags" vægtelefon. Efter samtale med vagtlægen (som så registrerer patienten som meldt til vagtlægen i vagtlægesystemet), skal patienten ankomstregistrere sig selv ved den elektroniske ankomststander i forgangen, hvorefter patienten kan tage plads i venteområdet.</p> <p>Patienter til akutmodtagelse Såfremt sekretæren vurderer, at patienten skal ses i akutmodtagelsen, vil hun tilkalde en sygeplejerske (kan være visitationssygeplejerske eller koordinator), som straks kommer og vurderer patientens tilstand. Patienten bliver oprettet i Bookplan og Klinisk Logistik med en triagefarve og bliver derefter, afhængigt af hastegraden, bedt om at vente i venteområdet eller ført direkte til et undersøgelsesrum.</p> <p>Patienter, som er meldt via hospitalsvisitationen til akutmodtagelse: Ved henvendelse i lugen vil lægesekretæren ud fra oplysninger om patientens navn fremfinde patienten på listen i Bookplan eller Klinisk Logistik. Via Bookplan vil sekretæren oprette en kontakt på patienten i PAS. I Klinisk Logistik vil hun flytte patienten fra listen over meldte patienter til listen over patienter i venteværelset. Herved kan personalet i akutafdelingen se, at patienten er ankommet og venter i venteværelset.</p> <p>De patienter til akutmodtagelsen, som skal vente i venteområdet, får at vide, at de vil blive hentet, når det er deres tid til undersøgelse.</p>
--	---

Vente og kø

Venteareal	
<p>Fysisk indretning Områder Møblement Faciliteter Underholdning</p>	<p>Ventearealet for patienter til vagtlæge og akutmodtagelse er et stort fælles område. Ventearealet har to sofaer og et antal borde og stolesæt, som de ventende patienter kan tage plads på.</p> <p>Det observeres, at sofaerne overvejende benyttes af forældre med børn, mens borde/stolesættene benyttes af voksne patienter.</p> <p>Der er ingen opdeling af ventearealet. Alle sidder i samme rum. Dog er der indrettet et legehjørne, som er delvist afskærmet fra det øvrige venteareal.</p> <p>Fra området er der adgang til de to ud/indgang N og N1.</p> <p>Derudover er der endnu en glasskydedør til højre for lugen/receptionen, hvor der er indgang til akutmodtagelsen.</p>



Forsyningsområdet er indrettet med gratis vand fra en automat, samt mulighed for at købe sodavand eller snacks i betalingsautomater.



Over betalingsautomaterne hænger et skilt, som informerer om fødevarer, der kan købes i hospitalets butik og oplyser om butikkens placering og åbningstider.

Til venstre for forsyningsområdet finder man hylder med diverse magasiner og brochurer.

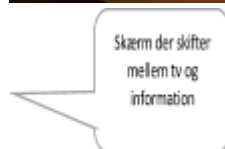
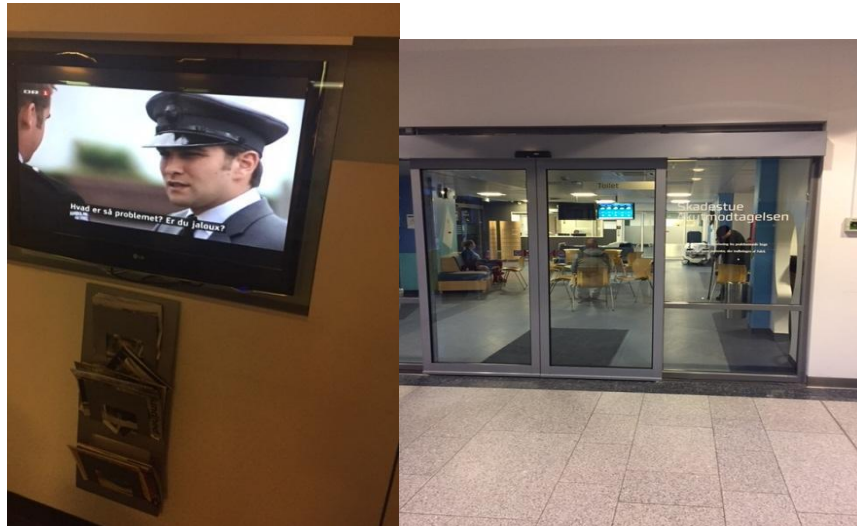


Legerummet er indrettet med børnemøbler og legetøj.

Der findes desuden børnebøger, som kan bringes med ud i det øvrige venteareal til højtlesning af forældre med børn.



Der er ophængt to skærme, som bl.a. viser tv i venteværelset.
En som hænger i forsyningsområdet samt en som hænger centralt i loftet.



Er det den samme fjernsynsudsendelse, der vises? Og er der også informationer på den lille skærm, der afbryder tv-udsendelsen?

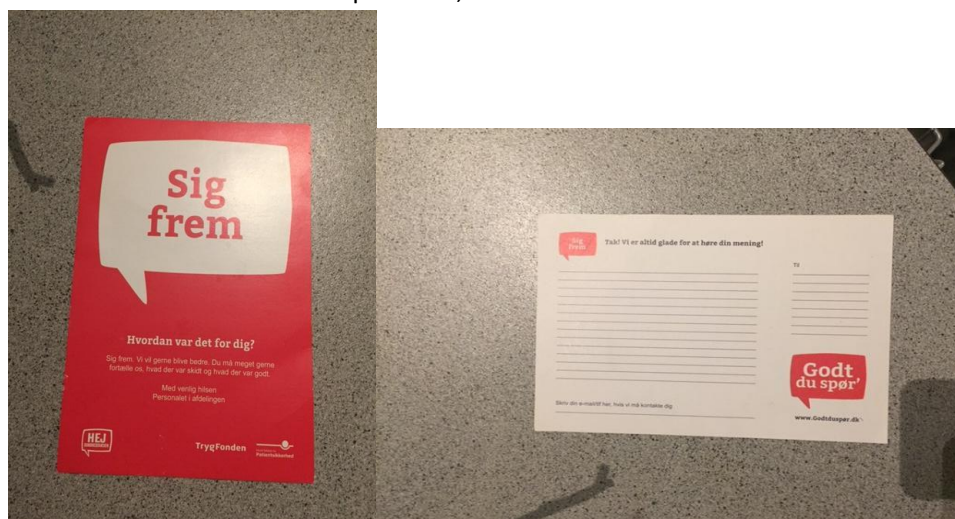
Pårørenderum

Til venstre på gangen ind i akutmodtagelsen (når man er gået igennem glasdøren til akutmodtagelsen) findes et pårørenderum.
Rummet er beregnet til ventende, som ønsker mere ro eller pårørende, som venter på en patient, der er under behandling.
I rummet findes et bord og nogle stole, en reol med magasiner. Der er diverse informationsbrochure og desuden opstillet en postkasse med tilhørende postkort, hvor besøgende kan deltage i en spørgeundersøgelse kaldet "Sig frem".



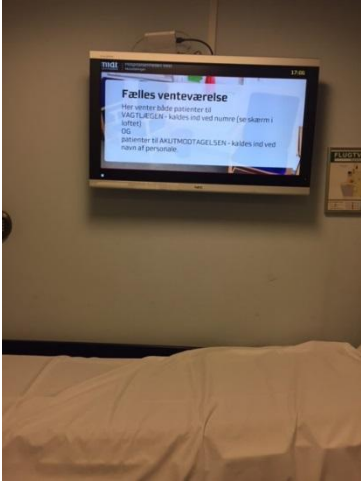
Spørgeundersøgelse

”Sig frem” spørgeundersøgelsen består af en stak postkort og en postkasse, som er stillet op i pårønderummet. Undersøgelsen er lavet af Trygfonden. Postkortene giver mulighed for at besøgende (patienter og pårørende) kan komme med en beskrivelse af deres besøg samt forslag til forbedringer. Postkortene kan afleveres anonymt i den tilhørende postkasse. Der er også mulighed for at skrive sin e-mailadresse på kortet, såfremt man må kontaktes.



Røde Kors frivillig

Akutmodtagelsen har en aftale med den lokale Røde Kors organisation, som en del af en større, fællesaftale for Regionshospitalet Herning, om brug af Røde Kors patientstøtter i ventearealet. Disse udgøres af et fast korps af frivillige, som er rekrutteret fra, og ledes af den lokale Røde Kors organisation. Patientstøtterne er tilstede, i ventearealet, ugens fem første

	<p>dage, i tidsrummet mellem kl. ca. 17 og 20, og i nogle dagtimer, både lørdag og søndag. Ordningen har eksisteret i mere end fem år.</p> <p>Patientstøtterne er let genkendelige, i deres røde skjorter, og deres opgaver omfatter, kort beskrevet, "at være den pårørende, som ikke er der". Dvs. de må ikke udføre pleje/ behandlingsrelaterede opgaver, og ej heller rengørings- eller transportopgaver. Derimod må de gerne være kontakt mellem de ventende og plejepersonalet/sekretærer, svare på spørgsmål om, hvorvidt patienter venter det rette sted, vejfinding, og videreformidle ønsker, fra patient til personale, om fx smertestillende, isposer, information osv.</p> <p>Mangler den patientoplevede del??</p> <p>I ventearealet er der på hverdage mellem kl. 17-20 mulighed for at patienterne bliver kontaktet af en Røde Kors frivillig, som fx tilbyder at være kontakt mellem de ventende og plejepersonalet/sekretærer. Den frivillige kan også svare på spørgsmål om, hvorvidt patienter venter det rette sted, vejfinding, og videreformidle ønsker, fra patient til personale, om fx smertestillende, isposer, information osv.</p>
<p>Informationsskærme</p>	
<p>Generel information</p>	<p>Den centrale skærm, som hænger i venteområdet loft skifter mellem visning af tv-nyheder og generel information.</p> <p>Der hænger yderligere en skærm, som patienter kan se til højre for sig, når de står foran lugen/receptionen. Denne skærm viser udelukkende generel information.</p>  <p>Den generelle information vises i form af slides via et system, der hedder SCALA og en kort film, der fortæller om byggeriet af DNV (Det Nye hospital i Vest).</p> <p>Den generelle information, der vises på slides via SCALA fortæller om... Længere afsnit om hvilke slides der vises med billeder og beskrivelse?</p>
<p>Venteinformation</p>	<p>Patienter, der henvender sig i receptionen mhp. at melde sin ankomst til akutmodtagelsen bliver, som udgangspunkt, ikke informeret om den forventede ventetid til akutmodtagelsen.</p>

	<p>Der kan undtagelsesvist være personale, som går ud i venteområdet og informerer patienterne om ventetiden. Dette sker altovervejende i situationer, hvor der er ekstraordinær travlhed i akutmodtagelsen, hvilket kan skyldes, at der modtages mange alvorligt akut syge patienter, som kommer ind med ambulance.</p> <p>Patienter, som opholder sig i ventearealet, kan se, hvis der er mange medventende patienter i venteområdet, men ikke nødvendigvis vide, hvad de andre patienter venter på at komme ind til. Patienter i venteområdet kan ikke følge med i, om der ankommer patienter med ambulance til akutmodtagelsen.</p> <p>Patienter til vagtlægen har i en vanlig proces ikke kontakt med receptionen og orienterer sig på skærmen til venstre i loftet centralt i venteområdet. Denne skærm informerer ikke direkte om ventetiden til vagtlægen, men viser som beskrevet i næste afsnit en kø.</p>
<p>Kø og kaldetavle til vagtlæge</p>	<p>Skærmen til venstre i loftet centralt i venteområdet viser køen af patienter til vagtlægen.</p> <p>Billede af tændt skærm til vagtlæger mangler</p> <p>På denne skærm kan patienterne følge med i deres placering i køen til vagtlægen. Vagtlægen kalder patienterne ind via et højtaleranlæg og samtidigt markeres patientens bonprint nummer på skærmen.</p> <p>Denne proces sker ved, at når vagtlægen trykker næste patient frem, på ventelisten på pc, markeres patientens bonprint nummer på skærmen, og en mandsstemme siger "Nummer xx, går til rum yy".</p> <p>I tilfælde, hvor patienter ikke reagerer på kald fra tavlen, eller der er nedbrud på systemet, kan vagtlægen vælge at gå ud i venteværelset og kalde patienten ind i rummet ved navn.</p> <p>På lægesekretærens liste på den bærbare PC over patienter, som skal til vagtlæge forsvinder patienten. (proces)</p>

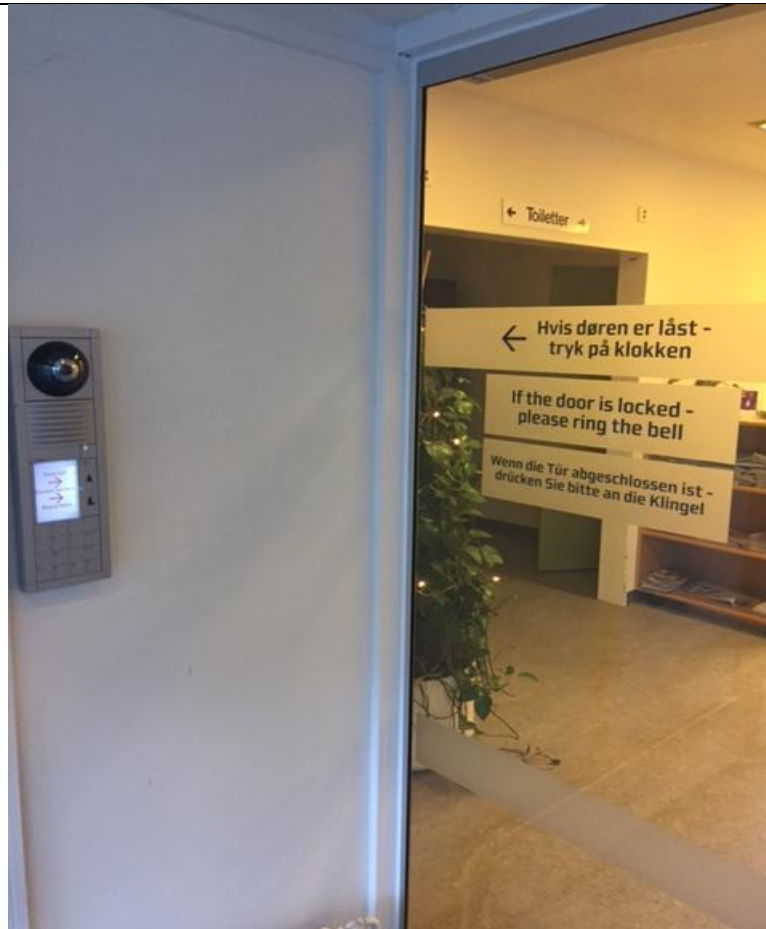
<p>Kald af patienter til akutmodtagelse</p>	<p>Når akutmodtagelsen er klar til at undersøge en patient, som sidder i venteværelset, vil en sygeplejerske komme ud i venteværelset og kalde patienten op ved navn.</p> <p>Patienten vil af sygeplejersken blive fulgt til undersøgelseslokalet ad glasdøren til højre for receptionen.</p> <p>Procesbeskrivelse</p> <p>Patienter som skal kaldes ind til undersøgelse i akutmodtagelsen:</p> <p>Sygeplejerske fra akutmodtagelse henvender sig til lægesekretær i receptionen og fortæller, hvilken patient hun kalder ind.</p> <p>Lægesekretæren registrerer i Bookplan, at behandlingen startes.</p> <p>Sygeplejerske registrerer i Klinisk Logistik, at patienten er flyttet fra venteværelset til undersøgelsesstue, hvorved patienten forsvinder fra listen i over ventende patienter.</p>
---	--

Observationsstudier

Viborg, Akutafdelingen HEM

<h3>Ankomst</h3>	
<p>Melding til hospitalsvisitation forud for ankomst</p>	<p>Samme som Herning</p>
<p>Adgang til akutafdelingen</p>	<p>Indgang direkte fra det fri, via dobbelt glasskydedør, med mellemliggende vindfang. Bygning 5.</p> <div data-bbox="437 1541 798 1827"> </div> <div data-bbox="804 1429 1420 1827"> </div> <p>(http://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/akutafdelingen/skadestuen-i-viborg/find-vej/)</p>

<p>Indgang bygning 5</p>	<p>Skilt, anbragt på muren, til venstre for indgangsdøren, fortæller, at man er på Regionshospitalet Viborg, og at her er indgang til Skadestue, Akutafsnit 1, og til Lægevagt.</p> <p>For såvel "skadestue" som "vagtlæge" er informationen desuden angivet på engelsk og tysk.</p> <p>Der er en lampe ovenover skiltet, til sikring af synlig tekst, i mørke timer.</p> <p>Desuden er indgangen overdækket, med lamper i loftet.</p> <div data-bbox="438 683 1442 1451" data-label="Image"> </div> <p>Imellem de to hold skydedøre, i indgangspartiet, er der opsat et skilt, der, på dansk, engelsk og tysk, fortæller, at hvis døren er låst, skal man trykke på klokken. Pilen på skiltet peger mod venstre, hvor der, på væggen, hænger et samtaleanlæg med videokamera, hvori omtalte klokke befinder sig. Der er ingen oplysning om, i hvilket tidsrum, døren kan være låst.</p>



Man kommer derefter ind i et venterum, hvor der, i en niche, afskærmet med en halvvæg, til venstre for indgangen, er opsat en gammeldags telefonboks.

Lige indenfor indgangsdøren, hænger, ned fra loftet, en snor, der kan åbne døren indefra.

Til venstre for indgangen, er der endnu en niche, hvorover der er skiltet med "Toiletter".

Inde i nichen, er der adgang til toilet i siden, og desuden er der opstillet en automat, som giver mulighed for køb af varme og kolde drikke samt et udvalg af forskelligt slik.



Til venstre, klemt ind i hjørnet mellem automat og væg, står et skilt, som informerer om en national app kaldet akuthjælp-app'en – en gratis app, som giver patienter adgang til akuthjælp i hele Danmark (435 apoteker og medicinhandkøb, 49 skadestuer og akutmodtagelser, 18 tilbud om psykiatrisk hjælp, 13 tandlægevagter, 7 lægevagter og 3 kiropraktorvagter). Man kan læse mere om app'en på www.regioner.dk/akutapp (men dette link er forældet).



I selve venteværelset er der opstillet stole til de ventende, langs væggene.

Der er et rullebord med kander med vand, saftvand, plasticopper og sugerør. Ovenover hænger desuden et stativ med brækposer, og en automat med håndsprit. Et skilt på væggen opfordrer de besøgende til at huske at spritte hænder. Et andet skilt fortæller om regler for fotografering i lokalet.



På væggen, modsat den væg, med nichen, der rummer toiletter og automater,, hænger der en plakat, med forskellige informationer til de ventende, om bl.a. trådløst internet, åbningstider i kantinen, opfordring til henvendelse til personalet ved spørgsmål, om mulig forekomst af ventetid, og om sygeplejefaglig vurdering af patienterne.



Til venstre for plakaten hænger et stativ med forskellige brochurer, der informerer om forskellige tilbud, bl.a. om 112, blodprøver i Region Midtjylland o.l.



Umiddelbart ovenfor, til venstre for dette stativ, hænger en stor fladskærm, der skifter mellem korte indslag fra TV2News, TV2Vejret, droneoptagelser fra nybyggeriet på hospitalet, og nogle slides, der fortæller om "ca 30 minutters ventetid til spor 3". (Adspurgt hos personalet, hvad spor 3 er, finder vi ud af, at ingen ved det, da skærmene er helt nyopsatte, og det formentlig endnu er demo materiale, der kører på dem).



I den modsatte ende af rummet findes en tv skærm, anbragt højt oppe på væggen, - denne er slukket, under observationsperioden.

I et hjørne af ventearealet til højre for indgangen til nichen med toiletter og forsyningsautomater er indrettet et lille børnehjørne, med børnebøger.

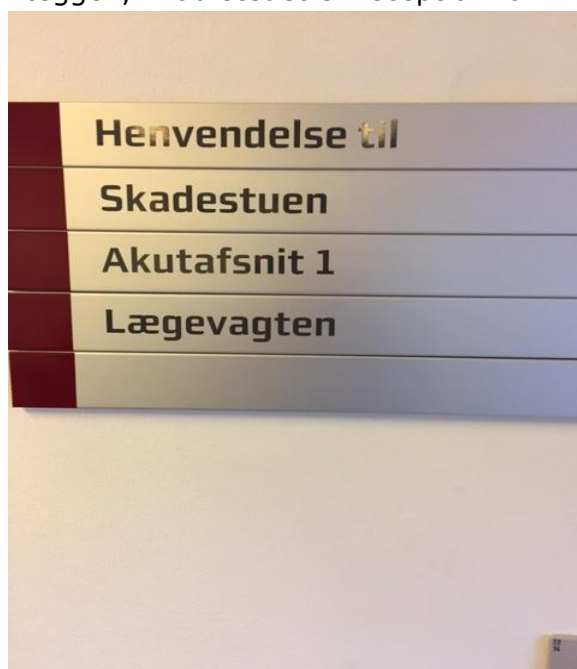
Receptionen

I venterummet er der en stor åbning i væggen, modsat nichen med toiletter og automater.

Her viser skilt over åbningen, er her er receptionen.



På venstre side af åbningen ind i receptionen, fortæller et skilt på væggen, hvad stedet er reception for.



I gulvet, foran receptionen, er de markeret en rød linje, med teksten "diskretionslinje".



Måske relevant med plantegning af området?

**Ankomstregistrering –
kø/kalde**

Inde i receptionsnichen, er der en åben, buet skranke, som sekretærerne opholder sig bag.

De har forskellige skærme, repræsenterende forskellige it-systemer, som de kan foretage opslag/ registrere i.

Når patienterne kommer, må de stille sig i kø ved receptionen, da al ankomstregistrering foregår her, uanset, om patienten skal ses i skadestue/modtagelse, eller hos vagtlægen.

På væggen, til venstre for nicheåbningen(set fra ventearealet), hænger en almindelig tryknaptelefon, hvorfra det er muligt for patienter, der har haft ringet til vagtlægen før ankomst, at foretage et sådant opkald.

I Viborg vil alle patienter, som ikke har aftalt sin ankomst ved at ringe til vagtlæge eller egen læge blive bedt om at benytte telefonen til vagtlægen. Således tillader man ikke "selvhenvendere":



Lige under telefonen er der to stole, og ved siden af dem en rullevogn, med forskellige forbindsstoffer o.l.

Når en patient ankommer, og ikke skal til vagtlægen, bliver de bedt om at tage plads på en af stolene, hvor en sygeplejerske så kommer og tilser dem.

Sygeplejersken triagerer patienten, hvilket dokumenteres i journalen.

Alle patienter venter i samme venterum.



Når patienter skal til vagtlægen, kaldes de via et højttaleranlæg, hvor vagtlægen siger patientens navn, samt informerer om, at patienten skal gå til vagtlægerummet, ved at følge den blå linje i gulvet.

Den blå linje løber langs gulvet side om side med en rød og en grøn linje, som leder til andre steder i akutmodtagelsen, ned ad en lang gang, som samtidig er trafikcenter for personale og andre patienter. Modtagestuerne har ligeledes dør ud til denne gang.



For enden af gangen, ligger vagtlægekonsultationen ind til venstre. I en niche, tæt på døren, er der opstillet nogle stole langs væggen.



Eneste udsmykning/adspredelse, er en indrammet plakat, der fortæller noget om, hvad triagering betyder. I betragtning af, at vagtlægepatienter ikke triageres, kan det tyde på, at stolene også benyttes af andre end vagtlægepatienter? NEJ – det er fordi skiltet har hængt der fra før de flyttede vagtlægerne derned.



Patienter, der skal modtages i skadestue/akutmodtagelse hentes ind på modtagerum af sygeplejersken.

På skadestuegangen er der en niche, beregnet til patienter, der har været i røntgen, og nu venter på at blive set/behandlet i skadestuen. Der er en klokke på væggen, men intet skilt, der er beregnet på, at patienten, når denne er tilbage fra røntgenundersøgelsen, ringer på klokken, som tilkalder en sygeplejerske, der kan registrere, at patienten er tilbage i skadestuen.

I denne niche er der tv, sofa, lænestole, og reol + tidsskriftholder med forskellig litteratur til rådighed.



Venteinfo

Patienter, der henvender sig i receptionen, mhp. at melde sin ankomst, enten til vagtlæge eller skadestue/ modtagelse, informeres ikke uopfordret om ventetid, og der er ikke nogen skilte, skærme eller andet, der hjælper dem der.

I princippet er det den koordinerende sygeplejerske i akutmodtagelsen, der har ansvar for at informere i ventearealet. I praksis sker dette kun, hvis sekretæren, i spidsbelastninger, anmoder sygeplejersken om det.

Observationsstudier

Aalborg, Akutmodtagelsen (Skadestuen)	
Overordnet organisering	
Ankomst	
Henvendelse til egen læge/vagtlæge forud for ankomst	<p>Patienten skal som udgangspunkt henvende sig til egen læge eller vagtlæge forud for fremmøde i skadestuen.</p> <p>Egen læge sender en elektronisk henvisning til skadestuen, såfremt patienten skal modtages her. Egen læge ringer ikke til en central visitation, men skal afgøre, om der er tale om en ortopædkirurgisk (skadestue) eller medicinsk (AMK) patient, eller en patient, med en sygdom, der hører til under et helt andet speciale.</p> <p>De ortopædkirurgiske patienter henvises til skadestue. Medicinske patienter meldes telefonisk til AMK (Akut Medicinsk Koordination, der varetages af sygeplejersker) Neurologiske, kardiologiske patienter ringes af egen læge ind til forvagten på hospitalet.</p> <p>I skadestuen har man således ikke et samlet billede af, hvilke patienter, der er på vej. Man kan se egen læges henvisninger, men har ikke et decideret overblik over disse.</p> <p>Det sker, at patienter dukker op før henvisningen er modtaget, eller at egen læge glemmer at henvise. Det sker også, at patienter selv henvender sig direkte i skadestuen.</p>



Adgang til akutafdelingen




Der er flere måder at komme til Akutmodtagelsen/Skadestuen på. Man kan vælge at gå ind gennem hovedindgangen ved hospitalet og følge en række skilte til akutmodtagelsen/skadestuen. Man kan også af en mindre indgang komme direkte ind i akutmodtagelse/skadestue fra parkeringsområdet.



Hovedindgang



<p>Indgang via lille indgang direkte til Akutmodtagelse/skades tue</p>	<p>Man kan komme direkte ind i en forgang til akutområdet på hospitalet i Aalborg fra parkeringpladsen. Her bliver man mødt af et skilt, der viser vej til venstre mod receptionen, som er reception for patienter til Akutmodtagelse og Skadestue. Der vises også vej til venstre til lægevagten, hvor der dog vil være et stykke vej at gå. Mod højre ligger Akut Modtageafsnit, som er et sengeafsnit for patienter, som skal indlægges. Både patienter, som skal i Akutmodtagelse/Skadestue og patienter, som skal melde sin ankomst til indlæggelse, skal henvende sig i receptionen.</p> 

--	--

Receptionen

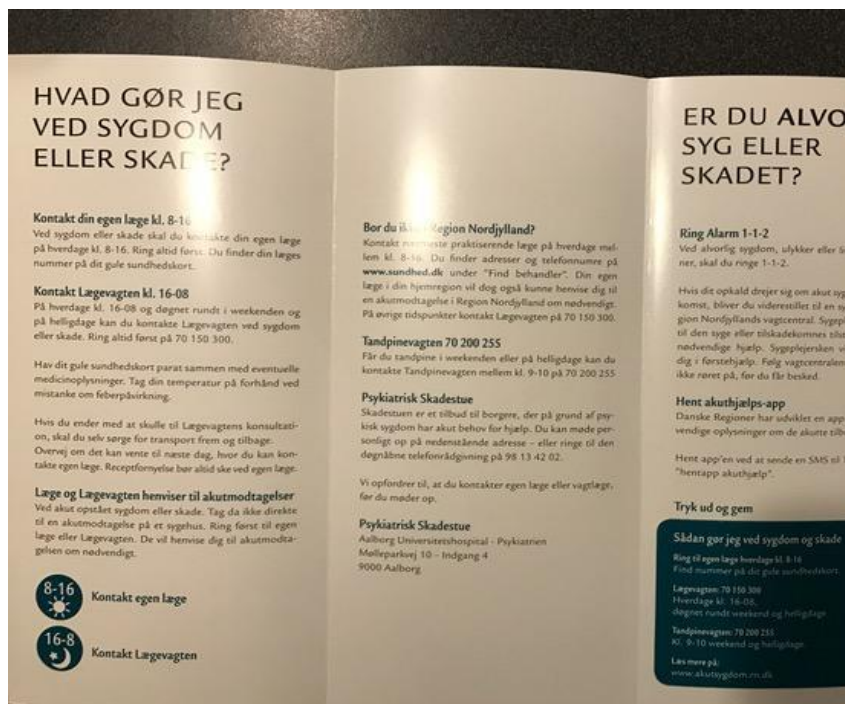
Ved receptionen står et stort skilt, som gør patienterne opmærksomme på, at man bør ringe til sin egen læge eller vagtlægen, før man tager på skadestuen.



Lige ved siden af skiltet hænger en telefon, hvorfra man gratis kan ringe til sin egen læge eller vagtlægen, såfremt man skulle have glemt at ringe, inden man tog på hospitalet.



En brochure, som mere uddybende fortæller om samme emne er at finde i receptionen:



Receptionen er bemandet af lægesekretærer, som tager imod patienter, der skal ses i Akutmodtagelsen/Skadestuen og patienter, som møder til indlæggelse i det akutte modtageafsnit.

Patienterne bliver spurgt, om deres ærinde.

Skal de indlægges, vil deres navn og personnummer fremgå af en liste i Klinisk Logistik og herved kan lægesekretæren blot spørge om navn på patienten, som hun tjekker op med sin liste, hvorefter hun sender patienten til det akutte modtageafsnit.

Skal patienten i Akutmodtagelse/Skadestue har lægesekretæren ingen liste.

Der sker, som nævnt, ingen forudgående melding fra hverken egen læge eller vagtlæge via telefon til Akutmodtagelsen/Skadestuen. Der vil blive sendt en henvisning, men denne er ikke altid nået frem, før patienten henvender sig i receptionen.

Således er lægesekretæren ved ankomst nødt til at bede om patientens personnummer og navn, hvorefter hun kan fremsøge en eventuel henvisning fra egen læge eller vagtlæge og oprette patienten i Klinisk Logistik, hvorved oplysninger om, at patienten er ankommet deles med bl.a. koordinationen i Akutmodtagelsen.

Herefter vil sekretæren bede patienten om at tage plads i et område ved siden af venteværelset, som benyttes af SIF-sygeplejersken.

Sekretæren ringer til SIF-sygeplejersken og melder, at der er kommet en patient til Akutmodtagelsen/Skadestuen, som skal tilses.



Da egen læge ikke ringer til Akutmodtagelsen/Skadestuen og melder patienten sker det ofte, at patienter fra fx Hjørring bliver rådet til at køre til Hjørring Skadestue, hvis der er lang ventetid i Aalborg.

Egen læges manglende kontakt betyder, at der ikke kan oplyses om, hvor der er kortest ventetid og egen læge vælger ofte per automatik Aalborg frem for Hjørring, fortæller sygeplejersken.

SIF

Sundhedsfaglig i front
(ved receptionen)



SIF står for sundhedsfaglig i front.

Alle patienter til Akutmodtagelsen/Skadestuen bliver straks efter ankomstregistrering tilset af en sygeplejerske, som har SIF-funktionen.

Sygeplejersken undersøger patienten og hastegradsvurderer (triagerer) patienten, hvilket dokumenteres i EPJ (integreret til Klinisk Logistik, så triagefarven også vises her).

Patienten bliver også tilbudt smertelindring i form af fx smertestillende eller ispose.

Afhængigt af patientens hastegrad bliver patienten efter den initiale undersøgelse sendt videre fra området ved receptionen.

Kun de patienter, som triageres "blå" (haster ikke) sendes til Akutmodtagelsens/Skadestuens venteområde.

Patienterne får at vide, at de vil blive hentet af en sygeplejerske, når de skal til undersøgelse.

Såfremt der er meget travlt på Akutmodtagelsen/Skadestuen og sygeplejersken vurderer, at patienten godt kan gå hjem, kan sygeplejersken udlevere et visitkort til patienten og det aftales, at patienten går hjem og venter nogle timer, hvorefter patienten kan ringe til SIF-sygeplejersken og høre, om det er tid til at komme ind i Akutmodtagelsen/Skadestuen igen. SIF-sygeplejersken noterer i notefelt i Klinisk Logistik på patienter, som går hjem.



På visitkortets forside, findes et telefonnummer til sygeplejersken. På bagsiden er der oplysninger om, at patienten er blevet registreret og venter i kø til behandling samt en forklaring om, at patienter ikke bliver behandlet i den rækkefølge, de er registreret i, men ud fra en faglig vurdering af skadens omfang.

En uheldsmæssighed i PAS-systemet bevirker, at patienter, som er gået hjem natten over, skal møde kl. 8 næste morgen for at blive registreret på ny, også selv om de fortsat ikke kan komme ind til undersøgelse før senere på dagen.

Øvrige patienter (som ikke triageres blå) sendes til et andet venteområde, hvorfra de vil blive tilkaldt til undersøgelse med en hurtigere kadence, hvis ikke de straks kommer ind i et undersøgelseslokale.



Vente

Venteareal Blåt spor

Fysisk indretning
Områder
Møblement
Faciliteter
Underholdning

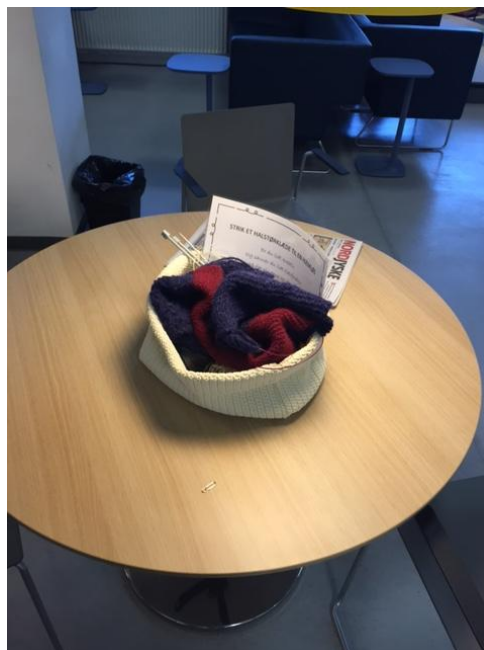


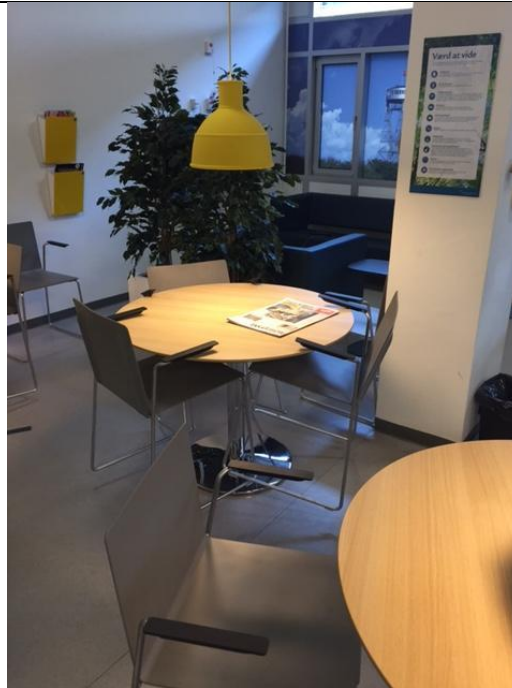
De patienter, som er triageret blå (haster ikke) bliver bedt om at tage plads i et venteområde, som ligger ved siden af receptionen.

I dette venteområde er der et stort velindrettet legerum. Der er blade og magasiner og mulighed for at se tv.



For de strikkeglade er der også mulighed for at strikke et halstørklæde til en hjemløs.







Generel information

På gangen ved døren ind til venteværelset hænger en skærm, som viser generelle oplysninger til patienter. Skærmen er ved besøget ude af drift, men sygeplejersken fortæller, at skærmen bl.a. oplyser om kørselsregler, udlevering af krykker og mulighed for smertelindring. Skærmen kan ikke opdateres/redigeres af personalet i Akutmodtagelsen/Skadestuen.

På en søjle i ventearealet hænger en plakat med forskellige praktiske oplysninger til de ventende. Der har været højt fokus på at smertelindre ventende patienter, og plakaten oplyser bl.a. om, at man kan få tilbudt smertestillende mens man venter.

Derudover oplyses der om mulighed for at gå på trådløst internet, bruge sin mobiltelefon, købe mad og drikke.

	 <p>Værd at vide</p> <p>Vi har forskellige tilbud til dig, som vi håber, vil gøre dit ophold her mere behageligt. Har du spørgsmål, er du altid velkommen i Afdelingsledelsens reception.</p> <ul style="list-style-type: none"> Drikkevarer Vi har sat drikkevarer frem, som du frit kan tage. Er du i tvivl, om du må drikke eller skal faste, så spørg for en sikkerheds skyld. Har du smerter? Vi kan tilbyde dig lettere smertestillende, hvis du har ondt. Trådløst netværk Vi tilbyder internetadgang, mens du er her. Netværket hedder "Hjøgust" og du kan logge på med dit NavnID - eller få udleveret en personlig kode i hospitalets reception. Du skal selvfølgelig bruge netværket med omhu og vide, at du kan holde personlige oplysninger, hvis du misbruger gæstens tilsluttede forbindelse. Parkering Hospitalet har både P-pladser til lang- og korttidsparkering. P-pladserne lige ved indgangen er kun til aflevering af passagerer. Kiosk og automat Du kan købe mad, snacks, læsning og andre fornødenheder i kiosk eller automaten i hospitalets forhal. Kiosken tager mod Danbørg og tilbyder også, at du kan have mindre beløb til brug i automaten. Ryging Hospitalet er røgfrit, men du må røge på de afskærmede udendørs områder. Mobiletelefon Du må gerne bruge din mobiletelefon, når bare du viser hensyn. Sæt telefonen på lydløs, sluk for lyden og tal dæmpet. Vi har oplyste stier i de områder, hvor du skal slukke din mobil. Vask hænder eller brug håndsprit God håndhygiejne holder bakterier og virus borte på hospitalet. Det er vigtigt, fordi smittebærere, der i forvejen er syge eller raskede, er mere modtagelige for infektioner. Derfor skal du vaske hænder eller bruge håndsprit. Det gælder også når du har røbt, hostet eller pustet støv, før du nærmer mad og drikkevarer, og når du har været på toilettet. Tak for hjælpen. Ventetid Vi redder liv og lægger gips, og i den rækkefølge. Men vi gør hvad vi kan for, at det bliver din tur så snart som muligt. Hvis du forlader ventestøvet Du må ikke låne din plads i ventestøvet. Hvis du forlader ventestøvet, betragtes det som en rygning. Hvis du ikke vil stå på kø, så spørg.
<p>Venteinformation</p>	<p>I forhold til ventetid og kø, oplyser plakaten ovenfor:</p> <p>"Ventetid</p> <p>Vi redder liv og lægger gips og i den rækkefølge, Men vi gør hvad vi kan for, at det bliver din tur så snart som muligt.</p>

	<p>Hvis du forlader venteområdet</p> <p>Du mister ikke din plads i "køen" selvom du forlader venteområdet kortvarigt for at ryge, flytte bil eller gå på toilettet."</p> <p>En tilsvarende information om forskellige ventetider var at finde på bagsiden af det visitkort, som patienter, der skal vente hjemme får udleveret:</p>  <p>Sygeplejersken fortæller, at man helst undgår at oplyse patienter om forventet ventetid.</p> <p>Hvis patienter spørger, hvor længe de skal vente, foretrækker sygeplejersken fx at sige "der er 3 foran dig".</p> <p>Sygeplejersken tilføjer, at så snart en patient er den 4. eller 5. i en kø, er dét at oplyse om ventetid fuldstændigt som at trække et nummer op af en hat.</p> <p>Det er umuligt at beregne, fordi varigheden af de 3 eller 4 undersøgelser der ligger forud kan være meget varierende.</p>
<p>Spørgeundersøgelse</p>	<p>I Aalborg har man valgt at benytte "Sig frem" undersøgelsen fra Trygfonden.</p> <p>"Sig frem" spørgeundersøgelsen består af en stak postkort og en postkasse, som er stillet op i ventearealet.</p>

Postkortene giver mulighed for at besøgende (patienter og pårørende) kan komme med en beskrivelse af deres besøg samt forslag til forbedringer.

Postkortene kan afleveres anonymt i den tilhørende postkasse. Der er også mulighed for at skrive sin e-mailadresse på kortet, såfremt man må kontaktes.



Sygeplejersken fortæller, at de resultater, der i grove træk kommer ud af undersøgelsen viser, at patienterne er utilfredse med ventetiden og manglende information om ventetid.

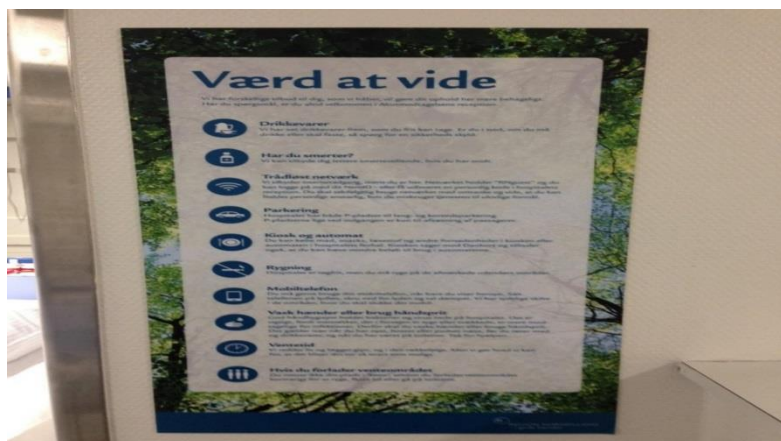
Der har også været klaget over manglende smertedækning, hvorfor man har haft fokus på at informere om smertelindring. Mange patienter betragter ikke en ispose eller håndkøbsmedicin, som smertelindring og mener derfor ikke, de er blevet smertedækket. Dette har man forsøgt at forbedre ved at oplyse patienterne.

Information om mulighed for smertelindring



“Vi kan ikke fjerne dine smerter – men vi kan hjælpe med at lindre dem.

Vi kan tilbyde dig lettere smertestillende medicin”.



“Har du smerter?

Vi kan tilbyde dig lettere smertestillende, hvis du har ondt.”

Venteværelse ved undersøgelse

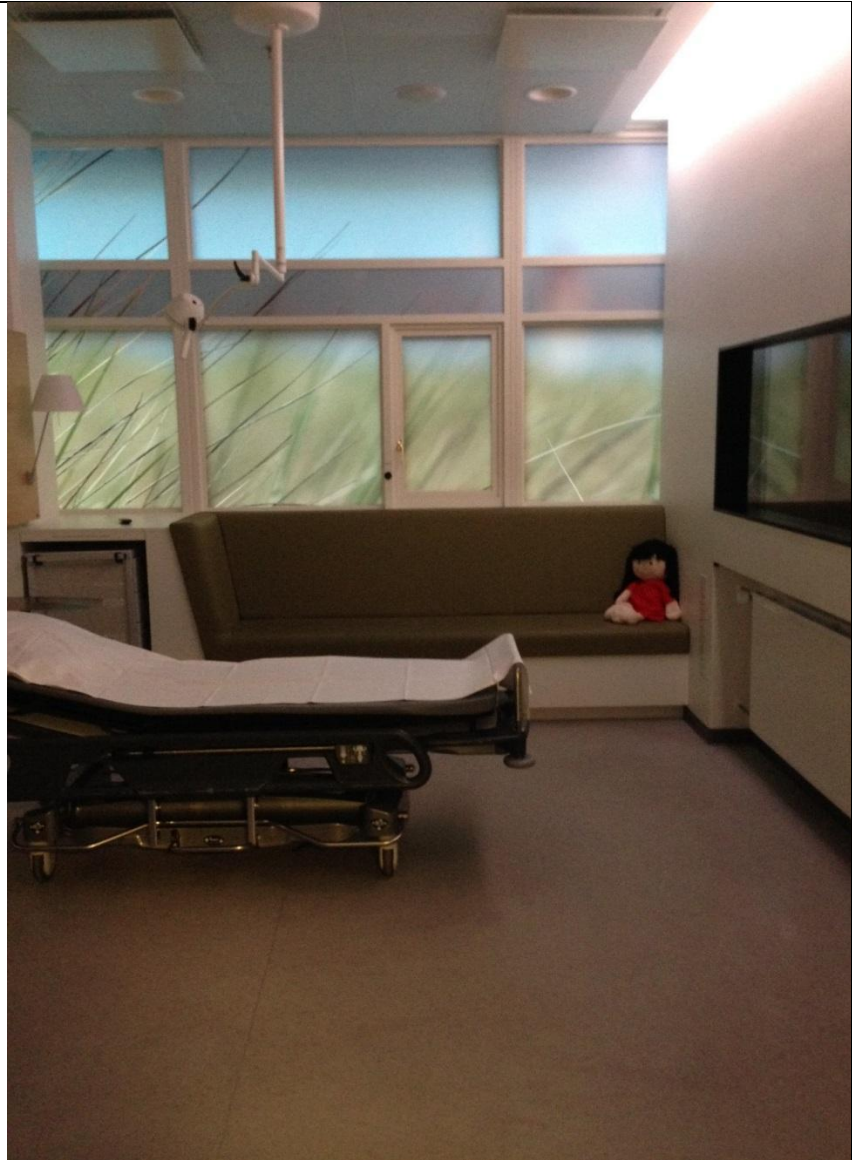
Når det er ved at være tid til undersøgelse, vil en sygeplejerske hente patienten i det store venteområde. I visse tilfælde kan patienten blive bedt om at vente yderligere et stykke tid i et mindre venteværelse, som ligger umiddelbart i nærheden af undersøgelseslokalerne.

Dette venteværelse har også legetøj, blade, tv og drikkevarer.



	 <p>The image shows two posters on a wall. The left poster is titled "HAR DU SMERTER?" and the right poster is titled "SÅDAN BEHANDLER DU SKADER". Below them is a smaller poster with the text "Viv hemavn".</p> <p>HAR DU SMERTER? Hvis du har smerter, bør du undersøge dem. Hvis du har smerter, bør du undersøge dem. Hvis du har smerter, bør du undersøge dem.</p> <p>SÅDAN BEHANDLER DU SKADER Ro Is Compression Elevation</p> <p>Viv hemavn Hjælper dig med at håndtere smerter og skader.</p>
Undersøgelse	





Observationsstudier

Regionshospitalet t Randers	
Overordnet organisering	<p>På Regionshospitalet Randers, har man delt de akutte patienter op i tre områder, a. vagtlægen, b. skadestuen og c. akutmodtagelsen.</p> <p>Patienterne skal, som udgangspunkt, starte med at henvende sig hos egen læge/vagtlæge. Denne melder så patienten videre til enten akutmodtagelsen eller lægevagtskonsultationen.</p> <p>De ortopædkirurgiske skader modtages i skadestuen, mens akutmodtagelsen modtager akutte gynækologiske, psykiatriske og kirurgiske patienter, samt lettere medicinske patienter.</p>
ANKOMST Adgang til akutmodtagelsen Information og skiltning	<p>Ved parkeringshuset, nogle hundrede meter fra indgangen til Regionshospitalet Randers, står dette skilt, med angivelse af de forskellige afdelinger, samt den kombinerede bogstav/talkode, som refererer til oversigtskortet.</p>

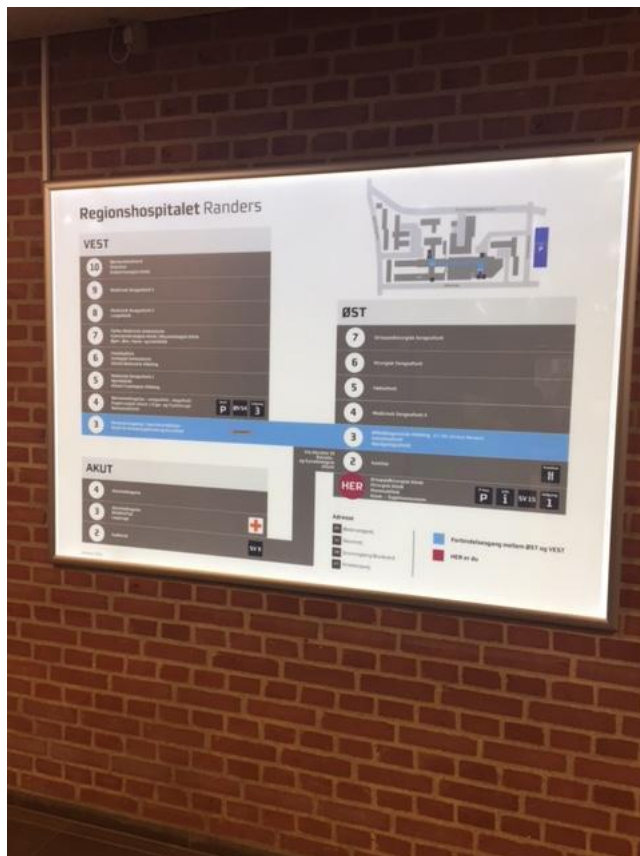


Akutmodtagelsen/Skadestuen finder man, ifølge skiltet, vej til via indgang SV9.



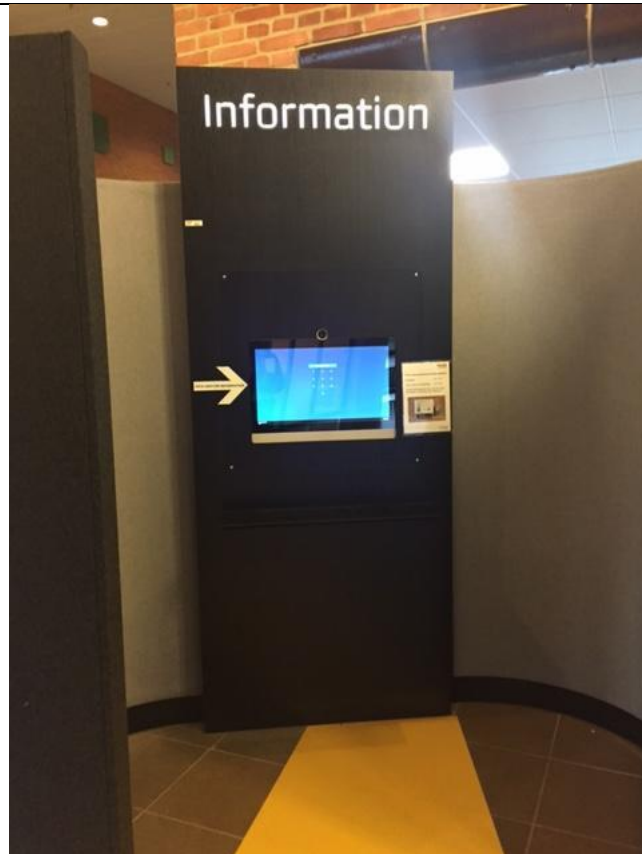
Når man kommer til indgangen, står der "indgang 1" på begge sider af døren, og "Skovlyvej 15" over indgangsdøren.

På hospitalets intranet, er adressen "Skovlyvej 9, indgang 4, plan 3". *Ved ikke, om det skal pilles ud? Tog det med for at vise, at det ikke er nemt at finde vej :-)*



Inde i forhallen hænger der et oversigtskort over sygehuset.

Desuden står der en informationsstander, omgivet af en muret afskærmning.



På standen er der en touchskærm, der dog ikke kan aktiveres.

På skiltet, ved siden af skærmen, fremgår det, at infostanderen har begrænset åbningstid, og hvordan man forholder sig udenfor åbningstid.



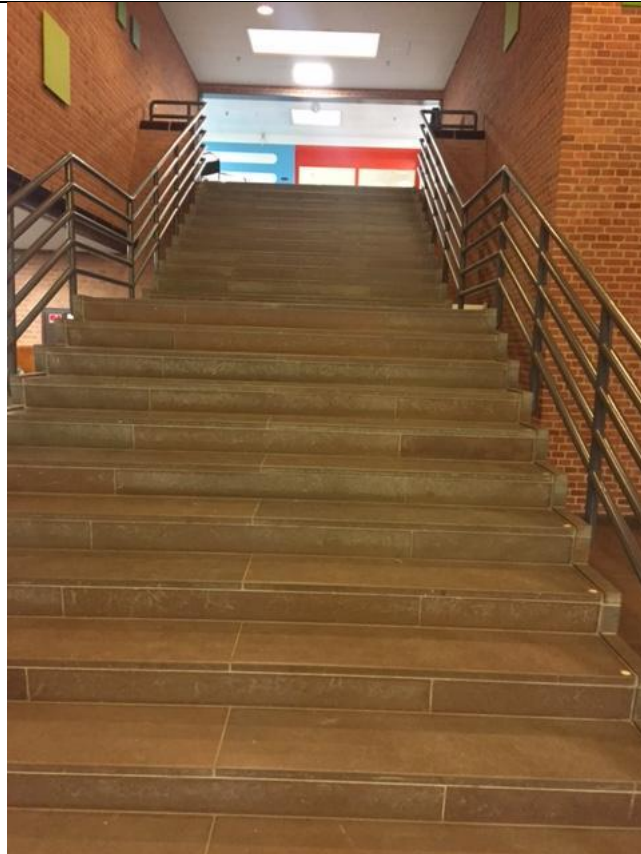
(Detalje fra billede ovenfor)



I forhallen er der desuden en skranke, hvorpå der står "Røde Kors guider", men skranken er tom, og der er ikke nogen synlige Røde Kors medarbejdere i nærheden.



Der er en trappe, som fører op i retning af akutafdelingen.

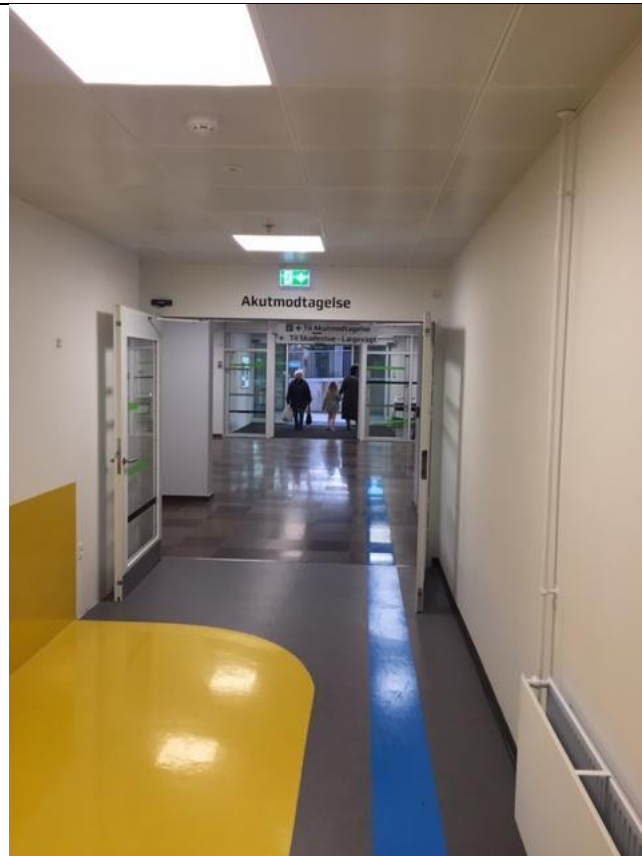


Der er desuden mulighed for at tage en elevator. Der er flere elevatorer at vælge imellem, og det er ikke lige meget, hvilken elevator, man vælger, da de er opdelt i et pater noster, to elevatorer til sygehusets østfløj, og to til sygehusets vestfløj. De to til vestfløjen er mærket med "Fortrinsvis til intern transport".



Der er et godt stykke vej fra elevatoren til akutmodtagelsen, - måske fordi, vi har valgt en fjern indgangsdør?, gennem gange, hvor der står mange, parkerede senge langs væggen, på en gul afmærkning.

For enden af gangen er der en dobbelt glasdør ind i akutmodtagelsen.



På gangen udenfor, til venstre, er der et kaldeanlæg, der indikerer, at døren ind til akutmodtagelsen kan være låst. Der er to muligheder for opkald via trykknop, til informationen og ind i akutmodtagelsen. Der er kamera i kaldeanlægget, og desuden er der en kortlæser ved siden af.



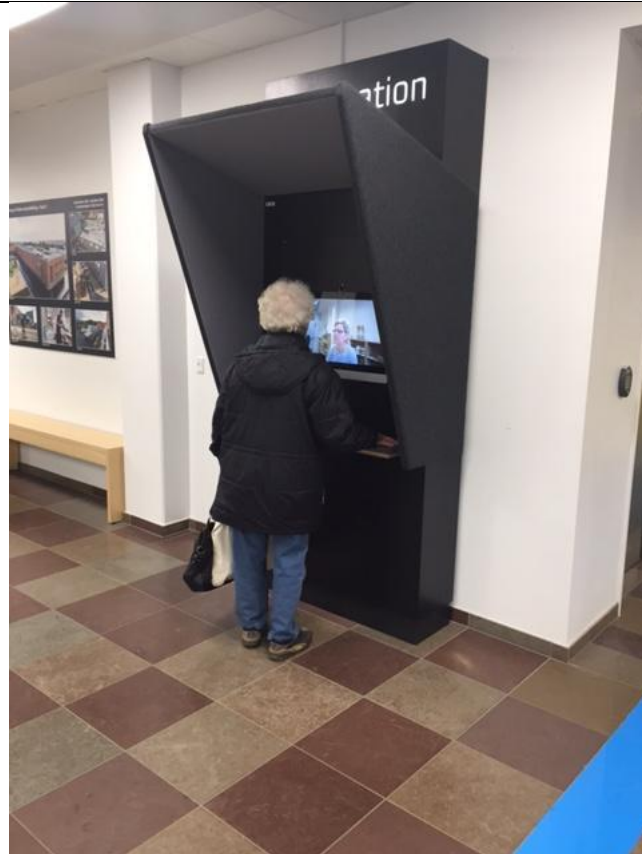
Inde bag den dobbelt glasdør er der to elevatorer til venstre, og tydelig skiltning, i loftet, med angivelse af retning.



Skilte i loftet foran elevatorerne.
Det ses her, at der findes en anden, umiddelbart lettere, adgang til akutmodtagelsen, fra modsatte side bygningen, i forhold til glassdøren. Her står en række transportstole i vindfanget.



Til højre for glasdøren er der en informationsstander, med halvtags afskærmning. Denne skærm fungerer, og der er kontakt til en receptionist, med billede og lyd.



Når man træder ud af elevatoren, står man i et stort rum, hvor receptionsskranken ligger lige foran. Det i åbent plan, med gang og rum, og der er ikke mulighed for at lukke af mellem receptionskontor og indgang.



Der er skiltning på receptionsskranken, og desuden en ringklokke.

Bag skranken sidder to sekretærer, der dels skriver, og dels tager imod alle indkommende.

Alle gående patienter, hvad enten det er til vagtlægen eller til skadestue/akutmodtagelse, skal henvende sig ved skranken.

(Patienter, der kommer liggende, med ambulance, skal også forbi receptionen).

Ankomst registrering

Patienter til vagtlægen viser sekretæren til venteværelset, hvor der er opstillet en ankomststander, som patienten kan registrere ankomst på, ved indlæsning af sundhedskort eller manuel indtastning af cpr nummer.

Patienter til skadestuen og akutmodtagelse ankomstregistreres, og på bookingliste skifter sekretæren patientens status fra "meldt" til "ankommet".

Der gives ingen yderligere besked til modtagende personale.



Patienter til akutmodtagelsen vises til venteværelse til venstre for receptionen, hvor fra de hentes ind af sygeplejerske, når det er deres tur.



Der foretages intet sundhedsfagligt ankomsttjek, -
triagering foregår først på modtagestuen.
Patienter til skadestuen vises henad gangen, bag
receptionen, til venteværelse, der er fælles med
vagtlægens venteværelse.



I det fælles venteværelse registrerer vagtlægepatienter sig, som førnævnt, ved ankomststønder, der er tilkoblet en informationsskærm på væggen.
(Stønder identisk med den fra HEV. Ikke fotograferet pga risiko for at medtage personer på billedet).



De ventende til skadestuen bliver hentet af sygeplejerske, når det bliver deres tur. Der er ikke nogen kaldetavle.



På væggen hænger forskellige plakater, med info om bl.a. blodprøvetagning i Region Midtjylland, samt tidsskriftholder med sundhedsfaglige magasiner.



Der er tv-skærme i venterummet, og flere fjernbetjeninger, som er tyverisikret med fastboltning til en lang, rød stang.

I vindueskarmen ligger bunker med forskellige blade/bøger.

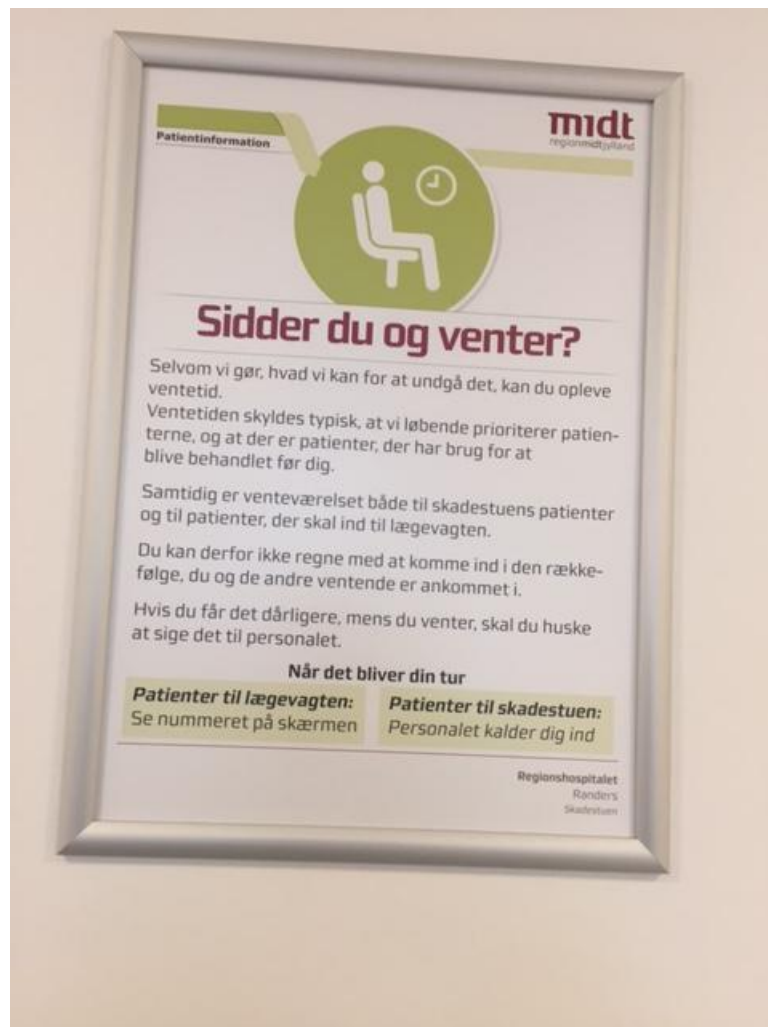


I en anden vindueskarm er der en stak røde postkort, fra Trygfonden, "Sig frem", hvor de ventende opfordres til at give deres mening til kende. Kortene kan, efterfølgende, lægges i en opstillet postkasse af pap.



En af tv skærmene viser programmer på en børnekanal.





På væggene, i venterummet, hænger en indrammet plakat med generel information om årsag til ventetid, at man ikke kan regne med at blive taget ind i samme rækkefølge som man er ankommet, hvilke patientkategorier, der venter her, information om at henvende sig hos personalet, hvis man får det dårligere i ventetiden, og om, hvordan indkald foregår.



På væggen hænger desuden en informationsplakat om gratis wifi, og hvordan man logger ind.


Da vi besøgte stedet, var der rigtig mange ventende til skadestue/vagtlæge, og vi fik derfor ikke talt med det sundhedsfaglige personale, da vi skønnede det upassende at forstyrre dem, i travlheden.

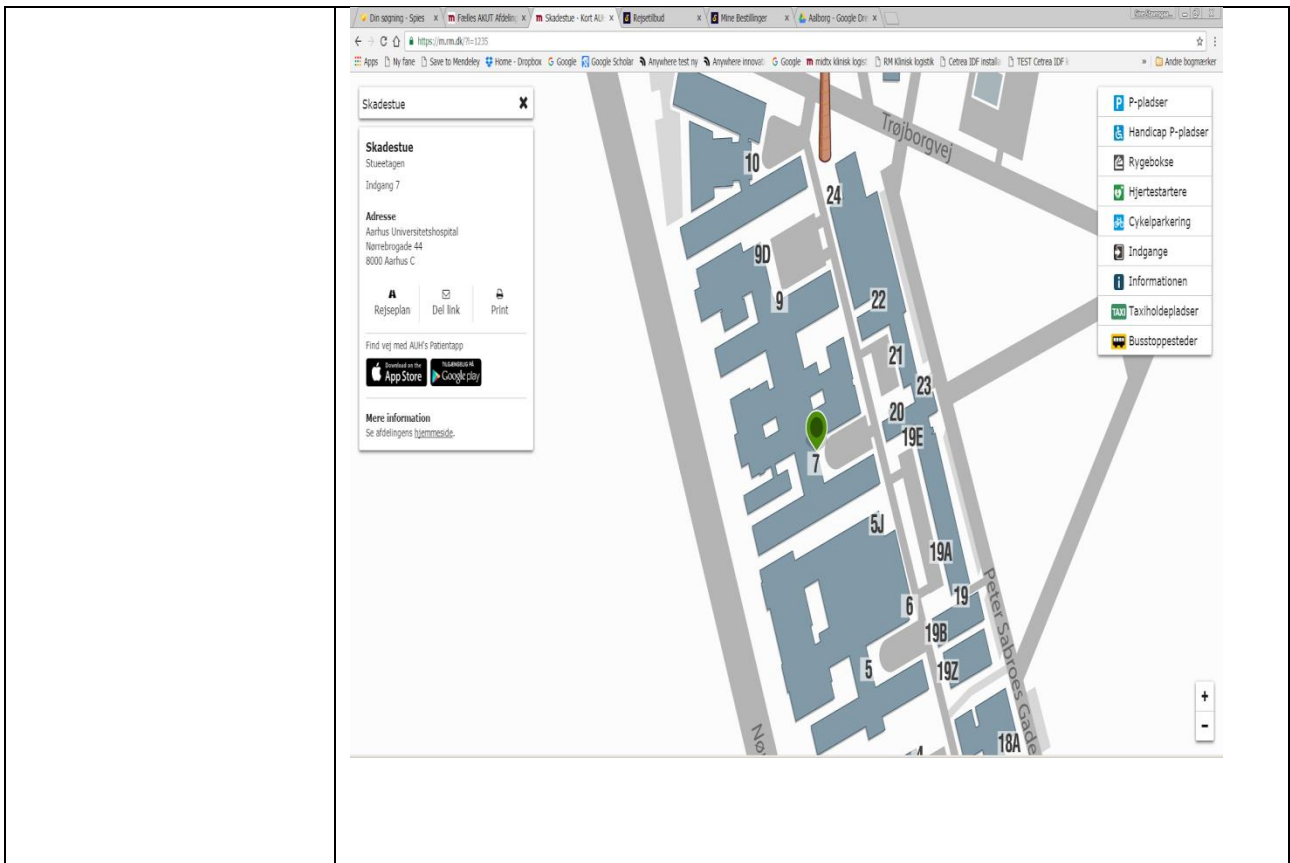
I det tidsrum, vi opholdt os i venterummet, så vi ikke sundhedsfagligt personale.

Observationsstudier AUH



AUH, Nørrebrogade, Fælles akutafdeling	
Overordnet organisering	
<p>I Århus er vagtlæge og Fælles Akutafdeling fysisk placeret i bygning 7 og har samme indgang og samme reception, men hvert sit venteområde.</p> <p>I indgangsområdet modtages også patienter, som har ambulatorieaftaler. Disse patienter skal dog ankomstregistrere sig via en ankomststander og skal ikke henvende sig i samme reception, som de akutte patienter. De skal følge en gul stribe i gulvet efter ankomstregistrering og møder længere inde i bygningen en særskilt reception til ambulatoriet.</p>	
Ankomst	
Henvendelse til egen læge/vagtlæge forud for ankomst	Visitation til Fælles Akutafdeling og vagtlæge sker ved forudgående henvendelse til egen læge i dennes åbningstid og vagtlæge uden for praktiserende læges åbningstider.

	<p>Praktiserende læge/vagtlæge melder patienterne som skal ses hospitalsregi til hospitalsvisitationen på AUH.</p> <p>Hospitalsvisitationen bruger Klinisk Logistik til at melde patienter til Fælles Akutafdeling, således at patienter, der ventes kan følges på en liste i afdelingen (Klinisk Logistik).</p> <p>Patienter til vagtlæge vil findes på en anden liste i vagtlægernes it-system.</p>
<p>Adgang til akutafdelingen</p>	<p>Det gamle kommunehospital på Nørrebrogade er enormt stort og det kan være svært at finde parkeringsmuligheder umiddelbart udenfor bygning 7, hvor vagtlæge og Fælles Akutafdeling er placeret.</p> <p>Der en fælles indgang ved bygning 7 til Akutafdeling, lægevagt og skadestue.</p> <p>Fælles akutafdeling / vagtlæge</p> 



Indgang





Der findes kun en central indgang til bygning 7, hvorigennem alle patienter til Fælles Akutafdeling, vagtlæge (samt visse ambulatoriebesøgende) går ind.

Når man træder ind af glasdøren til bygning 7, viser et skilt i loftet vej til skadestue og lægevagt mod højre.



Indgangen til lægevagt og skadestue sker igennem endnu en glasdør, og man kommer ind på en gang, hvor der til venstre på væggen hænger en ankomststander. Der er skilte, som fortæller, at ankomststanderen er beregnet til patienter, som har en aftale i ambulatoriet: "Indtjekning til ambulatorium (ikke til lægevagt)".



På gulvet i gangen er tekst og pile, som viser vej til hhv. Ambulatorie (gule pile) og Lægevagt (blå pile):



Få skridt fremme møder man til højre en reception, hvor der er skiltet med lægevagt og skadestue.

Receptionen



Alle patienter som skal i "skadestue" (akutafdeling) eller til vagtlæge skal henvende sig i receptionen. Receptionen er bemandet af en sygeplejerske og en lægesekretær, som har hver deres opgaver i forbindelse med modtagelse af patienter.

Lægesekretæren opretter kontakter i PAS på alle patienter til akutafdelingen og registrerer dem som ankommet til venteværelset i Klinisk Logistik.

I forbindelse med dette vil hun spørge patienter til akutafdelingen om deres navn/cpr-nummer for at finde dem på en liste i Klinisk Logistik, hvor alle patienter, som er meldt til hospitalsvisitationen via egen læge eller vagtlæge til akutafdelingen vil stå på.

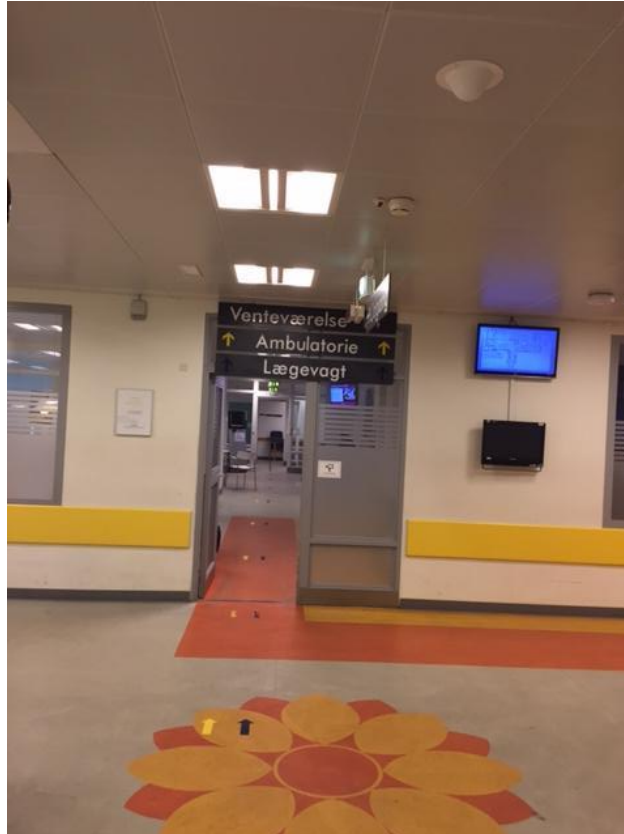
Såfremt patienten ikke er meldt ("selvhenvender") vil hun skulle starte med at oprette patientens kontakt ved ankomsten.

	<p>Patienter til akutafdelingen (som skal have en hospitals-kontakt) skal sekretæren foretage registreringer på vedrørende tilskadekomst eller sygdom og hun vil således tilspørge dem om, hvordan og hvornår de fx er kommet til skade.</p> <p>Sygeplejersken foretager det sundhedsfaglige tjek, som er beskrevet herunder på alle patienter (akutafdeling + vagtlæge).</p> <p>Der informeres ikke uopfordret om forventet ventetid ved ankomstregistrering i receptionen.</p>
Sundhedsfagligt tjek	<p>Alle patienter bliver ved henvendelse i receptionen vurderet af sygeplejersken.</p> <p>Patienterne vurderes stående ved receptionen.</p> <p>Sygeplejersken vurderer, om patienten er i stand til at vente på behandling, eller om der skal iværksættes omgående behandling.</p> <p>Såfremt en patient til akutafdelingen har brug for omgående behandling, vil sygeplejersken tilkalde en koordinator (sygeplejerske) som straks fører patienten til et undersøgelseslokale.</p> <p>Såfremt en patient til lægevagten har brug for omgående at blive tilset, vil sygeplejersken fra receptionen bringe patienten direkte til vagtlægernes undersøgelseslokaler. Dette foregår ofte ved at patienten bliver bedt om at sætte sig i en kørestol.</p> <p>De patienter, som skal vente til akutafdelingen vil sygeplejersken dokumentere en triagefarve på, således at personalet i akutafdelingen er informeret om, hvilken hastegrad patienter i venteværelset til akutafdelingen er vurderet til at have.</p>
Vente	
Fra reception til venteområde	<p>De patienter, som skal i venteværelset for at vente på at blive kaldt ind til akutafdelingen, vil fra receptionen blive bedt om at tage plads i det venteområde, som ligger umiddelbart i forlængelse af receptionens område og vente der, til de bliver kaldt ind af en sygeplejerske.</p> <p>De patienter, som skal til vagtlæge, vil blive bedt om at følge den blå streg i gulvet, hvor de kommer hen til en</p>

ankomststander. Ved ankomststanderen skal de scanne deres sundhedskort, hvorefter de får udleveret et bonprint med et vilkårligt nummer.

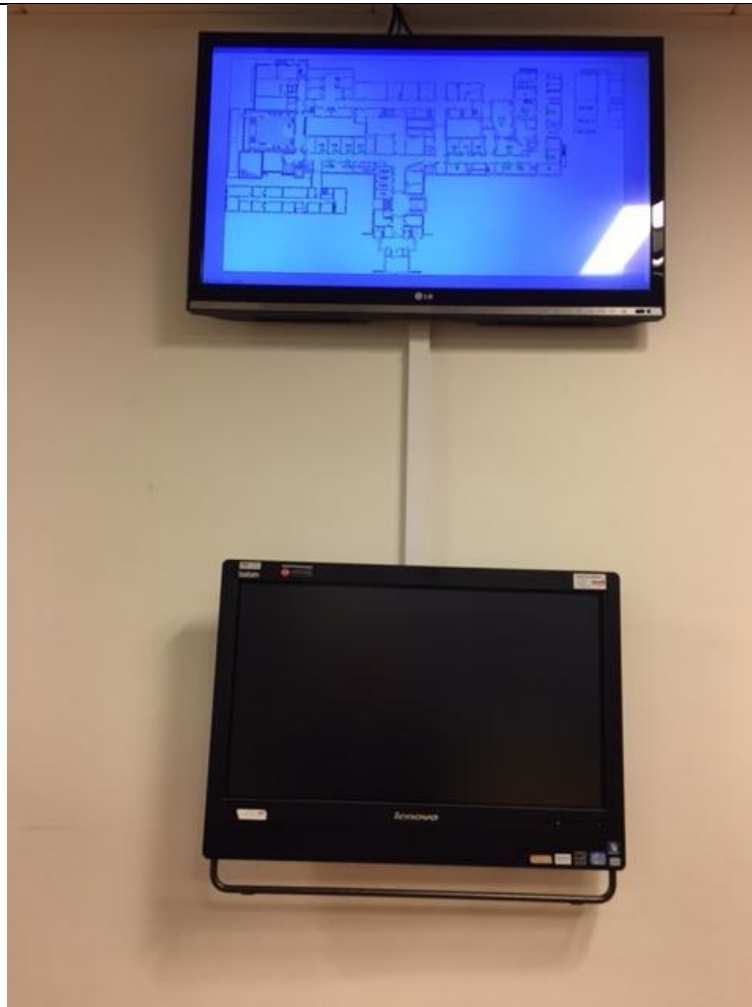
Herefter skal de fortsat følge den blå streg i gulvet, som leder hen til et venteområde for vagtlægepatienter.

Indgangen til venteområdet fra receptionen er skiltet med: Venteværelse, Ambulatorie (gule pile) og Lægevagt (blå pile).



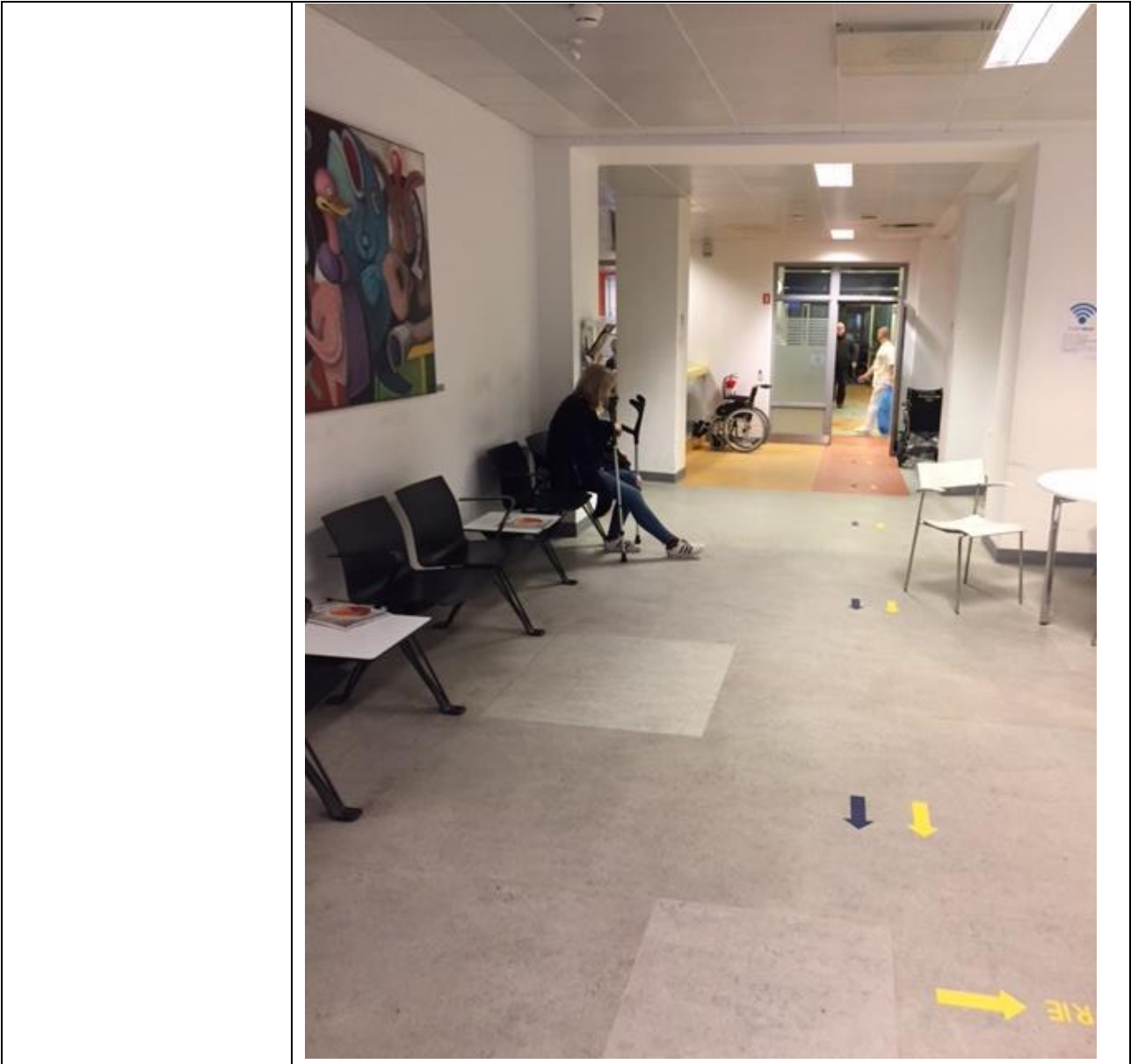
Venteområdet til akutafdelingens patienter er således lige inden for døren, mens vagtlægepatienterne skal følge en blå streg, som fører til at andet venteområde længere inde i bygningen.

Til højre for døren til venteområderne hænger to skærme. Den ene er ikke i brug. (Klinisk Logistik skærm – til hvad?) Den anden viser et overblik over undersøgelsesstuerne i den ortopædkirurgiske del af akutafdelingen og er beregnet til, at personalet kan se, når en sygeplejerske eller læge kalder på hjælp fra et undersøgelsesrum.



**Venteområde
akutafdeling**

Venteområdet til akutafdelingen er et stort område, som indeholder et mindre afskærmet område, hvor der er et legehjørne til børn.





I den store del af venteområdet forefindes vand, kaffe og en automat, hvor man kan købe snacks.



Der er blade, magasiner og diverse informationsmateriale.

Der er også adgang til toiletter fra det store venteområde:



Legerummet ligger i et venteområde, som er adskilt fra det større område ved hjælp af vægge med store glaspartier.



Der er mulighed for gratis benyttelse af Wifi/trådløst net.



Der hænger diverse plakater fra forskellige kampagner:

- Feber – hva' så? (information om forholdsregler ifm. børn, som har feber)
- Hjælp os til at blive bedre? (information om LUP ift. at patienter kan blive tilsendt et spørgeskema efter et besøg på hospitalet)
- Husk at tjekke din digitale postkasse





Vi vil gerne høre din mening er endnu kampagne for at opfordre patienter til at deltage i LUP.
 Der henvises til mere information på www.patientoplevelser.dk/LUP

<p>Generel information</p>	<p>I det store venteområde til Akutafdelingen hænger to skærme. Den ene er slukket. Den anden viser generel information via systemet SCALA og fortæller bl.a. om rygeregler på hospitalet. Nederst på skærmen vises en banner med nyhedsoversigter.</p>



**Ankomstregistrering
og vagtlæge**

Patienter til vagtlægen har i receptionen fået besked om at følge den blå linje i gulvet, som leder hen til en ankomststander til registrering af sundhedskort.



På skiltet står der:
"Patienter til lægevagten
Henvendelse i receptionen i Skadestuen"

Når man har scannet sit sundhedskort, bliver der printet et bonprint med et nummer (således at vagtlægen kan kalde patienten ind til undersøgelse uden at skulle råbe patientens navn op).

**Venteområde
vagtlæge**

Venteområdet til vagtlægernes undersøgelsesstuer kommer man til ved at følge den blå streg i gulvet lidt længere ind i bygningen.



På skiltet her står der "lægevagt" og der er en pil som viser til venstre.

For enden af den blå streg møder man venteområdet til vagtlægen.

Her er stole, et bord og nogle blade og brochurer.
Der er ingen skærm, som viser information om kald eller ventetid.





<p>Kald til akutafdeling</p>	<p>Patienter kaldes til undersøgelse fra venteværelset ved at sygeplejersken kommer ud i venteværelset og kalder patientens navn.</p>
<p>Kald til lægevagt</p>	<p>Patienter til vagtlægen kaldes ind ved at enten en sygeplejerske eller vagtlægen selv kommer ud i venteområdet og kalder patientens nummer ind til undersøgelse.</p>
<p>Røntgen</p>	<p>Patienter som skal til røntgenundersøgelse i forbindelse med deres undersøgelse hos fx vagtlægen vil få udleveret en henvisning (på papir) fra vagtlægen. De bliver bedt om at gå retur til receptionen og fortælle, at de skal i røntgen. Fra receptionen bliver patienten bedt om at følge en orange stribe i gulvet og putte papirhenvisningen i en brevsprække, når de ankommer til røntgenområdet.</p>



Den orange stribe fører igennem en gang med undersøgelsesstuer (medicinsk område) og ned til et venteområde.

Her møder man ganske rigtigt en dør med en brevsprække og skilte, der fortæller, at henvisningen skal afleveres dér.



Patienten som skal til røntgen skal efter aflevering af papirhenvisningen tage plads i venteområdet og vil blive kaldt ind.

En film, som vises på et tv til venstre for den orange dør, forklarer hele proceduren for patienten.

At man putter henvisningen i brevsprækken, tager plads og venter, indtil personalet kalder en til undersøgelse ved navn.





Efter afsluttet røntgenundersøgelse skal patienten gå retur til receptionen og henvende sig på ny.
Her vil lægesekretæren, hvis patienten kommer fra vagtlægen, spørge til de oplysninger (detaljer om evt. ulykke) som hun skal bruge for at oprette patienten i hospitalets PAS-system.
Patienten har nu en kontakt i akutafdelingen.

Efter at have talt med lægesekretæren i receptionen bliver patienten bedt om nu at tage plads i venteværelset til Akutafdelingen.
Herfra vil patienten som øvrige patienter til Akutafdelingen blive kaldt ind af en sygeplejerske, når der er tid til undersøgelse.

Ambulancer

Ambulanceredderne kører patienter, som ankommer med ambulance ind ad en dør, som ligger i forbindelse med en gang i det **medicinske område af akutafdelingen.**



(indgang ambulancer)



(Traumestue)

Patienter i venteværelset oplever således ikke, når der ankommer patienter med ambulance.

Observationsstudier

Hospitalsenh ed	
----------------------------	--

en Horsens	
Overordnet organisering	 <p>Akutafdelingen i Horsens består af akutmodtagelse med både akut ambulante, og sengepladser. (Desuden har afdelingen tilknyttet socialsygeplejersker, et diagnostisk ambulatorium og en akut dagklinik – ikke områder, vi havde fokus på under observationsbesøget).</p> <p>Afdelingen er opdelt i skadestue, akut modtagelse og vagtlæge.</p> <p>Akutafdelingen er et 48 timers afsnit. Det vil sige, at afdelingen også har indlagte patienter i op til 48 timer.</p> <p>Som patient kan du blive udskrevet direkte fra Akutafdelingen, eller du kan blive overflyttet til en specialeafdeling, hvis din udredning eller behandling kræver det.</p> <p>Akutafdelingen modtager henviste patienter hele døgnet fra egen læge, vagtlæge samt fra opkald via 112.</p> <p>Afdelingen er døgnbemandet med kirurgiske, ortopædkirurgiske og medicinske speciallæger samt akutlæger med særlige færdigheder inden for behandling af akutte patienter.</p>
Ankomst	Hovedindgangen til akutafdelingen er fælles for gående og liggende patienter.



Ambulanceporten er lige udenfor indgangen.



Lige indenfor døren, til venstre, er der en lav skranke, bemandet med to sekretærer. Skranken virker meget åben, og der er, foran den, placeret en stol, til de, der har brug for at sidde ned.

Det er ligeledes let for personalet bag skranken at træde ud og stå sammen med den ventende.



Sekretæren sender patienter, der skal til vagtlægen, hen for at ankomstregistrere sig i den stander, der står på gangen, på vej ned mod vagtlægelokalerne. Hvis ikke patienterne har talt med vagtlægen, er der en telefon på væggen, som kan benyttes til opkald.

Hvis sekretæren skønner, det er en skade, der "har bedre af at blive vurderet i skadestuen", beholder hun patienten her.

Selvhenvendere vurderes på samme måde, og registreres enten ved opkald til vagtlægen, eller ved oprettelse i skadestuen.



En af begrundelserne for at beholde patienten i skadestuen, kan, ifølge sekretæren, være bl.a. fordi nogle vagtlæger eks. ikke suturerer.

For gående patienter til akutmodtagelsen/skadestuen, laver sekretæren ankomstregistrering, og vurderer patienten, hvorefter hun sætter en triagefarve på patienten, i klinisk logistik.

Hvis patienterne skønnes at triagere mere end blå eller grøn, eller de har behov for smertestillende medicin, tilkalder sekretæren en sygeplejerske.

Pladsen er trang, i afdelingen, som netop står for at skulle udvide de fysiske rammer med nybyggeri, og lige ved siden af skranken, er der en skydedør ind til et rum, hvor koordinerende sygeplejerske, bl.a. opholder sig.

Sekretæren kan ligeledes vurdere ventetiden, og informere patienten om, hvor lang denne cirka er.

På sekretærens pc har hun en liste, i Klinisk logistik, hvorpå hun kan følge med i, hvor længe den enkelte patient har ventet.

Sekretæren kan vælge at sende patienten hjem i ventetiden, hvis det skønnes bedst. Sådanne patienter får et visitkort, med telefonnummer til afdelingen, med hjem.



Hvis patienterne skal til vagtlægen, sendes de ned ad gangen, og rundt om hjørnet, og her findes, et stykke hen ad gangen, et fælles venteområde til vagtlæge og røntgen.

Billede mangler

Patientkald???



Her er et velindrettet legerum for



børn.

De patienter, som venter til skadestue/akutmodtagelse, sendes i et venterum, der ligger ned ad gangen, på højre side, når man kommer fra skranken.

Herfra hentes de ind af en sygeplejerske, når det er tid til at modtage patienten, på en stue.

(billede mangler)

Her er to slukkede storskærme. Sekretæren fortæller, at det er Klinisk logistik skærme, som tidligere har vist en grafik af ventetiden, afbildet på en måde, så hver patient var en cirkel, der var i bevægelse, med ringe udenom, som øgedes sammen med ventetiden. Disse skærme var forvirrende for patienterne, og har længe ikke fungeret.



For enden af rummet, der er smalt, aflangt og med stole langs væggen, samt en sofagruppe, hænger der en tv skærm, og ved siden af den, en mindre monitor, der viser ventetiden, på samme måde som akut app'en. Ventetiden opdateres fra skranken, sædvanligvis hver anden time, og ved hyppige ændringer, med kortere interval. Skærmen er ikke altid lige drifts stabil.

I rummet findes desuden en holder med forskellige brochurer.



Tegning over "Det gode patientforløb på Hospitalsenheden Horsens".

Det gode patientforløb på
Hospitalsenheden Horsens



Vi inddrager dig i dit forløb

Vi ønsker med os alle dine indsigelser og dit input til at gøre dit forløb bedre. Du kan kontakte os på telefon 75 50 50 50 eller på vores hjemmeside www.horsensregionhospitalet.dk.

PLANLÆGNING

Der foregår dialog om behandlingsplan, udførelse og opfølgning i det akutte stadium med dig. Derudover foregår forberedelse af operation, fysioterapi, sygepleje, transport etc.

INDER

Hvad er jeres spænde i dag og eftermiddag, og hvordan skal vi omhyggeligt tage hensyn til dig?

FØRLEB

Et godt forløb er det bedste resultat af din behandling. Vi ønsker at gøre dit forløb så godt som muligt. Du kan kontakte os på telefon 75 50 50 50 eller på vores hjemmeside www.horsensregionhospitalet.dk.

Bilag 3

Præsentation til workshop AAU

AT VENDE

Fra den ventendes perspektiv



SITUATIONER HVOR VI VENTER



BRAINSTORM

- Hvad forstår vi ved at vente?
- Hvordan opleves det at vente?
- Hvad påvirker oplevelsen af at vente?
- Hvad kan gøre "at vente" til en bedre oplevelse?

DEFINITION AF BEGREBET

- At vente er.....

HVAD OPLEVER DU NÅR DU VENTER OG HVORFOR

- Hvordan opleves det at vente?
- Hvilke faktorer har betydning for oplevelsen af det, at vente?

OPLEVELSEN AF AT VENTE

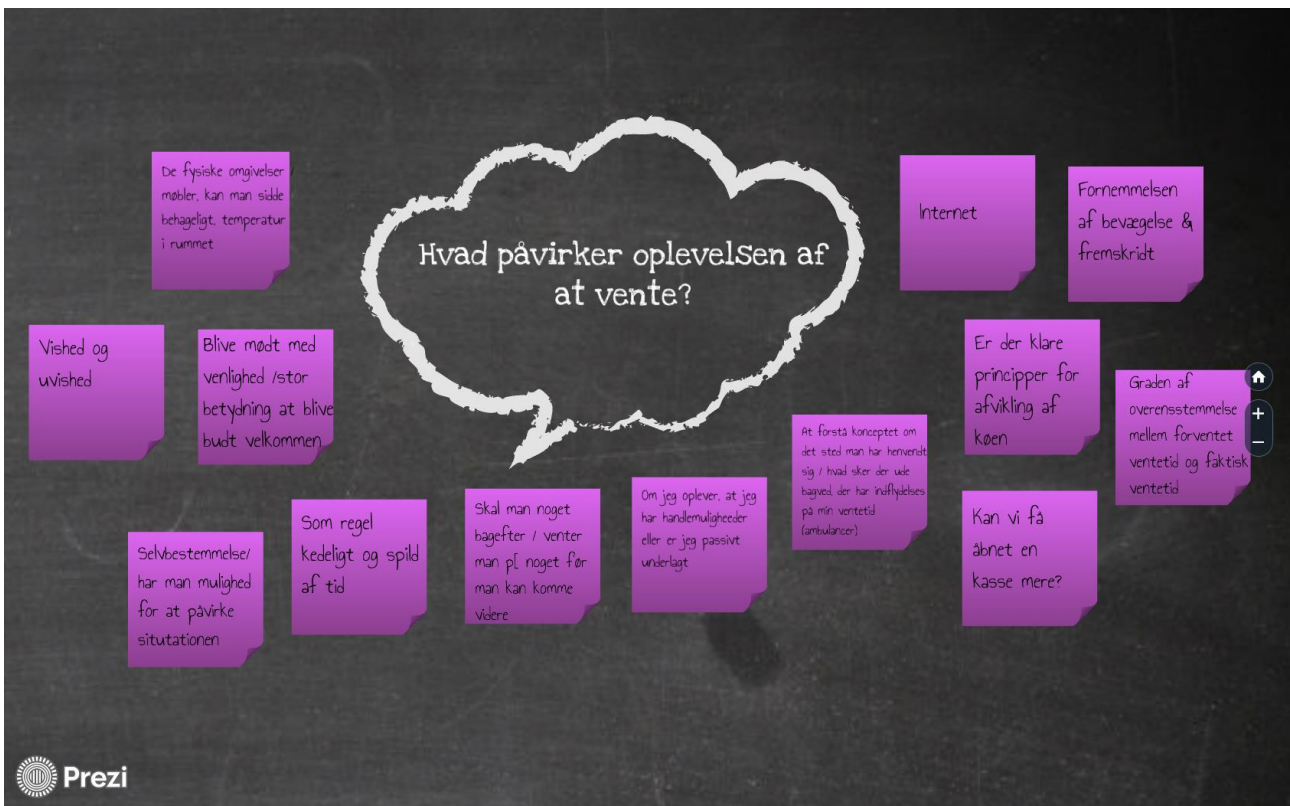
- Hvad kan gøre "at vente" til en bedre oplevelse?

OPLEVELSEN AF AT VENTE

- Hvordan bliver oplevelsen dårlig

ØVRIGE TANKER OG IDEER OM DET AT VENTE

- Har du tænkt på noget, som vi ikke har været omkring i forbindelse med dine overvejelser omkring det "at vente"?



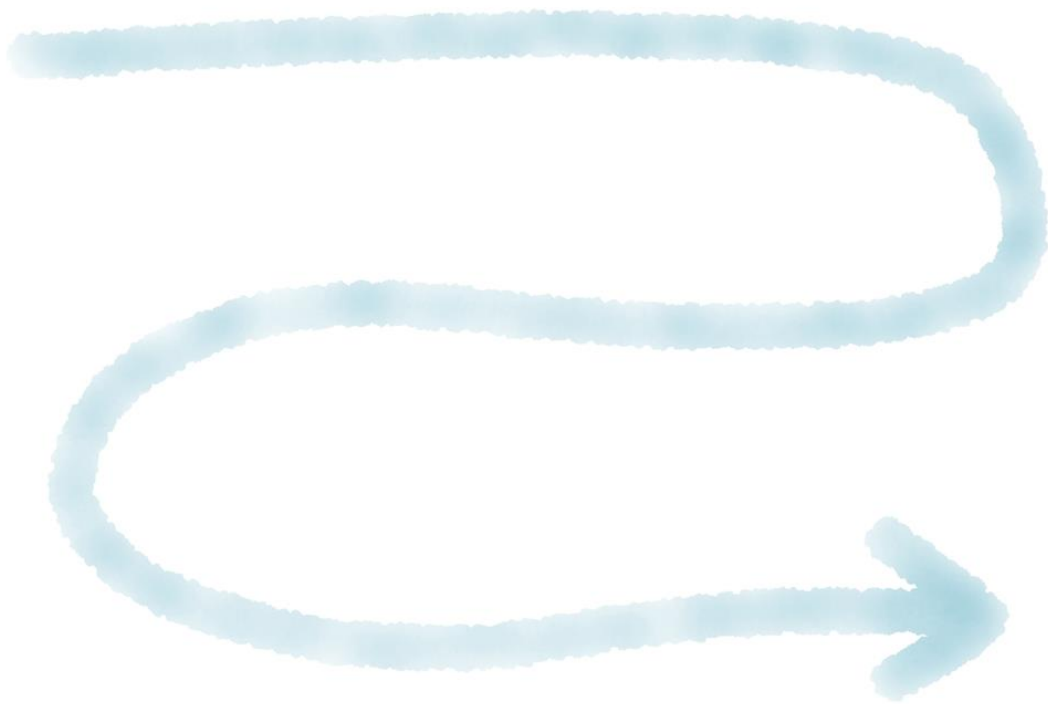
Mulighed for at påvirke ventetiden ved fx at booke en tid hjemmefra (Legoland)

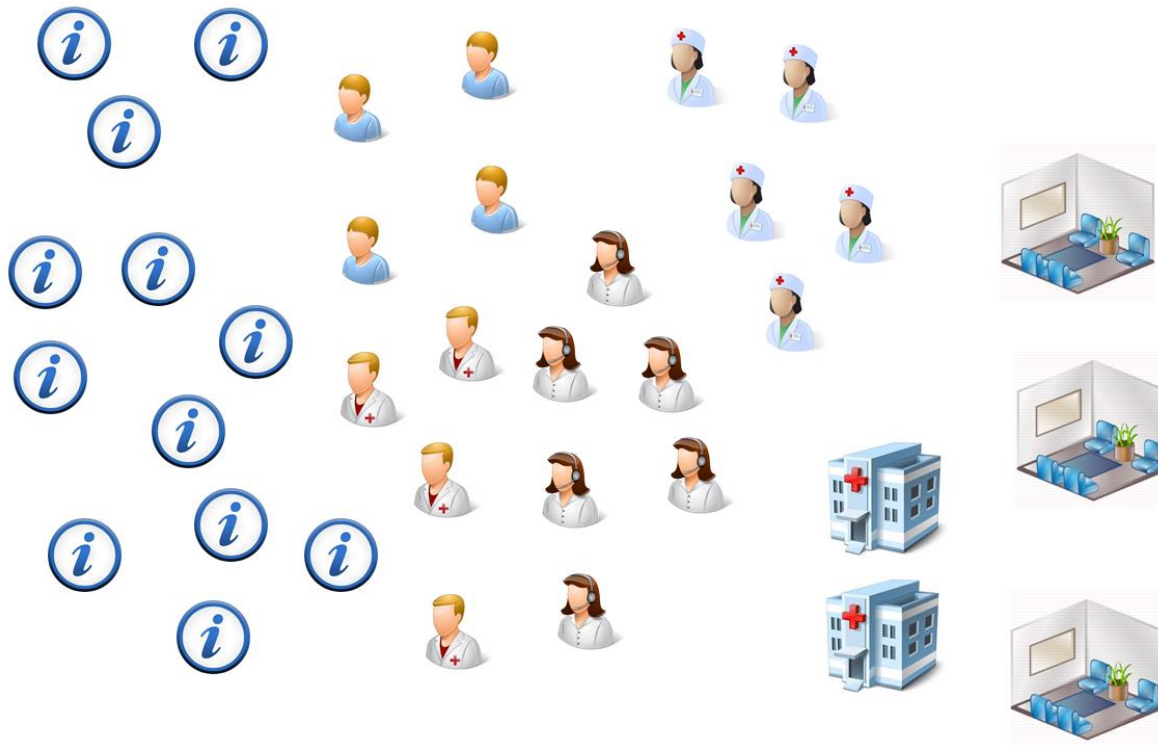
Hvad kan gøre "at vente" til en bedre oplevelse?

Noget til børnene at underholde sig med


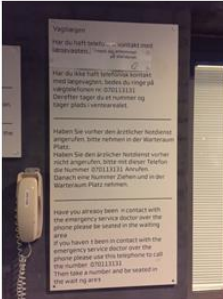

Noget at fordrive tiden med aviser, blade, internet


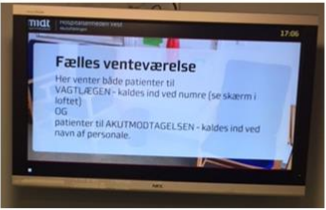

Bilag 5





Interviewguide

Ankomst	Ankomst	Ankomst
		
<p>Har du været i akutafdelingen før Stoppede du op ved skiltene Hvilken information fik du ud af skiltene Havde du haft kontakt med vagtlægen hjemmefra Vidste du, om du skulle til vagtlæge eller skadestue Vidste du, om du skulle bruge ankomststanderen Gik du direkte ind i venteearealet</p> <p>Hvis ringet til lægevagten: Vidste du, hvor længe du skulle forvente at vente? Hvad blev du informeret om i telefonen ift. dit besøg i akutafdelingen?</p> <p>Hvis du brugte scanneren – havde du så en fornemmelse af, hvad formålet var med brugen af den?</p> <p>Har du været i andre akutafdelinger/skadestuer Hvad var din oplevelse der – anderledes? Bedre/dårligere? Hvorfor?</p> <p>Forslag til forbedringer ved ankomst?</p>		<p>Hvorfor henvendte du dig i receptionen?</p> <p>Hvis skadestue: Hvad oplevede du, der foregik, da du henvendte dig i receptionen?</p> <p>Kan du komme om lignendes situationer fra din hverdag eller andre sygehusbesøg, hvor du har haft en god/dårlig oplevelse ved sådan en henvendelse? Hvorfor var den god/dårlig? Forslag til forbedringer?</p> <p>(Blev du registreret? Blev du informeret om evt. ventetid? Blev du informeret om, hvad der skulle ske under dit besøg? Blev det vurderet, om du havde smerter? Blev det vurderet, om din tilstand krævede øjeblikkelig behandling? Blev du informeret om, hvor du kunne få mere information og henvende dig ved evt. spørgsmål?)</p>

Vente	Vente	Tilkald
		
<p>Hvordan oplevede du ventetiden? Havde du en fornemmelse af, hvor længe du skulle vente og at du var registreret? Hvorfor/ hvorfor ikke?</p> <p>Har du ventet i andre ventesituationer? God / dårlig? Har du forslag til forbedringer?</p> <p>Hvad gør ventetiden god/dårlig?</p> <p>Havde du et overblik over, hvad der skulle ske, efter du havde ventet? Fx hvordan du ville blive kaldt ind?</p> <p>Er du blevet tilset af noget personale under din ventetid? Ved du hvorfor? Hvad var din oplevelse af kontakten med personalet under ventetiden?</p> <p>Havde du brug for at forlade venteværelset mens du ventede? Vidste du, om du kunne forlade venteværelset fx for at gå efter mad/stille p-skive?</p> <p>Havde du en fornemmelse af i hvilken rækkefølge dine medventende blev kaldt ind? Og hvorfor?</p> <p>Havde du en fornemmelse af, om der var travlt i skadestuen? eller om der pludselig blev travlt?</p>	<p>Fik du noget ud af den information, der var tilgængelig i venteværelset? Hvad? Hvad manglede der?</p> <p>Har du tidligere oplevet, at blive informeret under et venteophold? Hvad var godt/dårligt? Forslag til forbedringer?</p>	<p>Er du klar over, hvordan du vil blive kaldt ind til undersøgelse? Hvad synes du om måden tilkald bliver håndteret på (ved opgråbning af navn)?</p>

Bilag 6

Mens du alligevel venter...

Fortæl os om din oplevelse af besøget her i dag

Hvem er vi, hvad vil vi, og hvorfor?

Vi er to masterstuderende på Sundhedsinformatik ved Aalborg universitet, som er i færd med vores afgangsprøve.

Vores projekt handler om Information til ventende, i Akutmodtagelser, med fokus på patientperspektivet i form af patientoplevelser- og inddragelse i en proces med sigte på forbedringer på området.

Vores afsæt er de seneste LUP (Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser) undersøgelser foretaget i akutmodtagelser. Undersøgelserne viser, at der, på området for information omkring ventetid, er god plads til forbedringer.

Vores interesse er at høre om **din** oplevelse af besøget her i dag, fordi det er et meget vigtigt perspektiv at have med, hvis man vil udvikle løsninger, som rammer de ønsker, du og andre ventende har til venteinformation.

Hvad kan du bidrage med?

Din tid, lyst og vilje til at dele dine oplevelser med os, så vi kan blive klogere.

Hvordan skal det foregå?

Vi taler sammen, ca. 10 -15 min i et mindre, uforstyrret lokale længere inde i akutmodtagelsen.

Vi vil spørge dig om samtalen må optages (kun lyd). Lydfilen høres kun af os, til støtte for hukommelsen, og slettes efter færdiggørelse af projektet.

Du beholder din plads i køen, og bliver hentet ud, hvis det bliver din tur under samtalen

Dine personfølsomme data bliver ikke registreret eller videregivet, dvs. du er anonym

Du kan frit afbryde samtalen, hvis du fortryder undervejs

Under samtalen byder vi på en lille forfriskning

Vi glæder os så meget til at høre om DIN oplevelse

Med venlig hilsen

Sine Stavnsgaard Holm og Hanne Cramon



Bilag 7

1. Mand med brækket kraveben efter motorcrossulykke + hustru

- usikker på, om det er vagtlæge eller skadestue
- kommer fra et andet område i regionen, men kommet til skade nær Herning
- aldrig været i akutmodtagelse i Herning før
- oplever det lettere at orientere sig på vanligt hjemsygehus, men tror, det skyldes vanen med at komme der
- ingen info om ventetid ved opkald til vagtlægen
- fandt det forvirrende med ankomststanderen, der ikke virkede – men forsøgte alligevel at køre sundhedskortet igennem, da de genkendte standeren – herved fik de et nummer, som de tog med sig.
- Så slet ikke de skilte, der var opsat omkring ankomststanderen
- kunne følge med i nummer på skærmen, se, hvor mange, der er foran eget nummer, hvor mange rum, der er i brug. Ikke klar over skelnen mellem vagtlægesystem og akutmodtagelse
- kom hurtigt ind hos vagtlægen, efter ca 10 min ventetid
- havde fået smertestillende af sygeplejerske hos vagtlægen, men ingen slynge
- manglede forståelse for smertesituation ved us hos vagtlægen
- fik mangelfuld vejledning om, hvordan de fandt røntgen "det er ovenpå"
- fik dog forklaret ved vagtlæge, at de skulle henvende sig i receptionen på ny efter endt røntgenundersøgelse
- usikker på, hvordan man skulle gebærde sig ved røntgen
- rigtig meget skiltning
- to forskellige venteområder, hvor det var usikkert, hvor man skulle tage plads
- ingen personlig betjening
- en ankomststander, der så ikke skal anvendes i weekenden. Tvivl om brugen af denne.
- information om, at nogen ville komme og hente dem ind, af en portør, der tilfældigt kom ud fra røntgen
- tvivl om registrering i røntgen
- gik retur til sekretæren i receptionen efter røntgen
- ingen information her om ventetid, blev blot bedt om at tage plads. Regnede med, at der nok ville komme nogen og hente.
- fik forståelse af, at de skulle vente på svar på røntgenbilleder, og samtidig info om, at det nok var bedst, hvis pt ikke spiste eller drak noget, hvis han evt skulle opereres.
- oplysningen om at faste har givet en vis uro i forhold til det videre forløb. De er i tvivl om der nu bliver tale om en operation
- parret er ikke klar over, at de nu venter på skadestue og hvorfor de ikke længere kan følge deres nummer på skærmen til vagtlægen
- de har ingen fornemmelse af, hvor længe de skal vente
- de har ingen fornemmelse af, om de kan forlade venteområdet i ventetiden
- de er ikke klar over, hvordan de vil blive kaldt ind, når de er færdige med at vente – de forventer, der kommer nogen og kalder på dem
- adspurgt til, hvordan de har det med manglende anonymitet ift. navneopråb svarer de, at det ikke er væsentligt for dem
- hustru så noget information, på skilt? om smertestillende (er på infoskærm)
- taler om lignende ventesituationer, eks. lufthavn, hvor man kan følge med via højttaler og skiltning på lufthavnstavle, hvis der er ændringer i flyafgangen
- de vil ikke holde sig tilbage fra at henvende sig i receptionen, hvis de har spørgsmål til smertelindring, at forlade venteområdet eller lignende.

2. Mor til dreng, der kom til skade dagen før, i legeland

- blev af vagtlægen henvist til Herning, skønt tættere på Ringkøbing – grundet oplysning om kortere ventetid i Herning og ikke den store forskel i afstand
- således ikke været i **Herning i mange år**/ nogensinde før?
- har fået nøjagtig adresse i telefonen af vagtlægen
- Har på interviewtidspunktet opholdt sig i akutafdelingen / røntgen i næsten to timer i alt. De oplever dette som "ventetid"
- ikke sikker på, hvor man skulle henvende sig
- ankomststander havde sort skærm – blev opfattet som om den var ude af drift
- ser ikke skilte i vindfang
- fik, ved opkalde til vagtlægen at vide, at der var 5-7 patienter i ventekø
- lidt usikkerhed om adressen, hvor de skulle henvende sig
- kunne ikke få et nummer i ankomststander, henvendte sig hos ukendt fagperson i skranken, (som så registrerede dem ankommet i vagtlægesystemet), men fik ikke noget nummer, så kunne derfor ikke orientere sig i køen på vagtlægetavlen (de ved ikke, de bliver registreret i vagtlægesystemet og at grunden til, de ikke har fået et nummer er, at de ikke har scannet sundhedskortet igennem)
- klar over, at der kan være ventetid, og forståelse for, at der er andre, der haster mere
- har været **her** (var det i Herning?) med bror til patienten, for ca. 5 år siden, og derfor klar over, at der kan være ventetid.
- troede de var blevet glemt, idet nogen, der kom før dem, blev kaldt ind før
- moren forsøger at pejle sig frem til ventetid ved at observere hvordan de andre patienter, som har været der før dem, bliver kaldt ind
- fik god information, af vagtlægen, om, hvordan de fandt op til røntgen, skulle gå ovenpå og sætte sig på de røde stole, og ville blive hentet ind. Efter røntgen gå tilbage og sige til receptionen
- er opmærksom på skilte i røntgen, der fortæller, hvad man skal i weekenden, men under venteophold i røntgen alligevel usikker på, om der er nogen der ved, de venter (om de er registreret)
- ikke klar over, at det ville tage så lang tid. Har ventet i næsten to timer. Har et andet barn, der skal køres kl 16, og tiden går hurtigt. Har ikke sagt det til nogen – ikke overvejet, at de kunne prioriteres på denne baggrund
- havde lagt mærke til, hvem der blev kaldt ind, og havde været lige ved at gå op til sekretæren for at høre til ventetiden.
- ikke klar over, hvad de ventede på, eller hvor længe, de skulle vente – ej heller hvordan de vil blive kaldt ind, når de er færdige med at vente
- svært at få patient og moder til at tænke ventetid og gode oplevelser mhp forbedringer
- moder interesseret i opfølgning på denne samtale, - sagt til hende, at det ikke er sådan, det vil foregå denne gang.

3. Kvinde med mavesmerter + ægtefælle.

- ringet til vagtlægen, bedt om at køre ind til Ringkøbing
- i Ringkøbing er der er dørklokke – der er ingen elektronisk ankomstregistrering – man skal oplyse sit navn og vente derefter
- derude usikkerhed om ventetid, men kunne orientere sig, idet der var nogen de kendte
- mange patienter i venteværelset
- ventede dog kun ca. 10 min
- kommer ind til læge, som kalder ind ved navn
- sendt videre til modtagelsen i Herning, af vagtlægen i Ringkøbing, der informerede om forestående blodprøver og scanning.
- ved ankomst til Herning usikkerhed, da de kiggede efter "Modtagelsen", og skiltene viste til **Akut**modtagelsen eller skadestuen
- går direkte igennem ankomsthallen uden at overveje, hvad der står på skilte eller registrere ankomst ved scanner
- henvendte sig straks i skranken, i receptionen skulle de oplyse navn, hvorefter de blev bedt om at tage plads i venteværelset
- Vidste ikke, hvilken faggruppe, de talte med i receptionen
- oplevede generelt kort ventetid – 10 min før de blev kaldt ind
- ok at blive kaldt ind ved navn
- (efter første ventetid i Herning skal de ind til sygeplejerske og have taget blodprøver)
- herefter skal de igen vente, hvor de bliver placeret i en seng i akutmodtagelsen
- interviewet foregår på dette tidspunkt, hvor patienten er tildelt en seng og venter på lægeundersøgelse og svar på blodprøve
- info om ventetid på 1 – 1,5 time på blodprøvesvar og læge

4. Mor til datter, der er skadet i håndboldkamp + bror/søn

- Har haft ringet til vagtlægen hjemmefra – fået at vide, at der ikke var ventetid i Herning
 - havde ikke sygesikringskort med og da skærmen på scanneren var sort - henvendte sig i receptionen
 - moren oplyser at hun straks opgav, da scanneren var i sort, og hun ikke var så god til computere
 - blev ikke oplyst om ventetid i receptionen og kunne heller ikke se deres nummer på skærmen, da de ikke havde fået et nummer
 - Ventede ca. 5 min inden de blev kaldt ind til vagtlægen
 - ikke fået ispose eller smertestillende, trods tiltagende hævelse af hånd
 - har tidligere haft skadet samme hånd, har metalskrue i
 - - var ikke klar over, hvilken faggruppe, hun talte med
 - kort ventetid til vagtlægen
 - usikkerhed om, hvordan de skulle forholde sig i røntgen, døren til det ene venterum var låst og de ser ikke skiltene i røntgen
 - ikke mødt nogen sygeplejerske hos vagtlægen
 - ved ikke, hvor længe de skal vente på at blive kaldt ind
 - ved, de venter på røntgensvar, da de tidligere har været her med skade i samme hånd, de er ikke blevet oplyst om, hvad de venter på, eller hvor længe de skal vente.
- De har ikke fået frokost og ved ikke, om de kan forlade venteværelset mens de venter

Generelle konklusioner fra interviews / resumé

Samtlige interviewede har forud for ankomst talt med en vagtlæge i telefonen.

Nogle er informeret om forholdsvis kort ventetid i Herning, hvorfor de er visiteret dertil frem for nærmest akutmodtagelse. Andre er slet ikke informeret om ventetiden på forhånd.

Da skærmen på interviewdagen er sort, er der kun en enkelt patient, der alligevel har forsøgt at scanne sit sundhedskort og derved fået et nummer.

Alle andre interviewede har henvendt sig i receptionen, som man kan se gennem glasdøren fra ankomsthallen.

Det gælder for alle interviewede at de overhovedet ikke har orienteret sig på de skilte, der hænger i forhallen. De har set scanneren og været klar over de skulle ind akutmodtagelse/modtagelse – men ellers stiler de direkte mod receptionen.

Det er generelt for de interviewede, at de ikke på forhånd er helt sikre på, om de er på vej til vagtlæge eller på vej i skadestuen/akutmodtagelsen.

Ingen af de interviewede bliver ved henvendelse i receptionen informeret om, at de taler med en sekretær, at hun ankomstregistrerer dem, til hvad de bliver ankomstregistreret, eller hvilket forløb de skal forvente at gå igennem.

De bliver ikke tilbudt smertelindring eller set af en sygeplejerske ved ankomst.

Da de har registreret sig ved scanner eller i reception og tager plads i venteområdet forsøger de alle at orientere sig om forventet ventetid ved at betragte de andre patienter i venteområdet og det flow der er – hvornår bliver dem som har været her før mig kaldt ind?

De har ingen fornemmelse af, hvad de andre patienter venter på – og om de venter på forskellige ting.

De læser ikke skilte eller i brochurer og kun en enkelt pårørende har lagt mærke til et enkelt slide på infoskærmen omkring smertelindring – hvilket først er i anden omgang af ventetid efter en røntgenundersøgelse.

Den ene patient, som fik et nummer følger med i sit nummer på skærmen, der viser numre og har ved at se antal numre og antal rum en fornemmelse af ventetiden og flowet.

De øvrige patienter er ikke klar over, hvorfor de ikke har et nummer.

Ingen af patienterne er klar over, hvorfor de ikke har et nummer, da de kommer retur og skal vente for 2. gang.

Ingen af patienterne kan forestille sig, hvordan de fx kan se, om der er travlt pga et trafikuheld eller lignende.

Samtlige patienter vil kunne ankomstregistrere sig, blot der er en scanner, der virker.

Alle patienter svarer, den information, de allerhelst vil have er, hvor længe de skal vente – og hvor længe der går, inden de kommer hjem.

De mangler en fornemmelse af det forløb de skal igennem.

I røntgenafdelingen er alle de interviewede forvirrede, dels fordi ankomststanderen ikke er tændt, fordi de ikke ved, hvor de skal tage plads, om de er registreret, hvor længe de skal vente, om de venter det rigtige sted. Der er ingen, de kan spørge.

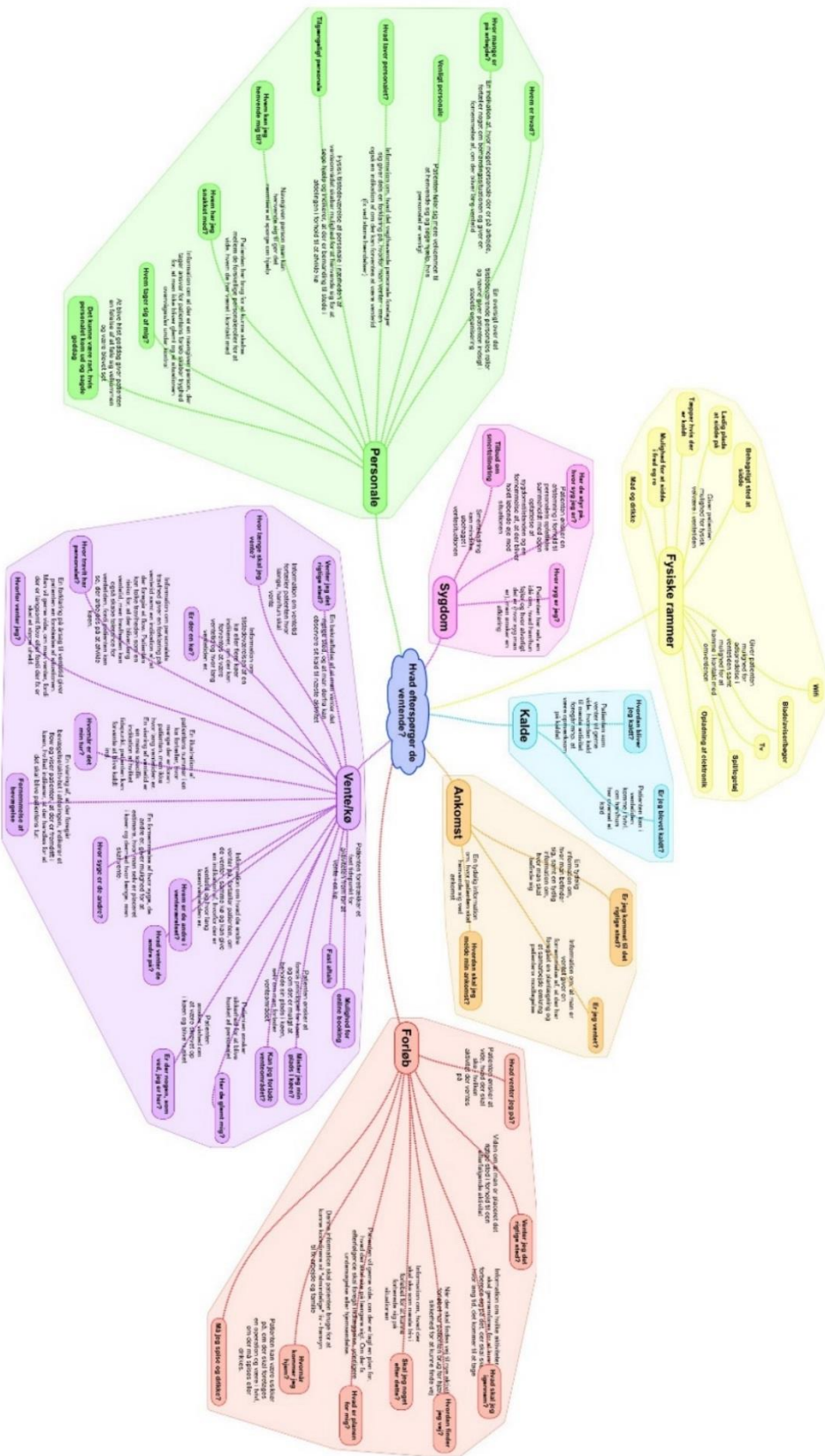
Efter afsluttet røntgenundersøgelse har patienterne ingen fornemmelse af, hvad de venter på som det næste. De ved ikke hvor længe de skal vente, og om de må forlade venteområdet.

De forstår ikke, hvorfor de igen skal henvende sig i receptionen, da de kommer retur fra røntgen.

Generelt har ingen af patienterne læst, hvad der står på skiltene eller infoskærmene. Ingen af patienterne ser det som et gode, at kunne følge med i nyheder på skærmen.

Generelt vil patienterne gerne vide

- Er jeg registreret (er der nogen der ved, jeg er her)
- Hvem har jeg talt med
- Hvem skal jeg tale med nu
- Har de styr på, hvor alvorligt jeg er syg
- Kan jeg få smertelindring og hvordan
- Hvad skal jeg under mit besøg
- Hvad venter jeg på / hvad skal jeg bagefter
- Hvordan bliver jeg kaldt ind
- Venter jeg det rigtige sted
- Må jeg forlade venteområdet
- Hvad venter de andre på, som er her
- Hvorfor kommer de ind før mig
- Hvor kan jeg henvende mig, hvis jeg har spørgsmål
- Hvornår kommer jeg hjem



Bilag 9



PRÆSENTATION

- Baggrund for SIA og masterprojekt
- Struktureret efter situationer:
 - Ankomst
 - Kø/vente
 - Kalde
- Udfordringer -> Forslag til løsninger på den korte bane -> opsummering af behov for it-understøttelse (patient / personale)
- Opsummering og forslag i konkret form samt prioritering
- Forslag til Mockups
- (Processen)
- Referencer.

PROBLEMFELT

- To tredjedele af patienterne i Danmarks akutmodtagelser oplever problemer med ventetid på landets knap 50 skøgestuer, der årligt har næsten 900.000 besøg. Patienterne oplever, at de ikke får at vide hvorfor, og hvor længe, de må vente (1).
- Resultaterne fra LUP Akutmodtagelse 2015 (2;3;4) viste, at spørgsmålene om ventetid var blandt de spørgsmål, som patienter i akutmodtagelser gav den laveste gennemsnitsscore. Spørgsmålene om ventetid handler om, hvordan patienterne oplever ventetiden og hvorvidt de føler sig informerede om forventet undersøgelsestidspunkt, årsag til eventuel ventetid samt udviklingen i ventetiden.
- Fiere internationale undersøgelser peger på, at patienternes tilfredshed med deres besøg i en akutmodtagelse påvirkes af deres oplevelse af ventetiden (5) (6). Undersøgelserne viser, at det ikke nødvendigvis er den faktuelle længde af ventetiden, der har betydning for patienternes tilfredshed, men at det i stedet er patienternes oplevelse af ventetiden, der er af betydning (7) (8).
- Spørgsmål 5, 6 og 7

SPØRGSMÅL FRA LUP MED DÅRLIGSTE SCORE I 2014 + 2015 + 2016

Spm 5: Blev du ved modtagelsen informeret om, hvornår du kunne forvente at blive undersøgt?

Spm 6: Blev du informeret om årsagen til ventetiden?

Spm 7: Blev du tilstrækkeligt informeret om udviklingen i ventetiden, fra du ankom, til du blev undersøgt?

spørsmål nr. 5

SIAS OPDRAG – OG PATIENTENS PERSPEKTIV

I Region Midtjylland arbejder man i et fællesregionalt projekt, der kaldes SIA (Samlet Hjælpstilrettelse af Akutafdelinger). Herunder et delprojekt omkring ankomst/ke/kalde, og it-understøttelsen heraf.

"Ankomst, ke og kalde" er elementer i forbindelse med beredskabsløsning blandt de gående patienter til akutafdelingen, dvs. alle patienter som ikke bringes ind til hospitalet med ambulance.

"Ankomst" handler om registrering af patienten ved fremmøde, og her ønsker man at give patienten information om, hvad det sker. Desuden er der ønske om, at patienten skal kunne afgive CPR nummer info, uden at dette sker mundtligt.

"Ke" (Avente) omhandler, hvordan håndteringen af ventesituationen foregår, i forhold til at informere patienten om forventet tid til undersøgelse/behandling, og skal samtidig give modtagende afdeling overblik over de ventende, og så afdelingen har et grundlag for at træffe beslutninger om tiltag i relation til de ventende patienter, herunder information i ventetiden.

"Kalde" delen bruges til at informere patienten om, hvor denne skal gå hen, når det bliver dennes tur til undersøgelse/behandling. Herunder en varting, så patienten kan nå frem til rette sted i tide.

I visionen for projektet hedder det, at man, dels ønsker at kunne håndtere et forventet stort flow af patienter, og samtidig kunne give disse den fornødne information, så ventetiden bliver talelig.

For at kunne udvikle en løsning, der imødekommer de patient/bruger ønsker, som fremsettes i LUP undersøgelse, vil det være relevant at inddrage patientperspektivet i udviklingsprocessen.

VORES BRILLER



&

PATIENTENS BRILLER



IDÉER

Vi vil tage udgangspunkt i den nationale strategi for IT-understøttelse af Patient Empowerment, hvis vision er, at skabe trygge og involverede patienter samt et samarbejdende sundhedsvæsen, der ser patienter og pårørende som aktive og ligeværdige partnere, med henblik på opnåelse af effektiv drift med høj sikkerhed og kvalitet (9).

Vi vil gerne løfte begrebet "at vente" til noget mere universelt, end det at vente som patient i et venteværelse. Oplevelsen af at vente, forestiller vi os, kan undersøges i diverse scenarier: En patient venter på behandling, en kunde venter på betjening, en passager venter på et fly, en gæst venter i en forlystelsespark. Ved at vælge denne åbne tilgang til ventesituationen og bevæge os ud over sundhedsvæsenets rammer, håber vi, at kunne høste nogle alternative perspektiver i den innovative proces.

AT VENDE




DIGITAL VERSUS PERSONLIG





ANKOMST

- Uafordringer:
- Alle patienter går ind ad den samme dør
 - Information kan ikke målrettes, idet patienter skal registrere ankomst forskelligt
 - Besviterer i en skitejungle og forvirring
- Skal jeg til vagtlæge eller akutmodtagelse?
- Ved de, at jeg kommer?
- Skal jeg bruge scanneren?
- Jeg har mest lyst til at spørge et menneske.




ANKOMST

- Løsning på den korte bane:
- Afskaf elektronisk ankomstregistrering i forhallen
- Lad alle patienter henvende sig i receptionen
- Fjern de forvirrende skilte
- Hav samme indgang altid (24/7)
- Enkelt navngivning på skilte og i den information patienterne får
 - Akutafdeling/akutmodtagelse/modtagelse /skadestue - hvad hedder det?
- Opdater hjemmeside, så der er vejledning til at finde vej, p-plads, indgang, kloak mv. og diverse information om forventet ventetid, spor samt patientforløb / patientens plan.



MODTAGELSE

- **Udfordringer:**
- Patienter ved tælle, om de skal henvende sig her
- Patienter ved tælle, hvad de skal - vagtslege, akutafdeling
- Patienter kan tælle gennemskudt receptionens rolle
- Det går tælle op for patienten, at de er registreret og til hvad
- Patienter bliver tælle informeret om, hvad de skal vente på til
- Patienter bliver tælle informeret om, hvordan de bliver tælle
- Patienter bliver tælle informeret om, hvor længe de skal forvente at vente
- Patienter bliver tælle tilbudt smertelindring
- Patienter er tælle om hvor (hvor længe de skal vente) og informeret
- Patienter er tælle om, om der er tryk på deres sygdomssituation / tilstand - ved genstand, hvad sig (og) af
- Patienter bliver tælle informeret om, at de kan, kan forlade ventestruktur



MODTAGELSE

- Den korte bane:
- Skiltning - kald din reception for en "reception", så alle patienter tæller, de kan henvende sig.
- Fortæl patienten, hvem du er
- Afstem patientens tilstand med patienten og tilbyd smertelindring ved behov (SPV/tilgode/smertelindring/mjølke)
- Fortæl patienten, at du nu registrerer patienten og herunder evt. kontaktoplysninger til pårørende (Uykkeregistrering evt. her)
- Forklar patienten tællingen til et spørgsmål - udlever evt. materiale om spørgsmål og evt. bane med nummer eller initialer
- Oplys hvad den estimerede ventetid er til dette spørgsmål
- Forklar om muligt et forventet forløb, patienten skal igennem (patientens plan)
- Forklar patienten, hvor der kan tælle henvendelse, hvor der tælle informeres om ventetid, hvor der informeres om udviking/ændring af ventetid, hvor patienten kan se, at ventetid informeres sig og er tælle, hvordan der er mulighed for at forlade ventestruktur
- Forklar patienten, hvordan der tælle til undersøgelse
- Udlever evt. informationsmateriale eller henvis til hjemmeside (fx vno, QR-kode)

KORT OPSUMMERING AF BEHOV FOR IT-UNDERSTØTTELSE VED ANKOMST OG MODTAGELSE

- Ankomstregistrering i reception skal foregå hurtigt
 - Mulighed for at se liste med patienter meldt til akutafdeling, ambulansetid (og vagttage)
 - Mulighed for print af bon med nummer eller initialer til alle patienter
 - Mulighed for placering i spor
 - Mulighed for at se estimeret ventetid til forskellige spor
 - Mulighed for registrering af SPV/triage
 - Mulighed for registrering af smertelindring
 - Mulighed for registrering af hjælpemidler
 - Mulighed for oprettelse af kontakt og ulykkesregistrering
- Mulighed for henvisning (evt. QR-kode) til digital information om
 - Spor og ventetid
 - Patientforløb (patientens plan)
 - Smertelindring
 - Andre vej til anden afdeling
 - Andre



VENTESITUATIONEN

- Udfordringer
 - Patienter venter ikke på det samme
 - Man vil gerne vide hvad de andre venter på, og hvorfor der ikke kaldes ind i næsteafsnit
 - Patienter bliver bombarderet med information
 - De læser ikke hvordan på skærme eller selve
 - Patienter ved ikke, hvor længe de skal vente eller hvor de kan holde sig orienteret
 - Patienter ved ikke, om de må forlade venteområdet
 - Patienter ved ikke, hvor de skal henvende sig
 - Patienter ved ikke om de nu forsat er registreret eller måske allerede er kaldt ind, men har misset det
 - Patienter ved ikke, hvad de venter på



VENTESITUATIONEN

Løsninger på den korte bane:

- Informer patienten grundigt ved indtrækket (forståelse af de)
- Hav målrettede og minimale information i ventestadiet
 - Fokus på det patienten vil vide:
 - Hvad venter jeg på (spør)
 - Hvor længe det tager (venter vedtaget)
 - Ved du, jeg venter (spør) (Vejning af indlæsningspersonlig registrering - nummer af indlæser)
 - Hvordan bliver jeg kaldt
 - Hvor det forandring i ventetiden (oplysning ved et nyt nummer)
 - Hav sekundær information (skærm (plakat/ brochure) - afkøde til hjemmedoktor) om:
 - Smertelindring
 - Muligheder for forløb i ventestadiet
 - Hvor man kan henvende sig
 - Klokens åbningstider og vejret
 - Skriv udvalgt information om (skal være valgt):
 - Udlevering af trykvar
 - Transportmidler
 - Rygerakler
 - Nybyggeri
 - TV-udsendelser
 - W.M.



VENTESITUATIONEN

Udfordringer vedr. vagtlægepatienter

- Har egen informationskærm
- Har eget nummersystem
- Har eget kaldesystem
- Når patienter skifter fra vagtlæge til akutafdeling (spor) så gør det ikke op for dem, fordi de venter i samme område
- Vagtlægepatienternes information støjer i ventestadiet (if. patienter for akutafdelingen)

Løsning på den korte bane:

- Opdel ventestadiet, så vagtlægepatienter venter i et afskåret område, hvor informationen kan målrettes til dem
- Herved oplever de også skiftet mellem vagtlæge og hospitalet

KORT OPSUMMERING AF BEHOV FOR IT-UNDERSTØTTELSE I VENTEOMRÅDET – DEN PATIENTRETTEDE KOMMUNIKATION

- Digital information – fokus:
 - Spor og deres estimerede ventetid
 - Anonym visning af registrering (i form af nummer eller initialer)
 - Visuelt anonymt tilkald (nummer/initialer) evt. go-to-gate + boarding
 - Information om ændringer i estimeret ventetid fx ved større hændelser
 - Evt. visning af personalet og deres roller (afskaf joker)
- Digital information – ekstra:
 - Smertelindring
 - Hvordan forlader jeg venteområdet
 - Lokal information – klostens åbningstider mv.

KORT OPSUMMERING AF BEHOV FOR IT-UNDERSTØTTELSE I VENTEPERIODEN – PERSONALEOVERBLIK OG KOORDINATION

- Hvor mange er meldt (på vej), hvad fejler de, hvornår kommer de
- Hvilke spor har vi
 - Mulighed for åbning og lukning af spor og tildeling af personale, placering af rum
- Overblik over ventende patienter – til hvilke spor
 - Mulighed for at sætte patienter i rækkefølge på et spor
 - Mulighed for at opprioritere en patient i køen på et spor (venter hjemme, retur røntgen)
- Overblik over hvor længe patienterne har ventet – optælling af tid fra ankomst og evt. notifikation
- Overblik over, hvilke patienter, der er i/skal tilbydes smertelindring – optælling af tid fra smertebehandling og evt. notifikation
- Overblik over patienter med behov for ekstra hjælp fx portør/ skal hentes i venteområde
- Mulighed for "silent" kommunikation med kolleger – og information ud i venteområdet fx ved travshed itm. større hændelser



TILKALD

Udfordringer

- Patienter ved ikke, hvordan de bliver kaldt
- Foregår ikke anonymt men ved navneopråb i venteværelset
- Patienter er bange for at misse, at de bliver kaldt og tror, de evt. er blevet kaldt
- Patienter kaldes forskelligt vagtlæge/akutafdeling



TILKALD

Løsninger på den korte bane:

- Vis at patienten er registreret og står i kø ved hjælp af nummer eller initialer
- Vis evt. at det snart er patientens tur til at blive kaldt ind (go-to-gate)
- Vis visuelt at patienten bliver kaldt (boarding)
- Opråb patienter ved nummer / initialer, som ikke kommer ved visuelle tilkald
- Forklar ved modtagelse og med information i venteområdet, hvordan tilkald foregår

KORT OPSUMMERING AF BEHOV FOR IT-UNDERSTØTTELSE I FORBINDELSE MED TILKALD OG EVT. VARSLING AF TILKALD

- Fra undersøgelsesrum mulighed for at afvikle et patientforløb
 - "Starte et forløb/undersøgelse"
 - Varsle at næste patient skal gøre sig klar (go-to-gate)
 - Afslutte et forløb og evt. planlægge efterfølgende aktiviteter
 - Tilkalde næste patient (boarding)
 - Mulighed for at se, om en patient har forladt venteområdet
 - Mulighed for at se, om en patient har særlige behov/brug for hjælp til at komme til undersøgelseslokalet (portør)



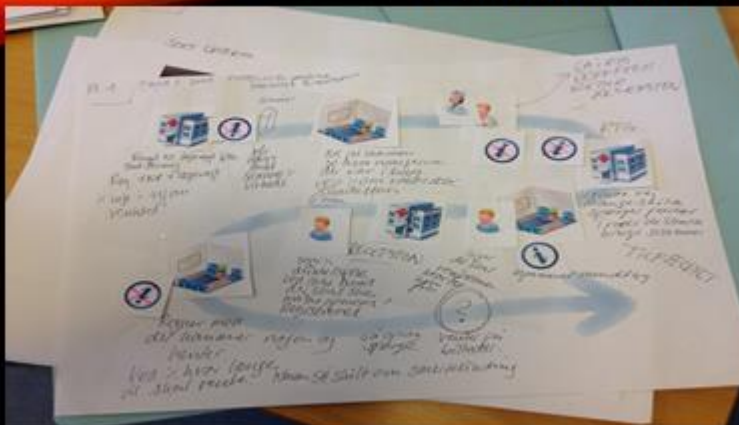
FORUD FOR ANKOMST

- Understøt løsninger på den korte bane, når læge/vagtlæge henviser patient:
- Estimer ventetid og lad patienten vente hjemme, om muligt eller henvis til akutafdeling med kortere ventetid
- Henvis til hjemmeside for information om at finde vej, p-plads mv.
- Brug den korrekte navngivning, så patienten er klar over, hvad der ledes efter
- Informer så godt som muligt om det forestående forløb og forventet varighed (hvis patientens plan kendes).
- Bed patienten om at henvende sig i receptionen ved ankomst

KORT OPSUMMERING AF BEHOV FOR IT-UNDERSTØTTELSE I HOSPITALSVISITATIONEN – FORUD FOR ANKOMST

- Visning af estimeret ventetid til forskellig spor
- Visning af estimerede ventetider i andre akutafdelinger (i RM)
- Mulighed for at tilbyde patienten at vente hjemme og samtidigt registrere, at patienten begynder sin "venteperiode" svarende til at patienten er ankommet samt indikere, at patienten venter hjemme
- Mulighed for henvisning til fx hjemmeside/app med relevant information om akutafdelingen

PATIENTENS PLAN



PATIENTENS PLAN

- Patienter som ikke blot skal ind og ud til en undersøgelse, men som sendes igennem et længere forløb på hospitalet, der starter i akutafdelingen eller hos vagtlægen mangler overblik og indsigt i deres forløb.
- De har brug for at vide:
 - Hvordan ser forløbet ud overordnet?
 - Hvor skal jeg hen nu? Og hvorfor?
 - Hvordan registrerer jeg mig, når jeg ankommer i et nyt afsnit?
 - Hvordan finder jeg vej?
 - Hvornår kommer jeg hjem?

FORSLAG TIL IT-UNDERSTØTTELSE AF PATIENTENS PLAN

- Kortlægning af forskellige almindelige patientforløb
 - Forslag til pilot for almindeligt forekommende forløb:
 - Vagtlæge
 - Røntgen
 - Akutafdeling (ortopædisk/urgisk spor)
- Forløbet illustreres vha. journeymap og eller film og den digitale information gøre tilgængelig på patientens mobiltelefon vha. en QR-kode
- Derudover laves tilsvarende information i en brochure

DIGITALE LØSNINGER/IDÉER INFO OM VENTETID OG FORLØB



OPSUMMERING OG PRIORITERING DISKUSSION

- Hvad kan løses på den korte bane?
 - Hvad siger leverandørerne?
 - Hvad siger patienterne – prioritering?
 - Hvad siger klinikken – prioritering?



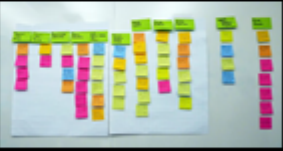
MOCKUPS PATIENTINFO

- Subtizer / andet visuelt overblik
 - Ventetid for de sidste 5 patienter, der har været igennem – evt. fordelt på spor
 - Gennemsnitlig ventetid for en periode i hele akutafdelingen
 - Maksimal ventetid i en periode for hele akutafdelingen
 - Antal patienter fordelt på triagekategori (viser hvis der er mange der kommer med folk)
- Liste
 - Anonymiseret liste, der viser patienternes initialer og triagefarver
 - Kombineret med "kaldenavn" – såfremt patienter har "enslydende initialer"
- Katastrofekommunikation – større hændelser / andet info (note der deles med patientinfoskærm)
- Rollekompontent, der viser hvem, der er på arbejde i hvilke funktioner
 - Understøtter information til patienterne om, hvem de fx møder i receptionen (joker)

MOCKUPS PERSONALEOVERBLIK

- På vej liste der viser meldte patienter
- Liste venteværelse med triagefarver og prioritet + notifikation på ventetid
- Liste venteværelse med smertelindring og notifikation på smertebehandling
- Indikator for hjælp – fx portør eller skal hentes i venteværelse
- Afvikling af undersøgelse fra us-stue
- Silent kommunikation – katastrofer – større hændelser internt + til patienter

Praktiske forhold til føvel af patienter - organisatorisk perspektiv	Både patient og den patienten diskret under interview (journey map)	Kvalitet orienterede begreber - psykologisk plan - it. patientperspektiv
<ul style="list-style-type: none"> - Ankomst (regimering) - Kø - Vænter - Kald - Rødvej 	<ul style="list-style-type: none"> - Er der nogen der ved jeg er her? - Venter jeg den rigtige sted? - Hvor mange venter formig? - Hvor sigar jeg? - Har de styr på hvor sigar jeg er? - Hvor sigar de andre? - Hvem er de andre i venteværelset? - Hvad venter de andre på? - Hvem sigar venter de sigar? - Hvem sigar jeg har venter mig? - Har personale travlt? - Hvad sigar personale? - Hvem er hvad personale? 	<ul style="list-style-type: none"> - Række formløse af tilføjet (hørelse) - Smertelindring - Retfærdighed/etik - Oversigt over sin egen situation - Kontrol selvbestemelse, disponering - Organisatorisk formløse af hospitalværelset (flor, personale mv.)



REFERENCER

1. <http://www.sdc-hospital.dk> (dato 2017 Jan 20). Available from <http://www.sdc-hospital.dk>
2. Udarbejdet af Ethad for Evaluering og Brug af dataindsigt. 2014 ULP Akutmedicinske Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) Akutmedicinske Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) (dato 2017 Mar 4). Available from <http://www.sdc-hospital.dk>
3. Udarbejdet af Ethad for Evaluering og Brug af dataindsigt. 2014 ULP Akutmedicinske Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) Akutmedicinske Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) (dato 2017 Mar 4). Available from <http://www.sdc-hospital.dk>
4. Udarbejdet af Ethad for Evaluering og Brug af dataindsigt. 2014 ULP Akutmedicinske Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) Akutmedicinske Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) (dato 2017 Mar 4). Available from <http://www.sdc-hospital.dk>
5. <http://www.sdc-hospital.dk> (dato 2017 Mar 4). Available from <http://www.sdc-hospital.dk>
6. Taylor C, Bonger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2004;21(5):525-31.
7. Rowell A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2013;37(4):454-5.
8. Foged M. Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) 2014 Tømrergruppen, Patienter og dataindsigt, Den Landdækkende Underafdeling af Patienter (LUP) 2014.
9. *Regionernes Sundheds-IT. Strategi for Fundamentals af Patient Engagement*. 2011;

Bilag 10

SIA, sammenhængende it i akutafdelingerne, ankomst, kø og kalde Arbejdsrunde med leverandør 09.05.17 og efterfølgende intern opsamling.

Elementer som RM selv kan konfigurere:

1. Overblik over patienter som kommer til akutafdelingen på en meldte-liste i CCL. Konfigurere waiting activities i forhold til relevante spor. Behov for en skærm dedikeret til at vise det. **Forslag** om i akutmodtagelse at etablere en splitskærm, med både CLL og Bookplan, så man manuelt kan starte besøget fra Bookplan understøttet af en liste i CCL.
2. Overblik over patienter i venteværelset – skal indeholde information om meldte tidspunkt til hospitalsvisitationen samt ankomsttid til afdelingen i CCL. Er muligt for RM at konfigurere i dag, excl understøttelse af patienter, som venter hjemme, da Hospitalsvisitation ikke indeholder oplysninger om pt. der venter hjemme.
3. Overblik over ventende patienter i forskellige linjer/spor i CCL. Er muligt med de data der er tilgængelig for konfiguration i dag.
4. Overblik over patienter som skal have/har fået smertelindring i CCL – og anvendelse af notifikationer – liste som advarer, når tiden til næste smertelindrende behandling er overskredet i CCL. Kan gøres i "Aktiv information". Det kan anføres, at der er et forløb omkring smertelindring. CCL kan også give allert om hvornår det skal gøres igen. Men det skal manuelt dokumenteres i MidtEPJ. C3A understreger, at denne løsning ikke vil være struktureret nok til BI-anvendelse.
5. Afviklingsliste – bruges til at starte et besøg og afslutte det. Måske pr. læge/sygeplejerske eller lokale?

For de akutte patienter, der ikke er bookede i CCL (her startes ikke besøg) For de subakutte / bookede patienter i skadeambulatorie i Bookplan (her startes besøg).

Fordelingen af akutte / subakutte "bookede" der møder i akutafdelingen er forskellig fra hospital til hospital. I HEV er der fx kun 2 patienter om dagen, der er bookede. Disse oprettes manuelt i Klinisk Logistik.

I HEM har de flere patienter til skadeambulatoriet. En del af disse møder i receptionen til "skadestuen". Disse oprettes i Klinisk Logistik.

På NBG observerede vi, at der var en særskilt reception til bookede patienter. Disse skulle ankomstregistrere sig ved en scanner. Men på DNU er det meningen at alle skal gå til samme reception.

Forslag: Indtil der er en grænseflade, bruges CCL for afvikling med hjælp af manuelle processer.

Bekræftelse af ovenstående forslag. For Bookede aftaler i Bookplan kan man ikke starte et besøg i CCL. Skal gøres .

Elementer som kræver udvikling?

6. Registrering af sundhedsfaglig vurdering på den enkelte patient (kræver sikker anvendelse af eksisterende ORU samt konfiguration af en SFI) Skal foregå i CCL og overføres til MidtEPJ SFI (ORU). Skal vurderes om ikke behovet for at registrere Sundhedsfaglig Vurdering på FAA kan imødekommes med de eksisterende faciliteter til at triagere, når disse er idriftsat. Vil i så fald også indeholde integration til MidtEPJ. Hvis ikke eksisterende triage-funktionalitet og integration kan anvendes, er det udvikling i CCL og MidtEPJ.
7. Registrering af evt. hjælp til en patient (dropdown menu med f.eks. konfigurerbare elementer som "Portørhjælp", selvgående (default), "Skal hentes") I CCL = der skal bestilles en ny EC – eller skal det hænge sammen med servicelogistik? Evt. løses i eksisterende muligheder via eksisterende EC "Plejetungde.
8. Registrering af smertelindring, med angivelse af tid og type? Hvis patienten ordineres smertestillende bør det lægges i medicinmodulet i MidtEPJ. I forbindelse med udlevering af smertestillende bør foretages en smertescore (NRS). Dette gøres i dag i triage SFI i MidtEPJ – i fremtiden evt. i triagemodulet i AW?
Samtidigt bør der være et overblik i CCL, hvor man kan se, hvornår der er givet smertestillende sidst – med notifikation om, hvornår det skal gives igen.
OBS: smertelindring er ikke nødvendigvis medicin – kan også være fx en ispose – udlevering af dette dokumenteres i MidtEPJ SFI – ofte i forbindelse med dokumentation af triage i triage SFI – i supplerende felt. Man ville kunne gøre tilsvarende i triagemodulet i AW.
Der findes en SFI i MidtEPJ, der hedder "smertelindring" til prosatekst. Derudover er der en SFI som hedder opdateret status, hvor kan dokumentere smerter og sanseindtryk. Der findes fx også en SFI der hedder isposeskift ☺
Det ville være oplagt at kombinere CCL lister (evt. AW triage) og medicin app'en i MidtEPJ..
"Smertescore" og mulighed for opmærksomhed er jf. ovenstående pkt. 4 muligt men vil give dobbeltregistrering i både CCL og MidtEPJ ind til der er etableret integration.

Elementer som kræver udvikling

9. Sorteringsmulighed på en liste, så patienter i venteværelset både kan være i forskellige linjer, og indenfor en linje sættes op via tidspunktangivelse (default ankomsttiden til afdelingen, for ventende hjemme: meldte tidspunkt + manuel indtastet tid for dem som kommer fra vagtlæge) men også således at man nemt kan flytte rundt på prioriteringen manuelt i en liste.
Det er tvivlsomt om koordinator i akutafdelingen vil prioritere patienterne i en bestemt rækkefølge.

Dog er der behov for, dynamisk, at kunne køre med en række spor svarende til undersøgelsesrum, personale eller triagegrad. Fx "skadestue (ortopæd), modtagelse (diverse specialer), traume, fast track mv.

For disse spor, vil det være relevant at kunne beregne den gennemsnitlige ventetid for de seneste fx 5 patienter. Denne estimerede ventetid skal kunne vises både for personalet – men også for patienter i venteområdet.

Der skal kunne åbnes og lukkes spor dynamisk alt efter kapaciteten i akutafdelingen. Dette skal kunne vises for patienter i venteområdet.

Med eksisterende CCL muligt at hænge skærm op i venteværelset, hvor der kan kommunikeres beskeder til patienterne om ventetid. C3A har en "Ventelisteskærm".

Herudover kræver ovenstående en nærmere analyse.

10. Ændring til hospitalsvisitationen: Når en patient meldes til et afsnit som anvender ankomststandere fra Bookplan, skal patientens "aftale" sendes til Bookplan/fælles aftaledatabase, så patienten er kendt i ankomststanderen. Lang sigte. Ej til Frankfurt.
11. Ændring i hospitalsvisitationen: Når en patient får at vide at de skal blive hjemme, skal det kunne markeres, så deres meldte tid bliver brugt på ventelister. Der skal udvikles en EC.
12. Ændring i listeprioritering skal slå igennem til Bookplans fælles aftaledatabase, så det fremgår af kølisterne i Bookplan. Burde kunne lade sig gøre ved at ændre i aftalen i fælles aftaledatabase? Lang sigte. Ej til Frankfurt.
13. Hurtig adgang til information om større hændelse til ventende patienter. Ved akutte situationer, hvor personalet er bekendte med, at der vil blive forlænget ventetid, skal det være muligt hurtigt eller evt. automatisk at kunne informere ventende patienter om dette. På den korte bane mulighed som i pkt 9 med dedikeret skærm. Skal herudover indgå i analysen i pkt. 9