



CHALMERS

# Närhälsan



*Figur 1: Västra Götalandsregionen, Närhälsans logotyp. Källa: Närhälsans  
Kommunikationsavdelning*

## Digitalisering av Närhälsans incheckningsprocess

En studie om den digitala självincheckningen samt dess  
förbättringspotential inom organisationen

Kandidatarbete inom teknikens ekonomi och organisation

Emma Andersson

Zackarias Gillberg

Cynthia Aynedjian

Wilma Karlsson

Hannah Carlsson Johansson

Emilia Nicander

INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION

---

AVDELNINGEN FÖR SERVICE MANAGEMENT AND LOGISTICS

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2023

[www.chalmers.se](http://www.chalmers.se)

Kandidatarbete TEKX18-23-11



Kandidatarbete TEKX18-23-11

# Digitalisering av Närhälsans incheckningsprocess

En studie om den digitala självincheckningen samt dess  
förbättringspotential inom organisationen

# Digitalization of Närhälsan's check-in process

A study of the digital self-check-in and the potential  
intraorganizational improvements

EMMA ANDERSSON  
CYNTHIA AYNEDJIAN  
HANNAH CARLSSON JOHANSSON

ZACKARIAS GILLBERG  
WILMA KARLSSON  
EMILIA NICANDER

TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION  
AVDELNINGEN FÖR SERVICE MANAGEMENT AND LOGISTICS  
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA  
Göteborg, Sverige 2023

Digitalisering av Närhälsans incheckningsprocess  
En studie om den digitala självincheckningen samt dess förbättringspotential inom organisationen

EMMA ANDERSSON  
CYNTHIA AYNEDJIAN  
HANNAH CARLSSON JOHANSSON

ZACKARIAS GILLBERG  
WILMA KARLSSON  
EMILIA NICANDER

© EMMA ANDERSSON, 2023

© CYNTHIA AYNEDJIAN, 2023

© HANNAH CARLSSON JOHANSSON, 2023

© ZACKARIAS GILLBERG, 2023

© WILMA KARLSSON, 2023

© EMILIA NICANDER, 2023

Kandidatarbete TEKX18-23-11  
Teknikens ekonomi och organisation  
Chalmers Tekniska Högskola  
412 96 Göteborg  
Sverige  
Telefon +46 (0)31-772 1000

Göteborg, Sverige 2023  
Gothenburg, Sweden 2023

Digitalization of Närhälsan's check-in process

A study of the digital self-check-in and the potential intraorganizational improvements

EMMA ANDERSSON

CYNTHIA AYNEDJIAN

HANNAH CARLSSON JOHANSSON

ZACKARIAS GILLBERG

WILMA KARLSSON

EMILIA NICANDER

Department of Service Management and Logistics

Chalmers University of Technology

## ABSTRACT

Political decisions can place demands on healthcare providers, and one such decision is the introduction of self-check-in systems, such as Imatis. This system has now been implemented in the 104 healthcare centers of Närhälsan located in Västra Götalandsregionen.

The purpose of this study is to investigate the reasons of the low utilization rate of the self-check-in system at Närhälsan healthcare centers from the healthcare providers' perspective. The study also aims to examine the impact of the system's use on personnel and provide suggestions on requirements to increase patients' ability to use the self-check-in system.

The theoretical framework is based on literature on digitalization, implementation problems, technological acceptance, and service quality. This theory forms the foundation for an analysis which presents a discussion about the self-check-in system at Närhälsan. By both a quantitative and qualitative data collection, the results have been defined and thereafter analyzed according to a thematic analysis.

The study was conducted using a survey sent to all Närhälsan healthcare centers. The survey was supplemented with in-depth interviews with eight individuals to clarify the differences between healthcare centers with a high and low percentage of self-checked-in patients. The respondents work as local IT managers (LITA) or in management within their healthcare center. Theory and empirical data were discussed in correlation to answer the research issues.

In order to increase the utilization rate of the self-check-in system at Närhälsan, better communication and collaboration between the healthcare centers and the central management have to be developed. The central management should create communication forums and the healthcare centers' intern managements should in turn develop distinct strategies to encourage their own staff to use the system, by setting goals and rewarding them. Additionally, the technical equipment should be revised and improved in order to eliminate the current limitations, which also constrains the use of the self-check-in system.

Keywords: Self-check-in system, Digitalization, Service quality, Technology Acceptance Model, Implementation issues.

Note: This report is written in Swedish.

Digitalisering av Närhälsans incheckningsprocess

En studie om den digitala självincheckningen samt dess förbättringspotential inom organisationen

EMMA ANDERSSON

CYNTHIA AYNEDJIAN

HANNAH CARLSSON JOHANSSON

ZACKARIAS GILLBERG

WILMA KARLSSON

EMILIA NICANDER

Avdelningen för Service Management and Logistics

Chalmers Tekniska Högskola

## SAMMANFATTNING

Frågan om hur vården ska digitaliseras är en ständig debatt där politiska beslut ställer krav på vårdgivare. Ett exempel på ett sådant politiskt beslut är införandet av självincheckningssystem. Imatis är ett självincheckningssystem som har implementerats hos Närhälsans 104 vårdcentraler belägna i Västra Götalandsregion.

Syftet med studien är att undersöka orsakerna till den låga utnyttjandegraden av självincheckningssystemet på Närhälsans vårdcentraler, ur ett vårdgivarperspektiv. Studien avser även att undersöka personalens påverkan av användningen samt ge förslag på vad som krävs för att öka möjligheten för patienter att använda självincheckningssystemet.

Det teoretiska ramverket är baserat på vetenskaplig litteratur inom digitalisering, implementeringsproblematik, teknologisk acceptans och tjänstekvalitet. Teorin ligger som grund till en analys där en diskussion kring självincheckningssystemet hos Närhälsan presenteras. Resultatet diskuteras genom en tematisk analys där den kvalitativa och kvantitativa data kombineras.

Studien har genomförts med en enkätundersökning som utgick till alla Närhälsans vårdcentraler. Enkätundersökningen har kompletterats med djupgående intervjuer av 8 personer för att få en djupare förståelse av skillnader mellan vårdcentraler med en hög respektive låg andel självincheckade patienter. Respondenterna bestod av IT-ansvariga (LITA) och ledningspersonal. Teori och empiri har diskuterats i korrelation för att besvara problemformuleringarna.

För att öka användningen av självincheckningssystemet på Närhälsan behövs bättre kommunikation och samarbete mellan vårdcentralerna och centrala ledningen. Den centrala ledningen bör inrätta diskussionsforum och vårdcentralernas ledning bör utveckla strategier för att uppmuntra personalen

att använda systemet, inklusive mål och belöningar. Dessutom bör den tekniska utrustningen revideras och förbättras för att undanröja begränsningar som kan hindra användningen av självcheckningssystemet.

Nyckelord: Självcheckningssystem, Digitalisering, Tjänstekvalitet, Technology Acceptance Model, Implementeringsproblematik.

Notera: Rapporten är skriven på svenska.

# Förord

Detta kandidatarbete skrevs under våren 2023 på institutionen för teknikens ekonomi och organisation vid avdelningen Service Management and Logistics, Chalmers tekniska högskola. Arbetet är skrivet av sex studenter som studerar civilingenjör inom industriell ekonomi.

Vi vill rikta ett stort tack till alla respondenter från intervjuerna och enkäten som har bidragit med sina insikter om Närhälsans självcheckningssystem. Vi vill även tacka vår kontaktperson på Närhälsan, Helena Östman, som har hjälpt oss att förstå Närhälsans vision med självcheckningssystemet.

Ett särskilt tack går även till vår handledare, Frida Smith, för hennes ovärderliga handledning under hela arbetets genomförande. Sedan start har hon med sitt engagemang och vägledning hjälpt oss att utveckla arbetet till något vi är stolta över att presentera.



## Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUND .....	1
1.1.1 Digitalisering i VGR.....	1
1.1.2 Närhälsan.....	2
1.2 SYFTE .....	4
1.3 PROBLEMFÖRMULERING .....	4
1.4 AVGRÄNSNINGAR .....	5
<b>2. TEORETISK REFERENSRAM .....</b>	<b>7</b>
2.1 DIGITISERING, DIGITALISERING OCH DIGITAL TRANSFORMATION .....	7
2.2 IMPLEMENTERINGSPROBLEMATIK.....	8
2.3 TJÄNSTEKVALITET .....	8
2.4 TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL (TAM) .....	9
<b>3. METOD .....</b>	<b>11</b>
3.1 DATAINSAMLING .....	11
3.1.1 Enkätundersökning.....	11
3.1.2 Intervju .....	12
3.2 ANALYSMETOD.....	13
3.2.1 Tematisk analys.....	14
3.2.2 SWOT-analys.....	14
3.3 METODETIK .....	14
<b>4. RESULTAT .....</b>	<b>16</b>
4.1 INTERN STATISTIK, GEOGRAFISK UPPDELNING OCH KLASSINDELNING .....	16
4.2 ENKÄT .....	18
4.2.1 Systemanvändning.....	19
4.2.2 Attityd.....	21
4.2.3 Patientanvändning .....	23
4.2.4 Respondenternas förslag på förbättringsåtgärder .....	25
4.3 RESULTATANALYS AV KVALITATIVA DATA .....	26
4.3.1 Teknik.....	28
4.3.2 Personal .....	33
4.3.3 Management.....	38
<b>5. DISKUSSION.....</b>	<b>41</b>
5.1 KARTLÄGGNING AV SJÄLVINCHECKNINGSSYSTEMETS ANVÄNDNING .....	41
5.1.1 Kommunikation .....	41

5.1.2 Kunskap.....	41
5.1.3 Teknik.....	42
5.1.4 Support.....	43
5.1.5 Attityd.....	43
5.1.6 Diskussion om Technology Acceptance Model .....	44
5.2 ÄR BESLUTET ATT DIGITALISERA INCHECKNINGSPROCESSEN FÖRSVARBART?.....	44
5.2.1 Tjänstekvalitet .....	44
5.2.2 Effekterna av digital självcheckning .....	46
5.2.3 Bör implementeringsarbetet av självcheckningen fortgå? .....	48
5.3 VAD HINDRAR FULLSKALIG IMPLEMENTERING?.....	48
5.3.1 Tillämparen skall förstå beslutet .....	48
5.3.2 Tillämparen skall kunna genomföra beslutet .....	49
5.3.3 Tillämparen skall vilja genomföra beslutet.....	51
5.4 VAD BEHÖVS FÖR EN LYCKAD STRATEGISK IMPLEMENTERING?.....	52
5.4.1 SWOT-Analys .....	53
5.4.2 Organisatoriska förbättringsförslag .....	53
5.4.3 Interna förbättringsförslag.....	54
5.4.4 Externa förbättringsförslag.....	55
5.5 METODDISKUSSION.....	55
5.5.1 Intern och extern validitet .....	56
<b>6. SLUTSATS.....</b>	<b>57</b>
<b>7. FRAMTIDA FORSKNING .....</b>	<b>58</b>
<b>KÄLLFÖRTECKNING .....</b>	<b>59</b>
<b>BILAGOR .....</b>	<b>62</b>
BILAGA 1: INTERVJUFRÅGOR.....	62
BILAGA 2: ENKÄTUNDERSÖKNING.....	65
BILAGA 3: FRIA FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG .....	73
BILAGA 4: HÅLLBAR UTVECKLING .....	76



# 1. Inledning

Digitalisering har påverkat en stor mängd områden i samhället under det senaste decenniet. Skolsystemet moderniseras, logistiken effektiviseras och fastighetsbranschen blir alltmer cirkulär. Inom sjukvården har digitaliseringen fått stor uppmärksamhet, i synnerhet gällande att tillgängliggöra samt effektivisera vården för patienter. En av de senaste digitala omställningarna inom sjukvården är digital självcheckning, där patienter kan checka in på sitt besök via mobiltelefon. Hur kan det säkerställas att en sådan omställning blir en effektiv och hållbar del av sjukvårdens vardag?

Närhälsan i Västra Götalandsregionen (VGR) har arbetat med digital självcheckning sedan år 2020. Självcheckningssystemet implementerades efter ett beslut i VGR som togs i samråd mellan politiker och förvaltningarna i regionen. Efter beslutet var det upp till varje enskild vårdcentral att bestämma hur implementeringen skulle genomföras. I dagsläget används självcheckningssystemet sparsamt. Vissa vårdcentraler använder det mycket, medan andra ännu inte har implementerat det alls. Mot denna bakgrund undersöker denna studie Närhälsans användning av självcheckningssystemet, hur implementeringen av systemet har fungerat samt vilket strategiskt tillvägagångssätt som bör tillämpas framöver. Studien utgår från personalens åsikter, kompetens och påverkan.

## 1.1 Bakgrund

Eftersom digitaliseringen av vården är en viktig utveckling i samhället, är det av stor vikt att studera och utvärdera olika insatser ur ett vetenskapligt perspektiv. Insatser som det studerade exemplet ger möjligheter till förbättrad och effektiv utveckling av patientupplevelsen. Digital självcheckning har potentialen att frigöra tid för personal och bidra till kortare väntetid inför vårdbesök vilket ökar tillgängligheten och förbättrar folkhälsan på lång sikt. Studien är också intressant ur Närhälsans perspektiv eftersom undersökningen presenterar organisatoriska förbättringsförslag som har potentialen att leda till ökad utnyttjandegrad ur ett vårdgivarperspektiv.

### 1.1.1 Digitalisering i VGR

För att förstå bakgrunden till Närhälsans beslut att implementera digital självcheckning behövs bakgrund till VGR:s inställning till digitalisering inom vården. VGR (2018) beskriver i sin digitaliseringsstrategi hur de aktivt arbetar för att digitalisera vården och använda sig av nya tekniska innovationer för att skapa en mer integrerad, säker och tillgänglig vård. Digitalisering inom vården innebär att sjukvårdsprocesser, patientinformation och andra relevanta data omvandlas till digital

form för att möjliggöra att informationen kan lagras, delas och användas på ett mer effektivt sätt. Vidare beskrivs hur den digitala förändringen inom vården är en långsiktig förändringsprocess där digitala verktyg och teknologier används för att förbättra patienters hälsa och vården som helhet (VGR, 2018). Målet är att skapa en mer integrerad, säker och tillgänglig vård genom att implementera ny teknologi. Exempel på digitala verktyg som används inom vården inkluderar artificiell intelligens, elektroniska journaler, telemedicin, digitala recept och sjukvårdsapparater. Dessa verktyg hjälper till att öka samarbetet mellan vårdgivare samt förbättra kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal (VGR, 2018).

Digitalisering inom vården möjliggör även en mer personcentrerad vård där patienter har tillgång till sin hälsoinformation och kan delta aktivt i beslutsprocessen om sin hälsa (VGR, 2018). Sammantaget är ambitionen att den digitala omställningen inom vården skall möjliggöra en mer effektiv, säker och tillgänglig vård för patienter.

Redan år 2015 påbörjades det regionala projektet att införa självincheckning inom hälso- och sjukvården till följd av ett uppdrag från politiken och förvaltningarna inom VGR (Diarie RS 121-2015, 2020). Projektet finansierades och genomfördes i samarbete mellan sjukvårdsförvaltningarna i VGR. Det aktuella diariet angående beslutet att införa självincheckning inom VGR definierar syftet som att ”Självincheckning inom hälso- och sjukvården har ett uppdrag att bredinföra en systemlösning för självincheckning, vilket innebär ankomstregistrering och betalning förbokade patientbesök inom Sjukhusförvaltningar, Närhälsan och Habilitering och Hälsa inom Västra Götalandsregionen (VGR). Ankomstregistreringen och betalningen är möjlig att göra i både mobil och i terminaler/kiosker (hårdvara).” (Dnr: RS 121-2015, sida 2(15), 2020).

### **1.1.2 Närhälsan**

På Närhälsans hemsida framgår det att de erbjuder primärvård och omfattar 104 vårdcentraler i VGR. Organisationen består av 5 780 medarbetare och deras vision är att finnas nära patienter för att kunna erbjuda kvalitativ och trygg vård under livets olika skeden (Närhälsan, 2022).

Följande lägesbild redogörs för genom en intervju med en regional projektledare för självincheckningen hos Närhälsan den 20 januari 2023.

År 2017 inleddes det praktiska arbetet med införandet av självincheckningen. Efter att VGR beslutade att införa självincheckning inom hälso- och sjukvården organiserade varje förvaltning ett delprojekt med ansvar för att implementera projektet i verksamheten och mäta dess effekter. Närhälsan tillsatte en styrgrupp samt en operativ arbetsgrupp som ansvarade för införandet av självincheckningssystemet hos Närhälsans enheter. Närhälsan var ansvarig för att anpassa och förbereda lösningen enligt sina egna förutsättningar samt driftsätta systemet som en del av implementeringen. Dessutom deltog Närhälsan även i testningen av olika funktioner i det regionala projektet.

Under våren 2020 inleddes implementeringen av självincheckningen på ett mindre antal av Närhälsans vårdcentraler. Efter att ett fel upptäcktes, där patienter blivit debiterade dubbelt, fick självincheckningen pausas för att felsöka systemet. Införandet av systemet kunde återupptas under våren 2021 och implementeringen färdigställdes i oktober samma år.

Syftet med självincheckning enligt VGR är att öka möjligheten för patienter att sköta sin egen incheckning och betalning, minska beroendet av kassapersonalen, ökad integritet för patienten samt minska riskerna kopplade till kontanthantering. Den digitala självincheckningen skall tillhandahålla ett komplement till den manuella kassan för att öka patientnyttan med enklare incheckning och betalning. Detta kan i sin tur leda till mindre arbetsbelastning i receptionen och därmed frigöra tid till annat arbete för de medicinska sekreterarna. Självincheckning skulle också möjliggöra ökad integritet för patienter.

VGR använder tre olika patientadministrativa system: ELVIS, AsynjaVisph och Auditbase. Självincheckningssystemet Imatis integrerar via den regionala tjänsteplattformen RTjP mot dessa tre patientadministrativa systemen, samt direkt mot mobilt Bank-ID, Swish och PayEx/SwedbankPay via internet. För att en patient skall kunna använda den digitala självincheckningen hos Närhälsan krävs att patienten har ett bokat öppenvårdsbesök i AsynjaVisph, ELVIS eller AuditBase, har ett svenskt personnummer, är folkbokförd i Sverige, är på plats i tid, har god internetuppkoppling och att patienten inte har skyddad identitet.

Händelseförloppet ser ut som följande när patienten checkar in via sin telefon:

1. Patienten skannar QR-kod eller skriver in webbadressen [www.vgregion.se/checkin](http://www.vgregion.se/checkin)

2. Patienten legitimerar sig med mobilt Bank ID eller incheckningskoden som finns på patientens kallelse för besöket.
3. Patienten väljer det aktuella besöket.
4. Systemet identifierar vilken avgift som patienten skall betala.
5. Patienten betalar med Swish eller kort.
6. Patienten hänvisas till väntrum.

Självincheckningssystemet Imatis har vissa begränsningar i form av beräkning av patientavgifter. Problematiken är att systemet inte klarar av att räkna ut rätt avgift om en patient har flera besök bokade på samma dag, eller om en patient skall vaccineras. Dessutom har vårdcentralerna inte tekniska möjligheter att utföra återbetalningar på Swish eller kortbetalning via webben.

## 1.2 Syfte

Studien syftar till att undersöka orsaken till den låga utnyttjandegraden av självincheckningssystemet på Närhälsans vårdcentraler, ur ett vårdgivarperspektiv. Studien avser även att undersöka personalens påverkan av användningen samt ge förslag på vad som krävs för att öka möjligheten för patienter att använda självincheckningssystemet.

## 1.3 Problemformulering

Digitalisering av incheckningsprocessen hos Närhälsan har efter politiska beslut blivit en punkt på agendan. Regional projektledare för självincheckningen hos Närhälsan (Personlig kommunikation, 20 januari 2023) uppger att det har använts olika implementeringsstrategier för självincheckningen på olika vårdcentraler, vilket har lett till att det inte finns en gemensam strategi. Vissa vårdcentraler har bättre resultat gällande patienternas användning av självincheckning än andra vårdcentraler. Det är därför intressant att granska följande:

*Hur använder vårdcentralerna självincheckningssystemet i praktiken? Vilka faktorer bidrar till hög respektive låg utnyttjandegrad av systemet?*

Regional projektledare för självincheckningen hos Närhälsan (Personlig kommunikation, 20 januari 2023) konstaterar att det finns det en markant skillnad i användningsfrekvensen av systemet mellan

vårdcentralerna. Dessutom påvisas en låg användning i allmänhet över samtliga vårdcentraler. Därmed upprättas följande frågeställning:

*Vad hindrar vårdcentralerna från en fullskalig implementering av digital självcheckning?*

I rapporten definieras en fullskalig implementering av digital självcheckning som en gemensam strategi för användning av systemet över hela regionen. Således innebär inte en fullskalig implementering att den manuella incheckningen ersätts av det digitala självcheckningssystemet.

Utöver att det är önskvärt från VGR att självcheckning digitaliseras inom vården, måste även effekterna undersökas. Det är av betydelse att se till vilka fördelar och nackdelar en fullskalig implementering av digital självcheckning har. Det är också viktigt att säkerställa att de positiva effekterna av digitaliseringen väger tyngre än de negativa och att självcheckningen uppfyller sitt syfte. Därmed är det intressant att undersöka:

*Är VGR's strategiska beslut angående införandet av digital självcheckning försvarbart utifrån de konsekvenser och effekter som digital självcheckning leder till? Uppfyller självcheckningen sitt syfte?*

Frågan berör både om en fullskalig implementering av digital självcheckning är lämplig och vilken inverkan detta har på personalens arbete. Givet resultatet från ovanstående fråga, bör personalen agera på olika sätt. Om systemet skall fortlöpa och implementeras i sin helhet bör personalen agera enligt en gemensam samt fungerande strategi. Om en fullskalig implementering inte är önskvärd kan dagens strategi fortsätta att användas. Därför undersöks följande fråga, givet att en fullskalig implementering är önskvärd:

*Vad behövs för att personalen skall implementera systemet på ett strategiskt effektivt sätt?*

## 1.4 Avgränsningar

Med avsikt att underlätta studien, specificera syftet och problemformuleringen förhåller sig rapporten till på förhand bestämda avgränsningar.

För det första begränsas den kvalitativa studien till endast fyra vårdcentraler. De utvalda vårdcentralerna innefattar två vårdcentraler med en hög andel självcheckade besök och två

vårdcentraler med en låg andel självincheckade besök. Intervjuerna begränsas till relevant personal, såsom ledningen som tar besluten gällande självincheckningen samt den lokalt IT-ansvariga (LITA).

För det andra bortser studien från rehab-mottagningar som finns hos Närhälsan. Detta beslut grundar sig i att rehab-mottagningarna redan använder sig av självincheckning i större utsträckning. Dessutom utsätts inte de enligt regional projektledare för självincheckningen hos Närhälsan (Personlig kommunikation, 20 januari 2023) för samma typ av hinder som resterande mottagningar på Närhälsan. Exempelvis, behöver inte patienterna på rehabmottagning checkas in fler gånger än en gång per dag. Eftersom rehab-mottagningen är mer självgående och inte har samma förutsättningar som resterande mottagningar är det också ett medvetet val att bortse från dessa i studien.

För det tredje avgränsas studien till att endast undersöka ur ett vårdgivarperspektiv och inte ur ett patientperspektiv. Samtidigt som patienten är den slutliga användaren av självincheckningssystemet så avser rapporten endast att undersöka hur medarbetarna på Närhälsans vårdcentraler påverkar utnyttjandegraden av systemet.

## 2. Teoretisk referensram

Studien förhåller sig till en teoretisk referensram som utgår från digitalisering, implementeringsproblematik, tjänstekvalitet och Technology Acceptance Model. Som följd av vad som framgår i bakgrunden anses dessa teorier vara användbara vid en diskussion kring problemformuleringen.

### 2.1 Digitisering, digitalisering och digital transformation

Samhället blir alltmer digitaliserat och den tekniska utvecklingen accelererar fortare än någonsin tidigare. Digitalisering och digital transformation påverkar många branscher, vilket tvingar företag och offentlig sektor att anpassa sig till utvecklingen för att möta kundernas behov.

För att förstå den digitala omställningens påverkan på samhället behöver vi först definiera tre begrepp: digitisering, digitalisering och digital transformation. Enligt Bloomberg (2018) innebär digitisering att konvertera analog information, som till exempel dokument eller bilder, till ett digitalt format. Digitisering gör information mer tillgänglig genom att förenkla lagring, delning och bearbetning. Digitalisering å andra sidan beskriver Bloomberg (2018) som processen att använda digital teknik för att förbättra affärs- och arbetsprocesser. Detta inkluderar bland annat att automatisera manuella uppgifter, effektivisera kommunikation och samarbete samt analysera data.

Slutligen definierar Bloomberg (2018) digital transformation som ett bredare begrepp där digital teknik används för att fundamentalt förändra hur en organisation fungerar och levererar värde till kunder. Denna transformation påverkar hela organisationen genom förändringar av affärsmodeller, processer och organisationsstrukturer, såväl som implementering av ny teknik. Sammanfattningsvis syftar digitisering till att omvandla analogt till digitalt, medan digitalisering innebär att använda digital teknik för att förbättra processer. Slutligen innebär digital transformation en omfattande förändring som påverkar hela organisationen, där digital teknik fungerar som en drivkraft.

## 2.2 Implementeringsproblematik

Ett implementeringsproblem uppstår, enligt Rothstein (2001), när politikernas styrning och förvaltningarnas verkställande misslyckas. Eftersom implementeringen av självchecknings-systemet var till följd av ett politiskt beslut är det relevant att undersöka om denna problematik har uppstått i Närhälsans fall.

Rothstein (2001) menar att implementeringsproblematiken kan undvikas om kommunikationen är tydlig mellan beslutsfattarna och tillämparna. Rothstein (2001) sammanfattar tre villkor som krävs för en framgångsrik implementeringsprocess av ett nytt system inom en organisation.

Det första villkoret handlar om att tillämpare skall förstå beslutet. Rothstein (2001) belyser att styrningen måste vara tydlig med sitt beslutstagande och särskilt syftet med det. Om detta inte görs ordentligt ökar risken för att tillämparna skapar en egen uppfattning om systemet vilket kan leda till en ofullständig förståelse av systemets syfte. Genom att vara tydlig och inte lämna utrymme för egna tolkningar kan beslutfattare försäkra sig om att det inte sker några missförstånd mellan parterna.

Det andra villkoret som presenteras av Rothstein (2001) är att tillämparen skall kunna genomföra beslutet. Detta innebär att tillämparna skall ha tillgång till de resurser som krävs för att möjliggöra implementeringen. Resurser kan definieras som både tekniska utrustning och personal. Om dessa resurser inte finns tillgängliga, misslyckas implementeringen.

Det tredje och sista villkoret som Rothstein (2001) nämner är fundamentalt för en lyckad implementering är att tillämparen skall vilja genomföra beslutet. Tillämparens vilja påverkas av olika faktorer, såsom inre och yttre motivation, incitament och nyfikenhet.

## 2.3 Tjänstekvalitet

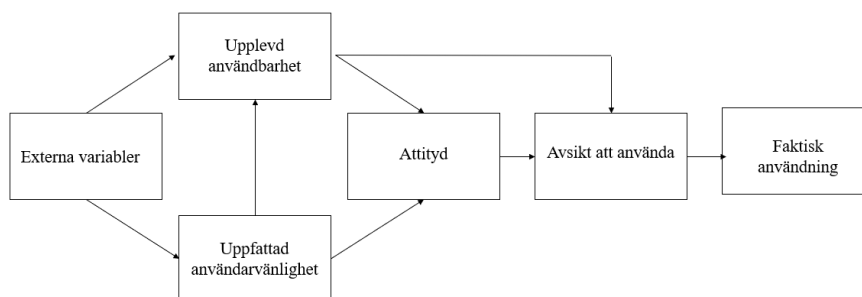
Teorin om tjänstekvalitet är relevant för att undersöka vilka faktorer som påverkar kvaliteten på Närhälsans digitala incheckningstjänst. I Grönroos (2008) artikel beskrivs att tjänstekvalitet består av två dimensioner: teknisk kvalitet och funktionell processrelaterad kvalitet. Den tekniska delen definieras som själva grunderbudandet, vilket innefattar det kunderna erbjuds rent konkret genom interaktionen med företaget. Exempelvis utgörs den tekniska tjänstekvaliteten för en flygresa av att

passageraren förflyttas från punkt A till punkt B. Den tekniska dimension kan även benämnas som resultat kvalitet eftersom den innefattar det värde som själva produkten eller tjänsten inbring. Generellt sett kan den tekniska tjänstekvaliteten värderas på ett objektiva sätt eftersom den innefattar den tekniska lösningen på kundens problem (Grönroos, 2008). I Närhälsans fall definieras den tekniska tjänstekvaliteten som självvincheckningens tekniska prestanda.

Grönroos (2008) förklarar att den tekniska tjänstekvaliteten inte alltid räcker till för att beskriva hela tjänstekvaliteten, utan kundens upplevda värde påverkas även av interaktionen med företaget. Bemötandet från personal, atmosfären i butik och inflytandet från andra kunder är exempel på faktorer som kan påverka den upplevda tjänstekvaliteten. Hur konsumenten influeras av tjänstens upplevelse benämns som funktionell processkvalitet. Grönroos (2008) beskriver den funktionella tjänstekvaliteten som hur personalen använder och presenterar produkten till konsumenten. Vad gäller Närhälsans digitala självvincheckning kan den funktionella processkvaliteten översättas till hur personalen använder sig av den digitala tekniken för att erbjuda självvincheckning till sina patienter. Detta innefattar bland annat hur personalen hanterar systemets inställningar samt hur incheckningsprocessen presenteras och tillgängliggörs för patienterna vid vårdbesöket.

## 2.4 Technology Acceptance Model (TAM)

Technology Acceptance Model, förkortat till TAM, är en relevant modell att beakta för att undersöka personalens inställning till självvincheckningssystemet. Holden och Karsh (2010) förklarar att modellen kan användas som ett verktyg för att vidare undersöka hur en organisation bemöter och accepterar ny teknik.



Figur 2: Överskådlig bild över Technology Acceptance Model (TAM)-Modellen

TAM innebär att användarens avsikt till tekniken, grundar sig i användarens attityd till användningen. Attityden till att använda baseras i sin tur på två determinanter (Holden & Karsh, 2010). Den första

är upplevd användbarhet. Denna faktor handlar om att undersöka förståelsen för användbarheten, följaktligen om användaren tror på att teknologin kommer att förbättra prestationen. Den andra faktorn som påverkar motivation är uppfattad användarvänlighet. Denna del undersöker huruvida komplexiteten på teknologin hindrar användaren från användning. Med TAM kan även användare identifieras som initialt har haft en positiv attityd till tekniken, men som fått försämrade motivation till användningen på grund av teknikens komplexitet. Enligt TAM är uppfattad användarvänlighet viktig i teknologins inledningsfas, eftersom en alltför hög komplexitet bidrar till en försvårad adoptionsprocess. Komplexiteten kan därefter ökas stegvis för att uppnå de andra funktioner som efterfrågas av användaren.

## 3. Metod

I följande avsnitt presenteras forskningsmetoder samt analysmetoder som har använts för att besvara frågeställningen. Studien har en kombinerad metoddesign, med både kvalitativa och kvantitativa analyser.

### 3.1 Datainsamling

Följande avsnitt presenterar datainsamlingsmetoder, som genomfördes i syfte att samla in tillräckligt med data som underlag för studien. Datainsamlingsmetoderna som valts är enkätundersökning kombinerat med djupintervjuer med utvalda vårdcentraler. Enkätundersökningen möjliggör insamling av data från ett stort antal respondenter med signifikanta geografiska skillnader. Undersökningen ämnar därför till att dra generella slutsatser kring likheter och skillnader mellan de olika vårdcentralerna. Djupintervjuerna syftar, å andra sidan, till att identifiera skillnaderna mellan vårdcentraler med låg andel självincheckade besök och de med hög andel självincheckade besök. Intervjuer är en passande metod när åsikter, känslor och upplevelser skall identifieras och utvärderas (Denscombe, 2010; Lantz, 2013). Därför väljs även halvstrukturerade intervjuer för att identifiera bestämda frågeområden, men samtidigt möjliggöra för respondenten att till viss del styra samtalet och därmed ge sin syn på självincheckningen.

#### 3.1.1 Enkätundersökning

Enkätundersökningen används för att dra generella slutsatser om Närhälsan i hela VGR, vilket kommer att användas som stöd till den kvalitativa datan. Det finns några direktiv att följa vid utformning av frågeundersökningar (McMillan m.fl., 2010). Först och främst skall instruktionerna vara klara och entydiga, då respondenter kan göra olika tolkningar. Om det inte finns en tydlig instruktion riskerar svaren att bli baserade på olika antaganden och bli svårtolkade. I samband med utformningen av enkäten utfördes även en pilotundersökning i syfte att upptäcka eventuella problem med ordval och formuleringar i enkäten. För att utforma frågor som är tydliga formulerades dem utifrån studiens syfte. Enkäten innehöll till största del slutna och få frågor för att minimera risken att respondenterna undviker att svara. Två personer från Närhälsan gick därefter igenom enkäten och gav respons vid två olika tillfällen. Responsen låg till grund för pilotenkäten som vi sedan testade på

en utvald vårdcentral som aktivt arbetar med självcheckningen. Denna pilotenkät genomfördes i grupper om två studieförfattare och en medarbetare. De tre medarbetarna som deltog i pilotenkäten var en receptionist, en lokalt IT-ansvarig (LITA) och en lokal projektledare för självcheckningen. Respondenterna erhöll en tryckt version av enkäten som de besvarade samtidigt som de gavs möjligheten att ställa frågor och ge feedback om något var otydligt. Responsen från respondenterna användes sedan för att vidareutveckla och förbättra enkäten inför dess slutliga användning.

Enkäten skickades ut till 104 vårdcentraler för att samla in deras perspektiv på det nuvarande självcheckningssystemet. Enkäten distribuerades via e-post till en person i ledningen samt enhetens LITA. Dessutom skickades ett påminnelsemail för att påminna de som inte svarat på enkäten ännu. Den första massutskicket av enkäten skedde den 13 mars och formuläret stängdes den 6 april, en vecka efter påminnelsemailet. I det första mailet uppmanades mottagaren att vidarebefordra mailet till receptionisterna på vårdcentralerna eftersom kontaktuppgifterna saknades.

Enkäten utformades i linje med Andreas Perssons (2016) följande rekommendationer: Informationen i enkäten formulerades kort och koncist för att fånga läsarens intresse. Negativa värdeord undveks för att lyfta vårdcentralerna och bidra till en positiv syn på självcheckningen. Enkäten bestod av frågor där respondenterna valde mellan ett av fem alternativ: *instämmer helt*, *instämmer delvis*, *instämmer delvis inte*, *instämmer inte alls*, eller *ej applicerbar för min roll* (Persson, 2016). Enkäten undvek ett neutralt svarsalternativ för att hindra respondenterna från att dra sig mot mitten och ge svårtolkade svar. Delar av enkäten innehöll öppna frågor och flervalfrågor för att försöka fånga respondenternas åsikter så tydligt som möjligt. Respondenterna i enkäten var även anonyma för att möjligheten till ärliga svar skulle öka (Perssons, 2016).

För att kategorisera respondenterna och kontrollera att det erhöles ett representativt urval, samlade enkäten in information om deltagarnas vårdcentral, arbetsroll, ålder och erfarenhet. Enkäten i sin helhet finns som Bilaga 2: Enkätundersökning.

### **3.1.2 Intervju**

Intervjuer utfördes med fyra vårdcentraler, varav två med hög andel självcheckade besök och två med låg andel självcheckade besök. Dessa är utvalda utifrån andelen självcheckade patienter från den vid tillfället mest uppdaterade statistiken. Urvalet inkluderade två olika kategorier av respondenter: LITA och ledningspersonal, vilka hade olika erfarenheter inom

självincheckningsprocessen och därmed kunde bidra med olika perspektiv. Detta följer även Lantz (2013) som också poängterar att det är viktigt att inkludera olika arbetsroller för att få en helhetsbild över den undersökta situationen, i detta fall den digitala incheckningen.

Kontaktpersonen från Närhälsan valde ut förslag på vårdcentraler utifrån geografisk placering och erfarenhet inom självincheckning. Projektgruppen genererade en mall över det första utskicket för att garantera att respondenterna fick samma information och för att underlätta arbetet. Eftersom svarsfrekvensen var låg från vårdcentraler med lägre andel självincheckade besök, skapades en ringlista med vårdcentraler som hade en andel självincheckade besök mellan 1,5-5,0%.

Intervjuerna genomfördes på ett halvstrukturerat sätt där frågeområdena var förutbestämda, men med utrymme för följdfrågor. Resultaten bestod av en kombination av öppna och fasta svar från respondenterna. Lantz (2013) menar att denna metod ger flexibilitet och avspänning eftersom det ger utrymme för följdfrågor och diskussioner. Gruppen utformade en intervjumall med samma frågor till ledning och LITA för att undersöka eventuella skillnader i uppfattningar beroende på om de var beslutsfattare eller hanterade det praktiska arbetet. Intervjumallens frågor grupperades i olika aspekter av självincheckningen och ordningens följd anpassades efter respondenten. Mallen innehöll få frågor men med flera stödfrågor för att bibehålla en öppen intervjuform.

Vid varje intervju medverkade två av studiens författare. En person var ansvarig för att ställa intervjufrågorna, en person för att anteckna och båda ställde följdfrågorna. Intervjuerna genomfördes antingen på plats eller via Microsoft Teams. Inför varje intervju avsattes 30 minuter för att ge tillräcklig tid för svar och följdfrågor. I början av intervjun tillfrågades respondenterna om samtycke till att spela in samtalet, vilket samtliga respondenter godkände. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant för att användas som komplement och stöd till intervjuanteckningarna. Därigenom minimerades risken för misstolkningar eller informationsförlust. Dessutom skapades möjligheten att citera respondenterna senare i arbetet.

## 3.2 Analyismetod

För att analysera den insamlade data för studien tillämpas följande analysmetoder: *tematisk analys* och *SWOT-analys*. Nedan följer redogörelse för metoderna som har använts.

### 3.2.1 Tematisk analys

För att analysera den kvalitativa data från intervjuerna identifierades teman som var genomgående för samtliga intervjuer. Därefter sammanställdes intervjuerna och genomgicks genom en tematisk analys. Utifrån sammanställningen identifierades likheter och skillnader från respondenternas svar, som jämfördes per tema. Vid analysen följdes Brymans (2018) rekommendationer som förespråkar en metodisk strategi där uppmärksamheten bör riktas mot vanligt förekommande teman som framkommer under intervjuprocessen. Vidare betonas vikten av att notera eventuella likheter och skillnader i hur intervjupersonerna diskuterar samma tema på olika sätt. För att säkerställa att alla relevanta teman identifierades från intervjumaterialet genomfördes en noggrann jämförelse av den kvalitativa data mot det initialt framtagna tematiska ramverket. Därigenom kunde ytterligare teman som tidigare förbisetts beaktas.

### 3.2.2 SWOT-analys

Utöver den tematiska analysen upprättades en SWOT-analys. SWOT står för engelskans *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* och *Threats* och ger en överblick över en verksamhets nuvarande lägesituation (Namugenyi m.fl., 2019). Det är ett användbart verktyg när en strategi skall utvecklas för verksamheter och organisationer för att uppnå deras mål. Styrkor och svagheter berör de interna faktorerna som påverkar organisationen, exempelvis medarbetare, produkter samt kapacitet. Möjligheter och hot berör de externa faktorerna från omvärlden, exempelvis teknikutveckling och konkurrenser (Namugenyi m.fl., 2019).

SWOT-analysen grundar sig i all inhämtade data från Närhälsans personal för att få en generell bild av verksamheten, eftersom ett litet urval av intervjuer inte med säkerhet representerar samtliga vårdcentraler. Detta ger i sin tur en överskådlig bild över verksamhetens nulägesbild.

## 3.3 Metodetik

Eftersom denna rapport berör sjukvård är det viktigt att följa Helsingforskonventionen, som behandlar de etiska frågorna som uppkommer vid medicinsk forskning med människor. Syftet med konventionen är att skydda patienters integritet både när forskningsprojektet pågår och är avslutad (World Medical Association, 2022). Trots att konventionen främst syftar till hantering av

patientinformation, är det ändå ett relevant förhållningssätt för all personlig information som har inhämtats under arbetets gång.

För att studien ska vara etiskt korrekt behöver den följa forskningsetiska principer som presenteras av Vetenskapsrådet (2017). Dessa principer har delats in i fyra huvudkrav som är relevanta vid genomförandet av metoden.

Metoden följer informationskravet i form av att alla respondenter, inför både intervjun och enkäten, var väl informerade gällande avsikten med datainsamlingen. Som tidigare nämnt, skickades enkäten ut tillsammans med en utförlig beskrivning av syftet med undersökningen för att upplysa respondenterna om att deras svar kommer att användas som underlag för studien. Detta gjordes även vid förfrågan om deltagande av intervju.

Dessutom har samtliga intervjuer varit frivilliga, enligt samtyckeskravet. Vid förfrågan om deltagande har de eventuella respondenterna haft valmöjligheten att neka erbjudandet att delta i intervjun. Detta gäller även enkätundersökningen, vilken respondenterna själva valt att fylla i. Innan varje påbörjad intervju har medgivande för inspelning förfrågats och det har klargjorts att vara av transkriberingsskäl. Därför har ingen datainsamling skett via tvång eller utan samtycke.

Samtliga respondenter har aidentifierats i studien för att värna om deras integritet, vilket följer konfidentialitetskravet. Således har inga vårdcentraler eller respondenter valts att benämnas vid namn i studien. Ytterligare en faktor som togs i anspråk var att endast använda generaliserbara citat, som inte kunde förknippas till respondenten eller avslöja respondentens personuppgifter.

Sistnämnda kravet är nyttjandekravet, som innefattar att insamlade uppgifter om en individ endast får användas för studien och inte för icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2017). Detta har också följts i genomförandet av metoden.

## 4. Resultat

Den insamlade data kan delas upp i tre områden: inhämtning av internregister, enkätdata samt kvalitativa data från intervjuer. I avsnitt 4.1 Intern statistik, geografisk uppdelning och klassindelning, presenteras den data som Närhälsan har delat med sig av gällande prestationsstatistiken för självincheckningen. Avsnittet innehåller även en kort redogörelse för Närhälsans geografiska zonindelning i VGR samt en beskrivning av hur studien har valt att klassificera vårdcentralerna. I avsnitt 4.2 Enkät presenteras den kvantitativa data och i avsnitt 4.3 Resultatanalys av kvalitativa data, presenteras och analyseras vad som har erhållits från intervjuerna.

### 4.1 Intern statistik, geografisk uppdelning och klassindelning

Närhälsan genomför interna mätningar av andelen självincheckade besök på respektive vårdcentral som sammanställs månadsvis och skickas ut till vårdcentralerna. Andelen självincheckade besök hos Närhälsans vårdcentraler sträckte sig från den högsta andelen som var 27,07% ner till de lägsta andelarna där vårdcentralerna inte hade några självincheckade besök alls. Statistiken baserades på perioden mellan första mars och mitten av april.

För att underlätta analysen av resultatet klassificerades vårdcentralerna utefter andelen självincheckade besök. Därefter delades dem in i fem klasser med 20% av vårdcentralerna i respektive grupp. Klasserna benämns A-E där vårdcentralerna med högst användarandel klassas som A och de med lägst som klass E. Anledningen till valet av att fördela vårdcentralerna i fem lika stora klasser grundar sig i att de högst presterande vårdcentralerna i klassen, A, uppvisar höga andelar självincheckade besök, det vill säga minst 9,34%. Hade ett färre antal grupper valts, hade detta resulterat i att vårdcentraler med lägre andel självincheckade besök hade klassats som en av de högst presterande. Studien avser att skilja på hög och låg andel självincheckade i jämförelse med varandra och därmed önskas en mindre spridning inom alla klasser.

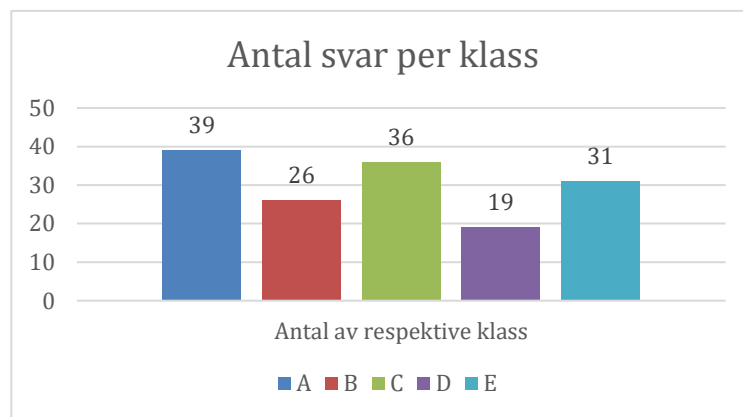
Tabell 1: Klassindelning utifrån vårdcentralernas prestationsstatistik

Klass	Intervall	Spridning
A	9.34 - 27.07%	17.73
B	5.56 - 8.95 %	3.39



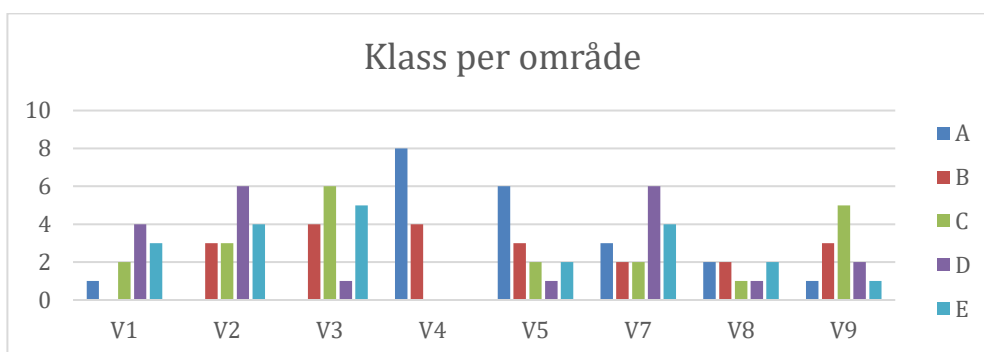
## 4.2 Enkät

Under perioden då enkäten var öppen, från 13 mars till den 6 april, mottogs 166 enkätsvar. En påminnelse skickades ut den 30 mars och vid det tillfället hade enkäten mottagit 112 svar. Antalet vårdcentraler som har medverkat i enkäten är 73 stycken exklusive de respondenter som inte har angivit någon tillhörande vårdcentral. Detta innebär att cirka 70% av Närhälsans 104 vårdcentraler är representerade. Enkäten mailades ut till 216 personer med chefs- och LITA-befattning. Enkäten ombads att vidarebefordras till receptionister, därav uppskattas enkäten att ha nått ut till 350 personer. Svarsfrekvensen estimeras därmed till 47%.



Figur 4: Fördelningen av de 166 svaren på de 5 olika prestationsklasserna A-E.

I Figur 4, presenteras fördelningen av enkätsvar för respektive klass i ett diagram. 15 av svaren kunde inte klassificeras, eftersom tillhörande vårdcentral inte hade angivits av respondenterna.



Figur 5: Antal svar, fördelade per klass samt vårdområde V1-V9.

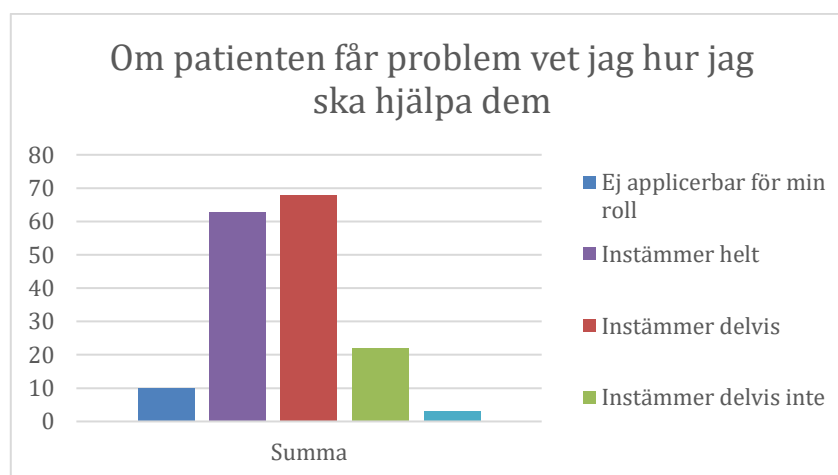
I Figur 5 ovan illustreras enkätsvarens fördelning på både område och klassindelningen. En observation som kan göras är att V4 har en hög andel självincheckade besök eftersom området enbart

består av de två högsta klasserna, A och B. Vidare kan det noteras att V5 också har en hög andel i klass A.

#### 4.2.1 Systemanvändning

Detta avsnitt redovisar svar på frågorna som härrör personalens arbetssätt med systemet. För att kartlägga hur bekväm personalen är med systemet fick de ta ställning och besvara på frågor gällande deras tillvägagångssätt när problem uppkommer med självincheckningssystemet.

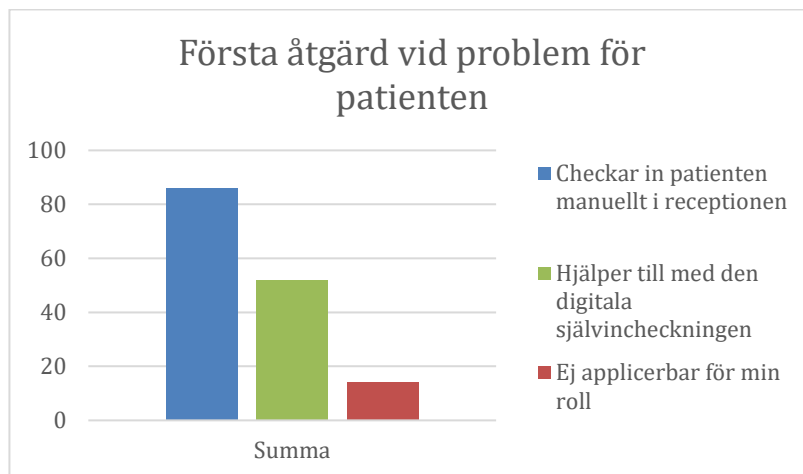
Påståendet ”Om patienterna får problem vid självincheckningen vet jag hur jag skall hjälpa dem” inkluderades i enkäten för att utvärdera respondenternas uppfattning om deras förmåga att hjälpa patienter vid eventuella problem med det digitala självincheckningssystemet. Resultatet av undersökningen visade att majoriteten av respondenterna antingen svarade *Instämmer delvis* som 63 respondenter (40,0%) valde eller *Instämmer helt* som valdes av 68 (41,0%). Andelen av resterande svar var obetydliga. Därmed kan det konstateras att majoriteten av respondenterna upplever att de har en adekvat kunskap och kompetens för att hjälpa patienter som stöter på problem under självincheckning. (Se Figur 6)



Figur 6: Svar på påståendet ”Om patienten får problem i självincheckningen vet jag hur jag skall hjälpa dem”.

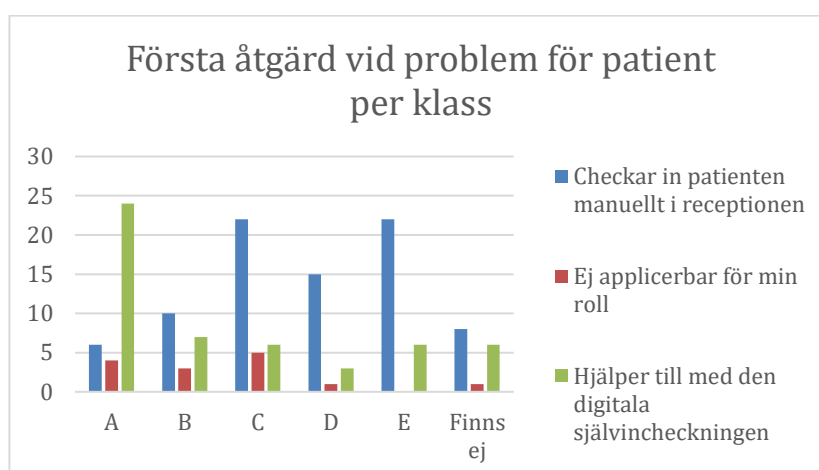
Frågan ”Vad är din första åtgärd när problem uppkommer för en patient i den digitala självincheckningen?” utvärderar huruvida personalen väljer att agera när patienten behöver hjälp med självincheckningen. Utifrån svaren kan det konstateras att majoriteten av respondenterna, 86 stycken (56,6%), hänvisar patienten till receptionisten för manuell incheckning. Antalet som i stället hjälper till med den digitala självincheckningen när patienten får problem är 52 stycken (34,2%).

Tillsammans med svaren på föregående fråga tyder detta på att de flesta respondenter är mer benägna att hänvisa till den manuella självcheckningen än den digitala vid problem. (Se Figur 7)



Figur 7: Diagrammet visualiserar svaren på frågan "Vad är din första åtgärd när problem uppkommer för en patient i den digitala självcheckningen".

När svaren från föregående fråga sorteras efter klassindelningen ses en korrelation mellan personalens första åtgärd och vilken klass de tillhör. Av respondenterna i klass A anger en stor majoritet att de hjälper till med den digitala självcheckningen om patienten får problem. Däremot uppger majoriteten av respondenterna från resterande klasser att de i stället väljer att checka in patienterna i den manuella kassan när patienten behöver assistans.



Figur 8: Diagrammet visualiserar svaren på frågan "Vad är din första åtgärd när problem uppkommer för en patient i den digitala självcheckningen" fördelat per prestationsklass.

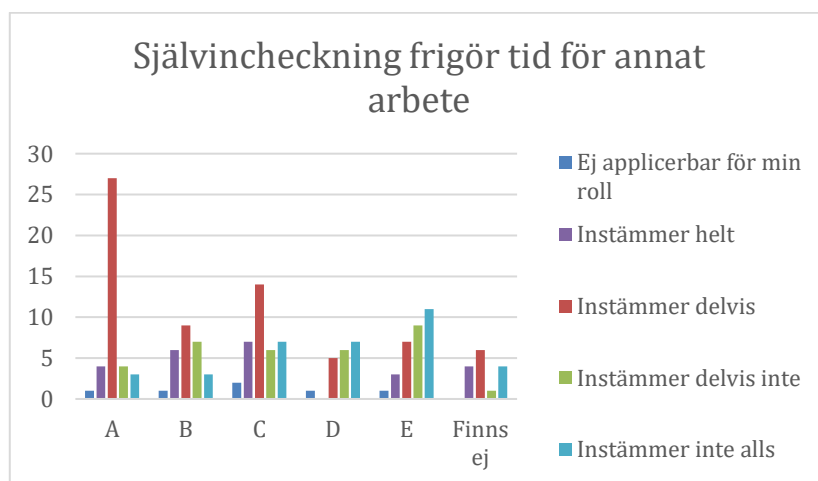
## 4.2.2 Attityd

Detta avsnitt redogör för personalens inställning till den digitala självcheckningen samt huruvida de anser att systemet uppfyller syftet med att frigöra tid för annat arbete eller inte.

### Självcheckning frigör tid för annat arbete

De flesta enkätsvar är *Instämmer delvis* med 68 (41%) svar, vilket hade kunnat visa på att systemet, i viss utsträckning uppnår detta mål. Dock är de övriga svaren jämnt fördelade över resterande svarsalternativ, vilket tyder på att Närhälsans ambition gällande frigörelse av tid inte har uppnåtts i praktiken.

Sett till hur enkätsvaren är fördelade på prestationsstatistik påvisas ett tydligt resultat i linje med självcheckningens syfte. En tydlig majoritet i A-gruppen med 27 svar (69,2%) *Instämmer delvis*, medan mindre minoriteter fördelas jämnt över resterande svar. I grupp B och C återfinns inte en tydlig majoritet, men *instämmer delvis* är fortfarande störst. Grupp D och E (som har mycket låg användning av systemet sett till antal patienter självcheckade) skiljer sig från A, B och C, där *Instämmer inte alls* är det mest frekventa svaret som tydliggörs i Figur 9.

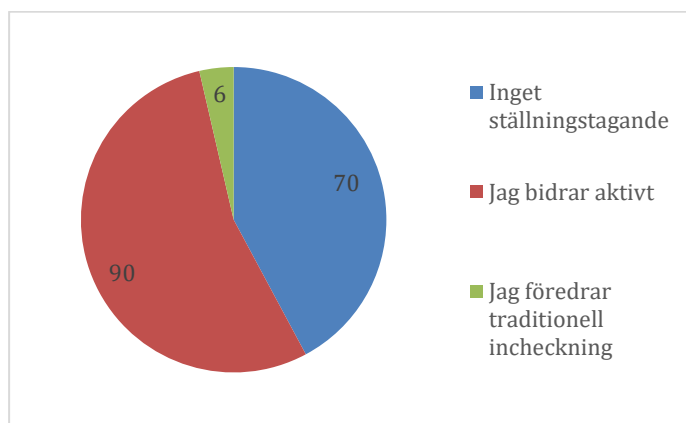


Figur 9: Visualisering av svaren på "Självcheckning frigör tid för annat arbete" fördelat på prestationsklasser.

### Personalens attityd till självcheckning

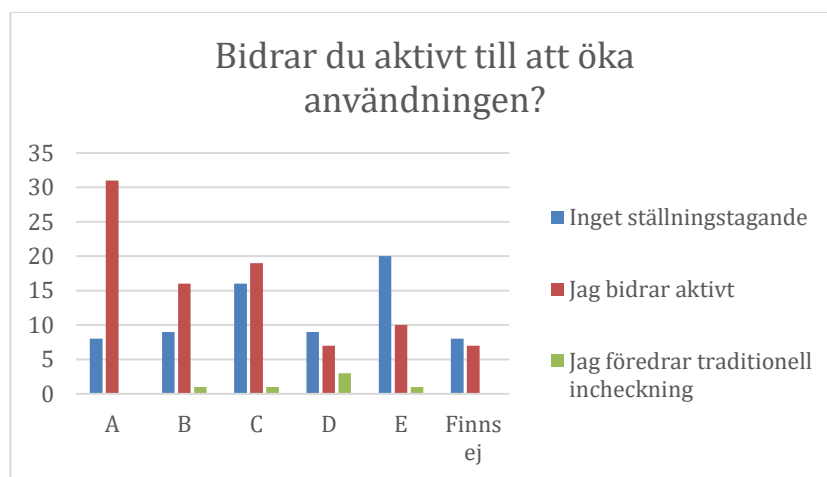
Av 166 svar på frågan "Bidrar du aktivt till att öka användningen av självcheckning" är det endast sex personer (3,6%) som föredrar traditionell incheckning. 90 respondenter (54,2%) menar att de

bidrar aktivt till att öka användningen och 70 personer (42,2%) har inget ställningstagande i frågan. En tydlig minoritet är därmed emot systemet, men det är däremot svårare att hitta en gemensam linje där samtliga medarbetare är för systemet. (Se Figur 10).



Figur 10: Respondenternas svar på frågan om de bidrar aktivt till att öka användningen av självincheckning.

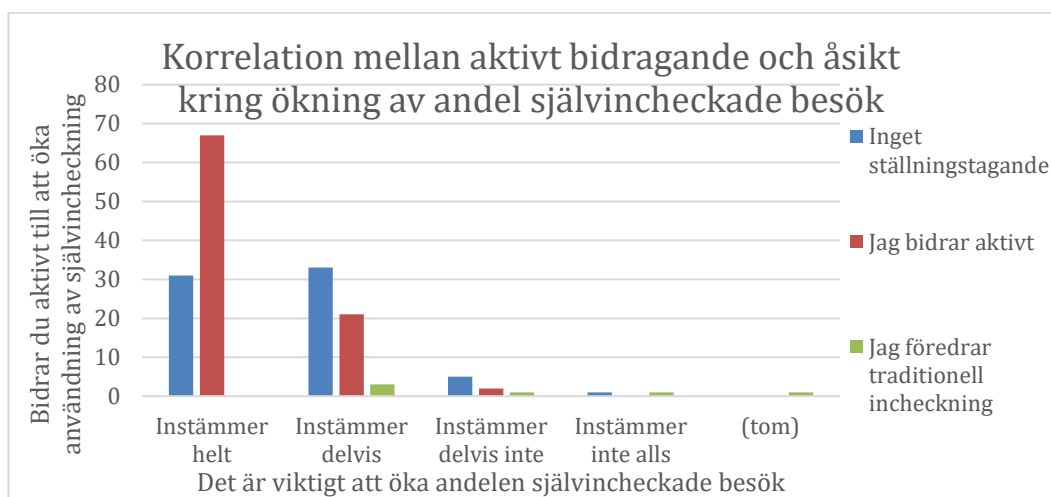
En tydlig korrelation finns mellan prestationsgrupp och frågan ”Bidrar du aktivt till att öka andelen självincheckade besök”. Här påvisas att i grupp A bidrar en tydlig majoritet aktivt till ökningen, som sedan avtar genom grupp B – E. De som inte har gjort något ställningstagande i frågan är lågt representerade i klass A och ökar i stället för varje efterföljande prestationsklass, bortsett från de klasser som hade väsentligt mycket färre svar än de övriga klasserna. (Se Figur 11).



Figur 11: Visualisering av svaren på frågan ”Bidrar du aktivt till att öka användningen av självincheckning?” fördelat på prestationsklasserna.

Vid analys av korrelationen mellan frågorna ”Bidrar du aktivt till att öka användningen av självincheckning” och ”Det är viktigt att öka andelen självincheckade besök”, visas det tydligt att en

majoritet av de som *Instämmer helt* på den andra frågan bidrar aktivt till att öka användningen av självvincheckningen. Däremot påvisar detta också att de som endast *instämmer delvis* är den största gruppen som ej tar ett aktivt ställningstagande för att öka andelen självvincheckade besök (Se Figur 12).



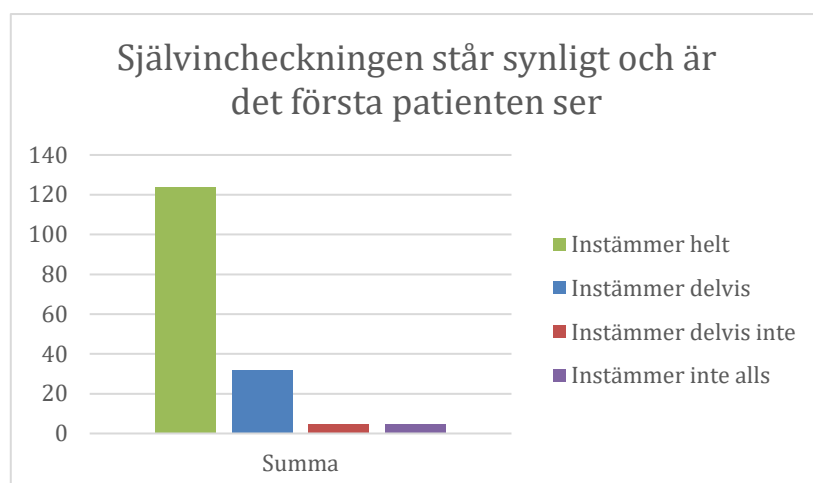
Figur 12: Diagrammet visualiserar korrelationen mellan påståendet "Det är viktigt att öka användningen av självvincheckningen" samt frågan "Bidrar du aktivt till att öka användningen?".

### 4.2.3 Patientanvändning

I detta avsnitt av enkäten är syftet att identifiera personalens åsikter om patientanvändningen. Respondenterna får ta ställning till om de tycker att självvincheckningsstationen står synligt för patienterna, om patienterna kan fullfölja processen själva eller om de behöver assistans. Till sist får personalen bedöma ifall de tycker att självvincheckningssystemet främjar patientnyttan.

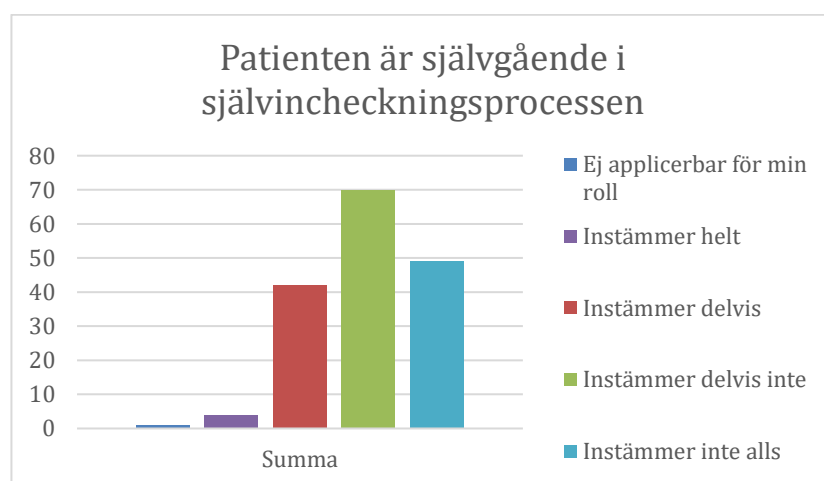
#### Tillgänglighet

Vad gäller självvincheckningens synlighet anger 124 (74,7%) av respondenterna att de *Instämmer helt* med påståendet "Självvincheckningsstationen står synligt och är det första som patienten möter". 32 (19,3%) av respondenterna anger att de *Instämmer delvis* och enbart totalt 10 valde alternativen *Instämmer inte alls* (3%) eller *Instämmer delvis inte* (3%). Majoriteten anser således att självvincheckningen är det första patienten möter. (Se Figur 13)



Figur 13: Diagrammet visualiserar svaren på påståendet "Självincheckningen står synligt och är det första patienten ser".

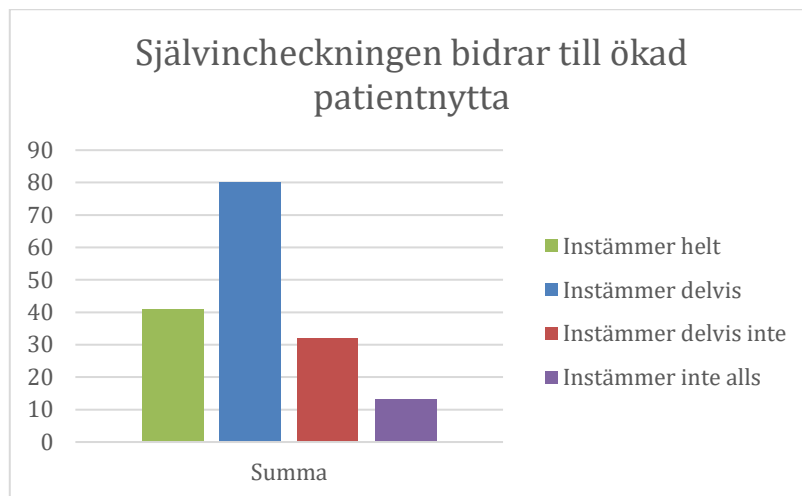
Enkätsvaren visar att en majoritet inte upplever att patienterna alltid kan fullfölja en påbörjad incheckningsprocessen på egen hand. Vad gäller påståendet att patienterna är självgående i den digitala självincheckningen och aldrig behöver assistans visar resultatet att merparten av respondenterna anser att detta inte stämmer, där 70 (42,4%) *Instämmer delvis inte* och 49 (29,7%) *Instämmer inte alls*. Enbart några få procent av respondenterna *Instämmer helt* på påståendet. (Se Figur 14)



Figur 14: Diagrammet visualiserar svaren på påståendet "Patienten är självgående i självincheckningsprocessen".

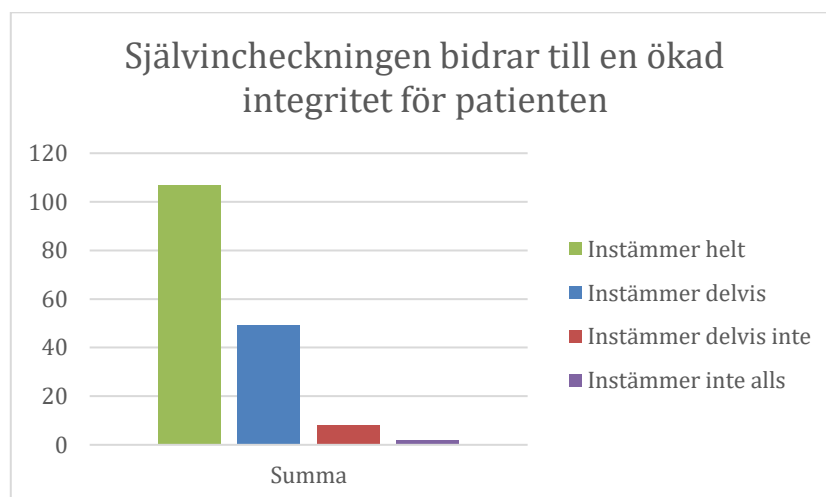
## Patientnytta

Utifrån enkätsvaren kan det konstateras att majoriteten anser att självincheckningen bidrar till ökad patientnytta genom enklare incheckning och betalning, där 41 (24,7%) *Instämmer helt* och 80 (48,2%) *Instämmer delvis*. (Se Figur 15)



Figur 15: Diagrammet visualiserar svaren på påståendet "Självincheckningsprocessen bidrar till ökad patientnytta genom enklare incheckning och betalning".

Enkätresultatet visar att majoriteten av respondenterna, vilket utgjordes av 107 (64,5%) stycken, valde *Instämmer helt* gällande påståendet att självincheckningen ger en ökad integritet för patienten. Det näst vanligaste svarsalternativet var *Instämmer delvis* som utgjordes av 49 (29,5%) av svaren medan enbart ett fåtal inte höll med påståendet. (Se Figur 16)



Figur 16: Diagrammet visualiserar svaren på påståendet "Självincheckningen bidrar till en ökad integritet för patienten".

#### 4.2.4 Respondenternas förslag på förbättringsåtgärder

Enkäten ställde respondenten frågan "Finns det någon faktor som kan förbättras för att uppnå en ökad andel självincheckade besök på er vårdcentral?". De på förhand presenterade svarsalternativen samt

antal och andel svar presenteras i Tabell 2. Denna fråga gav även respondenten möjligheten att ange fritext på egna förslag, vilka återfinns i Bilaga 3: Fria förbättringsförslag.

Tabell 2: Antal och andelen svar från enkätrespondenterna på de förbättringsåtgärder som fanns som svarsalternativ.

Förbättringsåtgärd	Antal svar	Andel
Bättre användarvänlighet	106	64,60%
Bättre teknisk utrustning	62	37,80%
Tydlig strategi/riktlinjer för användning	38	23,20%
Mer utbildning/upplärning	34	20,70%
Tillgänglig IT-support för det tekniska systemet	32	19,50%
En tydlig ansvarig över självincheckningssystemet på er vårdcentral	20	12,20%
Inget	12	7,30%

### 4.3 Resultatanalys av kvalitativa data

För att få en heltäckande syn av självincheckningssystemet har intervjuer gjorts med fyra olika vårdcentraler. Två av vårdcentralerna tillhör klass A som har hög andel självincheckade besök. De andra två tillhör klass C som har en relativt låg användning i jämförelse med de i klass A. I Tabell 3 illustreras vilka klasser samt vilka geografiska områden som vårdcentralerna tillhör. De intervjuade vårdcentralerna benämns med ett varsitt nummer från ett till fyra.

Tabell 3: Presentation av de fyra olika vårdcentraler som har intervjuats med tillhörande klassindelning utifrån prestation samt inom vilket vårdområde som de är belägna i.

VÅRDcentral	KLASS	OMRÅDE
Vårdcentral 1	A	V4: Västra Göteborg, Mölndal, Härryda, Partille
Vårdcentral 2	A	V8: Lidköping, Gullspång, Mariestad, Götene, Skara, Vara, Essunga
Vårdcentral 3	C	V5: Angered, Göteborg centrum, Göteborg Öst, Örgryte, Härlanda
Vårdcentral 4	C	V9: Tibro, Skövde, Hjo, Tidaholm, Karlsborg, Falköping

På respektive vårdcentral har en person från ledningen och en person som är insatt i självinspektionssystemet intervjuats. Personen från ledningen benämns som Ledning efterföljt av det nummer som motsvarar vårdcentralen, till exempel Ledning 1. Personen från ledningen är antingen verksamhetschef eller enhetschef för vårdcentralen. Respondenten som är mer insatt i självinspektionssystemet är oftast en medicinsk sekreterare som också är lokalt IT-ansvarig (LITA). Personen i fråga arbetar vanligtvis i receptionen och är ofta lokalt ansvarig för självinspektionssystemet Imatis. Dessa respondenter benämns framöver som LITA följt av det nummer som korresponderar med vårdcentralen. I Tabell 4 klargörs beteckningarna för intervjuobjekten.

Tabell 4: Beskrivning, samt benämning av samtliga intervjuobjekt som hänvisas till i resultatet.

	Intervjuobjekt 1	Intervjuobjekt 2
Vårdcentral 1	Ledning 1 - Verksamhetschef	LITA 1 - Medicinsk sekreterare och LITA
Vårdcentral 2	Ledning 2 - Enhetschef	LITA 2 - Medicinsk sekreterare, kassaansvarig samt ansvarig för självinspektionen
Vårdcentral 3	Ledning 3 - Verksamhetschef	LITA 3 - Receptionist och LITA
Vårdcentral 4	Ledning 4 - Enhetschef	LITA 4 - Medicinsk sekreterare; receptionist och LITA

Resultatet presenteras genom en tematisk analys enligt Bryman (2018). Utifrån intervjuerna har tre genomgående teman identifierats: *Teknik, Personal och Management*. Teknik delas i sin tur upp i tre olika subteman. Dessa är *Prestanda, support och användarvänlighet*. Personal delas upp i *attityd, kunskap och arbetssätt*. Management delas upp i *Strategi och riktlinjer* samt *kommunikation*. Uppdelningen visualiseras i Tabell 5.

Tabell 5: Tematisk indelning inför resultatanalysen

Teknik			Personal			Management	
Prestanda	Support	Användarvänlighet	Attityd	Kunskap	Arbetssätt	Strategi och riktlinjer	Kommunikation

### 4.3.1 Teknik

#### Självincheckningssystemets prestanda

Det råder delade meningar kring självincheckningssystemets prestanda och vilka effekter som de olika vårdcentralerna har upplevt sedan implementeringen. Flertalet respondenter vittnar om systemfel, både i intervjuerna och i enkätsvaren. Utvärderingen av systemets prestanda kommer att utgå ifrån systemfel och upplevd effekt.

---

*”Vi har stött på jättemycket problem vilket har gjort att man har tappat lite energi” – Ledning 2*

---

I ovanstående citat beskriver Ledning 2 att vårdcentralen har upplevt många problem med självincheckningssystemet, vilket har påverkat deras arbetsmotivation negativt. En stor utmaning är att patienter inte kan använda självincheckningssystemet när de har flera besök samma dag. Ledning 2 anser att självincheckningsstatistiken skulle öka till 50% om systemet var kompatibelt med primärvårdens olika besök.

---

*”Varför har man valt ett så krångligt system när det finns lätta system? Varför har man valt ett system som inte fungerar?” – Ledning 1*

---

Ledning 1 beskriver att hen var positivt inställd till systemet i början, men ovanstående citat beskriver den frustration som med tiden har byggts upp som hen tror många upplever. Samtliga vårdcentraler uppger i intervjuerna att systemet har tekniska brister som de själva inte kan åtgärda. Exempel på tekniska problem som tas upp i flertalet intervjuer samt i de fria enkätsvaren (*se Bilaga 3: Fria förbättringsförslag*) är komplikationer gällande betalning och hänvisning till väntrum. Respondenterna uppger att det finns potential att använda sig av självincheckningssystemet om det skulle fungera fullt ut. De anser att det kan vara svårt att motivera patienter till att använda sig av självincheckning vid tillfällena då systemet brister.

Vad gäller de effekter som vårdcentralerna upplevt sedan implementering anser vårdcentral 1 och vårdcentral 2 att systemet kan frigöra tid samt bidra till kortare väntetid för patienterna vilket nedanstående citat beskriver.

---

*”Är det 50 personer på en dag som har checkat in sig så är det 50 personer mindre som kommer till oss i kassan, så att jag tycker ändå att det är positivt” –*

*LITA 2*

---

Vårdcentral 2 beskriver hur de redan nu har kunnat dra ner på resurserna i receptionen genom att stänga den kl.07:00-08:00, kl.13:00-14:00 samt kl.16:00-17:00. Nästan 70% av patienterna som anländer mellan kl.07:00-08:00 använder självvincheckningssystemet eftersom de är vana vid det och bokar sin tid online för provtagning. Ledning 2 tror att om självvincheckningssystemet kan finjusteras ytterligare kan de frigöra tid i receptionen till andra arbetsuppgifter som att ringa samtal och hantera posten.

Vårdcentral 3 och vårdcentral 4 har däremot inte lika positiv uppfattning angående vad självvincheckningssystemet har medfört hittills.

---

*De som försöker självvinchecka sig kommer fram och frågar om de har gjort rätt, vilket tar upp vår tid. – Ledning 4*

---

Som ovanstående citat visar upplever Ledning 4 att självvincheckningen tar mer tid än det sparar. Personalen på vårdcentral 4 beskriver att personer som har självvincheckat vill även gå fram till kassan och dubbelkolla att de har gjort rätt i processen. Det är förekommande att patienter efterfrågar var kvittot har tagit vägen efter att de har genomfört den digitala självvincheckningen. Detta tar upp tid för personalen i kassan från att göra annat arbete. Vårdcentral 3 har en liknande uppfattning som vårdcentral 4. De menar att det har blivit bättre för de få patienter som använder självvincheckningssystemet, men att systemet i övrigt inte levt upp till de förväntningar som de hade på förhand. LITA 3 beskriver att självvincheckningssystemet inte har underlättat utan berättar att arbetsbördan är oförändrad

## Support

Vårdcentralerna är enade om att supportfunktionen är bristfällig. Flertal respondenter beskriver hur supporten inte ger tillräcklig respons på problem och vissa anser inte den hjälpsam alls. Utvärderingen av systemets support sker utifrån upplevd användning.

---

*”Har varit i kontakt med supporten jättemånga gånger och lagt in förslag och även klagat. När man inte riktigt får någon respons mer än att ’nej, det kommer inte att bli sådär’, alltså då ger man ju upp lite också tyvärr.” – Ledning 2*

---

Vårdcentral 1 och 2 använder sig aktivt av supportfunktionerna från Imatis och AsynjaVisph. Som beskrivet i citatet ovan anser vårdcentralerna att supporten inte arbetar med förbättringsförslagen från vårdcentralerna, löser de tekniska problem som uppstår eller ger dem någon respons på de problem och frågor som uppstår.

Ledning 2 beskriver hur deras support inte kommunicerar med andra system, såsom deras journalsystem, vilket har orsakat problem. Vårdcentralen har implementerat förslag som godkänts av självinspektionsstödet men som dagar senare nekas av journalsupporten.

Ledning 2 anser att det skulle vara fördelaktigt med tips för att komma i gång med användningen och en mer tillgänglig support som kan följa upp och visa hur användningen av systemet kan underlättas.

LITA 1 berättar att programmet Imatis som används för självinspektion från början var svårnavigerat. När det handlar om vägledning om hur systemet ska hanteras, så har Imatissupporten varit hjälpsam, engagerad och kunnig enligt LITA 1 och 2. Detta gäller däremot inte vid tekniska problem då upplevs i stället supporten som ovillig att hjälpa till genom att de inte lyssnar på förbättringsförslag eller respons från vårdcentralerna.

---

*”Nej, det har varit patienter som inte har kunnat självinchecka av olika anledningar, och en del vet vi varför, men andra vet vi inte varför heller och vi har frågat supporten också och de vet inte heller varför det inte går.” – LITA 4*

---

Ledningen och LITA från Vårdcentral 4 har haft väldigt lite kontakt med supporten från Imatis och AsynjaVisph. LITA 4 och LITA 3 uttrycker att de inte fått någon hjälp av supporten då de inte har haft lösningar på deras problem vilket ovanstående citat styrker. Det finns skilda åsikter kring Imatissupporten på Vårdcentral 3. LITA 3 anser inte att supporten är hjälpsam och tar ytterst lite försök till att kontakta den, däremot vill andra från personalen få kontaktuppgifter till supporten. LITA 3 vet vem som skall kontaktas för support men föredrar att maila och blir ibland uppringd för att supporten skall kunna guida på datorn.

### **Användarvänligheten**

Att systemet skall vara användarvänligt tycks av samtliga respondenter vara en viktig faktor för att användningen av självincheckningssystemet skall öka. Från enkätundersökningen kan det också konstateras att majoriteten upplever att det finns stor förbättringspotential hos systemets användarvänlighet.

---

*”De [patienterna] tycker att det tar för lång tid och har det då krånglat en eller två gånger då prövar man inte gärna av en tredje liksom.” – LITA 2*

---

Det finns många aspekter som de intervjuade vårdcentralerna har upplevt som problem gällande användarvänligheten. Ett gemensamt problem för de vårdcentralerna med fler än ett väntrum är väntrumshänvisningen vid incheckning. Enligt Ledning 1, LITA 2 och LITA 3, är väntrumsinformationen lätt att missa och har i många fall tekniska problem. Detta systemfel är oftast att väntrummet patienten skall gå till inte visas. Därför är många patienter förvirrade efter att de har självincheckats och ber därefter om hjälp av receptionisten som finns på plats. Ovanstående citat beskriver det problem som uppstår när systemet krånglar på detta sätt. Detta problem har inte Vårdcentral 4 upplevt eftersom de endast har ett väntrum som patienten hänvisas till.

---

*”Det största problemet som vi har haft på självincheckningen är väl att de [patienterna] inte har förstått att man ska scanna koden med mobilkameran.” –*

*LITA 2*

---

En annan aspekt som vårdcentralerna lyfter fram är den informerande texten som beskriver hur patienten skall gå till väga vid självincheckningen. Vårdcentral 1, 2 och 4 har uppmärksammat att många patienter misstar QR-koden för att höra till antingen Bank ID-appen eller Swish-appen, när det i själva verket skall skannas med vanlig mobilkamera. Som ovanstående citat belyser, är det ett stort problem enligt LITA 2. För att göra instruktionerna tydligare, har Vårdcentral 1, 2 och 4 valt att revidera informationen genom att tydliggöra vissa steg för att de inte skall missuppfattas. Exempelvis har Vårdcentral 2 valt att inkludera information om att patienten måste skanna QR-koden med sin kamera i stället för sitt mobila Bank-ID. Denna information har de medvetet strukit över med gul färg, för att väcka patientens uppmärksamhet. Utöver detta har Vårdcentral 2 även gjort egna lathundar, som kortfattat beskriver stegen för självincheckningen. De menar att de färdiga banderollerna är välfyllda med information och förmodligen avskräcker patienterna från att självinchecka sig. När patienterna inte förstår eller när processen krånglar, vill de omedelbart bli manuellt incheckade. Problem gällande den missvisande QR-koden och svårbegripliga informationen, har däremot inte Vårdcentral 3 uttryckt.

Det finns ytterligare aspekter som tas upp av Vårdcentral 3 och 4, gällande den bristande användarvänligheten. LITA 3 menar att användarvänligheten blir försämrad på grund av att systemet ofta hänger upp sig. Ett annat problem som LITA 3 uppmärksammat är när patienten anländer sent till sitt besök. Vid sådana fall är inte självincheckningen möjlig och därför krävs en manuell incheckning. Förutom dessa exempel tycker LITA 3 att användarsnittet är ganska enkelt. LITA 4 påstår i stället att systemet består av för många knapptryck och blir därför för krånglig för att patienten skall vara självgående i processen.

---

*”När jag ska göra någonting [i systemet] så måste jag ringa någon [i supporten] så att inget blir fel.” – LITA 1*

---

Förutom personalens uppfattning om systemets användarvänlighet i patienternas perspektiv, upplever även själva personalen problem när det gäller systemets användarvänlighet. I ovanstående citat förklarar LITA 1 att hen inte vågar göra förändringar i systemets inställningar utan att ringa supporten för vägledning. Samma typ av problem upplevs även av LITA 2, som förklarar att det finns skrivna rutiner och lathundar för personalen. Däremot är lathundarna som gjorts om Imatis svårförståeliga och bör uppdateras. I stället har LITA 2 fått testa sig fram, hitta egna lösningar och lära sig genom egen erfarenhet när supporten inte funnits tillgänglig. Dessa problem uttrycks inte av Vårdcentral 3 och 4. I jämförelse med LITA 1 och 2, anser LITA 3 att det är hyfsat tydligt med administrationsgränssnittet. Medan LITA 4 uppger att hen inte aktivt arbetar i systemet och har därför ingen uppfattning om systemets användarvänlighet för personalen.

### 4.3.2 Personal

#### Attityd

Attityden hos vårdcentralerna med låg andel självincheckade besök skiljer sig från de vårdcentralerna med högre andel. Det här avsnittet presenterar och analyserar de svar på frågorna som berör personalens inställning till självincheckning, deras förväntningar inför implementering samt vilka incitament som finns för att bidra till en ökad användning.

---

*”Jag brukar tycka att alla nya grejer verkar bra” – Ledning 1*

---

Ledning 1 redogör för hens förväntningar inför implementering av självincheckningssystemet som ovanstående citat beskriver. Hen var väldigt positivt inställd, ansåg att ny teknik och digitalisering oftast är bra, samt la mycket vikt på att ständigt utvecklas för att få så bra vårdcentral som möjligt. Ledning 2 och 3 hade liknande förväntningar inför implementering och ansåg båda att detta skulle frigöra tid för kassan till annat arbete, likt LITA 3 och 4. Ledning 3 belyser även hens tidiga förhoppningar om hur systemet skulle underlätta för patienterna också. I motsats till dessa svar påstår Ledning 4 att hens förväntningar var obefintliga eftersom hen inte hade fått tillräcklig information från den centrala ledningen om implementeringen. Ledning 4 förklarar att de endast fick direktiv om att självincheckningssystemet skall användas och inte hur eller varför. LITA 1s förväntningar var inte heller särskilt positiva på grund av hens oro för ökad arbetsbelastning inom systemet. LITA 2

förklarade att hen var relativt neutral till systemet innan implementering och hade därmed inga förväntningar eller krav på hur utfallet skulle bli.

---

*” Sen blev det ju mer peppande när man såg att vi hade ganska så bra statistik och det har vi väl fortfarande ” – LITA 2*

---

Ledning 2 förklarar att de är motiverande till att bidra till en ökad användning och implementera systemet till fullo. LITA 2 tyckte att det var svårt i första hand att sätta i gång, men som ovanstående citat beskriver trycker hen på hur deras användningsstatistik i förhållande till andra mottagningar motiverade till att fortsatt lägga mycket tid på att öka användningen av självvincheckningssystemet. LITA 1 förklarar att engagemanget för att förbättra vårdcentralens prestation inom systemet är starkt. LITA 1 och Ledning 1 har flertalet gånger självvincheckat sig själva för att identifiera svagheter och utvecklingsmöjligheter inom systemet. Både LITA 4 och Ledning 4, uppger däremot att de inte arbetar aktivt för att öka andelen självvincheckade besök och därmed saknar engagemanget. Detta förklarar de beror på resursbrist. Ledning 3 berättar att de gärna vill öka deras användning, men att de inte har viljan att motarbeta deras patienter som vill gå till kassan. Hen uppger att de inte vill ”stå som papegojor varje gång”. Detta är deras främsta hinder till att öka användningen, berättar hen. Ledning 3 uppger även att de aldrig tar eller har tagit initiativet att kontakta andra vårdcentraler för hjälp och tips gällande incheckningen. LITA 3 går i samma linje och förklarar att de, likt Vårdcentral 4, saknar resurser till att stå ute i väntrummen och uppmuntra patienter till självvincheckning. LITA 3 berättar vidare att de inte aktivt har arbetat inom självvincheckningssystemet sedan det implementerades. Hen berättar att de inte krävs regelbundna uppföljningar och ändringar med systeminställningarna och har därmed ett passivt engagemang.

Vårdcentral 1 och 2 visar därmed ett stort intresse samt engagemang för att öka deras användning på enheten medan vårdcentral 3 medger att de har intresset för det, men inte engagemanget. Vårdcentral 4 medger att varken engagemanget eller intresset för att öka användningen är starkt, vilket går i linje med enkätsvaren för frågan ”Jag bidrar aktivt till att öka användningen” fördelade på prestationsklasser. En entydig majoritet i klass A menar där att de bidrar aktivt, vilket även bekräftas av intervjuerna, medan det i klass C är jämnt fördelat mellan aktivt bidragande och inget ställningstagande.

---

*”Finns det fem patienter som behöver komma samtidigt och två av dem checkar in sig själva så går det mycket snabbare för resterande självklart.” -Ledning 3*

---

Ledning 1 berättar att samtliga medarbetare på Vårdcentral 1 är överens om att det vore bra om receptionen kunde stängas ner för att frigöra tid till annat. Hen menar att det påverkar alla på vårdcentralen i någon utsträckning och att all tid som går att frigöra är värd den mödan som ovanstående citat visar. Ledning 1 berättar att de också motiverat personalen med delmål, där personalen fått belöningar när vårdcentralen kommit upp i en viss andel självincheckade patienter. Ledning 2 förklarar att systemet har haft en direkt påverkan på hur mycket receptionen måste bemannas. Hen berättar att kassan inte helt kan stängas igen hela dagar, men att under vissa tider har det fungerat väl: patienter har valt att självinchecka sig och personalen har kunnat ägna tid åt annat arbete. Ledning 3 medger att självincheckning har potentialen att bidra till kortare köer och mer tid för annat arbete vilket är varför de vill arbeta upp användningen, men har i dagsläget inte sett dessa resultat. Detta stöds av resultatet från enkätsvaren till frågan om frigörelse av. En tydlig majoritet av svaren från prestationsklassen A *Instämmer delvis* till att det frigör tid, medan prestationsklass C som Vårdcentral 3 tillhör, har inte ett lika entydigt svar som instämmer detta vilket är i linje med vad den kvalitativa data visar.

### **Arbetsätt**

De olika vårdcentraler har i grunden liknande upplägg att arbeta praktiskt med självincheckning. Tillvägagångssättet hos de olika vårdcentralerna innebär däremot större eller mindre insatser för att öka användningen av system. Hädanefter följer en analys kring skillnaderna mellan vårdcentralernas arbetsätt.

Alla vårdcentraler har fått tillgång att köpa in olika planscher och en piedestal med deras specifika QR-kod. Sedan efter differentierar sig arbetsättet från varandra. Både Vårdcentral 1 och 2 arbetar mycket med att uppmuntra patienter att använda självincheckningen. Banderollerna står tydligt i entrén, broschyrer ligger i väntrummet och ytterligare en skylt står i receptionen som påminner om självincheckningen. Ledning 1 berättar att hen har arbetat mycket med sin personal att påminna patienter i samtal om självincheckningen och har även lagt tid på att instruera patienterna. Hen menar att det i slutändan kommer leda till att patienten blir mer självgående vid nästa besök. Ledning 2

berättar att de även skickar ut lathundar, som de själva har skapat, till patienter inför besök. Det viktigaste som Ledning 1 poängterar, som även Ledning 2 belyser, är att de ibland stänger receptionen och därmed tvingar patienter att självchecka sig. Nedanstående citat adresserar inställningen hos Vårdcentral 3 och 4 som berättar att de inte aktivt arbetar med att uppmuntra självcheckningen om patienter krånglar och anser att planschen räcker.

---

*“Jag skulle inte säga att vi aktivt arbetar med att öka självcheckningen” -*

LITA 4

---

Både Vårdcentral 3 och 4 anser att tiden inte räcker till och hänvisar patienterna till den manuella kassan. Vårdcentral 4 uppger att det inte finns en tydlig ansvarig för självcheckningen på vårdcentralen, samt att inga förändringar i system har skett sedan implementeringen. Både Vårdcentral 1 och 2 har sedan implementeringen försökt förstå systemet. Ledning 1 berättar bland annat att de själva har självcheckat sig flera gånger för att få en större förståelse av systemet, samt undersöka eventuella systemfel. Ledning 2 har ett liknande tillvägagångssätt och fortsätter att berätta att när Imatis tar lång tid att lösa eventuella problem, har de själva försökt lösa problemet som oftast lett till framgång. Nedanstående citat visar vårdcentral 2 arbetssätt och inställning till självcheckningsystemet.

---

*“Vi har ju jobbat jättemycket med förbättringsarbete här på vår vårdcentral, och tycker det är viktigt att utvecklas i takt med samhället” - Ledning 2*

---

## **Kunskap**

Det finns stora skillnader i mängden kunskap hos de olika vårdcentralerna. Alla vårdcentraler har fått någon form av utbildning, men det som skiljer dem åt är den praktiska erfarenheten. Nedan följer en analys kring hur kunskapen har erhållits och skillnader mellan de olika vårdcentralerna.

---

*”Det tog ett tag innan man kom in i det. Man fick verkligen söka information även tar kontakt med supporten för att försöka sätta sig in i det och få ett*

*sammanhang. Vi fick en grundutbildning eller vi gick någon liten kurs men det sa ju inte oss så mycket så mycket. Så mycket har man fått göra själv och jobba i det här Imatis, testa sig fram. För att se att det fungerar med självcheckningen så har vi liksom testat och boka in mig på mig själv bara för att se det själv i telefonen.” - LITA 2*

---

LITA 1 berättar att det är lätt att arbeta och navigera i systemet när de faktiskt försöker, som ovanstående och nedanstående citat beskriver. Vårdcentral 2 instämmer med vårdcentral 1 och LITA 2 berättar att det i startskedet tog tid att lära sig men med hjälp av kontakt med supporten och praktisk erfarenhet kom förståelsen.

Vårdcentralerna berättar att det finns utbildningar och lathundar för programmet men anser att det är svårförstådda. Ledning 2 berättar att ett hinder är att kollegor har en dålig datorvana där de därför saknar grundförståelsen för att kunna hantera systemet. LITA 3 tycker att det borde finnas en grundligare utbildning då det nu känns som att projektet har lämnats i varje enskild individs och vårdcentralers händer. LITA 2 berättar att sköterskorna och andra vårdpersonal är inte alls insatta i systemet eller programmet. Det är endast reception och ledning som är insatt. Respondenten uppger ett förbättringsförslag som innebär att fler personer i personalen behöver sättas in och alla bör få en grundlig utbildning i systemet för att effektivisera arbetet.

---

*”Jag är inte så rädd för att klicka och trycka mig fram och testa eller ringa och fråga heller. Vågar man bara så, ’Vad kan hända?’ tänker jag.” - LITA 2*

---

Vårdcentral 3 uttrycker att det var en mindre utbildning i startskedet av självcheckningen. I nedanstående citat berättar ledning 3 att det skulle vara bra med en mer omfattande utbildning och ett forum där frågor kan ställas. Å andra sidan berättar LITA 3 att de fått tillräckligt med utbildning och vet hur systemet fungerar. Vårdcentral 4 berättar att de endast fått en kort utbildning och att möjligheterna till vidareutbildning är väldigt få. LITA 4 berättar att det vore bra med mer material att ta del av. Ledning 4 anser att de inte har tid att lära sig systemet då de har ett flertal olika som de måste kunna.

---

*”Ja, det varit kanske bättre med lite mer omfattande utbildning och kanske ett forum där man kunde ställa frågor just vid införande. Man, man får alltid en kontaktperson. Via mail eller någonting, men det. När man är i forum som är gemensam för alla som inför. Det är väldigt kul också att se andras frågor ifall man inte har kommit på själv.” - Ledning 3*

---

### 4.3.3 Management

#### Strategier och riktlinjer

I samtliga intervjuer fick respondenterna ta ställning till om de tycker att det finns tydliga strategier eller riktlinjer från Närhälsans centrala ledning. Följande citat är några exempel på respondenternas svar på frågan om det finns tydliga riktlinjer för hur den digitala självvincheckningen skall hanteras.

---

*”Nej, det är upp till var och en.” – LITA 1*

*”Nej det kan jag väl inte påstå att det finns. Då är det nog beroende på hur drivande du är som enhetschef.” - LEDNING 2*

*”Vi följs upp centralt om självvincheckade besök, men ansvaret ligger på varje vårdcentral att implementera och öka antalet. Det är därför det ser så olika ut.”*

*– LEDNING 3*

*”Vi skall komma upp i ett visst antal procent.” - LEDNING 4*

---

Ovanstående citat indikerar att samtliga vårdcentraler och personer som intervjuades har en samstämmig åsikt om att riktlinjerna och strategin från den centrala ledningen för implementeringen av självvincheckningssystemet har varit bristfällig. Vårdcentral 1, 2 och 3 betonar att det är upp till respektive vårdcentral kring hur de skall gå till väga med strategier och riktlinjer för självvincheckningssystemet. Vårdcentral 4 betonar i stället att de förväntas att ha en viss utnyttjandegrad av självvincheckningssystemet, och att de är osäkra på om det finns några gemensamma strategier och riktlinjer.

LITA 1 berättar att de önskar att information om systemet kom mycket tidigare än vad det gjorde. Om de hade blivit informerade mycket tidigare, så hade de undvikit oron och osäkerheten som oftast uppstår när nya system implementeras på kort varsel, menar hen. Ledning 2 berättar att det generellt för hela Närhälsan upplevs som att det kommer en stor mängd regionala riktlinjer uppifrån som är svåra att förstå, och att det därmed är svårt att implementera. Ledning 2 menar att det är viktigt att nå ut med visioner och med de möjligheterna som ett nytt system kan innebära.

Eftersom riktlinjerna och strategierna har upplevts otillräckliga har vårdcentralerna använt sig av olika strategier för att öka användningen av självinspektionsystemet. Ledning 2 berättar att deras vårdcentral har försökt "tvinga" patienterna till att använda självinspektionsystemet, genom att ha receptionen stängd under vissa tider på dygnet. LITA 2 berättar att hen har gjort en egen lathund för att instruktionerna skall bli tydligare.

### **Kommunikation**

Flera av de intervjuade vårdcentralerna vittnar om att kommunikationen gällande självinspektionen är bristfällig. Några av dem anser att det inte finns en tydlig kommunikationskanal där vårdcentralerna kan dela sina erfarenheter som kan nyttja användningen av självinspektionen. Nedan presenteras de olika vårdcentralernas synpunkter till den nuvarande kommunikationen inom Närhälsan.

Ledning 1 berättar att de på senare tid har haft kontinuerlig kontakt med en vårdcentral som har fått utmärkelsen, "Månadens komet". På så sätt har de kunnat utbyta erfarenheter och kunskaper, vilket har tyckts underlätta mycket. Ledning 1 menar att det är lättare att ta sig an utmaningar när en annan vårdcentral har upplevt samma typer av problem och har lösningar de kan ta del av. Detta är något LITA 2 håller med om och menar att samarbetet mellan vårdcentraler är en stor fördel, gällande hantering av självinspektionsystemet. I jämförelse med Vårdcentral 1, påstår LITA 2 att de inte har någon kontinuerlig kontakt med någon vårdcentral trots att det är något de hade önskat.

LITA 2 menar att ett forum avsedd för kommunikation mellan de olika vårdcentralerna, påstås underlätta för både vårdcentralerna och den centrala ledningen. Genom att ha ett gemensamt forum där vårdcentralerna delar med sig av sina problem och lösningar, undgås den centrala ledningen från att slösa mycket tid på att besvara liknade frågor. Dessutom påstår Ledning 3 att de har liknande

forum för andra system de arbetar med, men dessa används främst under införandet av systemet, då många likande frågor uppkommer. Detta är dock inget LITA 3 håller med om, som i stället menar att ett gemensamt forum inte skulle tillföra så mycket, eftersom varje vårdcentral har sina egna förutsättningar. I likhet med LITA 3, säger även Ledning 4 att det är svårt att utgå från att alla vårdcentraler kan ta del av samma information eftersom förutsättningarna kan skilja sig åt i hög grad.

---

*”Det [Självincheckningssystemet] kommer när det är dags, 'det här skall ni göra vare sig ni vill eller inte'. Inte jättemycket information alla gånger” – Ledning 4*

---

Utöver ett forum som möjliggör sammanhållning mellan vårdcentralerna, har även kommunikation till den centrala ledningen för självincheckningssystemet diskuterats. Både LITA 2 och Ledning 4 uttrycker att kommunikationen innan införandet av självincheckningssystemet har varit bristfällig som ovanstående och nedanstående citat visar.

---

*”Det kändes som att man har kastat ut det här och nu skall vi köra igång det här programmet och så får man sätta sig in i det själv lite och starta upp det.” - LITA*

2

---

LITA 2 påstår att de inte får tillräckligt med information innan beslutet för implementering tagits. Samma känsla beskrivs av LITA 1, som menar att många blir oroliga för att de inte vet hur de skall hantera det nya systemet. Den oroande känslan menas bero på kommunikationsbristen.

Ett annat bekymmer som Vårdcentral 2 belyser gällande kommunikationsmöjligheterna är uppmärksamheten de inte får när de föreslår olika förbättringar i systemet. LITA 2, förklarar att de förslag som de har lämnat in till den centrala ledningen inte har tagits i beaktande, vilket har blivit frustrerande för respondenten. Projektet sägs vara till för utvecklingsmöjligheter och när respondenten försökt bidra till förändring, har förslagen nekats.

## **5. Diskussion**

I diskussionsavsnittet kopplas resultatet ihop med relevant teori från den teoretiska referensramen, samt i förekommande fall styrks med andra forskningsresultat. Diskussionen utgår från problemformuleringarna och är således uppdelad i kartläggning av självincheckningssystemets användning, ifall beslutet om digital självincheckning är försvarbart, vad som hindrar fullskalig implementering samt vad som krävs för en lyckad strategisk implementering, som slutligen leder fram till potentiella förbättringsförslag.

### **5.1 Kartläggning av självincheckningssystemets användning**

Det finns ett flertal externa faktorer som har påverkat den faktiska användningen av systemet och attityden hos Närhälsans vårdcentraler. Ur dessa kan fyra tydligt urskiljas: kommunikation, kunskap, teknik och support.

#### **5.1.1 Kommunikation**

De vårdcentralerna med lägre andel självincheckade besök anser att den centrala ledningen kastade ut uppgiften med självincheckning utan tydliga instruktioner och information. Detta har påverkat deras upplevelse av användbarheten negativt. I stället för att se möjligheterna med systemet, ser personalen det som något de måste använda sig av. De vårdcentralerna med en högre andel självincheckade besök instämmer med påståendet om att det inte funnits några tydliga riktlinjer. Till skillnad från de vårdcentralerna med en lägre andel självincheckade påverkades inte ledningen negativt hos de vårdcentralerna med högre andel självincheckade besök på grund av avsaknaden av riktlinjer. De tog själva på sig ansvaret, då deras motivation och engagemang var starkt. De drev därmed arbetet vidare för att skapa motivation hos medarbetare och påvisa vad detta system skulle kunna bidra med.

#### **5.1.2 Kunskap**

Innan införandet av självincheckningssystemet var det få vårdcentraler från den kvalitativa studien som hade en dålig inställning till teknologin, efter implementeringen uppdagades ett missnöje hos fler. På grund av bristande kunskap och information uppfattar vårdcentralerna systemet som komplext

och krångligt. Vårdcentralerna med låg utnyttjandegrad uttrycker att de inte kan använda systemet på ett användbart sätt. Ledningen från majoriteten av vårdcentraler hade förväntningar att systemet skulle vara lättanvänt och frigöra tid för personalen i receptionen. Detta innebär att bristande kunskap har påverkat deras uppfattning av användarvänlighet som därmed påverkar deras upplevda användbarhet negativt. Utifrån enkätundersökningen påvisas det att många i personalen vet hur det ska hjälpa patienter vid problem i självvincheckningssystemet. Resultatet från enkäten är däremot att vårdcentraler med hög andel självvincheckade besök har en större kunskap och trygghet i självvincheckningssystemet än vad vårdcentraler med låg andel har.

Den upplevda användbarheten hos vårdcentralerna med en högre andel har inte påverkats negativt i lika stor utsträckning som för vårdcentralerna med lägre andel. Motivationen sänktes när motgångar uppstod, men viljan att uppnå de förväntade fördelarna, med att bland annat frigöra tid, fick vårdcentralerna med högre andel att fortsätta arbetet. De omfattande insatserna har resulterat i stor kunskap och därmed en större trygghet i systemet. För närvarande kan vårdcentralerna med hög andel, börja uppleva de gynnsamma effekterna av systemet, vilket bekräftar att deras insatser har varit lyckade.

### **5.1.3 Teknik**

Det uppstår ett flertal systemfel och de olika systemen som Närhälsan använder sig av är svåra att integrera med varandra. Det leder till att det finns ett antal brister som inte kan åtgärdas, vilket försämrar personalens upplevda användbarhet av systemet. Hos vårdcentralerna med låg andel självvincheckade besök har detta inneburit att systemet är mer tidskrävande och att arbetsbördan är oförändrad. Hos de vårdcentralerna med hög andel självvincheckning har arbetsbelastningen minskat, då dessa vårdcentraler lyckats stänga receptionen under vissa tider. Detta är ett resultat av deras väsentliga arbete att förstå och utveckla systemet, trots svårigheter som har uppstått. Även de vårdcentralerna med hög andel självvincheckade besök uttryckte ett missnöje med systemets tekniska prestanda. Systemets brister har vid vissa tillfällen minskat personalens motivation, men ändå fortsätter de arbeta aktivt med systemet för att uppnå det resultat de har idag, till skillnad från de vårdcentralerna där färre använder sig av självvincheckningen.

Enkäten styrker detta då det är cirka 40% av respondenter som önskar en bättre teknisk utrustning och cirka 70% vill ha en bättre användarvänlighet. Enkäten visar även på att ju lägre klass

vårdcentralen befinner sig i desto svårare tycker de att tekniken är att hantera. En annan tydlig trend som finns i enkäten är att vårdcentraler med låg andel självincheckning inte anser att systemet frigör tid. Påståenden från enkäten innebär att den generella slutsatsen kan dras att Närhälsans vårdcentraler med där färre använder självincheckningen är enade kring detta.

#### **5.1.4 Support**

Nästa faktor som har påverkat den upplevda användbarheten är supportfunktionerna. Personalen från de vårdcentralerna med låg andel självincheckade besök har sällan tagit kontakt med supporten för hjälp. De anser att supporten inte har tillräckligt med kunskap och kan därmed inte lösa deras tekniska problem. De anser även att supporten inte tar hänsyn till deras problem. De vårdcentraler med högre andel självincheckade instämmer delvis. De anser att supporten på Imatis har förtydligt många missförstånd och problem som uppstått på deras vårdcentral. När problemet har funnits i Imatis-systemet, som vårdcentralerna själva inte kan åtgärda, har hjälpen tagit lång tid.

#### **5.1.5 Attityd**

De faktorer som har nämnts ovan har resulterat i en uppfattning om att de vårdcentralerna med låg användning av självincheckningssystemet inte tror att teknologin förbättrar deras prestation, vilket därmed har lett till att de har en dålig attityd till systemet. Det styrks med att personalen beskriver att de saknar resurser för att lyckas använda det och har en uppgiven attityd när de beskriver hur de inte vill ha mer utbildning, uppföljning eller förändringar. Den generella attityden som framgick från resultatet är att teknologin inte går att förbättra utan att den behöver bytas ut. Deras intention att använda systemet är därmed låg, då teknologin inte upplevs som användbar. Utifrån enkäten kan liknande slutsatser dras. Där finns tydliga trender att vårdcentraler med låg andel har en sämre attityd att bidra aktivt till att öka andelen självincheckade samt ingen vilja att öka andelen. Därmed kan slutsatsen dras att denna attityd, som de intervjuade vårdcentralerna med låg andel självincheckade besök har, är en generell bild som Närhälsans vårdcentraler med låg andel självincheckade besök har. Detta skiljer sig starkt från de vårdcentralerna med en hög andel självincheckade besök. Trots motgångar är deras attityd i stället positiv och drivet att föra arbetet framåt är starkt. Deras intention att använda systemet är därmed mycket hög.

Hos de vårdcentralerna med låg andel självincheckade besök har attityden mot systemets prestation påverkats negativt på grund av de ovannämnda faktorerna, eftersom personalen beskriver hur de inte

arbetar aktivt för att öka användningen av systemet. De tar inga initiativ till att hjälpa patienter i självcheckningsprocessen utan hänvisar de i stället till den manuella kassan. Personalen arbetar inte i användargränssnittet och inte heller med supporten som finns. De vårdcentralerna med låg användning har ingen tydlig ansvarig och tycker inte att tiden räcker till. Vårdcentralerna med hög andel självcheckade besök tar arbetet i egna händer och försöker hela tiden utveckla systemet. Ledningen arbetar nära med de ansvariga för självcheckningen och testar sig fram för att lyckas att uppnå målet.

### **5.1.6 Diskussion om Technology Acceptance Model**

Trots negativa yttre påverkansfaktorer, såsom en negativ uppfattning av användbarhet och användarvänlighet av teknologin, visar de vårdcentraler med högre andel självcheckade besök en positiv attityd och ett starkt engagemang inför det nya självcheckningssystemet. Detta utgör en utmaning för Technology Acceptance Model (TAM), som traditionellt fokuserar på yttre påverkansfaktorer. Samtidigt har dessa yttre faktorer varit avgörande för de vårdcentralernas med negativ attityd till självcheckningssystemet vad gäller deras ovilja att använda systemet. Hos vårdcentralerna med en hög användning av självcheckningen har ledningen varit drivande för att främja en inre motivation och tilltro till systemets potentiella möjligheter, vilket har bidragit till en högre andel självcheckade patienter. Detta går att tolka som att dessa vårdcentraler har en högre resistens för yttre faktorer, eftersom deras attityd till systemet redan är positiv.

## **5.2 Är beslutet att digitalisera incheckningsprocessen försvarbart?**

VGR's beslut att digitalisera incheckningsprocessens har väckt frågor kring effekterna av digital självcheckning. Som en konsekvens av beslutet har vårdgivarna ett ansvar att erbjuda självcheckningsservice till sina patienter. För att utvärdera hur väl Närhälsan lyckas med uppdraget kommer självcheckningens tjänstekvalitet analyseras. Vidare diskuteras i vilken utsträckning det digitala självcheckningssystemet uppfyller sitt syfte för att kunna bedöma beslutets försvarbarhet.

### **5.2.1 Tjänstekvalitet**

För att utvärdera den digitala självcheckningens effekter på både patient, personal och vårdkvalitet bör systemets tjänstekvalitet analyseras. Baserat på den insamlade data som presenterats kan den

digitala självcheckningstjänsten utvärderas utifrån dess tekniska och funktionella processrelaterade tjänstekvalitet.

Självcheckningssystemets tekniska tjänstekvalitet utgörs av systemets tekniska prestanda. När det gäller den tekniska aspekten finns det vissa systemfel som påverkar användarupplevelsen. Detta inkluderar problem med väntrumsanvisning och betalning som har orsakat förvirring. Dessutom kan självcheckningsprocessen vara för krånglig och förvirrande, vilket resulterar i att patienterna behöver assistans. Det finns även begränsningar i systemet vilket innebär att vissa besök inte är självcheckningsbara. När patienter försöker självchecka sig, men misslyckas på grund av systemfel, ger det en negativ erfarenhet av systemet. Således får de inte bara en negativ upplevelse under detta besök, utan de blir även mindre benägna att prova självcheckningen igen vid nästa besök.

Den funktionella processrelaterade tjänstekvaliteten utgörs av hur självcheckningen presenteras till patienterna samt andra kringliggande faktorer som påverkar upplevelsen. Det är även avgörande att självcheckningen synliggörs och placeras på ett sådant sätt att det blir naturligt för patienten att använda sig av systemet. Enligt enkätresultatet menar majoriteten av respondenterna att självcheckningen står synligt och är det första patienten möter. Personalens inställning och kompetens är också viktiga faktorer som påverkar den funktionella tjänstekvaliteten. Personalen behöver uppmuntra och hjälpa patienterna med självcheckningsprocessen när det behövs. Enligt resultatet varierar respondenternas attityd till systemet. Det kan konstateras att de vårdcentralerna med hög andel självcheckade besök arbetar aktivt med att öka användningen av självcheckningssystemet genom att underlätta processen för patienten. För att ytterligare förbättra den funktionella tjänstekvaliteten krävs att personalen har systemkännedom så att de kan säkerställa att systemet har de rätta tekniska inställningarna för att underlätta för patienten. Enligt resultatet upplevde flertalet respondenter att deras utbildning i systemet var bristfällig och att det bygger på eget initiativ att lära sig mer om systemet.

Sammanfattningsvis visar analysen att det finns vissa utmaningar med den digitala självcheckningstjänsten, vilket begränsar både den tekniska och funktionella processrelaterade tjänstekvaliteten. Dock visar de goda exemplen på en möjlig ökad både funktionell och teknisk kvalitet, vilket gör en fortsatt implementering försvarbar utifrån ett tjänstekvalitetsperspektiv, förutsatt att identifierade utmaningar adresseras och åtgärdas.

## 5.2.2 Effekterna av digital självincheckning

Som bakgrunden beskrev finns fyra syften med självincheckningen. Första syftet var att ge ökad möjlighet för patienten att själv sköta sin incheckning och betalning. Systemet skulle även leda till minskat beroende av personal i kassafunktionen, och således frigöra tid för annat arbete. Självincheckningen skulle även ge ökad integritet för patienten. Slutligen definieras det fjärde syftet som att minska risk för både patient och personal kopplat till kontanthantering. Efter sammanställning av resultatet kan det diskuteras om dessa mål har uppnåtts.

Gällande att förbättra möjligheterna för patienter att själva sköta sin incheckning och betalning, kan det noteras att möjligheterna har ökat. Detta presenteras bland annat i enkätresultatet där majoriteten av respondenterna anser att självincheckningen bidrar till ökad patientnytta genom enklare incheckning och betalning. Således kan syftes anses vara uppfyllt. Däremot begränsas användningen fortfarande av systemfel och bristande användarvänlighet. Resultatet från både enkät och intervjuer visar att komplikationer vid incheckningen kan leda till att patienterna behöver assistans eller behöver bli incheckade i den manuella kassan i stället. Detta är tidskrävande för personalen och kan orsaka ökade väntetider. Kit (2011) bekräftar detta resonemang och beskriver hur det finns risk för köbildning som en konsekvens av att patienterna måste åkalla personal. På så vis kan det finnas anledning att ifrågasätta i vilken utsträckning syftet faktiskt uppnås i praktiken eftersom patienten inte alltid är självgående i den digitala självincheckningen.

Vad gäller syftet att den minska beroendet av personal i kassafunktionen visar resultatet att det finns potential för detta att uppnås samt att det finns potential för systemet att frigöra tid för annat arbete. Dock vittnar personalen om att det är tidskrävande att arbeta med självincheckningssystemet, vilket personalen önskar att de hade mer tid för. Trots att systemet kan vara tidskrävande, upplever vårdcentraler med hög användning att självincheckningen redan nu frigör tid för annat arbete och att de i vissa fall kan stänga manuella kassan helt. Detta resonemang stöds av Perlman och Yechiali (2020), vilka beskriver hur användningen av en digital självincheckningsprocess kan leda till minskad servicetid för respektive patient vilket genererar kortare väntetider samt frigjord tid för personal. Däremot menar vårdcentralerna som har lägre andel självincheckade besök att det i nuläget tar mer tid än det frigör att använda sig av systemet. Vid övergången till en digitaliserad incheckningsprocess finns det däremot potentiell risk för att vissa patienter blir avskräckta av det nya systemet eftersom den mänskliga kontakten begränsas (Reinders m.fl., 2008). Detta kan förklara varför vissa patienter

hellre föredrar traditionell självincheckning, vilket kunde uppdragas i resultatet. Detta styrker Närhälsans vision om att den digitala självincheckningen skall vara ett komplement till den manuella självincheckningen. För att sammanfatta kan det fastställas att det finns potential att uppfylla syftet att minska beroendet av personal i kassafunktionen men att det begränsas av den låga användningen samt av att systemet i nuläget är tidskrävande.

Införandet av den digitala självincheckningen syftar även till att öka patientens integritet. Enligt enkätresultatet anser majoriteten av respondenterna att systemet bidrar till en ökad integritet för patienten, vilket tyder på att självincheckningen uppnår detta syfte. Däremot kan självincheckningen medföra andra negativa effekter för patientnyttan när den mänskliga interaktionen med personalen tas bort. Human interaktion services (HIS) är särskilt viktigt i organisationer som vården eftersom det är betydande att skapa förtroende mellan patient och vårdgivare (Chen, 2011). Följaktligen måste både de positiva och negativa konsekvenserna för patienterna vägas in för att utveckla ett lämpligt incheckningsalternativ som tar hänsyn till patienternas behov, inklusive integritet och tillit till vårdgivaren.

Slutligen har systemet även som syfte att minska risken för patienter och personal i samband med kontanthantering. Enligt enkätsvaren är majoriteten positivt inställda till självincheckningens påverkan på patientnyttan med avseende på enklare incheckning och betalning. Det kan konstateras att självincheckningen leder minskar kontanthanteringen till följd av att det endast går att betala med bankkort och Swish. Därav har systemet lyckats uppnå detta syfte. Å andra sidan visar utvecklingen i Sverige en trend mot ett redan alltmer kontantfritt samhälle (Riksbanken, u.å). Därmed kan det ifrågasättas kring hur den digitala transformationen i sig påverkar möjligheten för kontantfria betalningar, då det är möjligt att säkerställa kontantfria betalningar även vid manuell incheckning. Det bör även nämnas att vittnesmål från Närhälsans personal visat att det kan uppstå andra problem vid betalningsprocessen, exempelvis felaktiga betalningar som kan orsaka besvärliga återbetalningsärenden för patienten. Således behöver dessa komplikationer vägas mot de positiva följderna gällande den minskade risken vid kontanthantering.

Sammanfattningsvis står det klart att syftet med digital självincheckning har uppnåtts i vissa avseenden, men det finns fortfarande utmaningar som måste hanteras för att öka användningen och förbättra patientupplevelsen. Om dessa brister hanteras finns det däremot potential för systemet att underlätta för både patient och personal.

### **5.2.3 Bør implementeringsarbetet av självincheckningen fortgå?**

Det kan konstateras att det finns möjlighet att uppnå det syfte som Närhälsan satt upp för självincheckningen. I dagsläget är dessvärre självinchecknings tjänstekvalitet begränsad vilket förhindrar systemet att uppnå full potential. För att förbättra användarupplevelsen och öka användningen av tjänsten krävs att dessa utmaningar tas itu med. Det kan konstateras att digital självincheckning ger patienter ökade möjligheter att själva sköta sin incheckning samt att det finns potential för systemet att minska beroendet av personal i kassafunktionen. Däremot begränsas användningen av systemfel och bristande användarvänlighet. Sammanfattningsvis kan det beslutet att digitalisera självincheckningssystemet inom VGR anses försvarbart med tanke på de positiva följder det kan medföra, främst genom tidsbesparing och ökad integritet för patienten.

## **5.3 Vad hindrar fullskalig implementering?**

Det tydliggörs från resultatet att det finns sammanhängande faktorer som förhindrar vissa vårdcentraler från en lyckad implementering. Trots att det finns många enskilda bekymmer som begränsar användningen för respektive vårdcentral, kommer endast de gemensamma problemen att utredas. Som tidigare nämnt innebär en fullskalig implementering att självincheckningssystemet uppnår dess syfte hos samtliga vårdcentraler.

Ett tydligt samband i resultatet är att majoriteten av respondenter upplever att introduktionen av självincheckningsprocessen var abrupt, vilket därefter menas ha påverkat självincheckningens utveckling. Detta tyder således på en implementeringsproblematik, som i sin tur har mynnats ut i andra hinder, som har bromsat självincheckningens utnyttjandegrad.

Rothstein (2001) belyser tre villkor att ta i anspråk, för att undvika implementeringsproblematiken. Dessa villkor utifrån Närhälsans perspektiv utvärderas ytterligare i detta avsnitt.

### **5.3.1 Tillämparen skall förstå beslutet**

Utifrån intervjuerna kan det klargöras att majoriteten av vårdcentralerna upplever en kommunikationsbrist med den centrala ledningen. Kommunikationsbristen beskrivs som ett stort problem under implementeringen av självincheckningen, eftersom personalen inte var tillräckligt informerad och delaktiga i beslutstagandet.

Det första villkoret som Rothstein (2001) nämner är att tillämpare skall förstå beslutet som tas. I detta fall är tillämparen personalen som använder självcheckningssystemet. Eftersom kommunikationen var bristfällig, både under och efter implementering, fick inte personalen tillräckligt med information för att nå den fulla förståelse som en lyckad implementering kräver. När personalen inte har tillräcklig förståelse för beslutstagandet ges utrymme för egna tolkningar, vilket har lett till åtskilda implementeringsstrategier bland vårdcentralerna. Detta tydliggörs när de olika respondenterna beskriver hur de arbetar med systemet. Exempelvis har de intervjuade vårdcentralerna olika tillvägagångssätt när de uppmuntrar patienterna till att välja självcheckningen. På så sätt finns det varken någon gemensam eller tydlig strategi gällande arbetet med självcheckningssystemet. Vissa vårdcentraler har av nyfikenhet försökt förstå beslutet på egen hand och därav har implementeringen lyckats bättre jämfört med andra vårdcentraler som behöver en förklaring för beslutstagandet. Därför är det viktigt med en tydlig kommunikation från ledningen till samtliga vårdcentraler, för att minimera riskerna för missförstånd.

Kommunikationsbrist är inte en ovanlig förekomst när det gäller implementering av nya system. Enligt Shipolov och Furr (2019) har ledningsgrupper ofta en uppfattning om att digitalisering främst kräver en drastisk och disruptiv förändring. Detta är applicerbart även i Närhälsans fall. Respondenterna hävdar att implementeringen skedde väldigt drastisk, utan någon förvarning. Följaktligen, kände inte personalen någon delaktighet i beslutet som togs av Närhälsans ledning. För att en sådan stor förändring skall kunna bli lyckad, menar Shipolov och Furr (2019) att det är viktigt att hitta digitala verktyg som tillgodoser användarens behov på ett bättre sätt. Trots att syftet med den digitala självcheckningen handlar delvis om att underlätta personalens arbete, är det även viktigt att kontrollera om det också blir utfallet innan implementering. Eftersom den centrala ledningen hos Närhälsan inte upplevs ha involverat personalen i beslutet av självcheckningen, är risken stor att deras uppfattning om vad som tillför värde för personalen, skiljer sig åt från vad personalen själva anser.

### **5.3.2 Tillämparen skall kunna genomföra beslutet**

Andra villkoret för en lyckad implementeringsprocess enligt Rothstein (2001) handlar om resurserna som krävs för att möjliggöra implementeringen. I Närhälsans fall innebär det bland annat att den tekniska utrustningen för självcheckningen skall fungera och passa för vårdcentralen. En annan

förutsättning för att tillämparen skall kunna genomföra beslutet är personalens möjlighet att arbeta med självincheckningen.

Utifrån intervjuerna och enkäten uppdagades det att systemet inte fungerar på vårdcentralerna. Respondenterna uttryckte att självincheckningen inte fungerar om patienten har flera besök bokade på en dag, och att det ofta uppstår komplikationer vid betalning. Väntrumhänvisningen fungerar inte korrekt. Detta gör att patienterna, trots att de använt självincheckningen, behöver gå fram till receptionen och be om vägledning. Därmed anser respondenterna att systemet inte är användarvänligt för patienterna. Samtliga tekniska brister som respondenterna har uppgett stämmer överens med de vanligaste svagheter som Meuter (m.fl, 2000) anger för Technology-based self-services, vilket är bristfällig design och fel som patienter upptäcker. Personalen har även vittnat om att supporten för självincheckningen inte kommunicerar med journalsystemets support. Detta har ibland lett till problem då förslag från ena supporten godkänns medan det nekats av den andra supporten. Således är det flera tekniska aspekter inom systemet som brister.

Utöver de tekniska resurserna, krävs också att personalen har tillräckligt med kunskaper inom självincheckningen. Enligt samtliga respondenter erbjöds det en kort utbildning vid introduktionen till systemet. Däremot uttrycker majoriteten av respondenterna ett missnöje med utbildningen. Personalen på Vårdcentral 2 beskriver att de i stället har behövt testa sig fram på egen hand när de har arbetat med självincheckningssystemet. Detta tillvägagångssätt kan vara problematiskt om den ansvarige på vårdcentralen inte är tillräckligt påläst. Exempelvis ökar risken för att fel uppkommer i systemet om den ansvarige inte är säker på sin sak. Dessutom krävs det att personalen känner sig tillräckligt bekväma med tekniken, för att våga testa sig fram. I jämförelse med LITA 2, uttrycker LITA 4 en viss osäkerhet med att använda sig av systemet. Detta leder till att Vårdcentral 4 inte har samma förutsättningar och resurser för att använda systemet till dess fulla potential. I likhet med den Vårdcentral 4, påvisar även enkätundersökningen att vårdcentraler med låg andel självincheckade besök är mer bekväma med att hantera patientbesök i den manuella kassan i stället för att hänvisa patienterna till den digitala självincheckningen. En annan aspekt som är viktig att ta hänsyn till är belastningen på vårdcentralen. Om vårdcentralen är underbemannad, har de inte tillräckligt med resurser för att bli insatta i självincheckningssystemet och därmed öka användningen av det. Detta är något som Ledning 4 uttrycker starkt och belyser att det finns flera andra system som de måste kunna också och därför blir inte självincheckningen en prioritet.

En tredje resurs som bör finnas tillgänglig för att beslutet skall kunna genomföras är enhetligt och tydligt material, tillhörande självincheckningssystemet. Dessa material innefattar bland annat informationsblad och skyltar. De flesta respondenter påvisar missnöje med informationsbladen, eftersom de till viss del kan vara missvisande för patienterna. Därför har de vårdcentraler som har upptäckt missförståndet, valt att korrigera informationsbladen samt de tillhörande skyltarna för att tydliggöra informationen för patienterna. När vissa vårdcentraler ändrar det tillhörande materialet, blir inte förutsättningarna för att använda självincheckningen densamma för patienterna oavsett vilken vårdcentral de besöker. Således kan det konstateras att materialet tillhörande självincheckningssystemet också är en bristfällig resurs, som kan resultera i en implementeringsproblematik.

### **5.3.3 Tillämparen skall vilja genomföra beslutet**

Det tredje villkoret som enligt Rothstein (2001) krävs för en framgångsrik implementering innebär att tillämparen skall vilja genomföra beslutet. Detta stämmer bra överens med resultatet från intervjuerna, då respondenternas motivation kan konstateras att vara en kritisk faktor för utnyttjandegraden av självincheckningssystemet.

Vårdcentral 3 och 4 som har lägre andel självincheckade patienter arbetar inte aktivt för att främja utnyttjandegraden av självincheckningssystemet. Ledning 4 berättade att vårdcentralen enbart fick direktiv om att självincheckningssystemet skulle användas, men inget om hur eller varför. Vidare berättade även Ledning 4 att systemets användarvänlighet är dålig och att det tar lång tid att lära sig systemet. Vårdcentral 4 har därmed bestämt att de ska fokusera på den manuella kassan, och har ingen koll på hur många som använder sig utav självincheckningssystemet. Ledning 3 upplever att patienterna inte vill använda självincheckningssystemet, och därmed upplever Vårdcentral 3 att det känns jobbigt att stå och motarbeta deras patienter. Således arbetar inte heller Vårdcentral 3 aktivt för att öka användning av självincheckningssystemet.

Vårdcentral 1 och 2 har hög motivation och tydliga strategier för att få upp användningen av självincheckningssystemer. Både Ledning 1 och Ledning 2 försöker komma med nya lösningar i systemet, och är bekväma med att testa sig fram. De arbetar nära med personalen i receptionen, och motiverar dem med statistik och delmål. Således är det enbart Vårdcentral 1 och 2 som arbetar aktivt för att öka utnyttjandegraden av systemet, och är därmed de vårdcentraler som har som avsikt att fortsätta använda systemet. Det är därmed tydligt att motivationen skiljer sig mellan vårdcentralerna.

Från enkäten ställdes bland annat frågorna ”Det är viktigt att öka andelen självcheckade besök” och ”Bidrar du aktivt till att öka användningen av självcheckning?” för att undersöka motivationen och viljan från personalen. Utifrån resultaten från frågorna går det att konstatera att det är främst de högre klasserna som arbetar aktivt och som tycker att det är viktigast. Således anses enkäten stödja resultatet från intervjuerna och därmed att Rothsteins (2001) tredje villkor stämmer väl överens med Närhälsans situation idag.

Enligt Hackman och Oldham (1980) motivationsmodell kan verksamheter med rätt arbetsutformning uppnå goda resultat som leder till en positiv spiral hos personalens inre arbetsmotivation. Rätt arbetsutformning handlar om att ledningen ska få personalen att förstå hur deras arbete påverkar resultatet och därmed har inställningen att de ansvarar över resultatet och upplever meningsfullhet. Detta leder till att personalen får en hög inre arbetsmotivation, som leder till goda prestationer, som i sin tur leder till arbetstillfredsställelse. För att se till att en arbetsplats hamnar i en positiv spiral behöver ledningen bekräfta personalens goda prestationer och utforma arbetsuppgifter på så vis att personalen förstår uppgiftens betydelse, samtidigt som de kontinuerligt får feedback och uppföljningar. Detta är något som förekommer hos Vårdcentral 1 och 2, vars ledning motiverar deras personal med tydliga delmål och belöningar. Eftersom de ser till att deras personal förstår att deras jobb gör skillnad, främjas deras inre arbetsmotivation. Enligt Hackman och Oldham (1980) kan en arbetsplats även hamna i en negativ spiral när kraven som tidigare nämnts inte tillfredsställs. Vårdcentral 3 och 4 har en uppgiven attityd gentemot självcheckningssystemet, förstår inte meningen med det och upplever att självcheckningen tar mer tid än vad det frigör. Således har de ingen inre arbetsmotivation eftersom deras arbetsutformning och feedback ifrån ledningen är bristfällig. Därmed tyder mycket på att vårdcentral 3 och 4, tillsammans med de andra lågt presterande vårdcentralerna, har hamnat i en negativ spiral.

## 5.4 Vad behövs för en lyckad strategisk implementering?

Utifrån vad som har presenterats i resultatet, samt diskuterats under tidigare rubriker, kan studien presentera ett svar på frågan ”Vad behövs för att personalen skall implementera systemet på ett strategiskt effektivt sätt?”. Med andra ord redogör den här frågan för vilka förbättringsförslag som studien har identifierat. Avsnittet inleds med en SWOT-analys för att upprätta en översiktlig lägesbild för Närhälsan som därefter tillsammans med tidigare diskussion styrker de förbättringsförslag som presenteras.

### 5.4.1 SWOT-Analys

För att få ett helhetsperspektiv samt kunna ge förslag på lämpliga förbättringsåtgärder genomfördes en SWOT-analys för att kartlägga interna respektive externa för- och nackdelar.

Tabell 6: SWOT-analys över Närhälsans organisation med avseende på den digitala självcheckningen, utifrån den insamlad data.

STYRKOR	SVAGHETER
<ul style="list-style-type: none"><li>• Erfarenheter inom organisationen</li><li>• Tydlig intern statistik för självcheckningen.</li><li>• Tydlig ambition hos centrala ledningen om framtida möjligheter med systemet.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bristande kommunikation och samarbete</li><li>• Saknas tydliga gemensamma implementeringsstrategier och riktlinjer</li><li>• Negativ uppfattning av systemets användarvänlighet</li><li>• Resursbrist</li><li>• Icke-kompatibla supporttjänster</li><li>• Ledningen är inte lyhörd</li><li>• Systemet passar inte vårdcentralers förutsättningar</li></ul>
MÖJLIGHETER	HOT
<ul style="list-style-type: none"><li>• Digitaliseringstrend</li><li>• Korta vårdköer och frigöra tid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Demografiska faktorer</li><li>• Systemfel</li></ul>

### 5.4.2 Organisatoriska förbättringsförslag

Den organisatoriska delen av Närhälsan definieras som den centrala ledningen, det vill säga Närhälsans högsta ledning inklusive projektgruppen för självcheckning. Utifrån presenterat resultat och diskuterad analys har studien identifierat följande potentiella förbättringsförslag som riktar sig specifikt till den centrala ledningen.

Som tidigare nämnts har medarbetare uppgett ett missnöje kring hur kommunikationen har fungerat mellan central ledning och enheterna. Problematiken som har diskuterats gällande avsaknad av kommunikation samt implementering av nya bestämmelser är en grund den generellt låga användning

av självinspektionsystemet. Den centrala ledningen bör därmed ha en mer öppen kommunikation nedåt för att motivera vårdcentralerna, samt motivera samtliga till att aktivt vilja arbeta med självinspektionen. Däremot bistår den centrala ledningen med statistik månatligen, vilket är givande för vårdcentraler, men de med en låg självinspektion behöver mer än bara detta för att ändra sin attityd till självinspektionen.

Den centrala ledningen bör även öka sin lyhörighet gentemot vårdcentraler och lyssna mer på deras kritik, i synnerhet gällande informationsmaterialet som skall instruera patienterna om självinspektionen. Vårdcentraler som har modifierat informationsmaterialet, som resulterat i en ökning av användningen, har bevisligen en bra insikt i vad som fungerar. Detta är värdefull information som har möjligheten att gynna många fler vårdcentraler om detta material upprättades som det gemensamma för alla Närhälsans vårdcentraler.

Samtliga ovanstående förbättringsförslag kan uppnås genom att den centrala ledningen bistår med ett diskussionsforum där vårdcentraler kan diskutera sina egna tillvägagångssätt, samt presentera åtgärder som har fungerat väl för deras enhet och som eventuellt kan ge positiv effekt för fler. Diskussionsforumet ger även upphov för vårdcentraler att vända sig till enheter med liknande förutsättningar för att diskutera vad som bör ge optimalt resultat för dessa.

### **5.4.3 Interna förbättringsförslag**

De interna förbättringsförslagen inkluderar de åtgärder som kan vidtas av enskilda vårdcentraler för att öka användningen av självinspektionsystemet. Dessa förbättringsförslag grundas huvudsakligen på det som skiljer vårdcentraler med hög utnyttjandegrad av självinspektionsystemet från de som har låg användning av systemet. De vårdcentraler som har en hög användningsgrad kännetecknas främst av en stark motivation från ledningen. Ledningen motiverar personalen med statistik och delmål för att öka användningen av systemet och samarbetar nära med personalen i receptionen för att utveckla nya lösningar tillsammans. Till exempel genom att utforma egna instruktionsguider, testa att självinspektera sig själva samt genom att uppmuntra och påminna patienterna om självinspektion. Vårdcentraler med högre utnyttjandegrad av självinspektionsystemet har upptäckt fler brister i det tekniska systemet än de med låg användning, eftersom de utvärderar det mer noggrant. Vårdcentralerna med många självinspekterade patienter upptäcker fler fel i systemet och har därmed oftare kontakt med IT-supporten. Trots att supporten

ofta har problem med att åtgärda systemfel, håller de motivationen uppe och försöker själva hitta egna lösningar.

Förbättringsförslaget är därmed att ledningen på vårdcentralerna behöver utforma en strategi för hur de ska utveckla självincheckningen. Ledningen bör ta stöd från den centrala ledningen vid utformning av denna och behöver därefter sätta upp delmål och belöningar för att motivera sin personal.

#### **5.4.4 Externa förbättringsförslag**

För att nå en strategiskt effektiv implementering har studien identifierat faktorer som faller utanför Närhälsans kontroll. Utifrån resultat och diskussion finns det tydliga indikationer att det finns förbättringsförslag för leverantören av Imatis-systemet. Flertalet som deltagit i studien har tydligt uttryckt missnöje kring hanteringen av kritik gällande systemet. När vårdcentraler har informerat Imatis om tydliga buggar, har leverantören inte åtgärdat problemen omgående. Leverantören har även haft dålig kommunikation tillbaka om hur det går med åtgärder.

För att Närhälsan skall optimera sina möjligheter att uppnå en strategiskt effektiv fullskalig implementering bör leverantören av Imatis-systemet ta åt sig av kritiken och åtgärda de begränsningar som hindrar vårdcentralerna inom kortast möjliga tid. Några av dessa hinder är exempelvis väntrumshänvisningar, problematiken med dubbla patientbesök samt betalningssvårigheter.

### **5.5 Metoddiskussion**

Studiens metod består av både kvantitativa och kvalitativa undersökningar, som tillsammans bidrar till valida resonemang och slutsatser. Genom att använda kvalitativa studier inkluderar arbetet mer detaljerad information som krävs för en djupare förståelse över situationen. Däremot riskerar de kvalitativa studierna att bli subjektiva. Detta baseras på att forskare ofta har personliga åsikter om vad som är viktigt att lyfta fram i studien och därav finns det en risk att studien blir subjektiv (Bell m.fl., 2019). För att säkerställa att denna studie inte utsätts för sådana problem, har samtliga projektmedlemmar varit involverade i utformningen av intervjufrågorna. Därigenom har tydliga och standardiserade frågor utformats och kraven för pålitlighet och validitet har uppnåtts. Dessutom har varje intervju bestått av två studieförfattare. För att undvika risken för subjektivitet ytterligare, sköttes transkriberingen och resultatet av intervjun av en annan deltagare. Följaktligen erhöll samtliga gruppmedlemmar all information och misstolkningar undveks därmed i stor utsträckning.

I jämförelse med de kvalitativa studierna, används kvantitativa studier för att kunna dra generella slutsatser och allmänna samband mellan de olika respondenterna, vilka i detta fall är de olika vårdcentralerna. Det var viktigt att inkludera den kvantitativa data, eftersom Närhälsans olika vårdcentraler är geografiskt utspridda över en stor yta. Dessutom intervjuades endast ett litet urval av samtliga vårdcentraler. Genom enkätundersökningen erhöles en stor mängd data från många vårdcentraler, som inte hade varit möjligt att få med endast en kvalitativ studie. Nackdelen med denna typ av kvantitativa studie är att det inte går att förklara för respondenterna vad frågorna innebär om de anses vara otydliga. Det går heller inte att inkludera följdfrågor utifrån respondenternas svar (McMillan m.fl., 2010). Med detta i åtanke genomfördes en pilotenkät, där frågorna testades på en mindre grupp respondenter med samma befattningar som vår målgrupp. Genom ansiktsvalidering identifierades eventuella oklarheter i enkäten och dessa justerades innan den slutgiltiga enkäten administrerades till resterande respondenter.

### **5.5.1 Intern och extern validitet**

Validitet innebär att fel som förekommer i undersökningar möts och diskuteras. Begreppet delas i sin tur in i intern respektive extern validitet. Bryman (2018) definierar begreppet intern validitet som hur väl studiens empiri stämmer överens med den valda teorin. Därmed behöver det säkerställas att den interna validiteten genom att se till att studiens observationer stämmer överens med teorin. Interna validiteten för denna studie är stark, eftersom observationerna som gjorts från vårdcentralerna stämmer väl överens med teorin. Den enda teorin som delvis utmanas av resultatet är Technology Acceptance Model (TAM), som inte riktigt stämmer överens med de vårdcentraler som har en hög användning av självcheckningssystemet, eftersom de fortsätter att ha en stark motivation trots att systemet har många tekniska brister. Å andra sidan stämmer TAM teorin väl för de vårdcentralerna med lägre användning av självcheckningssystemet. Den externa validiteten är enligt Bryman (2018) svårare att säkerställa, eftersom det innebär att resultatet skall kunna generaliseras till andra miljöer. I denna studie har den externa validiteten förstärkts med enkäten för att kunna generalisera resultatet i VGR. Däremot kan de lärdomarna om införande av digitala hjälpmedel troligtvis generaliseras för även andra system än självcheckning.

## 6. Slutsats

Sammanfattningsvis, krävs det i nuläget att vårdcentralerna är motiverade och aktivt vill arbeta med självcheckning för att åstadkomma en signifikant ökning av dess användning. De vårdcentraler som har denna drivkraft utvecklar egna lösningar baserade på de nuvarande resurserna, vilka anses vara otillräckliga för att säkerställa en fullständig implementering av självcheckningssystemet.

Orsakerna till den låga användningsgraden av självcheckningssystemet på Närhälsan är flera. Det finns bristande kommunikation inom organisationen, svag intern strategi på vårdcentralerna och bristande teknisk utrustning. Centrala ledningspersonalen har påverkat detta genom att distribuera vag information och ha bristfällig kommunikation med vårdcentralerna. Därför är ledningspersonalens roll avgörande för att främja användningen av självcheckningssystemet genom att upprätta strategier och erbjuda stöd till personalen. En effektiv informationsöverföring från centrala ledning till personalen är nödvändig för att lyckas med implementeringen av systemet. Den tekniska utrustningen har också en betydande inverkan på användningen av självcheckningssystemet, eftersom dess komplexitet kan försvåra användningen. Upprepade tekniska problem kan också påverka användarnas benägenhet att använda systemet fullt ut.

För att öka användningen av självcheckningssystemet på Närhälsan kan centrala ledningspersonalen skapa diskussionsforum för att främja kommunikationen både mellan vårdcentralerna samt med den centrala ledningen. Detta forum kan bidra till uppföljning, lyhördhet och uppmuntran för både vårdcentraler och ledning. Ledningspersonalen på respektive vårdcentral behöver också ta en mer aktiv roll i att främja användningen av systemet genom att upprätta strategier med klara mål och belöningar som kan öka personalens engagemang och motivation. Slutligen behöver den tekniska utrustningen revideras och förbättras för att optimera användningen av självcheckningssystemet och undanröja eventuella begränsningar som kan hindra användarna.

Utifrån lärdomar från denna studie, kan liknande åtgärdsstrategi implementeras hos andra verksamheter med stor geografisk spridning, som också försöker införa digitaliserade lösningar i sina nuvarande processer. Det är oavsett verksamhet viktigt att ha god kommunikation och transparens, för att samtliga enheter ska uppnå de prestationsmål som förväntas av den centrala ledningen.

## 7. Framtida Forskning

På grund av begränsade resurser finns möjligheter för vidare forskning av denna studie. Studien avser att undersöka problemet utifrån ett vårdgivarperspektiv, således behandlas endast en synvinkel på problemsituationen. För vidare projekt är det därför relevant att inkludera ett patientperspektiv, för att tydligt kartlägga anledningen till att den utnyttjandegraden inte ökar för vårdcentraler som trots allt arbetar aktivt för en ökad användning.

Utöver att undersöka patienternas synvinkel på självinspektionsystemet är det också väsentligt att samla in större mängder av data, i form av fler intervjuer. I detta arbete har endast fyra vårdcentraler valts att intervjuas, på grund av tidsbrist. Med utökade resurser rekommenderas det att hålla fler intervjuer, för att få ett bredare underlag och tydligare samband att basera resonemangen och slutsatserna på. Bortsett från fler intervjuer skulle det även vara intressant att besöka samtliga intervjuade vårdcentraler, för att göra direkta observationer på hur självinspektionsprocesserna genomförs. På sådana besök är det aktuellt att undersöka hur personalen arbetar under processen, men också hur patienterna agerar.

En annan möjlighet är att jämföra VGRs Närhälsan med andra regioners vårdcentraler. Genom att undersöka hur andra regioner går till väga med eventuella självinspektions, kan fler förbättringsförslag analyseras och rekommenderas utifrån Närhälsans omständigheter.

# Källförteckning

Bell, E., Bryman, A. & Harley, B. (2019). *Business Research Methods*. Oxford University Press.

Bloomberg, J. (2018) Digitization, Digitalization, And Digital Transformation: Confuse Them At Your Peril, *Forbes* [Hämtad: 2023-02-07]

<https://www.forbes.com/sites/jasonbloomberg/2018/04/29/digitization-digitalization-and-digital-transformation-confuse-them-at-your-peril/?sh=348c459d2f2c>

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (Tredje upplagan). Stockholm: Liber.

Chen, W.C. (2011). Technology base self service in hospitality industry. *UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones*. 1094.

<http://dx.doi.org/10.34917/2491167>

Denscombe, M. (2010). *Good Research Guide: For Small-Scale Social Research Projects*. McGraw-Hill International.

Diarienummer: RS 121-2015 (2020), Slutrapport; Självvincheckning, version 1.0, Västra Götalandsregionen

Furr, N. & Shipilov, A. (2019). Digital Doesn't Have to Be Disruptive, *Harvard Business Review*. [Hämtad 2023-01-22]

[https://hbr.org/2019/07/digital-doesnt-have-to-be-disruptive?fbclid=IwAR2cEq6-sgFIbqWOONdrPmDe5uIU-0Z\\_1frLtsvNRjtsF-C0L7Qutozqhk](https://hbr.org/2019/07/digital-doesnt-have-to-be-disruptive?fbclid=IwAR2cEq6-sgFIbqWOONdrPmDe5uIU-0Z_1frLtsvNRjtsF-C0L7Qutozqhk)

Grönroos, C. (2008). Service Management and Marketing - Managing the Service Profit Logic, *European business review*, 20(4), 298-314.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.

Holden, R. J., & Karsh, B. T. (2010). The technology acceptance model: its past and its future in health care. *Journal of biomedical informatics*, 43(1), 159-172.

<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2009.07.002>

Kit, U. (2011). Using self-service technologies to solve the problem of labor shortage in Macau's lodging industry. *UNLV Theses/Dissertations/Professional*. <http://dx.doi.org/10.34917/2532528>

Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. Studentlitteratur.

McMillan, K., Weyers, J. & Brynhammar, A. (2010). *Så lyckas du med uppsatser och rapporter*. Prentice Hall.

Medbo, P. (1998). Significance of input data quality for materials flow analysis (doktorsavhandling) [Licentiatexamen]. Chalmers tekniska högskola. Göteborg.

Namugenyi, C., Nimmagadda, S. L., & Reiners, T. (2019). Design of a SWOT Analysis Model and its Evaluation in Diverse Digital Business Ecosystem Contexts. *Procedia Computer Science*, 159, 1145–1154. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.09.283>

Nationalencyklopedi (u.å.). Källkritik. [Hämtad 2023-02-01]

<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/källkritik>

Nationalencyklopedin(u.å.), Nudging. [Hämtad 2023-05-02]

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/nudging>

Närhälsan (2022). Om Närhälsan. [Hämtad 2023-01-22]

<https://www.narhalsan.se/om-narhalsan/>

Meuter, M. L., Ostrom, A. L., Roundtree, R. I., & Bitner, M. J. (2000). Self-service technologies: understanding customer satisfaction with technology-based service encounters. *Journal of marketing*, 64(3), 50-64.

Persson, A. (Red.). (2016). *Frågor och svar-om frågekonstruktion i enkät-och intervjuundersökningar*. SCB-Tryck.

Perlman, Y., Yechiali, U. (2020). *Reducing risk of infection: The COVID-19 queuing game*, *Safety Science*.

<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104987>

Reinders M, Dabholkar P, Frambach R (2008) Consequences of forcing consumers to use technology-based self-service. *Journal of Service Research*

<https://doi.org/10.1177/1094670508324297>

Riksbanken (u.å) Statistik över betalningar. [Hämtad 2023-05-01]

<https://www.riksbank.se/sv/statistik/statistik-over-betalningar-sedlar-och-mynt/betalningar/>

Rienecker, L (2016). *Problemformulering*. Liber.

Rothstein, B. (2001). *Politik som organisation*. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle.

Vetenskapsrådet (2017). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

[https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf)

Västra Götalandsregionen (2018). *Digitaliseringsstrategi - Hälso- och sjukvård i interaktion med invånare och patient*. [Hämtad 2023-02-06]

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardskiftet/den-digitala-varden/>

World Medical Association (2022). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research involving Human Subjects*.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# Bilagor

## Bilaga 1: Intervjufrågor

### Bilaga A - Intervjustruktur

De halvstrukturerade intervjuerna är uppbyggda med sex huvudområden som skulle behandlas. Inom dessa områden finns en eller två huvudfrågor som vi vill få besvarade. Huvudfrågorna är skrivna i kursiv form. Frågor som befinner sig under dessa huvudfrågor, är eventuella följdfrågor beroende på hur utförligt respondenten svarar, samt i vilken riktning intervjun tar.

#### 1. *Berätta om din roll på Närhälsan...*

- Vilken är din sysselsättning på mottagningen?
- Hur länge har du arbetat på Närhälsan?

#### 2. Systemet i praktiken

*Hur arbetar du med självinspektionsystemet?*

- Hur stöter du på det i ditt jobb?
- Arbetar du tekniskt med systemet?
- Bidrar du aktivt till att öka andelen och i så fall hur?

#### 3. Inställning/förväntningar

*Vad hade du för förväntningar på systemet innan det implementerades?*

- Blev det som du trodde?
- Är det viktigt att öka användningen av självinspektionen?
  - Varför?
- Vad är din inställning till implementeringen av systemet i allmänhet?

#### 4. Prestation - Upplevd förbättring (PU)

*Hur fungerar/arbetar självinspektionsystemet på er vårdcentral?*

- Tycker du att självinspektionsystemet underlättar ert arbete?
  - Frigör systemet tid för annat arbete?

- Ser du att systemet har bidragit till någon skillnad?

*Syftet med självincheckningssystemet är att vara ett komplement till den manuella kassan och för att underlätta incheckningsupplevelsen för patienten. Uppnås detta i praktiken?*

- Potentiella förbättringsåtgärder

*Finns det något som hindrar din vårdcentral från att använda självincheckningssystemet till sin fulla potential?*

- På vilka sätt är dessa hinder bristande?
- Finns det några förbättringsåtgärder som du tror skulle bidra till att din vårdcentral ökar andelen självincheckade besök?

- Support

*Vet du vem du skall vända dig till när det uppstår problem?*

- IT-support
- Ansvarig på din vårdcentral

## 1 Användarvänlighet

*Hur upplever du användarvänligheten för systemet?*

- Enligt vår undersökning har vi sett att det finns en tydlig missnöjdhet kring användarvänligheten för systemet. På vilket sätt är den bristande? och hur kan det bli bättre?
- Hur komplext är systemet?
  - För personal samt för patienten?
- Bättre teknisk utrustning

## 2 Utbildning

- Känner du dig säker i användningen?
- Behövs mer utbildning?

## 3 Tydlig strategi/riktlinjer

- Finns det tydliga riktlinjer för hur den digitala självincheckningen skall hanteras?

4 *När vi tittar på statistiken för användningen av systemet så ser vi att det är en väldigt spridd användning av själv incheckningen. Vad tror du att den främsta anledningen kan vara?*

## Bilaga 2: Enkätundersökning

### Introduktion

Vilken mottagning arbetar du på?

Vilken är din sysselsättning på mottagningen? (Välj en eller flera)

- Ledning
- Receptionist/kanslist
- Medicinsk sekreterare
- Imatis kontaktperson
- Annat...

Hur länge har du arbetat på Närhälsan?

- Under 1 år
- 1-2 år
- 3-5 år
- 5-10 år
- 10+ år

Vilken åldersgrupp tillhör du?

- Under 25
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65+

### Självvincheckning på er vårdcentral

*Nedan följer ett antal påståenden. Välj de alternativ som du känner stämmer överrens med påståendet.*

*Alla frågor är inte applicerbara på samtliga roller. Är detta fallet för dig, vänligen kryssa i "Ej applicerbar för min roll".*

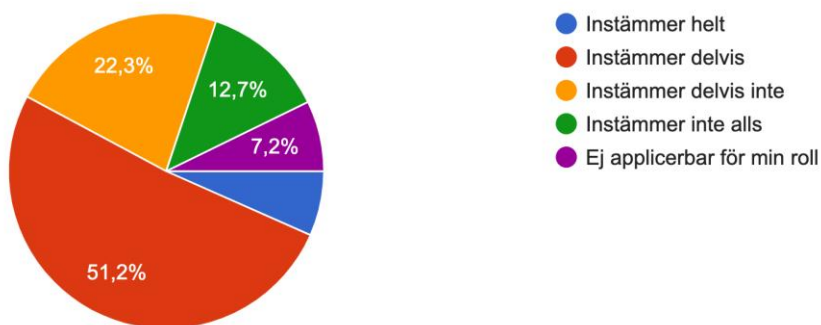
- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Instämmer delvis inte

- Instämmer inte alls
- Ej applicerbar för min roll

A. I allmänhet är det lätt att arbeta med självcheckningsystemet.

I allmänhet är det lätt att arbeta med självcheckningsystemet.

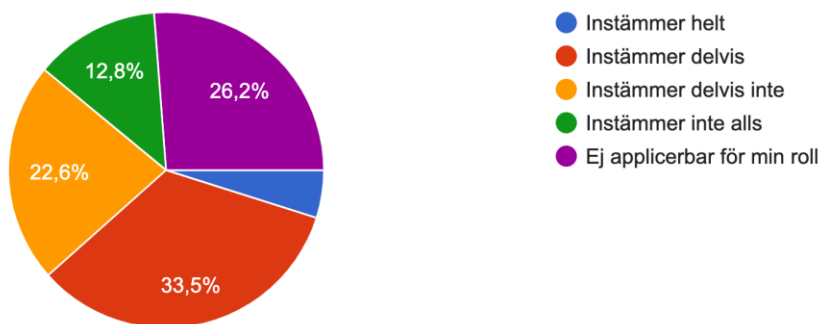
166 svar



B. Det är enkelt att arbeta med de tekniska inställningarna hos självcheckningsystemet.

Det är enkelt att arbeta med de tekniska inställningarna hos självcheckningsystemet.

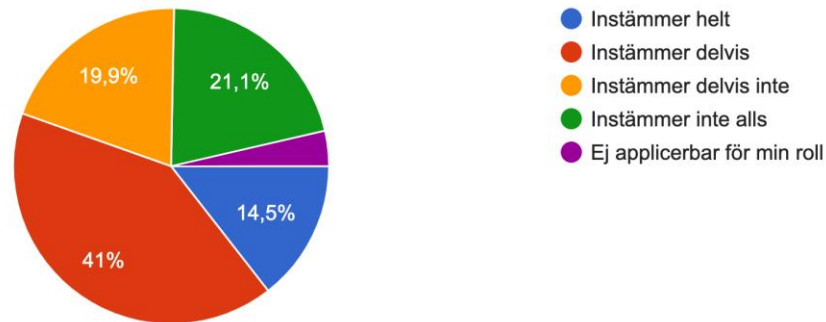
164 svar



C. Självcheckningen frigör tid för annat arbete

### Självincheckningen frigör tid för annat arbete

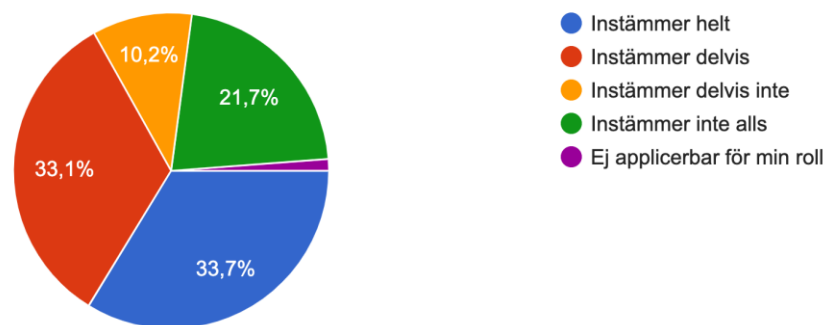
166 svar



D. Alla våra planerade besök är självincheckningsbara på vår mottagning. (Bortse från patienter med skyddad identitet, icke-svenskt personnummer, hälsovårdsbesök tex. vaccinationer eller med fler än 2 bokade besök per dag.)

Alla våra planerade besök är självincheckningsbara på vår mottagning. (Bortse från patienter med skyddad identitet, icke-svenskt personnummer, häls...ationer eller med fler än 2 bokade besök per dag.)

166 svar

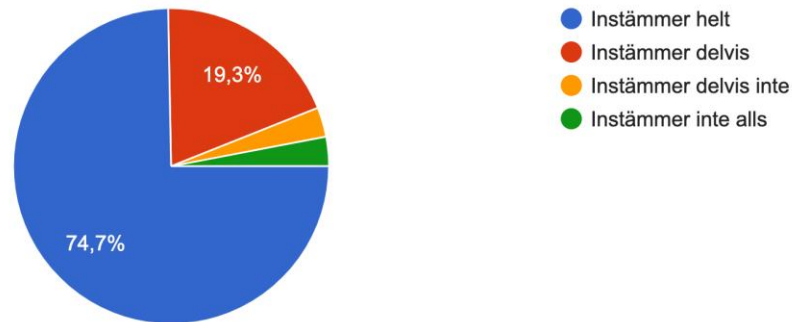


### Patientanvändning

E. Självincheckningsstationen står synligt och är det första patienten möter.

Självincheckningsstationen står synligt och är det första patienten möter.

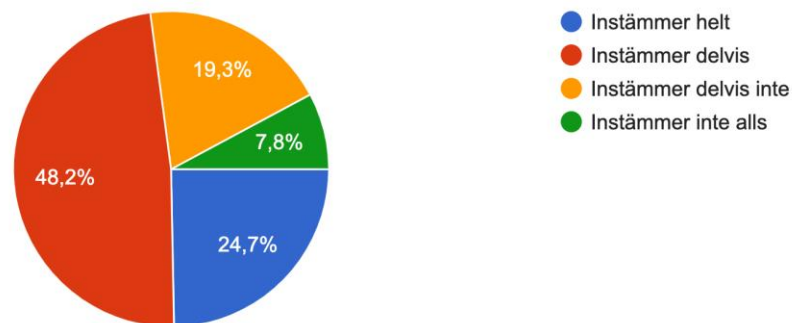
166 svar



F. Självincheckningen bidrar till en ökad patientnytta genom enklare incheckning och betalning.

Självincheckningen bidrar till en ökad patientnytta genom enklare incheckning och betalning.

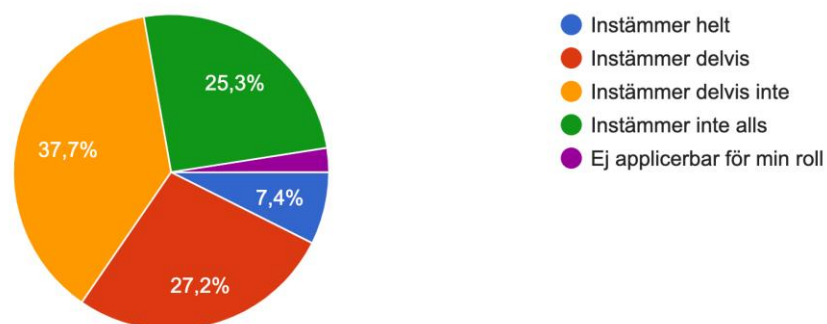
166 svar



G. Vid en påbörjad självincheckning kan patienten alltid fullfölja processen själv.

Vid en påbörjad självincheckning kan patienten alltid fullfölja processen själv.

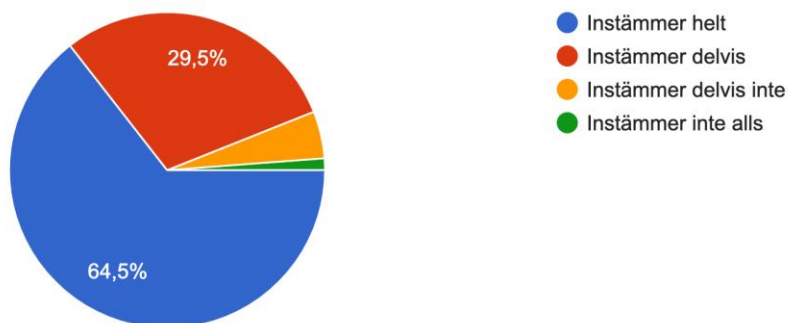
162 svar



H. Självvincheckningen ger en ökad integritet för patienten.

Självvincheckningen ger en ökad integritet för patienten.

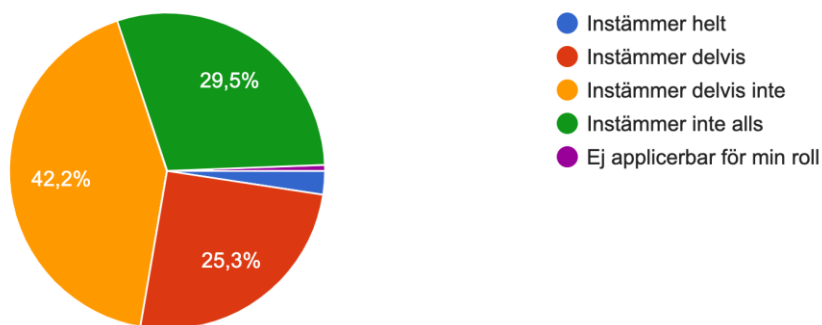
166 svar



I. Patienterna är självgående i den digitala självvincheckningsprocessen, och behöver aldrig assistans.

Patienterna är självgående i den digitala självvincheckningsprocessen, och behöver aldrig assistans.

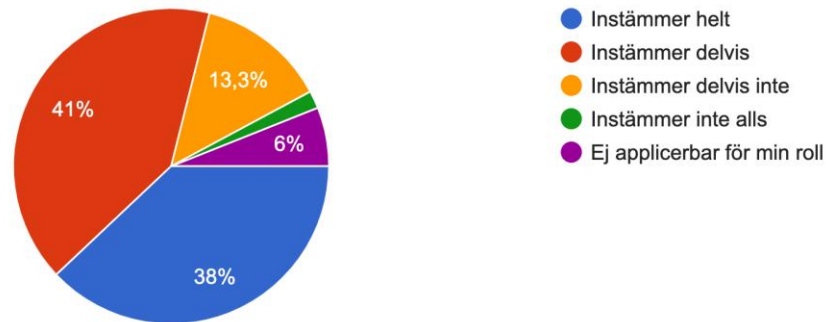
166 svar



J. Om patienterna får problem vid den digitala självvincheckningen, vet jag hur jag skall hjälpa dem.

Om patienterna får problem vid den digitala självcheckningen, vet jag hur jag ska hjälpa dem.

166 svar



Vad är din första åtgärd när problem uppkommer för en patient i den digitala självcheckningen?

- Checkar in patienten manuellt i receptionen.
- Hjälper till med den digitala självcheckning.
- Ej applicerbar för min roll.
- Annat...

### Personliga åsikter.

Finns det någon faktor som kan förbättras för att uppnå en ökad andel självcheckade besök på er vårdcentral? (Välj en eller flera)

- En tydlig ansvarig över självcheckningssystemet på er vårdcentral
- Tillgänglig IT-support för det tekniska systemet
- Tydlig strategi/riktlinjer för användning
- Mer utbildning/upplärning
- Bättre användarvänlighet
- Bättre teknisk utrustning
- Inget
- Annat...

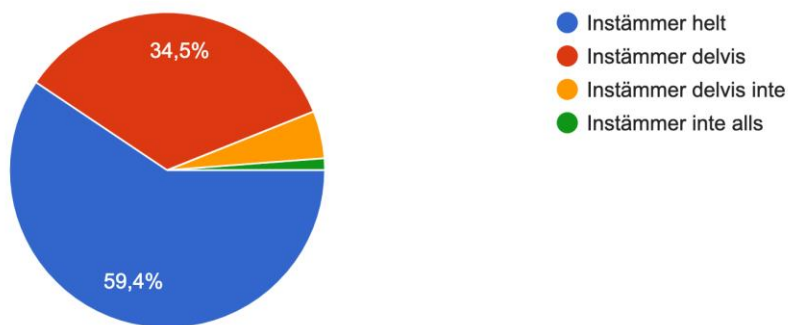
Det är viktigt att öka andelen självcheckade besök.

- Instämmer helt
- Instämmer delvis

- Instämmer delvis inte
- Instämmer inte alls

Det är viktigt att öka andelen självincheckade besök.

165 svar

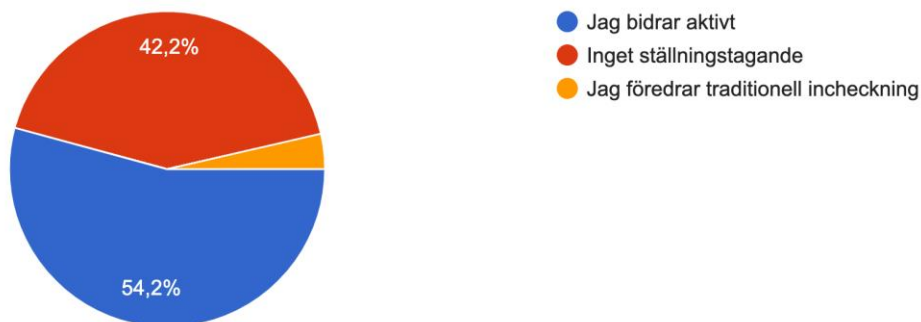


Bidrar du aktivt till att öka användningen av självincheckningen?

- Jag bidrar aktivt
- Inget ställningstagande
- Jag föredrar traditionell incheckning

Bidrar du aktivt till att öka användningen av självincheckningen?

166 svar



## Öppna frågor

Finns det något som hindrar din vårdcentral från att använda självincheckningssystemet till sin fulla potential? (Om du anser att det inte finns problem med systemet lämna frågan blank)

Finns det några förbättringsåtgärder som du tror skulle bidra till att din vårdcentral ökar andelen självincheckade besök?

Har du några andra tankar gällande självincheckningen som du vill tillföra studien?

## Bilaga 3: Fria förbättringsförslag

### **Bättre användarvänlighet**

Under avsnittet ”Personliga åsikter” fick respondenterna möjligheten att dela med sig utav sina subjektiva tankar. Följande förbättringsåtgärder uppgavs för att främja användarvänligheten:

### **Bättre anpassning för äldre med självincheckningsautomat**

Personalen har upplevt att många äldre patienter har omoderna telefoner som inte kan scanna QR-koder, vilket innebär att det inte går att checka in. Därmed skulle en självincheckningsautomat möjliggöra självincheckning för fler patienter.

*”Skall naturligtvis gå på personnumret. Går det på tandvården skall det gå även i vården”*

*” En enskild skärm/apparat som tydligt guidar patienten genom incheckningen. Som på SkaS Skövde till exempel”*

*”Skulle önska att vi kunde ha en självincheckningsdator (ekonomisk fråga för oss), möjlighet att checka in även vid flera besök, tydligare direktiv om vilket väntrum man får, lättare att lägga in ny personal (har inte kunnat göra detta på 1 månad nu).”*

*”Folk har omoderna telefoner, går inte att checka in eller hitta QR-kod!”*

*” De flesta besök avser äldre patienter som inte har teknikvana och föredrar personlig kontakt med receptionisten”*

### **Väntrumanvisning skall komma tidigare i självincheckningsprocessen**

Personalen anser att väntrumshänvisningen skall komma tidigare i incheckningsprocessen. I dagsläget kommer det sist och därmed lätt glöms av i alla moment. När detta missas behöver personal söka på patientens personnummer för att kunna informera.

*”Att informationen för vilket väntrum man skall till kommer sist. Detta kan lätt glömmas av i alla moment. Går ej att backa och vi måste i så fall söka på patientens personnummer för att kunna informera”*

### **Självincheckningssystemet skall fungera även när patienten har fler än ett besök bokat**

En annan viktig åtgärd är att systemet skall kunna fungera när patienten har två besök bokade. Till exempel om patienten skall på ett labbesök innan läkarbesöket. Systemet fungerar inte heller när en patient varit på jour-mottagning och betalar efter besöket.

”Tråkigt nog funkar inte systemet när man har två besök bokade, även om det är ett mottagningsbesök. Exempel labbesök innan läkarbesök.”

”Självincheckning fungerar inte om patienten har två inbokade besök samtidigt, t.ex till lab först och sedan till läkare. Fungerar inte heller till vår jourmottagning där patienten betalar efter besöket.”

### **Tydligare instruktioner och fler språk representerade.**

Ofta försöker patienter skanna med Bank-ID-appen eller Swish och inte med vanlig kamera. Patienter med annat språk vill oftast få hjälp av receptionist eftersom det är svårt att förstå instruktionerna.

” Olika språk”

”Patienter med annat språk vill oftast få hjälp av receptionist”

”Tydligare instruktioner, allt som oftast försöker patienten skanna med bankid app eller swish och inte sin kamera”

### **Synlig placering av självincheckningsstationen.**

*”Patienter ser inte. Måste köpa ngt ledljus eller ngt.”*

### **Bättre teknisk utrustning**

Det nuvarande systemet har enligt personalen många brister. Enligt respondenterna bör följande krav på den tekniska utrustningen uppfyllas för att kunna öka andelen patienter som använder självincheckningen:

### **Korrekt väntrumhänvisning**

Flera respondenter har uttryckt att de har problem med väntrumhänvisningen.

”I nuläget funkar inte detta system till 100%. Systemet visar inte vart patienten skall gå någonstans trots att vi skrivit in det korrekt.”

### **Kunna betala efter besöket**

” Om det blir fel med betalning är det mkt krångligt att rätta till, behöver gå in ett annat system vilket tar tid. Kan även behöva skicka in papperblankett. Stenåldern.”

” Hade varit bättre om patienten bara kunde checka in sig på besöket, men inte betala i självincheckningen”

### **Bättre internetuppkoppling**

*”Behövs bra teckning för att det skall fungera, trög app.”*

”Det har varit mycket tekniska problem samt att swish legat nere”

### **Alla patienter skall få incheckningskod på kallelsen**

För att patienter som inte har mobilt **bank-id** skall kunna använda självincheckningen krävs det att dem fått en incheckningskod på kallelsen.

” större del av patienter får inte kod”

### **Mer utbildning/upplärning**

Respondenter har även uppgett att de fått en bristfällig utbildning inom systemet.

”Jag är ansvarig här men önskar mer utbildning, uppföljningar.”

## Bilaga 4: Hållbar utveckling

Detta avsnitt fokuserar på de globala FN-målen och hur självvincheckningen på vårdcentralen Närhälsan kan bidra till att uppnå dem. Diskussion förs kring både etiska och hållbara aspekter.

### **FNs globala mål**

Det första globala FN målet som arbetet kommer att fokusera på är det tredje; God hälsa och välbefinnande. Självvincheckningen har potentialen att bidra till att patienter får vård både snabbare och smidigare vid fullskalig implementering. Patienten har möjligheten smidigt checka in, hitta sitt väntrum och få vård snabbt och effektivt. Denna målsättning går även i linje med Närhälsans egna mål om lättillgänglig vård för samtliga i behov i VGR.

Det andra fokusmålet som rapporten avser fokusera på är det åttonde globala målet; Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt. Receptionisten hos Närhälsan har i dagsläget stor arbetsbörda som följd av att både ansvara över incheckning av patienter, samt diktering och remisser. Självvincheckningen har som syfte att minska arbetsbördan gällande incheckning, vilket frigör arbetskraft och bidrar till att receptionister kan lägga tid och fokus på att skicka remisser. Detta leder både till att receptionisten får anständigare arbetsbörda, men kortar även ner processen för patienter att vänta på remisser.

Det tredje fokusmålet är det nionde globala målet; Hållbar industri, innovationer och infrastruktur. Detta både genom minskningen av nummerlappar, men även genom att arbeta med hållbara datorsystem och utrustning som lagrar all väsentlig information för självvincheckning. Självvincheckningen är i behov av stabila datorsystem och servrar som håller systemet igång och stabilt. Denna digitala infrastruktur bör således även utvecklas med hållbarheten i fokus. I detta fokusmål är det också viktigt att beakta aspekten att digital incheckning kräver ökad användning av smartphones och datorer, som påverkar målet negativt. Därför är det viktigt att vara medveten om balansen mellan digitaliseringen och miljöpåverkan.

Det fjärde fokusmålet är det tionde globala målet; Minskad ojämlikhet. Genom att kunna använda sig utav en digital incheckning möjliggörs minskade språkbarriärer. Eftersom fler språk går att erbjuda. Incheckningsprocessen blir även mer standardiserad vid en digital incheckning, vilket bidrar till att

alla patienter blir behandlade lika. En nackdel som kommer med digital incheckning är diskrimineringen av de patienter som inte har den tekniska förmågan att kunna checka in digitalt. För att dessa personer skall kunna checkas in krävs det att receptionen också är öppen.

Det femte fokusmålet är det sjuttonde globala målet; Genomförande och globalt partnerskap. För att kunna implementera den digitala incheckningen på ett framgångsrikt sätt krävs det samarbete mellan vårdsektorn, teknikföretag och patienter. Framför allt behöver samarbetet mellan Närhälsans vårdcentraler främjas, för att de skall kunna lära sig utav varandra och komma fram till en gemensam strategi. Det sjuttonde globala målet kan också kopplas ihop med det nionde globala målet, eftersom önskvärt att framställa de servrar och system som krävs för den digitala incheckningen på ett hållbart sätt.



**INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION**  
**CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA**

Göteborg, Sverige 2023  
[www.chalmers.se](http://www.chalmers.se)



**CHALMERS**