

Kommunikationsmediums påverkan på patientnöjdhet

- *En kvantitativ studie om hur patientnöjdheten påverkas av marknadsförändringar*

Abstract

Examining how different communication mediums affects patient satisfaction is a relatively unknown research area. Previous research has mainly focused on factors affecting patient satisfaction within health care. Other researchers have conducted studies about different communication channels effects on services. This paper aims to examine how patient satisfaction is affected depending on which communication medium that is used and to do this the two previous research areas were combined.

A quantitative, questionnaire-based experiment was conducted with 238 respondents across Sweden in the age of 18-65 years old. Three groups were exposed to a scenario-based experiment where all variables were constant except for the communication medium which was the independent variable. Patient satisfaction was measured through the parameters: *communication, access, trust, competence and empathy*.

The study's result shows that patient satisfaction is negatively affected when less rich mediums are used. All factors except access affected satisfaction negatively. The findings suggested that access is the most likely reason for people to choose to use a digital channel instead of visiting the district health care centre.

Keywords: patient satisfaction, e-health, Media Richness Theory, communication mediums

Författare

Nathalie Fredriksson Lindmark, 23549

Louise Abrahamsson, 23708

Handledare

Magnus Söderlund

Presentation

2018-05-14

Examinator

Mattias Svahn

Ett stort tack till alla som bidragit till denna uppsats!

Magnus Söderlund – för inspiration och stöd under processen

• • •

Våra familjer och vänner – som troget deltagit i undersökningarna, och för er värdefulla
respons och idéer!

Innehållsförteckning

Definitioner av begrepp	5
1. Inledning	6
1.1 Bakgrund	6
1.1.1 Drivkrafter och digitalutveckling inom primärvården	6
1.1.2 Sjukvårds applikationer	7
1.2 Problemområde och forskningsgap	7
1.3 Syfte och frågeställningar	8
1.4 Avgränsningar	8
1.5 Förväntat kunskapsbidrag	9
2 Teoretiskt referensram	10
2.1 Teoretisk bakgrund	10
2.1.1 Medierikedomsteori	10
2.2.2 Kund- och patientnöjdhet	11
2.2.3 Faktorer som påverkar patientnöjdhet	12
2.3 Sammanfattning av hypoteser	15
3.1 Vetenskapligt tillvägagångssätt	16
3.2 Studiens design	16
3.2.1 Experimentets utformning	17
3.2.2 Utformning av enkät	17
3.3 Förstudie	18
3.3.1 Behandling och resultat av förstudie	19
3.4 Huvudstudie	19
3.4.1 Prövning av H1	20
3.4.2 Prövning av H2	20
3.4.2 Prövning av H3	20
3.4.4 Prövning av H4	20
3.4.5 Prövning av H5	20
3.4.6 Prövning av H6	21
3.5 Reliabilitet och validitet	21
3.5.1 Reliabilitet	21
3.5.2 Validitet	21
3.5.2.1 Intern validitet	21
3.5.2.1 Extern validitet	22
4 Resultat	23
4.1 Resultat av huvudstudie	23
4.2.1 Kommunikation	24

4.2.2 Tillgänglighet.....	25
4.2.3 Förtroende	26
4.2.4 Kompetens	27
4.2.5 Empati.....	28
4.2.6 Patientnöjdhet	28
4.3 Sammanfattning av resultat.....	29
5 Diskussion och implikationer	30
5.1 Påverkande faktorer som driver upplevd patientnöjdhet	30
5.2 Slutsatser av diskussion och svar på forskningsfrågan	33
5.3 Förslag till vidare forskning.....	33
5.4 Praktisk tillämpning	34
5.5 Studiens begränsningar	34
5.5.1 Teoretiska begränsningar.....	34
5.6.2 Metodbegränsningar	35
5.6.3 Databegränsningar	35
7 Appendix.....	41
7.1 Appendix 1: Scenariobeskrivningarna i huvudstudien	41
7.2 Appendix 2: Frågorna i huvudstudien	45
7.3 Appendix 3: Cronbachs alfa.....	49

Definitioner av begrepp

E-hälsa: socialstyrelsen definierar e-hälsa som, ”användandet av digitala verktyg och utbytet av information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa” (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018).

Patientnöjdhet: definieras i denna studie som en speciell form av konsumentattityd och som ett efterköps fenomen som återspeglar hur patienten upplevde sjukvårdstjänsten (Woodside, Frey & Daly, 1989).

Kommunikationsmedium: definieras som ett medium som kan förmedla och överföra information i form av tal, bild, ljud och/eller text.

Informationsrikedom: definieras som ett mediums möjlighet att överföra och reproducera så mycket information som möjligt till mottagaren i form av tal, bild, ljud eller text, samt mediets möjlighet för omedelbar möjlighet till respons (Daft och Lengel, 1986).

1. Inledning

Den teknologiska utvecklingen har möjliggjort att tjänster som tidigare endast kunde utföras genom fysiska träffar nu i allt större grad kan ersättas av nya digitala lösningar. Digitaliseringen har redan möjliggjort inom många samhällsområden nya sätt för människor att möta och interagera med varandra. Idag är det därför inte längre endast enklare tjänster som ersätts eller kompletteras av onlinetjänster, utan även mer kvalificerade. Exempelvis har kundmöten inom reseindustrin, banksektorn och den offentliga sektorn redan i stor utsträckning förflyttats från fysiska lokaler till digitala möten.

Människor har idag ett behov av att känna sig oberoende och delaktiga samt ha inflytande och kontroll över beslut som rör deras liv och deras hälsa. För att möta detta behov har det blivit allt vanligare inom sjukvården med digitala applikationer som erbjuder vård online. Digitaliseringen medför dessutom flera attraktiva fördelar för sjukvården, såsom ökad tillgänglighet, kostnadsbesparingar och effektiviseringar på längre sikt (Sveriges Kommuner & Landsting (SKL), 2017). Sveriges ökade vårdkostnader och långa vårdköer gör det mer lockande än någonsin för den svenska sjukvården att dra nytta av den nya tekniken.

Trots alla fördelar och möjligheter den digitala utvecklingen medför finns en allmän uppfattning hos konsumenter av kvalificerade tjänster att kvaliteten sjunker i takt med digitaliseringen och kundnöjdheten påverkas därför negativt. Detta har bland annat setts inom banksektorn (Svenskt kvalitetsindex, 2016). Denna uppsats syftar därför till att undersöka hur patienter upplever att kvaliteten på vården påverkas av de nya digitala lösningarna.

1.1 Bakgrund

Följande avsnitt syftar till att ge en förståelse över hur den svenska primärvården ser ut, samt hur digitaliseringens framfart av nya kommunikationsmedium påverkar sjukvården och därigenom patientnöjdheten.

1.1.1 Drivkrafter och digitalutveckling inom primärvården

Primärvården är idag karaktäriserad av långa vårdköer och bristande resurser. Sveriges befolkning lever allt längre och fler behöver därmed vård, vilket har lett till att Sverige idag kämpar mot sjukvårdskostnader som växer snabbare än BNP (BCG 2018). Digitala lösningar ger möjligheten att effektivisera och minska resursanvändningen inom primärvården och ses

därför som ett attraktivt alternativ. SKL och regeringens mål är att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på e-hälsa (SKL, 2017). År 2014 inrättades dessutom eHälsomyndigheten som ansvarar över nationella initiativ angående e-hälsa.

1.1.2 Sjukvårds applikationer

Primärvården består idag av över 1000 mottagningar och enligt hälso- och sjukvårdsmyndigheten ska patienten ha rätt att välja mellan olika vårdgivare (Klinika Studier Sverige, 2017). Tidigare har det endast varit möjligt att genomföra vårdmöten genom dessa fysiska mottagningar, men idag har patienters förväntningar på tillgänglighet skiftat liksom i många andra branscher och därför har marknaden för online tjänster vuxit fram. Majoriteten av befolkningen i Sverige innehar idag smartamobiler vilket möjliggör användandet av tjänster online.

Marknaden växer kraftigt för onlinetjänster och det finns idag flera digitala applikationer som kan ersätta det fysiska besöket på en vårdcentral. De två största företagen i Sverige som erbjuder vård online är Kry och Min Doktor. Genom applikationerna kan patienter bli undersökta, få rekommendationer och utskrivet recept vid behov. Patienten behöver endast ladda ner applikationen till mobilen och sen logga in med BankID. Därefter får patienten beskriva sina besvär och symptom i ett formulär och kontaktas av en läkare genom skriftlig kommunikation, telefonsamtal eller videosamtal beroende på vad som krävs för att läkaren ska förstå patientens besvär. De nya kommunikationsmedierna ökar tillgängligheten till vård då patienten själv kan välja tid och plats för vårdbesöket och patienterna får därmed större inflytande över sin hälsa.

1.2 Problemområde och forskningsgap

Flertalet tidigare studier har gjorts som undersöker fenomenet patientnöjdhet. Dessa studier fokuserar främst på hur kvaliteten i vården påverkar patienterna och vilka faktorer som påverkar patientnöjdhet. Forskare har även i stor utsträckning undersökt hur digitalisering påverkar kundnöjdheten inom olika branschområden. Dessutom finns flera teorier om olika kommunikationsmediers påverkan på informationsöverföring mellan två parter. Till vår vetenskap finns ingen tidigare studie som undersöker om upplevd patientnöjdhet påverkas beroende av vilket kommunikationsmedium som används för att interagera med sjukvården.

Möjligheterna med de nya kommunikationsmedierna kan innebära flera fördelar för samhället och patienter. Därför är det relevant för marknadsförare, sjukvårdsföretag och myndigheter att veta hur dessa digitala lösningar tas emot av patienter och hur de påverkar patientnöjdheten. Det är också viktigt att veta vilka faktorer som påverkar patientnöjdhet för att lyckas med en hållbar implementering av e-hälsa i Sverige och attrahera patienter att använda de nya medierna.

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka hur olika kommunikationsmedier som innehar olika hög grad av informations rikedom påverkar patientnöjdhet. Genom att experimentellt undersöka detta förväntas denna studie kunna förklara hur faktorer som påverkar patientnöjdhet påverkas vid interaktion mellan patient och läkare genom olika medier. Detta leder fram till frågeställningarna för denna uppsats.

Huvudfrågan för denna studie är:

Hur påverkas patientnöjdhet av olika kommunikationsmedium som innehar olika egenskaper?

För att öka förståelsen för vilka faktorer som påverkar patientnöjdheten i de olika kommunikationsmedierna, ställs följande delfråga:

Vilken inverkan har olika kommunikationsmedier på faktorer som påverkar patientnöjdhet?

1.4 Avgränsningar

Uppsatsen är avgränsad till att undersöka primärvården i Sverige. Studien undersöker tre olika typer av kommunikationsmedier: fysiskt möte med en läkare på en vårdcentral, videosamtal med en läkare och chatt med en läkare. Respondenter avgränsas till åldrarna 18 till 65 år. Detta då patienter som är under 18 år inte är myndiga och patienter som är över 65 år ofta har mindre vana av onlinetjänster. Vidare avgränsas studien till att undersöka faktorerna: kommunikation, tillgänglighet, förtroende, kompetens och empati. Faktorerna valdes från tidigare forskares studier om patientnöjdhet tillsammans med faktorer från forskning om kommunikationsmedier som anses vara relevanta för denna studie. Geografiska

avgränsningen gjordes till Sverige då enkäten distribuerades till personer runt om i landet i spridda åldrar. Vidare begränsas studien till primärvården då primärvården utgör basen för den svenska sjukvården och i dagsläget primärvården som kan ersättas av onlinetjänster.

1.5 Förväntat kunskapsbidrag

Genom att studera effekterna av olika kommunikationsmediers påverkan på patientnöjdhet är förhoppningen att kunna bidra med insikt om vad som avgör att ett fysiskt möte kan eller inte kan ersättas med ett digitalt medium. Mer specifikt förväntas denna studie bidra med akademisk kunskap om hur faktorerna som påverkar patientnöjdhet påverkas av användandet av olika kommunikationsmedier vid vårdbesök. E-hälsa anses som en attraktiv lösning för att minska vårdkostnader och denna studie kan därmed vara användbar för att se om patienter faktiskt skulle välja att använda sig av digitala tjänster framför det traditionella vårdbesöket.

Resultatet från den här uppsatsen kommer inte ensamt vara tillräckligt för att bestämma ifall utvecklingen av digitala kommunikationsmedier inom vården är en lämplig strategi. Eventuella signifikanta resultat kan däremot skapa intresse bland akademiker för fortsatt forskning inom området. Vidare är en förhoppning att studien ska skapa förståelse och väcka intresse för forskning om vad det är som avgör att en kvalificerad tjänst som enligt teori borde kräva fysisk kommunikation kan ersättas av digitala kommunikationsmedier. Med hjälp av fortsatta studier inom området kan de ge regeringen och SKL en vägledning för hur digitala lösningar bör implementeras och anpassas för att patienterna ska få bästa möjliga patientupplevelse.

2 Teoretiskt referensram

I följande kapitel presenteras studiens akademiska disposition och uppsatsens hypoteser. Inledningsvis läggs en teoretisk bakgrund till undersökningsområdet och relevanta teorier och forskning presenteras. Utifrån den teoretiska bakgrunden föranleds sex hypoteser, som presenteras löpande i kapitlet och avslutningsvis sammanfattas.

2.1 Teoretisk bakgrund

2.1.1 Medierikedomsteori

Media Richness Theory (MRT) översatt till medierikedomsteori i denna uppsats framtoogs av Daft och Lengel (1986) och förklarar under vilka villkor ett specifikt kommunikationsmedium är lämpligt att använda. MRT förutsätter att valet av medium sker rationellt där kommunikationsmediet matchas med nivån av osäkerhet och tvetydighet i den tilltänkta uppgiften. Till uppgifter som anses vara tvetydiga väljs rikare medier som kommunikationsverktyg för att säkerställa att informationsutbytet sker utan risk för missförstånd.

Daft och Lengel (1986) säger vidare att kommunikationskanaler skiljer sig åt i mängden "rik" information de kan överföra. I studien undersöktes och rangordnades kommunikationsmedier utifrån graden av informationsrikedom de innehar. Kommunikationsmediernas rikedom undersöktes genom deras förmåga att (1) ge omedelbar återkoppling, (2) överföra verbala och icke-verbala kommunikationssignaler, (3) ge en känsla av personalisering och (4) simulera ett naturligt språk.

Daft och Lengel (1986) kom i deras studie fram till att det fysiska mötet är det rikaste kommunikationsmediet då det innehar flest egenskaper. Det fysiska mötet möjliggör uttryckandet av visuella gester, ord och ton samt erbjuder omedelbar återkoppling mellan parterna. Det fysiska mötet efterföljs i studien av telefon, e-mail, brev, not, memo, specialrapport och slutligen flygblad. MRT utvecklades före den omfattande användningen av internet som medfört nya effektivare former av kommunikationsmedier och som tillåter fler egenskaper (Levy, Rafaeli och Ariel 2016), därför är en del av de medier MRT behandlar mindre relevanta idag. Däremot är iden om olika mediers informationsrikedom som MRT

grundar sig i fortfarande relevant och applicerbar på nutida medier som granskar kommunikationsmediers effektivitet och informationsöverförbarhet.

I denna uppsats behandlas tre olika former av medier: fysiskt möte, videosamtal och chatt. Studier som gjorts på nyare medier föreslår att videosamtal ligger någonstans mellan telefonsamtal och fysiskt möte i skalan av medierikedom (Kydd, och Ferry 1994). Användandet av videosamtal som kommunikationsmedium ger mindre säker informationsöverföring än personligt möte men tillåter fortfarande avläsandet av kroppsspråk och gester, vilket inte är möjligt vid telefonsamtal där parterna inte kan läsa av visuella signaler.

Snabbmeddelanden som chatt finns inte rankad av Daft och Lengel, men har liknande funktioner som e-mail. Båda innebär skrivna meddelanden genom dator eller mobil som sedan adresseras till en mottagare. Största skillnaden mellan chatt och e-mail är att chatt är en form av snabbmeddelande och sker i verklig tid (Lara, 2005). Detta innebär att väntetiden minskar och forskare menar att snabbmeddelanden därför är en rikare form av kommunikation än e-mail (McQuillen, 2003).

Videosamtal anses vara en rikare form av kommunikationsmedium än chatt. Detta för att det är svårare att anpassa meddelandet i text än vid videosamtal eftersom känslor inte kan överföras i samma utsträckning som vid verbal kommunikation och inga sociala signaler kan heller avläsas (Daft & Lengel, 1986). Ward och Newlands (1998) hävdar vidare att bristen på signaler och gester i textbaserade kommunikation leder till tvetydighet och meningsförlust. Enligt MRT borde det därmed förståelsen av överföringen av informationen vara högre vid videosamtal än vid chatt (Walther och Parks 2002).

2.2.2 Kund- och patientnöjdhet

Kundnöjdhet är en indikator på köpintentioner och kundlojalitet. Kundnöjdhet inom marknadsföring fokuserar på kunders uppfattningar av deras köp eller service och hur väl servicen tillfredsställer deras behov (Farris, Bendle, Pfeifer och Reibstein 2010).

Även patienter kan ses som kunder där deras behov av vård behöver tillfredsställas och deras nöjdhet beror på hur väl de uppfattar servicen och resultatet av deras vårdbesök. Andersson och Sullivan (1993) menar att företags framtida lönsamhet beror på hur nöjda deras kunder är. Faktorn kundnöjdhet ses därför ofta som en nyckelindikator inom företag och en nödvändighet för att ett företag ska lyckas på marknaden.

Många företag inom servicesektorn har under lång tid mätt kundnöjdhet, och under senaste åren har även sjukvården börjat lägga större tonvikt på kundnöjdhet men refereras då till som patientnöjdhet. Att den svenska sjukvården börjat mäta patientnöjdhet beror delvis på att patienter idag inte skiljer på sjukvård och resterande tjänster inom servicesektorn. En annan bidragande faktor är att primärvården i allt större grad privatiserats och gett patienter fler valmöjligheter i sitt vårdval. I och med en öppnare marknad, fler valmöjligheter och nya forum att söka vård, har patienters ställning stärkts. Detta har ökat konkurrensen på marknaden och för att bemöta konkurrensen blir det allt viktigare för vårdgivare att mäta patienters nöjdhet av vården. (Johansson, Oléni och Fridlund, 2002)

När kundnöjdhet diskuteras inom sjukvården benämns den ofta som patientnöjdhet, vilket den även kommer göras i denna uppsats. Woodside, Frey och Daly (1989) definierar patientnöjdhet som en speciell form av konsumentattityd, och som ett efterköps fenomen som återspeglar hur patienten upplevde tjänsten. Detta är definitionen av patientnöjdhet som används i den här studien. Det finns däremot ingen konsensus i litteraturen om vilka faktorer som tillsammans utgör patientnöjdhet (Sizta och Wood, 1997), utan faktorerna som väljs för att mäta patientnöjdhet behöver anpassa efter det fenomen som önskas mätas i specifika studier. Som en grund för att välja faktorer i denna studie för att mäta patientnöjdhet används SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985) och frågor från den nationella patientenkäten (Nationell Patientenkät, 2017).

2.2.3 Faktorer som påverkar patientnöjdhet

SERVQUAL är ett ramverk framtaget av Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985), som har spelat en stor roll för servicetjänster, och har i tidigare forskning applicerats på sjukvården för att mäta patienters nöjdhet (Reidenbach & Sandifer-Smallwood, 1990; Taylor & Cronin, 1994). Faktorerna som undersöks av SERVQUAL är: materiellt, pålitlighet, svarsbenägenhet, försäkrar och empati (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Modellen har begränsningar och behöver justeras efter specifika servicesituationer (Carman, 1990). I denna uppsats studeras primärvården genom experimentella formulär där hypotetiska vårdbesök beskrivs. Detta innebär att faktorn materiellt blir irrelevant i denna studie att undersöka.

Vidare har Sveriges regioner och landsting i samverkan med Nationell Patientenkät undersökt faktorerna: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, kontinuitet och

koordinering, information och kunskap, och slutligen tillgänglighet (Nationell Patientenkät, 2017). Genom en kombination av SERVQUAL, Nationell Patientenkät faktorer som påverkar kommunikation enligt MRT anses följande faktorer vara mest relevanta för att tillsammans mäta patientnöjdhet i denna studie: förtroende, empati, kompetens, tillgänglighet, och kommunikation.

Faktorn information och kunskap i den nationella patientenkäten ersattes i denna studie med faktorn kommunikation, eftersom kommunikation är information som överförs mellan två parter enligt definition av nationalencyklopedin. Enligt Andaleeb (1998) får en patient som inte känner sig ordentligt informerad en sämre vårdupplevelse vilket påverkar patientnöjdhet negativt. Kommunikation är därför en kritisk faktor för att öka kundnöjdheten inom vården. När kommunikationen är bra och informationen mellan patienten och vårdgivaren överförs tydligt minskar patientens osäkerhet och patientnöjdheten ökar därmed (Andaleeb, 1998). Variabeln kommunikation är även en viktig faktor för denna uppsats för att se om teorin bakom MRT påverkar patienters upplevda nöjdhet av vården. Enligt MRT minskar kvalitén på kommunikationen vid kommunikationsmedier med lägre informationsrikedom (Daft & Lengel, 1986). Detta leder fram till den första hypotesen:

H1: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd kommunikation negativt.

Tucker och Adams (2001) forskning avseende kvalitets påverkan på patientnöjdhet kom fram till att tillgänglighet var en av de faktorer som påverkade patientnöjdhet starkast. Faktorn tillgänglighet mäts även i den nationella patientenkäten och avser hur enkelt det är för patienter att få tillgång till vård (Turner and Pol, 1995). De digitala lösningarna bidrar främst med att öka tillgänglighet till vård och anses därför också väsentlig att mäta i denna studie. Detta leder fram till den andra hypotesen:

H2: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd tillgänglighet positivt.

Förtroende spelar en signifikant roll för beslutsprocessen vid e-hälsa (Salo & Karjaluo, 2007). Detta innebär att förtroende blir en viktig faktor när vården digitaliseras och användandet av digitala kommunikationsmedier ökar. I den existerande litteraturen går det att

finna flera olika övertygelser om vilka faktorer som förtroende påverkas av. Den senaste forskningen fokuserar främst på attributen: kompetens, integritet och välvilja som bland annat beskrivs av Luo et al. (2010). Detta leder till att förtroende mäts tillsammans med variablerna välvilja, integritet och kompetens och ger den tredje hypotesen:

H3: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevt förtroende negativt.

Välvilja innebär i denna studie den upplevda välviljan från läkaren som patienten uppfattar. Integritet syftar till vårdgivarens ärlighet och principer att utföra tjänsten på ett sätt som anses acceptabelt av patienten. Slutligen, avser kompetens läkarens förmåga att ge patienten korrekt vård och behandling. När vårdgivarens kompetens uppfattas som hög, ökar också patientens nivå av tillfredsställelse (Andaleeb, 1998). Därför mäts kompetens även som en enskild påverkande faktor och den fjärde hypotesen blir därmed följande:

H4: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd kompetens negativt.

Vikten av att läkare visar medkänsla och empati för patienter har uppmärksammats av bland annat Meryn (1998) och empatisk kommunikationsförmåga är en del av medicinsk utbildning (Comstock, Hooper, Goodwin, & Goodwin, 1982). Nationell Patientenkät mäter emotionellt stöd vilket i denna uppsats ersätts av den likande faktorn empati. Empati definieras i denna uppsats som hur väl patienten upplever att läkaren förstår och accepterar patientens känslor, vilket ger den femte hypotesen:

H5: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd empati negativt.

Slutligen för att svara på huvudfrågan om hur patientnöjdhet påverkas av olika kommunikationsmedier ställs den sista och sjätte hypotesen:

H6: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd patientnöjdhet negativt

2.3 Sammanfattning av hypoteser

Sammanfattning av hypoteser

- H1:** Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd kommunikation negativt.
- H2:** Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd tillgänglighet positivt.
- H3:** Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevt förtroende negativt.
- H4:** Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd kompetens negativt.
- H5:** Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd empati negativt.
- H6:** Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd patientnöjdhet negativt.
-

3. Metod

I följande kapitel presenteras de metoder och mått som använts för att erhålla resultatet i studien. Inledningsvis beskrivs val av metod, följt av studiens utformning och omfattning. Därefter presenteras förstudien efterföljt av huvudstudien. Avslutningsvis i metodkapitlet beskrivs hur resultatet tolkats och studiens tillförlitlighet analyseras i form av reliabilitet och validitet.

3.1 Vetenskapligt tillvägagångssätt

I studien har ett deduktivt tillvägagångssätt valts att användas. En deduktiv ansats innebär att de formulerade hypoteserna härleds utifrån tidigare forskning och teorier som presenterats i uppsatsens kapital teoretiskt ramverk. Ett deduktivt tillvägagångssätt används för att empiriskt kunna testa och utvärdera de formulerade hypoteserna med hjälp av den insamlade data (Bryman & Bell, 2015). Vidare används en kvantitativ metod i studien vilket rekommenderas av Bryman och Bell (2015), för att kunna dra generaliserbara slutsatser och använda statistiska metoder för analys.

För att kunna testa hypoteserna användes metoden sant experiment. Sant experiment innebär att respondenterna behandlas anonymt och slumpmässigt delas in i olika urvalsgrupper. De olika urvalsgrupperna utsätts sedan för olika behandlingar i syfte att kunna göra jämförelser mellan de olika grupperna (Söderlund, 2010). I experimentet beskrivs tre scenarion vilket gav möjligheten att kunna hålla allt konstant förutom den oberoende variabeln, kommunikationsmedium. Förutom denna oberoende variabel utsattes respondenterna för samma behandling och ombads att svara på identiska frågeformulär efter att scenariot presenterats. Detta bidrar till att det med större sannolikhet går att säga att skillnader i patientnöjdheten endast beror på det kommunikationsmedium läkarbesöket skedde genom och inga andra externa faktorer. Distributionen av respondenterna skedde slumpmässigt mellan de tre olika grupperna för att undvika självurval. Denna metod säkerställer jämförbarhet mellan grupperna i experimentet (Söderlund, 2010).

3.2 Studiens design

För att testa de formulerade hypoteserna genomfördes en förstudie och en huvudstudie. Förstudien syftade främst till att se om det scenariobaserade experimentet var trovärdigt och kunde mäta patientnöjdhet på ett tillförlitligt sätt. Dessutom ämnade förstudien till att

kontrollera om enkätens utformning var lättförståelig och lyckades mäta om och hur patientnöjdheten påverkas av den oberoende variabeln, kommunikationsmedium. Utifrån resultatet från förstudien konstruerades huvudstudien där de tre scenarierna och frågeenkäten reviderades något på inrådan av respondenterna. Detta gjordes för att förtydliga vissa formuleringar för att undvika felaktiga tolkningar hos respondenterna i huvudstudien.

3.2.1 Experimentets utformning

Experimentet utfördes genom att respondenterna slumpmässigt delades in tre olika urvalsgrupper. Respektive grupp fick sedan ta del av ett scenario där vårdbesöket antingen skedde på en vårdcentral, genom en applikation via ett videosamtal eller en chattfunktion (se appendix 1). Förutom kommunikationsmediet var de tre olika scenarierbeskrivningarna konstanta för att kunna isolera den oberoende variabeln kommunikationsmedium som ämnades att undersöka. De beskrivna scenarierna utformades i samråd med en läkare för att skapa så verklighetstroga scenarion som möjligt.

Det var viktigt att respondenterna kunde relatera till den valda åkomsten i scenariot och därför valdes nässelutslag eftersom de flesta någon gång i livet har upplevt hudutslag eller eksem. Åkomsten nässelutslag kräver både verbal och visuell beskrivning vid informationsöverföringen mellan patient och läkare, vilket möjliggjorde att det gick att testa om kommunikationsmediernas egenskaper påverkar utfallet av patientnöjdhet.

3.2.2 Utformning av enkät

Enkäten bestod av en kort introduktion, följt av en uppmärksamhetsfråga för att uppmana respondenterna att läsa noggrant. Sedan presenterades scenariobeskrivningen följt av en kontrollfråga om vilket medium vårdbesöket skett genom för att se om respondenten uppfattat scenariot korrekt. Frågan syftade även till att säkerställa att respondenterna hade mediet i åtanke när de besvarade efterföljande frågor angående patientnöjdhet eftersom det var det undersökningen ämnade att undersöka. Enkäten avslutades med ytterligare en kontrollfråga och demografiska frågor. Sektionen angående demografiska frågor placerades sist på inrådan av Bryman och Bell (2015) eftersom dessa frågor kräver mindre fokus och motivation att svara på.

Enkäten i huvudstudien bestod av 22 frågor som hölls så koncisa som möjligt för att inte trötta ut deltagarna och minska risken för att de inte svarar sanningsenligt för att fortare slutföra

enkäten. Frågor som var tvetydiga och dubbelsidiga undveks för att inte riskera att förvirra respondenterna (Bryman & Bell, 2015). Frågorna i enkäten besvarades direkt efter att respondenterna tagit del av scenariot vilket ökar sannolikheten att skillnaden i resultat mellan grupperna endast beror på skillnaderna från scenariobeskrivningarna de utsattes för (Bryman & Bell, 2015).

Ett avgörande designval var utformandet av skala för att mäta attityder gentemot ett specifikt kommunikationsmedium och hur detta påverkar patientnöjdheten. Svartalternativen i enkäten indikerades på en sjugradig intervallskala av Likerts-typ till skillnad från tidigare forskning inom patientnöjdhet där en femgradig skala varit vanligt förekommande. Den sjugradiga skalan valdes för att kunna urskilja mindre avvikelser i respondenternas attityder gentemot fenomenet än en femgradig skala tillåter. Det högsta värdet (7) på skalan och representerade alternativen: instämmer helt, mycket nöjd, helt tillgodosett och mycket troligt. Det lägsta värdet (1) på skalan representerade alternativen: instämmer inte, inte alls nöjd, inte alls och inte alls troligt.

3.3 Förstudie

Syftet med förstudien var att undersöka om det beskrivna scenariot ansågs trovärdigt av deltagarna och lyckades fånga upp det som ämnades undersöka med studien. Förstudien undersökte därför om det fanns signifikanta skillnader i medelvärden mellan urvalsgrupperna. 49 respondenter deltog i förstudien fördelat på fyra grupper med 16-17 respondenter i. Förstudien bestod till skillnad från huvudstudien av fyra urvalsgrupper istället för tre, där den fjärde urvalsgruppen som exkluderades till huvudstudien utsattes för kommunikationsmediet chattfunktion med en smartdator.

Förstudien genomfördes med hjälp av en online enkätundersökning som skapades och distribuerades med verktyget Qualtrics. Enkäten baserades på en sjugradig Likerts skala i enlighet med beskrivningen i avsnitt 3.3.2. Frågeformulären skickades ut till ett bekvämlighetsurval av respondenter och den slumpmässiga fördelningen av respondenter till urvalsgrupperna skedde genom Qualtrics flödesschema. Därefter svarade respondenterna på 31 frågor och undersökningen följde samma upplägg som finns beskrivet i avsnitt 3.2.2.

3.3.1 Behandling och resultat av förstudie

Efter datainsamlingen slutförts gjordes en deskriptiv analys och oberoende t-tester för att jämföra medelvärdesskillnader mellan urvalsgrupperna samt testa deras signifikans. En signifikansnivå på fem procent valdes. Alla svar i förstudien var fullständiga och därför kunde samtliga 49 svar tas med i analysen. Förstudien bestod av 38,8 % män och 61,2 % kvinnor i åldrarna 18-65 år.

Från analysen kunde frågor exkluderas till huvudstudien då det var tydligt att likartade frågeformuleringar gav samma utfall och ansågs därför inte nödvändiga att ta med till huvudstudien. Dessa frågor exkluderades också på grund av respons från deltagarna att enkätundersökningen tog lång tid att slutföra, vilket ledde till minskad motivation att svara på hela enkäten. Vidare exkluderades frågor angående dimensionen moral eftersom denna dimension främst ansågs relevant att mäta i urvalsgrupp fyra. Urvalsgrupp fyra exkluderades främst till följd av att endast marginella och inga signifikanta medelvärdesskillnader kunde observeras mellan urvalsgrupp fyra som utsattes för chattfunktionen med smartdator och urvalsgrupp tre som träffade en läkare via en chattfunktion. Utifrån rekommendationer korregerades även scenariobeskrivningen något för att bättre kunna mäta faktorn tillgänglighet som är en avgörande faktor för den upplevda patientnöjdheten.

3.4 Huvudstudie

Förstudiens utformning och resultat användes som utgångspunkt till huvudstudien och genomfördes liksom förstudien med hjälp av enkätverktyget Qualtrics (se Appendix 1 & 2). Studiens design finns beskrivet i avsnitt 3.2. I huvudstudien deltog 238 respondenter varav 9 svar exkluderades från analysen då de inte besvarat kontrollfrågorna korrekt eller slutfört hela enkäten. I undersökningen delades respondenterna in slumpmässigt i urvalsgrupperna ett till tre med hjälp av flödesverktyget i Qualtrics. Efter att ha slutfört datainsamlingen exporterades data från Qualtrics till statistikprogrammet SPSS (version 25) för att analysera resultatet av studien.

För att kunna genomföra analysen skapades index från flerfrågemåtten för att kunna jämföra medelvärdesskillnaderna mellan urvalsgrupperna. För att säkerställa att dessa flerfrågemått tillsammans skapade variabeln som önskades mätas genomfördes Cronbachs alfas test för att kontrollera reliabiliteten. Därefter genomfördes oberoende t-tester för att kunna jämföra medelvärdena och säkerställa att eventuella medelvärdesskillnader inte berodde på slumpen

utan var signifikanta. Slutligen testades hypoteserna (H1-H6) för att antingen förkasta eller inte förkasta dem.

Samtliga urvalsgrupper innehöll fler än 30 respondenter och antagande om normalfördelning kunde därför göras. Signifikansnivån sattes till fem procent.

3.4.1 Prövning av H1

För att mäta medelvärdesskillnader mellan urvalsgruppernas upplevda kommunikation med läkaren genom mediet utformades ett flerfrågemått. Två frågor som tillsammans ämnade att mäta variabeln kommunikation skapade ett index. Valet att skapa flerfrågemått gjordes för att fånga in hela variabeln i svarsalternativen i undersökningen (Söderlund, 2005). Frågorna som formulerades var baserade på Nationell Patientenkäts frågeställningar med stöd från MRT.

3.4.2 Prövning av H2

För att pröva om hypotesen att kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar tillgänglighet positivt skapades ett index bestående av två frågeställningar. Frågeställningarna var tagna från den nationella patientenkäten och reviderades för att passa scenariobeskrivningarna.

3.4.2 Prövning av H3

För att pröva hypotesen angående att kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar förtroende negativt sammansattes ett index bestående av de tre variablerna integritet, välvilja och kompetens som enligt Luo et al. (2010) tillsammans utgör faktorn förtroende. Dessa tre variabler som tillsammans utgör förtroende bestod var flerfrågemått som bestod av modifierade frågor från Guo, Zhang och Sun (2014) artikel.

3.4.4 Prövning av H4

För att testa patienters upplevda kompetens av läkaren gjordes ett index av frågeställningar hämtade ur SERVQUAL som översattes till svenska.

3.4.5 Prövning av H5

För prövning av H5 sammansattes ett index för variabeln empati bestående av två frågeställningar. Frågeställningarna för att mäta empati var formulerade efter definitionen av begreppet och utifrån SERVQUAL.

3.4.6 Prövning av H6

Prövning av H6 skedde genom att skapa ett index av de fem faktorer som finns beskrivna i avsnittet teoretiskt ramverket och tillsammans utgör faktorn patientnöjdhet. Dessa fem faktorer består i sin tur av flerfrågemått och för att säkerställa att faktorerna som mätts faktiskt tillsammans skapar indexet har detta index testats mot respondenternas svar på frågan "Hur upplever du den vård/behandling du fick av dr Johansson?". Detta för att kunna säkerställa studiens kvalitet.

3.5 Reliabilitet och validitet

I följande avsnitt mäts studiens tillförlitlighet genom reliabilitet och validitetskontroll.

3.5.1 Reliabilitet

Studiens reliabilitet säkerställdes genom att använda tidigare beprövade frågeställningar som godkänts i akademiska studier kombinerat med frågor som använts i den nationella patientenkäten. En studies reliabilitet bedöms av huruvida den är möjlig att upprepa och få samma resultat (Bryman & Bell, 2015), därför krävs det att studiens upprepas flertalet gånger så resultaten kan jämföras. Detta var inte möjligt att göra i denna studie då tid var en begränsning och därför användes istället Cronbach alfa för att mäta studiens reliabilitet.

För att mäta de faktorer som tillsammans utgjorde patientnöjdhet användes flerfrågemått för att fånga in hela variabeln i svarsalternativet i undersökningen (Söderlund, 2005). Svaren indikerades på en sjugradig intervallskala av Likert-typ och slogs sedan samman till ett index. Därefter mättes Cronbachs alfa för samtliga index i respektive urvalgrupper och ett medelvärde från urvalsgrupperna beräknades (se Appendix 3). Detta styrker studiens reliabilitet ytterligare då samtliga värden ligger inom intervallet 0,70-0,95 som brukar betraktas som de gränsvärden för vad som är ett bra värde på alfa (Tavakol & Dennick, 2011).

3.5.2 Validitet

Studiens validitet mäts för att säkerställa att studien mäter det fenomen den har i avsikt att undersöka, och delas upp i intern och extern validitet (Bryman & Bell, 2015).

3.5.2.1 Intern validitet

Intern validitet uppnås i studien när den oberoende variabeln har en kausal effekt på den beroende variabeln, och inte på grund av någon förändring utanför studiens gränser (Bryman & Bell, 2015). Intern validitet uppnås därför när de går att se att förändringar i den beroende

variabeln (patientnöjdhet och underliggande faktorer) orsakas till följd av förändringar i den oberoende variabeln (kommunikationsmedium). I denna studie vidtogs flertalet åtgärder för att säkerställa att intern validitet uppnås.

För att kunna isolera den oberoende variabelns effekt på den beroende utfördes ett scenariobaserat experiment där allting hölls konstant förutom valet av kommunikationsmedium. Genom att låta respondenterna ta del av en frågeenkät direkt efter exponeringen av scenariot kunde denna mätning göras. För att säkerställa scenariots trovärdighet och att frågorna lyckades mäta patientnöjdhet utvecklades scenariot i samråd med en läkare och respons från förstudien. För att skapa större bredd i faktorerna som önskades att undersöka användes flerfrågemått.

Eftersom studien distribuerades online kunde det inte kontrolleras om respondenterna utsattes för externa påverkande faktorer medan de svarade på enkätundersökningen. För att öka svarens validitet konstruerades därför först en uppmärksamhetsfråga som uppmanade deltagarna i studien att läsa noggrant innan de tog del av scenariot. Efter exponeringen av scenariot ställdes en kontrollfråga angående vilket kommunikationsmedium de varit i kontakt med sjukvården genom. Detta för att säkerställa att respondenterna blivit uppmärksammade på den oberoende variabeln och hade denna i åtanke när de besvarade enkätfrågorna. Enkäten avslutades också med en kontrollfråga för att säkerställa kvaliteten i svaren.

Ytterligare en riskfaktor som kan påverka den interna validiteten var att deltagarna i studien skulle ange svar som uppfattas korrekta. Därför fick inte deltagarna veta att de deltog i en experimentell studie och att det fanns andra scenarion som de inte fick ta del av. Detta skulle kunnat leda till att de gjort en jämförelse mellan scenarierna och påverkat resultatet. Validiteten i studien styrktes ytterligare av att respondenterna inte själva fick välja vilken urvalsgrupp de ville tillhöra för att undvika självurval bias (Bryman & Bell, 2015), denna problematik löstes genom att använda enkätjänsten Qualtrics slumpgenerator.

3.5.2.1 Extern validitet

Extern validitet uppnås när studiens resultat är generaliserbart utanför forskningsområdet för studien (Bryman & Bell, 2015). Därför finns flertalet externa validitets begränsningar i arbetet. En problematik som finns är om urvalet till studien kan anses vara tillräckligt stort och representativt för populationen som valts. Åldersspannet 18-65 år kan också diskuteras ur en

validitetssynpunkt då det inte går att säkerställa att urvalet är representativt för den svenska befolkningen i det breda åldersspannet. Den externa validiteten hade ökat i studien med ett större urval, men detta var inte möjligt till följd av tids och resursbegränsningar. Däremot behöver detta inte vara en sådan stor nackdel eftersom det är individers underliggande attityder som ämnades att undersökas som alla besitter och urvalet kan därmed bedömas rimligt att representera den tänkta populationen.

4 Resultat

I detta kapitel kommer resultatet från huvudstudien att presenteras samt individuella tester på de olika variablerna. Sist presenteras en sammanställning av hypoteserna och dess utfall.

4.1 Resultat av huvudstudie

Huvudstudien bestod av 238 respondenter varav endast 229 svar togs med i analysen då sju av respondenterna inte svarat på hela enkäten och två respondenter besvarat den sista kontrollfrågan felaktigt. Det kan antas att de två respondenter som besvarat den sista kontrollfrågan felaktigt inte har läst scenariot noggrant och därför inte heller besvarat enkäten sanningsenligt. Respondenterna fördelades slumpmässigt mellan tre urvalsgrupper och hade en ålder mellan 18-65 år, 44,1% var män och 55,9% var kvinnor.

Tabell 1: Visar deskriptiv data för de tre urvalsgrupperna i studien

Scenariogrupp	Medium	Respondenter (st)	Män (%)	Kvinnor (%)	Medelålder (år)
Grupp 1	Fysiskt	75	42,20	57,30	28,85
Grupp 2	Videosamtal	78	42,30	57,70	28,99
Grupp 3	Chattfunktion	76	47,40	57,30	29,80
Total		229	44,10	55,90	29,21

Samtliga grupper hade över 30 respondenter vilket möjliggjorde att normalfördelning kan antas och en signifikansnivå på fem procent användes i samtliga tester. För att genomföra hypotesprövningen jämfördes medelvärdesskillnader. För att säkerställa att eventuella skillnader i medelvärden inte beror av slumpen utan kan förväntas genomgå hela populationen genomfördes oberoende t-tester för att testa signifikansen.

4.2.1 Kommunikation

För att kunna genomföra hypotesprövning av H1 skapades ett index för de två variabler som tillsammans mäter kommunikation:

$$Kommunikation = \frac{K1_Tydlighet + K2_Missförstånd}{2}$$

Därefter togs medelvärden fram för variabeln kommunikation för att kunna jämföra dem mellan urvalsgrupperna. Värdena från analysen återfinns nedan i tabellen.

Tabell 2: Visar hur faktorn kommunikation uppfattas i respektive kommunikationsmedium

Medium	Medelvärde	Standardavvikelse	Antal
Fysiskt	6,367	0,946	75
Video	4,686	1,219	78
Chatt	3,316	1,262	76

Tabell 3: Oberoende t-test som visar p-värdet för skillnad i medelvärdena för faktorn kommunikation för respektive kommunikationsmedium

Medium	P-värde
Fysiskt vs. Video	0,000*
Fysiskt vs. Chatt	0,000*
Video vs. Chatt	0,000*

*p<0.05, ensidigt test

Resultatet från analysen som presenteras i tabell 3 ger stöd för följande tolkning av H1:

Vid användning av kommunikationsmedium med lägre informations rikedom uppfattas det svårare att kommunicera med tydlighet och utan missförstånd med läkaren. Det vill säga, patienter upplever att det är lättare att kommunicera med en läkare utan att missförstånd uppstår vid ett personligt möte än när onlinetjänster används. Den upplevda möjligheten att

kommunicera sjunker ytterligare mellan videosamtal till chatt. Resultatet är signifikant på 5 procent nivå. Data ger därför stöd för H1: Kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom påverkar upplevd kommunikation negativt. Hypotesen förkastas därför inte.

4.2.2 Tillgänglighet

För att kunna genomföra hypotesprövning av H2 skapades ett index för de två variabler som tillsammans mäter tillgänglighet:

$$Tillgänglighet = \frac{T1_Lättillgänglighet + T2_Enkelhet}{2}$$

Medelvärdena togs sedan fram för variabeln tillgänglighet för att kunna genomföra en jämförelse mellan urvalsgrupperna.

Tabell 4: Visar hur faktorn tillgänglighet uppfattas i respektive kommunikationsmedium

Medium	Medelvärde	Standardavvikelse	Antal
Fysiskt	4,733	0,949	75
Video	6,448	0,792	78
Chatt	6,480	0,690	76

För faktorn tillgänglighet ökar medelvärdena när kommunikationsmediernas rikedom minskar. Detta stödjer H2, men för att se om skillnaderna är signifikanta genomfördes oberoende t-tester.

Tabell 5: Oberoende t-test som visar p-värdet för skillnad i medelvärdena för faktorn tillgänglighet för respektive kommunikationsmedium

Medium	P-värde
Fysiskt vs. Video	0,000*
Fysiskt vs. Chatt	0,000*
Video vs. Chatt	0,792*

*p<0.05, ensidigt test

Resultatet från analysen som presenteras i tabell 5 ger stöd för följande tolkning av H2:

Skillnader i medelvärdet är endast signifikanta mellan fysiska möten och digitala kommunikationsmedel (videosamtal och chattfunktion). För skillnader i medelvärden mellan

videosamtal och chattfunktion är medelvärdena inte signifikanta. Detta innebär att den upplevda tillgängligheten endast ökar när patienter använder digitala tjänster istället för att fysiskt besöka en vårdcentral. Däremot upplever patienter ingen skillnad av tillgänglighet mellan de digitala tjänsterna videosamtal och chattfunktion. Data ger därför inte stöd för H2: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd tillgänglighet positivt. Hypotesen förkastas därför.

4.2.3 Förtroende

För att genomföra hypotesprövningen för H3 skapades ett index som består av variablerna integritet, välvilja och kompetens. Tillsammans utgör variablerna indexet förtroende:

$$\text{Förtroende} = \frac{\text{Integritet} + \text{Välvilja} + \text{Kompetens}}{3}$$

Tabell 6: Visar hur faktorn förtroende uppfattas i respektive kommunikationsmedium

Medium	Medelvärde	Standardavvikelse	Antal
Fysiskt	6,110	1,262	75
Video	5,409	1,123	78
Chatt	4,906	1,135	76

Tabell 7: Oberoende t-test som visar p-värdet för skillnad i medelvärdena för faktorn förtroende för respektive kommunikationsmedium

Medium	P-värde
Fysiskt vs. Video	0,000*
Fysiskt vs. Chatt	0,000*
Video vs. Chatt	0,060*

*p<0.05, ensidigt test

Resultatet från analysen som presenteras i tabell 7 ger stöd för följande tolkning av H3:

Medelvärdena minskar när kommunikationsmediernas rikedom minskar och det ger därmed stöd för H3. Vidare är alla skillnader i medelvärdena även signifikanta. För fysiskt möte mot de digitala medierna är skillnaderna väldigt starkt signifikanta då $p < 0,05$ och för skillnader i medelvärde mellan video och chatt är dem starkt signifikant men inte väldigt starkt då $p > 0,05$ men under 0,1. Detta innebär att patienter upplever att förtroendet för läkaren minskar vid användandet av kommunikationsmedier med lägre rikedom. Data ger därför stöd för H3:

Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevt förtroende negativt. Hypotesen förkastas därför inte.

4.2.4 Kompetens

För att kunna genomföra hypotesprövningen skapades ett index för de två variabler som tillsammans mäter kompetens:

$$Kompetens = \frac{KOMP1_Kompetent + KOMP2_Erfarenhet}{2}$$

Tabell 8: Visar hur faktorn kompetens uppfattas i respektive kommunikationsmedium

Medium	Medelvärde	Standardavvikelse	Antal
Fysiskt	6,233	1,316	75
Video	5,756	1,276	78
Chatt	5,224	1,350	76

Tabell 9: Oberoende t-test som visar p-värdet för skillnad i medelvärdena för faktorn kompetens för respektive kommunikationsmedium

Medium	P-värde
Fysiskt vs. Video	0,024*
Fysiskt vs. Chatt	0,000*
Video vs. Chatt	0,013*

*p<0.05, ensidigt test

Resultatet från analysen som presenteras i tabell 9 ger stöd för följande tolkning av H4:

Medelvärdena minskar när kommunikationsmediernas rikedom minskar och ger därmed stöd för H4. Vidare är skillnader i medelvärdena mellan olika kommunikationsmedier starkt signifikanta. Detta innebär att patienter upplever att läkarens kompetens minskar vid användandet av kommunikationsmedier med lägre rikedom trots att urvalsgrupperna får identisk behandling utöver den oberoende variabeln. Data ger därför stöd för H4: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd kompetens negativt. Hypotesen förkastas därför inte.

4.2.5 Empati

För att kunna genomföra hypotesprövningen skapades ett index för de två variabler som mätte empati:

$$Empati = \frac{E1_Känsломässigtstöd + E2_FörståKänslor}{2}$$

Tabell 10: Visar hur faktorn empati uppfattas i respektive kommunikationsmedium

Medium	Medelvärde	Standardavvikelse	Antal
Fysiskt	5,800	1,402	75
Video	3,968	1,132	78
Chatt	2,566	1,159	76

Tabell 11: Oberoende t-test som visar p-värdet för skillnad i medelvärdena för faktorn empati för respektive kommunikationsmedium

Medium	P-värde
Fysiskt vs. Video	0,000*
Fysiskt vs. Chatt	0,000*
Video vs. Chatt	0,000*

*p<0.05, ensidigt test

Resultatet från analysen som presenteras i tabell 11 ger stöd för följande tolkning av H5:

Medelvärdena är lägre för kommunikationsmedier som anses vara mindre rika. Detta innebär att patienter upplever lägre förmåga av empati hos läkaren när kommunikationsmedier med lägre rikedom används. Skillnaderna i medelvärdena för kommunikationsmedierna är dessutom alla starkt signifikanta. Data ger därmed stöd för H5: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd empati negativt. Hypotesen förkastas därför inte.

4.2.6 Patientnöjdhet

Patientnöjdhet mättes som ett index av faktorerna empati, förtroende, kompetens och tillgänglighet. H6 ställs för att kunna besvara huvudfrågan "Hur påverkas patientnöjdheten av olika kommunikationsmedium som innehar olika egenskaper?". Om hypotesen stöds innebär det att patientnöjdheten påverkas negativt av kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom.

$$\text{Patientnöjdhet} = \frac{\text{Kommunikation} + \text{Tillgänglighet} + \text{Förtroende} + \text{Kompetens} + \text{Empati}}{5}$$

Tabell 12: Visar hur patientnöjdhet uppfattas i respektive kommunikationsmedium

Medium	Medelvärde	Standardavvikelse	Antal
Fysiskt	5,960	1,606	75
Video	5,615	1,312	78
Chatt	4,895	1,546	76

Tabell 13: Oberoende t-test som visar om p-värdet för skillnad i medelvärden för patientnöjdhet för respektive kommunikationsmedium

Medium	P-värde
Fysiskt vs. Video	0,149*
Fysiskt vs. Chatt	0,000*
Video vs. Chatt	0,002*

*p<0.05, ensidigt test

Resultatet från analysen som presenteras i tabell 13 ger stöd för följande tolkning av H6:

Medelvärdena sjunker när kommunikationskanalerna informationsrikedom sjunker, vilket stödjer H6. Vidare är skillnaderna i medelvärdena starkt signifikanta mellan kommunikationsmedierna då $p > 0.1$. Detta innebär att patientnöjdheten sjunker när patienter använder kommunikationsmedier med lägre informationsrikedom. Datan ger därför stöd för H6: Kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd patientnöjdhet negativt. Hypotesen förkastas därmed inte.

4.3 Sammanfattning av resultat

Hypotes	Resultat	Tolkning
H1	Förkastas inte	Empiri stöder att kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom påverkar upplevd kommunikation negativt.
H2	Förkastas	Det finns inte tillräckligt med empiriskt stöd för att kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom påverkar upplevd tillgänglighet positivt.
H3	Förkastas	Empiri stödjer att kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom

	inte	påverkar upplevt förtroende negativt.
H4	Förkastas inte	Empiri stödjer att kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom påverkar upplevd kompetens negativt.
H5	Förkastas inte	Empiri stödjer att kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom påverkar upplevd empati negativt.
H6	Förkastas inte	Empiri stödjer att kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom påverkar upplevd patientnöjdhet negativt.

5 Diskussion och implikationer

I uppsatsen teoretiska ramverk presenteras bakomliggande teorier som ledde fram till uppsatsen hypoteser och testades under resultat. Studiens syfte var att undersöka hur valet av kommunikationsmedium påverkar patientnöjdheten och förklara detta fenomen. I följande kapitel kommer därför en diskussion föras kring resultatet och återknytas till det teoretiska ramverket. Vidare diskuteras även huruvida fenomenet är applicerbart på andra så kallade kvalificerade tjänster utanför sjukvården. Avslutningsvis presenteras även förslag på fortsatt forskning samt hur denna studien skulle kunna förbättras.

5.1 Påverkande faktorer som driver upplevd patientnöjdhet

Empiri stöder att kommunikationsmedium med lägre informations rikedom påverkar upplevd kommunikation negativt. Resultatet från H1 visar i linje med MRT (Daft & Lengel, 1986) att kommunikationen upplevs tydligare och att risken för missförstånd minskar vid kommunikationsmedium med högre informationsrikedom, så som ett fysiskt möte. MRT menar att uppgifter som anses vara osäkra eller viktiga för individer matchas bäst med ett kommunikationsmedium som innehar många egenskaper för att informationen ska kunna överföras säkert. Resultatet visar på att sjukvård är en sådan uppgift som patienter anser kräva tydlig kommunikation då personligt vårdmöte gav högst medelvärde för faktorn.

Vidare visar resultatet på att patienter inte känner sig lika trygga när kommunikationen skedde via digitala medier. Denna skillnad uppstod trots att läkarbesökets utformning hölls konstant i samtliga scenarion. Videosamtal och fysiskt möte har mer gemensamma egenskaper än videosamtal och chatt. Enligt MRT hade det därför kunnat förväntas att medelvärdesskillnaderna skulle vara mindre mellan de två förstnämnda medierna. Resultatet

från experimentet visade däremot att differensen mellan fysiskt möte och videosamtal var större än mellan videosamtal och chattfunktion. Detta tyder på att det inte endast är antal egenskaper hos respektive medium som påverkar den upplevda kommunikationen. Denna motstridighet mot MRT kan förklaras av att det kan finnas bakomliggande attityder mot de olika digitala medierna.

I resultatet för H2 förkastas hypotesen att kommunikationsmedier med lägre informationsrikedom skulle påverka tillgänglighet positivt. Enligt resultatet ökar inte chattfunktionen den upplevda tillgängligheten mer än videosamtal. Detta antyder att patienter inte upplever att det är någon skillnad på tillgänglighet av de digitala medierna videosamtal och chatt. Vidare finns belägg för att H2 stöds till viss grad då upplevd tillgänglighet ökar mellan fysiskt möte och de digitala tjänsterna. Resultatet kan anses vara väntat eftersom de digitala medierna bidrar med samma tillgänglighet genom applikationerna i praktiken, vilket bekräftas i studien då inga signifikanta skillnader finns i medelvärdet mellan de digitala tjänsterna.

Resultatet från H3 visar på att patienter upplever lägre förtroende för läkaren när de använder sig av kommunikationsmedier med lägre informationsrikedom. Detta innebär att patienter upplever det svårare att känna förtroende för en läkare om de kommunicerar genom videosamtal än vid fysiskt möte och ännu svårare genom chattfunktion. I enlighet med Salo och Karjaluto (2007) påvisar detta att förtroendeskapande är extremt viktigt för att kunna tillfredsställa patienter genom digitala kanaler. Om inte patienter kan känna förtroende för sin läkare kan det leda till att patienter inte vågar delge lika mycket om sina symptom om de känner att det inskränker på deras integritet. Detta kan leda till en försämrad värdehandling om inte läkaren får tillräckligt med information om sjukdomen eller åkomman för att tillämpa rätt behandling. Enligt resultatet från denna studie skulle det innebära att för en lyckad implementering av e-hälsa i hela Sverige krävs det att applikationerna lägger stor vikt på att patienterna ska känna att de upplever förtroende för läkaren och kommunikationsmediet.

Kompetensen upplevs som lägre hos läkaren när patienter använder sig av digitala kommunikationsmedier istället för att besöka en vårdcentral, vilket också leder till minskat förtroende. Patienter upplever läkarens kompetens som lägst när chatt används och som högst vid fysiskt möte. Det blir svårare för patienter att uppfatta läkarens kompetens när digitala

kommunikationsmedier används och kompetensen ifrågasätts därför och patientnöjdheten minskar som påföljd i enlighet med Andaleeb (1998).

För faktorn empati är differensen mellan medelvärdena som störst. Detta tyder på att den upplevda empatin påverkas mycket av vilken kommunikationsmedium som används. Empatin sjunker när kommunikationsmedium med lägre informationsrikedom används. Den upplevda empatin genom chattfunktion skiljer sig mycket åt från den upplevda empatin vid fysiskt besök på vårdcentralen. Om empati anses vara en viktig faktor av patienten hade det kunnat resultera till att patienten inte väljer att använda sig av digitala medier för vårdbesök då de inte upplever att de kan få tillräckligt med emotionellt stöd vilket uppmärksammas i studien av Meryn (1998).

Patientnöjdhet kan antas vara en kvalificerad tjänst vilket enligt MRT (Daft & Lengel, 1986) innebär att kommunikationsmedium med hög informationsrikedom krävs. Alla underfaktorer förutom tillgänglighet påverkar den upplevda patientnöjdheten negativt när kommunikationsmedier med lägre antal egenskaper eller rikedom används. Detta leder till att den totala patientnöjdheten påverkas negativt av kommunikationsmedier med lägre rikedom. Tillgänglighet är den enda faktorn som påverkar de digitala medierna positivt i jämförelse med det fysiska besöket. Om det antas att patienter väljer det kommunikationsmedel där de upplever högst patientnöjdhet, skulle alla välja fysiskt möte. Om Tucker och Adams (2001) slutsatser däremot stämmer att tillgänglighet är den mest påverkande faktorn skulle det kunna innebära att patienter väljer att använda sig av digitala kommunikationsmedier trots att de ger en lägre patientnöjdhet än fysiskt möte. Om SKL och regeringen vill locka patienter till att använda sig mer av de digitala tjänsterna borde de enligt denna studie försöka hitta ett sätt att höja patientens upplevelse av faktorerna kompetens, empati och förtroende för läkaren. Denna studie tyder därmed på att den mest drivande faktorn som för att en kvalificerad tjänst som traditionellt krävt fysiskt möte kan ersättas av digitala medier med lägre informationsrikedom är tillgänglighet.

5.2 Slutsatser av diskussion och svar på forskningsfrågan

Patientnöjdhet påverkas negativt när kommunikationsmedium av lägre grad av informationsrikedom används. Den upplevda patientnöjdheten är starkast vid ett personligt bemötande och minskar sedan när patienter använder sig av videosamtal och minskat ytterligare vid användning av chattfunktion där informationsöverföringens säkerhet är lägst. Patienter upplever att risken för missförstånd ökar när digitala medier tillämpas. Tillgängligheten ökar däremot med digitala tjänster vilket påverkar patientnöjdheten positivt, men mellan digitala lösningar upplevs ingen skillnad i tillgänglighet. Patienter upplever att läkaren inger lägre grad av förtroende, kompetens och empati vid användning av videosamtal och ytterligare vid chatt. Detta trots att patienterna har utsatts för samma behandling av läkaren i scenarierna. Detta leder till slutsatsen att konsumenter av kvalificerade tjänster, så som sjukvård ej går att tillfredsställa genom digitala lösningar trots att de i praktiken kan få exakt samma hjälp och trots att tillgänglighet till vård ökar.

5.3 Förslag till vidare forskning

Resultatet från denna studie visar att patienter upplever patientnöjdheten som lägre vid användning av digitala medier. Detta testades genom olika scenarion som skickades ut som enkäter. Förslag till vidare forskning är undersöka påverkan på patientnöjdheten av olika kommunikationsmedier med praktiska experiment där patienter får svara på samma enkät efter sitt vårdbesök hos vårdcentralen eller genom videosamtal eller chatt. Genom en mer omfattande studie och genom att praktiskt utföra experimentet går det med mer säkerhet säkerhetsställa hur patientnöjdheten påverkas av olika kommunikationsmedier. Ytterligare förslag till forskning är att undersöka andra sjukdomar eller åkommor för att tillförsäkra att den upplevda patientnöjdheten inte berodde endas på den valda åkomman. I denna studie valdes att faktorerna kommunikation, tillgänglighet, förtroende, kompetens och välvilja för att mäta patientnöjdhet. Det finns ingen konsensus inom litteraturen för vilka faktorer patientnöjdhet består av och det hade därmed varit intressant att undersöka hur patientnöjdheten påverkas av olika kommunikationsmedier beroende på andra faktorer. Förhoppningen för denna uppsats var även att kunna se vad som avgjorde att en kvalificerad tjänst som traditionellt krävt fysiskt möte skulle kunna ersättas med ett digitalt medium. Utifrån resultatet tydde det på att tillgänglighet var den mest bidragande faktorn för att digitala medier skulle kunna ersätta fysiska. För att vidare undersöka vilka faktorer som påverkar denna trend hade andra kvalificerade tjänster kunnat undersökas.

5.4 Praktisk tillämpning

Trots att forskningen på området inte ännu är komplett bör man ta riskerna i åtanke med att gå för fort fram med digitaliseringen i sjukvården då patienters upplevda nöjdhet med sjukvården minskar i och med denna förändring. Detta innebär också att upplevd kvalitet på den svenska sjukvården sjunker. Samma trend går att se i andra branscher som exempelvis banksektorn. Detta bör även vara åtanke i sjukvården när digitala lösningar implementeras ur ett effektiviserings syfte. Faktorn empati skiljde sig mest åt mellan de olika kommunikationsmedierna, vilket bör tas i åtanke vid när digitala medier utvecklas för sjukvården. För att öka patientnöjdheten i de digitala medierna behöver det finnas möjlighet för patienter att uppleva faktorer som empati, kompetens, förtroende och kommunikation högre hos läkaren.

5.5 Studiens begränsningar

I avsnittet diskuteras begränsningar som kan ha påverkat studiens tillförlitlighet. Begränsningarna delas upp i teoretiska begränsningar, metodbegränsningar och databegränsningar.

5.5.1 Teoretiska begränsningar

På grund av den begränsade forskningen rörande den digitala utvecklingens påverkan på patientnöjdhet inom sjukvården har denna studie en del teoretiska tillkortakommanden. Paralleller har dragits mellan forskningsområdet kommunikationsmedium och forskning som utforskar patientnöjdhet. Tidigare studier har applicerat MRT på sjukvården men inte ur syftet att undersöka kommunikationsmediums påverkan på patientnöjdhet och därför har en del nödvändiga antaganden gjorts i studien. Vidare har ytterligare antaganden gjorts angående kommunikationsmedierna då MRT framtoogs innan de digitala medierna videosamtal och chatt fanns. Däremot finns medier beskrivna i denna teori som är direkt applicerbara på dessa två medier då de innehar samma egenskaper som de beskrivna.

Vidare har flera forskningar och undersökningar sammanfogats för att kunna ta fram de faktorer som påverkar upplevd patientnöjdhet. Faktorerna som valts är mätbara i samtliga kommunikationsmedier, vilket möjliggör att patientnöjdheten kan jämföras mellan urvalsgrupperna. Därför kan patientnöjdheten när den mäts, från en kritisk synpunkt tolkas som förhållandevis godtycklig.

5.6.2 Metodbegränsningar

I denna studie användes ett experimentellt kvantitativt angreppssätt för att mäta hur kommunikationsmedium påverkar upplevd patientnöjdhet. Den största begränsningen i den experimentella ansatsen var att formulera scenarion som kunde uppfattas trovärdiga i samtliga medier utan att ändra någon annan variabel än kommunikationsmediet. Scenarierna hölls konstanta genom att simulera identiska upplevelser och behandlingar. Genom att hålla allt konstant förutom mediet kunde kommunikationsmediets påverkan på patientnöjdhet isoleras. Det går dock inte helt att isolera faktorn eftersom det finns en risk att respondenternas tidigare erfarenheter och attityder mot digitala medier och sjukvården påverkar svaren. Eftersom det inte är möjligt att fånga upp alla faktorer som påverkar patientnöjdhet i scenarierna utan att trötta ut respondenterna hade studien blivit mer tillförlitlig genom att samla in data från patienter direkt efter faktiska vårdbesök i de olika medierna.

Enkätfrågorna som deltagarna i studien ombads svara på var identiska i alla urvalsgrupper för att inte olika frågeformuleringar skulle påverka svaren. En begränsning i detta var att frågorna behövde anpassas för att formuleringarna skulle passa till samtliga scenarion. Detta ledde till att frågorna inte kunde skräddarsys till scenarierna vilket kan ha riskerat att en del frågor blev mer tydliga än om frågorna hade anpassats. Att inte fråga patienter efter deras faktiska vårdbesök utan att ha scenariobeskrivningar istället medför även begränsningar i form av att det verkligen går att säkerställa trovärdigheten. Det är inte helt säkert att respondenterna svarat samma efter ett verkligt scenario som efter scenariobeskrivningen. Detta leder till att resultaten bara blir hypotetiska och kan visa en tendens men kan inte visa med full säkerhet vad faktiska resultatet hade blivit.

5.6.3 Databegränsningar

Då förstudien bestod av 49 respondenter fördelat på tre grupper behövdes antagandet om normalfördelning göras då inte urvalsgrupperna bestod av över 30 respondenter. Deltagarna i förstudien deltog även i huvudstudien och dessa respondenter visste därför vad studien handlade om och kan ha haft inverkan på deras svar i huvudstudien och påverkat resultatet. Däremot stärktes detta upp av ett förhållandevis stort antal respondenter (238 stycken) i huvudstudien fördelat på tre urvalsgrupper och begränsade problematiken.

Avslutningsvis kan det också diskuteras huruvida de stickprov som gjordes kan antas vara representativa för den gällande populationen, svenska befolkningen (ålder 18–65 år). Urvalet

var till en viss del ett bekvämlighetsurval och begränsades till människor författarna av uppsatsen direkt eller indirekt har en relation till spritt över Sverige. Det slumpartade valet in i urvalsgrupper kan argumenteras ha gjort att problemet har kringgåts och eftersom attityder har undersökts kan det också vidare argumenteras för att dessa individer är representativa för populationen.

6 Källförteckning

Bryman, Alan & Bell, Emma. (2015). *Business Research Methods* (4th Ed). Oxford University Press, USA.

Andaleeb, S. Syed. (1988). Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals: A Managerial Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11 No. 6, pp. 181-187.

BCG. (2018). Lever svensk hälso- och sjukvård på lånad tid? Framtidens krav på sjukvårdens ledning och styrning.

Carmen, M. James. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: an Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, Vol. 66, No. 1, pp 33-55.

Cronin, Jr. Joseph & Taylor, A. Steven. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *The Journal of Marketing*, Vol. 56, No. 3, pp. 55-68.

Daft, Richard & H. Lengel, Robert. (1986). Organizational Information Requirements, Media Richness and Structural Design. *Management Science*, Vol. 32, No. 5, pp 554-571.

Farris, Paul W; bendle, Neil T; Pfeifer, Phillip E; Reibstein, David J. (2010). *Marketing Metrics: The Definitive Guide to Measuring Marketing Performance*. (2nd Ed). Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey

Guo, Xitong & Zhang, Xiaofei & Sun, Yongqiang. (2015). The Privacy-Personalization Paradox in mHealth Services Acceptance of Different Age Groups. *Electronic Commerce Research and Applications*. Vol. 16. No.10. pp 55-65.

Hooper, Elizabeth M.; Comstock, Loretto M.; Goodwin, Jean M. & Goodwin, James S. (1982). Patient Characteristics That Influence Physician Behavior. Medical care, Vol. 20, No. 6, pp. 630-638.

Johansson, P; Oléni, M; Fridlund, Bengt. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study, Vol. 16, No. 4, pp. 337-344.

Kliniska Studier Sverige. (2017). Det svenska sjukvårdssystemet.

<https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html>

(Hämtad: 2018-04-15)

Lara L. (2005). Instant Message Communication and Its Impact Upon Written Language. West Virginia University Libraries

Levy, Eilat Chen; Rafaeli, Sheizaf; Ariel, Yaron. (2016). The effect of online interruptions on the quality of cognitive performance, Vol. 33, No. 4, pp 1014-1021.

Luo, Xin; Li, Han.; Zhang, Jie & Shim, J.P. (2010). Examining multi-dimensional trust and multi-faceted risk in initial acceptance of emerging technologies: An empirical study of mobile banking services. Decision Support Systems, Vol. 49, No. 2, pp. 222–234.

Kydd, Christine T.; Ferry, Diane L. (1994). Managerial use of video conferencing, Vol. 27, No. 6, pp 369–375

Nationalencyklopedin. (2017). Kommunikation.

<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kommunikation>

(Hämtad: 2018-04-02)

Nationell Patientenkät. (2017). Grunddata:Hälso-/vårdcentraler.

<https://patientenkät.se/sv/resultat/primarvard-2017/>

(Hämtad: 2018-04-16)

McQuillen, Jeffery. S. (2003). The influence of technology on the initiation of Interpersonal relationships. *Education*, Vol. 123, No 3, p 616.

Meryn, Siegfried. (1998). Improving Doctor-Patient Communication: Not an Option, but a Necessity. *British Medical Journal*, Vol. 316, No. 7149, pp 1922–1930.

Parasuraman, A Parsu; Zeithaml, Valarie & Berry, Leonard. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). *The Journal of Marketing*, Vol. 49, pp. 41-50.

Reidenbach, R. Eric & Sandifer-Smallwood, Beverly. (1991). Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL Approach. *Journal of health care marketing*, Vol. 10, No. 4, pp. 47-55.

Salo, Jari & Karjaluoto, Heikki. (2007) A conceptual model of trust in the online environment. *Online Information Review*, Vol. 31, No. 5, pp 604-621.

Sitzia, John & Wood, Neil. (1997). Patient Satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, Vol. 45, No. 12, pp 1829-1843.

Svenskt kvalitetsindex. (2016). Svenskt kvalitetsindex bank 2016.
<http://www.kvalitetsindex.se/report/bank-och-finans-2016/> (Hämtad: 2018-03-22)

Sveriges kommuner och landsting. (2017). Visonen för e-hälsoarbetet.
<https://skl.se/download/18.1562820d15385874ca811995/1458549343494/Vision+eh%C3%A4lsa+2025.pdf> (Hämtad: 2018-03-22)

Sveriges kommuner och landsting. (2018). E-hälsa.
<https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa.1067.html>
(Hämtad: 2018-05-13)

Söderlund, Magnus. (2005). Mätningar och mått: i marknadsundersökarens värld (1st Ed). Malmö: Liber ekonomi

Söderlund, Magnus. (2010). Experiment med människor. Malmö: Liber ekonomi.

Tavakol, Mohsen & Dennick, Reg. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. Internal Journal of Medical Education, Vol. 2, pp. 53-55.

Tucker, Jessie L. & Adams, Sheila R. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care. Managing Service Quality, Vol. 11 No. 4, pp. 272-286.

Turner, Paul D & Pol, Louis G. (1995). Beyond Patient Satisfaction. Journal of Health Care Marketing, Vol. 15, No. 3, pp. 45-53.

Walther, J. B., & Parks, M. R. (2002). Cues filtered out, cues filtered in: Computermediated communication and relationships. In M. L. Knapp & J. A. Daly (Eds.), Handbook of interpersonal communication, Vol. 3, pp. 529-563.

Ward, Melanie & Newlands, David. (1998). Use of the Web in Undergraduate Teaching. Computers & Education, Vol. 31, No. 2, pp 171-184.

Woodside, Arch G & Frey, Lisa L & Daly, Robert Timothy. (1989). Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention. Journal of health care marketing, Vol. 9, No. 4, pp 5-17.

7 Appendix

7.1 Appendix 1: Scenariobeskrivningarna i huvudstudien

Fysiskt möte

Du har under en veckas tid haft hudutslag och söker nu vård för att få dem undersökta. Du kontakter din vårdcentral för att boka en läkartid och hamnar i telefonkö. När det blir din tur i telefonkön, får du sedan en läkartid omedelbart. Du går från jobbet för att åka till vårdcentralen.

(Du sitter i väntrummet och blir inkallad av doktor Johansson)

Dr Johansson: Hej, välkommen. Jag är dr Johansson, vad kan jag hjälpa dig med?

Du: Jag har fått någon form av utslag, och har haft dem i snart en vecka. Utslagen slutar inte klia och jag upplever att dem bara blir värre. De är mest på armarna vilket har fått mig att inte vilja ha kortärmade tröjor på mig längre. Jag känner mig obekväm och det känns som om folk stirrar, dessutom har folk frågat om det smittar.

Dr Johansson: Hade jag kunnat få undersöka dem?

(Du tar av dig tröjan och dr Johansson undersöker hudutslagen fysiskt)

Dr Johansson: Utifrån de beskrivna symtomen och vad jag kan se, tyder det på att det är nässelutslag. Det finns tre huvudgrupper av nässelutslag: allergiska, icke-allergiska och fysikaliska. Har du några allergier?

Du: Ja, jag är allergisk mot pälsdjur.

Dr Johansson: Du har inga övriga allergier?

Du: Nej inte vad jag vet. Däremot reagerade jag kraftigt när jag för två veckor sedan blev stucken av en geting.

Dr Johansson: Ett stick av en geting eller ett bi kan utlösa nässelutslag, och kan därför vara en möjlig förklaring till utslagen. Tyvärr, är det svårt att med säkerhet säkerställa orsaken.

Du: Okej.

Dr Johansson: Du har inte haft några andra symtom?

Du: Nej, inte förutom utslagen och klådan.

Dr Johansson: Allt tyder på att det är allergiska nässelutslag och jag kommer därför skriva ut antihistamin och kortison i tablettform till dig. Du ska ta tabletterna tre gånger om dagen tills besvären försvinner. Har de däremot inte försvunnit inom en vecka eller blir värre, vill jag att du återkommer.

(Slut på besöket)

Videosamtal

Du har under en veckas tid haft hudutslag och söker nu vård för att få dem undersökta. Du väljer att använda dig av en sjukvårds-app, där du genom ett videosamtal får hjälp av doktor Johansson omedelbart.

(Du loggar in dig i sjukvårds-appen och blir uppringd via ett videosamtal av dr Johansson)

Dr Johansson: Hej. Jag är dr Johansson, vad kan jag hjälpa dig med?

Du: Jag har fått någon form av utslag, och har haft dem i snart en vecka. Utslagen slutar inte klia och jag upplever att dem bara blir värre. De är mest på armarna vilket har fått mig att inte vilja ha kortärmade tröjor på mig längre. Jag känner mig obekväm och det känns som om folk stirrar, dessutom har folk frågat om det smittar.

Dr Johansson: Hade du kunnat rikta kameran, så jag får undersöka dem?

(Du tar av dig tröjan och riktar kameran mot utslagen och dr Johansson undersöker hudutslagen visuellt)

Dr Johansson: Utifrån de beskrivna symtomen och vad jag kan se, tyder det på att det är nässelutslag. Det finns tre huvudgrupper av nässelutslag: allergiska, icke-allergiska och fysikaliska. Har du några allergier?

Du: Ja, jag är allergisk mot pälsdjur.

Dr Johansson: Du har inga övriga allergier?

Du: Nej inte vad jag vet. Däremot reagerade jag kraftigt när jag för två veckor sedan blev stucken av en geting.

Dr Johansson: Ett stick av en geting eller ett bi kan utlösa nässelutslag, och kan därför vara en möjlig förklaring till utslagen. Tyvärr, är det svårt att med säkerhet säkerställa orsaken.

Du: Okej.

Dr Johansson: Du har inte haft några andra symtom?

Du: Nej, inte förutom utslagen och klådan.

Dr Johansson: Allt tyder på att det är allergiska nässelutslag och jag kommer därför skriva ut antihistamin och kortison i tablettform till dig. Du ska ta tabletterna tre gånger om dagen tills besvären försvinner. Har de däremot inte försvunnit inom en vecka eller blir värre, vill jag att du återkommer.

(Slut på besöket)

Chattfunktion

Du har under en veckas tid haft hudutslag och söker nu vård för att få dem undersökta. Du väljer att använda dig av en sjukvårds-app, där du genom en chattfunktion får hjälp av doktor Johansson omedelbart.

(Du loggar in dig i sjukvårds-appen och dr Johansson kontaktar dig i chatten)

Dr Johansson: Hej. Jag är doktor Johansson, vad kan jag hjälpa dig med?

Du: Jag har fått någon form av utslag, och har haft dem i snart en vecka. Utslagen slutar inte klia och jag upplever att dem bara blir värre. De är mest på armarna vilket har fått mig att inte vilja ha kortärmade tröjor på mig längre. Jag känner mig obekvämt och det känns som om folk stirrar, dessutom har folk frågat om det smittar.

Dr Johansson: Hade du kunnat skicka en bild, så jag får undersöka dem?

(Du tar av dig tröjan, fotograferar och skickar en bild till dr Johansson som undersöker hudutslagen visuellt)

Dr Johansson: Utifrån de beskrivna symtomen och vad jag kan se, tyder det på att det är nässelutslag. Det finns tre huvudgrupper av nässelutslag: allergiska, icke-allergiska och fysikaliska. Har du några allergier?

Du: Ja, jag är allergisk mot pälsdjur.

Dr Johansson: Du har inga övriga allergier?

Du: Nej inte vad jag vet. Däremot reagerade jag kraftigt när jag för två veckor sedan blev stucken av en geting.

Dr Johansson: Ett stick av en geting eller ett bi kan utlösa nässelutslag, och kan därför vara en möjlig förklaring till utslagen. Tyvärr, är det svårt att med säkerhet säkerställa orsaken.

Du: Okej.

Dr Johansson: Du har inte haft några andra symtom?

Du: Nej, inte förutom utslagen och klådan.

Dr Johansson: Allt tyder på att det är allergiska nässelutslag och jag kommer därför skriva ut antihistamin och kortison i tablettform till dig. Du ska ta tabletterna tre gånger om dagen tills besvären försvinner. Har de däremot inte försvunnit inom en vecka eller blir värre, vill jag att du återkommer.

(Slut på besöket)

7.2 Appendix 2: Frågorna i huvudstudien

Vi börjar med en enkel fråga som uppvärmning. Kryssa för nummer 7 nedan. Tack för att du läser noggrant!

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

Du kommer nu få ta del av en läkarundersökning och sedan bli ombedd att svara på frågor angående din upplevelse.

Var träffade du dr Johansson?

☐ På en vårdcentral

☐ Genom ett videosamtal

☐ Genom en chattfunktion

Hur nöjd är du med kanalen som användes för läkarbesöket?

	(Inte alls nöjd) 1	2	3	4	5	6	(Mycket nöjd) 7
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hur väl stämmer påståendet in? Jag upplevde att...

	(Instämmer inte) 1	2	3	4	5	6	(Instämmer helt) 7
Kanalen bidrog till att vården blev lättillgänglig	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Det var lätt att förmedla mina symtom tydligt till dr Johansson genom kanalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikationen mellan mig och dr Johansson kunde ske utan risk för missförstånd genom kanalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jag kan lita på kanalen med mina personuppgifter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Det var enkelt att få tillgång till vård	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hur väl stämmer påståendet in? Jag upplevde att...

	(Instämmer inte) 1	2	3	4	5	6	(Instämmer helt) 7
Jag skulle kunna få känslomässigt stöd från dr Johansson vid oro över mitt hälsotillstånd	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dr Johansson kunde förstå mina känslor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dr Johansson agerade i mitt bästa intresse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dr Johansson satte mitt välmående i första hand	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hur väl stämmer påståendet in? Jag upplevde att...

	(Instämmer inte) 1	2	3	4	5	6	(Instämmer helt) 7
Jag kände förtroende för dr Johansson	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dr Johansson var sanningsenlig mot mig under läkarbesöket	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dr Johansson är kompetent i sin yrkesroll	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dr Johansson har stor erfarenhet av liknande sjukdomsfall	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Upplever du att ditt aktuella behov av vård blev tillgodosett?

	(Inte alls) 1	2	3	4	5	6	(Helt tillgodosett) 7
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hur sannolikt är det att du skulle rekommendera dr Johansson till en vän eller kollega?

	(Inte alls troligt) 1	2	3	4	5		(Mycket troligt) 7
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hur nöjd är du med den vård/behandling du fick av dr Johansson?

	(Inte alls nöjd) 1	2	3	4	5	6	(Mycket nöjd) 7
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vilken diagnos fick du under läkarbesöket?

- ☐ Vattkoppor
- ☐ Nässelutslag
- ☐ Röda hund

Hur identifierar du dig själv?

- ☐ Man
- ☐ Kvinna
- ☐ Annat

Ålder

7.3 Appendix 3: Cronbachs alfa

Faktorer/Urvalsgrupp:	1	2	3	Medelvärde
Kommunikation	0,845	0,906	0,784	0,845
Tillgänglighet	0,564	0,689	0,863	0,705
Förtroende	0,943	0,902	0,896	0,914
Kompetens	0,938	0,928	0,887	0,918
Empati	0,906	0,928	0,917	0,917
Patientnöjdhet	0,804	0,898	0,879	0,860