



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Patientnöjdhet med information

En enkätstudie om information, ålder och sjukdomsrelaterade sökningar på internet

Författare: Denize Djurfeldt & Johan Sundblad

Handledare: Anna Ekwall

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Patientnöjdhet med information

## En enkätstudie om information, ålder och sjukdomsrelaterade sökningar på internet

Författare: Denize Djurfeldt & Johan Sundblad

Handledare: Anna Ekwall

Kandidatuppsats

Hösten 2013

### Abstrakt

God information har samband med hög patientnöjdhet. Yngre patienter samt patienter som sökt på internet har visat sig vara mindre nöjda med vården på en akutmottagning. Tidigare studier visar att det finns brister i informationen till patienterna på akutmottagningar. Syftet var att undersöka om patienternas nöjdhet med information från sjuksköterskan hade ett samband med patienternas ålder och deras eventuella internetsökningar om sina symtom före besöket. Metoden var icke-experimentell och deskriptiv. En enkät delades ut på en akutmottagning i tio veckor sommaren 2013. Studien omfattade 143 respondenter. Vad gäller samband mellan patientnöjdhet med information och ålder sågs mindre observerbara skillnader och inga signifikanta samband hittades. Vad gäller samband mellan patientnöjdhet med information och internetsökningar observerades en skillnad men den var inte signifikant. Vidare forskning behövs för att klargöra huruvida samband föreligger.

### Nyckelord

Akutmottagning, Sjuksköterska, Patientnöjdhet, Information, Ålder, Internetsökningar

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Omvårdnadsteoretiska perspektiv och utgångspunkter .....	3
Varför är information viktigt? .....	4
Akutsjuksköterskans arbete .....	5
Informationsproblem på akutmottagningar .....	6
Internetanvändning i hälsosyfte .....	6
Internetsökningars följder i hälso- och sjukvården .....	7
Informationsbegreppet och närliggande begrepp .....	8
Syfte .....	9
Specifika frågeställningar .....	9
Metod .....	9
Urval .....	10
Instrument .....	10
Datainsamling .....	11
Dataanalys .....	12
Statistisk analys .....	12
Gruppering av variabler .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	13
Resultat .....	14
Demografisk fördelning av respondenterna .....	14
Jämförelser mellan åldersgrupperna .....	15
Internetanvändning .....	17
Jämförelse mellan internetsökare och icke-internetsökare .....	17
Diskussion .....	19
Diskussion av vald metod .....	19
Items och variabler .....	20
Exkludering & bortfall .....	21
Statistisk analys .....	22
Diskussion av framtaget resultat .....	23
Åldersgruppernas nöjdhet med informationen .....	23
Internetsökarnas nöjdhet med informationen .....	24
Slutsats och kliniska implikationer .....	26
Författarnas arbetsfördelning .....	27
Referenser .....	28
Bilaga 1 .....	33

# Introduktion

Denna uppsats undersöker om patienternas nöjdhet med information från sjuksköterskan har ett samband med patienternas ålder och deras eventuella internet-sökningar om sina symtom före besöket. Det här avsnittet börjar med att beskriva problemområdet samt de perspektiv och utgångspunkter som uppsatsen utgår ifrån. Detta följs av informationens vikt och akutsjuksköterskans roll. Därefter redogörs för tidigare forskning vad gäller informationsproblem på akutmottagningar, befolkningens användning av internet i hälso- och sjukdomssyfte samt hur sådana sökningar påverkar patienters kontakt med hälso- och sjukvården. Avsnittet avslutas med definitioner av några centrala begrepp för denna uppsats.

## Problemområde

För att patienten skall vara trygg och kunna ta egna beslut krävs god information från personalen. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) ska patientens ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och olika metoder för behandling, vård och undersökning (SFS 1982:763, 2b§). Vården ska även tillgodose patientens trygghet och bygga på respekt för patientens självbestämmande (SFS 1982:763, 2a§). Författarna till denna uppsats anser att målet med informationen måste vara att patienten tycker att den är tillräcklig och är nöjd med den. Samtidigt är informationen avgörande för att patienten ska kunna ta autonoma beslut.

Tidigare studier på akutmottagningar har visat på brister i informationen till patienterna (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006; Rhodes et al., 2004). Information är en av de viktigaste faktorerna till att patienter blir nöjda på en akutmottagning (Nairn, Whotton, Marshal, Roberts & Swann, 2004) och bristande information korrelerar till låg patientnöjdhet (Sun et al., 2000; Sun, Adams & Burstin, 2001). Otillräcklig information kan också leda till försämrad kommunikation och dålig följsamhet i behandlingar. I längden leder detta till försämrat hälsotillstånd hos patienterna vilket medför ökade kostnader för sjukvården på lång sikt (Engel et al., 2012; Gozdziński, Schlutow & Pittiglio, 2012; Pytel, Fielden, Meyer & Albert, 2009).

En stor andel patienter söker idag hälsoinformation på internet (Wangberg, Andreassen, Kummervold, Wynn & Sørensen, 2009; Statistiska centralbyrån, 2012). Målet med internetsökningarna är ofta att söka information om specifika symtom samt att diagnosticera eller behandla en åkomma (Ybarra & Suman, 2006; Wangberg et al., 2009). Samtidigt som informationen kan ge mer insatta patienter med större möjligheter att förstå och påverka sin diagnos och behandling är det stor risk att patienter hittar felaktig information som skapar onödig oro (Eysenbach, Powell, Kuss & Sa, 2002; Korp, 2006; Wangberg et al, 2009).

I en svensk studie som genomförts inom akutsjukvården i Östergötland (Rahmqvist & Bara, 2010) undersöktes samband mellan patientnöjdhet och demografiska variabler. Studien visade att yngre patienter var signifikant mindre nöjda än äldre samt att sökningar på internet hade ett signifikant samband med låg patientnöjdhet (Rahmqvist & Bara, 2010). Dock undersöktes inte samband mellan patienternas nöjdhet med information från sjuksköterskan, ålder och internetsökningar och detta har inte heller undersökts i Sverige under de senaste tio åren.

## **Bakgrund**

### *Omvårdnadsteoretiska perspektiv och utgångspunkter*

Sjuksköterskan har i sin yrkesroll möjligheten att förändra hur en patient upplever sin sjukdom (Benner & Wrubel, 1989). Författarna till föreliggande studie anser att information är ett viktigt verktyg för att kunna påverka patienters tolkning av sin situation och stärka patientens autonomi. Information är därmed en framträdande del i god omvårdnad. Benner & Wrubel (1989) skriver att information måste ges på rätt sätt och vid rätt tid för att uppnå ett gott resultat. Vad som är rätt sätt är inte självklart utan utgångspunkten är patienten (ibid). Författarna tänker sig att sjuksköterskan på en akutmottagning arbetar med många olika patienter i olika situationer. För att uppnå god kommunikation och information krävs därför förmågan att anpassa sig efter patient och sammanhang, vilket ingår i sjuksköterskans yrkeskompetens. En sjuk eller skadad person som uppsöker akutmottagningen kan uppleva miljön där som främmande och desorienterande, vilket kan leda till att patienten känner att han eller hon håller på att tappa kontrollen. Benner och Wrubel (1989) anser att en av sjuksköterskans uppgifter är att vägleda patienten så att han eller hon kan förstå sin situation.

Vi tycker att personal tidigt och adekvat bör möta samt informera patienten, vilket leder till att han eller hon kan förstå och hantera situationen.

Birkler (2007) skriver om patientens autonomi att den handlar ”inte bara om att själv kunna fatta ett beslut, utan i lika hög grad om förutsättningarna för att kunna fatta ett beslut” (s. 146). Vi anser att förutsättningarna för att ta egna beslut skapas då patienten har tillräckligt med information om sitt tillstånd och sina möjligheter. Sjuksköterskan ska verka för att förutsättningarna för autonomi finns hos patienten. För att patienten skall kunna ta beslut måste sjuksköterskan delge den information som är av vikt för patienten.

### *Varför är information viktigt?*

Information är viktigt på flera sätt inom akutsjukvården. Som tidigare nämnts finns ett flertal studier som belyser sambandet mellan patientnöjdhet och god information (Nairn et al., 2004; Sun et al., 2000; Sun et al., 2001; Wellstood, Wilson & Eyles, 2005). Sun et al. (2000) samt Sun et al. (2001) redovisar sex olika områden som korrelerar med låg patientnöjdhet på en akutmottagning. Fem av dessa områden gäller information: dålig förklaring av hälsoproblemets orsak, dålig information om väntetid, dåligt förklarade provresultat, ingen information om när patienten kan återgå till normala aktiviteter samt ingen information om vid vilka symtom patienten bör återkomma till akutmottagningen (Sun et al., 2000; Sun et al., 2001).

Bristfällig information i akutmottagningens väntrum kan leda till känslor av att förlora kontrollen hos patienterna (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2011). Samtidigt påverkar otillräcklig information övrig kommunikation negativt (Pytel et al., 2009). I praktiken kan detta innebära att det inte uppstår en god relation mellan patient och sjuksköterska, vilket i sin tur kan leda till att patienten inte berättar detaljer av vikt för sjuksköterskan. Det har även framgått att information kan minska frustrationen hos besökarna på en akutmottagning (Wellstood et al., 2005). En gemensam förståelse av problemet ökar chansen för att problemet skall ha försvunnit vid uppföljning (Andersson, 2013). Vid utskrivning från akutmottagningen är det viktigt att patienten får rätt information och att den delges på ett sätt som gör det möjligt för patienten att förstå den. Om så inte förekommer är det stor risk för att beslutade behandlingar inte följs samt att det inte blir någon eventuell uppföljning hos allmän- eller

specialistläkare (Gozdzialski et al., 2012; Engel et al., 2012). Detta kan i sin tur leda till försämrat hälsotillstånd för patienten och att han eller hon behöver använda mer av sjukvårdens resurser i framtiden (Engel et al., 2012).

### *Akutsjuksköterskans arbete*

Sjuksköterskan är den som tar första kontakten med patienten när han eller hon kommer till akutmottagningen. Sjuksköterskor på svenska akutmottagningar beskriver att de i detta skede utför mindre undersökningar, provtagningar, samlar information och prioriterar (Klingenfors, 2011; Landstingen i Värmland, 2013). Enligt kompetensbeskrivning för akutsjuksköterska (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2010) ska sjuksköterskan kunna prioritera, bedöma och behandla akuta tillstånd. Klingenfors (2011) skriver att akutsjuksköterskan är spindeln i nätet och koordinerar arbetet mellan de olika professionerna. Sjuksköterskan har också uppdraget att stödja patienterna i autonoma beslut genom att ge dem anpassad information vid rätt tidpunkt (Benner & Wrubbe, 1989; Birkler, 2007; Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2010). I akutsjuksköterskans roll ingår också att informera och undervisa om egenvård inför hemgång (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening, 2010). För att kunna genomföra dessa uppgifter måste sjuksköterskan bland annat ha kunskaper i kommunikation (Socialstyrelsen, 2005).

I sjuksköterskans arbete ingår att identifiera patienters informationsbehov, informera patienter och kontrollera att patienterna förstår den information de fått. Kommunikationen med patienter skall ske på ett respektfullt och lyhört sett. I sin yrkesroll ska sjuksköterskan också ta till vara patientens autonomi, hans eller hennes kunskaper och tidigare erfarenheter (Socialstyrelsen, 2005). Fossum (2013) skriver att sjuksköterskan och övrig vårdpersonal ska säkerställa att patienten får relevant information på ett adekvat sätt.

Benner och Wrubel (1989) menar att informationsspridningen har ökat i modern tid och att det finns större krav från samhället på god och korrekt information. Detta är även aktuellt inom vård och omsorg. Sjuksköterskan har idag en viktig roll i att sprida den aktuella kunskapen till omvärlden både genom media och på sin arbetsplats (ibid).

### *Informationsproblem på akutmottagningar*

I en observationsstudie av Rhodes et al. (2004) frågade inte personalen i något fall om patienten förstått delgiven information och endast 16 % av patienterna tillfrågades om huruvida de hade några övriga frågor. I en svensk studie framkom att 21 % av patienterna inte tyckte att de fått tillräckligt med information om egenvård, 18 % tyckte att informationen efter behandling var för dålig och 14 % tyckte inte att informationen om resultat efter undersökning var tillräckligt bra (Muntlin et al., 2006). Således blir slutsatsen att inte alla patienter på akutmottagningar får tillräcklig information. Problemområden är bland annat informationen om egenvård inför hemgång samt möjlighet att få sina frågor besvarade (Muntlin et al., 2006; Sun et al., 2000; Sun et al., 2001).

### *Internetanvändning i hälsosyfte*

En stadig ökning av internetanvändning i hälsosyfte ses i flera europeiska länder. I Norge har en forskargrupp genomfört samma undersökning år 2000, 2001, 2002, 2003, 2005 samt 2007 och de har sett en stadig ökning. År 2000 rapporterade 19 % att de använt internet i hälsosyfte, medan siffran ökat till 67 % år 2007 (Wangberg et al., 2009). Liknande ökning kan ses i Danmark, Grekland, Tyskland och Portugal även om de nordiska länderna ligger högst (Andreassen et al., 2007; Kummervold & Wynn, 2012).

I Sverige har 47 % av alla tillfrågade använt internet för att söka hälsoinformation, t.ex. om skada, sjukdom eller diet. Högst procentandel personer som söker hälsorelaterad information på internet finns i åldersgruppen 25-34 år, där 64 % svarat att de sökt sådan information under de senaste tre månaderna. I den äldsta undersökta gruppen, 65-74 år, svarar endast 23 % ja på samma fråga (Statistiska centralbyrån, 2012). Studier visar att 35-70 % av alla som rapporterar att de har sökt hälsoinformation har sökt information om en specifik sjukdom eller specifika symtom (Wangberg, et al., 2009; Ybarra & Suman, 2006). 43 % har försökt diagnosticera ett problem med hjälp av en websökning och 33 % har försökt behandla ett hälsoproblem (Ybarra & Suman, 2006).



Fler kvinnor än män söker hälsoinformation på internet, men när det gäller att söka efter en specifik diagnos eller specifika symtom är kvinnor och män lika benägna att genomföra en websökning (Ybarra & Suman, 2006; Andreassen et al., 2007; Wangberget al., 2009).

Högutbildade, tjänstemän, höginkomsttagare, personer som träffat en allmänläkare det senaste året, personer med en diagnos och personer med kroniska sjukdomar söker oftare hälsoinformation än andra grupper (Andreassen et al., 2007; Rahmqvist & Bara, 2007; Ybarra & Suman, 2006). Personer som lider av någon allvarligare åkomma tenderar att söka mer på internet efter att de varit på ett läkarbesök än de som har mindre allvarliga sjukdomar (Flynn, Smith & Freese, 2006).

### *Internetsökningars följder i hälso- och sjukvården*

I en studie av Ybarra och Suman (2006) svarade 55 % att informationen de hittat på internet har resulterat i att de kontaktat hälso- och sjukvården. En fjärdedel av de som rapporterar att de sökt på internet berättar att detta har medfört att de har ifrågasatt eller gett förslag vad gäller diagnos och behandling. Fem procent har valt att ändra sin medicin utan att ta kontakt med läkare och 13 % har bokat, avbokat eller ändrat en läkartid efter att ha genomfört en internetsökning (Wangberg et al., 2009). I Norge skattar tillfrågade personer i genomsnitt sitt förtroende till hälso- och sjukvårdspersonal högre än till internet vad gäller hälsoinformation (Wangberg et al., 2009). Studier visar dock att de som sökt på internet om sin åkomma före ett besök på akutmottagningen är signifikant mindre nöjda (Rahmqvist & Bara, 2010). I en review av 79 artiklar som granskar hälsoinformation på internet visade 70 % av artiklarna att informationen hade bristande kvalitet. Bristande kvalitet kunde vara att informationen inte var fullständig, att den inte var korrekt eller att det var svårt att hitta högkvalitativa webbsidor vid sökning inom valt sjukdomsområde (Eysenbach et al., 2002). I en studie från USA svarade endast 21 % att de kände sig kritiska till kvaliteten på den information de hittat på internet. 85 % påbörjar en sökning om sina hälsoproblem på en sökmotor (Ybarra & Suman, 2006). Sökkriterier och vald sökmotor påverkar i stor utsträckning sökresultatets kvalitet (Eysenbach et al., 2002).

Att patienterna söker information på internet leder också till ökad kunskap om den egna sjukdomen och att patienten hittar sätt att hantera den egna sjukdomen.

Dessutom medför ökad kunskap ett aktivt engagemang i den egna sjukdomen och behandlingen av densamma, bättre kommunikation med läkaren och en bättre möjlighet att förbereda sig och komma på frågor innan ett besök i hälso- och sjukvården (Korp, 2006).

### *Informationsbegreppet och närliggande begrepp*

Under denna rubrik beskrivs olika sätt att definiera begreppen information och kommunikation. Begreppet undervisning diskuteras kort då detta kan tangera till information. Sist i avsnittet klargörs hur begreppen kommer att användas fortsatt i denna uppsats.

Enligt Svenska Akademien (2011) betyder information upplysningar eller underrättelse. Kommunikation innebär överförande av information samt kontakt mellan människor (ibid).

Kjellgren (2013) menar att information är en överföring från en part till en annan, medan kommunikation har två deltagare som utbyter åsikter och erfarenheter. För att involvera patienten kan man till exempel fråga om han eller hon har några frågor, fråga om tidigare erfarenhet av medicineringen, behandlingen eller sjukdomen och diskutera olika behandlingsalternativ (Kjellgren, 2013). Enligt Fossum (2013) betyder kommunikation överföring av information eller varor. Besläktade ord är *communicatio* som betyder ”ömsesidigt utbyte”, *communio* som betyder ”att dela” samt *communicare* som betyder ”att göra någon delaktig i”. Kommunikation består dels av verbala uttryck och dels av kroppsspråk. Det verbala uttrycket består dessutom inte bara av det som sägs rakt ut, utan också av betydelser som finns ”mellan raderna” och sådant som parterna låter bli att säga (Fossum, 2013).

Även begreppen undervisning och information kan ibland användas på ett liknande sätt. Undervisning kan uttryckas i former av rådgivning, instruktion, information eller vägledning. Information kan i sin tur vara om läkemedel, behandlingar, undersökningar eller kostråd. Då information ges om till exempel läkemedel är tanken att patienten ska lära sig något nytt, som skall leda till bättre följsamhet i behandlingen samt mer kunskap och därmed större möjlighet att ta egna beslut. Information är en grund för att kunna lära sig någonting, men lärandet

kräver en interaktiv process där sjuksköterskan inte bara informerar utan även involverar patienten. Det kan därför vara svårt att se en klar gränsdragning mellan information och undervisning i många fall (Klang Söderkvist, 2013).

I denna studie används begreppen information och kommunikation på det sätt Kjellgren (2013) definierar dem. Information kan därmed vara från en part till en annan, medan kommunikation kräver att båda parter är aktiva. Information kan dock vara en del av kommunikation.

## **Syfte**

Syftet var att undersöka potentiella samband mellan patienternas nöjdhet med informationen på akutmottagningen, patienternas ålder och huruvida de sökt på internet om sitt tillstånd.

### *Specifika frågeställningar*

1. Har patienternas uppfattning om hur välinformerade de är efter besöket på akutmottagningen något samband med deras ålder?
2. Har patienternas uppfattning om hur välinformerade de är efter besöket på akutmottagningen något samband med om de sökt på internet om sitt tillstånd före besöket?

## **Metod**

Metoden var en icke experimentell deskriptiv studie. Denna uppsats undersöker om respondenternas nöjdhet med information har ett samband med deras ålder och deras eventuella internetsökningar om sina symtom före besöket. Inga förändringar gjordes av den information respondenterna fick under studiens gång. Detta är vad Polit och Beck (2012) menar med en icke experimentell deskriptiv studie. Datainsamlingen skedde under en enda tidsperiod, vilket är kravet för att benämna studien som en tvärsnittsstudie (ibid). Eljertson

(2005) benämner studiedesignen som en väntrumsundersökning, då endast personer som fanns i väntrummet på akutmottagningen under den avgränsade tidsperioden blev tillfrågade att delta.

Målet är att undersöka eventuella samband mellan ålder, internetsökningar och patientens nöjdhet med given information på akutmottagningen. Därför ansågs materialet från en enkätstudie gjord på Medicinska fakulteten vid Lunds universitet vara lämpligt. Detta då materialet behandlar givna frågeställningar samt har en svarsmängd som bedömdes tillräcklig för att undersöka potentiella samband.

## **Urval**

Inkluderade i urvalet var människor som sökte på en akutmottagning i södra Sverige under tio veckor sommaren 2013. De som var 18 år eller äldre, talade svenska, fick prioritering 2 eller lägre enligt triagesystemet Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) (Region Skånes Prehospitala Centrum, 2013) samt inte kom med ambulans inkluderades. 1000 enkäter delades ut. Vid analysens start hade 209 svar inkommit, och det är de enkäterna som behandlas i denna uppsats.

Exklusionskriterier var att respondenten blev inlagd efter sitt akutbesök eftersom merparten av använda items handlar om information inför hemgång. De personer som inte angivit sin ålder, inte svarat på om de blev inlagda eller valde att lämna alla de fem items som undersöker informationen från sjuksköterskan obesvarade har också exkluderats. Anledningen till det är att dessa frågor är avgörande för att kunna genomföra en analys av materialet. 66 respondenter exkluderades på grund av ovanstående exklusionskriterier. Kvarvarande 143 enkäter användes i analysen.

## **Instrument**

I föreliggande arbete användes 9 items ur en större enkät som totalt innehöll 57 items. Hela Enkäten med 57 frågor, kan delas upp i demografisk bakgrundsdata, verktyget Person-centred Climate Questionnaire (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2008), verktyget

Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS) (Davis & Bush, 2003) samt frågor som berör patientens hälsotillstånd, väntetid och eventuell internetsökning före besöket.

De 9 items som används i föreliggande arbete är hämtade ur den demografiska bakgrundsdatan, om patienten sökt på internet före besöket samt fem items från det amerikanska verktyget CECSS. CECSS är ett verktyg för att mäta patientnöjdhet i akutsjukvård (Davis & Bush, 2003). CECSS innehåller 19 frågor som skattas på femgradiga likertskalor, där ytteralternativen är ”Håller fullständigt med” och ”Håller inte alls med” (ibid). Verktyget har bedömts ha hög begreppsvaliditet för testning av patientens nöjdhet med sjuksköterskans agerande (Davis et al., 2005). Den svenska versionen är testad av Ekwall och Davis (2010).

I denna uppsats används tre demografiska items: kön, ålder och utbildning för att beskriva respondenternas bakgrund. Ålder används även för att besvara uppsatsens frågeställning. På samma sätt används en fråga om huruvida respondenterna sökt på internet om sitt tillstånd före besöket på akutmottagningen. För att undersöka patienternas nöjdhet med information används fem items från CECSS. Tre av dessa handlar om information om egenvård i hemmet och resterande två behandlar möjligheten att få svar på sina frågor. Aktuella items redovisas i *bilaga 1*.

## **Datainsamling**

Materialet är hämtat ur en databas skapad för ett projekt som genomfördes på Medicinska fakulteten vid Lunds Universitet år 2013. Tillgång till databasen gavs av ansvarig forskare på fakulteten. Databasen består av besvarade enkäter från en akutmottagning i södra Sverige. Utdelningen skedde alla veckodagar och dygnets alla timmar under tio veckor. I samband med inskrivning fick patienten en enkät av en person som inte hade omvårdnadsrelation till patienten. Patienten fick också ett förfrankerat kuvert för att kunna skicka in besvarad enkät samt informerades om den svarslåda som fanns på akutmottagningen under studietiden. Personalen som ansvarade för inskrivning samt sjuksköterskorna i triagen kände till studien och kunde därmed svara på eventuella frågor.

## Dataanalys

För analys av materialet samt skapande av diagram har SPSS version 22 använts.

Bakgrundsdatan presenteras med deskriptiv statistik då detta anses lämpligt av Polit och Beck (2012). Därför påbörjas analysen med att beskriva urvalet i form av medelvärde, median, maximala och minimala värden, standardavvikelse samt respondenternas fördelning vad gäller utbildningsnivå och kön. Att medianen och medelvärdet ligger nära varandra tyder på att materialet är jämt fördelat (ibid). Därför kommer både median och medelvärde att presenteras vad gäller åldersfördelning. Den statistiska analysen påbörjades, utifrån Hansagi och Allebecks (1994) rekommendationer, med enklare former av datasammanställning i form av tabeller och diagram. Därefter gjordes en statistisk analys.

### *Statistisk analys*

Det finns många olika statistiska verktyg för att beräkna p-värden. I detta arbete kommer Pearsons Chi2-test att användas. Chi2-test används för att testa om det finns någon skillnad mellan två eller flera grupper vid nominal- eller ordinalskalor med få alternativ (Polit & Beck, 2013). Skillnaden mellan dessa är att en nominalskala består av kategorier som inte går att rangordna vilket det går i en ordinalskala (ibid). För att använda Chi2 sätts en nollhypotes ( $H_0$ ) och en mothypotes ( $H_1$ ) upp.  $H_0$  innebär att det inte finns något samband och därmed ingen skillnad mellan de båda testade grupperna och  $H_1$  blir således att det finns ett samband och en skillnad. Chi2-testet framställer ett p-värde utifrån det insamlade materialet och det är ett mått på risken att vi felaktigt förkastar  $H_0$  (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010). De vanligaste accepterade gränsvärdena på p-värdet är enligt Polit och Beck (2012)  $p = 0,05$  och  $p = 0,01$ . Högre gränsvärden innebär en större risk för att felaktigt förkasta  $H_0$  men lägre gränsvärden ökar risken för att felaktigt acceptera  $H_0$ . I denna uppsats är gränsvärdet satt till  $p = 0,05$  vilket innebär att den högsta accepterade risken för att felaktigt förkasta  $H_0$  är 5 %.

### *Gruppering av variabler*

Det är lämpligt att samla in så specifika variabler som möjligt i insamlingen. Därefter kan dessa kategoriseras i grupper, vilket i sin tur kan medföra att det är lättare att se statistiska

samband (Polit & Beck, 2012). Att analysera ålder ger för många variabelvärden och medför ett överskådligt material (Trost, 2012). Åldersgrupper har därför skapats för att få grupper som lämpar sig bättre för analys. Gränserna mellan de olika åldersgrupperna har dragits baserat på att antalet i varje åldersgrupp skall bli så jämt som möjligt samtidigt som åldersspannet inte skall bli för brett. Åldersgrupperna har därför blivit 18-39 år, 40-64 år samt 65 år och uppåt.

De fem items som används för att beskriva nöjdheten med information låter respondenten svara på en likertskala med fem alternativ. Endast alternativ ett och alternativ fem är namngivna. Alternativ ett heter ”Håller fullständigt med” och alternativ fem heter ”Håller inte alls med”. Enligt Djurfeldt, Larsson och Stjärnhagen (2010) kan det vara förmånligt att slå ihop och minska antalet svars kategorier då varje kategori då innehåller mer data samt att materialet blir mer lättolkat och lättläst. Därför har alternativen istället slagits ihop till tre kategorier. ”Håller med” för de som har svarat en etta eller en tvåa på skalan ”Neutral” för de som har svarat en trea på skalan, samt ”Håller inte med” för de som har svarat en fyra eller en femma på skalan.

De som har svarat ja på frågan om huruvida de sökt information på internet kommer hädanefter att benämnas ”internetsökare” och de som svarat nej kommer att benämnas ”icke-internetsökare”.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Forskningsetik handlar om att väga nyttan av studien mot vilka olägenheter den innebär för de som deltar. Olägenheter kan vara till exempel tidsåtgång, intrång i personliga integriteten och rädsla för att informationen kan spridas. Forskningspersonerna har rätt till information om studien och att det är frivilligt att delta (Hansagi & Allebeck, 1994). När det handlar om allvarligt sjuka skriver Polit och Beck (2012) att det kan behövas en särskild utvärdering om personen kan göra ett övervägt beslut eller inte, vilket är anledningen till att allvarligt sjuka personer exkluderades i denna studie.

Respondenterna i denna studie fick skriftlig information om projektet där det framgick hur materialet kommer att användas, att svaren är anonyma samt att det är helt frivilligt att delta.

Eftersom respondenterna fick enkäten vid inskrivning och sedan lämnade in den i ett anonymt kuvert utan personuppgifter fanns stort utrymme att avstå från deltagande.

Undersökningsförförandet gör det också lätt att behålla anonymiteten, då forskargruppen inte är inne på akuten eller med i bedömning av undersökningspersonerna. Forskargruppen tog inte heller emot någon information som kan identifiera respondenten, varken på akutmottagningen eller genom enkäten.

Trots att enkäten är anonym kan ifyllandet innebära olägenheter för respondenterna. Patienterna på en akutmottagning är sårbara och en risk är att de fyller i enkäten för att de vill vara till lags. Trots att utdelningen sker vid inskrivning av personer utan omvårdnadsrelation kan utdelaren uppfattas som sjukvårdspersonal och patienterna kan känna sig tvingade att fylla i enkäten. Ifyllandet innebär också viss tidsåtgång, och en del forskningspersoner kan känna obehag av att lämna ut uppgifter om sig själva trots att enkäten är anonym.

Den enkät som används delas ut för ett större projekt om patientnöjdhet på akutmottagningen. För denna har en ansökan vid regionala etiknämnden blivit beviljad. Ansökan har diarienummer Etik:H15 2013/56. Användandet av datan från enkäten för den här uppsatsen har också behandlats av VEN, med diarienummer 83-13.

## Resultat

Under denna rubrik redogörs först de svarandes bakgrundsdata. I avsnittet om jämförelse av åldersgrupper beskrivs hur de olika åldersgrupperna skiljer sig åt i nöjdhet. Sist kommer en rubrik där skillnaderna mellan de som hade sökt på internet och de som inte hade sökt på internet beskrivs.

### **Demografisk fördelning av respondenterna**

De 143 responderande var mellan 18 och 94 år, medelåldern var 50,5; medianåldern 51 och standardavvikelsen 19,25. I *Tabell 1* redovisas övrig demografisk information om deltagarna.



Tabell 1. Demografisk data för respondenterna.

	Antal (N)	Procent (%)
<i>18–39 år</i>	48	33,6
<i>40–64 år</i>	53	37,1
<i>65–95 år</i>	42	29,4
<i>Män</i>	52	36,4
<i>Kvinnor</i>	91	63,6
<i>Grundskoleutbildade</i>	25	17,5
<i>Gymnasieutbildade</i>	65	45,5
<i>Högskole- &amp; Universitetsutbildade</i>	53	37,1

## Jämförelser mellan åldersgrupperna

Följande avsnitt redovisar hur nöjda de olika åldersgrupperna var med informationen de fått under sitt besök på akutmottagningen.

På frågan ”Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma” svarade 52,3 % av åldersgruppen 18-39 år att de håller med om påståendet. I åldersgrupperna 40-64 år och 65-95 år var det 30,0 % respektive 39,0 % som höll med om påståendet ( $p = 0,151$ ). På frågan ”Sjuksköterskan talade om för mig vilka problem jag skulle vara uppmärksam på” svarade 29,3 % i åldersgruppen 65-95 år neutralt och i åldersgruppen 18-39 år svarade 13,6 % neutralt. 18,0 % i åldersgruppen 40-64 år svarade också neutralt. På frågan ”Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kunde förvänta mig hemma” skilde sig åldersgrupperna inte mycket från varandra, se *tabell 2*. Variationsbredden var för svarsalternativ håller med 3,8 procentenheter, för neutral 2,6 procentenheter och för håller inte med 4,1 procentenheter. De återstående två frågorna som berör möjligheten att ställa frågor samt få dem besvarade visade inte heller på någon statistisk signifikans. Resultatet av alla fem frågorna och hypotes-testningen återfinns i *tabell 2*.

Tabell 2. Information inför hemgång och möjligheten att få sina frågor besvarade relaterat till ålder.

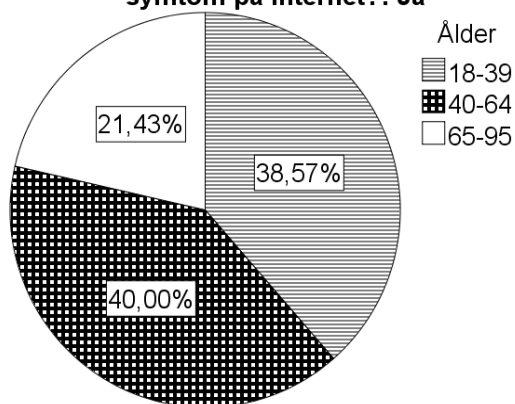
<b>Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma<sup>a</sup></b>				
	<b>18-39 år</b>	<b>40-64 år</b>	<b>65-95 år</b>	<b>Alla</b>
<i>Håller med</i>	52,3 %	30,0 %	39,0 %	40,0 %
<i>Neutral</i>	9,1 %	26,0 %	19,5 %	18,5 %
<i>Håller inte med</i>	38,6 %	44,0 %	41,5 %	41,5 %
<b>Totalt</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>P-värde</b>				0,151*
<b>Sjuksköterskan talade om för mig vilka problem jag skulle vara uppmärksam på<sup>b</sup></b>				
	<b>18-39 år</b>	<b>40-64 år</b>	<b>65-95 år</b>	<b>Alla</b>
<i>Håller med</i>	45,5 %	34,0 %	36,6 %	38,5 %
<i>Neutral</i>	13,6 %	18,0 %	29,3 %	20,0 %
<i>Håller inte med</i>	40,9 %	48,0 %	34,1 %	41,5 %
<b>Totalt</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>P-värde</b>				0,325*
<b>Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kunde förvänta mig hemma<sup>c</sup></b>				
	<b>18-39 år</b>	<b>40-64 år</b>	<b>65-95 år</b>	<b>Alla</b>
<i>Håller med</i>	34,9 %	31,3 %	35,1 %	33,6 %
<i>Neutral</i>	16,3 %	18,8 %	18,9 %	18,0 %
<i>Håller inte med</i>	48,8 %	50,0 %	45,9 %	48,4 %
<b>Totalt</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>P-värde</b>				0,990*
<b>Sjuksköterskan gav mig möjlighet att ställa frågor<sup>d</sup></b>				
	<b>18-39 år</b>	<b>40-64 år</b>	<b>65-95 år</b>	<b>Alla</b>
<i>Håller med</i>	66,7 %	73,1 %	75,0 %	71,4 %
<i>Neutral</i>	14,6 %	5,8 %	12,5 %	10,7 %
<i>Håller inte med</i>	18,8 %	21,2 %	12,5 %	17,9 %
<b>Totalt</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>P-värde</b>				0,525*
<b>Sjuksköterskan försäkrade sig om att alla mina frågor var besvarade<sup>e</sup></b>				
	<b>18-39 år</b>	<b>40-64 år</b>	<b>65-95 år</b>	<b>Alla</b>
<i>Håller med</i>	59,6 %	54,9 %	56,1 %	56,8 %
<i>Neutral</i>	14,9 %	13,7 %	24,4 %	17,3 %
<i>Håller inte med</i>	25,5 %	31,4 %	19,5 %	25,9 %
<b>Totalt</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>P-värde</b>				0,547*

\*) Chi2-test. a) Internt bortfall = 8. b) Internt bortfall = 8. c) Internt bortfall = 15. d) Internt bortfall = 3. e) Internt bortfall = 4.

## Internetanvändning

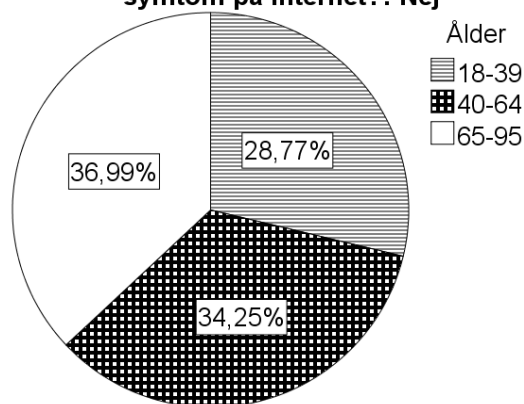
70 av 143 (49,0 %) hade sökt på internet om sitt tillstånd innan de besökte akutmottagningen. De som hade sökt information om sitt tillstånd på internet var mellan 19 och 83 år och hade en medelålder på 47,4 år samt en medianålder på 48,5 år. Standardavvikelsen var 18,0. Av de som inte hade sökt information på internet var den yngsta 18 år och den äldsta 94 år. Medelåldern var 53,4 och medianåldern 58,0. Standardavvikelsen var 20,0. Åldersfördelningen för de som svarat ja respektive nej ser ut som i *figur 1 och 2*.

Har du sökt information om din sjukdom/ dina symptom på internet?: Ja



Figur 1. Åldersfördelning hos internetsökare

Har du sökt information om din sjukdom/ dina symptom på internet?: Nej



Figur 2. Åldersfördelning hos icke-internetsökare

### Jämförelse mellan internetsökare och icke-internetsökare

I detta stycke beskrivs skillnaderna i nöjdhet mellan de som hade sökt på internet om sina symptom och de som inte hade sökt på internet.

Svarsfördelningen på de tre frågorna "Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma", "Sjuksköterskan talade om för mig vilka problem jag skulle vara uppmärksam på" samt "Sjuksköterskan gav mig möjlighet att ställa frågor" kan ses i tabell 3.

På frågan "Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma" instämde 44,1 % av de icke-internetsökarna, medan 35,8 % av internetsökarna höll med ( $p = 0,580$ ). I frågan "Sjuksköterskan talade om för mig vilka problem jag skulle vara

uppmärksam på” instämde 43,5 % av icke-internetsökarna, jämfört med 33,3 % av internetsökarna. De som inte höll med utgjorde 36,2 % av icke-internetsökarna och 47,0 % av internetsökarna ( $p = 0,398$ ). På frågan ”Sjuksköterskan gav mig möjlighet att ställa frågor” höll 68,1% av internetsökarna respektive 74,6 % av icke-internetsökarna med om påståendet ( $p = 0,684$ ).

Tabell 3. Information inför hemgång och möjligheten att få sina frågor besvarade relaterat till om respondenten var internetsökare eller icke-internetsökare.

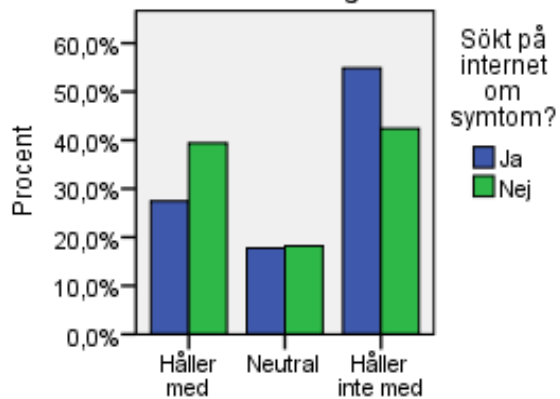
<b>Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma<sup>a</sup></b>			
	<i>Internetsökare</i>	<i>Icke-internetsökare</i>	<i>Totalt</i>
<i>Håller med</i>	35,8 %	44,1 %	40,0 %
<i>Neutral</i>	20,9 %	16,2 %	18,5 %
<i>Håller inte med</i>	43,3 %	39,7 %	41,5 %
<i>P-värde</i>			0,580*
<b>Sjuksköterskan talade om för mig vilka problem jag skulle vara uppmärksam på<sup>b</sup></b>			
	<i>Internetsökare</i>	<i>Icke-internetsökare</i>	<i>Totalt</i>
<i>Håller med</i>	33,3 %	43,5 %	38,5 %
<i>Neutral</i>	19,7 %	20,3 %	20,0 %
<i>Håller inte med</i>	47,0 %	36,2 %	41,5 %
<i>P-värde</i>			0,398*
<b>Sjuksköterskan gav mig möjlighet att ställa frågor<sup>c</sup></b>			
	<i>Internetsökare</i>	<i>Icke-internetsökare</i>	<i>Totalt</i>
<i>Håller med</i>	68,1 %	74,6 %	71,4 %
<i>Neutral</i>	11,6 %	9,9 %	10,7 %
<i>Håller inte med</i>	20,3 %	15,5 %	17,9 %
<i>P-värde</i>			0,684*

\*) Chi2-test. a) Internt bortfall = 8. b) Internt bortfall = 8. c) Internt bortfall = 3.

Svaren på frågan ”Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kan förvänta mig hemma” ses i figur 3. Bland internetsökarna höll 27,4 % med och 54,8 % inte med. Bland icke-internetsökarna höll 39,4 % med och 42,4 % höll inte med ( $p = 0,303$ ).

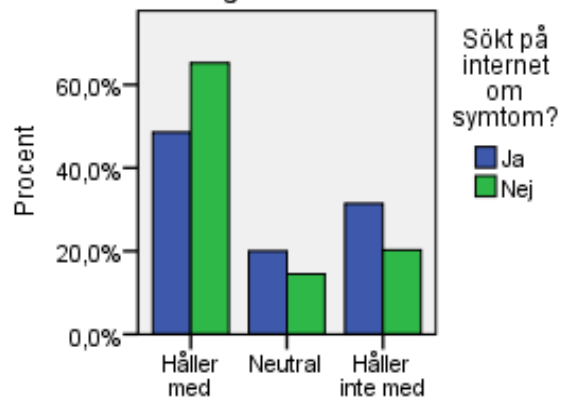
I frågan ”Sjuksköterskan försäkrade sig om att alla frågor var besvarade” höll 48,6 % av internetsökarna medan samma siffra för icke-internetsökare var 65,2 %. 31,4 % av internetsökarna respektive 20,3 % av icke-internetsökarna höll inte med om påståendet. Neutrala till frågan var 20,0 % av internetsökarna och 14,5 % av icke-internetsökarna ( $p = 0,137$ ). Ett diagram över hur de svarande fördelade sig finns i figur 4.

**Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kunde förvänta mig hemma**



*Figur 3 Internetsökarnas och icke-internetsökarnas fördelning över de tre svarsalternativen.<sup>1</sup>*

**Sjuksköterskan försäkrade sig om att alla mina frågor var besvarade**



*Figur 4 Internetsökarnas och icke-internetsökarnas fördelning över de tre svarsalternativen.<sup>2</sup>*

## Diskussion

I detta stycke diskuteras den valda metoden, vårt resultat, kliniska implikationer och eventuell framtida forskning. Sist redovisas författarnas arbetsfördelning.

### Diskussion av vald metod

Då enkäten redan var färdig hade författarna inte möjlighet att påverka hur den var utformad. Detta har i sin tur påverkat den demografiska datan vi har om respondenterna och de items vi hade möjlighet att välja.

En enkätstudie ger inte utrymme att bedöma kvaliteten på den kommunikation som sker mellan sjuksköterskan och patienten. I denna studie har vi valt det kvantitativa perspektivet då vi vill undersöka om det finns några problem i informationen som kan relateras till ålder och sjukdomssökningar på internet. Då vi vill ha ett stort urval på kort tid är en kvantitativ enkätstudie att föredra (Eljertsson, 2005) och det var också därför denna form valdes. Av

<sup>1</sup> Internt bortfall: 15 stycken.

<sup>2</sup> Internt bortfall: 4 stycken.

samma anledning har vi inte kunnat bedöma kvaliteten i utbytet mellan patient och sjuksköterska. Att sjuksköterskan gav möjlighet att ställa frågor behöver inte nödvändigtvis betyda att detta gavs på ett sätt som kändes inbjudande till att ställa frågor. På samma sätt kan informationen inför hemgång vara av olika kvalité och patienten kan ha förstått den i olika grad utan att detta framkommer i det kvantitativa perspektivet vi valt. För att få en fullgod uppfattning om informationen på akutmottagningen behövs både kvalitativa och kvantitativa metoder.

### *Items och variabler*

God information har visat sig vara en av de viktigaste punkterna för att uppnå hög patientnöjdhet (Nairn et al., 2004). Information är också en viktig del i omvårdnaden och ett absolut måste för att patienten ska kunna bevara sin autonomi (Benner & Wrubbel, 1989; Birkler, 2007; Socialstyrelsen, 2005). Tidigare studier visar bland annat att en del av patienterna inte tycker att de får tillräcklig information om hur de ska ta hand om sig själv i hemmet (Muntlin et al., 2006) samt att otillräcklig information om vad som kan förväntas i hemmet och i vilka fall patienten ska ta ny kontakt med sjukvården leder till låg patientnöjdhet (Sun et al., 2000; Sun et al., 2001). Det finns också studier som visar att en liten andel av patienterna får möjlighet att ställa frågor (Rhodes et al., 2004). Baserat på detta har vi valt att fokusera på den information respondenterna fick inför hemgång samt den möjlighet de fick att ställa frågor och få dessa besvarade.

Författarna valde att slå samman de båda positiva alternativen till ett alternativ och de båda negativa alternativen till ett. Detta då både ett och två på den femgradiga skalan innebär att personen håller med till någon del, och på samma sätt innebär fyra och fem att personen inte håller med i större eller mindre grad. Det skulle kunna innebära att eventuella små skillnader som förekommer i det ursprungliga materialet inte blir lika framträdande. Sammanslagningen innebar också att vi fick fler svarande i grupperna håller med och håller inte med vilket gör det lättare att testa om det finns något statistiskt signifikant samband (Djurfeldt et al., 2010). Materialet blev också mer lättöverskådligt av sammanslagningen. I detta arbete undersöker vi inte nyanserna av hur mycket eller lite en person håller med utan endast om han eller hon gör det, är neutral eller inte håller med.

## *Exkludering & bortfall*

Svarsfrekvens bland de utdelade enkäterna var 20,9 % vilket innebär att en stor del av de som erhållit enkäten inte valt att delta i studien. Anledningen till detta är troligtvis mångfasetterad och det medför en risk att materialet inte är representativt för samtliga patienter på akutmottagningen. I det fall en hel patientgrupp väljer att inte delta kommer inte deras tankar att avspeglas i materialet. Om exempelvis de patienter som är missnöjda efter sitt besök på akutmottagningen väljer att inte svara på enkäten kommer resultatet visa en oproportionerligt stor mängd av nöjda patienter. Rahmqvist och Bara (2010) såg i en studie i Sverige att de akutmottagningar som hade hög andel nöjda patienter också hade högre svarsfrekvens. Den slutsatsen kan vi inte dra i vår studie eftersom vi inte har någon data om de som inte valde att svara. Det går inte att säga vilka det är som valt att inte delta, vilket gör att resultatet bör tolkas med försiktighet.

Respondenter som exkluderades var till exempel de som var allvarligt sjuka och de som inte kunde tala svenska. De som är allvarligt sjuka befinner sig i en utsatt position som gör det svårt att fatta övervägda beslut (Polit & Beck, 2012). Det är därför inte etiskt försvarbart att be dem fylla i en enkät. De som inte talade svenska blev inte tillfrågade då de inte kunde tillgodogöra sig den skriftliga informationen som delgavs tillsammans med enkäten. Om personen inte kan förstå den skriftliga informationen kan den inte ge ett informerat samtycke och det är därför inte etiskt försvarbart att be den personen medverka i studien. Att vissa grupper exkluderats innebär att deras åsikter inte finns representerade i materialet (Djurfeldt et al., 2010). Detta innebär också att de andra gruppernas åsikter kommer att värderas högre än vad de hade gjort om de exkluderade grupperna hade deltagit. Kanske ser de allvarligt sjuka annorlunda på den information de fått och kanske finns det tydligare skillnader mellan åldersgrupperna samt mellan internetsökare och icke-internetsökare? Det kan också vara så att olikheterna i materialet skulle ha blivit mer utslätade om samtliga tillfrågade valde att svara på enkäten.

Samtliga patienter som blev inlagda, både mindre akuta och mer akuta, exkluderades i denna studie. Det finns flera anledningar till det. Tre av fem använda items handlade om information om egenvård, symtom att vara observant på och vad som kan förväntas i hemmet. Dessa frågor går inte att svara på om respondenten inte går hem efter besöket på akutmottagningen. Vi har också bedömt att informationsflödet är annorlunda när en patient läggs in. Patienten

behöver inte ha en helt klar diagnos utan kan läggas in för observation på en avdelning. Det är inte heller så att sjuksköterskan på akutmottagningen måste ge all information när patienten går vidare till en annan avdelning, eftersom andra sjuksköterskor då tar över patienten. En tredje anledning är att respondenten kan ha svårt att skilja på den information den fick på akutmottagningen och den information den fick på vårdavdelningen efteråt. Vi bedömde därför att dessa patienter inte kan bidra till att svara på våra frågeställningar.

Det interna bortfallet medför att svarsgrupperna ser olika ut i varje enskild fråga. Trost (2012) skriver att enkäter inte bör vara för långa samt att för många frågor på rad med samma svarsalternativ kan medföra att undersökningspersonerna glömmer bort vad svarsalternativen handlar om. Författarna tror därför att en del av de tillfrågade undvek att svara på items om hemgång och möjlighet till frågor på grund av att dessa låg mot slutet i en enkät med 57 frågor och att de helt enkelt har varit för trötta för att svara på fler frågor. Många frågor på rad kan också medföra att respondenten missar en fråga.

Enligt Ejlertsson (2005) leder en väntrumundersökning till att undersökningsdeltagarna består till oproportionellt stor andel högkonsumenter, det vill säga personer som ofta besöker akutmottagningen. Författarna anser att tidigare besök på akutmottagningen kan påverka individens behov av information. Personen kanske återkommer för samma åkomma som tidigare gånger och därför vet en del om sitt tillstånd och har mindre, eller andra, behov. Det kan också vara så att sjukvårdspersonalen känner individen och därmed ger annan information än de ger till en helt ny person. Detta kan dock vara en del i att förklara varför en del av respondenterna valt att inte svara på någon eller alla av våra fem items.

### *Statistisk analys*

Som presenterats i metoden så används Chi<sup>2</sup> för att analysera materialet. De fem ursprungliga likertskalorna har fem olika svarsalternativ och är av typen ordinalskala. Enligt Polit och Beck (2012) anser många statistiska analytiker att likertskalor även kan betraktas som intervallskalor. Om vi hade valt att analysera materialet utifrån detta antagande och inte grupperat alternativen på likertskalorna kunde t-test vara ett alternativt verktyg. T-test fungerar bättre på intervallskalor med flera värden och mäter om medelvärdet skiljer sig



slumpmässigt eller inte. Chi2 mäter istället om frekvensen skiljer sig eller inte (Polit & Beck, 2013). T-test betraktar variablernas rangordning, vilket inte Chi2 gör. En av Chi2-testets nackdelar är att det endast säger om det finns en signifikant skillnad eller inte, utan att ange skillnadens riktning. Chi2-testet kan inte heller avgöra hur starkt ett samband mellan två variabler är utan endast om det finns ett samband mellan dem eller inte (Djurfeldt et al., 2010).

Då vi slår ihop de båda lägre värdena till en variabel samt de båda högre till en variabel får vi en tregradig ordinalskala med alternativen håller med, neutral och håller inte med. Enligt Polit och Beck (2013) är Chi2 lämpligt att använda vid ordinalskalor med få alternativ, vilket är anledningen till att Chi2 använts i studiens analys.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Under denna rubrik diskuteras vårt resultat. Först behandlas åldersgruppernas nöjdhet och därefter behandlas internetsökares och icke-internetsökares nöjdhet. Sist diskuteras skillnader i det stöd internetsökares och icke-internetsökare behöver vad gäller information i hälso- och sjukvården.

### *Åldersgruppernas nöjdhet med informationen*

I det insamlade materialet har vi inte kunnat påvisa någon statistisk signifikant skillnad och det har inte heller observerats några större skillnader i hur nöjda de olika åldersgrupperna är. Mest ense var åldersgrupperna i de tre nedersta frågorna i frågorna om information om vad patienterna kan förvänta sig hemma, om de fick möjlighet att ställa frågor och om dessa frågor blev besvarade. Anledningen till att åldersgrupperna svarade så samstämmigt kan bero på studiens begränsade storlek, den låga svarsfrekvensen eller att åldersgrupperna får lika god information. Utifrån vårt material anser vi inte att ålder är en faktor i hur nöjd personen är med informationen. Om det i sin tur beror på att personalen är duktig på att anpassa sin information utifrån patientens ålder eller att anpassning av informationen inte behövs vet vi ingenting om.

Intressant att notera är hur högt åldersgrupperna svarade på frågan *”sjuksköterskan gav mig möjlighet att ställa frågor”*. Här svarade 71,4 % av samtliga respondenter att de höll med i påståendet. Det interna bortfallet var lågt i frågan, endast tre personer hade valt att inte svara. Detta tyder på en väl fungerande rutin hos personalen där de öppnar upp för frågor.

### *Internetsökarnas nöjdhet med informationen*

Genomgående observeras en icke-signifikant skillnad i nöjdhet mellan de som har genomfört en websökning om sitt tillstånd och de som inte har genomfört en sådan sökning. De som inte sökt på internet var mellan 6,5 % och 16,6 % mer nöjda än de som sökt på internet. Den största observerbara skillnaden i nöjdhet mellan de som sökt på internet och de som inte gjort detsamma sågs i frågan *”Sjuksköterskan försäkrade sig om att alla mina frågor var besvarade”*. Skillnaden mellan hur många som instämde i grupperna internetsökare och icke-internetsökare var 16,6 %. Denna skillnad kunde inte säkerställas statistiskt ( $p = 0,137$ ) men var tydligt observerbar.

En observerbar skillnad som inte är statistiskt signifikant kan bero helt och hållet på slumpen. Det kan också vara en antydning till en skillnad som hade blivit statistiskt signifikant vid ett större urval. En svensk studie har också visat att de som sökt på internet om sin åkomma är signifikant mindre nöjda med sin vård på akutmottagningen (Rahmqvist & Bara, 2010). Diskussionen i kommande stycken behandlar det fall där skillnaden skulle ha varit signifikant vid större urval, och är ointressant om de observerade skillnaderna beror på slumpen. Vi kommer här att diskutera några olika anledningar till att patienten skulle kunna känna sig sämre informerad efter en internetsökning. Anledningar som kommer att beröras här är att patienten hittat information som inte bedöms vara relevant att ge vid omvårdnadstillfället och att patienten redan läst till sig mer information än vad sjuksköterskan väljer att ge.

Beroende på var patienten har hittat informationen kan den vara av olika kvalitet och detta kan leda till olika frågor. Wangberg et al. (2009) skriver till exempel att 25 % ifrågasätter sin diagnos eller behandling efter sökning på internet. Samtidigt kan internetsökningar leda till att

patienterna har mer tid på sig att formulera frågor de undrar över, att möjligheten att kommunicera med vårdgivaren ökar och att patienten känner sig mindre underlägsen (Korp, 2006). Förmåga till källkritik kan skilja sig mellan olika kulturer. I en amerikansk studie (Ybarra & Suman, 2006) var endast 21 % tveksamma till kvaliteten på den information de hittat genom en internetsökning. Om denna siffra är möjlig att överföra till Sverige kan diskuteras, men i så fall betyder det att en väldigt stor andel – nästan 80 % - anser att den information de sökt på internet är av god kvalitet. I samma studie framhölls det att 85 % valde att påbörja sin sökning med en sökmotor, till exempel Google eller Bing (Ybarra & Suman, 2006). Vid en internetsökning om en åkomma får patienten upp allt möjligt: kvalitetsgranskad information från sjukvården, ogranskad information från privata aktörer, tidningsartiklar, bloggar från personer med extrema fall, trådar i forum som behandlar symtom och så vidare. Författarna tänker sig att detta leder till en stor bredd i den information patienten hittat – varav sjuksköterskan kan bedöma en del som irrelevant att delge patienten i nuvarande fall, vilket i sin tur kan leda till att patienten upplever att sjuksköterskan undanhåller information.

En annan förklaring som författarna kan se är att sjuksköterskans resurser i form av tid och kunskap begränsar möjligheten att svara på frågor som ligger utanför det som normalt är aktuellt vid ett besök på akutmottagningen. Om patienten har hittat information som den tycker är relevant men som sjuksköterskan bedömer som helt irrelevant kanske sjuksköterskan försöker att kort förklara varför det inte är väsentligt i nuvarande fall. Patienten kan då lämnas med en känsla av att inte ha fått svar på sin fråga.

Djurfeldt et al (2010) skriver att ju större ett urval är desto större chans är det att finna ett samband. Författarna tänker sig därför att det vid ett större urval eventuellt varit möjligt att statistiskt säkerställa ett samband mellan att ha sökt på internet och vara mindre nöjd med sjuksköterskans besvarande av frågor. Vidare forskning behövs för att statistiskt avgöra om det finns en signifikant skillnad.

### *Olika informationsbehov*

Patienter som har sökt på internet har ökade möjligheter att förbereda sig inför sitt besök och att skapa dialog med sin läkare (Korp, 2006). Samtidigt är det svårt att hitta information av

god kvalitet på internet (Eysenbach et al., 2002). Informationen som hittas på internet kan också skapa oro hos patienterna (Wangberg et al., 2009). Författarna ser därför att behovet av information kan skilja sig mellan icke-internetsökarna och internetsökarna.

Icke-internetsökarna behöver utförligare information om det grundläggande problemet, orsaker, behandling och vård i hemmet. De är inte lika förberedda för sitt besök och behöver därmed mer tid på sig att fundera över frågor. Samtidigt behöver internetsökarna hjälp med det motsatta – att strukturera upp och förstå den information de hittat. De behöver utförliga svar på varför viss information inte är aktuell i nuvarande fall och hjälp att tolka det de funnit. I längden måste vi också stötta våra patienter i att värdera kvaliteten på information på internet. Detta kan ske både genom att hälso- och sjukvården bidrar med internetsidor som har hög kvalitet och att vi lär patienter vad som utmärker information med hög kvalitet.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Vid granskning av tidigare studier framkommer att information är viktigt för hög patientnöjdhet, god kommunikation mellan vårdgivare och patient, minskad frustration och bättre följsamhet i behandlingar (Andersson, 2013; Nairn et al., 2004; Pytel et al., 2009; Sun et al., 2000; Sun et al., 2001; Wellstood et al., 2005). Syftet med denna uppsats var att undersöka om det fanns något samband mellan patienternas ålder, huruvida de sökt på internet om sitt tillstånd och patienternas nöjdhet med informationen på akutmottagningen. Kunskap om sådana samband skulle i sin tur kunna utveckla informationen för de grupper som upplever att informationen inte är tillräcklig.

Vi har inte kunnat fastställa några statistiskt signifikanta samband för något av de items vi använt. I samtliga frågor gällande internetanvändning och patientnöjdhet observeras en skillnad, men i det material på 209 enkäter som använts i denna studie är det inte möjligt att fastställa ett eventuellt samband. Fortsatta studier behövs vad gäller samband mellan patienters informationssökningar på internet om sjukdomar och dess nöjdhet med erhållen information. I nuläget ser vi därför inga kliniska implikationer av vår studie.

## **Författarnas arbetsfördelning**

Båda författarna har sökt artiklar och annan litteratur för att beskriva problemområde och bakgrund till studien. Metodkapitlet har framarbetats gemensamt. Författarna har gemensamt diskuterat hur datan skall presenteras i resultatet. Därefter har Johan haft huvudansvaret för att framställa tabeller och diagram i SPSS medan Denize haft huvudansvaret för att skriva om dessa tabeller och diagram i uppsatsen. Diskussionen har båda författarna varit delaktiga i.

## Referenser

Andersson (2013). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården* (2 uppl.) (pp. 113-146). Lund: Studentlitteratur.

Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H. (2007). *BMC Public Health*, 7, (53).

Benner, P. & Wruble, J. (1989). *The Primacy of Caring – Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park: Addison Wesley.

Birkler (2007). *Filosofi + Omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Davis, B. A. & Bush, H. A. (2003). Patient Satisfaction of Emergency Nursing Care in the United States, Slovenia and Australia. *Journal of Nursing Care Quality*, 18, (4), 267-274.

Davis, B., Kiesel, C.K., McFarland, J., Collard, A., Coston, K. & Keeton, A. (2005). Evaluating instruments for quality: testing convergent validity of the consumer emergency care satisfaction scale. *Journal of Nursing Care Quality*, 20, (4), 364-368.

Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Edvardsson, D., Sandman, P-O. & Rasmussen, B. (2008) Swedish language Person-centred Climate Questionnaire – patient version: Construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 63, (3), 302-309.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok I enkätmetodik* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ekwall, A. & Davis, B. A. (2010). Testing a Swedish version of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale in an emergency department and 2 observation wards. *Journal Of Nursing Care Quality*, 25, (3), 266-273.

Elmqvist, C., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2011). On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2609-2616.

Engel, J., Buckley, B., Forth, V., McCarthy, D., Ellison, E., Schmidt, M. & Adams, J. (2012). Patient understanding of emergency department discharge instructions: Where are knowledge deficits greatest? *Academic Emergency Medicine*, 19, 1035-1044.

Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O. & Sa, E-R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: a systematic review – A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 287, (20), 2691-2700.

Flynn, K. E., Smith, M. A. & Freese, J. (2006). When do Older Adults Turn to the Internet for Health Information? Findings from the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of general internal medicine*, 21, 1295-1301

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården (2 uppl.)* (pp. 25-50). Lund: Studentlitteratur.

Gozdziński, A., Schlutow, M. & Pittiglio, L. (2012). Patient and family education in the emergency department: How nurses can help. *Journal of emergency nursing*, 38, (3), 293-295

Hansagi, H. & Allebeck P. (1994) *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Kjellgren, K. (2013). Kommunikation och läkemedel. I B Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården (2 uppl.)* (pp. 355-376). Lund: Studentlitteratur.

Klang Söderkvist, B. (2013). Information – undervisning – lärande. I B Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården (2 uppl.)* (pp. 51-72). Lund: Studentlitteratur.

Klingenfors, V. (2011). Sjuksköterska. Hämtad 25 november, 2013, från [http://www.med.lu.se/utbildning/program\\_och\\_kurser/program\\_grundnivaa/intervjuer\\_med\\_v\\_aara\\_nu\\_yrkesverksamma\\_f\\_d\\_studenter/sjukskoeterska](http://www.med.lu.se/utbildning/program_och_kurser/program_grundnivaa/intervjuer_med_v_aara_nu_yrkesverksamma_f_d_studenter/sjukskoeterska)

Korp, P. (2006). Health on the Internet: implications for health promotions. *Health education research – Theory & Practice*, 21, (1), 78-86.

Kummervold, P. E. & Wynn, R. (2012). Health Information on the Internet: The Development in 5 European Countries. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2012.

Landstingen i Värmland. (2013). Varierande och utvecklande jobb på akuten. Hämtad 25 november, 2013, från <http://www.liv.se/Jobb-utbildning-och-forskning/Jobba-hos-oss/Mot-anstallda/Varierande-och-utvecklande-jobb-pa-akuten/>

Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2006) Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056

Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M. & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 159-165.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Research – Generating and Assessing Evidence för Nursing Practice (9<sup>th</sup> ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research – Appraising evidence for nursing practice (8<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop.

Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H. & Albert, N. (2009). Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 35, (5), 406-411.



Rahmqvist, M. & Bara, A-C. (2007). Patients retrieving additional information via the Internet: A trend analysis in a Swedish population, 2000-05. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 533-539.

Rahmqvist, M. & Bara, A-C. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, (2), 86-92.

Region Skånes Prehospitala Centrum. (2013). *RETTS anpassad för ambulanssjukvården 1.0*. Hämtad 23 april, 2013, från [http://www.skane.se/Public/SUS\\_extern/Verksamheter/RSPC/RETTS%20%20SKANE%20AMBSJV%20smart%20phone%20v%201%200%20130408.pdf](http://www.skane.se/Public/SUS_extern/Verksamheter/RSPC/RETTS%20%20SKANE%20AMBSJV%20smart%20phone%20v%201%200%20130408.pdf)

Rhodes, K. V., Vieth, T., He, T., Miller, A., Howes, D. S., Bailey, O., Walter, J., Frankel, R. & Levinson, W. (2004). Resuscitating the Physician-Patient Relationship: Emergency Department Communication in an Academic Medical Center. *Annals of emergency medicine*, 44, 262-267.

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Hämtad 12 december, 2013, från [http://www.swenurse.se/PageFiles/713/Nr46\\_1okt\\_Kompbeskr\\_akutweb.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/713/Nr46_1okt_Kompbeskr_akutweb.pdf)

Svenska Akademien (2011). *Svenska Akademiens ordlista*. Hämtad 20 november, 2013, från [http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_pa\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 18 november, 2013, från Riksdagen [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005-105-1)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 20 november, 2013, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Statistiska centralbyrån. (2012). *Privatpersoners användning av datorer och internet 2011*. Stockholm

Sun, B.C., Adams, J., Orav E.J., Rucker D.W., Brennan T.A & Burstin H.R. (2000). Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care. *Annals of emergency medicine*, 35, (5), 426-434.

Sun, B.C., Adams, J. & Burstin H.R. (2001). Validating a Model of Patient Satisfaction With Emergency Care. *Annals of emergency medicine*, 38, (5), 527-532.

Trost, J. (2012). *Enkätboken (4 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Wangberg, S., Andreassen, H., Kummervold, P., Wynn, R. & Sørensen, T. (2009). Use of the Internet for Health Purposes: Trends in Norway 2000 – 2010. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 691-696.

Wellstood, K., Wilson, K. & Eyles, J. (2005). “Unless you went in with your head under your arm”: Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*, 61, 2363-2373.

Ybarra, M.L. & Suman, M. (2006). Help seeking behavior and the Internet: A national survey. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 29-41.

Var vänlig och kryssa i den cirkel som bäst stämmer in på Din uppfattning

**1. Kön?**

- Kvinna  
 Man

**2. Din ålder? \_\_\_ år**

**4. Vad har du för utbildning?**

- Grundskola  
 Gymnasieutbildning eller motsvarande  
 Högskole- eller universitetsutbildning

**10. Har du sökt information om din sjukdom/ dina symptom på internet?**

- Ja  
 Nej

Nedan kommer påståenden om sjuksköterskan/vårdpersonalen på akutmottagningen, och alternativ om hur väl du tycker att de stämmer in på din upplevelse. Tänk på den sjuksköterska eller vårdpersonal som spenderade mest tid hos Dig. Sätt kryss i den cirkel som bäst stämmer med din uppfattning

	Håller fullständigt med			Håller inte alls med	
<b>42. Sjuksköterskan gav mig instruktioner om hur jag skulle ta hand om mig hemma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>44. Sjuksköterskan talade om för mig vilka problem jag skulle vara uppmärksam på</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>45. Sjuksköterskan talade om för mig vad jag kunde förvänta mig hemma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**53. Sjuksköterskan gav mig  
möjlighet att ställa frågor**

**56. Sjuksköterskan försäkrade  
sig om att alla mina frågor  
var besvarade.**