



LUNDS UNIVERSITET
Ekonomihögskolan

Företagsekonomiska institutionen

FEKH29

Kandidatuppsats i marknadsföring

HT 2014

Patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster

Författare:

Alexander Berghman

Emil Karsten

Johannes Nilsson

Handledare:

Lars Carlman

Sammanfattning

Titel: Patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster

Seminariedatum: 2015-01-15

Ämne/kurs: FEKH29, Företagsekonomi: Examensarbete i marknadsföring på kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Författare: Alexander Berghman, Emil Karsten och Johannes Nilsson

Handledare: Lars Carlman

Fem nyckelord: ”Service Quality”, ”E-Service-Quality”, ”Health Care”, ”E-Health”, ”Kvalitet i sjukvård”

Syfte: Att undersöka befintliga tjänstekvalitetsmodellens applicerbarhet på e-sjukvårdstjänster och huruvida e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvård stämmer överens i Sverige samt om det föreligger en skillnad i potentiella patienters syn på kvalitetsdimensionerna i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.

Metod: En abduktiv ansats vilken kombinerar induktion och deduktion, samt en kvantitativ metod för datainsamling i form av en enkätundersökning på Internet med 63 respondenter som grund för det empiriska materialet.

Teoretiska perspektiv: En teoretisk referensram med fokus på de teorier och modeller som berör tjänstekvalitet och e-tjänstekvalitet kompletterat med sjukvårdsforskning om patienters förväntningar på kvalitet i sjukvård.

Empiri: Studien avser potentiella konsumenter av e-sjukvård, vilka genomgående i denna uppsats benämns potentiella patienter.

Slutsatser: Tjänstekvalitetsmodeller kan bli applicerbara på e-sjukvårdstjänster efter viss modifiering och integrering med patienters förväntningar på kvalitet i sjukvård enligt sjukvårdsforskningen. Det finns ett gap mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvård i Sverige och det finns en skillnad i potentiella patienters syn på fem kvalitetsdimensioner i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.

Abstract

Title: Patients' expectations of quality in E-Health Services

Seminar date: 2015-01-15

Course: FEKH29, Business Administration: Degree Project in Marketing, Undergraduate Level, 15 University Credits Points (UPC)

Authors: Alexander Berghman, Emil Karsten and Johannes Nilsson

Advisor: Lars Carlman

Key words: "Service Quality", "E-Service-Quality", "Health Care", "E-Health", "Kvalitet i sjukvård"

Purpose: To examine the existing Service-Quality-Models' applicability to E-Health Services and whether E-Healthcare Companies' perception of and potential patients' expectations of quality in E-Health in Sweden is consistent and if there is a difference in potential patients' views on the quality dimensions of E-Health Services by different sensitivity degree.

Methodology: An abductive approach which combines induction and deduction, as well as a quantitative method for data collection in the form of an online questionnaire survey of 63 respondents as the basis of the empirical material.

Theoretical perspectives: A theoretical framework with a focus on the theories and models that affect Service Quality and E-Service Quality supplemented with medical research on patients' expectations for quality in Health Care.

Empirical foundation: The study relates to potential consumers of E-Health, whom throughout this essay is titled potential patients.

Conclusions: Service-Quality-Models can be applicable to E-Health Services after some modification and integration with patients' expectations for quality of care under medical research. There is a gap between E-Healthcare Companies' perception of and potential patients' expectations of quality in E-Health in Sweden and there is a difference in potential patients' views on five dimensions of quality in e-health services by different sensitivity degree.

Innehållsförteckning

1. Begreppsförklaringar	9
2. Inledning	10
2.1. Problembakgrund	10
2.1.1. Utvärdera kvalitet i tjänster	11
2.2. Problemdiskussion.....	11
2.3. Problemformulering	13
2.4. Syfte	14
2.5. Avgränsning	14
2.6. Disposition.....	14
3. Teori	16
3.1. Service Quality	16
3.1.1. Utvecklandet av Serv-Qual-modellen.....	16
3.1.2. E-Service Quality Model	21
3.2. Förväntad, upplevd och total tjänstekvalitet.....	22
3.3. Kundupplevd tjänstekvalitet.....	23
3.4. Kvalitet i sjukvården	24
3.4.1. Donabedians triad – Modell för att studera sjukvårdens kvalitetsaspekter	24
3.4.2. Crossing the Quality Chasm.....	25
3.5. Sammanfattning teori	26
3.6. Motivering av teori	27
4. Metod och forskningsdesign	29
4.1. Kunskapsteoretisk uppfattning och forskningsansats.....	29
4.2. Forskningsstrategi	30
4.3. Forskningsdesign.....	30
4.4. Forskningsmetod	31
4.5. Sekundärdata	31
4.6. Primärdata	31
4.6.1. Expertintervju.....	32
4.6.2. Enkätstudie.....	34
4.7. Population och urval.....	36
4.8. Analysverktyg	38
4.9. Reliabilitet och validitet	39
4.9.1. Reliabilitet	39
4.9.2. Validitet	39
4.10. Metod- och källkritik.....	40
5. Empiri	42

5.1.	Respondenter	42
5.1.1.	<i>Fråga 1 – Kön</i>	42
5.1.2.	<i>Fråga 2 – Ålder</i>	42
5.2.	Förväntad tjänstekvalitet i e-sjukvårdstjänster	43
5.2.1.	<i>Fråga 3 – Potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensioner</i>	43
5.2.2.	<i>Fråga 4 – Förväntad tjänstekvalitet</i>	47
5.3.	Skillnad i hur viktiga dimensioner är i olika e-sjukvårdstjänster	47
5.3.1.	<i>Fråga 5 – Dimensioners vikt i e-sjukvårdstjänsten ont i foten</i>	47
5.3.2.	<i>Fråga 6 – Dimensioners vikt i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom</i>	51
6.	Analys	55
6.1.	Donabedians triad och kundupplevd tjänstekvalitet	55
6.1.1.	<i>Funktionell kvalitet – struktur och process</i>	56
6.1.2.	<i>Teknisk kvalitet – utfall</i>	56
6.1.3.	<i>Image</i>	57
6.1.4.	<i>Total kvalitet</i>	57
6.2.	E-sjukvårdsgivares kvalitetsdimensioner och förväntad tjänstekvalitet	57
6.2.1.	<i>Empathy</i>	58
6.2.2.	<i>Privacy/Security</i>	60
6.2.3.	<i>Reliability</i>	62
6.2.4.	<i>Responsiveness</i>	64
6.2.5.	<i>Access</i>	66
6.2.6.	<i>Ease of navigation</i>	68
6.2.7.	<i>Efficiency</i>	70
6.2.8.	<i>Assurance</i>	72
6.2.9.	<i>Trust</i>	74
6.2.10.	<i>Competence</i>	76
6.3.	Sammanställning kvalitetsdimensioner	78
6.3.1.	<i>Litet gap i reliability, assurance och trust</i>	78
6.3.2.	<i>Relativt litet gap i efficiency, access och competence</i>	79
6.3.3.	<i>Relativt stort gap i responsiveness och empathy</i>	79
6.3.4.	<i>Stort gap i privacy/security och ease of navigation</i>	80
6.4.	Skillnader i dimensioner vid e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad	81
6.4.1.	<i>Skillnad i assurance, trust, competence, empathy och privacy/security</i>	81
6.4.2.	<i>Ej skillnad i reliability, efficiency, access, responsiveness och ease of navigation</i>	81
6.5.	Skillnad mellan <i>ont i foten</i> och <i>könssjukdom</i> – enbart känslighetsgrad?.....	82
6.6.	E-Serv-Quals applicerbarhet på e-sjukvårdstjänster.....	82
6.7.	Studiens reliabilitet och validitet	83

6.7.1.	<i>Reliabilitet</i>	83
6.7.2.	<i>Validitet</i>	83
7.	Slutsats	85
7.1.	E-sjukvårdsgivares uppfattning och potentiella patienters förväntningar – ett gap.....	85
7.2.	Skillnad i kvalitetsdimensioner i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad	85
7.3.	E-Serv-Qual-modellens applicerbarhet på e-sjukvårdstjänster	86
7.4.	Förslag på framtida forskning	86
8.	Referenslista	88
9.	Appendix	90
9.1.	Enkätundersökningen och dess kodning.....	90
9.2.	Respondenter och internt bortfall	92

Figur- och tabellförteckning

Figur 1. Uppsatsens disposition.....	14
Figur 2. Service Quality Model (Parasuraman et al., 1985).....	17
Figur 3. Modell för upplevd tjänstekvalitet (Grönroos et al., 1988).	23
Figur 4. Donabedians triad (Donabedian, 1980).	24
Figur 5. Process från forskning till tio tjänstekvalitetsdimensioner i e-sjukvård.	34
Figur 6. Donabedians triad och modellen för kundupplevd tjänstekvalitet sammanslagna.	55
Tabell 1. Könsfördelning av respondenterna.....	42
Tabell 2. Åldersfördelning av respondenterna.	42
Tabell 3. Antalet svar uppdelat på valida och bortfallna svar.	43
Tabell 4. Resultat för Empathy i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	43
Tabell 5. Resultat för Privacy/Security i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	44
Tabell 6. Resultat för Reliability i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.	44
Tabell 7. Resultat för Responsiveness i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	44
Tabell 8. Resultat för Access i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	45
Tabell 9. Resultat för Ease of Navigation i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	45
Tabell 10. Resultat för Efficiency i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	45
Tabell 11. Resultat för Assurance i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	46
Tabell 12. Resultat för Trust i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.....	46
Tabell 13. Resultat för Competence i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.	46
Tabell 14. Förväntad tjänstekvalitet i e-sjukvårdstjänsten.	47
Tabell 15. Empathy i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.....	48
Tabell 16. Privacy/security i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.....	48
Tabell 17. Reliability i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.....	48
Tabell 18. Responsiveness i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.	49
Tabell 19. Access i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.	49
Tabell 20. Ease of navigation i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.....	49
Tabell 21. Efficiency i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.....	50
Tabell 22. Assurance i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.....	50
Tabell 23. Trust i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.	50
Tabell 24. Competence i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.....	51

Tabell 25. Empathy i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	51
Tabell 26. Privacy/security i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	52
Tabell 27. Reliability i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	52
Tabell 28. Responsiveness i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	52
Tabell 29. Access i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	53
Tabell 30. Ease of navigation i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	53
Tabell 31. Efficiency i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	53
Tabell 32. Assurance i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	54
Tabell 33. Trust i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	54
Tabell 34. Competence i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.	54
Tabell 35. Korrelationstest mellan Empathy och Förväntad tjänstekvalitet.	58
Tabell 36. Paired T-test för Empathy i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	59
Tabell 37. Korrelationstest mellan Privacy/Security och Förväntad tjänstekvalitet.	60
Tabell 38. Paired T-test för Privacy/Security i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär. ..	61
Tabell 39. Korrelationstest mellan Reliability och Förväntad tjänstekvalitet.	62
Tabell 40. Paired T-test för Reliability i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	63
Tabell 41. Korrelationstest mellan Responsiveness och Förväntad tjänstekvalitet.	64
Tabell 42. Paired T-test för Responsiveness i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	65
Tabell 43. Korrelationstest mellan Access och Förväntad tjänstekvalitet.	66
Tabell 44. Paired T-test för Access i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	67
Tabell 45. Korrelationstest mellan Ease of Navigation och Förväntad tjänstekvalitet.	68
Tabell 46. Paired T-test för Ease of Navigation i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	69
Tabell 47. Korrelationstest mellan Efficiency och Förväntad tjänstekvalitet.	70
Tabell 48. Paired T-test för Efficiency i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	71
Tabell 49. Korrelationstest mellan Assurance och Förväntad tjänstekvalitet.	72
Tabell 50. Paired T-test för Assurance i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	73
Tabell 51. Korrelationstest mellan Trust och Förväntad tjänstekvalitet.	74
Tabell 52. Paired T-test för Trust i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	75
Tabell 53. Korrelationstest mellan Competence och Förväntad tjänstekvalitet.	76
Tabell 54. Paired T-test för Competence i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.	77
Tabell 55. Samtliga dimensioners korrelation till förväntad tjänstekvalitet.	78
Tabell 56. Skillnader i dimensioner mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.	81

1. Begreppsförklaringar

I detta avsnitt ges förklaringar på de begrepp som används frekvent i denna uppsats för att ge läsaren en förståelse för hur dessa begrepp används.

Service Quality

Hur en tjänst uppfattas av konsumenten, till vilken grad den uppfattas ha en hög kvalitet och hur pass tjänsten uppfyller eller överträffar de förväntningar konsumenten har på tjänsten. I denna uppsats benämns *Service Quality* främst som tjänstekvalitet.

Potentiell patient

I den här uppsatsen används *potentiell patient* som begrepp för en potentiell konsument av e-sjukvårdstjänster.

E-sjukvårdstjänst

Nätburen sjukvårdstjänst där patienten via en hemsida får kontakt med en läkare vilken i sin tur diagnostiserar eller ger svar på frågor som patienten kan tänkas ha.

E-tjänst

En nätburen tjänst där konsumenten, vilken kan vara en privatperson eller ett företag, köper en tjänst som är internetbaserad. Tjänsten kan vara inom olika branscher och områden samt kan även vara varierande i fråga om omfattning.

Förväntningar på kvalitet

Kvalitet är skillnaden på de förväntningar man har på kvalitet jämfört med den kvalitet man upplever när man väl testat en tjänst. Om förväntningarna är större än det man faktiskt upplever så upplevs kvaliteten på tjänsten vara sämre och vice versa.

Kvalitetsdimension

I den här uppsatsen definieras ordet kvalitetsdimension som de kriterier en konsument anser vara viktigast för att kvalitet ska uppnås inom en tjänst. Med andra ord är det sådana faktorer som skapar kvalitet för konsumenten.

2. Inledning

I detta inledande avsnitt introduceras läsaren i uppsatsens problembakgrund gällande tjänster och konsumenters förväntningar på tjänstekvalitet. Det redogörs även för olika vedertagna teorier och modeller för att analysera och utvärdera tjänstekvalitet. Vidare beskrivs tjänstekvalitetsforskningens utveckling som allt mer har blivit applicerbar på internetbaserade tjänster, även kallat e-tjänster. Problembakgrunden leder fram till en problemdiskussion där det redogörs för marknaden för sjukvårdstjänster och problematiken kring lanseringen av så kallade e-sjukvårdstjänster. Utifrån problemdiskussionen presenteras det sedan en problemställning och ett formulerat syfte.

2.1. Problembakgrund

En tjänst kännetecknas av samma parametrar som särskiljer en tjänst från en produkt på så sätt att en tjänst är en process, den är opåtaglig, den produceras samtidigt som den förbrukas och kunden deltar i processen (Lindquist & Persson, 1997). Alla företag som på ett eller annat sätt erbjuder en tjänst vill leverera tjänsten med så hög kvalitet som möjligt (Kotler & Keller, 2011). Parasuraman et al. (1985) hävdar att det finns ett antal faktorer vilka kan påverka konsumentens förväntningar på tjänstens kvalitet; rekommendation från befintliga kunder genom så kallad *word-of-mouth*, konsumentens egna erfarenheter samt övriga faktorer såsom reklam och annan kommunikation som kan påverka kunden. Därför är det enligt Rust och Oliver (2000) viktigt att en tjänst uppfyller eller överträffar de unika förväntningar som varje konsument har på tjänsten då det är en överhängande risk att det annars skapas missnöje och att kvaliteten därmed anses vara undermålig. Parasuraman et al. (1985) delar denna syn och har operationaliserat begreppet *kvalitet* som *upplevd tjänst minus förväntad tjänst*.

Lindquist och Persson (1997) förklarar att konsumentens uppfattning av tjänstekvalitet är högst individuell vilket gör varje individuell kvalitetsbedömning relativ då varje individ har egna behov, önskemål och förväntningar. Detta är högst relevant för sjukvårdsrelaterade tjänster då det generellt i sjukvårdsforskningen framgår att konsumenter av sjukvårdstjänster, det vill säga *patienter*, efterfrågar en individanpassad och holistisk vård. Med detta menas att patienten förväntar sig att vården ska vara specifikt riktad till den enskilde patienten och att vårdkontakten ska vara heltäckande där patienten ses som en individ. Bland annat Attree (2001), Schmidt

(2003) och Brooks (1999) förklarar att en individanpassad vård är av högsta vikt för att patientens unika behov ska tillgodoses. Vidare menar Brooks (1999) att detta uppnås genom att prata med och lyssna till patientens behov.

2.1.1. Utvärdera kvalitet i tjänster

Under 1980-talet utvecklade Parasuraman et al. (1985) en modell som kallas *Serv-Qual*, Service-Quality-model, för att kunna analysera och utvärdera en tjänsts kundupplevda kvalitet. Parasuramans et al. (1985) modell analyserar den upplevda tjänsten med den förväntade tjänsten genom tio olika underliggande dimensioner av tjänstekvalitet. Serv-Qual-modellen har sedan dess ursprung varit en välanvänd modell för att utvärdera tjänstekvalitet.

I takt med internetanvändandets och e-handelns ökning har också allt fler företag, nya som gamla, mer eller mindre tvingats att digitalisera delar av eller hela verksamheten för att kunna erbjuda internetbaserade tjänster, så kallade *e-tjänster* (Zeithaml, et al., 2000). E-tjänsterna som erbjuds kan vara allt från hela tjänsten till support och kundservice. Bara under perioden april 2012 – mars 2013 hade 5 207 400 svenskar köpt eller beställt varor och tjänster via Internet för privat bruk och samma mätning visar att 5 840 300 svenskar använder Internet dagligen (Statistiska centralbyrån, 2014). Zeithaml et al. (2000) menar att denna nya plattform ställer helt andra och nya krav på tjänstens kvalitet än de mer traditionella icke-internetbaserade tjänsterna. Vidare förklarar Zeithaml et al. (2000) att Serv-Qual-modellen saknar flertalet viktiga dimensioner för att kunna analysera och utvärdera kvalitet i e-tjänster. Därför utvecklade författarna (2000) en ny modell med utgångspunkt i Serv-Qual-modellen med elva dimensioner anpassade efter e-tjänster och kallade den nya modellen för E-Service-Quality-Model, även kallad *E-Serv-Qual*.

2.2. Problemdiskussion

Även sjukvården har stött på effekterna av internetanvändandets och digitaliseringens frammarsch. På senare år har det skett en stor spridning av sjukvårdsrelaterad information på Internet (Yi, et al., 2013). En anledning till detta är att Internet är ett effektivt och tidsbesparande sätt att söka och ta till sig sjukvårdsrelaterad information istället för att söka sig till den mindre effektiva fysiska sjukvården (Takeda, 2010). Trots att denna information är av känslig karaktär är det väldigt vanligt att använda sig av Internet för att söka och lämna ut denna typ av

information (Statistiska centralbyrån, 2014). Under det första kvartalet av år 2013 hade 4 056 800 svenskar i åldrarna 16-85 år någon gång sökt information på Internet om exempelvis en skada, sjukdom eller diet (Statistiska centralbyrån, 2014). Pan och Chiou (2011) menar att eftersom mycket av den information som går att hämta på Internet är dynamisk innebär det att den är enkel att manipulera och därför är det viktigt för internetanvändarna att hitta signaler och tecken som visar på att informationen är trovärdig.

Internetanvändarnas intresse för sjukvårdsrelaterad information har resulterat i att det har vuxit fram ett intresse för ICT-verktyg, *Information and Communication Technology*, inom sjukvården. Detta verktyg för kommunikation genom IT förväntas fungera som en säker och effektiv sjukvårdstjänst, även kallat *e-sjukvårdstjänst* (Institute of Medicine, 2001). Detta har sedermera föranlett uppkomsten av ett flertal företag som ser stora möjligheter inom denna bransch och e-sjukvårdstjänster har lanserats både i och utanför Sverige. Dessa e-sjukvårdstjänster erbjuder bland annat möjlighet att ta del av sin egen medicinska journal men även sådant som konsultation, diagnos och receptutskrivning av läkare, helt eller delvis via Internet. Det är dock inte endast nystartade företag som lanserat dessa typer av tjänster utan även etablerade fysiska sjukvårdstjänster som vill bredda sin verksamhet för att underlätta för vårdtagarna (1177 Vårdguiden, 2014).

Då marknaden för e-sjukvårdstjänster är relativt nyetablerad och att konsumenterna på denna marknad utgör patienter skapas det också nya krav på denna typ av tjänst. Det har visat sig att det uppkommit en del problematik när e-sjukvårdstjänster ska lanseras och sättas i bruk. Detta beror till stor del enligt forskarna på att företagen som lanserar tjänsten har dålig förståelse för patienternas behov och förväntningar på tjänsten (Greenhalgh, et al., 2009). Som tidigare nämnt är en individanpassad vård som baseras på patientens unika behov avgörande för att uppnå en vård av hög kvalitet. Sjukvårdsforskningen visar även på att det är av största vikt att vårdgivaren framstår som kompetent. Bland annat Wilde et al. (1993) förklarar att vårdgivarna ska kunna ställa korrekta diagnoser och samtidigt sköta undersökningar, behandlingar och smärtlindringar på ett kompetent sätt för att patienten ska uppleva att vården är av hög kvalitet. I e-sjukvårdstjänsten blir det en utmaning att påvisa vårdgivarnas kompetens samt uppnå en individanpassad vård då den direkta fysiska interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare försvinner (Jansson, 2014).

Alberto et al. (2014) förklarar att patientens tillfredsställelse är förknippad med huruvida patientens upplevda kvalitet uppfyller eller överträffar förväntningarna på tjänsten. Därför menar Alberto et al. (2014) att det är viktigt för vårdgivare och företag som erbjuder e-sjukvårdstjänster att analysera vilka dimensioner av kvalitet som motsvarar patientens unika förväntningar. På så sätt vill man uppnå att företagets uppfattning av kvalitet stämmer överens med patienternas förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster.

Sjukvårdsärendets karaktär kan variera i hög grad, bland annat genom att patientens ärende har olika grad av känslighet för patienten. Med olika sjukvårdskaraktär kan även patientens förväntningar på kvaliteten variera. Således är det av intresse att undersöka om det finns skillnader i potentiella patienters syn på kvalitet i e-sjukvård vid olika sjukvårdsärenden, det vill säga olika typer av e-sjukvårdstjänster. Sjukvården är en tjänst där det ställs flera unika och höga krav på vårdgivaren och sjukvården de erbjuder, inte minst om sjukvården bedrivs online där helt nya förväntningar på kvaliteten kan tänkas tillkomma.

Utifrån dimensionerna från E-Serv-Qual-modellen och annan tjänstekvalitetsforskning tillsammans med forskning om patienters förväntningar på sjukvården ges det möjlighet att identifiera kvalitetsdimensioner som kan tänkas vara viktiga i e-sjukvårdstjänster. Genom att identifiera e-sjukvårdsgivarnas uppfattning av och patienters förväntningar på dessa kvalitetsdimensioner är det möjligt att jämföra om sjukvårdsgivarnas uppfattning stämmer överens med patienternas förväntningar. Det är först när e-sjukvårdsgivarnas uppfattning av kvalitet stämmer överens med patienternas förväntningar på kvalitet som de kan anpassa sina e-sjukvårdstjänster för att förbättra tjänstekvaliteten. Det är även lämpligt att utreda huruvida befintliga tjänstekvalitetsmodeller är applicerbara på e-sjukvårdstjänster för att på så sätt kunna undersöka kvalitet i tjänsten, det vill säga upplevd kvalitet minus förväntad kvalitet.

2.3. Problemformulering

Med utgångspunkt i problemdiskussionen ovan har följande problemformulering vuxit fram:

- Stämmer e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvård överens i Sverige?
- Föreligger det någon skillnad i potentiella patienters syn på kvalitetsdimensionerna i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad?
- Är de befintliga tjänstekvalitetsmodellerna applicerbara på e-sjukvårdstjänster?

2.4. Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka huruvida befintliga teorier och modeller från tjänstekvalitetsforskningen är applicerbara på e-sjukvårdstjänster, men även huruvida e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster stämmer överens samt om det föreligger en skillnad i potentiella patienters syn på kvalitetsdimensionerna i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.

2.5. Avgränsning

Denna uppsats är avgränsad till att undersöka den *förväntade* tjänstekvaliteten i e-sjukvårdstjänster. Detta är en tämligen nystartad marknad i Sverige där få faktiskt har använt tjänsten och således går det inte att undersöka *upplevd-* eller *total tjänstekvalitet* i större utsträckning. Uppsatsen avgränsas till den svenska e-sjukvårdsmarknaden.

2.6. Disposition



Figur 1. Uppsatsens disposition

Begreppsförklaringar

I detta avsnitt ges förklaringar på de begrepp som används frekvent i denna uppsats för att ge läsaren en förståelse för hur dessa begrepp används.

Inledning

I detta inledande avsnitt introduceras läsaren i uppsatsens problembakgrund gällande tjänster och konsumenters förväntningar på tjänstekvalitet. Det redogörs även för olika vedertagna teorier och modeller för att analysera och utvärdera tjänstekvalitet. Vidare beskrivs tjänstekvalitetsforskningens utveckling som allt mer har blivit applicerbar på internetbaserade tjänster, även kallat e-tjänster.

Problembakgrunden leder fram till en problemdiskussion där det redogörs för marknaden för sjukvårdstjänster och problematiken kring lanseringen av så kallade e-sjukvårdstjänster. Utifrån problemdiskussionen presenteras det sedan en problemställning och ett formulerat syfte.

Teori

I detta avsnitt presenteras de teorier och modeller som används som verktyg för att analysera insamlad data. Avsnittet är uppdelat i två forskningsområden – tjänstekvalitetsforskning och sjukvårdsforskning.

Metod och forskningsdesign

I detta avsnitt presenteras den kunskapsteoretiska uppfattning som denna uppsats har sin utgångspunkt i samt den forskningsstrategi som används. Därefter argumenteras för den forskningsdesign och forskningsmetod som valts för att samla in primär- och sekundärdata för att avsnittet sedan avslutas med kritik mot den valda forskningsstrategin.

Empiri

I detta avsnitt presenteras resultatet från enkätundersökningen som ligger till grund för denna uppsats.

Analys

Utifrån tjänstekvalitetsforskningen, sjukvårdsforskningen och ett möte med en expert på ett företag som tillhandahåller e-sjukvårdstjänster har tio tjänstekvalitetsdimensioner identifierats som de viktigaste för e-sjukvårdsgivare i Sverige. Dessa dimensioner kommer i detta avsnitt att analyseras efter de teorier och modeller som behandlats i teoriavsnittet av denna uppsats för att sedan analyseras efter det resultat som enkätundersökningen visar på.

Slutsats

I detta avsnitt presenteras ett antal slutsatser utifrån uppsatsens analys i ett försök att besvara uppsatsens syfte och problemformuleringar.

3. Teori

I detta avsnitt presenteras de teorier och modeller som används som verktyg för att analysera insamlad data. Avsnittet är uppdelat i två forskningsområden – tjänstekvalitetsforskning och sjukvårdsforskning.

3.1. Service Quality

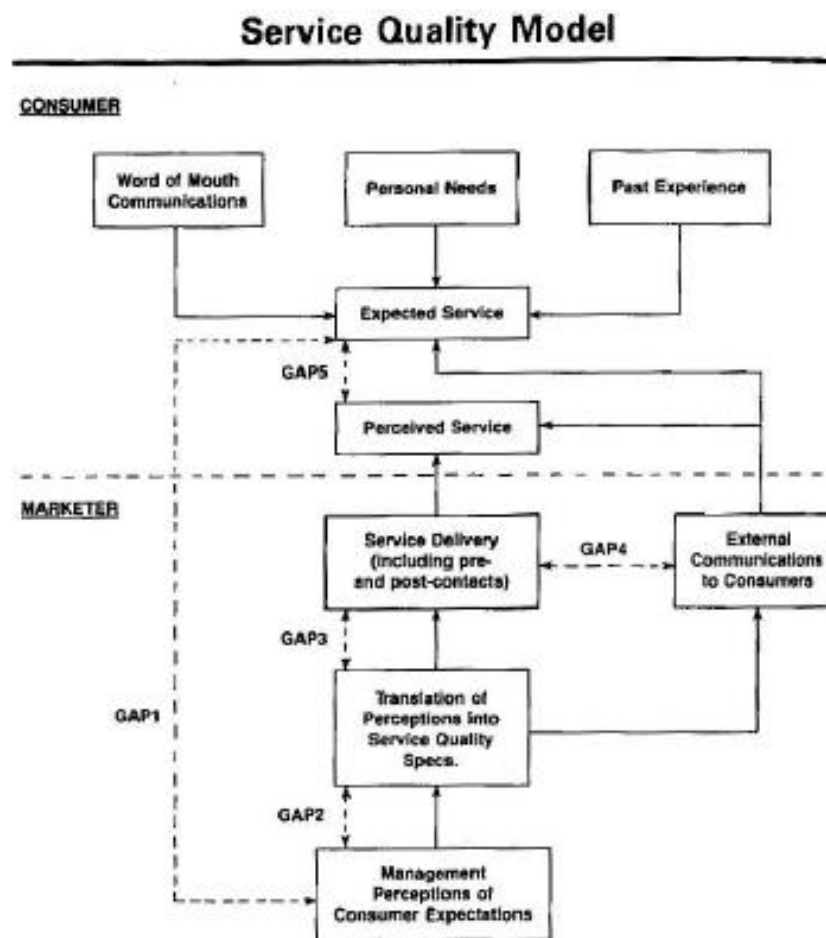
Parasuraman et al. (1985) identifierade under 1980-talet ett stort gap i kvalitetsforskningen. Författarna (1985) insåg att man fram tills dess i stort sett endast hade analyserat kvalitet hos fysiska produkter och inte tjänsters kvalitet. Därför utvecklade Parasuraman et al. (1985) Service-Quality-Model, *Serv-Qual*, som är en modell för att analysera och beskriva en tjänsts kundupplevda kvalitet. Modellen framhäver de viktigaste dimensionerna inom tjänstekvalitet. Parasuraman et al. (1985) menade att tjänstekvalitet i grund och botten handlar om att jämföra vad konsumenter anser att ett företag bör erbjuda, i form av förväntningar, med den faktiska tjänsteprestandan.

3.1.1. Utvecklandet av *Serv-Qual*-modellen

Vid utvecklandet av *Serv-Qual*-modellen genomförde Parasuraman et al. (1985) en kvalitativ studie baserat på intervjuer med både konsumenter och befattningshavare för att skapa sig en förståelse för vad dessa grupper ansåg att tjänstekvalitet omfattade. Företag från fyra olika branscher inom servicesektorn intervjuades; *retail banking, credit card, securities brokerage* och *product repair and maintenance* (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Författarna (1985) ansåg att dessa branscher utgjorde en bred sektion inom servicesektorn och skulle på så sätt ge en bredare bild av uppfattningen om tjänstekvalitet. Utifrån intervjuerna kunde författarna (1985) identifiera att vissa uppfattningar om tjänstekvalitet var specifika för de branscher som valts, men att det även fanns många likheter i uppfattning mellan de olika branscherna. Vidare menar Parasuraman et al. (1985) att de olika branscherna hade snarlika uppfattningar om vad tjänstekvalitet innebar vilket gjorde att man såg stora möjligheter i att göra en generell modell för tjänstekvalitet. Parasuraman et al. (1985) identifierade en avgörande faktor när man analyserade responsen vilken lyder:

”A set of key discrepancies or gaps exists regarding executive perceptions of service quality and the tasks associated with service delivery to consumers. These gaps can be major hurdles in attempting to deliver a service which consumers would perceive as being of high quality” (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985, s. 44).

Nedan presenteras Serv-Qual-modellen och de olika gap som måste fyllas för att skapa tjänstekvalitet:



Figur 2. Service Quality Model (Parasuraman et al., 1985).

Ursprungligen identifierade Parasuraman et al. (1985) tio olika dimensioner vilka var avgörande för att uppnå kvalitet för sina tjänster. Under 1990-talet kortades modellen ned till fem avgörande dimensioner (Vanpariya & Patel, 2010). Nedan följer en beskrivning av dessa fem dimensioner samt Parasuramans et al. (1985) definition av de ursprungliga dimensioner som ligger till grund för dessa, vilka senare i denna uppsats kommer benämnas med det engelska begreppet:

- *Tangibles*. Rör de fysiska attributen av tjänsten, exempelvis utseendemässiga attribut som fysiska maskiner, verktyg och övrig utrustning, med andra ord all den utrustning som används för att leverera den tjänst som efterfrågas.
- *Reliability*. Handlar om att skapa förtroende gentemot konsumenten, där man visar att man är trovärdig och att man verkligen kan genomföra det som förväntas av konsumenten.
- *Responsiveness*. Handlar om förmågan att möta kundens behov och önskemål samt att tillgodose dessa behov vid rätt tid och på rätt sätt. Även saker som att man blir behandlad på rätt sätt och vid den tidpunkt som man blivit tilldelad ingår under denna mottaglighet.
- *Assurance*. Handlar om kunskap och anställdas förmåga att förmedla tillit och förtroende. *Assurance* är en sammanslagning av fyra ursprungliga dimensioner:
 - *Competence*. Innebär att man är utbildad och har stor kunskap inom området för att utföra tjänsten.
 - *Courtesy*. Handlar om tillmötesgåendet där vänlighet, respekt och hänsyn visas gentemot konsumenten.
 - *Credibility*. Handlar om att kunna skapa tillit och förtroende gentemot konsumenten. För att en person ska uppfatta kvalitet gäller det att källan är pålitlig och således ger en känsla av att personalen vet vad den gör och pratar om.
 - *Security*. Är att det inte existerar någon fara, risk eller tveksamhet för konsumenten när den använder tjänsten.
- *Empathy*. Att som företag bry sig om och ge individualiserad uppmärksamhet till sina konsumenter. *Empathy* är en sammanslagning av tre ursprungliga dimensioner:
 - *Access*. Handlar om hur lätt det är att komma i kontakt med företaget som ligger bakom tjänsten.
 - *Communication*. Innebär att man som företag håller konsumenter informerade med ett språk som de kan förstå och lyssnar till. Det kan innebära att företaget måste anpassa sitt språk för olika konsumenter.
 - *Understanding/Knowing the customer*. Innebär att man som företag försöker förstå konsumentens behov, det vill säga att man lär sig konsumenters specifika krav och ser varje konsument, samt känner igen återkommande konsumenter.

Gap 1 – Consumer Expectation-Management perception gap

Många av företagens uppfattning om vad konsumenten förväntar sig i god service var överensstämmande med konsumenternas förväntningar. Dock fanns det vissa avvikelser som konsumenten ansåg var viktiga. Bland annat ansåg man att sekretess och säkerhet vid olika former av transaktioner var en väldigt viktig faktor (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Författarna (1985) förklarar vidare att chefer eller anställda inom servicesektorn inte alltid förstår vilka faktorer som skapar hög kvalitet för konsumenter och att denna avsaknad av kunskap kan hämma konsumenters uppfattning om företaget. Vidare menar Parasuraman et al. (1985) att gapet mellan konsumenters förväntningar och chefers uppfattningar om dessa förväntningar kommer att påverka konsumenters bedömning av tjänstekvalitet.

Gap 2 – Management perception – Service quality specification gap

Utifrån intervjuerna identifierade Parasuraman et al. (1985) svårigheter vilka samtliga tjänsteföretag hade med att försöka uppfylla eller till och med överträffa konsumenternas förväntningar. Man insåg begränsningarna som hindrade företagen från att leverera vad konsumenter förväntar sig. Cheferna var fullt medvetna om att konsumenten ansåg att snabb respons vid behov av reparation var en mycket viktig ingrediens för hög kvalitet. Man menade på att bristen på utbildad servicepersonal hade en stor bidragande effekt till varför man inte kunde tillgodose konsumenters efterfrågan (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Författarna (1985) nämner som ett exempel att den tid då flest luftkonditioneringsanläggningar behöver repareras är under sommaren, vilket även är den tid då flest anställda vill ta ut sin semester. Detta medför att man inte kan tillgodose den efterfrågan som finns och därigenom inte uppfyller de kriterier som konsumenten anser vara viktiga vid kvalitetsuppfyllelse (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Garvin (1983) menar att det är lätt att säga att man arbetar med att ha felfria produkter som företag men desto svårare att verkligen agera och ta tid från sitt schema för att göra någonting åt en felaktig produkt eller tjänst. Parasuraman et al. (1985) menar att gapet mellan ett företags uppfattning om konsumenters förväntningar och företagets tjänstekvalitet kommer att påverka tjänstens kvalitet ur konsumenters synvinkel.

Gap 3 – Service quality specifications – service delivery gap

Det finns riktlinjer för hur tjänster bör utföras och hur man behandlar konsumenter på korrekt sätt, dock säkerställer dessa riktlinjer inte en hög tjänstekvalitet (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Chefer har insett att de anställda har en stor inverkan på hur tjänstekvaliteten

uppfattas av konsumenter och att de anställdas prestationer inte alltid kan vara standardiserade (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Parasuraman et al. (1985) förklarar vidare utifrån sin undersökning att de flesta företag anser att det största problemet gällande tjänstekvalitet är att personalen som konsumenten är i kontakt med har en avgörande roll. Man menar att när det kommer till reparationer eller åtgärder som konsumenten önskar handlar det till största del om kontaktpersonen på företaget då det är denna som är den externa kontakten och på så sätt skapar konsumentens uppfattning om kvaliteten (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Sammanfattningsvis menar Parasuraman et al. (1985) att gapet mellan tjänstekvalitetsspecifikationer och faktisk leverans av tjänster kommer att påverka tjänstekvalitet ur konsumentens synvinkel.

Gap 4 – Service delivery – external communications gap

All typ av reklam och marknadsföringskommunikation kan påverka konsumenters förväntningar på ett företag. I de fall dessa förväntningar är av stor betydelse för konsumenten, är det viktigt för företaget att inte lova mer än vad man kan leverera (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Parasuraman et al. (1985) menar att om man skulle lova mer än vad man kan leverera höjer detta till en början konsumentens förväntningar men det skulle i slutändan innebära att konsumentens uppfattning om kvalitet försämras avsevärt om det inte uppfylls. Författarna (1985) menar att extern kommunikation kan påverka inte bara konsumenternas förväntningar om en tjänst utan även konsumenternas uppfattning om den levererade tjänsten. Slutligen menar Parasuraman et al. (1985) att gapet mellan faktisk leveransservice och extern kommunikation om tjänsten kommer att påverka tjänstekvalitet från konsumentens synvinkel.

Gap 5 – Expected service-perceived service gap

De fokusgrupper som intervjuades i undersökningen var samtliga eniga om att nyckeln till att säkerställa god tjänstekvalitet var att uppfylla eller överträffa vad konsumenterna förväntade sig av tjänsten (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Utifrån intervjuerna kunde författarna (1985) identifiera två olika situationer då konsumenter hade upplevt tjänstekvalitet på två olika sätt. Det första tillfället var då konsumenten hade blivit positivt överraskad eftersom tjänsten hade varit långt över de förväntningar konsumenten hade. Det andra tillfället var då konsumenten upplevt att man inte hade fått ta del av tillräcklig information om tjänsten och med det upplevt att tjänsten inte nådde upp till den standard som konsumenten ansåg innebar

hög kvalitet. Parasuraman et al. (1985) menar sammanfattningsvis att den kvalitet som konsumenten uppfattar i en tjänst är en funktion av gapet mellan förväntad och upplevd service.

3.1.2. *E-Service Quality Model*

Serv-Qual-modellen bidrog som ett viktigt analysverktyg och var under lång tid den mest vedertagna och viktigaste modellen för att mäta kundupplevd tjänstekvalitet (Lindquist & Persson, 1997). Sedan 1980-talet har användandet av Internet ökat enormt och e-handeln har kommit att präglade alla typer av marknader. Därför har det också tillkommit nya förväntningar på internetbaserade tjänster (Zeithaml, Parasuraman, & Malhotra, 2000). Flertalet akademiska forskare har utvecklat skalor för att utvärdera webbsidor. Loiacono, Watson och Goodhue utvecklade år 2000 *Web-Qual*, vilket var en skala som kategoriserade webbsidor i 12 dimensioner; informativ, passande till uppgiften, interaktiv, förtroendeingivande, snabb svarstid, god design, intuitiv, visuellt intrycksfull, innovativ samt sidflödets utformning (Vanpariya & Patel, 2010). Denna skala fungerade dock mer som en skala för att generera information till webbdesigners snarare än att mäta tjänstekvalitet och hur den upplevs av kunder (Vanpariya & Patel, 2010).

Barnes och Vidgen utvecklade en annan typ av skala, vilken hade till syfte att mäta en webbsidas kvalitet utifrån konsumentens uppfattning av vad som hade störst betydelse (Vanpariya & Patel, 2010). Vanpariya och Patel (2010) tydliggör att denna skala innehöll fem faktorer; användarvänlighet, design, informativ, förtroende och empati. Utifrån dessa studier utvecklade Zeithaml et al. (2000) en modell som kallas E-Service-Quality, *E-Serv-Qual*. Författarna (2000) genomförde en studie där man identifierade ett dussintal attribut för kvalitet inom webbsidor, vilka man kategoriserade i 11 e-tjänstekvalitetsdimensioner. *Reliability*, *Responsiveness* och *Access* är tagna från den tidigare nämnda Serv-Qual-modellen och därför förklaras enbart de dimensioner som inte redan nämnts i Serv-Qual-modellen nedan, enligt Zeithaml et al. (2000).

- *Flexibility* innebär olika möjligheter att välja betalningssätt, leveranser och köp, men även att det är möjligt att kunna söka efter olika produkter och att göra ett återköp på ett smidigt sätt vid behov.
- *Ease of navigation* rör webbsidans funktioner som hjälper kunden att hitta det den behöver utan några svårigheter. Det innebär att webbsidan har lätta sökfunktioner samt ger kunden möjlighet att navigera snabbt och enkelt genom sidorna.

- *Efficiency* innebär att webbsidan är enkel att använda, strukturerad, samt att det krävs ett minimum av information som kunden behöver delge sig på sidan.
- *Assurance/Trust* är det förtroende konsumenten känner när den hanterar webbsidan, vilket beror på sidans rykte och de produkter och tjänster som företaget säljer, samt att tydlig och sanningsenlig information presenteras.
- *Security/Privacy* är den grad till vilken kunden anser att webbsidan är säker från intrång och att samtlig personlig information skyddas.
- *Price knowledge* handlar om i vilken utsträckning kunden kan bestämma fraktpris, det totala priset samt jämföra olika priser under köpprocessen.
- *Site aesthetics* handlar om webbsidans utseende och innebär att den ska vara tilltalande och lättförståelig för kunden.
- *Customization/Personalization* handlar om hur mycket och hur enkelt webbsidan kan skräddarsys efter individuella kunders preferenser, historier och sätt att shoppa.

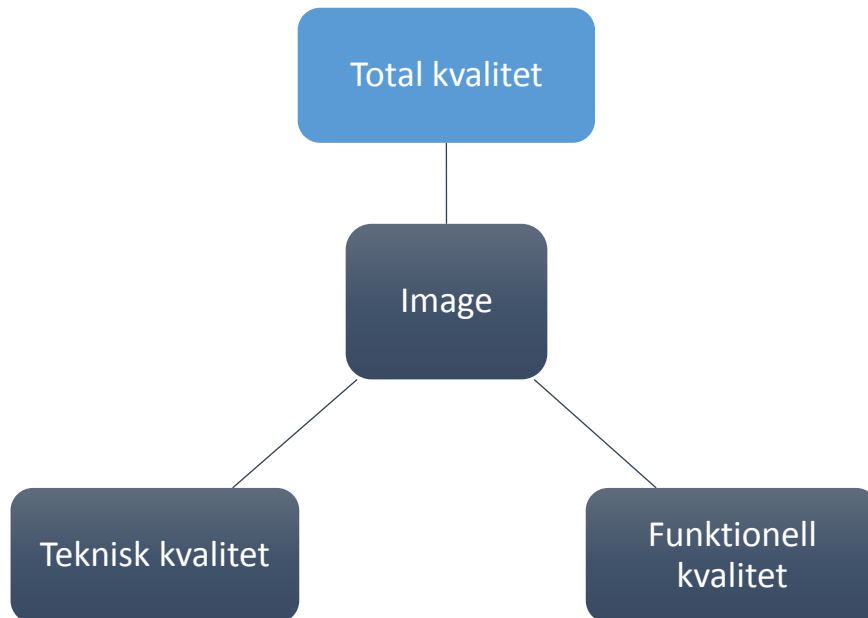
3.2. Förväntad, upplevd och total tjänstekvalitet

Enligt Parasuraman et al. (1985) handlar konsumenters uppfattning av tjänstekvalitet om upplevd och förväntad tjänstekvalitet då dessa tillsammans utgör den totala tjänstekvaliteten. Vidare förklarar Parasuraman et al. (1985) att den upplevda tjänstekvaliteten är konsumentens unika upplevelse vid konsumerandet av en tjänst. Den förväntade kvaliteten är de förväntningar som konsumenten har på tjänstens kvalitet innan den upplevs. Huruvida kunden uppnår kundtillfredsställelse och anser tjänsten vara av bra kvalitet eller ej är det som utgör den totala tjänstekvaliteten. Den totala tjänstekvaliteten är ett resultat av den upplevda tjänstekvaliteten subtraherat med den förväntade tjänstekvaliteten (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985).

Det finns olika parametrar som präglar kunden och dennes förväntningar på en tjänst. Flera forskare, bland annat Kotler och Keller (2011) och Sixam et al. (1998) menar att kundtillfredsställelse kan liknas vid känslan av den glädje som uppstår när upplevelsen av en produkt eller tjänst lever upp till kundens förväntningar eller överstiger dessa. Även Oliver (1981) menar att kundtillfredsställelse baseras på kundens känslor gentemot en specifik produkt eller tjänst och att dessa känslor är ett resultat av kundens mentala bedömning, utvärdering och tidigare erfarenheter av den tjänst eller produkt som tillhandahålls.

3.3. Kundupplevd tjänstekvalitet

Grönroos et al. (1988) har utvecklat en modell som delar upp uppfattningen av den *totala kvaliteten* i tre aspekter; *teknisk kvalitet*, *funktionell kvalitet* samt *organisationens image*.



Figur 3. Modell för upplevd tjänstekvalitet (Grönroos et al., 1988).

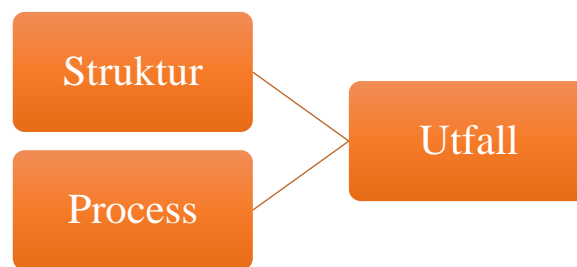
Enligt Grönroos et al. (1988) är den *tekniska kvaliteten* kundens slutgiltiga resultat av brukandet av en tjänst. Kopplat till sjukvården kan den tekniska kvaliteten exempelvis vara om patienten får en fastställd diagnos och ett utskrivet recept. Den *funktionella kvaliteten* är enligt Grönroos et al. (1988) den process som leder fram till den tekniska kvaliteten och hur kunden upplever denna process. Kopplat till sjukvården kan den funktionella kvaliteten exempelvis vara hur patienten upplever väntetiderna för att få vård eller vårdgivarnas bemötande vid vårdtillfället. Organisationens *image* är enligt Grönroos et al. (1988) den uppfattning kunden har om organisationen profil vilket har en stor påverkan på kundens förväntningar av tjänsten. Image styrs av organisationens marknadsföring i form av marknadskommunikation, men även genom *word-of-mouth* (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985). Grönroos et al. (1988) menar att den tekniska- och funktionella kvaliteten filtreras genom organisationens image för att tillslut bli den totala upplevda kvaliteten.

3.4. Kvalitet i sjukvården

Forskningen kring patienters förväntningar på och upplevelser av sjukvårdens kvalitet är bred och mångfacetterad. Därmed är kvalitet inom sjukvården enligt Donabedian (2005) svårdefinierat och det finns inga tydliga bestämmelser för hur kvaliteten inom vården ska mätas. Istället är det viktigt att försöka definiera vilka aspekter av kvalitet som är viktiga för respektive mätning. Nedan följer olika perspektiv på kvalitet som är viktiga enligt forskningen.

3.4.1. Donabedians triad – Modell för att studera sjukvårdens kvalitetsaspekter

En annan välanvänd teori för att analysera och mäta kvalitets inom sjukvården är Donabedians triad (Donabedian, 1980). Donabedians triad (1980) är en så kallad input-/output-modell som utgår ifrån de tre kvalitetsaspekterna; *struktur*, *process* och *utfall*. *Struktur* och *process* fungerar som input där en god struktur ligger till grund för välfungerande processer och vice versa. Resultatet av detta är en output som tydliggörs i modellens *utfall* (Donabedian, 1980).



Figur 4. Donabedians triad (Donabedian, 1980).

Struktur

Enligt Donabedian (1980) innefattar struktur hur vårdens organisation och infrastruktur är organiserad samt vårdens personalresurser och materiella resurser samt hur detta påverkar möjligheterna att leverera sjukvård med god kvalitet. Personalresurserna handlar om bemanningsmöjligheterna och personalens kompetens. Inom detta ingår även de materiella resurserna, exempelvis lokaler, medicinsk utrustning etc. (Donabedian, 1980).

Process

Med process menar Donabedian (1980) det som konkret har gjorts för patienten vid vårdtillfället. Detta innefattar sådant som kontakten mellan sjukvårdspersonal och patient samt hur väl patient har upplevt denna kontakt i ett kvalitetshänseende (Donabedian, 1980).

Utfall

Utfallet innefattar inte bara den strikt hälsokopplade kontakten med sjukvården utan är resultatet av kringliggande faktorer som kan påverka patientens tillfredsställelse av vårdupplevelsen, det som Donabedian (1980) kallar för struktur och process. Utfallet är alltså resultatet av patientens totala sjukvårdsupplevelse det vill säga i vilken grad av tillfredsställelse för vårdkvaliteteten patienten har upplevt (Donabedian, 1980).

3.4.2. Crossing the Quality Chasm

”The Institute of Medicine” publicerade under 2001 rapporten ”Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century”, som skulle fungera som en strategisk plan för att skapa ett bättre och starkare sjukvårdssystem i USA. En del av rapporten är en lista med sex stycken nyckelaspekter som måste förbättras för att uppnå kvalitet inom sjukvården. De sex nyckelaspekterna för att uppnå kvalitet i sjukvården är enligt rapporten (2001):

- *Safe*. Handlar om patienten ska känna sig säker och skyddad den vård som ges. Patienten förutsätter att vård ska hjälpa och inte skada.
- *Effective*. Handlar om att sjukvårdstjänsten ska vara baserad på vetenskaplig kunskap och att patienten ska gynna eller avstå den vård som erbjuds.
- *Patient centered*. Handlar om att vården ska vara individanpassad och baserad på patientens unika behov och värderingar. Utifrån detta ska vårdgivaren ta de kliniska besluten.
- *Timely*. Handlar om att minska väntetider och för att undvika att det uppstår förseningar som är skadliga för vårdtagare och vårdgivare.
- *Efficient*. Handlar om att vårdgivarna ska minska förbrukning av resurser såsom material, idéer och energi.
- *Equitable*. Handlar om att vården inte ska variera i kvalitet beroende på patientens personliga egenskaper såsom kön, etnicitet, geografisk härkomst, och socioekonomisk status.

Nästa del i rapporten (2001) är en lista med 10 stycken nyckelaspekter rörande relationen mellan vårdgivare och vårdtagare som måste uppnås för att möta patienternas behov. De tio nyckelaspekterna för att förbättra relationen mellan vårdgivare och vårdtagare är enligt rapporten (2001):

- *Care based on continuous healing relationships.* Sjukvården måste tillgänglig vid alla tillfällen. Tillgängligheten kan vara från den fysiska sjukvården men även över telefon och internet. Detta innebär att patienten ska kunna ta kontakt med sjukvården och få vård när som helst och på olika sätt.
- *Customization based on patient needs and values.* Sjukvården måste kunna tillfredsställa i princip alla olika behov och även kunna anpassa sig efter varje individ och dennes unika behov och värderingar.
- *The patient is the source of control.* Patienten måste få tillräckligt mycket information från vårdgivaren för att själv kunna ta ställning för de medicinska beslut som fattas om patienten
- *Shared knowledge and the free flow of information.* Patienten måste ha obehindrad och smidig tillgång till sin medicinska information, innefattande journaler och liknande.
- *Evidence-based decision-making.* Sjukvården måste alltid vara från den mest uppdaterade evidensbaserade forskningen.
- *Safety as a system property.* Sjukvården måste bedrivas på ett sådant sätt att risken för att vårdtagaren skadas av behandlingen är minimal och ständigt minskar.
- *The need for transparency.* Sjukvården och informationen om denna måste vara transparent så vårdtagarna själva kan välja sjukhus eller vilken typ av sjukvård som man vill ha.
- *Anticipation of needs.* Vården måste bedrivas på ett sådant sätt att patientens behov uppfylls snarare än att vården grundas i det specifika sjukdomsfallet.
- *Continuous decrease in waste.* Sjukvården ska bedrivas på ett sådant sätt att förbrukning av resurser, både mänskliga, materiella och i tid, är så liten som möjligt.
- *Cooperation among clinicians.* Alla klinikerna och vårdinstruktionerna måste samarbeta och kommunicera för att kunna erbjuda en så högkvalitativ vård som möjligt.

3.5. Sammanfattning teori

När konsumentens upplevelse av tjänsten uppfyller eller överstiger de förväntningar konsumenten har på tjänsten uppnås tjänstekvalitet, vilket är kopplat till huruvida konsumenten är tillfredsställd. Därför är det viktigt att undersöka vad konsumenter har för förväntningar på tjänster. Forskningen kring tjänstekvalitet var begränsad fram till 1980-talet vilket Parasuraman et al. (1985) erfor. Tidigare hade forskningen enbart studerat konsumenters uppfattning om

kvalitet gällande produkter. Som ett svar på detta identifierade man ett antal dimensioner som konsumenter och olika typer av tjänsteföretag ansåg vara viktiga för att skapa kvalitet. Serv-Qual-modellen skapades vilken identifierade de olika gap som avgjorde vad som skapade kvalitet för konsumenten, även de tio olika dimensioner som var viktigast för tjänstekvalitet identifierades. Under 2000-talet vidareutvecklades Serv-Qual-modellen och man identifierade behovet av att utreda hur tjänster på Internet behövde utformas för att uppfattas vara av hög kvalitet vilket ledde till utvecklandet av E-Serv-Qual-modellen.

Då denna uppsats inriktar sig mot e-sjukvårdstjänster har Serv-Qual-modellen och E-Serv-Qual-modellen kompletterats med undersökningar gällande kvalitetsuppfattning i sjukvårdstjänster. Eftersom e-sjukvårdstjänster är ett nytt område finns det inte någon direkt forskning gällande just sjukvård som en e-tjänst. Därför har undersökandet av både fysisk tjänstekvalitet, e-tjänstekvalitet och uppfattning om kvalitet i sjukvårdstjänster sammankopplats för att kunna genomföra en så korrekt enkätstudie som möjligt och därigenom kunna identifiera vad konsumenten anser vara viktigt vid användandet av e-sjukvårdstjänster.

3.6. Motivering av teori

Denna uppsats teoretiska ramverk ska tillsammans fungera som analysverktyg av informationsinsamlingen för att på så vis försöka besvara uppsatsens syfte och problemformulering i slutsatsen. Vid uppsatsens förstudie gjordes det sökningar i forskningsdatabaser utifrån lämpliga sökord för att på så vis kunna isolera denna uppsats problemställning som är uppdelat i två forskningsområden, tjänstekvalitet och sjukvård. Majoriteten av de sökord som var kopplade tjänstekvalitet kunde härledas till tjänstekvalitetsforskning av Parasuraman et. al (1985). Teorin som författarna (1985) presenterar är väl genomarbetad och man presenterar tydligt de kriterier som måste uppfyllas för att en konsument ska uppleva en hög tjänstekvalitet. Tjänstekvalitetsforskningen av Parasuraman et.al (1985) och metoden för denna har tydliga samband med vad denna uppsats syfte och problemformuleringar. Därför har denna uppsats främst sin teoretiska utgångspunkt i Parasuramans tjänstekvalitetsmodeller (1985).

Tjänstekvalitets- och sjukvårdsforskningen är breda områden, och utifrån denna uppsats omfattning och tidsram, svåra att täcka. Då denna uppsats specifika forskningsområde är utforskat anses det viktigt att isolera den ursprungliga tjänstekvalitetsteorin av Parasuraman

et. al (1985) och försöka applicera denna på e-sjukvård. Utifrån expertmötet (Carl Jansson, 2014) gjordes bedömningen att ursprunglig tjänstekvalitetsforskning inte har ett tillräckligt stort samband med sjukvårdstjänster för att ensam kunna bidra till de viktigaste dimensionerna i e-sjukvårdstjänster. Det kritiska med detta är att det kan bli svårt att jämföra denna uppsats resultat med den ursprungliga tjänstekvalitetsforskningen av Parasuraman et. al (1985) och vice versa. Tjänstekvalitetsforskningen får anses vara ett index för denna uppsats men det kan bli svårt att göra en direkt jämförelse med uppsatsens resultat eftersom uppsatsen förstudie inte har identifierat någon forskning där Parasuraman et. al (1985) kopplas till forskningsområdet sjukvårdstjänster.

4. Metod och forskningsdesign

I detta avsnitt presenteras den kunskapsteoretiska uppfattning som denna uppsats har sin utgångspunkt i samt den forskningsstrategi som används. Därefter argumenteras för den forskningsdesign och forskningsmetod som valts för att samla in primär- och sekundärdata för att avsnittet sedan avslutas med kritik mot den valda forskningsstrategin.

4.1. Kunskapsteoretisk uppfattning och forskningsansats

Denna uppsats har sin utgångspunkt i ett kunskapsteoretiskt synsätt som kallas för positivismen, vilken förespråkar användandet av naturvetenskapliga metoder när man studerar den sociala verkligheten och dess aspekter (Bryman & Bell, 2013). Vidare menar Bryman och Bell (2013) att positivismen går efter principerna för fenomenalism, deduktion, induktion och att den är objektiv. Författarna (2013) förklarar att fenomenalism är en princip som innebär att endast företeelser som bekräftats via sinnen kan ses som riktig kunskap. Att positivismen är objektiv innebär att den är värderingsfri (Bryman & Bell, 2013).

Deduktion innebär att man gör observationer utifrån teorier och tidigare forskning (Bryman & Bell, 2013). Motsatsen till deduktion är induktion som innebär att man härleder slutsatser utifrån erfarenheter (Bryman & Bell, 2013). Det finns även en forskningsansats som är en kombination av dessa två som kallas för abduktion (Alvesson & Sköldberg, 1994). Då denna uppsats gör observationer utifrån tidigare teorier och forskning, men även härleder slutsatser från erfarenheter i form av samtal med experter på området e-sjukvård, använder denna uppsats sig av abduktion.

Uppsatsen bygger även på ett ontologiskt synsätt enligt konstruktionismen där verkligheten är socialt konstruerad, det vill säga att sociala aktörer kontinuerligt skapar sociala företeelser (Bryman & Bell, 2013). I detta fall innebär det att konsumenterna skapar sina egna förväntningar på e-sjukvård samt att företagen påverkar konsumenternas förväntningar genom olika typer av kommunikation.

4.2. Forskningsstrategi

Det finns två huvudsakliga typer av forskningsstrategier – kvantitativ och kvalitativ forskningsstrategi. Kvantitativ forskning innebär kvantifiering av data, ett deduktivt synsätt, en förkärlek till positivismen samt en objektivistisk syn på verkligheten (Bryman & Bell, 2013). Kvalitativ forskning lägger mer vikt vid ord under insamling och analys av data, betonar ett induktivt synsätt och teorigenerering (Bryman & Bell, 2013). Kvalitativ forskning fokuserar även på individernas uppfattning av, tolkning av och hur de konstruerar den sociala verkligheten (Bryman & Bell, 2013). Eftersom denna uppsats har sin utgångspunkt i positivismen och tyngdpunkten i forskningsansatsen ligger på den deduktiva delen av abduktion så är det lämpligt att använda en kvantitativ forskningsstrategi. Uppsatsen har däremot en ontologisk syn på verkligheten enligt konstruktionismen, det vill säga att det är de sociala aktörerna som konstruerar sociala företeelser. I detta fall innebär det patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvård.

Deduktion innebär som tidigare nämnt observationer utifrån teorier och tidigare forskning. Det är begrepp som utgör teorins byggstenar och därför är det inom kvantitativ forskning viktigt med begrepp och hur de mäts (Bryman & Bell, 2013). Således måste begreppen i en kvantitativ studie vara mätbara (Bryman & Bell, 2013). Mätning är ett verktyg som ger oss möjligheten att beskriva små skillnader mellan människor men även samband och relationer mellan begrepp (Bryman & Bell, 2013). Indikatorer används som ett mått för begrepp och då det finns risk för problem i form av missförstånd eller feltolkningar vid användandet av endast en indikator är det lämpligt att använda sig av multipla indikatorer (Bryman & Bell, 2013). I detta fall används två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad som indikatorer.

4.3. Forskningsdesign

Denna uppsats använder sig av en tvärsnittsdesign för insamling och analys av data. En tvärsnittsdesign innebär att man gör en sambandsanalys genom en insamling av data från flera fall vid en viss tidpunkt för att få fram en uppsättning kvantifierbar data med koppling till flera variabler. Dessa variabler analyseras i sin tur och granskas för att upptäcka eventuella samband mellan variablerna (Bryman & Bell, 2013). Kriterierna för tvärsnittsdesignen är att variablerna ska vara reliabla och valida, vilket stämmer väl överens med den kvantitativa forskningsstrategin (Bryman & Bell, 2013).

4.4. Forskningsmetod

Denna uppsats har använt sig av en kvantitativ forskningsmetod i form av en enkätundersökning. Som tidigare nämnt kan det enligt tjänstekvalitetsforskningen finnas ett gap mellan företags uppfattning av och konsumenters förväntningar på kvalitet i tjänster. För att kunna undersöka om detta gap finns mellan e-sjukvårdsgivare och patienter hölls först ett möte med en expert på området hos en e-sjukvårdsgivare, Carl Jansson (2014), då dimensioner av tjänstekvalitet från både tjänstekvalitetsforskningen och sjukvårdsforskningen diskuterades. Detta genomfördes för att få en inblick i hur företags uppfattning av kvalitet i e-sjukvård ser ut. Mötet resulterade i tio kvalitetsdimensioner som e-sjukvårdsgivare uppfattar som viktiga för kvalitet i e-sjukvård. Med hjälp av dessa tio dimensioner kunde en enkätundersökning utformas för att ge svar på hur väl e-sjukvårdsgivares uppfattning av och patienternas förväntningar på kvalitet i e-sjukvård stämmer överens.

4.5. Sekundärdata

Denna uppsats utgår från sekundärdata i form av forskning och modeller som identifierat vad konsumenter och företag anser vara viktigt för kvalitet inom tjänster och patienters förväntningar på sjukvårdskvalitet. Modellerna som denna uppsats främst bygger på är Serv-Qual-modellen och E-Serv-Qual-modellen som kompletterats med dimensioner från forskning om vad konsumenter förväntar sig av kvalitet i sjukvård. All sekundärdata har genom utvalda sökord hämtats främst från LubSearch och Google Scholar, vilka är två stora databaser för olika typer av forskning. De sökord som genererat mest användbara sekundära källor är ”E-Health”, ”Health Care”, ”Service Quality”, ”E-Service-Quality” och ”Kvalitet i sjukvård”. Uppsatsens metoddel har sin huvudsakliga utgångspunkt i litteratur om metodologi och kvantitativa undersökningsmetoder, såsom Bryman och Bell (2013), Lundahl och Skärvad (1999) och Trost (2012).

4.6. Primärdata

Som underlag för att samla in primärdata har de dimensioner som identifierats i sekundärdata använts. Primärdata har dels samlats in i en expertintervju och dels i en enkätstudie. Då det i uppsatsens förstudie inte framgick att det finns någon tidigare etablerad forskning kring kvalitet i e-sjukvårdstjänster ansågs det vara lämpligt att använda dimensioner av kvalitet i e-tjänster

och sjukvårdstjänster som grund för expertintervjun. Kvalitetsdimensionerna filterades i expertintervjun till dimensioner som uppfattas som viktiga av e-sjukvårdsgivare i e-sjukvårdstjänster. Dimensionerna som expertintervjun resulterade i utgjorde därmed grunden för enkätstudien då syftet med studien var att undersöka om patienternas förväntningar stämmer överens med e-sjukvårdsgivarnas uppfattningar på kvalitet i e-sjukvård.

Författarna av denna uppsats är medvetna om begränsningarna med denna metod då undersökningen inte täcker hela forskningsområdet då de bortvalda dimensionerna kan anses vara mer eller mindre viktiga för respondenterna. Då respondenterna inte gavs möjlighet att ta ställning till dessa, är risken att det blev ett missvisande resultat. Det hade varit möjligt att vända på undersökningen så att patienternas förväntningar på kvalitet i e-sjukvård hade utgjort grunden för undersökningen och att e-sjukvårdsgivarens expert på området hade fått ta ställning till patienternas förväntade kvalitetsdimensioner i e-sjukvård. Varför en sådan undersökning inte valts att genomföras var för att en e-sjukvårdsgivares expert på området troligtvis skulle anse att alla patienternas förväntade kvalitetsdimensioner är lika viktiga då experten är medveten om att patienternas förväntningar på kvalitet är en stor del i vad som avgör kvaliteten på tjänsten. Dessutom hade en sådan undersökning inte rymts inom denna uppsats tidsram.

4.6.1. Expertintervju

Med utgångspunkt i uppsatsens problemformulering och syfte undersöks överensstämmelsen mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster. Således finns det incitament att undersöka vilka dimensioner som e-sjukvårdsgivare uppfattar som viktigast och tio dimensioner ansågs i detta fall som ett lämpligt antal att undersöka i enkätstudien. Anledningen till reduceringen av antalet dimensioner till tio var för att underlätta för respondenterna, uppsatsens tidsram och för att göra det möjligt att genomföra denna studie med högre precision.

Genom handledning från Lunds Universitet kom vi i kontakt med Carl Jansson (2014) som är en av grundarna till Mindoktor.se. Mindoktor.se är en e-sjukvårdstjänst som framförallt erbjuder sjukvårdskonsultation, diagnostisering av sjukdomar och receptutskrivning. Då Carl Jansson (2014) dagligen arbetar inom e-sjukvård gjordes bedömningen att Carl Jansson kan anses vara en expert inom området för e-sjukvårdstjänster. Författarna till denna uppsats har utfört en förstudie med informationsinsamling från forskningsområdet. Förstudien har resulterat i ett 20-tal dimensioner av kvalitet i både e-tjänster och sjukvårdstjänster.

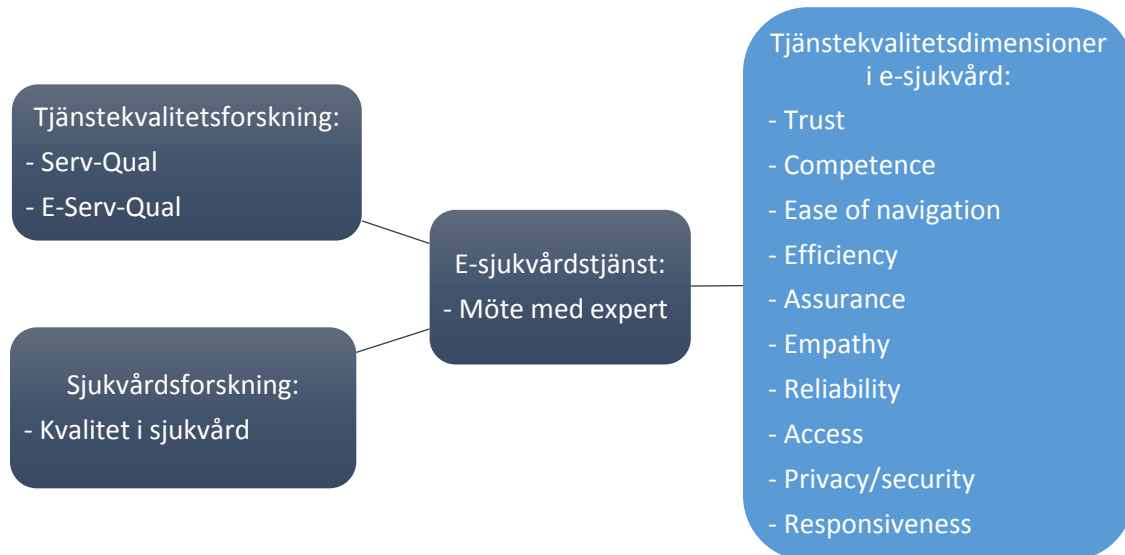
Med Carl Jansson (2014) hölls ett möte via Skype i 90 minuter där tjänstekvalitet diskuterades utifrån tidigare nämnda dimensioner från modeller och forskning. Mötet började med att Carl Jansson (2014) fick beskriva grundidén med MinDoktor.se och hur det utvecklats sedan starten i augusti 2014. MinDoktor.se var först med e-sjukvård i Sverige och därmed ensam på marknaden för e-sjukvård, varför Carl Janssons (2014) uppfattning av kvalitet i e-sjukvårdstjänster i denna studie anses representera svenska e-sjukvårdsgivares uppfattning. Då en del av denna information är sekretessbelagd går uppsatsen inte närmare in på vad exakt MinDoktor.se gör i sina e-sjukvårdstjänster, utan fokus ligger på de dimensioner som diskuterades med Carl Jansson (2014) om kvalitet i e-sjukvårdstjänster. Denna uppsats grundar sig i en förstudie ifrån två olika led; tjänstekvalitetsforskningen och patienters förväntningar på sjukvårdskvalitet, som togs upp i denna uppsats teoriavsnitt. Utifrån dessa led har det gått att identifiera en mängd dimensioner som i olika hänseende kan vara väsentliga vid patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvård.

Primärdata som expertintervjun skulle generera var e-sjukvårdsgivares uppfattning av kvalitet i e-sjukvård. Carl Jansson (2014) menade att MinDoktor.se arbetar med samtliga dimensioner då de är viktiga men att en del dimensioner är viktigare än andra. Dimensionerna diskuterades och vissa dimensioner liknade andra, varför vissa dimensioner slogs samman med andra och således ändrades definitionen för att passa de sammanslagna dimensionerna.

Carl Janssons (2014) uppfattning, och således svenska e-sjukvårdsgivares, av kvalitet på e-sjukvård kan delas in i följande tio dimensioner, vilka utgjorde grunden för enkätstudien:

- *Empathy* (Empati). Företaget bryr sig om kunden och visar medkänsla.
- *Privacy/Security* (Integritet/Säkerhet). Webb sidan är säker från intrång och personlig information är skyddad.
- *Reliability* (Pålitlighet). Företaget håller sina servicelöften och levererar det som förväntas av tjänsten.
- *Responsiveness* (Mottaglighet). Tjänsten ger snabba svar.
- *Access* (Tillgång). Tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs.
- *Ease of navigation* (Enkel navigering). Tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig.
- *Efficiency* (Effektivitet). Som kund behöver du inte lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar du söker.

- *Assurance* (Försäkran). Tjänsten har ett gott rykte.
- *Trust* (Tillit). Informationen från tjänsten är tydlig och går att lita på.
- *Competence* (Kompetens). Hög kompetens hos sjukvårdspersonalen.



Figur 5. Process från forskning till tio tjänstekvalitetsdimensioner i e-sjukvård.

I mötet med Carl Jansson (2014) framgick det att det finns sjukvårdsscenario av olika känslighetskaraktär. Därför diskuterades det fram två olika sjukvårdsscenario av olika känslighetskaraktär som enligt Carl Jansson (2014) är relativt vanliga i e-sjukvårdstjänster. Detta för att möjliggöra att denna uppsats analys ska kunna undersöka om det föreligger skillnader mellan e-sjukvårdstjänster av olika karaktär vad gäller patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvård.

4.6.2. Enkätstudie

Enkätstudien genomfördes via Internet i form av en enkät på SurveyMonkey.com och var fullständigt anonym för att svaren skulle bli så ärliga som möjligt. Enkäten bestod av totalt sex frågor varav de första två var av nominalskalekaraktär och delade in respondenterna efter kön och ålder. Därefter följde en kort definition av vad en e-sjukvårdstjänst är för att underlätta för respondenten att fylla i enkäten: *”En e-sjukvårdstjänst är en tjänst där du som patient kan uppsöka läkare via Internet för att få ställt diagnos, rådgivning och recept utskrivet.”*

Definitionen följdes av två frågor rörande respondenternas förväntningar på kvalitet i e-sjukvård:

- *"Du bestämmer dig för att uppsöka en läkare via Internet för att få personlig rådgivning. Genom att använda denna onlinetjänst tror jag att..."*
- *"Om jag skulle använda denna typ av onlinetjänst, tror jag att jag skulle bli nöjd med kvaliteten på servicen..."*

Respondenten fick ta ställning till i vilken grad dimensionerna stämmer överens på en femgradig skala:

- *"Stämmer inte alls"*
- *"Stämmer ganska dåligt"*
- *"Stämmer varken bra eller dåligt"*
- *"Stämmer ganska bra"*
- *"Stämmer helt och hållet"*

Dimensionerna angavs inte vid namn då dessa är väldigt laddade ord, utan definitionerna av dimensionerna användes som påståenden enligt följande:

- *"... företaget bryr sig om mig och visar medkänsla."*
- *"... webbsidan är säker från intrång och personlig information är skyddad."*
- *"... företaget håller sina servicelöften och levererar det som förväntas av tjänsten."*
- *"... tjänsten ger snabba svar."*
- *"... tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs."*
- *"... tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig."*
- *"... som kund behöver jag inte lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar jag söker."*
- *"... tjänsten har ett gott rykte."*
- *"... informationen från tjänsten är tydlig och går att lita på."*
- *"... sjukvårdspersonalen har hög kompetens."*

För att kunna undersöka om det föreligger skillnader i respondenternas förväntningar på kvalitet i e-sjukvård mellan e-sjukvårdstjänster av olika karaktär ombads respondenten därefter att ta ställning till två olika e-sjukvårdstjänster; *"Ont i foten"* och *"Könssjukdom"*:

- ”Du har haft ont i foten en längre tid och bestämmer dig för att uppsöka en läkare via Internet. Hur viktiga är följande påståenden för dig för att du ska uppleva att tjänsten är av hög kvalitet?”
- ”Du har känt en stor oro för att ha en könssjukdom och bestämmer dig för att uppsöka en läkare via Internet. Hur viktiga är följande påståenden för dig för att du ska uppleva att tjänsten är av hög kvalitet?”

Om en respondent har haft *ont i foten* en längre tid och bestämmer sig för att uppsöka en läkare via Internet är det i stort sett ingen känslig information som behöver delges, medan vid eventuell *könssjukdom* är det desto mer känslig information som behöver delges. Utgångspunkten för analysen är därför att scenarierna kan rangordnas efter hur känslig information som behöver delges, där eventuell *könssjukdom* innebär mest och *ont i foten* minst känslig information. Rangordningen av sjukvårdsärendenas känslighetsgrad är som tidigare nämnt ett resultat av expertmötet med Carl Jansson (2014).

Respondenten fick ta ställning till i vilken grad påståendena, det vill säga dimensionerna, är viktiga för att de två e-sjukvårdstjänsterna av olika känslighetsgrad ska upplevas vara av hög kvalitet enligt en femgradig skala:

- ”Inte alls viktigt”
- ”Mindre viktigt”
- ”Varken viktigt eller oviktigt”
- ”Ganska viktigt”
- ”Väldigt viktigt”

4.7. Population och urval

Populationen definierades som svensktalande som rör sig på sociala medier då dessa ofta vill dela med sig av sina erfarenheter och åsikter samt ge möjlighet att få en övergripande bild av vad potentiella patienter i alla åldrar förväntar sig av e-sjukvårdstjänster. Denna uppsats har gjort antagandet att de svensktalande som rör sig på sociala medier även är de som troligtvis är först med att prova på e-sjukvård i Sverige, då det är mer sannolikt att de som redan i hög grad rör sig på Internet provar på nya saker på Internet än de som inte rör sig på Internet. Därför ses dessa som potentiella patienter i e-sjukvård.

De flesta som använder sig av sociala medier använder sig av Facebook vilket fortfarande är helt dominerande. De som använder Facebook är främst i åldern 16-45 år (Findahl, 2014). Åldersgruppen 16-25 år är den grupp som använder Facebook mest. Av dessa besöktes Facebook under år 2014 någon gång av 95 procent, dagligen av 81 procent och flera gånger om dagen av 36 procent (Findahl, 2014). Även en stor del av åldersgrupperna 26-35 år och 36-45 år använder Facebook. 85 procent av åldersgruppen 26-35 år respektive 73 procent av åldersgruppen 36-45 år besökte Facebook någon gång under år 2014 (Findahl, 2014). Generellt sett är kvinnor mer aktiva än män på sociala medier och skillnaderna i användandet av sociala medier är genomgående små mellan låg- och högutbildade (Findahl, 2014). Under år 2014 använde 64 procent av befolkningen i åldrarna 12-65 år sociala medier (Findahl, 2014).

Denna uppsats använde sig av ett som Bryman och Bell (2013) kallar för ett bekvämlighetsurval vilket innebär att urvalet består av de personer som var tillgängliga för tillfället. Bekvämlighetsurval är ett så kallat slumpmässigt urval (Trost, 2012). I detta fall utgjorde det en länk på Facebook då de flesta som använder sociala medier använder sig av Facebook (Findahl, 2014). Författarna till denna uppsats nätverk på Facebook utgjorde på så sätt enkätstudiens så kallade urvalsram. De som har haft tillgång till länken är i första hand de som är del av denna uppsats författares nätverk men har även delats vidare till andra Facebookanvändares nätverk, vilket kan ses som ett snöbollsurval som i viss bemärkelse är ett slags bekvämlighetsurval (Bryman & Bell, 2013). På så sätt kunde respondenter nås utanför urvalsramen men som ingick i populationen. Resultatet av detta blev att det inte var möjligt att uppskatta hur många som haft möjlighet att ta del av enkätundersökningen.

Uppsatsens vetenskapliga djup och externa validitet kan bli lidande med denna typ av urval då det inte går att avgöra om undersökningens respondenter speglar hela populationen och således går det inte att generalisera resultatet för populationen. Denna uppsats har inte i intresse att generalisera resultatet för populationen utan endast undersöka om det föreligger samband och skillnader i den grupp som undersökningens respondenter utgör. Således är det möjligt att uttala sig dels om huruvida potentiella patienters förväntningar på och e-sjukvårdsgivares uppfattning av kvalitet i e-sjukvårdstjänster tenderar att stämma överens och dels huruvida det tenderar att föreligga skillnader mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad och om det finns ett samband mellan skillnaderna och förväntad tjänstekvalitet. Huruvida denna grupp sett ut återges i empiridelen av denna uppsats där resultatet från enkätundersökningen presenteras.

4.8. Analysverktyg

Som analysverktyg i denna uppsats användes SPSS. Insamlad data från enkätundersökningen kodades och fördes in i SPSS då detta är ett användbart verktyg för att samla och strukturera data. Kodningen återfinns i appendix punkt 9.1. I SPSS skapades frekvenstabeller för att åskådliggöra respondenternas profil och resultatet från undersökningen. Därefter genomfördes korrelationstester mellan dimensionerna och förväntad tjänstekvalitet för att undersöka huruvida e-sjukvårdsgivares kvalitetsdimensioner stämmer överens med potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvård. Sedan genomfördes ett Paired T-test mellan e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom*. Varför ett Paired T-test valdes före ett vanligt T-test var för att det var samma respondenter som svarade på hur viktiga de olika dimensionerna var vid båda e-sjukvårdstjänsterna. Testet användes för att undersöka om det föreligger några signifikanta skillnader i vad potentiella patienter anser vara viktigt i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.

För att kunna analysera resultatet av t-testet utgick denna uppsats från en nollhypotes och en mothypotes:

- *Nollhypotes*: Det föreligger ingen skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen är i olika e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.
- *Mothypotes*: Det föreligger en skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen är i olika e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.

De värden som används för att tolka resultatet är *Mean*, det vill säga medelvärdet av hur mycket viktigare en kvalitetsdimension är i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* än tjänsten *ont i foten*, och *Sig. (2-tailed)*, det vill säga p-värdet. Eftersom ett 95-procentigt konfidensintervall har använts förkastas nollhypotesen om $p < 0,05$ och således gäller mothypotesen, vilket innebär att det föreligger en skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen är i olika e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Tillsammans med korrelationstesterna var det genomförbart att undersöka om det finns ett samband mellan de signifikanta skillnaderna och förväntad tjänstekvalitet.

4.9. Reliabilitet och validitet

Mätningen av begreppen måste vara reliabla och valida (Lundahl & Skärvad, 1999). Till synes verkar det som att reliabilitet och validitet är synonyma men de skiljer sig egentligen åt enligt följande resonemang.

4.9.1. Reliabilitet

Reliabilitet handlar om mätningarnas pålitlighet och att det inte förekommer några slumpmässiga mätfel (Lundahl & Skärvad, 1999), det vill säga att måttet lever upp till tre faktorer; stabilitet, intern reliabilitet och interbedömarreliabilitet (Bryman & Bell, 2013).

Måttet måste vara stabilt över tid, det vill säga att om samma undersökning sker två gånger med samma respondenter ska resultatet bli ungefär detsamma (Bryman & Bell, 2013). Ett mått har en intern reliabilitet om respondenternas poäng om en indikator är relaterad till andra indikatorers poäng, det vill säga att indikatorerna är relaterade till samma mått (Bryman & Bell, 2013). I enkätundersökningen som utgör grunden för denna uppsats gäller det att respondenten bedömer en dimensions vikt i ett kvalitetshänseende för e-sjukvårdstjänster på ungefär samma sätt både vid frågorna kring patienters förväntade tjänstekvalitet och vid de två olika e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom*. Interbedömarreliabilitet innebär att tolkningarna av indikatorerna inte skiljer sig åt mellan respondenterna (Bryman & Bell, 2013), i detta fall att e-sjukvårdstjänsterna tolkas likadant av alla respondenter.

4.9.2. Validitet

Mätningens validitet innebär att det inte finns några systematiska mätfel, det vill säga att undersökningen mäter det den avser mäta (Lundahl & Skärvad, 1999). I kvantitativ forskning används främst slaget av validitet som benämns ”begreppsvaliditet”, som mäter i vilken utsträckning begreppet ifråga verkligen speglar begreppet (Bryman & Bell, 2013). Det finns även två andra typer av validitet som är intern validitet och extern validitet. Intern validitet mäter huruvida det föreligger kausala förhållanden mellan olika variabler, det vill säga att det är möjligt att dra slutsatser om att vissa variabler påverkar andra variabler (Bryman & Bell, 2013). Extern validitet innebär att ett resultat från en undersökning går att generalisera för hela populationen (Bryman & Bell, 2013).

4.10. Metod- och källkritik

Kvantitativ forskning skiljer inte mellan den sociala och den naturliga verkligheten, utan fokus riktas mot positivismen där alla företeelser bör studeras med naturvetenskapliga metoder (Bryman & Bell, 2013), vilket kan innebära problem i en studie av denna karaktär. Forskningen förutsätter att respondenterna uppfattar de viktigaste indikatorerna i en enkät på samma sätt, vilket inte behöver stämma överens (Bryman & Bell, 2013).

Det föreligger en del begränsningar med enkätstudien som uppsatsen bygger på. Vad som vore det ideala med denna uppsats vore att kunna ge potentiella patienter i e-sjukvård i Sveriges generella syn på kvalitet i e-sjukvårdstjänster, men försiktighet har iakttagits då urvalet inte med säkerhet kan anses representera populationen. Därför kan denna uppsats enbart undersöka tendenser till huruvida potentiella patienters förväntningar på och e-sjukvårdsgivares uppfattning av kvalitet i e-sjukvårdstjänster stämmer överens och huruvida det tenderar att föreligga skillnader i hur viktiga olika tjänstekvalitetsdimensioner är i olika e-sjukvårdstjänster. Det faktum att enkätundersökningen endast använde de tio dimensioner som arbetats fram kan även ses som en begränsning då det kan vara så att bortvalda dimensioner egentligen är viktiga för respondenter vilket i sin tur innebär att det finns ett gap mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster.

Det förknippas dessutom en rad fördelar och nackdelar med en enkätstudie. En enkät är billig och snabb att administrera, samt medför ingen intervjuareffekt (Bryman & Bell, 2013). Däremot kan det uppstå svårigheter om respondenten har problem att tolka en fråga, då det inte går att hjälpa respondenten, samt bortfallet kan bli stort och risken att man inte får med all information existerar (Bryman & Bell, 2013). Då ett bekvämlighetsurval använts via en länk på Facebook kan det finnas en risk att respondenterna svarar osanningsenligt och på ett oseriöst sätt.

Det har inte förekommit något internt bortfall, det vill säga att en eller flera respondenter inte svarat på alla frågor. Eftersom det inte är möjligt att beräkna hur många som kunnat ta del av enkätundersökningen då den har spridits på ett passivt sätt i form av en länk på Facebook går det heller inte att uttala sig om detta har inneburit ett bortfall.

Även insamlad sekundärdata har behandlats på ett källkritiskt sätt, då det har strävats efter att uppnå förståelse för olika typer av databegränsningar i exempelvis teorier och modeller. För att kunna göra en bedömning av relevans och riktighet i insamlad sekundärdata genomfördes en förstudie med en mängd olika sekundärdata som ställdes mot varandra. Teorierna som denna uppsats berör kan till viss del sakna nutida relevans och man bör därför ifrågasätta de mindre moderna teorierna och modellernas applicerbarhet på nutida studieobjekt. Forskning som rör tjänstekvalitet i sin grund härstammar från framförallt 1980-talet och forskning som rör tjänstekvalitet online, det vill säga kvalitet i e-tjänster, härstammar framförallt från 2000-talet. Detta ger en bred bild av vad tjänstekvalitet är, både i e-tjänster och i fysiska tjänster samt hur forskningen har utvecklats över tid.

5. Empiri

I detta avsnitt presenteras resultatet från enkätundersökningen som ligger till grund för denna uppsats.

5.1. Respondenter

De första två frågorna i enkäten rörde respondenternas profil och har använts för att kunna återge hur gruppen som undersökts ser ut genom att fördela respondenterna efter kön och ålder. Totalt svarade 63 respondenter på enkäten på SurveyMonkey.com och samtliga respondenter svarade på alla frågor eftersom enkäten krävde detta, vilket innebär att det inte förekommer något internt bortfall.

5.1.1. Fråga 1 – Kön

Respondenterna var fördelade mellan män och kvinnor enligt tabell 1 nedan. Fördelningen mellan kön var relativt jämn, men majoriteten var män på 55,6 % av respondenterna.

		Kön			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kvinna	28	44,4	44,4	44,4
	Man	35	55,6	55,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 1. Könsfördelning av respondenterna.

5.1.2. Fråga 2 – Ålder

Respondenterna var fördelade mellan olika åldersgrupper enligt tabell 2 nedan. Den största åldersgruppen var åldrarna 20-29 år på 90,5 %, medan resterande åldersgrupper stod för 3,2 % av respondenterna vardera.

		Ålder			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29 år	57	90,5	90,5	90,5
	30-39 år	2	3,2	3,2	93,7
	40-49 år	2	3,2	3,2	96,8
	50-59 år	2	3,2	3,2	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 2. Åldersfördelning av respondenterna.

5.2. Förväntad tjänstekvalitet i e-sjukvårdstjänster

Fråga 3 och 4 behandlade potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster och huruvida de stämmer överens med e-sjukvårdsgivares uppfattning av kvalitet i e-sjukvårdstjänster, det vill säga de tio kvalitetsdimensioner som utgjort grunden för enkätundersökningen.

5.2.1. Fråga 3 – Potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensioner

Samtliga 63 respondenter tog ställning till huruvida en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst lever upp till de tio dimensionernas påståenden, vilket åskådliggörs i tabell 3 nedan. En genomsnittlig e-sjukvårdstjänst innebär att respondenten ej påverkades av någon känslighetsgrad på e-sjukvårdstjänsten. Resultaten från respektive kvalitetsdimension redovisas var för sig.

Statistics		
	N	
	Valid	Missing
Empathy	63	0
PrivacySecurity	63	0
Reliability	63	0
Responsiveness	63	0
Access	63	0
Easeofnavigation	63	0
Efficiency	63	0
Assurance	63	0
Trust	63	0
Competence	63	0

Tabell 3. Antalet svar uppdelat på valida och bortfallna svar.

Förväntningar på empathy

I tabell 4 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *empathy* helt och hållet enligt 6,3 %, ganska bra enligt 19,0 %, varken bra eller dåligt enligt 36,5 %, ganska dåligt enligt 28,6 % och inte alls enligt 9,5 % av respondenterna.

Empathy					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	6	9,5	9,5	9,5
	Stämmer ganska dåligt	18	28,6	28,6	38,1
	Stämmer varken bra eller dåligt	23	36,5	36,5	74,6
	Stämmer ganska bra	12	19,0	19,0	93,7
	Stämmer helt och hållet	4	6,3	6,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 4. Resultat för Empathy i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på privacy/security

I tabell 5 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *privacy/security* helt och hållet enligt 15,9 %, ganska bra enligt 41,3 %, varken bra eller dåligt enligt 23,8 %, ganska dåligt enligt 12,7 % och inte alls enligt 6,3 % av respondenterna.

		PrivacySecurity			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	4	6,3	6,3	6,3
	Stämmer ganska dåligt	8	12,7	12,7	19,0
	Stämmer varken bra eller dåligt	15	23,8	23,8	42,9
	Stämmer ganska bra	26	41,3	41,3	84,1
	Stämmer helt och hållet	10	15,9	15,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 5. Resultat för Privacy/Security i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på reliability

I tabell 6 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *reliability* helt och hållet enligt 15,9 %, ganska bra enligt 34,9 %, varken bra eller dåligt enligt 30,2 %, ganska dåligt enligt 15,9 % och inte alls enligt 3,2 % av respondenterna.

		Reliability			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	2	3,2	3,2	3,2
	Stämmer ganska dåligt	10	15,9	15,9	19,0
	Stämmer varken bra eller dåligt	19	30,2	30,2	49,2
	Stämmer ganska bra	22	34,9	34,9	84,1
	Stämmer helt och hållet	10	15,9	15,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 6. Resultat för Reliability i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på responsiveness

I tabell 7 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *responsiveness* helt och hållet enligt 31,7 %, ganska bra enligt 44,4 %, varken bra eller dåligt enligt 14,3 %, ganska dåligt enligt 9,5 % och inte alls enligt 0 % av respondenterna.

		Responsiveness			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer ganska dåligt	6	9,5	9,5	9,5
	Stämmer varken bra eller dåligt	9	14,3	14,3	23,8
	Stämmer ganska bra	28	44,4	44,4	68,3
	Stämmer helt och hållet	20	31,7	31,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 7. Resultat för Responsiveness i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på access

I tabell 8 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *access* helt och hållet enligt 38,1 %, ganska bra enligt 47,6 %, varken bra eller dåligt enligt 11,1 %, ganska dåligt enligt 3,2 % och inte alls enligt 0 % av respondenterna.

		Access			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer ganska dåligt	2	3,2	3,2	3,2
	Stämmer varken bra eller dåligt	7	11,1	11,1	14,3
	Stämmer ganska bra	30	47,6	47,6	61,9
	Stämmer helt och hållet	24	38,1	38,1	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 8. Resultat för Access i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på ease of navigation

I tabell 9 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *ease of navigation* helt och hållet enligt 19,0 %, ganska bra enligt 47,6 %, varken bra eller dåligt enligt 23,8 %, ganska dåligt enligt 9,5 % och inte alls enligt 0 % av respondenterna.

		Easeofnavigation			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer ganska dåligt	6	9,5	9,5	9,5
	Stämmer varken bra eller dåligt	15	23,8	23,8	33,3
	Stämmer ganska bra	30	47,6	47,6	81,0
	Stämmer helt och hållet	12	19,0	19,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 9. Resultat för Ease of Navigation i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på efficiency

I tabell 10 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *efficiency* helt och hållet enligt 22,2 %, ganska bra enligt 50,8 %, varken bra eller dåligt enligt 17,5 %, ganska dåligt enligt 6,3 % och inte alls enligt 3,2 % av respondenterna.

		Efficiency			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	2	3,2	3,2	3,2
	Stämmer ganska dåligt	4	6,3	6,3	9,5
	Stämmer varken bra eller dåligt	11	17,5	17,5	27,0
	Stämmer ganska bra	32	50,8	50,8	77,8
	Stämmer helt och hållet	14	22,2	22,2	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 10. Resultat för Efficiency i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på assurance

I tabell 11 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *assurance* helt och hållet enligt 6,3 %, ganska bra enligt 39,7 %, varken bra eller dåligt enligt 31,7 %, ganska dåligt enligt 12,7 % och inte alls enligt 9,5 % av respondenterna.

		Assurance			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	6	9,5	9,5	9,5
	Stämmer ganska dåligt	8	12,7	12,7	22,2
	Stämmer varken bra eller dåligt	20	31,7	31,7	54,0
	Stämmer ganska bra	25	39,7	39,7	93,7
	Stämmer helt och hållet	4	6,3	6,3	100,0
	Total		63	100,0	100,0

Tabell 11. Resultat för Assurance i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på trust

I tabell 12 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *trust* helt och hållet enligt 15,9 %, ganska bra enligt 38,1 %, varken bra eller dåligt enligt 23,8 %, ganska dåligt enligt 15,9 % och inte alls enligt 6,3 % av respondenterna.

		Trust			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	4	6,3	6,3	6,3
	Stämmer ganska dåligt	10	15,9	15,9	22,2
	Stämmer varken bra eller dåligt	15	23,8	23,8	46,0
	Stämmer ganska bra	24	38,1	38,1	84,1
	Stämmer helt och hållet	10	15,9	15,9	100,0
	Total		63	100,0	100,0

Tabell 12. Resultat för Trust i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

Förväntningar på competence

I tabell 13 åskådliggörs att i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst stämmer *competence* helt och hållet enligt 31,7 %, ganska bra enligt 30,2 %, varken bra eller dåligt enligt 28,6 %, ganska dåligt enligt 6,3 % och inte alls enligt 3,2 % av respondenterna.

		Competence			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	2	3,2	3,2	3,2
	Stämmer ganska dåligt	4	6,3	6,3	9,5
	Stämmer varken bra eller dåligt	18	28,6	28,6	38,1
	Stämmer ganska bra	19	30,2	30,2	68,3
	Stämmer helt och hållet	20	31,7	31,7	100,0
	Total		63	100,0	100,0

Tabell 13. Resultat för Competence i en genomsnittlig e-sjukvårdstjänst.

5.2.2. Fråga 4 – Förväntad tjänstekvalitet

Fråga 4 behandlar den förväntade tjänstekvaliteten i den e-sjukvårdstjänst som respondenterna själva har skapat i fråga 3, där respondenterna ombads ta ställning till huruvida det stämmer överens att de skulle bli nöjda med kvaliteten på servicen i tjänsten. Samtliga 63 respondenter svarade på denna fråga, vilket framgår i tabell 14 nedan. Det framgick att av respondenterna stämmer det helt och hållet för 6,3 %, ganska bra för 34,9 %, varken bra eller dåligt för 36,5 %, ganska dåligt för 15,9 % och inte alls för 6,3 %.

		ExpectedSQ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stämmer inte alls	4	6,3	6,3	6,3
	Stämmer ganska dåligt	10	15,9	15,9	22,2
	Stämmer varken bra eller dåligt	23	36,5	36,5	58,7
	Stämmer ganska bra	22	34,9	34,9	93,7
	Stämmer helt och hållet	4	6,3	6,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 14. Förväntad tjänstekvalitet i e-sjukvårdstjänsten.

5.3. Skillnad i hur viktiga dimensioner är i olika e-sjukvårdstjänster

Fråga 5 och 6 behandlade hur viktiga de tio dimensionerna är för potentiella patienter i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Genom att använda resultatet från dessa frågor är det möjligt att undersöka om det föreligger skillnader i hur viktiga dimensionerna är med hänsyn till e-sjukvårdstjänsters känslighetsgrad. Två e-sjukvårdstjänster har använts för att kunna genomföra jämförelsen; *ont i foten* och *könssjukdom*.

5.3.1. Fråga 5 – Dimensioners vikt i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*

Respondenterna ombads i fråga 5 att ta ställning till hur viktig respektive dimension är i en situation där de söker vård via Internet på grund av *ont i foten* och detta anses vara en e-sjukvårdstjänst av lägre känslighetsgrad.

Empathy vid ont i foten

I tabell 15 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *empathy* väldigt viktigt för 20,6 %, ganska viktigt för 36,5 %, varken viktigt eller oviktigt för 28,6 %, mindre viktigt för 7,9 % och inte alls viktigt för 6,3 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inte alls viktigt	4	6,3	6,3	6,3
	Mindre viktigt	5	7,9	7,9	14,3
	Varken viktigt eller oviktigt	18	28,6	28,6	42,9
	Ganska viktigt	23	36,5	36,5	79,4
	Väldigt viktigt	13	20,6	20,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 15. Empathy i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.

Privacy/security vid ont i foten

I tabell 16 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *privacy/security* väldigt viktigt för 50,8 %, ganska viktigt för 19,0 %, varken viktigt eller oviktigt för 20,6 %, mindre viktigt för 6,3 % och inte alls viktigt för 3,2 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inte alls viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Mindre viktigt	4	6,3	6,3	9,5
	Varken viktigt eller oviktigt	13	20,6	20,6	30,2
	Ganska viktigt	12	19,0	19,0	49,2
	Väldigt viktigt	32	50,8	50,8	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 16. Privacy/security i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.

Reliability vid ont i foten

I tabell 17 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *reliability* väldigt viktigt för 58,7 %, ganska viktigt för 33,3 %, varken viktigt eller oviktigt för 3,2 %, mindre viktigt för 4,8 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mindre viktigt	3	4,8	4,8	4,8
	Varken viktigt eller oviktigt	2	3,2	3,2	7,9
	Ganska viktigt	21	33,3	33,3	41,3
	Väldigt viktigt	37	58,7	58,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 17. Reliability i e-sjukvårdstjänsten ont i foten.

Responsiveness vid ont i foten

I tabell 18 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *responsiveness* väldigt viktigt för 54,0 %, ganska viktigt för 38,1 %, varken viktigt eller oviktigt för 4,8 %, mindre viktigt för 3,2 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mindre viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Varken viktigt eller oviktigt	3	4,8	4,8	7,9
	Ganska viktigt	24	38,1	38,1	46,0
	Väldigt viktigt	34	54,0	54,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 18. Responsiveness i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*.

Access vid ont i foten

I tabell 19 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *access* väldigt viktigt för 50,8 %, ganska viktigt för 41,3 %, varken viktigt eller oviktigt för 7,9 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	5	7,9	7,9	7,9
	Ganska viktigt	26	41,3	41,3	49,2
	Väldigt viktigt	32	50,8	50,8	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 19. Access i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*.

Ease of navigation vid ont i foten

I tabell 20 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *ease of navigation* väldigt viktigt för 38,1 %, ganska viktigt för 47,6 %, varken viktigt eller oviktigt för 11,1 %, mindre viktigt för 3,2 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mindre viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Varken viktigt eller oviktigt	7	11,1	11,1	14,3
	Ganska viktigt	30	47,6	47,6	61,9
	Väldigt viktigt	24	38,1	38,1	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 20. Ease of navigation i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*.

Efficiency vid ont i foten

I tabell 21 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *efficiency* väldigt viktigt för 41,3 %, ganska viktigt för 34,9 %, varken viktigt eller oviktigt för 20,6 %, mindre viktigt för 3,2 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		OntifotenEfficiency			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mindre viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Varken viktigt eller oviktigt	13	20,6	20,6	23,8
	Ganska viktigt	22	34,9	34,9	58,7
	Väldigt viktigt	26	41,3	41,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 21. Efficiency i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*.

Assurance vid ont i foten

I tabell 22 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *assurance* väldigt viktigt för 34,9 %, ganska viktigt för 38,1 %, varken viktigt eller oviktigt för 20,6 %, mindre viktigt för 3,2 % och inte alls viktigt för 3,2 % av respondenterna.

		OntifotenAssurance			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inte alls viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Mindre viktigt	2	3,2	3,2	6,3
	Varken viktigt eller oviktigt	13	20,6	20,6	27,0
	Ganska viktigt	24	38,1	38,1	65,1
	Väldigt viktigt	22	34,9	34,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 22. Assurance i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*.

Trust vid ont i foten

I tabell 23 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *trust* väldigt viktigt för 66,7 %, ganska viktigt för 19,0 %, varken viktigt eller oviktigt för 7,9 %, mindre viktigt för 3,2 % och inte alls viktigt för 3,2 % av respondenterna.

		OntifotenTrust			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inte alls viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Mindre viktigt	2	3,2	3,2	6,3
	Varken viktigt eller oviktigt	5	7,9	7,9	14,3
	Ganska viktigt	12	19,0	19,0	33,3
	Väldigt viktigt	42	66,7	66,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 23. Trust i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*.

Competence vid ont i foten

I tabell 24 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är *competence* väldigt viktigt för 79,4 %, ganska viktigt för 6,3 %, varken viktigt eller oviktigt för 7,9 %, mindre viktigt för 3,2 % och inte alls viktigt för 3,2 % av respondenterna.

		OntifotenCompetence			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inte alls viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Mindre viktigt	2	3,2	3,2	6,3
	Varken viktigt eller oviktigt	5	7,9	7,9	14,3
	Ganska viktigt	4	6,3	6,3	20,6
	Väldigt viktigt	50	79,4	79,4	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 24. Competence i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten*.

5.3.2. Fråga 6 – Dimensioners vikt i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom

Respondenterna ombads i fråga 6 att ta ställning till hur viktigt respektive dimension är i en situation där de söker vård via Internet på grund av en oro för att ha en *könssjukdom* och detta anses vara en e-sjukvårdstjänst av högre känslighetsgrad.

Empathy vid könssjukdom

I tabell 25 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *empathy* väldigt viktigt för 31,7 %, ganska viktigt för 36,5 %, varken viktigt eller oviktigt för 19,0 %, mindre viktigt för 12,7 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		KönssjukdomEmpathy			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mindre viktigt	8	12,7	12,7	12,7
	Varken viktigt eller oviktigt	12	19,0	19,0	31,7
	Ganska viktigt	23	36,5	36,5	68,3
	Väldigt viktigt	20	31,7	31,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 25. Empathy i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom*.

Privacy/security vid könssjukdom

I tabell 26 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *privacy/security* väldigt viktigt för 82,5 %, ganska viktigt för 9,5 %, varken viktigt eller oviktigt för 4,8 %, mindre viktigt för 3,2 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mindre viktigt	2	3,2	3,2	3,2
	Varken viktigt eller oviktigt	3	4,8	4,8	7,9
	Ganska viktigt	6	9,5	9,5	17,5
	Väldigt viktigt	52	82,5	82,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 26. Privacy/security i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Reliability vid könssjukdom

I tabell 27 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *reliability* väldigt viktigt för 66,7 %, ganska viktigt för 25,4 %, varken viktigt eller oviktigt för 7,9 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	5	7,9	7,9	7,9
	Ganska viktigt	16	25,4	25,4	33,3
	Väldigt viktigt	42	66,7	66,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 27. Reliability i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Responsiveness vid könssjukdom

I tabell 28 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *responsiveness* väldigt viktigt för 63,5 %, ganska viktigt för 19,0 %, varken viktigt eller oviktigt för 17,5 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	11	17,5	17,5	17,5
	Ganska viktigt	12	19,0	19,0	36,5
	Väldigt viktigt	40	63,5	63,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 28. Responsiveness i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Access vid könssjukdom

I tabell 29 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *access* väldigt viktigt för 54,0 %, ganska viktigt för 38,1 %, varken viktigt eller oviktigt för 7,9 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		KönssjukdomAccess			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	5	7,9	7,9	7,9
	Ganska viktigt	24	38,1	38,1	46,0
	Väldigt viktigt	34	54,0	54,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 29. Access i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Ease of navigation vid könssjukdom

I tabell 30 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *ease of navigation* väldigt viktigt för 38,1 %, ganska viktigt för 50,8 %, varken viktigt eller oviktigt för 11,1 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		KönssjukdomEaseofnavigation			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	7	11,1	11,1	11,1
	Ganska viktigt	32	50,8	50,8	61,9
	Väldigt viktigt	24	38,1	38,1	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 30. Ease of navigation i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Efficiency vid könssjukdom

I tabell 31 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *efficiency* väldigt viktigt för 38,1 %, ganska viktigt för 50,8 %, varken viktigt eller oviktigt för 11,1 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		KönssjukdomEfficiency			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	7	11,1	11,1	11,1
	Ganska viktigt	32	50,8	50,8	61,9
	Väldigt viktigt	24	38,1	38,1	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 31. Efficiency i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Assurance vid könssjukdom

I tabell 32 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *assurance* väldigt viktigt för 57,1 %, ganska viktigt för 31,7 %, varken viktigt eller oviktigt för 11,1 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		KönssjukdomAssurance			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	7	11,1	11,1	11,1
	Ganska viktigt	20	31,7	31,7	42,9
	Väldigt viktigt	36	57,1	57,1	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 32. Assurance i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Trust vid könssjukdom

I tabell 33 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *trust* väldigt viktigt för 73,0 %, ganska viktigt för 19,0 %, varken viktigt eller oviktigt för 7,9 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		KönssjukdomTrust			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	5	7,9	7,9	7,9
	Ganska viktigt	12	19,0	19,0	27,0
	Väldigt viktigt	46	73,0	73,0	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Tabell 33. Trust i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

Competence vid könssjukdom

I tabell 34 åskådliggörs att i e-sjukvårdstjänsten *könssjukdom* är *competence* väldigt viktigt för 85,7 %, ganska viktigt för 7,9 %, varken viktigt eller oviktigt för 6,3 %, mindre viktigt för 0 % och inte alls viktigt för 0 % av respondenterna.

		KönssjukdomCompetence			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varken viktigt eller oviktigt	4	6,3	6,3	6,3
	Ganska viktigt	5	7,9	7,9	14,3
	Väldigt viktigt	54	85,7	85,7	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

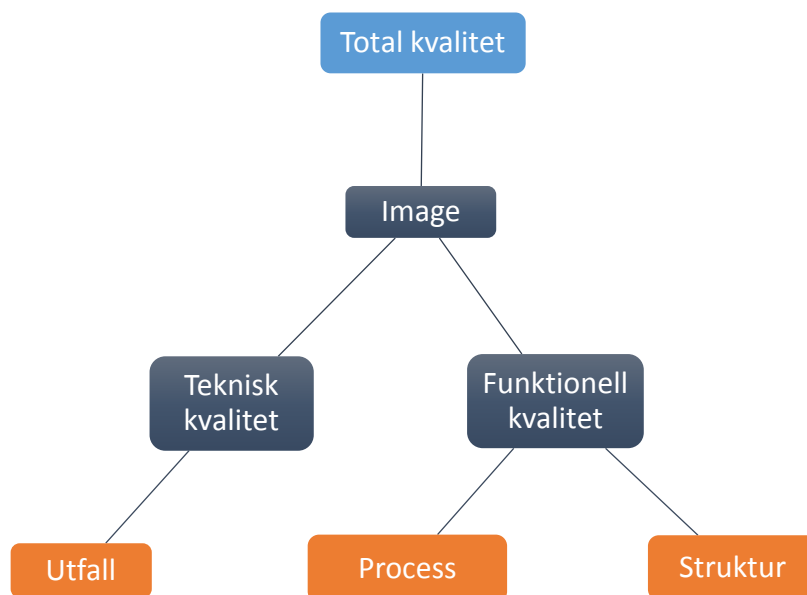
Tabell 34. Competence i e-sjukvårdstjänsten könssjukdom.

6. Analys

Utifrån tjänstekvalitetsforskningen, sjukvårdsforskningen och ett möte med en expert på ett företag som tillhandahåller e-sjukvårdstjänster har tio tjänstekvalitetsdimensioner identifierats som de viktigaste för e-sjukvårdsgivare i Sverige. Dessa dimensioner kommer i detta avsnitt att analyseras efter de teorier och modeller som behandlats i teoriavsnittet av denna uppsats för att sedan analyseras efter det resultat som enkätundersökningen visar på.

6.1. Donabedians triad och kundupplevd tjänstekvalitet

*Donabedians triad har en tydlig koppling till modellen för kundupplevd tjänstekvalitet. Likt modellen för kundupplevd tjänstekvalitet så delas även kvalitet upp i olika delar i Donabedians triad. Definitionen av *struktur* och *process* är densamma som för *funktionell kvalitet* och definitionen för *utfall* är densamma som för *teknisk kvalitet*. På så sätt är det möjligt att använda Donabedians triad för att analysera en tjänsts totala kvalitet. Som analysunderlag har dessa modeller sammanslagits i denna uppsats enligt figur 6.*



Figur 6. Donabedians triad och modellen för kundupplevd tjänstekvalitet sammanslagna.

6.1.1. Funktionell kvalitet – struktur och process

Per definition går det att likställa funktionell kvalitet med en sammanslagning av struktur och process, det vill säga resurser och processer som möjliggör tjänsten. Struktur står för de dimensioner av tjänstekvalitet i sjukvården som rör organisationens och tjänstens infrastruktur och resurser, medan process står för de dimensioner av tjänstekvalitet som rör hur vården bedrivs och vad som konkret görs för patienten.

Av de dimensioner som denna analys baseras på kan följande fyra dimensioner anses vara i enlighet med definitionen för struktur; *competence*, *access*, *ease of navigation* och *privacy/security*. Det innebär att sjukvårdspersonalen bör ha hög kompetens, e-sjukvårdstjänsten bör vara lättillgänglig och webbsidan bör vara lättnavigerad och säker från intrång för att det ska vara möjligt att leverera e-sjukvårdstjänster i enlighet med patientens förväntningar på sjukvårdskvalitet. Dessa dimensioner ligger i sin tur till grund för en välfungerande process.

De dimensioner som kan anses vara i enlighet med definitionen för process är *efficiency*, *responsiveness* och *empathy*. För att e-sjukvårdstjänstens process ska kunna anses vara av hög kvalitet bör den vara tidsbesparande för patienten och ge snabba svar samt att sjukvårdspersonalen bryr sig om patienten under tjänsteprocessen. Dessa dimensioner ligger till grund för en välfungerande struktur, det vill säga att struktur och process samverkar för att på så sätt ge förutsättningar för ett utfall av hög kvalitet.

6.1.2. Teknisk kvalitet – utfall

Resultatet av struktur och process är tjänstens utfall som per definition kan jämföras med teknisk kvalitet i modellen för kundupplevd tjänstekvalitet. En välfungerande struktur och process ger förutsättningarna för tjänsten ska leverera ett utfall av hög kvalitet, det vill säga den tekniska kvaliteten är hög.

Av de dimensioner som denna analys baseras på kan *reliability* och *trust* anses vara i enlighet med definitionen för e-sjukvårdstjänstens utfall, det vill säga den tekniska kvaliteten. Genom en välfungerande struktur och process i e-sjukvårdstjänsten, det vill säga en hög funktionell kvalitet, ges det förutsättningar för att tjänstens utfall och tekniska kvalitet kommer upplevas som pålitlig och förtroendeingivande.

6.1.3. Image

Den funktionella kvaliteten och den tekniska kvaliteten filtreras genom tjänstens image för att sedan bli den totala upplevda kvaliteten, det vill säga konsumentens upplevda kvalitet i förhållande till konsumentens förväntade kvalitet. Tjänstens image innebär hur konsumenten uppfattar företaget och tjänsten, det vill säga om ryktet är bra eller ej. Med en god image är konsumenten mer tolerant mot tjänsten och kraven är nödvändigtvis inte lika höga som på en tjänst med sämre image. Med lägre krav och således även förväntningarna på tjänsten är möjligheten större för att tjänstens totala kundupplevda kvalitet blir högre.

Den dimension som speglar image i en e-sjukvårdstjänst kan anses vara *assurance*, det vill säga att tjänsten har ett gott rykte. Image skapas till stor del genom marknadsföring där *word-of-mouth* är ett av de mest effektiva sätten för att göra detta och därigenom skapa ett gott rykte för e-sjukvårdstjänsten.

6.1.4. Total kvalitet

Analysen utifrån Donabedians triad och modellen för kundupplevd tjänstekvalitet visar att de olika delarna i dessa modeller samverkar för att uppnå total kvalitet, det vill säga att patientens förväntade kvalitet uppfylls eller överträffas av den upplevda kvaliteten. På så sätt är alla dimensioner inom de olika delarna i modellen betydelsefulla för den totala kvaliteten då alla dimensioner av kvalitet samverkar.

6.2. E-sjukvårdsgivares kvalitetsdimensioner och förväntad tjänstekvalitet

Tjänstekvalitetsforskningen visar på att det är konsumenten som avgör vad kvalitet är och företag måste anpassa sig efter konsumentens förväntningar för att tjänsterna ska uppfattas vara av hög kvalitet. Om inte konsumentens förväntningar uppfylls eller överträffas uppstår ett som Serv-Qual-modellen definierar som ett *gap* och den totala tjänstekvaliteten av tjänsten uppfattas som undermålig. Därför analyseras korrelationen mellan förväntad tjänstekvalitet, det vill säga resultatet av fråga fyra, och respektive dimension, det vill säga resultatet av fråga tre, nedan där en starkare korrelation innebär ett mindre gap och vice versa. Därefter genomförs en analys för respektive dimension om det föreligger en skillnad i hur viktig dimensionen är i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.

6.2.1. Empathy

I denna studie har definitionen "Företaget bryr sig om mig och visar medkänsla" använts för *empathy*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen och mycket av dimensionens betydelse går att hämta från sjukvårdsforskningen. I sjukvårdsforskningen är begreppet *individ Anpassad sjukvård* ständigt återkommande och går att koppla till huruvida företaget som tillhandahåller tjänsten bryr sig om kunden och visar medkänsla. Bortfallet av dimensionen *individ Anpassad sjukvård* kan vara ett tecken på att e-sjukvårdstjänsterna just i detta fall har brister i förståelsen för patienternas förväntningar på kvalitet i e-sjukvård, vilket kan kopplas till Serv-Qual-modellens gap. *Empathy* kan tänkas vara viktigare i tjänster där långvariga och nära relationer med konsumenterna är en stor del av tjänsten, såsom tjänster av känslig karaktär. Därför kan det vara problematiskt att skapa nära relationer med patienten då den fysiska interaktionen saknas.

Empathy och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan "... företaget bryr sig om mig och visar medkänsla.", det vill säga *empathy*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 35 nedan. Korrelationen mellan *empathy* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,553. En positiv korrelation på 0,553 kan anses vara relativt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till relativt stor del stämmer överens.

		Correlations	
		Empathy	ExpectedSQ
Empathy	Pearson Correlation	1	,553**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,553**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 35. Korrelationstest mellan *Empathy* och *Förväntad tjänstekvalitet*.

Skillnad i empathy beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,027, som återfinns i tabell 36, understiger 0,05 är det möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed möjligt att säkerställa att det föreligger en skillnad i hur viktigt *empathy* är mellan e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom*. Skillnaden är i genomsnitt 0,302, vilket är den ungefärliga differensen mellan 3,87 och 3,57. Detta innebär att

från att vara ungefär lika med 3,5, det vill säga mitt emellan ”*Varken viktigt eller oviktigt*” och ”*Ganska viktigt*” i tjänsten *ont i foten*, är *empathy* ungefär lika med ”*Ganska viktigt*” i tjänsten *könssjukdom*, vilket är en statistiskt säkerställd skillnad.

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomEmpathy	3,87	63	1,008	,127
	OntifotenEmpathy	3,57	63	1,103	,139

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1	KönssjukdomEmpathy - OntifotenEmpathy	,302	1,057	,133	,035	,568	2,265	62	,027

Tabell 36. Paired T-test för Empathy i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Empathy – En process i den funktionella kvaliteten

En dimension som står för en stor del av hur patienten uppfattar kontakten mellan vårdgivare och patient, det vill säga e-sjukvårdstjänstens process, är *empathy*. *Empathy* innebär att vårdgivaren bryr sig om patienten och visar medkänsla. Därför står *empathy* även för vad som konkret bedrivs i tjänsten, vilket även detta är del av e-sjukvårdstjänstens process och således del i e-sjukvårdstjänstens funktionella kvalitet.

Den positiva korrelationen mellan *empathy* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt, det vill säga lika med 1, finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *empathy*. Samtidigt skiljer sig inte e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen helt eftersom det finns en positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning finns det en skillnad i hur viktig *empathy* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Skillnaden innebär att de potentiella patienterna anser det vara viktigare att e-sjukvårdsgivaren bryr sig om patienten och visar medkänsla desto högre känslighetsgrad e-sjukvårdstjänsten har.

6.2.2. Privacy/Security

I denna studie har definitionen "Webbsidan är säker från intrång och personlig information är skyddad" använts för *privacy/security*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen men återfinns även i E-Serv-Qual-modellen och i sjukvårdsforskningen. Sedan Internet kom har denna dimension blivit alltmer viktig, då webbsidan där konsumenterna kan ta del av tjänsten bör vara säker från intrång och den information som konsumenterna lämnar bör vara skyddad för att tjänsten ska anses vara av hög kvalitet.

Privacy/security och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan "... webbsidan är säker från intrång och personlig information är skyddad.", det vill säga *privacy/security*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 37 nedan. Korrelationen mellan *privacy/security* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,443. En positiv korrelation på 0,443 kan anses vara relativt svag. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till viss del stämmer överens.

		Correlations	
		PrivacySecurity	ExpectedSQ
Privacy/Security	Pearson Correlation	1	,443**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,443**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 37. Korrelationstest mellan *Privacy/Security* och *Förväntad tjänstekvalitet*.

Skillnad i privacy/security beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,000, som återfinns i tabell 38, understiger 0,05 är det möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed möjligt att säkerställa att det föreligger en skillnad i hur viktigt *privacy/security* är mellan e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom*. Skillnaden är i genomsnitt 0,635, vilket är den ungefärliga differensen mellan 4,71 och 4,08. Detta innebär att från att ungefär vara lika med "Ganska viktigt" i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är dimensionen ungefär lika med "Väldigt viktigt" i tjänsten *könssjukdom*, vilket är en statistiskt säkerställd skillnad.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomPrivacySecurity	4,71	63	,705	,089
	OntifotenPrivacySecurity	4,08	63	1,126	,142

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	KönssjukdomPrivacySecurity - OntifotenPrivacySecurity	,635	1,005	,127	,382	,888	5,015	62	,000

Tabell 38. Paired T-test för Privacy/Security i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Privacy/security – En struktur i den funktionella kvaliteten

En dimension som är del av tjänstens informationsbehandling, och således tjänstens infrastruktur, är *privacy/security*. Detta innebär att dimensionen är del av e-sjukvårdstjänstens struktur och att patienten kan känna sig trygg i att delge information till e-sjukvårdstjänsten. Således är även dimensionen del av den funktionella kvaliteten i e-sjukvårdstjänsten.

Den positiva korrelationen mellan *privacy/security* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *privacy/security*. Samtidigt skiljer sig inte e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen helt eftersom det finns en positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning finns det en skillnad i hur viktig *privacy/security* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Skillnaden innebär att de potentiella patienterna anser det vara viktigare att webbsidan är säker från intrång och personlig information är skyddad desto högre känslighetsgrad e-sjukvårdstjänsten har.

6.2.3. Reliability

I denna studie har definitionen ”Företaget håller sina servicelöften och levererar det som förväntas av tjänsten” använts för *reliability*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen, men återfinns även i E-Serv-Qual-modellen. Dimensionens betydelse är direkt kopplad till kvalitetsforskningen, där en tjänst anses vara av låg kvalitet om den inte lever upp till förväntad kvalitet.

Reliability och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan ”... företaget håller sina servicelöften och levererar det som förväntas av tjänsten.”, det vill säga *reliability*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 39 nedan. Korrelationen mellan *reliability* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,816. En positiv korrelation på 0,816 kan anses vara väldigt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till stor del stämmer överens.

		Reliability	ExpectedSQ
Reliability	Pearson Correlation	1	,816**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,816**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 39. Korrelationstest mellan *Reliability* och *Förväntad tjänstekvalitet*.

Ingen skillnad i reliability beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,132, som återfinns i tabell 40, överstiger 0,05 är det inte möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed inte heller möjligt att säkerställa huruvida det föreligger en skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen *reliability* är för de potentiella patienterna i de två olika e-sjukvårdstjänsterna av olika känslighetskaraktär.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomReliability	4,59	63	,638	,080
	OntifotenReliability	4,46	63	,779	,098

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	KönssjukdomReliability - OntifotenReliability	,127	,660	,083	-,039	,293	1,528	62	,132

Tabell 40. Paired T-test för Reliability i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Reliability – Ett utfall i den tekniska kvaliteten

En dimension som är del av e-sjukvårdstjänstens utfall och tekniska kvalitet är *reliability*. Således är dimensionen ett resultat av tjänstens struktur och process. Detta innebär att e-sjukvårdstjänsten håller sina löften och levererar det som patienterna förväntar sig av tjänsten.

Den positiva korrelationen mellan *reliability* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett starkt samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *reliability*. Däremot är *gapet* relativt litet eftersom det finns en stark positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning går det inte att säkerställa någon skillnad i hur viktig *reliability* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Eftersom dimensionen har sitt ursprung i Serv-Qual kan den anses vara viktig i alla typer av tjänster och således även i alla typer av e-sjukvårdstjänster.

6.2.4. Responsiveness

I denna studie har definitionen "Tjänsten ger snabba svar" använts för *responsiveness*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen men återfinns även i E-Serv-Qual-modellen. Varför en del konsumenter skulle kunna tänka sig att använda sig av en e-tjänst istället för en fysisk tjänst kan bero på den tidsbesparing som Internet kan generera. Därför blir denna tjänstekvalitetsdimension alltmer viktig för e-tjänster.

Responsiveness och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan "... tjänsten ger snabba svar.", det vill säga *responsiveness*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 41 nedan. Korrelationen mellan *responsiveness* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,563. En positiv korrelation på 0,563 kan anses vara relativt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till relativt stor del stämmer överens.

		Responsiveness	ExpectedSQ
Responsiveness	Pearson Correlation	1	,563**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,563**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 41. Korrelationstest mellan Responsiveness och Förväntad tjänstekvalitet.

Ingen skillnad i responsiveness beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,718, som återfinns i tabell 42, överstiger 0,05 är det inte möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed inte heller möjligt att säkerställa huruvida det föreligger en skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen *responsiveness* är för de potentiella patienterna i de två olika e-sjukvårdstjänsterna av olika känslighetskaraktär.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomResponsiveness	4,46	63	,779	,098
	OntifotenResponsiveness	4,43	63	,734	,093

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	KönssjukdomResponsiveness - OntifotenResponsiveness	,032	,695	,088	-,143	,207	,363	62	,718

Tabell 42. Paired T-test för Responsiveness i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Responsiveness – En process i den funktionella kvaliteten

Då *responsiveness* innebär att tjänsten ger snabba svar är den del av hur tjänsten konkret bedrivs. Således är dimensionen del av e-sjukvårdstjänstens process och därmed den funktionella kvaliteten i tjänsten.

Den positiva korrelationen mellan *responsiveness* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *responsiveness*. Samtidigt skiljer sig inte e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen helt eftersom det finns en positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning går det inte att säkerställa någon skillnad i hur viktig *responsiveness* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Eftersom dimensionen har sitt ursprung i Serv-Qual kan den anses vara viktig i alla typer av tjänster och således även i alla typer av e-sjukvårdstjänster.

6.2.5. Access

I denna studie har definitionen ”Tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs” använts för *access*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen men återfinns även i E-Serv-Qual-modellen och i sjukvårdsforskningen. Då *access* återkommer i flera tjänstekvalitetsmodeller kan man utläsa att detta är en viktig dimension för flera olika typer av tjänster. När man som konsument vill ta del av en tjänst kan det antas vara grundläggande att den är lättillgänglig och att konsumenten på så sätt kan använda tjänsten när det behövs.

Access och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan ”... tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs.”, det vill säga *access*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 43 nedan. Korrelationen mellan *access* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,645. En positiv korrelation på 0,645 kan anses vara relativt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till relativt stor del stämmer överens.

		Correlations	
		Access	ExpectedSQ
Access	Pearson Correlation	1	,645**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,645**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 43. Korrelationstest mellan Access och Förväntad tjänstekvalitet.

Ingen skillnad i access beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,597, som återfinns i tabell 44, överstiger 0,05 är det inte möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed inte heller möjligt att säkerställa huruvida det föreligger en skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen *access* är för de potentiella patienterna i de två olika e-sjukvårdstjänsterna av olika känslighetskaraktär.

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomAccess	4,46	63	,643	,081
	OntifotenAccess	4,43	63	,640	,081

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 KönssjukdomAccess - OntifotenAccess	,032	,474	,060	-,088	,151	,531	62	,597

Tabell 44. Paired T-test för Access i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Access – En struktur i den funktionella kvaliteten

En dimension som är del av e-sjukvårdstjänstens infrastruktur och resurser är *access*. *Access* innebär att tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs och således är dimensionen del av e-sjukvårdstjänstens struktur i den funktionella kvaliteten.

Den positiva korrelationen mellan *access* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt, finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *access*. Samtidigt skiljer sig inte e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen helt eftersom det finns en positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning går det inte att säkerställa någon skillnad i hur viktig *access* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Eftersom dimensionen har sitt ursprung i Serv-Qual kan den anses vara viktig i alla typer av tjänster och således även i alla typer av e-sjukvårdstjänster.

6.2.6. Ease of navigation

I denna studie har definitionen "Tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig" använts för *ease of navigation*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i E-Serv-Qual-modellen. Detta är förståeligt då dimensionen är kopplad till användandet av webbsidor och huruvida de är lättnavigerade och användarvänliga. Således är inte kvalitetsdimensionen applicerbar på fysiska tjänster.

Ease of navigation och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan "... tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig.", det vill säga *ease of navigation*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 45 nedan. Korrelationen mellan *ease of navigation* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,422. En positiv korrelation på 0,422 kan anses vara relativt svag. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till viss del stämmer överens.

Correlations			
		Easeofnavigation	ExpectedSQ
Easeofnavigation	Pearson Correlation	1	,422**
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,422**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 45. Korrelationstest mellan Ease of Navigation och Förväntad tjänstekvalitet.

Ingen skillnad i ease of navigation beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,419, som återfinns i tabell 46, överstiger 0,05 är det inte möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed inte heller möjligt att säkerställa huruvida det föreligger en skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen *ease of navigation* är för de potentiella patienterna i de två olika e-sjukvårdstjänsterna av olika känslighetskaraktär.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomEaseofnavigation	4,27	63	,653	,082
	OntifotenEaseofnavigation	4,21	63	,765	,096

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 KönssjukdomEaseofnavigation - OntifotenEaseofnavigation	,063	,619	,078	-,092	,219	,814	62	,419

Tabell 46. Paired T-test för Ease of Navigation i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Ease of navigation – En struktur i den funktionella kvaliteten

En dimension som är del av e-sjukvårdstjänstens infrastruktur är *ease of navigation*. *Ease of navigation* innebär att tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig och således är dimensionen del av e-sjukvårdstjänstens struktur i den funktionella kvaliteten.

Den positiva korrelationen mellan *ease of navigation* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *ease of navigation*. Samtidigt skiljer sig inte e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen helt eftersom det finns en positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning går det inte att säkerställa någon skillnad i hur viktig *ease of navigation* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Eftersom dimensionen har sitt ursprung i E-Serv-Qual kan den anses vara viktig i alla typer av e-tjänster och således även i alla typer av e-sjukvårdstjänster.

6.2.7. Efficiency

I denna studie har definitionen ”Som kund behöver jag inte lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar jag söker” använts för *efficiency*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i E-Serv-Qual-modellen men återfinns även i sjukvårdsforskningen. I E-Serv-Qual-modellen liknar *efficiency* dimensionen *ease of navigation* i den mån att webbsidan bör vara enkel att använda men det som skiljer dimensionerna åt är att *efficiency* även innebär att det krävs ett minimum av information som kunden behöver delge sig för att tjänsten ska kunna utföras effektivt. *Efficiency* återfinns även i sjukvårdsforskningen vilket kan uppfattas som att dimensionen inte enbart är applicerbar på e-tjänster utan även fysiska tjänster.

Efficiency och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan ”... som kund behöver jag inte lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar jag söker.”, det vill säga *efficiency*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 47 nedan. Korrelationen mellan *efficiency* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,743. En positiv korrelation på 0,743 kan anses vara väldigt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till stor del stämmer överens.

		Correlations	
		Efficiency	ExpectedSQ
Efficiency	Pearson Correlation	1	,743**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,743**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 47. Korrelationstest mellan *Efficiency* och *Förväntad tjänstekvalitet*.

Ingen skillnad i efficiency beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,185, som återfinns i tabell 48, överstiger 0,05 är det inte möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed inte heller möjligt att säkerställa huruvida det föreligger en skillnad i hur viktig kvalitetsdimensionen *efficiency* är för de potentiella patienterna i de två olika e-sjukvårdstjänsterna av olika känslighetskaraktär.

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomEfficiency	4,27	63	,653	,082
	OntifotenEfficiency	4,14	63	,859	,108

	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower				Upper
Pair 1 KönssjukdomEfficiency - OntifotenEfficiency	,127	,751	,095	-,062	,316	1,342	62	,185

Tabell 48. Paired T-test för Efficiency i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Efficiency – En process i den funktionella kvaliteten

Då *efficiency* innebär att patienten inte behöver lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar den söker, anses dimensionen vara del av hur e-sjukvårdstjänsten konkret bedrivs. Således är *efficiency* del av e-sjukvårdstjänstens process och därmed den funktionella kvaliteten i tjänsten.

Den positiva korrelationen mellan *efficiency* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett starkt samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *efficiency*. Däremot är *gapet* relativt litet eftersom det finns en stark positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning går det inte att säkerställa någon skillnad i hur viktig *efficiency* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Eftersom dimensionen har sitt ursprung i E-Serv-Qual kan den anses vara viktig i alla typer av e-tjänster och således även i alla typer av e-sjukvårdstjänster.

6.2.8. Assurance

I denna studie har definitionen ”Tjänsten har ett gott rykte” använts för *assurance*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen men återfinns även i E-Serv-Qual-modellen. Generellt sätt är *assurance* en viktig tjänstekvalitetsdimension då ryktet är en stor del av *word-of-mouth*. Detta är i sin tur avgörande enligt teorier och modeller för en konsumenters förväntningar på en tjänst.

Assurance och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan ”... tjänsten har ett gott rykte.”, det vill säga *assurance*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 49 nedan. Korrelationen mellan *assurance* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,782. En positiv korrelation på 0,782 kan anses vara väldigt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensioner till stor del stämmer överens.

		Correlations	
		Assurance	ExpectedSQ
Assurance	Pearson Correlation	1	,782**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,782**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 49. Korrelationstest mellan Assurance och Förväntad tjänstekvalitet.

Skillnad i assurance beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,000, som återfinns i tabell 50, understiger 0,05 är det möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed möjligt att säkerställa att det föreligger en skillnad i hur viktigt *assurance* är mellan e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom*. Skillnaden är i genomsnitt 0,476, vilket är den ungefärliga differensen mellan 4,46 och 3,98. Detta innebär att från att ungefär vara lika med ”Ganska viktigt” i e-sjukvårdstjänsten *ont i foten* är dimensionen ungefär lika med 4,5, det vill säga mitt emellan ”Ganska viktigt” och ”Väldigt viktigt” i tjänsten *könssjukdom*, vilket är en statistiskt säkerställd skillnad.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomAssurance	4,46	63	,692	,087
	OntifotenAssurance	3,98	63	,992	,125

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	KönssjukdomAssurance - OntifotenAssurance	,476	,913	,115	,246	,706	4,138	62	,000

Tabell 50. Paired T-test för Assurance i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Assurance – E-sjukvårdstjänstens image

Patienter kan uppfatta e-sjukvårdstjänster olika och därför kan tjänster ha olika rykten. Assurance innebär att e-sjukvårdstjänsten har ett gott rykte och står därmed för tjänstens image. Struktur- och processdimensionerna i den funktionella kvaliteten tillsammans med utfallsdimensionerna i den tekniska kvaliteten filtreras genom assurance och resulterar i den totala upplevda kvaliteten.

Den positiva korrelation mellan assurance och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett starkt samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett gap mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på assurance. Däremot är gapet relativt litet eftersom det finns en stark positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning finns det en skillnad i hur viktig assurance är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Skillnaden innebär att de potentiella patienterna anser det vara viktigare att e-sjukvårdstjänsten har ett gott rykte desto högre känslighetsgrad tjänsten har.

6.2.9. Trust

I denna studie har definitionen ”Informationen från tjänsten är tydlig och går att lita på” använts för *trust*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som har sitt ursprung i E-Serv-Qual-modellen, men återfinns även i sjukvårdsforskningen. Då *trust* återkommer i flera tjänstekvalitetsmodeller kan man utläsa att detta är en viktig dimension för flera olika typer av tjänster. När man som konsument ska använda en tjänst är det viktigt att informationen är tillförlitlig. Varför *trust* har sitt ursprung i E-Serv-Qual-modellen är kopplat till användandet av Internet och den information som delas via Internet. I e-tjänster får man som konsument ingen fysisk interaktion med företaget som tillhandahåller tjänsten och därför är informationen även svår att legitimera och således minskar tillförlitligheten. Därför är det viktigt för e-tjänster överlag att på olika sätt kunna visa upp att informationen går att lita på utan fysisk interaktion.

Trust och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan ”... informationen från tjänsten är tydlig och går att lita på.”, det vill säga *trust*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 51 nedan. Korrelationen mellan *trust* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,758. En positiv korrelation på 0,758 kan anses vara väldigt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till stor del stämmer överens.

		Correlations	
		Trust	ExpectedSQ
Trust	Pearson Correlation	1	,758**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,758**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 51. Korrelationstest mellan Trust och Förväntad tjänstekvalitet.

Skillnad i trust beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,038, som återfinns i tabell 52, understiger 0,05 är det möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed möjligt att säkerställa att det föreligger en skillnad i hur viktig *trust* är mellan e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom*. Skillnaden är i genomsnitt 0,222, vilket är den ungefärliga differensen mellan 4,65 och 4,43. Skillnaden är statistiskt säkerställd

men förhållandevis liten. Dock är det noterbart att det föreligger en skillnad i hur viktig *trust* är för potentiella patienter med hänsyn till känslighetsgraden på e-sjukvårdstjänsten.

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 KönssjukdomTrust	4,65	63	,626	,079
OntifotenTrust	4,43	63	,995	,125

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 KönssjukdomTrust - OntifotenTrust	,222	,832	,105	,013	,432	2,121	62	,038

Tabell 52. Paired T-test för Trust i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Trust – Ett utfall i den tekniska kvaliteten

En dimension som är del av e-sjukvårdstjänstens utfall och tekniska kvalitet är *trust*. Således är dimensionen ett resultat av tjänstens struktur och process. Detta innebär att informationen från e-sjukvårdstjänsten är tydlig och patienterna kan lita på den.

Den positiva korrelationen mellan *trust* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett starkt samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *trust*. Däremot är *gapet* relativt litet eftersom det finns en stark positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning finns det en liten skillnad i hur viktig *trust* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Skillnaden innebär att de potentiella patienterna anser det vara viktigare att informationen från e-sjukvårdstjänsten är tydlig och går att lita på desto högre känslighetsgrad e-sjukvårdstjänsten har.

6.2.10. Competence

I denna studie har definitionen ”Sjukvårdspersonalen har hög kompetens” använts för *competence*, vilken är en tjänstekvalitetsdimension som återfinns i Serv-Qual-modellen och är ständigt återkommande i sjukvårdsforskningen där den är mer tongivande än i tjänstekvalitetsforskningen. Från sjukvårdsforskningen går det att utläsa att denna tjänstekvalitetsdimension är avgörande för patientens uppfattning om tjänsten och således tjänstens kvalitet. I tjänster där konsumenten själv inte besitter den kompetens som krävs inom området är det viktigt att företaget som tillhandahåller tjänsten kan visa upp den kompetens som krävs för att utföra tjänsten. Detta är mer problematiskt i e-tjänster än i fysiska tjänster då interaktionen sker via Internet.

Competence och förväntad tjänstekvalitet

Resultatet av korrelationstestet mellan ”... sjukvårdspersonalen har hög kompetens.”, det vill säga *competence*, och förväntad tjänstekvalitet, återfinns i tabell 53 nedan. Korrelationen mellan *trust* och förväntad tjänstekvalitet är signifikant och uppgår till 0,645. En positiv korrelation på 0,645 kan anses vara relativt stark. Detta innebär att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen till relativt stor del stämmer överens.

		Correlations	
		Competence	ExpectedSQ
Competence	Pearson Correlation	1	,645**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	63	63
ExpectedSQ	Pearson Correlation	,645**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	63	63

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 53. Korrelationstest mellan *Competence* och *Förväntad tjänstekvalitet*.

Skillnad i competence beroende på e-sjukvårdstjänst

Då p-värdet på 0,021, som återfinns i tabell 54, understiger 0,05 är det möjligt att förkasta nollhypotesen och därmed möjligt att säkerställa att det föreligger en skillnad i hur viktigt *competence* är mellan e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom*. Skillnaden är i genomsnitt 0,238, vilket är den ungefärliga differensen mellan 4,79 och 4,56. Skillnaden är statistiskt säkerställd men förhållandevis liten. Dock är det noterbart att det föreligger en

skillnad i hur viktigt *competence* är för potentiella patienter med hänsyn till känslighetsgraden på e-sjukvårdstjänsten.

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	KönssjukdomCompetence	4,79	63	,544	,068
	OntifotenCompetence	4,56	63	,996	,126

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 KönssjukdomCompetence - OntifotenCompetence	,238	,797	,100	,037	,439	2,370	62	,021

Tabell 54. Paired T-test för Competence i två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetskaraktär.

Competence – En struktur i den funktionella kvaliteten

En dimension som är del av e-sjukvårdstjänstens resurser är *competence*. *Competence* innebär att e-sjukvårdstjänstens personal har hög kompetens och således är dimensionen del av e-sjukvårdstjänstens struktur i den funktionella kvaliteten.

Den positiva korrelationen mellan *competence* och förväntad tjänstekvalitet innebär som tidigare nämnt att det finns ett samband mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension. Eftersom den positiva korrelationen inte är perfekt finns det ett *gap* mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *competence*. Samtidigt skiljer sig inte e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitetsdimensionen helt eftersom det finns en positiv korrelation.

Enligt denna uppsats enkätundersökning finns det en skillnad i hur viktigt *competence* är mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Skillnaden innebär att de potentiella patienterna anser det vara viktigare att e-sjukvårdsgivarens personal har hög kompetens desto högre känslighetsgrad e-sjukvårdstjänsten har.

6.3. Sammanställning kvalitetsdimensioner

För att tydliggöra har tabell 55 sammanställts, vilken åskådliggör samtliga korrelationer mellan kvalitetsdimensionerna och förväntad tjänstekvalitet samt vilken del av tjänsten den tillhör. Det är väldigt sällan en positiv korrelation är perfekt, det vill säga lika med 1, vilket i det här fallet skulle innebära att e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella förväntningar på kvalitet helt skulle stämma överens.

<i>Kvalitetsdimension</i>	<i>Korrelation med förväntad tjänstekvalitet</i>	<i>Del av tjänsten</i>
<i>Reliability</i>	0,816	Utfall
<i>Assurance</i>	0,782	Image
<i>Trust</i>	0,758	Utfall
<i>Efficiency</i>	0,743	Process
<i>Access</i>	0,645	Struktur
<i>Competence</i>	0,645	Struktur
<i>Responsiveness</i>	0,563	Process
<i>Empathy</i>	0,553	Process
<i>Privacy/Security</i>	0,443	Struktur
<i>Ease of Navigation</i>	0,422	Struktur

Tabell 55. Samtliga dimensioners korrelation till förväntad tjänstekvalitet.

6.3.1. Litet gap i reliability, assurance och trust

Ur tabellen går det att utläsa att de tre dimensioner som har högst korrelation med förväntad tjänstekvalitet är *reliability*, *assurance* och *trust*. Således är gapet vad gäller dessa dimensioner litet mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster. Varför gapet är så litet i dessa dimensioner kan ha att göra med att de står för tjänstens *image* och *utfall*. De står för resultatet av tjänsten och hur det filtreras genom rykten som sprids och skapar förväntningar hos nya potentiella patienter. Rykten som sprids kan tänkas vara generella för hela tjänsten och på så sätt är dessa dimensioner väldigt övergripande för hela tjänsten till skillnad från andra dimensioner som endast står för delar av tjänsten, exempelvis *ease of navigation* som innebär att tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig.

Reliability och *assurance* har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen medan *trust* är del av *assurance/trust*-dimensionen i E-Serv-Qual-modellen. På så sätt är dimensionerna väl inarbetade och bör därför vara självklara för både e-sjukvårdsgivare och potentiella patienter.

Denna studie stärker påståendet att *reliability*, *assurance* och *trust* är viktiga för både e-sjukvårdsgivare och potentiella patienter. Eftersom *reliability*, *assurance* och *trust* är starkt kopplade till potentiella patienters förväntningar på tjänstens slutprodukt är det positivt för e-sjukvårdsgivare att deras uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på denna dimension stämmer väl överens. Detta innebär att e-sjukvårdsgivare är införstådda i att patienters förväntningar på kvalitet är viktiga för den totala kvaliteten på e-sjukvårdstjänsten.

6.3.2. *Relativt litet gap i efficiency, access och competence*

Som tabellen ovan visar går det att utläsa att dimensionerna *efficiency*, *access* och *competence* har en relativt stark korrelation med förväntad tjänstekvalitet, vilket medför att gapet mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster blir relativt litet vad gäller dessa tre dimensioner. Dimensionerna *efficiency*, *access* och *competence* är en del av den funktionella kvaliteten och står för tjänstens struktur och process. Med detta i åtanke kan man tänka sig att anledningen till att gapet inte blir så stort mellan e-sjukvårdsgivarens uppfattning om vad som är viktigt och vad potentiella patienter förväntar sig är eftersom dessa tre dimensioner samtliga bidrar till tjänsten som helhet och att man i stor utsträckning som patient eller potentiell patient tar för givet att dessa dimensioner ska vara uppfyllda. *Efficiency*, *access* och *competence* är samtliga dimensioner som handlar om att skapa en lättillgänglig, snabb och trovärdig tjänst, vilket man som patient eller potentiell patient tenderar att förvänta sig utan att egentligen reflektera över det. Dimensionen *efficiency* är en del av E-Serv-Qual-modellen och *access* samt *competence* är del av Serv-Qual-modellen, vilka är välutvecklade och etablerade tjänstekvalitetsmodeller vilket även det kan vara en stor bidragande anledning till att gapet gällande dessa tre dimensioner inte blir så stort.

6.3.3. *Relativt stort gap i responsiveness och empathy*

Som framgår av ovanstående tabell har dimensionerna *responsiveness* och *empathy* en relativt svag korrelation med förväntad tjänstekvalitet, vilket medför att gapet mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster blir relativt stort vad gäller dessa dimensioner. *Responsiveness* och *empathy* har sina ursprung i Serv-Qual-modellen och bör därför vara så pass inarbetade att dimensionerna är självklara för både e-sjukvårdsgivare och potentiella patienter. Dessutom är dimensionerna del av tjänstens process. Framförallt *responsiveness* bör vara en dimension som är stor del i varför en potentiell patient väljer en e-sjukvårdstjänst före fysisk sjukvård och

således förväntar sig att tjänsten ger snabba svar då Internet är en stor del i varför e-sjukvårdstjänster ger snabbare svar än fysisk sjukvård. Denna studie talar emot detta då potentiella patienter inte förväntar sig i större utsträckning att e-sjukvårdstjänsten ger snabba svar. Därmed finns det ett gap mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *responsiveness* i en e-sjukvårdstjänst.

Empathy däremot, är en dimension som handlar om interaktionen mellan läkare och patient, varför potentiella patienter inte bör förvänta sig detta i en e-sjukvårdstjänst då det är svårare att uppnå då interaktionen sker online istället för fysiskt. Denna studie styrker detta påstående då det finns ett relativt stort gap mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *empathy* i en e-sjukvårdstjänst.

6.3.4. *Stort gap i privacy/security och ease of navigation*

Som framgår av ovanstående tabell har *privacy/security* och *ease of navigation* en svag korrelation med förväntad tjänstekvalitet, varför gapet är stort mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på dessa dimensioner i e-sjukvårdstjänster. Både *privacy/security* och *ease of navigation* har enligt definitionerna i denna studie sina ursprung i E-Serv-Qual-modellen, vilket beror på att definitionerna av dimensionerna är starkt kopplade till Internet och dess för- och nackdelar. Dimensionerna är båda del av tjänstens struktur. Eftersom dimensionerna är väl inarbetade då de har sina ursprung i E-Serv-Qual-modellen och bör både e-sjukvårdsgivare uppfatta och potentiella patienter förvänta sig dessa i e-sjukvårdstjänster, det vill säga gapet bör inte vara särskilt stort. Denna studie talar emot detta och har resulterat i att det finns ett stort gap mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på *privacy/security* och *ease of navigation*.

6.4. Skillnader i dimensioner vid e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad

För att tydliggöra huruvida det föreligger skillnader i dimensioner eller ej mellan två e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad har tabell 56 sammanställts.

<i>Kvalitetsdimension</i>	<i>Skillnad</i>
<i>Assurance</i>	Säkerställd
<i>Trust</i>	Säkerställd
<i>Competence</i>	Säkerställd
<i>Empathy</i>	Säkerställd
<i>Privacy/Security</i>	Säkerställd
<i>Reliability</i>	Ej säkerställd
<i>Efficiency</i>	Ej säkerställd
<i>Access</i>	Ej säkerställd
<i>Responsiveness</i>	Ej säkerställd
<i>Ease of Navigation</i>	Ej säkerställd

Tabell 56. Skillnader i dimensioner mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad.

6.4.1. Skillnad i assurance, trust, competence, empathy och privacy/security

Enligt resultatet av denna studie finns det en skillnad i hur viktiga dimensionerna *assurance*, *trust*, *competence*, *empathy* och *privacy/security* är för potentiella patienter i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Dimensionerna blir viktigare ju känsligare information som behöver delges i e-sjukvårdstjänsten. Det som är gemensamt för de flesta av dessa dimensioner är att de är kopplade till interaktionen mellan läkare och patient samt huruvida patienten kan lita på e-sjukvårdstjänsten och känna sig trygg i användandet av tjänsten. På så sätt blir det viktigare ju mer känslig information som patienten delger att e-sjukvårdsgivaren uppvisar hög kompetens och empati, samt att webbsidan är säker från intrång och patienten genom rykten kan lita på tjänsten. Dessa dimensioner är det som särskiljer en e-tjänst av högre känslighetsgrad från mer vanligt förekommande e-tjänster.

6.4.2. Ej skillnad i reliability, efficiency, access, responsiveness och ease of navigation

I denna studie gick det inte att säkerställa någon skillnad i hur viktiga dimensionerna *reliability*, *efficiency*, *access*, *responsiveness* och *ease of navigation* är för potentiella patienter i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Det som är gemensamt mellan de flesta av dessa dimensioner är att de handlar om att tjänsten ska vara effektiv, det vill säga att man som patient

tjänar på att använda sig av en e-sjukvårdstjänst före fysisk sjukvård. Dessa dimensioner är oftast anledningar till att man väljer en e-tjänst före en fysisk tjänst.

6.5. Skillnad mellan *ont i foten* och *könssjukdom* – enbart känslighetsgrad?

E-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom* skiljer sig inte åt i någon större grad förutom vad gäller tjänsternas känslighetsgrad. Båda tjänsterna är fiktiva och finns inte för tillfället i e-sjukvårdstjänster i Sverige. E-sjukvårdstjänsterna antas ha ungefär samma utförande, det vill säga att patienten delger sig information om sin situation för att läkaren sedan skall kunna ge en diagnos och skriva ut recept etcetera. Antagandet som gjorts i denna studie är därför att det enbart är känslighetsgraden på informationen som behöver delges i tjänsten som skiljer e-sjukvårdstjänsterna åt.

6.6. E-Serv-Qual applicerbarhet på e-sjukvårdstjänster

De tio dimensioner som denna uppsats och analys baseras på härstammar från tjänstekvalitetsmodellerna Serv-Qual och E-Serv-Qual, men även från forskningen kring förväntningar på kvalitet i sjukvård. Då denna uppsats förstudie inte har identifierat någon tidigare forskning kring kvalitet i e-sjukvård har tjänstekvalitetsmodellerna och forskningen om förväntningar på kvalitet i sjukvård integrerats och modifierats för att kunna skapa en bild av viktiga dimensioner av kvalitet i e-sjukvård.

E-Serv-Qual-modellen mäter *kundupplevd tjänstekvalitet*, det vill säga *total kvalitet* i e-tjänster, som är differensen mellan upplevd och förväntad kvalitet. Denna uppsats syfte är att mäta den *förväntade kvaliteten* i e-sjukvårdstjänster och frågan som uppstår då är huruvida E-Serv-Qual-modellen kan vara applicerbar på att mäta total kvalitet även i e-sjukvårdstjänster då det enligt sjukvårdsforskningen finns tydliga krav och förväntningar på kvalitet i sjukvård som inte återfinns i E-Serv-Qual-modellen.

6.7. Studiens reliabilitet och validitet

För att denna studie skall vara användbar bör den diskuteras utifrån huruvida den är pålitlig och giltig, det vill säga hur god reliabilitet och validitet studien har.

6.7.1. Reliabilitet

För att avgöra om denna studie är pålitlig är det väsentligt att diskutera om det förekommer slumpmässiga mätfel i studien. Eftersom studien är av en liten skala och enkätundersökningen endast består av sex frågor som är tydligt utformade bör studiens stabilitet vara god, det vill säga att om samma undersökning skulle ske igen med samma respondenter skulle resultatet bli ungefär detsamma. Dimensionerna har mätts enligt samma skalor och definitionerna av dessa är utformade ungefär i enlighet med den etablerade tjänstekvalitetsforskningen. Samtliga kvalitetsdimensioner är del av tjänstens totala kvalitet och mäter således vad potentiella patienter förväntar sig av kvalitet i tjänsten. Eftersom det är samma definitioner av dimensionerna i alla frågor bör respondenterna ha bedömt dimensionernas vikt i ett kvalitetshänseende för e-sjukvårdstjänster på ungefär samma sätt i de olika frågorna. Därför kan måttets interna reliabilitet anses vara hög. Då e-sjukvårdstjänsterna *ont i foten* och *könssjukdom* är tydliga och i princip alla känner till fenomenen bör tolkningarna av dessa, det vill säga indikatorerna, inte skilja sig åt mellan respondenterna och således kan även interbedömarreliabiliteten anses vara hög.

6.7.2. Validitet

Inom kvantitativ forskning används som tidigare nämnt oftast begreppsvaliditet och då uppsatsen i stor utsträckning har sin utgångspunkt i redan etablerade teorier och modeller om tjänstekvalitetsdimensioner kan begreppsvaliditeten anses vara hög. Definitionerna har ändrats till viss del för att passa in i denna studie, men inte i den grad så att begreppsvaliditeten skulle påverkas. Tjänstekvalitetsdimensionerna har dock slagits samman, varför begreppsvaliditeten skulle kunna tänkas påverkas negativt, men eftersom vissa tjänstekvalitetsdimensioner liknar varandra i den grad de gör, bör heller inte begreppsvaliditeten påverkas.

Denna studie mäter endast samband och skillnader mellan variabler för att undersöka om det föreligger skillnader i hur viktiga kvalitetsdimensionerna anses vara av potentiella patienter i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Även sambandet i form av korrelationen mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i

e-sjukvårdstjänster mäts. Därför är intern validitet inte relevant i denna studie då det inte mäts kausala förhållanden mellan variabler.

Populationen i denna studie är definierad som svensktalande som rör sig på sociala medier. Urvalet är genomfört i form av ett bekvämlighetsurval, varför den externa validiteten kan tänkas vara låg. Bekvämlighetsurvalet är däremot genomfört på ett passande sätt för att urvalet ska kunna representera populationen till viss grad, då det innebar att en länk spreds på sociala medier. Denna studie har dock inte i intresse att generalisera resultatet för hela populationen. Det som är av intresse är att se på skillnader och samband i en grupp som kan ses som potentiella patienter då e-sjukvård är helt nytt i Sverige och slutsatser kan dras om tendenser i vad potentiella patienter skulle förvänta sig av kvalitet i en redan etablerad marknad för e-sjukvård i Sverige. Därför är den externa validiteten inte av någon större relevans i denna studie.

7. Slutsats

I detta avsnitt presenteras ett antal slutsatser utifrån uppsatsens analys i ett försök att besvara uppsatsens syfte och problemformuleringar.

7.1. E-sjukvårdsgivares uppfattning och potentiella patienters förväntningar – ett gap

Det finns ett gap mellan e-sjukvårdsgivares uppfattning av och potentiella patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster. Dock är gapet olika stort vid olika kvalitetsdimensioner. Gapet är litet i kvalitetsdimensionerna *reliability*, *assurance* och *trust* vilka rör tjänstens slutprodukt, det vill säga tjänstens *utfall* och *image*. Gapet är relativt litet i kvalitetsdimensionerna *efficiency*, *access* och *competence*, vilka är del av e-sjukvårdstjänstens struktur och process. Dimensionerna bidrar till tjänsten som helhet och potentiella patienter tar för givet att dessa ska vara uppfyllda i tjänsten.

Gapet är relativt stort i kvalitetsdimensionerna *responsiveness* och *empathy*, vilka har sitt ursprung i Serv-Qual-modellen. Denna studie visar att gapet är relativt stort i två kvalitetsdimensioner som är etablerade och väl inarbetade, men att det finns utrymme för utveckling av tjänstekvalitetsforskningen. Gapet är stort i kvalitetsdimensionerna *privacy/security* och *ease of navigation*, vilka båda är del av e-sjukvårdstjänstens struktur och fenomenet att tjänsten utförs på Internet.

7.2. Skillnad i kvalitetsdimensioner i e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad

Det finns en skillnad i fem kvalitetsdimensioner mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Dessa kvalitetsdimensioner är *assurance*, *trust*, *competence*, *empathy* och *privacy/security*, det vill säga de dimensioner som är väl kopplade till interaktionen mellan läkare och patient samt huruvida patienten kan lita på e-sjukvårdstjänsten och känna sig trygg i användandet av tjänsten. Vad gäller de resterande kvalitetsdimensionerna i denna studie gick det inte att säkerställa någon skillnad i kvalitetsdimensionerna mellan e-sjukvårdstjänster av olika känslighetsgrad. Dessa dimensioner är således *reliability*, *efficiency*, *access*, *responsiveness* och *ease of navigation*. Gemensamt med dessa dimensioner är framförallt att de

handlar om att tjänsten ska vara effektiv och är oftast anledningar till att man väljer en e-tjänst före en fysisk tjänst.

7.3. E-Serv-Qual-modellens applicerbarhet på e-sjukvårdstjänster

Utifrån analysen har det framkommit att samtliga dimensioner i E-Serv-Qual-modellen är viktiga för att uppnå kvalitet i e-sjukvårdstjänster. Å andra sidan framkommer det att det krävs en viss modifiering och integrering med sjukvårdsforskningen för att kunna uppfylla eller överträffa patienters förväntade kvalitet i e-sjukvårdstjänster. Då det redan i denna uppsats som är av mindre omfattning finns brister och gap mellan företags uppfattning av patienters förväntningar på sjukvård, kan detta tänkas vara ett återkommande problem för e-sjukvårdstjänster. Därför bör hänsyn tas till de kvalitetsdimensioner patienter förväntar sig i sjukvård, såsom *individ Anpassad sjukvård*, vid utvecklandet av E-Serv-Qual-modellen för att göra den applicerbar på en e-sjukvårdstjänst.

7.4. Förslag på framtida forskning

Utifrån denna uppsats har det uppkommit en del frågeställningar som kan tänkas vara av intresse att undersökas och utredas närmare. Då denna uppsats inte rymmer dessa har därför följande förslag tagits fram som grund för framtida forskning:

- *Utreda hur bristen på fysisk interaktion kan kompenseras i e-tjänster.* Denna uppsats visar tendenser på att *trust* och *competence* är de viktigaste dimensionerna av kvalitet i e-sjukvårdstjänster och att *empathy* är viktigare ju känsligare sjukvårdsärendet är. Dessa dimensioner är starkt kopplade till den fysiska interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare, det vill säga företag och konsument. Därför ges förslaget på framtida forskning att utreda hur e-sjukvårdstjänster och andra typer av e-tjänster kan kompensera för bristen på fysisk interaktion i tjänsten.
- *E-Serv-Qual-modellens applicerbarhet på andra typer av tjänster av känslig karaktär.* Det kan tänkas finnas andra tjänster där konsumenten delger sig och tar del av känslig information, såsom tjänster av finansiell karaktär. E-Serv-Qual-modellen kan även här tänkas behöva modifieras och integreras med forskning av lämplig karaktär för att passa tjänsteområdet ifråga. Därför ges förslag på framtida forskning att utreda E-Serv-Qual-modellens applicerbarhet på andra känsliga tjänster, exempelvis finansiella tjänster.

- *Vända på denna studie med utgångspunkt i patienters förväntningar.* Detta rymdes inte inom denna studies ramar, men det vore av intresse att låta patienters förväntningar på kvalitet i e-sjukvårdstjänster utgöra grunden för en undersökning som e-sjukvårdsgivare får ta ställning till. Dock bör försiktighet iakttas då e-sjukvårdsgivare troligtvis skulle anse att alla patienters förväntade kvalitetsdimensioner är lika viktiga då e-sjukvårdsgivare förmodligen är medvetna om att patienternas förväntningar på kvalitet är stor del av vad som avgör kvaliteten på tjänsten.

8. Referenslista

- 1177 Vårdguiden, 2014. *Om 1177 Vårdguiden*. [Online]
Available at: <http://www.1177.se/Skane/Om-1177/Om-1177/>
[Använd 5 December 2014].
- Alberto Sánchez, C., Javier Prado-Galbarro, F., Garcia-Pérez, S. & Sarria Santamera, A., 2014. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Quality in Primary Care (QUAL PRIM CARE)*, Vol. 22(Issue 3), pp. p. 147-155.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K., 1994. *Tolkning och reflektion - Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Attree, M., 2001. Patients' and Relatives' Experiences and Perspectives of 'Good' and 'Not so Good' Quality Care. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 33(Issue 4), pp. p. 456-466.
- Backman, J., 2008. *Rapporter och uppsatser*. 2 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Brooks, N., 1999. Patients' Perspective of Quality of Care in High-dependency Unit Intensive and Critical Care Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, Volym Vol. 15, pp. p. 324-337.
- Bryman, A. & Bell, E., 2013. *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. 2 red. Malmö: Liber.
- Donabedian, A., 2005. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83(No. 4), pp. p. 691-729.
- Donebadian, A., 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. *Ann Arbor: Health Administration Press*.
- Eisenberg, N. & Strayer, J., 1987. *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge U.P..
- Garvin, D. A., 1983. Quality on the Line. *Harvard Business Review*, Volym 61, pp. p. 65-73.
- Greenhalgh, T. o.a., 2009. Tensions and Paradoxes in Electronic Patient Record Research: A Systematic Literature Review Using the Meta-Narrative Method. *The Milbank Quarterly*, 12 1, Vol. 87(Issue 4), pp. p. 729-788.
- Grönroos, C. & Monthele, C., 1988. *Service management i den offentliga sektorn*. 1 red. Malmö: Liber.
- Institute of Medicine, 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. *National Academy Press*.
- Jansson, C., 2014. *Kvalitet i e-sjukvårdstjänster* [Intervju] (1 December 2014).
- Kotler, P. & Keller, K. L., 2011. *Marketing Management*. 14e Global Edition red. u.o.:Pearson Education Limited.
- Lindquist, H. & Persson, J. E., 1997. *Kundupplevd kvalitet i tjänsteverksamheter: en analys och kritik av den företagsekonomiska dialogen*. Lund: Lunds Universitet.
- Lundahl, U. & Skärvad, P.-H., 1999. *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. 3 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Oliver, R., 1981. Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Setting. *Journal of Retailing*, Volym Vol. 57, pp. p. 25-48.

- Pan, L.-Y. & Chiou, J.-S., 2011. How Much Can You Trust Online Information? Cues for Perceived Trustworthiness of Consumer-generated Online Information. *Journal of Interactive Marketing*, May, Vol. 25(Issue 2), pp. p. 67-74.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L., 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, Fall, Vol. 49(Issue 4), pp. p. 41-50.
- Rust, R. T. & Oliver, R. L., 2000. Should We Delight the Customer?. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Dec, Vol. 28(Issue 1), pp. p. 86-94.
- Schmidt, L. A., 2003. Patients' Perceptions of Nursing Care in the Hospital Setting. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 44(Issue 4), pp. p. 393-399.
- Sixam, H. J., Spreeuwenber, P. M. & Van Der Pasch, M. A., 1998. Patient Satisfaction with the General Practitioner: A Two-level Analysis. *Medical Care*, Volym Vol. 36, pp. p. 212-229.
- Statistiska centralbyrån, 2014. *SCB.se*. [Online]
Available at: http://www.scb.se/Statistik/Publikationer/LE0108_2013A01_BR_IT01BR1401.pdf
[Använd 25 November 2014].
- Takeda, H., 2010. *E-Health*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Trost, J., 2012. *Enkätboken*. 4 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Walker, J., Brooksby, A., McInerny, J. & Taylor, A., 1998. Patient Perception of Hospital Care: Building Confidence, Faith and Trust. *Journal of Nursing Management*, Volym Vol. 6, pp. p. 193-200.
- Vanpariya, P. B. & Patel, D. V., 2010. *Assessing Electronic Service Quality through E-S-QUAL Scale*, u.o.: u.n.
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G. & Larsson, M., 1993. Quality of care from patients perspective: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Volym Vol. 7, pp. p. 113-120.
- Voss, G. B., Parasuraman, A. & Grewal, D., 1998. The Role of Price, Performance, and Expectations in Determining Satisfaction in Service Exchanges. *Journal of Marketing*, Oct, Vol. 62(Issue 4), pp. p. 86-94.
- Yi, M. Y., Yoon, J. J., Lee, T. & Davis, J. M., 2013. Untangling the antecedents of initial trust in Web-based health information: The roles of argument quality, source expertise, and user perceptions of information quality and risk. *Decision Support Systems*, April, Vol. 55(Issue 1), pp. p. 284-295.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A. & Malhotra, A., 2000. *A Conceptual Framework for Understanding e-Service Quality: Implications for Future Research and Managerial Practice*, Cambridge, MA: Marketing Science Institute.

9. Appendix

9.1. Enkätundersökningen och dess kodning

1. Kön					
Kvinna (0)		Man (1)		Annat (2)	
2. Ålder					
0-19 (1)	20-29 (2)	30-39 (3)	40-49 (4)	50-59 (5)	60+ (6)

En e-sjukvårdstjänst är en tjänst där du som patient kan uppsöka läkare via Internet för att få ställt diagnos, rådgivning och recept utskrivet.

3. Du bestämmer dig för att uppsöka en läkare via Internet för att få personlig rådgivning. Genom att använda denna onlinetjänst tror jag att...

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
... företaget bryr sig om mig och visar medkänsla.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... webbsidan är säker från intrång och personlig information är skyddad.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... företaget håller sina servicelöften och levererar det som förväntas av tjänsten.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten ger snabba svar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... som kund behöver jag inte lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar jag söker.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten har ett gott rykte.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... informationen från tjänsten är tydlig och går att lita på.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... sjukvårdspersonalen har hög kompetens.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

4. Om jag skulle använda denna typ av onlinetjänst, tror jag att jag skulle bli nöjd med kvaliteten på servicen.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

5. Du har haft ont i foten en längre tid och bestämmer dig för att uppsöka en läkare via Internet. Hur viktiga är följande påståenden för dig för att du ska uppleva att tjänsten är av hög kvalitet?

	Inte alls viktigt	Mindre viktigt	Varken viktigt eller oviktigt	Ganska viktigt	Väldigt viktigt
... företaget bryr sig om mig och visar medkänsla.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... webbsidan är säker från intrång och personlig information är skyddad.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... företaget håller sina servicelöften och levererar det som förväntas av tjänsten.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten ger snabba svar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... som kund behöver jag inte lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar jag söker.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten har ett gott rykte.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... informationen från tjänsten är tydlig och går att lita på.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... sjukvårdspersonalen har hög kompetens.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

6. Du har känt en stor oro för att ha en könssjukdom och bestämmer dig för att uppsöka en läkare via Internet. Hur viktiga är följande påståenden för dig för att du ska uppleva att tjänsten är av hög kvalitet?

	Inte alls viktigt	Mindre viktigt	Varken viktigt eller oviktigt	Ganska viktigt	Väldigt viktigt
... företaget bryr sig om mig och visar medkänsla.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... webbsidan är säker från intrång och personlig information är skyddad.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... företaget håller sina servicelöften och levererar det som förväntas av tjänsten.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten ger snabba svar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten är lättillgänglig och går att använda när det behövs.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten på webbsidan är lättnavigerad och användarvänlig.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... som kund behöver jag inte lägga ner så mycket tid på tjänsten för att få det svar jag söker.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... tjänsten har ett gott rykte.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... informationen från tjänsten är tydlig och går att lita på.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
... sjukvårdspersonalen har hög kompetens.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

9.2. Respondenter och internt bortfall

Statistics

	N	
	Valid	Missing
Kön	63	0
Ålder	63	0
Empathy	63	0
PrivacySecurity	63	0
Reliability	63	0
Responsiveness	63	0
Access	63	0
Easeofnavigation	63	0
Efficiency	63	0
Assurance	63	0
Trust	63	0
Competence	63	0
ExpectedSQ	63	0
OntifotenEmpathy	63	0
OntifotenPrivacySecurity	63	0
OntifotenReliability	63	0
OntifotenResponsiveness	63	0
OntifotenAccess	63	0
OntifotenEaseofnavigation	63	0
OntifotenEfficiency	63	0
OntifotenAssurance	63	0
OntifotenTrust	63	0
OntifotenCompetence	63	0
KönssjukdomEmpathy	63	0
KönssjukdomPrivacySecurity	63	0
KönssjukdomReliability	63	0
KönssjukdomResponsiveness	63	0
KönssjukdomAccess	63	0
KönssjukdomEaseofnavigation	63	0
KönssjukdomEfficiency	63	0
KönssjukdomAssurance	63	0
KönssjukdomTrust	63	0
KönssjukdomCompetence	63	0