

En studie om behov av digitala tjänster i väntrumsmiljö



Författare: Anna Ramstedt

Handledare: Cristian Norlin

medie
teknik

FÖRORD

Föreliggande påbyggnadsuppsats är gjord inom forskningsprojektet Virtual Society (ViS-projektet: www.mmedu.net/projekt/vis), som syftar till att belysa och kritiskt granska villkor för människans inträde i cybersamhället.

En studie om behov av digitala tjänster i väntrumsmiljö

Uppsats för påbyggnadsutbildning i Medieteknik, HT, 2004
Institutionen för Kommunikation, Teknik & Design
Södertörns Högskola

Anna Ramstedt

Abstract

Syftet med studien är att ur väntrumsbesökarens perspektiv få en uppfattning om hur miljön i väntrummet på en akutmottagning upplevs, samt att skönja om det går att tillämpa digitala tjänster för att tillgodose deras eventuella behov. Avgränsningen består i *ett* väntrum på en akutmottagning i en mellanstor svensk stad. Litteratur har tillsammans med väntrumsmiljön och patienter/anhöriga utgjort studiens huvudsakliga källor. Datainsamlingen har gjorts genom observation av miljön i väntrummet samt genom strukturerade intervjuer med patienter och anhöriga. Resultatet analyserades därefter kvantitativt. I analysprocessen användes begreppet affordance tillsammans med Maslows behovsindelning för att tolka och få förståelse för undersökningens resultat. Materialet bearbetades i olika enheter för att därefter kunna sammanställas till en helhet. Resultatet beskriver dels väntrumsmiljön, dels väntrumsbesökarens behov och användning av digitala tjänster. Det tyder på att användningen av digitala tjänster hos målgruppen är stor, varför slutsatsen dras att de specifika behov som finns skulle kunna tillgodoses av digitala tjänster.

Nyckelord: digitala tjänster, väntrum, akutmottagning, IT, affordance, behov.

1.	INLEDNING.....	4
1.1	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING.....	4
1.2	BÄRANDE BEGREPP	5
1.3	AVGRÄNSNING.....	5
2.	BAKGRUND	6
2.1	DET DIGITALA TJÄNSTESAMHÄLLET.....	6
2.2	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	7
3	TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING.....	8
3.1	AFFORDANCE-BEGREPPET	8
3.2	MASLOWS BEHOVSINDELNING	10
3.3	TIDIGARE FORSKNING OMPATIENTERS VÄLBEFINNANDE	12
3.4	TIDIGARE FORSKNING KRING ANVÄNDNING AV DIGITALA TJÄNSTER	13
4.	METOD.....	14
4.1	LITTERATUR.....	14
4.2	ETISKA HÄNSYNSTAGANDEN	14
4.3	URVALSFÖRFARANDE	15
4.4	TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	16
4.5	METODDISKUSSION	17
4.6	OBJEKTIVITET, SANNING OCH FÖRFÖRSTÅELSE	18
5.	RESULTAT OCH ANALYS.....	20
5.1	UNDERSÖKNINGENS RESULTAT	20
5.2	KATEGORI 1: VÄNTRUMMET OCH VÄNTAN I VÄNTRUMMET	20
5.3	KATEGORI 2: ANVÄNDNING AV DIGITALA TJÄNSTER.....	24
5.4	KATEGORI 3: INFORMATION.....	25
6	DISKUSSION.....	28
6.1	SLUTDISKUSSION	28
6.2	VALIDITET OCH RELIABILITET	31
6.3	SLUTORD.....	32
7.	REFERENSER	34

1. INLEDNING

Ett begrepp som används i allt större utsträckning i olika sammanhang i vårt moderna informations-samhälle är *digitala tjänster*, det vill säga allt ifrån bankomater, webbtjänster och medborgarterminaler¹, till avancerad IT-teknik i hemmiljö. *Det digitala tjänstesamhället* är en benämning på det informations-samhälle som nu håller på att ta form och utvecklas för oss medborgare. En av anledningarna till denna utveckling är att vi som medborgare själva kan utföra tjänster som tidigare krävt personlig och manuell service, vilket möjliggörs genom informationsteknologi (IT) som representerar snabbhet och gränslöshet. Till följd av högre bandbredd kan fler digitala tjänster erbjudas, samtidigt som vi användare blir mer och mer krävande. Det ställs högre krav på våra myndigheter, som i större utsträckning utvecklas till så kallade 24-timmarsmyndigheter². Detta medför, förutom högre service även lägre kostnader och ökad effektivitet (IT-kommissionen, 2003).

Regeringen anser att Sverige, i rollen som en ledande IT-nation, bör sträva efter att bli ett av de första länder där informations-samhället är tillgängligt för alla. Det ska ske genom att

"... tilliten till IT, kompetensen att använda IT samt tillgänglighet till informations-samhällets tjänster ska prioriteras" (Regeringens IT-proposition, 1999/2000:86 s. 1).

Inom sjukvården tillämpas idag digital teknik exempelvis i form av datajournaler och EKG tagna i ambulansen dvs. information, som samtidigt kan visas på sjukhuset dit patienten är på väg. Men hur kan digitala tjänster användas i ett väntrum? I denna uppsats, *"En studie om behov av digitala tjänster i väntrumsmiljö"*, sedd ur väntrumsbesökarens perspektiv, studeras om och hur, digitala tjänster kan användas för att fylla särskilda behov. Fokus är på vilka behov som finns och hur digitala tjänster kan tillgodose dessa eventuella behov.

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att undersöka om, och i så fall hur, digitala tjänster kan användas för att tillgodose särskilda behov i ett väntrum.

Ur detta kan följande frågeställningar specificeras:

- Vad erbjuder väntrumsmiljön patienter/anhöriga idag?
- Hur ser behoven ut för patienter/anhöriga som befinner sig i väntrummet?
- Vad är patienters/anhörigas attityd till att tillgodose dessa eventuella behov genom användande av digitala tjänster?

¹ En medborgarterminal är en publik serviceautomat där myndigheter erbjuder sina tjänster.

² En myndighet som tillhandahåller tjänster 24 timmar om dygnet, ofta via telefon, Internet eller medborgarterminaler.

1.2 Bärande begrepp

I denna uppsats används begreppen *anhörig*, *patient*, *behov*, och *digitala tjänster* enligt följande definitioner:

Med *anhörig* avses här en person som sällskapar patienten i väntrummet, i de fall det finns någon sådan.

Patient är den person som har uppsökt akutmottagningen för att söka professionell hjälp av läkare eller sjuksköterska. I föreliggande studie avses de patienter som kommer till akutmottagningen "för egen maskin". Patienter och anhöriga benämns även i vissa fall som *väntrumsbesökaren*.

Behov är begrepp som inom fysiologi och psykologi används för att förklara människors och djurs målinriktade beteende. Man brukar skilja mellan biologiska behov och psykologiska och sociala behov (Nationalencyklopedin, 1990). Maslows behovsteori och behovsindelning är den som används i studien. Läs mer i avsnitt 3.2 "*Maslows behovsindelning*".

Någon klar definition av begreppet *digitala tjänster* är svår att finna. Den definition av begreppet som används i studien har framkommit genom diskussion med personer från näringslivet samt universitet- och högskolevärlden. I studien används begreppet enligt följande definition; en helt eller delvis automatiserad tjänst eller vara som nyttjas genom ett digitalt gränssnitt och som förmedlas genom användning av IT.

1.3 Avgränsning

Den fysiska miljön som undersöks i föreliggande studie är ett väntrum på en akutmottagning. Undersökningen begränsas till endast *ett* väntrum, då studien är av mer explorativ art och inte äsyftar till att generalisera resultat och slutsatser. Till väntrummet hör endast den fysiska miljön där väntrummet finns, dvs. inga angränsande miljöer.

Begreppet digitala tjänster är omfattande och behöver begränsas. Enligt resultatet av en pilotstudie som föregick undersökningen, är begreppet dessutom oklart för många. Användningen av begreppet i undersökningen begränsar sig således till tjänster så som bankomater, mobila tjänster, webbtjänster, digital bildredigering och användning av medborgarterminaler samt andra automater som tillhandahåller självservice. Efter en sökning på Internet framstod dessa kategorier av digitala tjänster som de vanligast förekommande. Dessa begrepp är för merparten välkända samt enkla att exemplifiera vid behov. I uppsatsen i övrigt begränsas inte begreppet "digitala tjänster".

Med behov avses de behov som kan skönjas hos patienter/anhöriga i ett väntrum, dock inga medicinska behov.

2. BAKGRUND

Intresset för denna uppsats växte fram då jag under studietiden arbetade som semestervikarierande kanslist på en akutmottagning. Jag funderade på hur det i fysiska, offentliga miljöer går att tillämpa olika former av medieteknik. Det som gör miljön på en akutmottagning så speciell är att personen som befinner sig där är särskilt utsatt. För många patienter innebär tiden på en akutmottagning kontakt med sjukdom och hjälplöshet och de befinner sig ofta i ett akut medicinskt tillstånd. I detta tillstånd är personen ofta i stort behov av information, men kan ha svårt att ta till sig all information för stunden (Nyström, 2003). Det gör det än viktigare att se till behovet av exempelvis information och som en följd av det, hur man med digital teknik skulle kunna tillgodose detta.

2.1 Det digitala tjänstesamhället

I ett betänkande från 2003 ger IT-kommissionen förslag till regeringen om insatser på olika områden, vilka ska leda fram till en förnyad IT-politik. Förslaget innebär bland annat långsiktiga insatser som även ger avkastning på kort sikt, särskilt när det gäller digital tjänsteutveckling. En anledning till detta resonemang är den så kallade personalkrisen. Den offentliga sektorn kommer att präglas hårt av pensionsavgångar de nästkommande tio åren, samtidigt som den demografiska utvecklingen tyder på att antalet personer som använder exempelvis kommunernas och landstings tjänster kraftigt kommer att öka. Allt färre arbetstagare kommer att komma ut på arbetsmarknaden för att fylla positioner efter dem som pensioneras, vilket leder till att mer arbete behöver utföras av allt färre personer. För att hantera denna förändring föreslår IT-kommissionen att bättre nyttja smarta interaktiva och intelligenta tjänster för att avlasta den personal som sysslar med ansträngande administrativa arbetsuppgifter. Dessutom ska vi som användare genom effektivare planering kunna nyttja de befintliga resurserna bättre. För att lyckas måste dessa tjänster bli en del av det dagliga arbetet, vilket även gäller för andra områden än den offentliga sektorn. På område efter område förefaller det enligt kommissionen, lämpligt att se *hur* och *var* sådana IT-inriktade utvecklingsinsatser kan ske. Redan idag talas det om digitaliserade lantbruk, digitala bibliotek och intelligenta hem. Datorn och IT-tekniken har på många sätt förändrat och förbättrat vårt arbete, samhället runt om oss och vårt vardagsliv. Kraven från medborgare, kunder och företagsvärlden på praktiska tjänster i nät och datorer växer snabbt. Kommissionen menar att vi går emot ett samhälle där traditionella pappersrutiner, manuellt arbete, informationsutbyte och mänskliga kommunikationer sker med avancerat IT-stöd eller i vissa fall helt ersätts av automatiserade funktioner och tjänster (IT-kommissionen, 2003).

2.2 Hälsa- och sjukvård

"En utökad satsning bör göras på att med hjälp av IT-stöd utveckla och förnya hälso- och sjukvården" (Regeringens IT-proposition 1999/2000:86 s.112).

Patienters välbefinnande är av stor betydelse för ett sjukhus, inte minst på en akutmottagning. För många patienter är det deras första kontakt med sjukvården, och många patienter blir dagligen inlagda därifrån. Därför är akutmottagningen en viktig delfunktion inom sjukvården och fungerar som ett ansikte utåt (Hall & Press, 1996).

Vårdens tillgänglighet ska förbättras och patientens inflytande och delaktighet ska stärkas. Det är två av regeringens mål som kräver att vård och omsorg måste utvecklas och där IT-utvecklingen kan vara användbar. För att stärka patientens inflytande och delaktighet är tillgången till kunskap, dvs. information, avgörande. Regeringen undersöker ständigt nya sätt att nå ut till patienter med information. Information som är viktig i detta sammanhang är information kring hälsa, sjukdomar, funktionshinder, behandlingsmetoder, läkemedel, hjälpmedel, egenvård och patienträtt (Regeringens IT-proposition, 1999/2000).

Till följd av en förändrad hälso- och sjukvårdslag, har sättet att se på patientens ställning också förändrats genom åren. Bemötande och förhållande till patienten har på senare tid fått allt större plats inom hälso- och sjukvården, där patienten ska sättas i centrum. För att stärka patientens inflytande har tillägg i hälso- och sjukvårdslagen gjorts, som skärper skyldigheten för läkare och annan personal att ge patienten individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska dessutom också ha möjlighet att välja bland olika behandlingsalternativ. En ökad medvetenhet bland befolkningen och patienter vad gäller valfrihet, behandlingsalternativ samt tillgänglighet till och inom vården, ställer också stora krav på information och tillgänglighet av information (Lidgren et al, 2003).

3 TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING

Studiens teoretiska ramverk utgörs av teorier kring begreppen affordance och behov tillsammans med tidigare forskning kring patienters välbefinnande på en akutmottagning samt användning av digitala tjänster.

3.1 Affordance-begreppet

Begreppet "affordance" är en substantivering av verbet *afford* (att erbjuda). Det innebär i korthet att ett objekt genom sin design och utformning, *erbjuder* användaren sin funktion genom att visa hur det skall användas, utan att användaren ska behöva gissa sig till hur det kan tillämpas. Begreppet är svåröversatt till svenska och många olika förslag förekommer. Förslag till översättning av begreppet är exempelvis verben *erbjuda*, *tillhandahålla*, *inbjuda till*, *stödja*, *ge ledtrådar om*, *signalera* etc. Hur man översätter substantivet *affordance* till svenska är således heller inte självklart. *Uppenbarhet* eller *tillhandahållande* förekommer exempelvis.

I föreliggande studie används begreppet för att pålysa de handlingserbudanden som återfinns i den specifika miljön och vad de innebär för väntrumsbesökaren. De termer som används i texten är *affordance* samt *erbjudande*.

Begreppet myntades ursprungligen av psykologen James Gibson, och är ett av hans grundläggande begrepp i teorin om ekologisk ansats och direkt perception från 1970-talet. Senare tolkningar av begreppet har diskuterats i stor utsträckning, vilket har lett till en vidareutveckling av begreppet.

Gibsons affordance-begrepp

Gibson använder begreppet för att förklara relationer mellan omvärlden och en aktör. För Gibson är affordances relationer. De är en del av naturen och de behöver nödvändigtvis inte vara synliga eller ens uppfattade. Gibson menar att affordances existerar oberoende om aktören uppfattar dem eller inte. Han anser att många affordances är för oss ännu oupptäckta (Norman, 1999).

Enligt Gibson uppfattar vi objekt efter i vilken mån de erbjuder en handling. En kopp erbjuder exempelvis en tydlig affordance. Den erbjuder genom sin form aktören till att gripa tag i örat, lyfta kopian och slutligen dricka innehållet. Gibson menar att en affordance har tre grundläggande egenskaper. En affordance existerar i den mån aktören uppfattar den, men är samtidigt oberoende av aktörens förmåga att uppfatta den samt är statisk och oföränderlig och anpassar sig således inte efter aktören. För att förtydliga den första egenskapen föreställer sig Gibson en horisontellt, platt, fast objekt som erbjuder stöd av någon form. Ett objekt som erbjuder stöd för en aktör, behöver dock inte erbjuda stöd för en annan aktör, även om det är samma objekt. Tidigare erfarenhet av affordancen är oviktig, det handlar

därigenom enbart om aktörens handling. Även om objektet inte var tilltänkt att erbjuda stöd men aktören ändå uppfattar det, så erbjuder objektet faktiskt ett stöd (McGrenere & Ho, 2000).

Gibson applicerade sina teorier om affordance på sin teori om direkt perception, en form av perception, eller uppfattning, som inte kräver ingripande eller bearbetning av aktören. Direkt perception är möjlig då det finns en affordance och det finns information i miljön som är unik för just den affordancen. Direkt perception är beroende av aktörens förmåga att inhämta informationen som specificerar affordancen, vilket kan bero på aktörens erfarenheter och kultur. *Existensen* av en affordance är oberoende av aktörens tidigare erfarenheter och kultur, medan *förmågan att uppfatta* en affordance kan vara beroende av dessa erfarenheter. Därför kan en aktör komma att lära sig att särskilja informationen för att kunna uppfatta den direkt. Sett att existensen av en affordance och informationen som tydliggör en affordance är oberoende av varandra, finns det exempel där en affordance existerar men där det inte finns någon information som tydliggör den. Som ett exempel nämner Gibson en dold dörr i ett rum. Dörren erbjuder genomgång för en individ, förutsatt att individen är av lämplig storlek för att komma igenom dörren, även om det inte finns någon information som tydliggör att genomgång genom dörren faktiskt är möjlig. Varför direkt perception inte längre möjlig (McGrenere & Ho, 2000).

Normans affordance-begrepp

Donald Norman har introducerat affordance-begreppet i designvärlden och hans tolkningar av begreppet är en viktig del inom produktutveckling i många olika områden. Inom området medieteknik har hans användning av begreppet fått stort genomslag i gränssnittsdesign och produktutveckling, genom att visa på hur objekt kan vara designade för att tydligt visa hur de kan användas. Norman strävar efter att genom design påverka och utforma vår omvärld så att den kan uppfattas på ett enkelt sätt (McGrenere & Ho., 2000).

En affordance tillhandahåller enligt Norman, starka ledtrådar till hur saker ska ageras med och de föreslår möjligheter till handling. Han menar att när en affordance tillämpas väl i design vet aktören hur denne ska agera med objektet enbart genom att titta på det. Det är inte nödvändigt med någon extra visuell information som talar om för aktören den rätta tillämpningen för att det ska vara en affordance. Han reserverar sig dock med att komplexa objekt kan behöva kompletterande information medan enkla objekt inte ska behöva sådan information. I de fall enkla objekt behöver sådan information har designen misslyckats. En rätt utnyttjad affordance gör att aktören vet hur objektet kan användas, varför inga extra instruktioner är nödvändiga. Exempelvis skärmbaserade gränssnitt tillhör uppfattade affordance då det är något icke-fysiskt objekt som kräver inläring för att erbjudandet ska kunna tydas (Preece et al., 2001).

Norman (1998) skiljer mellan *uppfattade affordances* (percieved affordance) och *faktiska affordances* (physical affordance). Fysiska objekt tilldelar han faktisk affordance, där inläring för att tyda erbjudandet inte är nödvändigt. En stol erbjuder exempelvis genom sin design att sittas på. Uppfattade affordances innebär

istället hur aktören tolkar en affordance. Uppfattade affordance är en kombination av vad du ser och vad du vet om objektet sedan tidigare.

Ett numera klassiskt exempel som Norman nämner är dörren. Han menar att dörrar är ett typiskt exempel på vardagliga ting som med sin otillräckliga design kan ställa till det för oss. Dörrar som öppnas genom att tryckas på, försöker vi öppna genom att dra i och vice versa. Han menar att ett handtag är ett exempel på ett enkelt objekt som ska vara så tydligt utformat att det inte går att misstolka och där ingen kompletterande information är nödvändig (McGrenere & Ho, 2000).

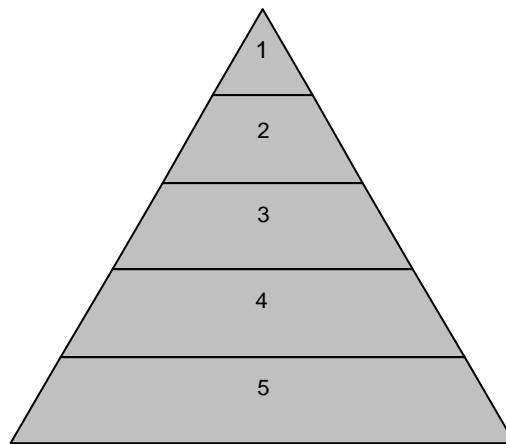
Till skillnad från Gibson anser Norman att de handlingsmöjligheter som är tillgängliga måste vara synliga för att det ska vara en affordance. För att få tillgång till en affordance måste aktören känna till hur denna information ska tolkas. Norman anser att aktörens tidigare erfarenhet och kunskap är avgörande medan Gibson hävdar att affordance existerar oberoende av aktörens erfarenhet och kultur. För Gibson utgör aktörens handlingsmöjligheter referensramarna, medan Norman menar att det är aktörens mentala och uppfattade handlingar hos aktören (McGrenere & Ho, 2000). Ta exemplet med dörren igen, men denna gång en dörr utan handtag. Utan tidigare kunskap av hur en dörr fungerar skulle en aktör finna det svårt att veta hur att öppna dörren. Enligt Gibsons definition är det avgörande om en aktör kan öppna dörren, i så fall har den en affordance. Det är inte nödvändigt med någon extra visuell information som talar om för aktören den rätta tillämpningen för att det ska vara en affordance. Enligt Norman skulle en affordance endast existera då det finns information att tillgå som leder aktören till korrekt användning av dörren och om aktören sedan tidigare har lärt sig att tolka informationen. I exemplet med dörren skulle det exempelvis kunna utgöras av ett handtag som visar i vilken riktning dörren öppnas.

Den tydligaste skillnaden mellan Gibsons och Normans tolkningar av affordance-begreppet är att för Gibson är affordance själva handlingserbjudandet medan Norman anser att måste det vara både handlingserbjudandet och sättet som handlingen presenteras för aktören (McGrenere & Ho, 2000).

3.2 Maslows behovsindelning

Behovsteorin har i föreliggande studie till uppgift att förtydliga kopplingen mellan behov och de handlingserbjudanden som återfinns i väntrumsmiljön. Användningen av denna teori grundar sig på Maslows behovsindelning.

Den kanske mest kända behovsteorin utvecklades av Abraham Maslow under mitten av 1900-talet. För att visualisera hans syn på människan och dess behov illustrerade han det genom en hierarki bestående av fem kategorier; grundläggande fysiologiska behov, trygghetsbehov, behov av kärlek och gemenskap, statusbehov och behov av självförverkligande (Sarma & van der Hoek, 2004). Se figur 3.1 nästa sida.



Figur 6.1
Maslows behovsindelning

1. Självförverkligande
2. Status och uppskattning
3. Kontakt och gemenskap
4. Trygghet och säkerhet
5. Grundläggande fysiologiska behov

Längst ned i hierarkin återfinns *de grundläggande fysiologiska behoven*, även kallade primära behov som består av exempelvis hunger, sömn och andra fysiska behov. Att de fysiologiska behoven tillfredsställs är en förutsättning för människans överlevnad. Först efter att dessa behov har blivit tillfredsställda kan nästa nivå, *trygghet och säkerhet*, upplevas och tillgodoses. Att känna trygghet i tillvaron utgör tillsammans med exempelvis psykiskt och fysisk hälsa enligt Maslow denna nivå. Även stabilitet och kontinuitet i tillvaron utgör dessa behov. Den tredje nivån i behovshierarkin består av *sociala behov*. Människan har behov av att känna vänskap, tillhörighet och acceptans av andra. Fjärde nivån består av *status- och prestigebehov*. Behov på denna nivå innebär exempelvis självrespekt, kunskap och självförtroende. Enligt Maslow innebär det att både att få erkännande av andra samt att individen värdesätter och värderar sig själv och sina prestationer. Den femte nivån slutligen, innebär behov av *självförverkligande*. Med självförverkligande menar Maslow behovet att kunna utnyttja sina egna resurser, och därigenom uppnå sitt mål. Självförverkligande är en ständigt pågående process hos människan. Behoven är individuella och kan således variera från person till person. Det är dock enligt Maslow inte alla som förverkligar sista behovsnivån fullt ut eftersom förutsättningarna för självförverkligande för merparten endast existerar i begränsad utsträckning (Heylighen, 1992).

Maslow menar att i och med att en av behovsnivåerna tillgodoses blir nästa nivå aktuell. Då en behovsnivå väl är tillfredsställd motiverar den till att söka sig till nästa nivå i hierarkin. Han menar också att behovsnivåerna överlappar varandra och att en behovsnivå inte behöver vara tillfredsställd fullt ut innan en nästa nivå kan bli aktuell. Alla människor har skilda behov och måste därmed behandlas olika för att finna välbefinnande (Sarma & van der Hoek, 2004).

Kritik har riktats mot Maslows hierarkiska uppdelning. Behov av högre nivå kan enligt Maslow inte upplevas förrän de lägre behoven har blivit tillfredsställda, vilket skulle innebära att en svältande individ inte skulle sträva efter kärlek och gemenskap. Något som har ifrågasatts av andra tänkare (Heylighen, 1992). I studien används enbart behovsteorins kategorisering som ett verktyg för att fånga upp variationer av behov och anses därför ändå användbar.

3.3 Tidigare forskning om patienters välbefinnande

Tidigare forskning kring patienters välbefinnande på en akutmottagning pekar på att de patienter som är mest akut sjuka och därför tillbringar minst tid i väntrummet är de som är mest nöjda med sitt besök. Lewis (et al, 1992) menar att människan generellt sett inte tycker om att behöva vänta, och en obekvämlig miljö kan förstärka denna känsla av olust. Författarna föreslår en generell förbättring och högre prioritet av miljön i väntrummet. Förslag till förbättring är exempelvis tillgång till förfriskningar, tidningar, avskildhet samt mer information om väntetid. Undersökningen visar också att de flesta är missnöjda med information som rör väntetiden.

För att personalen ska få en bättre förståelse för patientens situation rekommenderas den att sitta i väntrummet och försöka sätta sig in i situationen att befinna sig där på obestämd tid, samtidigt känna smärta, rädsla eller på annat sätt obehag, att se vad miljön i väntrummet erbjuder och hur det motsvarar deras behov. Författarna menar att dagens patienter vill ha bekväma och fräscha möbler, rena lokaler, leksaker till barnen, TV och tidningar som distraherar dem samt automater med dricka och tilltugg (Lewis & Woodside, 1992).

Många patienter upplever akutmottagningen ofamiljär och skrämmande. Hall och Press (1996) menar att patienten i en sådan situation ofta blir självcentrerad. Patienter tas sällan i turordning utan behandlas efter tillstånd och klinik, vilket innebär att patienter som kommer till väntrummet senare men ändå får vård tidigare, ofta bidrar till irritation.

Den faktiska väntetiden visar sig i många fall vara kortare än patientens upplevda väntetid. Många känner sig sjukare än deras tillstånd kanske faktiskt är. I en studie om patienters upplevda väntetid, ansåg läkare att 62 % av patienterna var i behov av vård inom 12 timmar, medan 89 % av patienterna ansåg att de behövde vård inom 12 timmar. Vidare visade undersökningen att klar och tydlig information om fortsatt vård hemma samt egenvård, är något som patienterna vill få av läkaren. Då det är svårt för patienter och anhöriga att ta till sig all information, blir sköterskorna ofta ombudade att upprepa informationen. (Hall & Press, 1996).

I en analys av litteratur om patienters välbefinnande på akutmottagningar poängterar Nairn (et al, 2004) följande. Klar och tydlig kommunikation och information om vad som kommer att hända och information om väntetid är faktorer som påverkar patientens välbefinnande. Den litteratur som studerats pekar, enligt Nairn (et al.), på att lång väntetid står i direkt relation till patienters välbefinnande samt att en förbättrad väntetid också förbättrar patienters välbefinnande. Väntetiden anses vara den mest viktiga faktorn som påverkar patienters välbefinnande.

3.4 Tidigare forskning kring användning av digitala tjänster

Forskning och den ständigt pågående tekniska utvecklingen har lett till att i stort sett vem som helst idag har tillgång till teknik för informationshantering. Det främsta användningsområdet för informationsteknologin (IT) tycks vara överföring samt informationsinsamling. Avsikten och målsättningen för stora delar av IT-industrin är att gömma tekniken genom att bygga in den i vardagliga föremål som är mer eller mindre tekniska. Genom exempelvis mobiltelefoni kan trådlösa nättjänster nås i stort sett varifrån som helst. Distributionen kan ske exempelvis som talsvarstjänster, via SMS, MMS, WAP eller GPRS. En talsvarstjänst nås genom att med knapptryckningar följa instruktioner från en syntetisk röst och därigenom nå den eftersökta informationen. SMS är korta textmeddelanden som tas emot av en mobiltelefon. Exempel på en SMS-tjänst är nyhetsändningar från diverse nyhetsförmedlare. MMS betyder Multimedia Meddelanden Service och är en utvecklad form av SMS. Det kan användas till att skicka bilder och multimedia från mobiltelefoner med inbyggd kamera. Problemet med att leverera information via mobiltelefonen har hittills varit skärmens storlek i kombination med den låga överföringshastigheten. Med 3G-nät och utveckling av nya mobiltelefoner med högre kapacitet arbetar man med att lösa dessa problem (Hannerz, 2003).

Enligt en undersökning gjord av Netsurvey (2003) gör drygt nio av tio av de svenska Internetanvändarna bokningar av allehanda slag via Internet. Motiveringarna är att det är enkelt, det går att göra när som helst på dygnet och är ett bra sätt att undvika telefonköer. Populärast är att boka biljetter, men användarna skulle gärna vilja kunna boka även läkarbesök och annan typ av sjukvård, restaurangbord och taxi i framtiden, i rangordning. Statistiska Centralbyrån (SCB) visar att svenska Internetanvändare använder Internet mest till informationssökning följt av kommunikation (SCB, 2004). Under november månad 2004 uppmättes tillgången till digital-TV i Sverige till 31,5 % vilket motsvaras av ungefär 2,7 miljoner personer. Tillgången till Internet i hemmet, på jobbet eller i skolan uppmättes i oktober 2004 till 82 % eller ungefär 6.6 miljoner människor (Mediamätning i Skandinavien, 2004).

4. METOD

Till datainsamlingen användes en kvantitativ metod där väntrummet, patienter och anhöriga, tidigare forskning samt litteratur utgjorde de huvudsakliga källorna. Undersökningens metod är således kvantitativ medan studien som helhet även innehåller en kvalitativ ansats. Nairn (et al, 2004) menar att kvantitativa studier är vanligast förekommande när det gäller att kartlägga patienters välbefinnande på en akutmottagning.

Efter en grundläggande undersökning gjordes ett försök att se hur väl digitala tjänster eventuellt kunde användas i den utvalda miljön.

4.1 Litteratur

Litteraturstudien, som bland annat innebar sökning på Internet och i diverse databaser, hade som syfte att ge en kunskapsgrund av tidigare forskning samt att hitta relevanta vetenskapliga artiklar och lämplig teori. I informationssökningen användes ord som "väntrum", "sjukhus", "digital", "tjänster", "teknologi", "teknik", "akutmottagning" både på svenska och på engelska samt dessutom i olika kombinationer. Någon tidigare forskning eller litteratur som exakt berörde digitala tjänster i väntrumsmiljö var svår att finna, men genom att angripa problemet från olika håll hittades ändå relevant litteratur och annat material.

4.2 Etiska hänsynstaganden

Enligt de forskningsetiska principerna antagna av HSFR³ i mars 1990, är individskyddskravet tillsammans med forskningskravet de grundläggande utgångspunkterna inom forskningsetiken. Forskningskravet innebär i stort att det är viktigt för samhället att forskning bedrivs inom viktiga områden och att den är av god kvalitet. Individskyddskravet innebär ett skydd för individen som deltar i forskning som är en del av forskningskravet. Individskyddskravet kan delas in i fyra huvudkrav; *informationskravet*, *samtycketskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (HSFR, 1990).

Den miljö som undersöktes medförde onekligen att etiska hänsynstaganden måste tas. I undersökningen ingick patienter i någon form av sjukdomstillstånd, vilket gjorde det speciellt viktigt att gå försiktigt fram och följa de etiska principer som föreslås när det gäller forskning. Frågorna som ställdes rörde inte patientens sjukdomstillstånd eller besöksorsak, utan enbart patienters/anhörigas uppfattning om miljön i väntrummet och deras användning av och inställning till digitala tjänster. Innan undersökningen genomfördes, erhöles tillstånd av verksamhetschefen på anestesikliniken, dit akutmottagningen med väntrum hör.

³ Humanistisk – Samhällsvetenskapliga Vetenskapsrådet

Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagarna i forskningen om forskningsuppgiftens syfte. Respondenterna i undersökningen fick information att jag var där för att samla material till en uppsats i medieteknik och blev tillfrågade om de ville svara på några frågor om digitala tjänster och miljön i väntrummet. Trots att deltagandet var frivilligt valde alla tillfrågade att ställa upp. Deras frivilliga medverkan utgör samtyckeskravet. De som deltar i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan. Vidare innebär samtyckeskravet att respondenten när som helst ska kunna avbryta sin medverkan i undersökningen utan att det ska medföra negativa följder för vederbörande. I undersökningen inträffade det ett fåtal gånger att vi fick avbryta undersökningen då respondenten blev inkallad av personalen. Information om detta gavs före undersökningen och om det skulle inträffa skulle vi med en gång avbryta utfrågningen. Vid ett tillfälle kom respondenten tillbaka och vi kunde fortsätta intervjun.

Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet handlar om hantering av personuppgifter och känsliga uppgifter om respondenterna. Då några uppgifter som kan härledas till enskilda personer inte insamlades, diskuteras dessa krav därför inte vidare.

Den aktuella akutmottagningen

Den akutmottagning där undersökningen genomfördes var en vårdenhets vid ett landstingsdrivet sjukhus i en medelstor svensk stad. I stort sett alla oplanerade, liksom en del planerade besök på sjukhuset gick genom akutmottagningen. Denna var uppdelad i olika sektioner; *ortoped, medicin, kirurgi* och *gynkologi. Infektion, barn, ögon, öron* samt *distrikt* fanns även som jourverksamhet på kvällar och helger. Från akutens huvudentré kom patienterna till en första sortering och prioritering en så kallad triage. Den gjordes av en mottagande sjuksköterska som bedömde patientens medicinska tillstånd och gav patienten en prioritering. Den högsta prioriteringen, prioritet ett, innebar att patienten omedelbart måste få vård. Dessa patienter befann sig sällan eller aldrig inledningsvis i väntrummet. De övriga patienterna gavs prioritet två eller tre, där prioritet tre ansågs minst brådskande. Där fanns även en kanslist som registrerade patienten i de olika datasystemen, skötte betalning, journalbeställning etc. För att informera personalen om vilka patienter som är registrerade på en viss klinik används ett dataprogram. Där finns uppgifter om vilken klinik patienten tillhör, patientens besöksorsak, tilldelad prioritet samt annan information som är relevant.

Nästa steg innebar väntan i väntrummet.

4.3 Urvalsförfarande

Det ideala för en kvantitativ undersökning är enligt Svenning (2003) att göra en så kallad totalundersökning, där hela populationen studeras. Det var dock inte möjligt, då det på en akutmottagning ständigt strömmar in människor som söker hjälp. En del var dessutom så sjuka att de endast befann sig en kort stund eller inte alls i väntrummet.

För att få ett representativt urval i undersökningen valdes att under två dagar mellan klockan åtta på morgonen till klockan 16 på kvällen samtala med de personer som befann sig i väntrummet tillräckligt länge för att hinna besvara frågorna och vars tillstånd tillät det. Ett slags slumpmässigt urval där ambitionen var en medverkan av 20-30 respondenter under de två dagar som undersökningen enligt överenskommelse ägde rum. Populationen i undersökningen utgjordes således av 25 stycken personer i åldrarna 18 – 75 år. Barn, dvs. patienter under 18 år hade dagtid en egen akutmottagning varför dessa inte ingick i undersökningen.

I en urvalsundersökning är det viktigt med en tydlig planering. *Vem och vad* skall undersökas och *hur*? (Dahmström, 2000) En första tanke var att behandla frågeställningarna genom djupintervjuer, men denna idé förkastades emellertid. Personerna som befann sig i väntrummet mätte i de flesta fall dåligt och en djupintervju med dem kändes därför direkt olämplig. Genom en kort strukturerad intervju med fler personer, gavs istället en bred bild av deras uppfattningar.

4.4 Tillvägagångssätt

Undersökningen genomfördes således i väntrummet, under två dagar mellan klockan 8-16 med avbrott för en kort lunch. För att patienterna inte skulle tro att undersökningen gjordes på uppdrag av sjukhuset, vilket skulle kunna påverka respondenternas svar, valdes en civil klädsel istället för sjukhuskläder (Byrne et al, 2000). Avsikten med det var att förhindra att väntrumsbesökaren skulle tro att deras medverkan eller inte medverkan i studien kunde påverka deras stundande behandling.

Dag ett genomfördes en pilotstudie som medförde att några frågor förtydligades och bättre anpassades till respondenter och miljö. Något annat som uppdragades under pilotstudien var att nästan exakt samma svar gavs då både patienten och den anhörige intervjuades, i de fall det fanns någon anhörig med. Därför intervjuades endast en utav dem i fortsättningen.

Tillvägagångssätt observation

Dag ett genomfördes även en observation för att kartlägga hur miljön i väntrummet fungerade vid undersökningstillfället. Det skedde genom att allt i väntrummet som ansågs relevant för studien noterades, så som exempelvis TV, tidningar etc. Den här informationen är intressant då läsaren kan bilda sig en uppfattning om utgångsläget för studien. Annan intressant information som observerades rörde väntrumsbesökarens beteende i den specifika miljön, men då detta inte var avsikten att observera används detta endast som en reflektion i uppsatsen.

Preece (et al, 2002) ger förslag på föremål och företeelser som kan observeras. Den modellen som användes är författade av Goetz och LeCompte, och utgörs i stora drag av *vem* som är närvarande, *vad* som sker, *när* aktiviteten uppstår, *varför* den uppstår och *hur* aktiviteten är organiserad.

Tillvägagångssätt frågeformulär

Dag två genomfördes intervjuerna i väntrummet. Beaktat att deras tillstånd tillät det, intervjuades dem som befann sig tillräckligt lång stund där för att hinna bli intervjuade. Detta gällde fram till klockan 16. Efter klockan 16 kom vårdcentralspatienter till jourcentralen, som mellan klockan 17 och 22 befann sig i samma lokaler som akutmottagningen. Dessa patienter fick vanligtvis en tid bokad och befann sig således endast en kort stund i väntrummet. De ansågs därför inte vara representativa respondenter i undersökningen.

Intervjuerna tog inte mer än drygt fem minuter per person och genomfördes i väntrummet. Andra väntrumsbesökare kunde således ta del av intervjun. En fördel med att själv vara närvarande och ställa frågorna var att personligen kunna introducera respondenten i ämnet och förklara sådant som var oklart.

4.5 Metoddiskussion

Kvalitativa metoder används för att bearbeta material där resultatet blir språkligt, till skillnad från kvantitativa där resultatet blir numeriskt. Syftet med kvalitativ metod är att utifrån ett litet material undersöka det valda fenomenet på djupet. Man är intresserad av att förstå helheten hos de företeelser som man studerar. Den kvantitativa forskningen är inriktad på att mäta enskilda variabler som alltså måste kunna särskiljas, vilket leder fram till en frekvens hos det man studerar (Langemar, 2003).

Valet av metod i undersökningen föll slutligen på en kvantitativ sådan. Då frågorna till undersökningen konstruerats var det tydligt att de var av kvantitativ art, dvs. syftade mer till att svara på frågan *hur många* än *varför*. Vidare ansågs det vara mindre lämpligt, ur etiska synpunkter, att utföra djupintervjuer med personer som befann sig på en akutmottagning. Ytterligare en anledning som talade för en kvantitativ metod var att tanken med uppsatsen var att göra en explorativ studie, inte att förklara något fenomen eller att bevisa/motbevisa en hypotes. En kvalitativ metod hade lämpat sig bättre om avsikten hade varit att gå djupare in i studien för att få svar på *varför* något är som det är, eller som ett komplement till den kvantitativa metoden.

Det ansågs i föreliggande studie nödvändigt att först kartlägga eventuella behov och uppfattningar för att i en eventuell vidare utforskning av ämnet gå djupare in i problematiken.

Enligt Dahmström (2000) är fördelarna med en urvalsundersökning att de går snabbt att genomföra och samtidigt är billiga. Därigenom går det att använda bättre mätmetoder och därmed få färre fel i undersökningen eftersom forskaren har mer tid att göra en intervjuundersökning istället för en enkät. Att forskaren är på plats och ställer frågorna leder vanligtvis också till mindre bortfall, både internt och externt. Forskaren kan samtidigt vara behjälplig genom att förklara oklara saker i intervjufrågorna.

Däremot ger en totalundersökning säkrare resultat. Alla respondenter som blev tillfrågade i undersökningen valde att ställa upp, förmodligen för att jag befann mig på plats och personligen skötte utfrågningen.

En annan fördel som Dahmström (2000) nämner är att man som forskare genom intervjutekniken kan ställa krångligare frågor än i en enkät. Eftersom begreppet *digitala tjänster* är brett och för många svärdefinierat ansågs denna intervjuteknik lämplig i föreliggande undersökning. Vidare menar Dahmström att svarsfrekvensen hos frågor med öppna svar troligen blir större vid intervjuer än i en enkät.

Den mest påtagliga risken med en sådan teknik är intervjuareffekten som kan resultera i mätfel. Det kan ske genom vissa ordval och tonfall, socialt tryck och att respondenten vill svara enligt forskarens förväntningar (Dahmström, 2000). Ett neutralt beteende eftersträvades således för att försöka minimera sådana effekter.

Det finns svagheter i studien. Kritik kan riktas mot att fler tekniker för datainsamling inte har använts. Genom en grundlig litteraturstudie i kombination med att undersökningens urval med avsikt är blandat med avseende på kön, ålder och respondenternas uppskattade väntetid anses detta som något av en kompensation. Ett flertal sekundärkällor har använts då förstahandskällor har varit svåra att nå. Ett extra kritiskt förhållningssätt till materialet har därför eftersträvats vilket också ofta har lett till en jämförelse av olika källor.

4.6 Objektivitet, sanning och förförståelse

Insamling av empiri gjordes på en akutmottagning som också är en tidigare arbetsplats. Både personal och lokaler var därför sedan tidigare bekanta, vilket kan ha varit till en fördel när det gällde tillträde och tillstånd. Det innebar naturligtvis att föreställningar och åsikter om undersökningsobjektet fanns redan innan undersökningen påbörjades, något som Svenning (2003) definierar som objektivitetsproblemet. För att komma förbi det problemet har mina värderingar så tydligt som möjligt redogjorts för läsaren i studien.

Min uppfattning om objektivitetsproblemet skiljer sig här från Myrdals, så som Svenning (2003) tolkar hans syn på objektivitetsproblemet. Han menar att det inte går att tillföra något till vetenskapen om man som forskare har med sig tidigare erfarenheter i bagaget som kan påverka forskningen. Men enligt tolkningen förespråkar han också att forskaren bör klargöra sina erfarenheter. Istället anses att tidigare kunskaper och intryck av miljön i fråga har givit mig ett försprång. Arbetet på akutmottagningen har inte genomförts i väntrummet, däremot har kunskaperna om förfarandet på akuten bidragit till en känsla om vilka patienter som inte kommer att sitta i väntrummet tillräckligt länge för att hinna samtala med dem. Det har också bidragit till en positiv attityd hos personalen på plats. Personalen har varit mycket positiv till undersökningen och kommit med många bra tips om allt ifrån väntrumsmiljön till konstruktion av frågor.

Den rekonstruerade bilden av väntrummet och dess miljö som ges i föreliggande studie ger läsaren en bild av sanning enligt de givna förutsättningarna. Det är svårt att ge en hel sanning då miljöer som denna kontinuerligt förändras. Nya perspektiv och nya aspekter tillkommer och andra försvinner. Bilden som ges i uppsatsen är så sann som den kan bli just för det tillfället. Det finns olika bilder att ge, och detta är en bild som är formad av observationen och respondenter i undersökningen, kombinerat med egna tolkningar.

Förförståelse är nödvändig för att få en förståelse för det som studeras, men ses även som en begränsning då den kan göra forskaren subjektiv. Därför är det av betydelse att klargöra sin förförståelse för läsaren men också för sig själv (Langemar, 2003). Min förförståelse av en akutmottagning är följande. Vid två tillfällen har jag varit där som patient, men behövde inte vid något av tillfällena vänta särskilt länge innan behandling gavs. Den då okända sjukhusmiljön var något som skapade oro och olust. Som semestervikarierande kanslist erhöles en bra inblick i både patienters väntan och behov samt personalens arbete.

Det är min uppfattning att patienter och anhöriga i väntrummet är i behov av mer information för att det ska underlätta deras väntan. Vidare anses att digitala tjänster lämpar sig bra i den specifika miljön och skulle kunna bidra till utveckling av väntrummet, väntan samt för personalen.

5. RESULTAT OCH ANALYS

Empirin är strukturerad i tre huvudkategorier, den första är *den fysiska miljön i väntrummet* och därefter följer *respondenternas inställning till och användning av digitala tjänster*, och slutligen de frågor som behandlar *information*. I anslutning till varje redovisat avsnitt förs en kort sammanställande analys av resultatet.

5.1 Undersökningens resultat

Inledningsvis redovisas fråga ett till och med fråga fyra i intervjuformuläret. De är så kallade bakgrundsfrågor och utgörs av variablerna *kön*, *ålder*, om respondenten är *patient* eller *anhörigsamt väntetid*.

Respondenterna, som är 25 stycken till antalet, fick svara på frågor om användning av digitala tjänster samt information på akutmottagningen. Av alla respondenter är 11 stycken kvinnor och 14 stycken män i åldrarna 18-75 år. Vid tillfället var 14 stycken där i egenskap av patient och 11 stycken som anhörig till en patient. Tiden som respondenterna väntade i väntrummet innan intervjun genomfördes varierade från cirka fem minuter till cirka 120 minuter.

5.2 Kategori 1: Väntrummet och väntan i väntrummet

Här redovisas resultatet av observationen samt fråga sex till och med fråga nio, samt fråga 19 i intervjuformuläret. Observationen av väntrumsmiljön resulterade i anteckningar över vad som fanns i väntrummet vid tillfälle för undersökningen. Dessa sammanställdes till en lista, se figur 5.1.

- en bårvagn för patienter som ville ligga ner
- 10 stycken stolar
- 2 stycken tresitssoffor
- ett soffbord där tidningarna fanns
- en dörr för genomgång för personal
- en TV som för det mesta var avstängd
- en massa leksaker
- en mängd olika tidningar, främst dagstidningar och veckotidningar
- en klocka på väggen som visade tiden
- en papperskorg med sopsortering
- teckningar på ena väggen i form av elefanter och djur

Figur 5.1
Väntrummet's handlingserbjudanden

Kaffe- och godisautomaten befann sig på grund av ombyggnad vid tillfället på annan plats.

6. Hur upplever du miljön i väntrummet?

Tabell 5.1

Mycket god	-
God	4
Mindre god	9
Inte god alls	12

På fråga sex var svaren sorterade enligt en ordinalskala från *mycket god* till *inte god alls*. Majoriteten upplevde miljön som *inte god alls*.

7. Om du skulle beskriva väntan i väntrummet med ett ord, vilket skulle det vara?

Tabell 5.2

Långtråkig	7
Dryg	5
Orolig	4
Seg	2
Tyst	1
Otrevlig	1
Pest	1
Lång	4

På fråga sju använde sju av respondenterna ordet långtråkig eller synonymer därtill (Norstedts Svenska Synonymordbok, 1999). Fem respondenter valde att använda ordet dryg och fyra respondenter använde orolig eller lång. Övriga beskrev det med ord som seg, tyst, otrevlig eller pest.

8. Saknar du något i väntrummet?

Tabell 5.3

Ja	18
Nej	7

I så fall, vad?

Automat	6
Tidningar	6
TV	1
Anonym miljö	1
Garderob	1
Böcker	1
Sittplats	2
Information	2

Fråga åtta resulterade i att 18 respondenter saknade något i väntrummet. Det som saknades var automater av olika slag (kaffe-, godis-, och vattenautomat), samt tidningar. Övriga föremål som saknades var TV, mer anonym miljö, garderob, böcker, sittplats och information.

9. Är det något som känns överflödigt i väntrummet?

Tabell 5.4

Ja	3
Nej	22

På fråga nio, svarade 22 att inget kändes överflödigt i väntrummet. De tre som svarade ja, ansåg att det fanns för många stolar i väntrummet vid just det tillfället.

19. Nämn något som skulle göra din väntan mindre (ord från fråga 7).

Tabell 5.5

Kaffeautomat	5
Tidningar	4
Musik	1
TV	2
Tilltugg	1
Väntetidsinfo	3
Radio	2
Antal patienter	3
Dator	1
Internet	1
Infodator	2

Fråga 19, resulterade i följande föremål som skulle göra väntan mer behaglig; kaffeautomat, någon apparat som visar väntetid, information om antal patienter

före, TV, radio, olika och aktuella tidningar. Resterande respondenter svarade "vet ej".

15. Skulle du kunna tänka dig att själv samla information om ditt tillstånd, om möjlighet ges?

Tabell 5.6

Ja	17
Nej	8

16. Skulle du kunna tänka dig att själv sköta din betalning av besöket, om möjlighet ges?

Tabell 5.7

Ja	20
Nej	4
Vet ej	1

17. Skulle du kunna tänka dig att själv beställa eventuell transport hem, om möjlighet ges?

Tabell 5.8

Ja	18
Nej	6
Vet ej	1

18. Skulle du kunna tänka dig att själv registrera dina uppgifter om möjlighet ges?

Tabell 5.9

Ja	20
Nej	5

Frågorna 15-18 är upplagda på samma sätt. Av 25 respondenter kunde 17 stycken kunna tänka sig att själv samla information kring patientens tillstånd, 20 av respondenterna skulle kunna tänka sig att själv sköta betalningen av besöket, 18 stycken skulle kunna tänka sig att själv beställa transport 20 respondenter skulle kunna tänka sig att själv registrera sina uppgifter.

Sammanfattande analys

Miljön i väntrummet upplevdes vid tillfället som *mindre god* eller *inte god alls*. Något respondenterna saknade i väntrummet vid tillfället var en TV-apparat, vilket fanns i miljön men på grund av ombyggnaden på en annan placering än tidigare. Andra saker som påpekades var att respondenterna saknade en kaffeautomat samt nya tidningar.

Respondenterna ombads beskriva väntan i väntrummet med ett ord. Det beskrevs med 13 olika ord. Genom att använda en synonymordbok reducerades orden ner till åtta grupper (Norstedts Svenska Synonymordbok, 1999). Ord som lång, långtråkig, orolig och dryg var de ord som oftast användes. Andra ord som förekom mer sällan var otrevlig, pest och tyst. Av respondenterna saknade

majoriteten något i väntrummet, varav de flesta saknade automater av olika slag så som kaffe-, godis- och vattenautomater. Tidningar av olika slag saknades i lika stor omfattning som automaterna. Framförallt olika slags tidningar samt dagsaktuella tidningar saknades. Bland automaterna var det kaffeautomaten som lyste tydligast med sin frånvaro och saknades mest. Andra saker som saknades var information av olika slag, sittplats, en mer anonym miljö, böcker, TV och en garderob. Av respondenterna ansåg alla utom tre stycken, att det inte fanns något som var överflödigt eller onödigt i väntrummet. De resterade ansåg att det fanns för många stolar.

Som sista fråga blev respondenterna ombudda att nämna något som skulle göra deras väntan mindre långtråkig, eller hur de i den tidigare frågan valde att beskriva väntan i väntrummet med ett ord. Åter var det kaffeautomat som förekom flest gånger i svaren, därpå följde någon apparat som visar väntetid samt information om antal patienter före i kön till att få behandling.

Miljön erbjuder således patienter och anhöriga många, men inaktuella tidningar att läsa, en TV att titta på men som genom dess placering inte lades märke till och därigenom antogs att den saknades.

5.3 Kategori 2: Användning av digitala tjänster

Här redovisas fråga fem i intervjuformuläret.

5. Använder du dig av några digitala tjänster?

Tabell 5.6

Ja	25
Nej	-

Samtliga respondenter svarade "ja" på frågan.

Bankomat	24
Bank via Internet	17
E-handel	9
Digital bildred.	9
Tidning på Internet	14
Info på Internet	18
Bredband	7
Mobila tjänster	21
Biljettbokning	10
Checkinautomat	8
E-post	16
Digital TV	10

Alla respondenter utom en använder en Bankomat eller annan uttagsautomat, därpå är läsning av tidning på Internet och bank via Internet vanligast förekommande tillsammans med mobila tjänster av något slag.

Sammanfattande analys

Många respondenter är osäkra på vad begreppet *digitala tjänster* innebär och därmed också osäkra på deras användning av detsamma. Efter en förklaring vad begreppet *digitala tjänster*⁴ kan innebära stod det dock klart att alla respondenter använder sig av sådana tjänster i någon form. Den främsta tjänsten som används av dem som nämndes är någon form av uttagsautomat som exempelvis Bankomat. Därefter använder respondenterna Internet samt mobila tjänster i någon form. Elektronisk handel, digital bildhantering och användning av så kallade check-in-terminaler förekom sällan.

Merparten av respondenterna skulle kunna tänka sig att själv ta ett större ansvar och själv sköta exempelvis betalning, hemresa och information kring sin åkomma, beaktat att patientens tillstånd tillåter det.

5.4 Kategori 3: Information

Här redovisas fråga tio till och med fråga 18.

10. Hur anser du att informationen du har fått är?

Tabell 5.11

Mycket god	4
God	9
Mindre god	6
Inte god alls	2

På fråga tio var svaren återigen sorterade i en ordinalskala från *mycket god* till *inte god alls*. Fyra respondenter ansåg sig inte ha fått någon information som de kunde bedöma.

11. Vad skulle du vilja få mer information kring?

Tabell 5.12

Väntetid	24
Läkare i tjänst	11
Patientens tillstånd	5
Vad händer härnäst?	15
Apotekets öppettider	7
Närmsta busshållsplats	2
Tidtabeller för kommunal trafik	6
Hemresa	1
Färdtjänst	1
Reseersättning	4
Patientavgifter	4
Annat	1

Som svar på fråga elva ville 24 stycken ha mer information om väntetiden, vilket är alla utom en.

⁴ Se avsnitt 1.3 "Avgränsning"

12. Av vem skulle du vilja ha den informationen?

Tabell 5.13

Läkare	1
Sjuksköterska	2
Undersköterska	-
Kanslist	2
Spelar ingen roll	18
Vet ej	1
Annan	1

På fråga tolv svarade 18 av respondenterna att det inte spelar någon roll vem de får mer information av.

13. Har du fått någon information som du tycker är onödig?

Tabell 5.14

Ja	-
Nej	25

På fråga 13 svarade samtliga respondenter "nej".

14. Vad gör du om patientens tillstånd försämras i väntrummet?

Tabell 5.15

Hämtar hjälp	10
Vill ha info	1
Går till MT ⁵	8
Vet ej	6

Om patientens tillstånd skulle försämras i väntrummet svarade tio att de hämtar hjälp, medan sex respondenter inte visste vad de skulle göra.

Sammanfattande analys

Respondenterna ansåg att den information de fått sedan de anlände till akutmottagningen var god till mindre god, ett fåtal ansåg att de inte hade fått någon information alls och kunde därför inte uttala sig i den frågan. Information om väntetid är det som respondenterna anser sig vara i störst behov av. Alla respondenter, utom en, ansåg sig vara i behov av information om väntetid. Andra saker de skulle vilja ha mer information av om när de befinner sig i väntrummet är i rangordning vad som kommer att hända härnäst, vilka läkare som är i tjänst, apotekets öppettider, tidtabell för kommunal trafik, information kring patientens tillstånd, patientavgifter och reseersättning. Vem som ger denna information är av mindre betydelse. Ingen av respondenterna ansåg sig ha fått någon information som de upplevde som onödig.

⁵ Det mottagande team som tog emot patienten som vid tillfället bestod av en sjuksköterska och en kanslist.

Tydligt är att respondenterna har behov av mer information än vad som erbjuds idag är i form av svar på frågor. Den information som erbjuds idag består till största delen av frågor som patienter och anhöriga ställer till någon av personalen. Nyström (2003) exemplifierar de behov (utan inbördes ordning), som kommer till uttryck bland patienter på akutmottagningar som att få träffa en läkare, trevlig personal vid receptionsdisken, god kontakt med sjuksköterskan, tillgång till information under väntetiden, allmän tolerans från vårdarnas sida och att undersökningar anpassas till ålder och funktionsnedsättningar.

6 DISKUSSION

För att knyta samman studiens resultat med dess teoretiska ramverk och metod diskuteras resultaten från föregående kapitel mer ingående utifrån studiens frågeställningar. Övriga reflektioner från de dagarna som undersökningen ägde rum diskuteras också i viss mån.

6.1 Slutdiskussion

- *Vad erbjuder väntrumsmiljön patienter/anhöriga idag?*

Den första frågan för studien innefattade vad miljön erbjuder patienter/anhöriga idag. Genom observationen har en tydlig bild av miljön i väntrummet genom erhållits samt genom de intervjufrågor som berörde miljön. I föregående avsnitt beskrevs hur miljön är beskaffad och nedan diskuteras innebörden av hur miljön inverkar på patienters/anhörigas situation. Med hjälp av begreppet affordance och Maslow behovsindelning har försök till tolkningar gjorts för vad miljön innebär för väntrumsbesökaren.

Väntrummet anses vara av traditionell karaktär där tidningar, TV och leksaker utgör de tydligaste handlingserbjudandena, förutom möblerna som fyller den uppenbara, men ändå viktiga, funktionen som erbjuder patienter och anhöriga att sitta medan de väntar. Genom en pågående ombyggnad var förhållandena i väntrummet annorlunda och det upplevdes därigenom som stökigt och rörigt. Handlingserbjudandet är således mer begränsat än i vanliga fall till följd av ombyggnaden, vilket tycks skapa en mindre positiv attityd hos respondenterna.

Det faktum att det finns en TV i väntrummet men vissa respondenter ändå saknar en TV tyder på att TV:ns handlingserbjudande inte är tillräckligt tydligt. Placeringen på TV:n var i ett hörn vilket gjorde att somliga respondenter inte lade märke till den. Enligt Gibsons tolkning av affordance-begreppet har TV:n ändå en affordance oberoende om respondenterna observerade den eller inte, en affordance anpassar sig enligt Gibson således inte efter respondenten. Norman å andra sidan anser med sin tolkning av begreppet att erbjudandet i fallet med TV:n inte är tillräckligt tydligt för att den ska observeras.

I övrigt finns det få otydliga affordances i väntrummet. Stolar, bord, leksaker etc. framgår tydligt vad de är ämnade att erbjuda. Däremot är det tydligt att en affordance kan vara en individuell upplevelse. För ett barn är exempelvis en tidning kanske mer en leksak än ett objekt som förmedlar ett budskap i form av information.

Vid observationen av väntrumsmiljön noterades även några uppenbara beteenden hos väntrumsbesökaren. Bland det första de gjorde vid ankomsten till väntrummet

var att leta efter dagens tidning. Det uttrycktes ofta muntligt i form av kommentarer till följeslagare om denna inte hittades. Det tycks vara så att aktuella tidningar är något man förväntar sig i ett väntrum, kanske oberoende vilken sorts väntrum det gäller. Irritation uppstod dessutom hos vissa väntrumsbesökare då de upptäckte tidningssidor som saknades.

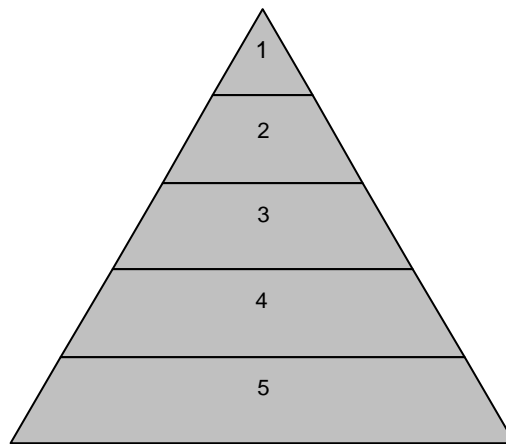
En reflektion som observerades, främst hos dem som befann sig utan anhöriga på akutmottagningen och som kom tillbaka från röntgenavdelningen för att åter träffa läkare på akutmottagningen, var att det rädde förvirring över vart de skulle vända sig och hamnade ofta i väntrummet. Det fanns ingen självklart handlingserbjudande över vart de skulle ta vägen. I värsta fall satte de sig i väntrummet utan att meddela någon personal att de var tillbaka från röntgen, vilket kunde medföra onödigt väntetid. Denna företeelse hör visserligen inte till studiens avgränsning, men ger ändå en känsla av vilken typ av information som saknas.

- *Hur ser behoven ut för patienter/anhöriga som befinner sig i väntrummet?*

Den andra frågan innebar en kartläggning av patienters/anhörigas behov i väntrummet. Det totala antalet respondenter i undersökningen upplever väntan i väntrummet som något negativt. Det är min mening att det går att tillföra mycket genom ny teknik som skulle underlätta väntan för patienter och anhöriga. Bara för att det är ett väntrum behöver det inte innebära att det måste vara tråkigt.

I enlighet med tidigare forskning om patienters välbefinnande på en akutmottagning⁶, står det mig helt klart att patienter och anhöriga är i stort behov av tydligare information angående väntetid. Det skulle göra väntan i väntrummet behagligare för patienter och anhöriga. Då ingen av de tillfrågade ansåg sig ha fått för mycket information och samtliga saknar information om något, finns det utrymme för mer information i väntrummet. Se figur 6.1 nästa sida.

⁶ Se avsnitt 3.3 "Tidigare forskning av patienters välbefinnande"



*Figur 6.1
Maslows behovsindelning*

1. Självförverkligande
2. Status och uppskattning
3. Kontakt och gemenskap
4. Trygghet och säkerhet
5. Grundläggande fysiologiska behov

Enligt Maslows behovsindelning (se Figur 6.1) kan de skönjbara behoven kategoriseras enligt följande. I stycket ovan diskuterades hur möblerna i väntrummet erbjuder patienter och anhöriga att sitta ned medan de väntar. Vissa patienter har ett behov av att sitta eller ligga ned. För dessa personer utgör det ett så kallat primärt fysiologiskt behov som måste förverkligas innan övriga behov i Maslows behovstrappa kan upplevas och tillgodoses. Ett annat primärt behov som patienter och anhöriga har är naturligtvis att få medicinsk hjälp. Då dessa behov inte studeras, diskuteras de därför heller inte vidare. Andra primära behov utgörs exempelvis av hunger och törst, vilket i viss mån kan förklara resultatet att kaffegodis- och vattenautomater saknas i stor utsträckning. Det handlar med största säkerhet inte om att patienter och anhöriga svälter medan de väntar, men det visar ändå på att det är ett primärt behov hos respondenterna. Några av respondenterna hade till och med varit förutseende och tagit med sig matsäck till väntrummet.

Nästa steg i behovstrappan, behov av trygghet, formulerade en av respondenterna genom att hon saknade en mer anonym miljö. Respondenten kände sig inte bekväm i väntrummet eftersom insynen var stor och respondenten arbetade på sjukhuset och därför inte kände sig inte trygg i miljön i fråga. Att vara trygg innebär att ens psykiska eller fysiska hälsa inte är i fara. Uppenbarligen är patienternas hälsa mer eller mindre i fara, men det anses ändå vara en viss trygghet att befinna sig på akutmottagningen. Det är så att säga rätt plats att befinna vid ett sjukdomstillstånd.

Det fanns alltid minst en ledig stol i väntrummet. Ändå upplevde några respondenter att det fanns för få sittplatser. Det medför att en mindre yta medför att väntrumsbesökarna måste tränga ihop oss, vilket kan förstärka den känsla av obehag och otrygghet som många verkar känna i den specifika miljön.

Den tredje nivån, de sociala behoven, skulle i väntrumsmiljön kunna utgöras av just patienter och anhöriga. De bildar en grupp med gemensamma nämnare gentemot den obehagliga och ofamiljära miljön som många vittnar om (Hall et al., 1996).

Den fjärde nivån, status och prestige, som innebär bl.a. kunskap är kanske den biten som patienten tvingas lägga i andras händer. Det är bl.a. bristande kunskap och behov av expertis som har fått dem att söka sig till akuten.

Genom att få ta del av någon annans kunskap, kan den femte nivån slutligen nås, självförverkligande. Behov är individuella där ett mål exempelvis kan vara att bli botad. Enligt Maslows behovsindelning kan patienten först efter att ha tagit sig igenom de olika behovsnivåerna kan patienten bli botad, i de fall det är målet, oavsett om det är patienten själv förverkligar alla nivåer eller genom hjälp på vägen.

- *Vad är patienters/anhörigas attityd till att tillgodose dessa eventuella behov genom användande av digitala tjänster?*

Enligt ovanstående text finns det flera olika slags behov hos väntrumsbesökaren. För att kunna besvara denna frågeställning studerades respondenternas användning av digitala tjänster samt deras inställning till självservice.

Många ställer sig frågande till begreppet *digitala tjänster* men visar sig vara flitiga användare av dem. En anledning till denna förvirring anses vara att det inte tycks finnas någon tydlig definition av begreppet.

Enligt undersökningen visar det sig att 72 % av de tillfrågade använder Internet till att söka information, vilket är i närheten av SCB:s⁷ undersökning om svenskarnas Internetvanor, där cirka 80 % av svenskarna använder sig av Internet generellt. Resultatet visar att respondenterna generellt sett är vana vid att använda bankomater, mobila tjänster, medborgarterminaler samt Internet till olika tjänster. I väntrummet finns sedan tidigare få eller inga digitala tjänster. Flitig användning av digitala tjänster bland respondenterna i kombination med en miljö som kräver mycket information och service anses därför lämpa sig bra för sådana.

6.2 Validitet och reliabilitet

Validitet innebär att man i studien verkligen mäter det man avser att mäta. Svenning (2003) anser att ett sätt att höja validiteten i en undersökning är att eftersträva precision av luddiga frågor och objektivitet i så hög mån som möjligt för att undvika intervjuareffekter. För att nå en så hög validitet som möjligt eftersträvades i föreliggande studie därför att utifrån syftet ställa så relevanta frågor som möjligt. Det underlättades dessutom av den pilotstudie som genomfördes innan undersökningen resulterade i att vissa frågor behövdes formuleras om.

Dahmström (2000) föreslår ett annat sätt att höja en studies validitet. Genom att göra en jämförelse med vad tidigare forskning har resulterat i, och om resultatet stämmer väl överens med mitt resultat, kan det bidra till att höja validiteten.

⁷ Statistiska Centralbyrån

Ytterligare faktorer som enligt Svenning (2003) också har betydelse för validiteten är användningen av rätt mätinstrument vid rätt tillfälle, samt att frågor ställs till rätt sorts människor. Frågeformuläret gav en bra bild över väntrumsbesökarens behov i väntrummet. De anses vara en högst relevant målgrupp att ställa frågorna till eftersom det är deras behov som var ämnade att studeras.

Undersökningens reliabilitet innebär att forskaren strävar efter att uppnå så hög tillförlitlighet i undersökningen som möjligt. Ett sätt att testa reliabiliteten är att genomföra samma undersökning vid två olika tillfällen. De båda undersökningarna ska då ge samma resultat. Faktorer som kan påverka reliabiliteten i en undersökning är enligt Svenning (2003) exempelvis fel i frågeformuläret eller intervjuareffekt, där intervjuaren på olika sätt kan ha påverkat respondenten. Även mer konkreta faktorer kan påverka reliabiliteten. Att det på akutmottagningen pågick en ombyggnad och det var stökigare än vanligt har förmodligen påverkat resultatet av undersökningen och således också reliabiliteten i viss mån. Exempelvis förmodas att svaret på frågan *"Vad anser du om miljön i väntrummet?"* inte skulle få samma svar om undersökningen hade genomförts innan eller efter ombyggnaden. På grund av ombyggnaden ändrades vissa frågor efter att ha genomfört pilotstudien och vissa frågor bortsågs ifrån, då omständigheterna i stor utsträckning tycks ha påverkat svaren. Alla frågor är dock med i studien för att möjliggöra en diskussion kring studiens reliabilitet samt för att redovisa gällande förutsättningar.

6.3 Slutord

Syftet med studien var att kartlägga de behov som fanns i en specifik miljö och se om, och i så fall hur, digitala tjänster kunde användas för att fylla dessa behov. Studien anses besvara de forskningsfrågor som ställdes, men kan med fördel utvecklas. Nedan ges förslag till vidareutveckling av studiens kärna och exempel på hur digitala tjänster kan användas i miljön ges i den mån det upplevs betydelsefullt.

Tankar kring implementering av digitala tjänster

Ett av väntrumsbesökarens största behov visade sig, inte helt oväntat, vara bristande information angående väntetiden. För att visualisera väntetiden i väntrummet skulle någon form av uppdateringsbar skärm lämpa sig bra, men då väntetid är väldigt svårt att förutspå på en akutmottagning föreslås därför en annan lösning.

Ett sätt är istället för att presentera väntetiden informera patienter och anhöriga i väntrummet om antal patienter som är registrerade på respektive klinik. Den bild som informerar personalen om den aktuella beläggningen skulle också kunna visas på en skärm i väntrummet. All känslig information om patienten utesluts naturligtvis. Genom denna information kan patienter och anhöriga bilda sig en uppfattning om hur lång tid det ungefär kan ta samt att de kan följa aktiviteten på den aktuella kliniken. Då bilden kontinuerligt uppdateras skulle den även fungera som en distraktion och kanske göra väntetiden mindre negativ.

Övrig information som väntrumsbesökaren eftersökte skulle kunna visas på en skärm med rullande information. Information som förslagsvis bör vara med är

vilka läkare som är i tjänst, generellt hur ett besök på akutmottagningen går till, patientavgifter, apotekets öppettider samt eventuell information om särskilda händelser vid tillfället. Enligt undersökningens resultat är det för majoriteten viktiga inte *vem* som ger denna information utan *att* den ges.

Tidigare forskning pekar på att det är svårt för patienter och anhöriga att vid tillfället ta till sig all den information som lämnas. En informationsbank skulle här kunna vara till nytta, exempelvis en medborgarterminal eller liknande Antingen om patienten eller den anhörige kan skriva ut informationen på plats eller i hemmet via Internet. Enbart skriftlig information är enligt Hall och Press (1996) dock inte att rekommendera då patienter och anhöriga finner kontakten med personalen viktig, men som komplement skulle det kunna vara fungera. Därigenom skulle dyrbar tid för sköterskor som ofta får upprepa informationen, besparas och arbetet kan på så sätt effektiviseras ytterligare. En digital version av FASS⁸, som informerar om läkemedel är också förslag på innehåll till en sådan tjänst.

Här skulle också möjlighet för patienten själv att betala besöket genom kortbetalning eller att skriva ut en faktura kunna finnas. Vidare innehåll kan exempelvis vara generell information om och egenvård av vanliga åkommor som går att skriva ut och ta med hem, tidtabeller för kommunal trafik, var närmsta busshållplats finns, möjligtvis också en direktlänk till taxi etc. Beställning av färdtjänst sker dock fortfarande bäst genom telefonkontakt då den äldre generationen är den som främst använder den tjänsten. De visade sig i undersökningen vara mindre positiva till självservice, däremot kan en direkttelefon finnas till beställning av färdtjänst. Om några år ser förmodligen attityden till självservice annorlunda ut och det kan då vara en idé att även inkludera sådan service i en medborgarterminal.

Via Internet publiceras alltid de senaste nyheterna och med tillgång till Internet skulle därför problemet med inaktuella tidningar lösas. Enligt undersökningen är efterfrågan på aktuella och varierade tidningar stor. En annan fördel med att läsa tidningen via Internet är att sidor inte kan vara utrivna eller korsord redan är ifyllda på samma sätt som kan ske med tidningar i ett väntrum.

Tankar kring fortsatt forskning

En miljö som den i studien, där personerna som befinner sig enbart väntar, kan utvecklas och utnyttjas i många olika avseenden. Genom att på ett och samma ställe kunna informera sig om inte bara sitt tillstånd kan dessutom innebära att vidare kontakt, uppföljning eller rådgivning kanske inte är nödvändig.

Att gå vidare med undersökningen och faktiskt implementera digitala tjänster i väntrumsmiljön skulle vara intressant, förslagsvis med en uppföljande studie och utvärdering. Man skulle även kunna tänka sig att undersökningen genomförs på mer än en akutmottagning för att generera mer generaliserbar data, alternativt olika slags väntrum eller ytor där människor väntar, för att finna gemensamma nämnare i dessa miljöer.

⁸ Läkemedelsindustiföreningens (LIF) förteckning över humanläkemedel (FASS, 2003).

7. REFERENSER

Tryckta källor

- Byrne, G., Richardson, M., Brunson, J., Patel, A. (2000) Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A & E. *Journal of Clinical Nursing* **8**, pp.83-93.
- Dahmström, K. (2000) *Från datainsamling till rapport*. Lund: Studentlitteratur, 3:e upplagan.
- Hall, M., Press, I. (1996) Key to patient satisfaction in the emergency department: Results of a Multiple Facility Study. *Hospital & Health Services Administration*. Nr. **41**. pp 515-532.
- Heylighen, F. (1992) A cognitive-systemic reconstruction of Maslow's theory of self-actualization. *Behavioral Science*, **37**. pp. 39-58.
- Lewis, K., Woodside, R. (1992) Patient satisfaction with care in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, **17**. pp. 959-964.
- Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., Swann, G., (2004) The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, **12**, pp 159-165.
- Nationalencyklopedin*. (1990) Vol 2. Höganäs: Bra Böcker.
- Norman, D. (1998) *The design of everyday things*. New York: Basic Books.
- Norstedts Ordbok. (1999) *Norstedts Svenska Synonymordbok*. 4:e upplagan. Stockholm: Norstedts.
- Nyström, M. (2003) *Möten på en akutmottagning – Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.
- Preece, J., Rogers, Y., Sharp, H. (2002) *Interaction design: beyond human-computer interaction*. USA: John Wiley & Sons.
- Svenning, C. (2003) *Metodboken*. Eslöv: Lorentz förlag, 5:e upplagan.

Internet

HSEFs Etiska principer, Vetenskapsrådet, (1990) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*

<<http://www.vr.se/filesserver/index.asp?fil=ZOKCAOA10OJ0>>
[2004-11-12]

Hannerz, N. JTI (2003) *Digitala tjänster för dagens lantbruk*.

<<http://www.jti.slu.se/publikat/jti-informerar/pdf-filer/jtiinfo100.pdf>>
[2004-12-20]

IT-kommissionen (2003). *Digitala tjänster – hur då?*

<<http://www.regeringen.se/content/1/c4/19/28/b33932c4.pdf>>
[2004-12-20]

Regeringens IT-proposition. (1999/2000:86) *Ett informationssamhälle för alla*.

<<http://www.regeringen.se/sb/d/272/a/2180>>
[2004-12-20]

Langemar, P. (2003) *Kvalitativ metod*.

<<http://www.psychology.su.se/units/gu/FK/kvalmetodht03.pdf>>
[2004-11-12]

Lidgren, T., Norman, I., Rinander, H., Svensson, K. (2003) *Patienten i centrum*.

<http://www.ltvastmanland.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Kanslier/revision/RR205.pdf>
[2004-12-20]

McGrenere, J. & Ho, W. (2000) *Affordances: Clarifying and Evolving a Concept*.

<<http://www.graphicsinterface.org/proceedings/2000/177/paper177.doc>>
[2004-12-06]

Mediamätning i Skandinavien. (2004) *Digital-TV-mottagning – november 2004*.

<<http://www.mms.se/>>
[2004-12-20]

Netsurvey. (2003) *Nyheter*.

<<http://www.netsurveypanel.com/sv/nyheter/default.asp?newsID=57>>
[2004-11-06]

Norman, D. (1999) *Affordance, Conventions and Design*.

<<http://www.jnd.org/dn.mss/affordances-interactions.html>>
[2004-12-06]

Sarma, A., van der Hoek, A. (2004) *A Need Hierarchy for Teams*.

<www.ics.uci.edu/~asarma/maslow.pdf>
[2004-12-20]

Statistiska Centralbyrån (SCB). (2004) *Andel personer i åldern 16-74 som använt Internet*.

<http://www.scb.se/templates/tableOrChart_112387.asp>
[2004-12-20]

